

Medisch-specialistische zorg in 20/20

Dichtbij en ver weg

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, september 2011

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Broese en Peereboom
Fotografie: Eveline Renaud
Zorginbeeld / Frank Muller
Druk: Broese en Peereboom
Uitgave: 2011
ISBN: 978-90-5732-232-7

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van publicatie-nummer 11/04.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Kern van het advies

De medisch-specialistische zorg zal in 2020 wezenlijk anders georganiseerd moeten zijn, wil deze zorg de veranderende zorgvraag kunnen beantwoorden. Het ordeningsprincipe moet zijn: zorg dichtbij als het kan en ver weg als het moet. De zorg moet zich organiseren in netwerken van kennis en kunde, die een regionale oriëntatie hebben. Dit brengt een herordering van het huidige zorg-landschap met zich mee: deconcentratie van relatief eenvoudige, veelvoorkomende medisch-specialistische zorg en concentratie van de complexere en acute zorg.

Welk probleem lost dit advies op?

Zorgverlening sluit beter aan bij veranderende zorgvraag en kwaliteit en doelmatigheid van zorg

Wat zijn de gevolgen voor de patiënt?

De patiënt krijgt integrale zorg op de juiste plaats op de juiste tijd door een netwerk van samenwerkende zorgverleners.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

De zorgverlener werkt intensiever dan nu het geval is samen met andere zorgverleners en laat zich bij het aangaan van samenwerkingsverbanden leiden door de zorgvraag van de patiënt. De organisatie van de zorg kent een grotere diversiteit dan nu, aangepast aan de aard van het werk (complex, routinematig, diagnostisch).

Wat kost het?

Er zijn zowel besparingen mogelijk, als intensiveringen noodzakelijk. Een berekening is niet gemaakt. Maar; meer kwaliteit is meer doelmatigheid.

Wat is nieuw?

Organisatie zorgaanbod volgt de vraag van de patiënt; het belang van de staande organisaties is hieraan ondergeschikt. Afscheid van de echelonnering van zorg. Opschaling eerste lijn. Concentratie complexe en acute zorg. Kennis en kwaliteit sturen. Netwerk belangrijker dan ziekenhuis.



Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Over dit advies	11
2 De urgentie van verandering	13
2.1 Het ziekenhuislandschap anno 2011	13
2.2 Medisch-specialistische zorg geconfronteerd met veranderingen	14
2.3 Noodzaak en urgentie van verandering	16
2.4 Conclusies	17
3 Het vergezicht: medisch-specialistische zorg 20/20	21
3.1 Een vergezicht: waarop is het gebaseerd?	21
3.2 De visie van de patiënt	21
3.3 Ordeningsprincipes inherent aan zorg	22
3.4 Wat betekent dit voor medisch-specialistische zorg in 20/20?	23
3.5 Het vergezicht scherper ingesteld: “van ziekenhuis naar zorgnetwerk”	29
3.6 Conclusies	31
4 Realisatie van het vergezicht: belemmeringen en condities	33
4.1 Het vergezicht: fata morgana of realistisch doel?	33
4.2 Het overheidsbeleid	33
4.3 Hoe zullen sleutelactoren reageren?	34
4.4 Belemmeringen	37
4.5 Conclusies	39
5 Conclusies en aanbevelingen	41
5.1 Conclusies	41
5.2 Aanbevelingen	42
Bijlagen	49
Bijlage 1	51
Adviesaanvraag	51
Bijlage 2	53
Adviesvoorbereiding	53
Bijlage 3	59
Visies	59
Bijlage 4	79
Afkortingen	79
Overzicht publicaties RVZ	80



Medisch-specialistische zorg in 20/20

Dichtbij en ver weg

Samenvatting

Urgentie van verandering: de andere zorgvraag	Het landschap van medisch-specialistische zorg 2020 ziet er wezenlijk anders uit dan nu. De noodzaak tot verandering komt voort uit het gegeven dat de zorgvraag de komende jaren fors toeneemt, terwijl de beschikbare financiële ruimte om die zorgvraag op te vangen beperkt is en blijft. Daar komt bij dat de zorgvraag verandert: steeds meer chronisch zieken, die bovendien vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben.
Zorgnetwerken, geen ziekenhuizen: ontkokering	Een vergezicht op de medisch-specialistische zorg anno 2020 toont het beeld van zorgnetwerken, waarin verschillende zorgprofessionals samenwerken, onderling en met hun patiënten, om integrale zorg te kunnen bieden. Hoewel de zorgnetwerken op verschillende wijzen georganiseerd zijn en qua samenstelling variëren in de loop der tijd, hebben zij gemeen dat ze een geografische oriëntatie hebben als het gaat om het leveren van zorg. Die moet immers dichtbij geleverd worden als het kan en ver weg als het moet.
Een gelaagd zorgnetwerk	Concreet betekent dit dat er altijd een 24x7 gezondheidscentrum dichtbij de burger is, waarin de coördinatie van de gehele keten van verpleging en verzorging en chronische ziekenzorg plaatsvindt. In deze centra zijn poliklinische voorzieningen geïntegreerd. Hieraan gekoppeld zijn reguliere medische vervolgvoorzieningen met specifieke indicatiegebieden. Dit zijn soms mono-, soms multidisciplinaire groepspraktijken van zorgprofessionals; soms ZBC's, thema- of focusklinieken. In ieder netwerk participeren een of meer topklinische ziekenhuizen of topreferente functies. De "bijzondere medische", hoogcomplexe, zeer kapitaalintensieve functies en de opleidingstaken zijn tussen deze ziekenhuizen verdeeld.
Gezondheidscentra: opschalen	Om het vergezicht te realiseren is een substantiële, maar primair zorginhoudelijke, opschaling van de 'eerstelijns'-zorg noodzakelijk: de uitrol van gezondheidscentra over het land, en de vestiging van medisch-specialistische voorzieningen in deze centra.
Ziekenhuizen: keuzes doen; specialisatie of algemeen	Ziekenhuizen zullen keuzes moeten maken in hun functieprofiel. Ze bieden niet meer de volle breedte van het palet aan medisch-specialistische functies aan. Daarom vormen zij altijd een onderdeel van een zorgnetwerk waarin ook een universitair medisch centrum (UMC) of topklinisch ziekenhuis actief is. De UMC's werken onderling veel meer dan nu samen. Hetzelfde

	geldt voor de topklinische ziekenhuizen onderling en voor UMC's en topklinische ziekenhuizen. Het gaat hier om enkele tientallen instellingen die de topreferente en –klinische functies hebben verdeeld op basis van een landelijke systematiek. Hier berust het label “algemeen”. Ziekenhuizen zonder dit label functioneren in een zorgnetwerk.
Een nieuw gelaagd netwerk voor spoedzorg	Tenslotte is het noodzakelijk een multilevel spoedeisende hulp tot stand te brengen; een zorgcontinuüm bestaande uit huisarts (HAP, HAP+), de ambulancehulpverlening, de klinische spoedeisende hulp, de IC en de traumazorg. De bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de huisarts bij spoedvragen moet aanzienlijk verbeteren, in de eerstelijns, maar ook door zijn fysieke aanwezigheid op de SEH.
Dat komt er niet vanzelf	Gegeven de forse implicaties van het nieuwe landschap, ontstaat dit spoedzorgnetwerk niet vanzelf. Het huidige zorgstelsel en de beleidsvoornemens van het kabinet om de risico's substantieel te verleggen naar zorgaanbieders en zorgverzekeraars vormen een goede basis voor verandering, maar zijn onvoldoende om de gewenste ordening tot stand te brengen. Daarvoor is meer nodig.
Kwaliteitsinstituut: de beslissende factor	Het vergezicht kan alleen werkelijkheid worden, indien er publieke kwaliteitsnormen zijn. Het Kwaliteitsinstituut in oprichting dient dan ook te worden belegd met de noodzakelijke doorzettingsmacht om normstelling door professionals te bewerkstelligen en, zo nodig, af te dwingen. De hoogleraren geneeskunde moeten een leidende rol spelen in dit proces, vooral ook in de compliance aan norm en standaard.
Vervang DBC/DOT door sturing op gezondheid	Verder is nodig dat de bekostiging van medisch-specialistische zorg zo snel mogelijk plaatsvindt op basis van gerealiseerde uitkomsten; op basis van gezondheidswinst dus. Zolang beloning plaatsvindt op basis van een verrichtingsstelsel (DBC/DOT) is de prikkel vooral om zoveel mogelijk te doen. Daarbij moet in de bekostiging nader onderscheid gemaakt worden tussen (relatief) eenvoudige, gestandaardiseerde en de meer complexe medisch-specialistische zorg. Zorgverzekeraars zijn hiermee aan zet. Tenslotte is het noodzakelijk dat in de financiering van eerste en tweede lijn prikkels voor substitutie ontstaan. Dat kan de combinatie van capitation fee (gezondheidscentrum) en integrale prestatiebekostiging (ziekenhuis) zijn.
Samenwerking kan, mits nodig voor kwaliteit en gekoppeld aan keuzes	Ziekenhuizen zullen keuzes moeten maken in hun zorgaanbod: doen waarin ze goed zijn, overlaten aan anderen waarin ze minder goed zijn. Ook hier is een rol weggelegd voor de zorgverzekeraars, maar geen exclusieve rol. Zorgaanbieders kunnen met elkaar samenwerkingsafspraken maken, ook over verdeling van zorgfuncties. Voorwaarde is wel dat de samenwerking ten goede komt aan de kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders moeten dit vooraf onderbouwen en hun voornemen voorleggen aan de NZa, die beoordeelt wat

de effecten zijn op kwaliteit, bereikbaarheid en doelmatigheid van de zorg. De NMa volgt bij toetsing aan het kartelverbod het oordeel van de NZa.

Spoeisende hulp ziekenhuis: wettelijke regeling

Om een multi-level spoedisende hulp te realiseren, moet de SEH-functie van ziekenhuizen onder de werking van een wettelijke regeling te worden gebracht. In deze regeling worden gebiedsindeling, regiobudget, prestatiecriteria en zorgstandaard geregeld. Alleen grote (dus algemene) ziekenhuizen en UMC's beschikken over een SEH-afdeling. Per regio is een grote SEH voldoende. De zorgaanbieders in een SEH-netwerk verdelen de taken binnen de multi-level spoedisende hulp op basis van een protocol met wettelijke status. Spoed-hulp (niet zijnde de klinische SEH) behoort tot het verplicht takenpakket van een gezondheidscentrum (cq. HAP) en wordt op reguliere wijze ingekocht door zorgverzekeraars.

RECEPTIE ZORGPUNT



1 Over dit advies

Adviesverzoek

Dit advies schreef de RVZ op verzoek van de minister van VWS. De minister heeft de RVZ om advies gevraagd over de toekomst van het ziekenhuisland- schap. Hoe ziet dit landschap er uit en welke veranderingen zijn noodzakelijk om dit te realiseren? Zie verder bijlage 1. Deze vragen hebben een achter- grond. Al veel jaren leven gedachten over het ziekenhuis van de toekomst, over nieuwe vormen van medisch-specialistische zorg, over een ander ziekenhuislandschap. Ook de RVZ heeft daar uitspraken over gedaan. In zijn adviezen Zorginkoop en Schaal en Zorg en in 2010 in zijn discussienota Zorg voor je Gezondheid.

De RVZ beantwoordt drie vragen

In dit advies gaat de RVZ een stap verder. Hij beschrijft het ziekenhuisland- schap van 2020 wat preciezer en geeft de weg aan die naar dit landschap leidt.

De Raad beantwoordt in dit advies de volgende vragen:

1. Welke ontwikkelingen spelen zich in en rond de medisch-specialistische zorg af en wat betekent dit voor deze zorg?
2. Hoe zou idealiter deze zorg er in 2020 uit moeten zien, rekening houdend met ontwikkelingen uit vraag 1?
3. Hoe kan deze gewenste situatie worden bereikt?

Achtergrondstudies

Om deze vragen te kunnen beantwoorden, heeft de RVZ twee externe achtergrondstudies laten uitvoeren:

1. LSJ: Medisch-technologische ontwikkelingen in de zorg 20/20
2. KPMG: Ziekenhuislandschap 2020: Niemandslaan of Droomland? Medewerkers van de Raad schreven achtergrondstudies over:
3. Demografische krimp en ziekenhuiszorg (Y. van Otterdijk)
4. Het contracteren en bekostigen van medisch-specialistische netwerken (B. van de Gevel)
5. Samenwerking en mededinging (M. de Lint)
6. De rol van e-health in het veranderende ziekenhuislandschap (D. van der Klauw).

Overleg tijdens de voorbereiding

Dit advies kwam ook tot stand door overleg met deskundigen en betrokkenen. Een breed samengesteld Forum ziekenhuislandschap kwam viermaal bijeen om te discussiëren over de centrale thema's van het advies. Overleg was er verder met NVZ, SASZ, STZ, NFU en andere organisaties in de zorgsector (zie bijlage 2). Met patiëntenverenigingen is overleg gevoerd over hun visie op goede zorg. Hun visies zijn opgenomen in bijlage 3. Deze visies vormen de basis voor dit advies (zie verder hoofdstuk 3).



2 De urgentie van verandering

2.1 Het ziekenhuislandschap anno 2011

Het landschap

Waarover hebben we het? Het huidige ziekenhuislandschap toont een rijk geschakeerd beeld. Het ziet er als volgt uit.

Locaties ziekenhuizen november 2010

academische en algemene ziekenhuizen inclusief buitenpoliklinieken



Aantallen
ziekenhuizen

Nederland heeft in totaal 128 ziekenhuizen:

- 8 academische ziekenhuizen,
- 88 algemene ziekenhuizen, waarvan 28 topklinische ziekenhuizen,
- 32 categoriale instellingen.

Daarnaast zijn er 129 zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en 97 privé-klinieken.

Spreiding

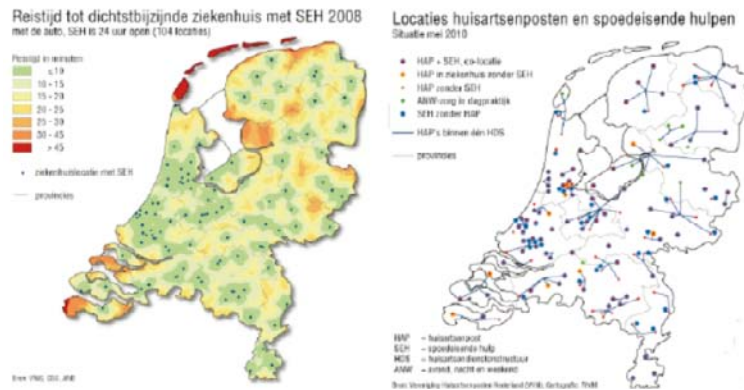
Vooral de algemene ziekenhuizen zijn landelijk gezien goed gespreid. De academische ziekenhuizen, categoriale instellingen en zelfstandige behandelcentra zijn hoofdzakelijk in en rond de grote steden gevestigd.

Algemene en andere
ziekenhuizen

Ziekenhuizen leveren veelal een breed palet aan zorg waarop een steeds groter beroep wordt gedaan. Categoriale instellingen, zelfstandige behandelcentra en privé-klinieken leggen zich doorgaans toe op een beperkt, maar specifiek deelgebied van de medisch-specialistische zorg. In de loop der jaren is het aantal algemene ziekenhuizen langzaam gedaald (vooral door fusie). Het

aantal ZBC's en privéklinieken is fors gestegen, maar neemt nog altijd een zeer bescheiden aandeel in de totale omzet aan medisch-specialistische zorg voor zijn rekening.

De spoedeisende hulp (SEH) Nederland heeft 104 SEH's. Het merendeel hiervan is onderdeel van een ziekenhuis; een beperkt deel is onderdeel van een huisartsenpost.



De SEH's zijn over het land verdeeld met een sterke concentratie rondom de grote steden. In de grote steden kunnen Nederlanders binnen een beperkt aantal minuten terecht bij meerdere SEH's.

2.2 Medisch-specialistische zorg geconfronteerd met veranderingen

Veranderingen aan de vraagzijde

De zorgvraag verandert

Nederland vergrijsst in snel tempo. De gezonde levensverwachting neemt bovendien minder sterk toe dan de totale levensverwachting. Van de jaren dat mensen langer leven wordt een aanzienlijk deel niet in goede gezondheid doorgebracht. De zorgvraag neemt dus toe naarmate mensen ouder worden. Bovendien verandert de zorgvraag: meer chronische aandoeningen en ook meerdere aandoeningen tegelijkertijd (multimorbiditeit).

De relatie tussen patiënt en zorgverlener verandert

Ook in sociaal-cultureel opzicht verandert de vraag. Als uiting van de toenemende individualisering verlangt de burger openheid over prestaties, keuzemogelijkheden, kwaliteit en een servicegerichte houding bij zorgaanbieders. De media en het internet in het bijzonder werken hierbij als startmotor, vergrootglas en versneller. Door het internet leren mensen te zoeken en te vinden. En steeds vaker lukt dat buiten de traditionele zorgkaders. Het internet is ook grenzeloos, niet gebonden aan het vertrouwde zorgaanbod, maar verbonden met de worldwide kenniscommunity. Hierdoor verandert de relatie tussen patiënt en zorgaanbieder.

Wetenschap en technologie sturen de zorg	<p>Veranderingen aan de aanbodzijde</p> <p>Aan de aanbodzijde tekent zich een sterk toenemende dominantie en processturing door de biowetenschap en technologie af (zie de achtergrondstudie Medisch-technologische zorg 20/20). Dit openbaart zich op allerlei manieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sterk gecomputeriseerde diagnostiek stuurt medische vervolgbeslissingen, dicteert en protocollert het behandelplan, en standaardiseert de uitvoering daarvan (EBM). – Individualisering van preventie, diagnostiek en behandeling. – Zorgtechnologie wordt mobieler, wordt minder infrastructuurgebonden en daardoor flexibel, dus plaats- en tijdsafhankelijk inzetbaar.
Dat maakt de patiënt sterker	<p>Deze ontwikkelingen stellen de patiënt met de steun van sociale media (gezondheid 2.0) en ICT-tools als het Persoonlijke Gezondheids Dossier (Personal Health Record) in staat substantiële delen van de medische zorg in eigen beheer te nemen en in de eigen omgeving uit te voeren, gecoacht door een zorgprofessional.</p>
Er ontstaan communities van patiënten en professionals	<p>Hierdoor verandert de relatie tussen patiënt en behandelaar van karakter en van vorm, maar ook die tussen behandelaars onderling (teleconferencing; het nieuwe werken ook in het medisch model). Zorgprofessionals zoeken elkaar op over de grenzen van hun organisatie heen. Het ontwikkelen en delen van kennis en kunde is voor hen relevanter dan muren en gebouwen; professionele netwerken belangrijker dan de staande organisatie.</p>
Transparantie over kwaliteit maakt ordening vloeibaar	<p>Twee andere ontwikkelingen aan de aanbodzijde zijn het vermelden waard. In de eerste plaats de toenemende druk op zorgaanbieders om transparant over prestaties te zijn (zie ook bij de vraagontwikkelingen). Deze druk maakt bestaande verhoudingen en ordeningen vloeibaar, zal de marktstructuur ingrijpend wijzigen, afhankelijk van de politiek-bestuurlijke ontwikkelingen (zie onder). Slecht presteren zal worden afgestraft. Zwakke schakels zullen uit de keten verdwijnen.</p>
Zorg is kennis en kennis is van iedereen	<p>In de tweede plaats de rol die kennis speelt in de samenleving. Deze rol is groot, zal alleen maar groter en bepalender worden. Burgers, in ieder geval hun zaakwaarnemers, hebben toegang tot de kerken van kennis, ook de gespecialiseerde medische. En zij eisen onmiddellijke toepassing van die kennis. Dit staat op gespannen voet met de manier waarop wij de zorg hebben georganiseerd (de logistiek, de ordening).</p>
Een voorzichtige verwachting	<p>Politiek-bestuurlijke veranderingen</p> <p>Hoewel de politiek-bestuurlijke ontwikkelingen moeilijker zijn te voorspellen dan die aan de vraag- en aanbodzijde, is het toch mogelijk een richting aan te geven die plausibel is.</p>

Risico's zorgverzekeraar groter	De ex post verevening zal verdwijnen, dus neemt de risicodragendheid van zorgverzekeraars toe. Hierdoor zullen de verhoudingen op de zorgcontracteringsmarkt en daarmee in de financiering van het zorgaanbod wezenlijk veranderen.
Risico's zorg aanbieder groter: dus keuzes doen	Steunvoorzieningen en bekostiging buiten de reguliere DBC's (kapitaallasten) zullen verdwijnen. Tegelijkertijd zal het aandeel in het segment vrije prijzen toenemen tot 70%. Doordat kapitaallasten integraal onderdeel worden van prestatiebekostiging, nemen risico's toe en worden kapitaalverschaffers terughoudender. De introductie van de integrale prestatiebekostiging dwingt het ziekenhuisbestuur een strategische afweging te maken tussen baten en kosten, investering en rendement, maar ook tussen de belangrijkste productiefactoren (arbeid, kapitaal, honorarium vrijgevestigde arts). De druk op de kosten zal door toenemende concurrentie op de zorgcontracteringsmarkt oplopen. En op die markt zullen partijen kritischer afwegingen maken bij de keuze voor extramurale of intramurale, eerstelijns of tweedelijns zorg.
Sturen op kwaliteit en keuzen	Het beleid van de rijksoverheid en de borging van het publiek belang ontwikkelen zich waarschijnlijk in deze richting. De publieke normen voor de kwaliteit – en daarmee de transparantie – zullen een direct-sturend karakter krijgen. Een groot deel van wet- en regelgeving op andere terreinen binnen het zorgstelsel kan daardoor verdwijnen. De handhaving van de publieke normen wordt stringenter. Omdat de houdbaarheid van de zorguitgaven steeds meer onder druk komt te staan, zal de noodzaak om keuzen te maken tussen begrenzing van zorgaanspraken, lastenverzwaring voor de burger en/of budgettering van zorgaanbod steeds groter worden.

2.3 Noodzaak en urgentie van verandering

Twee grote uitdagingen	De veranderingen aan de vraag- en aanbodzijde en de politiek-bestuurlijke ontwikkelingen hebben grote gevolgen voor de zorg. In essentie zijn de uitdagingen, waarvoor de medisch-specialistische zorg zich gesteld ziet, te vatten in twee centrale thema's: <ul style="list-style-type: none"> – een sterk stijgende zorgvraag en beperkte financiële ruimte; – een sterk toenemende druk op kwaliteit van zorg en transparantie.
Druk op ziekenhuizen loopt sterk op	In samenhang bezien, loopt door dit alles de druk op ziekenhuizen om te veranderen enorm op. Ziekenhuizen zullen onder moeilijke omstandigheden hun financiële robuustheid moeten verbeteren en een bijdrage moeten leveren aan het beheersbaar houden van de kosten van de totale zorg. Tegelijkertijd moeten zij aan steeds hogere verwachtingen op het gebied van kwaliteit en transparantie voldoen, (KPMG, 2011). Hiervoor is een andere ordening van de medisch-specialistische zorg noodzakelijk.

Een hoofdlijnenakkoord
overheid – veldpartijen

Binnen de zorgsector is er op hoofdlijnen eensgezindheid over de richting waarin het zorgaanbod moet veranderen. Medio 2011 hebben overheid en veldpartijen hiertoe een Hoofdlijnenakkoord gesloten dat erop is gericht de sterk stijgende uitgaven voor de medisch-specialistische zorg te beperken tot een jaarlijkse reële groei van 2,5%. Dit moet de zorgsector, zo blijkt uit het akkoord, realiseren door structuurveranderingen in de vorm van concentratie en deconcentratie.

Deconcentratie én
concentratie zijn de
voorwaarden

Leidende gedachte hierachter is dat zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt geleverd moet worden en alleen wanneer het – om kwaliteits- of doelmatigheidsredenen – niet anders kan, verder weg. Dit doel kan worden bereikt door middel van deconcentratie, omdat veel hoogvolume, laagcomplexere vormen van medisch-specialistische zorg verantwoord in de eerste lijn kan worden aangeboden. Voor de complexere en laagvolume medisch-specialistische zorg daarentegen is specialisatie – en dus vaak concentratie – nodig om kennis en kunde te kunnen bijhouden en verder te ontwikkelen.

Zie de achtergrondstudie
KPMG

Deze gedachte wordt ondersteund door de achtergrondstudie van KPMG: “Voor het bereiken van een ziekenhuislandschap met optimaal hoge kwaliteit en optimaal lage kosten (Droomland 2020) zijn twee grote bewegingen essentieel: een maximale beweging richting buurtgezondheidscentra enerzijds en een maximale beweging op spreiding en concentratie van ziekenhuisvoorzieningen anderzijds”, (KPMG, 2011).

2.4 Conclusies

Exogene krachten en
selectieve zorginkoop sturen
dynamiek

De dynamiek in en rond de medisch-specialistische zorg is groot en zal alleen maar groter worden. De dynamiek ontstaat vooral door exogene en autonome krachten: het internet, kennis, wetenschap en technologie, privaat kapitaal. Maar de belangrijkste factor die de dynamiek zal gaan bepalen is endogeen: de selectieve zorginkoop. Afschaffing van de ex post verevening bij zorgverzekeraars zal een enorme impuls geven aan de selectieve zorginkoop. Dit zal – samen met de hier genoemde exogene factoren – het proces van specialisatie van ziekenhuizen sturen.

Meer risico's: strategisch
gedrag

Het is duidelijk dat de risico's voor de contractpartijen en in het bijzonder voor de ziekenhuizen snel toenemen. Er is een risicocumulatie, terwijl de voorspelbaarheid afneemt. Dit gegeven zal het strategische gedrag en investeringsbeslissingen steeds meer gaan bepalen.

Investeren in tweedelijns
vastgoed onaantrekkelijk

Alles bijeen genomen, is het aannemelijk dat de bereidheid te investeren in grootschalig zorgvastgoed zal afnemen. En mocht die bereidheid in de zorgsector al blijven bestaan, dan zullen externe partijen (banken) die bereidheid ondergraven, onderhevig als zij zijn aan marktwerking. Maar ook,

Wij zien: schaalverkleining
en schaalvergroting

omdat zij minder riskante alternatieven zien: e-health, de eerstelijns en de extramurale zorg.

Een en ander zal tegengestelde effecten hebben. Een gedifferentieerd beeld, veel variatie, grotere verschillen aan de ene kant, schaalverkleining ook. En standaardisatie en schaalvergroting aan de andere kant. De resultaten van deze effecten levert het landschap van de medisch-specialistische zorg 2020 op. En dat zal er anders uitzien dan dat van 2011.





3 Het vergezicht: medisch-specialistische zorg 20/20

3.1 Een vergezicht: waarop is het gebaseerd?

Niet meer van hetzelfde!

In hoofdstuk 2 schetsten wij de urgentie van verandering. Door ontwikkelingen in de samenleving en in de zorgsector zal de medisch-specialistische zorg zich anders moeten organiseren. Meer van hetzelfde is niet de oplossing, een nieuwe ordening is nodig. Dat is de conclusie die wij trekken.

Het moet anders: een vergezicht op 2020

Hoe ziet de nieuwe ordening er uit? In dit hoofdstuk presenteert de RVZ een vergezicht 2020. Dat stelt hem in staat in volgende hoofdstukken adviezen te geven over de realisatie. Het vergezicht 2020 is gebaseerd op twee bronnen. De eerste bron is de visie van patiënten op de zorg. De Raad heeft aan een aantal patiëntenverenigingen gevraagd een visie te geven. In 3.2 zijn deze visies vertaald in enkele statements. Deze vraaggerichte statements zijn voor dit advies richtinggevend. De tweede bron bestaat uit een aantal onvermijdelijke ordeningsprincipes, zoals het onderscheid acuut, chronisch, electief (3.3).

3.2 De visie van de patiënt

Patiëntenvisie als basis

In bijlage 3 zijn de visies van een aantal patiëntenverenigingen opgenomen. De RVZ heeft hierover overleg gevoerd met deze verenigingen. De volgende statements bevatten de kern van de visie van de patiënt: goede zorg vanuit het perspectief van de zorgvraag.

Dichtbij waar mogelijk, ver weg als nodig

1. *Dichtbij als het kan, ver weg als het moet*

Medisch-specialistische zorg is dicht bij de patiënt beschikbaar, in ieder geval als het om chronische zorg gaat, maar ook om diagnostiek. Continuïteit van zorg vereist 'zorg dichtbij'. Kwaliteit en doelmatigheid van zorg vereist soms juist 'zorg ver weg', dat wil zeggen de combinatie van specialisatie en concentratie. Criteria zijn de fase in het zorgproces en de aard van de interventie. Een aantal operatieve ingrepen kan en moet geconcentreerd plaatsvinden, hiervoor bestaat inmiddels voldoende evidence, vooral ook uit de internationale praktijk. Pre- en post-operatieve handelingen, zoals diagnostiek en nazorg moet men juist in beginsel gedeconcentreerd, dichtbij, aanbieden, zij het soms ook gespecialiseerd. Wij zien hier een noodzakelijke combinatie van twee randvoorwaarden: continuïteit van zorg en differentiatie van aanbod. Dit spanningsveld vereist extra investering in triage en zorgcoördinatie in de keten.

Weg met onderscheid eerste en tweede lijn

2. *Doorbreek de echelonnering*

De ordening van zorgprocessen in een generalistische eerste lijn en een daarvan gescheiden specialistische tweede lijn past niet bij de zorgvraag 2020.



Echelonnering creëert geen passend zorgaanbod. Goede zorg heeft twee kenmerken. In de eerste plaats een robuuste en integrale eerste opvang, goed toegankelijk (24 x 7). En in de tweede plaats ziekte- en beperkinggerichte ketens of netwerken. In beide kenmerken zijn generalistische en specialistische kennis en kunde vervlochten. Het resultaat is een mengsel van ziektespecificiteit en aandacht voor multimorbiditeit. Het spanningsveld van ziektespecificiteit en multimorbiditeit vraagt om nieuwe oplossingen in de sfeer van triage, indicatiestelling en poortwachtersfunctie. Een zorgstandaard nieuwe stijl en de richtlijnen sturen dit aan.

Transitie van professioneel naar zelfmanagement

3. *Zelfmanagement vervangt professionele zorgarbeid*

Er ontstaan steeds meer ICT-ondersteunde mogelijkheden voor zelfmanagement. De zorgprofessional neemt hier de rol van coach aan. Zelfmanagement en e-health versterken elkaar en maken gezondheid 2.0 (eigen verantwoordelijkheid patiënt, regie over het leven behouden, zelfstandig wonen en werken, interactieve zorg) mogelijk. Meer dan ooit zijn patiënt en professional van elkaar afhankelijk.

Zorg is standaard

4. *Alleen zorg conform de standaard*

Het bovenstaande wordt gesteund door publieke kwaliteitsnormen en standaarden. Patiënten en professionals leggen hiervoor de basis. De sturing is niet vrijblijvend. Zorgprofessionals beoordelen elkaar hierop. Er is transparantie op de performance. De inspectie handhaaft robuust. Zorgverzekeraars kopen alleen normgestuurde zorg in. De patiënt kan op basis hiervan zijn keuze bepalen.

Verskillende ordeningsprincipes

3.3 Ordeningsprincipes inherent aan zorg

Een aantal intrinsieke kenmerken van medisch-specialistische zorg heeft consequenties voor de ordening. Deze ordeningsprincipes zijn langs vijf lijnen te beschrijven.

Acuut – chronisch – electief

1. *Het onderscheid acuut – chronisch – electief*

Deze drie vormen van zorg stellen elk specifieke eisen aan de ordening. Bij de acute zorg staan voorop: bereikbaarheid en handelingsnelheid, zware poort- en triagecompetenties. Dit vereist een hoge regionale organisatiegraad en een glasheldere toedeling van verantwoordelijkheid. Voor de chronische zorg zijn de eisen beschreven in het Chronic Care Model van Wagner: continuïteit, integraal, dichtbij en community based met veel aandacht voor preventie. Electieve zorg kenmerkt zich door de planbaarheid en de flexibiliteit van aanbod, relatieve omgevingsafhankelijkheid en specialisatie.

Algemeen of categoriaal

2. *Algemeen of categoriaal*

Naast de algemene ziekenhuiszorg, waarbinnen via de poortspecialismen een doorgeleiding naar deelspecialismen plaatsvindt, ontstaan meer ziekte-



specifieke organisatievormen van zorg. Dit is een gevolg van de groei van medische kennis en de daaruit voortvloeiende steeds verdergaande specialisatie; een ontwikkeling die niet te stuiten is. Toch laat het epidemiologisch beeld van 2020 zien dat de multimorbiditeit zeer sterk toeneemt. Dat vereist nu juist een meer integrale benadering en dus ordening van de zorg.

Complexiteit en volume

3. *Complexiteit en volume*

Medische interventies kunnen hoog of laag complex van aard zijn en zelden, regelmatig of frequent worden verricht. Dit leidt tot een indeling op basis van een matrix hoog/laag complex en hoog/laag volume. Op basis hiervan kan worden besloten of medische interventies geconcentreerd moeten worden, dan wel gedeconcentreerd kunnen worden aangeboden. Dit ordeningsmodel vereist een 'dekkende' set van operationele normen met een bindend karakter. In de oncologische zorg past men dit ordeningsmodel steeds vaker toe. Recentelijk vindt dit model breder navolging binnen de heelkunde. Ook toepassing binnen de meer beschouwende specialismen ligt voor de hand.

Vastgoedgebondenheid

4. *Vastgoedgebondenheid*

Medisch-specialistische interventies verschillen in de mate waarin zij afhankelijk zijn van grootschalig vastgoed. Er zijn interventies die in een praktijk aan huis of in een gezondheidscentrum kunnen plaatsvinden. Andere zijn sterk gebonden aan een ziekenhuis, bijvoorbeeld complexe operatieve ingrepen.

Fasen in zorgproces

5. *Fasen in het proces van gezondheid en ziekte*

Gezondheid en ziekte starten bij de publieke gezondheid. Vervolgstep is preventie in haar verschillende vormen. Dit gaat soms naadloos over in het gebied van screening en dat van diagnostiek. De, indien nodig, daarop volgende behandelfase vormt, door de ontwikkeling van technologie en evidence based medicine, minder dan vroeger een onverbreekelijke eenheid met de diagnose.

En verder kan behandeling mede door de inzet van e-health en social media vaker een vorm van (ondersteuning van) zelfmanagement aannemen. De behandelfase is in zichzelf een gefaseerd proces, zeker bij chronisch zieken, steeds vaker uitmondend in een nazorgfase, waarin verpleging en verzorging, maar ook monitoring en controle centraal staan. Elk van deze fasen stelt specifieke eisen aan ordening (de plaats in het geheel) en organisatie. De epidemiologische ontwikkeling vraagt tegelijkertijd steeds meer om samenhang in het proces van gezondheid en ziekte (ketenzorg).

3.4 Wat betekent dit voor medisch-specialistische zorg in 20/20?

Een vergezicht 2020

Welke impact heeft dit voor de zorg? Hoe zou die er in 2020 uit moeten zien? Hieronder de contouren van een vergezicht, aan de hand van de

‘dragende’ onderdelen van de medisch-specialistische zorg. Een vergezicht, een nieuwe ordening.

1. De spoedeisende hulp

Een integrale keten

- Spoedeisende hulp (SEH), traumazorg, acute zorg en Intensive Care vormen samen een geïntegreerde keten van spoedzorg. Deze keten bestaat uit: melding, triage, de first responder, vervoer/logistiek, zorg in de instelling. In deze keten zijn huisartsenposten (avond-, nacht- en weekenddiensten) en SEH-afdelingen van ziekenhuizen volledig geïntegreerd tot een medische dienst met een aangewezen verantwoordelijkheidsgebied. Huisartsen zijn aanwezig op de SEH in een beleidsbepalende rol.

De poort van en de logistiek in deze keten

- Aan de poort van de keten van spoed-zorg staat een telefonische toegang. Voor acute zorg is dit 112. Voor burgers met spoedvragen bieden zorgverzekeraars een telefonische hulpdienst aan. In de nabije toekomst komen er andere communicatiemiddelen beschikbaar. Ervaren verpleegkundigen verrichten langs deze weg de triage en zetten de noodzakelijke vervolgstappen in werking (huisarts, ambulance). Hier ligt het centrale coördinatiepunt voor de gehele keten. De coördinatie, doorgeleiding en logistiek zijn in hoge mate ICT-ondersteund. De ambulancehulpverlening is logistiek aangesloten op de voor de patiënt beste zorgbestemming (in plaats van op de dichtstbijzijnde). De nieuwe kwaliteitsnormen, waaronder minimum volumina per verrichting zijn hierin sturend. Alleen die sturen de route van de patiënt. Deze hulpverlening is technologisch van grote kwaliteit; zij vormt de infrastructuur (samen met de eerste lijn) van het spoednetwerk.

Bereikbaarheid huisartsenpost moet beter

De bereikbaarheid van de huisartsenposten zal aanzienlijk moeten verbeteren. Onderzoek toont aan dat de ‘zelfverwijzers’ een groot deel van de clientèle van de SEH uitmaken. Veel van de zorgvragen van deze patiënten bij de SEH had men kunnen voorkomen. De zelfverwijzers doen voornamelijk een beroep op de SEH, omdat zij denken of weten dat de HAP niet (goed) bereikbaar is of geen adequaat antwoord heeft op hun zorgvraag.

SEH-afdeling: topje ijsberg

- In deze keten vormt de SEH-afdeling van een ziekenhuis het topje van een ijsberg van ‘spoedzorg’. Een groot deel van de vragen naar spoedzorg is niet medisch, maar maatschappelijk van aard. Dit onderscheid heeft geen betrekking op de ernst, de urgentie en de complexiteit van de hulpvraag, wel op de aard van het hulpaanbod. Voor burgers moet een systeem van spoed-zorg, medisch en maatschappelijk, beschikbaar zijn. De organisatie van dit systeem is afhankelijk van de lokale situatie. In dit systeem vervult de SEH-afdeling van het ziekenhuis een bijzondere functie. Zij is er voor de acute zorg in de strikte zin van het woord:

“wanneer zo spoedig mogelijk, maar in elk geval binnen enkele minuten tot enkele uren zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aan-
doening of een ongeval te voorkomen” (RVZ, 2003). Het tijds criterium in deze definitie is uiteraard ziektespecifiek. Als strict de hand wordt gehouden aan de definitie, kan, zo laten de SEH-cijfers zien, het aantal SEH-afdelingen substantieel worden teruggebracht (zie onder). Voorwaarde is dan wel de netwerkbenadering en schaalvergroting.

Maar andere spoedvragen ook adequaat beantwoorden

- Dit neemt niet de noodzaak weg adequate hulp te verlenen in maatschappelijke noodsituaties, bijvoorbeeld die van sociaal-medische aard. Hier ligt een taak voor de gezondheidscentra. In verstedelijkte gebieden kan een SEH-afdeling van een ziekenhuis, mits samenwerkend met de relevante hulpverleners, deze functie vervullen, in huis of elders. Belangrijk is de samenwerking van SEH en acute psychiatrie. In veel regio's moeten deze twee spoedfuncties worden geïntegreerd in een zorgnetwerk.

Sterke inkrimping aantal SEH's kan en moet

- Binnen de spoedketen kan men in principe en afhankelijk van de lokale situatie het aantal SEH-afdelingen beperken tot de grote ziekenhuizen en de UMC's. Voor het kleine aantal, nu al bestaande probleemgebieden (waaronder Waddeneilanden en Noord-Oost Groningen) zal de overheid een oplossing op maat moeten blijven bieden in overleg met de ziekenhuissector. Deze concentratie is in de hier gepresenteerde visie niet alleen mogelijk, doordat spoedzorg in een geveleed netwerk wordt aangeboden, waarin de nadruk ligt op de eerste lijn en op de ambulancehulpverlening. Zij is ook noodzakelijk. Alleen zo kan de noodzakelijke kwaliteit worden geleverd. Deze schiet in de bestaande situatie te kort. Dit is voor de RVZ het argument om te kiezen voor concentratie. Kleine ziekenhuizen kunnen de noodzakelijke SEH-kwaliteit niet leveren. Het Kwaliteitsinstituut legt de basis voor het nieuwe SEH-landschap met ambitieuze kwaliteitsnormen. Deze beschrijven het SEH-netwerk. Zij hebben ook betrekking op de vervolgbehandeling in het ziekenhuis (na de SEH). Een forse algehele verbetering van de SEH-keten is noodzakelijk. In het nieuwe SEH-netwerk leveren SEH-ziekenhuizen, op basis van de standaard, diensten aan de niet-SEH-ziekenhuizen.

SEH: Regionale ordening

- De spoedketen is georganiseerd naar GHOR-regio, waarbij wordt samengewerkt met één of meer traumacentra. De regiefunctie ligt op het niveau van ROAZ. Het aantal SEH's wordt, net als de traumacentra, door de overheid centraal aangewezen. Hierdoor ontstaan 25 spoedketens. De SEH-functie van het ziekenhuis heeft een wettelijke basis in de WBMV en in een zorgstandaard acute zorg. Deze zorgstandaard stuurt de contractering van de andere (niet-WBMV) onderdelen van het spoedzorgnetwerk aan.

SEH: prestatiebudget

- De SEH-functie van het ziekenhuis binnen de keten wordt niet, zoals de electieve zorg, op basis van DBC/DOT-prijzen bekostigd in het B-segment, maar middels een prestatiebudget. Dit budget is gebaseerd op beschikbaarheid, regionale situatie en performance. Performance wordt bepaald door het benchmarken van de verschillende spoedketens.

Verloskunde

3. Verloskunde

- In januari 2011 heeft de minister van VWS het College Perinatale Zorg (CPZ) geïnstalleerd. Dit college heeft tot taak de aanbevelingen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte te operationaliseren. Doel: het optimaliseren van de zorg rond de zwangerschap en de geboorte. In afwachting van de voorstellen van het CPZ, doet de RVZ in dit advies geen uitspraken over de verloskunde. Wel ziet zij de gang van zaken in 2010 en 2011 binnen de verloskunde als voorbeeld voor de verandering die in de SEH nodig is. In verloskunde en SEH zullen voor het zorglandschap 2020 beslissende keuzen worden gemaakt.

3. Electieve en chronische zorg

Diagnostiek

Een andere relatie
diagnostiek-behandeling

- De onverbreekelijke band in de medische besluitvorming tussen diagnostiek en behandeling (culminerend in de filosofie achter DBC/DOT) kan en moet anders worden ingericht. Diagnostiek kan door de ontwikkeling van de medische technologie deels worden verzelfstandigd ten opzichte van behandeling en daarmee van het ziekenhuis. Dit leidt de diagnostiek in twee divergerende richtingen. Enerzijds uit het ziekenhuis en naar de samenleving, anderzijds naar het world wide web van internet. Naast deze twee nieuwe richtingen, zal een deel van de diagnostiek vanuit het ziekenhuis verricht blijven worden.

Specialistische diagnostiek in
de eerste lijn

- De eerste richting, de regionale uithuisplaatsing van de diagnostiek, brengt haar bij een combinatie van buitenpoli en gezondheidscentrum. Hierin werken huisartsen en specialisten samen op consultbasis. Deze verzelfstandiging vertaalt zich in de organisatie en de financiering van de diagnostiek. De verzelfstandiging vertaalt zich ook functioneel: diagnostiek als onderdeel van een poortfunctie, bestaande uit screening, triage, diagnostiek, indicatiestelling en advies. In een medisch-specialistische zorg die, veel meer dan nu, als kenmerk heeft differentiatie, maar ook standaardisatie, is diagnostiek, aldus geïntegreerd, een sleutelfunctie, een strategisch goed. Diagnostiek stuurt regionale patiëntenstromen.

En: concentratie van
diagnostiek worldwide

- De tweede richting, de internationalisering van de diagnostiek, leidt haar de digitale wereld in. Een aantal diagnostische verrichtingen is niet meer aan locatie gebonden, kan op iedere plaats in de wereld worden gedaan. Besluitvorming hierover zal primair plaatsvinden op basis van efficiency-

motieven. Deze ontstaan, doordat de risico's voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen zullen toenemen.

Behandeling	<p><i>Behandeling</i></p> <p>Voor de toekomst van medisch-specialistische behandeling is de combinatie van twee ordeningsprincipes doorslaggevend:</p> <ul style="list-style-type: none">– het onderscheid tussen electief-curatieve zorg en chronische zorg– complexiteit en volume.
Electief – curatieve zorg: a. hoog complex/laag volume	<p><i>Electief-curatieve zorg</i> is heelkundig of beschouwend van aard. Voor alle hoog complexe/laag volume zorg geldt dat deze uitsluitend in geconcentreerde vorm moet worden aangeboden. Ambitieuze evidence based minimum volumina per interventie zijn noodzakelijk om de zorg op voldoende kwalitatief niveau te brengen en te houden. Dat betekent in de praktijk dat deze interventies vooral zullen plaatsvinden in UMC's en STZ-ziekenhuizen, maar zij kunnen ook in gespecialiseerde zelfstandige focusklinieken of zorgstraten binnen andere algemene ziekenhuizen plaatsvinden (zie buitenlandse ervaringen, bijvoorbeeld in Duitsland). Bij een steeds verdergaande concentratie van de hoog complexe/laag volume heelkunde zal het noodzakelijk zijn delen van de pre- en post-operatieve geneeskundige zorg te deconcentreren om de patiënt niet te veel te belasten en om de bereikbaarheid van de zorg op niveau te houden.</p>
b. laag complex/hoog volume	<p>Een groot aantal laag complexe/hoog volume ingrepen kan in toenemende mate plaatsvinden in zelfstandige behandelcentra, focus- of themaklinieken. En zelfs in gezondheidscentra, indien de behandeling voldoende gestandaardiseerd is. De zorgstandaard speelt in de indicatiestelling en de verwijzing een sturende rol.</p>
c. laag complex/laag volume	<p>Laag complexe/laag volume ingrepen kan men het beste in grote, algemene ziekenhuizen laten plaatsvinden (STZ). Deze zullen onderling bij zeer lage volumina afspraken moeten maken over taakverdeling, indicatiestelling en continuïteit van zorg.</p>
d. zeldzame ziekten	<p>Over zeldzame aandoeningen en over de topklinische en topreferente zorg maken UMC's en STZ-ziekenhuizen afspraken. De verwachting is dat zich op dit vlak een Europees netwerk van centers of excellence zal ontwikkelen.</p>
Chronische zorg:	<p><i>Chronische zorg</i> zal overwegend beschouwend van aard zijn, met (soms) intermitterende momenten van heelkundige aard. Relevant voor dit advies over het zorglandschap zijn de combinaties laag complex/hoog volume (de reguliere enkelvoudige zorg bij goed ingestelde patiënten) en hoog complex/laag volume (complicaties, zeldzame afwijkingen, afwijkende multimorbiditeit).</p>

- a. laag complex/hoog volume De laag complexe/hoog volume zorg wordt gecoördineerd door en vindt grotendeels plaats in een gezondheidscentrum. Dat heeft een stevige organisatie en een integraal aanbod van zorg (multidisciplinair conform de zorgstandaard). Dit aanbod omvat, waar nodig, specialistische (vaak verpleegkundige) expertise. Streekziekenhuizen en gezondheidscentra bieden hier een geïntegreerd zorgaanbod met een front office voor de patiënt (poli, dagbehandeling en gezondheidscentrum in één). De coördinatie van zorg wordt ondersteund door intensief gebruik van gezondheid 2.0 en e-health. De grote doorbraak zal komen als het Persoonlijk Gezondheids Dossier (Personal Health Record) gekoppeld aan een Electronisch Patiënten Dossier (EPD) door het merendeel van de patiënten wordt gebruikt. Zie verder de achtergrondstudie bij dit advies 'De rol van e health in het veranderend ziekenhuislandschap'.
- b. hoog complex/laag volume De combinatie hoog complex/laag volume kan in principe op dezelfde manier worden georganiseerd, zij het dat hier een (groot) algemeen ziekenhuis een aanvullende rol speelt met medisch-specialistische consultatie, acute zorg en een opnamefunctie.
- Geriatricie psychiatrie, revalidatiegeneeskunde: beleidsbepalend De epidemiologische ontwikkelingen – meer oudere patiënten, meer chroniciteit, meer multimorbiditeit, meer gedragsgerelateerde ziekte – maken het ook voor de medisch-specialistische zorg noodzakelijk dat aan de patiënt een integraal aanbod van zorg wordt gedaan. In de praktijk moet dat betekenen dat er meer aandacht komt voor geriatricie, psychiatrie en revalidatiegeneeskunde. Dit moeten dragende en steeds vaker, in nauw overleg met de huisarts sturende specialismen worden in de medisch-specialistische zorg. Maar dan zal men de opleidingen voor deze specialismen aantrekkelijker moeten maken (zie onder meer het RVZ-advies Numerus fixus geneeskunde, 2010).
- Nazorg: vanuit het gezondheidscentrum *Nazorg* De verpleging en verzorging tijdens de klinische behandel fase staat direct en continu in contact met eventueel noodzakelijke nazorg thuis. Continuïteit van zorg en integrale zorg gedurende de gehele ziekteperiode vormen een expliciet onderdeel van de professionele standaard. De aan het gezondheidscentrum verbonden zorgverleners zijn verantwoordelijk voor de borging.
- Transmurale verpleging en ICT: zorg zoekt patiënt Dit betekent dat klinische en niet-klinische episoden aan elkaar zijn gelinkt via de combinatie EPD-PGD. De verpleegkundige speelt de centrale rol; e health en gezondheid 2.0 zijn de dominante organisatieconcepten. Het gezondheidscentrum beschikt over een beperkt aantal ondersteunende bedden, bestemd voor kwetsbare patiënten in de overgang naar de thuissituatie. Deze ondersteuning realiseert men in samenwerking met de ouderenzorg. In de verpleging en de verzorging bestaat geen personeel en organisatorisch onderscheid tussen intramuraal en extramuraal. De zorg is transmuraal georganiseerd rond de patiënt, ongeacht diens verblijfplaats. Zorg zoekt patiënt, in plaats van andersom.

3.5 Het vergezicht scherper ingesteld: “van ziekenhuis naar zorgnetwerk”

Netwerken van kennis en kunde

Medisch-specialistische zorg vindt plaats in netwerken van kennis en kunde. In deze netwerken realiseren samenwerkende voorzieningen zorg die continu en integraal is.

Contouren zorgnetwerk: gelaagdheid

Globaal genomen, ziet een zorgnetwerk er als volgt uit:

- Aan de basis: een inloof functie (ook digitaal beschikbaar) en een gezondheidscentrum dichtbij de burger en dichtbij de gezondheidsrisico's in de samenleving.
- Coördinatie van de gehele keten van verpleging en verzorging en chronische ziekenzorg in gezondheidscentra. Poliklinische voorzieningen, waaronder diagnostiek en dagbehandeling, zijn in deze centra geïntegreerd; de lokale zorgvraag stuurt de inzet van medisch-specialistische kennis.
- Reguliere medische vervolgvoorzieningen met specifieke indicatiegebieden in de geest van Christensen: 'solution shop'. Dus het is slechts mogelijk een hypothese over mogelijke ziektebeelden op te stellen die vervolgens getoetst moet worden. Een 'value adding process business', indien het mogelijk is diagnostiek en behandeling binnen een vast protocol routinematig uit te voeren. En 'facilitated networks', waarin zorgverleners moeten samenwerken om de zorg rondom een patiënt te kunnen coördineren.
- In ieder netwerk participeren een of meer topklinische ziekenhuizen of topreferente functies; de “bijzondere medische”, hoogcomplex, zeer kapitaalintensieve functies en de opleidingstaken zijn tussen deze ziekenhuizen verdeeld op basis van een landelijk plan dat de zorgvraag in Nederland als uitgangspunt heeft. Hier berust het label “algemeen”.

Netwerk bestaat uit functies

Netwerken van medisch-specialistische zorg bestaan, vanuit het perspectief van de patiënt, uit functies, niet uit zelfstandige juridische eenheden. De functies vormen met elkaar een logisch geheel, zijn het gezicht (de front office) naar patiënt en samenleving. In de back office krijgt de bedrijfsmatige en juridische vertaling haar beslag. De back office neemt ook zoveel mogelijk administratieve lastendruk weg bij de professional. Die kan zich concentreren op zijn vak.

Netwerken op verschillende niveaus

Netwerken kunnen met andere woorden meer of minder formeel worden vormgegeven, een landelijke of een regionale organisatieschaal hebben en zowel multidisciplinair (verticaal) als monodisciplinair (horizontaal) van samenstelling zijn. Hoe ook georganiseerd, kenmerkend is wel dat de netwerken – wat de zorgverlening betreft – tenminste regionaal georiënteerd zijn. Maar dit mag niet betekenen dat het per definitie regionale monopolies zijn. De in een netwerk samenwerkende zorgverleners en patiënten hebben onderlinge afspraken over indicatiestelling en doorverwijzing, gebaseerd

	op de zorgstandaard. De samenwerkingsrelaties zijn niet exclusief; er kan tegelijkertijd of achtereenvolgens met meerdere verschillende partijen worden samengewerkt.
Een andere ordening: netwerken in plaats van instellingen en echelons	Het geschetste vergezicht leidt tot een regionale herordening van het zorglandschap: de vorming van regionaal georiënteerde zorgnetwerken, dwars door bestaande echelons heen. Ordeningsprincipe is niet meer het instituut of het echelon, maar kennis en kwaliteit vanuit het patiëntperspectief.
Verschillen nu en straks	De belangrijkste verschillen tussen het vergezicht en de situatie 2011 zijn de volgende.
Grens eerste/tweede lijn vervaagt	1. Substantiële opschaling 'eerstelijns'-zorg en uitrol gezondheidscentra over het land. Vestiging medisch-specialistische zorg, vooral diagnostiek op afroep, in de gezondheidscentra. Integratie poliklinische zorg, dagbehandeling en een beperkt aantal bedden (als voorziening tussen ziekenhuis en huis) in deze centra. De coördinerende rol van de gezondheidscentra in de gehele zorgketen maakt ICT-ondersteuning noodzakelijk (EPD en Personal Health Record). Alleen zo kan continuïteit van zorg worden geborgd. Kan de ruis op overdrachtsmomenten worden verminderd.
Klein aantal "algemene" ziekenhuizen	2. Het aantal ziekenhuizen dat de volle breedte van het palet aan medisch-specialistische zorg biedt kan en moet beperkt zijn. Ziekenhuizen maken keuzen in hun functieprofiel, mede gebaseerd op specifieke streekgebonden problematiek. Kleinere cq. streekziekenhuizen kiezen voor een regionale centrumfunctie voor chronisch zieken en voor integratie met gezondheidscentra (zie punt 1) of voor één of meer focusklinieken, ZBC's of thema-klinieken. Deze ziekenhuizen vormen altijd een onderdeel van een zorgnetwerk waarin een of meer UMC's of topklinische ziekenhuizen actief zijn.
UMC's en STZ-ziekenhuizen werken nauw samen	3. UMC's werken onderling veel meer dan nu samen. Hetzelfde geldt voor de topklinische ziekenhuizen onderling en voor UMC's en ziekenhuizen. Het gaat hier om enkele tientallen instellingen die de topreferente en -klinische functies hebben verdeeld op basis van een landelijke systematiek. Elk van deze ziekenhuizen heeft een of meer specialisaties die hen een positie van landelijk en ook Europees centre of excellence geven. De UMC's en de topklinische ziekenhuizen hebben de opleidingstaken onderling verdeeld. Een deel van de opleiding kan ook plaatsvinden in focusklinieken en ZBC's.
Ziekenhuizen, ouderenzorg en GGZ werken nauw samen	4. Er is een veel nauwere regionale samenwerking en soms ook integratie van de somatisch-specialistische zorg, de geestelijke gezondheidszorg, de ouderenzorg (geriatrie), de jeugdzorg en de revalidatiezorg. De instellingen op al deze zorgterreinen werken samen in thematische,

probleemgerichte, programma's. Ook hier is ICT- convergentie, over de grenzen heen, noodzaak: voor integrale zorg is een EPD cq. een Personal Health Record absolute voorwaarde. De zorgstandaard nieuwe stijl beschrijft deze regionale samenwerking.

Multi-level SEH van huis naar kliniek

5. Er is sprake van een multi-level spoedeisende zorg; een zorgcontinuüm bestaande uit huisarts (HAP, HAP+), de ambulancehulpverlening, de klinische spoedeisende hulp, de IC en de traumazorg. De ambulancehulpverlening heeft een veel grotere rol (logistiek, coördinatie, navigatie) dan nu het geval is; bepaalt de bestemming van de patiënt, aangestuurd vanuit een centraal punt in een zorgnetwerk. HAP+ en SEH zijn volledig geïntegreerd. Alleen grote ziekenhuizen en UMC's beschikken over een SEH-afdeling. Zorgaanbieders in een zorgnetwerk verdelen de taken binnen de multi-level spoedeisende hulp op basis van een protocol met wettelijke status, dat een operationalisering is van publieke normen. SEH-ziekenhuizen (label "algemeen") leveren spoedzorgdiensten aan niet-SEH-ziekenhuizen (onderdeel kwaliteitssysteem).

3.6 Conclusies

2020 en 2011: tenminste vijf grote verschillen

Het zorglandschap 2020 zal er heel anders uit (moeten) zien dan het zorglandschap anno 2011.

Ingrijpend

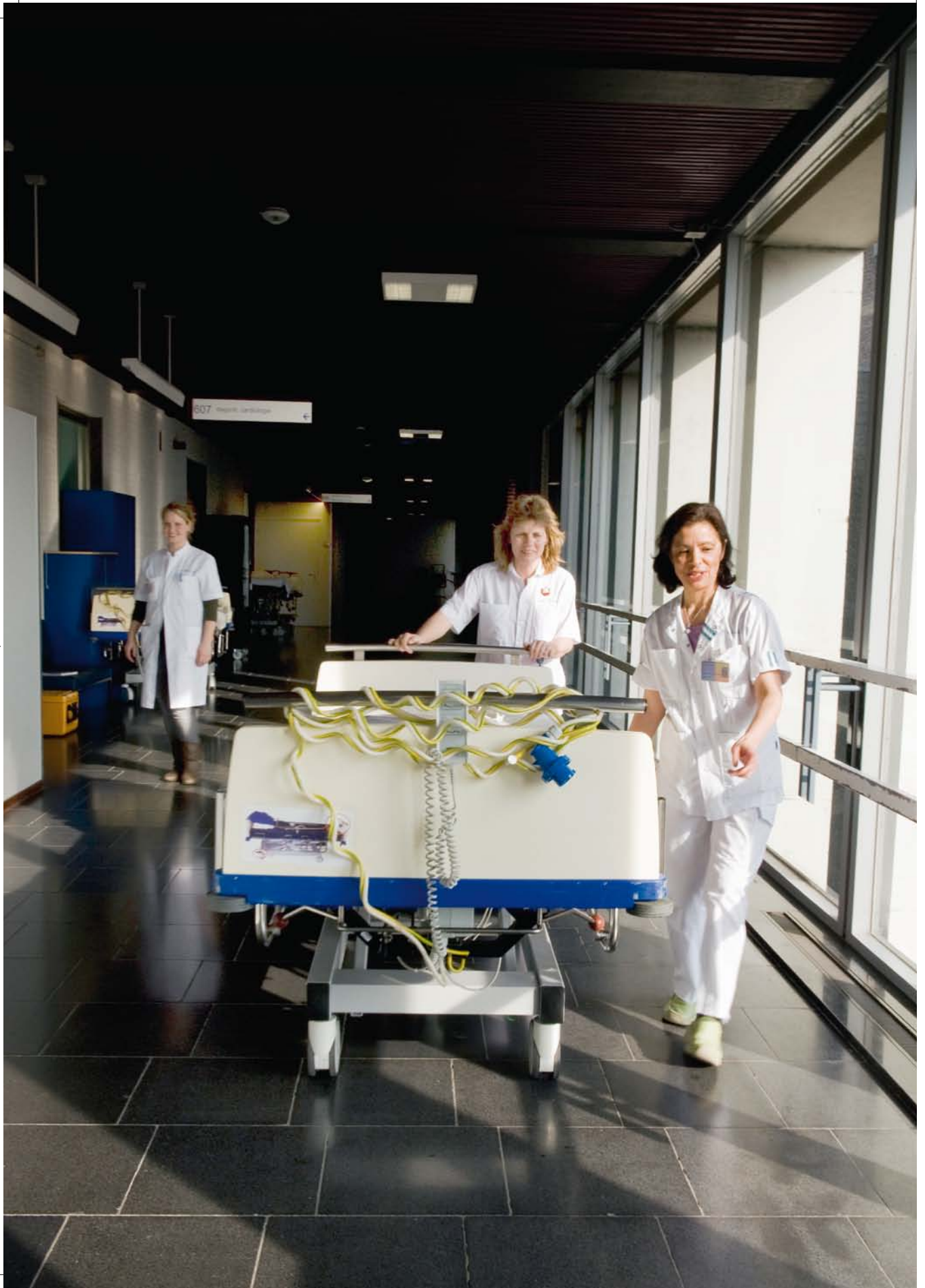
Het vergezicht brengt veel veranderingen met zich mee. Het zijn niet alleen veel veranderingen, zij zijn, alles bijeen genomen, ook heel ingrijpend voor betrokkenen. De Raad is zich hiervan bewust.

Maar nodig én mogelijk

Dat hij toch kiest voor de weg die het vergezicht wijst, heeft drie redenen. In de eerste plaats laat de probleemanalyse (hoofdstuk 2) zien dat ingrijpende veranderingen nodig zijn. Meer van hetzelfde werkt niet, het moet anders. In de tweede plaats kunnen de veranderingen, hoe ingrijpend ook, voor een groot deel binnen de stelsellogica worden gerealiseerd (zie de navolgende hoofdstukken). Een systeemverandering is niet nodig. En in de derde plaats: er is draagvlak voor het vergezicht en de ongekende dynamiek in de sector – geen ziekenhuis zit stil – tendeert in eenzelfde richting.

En: plausibel

De impact van het vergezicht – de gevolgen voor betrokkenen – is dus proportioneel ten opzichte van de impact van de problemen. Het gaat immers om de houdbaarheid van het zorgstelsel. Maar ook is de richting die het vergezicht wijst plausibel, kijkend naar de aard van de problemen en kijkend naar wat er op ons af komt: enorme epidemiologische verschuivingen en dus een andere zorgvraag, een disbalans tussen zorg-uitgaven en systeemperformance, onvoldoende kwaliteitstransparantie en keuzemogelijkheden.



4 Realisatie van het vergezicht: belemmeringen en condities

4.1 Het vergezicht: fata morgana of realistisch doel?

Gaat dit lukken? En wanneer?

De impact van het vergezicht is proportioneel, de richting is goed. Maar zal het vergezicht werkelijkheid worden? En, minstens zo belangrijk, op een afzienbare termijn van bijvoorbeeld vijf jaar? En hoe zeker kunnen wij daarvan zijn?

Dat hangt af van overheidsbeleid en van gedrag actoren

De realisatie van het vergezicht hangt af van twee omstandigheden. De eerste omstandigheid is het sturingsinstrumentarium van de overheid en de beleidsvoornemens van het kabinet. De tweede is het te verwachten gedrag van de sleutelactoren in de sector: patiënten, zorgprofessionals, ziekenhuisbestuurders, zorgverzekeraars en banken. Is dat gedrag adequaat of is meer nodig? En zo ja, wat zijn dan de belangrijkste belemmeringen die om aanvullende maatregelen vragen?

4.2 Het overheidsbeleid

Zes cruciale beslissingen:

Voor de medisch-specialistische zorg zijn in het beleid van de overheid deze punten van belang (zie verder de achtergrondstudie Het contracteren en bekostigen van medisch-specialistische netwerken).

- integrale prestatie-bekostiging

– Integrale prestatie-bekostiging. Vanaf 2015 zijn niet alleen productie en personeel, maar ook kapitaallasten en honoraria medisch-specialisten onderdeel van de prijs van de zorg. Daarmee zijn de laatste twee componenten dus ook onderwerp van zorginkoop en financiering.

- DBC/DOT en B-segment

– Prijzen. Tegelijkertijd wordt de DBC-structuur vervangen door de minder complexe DBC/DOT. En het segment van de vrije prijzen (B-segment) groeit van 34 naar 70%. Ook dit beïnvloedt de zorginkoop.

- minder steun en verevening

– Risico's. Zorgverzekeraars worden volledig risicodragend, doordat de ex post verevening verdwijnt (tussen 2012 en 2015). Steunmaatregelen voor ziekenhuizen in financiële nood verdwijnen ook (in deze kabinetsperiode). Beschikbaarheidsbijdragen van ziekenhuizen worden teruggebracht tot een noodzakelijk minimum (o.a. academische component en traumazorg).

- winstuitkering

– Winst. Vanaf 2013 is het mogelijk winst uit te keren onder een aantal voorwaarden.

- zorg nabij

– Zorg nabij. De zorg moet in beginsel dichtbij de patiënt beschikbaar zijn.

- kwaliteitsinstituut

– Kwaliteit. Een nieuw kwaliteitsinstituut wordt verantwoordelijk voor het tot stand komen van publieke normen voor de kwaliteit en voor transparantie op die normen. De inspectie handhaaft.

Dit stuurt gedrag in
gewenste richting:

In het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 van veldpartijen en minister van VWS (juli 2011) is een aantal afspraken opgenomen over de kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg. Tijdens deze periode is een aantal overgangsmaatregelen van kracht die prikkels van partijen voorlopig mitigeren.

4.3 Hoe zullen sleutelactoren reageren?

Alles bijeen genomen, verwachten wij dat het overheidsbeleid het handelen van de sleutelactoren in de gewenste richting stuurt. Het vormt grosso modo de basis voor de realisatie van het vergezicht. De Raad denkt dat dit als volgt in zijn werk gaat.

1. Patiënten
- die gaan echt kiezen

Patiënten

Het ontstaan van publieke normen en – door de inwerking van het internet – kwaliteitstransparantie creëert een reële vraagzijde. Patiënten kunnen kiezen en gaan kiezen, al dan niet met de hulp van hun zorgverzekeraars of hun vereniging. Hun keuzegedrag zal zich uiteindelijk richten op de zorgprofessional, niet op een zorginstelling. Door gezondheid 2.0 ontstaan communities voor patiënten en professionals die niet aan instituutgrenzen zijn gebonden.

- zij willen het Chronic Care Model

Een groot en groeiend deel van de patiënten (zie bijvoorbeeld de VolksgezondheidToekomstVerkenning van het RIVM, 2010) vraagt de komende jaren om medisch-specialistische zorg conform het Chronic Care Model, hetgeen iets anders is dan nu wordt aangeboden.

2. Professionals
- een andere relatie tot het ziekenhuis

Zorgprofessionals

De relatie tussen medisch-specialist en ziekenhuis zal wezenlijk veranderen. Meerdere richtingen zijn denkbaar.

- Einde van de vrije vestiging; medisch specialisten kiezen voor dienstverband (zie KPMG-studie). Deze richting lijkt minder waarschijnlijk, gegeven de grote waarde die veel medisch specialisten hechten aan 'vrij ondernemerschap'. Hoewel het aantal vrij gevestigde medisch specialisten in de afgelopen jaren is teruggelopen, is het merendeel van de medisch specialisten nog altijd vrij gevestigd
- Vrij gevestigde medisch specialisten nemen financieel deel in ziekenhuizen en worden mede-eigenaar van het ziekenhuis; het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB) krijgt vorm zoals het destijds door de commissie Biesheuvel bedoeld was
- Vrij gevestigde medisch specialisten desintegreren en ontwikkelen zich tot (echte) fiscale ondernemers en ondernemingen. In dit geval is zeer wel denkbaar dat de relatie kantelt: het ziekenhuis wordt facilitair bedrijf; de medisch specialisten worden de nieuwe contractpartners van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kopen zorg in bij maatschappen. Deze ontwikkeling maakt het ook mogelijk dat de maatschap (dan:

vennootschap) zelf medisch specialisten en andere zorgprofessionals in dienst neemt (vgl. de grote advocatenkantoren en adviesbureaus).

- professionele netwerken dominant organisatieprincipe

Vast staat wel dat zorgprofessionals zich nu al steeds vaker in horizontale, vaak ziektegerichte, en regionale zorgnetwerken organiseren. Naast zorginhoudelijke overwegingen, spelen hier steeds hogere minimum volumina per verrichting een stimulerende rol. Die bevorderen samenwerking.

- 2.0-communities: de nieuwe ordening

Dit wordt sterk gestimuleerd door social media. Er ontstaat een 2.0-professional. De relaties met patiënt en collega worden intensiever en interactiever, de relatie met het ziekenhuis losser. Zorgprofessionals onderhouden rechtstreekse, persoonlijke, continue (7 x 24) en digitaal-interactieve relaties met chronisch zieken. 'Bekwaam is bevoegd' (RVZ, 2010) en flexibilisering en differentiëring van praktijkvormen zullen dit proces versterken. Hetzelfde geldt voor 'sturen op gezondheid'.

3. Bestuurders

- moeten ondernemers worden

Ziekenhuisbestuurders

Ziekenhuisbestuurders zien zich geconfronteerd met het gedrag van patiënten en professionals. Ook zien zij zorgvraag en preferenties van patiënten veranderen. Tegelijkertijd zien zij de financiële risico's toenemen in de combinatie van overheidsbeleid en financiële positie van het ziekenhuis. Dit zal uiteindelijk, wellicht via aanvankelijk defensief gedrag, tot een ondernemerstrategie (moeten) leiden: keuzen doen in het productenpakket, onderscheidend vermogen versterken, kosten verlagen en risico's spreiden.

- kansen benutten en veranderen

Hier ligt een aantal mogelijkheden open: concernvorming en samenwerking, afstoting van zorgfuncties, focus op onderscheidende zorgproducten, maar ook deelnemen in zorgnetwerken. Iedere ziekenhuissituatie (concurrentiekracht, financiële positie, omvang en performance) vraagt om specifiek gedrag. Maar geen ziekenhuis zal in 2020 (en waarschijnlijk al veel eerder) hetzelfde zijn. Wat de mogelijkheden gemeenschappelijk hebben is dat de noodzaak om samen te werken toeneemt.

- dit is een zoektocht naar zware samenwerking

Het lijkt aannemelijk dat ziekenhuisbestuurders zullen zoeken naar zwaardere vormen van samenwerking, om de risico's te spreiden en te profiteren van de bedrijfseconomische voordelen (inkoop gemakkelijker toegang tot krediet-faciliteiten). Volledige fusie, waarbij een nieuwe organisatie wordt opgericht en de oude worden opgeheven, is de meest ingrijpende en intensieve vorm van samenwerking. Maar politiek en maatschappelijk gezien omstreden. Minder ingrijpend is het oprichten van een gezondheidszorgconcern: een samenwerkingsverband van meerdere zorgaanbieders, waarin een centraal gezag tot stand is gebracht in de vorm van een overkoepelende stichting. Deze zogenoemde moederstichting bepaalt het strategisch beleid van het hele concern en ziet toe op de uitvoering daarvan in de dochtermaatschappijen. Er zijn zakelijke en financiële banden tussen de samenstellende delen van het concern.

- enkele landelijke concerns: niet waarschijnlijk

Het is niet aannemelijk te verwachten dat deze ontwikkeling ertoe zal leiden dat er uiteindelijk – net als bij de zorgverzekeraars – nog slechts enkele grote landelijke zorgconcerns overblijven. Het mededingingsrecht, in het bijzonder de preventieve fusiecontrole, staat hieraan in de weg. En anders dan de markt voor zorgverzekeringen, is de zorgcontracteringsmarkt niet landelijk. Zie verder de studie ‘Samenwerking en mededinging in de zorg’.

4. Zorgverzekeraars
- moeten kiezen tussen
verkoop en inkoop

Zorgverzekeraars

Voor de zorgverzekeraars liggen twee wegen open. Doorgaan met een exclusief accent op ‘verkopen’ (van polissen) of beginnen met ‘inkopen’ (van goede, lees goedkope, zorg). Er zijn twee redenen die het plausibel maken dat zij zullen kiezen voor de tweede weg, daarmee de belofte van de stelsellogica (hun rol in de Zorgverzekeringswet) inlossend. De eerste reden is dat het kostenbewustzijn van de zorgverzekeraar moet toenemen, omdat zijn bedrijfsrisico groter wordt. De tweede reden is dat de druk op de zorgverzekeraar vanuit de politiek en vanuit de zorgsector om via de zorginkoop een bijdrage te leveren aan de houdbaarheid van het stelsel is opgelopen. Zij zullen hun meerwaarde moeten bewijzen.

Zij zullen kiezen voor een
nieuw ziekenhuislandschap

Dit zal er waarschijnlijk toe leiden dat de zorgverzekeraars zich in de zorginkoop zullen richten op:

- versterking van en allianties met de eerste lijn en met preventie,
- zorg conform de standaard (en verkleinen van regionale verschillen in kwaliteit en productie),
- verschuiving van zorg in grootschalig vastgoed naar zorg in de eerste lijn of polikliniek of naar een kleinschalige klinische setting,
- concentratie van hoog complexe/laag volume heelkunde.

- gestuurd door hun
verzekerden

Bij dit alles zullen zij waarschijnlijk steeds systematischer de preferenties van verzekerden meewegen en de prestaties van het ingekochte zorgaanbod openbaar maken. Hun ambitie zal zijn om synergie te creëren tussen de transacties op de zorgverzekerings- en die op de zorgcontracteringsmarkt en wel door selectief ingekochte zorg te koppelen aan navigatie van verzekerden.

5. Banken
- zullen minder investeren in
tweedelijns vastgoed

Banken

Banken zijn de laatste jaren kritischer geworden in hun beoordeling van vragen van zorginstellingen om financiering van grootschalig vastgoed. De introductie in 2012 van de integrale prestatiebekostiging zal hen nog terughoudender maken bij het financieren van zorgvastgoed. De risico's daarop zullen zowel in de financiering als aan de inkomstenkant (de instelling) toenemen. Hierdoor komen in the long run nieuwe kapitaalstromen op gang.

4.4 Belemmeringen

Stelsellogica, maar nog wel belemmeringen	De stelsellogica en het overheidsbeleid op dat vlak vormen een solide basis voor gewenste veranderingen, maar verdienen uitwerking en aanvulling. Bestaande belemmeringen moeten worden weggenomen, willen veldpartijen voldoende in beweging komen. De meest wezenlijke belemmeringen liggen op drie terreinen: kwaliteitsnormering, financiering en mededinging.
De normering van de kwaliteit schiet te kort	a. Kwaliteitsnormering Publieke kwaliteitsnormen zijn een conditio sine qua non voor de ontwikkeling en versnelling van concentratie en deconcentratie van zorg. De ontwikkeling van kwaliteitsnormen verloopt traag en ongestructureerd.
Afstoten van functies doet pijn	b. Financiering/bekostiging Het maken van keuzen in de zorgportfolio is voor ziekenhuizen een hachelijke zaak. Kiezen voor een beperkt(er) functieprofiel impliceert ook het afstoten van functies. Dit geeft een risico op omzetverlies, terwijl – met het oog op dreigende kortingen – groei de overlevingsstrategie bij uitstek lijkt te zijn.
En kan imagoschade opleveren	Daarnaast geeft dit een risico van statusverlies of reputatieschade – dit moet wel een slecht ziekenhuis zijn, want je kunt er niet voor alles terecht. Terwijl binnen de stelsellogica imago en reputatie nu juist belangrijker worden. Weliswaar is de verwachting dat op termijn de kwaliteit van geleverde zorg in termen van outcomes meer bepalend is voor imago en reputatie dan groei, maar zover is het nog niet.
En vastgoedproblemen	Het afstoten van zorgfuncties heeft voorts consequenties voor het bestaande zorgvastgoed.
De financiering van eerste en tweede lijn	Het bestaande onderscheid tussen eerste en tweede lijn (echelonnering), vooral tot uiting komend in de financiering, belemmert de vorming van zorgnetwerken.
Het kartelverbod	c. Samenwerking in het licht van de Mededingingswet Een van de meest urgente spanningsvelden tussen de gewenste ontwikkelingen van het ziekenhuislandschap en de Mededingingswet betreft de vraag of ziekenhuizen die afspraken (willen) maken over specialisatie/concentratie van medisch-specialistische zorg in strijd handelen met het kartelverbod. Om buiten het bereik van het kartelverbod te blijven, moeten zij zelf beoordelen of aan deze criteria is voldaan: <ul style="list-style-type: none">– de afspraak moet bijdragen aan verbetering van de productie of distributie, dan wel technische of economische vooruitgang opleveren;– de voordelen die voortvloeien uit de afspraken moeten voor een redelijk deel ten goede komen aan de gebruikers;

	<ul style="list-style-type: none"> - de concurrentie mag niet verder worden beperkt dan strikt noodzakelijk is; - er moet in de markt voldoende concurrentie overblijven.
Toetsing NMA achteraf risicovol	Anders dan bij fusiecontrole, vindt hier een beoordeling achteraf door de NMa plaats. Dit wordt als risicovol ervaren, omdat de inspanningen die nodig zijn om samenwerking vorm te geven groot zijn. Bovendien is onduidelijk welk bewijs voldoende is om aan te tonen dat aan de gestelde criteria voor ontheffing is voldaan. Een voorstel om toetsing aan het kartelverbod vooraf te doen plaatsvinden vraagt om een wijziging van de Mededingingswet en stuit op capaciteitsproblemen bij de NMa.
Non-concurrentiebeding	Een belemmering voor de ontwikkeling van spreiding van zorg wordt gevormd door de non-concurrentiebedingen in de toelatingsovereenkomst tussen medisch specialist en ziekenhuis en in maatschapsovereenkomsten. Non-concurrentiebedingen dienen ter bescherming van bestaande organisaties. Hoewel non-concurrentiebedingen als zodanig niet in strijd zijn met het mededingingsrecht, zijn ze in de praktijk veelal qua tijdsduur en geografische reikwijdte te ruim ingevuld.
Stads- of regiomaatschappen	Voorts is er geen antwoord vanuit het mededingingsrecht op de snel toenemende ontwikkeling van stads- en regiomaatschappen van medisch specialisten. Hierbij vormen de medisch specialisten die in hetzelfde medisch specialisme werkzaam zijn niet per ziekenhuis een maatschap, maar per stad of zelfs per regio. Vooralsnog blijft deze ontwikkeling buiten het gezichtsveld van de NMa, omdat geen contractuele relatie bestaat tussen de maatschap en het ziekenhuis en omdat maatschappen geen contractspartij zijn van de zorgverzekeraars. Dat is immers het ziekenhuis. Of dit in de toekomst een risico oplevert voor de mededinging, is afhankelijk van de wijze waarop de relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis zich verder ontwikkelt.
Verticale integratie	Tenslotte is een probleem dat het algehele verbod op verticale integratie de ontwikkeling van gezondheidscentra belemmert. Spreiding van zorg vergt een substantiële opschaling en uitrol van gezondheidscentra. De competenties en organisatiegraad van de eerste lijn zijn nog onvoldoende om deze majeure opschaling te kunnen managen en financieren. Deelneming (al dan niet tijdelijk) van zorgverzekeraars zou hier uitkomst kunnen bieden. Dit geldt zeker voor regio's waar onvoldoende zorgaanbod is (zie de achtergrondstudie over krimpregio's).

4.5 Conclusies

De transitie: ingrijpend máár realistisch

Het transitieproces dat het onderwerp van dit advies vormt is ingrijpend in zijn gevolgen voor betrokkenen. Maar: het is noodzakelijk voor de houdbaarheid en het heeft draagvlak. De analyse van het overheidsbeleid, van het te verwachten gedrag van actoren en van de interactie daartussen laat zien dat het vergezicht een realistisch doel is.

Realisatie binnen stelsellogica, maar onder twee voorwaarden

De realisatiekans kan worden verzilverd binnen de logica van het stelsel (Zorgverzekeringswet en Wet marktordening gezondheidszorg). Met twee kanttekeningen. In de eerste plaats is dit afhankelijk van de consistentie van het overheidsbeleid, ook in temen van communicatie met de zorgsector. Belangrijk punt is hier: duidelijkheid over de rollen (markt en overheid). In de tweede plaats vereist de stelsellogica dat de prikkels goed zijn afgesteld en dat belemmeringen worden weggenomen. Dit moet onderdeel zijn van een systematische en publieke monitoring van de bewegingen in het stelsel.

Uitwerking: volgende hoofdstuk

Wij werken deze aanvullende maatregelen in het volgende hoofdstuk uit in aanbevelingen.



5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Het ziekenhuis is een risicovolle onderneming

1. Er komt veel én veel tegelijk op de medisch-specialistische zorg af. Wij zien een cumulatie van risico's bij in het bijzonder de ziekenhuizen (daar meer dan bij andere betrokkenen). Het algemeen ziekenhuis is straks een risicovolle onderneming. De omstandigheden (de institutionele context, het feit dat wij in een transitiefase vol onzekerheden zitten, wisselende politieke perspectieven, een grote mediadruk en grote financiële belangen) stimuleren niet altijd het in zo'n situatie gewenste gedrag. Dat zou innovatief en ondernemend moeten zijn.

Dit vereist:
- een vergezicht
- en een voorspelbare context

Hier ligt een groot probleem, vooral door de permanente onzekerheid en het ontbreken van een einddoel. Dit zou het vergezicht van de RVZ kunnen zijn (hoofdstuk 3). Een tweede vereiste is dat veldpartijen de weg naar het einddoel in betrekkelijke rust en met grote vrijheden kunnen afleggen. Een stabiele en beperkte politieke aansturing van het zorgstelsel, met andere woorden. Maar dat eist weer concreetheid en resultaatgerichtheid van de publieke sturing en toezicht.

Twee tegengestelde bewegingen: deconcentratie en concentratie

2. Kijkend naar dat wat gewenst, nodig en onvermijdelijk is, dan valt dit op. Wij zien en zullen blijven zien twee ogenschijnlijk tegengestelde bewegingen. Enerzijds deconcentratie, taakdifferentiatie, schaalverkleining. Anderzijds concentratie, standaardisatie, schaalvergroting. Beide bewegingen hebben een eigen dynamiek, beide zijn gewenst, nodig (en onvermijdelijk!). Wat de bewegingen bindt zijn:
 - specialisatie, kennis en technologie als overheersende kenmerken en
 - de noodzaak het Chronic Care Model toe te passen in de praktijk van de zorg, dus coördinerende momenten (vooral ICT!) te ontwikkelen ten behoeve van continuïteit van zorg en integrale zorg.

Die twee verenigen is mogelijk onder drie voorwaarden

De opgave voor de komende jaren is deze kenmerken en vereisten met elkaar te verenigen. De Raad is er van overtuigd dat dit kan. De organisatieprincipes die hierbij horen zijn:

- kennis en specialisatie zijn altijd en overal nodig, oók in de chronische ziekenzorg en zeker aan de voordeur;
- zorgnetwerken moeten bestaan uit gespecialiseerde zorgprofessionals, die in samenwerking kennis accumuleren;
- de noodzakelijke samenhang moet ontstaan door de combinatie EPD/PHR (patiënt centraal), door te sturen op gezondheidswinst en door taakherschikking in te zetten als coördinatiemechanisme voor de zorg aan de achterdeur.

Deze organisatieprincipes moeten de ruggengraat vormen van de nieuwe publieke normen voor de kwaliteit.

‘Zorg nabij’ betekent ook: deconcentratie van specialistische kennis

- Als dominante koers voor de medisch-specialistische zorg ziet de RVZ ‘zorg nabij’, dus deconcentratie. Dit niet door specialisatie te vervangen door generalisatie, maar door specialisatie een plaats te geven in gezondheidscentra. ‘Deconcentratie waar mogelijk’ is hier het adagium. Het steeds mobieler worden van technologie en de kracht van gezondheid 2.0 maken dit mogelijk voor grote delen van de medisch-specialistische zorg.

Daarnaast: concentratie waar nodig

Daarnaast: ‘concentratie waar nodig’, nodig in verband met kwaliteit en met doelmatigheid. Deze concentratie neemt twee vormen aan: een beperkt aantal ziekenhuizen dat de volle breedte van het palet aan medisch-specialistische zorg aanbiedt en een groot aantal focusvoorzieningen, in de vorm van zorgstraten, ZBC’s of themaklinieken.

Aard en omvang ingreep bepalen keuze

Welke variant moet worden gekozen (deconcentratie in verschillende vormen; concentratie idem) is vooral afhankelijk van de aard en de omvang van de ingreep (hoog/laag complex versus hoog/laag volume).

Stelsellogica voldoet. Op twee punten wijkt de RVZ hiervan af.

- Wij constateren dat het vergezicht 2020 een realistisch doel is, dat kan worden verzilverd binnen de logica van het stelsel en binnen het Hoofdlijnenakkoord, mits de voornemens van de overheid geformuleerd vanaf 2006 snel en consequent worden gerealiseerd en waar nodig worden bijgesteld en aangevuld. Op twee punten wijkt de Raad af van de stricte interpretatie van de stelsellogica. In de eerste plaats het mogelijk conflicteren van mededinging en samenwerking. De Raad vindt dat in bepaalde situaties het volksgezondheidsbelang aan samenwerking voorrang geeft boven mededinging. In de tweede plaats de SEH. De borging van publiek belang weegt daar zo zwaar dat rechtstreekse overheidssturing nodig is. De Raad is van mening dat grote regionale verschillen enerzijds, grote publieke belangen anderzijds het nodig maken op deze twee punten de stelsellogica aan te vullen met nieuw beleid.

5.2 Aanbevelingen

a. Kwaliteitsnormering

Prioriteit bij Kwaliteitsinstituut

- In hoog tempo (binnen 1 à 2 jaar) operationeel maken van het nieuwe Kwaliteitsinstituut met doorzettingsmacht ten aanzien van normstelling en transparantie. Opgelegde en afgedwongen publieke normen moeten passen in een vergezicht en dus bijvoorbeeld betrekking hebben op gezondheidsdoelen. De normen (bijvoorbeeld de minimum volumina heekunde) zullen ook ambitieus moeten zijn.

Voorrang aan de ontwikkeling van ambitieuze minimum volumina, ook voor beschouwende specialismen

- De ontwikkeling van minimum volumina per heekundige ingreep wordt in de komende jaren voortvarend ter hand genomen, maar wel steeds evidence based. Ook voor de beschouwende specialismen worden

minimum volumina normen ontwikkeld. Deze volumina vormen overigens maar een deel van de kwaliteit van zorg. Toch moet aan de minimum volumina de komende jaren voorrang worden gegeven ten behoeve van de transitie.

- Normen: in functionele termen – Publieke normen voor de kwaliteit zijn geformuleerd in functionele termen, dat wil zeggen onafhankelijk van de organisatorische en bouwkundige vormgeving (met uitzondering van de SEH en de OK).
- Voorrang aan e health en 2.0 – Het Kwaliteitsinstituut zet zich van meet af aan in voor de uitrol van e health en gezondheid 2.0.
- En aan gezondheidswinst – Het afdwingen van transparantie op publieke normen heeft, in combinatie met ‘sturen op gezondheidswinst’, de komende jaren de hoogste prioriteit van kabinet en Kwaliteitsinstituut.
- Hoogleraren geneeskunde in the lead – Dit betekent dat de hoogleraren geneeskunde meer dan nu een kwaliteitsborgende rol moeten spelen binnen de medische zorg, ook die buiten de academische setting. Zij zullen actief leiding moeten geven aan de normstelling en aan de borging van de compliance.
- Beroepsorganisaties opsplitsen in een privaat en een publiek deel – Het is in dit verband een noodzakelijke voorwaarde dat binnen beroepsorganisaties een strikte scheiding wordt aangebracht tussen belangenbehartiging leden en behartiging algemeen belang (wetenschap, kwaliteit, doelmatigheid). Dit geldt ook voor de wetenschappelijke verenigingen.

b. Financiering/bekostiging zorgaanbod

- Sturen op gezondheid in plaats van DBC/DOT – DBC/DOT is gebaseerd op het belonen van verrichtingen en niet op het bereiken van resultaten. Om het gewenste vergezicht te realiseren is het nodig om zorgverleners te belonen op gezondheidswinst. De Raad heeft daarom eerder al in het advies ‘Sturen op gezondheidsdoelen’ gepleit om de huidige producttypering om te vormen tot producten op basis van diagnostische richtlijnen en behandelrichtlijnen, waarin expliciete gezondheidsdoelen zijn aangegeven.
- Daarop niet wachten: kan nu al Het veld hoeft hierop niet te wachten. Integrale prestatiebekostiging geeft zorgverzekeraars en zorgverleners immers veel ruimte om zelf invulling te geven aan het bekostigen op gezondheidsdoelen: bijvoorbeeld door selectief inkoopbeleid, meerjarenafspraken en pay-for-performance (P4P).
- Tegelijkertijd: gedifferentieerde bekostiging zorgaanbod! – De Raad pleit daarbij voor de mogelijkheid om gedifferentieerd te contracteren en te bekostigen. Niet alle zorg kent immers dezelfde complexiteit en is op dezelfde wijze georganiseerd. Zo zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan:
 - een volledig geïntegreerd gezondheidscentrum te bekostigen op basis van capitation (vast bedrag per verzekerde gecorrigeerd

- voor zorgzwaarte) in combinatie met bonus/malus op basis van uitkomstindicatoren;
 - een zorgaanbieder die laag complex/hoog volume medisch-specialistische zorg aanbiedt te bekostigen op basis van een combinatie van verrichtingen en kwaliteitsindicatoren;
 - een zorgaanbieder die hoog complex/laag volume medisch-specialistische zorg aanbiedt te bekostigen op basis van een normbedrag voor de kosten.

- Een teambonus
 - Om open medisch specialistische netwerken te stimuleren, zouden zorgverzekeraars – naast de bekostiging per instelling – kunnen experimenteren met een “teambonus” voor samenwerkende zorgverleners op basis van de gerealiseerde gezondheidswinst voor hun verzekerdenpopulatie.

- Scheidt diagnostiek en behandeling in de financiering
 - Ook kan men denken aan scheiding van diagnostiek en behandeling – in de financiering –. Dit geeft verzekeraars de ruimte om bij bepaalde zorg diagnostiek en behandeling te scheiden en apart in te kopen. Zo is soms diagnostiek in de tweede lijn noodzakelijk, maar kan de gestandaardiseerde behandeling in de eerste lijn of elders in de tweede lijn worden uitgevoerd. Vaak zal het overigens nog steeds onvermijdelijk blijven om diagnostiek en behandeling gezamenlijk aan te bieden, bijvoorbeeld wanneer slechts een hypothese over mogelijke ziektebeelden gesteld kan worden die vervolgens getoetst moet worden.

- Honorarium specialist integraal in de prijs
 - Integraal onderdeel van de bekostiging moeten, behalve de kapitaallasten ook de honoraria van vrijgevestigde specialisten moeten zijn. Dit zorgt voor een betere afweging van arbeid en kapitaal en kan zo een steun in de rug betekenen voor e health en taakherschikking.

- Bekostiging eerste/tweede lijn beter inregelen
 - Er moet een gelijk speelveld komen voor de bekostiging van de eerste en de tweede lijn. Zorg moet daar geleverd worden waar zij kwalitatief en doelmatig het beste aangeboden kan worden. Hieraan zal de afbouw van de ex post risicoverevening bijdragen. Tevens kan hier de uitbreiding van het aantal keten-DBC's helpen, dat wil zeggen het honoreren van de feitelijke hoofdbehandelaar of -zorgverlener (die de overige benodigde zorgfuncties inkoopt).

- Fiscaal ondernemerschap beter regelen
 - Het via-declaratierecht van zelfstandig gevestigd specialisten verdwijnt en het fiscaal ondernemerschap is uitsluitend van toepassing op risicodragende medisch ondernemers (kan dus niet gecombineerd zijn met een exclusieve toelatingsovereenkomst). De Raad ziet binnen het vergezicht verschillende modellen voor zich: de medisch specialist als ondernemer die voor meerdere ziekenhuizen werkt, de medisch specialist in loondienst, maar ook de specialist die (mede) eigenaar is van het ziekenhuis. Dit laatste kan ervoor zorgen dat de belangen van Raad van Bestuur en medisch specialisten meer parallel gaan lopen.

- Korte transitiefase!
- Tot slot moet worden voorkomen dat we in de transitiefase naar integrale prestatiebekostiging blijven hangen. Een snel en geloofwaardig pad naar het eindmodel is nodig, zodat veldpartijen hun beslissingen op basis hiervan nemen en stappen maken naar het gewenste vergezicht.
- Praktijk mededingingsrecht afstemmen op vergezicht 2020
- c. Mededingingstoezicht/-handhaving**
- De praktijk van het mededingingsrecht (de uitvoering van de Mededingingwet door de NMa) moet op korte termijn in lijn worden gebracht met de nieuwe werkelijkheid van de medisch-specialistische zorg op weg naar 2020. Dit is nog niet het geval. De NMa zal, samen met IGZ en NZa, in dialoog met de zorgsector een nieuw toezichtkader moeten ontwikkelen. Strikt genomen kan dit pas effectief worden als er publieke normen voor de kwaliteit beschikbaar zijn die, in de geest van dit advies, ook betrekking hebben op netwerkvorming, communicatie, e health/gezondheid 2.0 en samenwerking van professionals.
- NMa en NZa: gezamenlijke richtlijnen geografische zorgmarkten
- De wijze waarop de NMa geografische zorgmarkten afbakent is omstreden. Dit vormt ook een probleem voor de NZa, die de vaststelling van aanmerkelijke marktmacht (en daarmee een besluit om tegen onderneming op te treden) moet baseren op een op grond van de beginselen van het algemeen mededingingsrecht afgebakende markt. Het verdient aanbeveling dat NMa en NZa gezamenlijk richtlijnen opstellen en publiceren over de precieze wijze waarop in voorkomende gevallen geografische zorgmarkten zullen worden afgebakend.
- Een samenwerkingseffect-rapportage
- Om een einde te maken aan de onzekerheid over de vraag of en zo ja onder welke omstandigheden ziekenhuizen afspraken met elkaar mogen maken over specialisatie en concentratie van zorg, is de introductie van een ‘samenwerkingseffectrapportage’ aangewezen. In deze rapportage dienen zorgaanbieders, die samenwerkingsafspraken willen maken aan de hand van de gestelde voorwaarden voor vrijstelling van het kartelverbod, onderbouwd aan te geven welke effecten deze afspraken zullen hebben op de publieke belangen. De rapportage wordt beoordeeld door de NZa en mondt uit in een oordeel van de NZa, waarin zij aangeeft of aan de gestelde voorwaarden voor vrijstelling/ontheffing is voldaan. Indien de NZa van oordeel is dat de effecten nadelig (kunnen) zijn voor de publieke belangen, geeft de NZa advies over hoe deze negatieve effecten zijn te voorkomen of te beperken. In het samenwerkingsprotocol tussen NZa en NMa dient hiertoe te worden vastgelegd dat de NMa bij toetsing (achteraf) van de samenwerkingsafspraken aan het kartelverbod, het oordeel van de NZa vraagt en (in beginsel) volgt.
- Non-concurrentiebeding schrappen
- De NVZ en OMS dienen het non-concurrentiebeding in de model-toelatingsovereenkomst te clausuleren, conform de wijze waarop dit beding in het bedrijfsleven gehanteerd wordt. Ook de maatschapsovereenkomsten van vrijgevestigd medisch specialisten dienen

- in overeenstemming te worden gebracht met de gangbare praxis in het bedrijfsleven.
- Regiomaatschappen goed volgen
- De vorming van stads- en regiomaatschappen van medisch specialisten dient goed te worden gevolgd, omdat deze ontwikkeling forse consequenties kan hebben voor de relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuizen.
- Verzachting verbod op verticale integratie
- De minister van VWS dient haar voornemen om een algeheel verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de wet op te nemen te mitigeren. Zo zal tenminste in de regeling moeten worden opgenomen welke uitzonderingsmogelijkheden er zijn, bijvoorbeeld in krimpregio's.
- Marktwerking en mededinging afwegen tegen het zorgbelang
- De politiek herbezint zich op de vraag of marktwerking en het daarbij horend mededingingstoezicht onder alle omstandigheden geschikt en toereikend zijn om de gewenste ontwikkelingen – het vergezicht – te stimuleren. Vooral een heroriëntatie op een van de pijlers onder het nieuwe zorgstelsel is aangewezen: meer aanbodis niet altijd beter (SEH) en niet altijd realistisch (krimpregio's). Dit vraagt om een gedifferentieerde aanpak en een kenbaar standpunt van de overheid ter zake. Hiertoe maakt de overheid duidelijk onder welke omstandigheden vormen van (medisch specialistische) zorg aangemerkt moeten worden als “diensten van algemeen (economisch) belang”, zodat een versoepeling van de toepassing van het mededingingsrecht mogelijk is. Dit geldt bijvoorbeeld voor de drie nu bekende krimpregio's Zuid-Limburg, Noord-Oost Groningen en Zeeland (zie de achtergrondstudie 'Demografische krimp en ziekenhuiszorg'). De RVZ verwacht dat de relatieve krimp van het zorgaanbod zich de komende jaren ook in andere regio's zal manifesteren.

SEH: onder de WBMV

d. Spoedeisende hulp

- De SEH-functie van ziekenhuizen wordt onder de werking van de WBMV gebracht, dat wil zeggen: een wettelijke regeling van gebiedsindeling, regiobudget, prestatiecriteria en zorgstandaard. Budget en standaard hebben betrekking op de gehele keten van spoedzorg. Spoed-zorg (niet zijnde de klinische SEH) behoort tot het verplicht takenpakket van een gezondheidscentrum (cq. HAP) en wordt op reguliere wijze ingekocht door zorgverzekeraars. Het Kwaliteitsinstituut moet met voorrang ambitieuze kwaliteitseisen formuleren voor het gehele netwerk van spoedzorg, in het bijzonder voor de bereikbaarheid van de HAP, de integratie HAP-SEH, de samenwerking SEH-ggz en het functioneren van de SEH.

Landelijke regeling EPD:
standaarden

e. Een elektronisch patiëntendossier (EPD)

- Er komt zo spoedig mogelijk een landelijke regeling voor het EPD. De overheid creëert de voorwaarden waaronder op korte termijn een landelijke ICT-infrastructuur voor het EPD kan ontstaan. Die heeft primair betrekking op continuïteit van zorg op overdrachtsmomenten. De ICT-standaarden die in dit verband moeten worden opgelegd aan het veld zijn eerder door de RVZ genoemd. Zorgverzekeraars bieden hun verzekerden een Personal Health Record aan, in samenwerking met patiëntenverenigingen.

Personal Health Record
randvoorwaarde

- De software van het PHR verbindt de patiënt met de zorgprofessional op 2.0-basis. Omdat ICT/EPD/PHR en e health randvoorwaarden zijn voor succesvolle netwerkvorming, stelt de overheid alles in het werk om belemmeringen, bijvoorbeeld in financiering en bekostiging, weg te nemen. Het Kwaliteitsinstituut geeft prioriteit aan het ontwikkelen van normen die gezondheid 2.0 en de substitutie van face to face-zorg door e health bevorderen. De IGZ past zijn toezicht hierop aan (2.0-toezicht).

Kabinetsstandpunt op dit
advies:
communicatie met de sector

f. Communicatie overheid

De minister van VWS gebruikt het kabinetsstandpunt op dit advies als communicatiemiddel met de zorgsector en met het publiek. Zij geeft in dit standpunt aan wat zij van veldpartijen verwacht en wat zij als haar taak ziet.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,
voorzitter



Pieter Vos,
algemeen secretaris



Bijlagen



Bijlage 1

Adviesaanvraag

Relevant gedeelte uit het RVZ-werkprogramma 2011, vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

‘In het werkprogramma 2011 van de Raad is het onderwerp Geografische toegankelijkheid en ziekenhuis(de)concentratie opgenomen. Het werkprogramma vermeldt hierover het volgende.

Goede, toegankelijke en betaalbare zorg: dat heeft de RVZ voor ogen bij al zijn adviezen. Daarom stelt de RVZ een andere organisatie van de zorg voor in ‘Zorg voor je gezondheid!’. Algemene zorg dicht bij huis, flexibele netwerken waarin zorgaanbieders samenwerken, topzorg geconcentreerd in een klein aantal ziekenhuizen. Dat betekent dat je taken moet verdelen. Wie voert de regie, wat kan je overlaten aan marktwerking en in hoeverre is overheidssturing nodig?’



Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid voorbereid onder leiding van:

Prof. dr. W.N.J. Groot
Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:

Prof. dr. W.N.J. Groot
– Voorzitter van de Provinciale Raad van de Volksgezondheid in Limburg.
– Columnist Het Financiële Dagblad, Observant en HO Magazine.

De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:

Drs. P. Vos, projectleider
Mevrouw mr. M.W. de Lint, projectleider
Drs. B.J.C. van de Gevel, senior adviseur
Mevrouw A. Zarrinkhameh, projectsecretaresse
Mevrouw N.L. Buijs, projectsecretaresse
Mevrouw drs. D.M. van der Klauw

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Achtergrondstudies

KPMG heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel 'Ziekenhuislandschap 2020: Niemandland of droomland?'.

Drs. D.C. Duchatteau, MBA en M.D.H. Vink van het LSJ Medisch Projectbureau hebben een achtergrondstudie geschreven met de titel 'Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20'.

Drs. D.M. van der Klauw en drs. C.P.J. Flim hebben een achtergrondstudie geschreven met de titel 'De rol van eHealth en gezondheid 2.0 in het veranderend ziekenhuislandschap'.

Mr. M.W. de Lint heeft voor dit advies een achtergrondstudie geschreven met de titel 'Samenwerking en mededinging in de zorg'.

Drs. B.J.C. van de Gevel heeft een achtergrondstudie geschreven 'Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken'.

Drs. Y.D.M. van Otterdijk heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel 'Demografische krimp en ziekenhuiszorg'.

Forumbijeenkomsten Ziekenhuislandschap

Ter voorbereiding op het advies heeft de Raad in samenwerking met het Centre for Public Leadership (CPL) en HEC/ROI, vier forumbijeenkomsten gehouden. De 1ste bijeenkomst ging over deconcentratie van specialistische zorg. De 2de bijeenkomst over concentratie van medisch-specialistische zorg. De 3e over samenwerking/mededinging; vastgoed/ICT en de 4e bijeenkomst stond in het teken van realisatie en implementatie advies. De volgende personen namen deel aan één of meerdere bijeenkomsten:

- Prof. dr. P.C.M. van den Berg, Medical Quality Control
- Prof. dr. D.H. Biesma, St. Antonius Ziekenhuis Utrecht
- Drs. F. Bisschop, TNO
- Dr. A. van Bochove, Zaans Medisch Centrum
- Drs. M.H.P. Bögels, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties
- P.J.M. van der Boog, Leids Universitair Medisch Centrum
- A.H. den Boon, CliëntenRaad Academische Ziekenhuizen
- Drs. W.J. Bos, KPMG
- T. van Boxtel, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- C.A. Calis, Flevoziekenhuis
- M.C.G. Daniëls, De Orde van Medisch Specialisten
- Drs. D.C. Duchateau MBA, LSJ Medisch Project Bureau
- L. Engelen, UMC St. Radboud Nijmegen
- Drs. C.P.J. Flim, Nederlandse Vereniging voor e-Health
- J.A.M. Galle, MAB Development
- Mevrouw M. van Gilsdonk, St. Antonius Ziekenhuis Utrecht
- Drs. G.E.R. Grierer, Zuwe Hofpoort Ziekenhuis
- Drs. L. Gualtherie van Weezel, Nederlandse Kanker Instituut, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis
- Dr. J.A. Hazelzet, Erasmus Medisch Centrum
- Prof. dr. E. Heineman, Rijksuniversiteit Groningen
- Drs. P.J. Hoppener, Sint Maartenskliniek
- Drs. G.H.J. Huffmeijer, HagaZiekenhuis
- C.A. Jaspers, MD, Universitair Medisch Centrum Groningen
- P.H.E.M. de Kort, Rivas Zorggroep
- Drs. Ing. A. J. Krikke, JOIN ontwikkelig BV
- H. van Laarhoven, De Hart & Vaatgroep
- J. Lambriks, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Prof. dr. J.F. Lange, Erasmus Medisch Centrum
- Mr. drs. T.W. Langejan, Nederlandse Zorgautoriteit
- L. van Leersum, Emergis Goes/GGZ
- M.M. Levi, MD, PhD, Academisch Medisch Centrum
- Drs. W.A. van der Meeren, CZ Actief in Gezondheid
- Mevrouw drs. D. Monissen, De Friesland Zorgverzekeraar

- Prof. dr. H. Obertop, Gezondheidsraad
- Prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert, UMC St. Radboud, Faculteit der Medische Wetenschappen
- E. Peelen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Drs. G.J.H.C.M Peeters, UMC. Maastricht
- Prof. dr. K. Putters, Erasmus Universiteit Roetterdam
- H.J. Reesink, Gezondheidscentrum Tiel
- A.G.H. Groot Roessink, Zorggroep Almere
- G.C.J.M. van Rooij, Gezondheidscentrum Schiedam
- Drs. M.C.M. van Schaik, Rabobank Nederland
- Drs. W.M.L.C.M. Schellekens, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- J.C.A. Sol, Oogziekenhuis Rotterdam
- Ir. E. Velzel, Velzel en Partners
- F.A. Voermans, BovenIJziekenhuis Amsterdam

Eerste bijeenkomst Branche- en Beroepsorganisaties

29 juni 2011 hield de RVZ een eerste bijeenkomst voor de branche- en beroepsorganisaties om van gedachten te wisselen over het advies. De onderstaande personen waren hierbij aanwezig:

- Drs. T. van den Akker, Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen
- Mevrouw M. Bekker, De Jonge Orde
- B.J. Heessen, Orde van Medische Specialisten
- J. Lambriks, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Prof. dr. G. van Montfort, ActiZ
- W. Mooijen, De Jonge Orde
- Prof. dr. M. Samson, UMC St. Radboud
- Schuurmans,
- B. Stegeman, Landelijke Huisartsenvereniging
- O. Suttorp, Arts, MBA, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Mevrouw E. Vogelaar, Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn
- Drs. S.J.G.A. Weienborg, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Mevrouw W. Wind, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

Tweede bijeenkomst Branche- en Beroepsorganisaties

1 september 2011 hield de RVZ een tweede bijeenkomst voor de branche- en beroepsorganisaties De onderstaande personen waren hierbij aanwezig:

- Drs. T. van den Akker, Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen
- Mevrouw D.M. Bekker, De Jonge Orde
- Mevrouw A. Hamersma, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- Dr. P.F. Hasekamp, Zorgverzekeraars Nederland
- L. Kliphuis, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
- M. Lamers, Zelfstandige Klinieken Nederland
- Prof. dr. G. van Montfort, ActiZ

- Prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruiseman, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- Prof. dr. M. Samson, UMC St. Radboud
- A. Schuurmans, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Drs. S.J.G.A. Weienborg, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Dr. L. Wigersma, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Expertmeeting Eerste lijn

11 april 2011 is een expertmeeting gehouden met de eerste lijn met als doel om de voorlopige bevindingen en inzichten ten aanzien van het ziekenhuislandschap 2020 te delen. Hierbij waren aanwezig:

- Drs. W.J. Bos, KPMG
- Dr. M.A. Bruijnzeels, Jan van Es Instituut
- Drs. A.J. van Erven, Stg. Huisartsenlaboratorium Oost
- Drs. A.G.H. Groot Roessink, Zorggroep Almere
- H. Koevoets, KPMG
- J.F. Mutsaerts, Het Huisartsteam “De Keen”
- Mevrouw A. Oosterwaal, KPMG
- H.J. Reesink, Gezondheidscentrum Tiel
- G.C.J.M. van Rooij, Gezondheidscentrum Schiedam
- M. Roosenboom, Landelijke Vereniging Georganiseerd eerste lijn
- B. Stegeman, Landelijke Huisartsenvereniging
- J.E. de Wildt MHA, Commonsense interim- & projectmanagement

Expertmeeting Patiënten

14 april 2011 is een expertmeeting gehouden met de patiënten met als doel om de voorlopige bevindingen en inzichten ten aanzien van het ziekenhuislandschap 2025 te delen. Hierbij waren aanwezig:

- Mevrouw M. de Booy, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- Mevrouw J. de Borst, KPMG
- H. Koevoets, KPMG
- H. van Laarhoven, Hart & Vaatgroep
- Mevrouw A. Oosterwaal, KPMG
- Mevrouw A. Snijders, Nederlandse Federatie van Kanker-patientenorganisaties
- Mevrouw A. van der Vlist, CSO koepel ouderenorganisaties

Expertmeeting Verzekeraars

20 april 2011 is een expertmeeting gehouden met de verzekeraars met als doel om de voorlopige bevindingen en inzichten ten aanzien van het ziekenhuislandschap 2025 te delen. Hierbij waren aanwezig:

- Drs. W.J. Bos, KPMG
- Mevrouw J. Horlings-Koetje, Uvit
- H. Koevoets, KPMG
- R. Konterman, Achmea/AGIS

- Drs. W.A van der Meeren, CZ
- Mevrouw A. Oosterwaal, KPMG

Expertmeeting Academische en topklinische ziekenhuizen

21 april 2011 is een expertmeeting gehouden met de Academische en topklinische ziekenhuizen met als doel om de voorlopige bevindingen en inzichten ten aanzien van het ziekenhuislandschap 2025 te delen. Hierbij waren aanwezig:

- Prof. dr. B. Berden, St. Elisabeth Ziekenhuis
- Drs. W.J. Bos, KPMG
- Dr. M. Dzoljic, AMC
- Dr. H. Feenstra, Martini Ziekenhuis
- H. Koevoets, KPMG
- Mevrouw A. Oosterwaal, KPMG

Expertmeeting Medisch specialisten

26 april 2011 is een expertmeeting gehouden met de Medisch Specialisten met als doel om de voorlopige bevindingen en inzichten ten aanzien van het ziekenhuislandschap 2025 te delen. Hierbij waren aanwezig:

- Dr. P. van der Boog, Leids Universitair Medisch Centrum
- Drs. W.J. Bos, KPMG
- Dr. M.C.G. Daniels, Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Drs. G.E.R. Griever, Zuwe Hofpoort Ziekenhuis
- Prof. dr. E. Heineman, UMCG
- Drs. J.A. Hazelzet, Erasmus MC
- H. Koevoets, KPMG
- Mevrouw A. Oosterwaal, KPMG

Geconsulteerden

- Mr. T. van den Akker, De Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen
- S. Berdenis van Berlekom, Revalidatiecentrum De Hoogstraat
- R. Beuse, Revalidatiecentrum De Hoogstraat
- G.P. Bruijns, Refaija Ziekenhuis
- Prof. dr. H. Buller, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Dr. M.C.G. Daniëls, De Orde van Medisch Specialisten
- Prof. dr. H. Don, Nederlandse Mededingingsautoriteit
- Drs. R. Florijn, Diaconessenhuis Utrecht
- N. Groenewegen, De Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
- Dr. P.F. Hasekamp, Zorgverzekeraars Nederland
- Drs. F.A. Hoogendijk, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Drs. T.M.F. Hiemstra, HEC
- Drs. P. Hoppener, Sint Maartenskliniek
- W. van der Kam, Antonius Ziekenhuis

- Drs. F.J. Krapels, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- S. Kroese, MC Haaglanden
- A.J. Lamping, arts, Zorgverzekeraars Nederland
- L. van Leersum, Emergis Goes/ GGZ
- Prof. dr. M.M. Levi, Academisch Medisch Centrum
- J. van Manen, Nederlandse Zorgautoriteit
- Ing. J.G. Meegdes CMC, Capaciteitsorgaan
- Drs. W.A. van der Meeren, CA Actief in gezondheid
- B. Mengistu, Huisartsenpraktijk Rutgers & Kruse Uit hoorn
- Mevrouw I. Mosca, Nederlandse Zorgautoriteit
- Drs. E.B. Mulder, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Mevrouw C.P. van Niekerk-Nanninga, Ommelander Ziekenhuis Groep
- Prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert, UMC St. Radboud
- R. Pijnenburg, CZ
- Prof. dr. J.J. Polder, RIVM
- C. Postema, Gezondheidsraad
- Mevrouw J. Riteco, Revalidatie Nederland
- M. Rooks, De Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
- A.A.L. Rutgers, Huisartsenpraktijk Rutgers & Kruse Uithoorn
- Drs. M. Schuitemaker, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- A.P.A. Schuurmans, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Mevrouw P. Terwijn, Saxenburgh Groep
- M. Tieleman, Menzis
- C. Wiggers, Hofpoort Ziekenhuis
- A.B. Wygenma arts, Ziekenhuis Rivierenland

Op 12 september 2011 is de onderhavige materie besproken met L.A.M. van Halder, directeur-generaal Curatieve Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Raad heeft het advies op 15 september 2011 vastgesteld.

Bijlage 3

Visies

Visie van mevrouw drs. M.P.H. Bögels, directeur van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties

Concentratie en spreiding van zorg: opschalen en indalen

Aanleiding

Het thema taakverdeling en concentratie van zorg is actueel, maar beslist niet nieuw. De noodzaak tot taakverdeling en concentratie in de oncologie bijvoorbeeld is al in 1993 benoemd (9). Concentratie van zorg is voor laagvolume, hoogcomplexere behandelingen bij verschillende vormen van kanker vereist. Recent onderzoek toont aan dat concentratie van oncologische zorg leidt tot een reductie van de mortaliteit van 24 naar 4 % voor pancreasoperaties (10) en van 12 naar 4% voor slokdarmoperaties(11). Ook de Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding (12) bevestigt dat concentratie van zorg bij kanker nog steeds een knelpunt is én dat de tijd rijp is om dat probleem aan te pakken.

Ook op andere terreinen van zorg is er een sense of urgency om te komen tot concentratie, zoals de verloskundige zorg in relatie tot de hoge perinatale sterfte in Nederland, de spoedeisende hulp in relatie tot 24-uurs bezetting en de vereiste kwaliteit van de IC's.

Dit artikel gaat in op twee bewegingen: concentratie van complexe (met name oncologische) zorg en integrale ketenzorg voor chronisch zieken. Dit zijn twee kanten van één medaille, namelijk ketenoptimalisering van de zorg voor de belangrijkste (chronische) aandoeningen: diabetes, kanker, chronische luchtwegaandoeningen en cardiovasculaire ziektes. Aandacht voor ketenoptimalisering is noodzakelijk om op duurzame wijze zorg van goede kwaliteit te kunnen bieden in een vergrijzende (maar ook meer mondige) samenleving.

Laagvolume, hoogcomplexere oncologische zorg

Concentratie van laagvolume, hoogcomplexere oncologische zorg is noodzakelijk en urgent. Er zijn diverse goede initiatieven in de richting van concentratie van zorg, echter, er zijn ook nog te veel ziekenhuizen die complexe operaties maar enkele keren per jaar uitvoeren. Uitkomsten van zorg als overlijden, ernstige complicaties en heroperaties door instellingen met onvoldoende volume, expertise en/of faciliteiten zijn onacceptabel.

Het proces om te komen tot concentratie van zorg kent drie fasen:

1. normstelling door de beroepsgroepen in afstemming met patiëntenorganisaties;
2. regionale herordening en transparantie;
3. inbedding in de reguliere zorg en borging.

De oncologische aandoeningen waarvoor concentratie het meest urgent is, zijn die aandoeningen waar de hoogcomplexen, laagvolume behandelingen een hoge mortaliteit of hoog risico op schade kennen. Daarbij gaat het om pancreas-, rectum-, maag-, lever-, long-, blaas- en nierkanker, hersentumoren en orthopedische tumoren. Voor slokdarmkanker, hoofd- en halskankers en gynaecologische kankers is het proces van concentratie al volop bezig of al voltooid. Hoewel bij hersentumoren al een concentratieslag gemaakt is, is verdere concentratie daar nog wenselijk.

Normstelling

Het is de taak van de betrokken beroepsgroepen om de kwaliteitsnormen te formuleren in afstemming met de patiëntenorganisaties. Veel wetenschappelijke verenigingen zijn al bezig met het opstellen van kwaliteitsnormen. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde heeft inmiddels het initiatief genomen om voor verschillende vormen van kanker te komen tot volumennormen. Ook de urologen zijn met een volumennorm voor blaaskanker gekomen. Met name voor de meer zeldzame kankervormen lijkt een norm van twintig operaties per team per jaar het minimum voor verantwoorde zorg.

Om richting te geven aan concentratie van zorg zijn volumecriteria uitgangspunt, maar zeker niet de enige factor. Evenzeer van belang zijn: opleiding, talent en expertise van de behandelaars, een goed werkend team, multidisciplinaire samenwerking, infrastructuur / apparatuur en een adequaat kwaliteits-/veiligheidsplan.

Een heldere norm helpt instellingen om het gesprek met specialisten aan te gaan over het afstoten of aantrekken van specifieke behandelingen, een norm helpt zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg en de inspectie bij het handhaven van de kwaliteit van zorg.

Regionale herordening

Verzekeraars hebben een belangrijke rol om instellingen om de tafel te krijgen om afspraken te maken over regionale herordening. Bij deze besprekingen is inbreng vanuit IGZ en NFK gewenst, met name om het belang en de onontkoombaarheid van concentratie te onderstrepen. IKNL kan ondersteuning bieden bij het uitwerken van afspraken voor verwijzing en terugverwijzing, waarbij de gegevens van de kankerregistratie naast die van Vektis over volumes van belang zijn.

Bij concentratie van zorg is het belangrijk om de balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid te bewaken.

Dichtbij als het kan, ver weg als het moet.

Patiënten blijken bereid om te reizen voor betere zorg, zeker voor complexe ingrepen met een hoog risico (13)(14). Het is wenselijk de concentratie van zorg zoveel mogelijk regionaal af te stemmen en te beperken tot de behandel fase rond de operatie en (het instellen van) de chemotherapie voor de genoemde aandoeningen. De nazorg kan dan desgewenst in een ziekenhuis dicht bij huis plaatsvinden in consult met het ziekenhuis dat de operatie uitvoerde.

Om concentratie van zorg mogelijk te maken is het belangrijk dat averse prikkels worden onderkend en opgelost. De inschatting is dat complexe zorg ziekenhuizen meer kost dan oplevert. Adequate prijsstelling c.q. prestatiebekostiging is een voorwaarde voor een soepele herordering.

Borging; de vrijblijvendheid voorbij

Zowel aanbieders, zorgverzekeraars als inspectie hebben een rol als het gaat om de borging van kwalitatieve goede zorg. Wanneer het veld normen heeft geformuleerd, zullen deze richtinggevend moeten zijn voor de inrichting van de zorg. Verzekeraars zullen alleen die zorg inkopen die voldoet aan de norm. In een tussenfase kunnen verzekeraars ziekenhuizen in twijfelgevallen een (beperkte periode) de gelegenheid geven een en ander op orde te brengen. De inspectie zal erop toezien dat instellingen binnen afzienbare tijd plannen maken om aan de normen te voldoen. Instellingen die nalatig zijn bij het maken van plannen voor voldoende behandelingen per jaar of bij het uitvoering geven aan die plannen, zullen hun *license to operate* verliezen.

Het realiseren van een adequate registratie conform bijvoorbeeld de DSCA is vervolgens van belang om in de geconcentreerde zorg te sturen op handhaving en, zo mogelijk, verbetering van kwaliteit. Daarbij is het van belang dat de kwaliteit per instelling ook voor verwijzers en patiënten inzichtelijk wordt.

Integrale ketenzorg chronisch zieken

Waar het bij complexe vormen van kanker in de behandel fase gaat om concentratie van ziekenhuiszorg, is de uitdaging in de zorg voor chronisch zieken en voor de *survivors* van kanker om integrale ketenzorg zo dicht mogelijk bij huis te bieden. Al te vaak wordt het axioma gehanteerd dat zorg voor chronisch zieken 'eerstelijnszorg' is. De vraag waar de zorg exact plaatsvindt, is echter minder relevant dan de vraag op welke wijze integrale zorg zo dicht mogelijk bij huis kan worden geboden. Mensen met een chronische aandoening willen zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven hebben. Eerstelijnszorg waarbij mensen inhoudelijk gebrekkig afgestemde zorg moeten halen op diverse adressen in de wijk (huisarts, apotheek,

fysiotherapeut, diëtist, eerstelijnspsycholoog, huisartsenlab) – vaak slecht bereikbaar met openbaar vervoer – voldoet niet meer. Daarbij kunnen mensen met een chronische aandoening meer zelf managen of meer leren zelf te managen dan artsen vaak denken. De ontwikkeling van diabeteszorg van grotendeels tweedelijnszorg naar grotendeels huiskamerzorg/zelfmanagement is daarvan een sprekend voorbeeld.

Concentratie van zorg voor mensen met een chronische aandoening betekent twee zaken:

(1) Waar mogelijk worden integrale zorgprogramma's in de thuissituatie aangeboden die het zelfmanagement maximaal ondersteunen. Goede voorbeelden hiervan zijn initiatieven als *health buddies*, e-health initiatieven als in Leidsche Rijn Utrecht, ondersteund door *nurse practioners/poh's*.

(2) Voor de aanvullende zorg (inclusief diagnostiek) moeten mensen op één plaats terecht kunnen. *One stop shopping* is niet alleen relevant voor urgente diagnostische vraagstukken, maar evenzeer voor mensen met een chronische aandoening, inclusief *survivors* van kanker. Daarbij is het absoluut oninteressant of het eerste-, anderhalvelijn of poli heet. Als de zorg maar integraal op het adequate deskundigheidsniveau aangeboden wordt én goed bereikbaar is. Om dit te realiseren is naast professionaliteit ook ondernemerszin en leiderschap nodig. Dit betekent mijn inziens dat twee bewegingen elkaar moeten gaan vinden en versterken: opschalen en indalen. Opschalen van eerstelijnsolisten naar een zorgorganisatie van voldoende schaal en indalen van zorgondernemerschap vanuit het ziekenhuis ten behoeve van de integrale ketenzorg.

Om optimalisering van ketenzorg mogelijk te maken is het belangrijk dat averse prikkels worden onderkend en opgelost. De ex post verevening van zorgverzekeraars werkt op dit moment als averechtse prikkel voor het optimaliseren van de keten doordat zorgverzekeraars meerkosten voor huisartsgeneeskundige zorg zelf moet betalen, terwijl meerkosten voor specialistische zorg wordt verevend. Het afschaffen van de ex post verevening kan het realiseren van integrale ketenzorg versnellen.

Conclusie

De huidige inrichting van de zorg is niet toekomstbestendig gezien de grote toename van mensen met diabetes, kanker, chronische luchtwegaandoeningen en cardiovasculaire ziektes in de nabije toekomst.

Rode draad in dit betoog is de noodzaak om te komen tot de juiste zorg op de juiste plaats, enerzijds om de kwaliteit te bieden die mensen van de zorg in Nederland mogen verwachten, anderzijds om de zorg toekomstbestendig te maken. Optimalisering van de keten vraagt verschillende vormen van verplaatsing: concentratie van laagvolume complexe zorg, zoveel mogelijk zelfzorg/zelfmanagement faciliteren, integratie van zorgondernemingen met eerstelijnsprofessionals.

Daarbij is geen grote reductie van instellingen nodig, maar wel meer differentiatie in het ziekenhuislandschap en een adequaat aanbod dicht bij huis. Ook voor kleine ziekenhuizen biedt deze beweging interessante mogelijkheden: ziekenhuizen kunnen huisartsen en andere eerstelijnsprofessionals helpen bij het realiseren van integrale ketenzorg van voldoende kwaliteit en omvang door het bij elkaar brengen van ondernemerschap en professionals.

Tenslotte, om het leveren van zorg op het optimale niveau mogelijk te maken is investeren in het realiseren van een infrastructuur voor e-zelfmanagement /e-health nodig. Er zijn al veel meer of minder losstaande interventies ontwikkeld, ook hier geldt dat het integraal en goed bereikbaar aanbieden van e-health noodzakelijk is om zelfmanagement op grote schaal mogelijk te maken.

De beschikbaarheid van medisch-specialistische zorg moet altijd gezien worden in samenhang met andere gewenste, noodzakelijke en beschikbare zorg. Medisch-specialistische zorg maakt feitelijk altijd deel uit van een keten; ingrijpen in een onderdeel van die keten heeft onherroepelijk gevolgen voor de andere delen en daarop moet zo goed mogelijk geanticipeerd worden. Ook kan elke maatregel of verandering onvoorziene of onverwachte effecten leiden, waar rekening mee gehouden moet worden. Zo leidt bijvoorbeeld een vergoedingensysteem op basis van verrichtingen tot meer verrichtingen en zou een concentratiemaatregel kunnen leiden tot een verandering in indicatiestelling of registratie.

De discussie over concentratie kent verschillende motieven, waarvan kwaliteitsverbetering als de belangrijkste gezien wordt. Wanneer er sprake is van herschikking en reorganisatie gaat dat altijd gepaard met kosten en investeringen. In alle gevallen zijn er vele financiële belangen mee gemoeid. Financiering mag echter nooit het leidend principe zijn, ervan uitgaande dat kwalitatief hoogstaande zorg uiteindelijk tot lagere kosten leidt.

De Hart&Vaatgroep is van mening dat bij vraagstukken van concentratie en spreiding altijd gezocht moet worden naar balans tussen de effecten van die beide bewegingen en dat daar ook sturing aan gegeven moet worden. Voorbeelden zijn het voordeel van concentratie wat betreft kwaliteit en veiligheid t.o.v. de nadelen van lange reisafstanden voor bepaalde groepen en het verlies van diagnostische vaardigheden bij het afstoten van behandeling.

Concentratie

Doel van het concentreren van medisch-specialistische zorg moet zijn de beste uitkomsten te bereiken, zowel medisch-technisch als wat betreft kwaliteit van leven zoals die door patiënten ervaren wordt. Patiënten moeten ook kunnen kiezen voor een behandeling die mogelijk minder effectief, maar ook minder belastend is. Het vaststellen van normen gebeurt in eerste aanleg door de beroepsgroepen, in overleg met de betreffende patiëntenorganisatie. Meer is niet per sé altijd beter. Ver doorgevoerde specialisatie en eenzijdigheid kunnen leiden tot routinematig handelen en verval. Er is sprake van 'verminderende meeropbrengst' en voor elke ingreep zal een optimum gelden.

Van elke nieuwe of bestaande ingreep of behandeling moet worden vastgesteld wat de gradatie van specialisatie is of moet zijn. Volume is een uitkomstmaat, naast aantallen hersteloperaties en sterftecijfers.

Exclusiviteit moet zoveel mogelijk vermeden worden; uit oogpunt van concurrentie, innovatie en in bijzondere omstandigheden en noodsituaties moet het altijd mogelijk blijven ingrepen op meerdere plaatsen uit te voeren.

Goede en toegankelijke registratie is essentieel om de effecten van concentratie te monitoren en als basis voor het ontwikkelen van keuze-instrumenten.

De mogelijkheid een vergunningstelsel voor het uitvoeren van bepaalde ingrepen te hanteren moet blijven bestaan, maar hoeft niet noodzakelijkerwijs toegepast te worden.

Co- en multimorbiditeit

Wanneer sprake is van co- en multimorbiditeit, wat meestal het geval is bij chronisch zieken, moet voorkomen worden dat patiënten naar meerdere ziekenhuizen moeten voor hun zorg.

Spreiding en kennisoverdracht

Waar hoogspecialistische zorg geconcentreerd kan worden, kan minder specialistische zorg gespreid blijven. Spreiding kan ook geëntameerd worden, wanneer een te grote afstand dreigt en er geen gelijkmatige regionale spreiding is. Meer nadruk komt te liggen op eerstelijnsvoorzieningen. Veel zorg kan niet geconcentreerd worden, zoals zorg voor chronische aandoeningen waarbij een beperkte reisafstand wel belangrijk is, bijvoorbeeld voor mensen met hartfalen.

Als bepaalde instellingen exclusief bepaalde behandelingen doen, dient gezorgd te worden voor overdracht kennis en ervaring naar niet gespecialiseerde ziekenhuizen. Kennisoverdracht is belangrijk voor het in stand houden van de mogelijkheid om diagnoses te stellen en nazorg te leveren.

Taakverdeling en taakherschikking

Specialistische zorg hoeft niet noodzakelijkerwijs alleen in ziekenhuizen aangeboden te worden. Specialisten kunnen ook (deels) in de eerste lijn werkzaam zijn. Verpleegkundig specialisten kunnen een aantal werkzaamheden van specialisten overnemen. Beleid en beslissingen t.a.v. de aantallen specialisten die nodig zijn en het aantal opleidingsplaatsen moeten de verantwoordelijkheid zijn van een onafhankelijke instantie.

Keten en overdracht

Concentratie van zorg brengt voor een deel van de patiënten met zich mee dat zij voor een bepaald zorgtraject op meerdere medisch-specialistische centra zijn aangewezen of dat een onderdeel – de ingreep of operatie – op een locatie gebeurt die geen deel uitmaakt van ‘bestaande’ ketens. Het is dan nodig de overdracht goed te organiseren zodat de nazorg goed is.

Participatie en zeggenschap

De ontwikkeling naar concentratie en spreiding heeft gevolgen voor (chronisch) zieken en mensen die zorg (gaan) gebruiken. Er moet worden voorzien in participatie in besluitvorming, zowel op individueel niveau als op dat van beleid. Patiënten en hun organisaties moeten als meest belanghebbenden mee kunnen beslissen over de organisatie van hun eigen zorg.

Visie vanuit het perspectief van patiënten met een chronische longziekte op medisch-specialistische zorg 2011-2025, Longfonds

Inleiding

In Nederland lijden ruim 1 miljoen mensen aan een chronische longziekte. Astma en COPD komen het meest voor. Daarnaast is er een aantal andere, minder vaak voorkomende, chronische longziekten.

Chronische longziekten leiden tot het overlijden van 6.000 mensen per jaar. Daarnaast heeft een groot aantal van deze patiënten door ademnood te kampen met een sterk verminderde kwaliteit van leven.

De droom van de mens met een chronische longziekte over zijn zorg in 2020: Een wereld van verschil!

Patiënt

Mijn longziekte is niet alleen chronisch maar heeft meestal ook een grillig en onvoorspelbaar beloop.

Het is voor mij essentieel dat altijd de juiste zorg op maat, op de juiste tijd en plaats voor mij beschikbaar is en dat ik deze ook krijg. Goede organisatie en financiering zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden.

Zorg

Wat zou het mooi zijn als in 2025:

- Mijn zorg wordt geleverd op basis van de zorgstandaard die voor mijn aandoening is ontwikkeld, waardoor ik weet wat ik van de zorg kan verwachten en wat de zorg van mij verwacht.
- Mijn zorg wordt verleend door zorgverleners die geschoold en getraind zijn in het begeleiden van patiënten met een chronische longaandoening en altijd zorg verlenen volgens de laatste stand van de wetenschap.
- Mijn zorg helemaal is afgestemd op mij als persoon, en niet op mijn ziekte(s)/ aandoening(en).
- Bij mijn zorg ook mijn lasten en beperkingen die ik door mijn ziekte ondervind, worden betrokken met als doel: zo hoog mogelijke kwaliteit van leven door zo min mogelijk ziektelast.
- Mijn zorgverleners in overleg met mij (en naasten), binnen de mogelijkheden die er zijn, mijn zorg afstemmen op mijn behoeften, wensen en mogelijkheden: ik krijg 'zorg op maat'.
- Al mijn medische gegevens en mijn zorgdoelen kunnen worden vastgelegd in een individueel, 'levenslang' zorgplan.
- Ik, zolang als het kan, alle zorg zo dicht mogelijk bij huis krijg.
- De zorg voor alle chronische longpatiënten doelmatig en zonder hindernissen verloopt volgens één zorgroute vanaf de diagnose t/m de zorg aan het eind van mijn leven.
- In deze zorgroute de zorgverleners zoals huisarts, praktijkondersteuner, longarts, gespecialiseerde en/of longverpleegkundigen, fysiotherapeut, apotheker optimaal samenwerken.

- Mijn zorgverleners en ik partners zijn in de zorg. Samen stellen wij alles in het werk om mij zo lang mogelijk maatschappelijk goed te kunnen laten blijven functioneren (werk, sociaal leven, etc.).
- De zorg zo goed is georganiseerd en de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners zo goed is, dat mijn controles en afspraken op één dag en op één locatie plaatsvinden, zodat ik niet op verschillende dagen voor verschillende afspraken hoeft terug te komen.
- De duur en de frequentie van mijn consulten/controles aangepast zijn aan mijn zorgbehoeften. Kort als het kan, lang als het moet.
- Ik, omdat mijn ziekte niet alleen chronisch is maar ook een grillig en onvoorspelbaar beloop heeft, in alle fases van mijn ziekte een beroep kan doen op die zorgverlener die op dat moment de juiste zorg kan verlenen, de huisarts of de longarts of een andere specialist als ik nog andere aandoeningen heb.
- Ik zowel in de 1,5 lijn als in de 2e lijn één hoofdbehandelaar krijg, die verantwoordelijk is voor mijn zorg en voor de samenwerking en afstemming met andere zorgverleners.
- Ik zorg krijg van een team van zorgverleners, aangestuurd door mijn hoofdbehandelaar als mijn longaandoening ernstiger wordt en mijn zorg complexer. Als het kan in de 1e of 1,5e lijn, of als het niet anders kan, in de 2e lijn maar altijd in de regio waar ik woon.
- Ik gedurende mijn hele leven met mijn chronische longaandoening weet met wie ik contact op kan nemen als ik vragen heb of als er problemen zijn.
- De samenwerking, de afstemming en de informatie-overdracht zo goed georganiseerd is dat ik nooit meer mijn 'verhaal' meerder keren hoeft te houden en ik nooit meer tegenstrijdige informatie krijg.
- Ik van al mijn zorgverleners die informatie mee krijg die nodig is om thuis goed te kunnen functioneren.
- Al mijn gegevens voor elke betrokken zorgverlener toegankelijk zijn.

Organisatie

Wat zou het mooi zijn als in 2025:

- Op mijn hele zorgroute kwaliteit en patiëntgerichtheid de pijlers van mijn zorg zijn.
- Mijn zorg multidisciplinair ipv monodisciplinair is georganiseerd in een regionaal gezondheidsnetwerk.
- In dit netwerk alle zorgverleners die voor mijn zorg van belang zijn in alle onderdelen samenwerken (informatie, overdracht medische gegevens, up-to-date dossiers).
- Ook de longarts deel uit maakt van dit netwerk. Hij adviseert aan en kan worden geconsulteerd door andere zorgverleners en hij neemt deel aan het reguliere multidisciplinaire overleg, waarin alle (long)patiënten worden besproken.
- Het regionale gezondheidsnetwerk ook over multidisciplinair samengestelde teams beschikt die patiënten zo nodig dichtbij huis

kunnen ondersteunen bij en begeleiden in het omgaan met hun aandoening. Praktijkondersteuners en longverpleegkundigen zijn hierbij onmisbaar.

- Er voldoende en gekwalificeerde praktijkondersteuners zijn die structureel deel uitmaken van het regionale gezondheidsnetwerk en waarvoor structurele financiering beschikbaar is.
- In de regionale ziekenhuizen deze ondersteuning structureel wordt verleend door de longverpleegkundigen.
- Mijn zorgverleners voldoende tijd hebben en nemen om mij te ondersteunen in het behalen van mijn doelen/in het aanleren en volhouden van mijn zelfmanagement.
- Er een directe en altijd toegankelijke lijn met een ziekenhuis in de regio is, waar meer specialistische zorg plaatsvindt als de ernst van mijn ziekte dat vereist bv als gevolg van een exacerbatie, of als ik meerdere aandoeningen tegelijk krijg of heb. Veel longpatiënten hebben namelijk vaak meerdere aandoeningen, zoals van hartfalen.
- Ik, dankzij goede samenwerking en afstemming, altijd weet wie mijn hoofdbehandelaar is: mijn huisarts of mijn longarts.
- Ik in geval van meerdere aandoeningen, dankzij goede samenwerking en afstemming altijd weet wie mijn hoofdbehandelaar is. Dit geldt zowel voor de basiszorg als voor de ziekenhuiszorg.
- Er op de hele zorgroute gespecialiseerde praktijkondersteuners en longverpleegkundigen werkzaam zijn en dat voldoende financiële middelen zijn om het voor patiënten zo belangrijke ondersteunende en begeleidende werk te kunnen doen.
- De zorg/controles voor mensen met een chronische (long)ziekte of met meerdere aandoeningen plaatsvindt op één dag in een regionale zorgpoli die nauw samenwerkt met of is ondergebracht in het regionale ziekenhuis.
- Er voor mij altijd een coördinator is die ervoor zorgt dat mijn zorg goed verloopt.
- De zorg is 'ontschot'. Het ziekenhuis, de volgende 'pleisterplaats' in de zorgroute, is het verlengstuk van de 1,5e lijns zorg.
- Voor patiënten met een lichte/matige ziektelast zonodig begeleiding/revalidatie op maat door een multidisciplinair team binnen het regionale zorgnetwerk plaatsvindt en dat ook de nazorg goed is geregeld.
- Voor patiënten met een ernstige ziektelast begeleiding/revalidatie in een gespecialiseerd behandelcentrum door een multidisciplinair team plaatsvindt, dat er goede overdracht naar het regionale netwerk plaatsvindt, en daar gestructureerde nazorg is georganiseerd.
- Er kwaliteitszorg gerealiseerd en toegankelijk is voor ernstige allergiepatiënten.
- De regionale specialisten een beroep kunnen doen op topspecialisten.
- De topspecialisten gezamenlijk een kenniscentrum beheren, waar elke zorgverlener te allen tijde terecht kan voor kennis of advies.

- In de ziekenhuizen een cultuuromslag is gerealiseerd: kwaliteit, doelmatigheid en patiëntgerichtheid zijn de belangrijkste kenmerken van de zorg.

Overige

Wat zou het mooi zijn als in 2025:

- Er dankzij een goede samenwerking tussen deskundigen een snelle en juiste diagnose kan worden gesteld, waardoor voor nieuwe patiënten snel met de juiste behandeling kan worden gestart.
- De zorgverzekeraars alleen die zorg inkopen die aantoonbaar volledig op patiënten met een chronische longziekte is afgestemd en wordt uitgevoerd.
- Het onderwijs voor alle bij de chronische (long)zorg betrokken zorgverleners is afgestemd op de nieuwe, integrale en vraaggestuurde vorm van zorgverlenen. De zorgverleners in opleiding worden getraind in samenwerken, inlevingsvermogen, luisteren, shared decision making, motivational interviewing etc.)

'Kort gezegd' in 2025:

Is mijn zorg op alle niveaus van de hoogste kwaliteit en gebaseerd op de laatste stand van de wetenschap (onderzoek, richtlijnen, zorgstandaarden), vraaggestuurd, rond mij als patiënt georganiseerd, krijg ik zorg op maat en is de zorg zoveel als mogelijk en nodig is, multidisciplinair.

Is mijn zorg op alle niveaus doelmatig georganiseerd en wordt deze adequaat en op dezelfde manier door de zorgverzekeraars ingekocht en gefinancierd. Waar ik ook ben krijg ik dezelfde kwalitatief goede en juiste, zorg. Niet de marktwerking in de zorg is het doel (in 2020 is gebleken is dat de zorg zich niet leent voor marktwerking) maar efficiënte en kwalitatief goede zorg, afgestemd op mij als patiënt met een chronische longaandoening. In 2025 heb ik vrije keuze voor mijn zorg: kwaliteit van de zorg en de patiëntgerichtheid van mijn zorgverleners en of van een ziekenhuis zijn voor mij doorslaggevend.

Is er in het ziekenhuis één specialist die mijn hoofdbehandelaar is. Deze zorgt ervoor dat mijn zorg in het ziekenhuis goed wordt gecoördineerd en dat de andere specialisten aan hem rapporteren. Leggen de specialisten duidelijk vast wie voor welke deel van mijn zorg verantwoordelijk is en informeren zij mij en mijn naasten daarover.

Is er één iemand in het zorgnetwerk en of het ziekenhuis die mijn zorg/afspraken coördineert en met wie ik contact op kan nemen bij vragen of problemen. De gegevens van deze persoon zijn mij bekend en deze persoon zorgt er ook voor dat mijn dossier up-to-date is.

Kan ik, als ik mij weer beter voel terug naar mijn eigen, vertrouwde omgeving met passende (na)zorg dichtbij huis.

Is de vaste werkwijze dat, als ik het ziekenhuis kan verlaten, mijn hoofdbehandelaar in het ziekenhuis mijn dossier zo snel mogelijk en zo volledig mogelijk overdraagt aan mijn behandelaar in het regionale gezondheidsnetwerk, die dan weer mijn hoofdbehandelaar wordt. Is er passende zorg/begeleiding/training van kundige zorgverleners als het geestelijk, lichamelijk of sociaal niet goed met mij gaat. Als ik weer zelfstandig verder kan, dragen deze zorgverleners hun dossier over aan mijn hoofdbehandelaar.

Staat mijn ziektegeschiedenis en staan mijn afspraken en medicijnen allemaal in mijn levensvolgend individuele zorgplan. In 2020 is dit elektronisch beschikbaar en altijd voor mij en alle bij mijn zorg betrokken zorgverleners beschikbaar. Ik kan dit thuis altijd raadplegen en het biedt de mogelijkheid om digitaal vragen te stellen of adviezen te vragen.

Voorkomt de beschikbaarheid van mijn elektronische dossier ook dat ik bij elke zorgverlener opnieuw mijn verhaal moet doen, voorkomt dat dat ik onnodige zorg krijg, en of dat ik verkeerde of onvoldoende medicijnen krijg voorgeschreven.

Zijn de organisatorische en financiële schotten in mijn zorg geheel verdwenen; er is een patiëntvolgend financieringssysteem. Zijn er in mijn zorg dus geen organisatorische of financiële hindernissen meer en ben ik zowel voor mijn zorg dicht bij huis als voor de meer specialistische zorg vrij in de keuze van mijn zorgverlener.

Krijg ik alle zorg, steun en begeleiding, die nodig is om zo goed mogelijk met mijn aandoening te kunnen omgaan, vergoed vanuit het patiëntvolgend financieringssysteem.

Als ik in de fase ben gekomen dat behandelingen/medicijnen niet meer helpen en voor mij de zgn palliatieve fase aanbreekt – die voor mensen met een chronisch longziekte wel een paar jaar kan duren – is er in het ziekenhuis, de zorginstelling of in het regionale zorgnetwerk een team dat in deze zorg is gespecialiseerd.

Ik heb dan één hoofdbehandelaar en een gespecialiseerde zorgcoördinator, die volledig op de hoogte is van alles wat nodig of mogelijk is voor een zo goed mogelijk verloop van deze fase. Ik heb alle gegevens van die persoon en ik of mijn naasten kunnen te allen tijde een beroep op deze coördinator doen. Deze persoon zorgt er ook voor dat mijn dossier up-to-date is en dat ik daarvan een exemplaar in mijn bezit heb. Ten behoeve van afstemming en duidelijkheid is mijn dossier voor iedereen die bij mijn zorg betrokken is, beschikbaar.

Uitgangspunten voor beleid Astma Fonds

In Nederland zijn een miljoen mensen met een chronische longziekte, zoals astma, COPD of een zeldzame longziekte. Het Astma Fonds (binnenkort

Longfonds) zet zich in voor iedereen met een chronische longziekte en voor iedereen met gezonde longen. Daarom verandert het Astma Fonds haar naam binnenkort in Longfonds.

Chronische longziekten moeten beter worden aangepakt en mensen moeten minder problemen als gevolg van hun longziekte ondervinden. Voor de ruim 1 miljoen mensen met een chronische longziekten (astma, COPD, zeldzame longziekten) zet het Astma Fonds zich in voor een optimale kwaliteit van leven en verbetering van de (ervaren) kwaliteit van zorg. Ook hun naasten worden hierbij betrokken. Een chronische ziekte heb je immers niet alleen. Samen met de (leden van de) patiëntenvereniging streeft het fonds naar passende voorwaarden voor een gezonde en prettige leefomgeving, optimale zorg en effectieve, zorggerelateerde preventie. Een gezonde leefstijl, zelfmanagement, longziekten-gerelateerde allergieën en arbeidsparticipatie zijn belangrijke aandachtspunten. De komende jaren hebben verbetering van de kwaliteit van zorg, inclusief zelfmanagement en rookontmoediging, de hoogste prioriteit.

Goede zorg algemeen

Mensen met een chronische (long)ziekte hebben na hun diagnose de rest van hun leven zorg en begeleiding nodig: dit wordt het zorgcontinuüm genoemd, van diagnose t/m palliatieve zorg. Dit zorgcontinuüm vormt de basisstructuur voor de zorgstandaard voor een chronische aandoening. De belangrijkste functie van een zorgstandaard is om richting te geven aan de wijze waarop de zorgvraag van mensen met een chronische aandoening of een verhoogd risico daarop wordt beantwoord. Het doel is dat zij hun leven met een chronische aandoening als volwaardig burger kunnen inrichten met alle maatschappelijke behoeften, verplichtingen en mogelijkheden. Uitgangspunt daarbij is dat de patiënt als volwaardig partner met eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces optreedt. Uiteraard is een transparante aanpak hierbij van doorslaggevend belang. De zorgstandaard geeft de maatstaf voor het vereiste niveau van kwaliteit van zorgverlening en biedt voldoende ruimte voor flexibiliteit en individuele, persoonsgericht benadering van mensen met een chronische aandoening.

Voor COPD is de zorgstandaard in juli 2010 in werking getreden. Voor astma is deze in ontwikkeling. Voor de zeldzame longziekten worden op dit moment de kwaliteitscriteria ontwikkeld. Deze kunnen vervolgens, net als bij COPD en astma, bij de ontwikkeling van de betreffende zorgstandaard, samen met de klinische richtlijnen als belangrijke informatiebron worden ingebracht.

In de zorgstandaard COPD wordt een nieuwe visie op de zorg voor mensen met COPD gegeven. De integrale gezondheidstoestand van de patiënt krijgt hierin een centrale plaats. Een patiënt met COPD heeft namelijk niet alleen een fysiologische stoornis maar ervaart ook klachten, beperkingen in het dagelijks functioneren en problemen in de kwaliteit van leven (ziektelast).

Omdat met COPD de eerste ervaringen zijn opgedaan met deze nieuwe visie op zorg, de integratie daarvan in de diagnostiek, behandeling en begeleiding, en met de integrale bekostiging, zullen wij ons in deze notitie tot deze aandoening beperken. Uit focusgroepgesprekken met patiënten en uit andere vormen van patiëntenparticipatie kunnen wij stellen dat de ervaringen van patiënten met andere chronische longaandoeningen in grote lijnen parallel lopen met die van mensen met COPD.

Algemene dimensies voor het totale zorgcontinuüm, zoals gedefinieerd door het CVZ:

- **Veiligheid:** het vermijden van veiligheidsrisico's en fouten die schade kunnen toebrengen aan patiënten en medewerkers.
- **Effectiviteit:** het leveren van nauwkeurige en juiste zorg gebaseerd op wetenschappelijke kennis.
- **Patiëntgerichtheid:** het respecteren van de unieke noden, wensen en waarden van de patiënt.
- **Tijdigheid:** het leveren van zorg op de juiste tijd, verhinderen van wachttijden voor patiënten en medewerkers.
- **Doelmatigheid:** het vermijden van zorg die niet bijdraagt aan de vraagstelling van de patiënt en die niet redelijkerwijs kosteneffectief is, vermijden van verspilling.
- **Gelijkheid:** het leveren van gelijke zorg voor alle patiëntengroepen, ongeacht sekse, etniciteit, geografische afkomst en sociaal-economische status.

Deze notitie is opgesteld n.a.v. verzoek RVZ d.d. 14072011 om visie vanuit patiëntenperspectief op medisch-specialistische zorg 2011-2025
Longpatiëntenvereniging/lvr

Visie Reumapatiëntenbond op specialistische zorg

- Bij medisch specialistisch handelen dienen (ook) kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief gehanteerd te worden, naast de medisch inhoudelijke professionele standaarden. Medisch specialisten zouden daar actief naar op zoek moeten gaan.
- Vanaf het eerste moment dient zelfmanagement (inclusief bewegen) van de patiënt waar mogelijk bevorderd te worden door de medisch specialist. Medisch specialisten zouden daarin een uitnodigende en proactieve houding moeten tonen.
- Concentratie van reumazorg, dus behandeling door gespecialiseerde instituten indien dit in de perceptie van patiënten meerwaarde oplevert. Niet over de gehele linie, veelal zal juist bereikbaarheid dicht bij huis belangrijk zijn (bijvoorbeeld toedienen/gebruik biologicals/TNF alpha's).
- Meer integrale ketenzorg.

Inleiding

Spierziekten zijn ernstige, veelal ongeneeslijke ziekten. Er zijn meer dan 600 verschillende spierziekten bekend, alle zeldzaam. Naar schatting hebben in Nederland ruim 100.000 mensen een spierziekte.

Een spierziekte heeft een zeer grote impact op het leven van de patiënt. Spierziekten zijn vaak progressief: de klachten verergeren en diverse andere orgaansystemen kunnen aangetast raken. De zorg aan patiënten met een spierziekte is complex en vereist een multidisciplinaire aanpak.

Expertise centra voor spierziekten

Voor zeldzame ziekten zoals spierziekten is concentratie van zorg een vereiste voor kwalitatief goede zorg. Efficiënte en hoogkwalitatieve zorg voor patiënten met spierziekten wordt bereikt door het ontwikkelen van een beperkt aantal expertisecentra voor clusters van spierziekten. Binnen deze spierziektespecifieke expertisecentra wordt expertise vanuit verschillende vakgebieden gebundeld. Er is sprake van een goed op elkaar afgestemde multidisciplinaire samenwerking. Ten behoeve van de continuïteit is het raadzaam om per cluster van spierziekten minimaal twee expertisecentra te ontwikkelen. Dit uitgangspunt sluit aan bij het concentratiebeleid van de NFU (Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra).

De noodzaak aan concentratie van zorg, vormgegeven door middel van expertisecentra voor zeldzame ziekten, wordt breed erkend. Zo noemt de Raad van de Europese Unie expertisecentra een speerpunt voor nationale plannen om de zorg voor zeldzame ziekten te verbeteren. In Nederland heeft de Stuurgroep Weesgeneesmiddelen (WGM) een consultatiedocument opgesteld waarin wordt aangegeven waar expertisecentra voor zeldzame aandoeningen aan moeten voldoen. Een expertisecentrum is belangrijk om kwaliteit van zorg aan patiënten met zeldzame ziekten te vergroten, onderzoek naar diagnose en behandeling te bevorderen en kennis over zeldzame ziekten te verbeteren.

De spierziektenspecifieke expertise centra zijn bij voorkeur ingebed in de zorgstructuur van de universitaire medische centra (UMC's). Niet alleen betreft het hier veelal topreferente zorg, ook beschikken de meeste UMC's al over multidisciplinaire spierziekteteams en zijn in enkele UMC's reeds spierziektespecifieke expertisecentra gevestigd. Een goed voorbeeld van een bestaand expertisecentrum is het ALS-centrum (www.als-centrum.nl) met locaties in UMC Utrecht, AMC en UMC St. Radboud.

Landelijke samenwerking

De spierziektespecifieke expertisecentra vormen samen een landelijk samenwerkingsverband: één spierziektecentrum Nederland. Een goede samenwerking en afstemming tussen deze expertisecentra verhoogt de kwaliteit en efficiëntie van de zorg. Patiënten worden tijdig naar de juiste zorgverleners verwezen, kennis wordt gedeeld en op het gebied van wetenschappelijk onderzoek is men internationaal één gezicht naar buiten. Focus en massa zijn hierin sleutelwoorden. Dit concept wordt momenteel verder uitgewerkt door het Interuniversitair Steunpunt Neuromusculair Onderzoek (ISNO) waarin zowel de medisch specialisten betrokken bij spierziekten als de Vereniging Spierziekten Nederland vertegenwoordigd zijn.

Zorg voor zeer zeldzame spierziekten

Gezien de grote verscheidenheid aan spierziekten en het zeer zeldzaam voorkomen van sommige spierziekten is het niet haalbaar om voor alle spierziekten expertisecentra te ontwikkelen in Nederland.

De bestaande expertisecentra zijn vanuit hun specifieke expertise in staat om, beter dan welke andere Nederlandse zorgverlener, medische zorg te geven aan alle patiënten met spierziekten. Bij voorkeur bieden expertisecentra naast hoogwaardige zorg aan patiënten met spierziekten die tot hun expertise behoren ook medische zorg aan patiënten met spierziekten waarvoor in Nederland geen expertisecentrum bestaat.

Voor deze groep patiënten is daarnaast toegang tot zeer gespecialiseerde zorg buiten onze landsgrenzen belangrijk. Europese samenwerking en een goede verdeling van de diverse spierziekten over expertisecentra op Europees en eventueel internationaal niveau zijn hierbij van belang.

Zorgketen

Bij concentratie van zorg is het belangrijk de balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid te bewaken. Onderdelen van de medische zorg aan patiënten met een spierziekte zullen, waar dat mogelijk is zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van zorg, uitgevoerd worden door zorgverleners buiten het expertisecentrum. Hierbij geldt het motto: *'dichtbij als het kan, veraf als het moet'*.

Opgemerkt dient te worden dat het expertisecentrum beschikt over specifieke kennis van en ervaring met het desbetreffende zeldzame ziektebeeld. Het merendeel van de zorgverleners in Nederland ziet te weinig mensen met één specifieke zeldzame ziekte om over actuele kennis te kunnen beschikken. Het expertcentrum heeft dan ook een adviserende, informerende en consulterende taak voor zorgverleners in de zorgketen van patiënten met een spierziekte. Tevens is regelmatige afstemming tussen de bij de patiënt betrokken zorgverleners uit de eerste en/of tweede lijn en het expertisecentrum belangrijk voor een goede zorg. Om de kwaliteit van de medische zorg te garanderen ziet het expertisecentrum de patiënt bij

voorker met enige regelmaat voor medische controles, behandeling van specifieke klachten of het verbeteren van de behandeling.

Het expertisecentrum vervult een centrale rol in de ketenzorg voor mensen met een zeldzame spierziekte. Het expertisecentrum ondersteunt, coördineert en bewaakt de kwaliteit in de keten. Ontwikkeling van ketenzorg bij spierziekten is een belangrijk speerpunt. Zorgstandaarden kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Participatie en zeggenschap

Mensen met een chronische aandoening willen regie over hun eigen leven voeren. Een deel van deze mensen is ook in staat om regie over de eigen zorg te voeren. Zelfmanagementtools bieden hierbij ondersteuning maar zijn nog volop in ontwikkeling.

Participatie en zeggenschap van patiënten dienen structureel ingebed te worden, zowel op individueel als op beleidsniveau. Patiënten en hun organisaties kunnen als meest belanghebbenden meebeslissen over de organisatie van hun eigen zorg en krijgen een belangrijke rol in de kwaliteitsbewaking van de geleverde zorg. Bij de ontwikkeling van de expertisecentra dient ook voor deze aspecten aandacht te zijn.

Randvoorwaarden

Om concentratie van zorg mogelijk te maken is het van belang te streven naar een passend financierings- en samenwerkingsmechanisme waarmee de duurzaamheid van de infrastructuur op het gebied van zeldzame ziekten op lange termijn gegarandeerd is. Op dit moment zijn er enkele ontwikkelingen die de levering van hoogwaardige complexe zorg door expertisecentra belemmeren. Zeldzame spierziekten horen binnen het ziekenhuis tot het A-segment. Dit houdt in dat er vaste bedragen voor (poli)klinische behandelingen worden aangehouden die niet toereikend zijn voor de te leveren kwalitatief hoogwaardige zorg van een expertisecentrum. Daarbij worden de activiteiten die een expertisecentrum verricht om kwaliteit in de ketenzorg te verbeteren en te coördineren niet vergoed. Adequate prijsstelling dan wel prestatiebekostiging is een voorwaarde voor een duurzame herordening.



Bijlage 4

Afkortingen

BBP	Bruto Binnenlands Product
CPZ	Categoriaal psychiatrisch ziekenhuis
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVZ	College voor zorgverzekeringen
Cq.	Casu quo
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie
DOT	DBC's op weg naar Transparantie
EBM	Evidence Based Medicine
EHD	Eerstehulpdienst
EPD	Electronisch Patiënten Dossier
GG	Gezondheid en gedrag
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen
HAP	Huisartsenpost
IC	Intensive Care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NVZ	Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
o.a.	onder andere
PHR	Personal Health Record
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SASZ	Stichting Algemene Specialistische Ziekenhuizen
SEH	Spoedeisende Hulp
STZ	Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen
UMC	Universitair Medisch Centrum
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBMV	Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen
ZBC	Zelfstandig Behandelcentrum

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net). Publicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG.

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Publicaties RVZ vanaf 2008

- 11/04 Medisch-specialistische zorg in 2025, oktober 2011
Publicaties bij dit advies
11/05 - Ziekenhuislandschap 2020: Niemandslaan of Droomland (achtergrondstudie), oktober 2011
11/06 - Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20 (achtergrondstudie), oktober 2011
11/07 - Brochure, oktober 2011
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Samenwerking en mededinging in de zorg (achtergrondstudie), oktober 2011
Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken (achtergrondstudie), oktober 2011
De rol van e-Health in een veranderend ziekenhuislandschap (achtergrondstudie), oktober 2011
Demografische krimp en ziekenhuiszorg (achtergrondstudie), oktober 2011
- 11/03 Sturen op gezondheidsdoelen, juni 2011
- 11/02 Gemeente en zorgvangnetten (briefadvies), april 2011
- 11/01 Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, februari 2011
- 10/13 Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010
Publicaties bij dit advies
10/14 -Krant bij het advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010
- 10/10 Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010
Publicaties bij dit advies
10/11 - Komt een patiënt bij zijn coach..... (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), september 2010
10/12 - Veranderen met draagvlak (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), oktober 2010
- 10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010

Publicaties bij dit advies

- 10/09 - Van zz naar gg
Acht debatten, een sprekend verhaal
- 10/08 - Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
- 10/07 - Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
- 10/06 - Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
- 10/04 De patiënt als sturende kracht
- 10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg
- 10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
- Publicaties bij dit advies*
- 10/02 - Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie behorende bij het advies Gezondheid 2.0), februari 2010
- 09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009
- 09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
- 09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010
- 09/11 Werkprogramma 2010, november 2009
- 09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
- 09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
- 09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
- 09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
- 09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
- 09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
- 09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009
- 09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009
- 09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009
- 09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
- 08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008
- 08/12 - Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008

- 08/10 Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008
- 08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
Publicaties bij dit advies
08/09 - Schaal en zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudies behorende bij het advies Schaal en zorg), mei 2008
- 08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008
08/06 - Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
08/07 - Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
Publicaties bij dit advies
08/04 - Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie behorende bij het advies Screening en de rol van de overheid), april 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
Publicaties bij dit advies
08/02 - Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorende bij het advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
- Sig 08/01a Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008

Publicaties CEG vanaf 2008

- Sig 10/11 Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand
- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008



