

# Open ziekenhuizen

Open ziekenhuizen als  
onderdeel van integrale zorg

# Voorwoord

De NVZ zet zich in voor de zorg in Nederland. Dit doen we samen met onze ruim 100 leden: algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra en categorale zorginstellingen. We zijn trots op onze medewerkers die dag in dag uit de best mogelijke zorg leveren voor de patiënten die aan onze zorg zijn toevertrouwd. Deze zorg staat echter onder druk.

Om ook in 2030 toegankelijke en kwalitatief goede zorg te kunnen aanbieden is het noodzakelijk om een ander perspectief te kiezen. We moeten onder andere inzetten op preventie om de vraag naar zorg te voorkomen. Als er toch zorg nodig is, verlenen we die zo dicht mogelijk bij huis. Dus alleen in een zorginstelling indien dat echt nodig is. Dit betekent dat de zorg anders georganiseerd moet worden: zo veel mogelijk integraal in ketens en zorgnetwerken over de zorgdomeinen heen. We gaan met patiënten en inwoners structureel bespreken wat passende zorg inhoudt: wat mag worden verwacht van hen zelf en wat is de kerntaak van zorgverleners? Er zijn grenzen aan de mogelijkheden om zorg te leveren. Het maatschappelijk debat daarover verdient veel meer aandacht.

Het Integraal Zorgakkoord gaat uit van samenwerking binnen en tussen de diverse domeinen. Ook het sociale domein hoort daarbij. De NVZ wil de medisch specialistische zorg toegankelijk houden voor die patiënten die deze zorg echt nodig hebben. Dat vraagt een gezamenlijke inspanning om zorg die niet in ziekenhuizen hoeft te worden verleend, te verplaatsen. Het voorkomen van zorg (preventie) moet leidend zijn in het toegankelijk houden van de zorg. Burgers en de politiek hebben een verantwoordelijkheid om hieraan bij te dragen. Burgers moeten daarbij ondersteund worden. Het resultaat daarvan zal pas over een aantal jaren zichtbaar zijn.

Om het beroep op medisch specialistische zorg succesvol te beperken, is het nodig dat professionals en bestuurders van zorg- en welzijnsorganisaties, gemeenten, onderwijs en ondernemers elkaar kennen. Ook moeten ze vertrouwen in elkaar hebben en met elkaar samenwerken vanuit hetzelfde perspectief. Versterking van de eerste lijn (huisartsen en wijkverpleging en ouderenzorg) is hierbij essentieel. Die versterking zorgt ervoor dat een patiënt op de juiste plek in de eerste lijn behandeld wordt en alleen naar het ziekenhuis komt als dat echt nodig is. Ook het leveren van hybride of digitale zorg zal een belangrijk ingrediënt vormen om zorg thuis (via bij voorbeeld thuismonitoring) of op afstand als het kan, te leveren en zo de arbeidsmarktproblematiek in de zorg voor een deel te ondervangen. In de toekomst zal ook AI mogelijk een belangrijke rol gaan spelen in het toegankelijk en beschikbaar houden van de zorg. Met de juiste ondersteuning kan, vaker dan nu, een opname voorkomen worden. Goede ondersteuning bij overdrachtsmomenten van het ziekenhuis terug naar huis is van groot belang. Samenwerkingsverbanden

tussen ziekenhuizen, de ouderenzorg, de GGZ, huisartsen, wijkverpleging en het sociale domein worden inmiddels gestimuleerd door de diverse regioplannen. Ook zoeken we verbinding met de acute zorg om een integraal aanbod van eerste opvang en verdere zorg en ondersteuning op de juiste plek te leveren. In een aantal regio's is de afgelopen jaren al ervaring opgedaan met samenwerking over de domeinen heen. Dit moet overal praktisch en norm worden. De transformatiemiddelen die in het kader van het IZA zijn gereserveerd, beogen deze samenwerking te versnellen. Het is urgent een belangrijk deel van deze middelen in te zetten voor het realiseren van een landelijke infrastructuur voor gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid. Dat is een noodzakelijke voorwaarde voor het realiseren van de IZA-doelstellingen. Inmiddels is er een belangrijke stap gezet met de ondertekening van het uitvoeringsakkoord digitale zorg op 22 januari jl. door alle IZA partijen. Een andere voorwaarde is bekostiging die deze transformatie duurzaam ondersteunt, en samenwerking met andere partijen beloont. Daarvoor moeten financiering en bekostiging beter op elkaar aansluiten. Ook moet een verkenning naar het meer harmoniseren van arbeidsvoorwaarden tussen sectoren gestart worden. Dat maakt uitwisseling van personeel tussen sectoren eenvoudiger. Naast deze randvoorwaarden is bestuurlijk leiderschap nodig en is het noodzakelijk dat alle partijen handelen volgens de bedoeling die in het IZA en in de daaruit voortvloeiende regioplannen is verwoord. Als we tempo willen maken om de zorg te transformeren, zullen we elkaar de ruimte moeten geven en de obstakels die er zijn, uit de weg moeten ruimen. Van de NVZ en de ziekenhuisbestuurders mag verwacht worden dat we verantwoordelijkheid nemen om met andere partijen samen op te trekken. Dat we de maatschappelijke opdracht die we hebben, verbinden met de opgave om onze zorginstellingen op een goede en gezonde manier door de transitie te leiden, samen met de zorgprofessionals.

De NVZ hoopt met het voorliggende Dialoogdocument het gesprek over en de vormgeving van het toekomstbestendig inrichten van integrale zorg in de regio en landelijk te ondersteunen. Het Dialoogdocument schetst de bijdrage die ziekenhuizen kunnen en willen leveren aan de transformatie in het gehele netwerk van zorg en welzijn. Het laat zien wat andere partijen op dit gebied van ons mogen verwachten. Vanzelfsprekend vragen we daarbij ook iets van onze partners. Zoals gezegd zullen de juiste randvoorwaarden door zorgverzekeraars en de overheid ingeregeld moeten worden om onze bijdrage te kunnen realiseren. Het Dialoogdocument draagt naar wij hopen ook bij aan het maatschappelijke en politieke debat over de organisatie van zorg en over de verdere uitvoering en verdieping van het Integraal Zorgakkoord in afstemming met een nieuw kabinet. Daarbij hoort ook het gesprek met de inwoners over wat zij in hun eigen omgeving en met hun naasten kunnen bijdragen aan het toegankelijk houden van de zorg voor diegenen die het echt nodig hebben.

Het motto van de NVZ blijft: "Goede zorg doen we samen". Wij wensen u veel inspiratie en goede gesprekken toe op weg naar het ontwikkelen van duurzame samenwerkingsverbanden voor integrale zorg.

# Samenvatting

Het beroep op de langdurige en medisch specialistische zorg neemt de komende jaren toe, terwijl het steeds lastiger wordt om aan de vraag te voldoen. De grenzen van hetgeen mogelijk is in het leveren van zorg zal in hoge mate bepaald worden door de beschikbaarheid van voldoende professionals. Vergrijzing en nieuwe behandelmogelijkheden door technologie en geneesmiddelen leiden tot hogere vraag, terwijl het aantal zorgverleners beperkt is en de budgetten voor zorg onder grote druk staan, ook om ruimte te houden voor andere maatschappelijke prioriteiten. Mede daarom is een andere manier van werken in de zorg nodig. Van concurrentie naar samenwerken en naar meer digitale en hybride zorg. Zorgpartijen hebben elkaar nodig bij deze transformatie, en hebben daarom samen in september 2022 een Integraal Zorgakkoord (IZA) afgesloten.

De NVZ is een van de 14 ondertekenaars van het IZA. Daarin spraken patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, zorgprofessionals, zorgaanbieders, gemeenten en VWS af om meer samen te werken aan integrale zorg. Dat is nodig om de groei in zorgvraag in goede banen te leiden en zo goede zorg voor de patiënt te waarborgen. Het gebeurt in de wetenschap dat er te weinig mensen zijn om zorg te bieden en de budgettaire ruimte beperkt is. De afspraken daarover in het IZA zijn gemaakt voor 2023 tot en met 2026. Het ligt in de rede en is noodzakelijk dat daarop in de nieuwe kabinetsperiode wordt voortgebouwd. Daarmee kunnen we de transitie voor de komende jaren versnellen. De beweging die we ermee inzetten is voor langere termijn relevant (Hoofdstuk 1). We worstelen met een aantal dilemma's. Stappen die we zetten naar regionale samenwerking en passende zorg, gaan nog te vaak gepaard met nadelige effecten op financiële verdeling tussen of zelfs voortbestaan van instellingen. De slagkracht om tot verandering te komen staat daarmee vaak onder druk.

Gegeven de maatschappelijke belangstelling voor goede en beschikbare ziekenhuiszorg, wordt veel van ons verwacht. We nemen dan ook actief deel aan het maatschappelijk debat over de regionale en landelijke ontwikkeling van de zorg. We hebben ons (in het IZA) gecommitteerd aan een ombuigingsopgave naar 0% groei in 2026, met inachtneming van een "Mid Term Review" waarin onder meer de beoogde bijdrage van de eerste lijn zal worden geëvalueerd. Omdat dit naar verwachting zal samenvallen met afspraken in een nieuw regeerakkoord zal dan ook een realistisch groeipad voor de volgende jaren moeten worden vastgesteld.

Hoe dan ook vraagt de combinatie van toenemende zorgvraag en beperkt beschikbaar zorgpersoneel om anders organiseren. We zetten onze organisatiekracht graag in voor de benodigde verandering en samenwerking met anderen en zijn actief op zoek naar de verbinding.

In dit Dialoogdocument bespreken we daarom de strategische keuzes die ziekenhuizen maken om focus aan te brengen, zodat zij in 2030 vitale organisaties zijn, als onderdeel van een gezonde regio, en passende zorg aan patiënten verlenen. Met dit Dialoogdocument willen we organisaties ondersteunen in deze keuzes en handvatten bieden om regionaal het gesprek hierover aan te gaan met elkaar en met

ketenpartners, patiënten en burgers om zo tot de juiste keuzes te komen. Zorg die past bij de opgave in de regio. Dit document is daarmee geen nieuw of aanvullend 'ontwerp' bovenop de al bestaande (regio-, ROAZ- en andere) plannen, maar een hulpmiddel in het debat over de inrichting van de zorg. Ook helpt dit Dialoogdocument ons om op landelijk niveau op te komen voor het belang van een kwaliteitsvolle en voor iedereen toegankelijke ziekenhuisorganisatie en de benodigde randvoorwaarden te agenderen op weg naar een succesvolle transformatie van de zorg. Er is bestuurlijk leiderschap nodig om het transformatieproces succesvol te doorlopen. Ook is het noodzakelijk dat alle partijen handelen volgens de bedoeling die in het IZA en in de daaruit voortvloeiende regioplannen is verwoord. Als we tempo willen maken om de zorg te transformeren, zullen we elkaar de ruimte moeten geven en de obstakels die er zijn, uit de weg moeten ruimen.

We gaan daarbij uit van 'open ziekenhuizen' als onderdeel van te ontwikkelen integrale zorgconcepten in de regio. De benodigde zorg wordt passend bij de patiëntreis geleverd, in samenhang met andere zorgaanbieders, en met veel ruimte voor digitale en hybride zorg. Dus 'open' voor patiënten en 'open' naar zorgpartners, elkaar en de Nederlandse samenleving: een diversiteit aan open ziekenhuizen, afhankelijk van locatie, de opgave in de regio, soort zorg en uitgangspositie (Hoofdstuk 2).

Op weg hiernaartoe onderkennen we zeven thema's die belangrijk zijn als voorwaarde en/of als richtsnoer voor ziekenhuizen ten behoeve van het leveren van passende integrale zorg. Deze thema's zijn: de zorgportfolio, gelijkgericht werken met medisch specialisten, gezondheid in het werkgebied, samenwerken met andere zorgverleners, arbeidsmarkt, innovatie & digitalisering en fysieke infrastructuur. Ieder open ziekenhuis gaat afhankelijk van de regionale context en uitgangssituatie anders met deze thema's om (Hoofdstuk 3). We gaan hier voornamelijk in op ziekenhuizen die meerdere disciplines van medisch specialistische zorg aanbieden: de 65 ziekenhuizen die lid zijn van de NVZ. Daarnaast kent het medisch specialistische zorg-landschap van de toekomst ook categorale ziekenhuizen en instellingen voor medisch specialistische revalidatie. Ook voor categorale ziekenhuizen zijn de thema's en keuzes in dit document relevant. Gelet op plek in het landschap tussen cure en care in en met hun landelijk dekkend netwerk van relatief kleine medisch specialistische zorgaanbieders, kennen revalidatiecentra daarnaast een aantal specifieke uitdagingen. Het gemeenschappelijk antwoord hierop wordt opgepakt door Revalidatie Nederland. Hun sectoraal transformatieplan verschijnt naar verwachting in februari 2024.

Open ziekenhuizen kunnen passende integrale zorg bieden aan patiënten indien de bekostigings-systematiek deze beweging ondersteunt en organisaties financieel gezond zijn. Het perspectief daarop willen we verbeteren door prioriteit te bepleiten voor het ontwikkelen van bekostiging die samenwerking en het leveren van integrale zorg in netwerken beloont (Hoofdstuk 4). Ook congruente inkoop door zorgverzekeraars is een belangrijke randvoorwaarde (Hoofdstuk 5) om de transformatie voortvarend en efficiënt te kunnen inzetten.

Dit dialoogdocument eindigen we met een oproep voor aanpassingen in wet- en regelgeving, beleid en toezicht door de overheid: VWS, NZa, Zorginstituut, IGJ en ACM. Het realiseren van een aantal randvoorwaarden is essentieel om snelheid en gelijkgerichtheid te krijgen in het leveren van integrale zorg. We vragen ruimte te creëren voor samenwerking en de bekostiging daarop aan te laten sluiten. Doordat financiering en bekostiging onvoldoende op elkaar aansluiten treden er aanzienlijke snijverliezen op die de transformatie belemmeren. Elk zorgtype (acute, electieve, chronische en netwerkzorg) vraagt om een op maat gemaakte bekostiging. Dat noemen we passende bekostiging (Hoofdstuk 6). Daarnaast verwachten we in het bijzonder op de kortst mogelijke termijn regie van de overheid op databeschikbaarheid, gegevensuitwisseling en interoperabiliteit. Het in januari overeengekomen Uitvoeringsakkoord vormt de basis voor overheid en de andere IZA-partijen om nu consequent in te zetten op één landelijke infrastructuur van databeschikbaarheid als een publieke nutsvoorziening. Belangrijke randvoorwaarden daarbij zijn onder meer eenheid van taal en de functies die elk systeem moet hebben (de zogenaamde generieke functies) om met andere systemen te communiceren. Deze keuzes zijn een voorwaarde om de doelstellingen van het IZA te kunnen realiseren.

Ziekenhuizen kunnen dit document gebruiken als referentie voor te maken keuzes, intern en in samenwerking met regionale samenwerkingspartners. Met deze inzichten gaat de NVZ als branchevereniging graag in overleg met (vertegenwoordigers van) burgers, patiënten, (zorg)professionals, medewerkers, toezichthouders en politiek (Hoofdstuk 7). Dit krijgt extra gewicht met de vorming van een nieuw kabinet in de nabije toekomst.

# Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting	4
<b>Ongekende opgave om aan groeiend beroep op medisch specialistische zorg te voldoen</b>	<b>10</b>
<b>1. IZA als versneller naar meer samenwerken en meer digitale zorg</b>	<b>12</b>
1.1 De afspraken in het IZA versnellen de transitie	13
1.2 De zorgsector zet in op samenwerken en digitale zorg	13
1.3 Ziekenhuizen komen in een 'spagaat' terecht	14
<b>2. Open ziekenhuizen maken strategische keuzes</b>	<b>16</b>
2.1 Veel verschillende open ziekenhuizen	18
2.2 Kenmerkende verschillen bepalen de 'keuzeruimte'	18
<b>3. Strategische keuzes voor open ziekenhuizen; zeven kernthema's</b>	<b>19</b>
3.1 Portfolio aan geleverde zorg	20
3.2 Samenwerken in het ziekenhuis	25
3.3 Gezondheid van de populatie in het werkgebied	27
3.4 Samenwerking met andere zorgverleners in de regio	27
3.5 Arbeidsmarkt	31
3.6 Digitalisering, Innovatie en Onderzoek	32
3.7 Fysieke infrastructuur	35
<b>4. Bekostiging en financiële gezondheid</b>	<b>36</b>
4.1 Binnen ziekenhuizen	38
4.2 Tussen ziekenhuizen	39
4.3 Eerstelijns zorg en huisartsen	39
4.4 Budgettair kader dure geneesmiddelen	39
4.5 Stabiele wet- en regelgeving voor financierbaarheid ziekenhuizen	40
<b>5. Congruente inkoop door zorgverzekeraars nodig voor open ziekenhuizen</b>	<b>41</b>



<b>6.</b>	<b>Wet- en regelgeving en toezicht maken open ziekenhuizen mogelijk</b>	<b>44</b>
6.1	Ministerie van VWS	45
6.2	Nederlandse Zorgautoriteit	46
6.3	Zorginstituut Nederland	47
6.4	Inspectie Gezondheid en Jeugd & toezichthouders in de zorg	48
6.5	Autoriteit Consument en Markt	48
6.6	Autoriteit Persoonsgegevens	49
<b>7.</b>	<b>Onze volgende stappen</b>	<b>51</b>

# Ongekende opgave om aan groeiend beroep op medisch specialistische zorg te voldoen

Het beroep op de langdurige en medisch specialistische zorg neemt de komende jaren toe, terwijl het steeds lastiger wordt om aan de vraag te voldoen. We zien vier belangrijke ontwikkelingen die deze spanning veroorzaken.

- Door vergrijzing neemt de vraag naar zorg enorm toe. De meeste zorg is nu eenmaal nodig op hogere leeftijd. Vaak gaat ouderdom gepaard met chronische aandoeningen waarvoor soms ook medisch specialistische zorg nodig is. Het CBS verwacht een groei van het aantal mensen ouder dan 65 van 3,6 miljoen nu naar 4,8 miljoen in 2040.
- Patiënten verwachten uiteraard toegang tot nieuwe technieken en geneesmiddelen die ontwikkeld worden. Bovendien worden patiënten veeleisender, en stellen ze zich steeds meer op als consument van zorg, ook in de spreekkamer. De vraag naar zorg stijgt ook daardoor sterk. Tegelijkertijd zullen we meer het maatschappelijk debat moeten voeren over de rol die de patiënt en de inwoner zelf kan vervullen in het matigen of zelfs voorkomen van de zorgvraag.
- Er is krapte op de arbeidsmarkt, ook in de zorg. Het wordt dus steeds moeilijker voor ziekenhuizen om de benodigde zorg te leveren. In alle regio's overstijgt het aantal openstaande vacatures in de zorg het aantal werkzoekenden. Gemiddeld in Nederland stijgt deze verhouding van ongeveer 1,8 vacatures per werkzoekende nu naar 3 in 2030. De verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar en ouder en het aantal personen tussen 20 en 65 stijgt van 35% nu naar 47% in 2040.
- De collectieve uitgaven aan zorg groeien gedempt. Er zijn immers ook middelen nodig voor andere maatschappelijke doelen zoals huisvesting, sociale zekerheid, defensie en onderwijs. De curatieve sector heeft zich gecommitteerd aan een grote ombuiging naar 0% groei van de collectieve uitgaven aan zorg in 2026. Dit heeft onmiskenbare effecten op de organisatie van de zorgverlening in de medisch specialistische zorg de keuzes die ziekenhuizen daarin maken.

Kortom, de publieke doelen van het zorgstelsel - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid - staan onder druk. Er is een transformatie nodig om aan de zorgvraag tegemoet te komen. Wij voelen de noodzaak en urgentie om als ziekenhuissector een belangrijke bijdrage te leveren om ons samen met onze partners zo te (her)organiseren dat de zorg voor diegenen die dat nodig hebben, er ook in de toekomst is.

# 1. IZA als versneller naar meer samenwerken en meer digitale zorg

Het Integraal Zorg Akkoord (IZA) is afgesloten om als sector gezamenlijk de toenemende druk op de zorg op te vangen. Met het IZA versnellen we de benodigde transitie naar meer samenwerking, netwerkzorg en meer digitale en hybride zorg. De zorgsector en ziekenhuizen zetten daar nu al op in. Zij lopen daarbij in toenemende mate aan tegen financiële beperkingen. Succes in de transitie wordt namelijk meestal 'beloond' met minder financiële middelen. Juist nu hebben ziekenhuizen extra ondersteuning nodig om de omslag naar integrale en netwerkzorg te kunnen leveren. Het gaat dan om zowel tijdelijke middelen om de transformatie in te kunnen zetten als om de structurele juiste vorm van bekostigen die samenwerking en het leveren van passende integrale zorg beloont.

## 1.1 De afspraken in het IZA versnellen de transitie

Via het IZA hebben we als zorgaanbieders afspraken gemaakt met zorgprofessionals, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de overheid voor een periode 2023 tot en met 2026. Het IZA is daarmee een goede versneller om de transitieopgave te realiseren. De afspraken in het IZA zijn gestructureerd langs acht onderling samenhangende thema's: passende zorg, regionale samenwerking (algemeen, acuut en concentratie en spreiding), arbeidsmarkt & ontzorgen professionals, digitalisering & gegevensuitwisseling, contractering van zorg, gezond leven & preventie, versterking organisatie eerstelijnszorg, en samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg & ggz. Vooral regionale samenwerking en digitalisering zijn belangrijke pijlers onder het IZA. De beweging die met het IZA is ingezet, is nodig om aan de stijgende zorgvraag te kunnen voldoen. Het leidt dan ook niet tot afname van de bestaande capaciteit aan zorg, maar tot een andere inzet ervan om deze groeiende zorgvraag te kunnen opvangen.

## 1.2 De zorgsector zet in op samenwerken en digitale zorg

In de zorgsector is groeiende consensus dat er een transitie nodig is van concurrentie naar samenwerking en naar verregaande inzet van andere werkvormen en digitale en hybride zorg. Dat is de manier om passende zorg voor Nederlandse burgers te organiseren.

De zorgaanbieders zijn ervan overtuigd dat meer samenwerking nodig is voor toekomstbestendige zorg. We doen nu te veel dubbel werk en de patiënt kan vaker buiten het ziekenhuis, dichterbij huis of thuis geholpen worden. Integrale afstemming binnen de keten, zoals afgesproken in het IZA, is nodig. We hebben elkaar nodig en moeten onze krachten bundelen. Er moet, ook in inkoop en in wet- en regelgeving, meer ruimte komen voor samenwerking in plaats van concurrentie. Ook van nu nog overwegend concurrerende zorgverzekeraars verwachten we dat zij deze beweging ondersteunen en meer gelijkgericht gaan inkopen.

Medisch technologische en organisatorische innovaties, waaronder digitalisering en tijdige gegevensuitwisseling, kunnen de zorg aanmerkelijk beter maken. Zo worden ingrepen steeds minder belastend en kunnen patiënten op afstand gemonitord worden. Patiënten hoeven daardoor minder vaak en korter naar een ziekenhuis. Op deze manier blijft de schaarse ziekenhuiscapaciteit beter beschikbaar voor

patiënten waarvoor dit echt nodig is. Een randvoorwaarde voor succesvolle implementatie van digitale en hybride zorg is regie van VWS op databeschikbaarheid, gegevensuitwisseling en interoperabiliteit, gekoppeld aan investeringen in de daarvoor benodigde voorzieningen. De overheid moet samen met de IZA-partijen snel een keuze maken voor één landelijke infrastructuur van databeschikbaarheid als een publieke nutsvoorziening. Daaraan onlosmakelijk verbonden is de keuze voor gemeenschappelijke voorzieningen ter ondersteuning van eenheid van taal. Deze keuzes zijn een conditio sine qua non om de doelstellingen van het IZA te kunnen realiseren. In dat verband is het op 22 januari jl. ondertekende uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling een belangrijke stap in de goede richting.

### **1.3 Ziekenhuizen komen in een 'spagaat' terecht**

Ziekenhuizen zetten volop in op de transformatie, maar komen daarbij in een 'spagaat' terecht. Bekostiging, intern en extern toezicht zijn nu nog te veel gericht op (financieel) rendement van de eigen organisatie, terwijl de gewenste transformatie juist vraagt om meer samenwerking in plaats van concurrentie.

De benodigde strategische keuzes kunnen voor instellingen al dan niet tijdelijk tot financiële tekorten leiden. De bekostiging is nu vooral gericht op productie, waarbij ziekenhuizen worden betaald om zorg te leveren. Bij meer regionale samenwerking en passende integrale zorg gaat het om de juiste zorg op de juiste plek voor de patiënt. Die zorg vindt soms wel en vaker niet plaats in het ziekenhuis, dat toch klaar moet staan voor als het nodig is. Bovendien vragen preventie, regionale samenwerking en digitalisering om investeringen die forse impact hebben op de financiële situatie van ziekenhuizen. Dit komt boven op de grote financiële uitdagingen waar ziekenhuizen op dit moment voor staan door gestegen loonkosten en energieprijzen en de opgave op het gebied van duurzaamheid. Ook blijkt dat de transformatiemiddelen uit het IZA in de praktijk te langzaam beschikbaar komen om de beoogde transformatie te faciliteren.

#### **Spagaat door het interne toezicht**

Daarnaast ervaren ziekenhuizen dat het interne toezicht nog niet altijd goed aansluit op de met IZA ingezette beweging naar meer samenwerking en verantwoordelijkheid voor de regio. De Raden van Toezicht van ziekenhuizen houden uiteraard rekening met hun maatschappelijke opgave, maar zullen door bestuurders meer en eerder meegenomen moeten worden in de veranderende rol van het ziekenhuis te midden van de andere zorgverleners met wie in een netwerk regionaal moet worden samengewerkt. Ziekenhuisbestuurders zien zich genoodzaakt om meer nadruk op regionale samenwerking te leggen en daaraan een plaats te geven in het interne toezicht. Dit zal ook kunnen gaan leiden tot andere bestuurlijke samenwerkingsverbanden. Niet enkel het belang van het eigen ziekenhuis, maar het belang van goede zorg voor de patiënten in de regio staat voorop.

## Spagaat door het externe toezicht

Ook het externe toezicht is, gegeven de huidige inrichting van het zorgstelsel, gericht op concurrentie in plaats van samenwerking. Ziekenhuizen en andere zorgaanbieders ervaren belemmeringen om samenwerking en afstemming te verdiepen door het toezicht van de Autoriteit Consument en Markt die de Mededingingswet handhaaft. We pleiten voor verregaande uitzonderingen voor de zorgsector in het mededingingsbeleid, zodanig dat samenwerken wordt gestimuleerd en niet wordt afgeremd.

## 2. Open ziekenhuizen maken strategische keuzes



Er staat ziekenhuizen, net als andere zorgaanbieders, dus veel te doen. Het IZA helpt daarbij, maar de transitie naar passende zorg duurt langer dan de IZA-periode. Wij kijken dus ook verder en richten ons in dit Dialoogdocument op de medisch specialistische zorg in 2030. Ziekenhuizen willen zich passend bij hun maatschappelijke opdracht ontwikkelen. Onze leden bereiden zich voor om duidelijke strategische keuzes te maken en verdere focus aan te brengen in hun organisaties, zodat niet alleen het ziekenhuis, maar vooral de maatschappelijke meerwaarde centraal staat. We voorzien dat deze focus de komende jaren leidt tot 'open ziekenhuizen' als onderdeel van het leveren van integrale passende zorg.

Met onze visie van 'open ziekenhuizen' benadrukken we dat, veel meer dan tot nog toe, de benodigde zorg passend bij de patiëntreis geleverd wordt. In samenhang met andere zorgaanbieders en met veel ruimte voor digitale zorg. Dus 'open' voor patiënten en 'open' naar partijen waar we mee samenwerken, naar elkaar en naar de Nederlandse samenleving. We zetten schaarse capaciteit zo optimaal mogelijk in en werken samen met andere partijen aan het leveren van integrale passende zorg. We staan dus 'open' voor de veranderingen die nodig zijn om samen met andere zorgverleners kwalitatief goede en toegankelijke zorg te kunnen blijven aanbieden.

Om het bovenstaande te realiseren is alle beschikbare capaciteit hard nodig. De zorgvraag neemt immers toe, terwijl het aantal mensen dat deze zorg kan leveren relatief gelijk blijft (zie ook § 1). Het gaat erom dat we de schaarse capaciteit zo effectief mogelijk inzetten. Daarbij zijn (algemene) ziekenhuizen die in de regio een breed pallet aan zorg leveren van grote meerwaarde. Aanvullend vraagt efficiënte inzet van capaciteit soms ook om het maken van strategische keuzes en een scherpere afbakening van wat een ziekenhuis wel en niet doet. Om in iedere regio goede en toegankelijke zorg te kunnen blijven aanbieden is er een verscheidenheid aan open ziekenhuizen nodig, die past bij de opgave in de regio (§2.1). De keuzeruimte van een ziekenhuis hangt uiteraard af van de lokale situatie. Ook speelt de uitgangspositie van een ziekenhuis (zoals het type zorg dat het ziekenhuis levert) hierin een rol. Omdat deze factoren voor veel ziekenhuizen verschillend zijn, zullen er dus uiteindelijk ook veel verschillende vormen van open ziekenhuizen zijn (§2.2).

We onderscheiden zeven thema's die voor ziekenhuizen van belang zijn bij het leveren van passende integrale zorg. Hoe ziekenhuizen concreet invulling geven aan ieder van deze thema's hangt af van de regionale context en de uitgangssituatie van ieder ziekenhuis. We gaan hier onderstaand nader op in.

## 2.1 Veel verschillende open ziekenhuizen

We gebruiken met opzet steeds het meervoud 'ziekenhuizen' omdat er in de toekomst veel soorten ziekenhuizen nodig zullen zijn. Hét ziekenhuis bestaat niet: nu niet, maar ook in de toekomst niet. We verwachten dat de verscheidenheid aan ziekenhuizen toeneemt om aan de groeiende vraag te voldoen en toch de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de medisch specialistische zorg te kunnen waarborgen als 'netwerkorganisaties', samenwerkend met andere zorgverleners tussen ziekenhuis en thuis.

## 2.2 Kenmerkende verschillen bepalen de 'keuzeruimte'

De focus die ziekenhuizen zullen aanbrengen, wordt in sterke mate bepaald door de context. Zo spelen de ligging, het soort zorg dat een ziekenhuis aanbiedt, de lokale arbeidsmarkt en de (regionale) samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders allemaal een rol. Ook de huidige toestand van de gebouwen, en andere onderdelen van de eigen organisatie hebben invloed.

### Ligging van het ziekenhuis

Met open ziekenhuizen wordt de zorg van de toekomst zoveel mogelijk digitaal en buiten het ziekenhuis georganiseerd, samen met andere zorgverleners. Echter, er zullen altijd locaties met fysieke faciliteiten nodig zijn.

### De rol van een ziekenhuis hangt af van de specifieke regio waar het zich bevindt:

- 'een' ziekenhuis met meerdere goed bereikbare ziekenhuizen in de buurt, of
- 'hét' ziekenhuis waar patiënten op aangewezen zijn.

Eenvoudig gezegd: een ziekenhuis in (de buurt van) Amsterdam, Rotterdam, Utrecht of Eindhoven heeft meer ruimte om te besluiten bepaalde zorg al dan niet aan te bieden dan een ziekenhuis in Emmen, Alkmaar of Roermond. 'Hét' ziekenhuis van een regio zijn, brengt verantwoordelijkheid met zich mee om een breder palet aan zorg te leveren. In een regio met meerdere ziekenhuizen is afstemming nodig om deze rol gezamenlijk zo effectief mogelijk in te vullen. Bovenstaande geldt ook voor categorale instellingen die voor hun specialisme vaak hét ziekenhuis zijn in één of meerdere regio's.

Bevolkingsopbouw speelt voor alle ziekenhuizen een rol. Wel zijn verreweg de meeste werkgebieden zo groot dat de bevolkingsopbouw zowel jong als oud, gezond als ongezond, rijk als arm beslaat. De verschillen tussen de werkgebieden bepalen eerder de relatieve omvang van een vakgroep, dan of een bepaald specialisme wel of niet nodig is. Sommige ziekenhuizen hebben te maken met een meer vergrijsde omgeving, zijn gevestigd in een krimp- of groeigebied, of een specifieke sociaaleconomische omgeving. Daar houden ze dan rekening mee, bijvoorbeeld met extra aandacht voor kwetsbare ouderen of mensen met chronische aandoeningen. Ook tekorten op de arbeidsmarkt voor bijvoorbeeld medici, verpleegkundigen, management en IT-, finance- en HR-professionals, verschillen per regio.

# 3. Strategische keuzes voor open ziekenhuizen; zeven kernthema's

Ziekenhuizen staan alle voor de opdracht om strategische keuzes te baseren op de hierna volgende zeven thema's.

**De zeven thema's zijn:**

- 1. Portfolio aan geleverde zorg**
- 2. Gelijkgericht samenwerken met zorgverleners**
- 3. Gezondheid van de populatie in het werkgebied**
- 4. Samenwerking met andere zorgverleners in de regio**
- 5. Arbeidsmarkt in de regio**
- 6. Digitalisering, innovatie en onderzoek**
- 7. Fysieke infrastructuur**

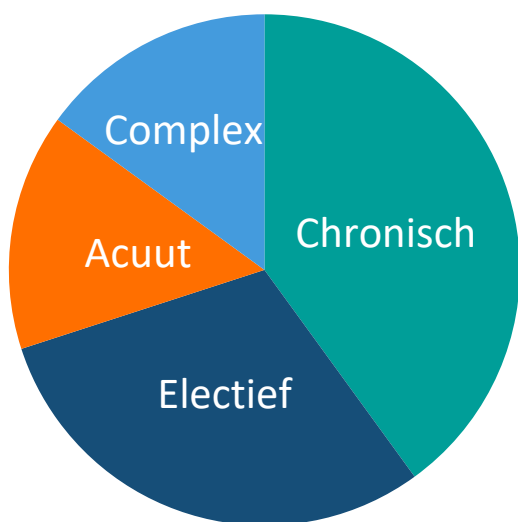
Een aantal thema's heeft direct invloed op het aanbod, bijvoorbeeld het portfolio aan geleverde zorg of digitalisering. Andere thema's zijn belangrijk als omgevingsfactoren, zoals de gezondheid van de populatie en de regionale arbeidsmarkt. Weer andere zijn vooral voorwaardescheppend, denk aan gelijkgerichtheid. Samen bepalen deze thema's wat ziekenhuizen betrekken bij hun keuzes voor de toekomst. Gegeven de maatschappelijke opgaven (H1) maakt ieder ziekenhuis keuzes hoe met deze thema's om te gaan.

## **3.1 Portfolio aan geleverde zorg**

Open ziekenhuizen gaan bewust na wat hun onderscheidende meerwaarde is in het zorglandschap/ de regio. Op basis daarvan maken ziekenhuizen strategische portfoliokeuzes. Dit kan inhouden dat het ziekenhuis op bepaalde zorg krimpt en op andere onderdelen groeit. Daardoor kan de verhouding van inzet van medische specialismen in het ziekenhuis veranderen.

Open ziekenhuizen die het enige ziekenhuis in een regio zijn, leveren gezien hun maatschappelijke taak een breed palet aan zorg. In een gebied met meerdere ziekenhuizen kun je sommige behandelingen aan collega's overlaten. Categorale ziekenhuizen hebben een specifiek zorgaanbod en een groter werkgebied. De open ziekenhuizen stemmen hun portfolio aan behandelingen af op de huidige en verwachte zorgvragen van de inwoners in hun werkgebied. Zij betrekken de inwoners, en lokale bestuurders bij het aanbrengen van focus voor het ziekenhuis.

Bij de bespreking van de portfoliokeuzes gaan we in op chronische, electieve, acute en complexe zorg. Dit is een grove verdeling om het gesprek te structureren. In de werkelijkheid kunnen patiënten behandelingen in meerdere categorieën hebben, en is de zorg lang niet altijd eenduidig in te delen. Bovendien is de zorg in het ziekenhuis slechts een deel van de integrale zorg die patiënten nodig kunnen hebben. Landelijk gezien is ongeveer 40% chronisch, 30% electief, 15% acuut en 15% complex (met bandbreedte van minstens +/-5%) (Figuur 1).

**Landelijke verdeling (bij benadering) aandeel per soort zorg medisch specialistische zorg****Figuur 1**

We bespreken de strategische portfoliokeuzes aan de hand van (een grove indeling van) hun aandeel per soort zorg.

**Chronische zorg**

Het aantal mensen met een chronische aandoening zoals COPD, astma of diabetes stijgt vanwege de vergrijzing fors. Gemiddeld genomen is chronische zorg het grootste en snelst groeiende deel van de medisch specialistische zorg. Niet goed geleverde chronische zorg leidt bovendien vaak tot onnodige acute zorg.

Alle ziekenhuizen hebben te maken met chronische zorg.

Het aandeel chronische zorg hangt af van de lokale situatie en de samenhang met de overige zorg in het eigen of in andere ziekenhuizen. In alle gevallen is er een sterke samenwerking met de eerstelijns zorgaanbieders (zie ook § 3.2). Medisch specialisten werken nauw samen met de huisartsen voor ketenzorg en via gedeelde consulten, of als klankbord voor de huisarts om verwijzingen naar de medisch specialistische zorg te voorkomen. Als verwijzing toch nodig is, kunnen patiënten onder behandeling van een medisch specialist ook thuis worden gemonitord en verpleegd. De monitoring kan ook verzorgd worden door een medisch servicecentrum (msc), mogelijk vanuit een ander ziekenhuis.

De bekostiging en contractering in eerste en tweede lijn moeten deze samenwerking ondersteunen.

**Electieve zorg**

Deze zorg gaat over laag-complexe electieve zorg met hoog volume. Denk aan heup- en knieoperaties, liesbreuken, galblaasverwijdering, cataracten, kaakchirurgie, reumatologie en niet-oncologische KNO ingrepen. Het is vooral monodisciplinaire zorg en betreft bijna een derde van de uitgaven aan medisch specialistische zorg.

Voor alle ziekenhuizen geldt dat electieve zorg een onmisbaar onderdeel is van de bedrijfsvoering. Daarbij verschilt de mate waarin ziekenhuizen electieve zorg leveren. Focusklinieken voor bijvoorbeeld knie- en heupoperaties leveren deze zorg aan patiënten waarvoor geen complicaties worden verwacht (ASA-klasse I). Er hoeft dan geen IC aanwezig te zijn. Voor deze patiënten is deze goed planbare zorg met voorspelbare processen efficiënt te leveren. Kwetsbare ouderen of patiënten met hogere ASA-klasse, kunnen deze operaties beter in een ziekenhuis ondergaan. Dan zijn er meer faciliteiten om met eventuele complicaties om te gaan zoals een (tele-)IC.

## Acute zorg

Acute zorg is zorg die zonder uitstel verleend dient te worden. Beschikbaarheid en bereikbaarheid van deze zorg is daarbij van belang. Gelet op het ongedifferentieerde karakter van de toeloop op de SEH is daar veelal een breed palet aan deskundigheden nodig.

In de regionale coördinatievoorziening (RCV) werken ziekenhuizen samen met de huisartsen, RAV, (crisisdienst van de) ggz, wijkverpleging en intramurale langdurige zorg. Samen met hen wordt besloten of, waar, bij wie en wanneer fysiek contact tussen patiënt en zorgprofessional plaatsvindt voor diverse (acute) zorgvragen, zoals herhaalde (acute) zorgvraag na een behandeling of bij een onregelde chronische aandoening, of patiënten die na digitale (telefonisch/beeld) monitoring binnenkomen. Juist door rekening te houden met de samenhang met de rest van de zorg, kan veel spoedzorg worden voorkomen.

Zoals in het IZA is afgesproken, wordt per ROAZ-regio een plan opgesteld om te komen tot een toekomstbestendig acute zorglandschap. Daarbij leveren vrijwel alle ziekenhuizen acute zorg. Ziekenhuizen vervullen daarmee een essentiële functie binnen het regionale zorgaanbod. Bovendien vormt de acute zorg een belangrijke toegangspoort voor overige zorg die in het ziekenhuis geleverd dient te worden.

Er kunnen situaties zijn waarin het praktisch niet haalbaar is om 24/7 een SEH te hebben. Bijvoorbeeld wanneer de kwaliteit onder druk komt te staan bij een tekort aan personele capaciteit, terwijl er nabijgelegen ziekenhuizen zijn waar inwoners wel terecht kunnen. Er kan dan worden gekozen voor een profiel zonder acute zorg faciliteiten of een profiel waarbij deze faciliteiten niet meer 24/7 beschikbaar zijn. Om dit te kunnen realiseren, maken die ziekenhuizen passende afspraken over het geleiden van patiëntenstromen. Zo gaan ziekenhuizen bewust en efficiënt om met schaarse middelen om kwalitatief hoogwaardige zorg aan alle patiënten te kunnen blijven bieden. Uiteraard kan dat alleen als er naburige ziekenhuizen zijn die wel acute zorg en geboortezorg bieden. Ook moet een dergelijk besluit goed worden afgestemd met de inwoners in het werkgebied en het lokale bestuur.

Om effectief om te gaan met de schaarse capaciteit in de regio werken huisartsen en ziekenhuizen steeds meer samen aan een passend geïntegreerd aanbod van acute zorg. Zo vervult een spoedplein de rol van huisartsenpost en spoedeisende hulp met één loket voor de patiënt. Die kan daar dag en nacht voor

ruim 95% van alle medische spoedzorg terecht, inclusief bevallingen. Patiënten komen alleen op de SEH wanneer zij specialistische faciliteiten nodig hebben. Voor acute zorg staat dan altijd een OK-team gereed.

Voor het leveren van multitrauma en geconcentreerde complexe acute zorg maken ziekenhuizen en umc's duidelijke afspraken en bevestigen deze afspraken met de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's).

De afstemming van acute zorg gaat gepaard met afspraken over wie wat doet in welk deel van het werkgebied. Om dat mogelijk te maken, zijn aanpassingen van de Mededingingswet nodig. Ook dient de bekostiging beter aan te sluiten op de ontwikkeling van het acute zorglandschap. Zo is beschikbaarheidsbekostiging beter passend bij het karakter van acute zorg. Daarbij faciliteert domeinoverstijgende bekostiging de verdere integratie tussen HAP's en SEH's. Ook verwachten wij van zorgverzekeraars dat zij de acute zorg meer congruent inkopen.

Veranderingen in het acute zorglandschap vragen om draagvlak bij burgers en het lokale bestuur. Daartoe gaan we graag samen met andere zorgpartijen met hen in gesprek over hoe acute zorg werkt en wat de mogelijkheden zijn voor het effectief inrichten van het acute zorglandschap. Denk aan hoe vaak opname op de SEH nodig is, wat de huisarts, HAP of wijkverpleging kan opvangen, wat al in een ambulance gebeurt, en hoe acute zorg in een regio samenhangt. Doel is om meer begrip te creëren voor eventuele veranderingen.

## **Complexe zorg en spreiding en concentratie**

In het IZA zijn afspraken gemaakt over spreiding en concentratie van (delen van) complexe, vaak oncologische, (vaat)chirurgische of multitrauma zorg. Voor een aantal ingrepen en behandelingen worden minimumnormen vastgesteld die hoger liggen dan de huidige normen. Dit kan leiden tot portfolioverschuivingen tussen ziekenhuizen in de regio of in het kader van landelijke taakverdeling.

De mate waarin complexe zorg wordt geleverd is per ziekenhuis verschillend. Afhankelijk van de regionale context worden er in sommige ziekenhuizen geen of nauwelijks complexe ingrepen gedaan, terwijl andere ziekenhuizen een breed aanbod aan complexe zorg leveren. In andere gevallen kiest een ziekenhuis een scherpere focus voor complexe zorg zoals neurologie/-chirurgie, oncologie of hart- en vaatchirurgie. Specifieke vormen van complexe zorg zoals oncologie worden vaak in (boven) regionale netwerken geleverd.

In alle gevallen is afstemming met de andere omliggende ziekenhuizen en een zekere mate van verdeling van complexe patiëntengroepen onvermijdelijk.

Om hierover goede afspraken te kunnen maken heeft de NVZ negen leidende principes voor spreiding en concentratie vastgesteld (zie Bijlage 1 voor verdere toelichting per leidend principe):

- 1. Aandoeningen en interventies/behandelingen voor concentratie worden geselecteerd op basis van kwaliteit en doelmatigheid.**
- 2. Rekening houden met innovatieve ontwikkelingen.**
- 3. Ook bij concentratie van zorg zal het onderling vergelijken van aanbieders op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid geborgd moeten zijn.**
- 4. Bij het doen van voorstellen voor concentratie van zorg moet de impact en uitvoerbaarheid op diverse onderdelen meegewogen worden; met andere woorden er dient een integrale afweging te zijn en niet louter een keuze op grond van het medisch inhoudelijk perspectief.**
- 5. Om passende zorg voor patiënten te organiseren moet de gehele zorgketen optimaal worden ingericht.**
- 6. Niveau van meting van volumennormen: focus op het netwerk.**
- 7. De uitwerking van de 'concentratie en spreiding' over oncologie en vaatchirurgie mag niet leiden tot negatieve gevolgen voor de toegankelijkheid van zorg in het algemeen: spreiding en concentratie moeten in balans zijn.**
- 8. Voortbouwen op bestaande netwerken: focus op de regio.**
- 9. Instellingen moeten financieel comfort krijgen bij het maken van een transformatie naar een ander zorgportfolio.**

Wij vinden een integrale impactanalyse van de concentratie- en spreidingsbewegingen op diverse dossiers (zoals oncologie, vaat, basiszorg en acute zorg) nodig om de impact op de ziekenhuizen inzichtelijk te maken. Dit vraagt om goede afspraken tussen zorgaanbieders waarbij dus ook specifiek aandacht dient te zijn voor, waar toepasselijk, het onderscheid tussen waar chirurgische interventie en systeemtherapie wordt geboden en voor de spreiding van (basis)zorg.

Spreiding en concentratie heeft impact op de invulling van de opleiding en het dagelijks werk van specialisten en verpleegkundigen. Vraagstuk daarbij is hoe we zorgen dat zij in aanraking blijven komen met een voldoende breed spectrum aan zorg. Juist voor een integrale blik op de patiëntenzorg is dat van belang.

Door de overall impact inzichtelijk te maken, kunnen we de mogelijke risico's mitigeren zodat er in iedere regio een vitale cruciale infrastructuur overeind blijft. Waar mogelijk zouden de regio's voor oncologie, vaatchirurgie en acute zorg eenduidig gedefinieerd moeten worden. Voorkomen moet worden dat onomkeerbare besluiten worden genomen op onderdelen terwijl er nog geen zicht is op het geheel. Anderzijds zullen er ook stappen gezet moeten worden om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Dit vergt van bestuurders, professionals, financiers en toezichthouders realistische besluitvorming.



Zorg waarvoor onderscheidende expertise nodig is, zoals voor zeer complexe zorg, zeldzame aandoeningen, en experimentele zorg wordt vooral in umc's geleverd, en soms in categorale en topklinische ziekenhuizen. Umc's zijn voor deze zorg dus een essentiële samenwerkingspartner. Ziekenhuizen maken graag afspraken om daar ruimte voor te maken door andere zorg over te nemen, waaronder andere complexe zorg, of waarvoor door hoge volumes juist ziekenhuizen efficiënte aanbieders zijn. Door verschuiving van basis medisch specialistische zorg uit umc's naar ziekenhuizen, ontvangt de patiënt zorg dicht bij huis, hebben ziekenhuizen voldoende volume om efficiënt te kunnen werken en houden de umc's ruimte voor hun zeer complexe zorg. Daarvoor zijn duidelijke regionale afspraken nodig over de zorg die een umc wel en niet in de regio levert. Graag gaan we daarover met hen het gesprek aan.

Landelijk gezien is de omvang van de medisch specialistische zorg die algemene ziekenhuizen kunnen leveren, zowel complex als basis medisch specialistische zorg, vele malen groter dan de zeer complexe zorg die umc's leveren. We willen ons dan ook niet blindstaren op een volledig overeengekomen en waterdichte inhoudelijke definitie van academische zorg, maar de focus leggen op passende zorg voor de patiënt.

### **3.2 Samenwerken in het ziekenhuis**

Ziekenhuizen, en de zorgverleners - medisch specialisten, verpleegkundigen en andere professionals zoals paramedici, zijn samen verantwoordelijk voor passende zorg en de beoogde transformatie. Daarbij is een goede bestuurbaarheid van het ziekenhuis van belang om de visie en strategische doelen van het ziekenhuis te realiseren. Vooral de rollen van de medische en de verpleegkundige staf zijn daarbij belangrijk. Een goede (gelijkgerichte) samenwerking met zorgverleners in het ziekenhuis is een belangrijke randvoorwaarde voor het leveren van passende en integrale zorg en is helpend bij het maken van de juiste afwegingen en keuzes.

#### **Medisch specialisten**

Hoe de uiteindelijke samenwerking tussen ziekenhuisbestuur en medisch specialisten concreet wordt ingevuld en welke afspraken daarbij worden gemaakt kan per ziekenhuis verschillen. Vertrouwen, transparantie en een open cultuur zijn de basis voor gelijkgericht samenwerken, of medisch specialisten nu in loondienst of vrijgevestigd zijn.

Ziekenhuizen werken samen met de medische staf aan een gedragen visie en strategie, waarover transparant wordt gecommuniceerd. Afspraken van het ziekenhuis met de zorgverzekeraar en van het ziekenhuis met de medisch specialisten zijn goed op elkaar afgestemd zodat bestuur en medici gelijke prikkels ervaren. Deze prikkels dienen bij te dragen aan het leveren van passende integrale zorg.

Om de transitie naar passende zorg te stimuleren doen ziekenhuizen een beroep op de transparantie, veranderbereidheid en expertise van medisch specialisten. Daarbij wordt gezamenlijk ingezet op het creëren van een veilig werkklimaat en overige randvoorwaarden zodat specialisten binnen het ziekenhuis vanuit professionele autonomie een bijdrage kunnen leveren aan de transitie.

### **Verpleegkundigen**

Verpleegkundigen zijn de spil van het ziekenhuis, en vaak hét gezicht van het ziekenhuis voor de patiënt. Het verpleegkundige beroep heeft zich de afgelopen jaren sterk ontwikkeld. Vaak voeren (gespecialiseerd) verpleegkundigen ook een groot deel van de behandeling uit. Ziekenhuizen zetten deze expertise en rol op verschillende manieren in. Veel ziekenhuizen betrekken het verpleegkundig perspectief nauw bij de aansturing en afstemming. Ze geven bijvoorbeeld de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) een rol in de besturing van het ziekenhuis en besluitvorming. Soms spreekt men van een verpleegkundige staf, vergelijkbaar met de medische staf, om de professionele verantwoordelijkheid van verpleegkundigen goed te betrekken.

Enkele ziekenhuizen kennen een Chief Nursing Officer (CNO) of vergelijkbare functie. De CNO leidt en coördineert de verpleegkundige zorg, ontwikkelt beleid om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg te verbeteren en patiëntveiligheid te waarborgen. Vaak werkt zij of hij ook aan opleidingsprogramma's voor verpleegkundigen, en aan het bevorderen van samenwerking tussen zorgprofessionals.

In veel regio's bestaat een tekort aan verpleegkundigen. Ziekenhuizen kunnen dan afspraken maken om verpleegkundigen de kans te geven om tussen organisaties of functies te wisselen (zie ook §3.5).

Juist in de verpleegkundige zorg gaan de ontwikkelingen snel. Het vak wordt inhoudelijk steeds uitdagender. Met een toenemend kortere ligduur hebben patiënten per dag meer en complexere verpleegkundige zorg nodig. Ook samenwerking, zowel binnen als buiten het ziekenhuis, vraagt aandacht van verpleegkundigen. Ziekenhuizen blijven investeren in goede verpleegkundige zorg, bijvoorbeeld via het zogenaamd EPA-gericht opleiden (Entrustable professional activity, gebaseerd op de professionele activiteiten die het dagelijks werk van een zorgprofessional vormen). Samenwerking ook op het gebied van opleidingen met andere type zorgverleners zoals de wijkverpleging, verpleegkundig specialisten en de verpleegkundigen in de ouderenzorg zal in de toekomst een bijdrage moeten leveren aan het vergemakkelijken van de samenwerking en het soepel kunnen overnemen van zorg bijvoorbeeld in geval van een transfer.

### 3.3 Gezondheid van de populatie in het werkgebied

Aangezien een steeds groter aandeel van medisch specialistische zorg geleverd wordt aan kwetsbare ouderen, neemt het belang van samenwerking met het gemeentelijk domein alleen maar toe. De afspraken in IZA, GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord) en WOZO (Wonen, Ondersteuning en Zorg Ouderen) ondersteunen dit. Gemeenten zorgen voor goede huisvesting en sociale voorzieningen en werken actief aan preventie en gezondheidsbevordering. Daarmee worden onnodige verwijzingen naar het ziekenhuis voorkomen. Dit leidt bijvoorbeeld tot minder opnames van kwetsbare ouderen. De komende jaren verwachten we veel van de samenwerking met gemeenten op dit terrein.

Open ziekenhuizen voelen zich verantwoordelijk voor het gezond houden van de populatie in de regio en het versterken van de eigen regie van de inwoner en patiënt. De feitelijke gezondheidskenmerken van een populatie bepalen voor een belangrijk deel welke keuzes in een regio het meest effectief zijn en waar ziekenhuizen samen met andere zorgverleners op kunnen inzetten

Daarbij onderschrijven ziekenhuizen de inzet op leefstijl- en gezondheidsbevordering en dragen daar graag actief aan bij. Ze werken aan bewustzijn bij artsen en verpleegkundigen van mogelijke sociaal-economische problematiek, en maken afspraken, waaronder met gemeenten, hoe het sociaal domein te betrekken waar dat gewenst is. Ook zijn er voorbeelden waarbij ziekenhuizen actief deelnemen aan initiatieven op het gebied van leefstijl en preventie, bijvoorbeeld door zelf leefstijlloketten te organiseren. Het is in alle gevallen essentieel dat zorgverleners uit de diverse sectoren elkaar goed kennen en elkaar vertrouwen.

Open ziekenhuizen kunnen beter passende zorg leveren als patiënten een goed begrip hebben van zorg en gezondheid en als ze weten wat ze zelf kunnen doen. Dat is cruciaal om de zorg, ook met minder zorgverleners, toegankelijk te houden. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor publieksvoorlichting, bijvoorbeeld door VWS. Ziekenhuizen werken daar ook aan door rekening te houden met de steeds meer diverse samenstelling van de bevolking. Het Haaglanden MC tekende bijvoorbeeld recent de 'Direct Duidelijk Deal' om begrijpelijk te communiceren met al hun patiënten; ook de grote groep die laaggeletterd is. Maar ook het maatschappelijk debat over wat we van de zorg kunnen en mogen verwachten nu en in de toekomst is belangrijk als bijdrage aan de opgave de zorg toegankelijk te houden voor hen die dat echt nodig hebben.

### 3.4 Samenwerking met andere zorgverleners in de regio

Open ziekenhuizen werken nauw samen met andere zorgverleners in het werkgebied zodat patiënten zonder drempel het ziekenhuis in- en uitgaan mocht dat nodig zijn. Op deze manier verblijven patiënten enkel in het ziekenhuis als dat echt nodig is. Samenwerking met andere ziekenhuizen, huisartsen, ggz, wijkverpleegkundigen en andere zorgverleners is daartoe essentieel en gebaseerd op een open houding.

Open ziekenhuizen voelen zich gezamenlijk met andere partijen verantwoordelijkheid om de zorgvraag in de regio op te vangen en dragen bij aan de uitvoering van regio- en ROAZ-plannen waarin met elkaar is afgesproken welke zorg in het ziekenhuis, en welke juist daarbuiten geleverd kan worden. Zorgverleners zullen samen de uitdagingen aan moeten gaan en elkaar moeten helpen en ondersteunen waar dat kan.

Passende zorg wordt geleverd door zorgaanbieders die met elkaar samenwerken, waaronder samenwerkende ziekenhuizen. Dat houdt in dat in de toekomst steeds meer patiënten zorg in meerdere ziekenhuizen ontvangen. Dan is afstemming over de manier van werken belangrijk. Dat moet naadloos geharmoniseerd zijn over verschillende ziekenhuizen. Daarom maken we regionale afspraken, en in sommige gevallen ook regionale protocollen, bijvoorbeeld over de wijze waarop we de resultaten van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik in alle ziekenhuizen toepassen.

## **Samenwerking met huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders**

Vrijwel alle patiënten komen via de huisarts in het ziekenhuis terecht, en krijgen na een eventuele medisch specialistische zorg-diagnose of -behandeling weer zorg van hun huisarts. Bovendien is landelijk afgesproken dat zorg zo veel mogelijk digitaal, thuis en in de eerste lijn geleverd wordt indien dat passend is. Eerste- en tweedelijns zorgaanbieders hebben de gedeelde verantwoordelijkheid om toe te werken naar een toekomstbestendig zorglandschap zodat zij toegankelijke en kwalitatief goede zorg aan patiënten kunnen blijven aanbieden. Ziekenhuizen en huisartsen werken op dit moment al nauw samen aan het bieden van passende integrale zorg, met name als het gaat om zorg aan chronische patiënten (zie ook § 3.1). Bijvoorbeeld doordat de huisarts de medisch specialist consulteert en zelf de behandeling voortzet, of doordat de medisch specialist bij een twijfelachtige verwijzing in Zorgdomein of een ander systeem, even contact opneemt met de huisarts voor overleg. Sommige ziekenhuizen ondersteunen huisartsenpraktijken met vastgoed, of organisatorisch (huisvesting, ICT, de werkgeversrol, een contactcentrum, praktijkondersteuning, of management van samenwerkingsverbanden). Huisartsen worden daarmee 'ontzorgd', zodat zij meer tijd en aandacht hebben voor de patiënt. Daarvoor zijn wel aanpassingen in de bekostiging nodig. In dat verband zien we ook een rol voor andere eerstelijns zorgaanbieders. Denk aan eerstelijns oogzorg door optometristen en beweegzorg door fysiotherapeuten. Als zij ook kunnen doorverwijzen, ontlast dat de huisarts.

We gaan, aansluitend bij de in IZA-verband vastgestelde "Eerstelijnsvisie" graag met eerstelijns partijen in gesprek om te verkennen welke (vernieuwde) mogelijkheden er zijn om de samenwerking verder te intensiveren en hoe we gezamenlijk de poortwachtersfunctie van de eerste lijn kunnen versterken. Een gezonde eerste lijn is cruciaal voor het leveren van passende zorg.

Ziekenhuizen willen regionale afspraken met elkaar, met huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders verder harmoniseren. Daarvoor is van belang dat huisartsen zich regionaal sterker organiseren met een mandaat voor alle huisartsen in de regio. Een duidelijk mandaat voor afspraken, en huisartsen die elkaar

ook aanspreken om de regionale afspraken na te leven, zijn nodig voor goede integrale zorg. Een dergelijk commitment is ook nodig van de (vele) aanbieders van wijkverpleging en van overige eerstelijnszorg, waaronder apothekers en fysiotherapeuten. We vragen bovendien aan VWS, ACM en NZa om dit in regelgeving en toezicht mogelijk te maken zodat deze afspraken niet in de weg worden gezeten door de Mededingingswet.

De NVZ wil graag, samen met huisartsen, onnodige complexiteit in de zorg verminderen en een goed aansluitende zorgketen dienstbaar maken aan de patiënt. Daarom roepen we samen op om huisartsenzorg niet meer in concurrentie door zorgverzekeraars in te kopen. Dan kunnen ziekenhuizen één set afspraken maken met alle relevante huisartsen en onderling verwijspatronen per patiëntgroep afstemmen. Dat schuurt met de huidige filosofie van marktwerking in de huisartsen- en medisch specialistische zorg (zie §6.5). De oproep in het advies 'Basis op orde' van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving om samenwerking mogelijk te maken, ondersteunen we dan ook van harte. We hopen dat het nieuwe kabinet hierop actie onderneemt.

### **Langdurige zorg en wijkverpleging**

De vraag naar zorg voor langdurig zieken en kwetsbare ouderen neemt de komende jaren enorm toe. Om ook voor deze groep patiënten kwalitatief goede en toegankelijke zorg te kunnen blijven aanbieden is samenwerking met VVT, wijkverpleging en ouderenzorg essentieel. Daarbij is het realiseren van goede in-, uit- en doorstroom tussen ziekenhuis, VVT en thuisituatie belangrijk. Zodra dat medisch kan, zijn patiënten beter af buiten het ziekenhuis: thuis, in een eerstelijnsvoorziening, een zorghotel of verpleeghuis. In de praktijk zijn daarvoor veel verschillende samenwerkingsafspraken met langdurige zorg mogelijk.

Een ziekenhuis kan onderdeel zijn van een organisatie die ook langdurige zorg levert. Dat zorgt doorgaans voor snellere doorstroming van patiënten van het ziekenhuis, eventueel via een zorghotel naar huis. Andere ziekenhuizen regelen dit samen met een langdurige zorgaanbieder die daarvoor bedden in het ziekenhuis heeft. Nauwe samenwerking met een transferverpleegkundige met continu zicht op mogelijkheden om patiënten uit te plaatsen naar een verpleeghuis (waaronder voor geriatrische revalidatiezorg), kortdurend eerstelijnsverblijf-bed of thuis is daarbij belangrijk..

Ziekenhuizen maken goede afspraken met vvt-aanbieders, zodat kwetsbare ouderen niet onnodig in het ziekenhuis hoeven te verblijven. Bijvoorbeeld door afspraken in het kader van proactieve zorgplanning met elkaar te delen. Of door afstemming met gespecialiseerde wijkverpleegkundigen voor nazorg rondom een complexe ingreep, of met een zorgcoördinatievoorziening om acute opnames te vermijden. Het hebben van regionaal inzicht in de beschikbare capaciteit van zowel de ziekenhuizen, revalidatiecentra, wijkverpleging en ook verpleeghuiszorg zal bijdragen aan het bespoedigen van transfers. Daarnaast is 'warme' overdracht nodig, ook met de wijkverpleging voor patiënten die naar huis kunnen. In die context

vragen we ook om onderlinge concurrentie rondom patiënten in de langdurige zorg te stoppen en de ziekenhuizen en de onafhankelijke transferverpleegkundige tijdig informatie te verstrekken en het mandaat te geven om cliënten te plaatsen waar plekken beschikbaar zijn.

Samen met aanbieders van wijkverpleging passen we waar dat mogelijk is onze zorgpaden graag aan zodat de transfer naar huis daar expliciet onderdeel van uitmaakt. Daarbij worden eventueel ook gespecialiseerd verpleegkundigen ingezet voor nazorg, in nauw overleg met de behandelend arts. Deze samenwerking kan ook leiden tot betere afstemming van het functiegebouw zodat verpleegkundigen gedurende hun loopbaan kunnen afwisselen tussen een baan in de thuiszorg of in het ziekenhuis.

### **Samenwerking met ZBC's**

Het leveren van electieve zorg maakt een belangrijk deel uit van het portfolio van ziekenhuizen (zie ook §3.1). Afhankelijk van de regionale context werken ziekenhuizen in meer- of mindere mate samen met ZBC's aan het aanbieden van een passend aanbod aan laagcomplexe electieve zorg in de regio. ZBC's hebben de afgelopen jaren in een aantal regio's een groter aandeel verworven in groot volume, laag complexe electieve medisch specialistische zorg. Tot op zekere hoogte verschaft dit ziekenhuizen meer ruimte voor complexere zorgvragen. Knelpunt daarbij is echter wel dat ZBC's concurreren met ziekenhuizen als het gaat om het aantrekken van personeel. Bovendien is er een punt bereikt waarop de financiering van de basisinfrastructuur van ziekenhuizen voor het leveren van electieve zorg te veel onder druk komt te staan. Dat tij willen we keren. Dit vraagt om meer sturing door de verzekeraars en de overheid en om differentiatie in de bekostiging, zodat ziekenhuizen een passende vergoeding ontvangen voor het behandelen van een relatief zwaardere casemix aan patiënten. Om financierbaarheid van ziekenhuizen te borgen, willen we beperkende afspraken over het aandeel van ZBC's. Zorg in ZBC's mag niet ten koste gaan van een gezonde bedrijfsvoering van ziekenhuizen. Wij willen dan ook samen met hen het gesprek aangaan om te bezien hoe ook zij hun verantwoordelijkheid kunnen nemen bij het leveren van passende zorg binnen gezonde samenwerkingsverbanden met de ziekenhuizen in de geest van het IZA.

Daarbij is van belang dat de wetgever een einde maakt aan het weglekken van publiek geld naar private winst en dat zorgverzekeraars en toezichthouders worden opgedragen hierop toe te zien. Publiek geld moet binnen de zorgsector blijven. Het eigen vermogen van de aanbieders moet voldoende zijn om continuïteit te borgen, en benodigde investeringen te kunnen doen. Ook verwachten we dat ZBC's transparant zijn over hun bedrijfsvoering en over de geleverde kwaliteit van zorg.

### **GGZ**

Alle ziekenhuizen zien ook ggz-patiënten, zowel vanwege eventuele somatische behandelingen of als mentale gezondheidsproblemen tot acute zorg leiden. Patiënten die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, worden zo veel mogelijk behandeld door meer gespecialiseerde ggz-aanbieders.

Onnodige acute medisch-specialistische zorg van ggz-patiënten wordt, met inzet van zorgcoördinatie, zo veel mogelijk voorkomen. Na een acute opname, bijvoorbeeld na een suïcidepoging, wordt zo snel mogelijk de juiste ggz-zorg geboden. Goede afstemming en snelle mogelijkheden voor doorverwijzen naar de ggz zijn hiervoor cruciaal.

### **3.5 Arbeidsmarkt**

Open ziekenhuizen werken samen met ketenpartners aan een gezonde arbeidsmarkt voor de zorg in een gebied. Dit is essentieel gezien de huidige krapte op de arbeidsmarkt die één van de belangrijkste oorzaken is waardoor de toegankelijkheid van zorg onder druk komt te staan. De mate waarin we in staat zijn om aan de zorgvraag te voldoen zal in belangrijke mate worden bepaald door de beschikbaarheid van voldoende professionals. We zijn ons ervan bewust dat deze schaarste zich niet alleen voordoet in de medisch specialistische zorg, maar vooral ook in de eerste lijn bij huisartsen, de ggz, de wijkverpleging en in de ouderenzorg. Gezien de verwachte toename aan zorg voor onder andere kwetsbare ouderen is een gezonde arbeidsmarkt in de gehele keten van groot belang. Open ziekenhuizen dragen hier graag actief aan bij. Daarbij staat niet de eigen organisatie, maar de gehele zorgketen centraal met speciale aandacht voor verpleegkundigen, ondersteunende professionals en medici. Met die houding dragen we ook bij aan opleiding van zorgprofessionals.

In ziekenhuizen werken veel verschillende mensen. De verpleegkundigen zijn de spil van de verpleging en verzorging, de behandeling wordt onder andere geleverd door assistenten (al dan niet in opleiding), paramedici, physician assistants, gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch specialisten. De verdeling daarover verschilt uiteraard tussen ziekenhuizen. Daarnaast zijn nog andere rollen nodig om de patiënt goed te behandelen en verplegen. Denk aan medisch geschoolde technici, IT-, finance-, HR-, en andere professionals en -managers. Hun ideeën en implementatiekracht vormen mede het ziekenhuis.

Open ziekenhuizen maken samen met de beroepsgroep, andere zorgaanbieders en bijvoorbeeld gemeenten en ROC's regionale afspraken over hoe om te gaan met tekorten aan verpleegkundigen en ondersteunende professionals (zoals OK-, anesthesie- en radiologieassistenten). We gaan daarbij uit van het belang van continuïteit van zorg in de hele keten. In sommige regio's kan dat leiden tot creatieve afspraken om bijvoorbeeld bij meerdere instellingen, of vanuit een gedeelde pool, te werken. We houden rekening met werkplezier, (rooster)flexibiliteit en ontwikkelmogelijkheden van verpleegkundigen.

Dergelijke afspraken maken we ook voor andere rollen waar de zorg niet zonder kan, zoals IT-, HR-, en finance professionals en -managers. Bijvoorbeeld door bepaalde bedrijfsfuncties te delen of ook voor anderen in te vullen als dat de zorgketen ten goede komt. Ook voor hen willen we een aantrekkelijke werkgever zijn.

We benadrukken de urgentie van goed werkgeverschap. Het boeien en binden van huidige en toekomstige werknemers is cruciaal, zodat zij met plezier in de zorg blijven werken. Voor de toekomst willen we gaan verkennen langs welke wegen meer harmonisatie zal van arbeidsvoorwaarden tussen de zorgsectoren kan worden bereikt. Dat dient het doel van integrale zorgverlening en vergroot de mogelijkheden en kansen voor werknemers om zich binnen de zorg verder te ontwikkelen. Ook het werken aan de kwaliteit van onze opleidingen zal de wisselwerking tussen de zorgsectoren en het aantrekkelijk blijven van de zorg als werkgever kunnen bevorderen. Dat kan bijvoorbeeld door ook binnen opleidingen samenwerkingsgericht handelen en leren kennen van vaardigheden uit andere zorgdomeinen aan te bieden. Voor de ziekenhuiszorg verdient het zogenaamd EPA-gericht opleiden nog meer aandacht om taakdelegatie enerzijds en specialisatie van professionals anderzijds te vergroten.

### 3.6 Digitalisering, Innovatie en Onderzoek

Digitalisering van zorg is het fundament voor het leveren van passende integrale zorg. Dit geldt zowel voor zorg die door één specifiek ziekenhuis wordt geleverd als voor zorg waarvoor afstemming tussen meerdere aanbieders nodig is. De overheid moet samen met de IZA-partijen snel een keuze maken voor één landelijke infrastructuur van databeschikbaarheid als een publieke nutsvoorziening. Daaraan onlosmakelijk verbonden is de keuze voor gemeenschappelijke voorzieningen ter ondersteuning van eenheid van taal. De ondertekening van het [IZA Uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling](#) van 22 januari jl. is een belangrijke stap in de goede richting. Keuzes op het gebied van digitale zorg zijn een conditio sine qua non om de doelstellingen van het IZA te kunnen realiseren. Dit geldt niet alleen voor het realiseren van de ambities op het gebied van digitale en hybride zorg, maar ook voor onderwerpen als spreiding en concentratie van oncologie en vaatchirurgie. Het kunnen beschikken over actuele medische gegevens van de patiënt is van essentieel belang voor het leveren van goede zorg; (het voorkomt dubbele diagnostiek en fouten en bevordert de snelheid van handelen. Ook innovatie en onderzoek krijgen een positieve impuls als databeschikbaarheid goed geregeld is.

#### Digitalisering

Ziekenhuizen zijn al bezig om de zorg te digitaliseren, zodat zij in staat zijn om zorg buiten de muren van het ziekenhuis te kunnen leveren. De toekomst is aan combinaties van digitale en fysieke (ook wel 'hybride') zorg met een grotere regierol voor patiënten. Bovendien wordt veel verwacht van inzet van kunstmatige intelligentie (AI) als beslisondersteuning of om administratieve taken te verlichten. Digitalisering biedt bovendien kansen om taken tussen ziekenhuizen onderling te verdelen, maar ook om de samenwerking met andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld huisarts en thuiszorg) beter te organiseren. Zo kunnen patiënten na een behandeling bijvoorbeeld gemonitord worden vanuit een medisch servicecentrum dat meerdere ziekenhuizen bedient.



De NVZ en al haar leden zetten uitdrukkelijk in op digitalisering om de breed gedeelde verwachtingen over het positieve effect daarvan voor de patiënt en de zorgorganisatie te realiseren. Zoals afgesproken in het IZA:

- **wordt elektronische gegevensuitwisseling standaard in de zorg met een landelijk dekkend netwerk van ICT-systemen en structuren en standaardisatie;**
- **hebben inwoners van Nederland in 2025 digitaal toegang tot en de beschikking over hun eigen zorggegevens;**
- **transformeren we naar hybride zorg met juiste bekostiging, met geüpdatete richtlijnen en kwaliteitsstandaarden die verankerd zijn in het digitale tijdperk en gerealiseerd met digitale en veranderkundige vaardigheden;**
- **stellen we gegevens beschikbaar voor secundaire doelen zoals onderzoek en innovatie.**

Voor ziekenhuizen, maar ook voor de zorgsector in zijn geheel, is het cruciaal dat de randvoorwaarden goed en tijdig door VWS worden ingevuld. Wanneer dat niet gebeurt, remt dat de noodzakelijke transformatie op het gebied van digitalisering en als gevolg daarvan ook de bredere transformatiedoelen van het IZA zoals passende zorg, regionale samenwerking en vermindering van administratieve lasten.

Strakke regie van VWS en het op korte termijn maken van keuzes zijn dus een belangrijke randvoorwaarde. Als dat niet gebeurt, leidt dat tot versnippering van activiteiten met verschillende systemen die niet goed op elkaar aansluiten waardoor databeschikbaarheid, interoperabiliteit en gegevensuitwisseling vertragen en de kosten toenemen. Dat mogen we niet laten gebeuren. Landelijke regie door VWS in afstemming met de IZA-partijen is noodzakelijk. Wet- en regelgeving, subsidieregelingen en druk op IT-leveranciers zijn nodig om het tempo van de transitie op te voeren. Ook zijn collectieve afspraken essentieel om de kostenstijging van IT-investeringen aanzienlijk te beperken. Verschillende systemen moeten naadloos aansluiten op één landelijke 'digitale snelweg'. Wanneer dat voor zorgaanbieders tot desinvesteringen leidt moeten ze daarvoor gecompenseerd kunnen worden. Denk aan instellingen die recent hebben geïnvesteerd in systemen die niet aansluiten op de landelijke infrastructuur, waarvan de specificaties ten tijde van investeren nog niet bekend waren. Ook om dit te voorkomen, zijn snelle besluitvorming en daadkrachtige implementatie gewenst. Het IZA Uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling is in dat verband een belangrijke stap in de goede richting, waaraan alle partijen nu en in de volgende fases zijn geëngageerd.

## Innovatie

Digitalisering is geen doel op zich, maar een hulpmiddel voor innovatie. Veel ziekenhuizen werken al jaren aan het verbeteren van zorgprocessen om meer en nog betere en zinnige zorg te kunnen leveren. Zo werken steeds meer ziekenhuizen met waardegedreven zorg (value based health care) op basis van een afweging van de kosten en baten, idealiter op basis van gemeten uitkomsten. Waar innovatie tegen de financiële prikkels, of volumenormenten ingaat maken we daar graag afspraken over met de zorgverzekeraar. Denk aan het voorkomen van vaak niet-effectieve zorg zoals het vervangen van een operatie door looptraining bij 'etalagebenen', of een innovatieve endeldarmbesparende operatie bij darmkanker, waardoor de patiënt geen stoma nodig heeft. Zorgpaden worden verder geoptimaliseerd om onnodige zorg te voorkomen, bijvoorbeeld door uitslagen van radiodiagnostisch onderzoek bij borstkanker zonder tussenkomst van de chirurg met een patiënt te bespreken.

Open ziekenhuizen dragen bij aan innovatie waarvan de resultaten kunnen worden ingezet in de gehele keten en ook bij andere ziekenhuizen. Ziekenhuizen zijn dus open over hun innovaties en ervaringen zodat die ook elders kunnen worden ingezet ten bate van goede patiëntenzorg en nemen relevante innovaties van andere zorgaanbieders actief over. We leren graag van elkaar. "Not invented here" moet tot het verleden behoren.

## Klinisch onderzoek

Om voldoende schaal te behalen, worden veel klinische trials in ziekenhuizen uitgevoerd. Ziekenhuizen leiden zelf die onderzoeken, of werken daarvoor nauw samen met umc's. Waarbij in een netwerk snel ruim voldoende deelnemers voor klinische trials kunnen worden geworven.

## Programma Topzorg en beschikbaar houden onderzoeksinfrastructuur

Als gevolg van de afspraken in het IZA wordt momenteel een programma voorbereid gericht op het subsidiëren van toegepast wetenschappelijk onderzoek. Alle geledingen van de NVZ kunnen via een daartoe ingericht programma bij ZonMW onderzoeksvoorstellen indienen en financiële ondersteuning aanvragen. Het belang van toegepast wetenschappelijk onderzoek voor de innovatie van de ziekenhuiszorg is van groot belang voor het verbeteren van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Daarnaast is belangrijk dat, evenals bij umc's, er structureel financiële middelen beschikbaar worden gesteld voor het in stand houden van een onderzoeksinfrastructuur bij topklinische ziekenhuizen. Daardoor wordt een permanente ontwikkeling van onderzoek en innovatie bevorderd. Wij verwachten dat de evaluatie van het zogenaamde TOVER-project (Topzorg Verzilverd) in 2025 ons de onderbouwing zal verschaffen om dit duurzaam te verankeren binnen de ziekenhuissector.

### 3.7 Fysieke infrastructuur

Open ziekenhuizen werken grotendeels hybride. Zij leveren zorg digitaal als het kan, en fysiek als dat nodig is. Die fysieke zorg wordt thuis of in een zorgfaciliteit geleverd, en als het moet in een ziekenhuisgebouw. Uitgangspunt is dat de zorg nabij de patiënt geleverd wordt als dat kan gegeven de kwaliteitseisen.

Ook in de toekomst blijft een fysieke plek nodig voor interactie tussen patiënt en zorgverlener. Voor veel diagnostiek is interactie met de arts voorlopig nog cruciaal (observeren, voelen, ruiken) en inzet van fysieke technologie zoals MRI/CT/PET nodig. Interventies hebben speciale faciliteiten nodig (OK, scopie, endovasculaire interventies, (non-)invasieve beademing, et cetera) en bij verpleging is vaak monitoring en bewaking nodig op basis waarvan snel ingegrepen kan worden (Rapid Response Team).

Veel zorg is bovendien efficiënter te leveren vanuit een fysiek centrum. Denk bijvoorbeeld aan oncologische infuuszorg, waarbij verpleging aanwezig moet zijn. Het is onverstandig om de schaarse tijd van gespecialiseerd verpleegkundigen voor een groot deel in te zetten om van patiënt naar patiënt te reizen.

Dat wil niet zeggen dat iedere ziekenhuisorganisatie alle functionaliteiten zelf in huis hoeft te hebben. Met samenwerking op klinisch, ondersteunend en facilitair vlak kunnen kosten worden bespaard en schaarse expertise en middelen goed worden aangewend. Kortom, ook na verregaande digitalisering van zorg en het veel meer dan nu leveren van zorg thuis, is er behoefte aan een ziekenhuis als gebouw.

De schaal van sommige faciliteiten en expertise is soms te klein om in ieder ziekenhuis volledig aanwezig te zijn. Dat maakt mede spreiding en concentratie van bepaalde behandelingen noodzakelijk. Daarom worden bijvoorbeeld ook steeds meer de pathologische en medisch microbiologische expertise en laboratoriumfuncties gecentraliseerd. In sommige gebieden kan dat ook gelden voor klinisch chemisch laboratoria, bepaalde OK-faciliteiten, Intensive Care, cathkamers, duurdere beeldvormende diagnostiek zoals PET/CT en andere faciliteiten. Ook centralisatie vanuit efficiëntieoverwegingen is mogelijk. Denk aan samenwerking tussen eerstelijns laboratoria en ziekenhuislaboratoria. Ziekenhuizen gaan deze discussie niet uit de weg, maar streven met elkaar, met andere zorgaanbieders en met zorgverzekeraars naar een efficiënte, toekomstbestendige configuratie van faciliteiten in de regio.

# 4. Bekostiging en financiële gezondheid

Een gezonde financiële basis voor de langere termijn is voor ziekenhuizen, revalidatieklinieken en categorale instellingen essentieel om met volle inzet te kunnen bijdragen aan de transformatie naar integrale zorg. Juist de afgelopen jaren is die financiële gezondheid structureel verminderd. Veel zorgaanbieders ervaren de bekostiging als een knelpunt bij het leveren van passende integrale zorg. Het afrekenen van ziekenhuizen en medisch specialisten op productie belemmert de gewenste stappen richting passende zorg en regionale samenwerking. Ook het hanteren van uiteenlopende contractvormen en omzetplafonds door zorgverzekeraars maakt dat de financiering niet goed aansluit op de bekostiging. Hierdoor treden er aanzienlijke snijverliezen bij het in rekening brengen van de daadwerkelijk gemaakte kosten. Voor vrijwel alle ziekenhuizen beperkt het de ruimte om te investeren in innovatie, digitalisering en passende zorg. Passende bekostiging die het leveren van integrale en domeinoverstijgende samenwerking beloont en congruente zorginkoop door zorgverzekeraars zijn nodig om dit probleem op te lossen. Daarbij vraagt elk zorgtype (acute, electieve, chronische en netwerkzorg) om een op maat gemaakte bekostiging. Idealiter vertaalt elke zorgverzekeraar deze bekostiging ook op dezelfde manier door in de contractafspraken. Alleen dan kunnen we de benodigde keuzes in onderlinge afstemming maken. We zetten nu al in op de transformatie, soms tegen het eigen financiële belang in. Dat kan alleen kortdurend worden volgehouden. Om instellingen uit deze spagaat te verlossen zijn versnelde en gerichte inzet van transformatiemiddelen en het bieden van financieel 'comfort' om beschikbaarheid van functies te waarborgen onontbeerlijk.

De noodzaak voor 'groot onderhoud' van de bekostigingsmethodiek moet ertoe leiden dat binnen en tussen ziekenhuizen en tussen de ketenpartners de financiële prikkels alle in dienst staan van integrale zorg voor de patiënt. Ook specifieke onderwerpen zoals dure geneesmiddelen nopen tot passende bekostiging. De NVZ wil de komende periode met relevante partijen, waaronder VWS, NZa, zorgverzekeraars en FMS, in gesprek om tot aanpassing van de bekostiging en bijbehorende contractering te komen. Ter ondersteuning hiervan is verlenging en aanvulling van de momenteel beschikbare transformatiemiddelen dringend gewenst. Met het IZA zijn transformatiemiddelen (totaal € 2,8 miljard over 3 jaar) voor de curatieve zorgsectoren gereserveerd. Die middelen willen we sneller, gefocust en consistent (kunnen) inzetten. De aanvraagprocedure moet worden vereenvoudigd. Door snel duidelijkheid te krijgen over toekomstige bekostiging, kunnen transformatiemiddelen bovendien effectiever worden ingezet. Wij bepleiten voorrang voor het ondersteunen van initiatieven die een landelijke data-infrastructuur, databeschikbaarheid en open (opt-out) gegevensuitwisseling tot stand brengen als fundament onder het realiseren van de diverse IZA doelen.

## 4.1 Binnen ziekenhuizen

De medisch specialistische zorg bestaat uit veel verschillende soorten activiteiten en ziekenhuizen leveren verschillende typen zorg. Om passende bekostiging op ieder van deze onderdelen te realiseren is differentiatie in de bekostigingssystematiek nodig. Daarbij is het doel om de financiering in lijn te brengen met de wijze waarop de kosten zich voor de verschillende zorgtypen ontwikkelen. Ter illustratie geven we daar enkele voorbeelden.

- **Ziekenhuizen werken nauw samen met huisartsen aan chronische zorg, voornamelijk voor kwetsbare ouderen. Domeinoverstijgende bekostiging is van belang om optimaal te kunnen samenwerken aan het leveren van passende integrale chronische zorg. Hierbij past een afspraak over de gezondheidsdoelen op populatieniveau wellicht beter dan bekostiging per verrichting of consult. Die wil je immers voorkomen, bijvoorbeeld door onnodige presentaties voor acute zorg op de SEH te vermijden met andere zorgverleners in een zorgcoördinatievoorziening. Of door het beantwoorden van een korte vraag van een huisarts aan een medisch specialist waarna de patiënt niet naar het ziekenhuis hoeft. Daarvoor is het essentieel dat zorgverleners elkaar kennen en elkaar vertrouwen. Bekostiging op basis van populatiekenmerken kan dit ondervangen, waarbij rekening wordt gehouden met de bevolkingssamenstelling, het werkgebied, domeinoverstijgende zorgverlening en voldoende tijd voor afstemming en behandeling.**
- **Een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH trekt de bekostigingsprikkel gelijk met de HAP, de acute ggz en de ambulancezorg. Dit bevordert de samenwerking en maakt het makkelijker om afspraken te maken over het verplaatsen van zorg. Dit komt omdat geen van de partijen een direct financieel belang heeft bij het behandelen van extra patiënten. Bijkomend voordeel is dat beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH, vooral in combinatie met meerjarenafspraken voor de overige ziekenhuiszorg, financiële zekerheid kan geven om een transformatie te ondergaan. Ook kan beschikbaarheidsbekostiging voor de seh de ongewenste kruissubsidie tussen acute en electieve zorg verminderen.**

Ziekenhuizen of zbc's die electieve zorg in een focuskliniek leveren, kunnen juist wel per behandeling betaald worden. Het betreft immers duidelijk gedefinieerde behandelingen. Daarbij moet in de tariefstelling wel rekening worden gehouden met onafhankelijke indicatiestelling en met zorgzwaarte. Die is laag in een zbc en hoger in een ziekenhuis met IC en andere faciliteiten. In zo'n ziekenhuis gaat het immers om patiënten waarbij vaker complicaties optreden zodat de voorbereiding, operatie, verpleging en nazorg meer tijd kosten. Bovendien moeten kosten voor de beschikbaarheid van extra benodigde faciliteiten worden gedekt, ook als die in een regio niet volledig kunnen worden benut. Het verschil in de onderliggende kosten van ziekenhuizen en zbc's zien we nu nog onvoldoende terug in de tarieven. Nodig is dat zorgverzekeraars meer differentiatie in de tariefstelling van electieve zorg aanbrengen.

## 4.2 Tussen ziekenhuizen

Ziekenhuizen in de toekomst zullen meer in- en uitstroom kennen. Patiënten uit het werkgebied van een ziekenhuis gaan voor een complexe ingreep voor enkele dagen naar een ander ziekenhuis, of hun zorg wordt door een ziekenhuis met een multidisciplinair team gecoördineerd.

- **De kosten hiervoor moeten gedekt worden, ook als ziekenhuis A niet het volledige zorgproduct kan declareren omdat aanvullende diagnostiek of een ingreep elders wordt verricht.**
- **Voor een behandeling in een netwerk, verdeeld over meerdere ziekenhuizen en andere zorgaanbieders, zijn adequate prijsafspraken belangrijk. Immers, een te lage prijs voor deel A wordt niet gecompenseerd door een te hoge prijs voor deel B als A en B in andere ziekenhuizen worden geleverd. We kunnen niet meer rekenen op interne kruissubsidies. In dit voorbeeld leidt de snellere doorstroom van patiënten uit ziekenhuis A tot een zwaardere casemix aldaar. De dagen waarop een patiënt na de behandeling in ziekenhuis ligt A, krijgt deze gemiddeld intensievere zorg.**
- **Oncologische zorg met dure geneesmiddelen ontvangen patiënten als onderdeel van een regionaal oncologisch netwerk. Niet alle ziekenhuizen kunnen de bijbehorende inzet van dure geneesmiddelen voor hun risico nemen: zeker niet als dat risico nog eens wordt vergroot door plafondafspraken per zorgverzekeraar.**

## 4.3 Eerstelijns zorg en huisartsen

Regionale afspraken gaan uit van de juiste zorg op de juiste plek, vaak is dat in de eerstelijns zorg. Helaas is de betaling van ziekenhuizen en daarmee hun financiële gezondheid nog te zeer gekoppeld aan productie. Als die productie naar de eerste lijn verschuift, snijdt het ziekenhuis in eigen vlees. Denk aan een korte vraag van een huisarts aan een medisch specialist waarna de patiënt niet naar het ziekenhuis hoeft, of een kort collegiaal consult van een apotheker bij een medisch specialist om geneesmiddeldosering bij te stellen. Dit kan met betere betaaltitels en in contracten met zorgverzekeraars worden geadresseerd. We stellen voor om samen met huisartsen, zorgverzekeraars en de NZa de bekostiging dusdanig te herzien dat ziekenhuizen deze ontwikkeling kunnen blijven ondersteunen.

## 4.4 Budgettaire kader dure geneesmiddelen

Ook op het niveau van de budgettaire kaders is onderhoud nodig. Daarbij denken we bijvoorbeeld aan dure geneesmiddelen. De uitgaven aan dure geneesmiddelen stijgen jaarlijks met meer dan 7%. In combinatie met een beperkte groeiruimte in de budgettaire kaders medisch specialistische zorg en de separate en volumevrije contractering van geneesmiddelen, verdringen geneesmiddelen andere vormen van medisch-specialistische zorg. De NVZ pleit daarom voor een separaat budgettaire kader

voor dure geneesmiddelen in samenhang met een op zuiniger en goedkopere inzet gerichte praktijk. Dit in combinatie met gecoördineerde inzet via oncologische netwerken.

#### **4.5 Stabiele wet- en regelgeving voor financierbaarheid ziekenhuizen**

Goede bekostiging is van belang voor de financierbaarheid van ziekenhuizen. Ook de ziekenhuizen van de toekomst zullen vreemd vermogen nodig hebben voor investeringen en bedrijfsvoering. De verschaffers van kapitaal kijken naar de bedrijfsrisico's die verschillen tussen de types ziekenhuizen. In het algemeen zijn de risico's, en daarmee de kosten voor financiering, lager bij goed vormgegeven en stabiele op de langere termijn gericht wet- en regelgeving en adequaat toezicht door de overheid en verantwoordelijke inkoop door zorgverzekeraars. Om de basis voor de lange termijn financierbaarheid van de ziekenhuizen en het bredere zorgaanbod te versterken is meer gestructureerd overleg nodig in het vierkant waarbinnen zorginstellingen, zorgverzekeraars, banken en de overheid elkaar nodig hebben.



# 5. Congruente inkoop door zorgverzekeraars nodig voor open ziekenhuizen

Ook als de bekostiging goed aansluit bij de geleverde zorg, zijn we er nog niet. Daarvoor is ook congruente inkoop door zorgverzekeraars vereist. We verwachten daarom van zorgverzekeraars flexibiliteit en aan de regionale situatie aangepaste contractering. Niet alleen de zorgaanbieders moeten transformeren. Ook van zorgverzekeraars verwachten we dat ze ander gedrag gaan laten zien bij het bevorderen van samenwerking en het financieren van integrale zorg.

Dat kwam al aan bod in hoofdstuk 4, en in de bespreking van de strategische keuzes in Hoofdstuk 3, zeker bij regionale samenwerking. In het kort vragen we om bij de contractering rekening te houden met:

- **Congruente inkoop van medisch specialistische zorg bij meerdere ziekenhuizen door de in de regio leidende zorgverzekeraar zodat de portfolio's op elkaar worden afgestemd in het belang van de inwoners van het verzorgingsgebied.**
- **Onder congruente inkoop verstaan we ook flankerende afspraken, zoals bij het inzetten op en beoordelen van doelmatigheid en rechtmatigheid. Het harmoniseren van dergelijke voorwaarden, zodat ziekenhuizen niet met een ander systeem per zorgverzekeraar hoeven te werken, draagt bij aan efficiëntie en vermindering van administratieve lasten.**
- **Geen zorg inkopen bij een zbc als het ziekenhuis die zorg juist nodig heeft voor een goede bedrijfseconomische basis om benodigde essentiële voorzieningen te kunnen behouden.**
- **Congruente inkoop van huisartsenzorg door de in de regio leidende zorgverzekeraar zodat huisartsen en ziekenhuizen met uniforme afspraken kunnen werken.**
- **Betalen voor zorg over meerdere zorgaanbieders met reële prijzen per onderdeel.**
- **Zorgzwaarte van medisch specialistische zorg-patiënten met toenemende zorgzwaarte door Passende Zorg en JZOJP, ook voor electieve zorg.**
- **Inzet van niet direct patiëntgebonden uren door zorgverleners om regionale afspraken in de zorgketen en met het sociale domein te kunnen maken, implementeren en uitvoeren.**
- **Betalen voor de 'brandweerfunctie' van sommige faciliteiten die niet altijd volledig benut worden.**

Passende zorg willen we voor al onze patiënten, ongeacht bij welke zorgverzekeraar zij verzekerd zijn. Daarom vragen wij om meer congruente inkoop. Van belang daarbij is dat we op korte termijn, samen met zorgverzekeraars en professionals, onder het toezicht van het Zorginstituut (ZIN), een aanpak ontwikkelen die jaarlijks nieuwe passende zorgpraktijken oplevert. De zogenaamde werk-

zame bestanddelen van deze zorgpraktijken worden congruent door zorgaanbieders aangeboden en spiegelbeeldig door zorgverzekeraars ingekocht.

Daarnaast maken we per soort zorg graag afspraken over de mate van coördinatie tussen zorgverzekeraars:

- **Representatie, ofwel verplicht volgeleid voor delen van zorg waar drempelloos samenwerken tussen zorgaanbieders uit verschillende domeinen noodzakelijk is. Het gaat dan in ieder geval om eerstelijnszorg, acute en chronische e zorg. De grootste twee zorgverzekeraars in een regio bepalen namens de andere verzekeraars hoe de inkoop van deze zorg er in de regio uit ziet. Zo werken zij samen met zorgaanbieders aan een goed ingericht zorglandschap.**
- **Volgeleid voor passende zorg, op basis van goede bestuurlijke afspraken zodat we elkaar ook kunnen aanspreken op inzet en uitkomst. Dit geldt voor nader te bepalen delen van de curatieve medisch specialistische zorg.**
- **De huidige manier van inkoop voor delen van de medisch specialistische zorg waar dat nog in de rede ligt, waaronder electieve zorg.**

Laten we de inkoop niet nodeloos ingewikkeld maken. Wij gaan meer samenwerken, dat moet ook voor de zorgverzekeraars gelden. Zo kunnen open ziekenhuizen, als netwerkorganisatie, werken in een gezonde regio.

# 6. Wet- en regelgeving en toezicht maken open ziekenhuizen mogelijk

Om daadwerkelijk als open ziekenhuizen te werken, zijn aanpassingen van wet- en regelgeving en toezicht nodig. We gaan ervan uit dat de overheid vanuit beleid (VWS) en toezicht (IGJ, NZa, Zorginstituut, ACM, AP) ruimte geeft aan ziekenhuizen om onderling te coördineren ten bate van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Ook roepen we de toezichthouders op om de administratieve lasten die hun toezicht met zich meebrengt, zo veel mogelijk te beperken. Publieksvoorlichting voor een beter begrip van wat mensen van hun zorgverleners mogen verwachten, kan zorgverleners veel tijd besparen.

## 6.1 Ministerie van VWS

Geen ziekenhuis is gelijk. Dat vraagt ruimte om samen in de regio afspraken te kunnen maken waardoor professionals en management gemotiveerd worden om passende zorg te leveren. We vragen VWS om daarvoor de juiste kaders te scheppen. VWS bepaalt met haar wet- en regelgeving, aanwijzingen en goedkeuring van de werkplannen van toezichthouders de werkzaamheden van de NZa, Zorginstituut en IGJ. Benodigde acties van VWS op dat gebied zijn in de volgende paragrafen per toezichthouder opgenomen. Hier bespreken we benodigde acties van VWS zelf op het gebied van databeschikbaarheid, gegevensuitwisseling, onderlinge dienstverlening, dure geneesmiddelen en publieksvoorlichting.

### Health in all policies

Er zijn veel factoren buiten het gezondheidsstelsel die een belangrijke invloed hebben op de algemene gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Denk aan de mate waarin gezond leven terugkomt in onderwijs. Maar ook onze leefomgeving en de manier waarop we wonen zijn van invloed op onze gezondheid. We vragen VWS daarom om inzet op beleid van Health in all policies en om kabinetsbrede bijdragen te coördineren en te bevorderen.

Tegelijkertijd zullen we meer het maatschappelijk debat moeten voeren over de rol die de patiënt en de inwoner zelf kan vervullen in het matigen of zelfs voorkomen van de zorgvraag. Ook het maatschappelijk debat over wat we van de zorg kunnen en mogen verwachten nu en in de toekomst is belangrijk als bijdrage aan de opgave de zorg toegankelijk te houden voor hen die dat echt nodig hebben.

We vragen VWS om aandacht en regie op bovenstaande.

### Databeschikbaarheid & gegevensuitwisseling

Er moet altijd up-to-date informatie over een patiënt aanwezig zijn, waar dan ook in de zorgketen. Dit voorkomt dubbele diagnostiek, voorschrijven van verkeerde geneesmiddelen en inzetten van behandelingen waarvan al bekend is dat ze niet werken of waarvan de patiënt eerder heeft aangegeven deze niet meer te willen. Afspraken waarover patiënt en behandelaars samen beslissen in het ene ziekenhuis, moeten ook in het andere ziekenhuis bekend zijn en erkend worden. Alleen met tijdige databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling kunnen ziekenhuizen goed met elkaar en met zorg thuis

en de eerstelijnszorg samenwerken. Tijdige gegevensuitwisseling is dus niet alleen een voorwaarde voor digitale zorg, waar zoals afgesproken alle ziekenhuizen op inzetten, maar ook voor optimale samenwerking voor 'fysieke' zorg. Onnodige belemmeringen van digitale gegevensuitwisseling moeten worden aangepakt.

Aanvullende wetgeving is daarbij noodzakelijk voor het gebruik van medische gegevens, zowel voor primaire als secundaire doeleinden. Daarvoor is een dubbele aanpak nodig waarbij bovendien onnodige administratieve lasten worden voorkomen.

- **Eenduidige grondslagen en kaders op basis waarvan het medisch beroepsgeheim (WGBO) mag worden doorbroken. Dit reikt verder dan het voorgenomen wetsvoorstel Kwaliteitsregistraties op basis waarvan patiëntgegevens zonder toestemming alleen mogen worden verwerkt ten behoeve van kwaliteitsdoeleinden.**
- **Wetgeving die juridische toestemmingsconstructies, die nodig zijn vanwege de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), elimineert en gegevensuitwisseling praktisch uitvoerbaar maakt. Daaraan wordt nu gewerkt met het project herijking van de grondslagen voor gegevensuitwisseling in de zorg (zie ook §6.6).**

De NVZ schaart zich achter de oproep van de Patiëntenfederatie om standaard gegevens uit te wisselen, tenzij iemand daar bezwaar tegen heeft gemaakt. Deze opt-out-aanpak bleek eerder goed te werken voor orgaandonaties.

### Onderlinge dienstverlening

De open en integrale manier van werken vraagt ook meer onderlinge dienstverlening. Dat wordt door de huidige btw-plicht onaantrekkelijk gemaakt. NVZ zou graag zien dat de BTW-plicht voor onderlinge dienstverlening in de zorg wordt vervangen door een vrijstelling.

## 6.2 Nederlandse Zorgautoriteit

We roepen de zorgverzekeraars op tot congruentie en harmonisatie van hun zorginkoop. We verwachten dan uiteraard van de NZa dat die dat ook toestaat of mogelijk maakt waar dat nu nog niet zou kunnen. Daarbij is het ook belangrijk dat de NZa als toezichthouder het begrip 'zorgplicht' verduidelijkt. Patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten weten waar ze zorgverzekeraars op aan kunnen spreken. En voor hen moet het bekend zijn wat de maatschappij van hen verwacht.

Verschillende onderdelen van het zorgproces (zoals anamnese, diagnosestelling, consulten, behandeling, verrichting, (dure) geneesmiddelen, voor- en nazorg, (dag)verpleging, monitoring thuis, controleconsulten) kunnen geheel of gedeeltelijk in een andere ziekenhuisorganisatie plaatsvinden. Dit is een inherent

onderdeel van onze visie op open ziekenhuizen. In hoeverre dit praktisch mogelijk is hangt af van de zorgvraag van de patiënt en van het aanbod aan medisch specialistische zorg in diens omgeving. De ondertussen 'traditionele' manier van declareren van zorgproducten is hiervoor niet toereikend. Immers, de verrichtingen zijn verdeeld over de ziekenhuizen en leiden af tot andere zorgproducten. NVZ wil samen met zorgverzekeraars en de NZa verkennen hoe bekostiging aangepast kan worden als onderdeel van Passende Zorg en onze visie op open ziekenhuizen.

Naast aanpassingen van de bekostiging binnen de sector medisch specialistische zorg zijn ook mogelijkheden voor sectoroverstijgende (binnen de Zvw) en domeinoverstijgende (over de Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet heen) bekostiging nodig. Idealiter krijgen zorgverzekeraars de ruimte om een deel (bijvoorbeeld 2%) van hun budgettair kader vrij in te zetten zonder dat de besteding van die middelen herleidbaar hoeft te zijn tot een specifieke patiënt of patiëntengroep.

Op het gebied van spreiding en concentratie verwachten wij van de Nza dat zij een leidende rol neemt in het uitvoeren van een integrale impactanalyse om te voorkomen dat er blinde vlekken op de zorgkaart ontstaan waardoor cruciale functies in het geding komen. Bij het opstellen van een integrale impactanalyse kijken we onder andere naar het effect van concentratie op de andere onderdelen van de zorg, de arbeidsmarkteffecten en de wachttijden.

### **6.3 Zorginstituut Nederland**

Ziekenhuizen werken, samen met de medisch specialisten en verpleegkundigen, mee aan de beweging naar meer Passende Zorg. Samen met hen willen we een agenda opstellen om Passende Zorg vorm en inhoud te geven, en vlot te implementeren. Daarin maken we ook afspraken over inkoop van Passende Zorg met zorgverzekeraars. Die agenda zal bovendien ingaan op de benodigde kaders voor Passende Zorg van de wetenschappelijke verenigingen of het Zorginstituut. Concreet stellen we voor een aanpak te ontwikkelen die jaarlijks nieuwe passende zorgpraktijken oplevert waarvan de zogenaamde werkzame bestanddelen congruent door zorgaanbieders en professionals worden aangeboden en spiegelbeeldig door zorgverzekeraars worden ingekocht.

We werken graag mee aan richtlijnen en protocollen om de samenwerking tussen professionals in en buiten het ziekenhuis en het pakketbeheer zodanig vorm te geven dat het bijdraagt aan efficiënte zorg en niet leidt tot enkel zorgverschuiving of verzwaring van zorg. Protocollering en het stellen van eisen en normen mag niet te veel ten koste gaan van flexibiliteit. Denk aan het behouden van de mogelijkheid om chirurgen en internisten in te zetten op de SEH in plaats van alleen SEH-artsen.

## 6.4 Inspectie Gezondheid en Jeugd & toezichthouders in de zorg

Toezicht op de kwaliteit van zorg is waarschijnlijk belangrijker dan ooit. Gezamenlijke afspraken hierover en goede monitoring zijn van belang om de risico's van de transformatie aan te kunnen gaan. Enkele gevolgen kunnen we ook al voorzien. Voor een succesvolle implementatie van open ziekenhuizen, moet de medische verantwoordelijkheid van behandelaren duidelijk belegd zijn. Denk aan de verantwoordelijkheidsverdeling tussen medisch specialist, huisarts en wijkverpleegkundige bij medisch specialistische zorg zoals monitoring, oncologisch infuus, of zuurstoftoediening thuis. Hoe professionals en organisaties samenwerken, en patiënten zorgvuldig overdragen, moet expliciet deel uitmaken van het toezicht. Risico's door overdrachtsmomenten, die steeds vaker voor zullen komen, moeten goed worden beheerst om de voordelen van samenwerken te realiseren.

Naast toezicht op (onverwachte) gevolgen van de transformatie, gaat het 'reguliere' toezicht op kwaliteit van zorg natuurlijk gewoon door. We stellen voor om in dat verband actief indicatoren die niet (meer) gebruikt worden te schrappen, om administratieve lasten te beperken.

Ziekenhuizen willen de toenemende nadruk op regionale samenwerking borgen in het interne toezicht. Niet primair het belang van het eigen ziekenhuis, maar het belang van goede medisch specialistische zorg voor de patiënten in de regio staat voorop. Daarom stellen we voor om de Governancecode Zorg hierop te toetsen en aan te vullen.

## 6.5 Autoriteit Consument en Markt

De ziekenhuizen en andere zorgaanbieders hebben grote ambities op het gebied van het realiseren van impactvolle transformaties. Ook willen ze de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg waarborgen. Om deze ambities te verwezenlijken, is intensieve samenwerking vereist tussen zorgaanbieders uit verschillende zorgsectoren, verzekeraars en andere zorgpartijen. Ook is een hoog tempo vereist gelet op de stijgende zorgvraag in combinatie met een al maar krappere wordende arbeidsmarkt. Dit schuurt met de huidige Mededingingswet. In de praktijk merken wij namelijk dat samenwerkingsinitiatieven daardoor worden geremd. Ook de Raad Volksgezondheid en Samenleving maakt daar in haar onlangs verschenen rapport melding van.

De NVZ ziet dan ook graag dat de Mededingingswet wordt aangepast en dat de belemmeringen uit de weg geruimd worden om met snelheid de noodzakelijke transformatie op gang te brengen. Zoals de Raad Volksgezondheid en Samenleving voorstelt zou (een deel van) de curatieve zorg als expliciete uitzondering opgenomen moeten worden in de Mededingingswet, net als de zorgopleiding. Omdat een wetswijziging lang duurt, en we geen tijd te verliezen hebben, verwachten wij dat VWS alvast stappen zet. Op korte termijn kan dat door de (relevante delen van de) zorg aan te wijzen als Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB).



Aan de voorwaarden daarvoor is volgens ons voldaan: er is marktfalen<sup>1</sup>, de overheid kan duur, inhoud en reikwijdte van de DAEB bepalen, zorgaanbieders moeten de DAEB daadwerkelijk uitvoeren, en de zorgmarkt is geen 'normale' economische activiteit. Binnen de Europese Unie (EU) hebben landen een vrij ruime bevoegdheid om een DAEB aan te wijzen. Het DAEB Vrijstellingsbesluit verwijst zelfs naar ziekenhuizen als ondernemingen die met taken van algemeen economisch belang belast kunnen zijn. In de EU bestaan dan ook voorbeelden waarbij bepaalde zorgactiviteiten als DAEB zijn aangemerkt, bijvoorbeeld de openbare ziekenhuizen in Brussel. Ook de ACM heeft in het verleden gemeld ruimte te zien voor het aanwijzen van DAEB's in delen van de zorg in Nederland.

Het succes van het IZA valt of staat bij de daarin beschreven impactvolle transformaties. Als die niet worden gerealiseerd, bijvoorbeeld omdat het mededingingsrecht in de weg staat, betekent dit dat de doelstellingen uit het IZA niet gehaald kunnen worden. Dat brengt met zich dat het huidige Nederlandse zorgstelsel (verder) faalt, dan wel niet toekomstbestendig is of gemaakt kan worden en daarmee zonder extra overheidsingrijpen op dit punt niet optimaal zal functioneren. Dat is een belangrijke reden om relevante delen van de zorg als DAEB aan te wijzen.

Ook het vaststellen van de regelgeving om relevante delen van de zorg af te bakenen en als DAEB aan te wijzen kost tijd. Echter, beduidend minder tijd dan het wijzigen van de Mededingingswet. En we hebben geen tijd te verliezen. Daarom zou het Ministerie van Economische Zaken en Klimaat de ACM vooruitlopend op het preciseren van het DAEB besluit een algemene aanwijzing kunnen geven om artikel 6 van de Mededingingswet voor de zorg tijdelijk, tot het moment waarop het DAEB-besluit in werking is, geheel buiten werking te stellen.

Kortom, het is wenselijk dat de overheid aanpassingen in wet- en regelgeving en toepassing van de Mededingingswet doorvoert zodat gewenste impactvolle transformaties en regionale samenwerking zonder belemmeringen en snel tot stand komen.

## 6.6 Autoriteit Persoonsgegevens

Het delen van data voor diverse doeleinden in de zorg is essentieel voor het leveren van passende integrale zorg. In de eerste plaats hebben ziekenhuizen een verantwoordelijkheid de AVG na te leven. In de praktijk zijn er echter veel onduidelijkheden wanneer gegevens wel of niet en voor welke doeleinden mogen uitgewisseld. Ziekenhuizen ervaren belemmeringen bij het delen van data over patiënten(groepen) met samenwerkingspartners uit de regio. De regelgeving is complex en het veld heeft behoefte aan duidelijkheid zodat interpretatieverschillen over privacywetgeving worden voorkomen dan wel geminimaliseerd.

<sup>1</sup>) Het is niet noodzakelijk dat er sprake is van marktfalen in strik economische zin. Het Gerecht van de Europese Unie ("Gerecht") heeft geoordeeld dat zowel economische redenen als politieke of maatschappelijke redenen de basis kunnen vormen om een activiteit als DAEB aan te merken.

Met het oog op het belang van privacy en gegevensbescherming enerzijds en de realisatie van de IZA-doelstellingen anderzijds is het van belang dat de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) nadrukkelijker een rol krijgt in de interpretatie van het wetgevingskader. Daarnaast is het wenselijk dat de AP signaleert en vooral actief adviseert aan de wetgever welke juridische belemmeringen zij als toezichthouder constateert in het kader van gegevensdeling. Bovendien zou de toezichthouder ook makkelijker toegankelijk moeten zijn voor consultatie door zorgpartijen. Op deze wijze kunnen nieuwe vormen van zorg- en samenwerkingsverbanden en voorgenomen gegevensuitwisselingen ter toetsing worden voorgelegd aan de toezichthouder met het verzoek om een zienswijze over de rechtmatigheid hiervan.

Aanvullend ervaren ziekenhuizen de samenloop van het toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de AP als complicerend. Concreet voorbeeld betrof dit afgelopen twee jaar enerzijds de afspraken met de AP over implementatie van de NEN7510 met een monitorings- en verantwoordingstraject. Anderzijds kwam de IGJ met eigen deadlines voor de aantoonbare implementatie. De NVZ acht het daarom van belang dat het toezicht, met name op het gebied van informatiebeveiliging, door beide toezichthouders eenduidig wordt ingevuld in onderlinge afstemming. Wij gaan daarover vanzelfsprekend graag het gesprek met hen aan.

# 7. Onze volgende stappen

Met dit Dialoogdocument geven we ideeën over hoe open ziekenhuizen samen met andere zorgaanbieders werken aan goede zorg voor patiënten nu en in de toekomst. Het is geen blauwdruk en ook geen nieuw 'plan' bovenop bestaande (regio-, ROAZ- en andere) plannen, maar laat zien welke bijdrage ziekenhuizen kunnen en willen leveren aan de benodigde zorgtransformatie naar passende zorg gedurende de periode van het IZA en daarna. Daarmee gaan we de komende periode aan de slag.

Het Dialoogdocument draagt bij aan het maatschappelijke debat en de besluitvorming over de medisch specialistische zorg. Met deze inzichten gaat de NVZ als branchevereniging graag in overleg met (vertegenwoordigers van) burgers, patiënten, (zorg)professionals en medewerkers. Ook bij de politiek en in het bijzonder bij de vorming van een nieuw kabinet benadrukken we graag onze visie op open ziekenhuizen als onderdeel van het leveren van integrale zorg en op de daarvoor benodigde aanpassing van wet- en regelgeving en toezicht.

Ook biedt het Dialoogdocument een referentiekader voor de regionale samenwerking van open ziekenhuizen met andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten. Bijvoorbeeld ter ondersteuning van een open gesprek over de benodigde regionale voorzieningen in relatie tot de beschikbare regionale capaciteit als bijdrage aan de regio- en ROAZ-plannen, gericht op naadloos op elkaar aansluitende zorg voor patiënten in de regio's.

Dit NVZ Dialoogdocument, gebaseerd op de gezamenlijke inzet van de NVZ-leden, biedt ook handvatten voor overleg tussen open ziekenhuizen onderling. Het kan ons helpen bij het maken van afspraken over spreiding en concentratie van verschillende soorten zorg opdat alle ziekenhuizen die in een regio nodig zijn, goede zorg voor patiënten nu en in de toekomst kunnen blijven bieden.

