

Samen werken aan acute zorg

Visie Zorgverzekeraars Nederland op de acute zorg

Zorgverzekeraars Nederland | April 2022

Inleiding visie acute zorg

Anders organiseren acute zorg is van levensbelang

*Acute zorg*¹ is letterlijk van levensbelang. Daarom moeten alle mensen in Nederland erop kunnen rekenen dat de acute zorg goed is geregeld. Dat betekent dat iemand met een vraag voor *spoedzorg* tijdig toegang krijgt tot de juiste zorg, op de juiste plek, van goede kwaliteit.

Die toegankelijkheid van de acute zorg is helaas niet vanzelfsprekend, want de druk op de acute zorg neemt toe. Uit onderzoek van de NZa naar de toegankelijkheid van acute zorg in 2020 blijkt dat het probleem niet zit in de hoeveelheid ingekochte zorg.² Het aantal patiënten bij de HAP en de ambulancezorg is de afgelopen jaren toegenomen en de verwachting is dat deze stijging de komende jaren doorzet. Voor SEH's zijn de patiëntenaantallen relatief stabiel en naar verwachting blijft dat het geval.³ Er is sprake van toenemende complexiteit van de acute zorgvraag als gevolg van multimorbiditeit en domeinoverstijgende problematiek. Het grootste knelpunt in de acute zorg is de toenemende, zorgwekkende structurele krapte op de arbeidsmarkt. Door vergrijzing en ontgroening van onze bevolking zullen beide ontwikkelingen naar verwachting de komende jaren niet veranderen.

De COVID-pandemie heeft de knelpunten in de acute zorg versneld zichtbaar gemaakt: op piekmomenten zijn er vaker tijdelijke sluitingen van SEH's⁴, zijn huisartsenposten overbelast⁵, duurt het gemiddeld langer voordat de ambulance bij een patiënt is⁶ en kunnen zwangeren steeds vaker niet in de eigen *regio* bevallen⁷. Dit gaat ten koste van de kwaliteit van zorg en kan grote gevolgen hebben voor patiënten. Doordat de werkdruk oploopt, raken artsen en verpleegkundigen overbelast en verlaten zij steeds vaker de zorg wat het probleem verergert.

Zorgverzekeraars ondersteunen de stelling in het regeerakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst' dat de zorg *toekomstbestendig* moet worden gemaakt, door een herstructurering van het *zorglandschap* waarbij een integraal aanbod en *passende zorg over domeinen* heen voor iedereen in Nederland de norm is⁸. Daar werken wij samen met andere zorgpartijen reeds aan en we zien het regeerakkoord als een steun in de rug om hier verder vervolg aan te geven. De acute zorg zal daarbij de komende jaren een van onze belangrijkste focuspunten zijn. Daarvoor is het belangrijk dat we als zorgverzekeraars een gezamenlijke visie hebben op de acute zorg. Deze staat beschreven in dit visiedocument.

¹ Schuingedrukte woorden in dit document staan toegelicht in de verklarende woordenlijst op pagina 23.

² Zie: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_527785_22/1/

³ Monitor acute zorg 2020, Nederlandse Zorgautoriteit en Trendanalyse en toekomstverkenning gebruik acute zorg 2021, RIVM.

⁴ Monitor acute zorg 2020, Nederlandse Zorgautoriteit

⁵ O.a.: Volkskrant, 24 juni 2021, via: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/op-de-huisartsenposten-is-het-drukker-dan-ooit-zo-n-enorme-hausse-kunnen-wij-niet-bijbenen-bbc938b9/>

⁶ Nederlandse Zorgautoriteit, 13 september 2021, via: <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2021/09/13/ambulances-ook-in-2020-bij-spoed-op-tijd-bij-de-patient>

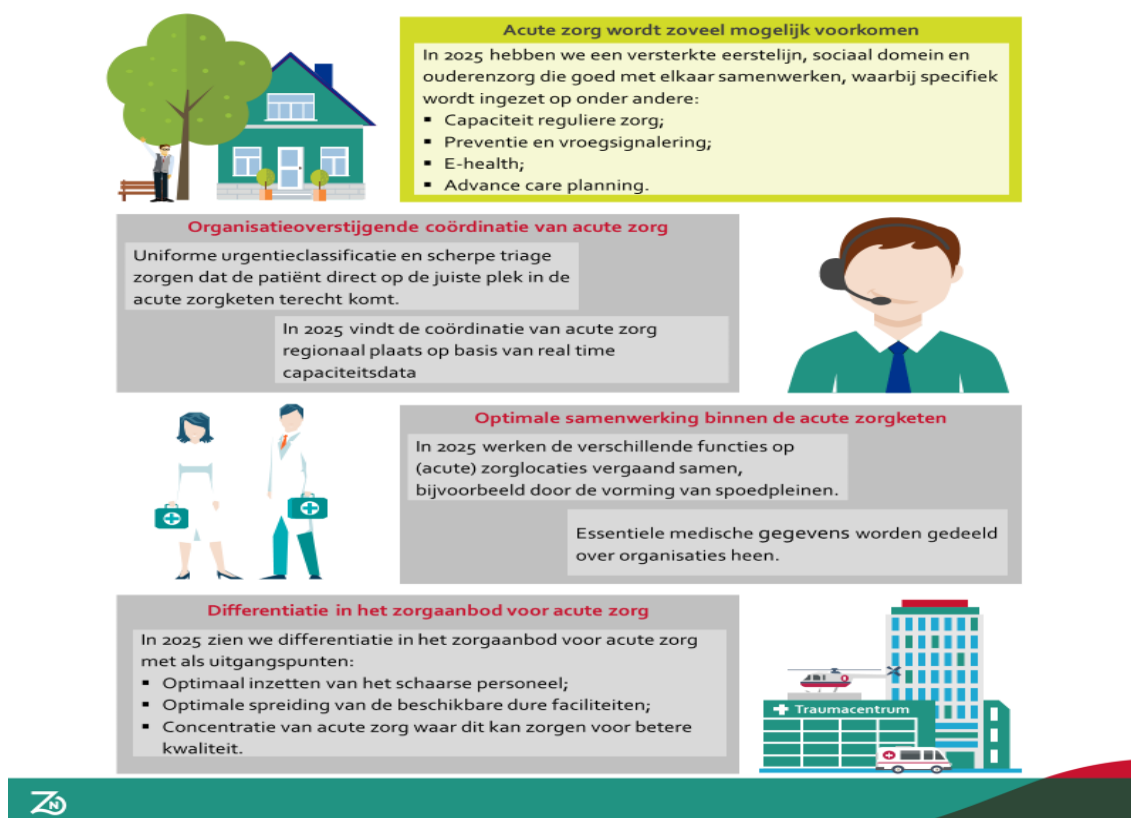
⁷ O.a. UMCU, 7 september 2021, via: <https://www.umcutrecht.nl/nieuws/regionale-geboortezorg-onder-druk>

⁸ Regeerakkoord 2021: <https://www.kabinetsformatie2021.nl/documenten/publicaties/2021/12/15/coalitieakkoord-omzien-naar-elkaar-vooruitkijken-naar-de-toekomst>

Transformatie: het acute zorglandschap in 2025

Het acute zorglandschap moet binnen enkele jaren ingrijpend transformeren, om met de beperkte beschikbare mensen en middelen de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor elke Nederlander te kunnen blijven garanderen. Daarom kiezen we in dit visiedocument een tijdshorizon tot en met 2025.

In de toekomst wordt veel actiever ingezet op het voorkomen van acute zorgvragen. Organisaties in de acute zorgketen gaan vergaand met elkaar samenwerken om het patiëntproces te stroomlijnen, de juiste zorg op de juiste plek en het juiste moment te leveren en zwaardere zorg(vragen) waar mogelijk te voorkomen. De acute zorg moet meer domeinoverstijgend en regionaal worden vormgegeven, omdat individuele oplossingen slechts resulteren in een waterbedeffect. Daarbij worden er scherpe keuzes gemaakt ten aanzien van de inzet van schaars personeel en spreiding van faciliteiten. Ook wordt meer gebruik gemaakt van de toenemende mogelijkheden voor het verlenen van acute zorg op afstand. Complexe interventies worden geconcentreerd in gespecialiseerde centra. De belangrijkste elementen van deze *transformatie* zijn weergegeven in de onderstaand figuur.



Visiedocument

Dit document beschrijft de gezamenlijke visie van zorgverzekeraars op de transformatie van de acute zorg. De visiestatements geven weer hoe zorgverzekeraars in de periode 2022-2025 invulling willen geven aan het nieuwe zorglandschap. Concrete invulling en implementatie van deze visie is aan de individuele zorgverzekeraars; waarbij per thema en/of regio in gesprek met betrokken zorgaanbieders, beleidsmakers én patiënten de juiste afwegingen worden gemaakt voor de (regio)specifieke situatie. Hierbij staat het patiëntenbelang voorop en wordt de noodzakelijkheid van eventuele gezamenlijke afspraken onderbouwd.

I. Inhoudsopgave

I.	Inhoudsopgave	3
II.	Onze aanpak: samen werken aan transformatie acute zorg	4
1.	Wij werken gelijkgericht waar nodig voor transformatie acute zorg per regio	4
III.	Voorkomen van acute zorgvragen is beter dan genezen	5
2.	Wij zetten in op het beperken van instroom in de acute zorgketen	5
IV.	Coördinatie en samenwerking in de acute zorgketen	7
3.	Wij maken werk van een betere coördinatie van acute zorg	7
4.	Wij zetten in op een uniforme en scherpe triage voor passende acute zorg	7
5.	Wij stimuleren samenwerking op de acute zorglocaties	8
6.	Wij werken actief samen in het ROAZ	9
V.	Optimale inzet van schaars personeel en faciliteiten	10
7.	Wij stimuleren differentiatie en optimale spreiding van acute zorgvoorzieningen	10
	Randvoorwaarden voor toekomstbestendige acute zorg	18
A.	Gedragen en zorgvuldige transformatie is gezamenlijke verantwoordelijkheid	18
B.	Uniforme regio-indeling acute zorg	20
C.	Real-time capaciteitsinformatie wordt binnen de acute keten gedeeld	19
D.	Uitwisseling medische gegevens	20
E.	Bekostiging acute zorg	20
F.	Arbeidsmarkt	21
	Verklarende woordenlijst	22
	Lijst geconsulteerde personen	24

II. Onze aanpak: samen werken aan transformatie acute zorg

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht⁹, wat betekent dat we voor mensen in Nederland de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg borgen, terwijl we tegelijkertijd erop letten dat deze betaalbaar blijft. Daarom werken we aan het toekomstbestendig maken van de (acute) zorg.

Acute zorg heeft een spoedeisend karakter en kan op elk moment nodig zijn; dit vraagt dus om een goede spreiding van beschikbare voorzieningen. Bovendien is er een hoge mate van onderlinge afhankelijkheid binnen de acute zorgketen. Dit maakt samenwerking noodzakelijk om de transformatie van het acute zorglandschap voor elkaar te krijgen; vandaar de titel van dit visiedocument. Uit onze gesprekken met de verschillende veldpartijen komt naar voren dat zij van ons verwachten dat wij het voortouw nemen in het transformatieproces. Dit kunnen we ook, door zorginkoop en onze integrale kennis van het zorglandschap. Zo kunnen we de transformatie aanjagen en zorgen voor *regie*. Daarbij werken we nauw samen met patiënten, zorgaanbieders en overheid. Vertrouwen en transparantie staan hierbij voorop.

De urgentie van de benodigde transformatie van de acute zorg vraagt van alle partijen bereidheid om over de eigen schaduw heen te stappen. Dat geldt dus ook voor zorgverzekeraars. Om voldoende veranderkracht te realiseren, hebben wij afgesproken om *gelijkgericht* te werken waar dat nodig is voor de transformatie. Dit verwachten wij ook van de andere zorgpartijen. Dat is soms ingewikkeld, maar wel noodzakelijk.

1. Wij werken gelijkgericht waar nodig voor transformatie acute zorg per regio

In elke ROAZ-regio maken de twee zorgverzekeraars¹⁰ met het grootste marktaandeel samen met zorgaanbieders een meerjarig *regioplan* acute zorg.¹¹ Zij krijgen van de andere zorgverzekeraars hiervoor het mandaat. Elke ROAZ-regio kent een andere dynamiek, dus elk regioplan is maatwerk. De twee betreffende zorgverzekeraars zorgen, in afstemming met alle zorgpartijen, voor coördinatie van de transformatie in de regio.

Als zorgverzekeraars hebben we drie belangrijke onderwerpen geformuleerd, waarop we gezamenlijk veranderkracht hebben voor een toekomstbestendige acute zorg:

- I. Voorkomen van acute zorg;
- II. Coördinatie en samenwerking in de acute zorgketen;
- III. Optimaal inzetten van schaars personeel en faciliteiten.

We benoemen in dit visiedocument zeven speerpunten en zes randvoorwaarden voor de acute zorg, waar we in de periode 2022-2025 gezamenlijk op inzetten.

⁹ Artikel 11 van de Zorgverzekeringswet.

¹⁰ Voor zorgverzekeraars vormen de ROAZ-regio's het startpunt bij het kijken naar de inrichting van de acute zorg, met daarinbinnen waar van toepassing subregio's. In sommige regio's zijn dit meer dan twee zorgverzekeraars, afhankelijk van de respectievelijke regio's en de verhouding in marktaandelen.

¹¹ Het regeerakkoord stelt dat de NZa wordt gevraagd om regiobeelden op te stellen. Wij vinden het belangrijk dat de verschillende veldpartijen elkaar versterken en dat rolvermenging wordt voorkomen. De NZa heeft een rol als toezichthouder op de transformatie van het acute zorglandschap en kan hiervoor data leveren. Het is aan zorgverzekeraars om samen met zorgaanbieders in de regio invulling te geven aan de regioplannen.

III. Voorkomen van acute zorgvragen is beter dan genezen

Een toenemend deel van de acute zorg gaat naar patiënten waarbij feitelijk geen sprake is van een acuut probleem. Bij capaciteitsgebrek in het sociaal domein, de eerstelijns of VVT en door onvoldoende anticipatie op gezondheidsproblemen (advance care planning) gaan patiënten vaker onnodig de acute zorgketen in. Op de SEH komen bijvoorbeeld regelmatig kwetsbare ouderen terecht wanneer het thuis niet meer gaat en er in het netwerk van de patiënt of daarbuiten niet direct een goed alternatief kan worden geregeld om dit op te vangen. Ook zien we dat burgers in toenemende mate verwachten dat zorgvragen op een voor hen geschikte locatie en tijdstip worden behandeld. Voorts wordt er regelmatig oneigenlijk gebruik gemaakt van de HAP, omdat patiënten overdag niet of niet snel genoeg terecht kunnen in de reguliere zorg en/of een voorkeur hebben voor zorg buiten hun werktijd. Gecombineerd met de steeds complexere acute zorgvragen en personeelsschaarste leiden deze ontwikkelingen ertoe dat de toegankelijkheid voor de patiënten waarvoor de acute zorg is bedoeld, in het gedrang komt.

Het toegankelijk houden van goede acute zorg begint bij het zoveel mogelijk voorkomen van spoedzorgvragen en het inzetten van de juiste zorg op de juiste plek en het juiste moment, dus waar mogelijk overdag, in de reguliere zorg, dichtbij de patiënt. Zorgverzekeraars spelen een actieve rol in de maatschappelijke discussie over houdbare zorg en het tegengaan van oneigenlijk gebruik van acute zorgvoorzieningen. Ook in ons beleid zetten we in op het voorkomen van acute zorgvragen en het beperken van de instroom in de acute zorgketen.

2. Wij zetten in op het beperken van instroom in de acute zorgketen

Het voorkomen van acute zorg is een belangrijk onderdeel van de sectoroverstijgende aanpak rondom preventie en ouderenzorg. Om dit te kunnen bewerkstelligen, geven zorgverzekeraars hier in hun individuele beleid een passende invulling aan en sturen zij op onderstaande punten:

- **Preventie en vroegsignalering:** Inzet op preventie draagt bij aan het voorkomen van instroom in de acute zorgketen. Bij chronisch zieken, GGZ-patiënten en kwetsbare ouderen kan een kleine verandering in gezondheid (bijvoorbeeld een urineweginfectie) het wankel evenwicht verstoren, en leiden tot een acute zorgvraag of zorgsituatie. Extra aandacht is noodzakelijk voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden; bijvoorbeeld door laaggeletterdheid, lage sociaaleconomische status, een beperking of andere problematiek. Dit ligt voor een belangrijk deel in het sociaal domein. Een goed voorbeeld van effectieve preventieve interventies zijn de programma's rondom valpreventie bij ouderen.

Vroegsignalering helpt om ontregeling of acute verslechtering van een chronische aandoening tijdig te onderkennen en behandelen, voordat deze patiënten in de acute zorgketen terecht komen. Het is dus belangrijk om deze groep patiënten goed in beeld te hebben. Ook is het van belang om kwetsbare patiënten in de periode nadat ze uit een acute zorgsetting komen, goed in de gaten te houden, om een terugval te voorkomen door waar nodig tijdig in te grijpen. Preventie en vroegsignalering vereisen samenwerking tussen onder meer huisartsen, wijkzorg, GGD en gemeenten. Hierbij is het belangrijk dat er helderheid is over rol, instrumenten en randvoorwaarden die nodig zijn voor verzekeraars om in samenwerking met gemeenten werk te maken van preventie van (acute) zorg.

- **Capaciteit reguliere zorg:** Versterking van de eerste lijn, goede samenwerking met het sociaal domein en goede ouderenzorg heeft direct invloed op de vraag naar acute zorg en heeft een positief effect op kwaliteit van leven van patiënten. Zorg in de eigen omgeving betekent dat geïnvesteerd moet worden in de eerstelijns: in de nabijheid en toegankelijkheid van de huisarts, wijkverpleging en Wlz-zorg. Deze zorgverleners hebben een generalistische / holistische blik en kunnen vaak spoedzorgvragen voorkomen, zorg bieden of de meest passende oplossing bepalen zo een poortwachtersfunctie.

Ontoereikende capaciteit in de reguliere zorg (huisarts, wijkverpleging en Wlz-zorg) evenals knelpunten in de praktijkvoering kan ertoe leiden dat patiënten met zorgvragen die (primaïr) geen acute zorg behoeven zich (uiteindelijk) toch op de HAP of de SEH presenteren. Wachttijden buiten de acute zorgketen leiden indirect tot meer druk op de acute zorgketen.

- **Uitbreiden inzet VVT-voorzieningen:** Door slimme inzet van capaciteit en hulpmiddelen en uitbreiding van inzet van VVT-voorzieningen kunnen bepaalde acute zorgvragen bij ouderen binnen de VVT worden afgevangen, zodat een patiënt hiervoor niet naar het ziekenhuis hoeft. Hierbij valt te denken aan 24/7 ELV-coördinatiefunctie en beschikbaarheid van ELV-opnamecapaciteit. Het is belangrijk dat er bij zorgprofessionals verderop in de keten (e.g. triagisten, huisartsen en medisch specialisten) een beter inzicht komt van de mogelijkheden vanuit de VVT-sector om zorg bij spoedzorgvragen te bieden. De huidige versnippering van de wijkverpleging is hierbij een punt van aandacht.
- **Digitalisering:** Digitale hulpmiddelen kunnen zorgen voor verminderde instroom in de acute zorg. Zelfhulpapps zoals 'moet ik naar de dokter' en websites zoals 'thuisarts.nl' kunnen door patiënten worden geraadpleegd, wat kan leiden tot geruststelling of zicht op het al dan niet spoedeisende karakter van hun klachten. Middels telemonitoring kunnen patiënten zelf, waar nodig ondersteund door een medische professional of IT-systeem, op afstand bepaalde functies monitoren. Hierdoor hoeven zij minder vaak naar het ziekenhuis te komen en kunnen complicaties worden voorkomen of tijdig worden behandeld, waardoor instroom in de acute zorgketen kan worden voorkomen.
- **Advance care planning:** Advance care planning helpt om patiënten de regie te laten houden in de al dan niet laatste levensfase en voorkomt onnodige (acute) zorg. Er moet aandacht zijn voor goede voorlichting aan mensen over de mogelijkheden hiervoor. Verder zijn heldere afspraken over beschikbaarheid van informatie en verantwoordelijkheden van de verschillende behandelaars zijn hierbij belangrijk.
- **Maatschappelijke debat:** Analoog aan de energietransitie geldt ook voor de houdbaarheid van de acute zorg dat dit niet alleen een taak is van de overheid, zorgaanbieders of zorgverzekeraars, maar ook burgers een belangrijke rol spelen. Niet alleen in hun gedrag als zorgvrager, maar ook ten aanzien van het draagvlak voor verandering. Maatschappelijk bewustzijn creëren van grenzen aan de capaciteit in de acute zorg is daarbij essentieel, zodat de verwachtingen ten aanzien van de acute zorg waar nodig kunnen worden bijgesteld en oneigenlijk gebruik van acute zorgvoorzieningen zoveel mogelijk kan worden voorkomen.

De begrenzing van de acute zorg en de rol van de medisch inhoudelijke triage daarin, is een debat dat de komende tijd met zorgverleners, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, politiek, burgers en andere stakeholders onontkoombaar zal moeten worden gevoerd.

IV. Coördinatie en samenwerking in de acute zorgketen

Passende acute zorg betekent dat een patiënt met een spoedzorgvraag snel de juiste zorg krijgt, door de juiste zorgverlener op de juiste plek en het juiste moment. Daarvoor is goede coördinatie en samenwerking in de acute zorgketen noodzakelijk. Die samenwerking is overdag makkelijker dan tijdens de avond, nacht en weekend. Het optimaal organiseren van de acute zorg begint met het goed definiëren van wat we onder acute zorg verstaan en het maken van afspraken in de keten over wie welke zorg het beste kan verlenen.

3. Wij maken werk van een betere coördinatie van acute zorg

Organisatie-overstijgende zorgcoördinatie draagt er aan bij dat patiënten met een spoedzorgvraag snel en op de juiste plek de juiste zorg krijgen, er beter zicht en sturing is op capaciteit in de regio, 'crowding' wordt voorkomen en de doorstroom van patiënten in de acute zorgketen verbetert. Bij zorgcoördinatie werken verschillende regionale zorgpartners nauw samen, zoals huisartsen(post), ambulancezorg, VVT (inclusief eerstelijnsvoorziening), SEH's en acute GGZ. Zorgcoördinatie betreft niet alleen coördinatie van een juiste instroom, maar ook bemiddeling voor een vlotte uitstroom uit de acute zorgketen om verstopping van de keten te voorkomen. Een goed voorbeeld hiervan is het Copenhagen Emergency Medical Services in Denemarken.¹² In 2019 hebben zorgverzekeraars samen met Ambulancezorg Nederland het initiatief genomen voor een programma zorgcoördinatie met tien pilots. Ons streven is dat in 2025 elke regio beschikt over een zorgcoördinatiecentrum. In 2022 wordt op basis van de pilots bepaald welke vormen (fysiek of digitaal) en reikwijdte (welke interventies, 24/7 of ANW-uren) van zorgcoördinatie effectief zijn en worden de randvoorwaarden voor structurele inbedding uitgewerkt.

4. Wij zetten in op een uniforme en scherpe triage voor passende acute zorg

Zorgcoördinatie hangt direct samen met een goede en scherpe triage. Deze is nodig om onderscheid te maken tussen de verschillende zorgvragen van patiënten en daarop passend advies, geruststelling, hulp of zorg te bieden en inzet van zware zorgvormen waar mogelijk te voorkomen. Er dient onderscheid te worden gemaakt tussen levensbedreigende situaties en overige spoedzorgvragen die via een zorgcoördinatiecentrum kunnen worden afgehandeld. Voor overige spoedzorgvragen zou een tweede algemeen telefoonnummer en/of digitale oplossing, gekoppeld aan regionale zorgcoördinatiecentra, wenselijk zijn.

Zorgverzekeraars zien toegevoegde waarde in het hanteren van één uniforme urgentie-indeling voor de gehele acute zorgketen. Zo kunnen zorgaanbieders afspraken maken over de juiste acute zorg op de juiste plek, zorgverzekeraars gericht inkopen en patiënten overal in Nederland op passende acute zorg rekenen. Het gebruik van één uniform (digitaal) triagesysteem voor alle vormen van acute zorg vinden wij wenselijk, om zorgcoördinatie, overdracht van gegevens en doelmatig werken te bevorderen. Zorgverzekeraars maken hier afspraken over met alle betrokken zorgpartijen. Zo denken wij actief mee met Ambulancezorg Nederland in de totstandkoming van een nieuwe urgentie-indeling en verbeterde triage.

¹² Zie: https://www.youtube.com/watch?v=cavd_qn07sE

5. Wij stimuleren samenwerking op de acute zorglocaties

De patiënt moet in het zorgproces centraal staan en een acute zorgvraag moet als gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgverleners in de acute zorgketen worden gezien. Structurele samenwerking tussen de verschillende functies in de acute zorg en dus ook op acute zorglocaties draagt bij aan een eenduidiger en gestroomlijnder integraal zorgproces. Op veel plekken in Nederland werken functies als de HAP, SEH, acute GGZ en dienstapotheek echter nog langs elkaar heen, waardoor bijvoorbeeld triage, lichamelijk onderzoek, administratie en soms ook aanvullende diagnostiek dubbel plaatsvindt. Zorgverzekeraars willen daarom samen met zorgaanbieders nagaan hoe de verschillende functies op de verschillende locaties beter op elkaar kunnen aansluiten, zowel binnen als buiten kantooruren. Deze samenwerkingen vragen om maatwerk, rekening houdend met de locatie- en regio-specifieke context. Hierbij kan naar diverse aspecten worden gekeken: i) een eenduidig proces voor de patiënt, ii) het faciliteren van laagdrempelig overleg tussen de verschillende disciplines en iii) het zonder tussenkomst van een medisch specialist kunnen aanvragen van diagnostisch onderzoek door huisartsen op de HAP. Ook kan worden ingezet op iv) het verbeteren van de doelmatigheid en optimaal inzetten van schaars personeel door het delen van functies zoals triage en balie.

Zorgverzekeraars zien de totstandkoming van spoedpleinen, waar de NVZ en NVSHA voor pleiten¹³, als een goede mogelijkheid om de samenwerking op de acute zorglocaties te bevorderen. Op verschillende plekken in Nederland zijn hier reeds goede ervaringen mee opgedaan¹⁴. Spoedpleinen bestaan wat ons betreft in ieder geval uit een HAP, SEH en dienstapotheek. Waar van toepassing wordt dit aangevuld met andere functies, zoals de acute GGZ en een dienstpunt wijkverpleging. Wat zorgverzekeraars betreft is het uitgangspunt dat iedere volwaardige SEH gecombineerd wordt met een HAP.¹⁵ Zo kan de HAP fungeren als trechter naar de SEH, maar kunnen patiënten ook direct doorstromen naar de SEH als dat nodig blijkt. De meerderheid van de patiënten met een spoedzorgvraag heeft immers in eerste instantie namelijk nog geen duidelijke diagnose. Wij vinden het belangrijk om bij de inrichting van spoedpleinen wel de drempel naar de SEH te behouden. Nederland heeft een sterke eerstelijns, ook binnen de acute zorg, en deze poortwachtersfunctie voorkomt veel onnodige SEH-bezoeken.

Voor het merendeel van de huidige acute zorglocaties met een HAP, SEH en dienstapotheek is de vorming van spoedpleinen, waarbij de verschillende disciplines vergaand samenwerken maar wel gescheiden functies blijven, de meest logische ontwikkelrichting. Voor een aantal locaties waar het overeind houden van een volwaardige SEH niet realistisch of wenselijk is, liggen andere oplossingen meer voor de hand. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het inrichten van integrale spoedposten.

¹³ Position paper acute zorg, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2021). Spoedzorg onze zorg! Visiedocument over de inrichting van de acute zorg, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (2021)

¹⁴ Zie bijvoorbeeld het spoedplein in het CWZ in Nijmegen: <https://www.cwz.nl/over-cwz/nieuws-en-pers/nieuws-overzicht/vijf-jaar-spoedplein-voor-spoedzorg-direct-op-de-juiste-plek/>

¹⁵ Dit geldt niet voor UMC's in steden waarbij de HAP reeds is gevestigd bij de SEH van een ander ziekenhuis. Momenteel is er nog een handvol ziekenhuizen zonder HAP voor de SEH, maar hier bestaan reeds concrete plannen om dit in de toekomst te realiseren. Voor het Ikazia Ziekenhuis geldt dat de HAP zeer dichtbij het ziekenhuis zit.

6. Wij werken actief samen in het ROAZ

Het ROAZ heeft een belangrijke rol in het bevorderen van de samenwerking tussen zorgpartijen in de regio op het gebied van de acute zorg. In dit overleg worden knelpunten besproken en integrale afspraken gemaakt over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg. Zorgverzekeraars zijn vertegenwoordigd in het ROAZ.

Tijdens de COVID-pandemie heeft het ROAZ zijn meerwaarde aangetoond en heeft het een grotere rol gekregen. Dat maakt het van belang om de verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van het ROAZ vast te stellen. Zorgverzekeraars zien het ROAZ als een overlegorgaan, waarbinnen met alle partijen in de acute zorgketen gesproken wordt over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorgvoorzieningen in de regio.

Het vormgeven van de acute zorg in de regio gebeurt door alle zorgpartijen in onderling overleg. Zorgverzekeraars hebben een regierol, omdat we de regio goed kennen en over de belangen van de individuele zorgaanbieders heen kunnen kijken. Vanuit onze zorgplicht kunnen zorgverzekeraars ook knopen doorhakken om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg te borgen; dit staat ook als zodanig beschreven in de AMvB acute zorg.¹⁶ De twee grootste verzekeraars¹⁷ in de regio nemen binnen het ROAZ het initiatief voor de totstandkoming en coördinatie van regioplannen voor acute zorg. Veranderingen in de zorginfrastructuur worden hierbij uiteindelijk via (inkoop)afspraken tussen zorgaanbieders en de zorgverzekeraars vastgelegd. Deze afspraken kunnen als hefboom dienen om de voortgang in transformatie te borgen. Het ten uitvoer brengen van deze afspraken is aan de zorgaanbieders.

¹⁶ Pagina 17 AMvB: De AMvB acute zorg stelt dat de doorzettingsmacht om de toegankelijkheid van de acute zorg ligt bij de zorgverzekeraars, die op basis van de zorgplicht voldoende beschikbare en bereikbare acute zorg moeten inkopen en in onderhandelingen en contracten met zorgaanbieders moeten beslissen bij wie ze welke zorg inkopen tegen welke voorwaarden.

Pagina 30 AMvB: Uiteindelijk moeten zorgverzekeraars vanwege hun zorgplicht door middel van hun zorginkoop een knoop doorhakken en zorgen voor goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg.

Via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2021-291.pdf>

¹⁷ Voor zorgverzekeraars vormen de ROAZ-regio's het startpunt bij het kijken naar de inrichting van de acute zorg, met daarbinnen waar van toepassing subregio's. In sommige regio's zijn dit meer dan twee zorgverzekeraars, afhankelijk van de respectievelijke regio's en de verhouding in marktaandelen.

V. Optimale inzet van schaars personeel en faciliteiten

De meeste mensen in Nederland willen acute zorg dichtbij, maar voor de patiënt is, als het er echt op aankomt, vooral de beste zorg van belang. Zorgverzekeraars sluiten zich dan ook aan bij het pleidooi van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen om meer te differentiëren in inhoud, beschikbaarheid en spreiding van acute zorg¹⁸. Op deze manier kan namelijk passende zorg worden geboden en tegelijkertijd schaars personeel en faciliteiten optimaal worden ingezet. Zo kunnen we ook in de toekomst de toegang tot kwalitatief goede acute zorg blijven borgen voor patiënten die deze nodig hebben.

7. Wij stimuleren differentiatie en optimale spreiding van acute zorgvoorzieningen

Fysieke nabijheid van acute zorgvoorzieningen is geen garantie voor goede uitkomsten van zorg. De beschikbaarheid en kwaliteit van zorgprofessionals en faciliteiten is wel van doorslaggevend belang. Waar sprake is van te weinig of onvoldoende gekwalificeerd personeel kan dit leiden tot patiëntenstops of lange wachttijden. Hierdoor komt de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg onder druk. Daarom willen zorgverzekeraars per (ROAZ-)regio, op basis van analyses en in samenspraak met zorgaanbieders, afspraken maken over differentiatie en spreiding van acute zorg. Gezamenlijke besluitvorming mag echter niet ten koste gaan van de voortgang van het transformatieproces. Daarvoor is de urgentie van de knelpunten te groot. In het transformatieproces is het essentieel dat gekeken wordt naar de gevolgen voor de gehele acute zorgketen.

Kwaliteit als leidend principe

Bij afwegingen over de differentiatie en spreiding van acute zorgvoorzieningen is kwaliteit van zorg het leidende principe. Voldoende gekwalificeerd personeel is hiervoor een basisvoorwaarde. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen¹⁹ neemt daarbij een belangrijke plek in. Dit kader stelt niet alleen eisen aan individuele zorgaanbieders, maar gaat ook over de samenwerking tussen ketenpartners en beschrijft de minimale vereisten voor de regionale organisatie van acute zorg. Toetsing aan en doorontwikkeling van het kader zijn nodig. Zorgverzekeraars kijken met de LNAZ en het Zorginstituut hoe hierin gezamenlijk kan worden opgetrokken.

Zorgverzekeraars willen op het gebied van kwaliteit van acute zorg een lerend systeem stimuleren. Dat betekent dat:

1. Normen voor acute zorg helder en toetsbaar zijn;
2. Tussen en binnen individuele zorgorganisaties wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering;
3. Zorgverzekeraars de normen toetsen, met de individuele zorgaanbieders hierover het gesprek aangaan en binnen het ROAZ, voor zover dit niet al gebeurt, de dialoog over ketennormen stimuleren;
4. Data worden gebruikt om tot meer inzicht te komen.²⁰

¹⁸ Position paper acute zorg, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2021.

¹⁹ Kwaliteitskader Spoedzorgketen, Zorginstituut Nederland, 17-01-2020.

²⁰ Een goed voorbeeld hiervan in de acute zorg is de oprichting van de NEED-database als nationale discipline overstijgende kwaliteitsregistratie vanuit de SEH's. Zie: <https://www.stichting-need.nl/>

Vervang de 45-minutennorm door bredere set uitgangspunten voor spreiding acute zorg

Als we willen differentiëren op inhoud, spreiding en beschikbaarheid van het aanbod van acute zorg moeten we kijken naar normen op basis waarvan de spreiding van voorzieningen plaatsvindt. Momenteel geldt de 45-minutennorm als de belangrijkste maatstaf voor spreiding van acute tweedelijns zorgvoorzieningen. Dit beperkt de mogelijkheden om het zorglandschap beter in te richten.

De Gezondheidsraad heeft recent geconcludeerd dat er geen medisch wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor de 45-minutennorm in relatie tot uitkomsten van acute zorg.²¹ De waarde van de norm is dus beperkt. Voldoende ambulances, capaciteit en kwaliteit van zorgprofessionals en voorzieningen in ziekenhuizen zijn minstens zo belangrijk. De mogelijkheden om patiënten prehospital te behandelen en te stabiliseren zijn, zowel binnen de ambulancezorg als door de komst van mobiel medische teams, sterk verbeterd ten opzichte van 25 jaar geleden, waardoor de afstand tot een SEH minder relevant is geworden voor zorguitkomsten.

Zorgverzekeraars vinden dat er een nieuwe, bredere set uitgangspunten voor de spreiding van acute zorgvoorzieningen dient te komen, die rekening houdt met aspecten als kwaliteit, afstand/tijd, zorgvraag / aandoeningenclusters, beschikbaarheid van zorgprofessionals en doelmatigheid. Het Ministerie van VWS is de aangewezen partij om hiervoor het initiatief te nemen. Zorgverzekeraars zijn voorstander van het vaststellen van uitgangspunten, niet van een wettelijk normenkader. Enige flexibiliteit is namelijk nodig om tot goede afwegingen te komen die passen bij de context in de verschillende regio's.

Spoedeisende Hulp: differentiatie in inhoud, beschikbaarheid en spreiding

Door een steeds complexere zorgvraag in combinatie met de krapte op de arbeidsmarkt neemt de druk op de SEH's sterk toe. Op dit moment is er op veel SEH's sprake van een mismatch tussen het patiëntenaanbod en de inzet van personeel. In de avond-, weekend- en vooral nachturen zijn vrijwel alle SEH's open, waarvoor in ieder ziekenhuis een minimale personele bezetting noodzakelijk is, terwijl de hoeveelheid patiënten op die tijdstippen veel lager is. Gedurende de dag is er vervolgens juist sprake van ondercapaciteit doordat er veel meer patiënten zijn en de roosters moeilijk rondkomen door het gebrek aan personeel. Hierdoor komen op piekmomenten de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid onder druk te staan.

Verschillende SEH's zijn onvoldoende in staat om 24/7 aan alle kwaliteitseisen te voldoen. Daarnaast is er sprake van een ondoelmatige inzet van personeel en faciliteiten. Dit maakt het noodzakelijk om in te zetten op differentiatie in inhoud en beschikbaarheid van SEH's en in sommige gevallen sluiting. Zorgverzekeraars steunen de oproep van de NZa²² om na te gaan of het voor alle gevoelige ziekenhuizen wel wenselijk is om de SEH in de huidige vorm te continueren.

²¹ Gezondheidsraad, advies '45-minutennorm in de spoedzorg', 22 september 2020

²² <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/nza-voorzitter-stoppen-met-huidig-systeem-beschikbaarheidsbijdragen-seh.htm>

Differentiatie op inhoud – met borging van de kwaliteit

De afgelopen jaren is er de nodige discussie geweest over (de normen voor) SEH's. Zo sorteert de 'Houtskoolschets acute zorg' voor op een onderscheid tussen enerzijds circa dertig SEH's voor hoogcomplexe acute zorg en anderzijds 'integrale spoedposten'.²³ Zorgverzekeraars zien deze verdeling anders dan in de Houtskoolschets is verwoord, namelijk als volgt:

- **Brede basis SEH's:** Onze inschatting is dat het merendeel van de huidige SEH's voor de middellange termijn een volwaardige SEH blijft, waar brede tweedelijns acute zorg wordt geleverd. Voor elke volwaardige SEH in Nederland gelden dezelfde kwaliteitseisen, waar iedere Nederlander op moet kunnen rekenen. Dit betekent dat de personele bezetting op orde moet zijn net als de aanwezigheid van basisfaciliteiten, zoals een radiologieafdeling, een laboratorium, een OK, een IC en klinische opnamecapaciteit. Het is van belang dat de patiënten op de SEH, die zich vaak met de minst gedifferentieerde en potentieel ernstige en complexe zorgvragen melden, worden opgevangen door een arts met specifieke expertise en ervaring. Zorgverzekeraars ondersteunen dan ook de aanbeveling in het Kwaliteitskader spoedzorgketen dat op elke SEH gedurende openingstijden een SEH-arts of een medisch specialist aanwezig is. Een SEH-arts kan bij acute zorgvragen breed en generalistisch kijken, daarmee effectieve en doelmatige zorg leveren en als een extra poortwachter fungeren voor verdere medisch specialistische zorg. Verder denken zorgverzekeraars graag mee bij het initiatief van de NVSHA voor het opstellen van een handreiking om meer duidelijkheid te creëren over kwaliteitseisen waar een SEH aan moet voldoen, op basis van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, internationale standaarden en expertise vanuit het veld.
- **Profiel-SEH's:** Op een aantal zogenaamde 'profiel-SEH's' wordt, naast basis tweedelijns acute zorg, complexe acute zorg geleverd, zoals multitraumazorg, intra-arteriële thrombectomie (o.a. cardiologie en neurologie) en/of hoogcomplexe chirurgie. De traumacentra zijn hier één voorbeeld van. Voor profiel-SEH's worden aanvullende kwaliteitseisen gesteld.
- **Overige alternatieven:** Op plekken waar de SEH verdwijnt, kan gekeken worden naar mogelijke alternatieven, zoals een integrale spoedpost of een ander alternatief voor laagcomplexe spoedzorg. Hiervoor geldt dat we ons er aan de voorkant van moeten verzekeren dat de kwaliteit en veiligheid van zorg te allen tijde gewaarborgd blijft.

Differentiatie in openingstijden

De minst verregaande en dus eerste stap is om in de regio te differentiëren in openingstijden van SEH's. In grootstedelijk gebieden hoeven niet alle SEH's 's nachts open te zijn. Voor sommige kleine streekziekenhuizen geldt dat er 's nachts heel weinig patiënten komen en het lastig is om aan de kwaliteitseisen te voldoen. Differentiatie in openingstijden kan zorgen voor ontlasting van het personeel, het aantrekkelijker maken van het werk door minder (nacht)diensten en verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg op piekmomenten. Ook kan het leiden tot doelmatigheidswinst. Voor ziekenhuizen is de impact op de productie bovendien beperkt. Een nadeel is de langere reistijd voor zowel patiënten als ambulances, in de nacht, met name in landelijk gebied. Daar staat echter tegenover dat de meest kritieke patiënten (zoals CVA-, hartinfarct- en multitraumapatiënten) door de ambulance nu al vaak direct naar een gespecialiseerd centrum worden gebracht.

²³ Houtskoolschets acute zorg, Ministerie van VWS, 2020

Sluiting SEH's en mogelijke alternatieven

Bij SEH's die niet aan de kwaliteitseisen kunnen voldoen of waarbij sprake is van onacceptabele ondoelmatigheid binnen de regionale context, kan worden besloten om deze niet langer te contracteren. Dit dient per casus te worden onderbouwd met betrekking van alle stakeholders. Bij sluiting van een SEH zal een deel van de acute zorg worden overgenomen door andere SEH's. Daarnaast kan op deze plekken al dan niet worden gekozen voor alternatieven om laagcomplexe spoedzorg lokaal te behouden. In Nederland zijn hiervoor al verschillende en uiteenlopende initiatieven ontstaan²⁴. Zorgverzekeraars gaan de komende periode samen met de NVSHA en andere zorgpartijen de wenselijkheid en mogelijkheden voor tussenvormen van laagcomplexe spoedzorg in kaart brengen. Vanuit het perspectief van kwaliteit en veiligheid vinden wij eenduidige definiëring en kadering van alternatieve zorgvormen van belang.

Regionale afspraken over differentiatie en spreiding SEH's

De druk op SEH's maakt dat de discussie over differentiatie in openingstijden en sluiting van SEH's niet langer kan worden uitgesteld. In sommige regio's hebben zorgaanbieders al het initiatief genomen om hierover afspraken te maken²⁵. In regio's waar dit gesprek eind 2022 nog niet op gang is gekomen, nemen zorgverzekeraars het voortouw om tot afspraken te komen.

Uiteraard zijn bij dergelijke besluiten een zorgvuldige ketenimpactanalyse inclusief cascade-effecten (zowel binnen instellingen als in de regio) van belang om kwaliteit en toegankelijkheid te borgen. Hierbij worden alle stakeholders inclusief patiënten betrokken. SEH en de rest van het ziekenhuis zijn sterk met elkaar verweven. Vanuit de acute zorg stroomt ook een substantieel deel van de patiënten door naar klinische afdelingen. Er dient aandacht te zijn voor de continuïteit van de bedrijfsvoering van instellingen. Het differentiëren en spreiden van SEH's vraagt om doorlopende monitoring en structurele onderlinge afstemming hierover tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders, NZa, ACM, IGJ, het Ministerie van VWS en andere (zorg)partijen.

Traumacentrum voor de behandeling van multitraumapatiënten

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat multitraumapatiënten kwalitatief betere uitkomsten hebben als zij behandeld worden in een level-1 traumacentrum²⁶. De Nederlandse vereniging voor Traumachirurgie hanteert een minimumnorm van 240 ernstige traumapatiënten (ISS>15) per level-1 traumacentrum per jaar. De meeste traumacentra in Nederland voldoen aan deze norm. In de centra waar dit niet zo is, nemen verzekeraars in de desbetreffende regio het voortouw om deze zorg te concentreren, teneinde de kwaliteit te borgen en verbeteren. De praktijk is op dit punt weerbarstig gebleken; daarom verwachten we dat ook de betreffende instellingen en beroepsgroep hierbij hun verantwoordelijkheid nemen. De aanstaande samenvoeging van traumacentra in Amsterdam op één locatie vinden wij een goede ontwikkeling.

²⁴ Bijvoorbeeld bij Sionsberg Dokkum en binnen Treant Zorggroep locaties Stadskanaal en Hoogeveen.

²⁵ Zie: <https://www.zorgvisie.nl/radboudumc-wil-formatie-en-geld-sehs-regionaal-delen/>

²⁶ Zie: Demetriades D, Martin M, Salim A, Rhee P, Brown C, Chan L. The effect of trauma center designation and trauma volume on outcome in specific severe injuries. *Annals of surgery*. 2005;242(4):512-7; discussion 7-9.

Het is essentieel dat multitraumapatiënten ook daadwerkelijk in een level-1 traumacentrum terechtkomen. In 2019 werd 69% van de ernstige traumapatiënten (ISS>15) in een level-1 traumacentrum opgevangen²⁷, terwijl de norm door de beroepsgroep op 90% is gesteld.²⁸ Zorgverzekeraars stimuleren binnen het ROAZ een lerende samenwerking tussen de ketenpartners om het percentage ernstige traumapatiënten dat in een level-1 traumacentrum komt te verhogen. Dit is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen.

Uit gesprekken met zorgaanbieders en ook met de wetenschappelijke vereniging is naar voren gekomen dat het vaststellen van de juiste ISS soms pas achteraf goed mogelijk is. Het zal in de praktijk dus blijven voorkomen dat patiënten met een ISS boven de 15 buiten een level-1 traumacentrum worden opgevangen. Om die reden is met enkele instellingen in Brabant en Zeeland reeds afgesproken dat er na de primaire opvang van een multitraumapatiënt altijd overlegd wordt met een level-1 centrum. Wij zien graag dat een dergelijke afspraak landelijk gemaakt wordt als vangnet voor patiënten die onverhoopt buiten een level-1 centrum worden opgevangen. Verder kijken zorgverzekeraars naar de mogelijkheden om via inkoop te stimuleren dat traumapatiënten op de juiste plek terechtkomen.

Meer flexibele opschaling van IC-zorg

Samen met het Ministerie van VWS en andere zorgpartijen werken zorgverzekeraars momenteel aan het verder vormgeven van toekomstbestendige IC-zorg, mede in het kader van de versterking van de 'pandemische paraatheid'²⁹. Daarbij wordt zowel gekeken naar organisatorische als bekostigingsaspecten. Wat ons betreft ligt de oplossing vooral in het creëren van mogelijkheden voor snelle flexibele opschaling wanneer dat nodig is (harmonicamodel). Zo kan bij rampen of epidemieën, maar ook in het jaarlijkse griepseizoen, de tijdelijke extra vraag naar IC-capaciteit worden opgevangen. Zie het visiedocument 'Perspectief voor verandering' (2022) voor onze visie op de MSZ inclusief IC-zorg.

Werken aan oplossingen voor de knelpunten in de acute verloskunde

Binnen de acute verloskunde is sprake van toenemende structurele capaciteitsproblematiek, die voornamelijk wordt veroorzaakt door een tekort aan obstetrieverpleegkundigen, neonatologieverpleegkundigen en kraamverzorgenden. Vooral de tweedelijns verloskundige zorg komt daardoor onder druk te staan. Inzicht in actuele (boven)regionale tweede- en derdelijns verloskundige capaciteit is daarom van belang om zorgprofessionals te ondersteunen in het zoeken naar een juiste plek voor zwangere vrouwen die gaan bevallen. Betere coördinatie, zoals in Zweden waar zwangere vrouwen hun 'voorkeurziekenhuis' aangeven, zorgt ervoor dat al vroeg bekend is wat de piekmomenten zijn, waardoor efficiëntere inzet van personeel mogelijk is.

Om de capaciteitsproblemen op te lossen, zijn op korte termijn veranderingen noodzakelijk. Zo kan bij tekorten aan obstetrieverpleegkundigen en klinisch verloskundigen worden overwogen om andere zorgverleners in te zetten voor bepaalde taken. Hierbij kan gedacht worden aan

²⁷ Landelijke traumaregistratie 2016-2020, LNAZ, november 2021.

²⁸ Levelcriteria Traumachirurgie van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie 2020-2024

²⁹ Regeerakkoord 2021: <https://www.kabinetsformatie2021.nl/documenten/publicaties/2021/12/15/coalitieakkoord-omzien-naar-elkaar-vooruitkijken-naar-de-toekomst>

verpleegkundigen in opleiding, verpleegkundigen zonder specialisatie of kraamverzorgenden, respectievelijk eerstelijnsverloskundigen of arts-assistenten. Daarnaast willen we onderzoeken of het mogelijk is om bepaalde soorten zorg te verschuiven naar de eerstelijns (bijvoorbeeld het plaatsen van een Foley katheter) of thuis (bijvoorbeeld telemonitoring waaronder een antena-taal CTG). Uiteraard dient hier een zorgvuldige risicoanalyse aan vooraf te gaan. De beroepsgroepen dienen, met het oog op de kwaliteit van zorg, hierbij aan te geven voor welke taken, welke zorgverleners ingezet kunnen worden.

Op de langere termijn is er een aanpak nodig die integrale geboortezorg en dus samenwerking in de keten faciliteert en stimuleert. Bijvoorbeeld door oprichting van verloskundige netwerken om samen met alle ketenpartners de nodige stappen te zetten in de kwaliteit, toegankelijkheid en efficiëntie van geboortezorg. Om deze samenwerking effectief te laten verlopen, is een beter passende bekostiging nodig. Inhoudelijk moet er kritisch worden gekeken naar een optimale spreiding van de acute verloskunde, breder dan de 45-minutennorm. Niet alleen de afstand tot het ziekenhuis is immers bepalend voor de zorguitkomsten, maar ook de kwaliteit en beschikbaarheid van zorgverleners en faciliteiten. Afstemming met de verschillende betrokken beroepsgroepen is voorwaardelijk voor al deze mogelijke maatregelen, zowel vanuit het oogpunt van draagvlak als van borging van de kwaliteit en veiligheid van de verloskundige zorg.

Huisartsen en huisartsenposten ontlasten

Overdag, van maandag tot en met vrijdag, zijn de reguliere huisartsenpraktijken de plek waar patiënten terecht kunnen voor het overgrote deel van de niet-levensbedreigende spoedzorgvragen. Dit is laagdrempelig en dichtbij en vaak kan de patiënt direct worden geholpen, waarmee zwaardere zorg wordt voorkomen. Het is daarom essentieel dat er voldoende capaciteit is in de huisartsenpraktijken om deze zorg te kunnen leveren. Dit kan druk op de rest van de acute zorgketen beperken; met name op de huisartsenposten en de SEH's. Daarbij kan ook gekeken worden naar een optimalere organisatie en praktijkvoering; bijvoorbeeld door de mogelijkheden van digitalisering beter te benutten en nog beter gebruik te maken van de inzet van praktijkondersteuners, verpleegkundig specialisten en physician assistants.

HAP-diensten geven veel werkdruk voor huisartsen. Dit gaat ten koste van de beschikbare capaciteit voor reguliere huisartsenzorg overdag, waardoor er meer patiënten onnodig verderop in de acute zorgketen terecht komen. Daarnaast zorgen de verplichte diensten voor huisartsen er mede voor dat het praktijkhouderschap door jonge artsen steeds minder aantrekkelijk wordt gevonden³⁰. Mede hierdoor komt het aanbod van huisartsenzorg in bepaalde regio's verder onder druk te staan. Zorgverzekeraars willen met de LHV en VWS in gesprek over deze ontwikkeling. Op huisartsenposten zien we ook een toenemende arbeidsmarktproblematiek, niet alleen bij huisartsen, maar ook bij triagisten, waardoor de zorgverlening in het gedrang komt en de druk op de SEH's en ambulancezorg toeneemt. Commerciële bedrijven maken hier gebruik van door diensten aan te bieden voor hogere tarieven. Zorgcoördinatie, de inzet van digitale oplossingen, zoals 'spreekuur.nl' en 'thuisarts.nl' en samenwerking binnen bijvoorbeeld spoedpleinen kan bijdragen aan het beperken van de werklust en het optimaal inzetten van personeel.

³⁰ Zie: https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/06/Nivel_Prisman-rapport-balans-in-vraag-en-aanbod-huisartsenzorg.pdf.

Om de werkdruk behapbaar te houden, willen we waar mogelijk het aantal HAP-diensten beperken, anders verdelen of anders vormgeven. Op sommige huisartsenposten worden in de nacht heel weinig patiënten gezien. Wij willen onderzoeken of deze posten 's nachts kunnen sluiten door in te zetten op scherpe triage, het enkel inzetten van een huisartsauto en/of het anders organiseren of overnemen van taken van de HAP. Dit zorgt niet alleen voor ontlasting van het personeel en verbetering van de toegankelijkheid van huisartsenzorg op piekmomenten, maar ook voor doelmatigheidswinst. Ook hiervoor geldt dat differentiatie vraagt om een zorgvuldige ketenimpactanalyse en betrokkenheid van ziekenhuizen, huisartsen, ambulancezorg, GGZ, VVT en patiënten, om de kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg te borgen.

GGZ: Evaluatie van de GMAP

Binnen de acute GGZ is het belangrijk dat de patiënt in crisissituaties op de juiste plek terecht komt. In acute situaties is snelle en nauwkeurige afstemming, overdracht en samenwerking tussen de ketenpartners van groot belang. In 2019 is de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP)³¹ ontwikkeld, die beschrijft hoe de inhoud en organisatie van de acute GGZ vormgegeven moet worden. Onderdeel van dit kwaliteitskader is dat Nederland opgedeeld is in 28 acute GGZ-regio's, waarbij in elke regio een door de verzekeraars aangewezen regievoerder verantwoordelijk is voor de organisatie van de acute GGZ volgens de kaders van de GMAP. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de regievoerder om te zorgen dat er een regioplan wordt opgesteld waarin voor elke regio de ketenbrede afspraken worden beschreven waarmee 24/7 tijdige en kwalitatief goede crisiszorg wordt gerealiseerd.

Vanaf 1 januari 2020 wordt de acute GGZ voor de duur van maximaal 3 dagen door zorgverzekeraars ingekocht via representatie. Gezien de beperkte omvang van de zorgvraag en de hoogte van de beschikbaarheidskosten, is voor de acute GGZ gekozen voor een regionale aansturing op basis van afstemming tussen regievoerder en de representerende zorgverzekeraar. Doel is om zo een optimale samenwerking tussen partijen te organiseren en de benodigde beschikbaarheid (inclusief beschikbaarheidskosten) op een doelmatige manier te borgen. Op basis van de evaluatie als onderdeel van de GMAP in 2022 en 2024 dienen er verbeterpunten te worden geïdentificeerd voor de inrichting van de acute GGZ binnen de regio's. Daarbij moet een beweging naar 'the best in class' worden ingezet. Ook wordt kritisch gekeken naar de kostenontwikkeling als gevolg van deze nieuwe manier van inkopen.

Voorts is samenwerking tussen de acute GGZ en ziekenhuizen een belangrijk aandachtspunt, evenals de inzet op vroegsignalering en preventie. In het regeerakkoord wordt ervoor gepleit dat alle professionals in de GGZ bereikbaarheidsdiensten om de druk op crisiszorg te voorkomen³². In de ZN visie op de GGZ³³ uit 2020 hebben zorgverzekeraars al een vergelijkbaar pleidooi gehouden, waarbij we hebben gesteld dat ANW-diensten voor psychiaters moeten worden verplicht. Ook voor de acute GGZ geldt dat een deel van de acute zorgvragen kan worden voorkomen als er voldoende capaciteit is in de reguliere GGZ-zorg.

³¹ Zie: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie>

³² Regeerakkoord 2021: <https://www.kabinetsformatie2021.nl/documenten/publicaties/2021/12/15/coalitieakkoord-omzien-naar-elkaar-vooruitkijken-naar-de-toekomst>

³³ Zie: <https://www.zn.nl/338067458?newsitemid=5163548672>

Ambulancezorg optimaal inzetten

De ambulancezorg vormt als verbindende schakel de ruggengraat van de acute zorgketen in Nederland. De ambulancezorg is van hoge kwaliteit en dat moet zo blijven. Ook binnen de ambulancezorg is personeelskrapte een groot probleem, zowel op de ambulance als op de meldkamer. De afgelopen jaren is de vraag naar ambulancezorg gegroeid. In de periode 2012-2020 is het aantal ambulance-inzetten met 17% gestegen³⁴. In dezelfde periode zijn de kosten van de ambulancezorg met 65% gestegen van €433 mln. naar €716 mln.³⁵ Dit alles maakt duidelijk dat het de afgelopen jaren niet aan de financiering heeft gelegen, maar dat vooral het optimaal inzetten van ambulances en personeel van het grootste belang is. Zorgcoördinatie en een scherpe triage kunnen daarin een grote rol spelen. Concentratie van hoogcomplexe acute zorg, differentiatie in openingstijden en sluiting van SEH's heeft invloed op de ritduur en daarmee op de spreiding en beschikbaarheid van ambulances. Het is daarom essentieel dat bij beslissingen rondom concentratie en spreiding van acute zorg de gevolgen voor de ambulancezorg op voorhand in kaart worden gebracht, de ambulancesector tijdig wordt betrokken en dat de (on)mogelijkheden van RAV's om zich aan te passen meewegen in de uiteindelijke beslissing.

Versterking van de VVT om de instroom van acute zorg te beperken

Een groot gedeelte van de patiënten op de SEH en de HAP is ouder dan 60 jaar en een substantieel deel zelfs ouder dan 80 jaar³⁶. In de VVT-sector kan in potentie veel van deze zorg worden voorkomen of opgevangen. Intensieve thuiszorg en bedden waar tijdelijk zorg kan worden geleverd aan patiënten die spoedzorg nodig hebben, zijn hierbij mogelijke oplossingen. Voldoende capaciteit in de VVT-zorg is een voorwaarde om deze spoedzorg te kunnen verlenen. Daarvoor is aandacht voor betere inzet van personeel, arbeidstijdbesparende hulpmiddelen en technologie en advance care planning van belang.

Inzet van wijkverpleegkundigen of verzorgenden IG van de thuiszorg is in bepaalde situaties een goed alternatief voor de ambulance of de huisarts om patiënten met een spoedzorgvraag te beoordelen en te behandelen. Dit zorgt ervoor dat patiënten in hun eigen omgeving kunnen blijven en zwaardere zorg wordt voorkomen. Zo draagt dit bij aan het verlagen van de druk op de ambulancedienst, huisarts/HAP en SEH.

Bovenstaande mogelijkheden moeten verder worden verkend en uitgebouwd. Hierbij is het essentieel dat huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en wijkverpleegkundigen een goed beeld hebben van de kwetsbare ouderen in de populatie en op de hoogte zijn van bovenstaande alternatieven voor spoedzorg voor kwetsbare ouderen, zodat patiënten op de voor hun juiste plek behandeld worden. Zorgcoördinatie kan hier in de toekomst aan bijdragen.

³⁴ Cijfers via volksgezondheid en zorg: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/acute-zorg/cijfers-context/trends#node-trend-ambulancezorg>.

³⁵ <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/publicatie/2021/12/13/publicatie-zvw-2006-2021>.

³⁶ Als per 10-jaarsklasse wordt gekeken welke groep absoluut gezien het vaakst de SEH bezoekt, dan is dat de groep 70- tot en met 79-jarigen met 288.000 bezoeken, gevolgd door de groep 60- tot en met 69-jarigen met 255.000 SEH bezoeken. Dat komt neer op respectievelijk 17% en 15% van alle SEH-bezoeken in 2020. Ouderen van 90 jaar en ouder komen relatief gezien het vaakst op de SEH, 320 bezoeken per 1.000 ouderen. Cijfers via: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/acute-zorg/cijfers-context/gebruik-acute-zorg#node-gebruik-seh-naar-leeftijd-en-geslacht>.

Randvoorwaarden voor toekomstbestendige acute zorg

Om te zorgen dat onze verzekerden in 2025 kunnen beschikken over voldoende goede, tijdige en bereikbare acute zorg zien we vijf belangrijke randvoorwaarden.

A. Gedragen en zorgvuldige transformatie is gezamenlijke verantwoordelijkheid

Herinrichting zal tot discussie leiden op plekken waar acute zorg verdwijnt of anders wordt georganiseerd. Voorzieningen als een SEH of een ziekenhuis hebben niet alleen een functionele waarde, maar ook een gevoelsmatige; ze staan symbool voor de leefbaarheid van een regio. De noodzaak tot verandering om de toegankelijkheid tot goede acute zorg te kunnen blijven borgen, wordt echter breed gedragen binnen alle partijen in de acute zorg. Alle belanghebbenden, zowel burgers als professionals, moeten worden meegenomen in de transformatie van het acute zorglandschap. Hierbij moet er aandacht zijn voor medische en organisatorische aspecten en maatschappelijke en politieke gevoeligheden. Die verantwoordelijkheid ligt zowel bij overheidsorganisaties (zoals VWS, NZa en IGJ) als bij landelijke koepelorganisaties en zorgverzekeraars. We moeten gezamenlijk staan voor de noodzaak tot verandering en ieder onze verantwoordelijkheid nemen voor de noodzakelijke keuzes.

Samen werken aan toekomstbestendige acute zorg

Bij de transformatie van de acute zorg vormen samenwerken en vertrouwen de basis. Tegelijkertijd moeten we zorgen voor voldoende besluitvaardigheid. Het versterken van de gedeelde opgave speelt een cruciale rol om deze twee aspecten te verbinden. De komende periode scherpen we met andere zorgpartijen de rollen, taken en verantwoordelijkheden verder aan en maken we procesafspraken om de transformatie verder samen vorm te geven.

Zorgverzekeraars trekken in de transformatie samen op met zorgaanbieders. Want uiteindelijk hebben we allemaal hetzelfde doel: toegankelijke, goede en betaalbare zorg voor iedereen. De inkooprelatie is bedoeld om hier afspraken over te maken, de transformatie te faciliteren en aanbieders te versterken om deze voor elkaar te krijgen. Transformeren heeft als consequentie dat organisaties en individuele zorgprofessionals in meer of mindere mate hun werkwijze moeten aanpassen. Daar hebben we aandacht voor. Zorgaanbieders die veranderen, ondersteunen we en bieden we een wenkend perspectief door te zorgen dat aanpassing van de werkwijze lonend is (en blijft). Waar nodig zorgen we voor comfort gedurende het transformatieproces.

Samen met andere zorgpartijen werken zorgverzekeraars aan maatwerkoplossingen in elke regio. Soms betekent dat moeilijke besluiten nemen, die tot weerstand kunnen leiden. Steun vanuit onder meer het Ministerie van VWS en de NZa is daarbij van groot belang. Daarnaast moeten het Ministerie van VWS, de NZa en ZN hun beleid goed onderling afstemmen en samen zorgen voor de juiste randvoorwaarden en instrumentarium om het transformatieproces te faciliteren en versnellen. Belangrijke randvoorwaarden zijn het uitwerken van een alternatief voor de 45-minutennorm, het verder uitwerken van zorgcoördinatie op basis van de pilots en het opstellen van regelgeving voor het uitwisselen van informatie in de keten. Ook moet worden bepaald hoe we in de toekomst omgaan met de huidige beschikbaarheidsbijdrage voor gevoelige ziekenhuizen. Voor de NZa zien wij een belangrijke rol in het beschikbaar maken van data

voor een integrale vergelijking van de verschillende zorgaanbieders en in het onderbouwen van besluiten in de vormgeving van het acute zorglandschap in de diverse regio's. Dit betreft zowel capaciteitsdata als de financiële data.

Mededingingsregelgeving

De transformatie van het acute zorglandschap dient vanzelfsprekend plaats te vinden binnen vigerende wet- en regelgeving; onder meer binnen de kaders die de ACM stelt met betrekking tot mededinging. In ons zorgstelsel is competitie een groot goed, omdat het zorgt voor innovatie en keuzemogelijkheden voor patiënten. In sommige gevallen is echter samenwerking juist van belang om de kwaliteit en continuïteit van zorg te kunnen borgen.³⁷

Dit vraagt een zorgvuldige afweging en goede onderbouwing van de noodzaak tot gelijkgerichtheid, waarbij ook wordt gekeken naar de impact op lange termijn. Deze integrale transformatie belangenafwegingen is vaak complex, met een variëteit aan besluitvormingsroutes om die afweging te maken, elk met verschillende consequenties voor (de rol van) zorgverzekeraars. Daarbij dient onderscheid te worden gemaakt tussen eenmalige (grote) veranderingen en structurele contractering. Elk van die routes kent zijn eigen materiële en procedurele eisen om de publieke belangen in de zorg en het belang van patiënten en verzekerden te borgen.

De ACM houdt als onafhankelijke toezichthouder toezicht op de naleving van de mededingingsregels en kan praktische guidance kan geven over die regels. Daarom betrekken wij de ACM actief en in een vroeg stadium bij de transformatievraagstukken. Een van de aspecten om daarbij naar te kijken is het belang van verdiepende data; deze is noodzakelijk om als zorgverzekeraars gelijkgericht de acute zorg in de regio te kunnen vormgeven. Er is een wettelijke basis nodig om deze data te delen.

B. Real-time capaciteitsinformatie wordt binnen de acute keten gedeeld

Om effectieve zorg binnen de gehele acute keten mogelijk te maken en om personeel en faciliteiten doelmatig te kunnen inzetten, is het essentieel dat real-time capaciteitsinformatie binnen de acute keten beschikbaar is. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heeft het landelijk platform zorgcoördinatie verworven, waarmee het mogelijk is om in één systeem real-time inzicht te krijgen in bedden capaciteit in de zorg. In reactie op de COVID-pandemie heeft het LNAZ in maart 2020 het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) opgericht. Daarnaast zijn er vanuit bepaalde specialismen initiatieven om capaciteit inzichtelijk te maken (bijvoorbeeld kindzoektbed.com) en is er de coördinatiefunctie ELV. Zorgverzekeraars vinden het essentieel dat samenwerkende zorgprofessionals en -organisaties real-time inzicht krijgen in de beschikbare capaciteit bij hun partners, zodat patiënten snel op de juiste plek worden geholpen. Hierbij gaat het om alle capaciteit die relevant is voor acute zorg, zowel in het ziekenhuis (e.g. SEH, CCU, verloskunde, kliniek, IC), als buiten het ziekenhuis (e.g. ELV, Wlz en GGZ crisisplekken). Data is ook van belang om het effect van beleidsmaatregelen op de in-, door- en uitstroom van de acute zorgketen inzichtelijk te maken waardoor bijsturing mogelijk is.

³⁷ Zie: <https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/beleidsregel-acm-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-nw.pdf>

Het succes van capaciteitsmanagement hangt, naast het maken van goede afspraken, uiteindelijk ook af van de discipline en transparantie van zorgaanbieders in het bijhouden en delen van capaciteitsinformatie. Hierbij is het belangrijk dat gekozen wordt voor een geautomatiseerde werkwijze, waardoor de zorgverleners op de betreffende afdeling zo weinig mogelijk administratieve lasten ervaren van het vullen van een capaciteitsoverzicht. Zorgverzekeraars zijn bereid zijn om deze ontwikkeling actief te stimuleren. Dit kan bijvoorbeeld door het gesprek op gang te brengen of het een plek te geven in het inkoopbeleid.

C. Uitwisseling medische gegevens

De komende jaren wordt ingezet op het versterken van de digitale infrastructuur om op een veilige en efficiënte manier gegevensuitwisseling in de acute zorg te verbeteren en versnellen. Voor gegevensuitwisseling met patiënten en tussen zorgaanbieders is aansluiting op de digitale infrastructuur en de bijbehorende afsprakenstelsels onontbeerlijk. Zorgaanbieders dienen hun eigen informatiehuishouding adequaat in te richten ten behoeve van registratie aan de bron alsmede het ontsluiten, kunnen ontvangen, overnemen en gebruiken van data. Zorgverzekeraars werken met andere zorgpartijen samen in het programma 'Met spoed beschikbaar' om de digitale gegevensuitwisseling in de spoedzorgketen te realiseren.

D. Regio-indeling acute zorg

Om te komen tot de benodigde transformatie van het acute zorglandschap is het noodzakelijk om met elkaar de juiste schaal van de regio's waarbinnen we afspraken maken te definiëren. Voor zorgverzekeraars vormen de ROAZ-regio's het startpunt bij het kijken naar de inrichting van de acute zorg, met daarbinnen waar van toepassing subregio's. Er zijn momenteel binnen de acute zorg verschillende regio-indelingen, die slechts deels met elkaar overeenkomen, wat effectieve samenwerking bemoeilijkt³⁸. Zorgverzekeraars vinden dat de verschillende branchepartijen met elkaar in gesprek moeten om de regio-indelingen in de acute zorg beter op elkaar aan te laten sluiten. Indien dit gesprek niet op gang komt, zullen wij het Ministerie van VWS en de NZa vragen om hier een rol in te spelen.

E. Bekostiging acute zorg

Voor ons staat voorop dat financiële afspraken eraan moeten bijdragen dat we de zorg de goede kant op sturen. De transformatie van het acute zorglandschap, zoals in dit visiedocument geschetst, kan in onze ogen plaatsvinden binnen het huidige bekostigingssysteem. Het huidige systeem biedt mogelijkheden voor aangepaste afspraken en kent voldoende flexibiliteit om aanpassingen door te voeren. De focus moet liggen op het meer gebruikmaken van deze mogelijkheden en is het veranderen van het bekostigingssysteem niet de oplossing.

We zijn op de hoogte van de discussies rondom de bekostigingssystematiek voor de acute zorg. Verzekeraars nemen actief deel aan gesprekken hierover met de NZa en andere veldpartijen. Wat ons betreft is het essentieel dat eerst de verschillende zorgpartijen gezamenlijk de beoogde inrichting van het acute zorglandschap vaststellen. Pas dan kan goed worden bepaald of

³⁸ 11 ROAZ-regio's, 25 RAV-regio's, 28 acute GGZ-regio's, 118 werkgebieden HAP's, 10 LMS-regio's.

de huidige wijze van bekostiging en inkopen deze inrichting ondersteunt of dat er juist knelpunten ontstaan. Indien er knelpunten ontstaan die niet binnen de huidige bekostigingssystematiek kunnen worden opgelost, kan worden gekeken of deze weggenomen worden door een aanpassing in de bekostiging of wijze van inkopen. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van ervaring die is opgedaan met verschillende bekostigings- en inkoopvarianten binnen en buiten de acute zorg. Belangrijk is dat de keuze voor een bepaalde wijze van bekostiging niet los kan worden gezien van de wijze van inkoop. Een analyse van de voor- en nadelen van beide aspecten is van cruciaal belang. Zorgverzekeraars zijn van mening dat het inkopen van acute zorg een taak is van zorgverzekeraars, zodat wij kunnen sturen op een samenhangend sectoroverstijgend zorgaanbod in elke regio. Daarnaast bestaat er een sterke samenhang tussen acute zorg en niet-acute zorg en is het zeer complex om deze zorgsoorten afzonderlijk in te kopen.

Wij zijn daarom niet voor het invoeren van beschikbaarheidsbekostiging voor SEH's. Het is belangrijk te onderkennen dat het wijzigen van een bekostigingssysteem ook juist de gewenste transformatie aanzienlijk zou kunnen vertragen. Partijen binnen de zorg moeten zich hier namelijk op aanpassen en kunnen zich daardoor minder focussen op de gewenste en noodzakelijke inhoudelijke veranderingen. Daarnaast hebben veranderingen in het bekostigingssysteem grote gevolgen voor de inkoopafspraken. Zo gaan veel historische gegevens verloren, kunnen nieuwe schotten en (nieuwe) perverse prikkels ontstaan en leidt een andere wijze van bekostiging tot vraagstukken rondom inkoop/betaling. We gaan graag met de NZa en andere stakeholders in gesprek om de kansen en knelpunten van de bekostiging van acute zorg verder in kaart te brengen en nemen daartoe op korte termijn initiatief. De verhouding tussen bekostiging en inkoop van zorg is cruciaal om te sturen op passende acute zorg. Daarom vinden wij het positief dat de NZa heeft aangegeven dat er meerdere varianten zijn waarop bekostiging kan worden ingevuld, waarbij hier naar kan worden gekeken.

F. Arbeidsmarkt

De toenemende en structurele krapte op de arbeidsmarkt is het grootste knelpunt in de acute zorg. In deze visie doen wij voorstellen om de acute zorg beter te organiseren en het schaarse personeel optimaal in te zetten. Daarnaast is het van belang te zorgen voor het opleiden en trainen van nieuwe en bestaande zorgmedewerkers en het voorkomen dat personeel de zorg vroegtijdig verlaat. Wij vinden het belangrijk dat zorgaanbieders werk maken van goed werkgeverschap en duurzame inzetbaarheid van medewerkers, zodat deze met trots, plezier en in goede gezondheid hun werk kunnen doen. Bijvoorbeeld door het versterken van de zorgprofessionals door meer autonomie en professionalisering, kansen voor loopbaanontwikkeling beter voor het voetlicht te brengen, taakherschikking, vermindering van de werkdruk en administratieve lasten en het verhogen van de patiëntentijd.

Zorgverzekeraars willen zorgaanbieders en andere partijen hierbij waar mogelijk ondersteunen. Aandachtspunten daarbij zijn de in het SER-rapport geformuleerde ambities voor het weg nemen van de knelpunten op de arbeidsmarkt, voldoende personeelscapaciteit om opleidingen te kunnen verzorgen, een acceptabele werkdruk om uitstroom te voorkomen en het vinden van een goede balans tussen kwaliteitseisen aan instellingen enerzijds en toegankelijkheid van de zorg anderzijds.

Verklarende woordenlijst

- **Acute zorg:** In dit document hanteren we de definitie voor acute zorg, zoals gebruikt door de NZa en VWS. Acute zorg betreft zorg die zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen.
- **Domeinen:** De oorspronkelijke indeling van het zorglandschap in domeinen, als de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, wijkverpleging, langdurige zorg, GGZ, ambulancezorg, paramedie, publieke gezondheid, etc.
- **Gelijkgericht werken:** Hiermee wordt bedoeld dat zorgverzekeraars met eigen contractafspraken dezelfde beweging stimuleren. Gelijkgericht werken kan nodig zijn om de gewenste transformatie van het zorglandschap te bewerkstelligen. Deze transformatie is gebaseerd op regiobeelden en de belangrijkste opgaven in de regio en houdt rekening met afspraken uit het regeerakkoord en hoofdlijnenakkoord. Als bij de transformatie gelijkgericht werken noodzakelijk is, dan maken de marktleider-zorgverzekeraars hier expliciet en concreet, en desgevraagd schriftelijk, melding van. Deze afspraken hebben altijd een tijdelijk karakter en moeten te allen tijde voldoen aan de mededingingscriteria van de ACM.
- **Passende zorg:** In dit document hanteren we de definitie van passende zorg die door het Zorginstituut wordt gebruikt: passende zorg is doelmatige, waardegedreven en effectieve zorg, zet in op gezondheid in plaats van ziekte, komt samen met de patiënt tot stand en wordt dichtbij georganiseerd. Passende zorg ontstaat door de zorgvraag als uitgangspunt te nemen en het aanbod en de bekostiging van zorg in samenhang met elkaar te organiseren. Passende zorg omvat zowel gepast gebruik als passende organisatie van zorg.
- **Regie:** Zorgverzekeraars nemen het voortouw bij de transformatie van het zorglandschap en vervullen hierin een faciliterende rol. Soms is dat als aanjager, als 'kennisbroker', inkoper of als regisseur; al naar gelang van de context en behoefte. Dit doen we in nauwe samenwerking met patiënten, zorgaanbieders en overheid. Zorgverzekeraars zien op het samen met zorgaanbieders opstellen van een meerjarig regioplan acute zorg per regio. Vervolgens maken we met zorgaanbieders afspraken over concrete invulling van deze plannen en leggen deze vast. Zorgverzekeraars coördineren de transformatie in de regio door toe te zien om een samenhangende set van afspraken met de verschillende zorgaanbieders en over de verschillende zorgdomeinen heen. Daarnaast monitoren we de voortgang van de afspraken en gaan waar nodig het gesprek aan met zorgaanbieders om bij te sturen en/of aanvullende afspraken te maken.
- **Regio:** De regio is de schaal waarbinnen verschillende zorgpartijen uit hetzelfde geografische gebied intensief met elkaar samenwerken in het bieden van patiëntenzorg op een dagdagelijkse basis. De regio onderscheidt zich daarmee van de landelijke schaal en de lokale schaal binnen een gemeente. Voor zorgverzekeraars vormen de ROAZ-regio's het startpunt bij het kijken naar de inrichting van de acute zorg, met daarbinnen waar van toepassing sub-regio's.

- **Regioplan:** Regioplannen beschrijven de gewenste toekomstige inrichting van de acute zorg per regio en worden opgesteld door verzekeraars in samenwerking met zorgaanbieders in de regio.
- **Spoedzorg(vraag):** In dit document hanteren we de definitie voor acute zorg en spoedzorg, zoals gebruikt door de NZa en VWS. Spoedzorg betreft zorg als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is. Spoedzorg is hiermee breder dan 'acute zorg'.
- **Toekomstbestendig:** Het Nederlandse zorglandschap inrichten op een manier dat op de lange termijn de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor iedere Nederlander zijn geborgd en deze tegelijkertijd betaalbaar blijft.
- **Transformatie:** Het doorvoeren van veranderingen in de werkwijze binnen en inrichting van het zorglandschap met als doel de zorg toekomstbestendig te maken.
- **Zorglandschap:** Het samenstel aan organisaties en voorzieningen waar zorg wordt verleend of die op een of andere manier een rol hebben in de zorgketen.

Lijst geconsulteerde personen

Dit document is een gezamenlijke visie van zorgverzekeraars, waaraan verschillende themawerkgroepen met vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars hebben gewerkt. Om te zorgen voor een breder perspectief bij de totstandkoming van dit visiedocument is daarnaast gesproken met de onderstaande organisaties en personen; in interviews en/of tijdens de door ons georganiseerde rondetafelbijeenkomst (op alfabetische volgorde).

Organisatie	Persoon (functie)
ACM	Bart Broers (director health care), Frank Pellikaan (senior beleidsmedewerker) en Susan van Velzen (strategisch adviseur)
AZN	Koos Reumer (directeur/bestuurder)
ETZ / Radboudumc	Bart Berden (voorzitter RvB ETZ en hoogleraar organisatieontwikkeling in het ziekenhuis)
FMS	Robert Sie (bestuurslid FMS en anesthesioloog)
InEen	Anoeska Mosterdijk (directeur), Nout Waller (lid bestuur) en Astrid Scholl (programmamanager acute zorg)
LHV	Aard Verdaasdonk (bestuurslid en praktijkhoudend huisarts)
LNAZ	Ernst Kuipers (toenmalig voorzitter), Ina Kuper (waarnemend voorzitter) en Arold Reusken (hoofd bureau)
NFU	Margriet Schneider (voorzitter NFU en voorzitter RvB UMCU) en Frank de Bos (coördinator sturing & financiering)
NVSHA	David Baden (voorzitter)
NVZ	Sander Gerritsen (directeur) en Christianne Lennards (lid RvB)
NZa	Anouk Mateijssen (directeur toezicht) en Harm Lieverdink (Manager Zorgbrede Regulering en Vernieuwing)
Patiëntenfederatie	Dianda Veldman (directeur-bestuurder), Linda Daniels (manager MSZ) en Lucie Peijnenburg (sr. Adviseur Patiëntbelang)
RIVAS	Michiel van Roozendaal (voorzitter RvB)
V&VN	Bianca Buurman (voorzitter)
VWS	Ronnie van Diemen (DG curatieve zorg) en Stan Dekker (plv. directeur curatieve zorg)
ZINL	Sjaak Wijma (voorzitter RvB)
Zuyderland Ziekenhuis	David Jongen (voorzitter RvB)

Verantwoording:

Datum: April 2022

Opdrachtgever: Bestuur Zorgverzekeraars Nederland

(Eind)redactie: Jan-Willem Verlijndonk (Zorgverzekeraars Nederland), ondersteund door Karin Ver-
nooij, Marco Wouters, Laura Dignum en David Ikkersheim (KPMG Health)

Autorisatie: Bestuurscommissie Zorg namens Zorgverzekeraars Nederland

Disclaimer:

Dit document is tot stand gekomen onder de verantwoordelijkheid van Zorgverzekeraars Nederland. Het is gebaseerd op de inbreng van de verschillende verzekeraars, interviews en een rondetafelbijeenkomst met vertegenwoordigers van verschillende zorgpartijen en publieke documenten. Dit visiedocument betreft de visie van zorgverzekeraars en reflecteert niet noodzakelijkerwijs de mening van de geïnterviewde personen of zorgpartijen.