



Monitor basiszorg UMC's

september 2020



Nederlandse
Zorgautoriteit

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
1 Inleiding	2
1.1 Aanleiding	2
1.2 Effecten Corona-crisis	3
1.3 Leeswijzer	3
2 Methodiek – ROBIJN-systematiek	4
2.1 Splitsing topreferente en niet-topreferente zorg	4
2.2 ROBIJN-systematiek	4
2.3 Type zorg	7
2.4 Conclusie	7
3 Analyses op macro- en microniveau	9
3.1 Indeling van de patiënten over de ziekenhuizen	9
3.2 Indeling van de patiënten over de UMC's	10
3.3 Type zorg	14
3.4 Conclusie	18
4 UMC factsheets	19
AMC	20
Erasmus MC	26
LUMC	32
MUMC+	38
Radboudumc	44
UMCG	50
UMCU	56
VUmc	62
5 Conclusies	68
5.1 Oncologische zorg	68
5.2 Diabeteszorg	69
5.3 Korte consulten	69
5.4 SEH-zorg	69
Bijlagen	71
1 Opdrachtbrief van VWS aan de NZa	72
2 Analyse mogelijkheden naast ROBIJN-systematiek	74
3 Kanttekeningen gebruik ROBIJN-systematiek voor deze monitor	75
4 Reacties van individuele UMC's op de factsheets	76
Amsterdam UMC	77
Erasmus MC	79
LUMC	81
MUMC+	83
Radboudumc	86
UMCG	87
UMCU	88

Monitor basiszorg UMC's

De afgelopen jaren is fors ingezet op de juiste zorg op de juiste plek. De zorgvraag van de patiënt is leidend bij het bepalen waar hij of zij zorg krijgt. Het liefst dichtbij, thuis of in zijn of haar eigen omgeving. Maar als het de kwaliteit van de zorg ten goede komt, kan het passend zijn de zorg meer te centraliseren.

In deze monitor kijken we, op verzoek van het ministerie van VWS, naar de bezoeken van patiënten aan de universitair medische centra (UMC). Uitgangspunt is de eerder gemaakte afspraak dat UMC's zich inspannen om patiënten die geen complexe zorg nodig hebben, te verwijzen naar een ander (algemeen) ziekenhuis. We maken hierbij gebruik van de ROBIJN-systematiek om onderscheid te maken tussen topreferente en niet-topreferente patiënten. We concluderen dat de UMC's qua patiëntenaantallen en omzet hun zorg met name op topreferente patiënten richten. Toch vindt er ook zorg aan niet-topreferente patiënten plaats. In deze monitor kijken we nader wat voor soort zorg en zorgvraag deze patiënten hadden. Het gaat dan met name om diabeteszorg, oncologische zorg, zorg die onder spoedeisende hulp valt en korte consulten.

De monitor is een nulmeting en daarmee vooral een handvat voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en professionals om met elkaar in gesprek te gaan over hoe zij de juiste zorg op de juiste plek in de regio kunnen organiseren. Deze gesprekken juichen we toe. Niet alleen is er in die gesprekken ruimte voor het verhaal achter de cijfers. Ook kan het delen van casuïstiek een inspiratiebron zijn. Met het oog daarop hebben we de reacties van de UMC's toegevoegd aan deze monitor. Deze bieden inzicht in de praktijk. Naar aanleiding van de uitkomsten van dit rapport en in de voorbereiding naar het volgende onderzoek, blijven we in overleg met de brancheorganisaties over de voortgang. Zo dragen we met elkaar bij aan de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, ook in de toekomst.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De afgelopen jaren is in verschillende sectoren ingezet op de juiste zorg op de juiste plek. Het is sinds 2017 een centraal onderdeel van onze strategische agenda. Het maakt onderdeel uit van de verschillende hoofdlijnenakkoorden die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met partijen heeft afgesloten. En het vormt de basis van verschillende standpunten van partijen in de zorg. Daarmee is het breed omarmd als visie waar de zorg naar toe dient te gaan.

Een van de uitgangspunten is dat de zorgvraag van de patiënt leidend is, bij het bepalen waar hij de zorg krijgt. Het liefst dichtbij, thuis of in zijn eigen omgeving. Maar als het de kwaliteit van de zorg ten goede komt dan kan het passend zijn om de zorg meer te centraliseren. Om deze ontwikkeling naar de juiste zorg op de juiste plek vorm te geven, zal zorg verplaatst moeten worden. Van de derde-, naar de tweede-, naar de eerste lijn en indien passend bij de zorgvraag van de patiënt ook andersom.

In het verleden hebben we in verschillende publicaties geconcludeerd dat deze verplaatsing van zorg moeizaam op gang komt.¹ In deze onderzoeken hebben we gekeken naar de substitutieafspraken die zorgverzekeraars en aanbieders met elkaar maakten. Dat geeft een beeld van hun gezamenlijke inzet. In dit onderzoek kijken we, op basis van data, welke zorgvragen waar worden behandeld en dus ook waar welke zorg wordt aangeboden. En of daar een verschuiving zichtbaar is tussen aanbieders. Dat geeft een indicatie in hoeverre er daadwerkelijk een verplaatsing van zorgaanbod en -gebruik plaats vindt. Ook geeft het inzicht in de vraag waar mogelijke kansen zijn de juiste zorg op de juiste plek verder te brengen. Dat is waar in deze monitor naar wordt gekeken.

Voor de medisch specialistische sector is het interessant om te kijken wat voor type patiënten in de UMC's behandeld worden. Hoe verhoudt zich dit tot de patiëntenpopulatie in de andere ziekenhuizen? De aanname is dat de zorgvraag of het type patiënt in UMC's complexer van aard is. Het betreft hier immers derdelijns zorg. De topklinische en algemene ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra kunnen dan de patiënten met een minder complexe zorgvraag behandelen. Idealiter worden de minst complexe patiënten behandeld in de eerste lijn.

In lijn hiermee heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen van het lid Van den Berg.² Deze motie wijst op de bestuurlijke afspraken waarin is afgesproken dat Universitair Medische Centra (UMC's) zich gaan inspannen om basiszorgpatiënten binnen een UMC te verwijzen naar een ander (algemeen) ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Met het oog daarop vraagt de motie de regering deze afspraak te monitoren en de Tweede Kamer jaarlijks te informeren over de uitkomsten van de monitoring. Op 27 januari 2020 heeft het Ministerie van VWS de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd deze monitor jaarlijks uit te voeren voor een periode van drie jaar.³

In de opdrachtbrief van het ministerie van VWS wordt aan de NZa gevraagd om bij deze monitor gebruik te maken van de systematiek die is ontwikkeld voor ROBIJN (zie hoofdstuk 2), waarbij nader wordt gekeken naar de groep patiënten die wel zorg ontvangen bij de UMC's maar niet gelabeld zijn volgens de ROBIJN-systematiek. De monitor moet zowel inzicht geven op landelijk niveau als op het niveau van individuele UMC's. Voor die laatste analyse moet het aandeel topreferente zorg en niet-topreferente zorg in een UMC in kaart worden gebracht. Tevens wordt gekeken naar de aandoening en soort behandeling op basis van deze aandelen. Het ministerie van VWS vraagt ons expliciet bij het uitvoeren van de monitor de relevante brancheorganisaties en individuele UMC's te betrekken. Als laatste verzoekt het ministerie van VWS ons om voor de monitoring in ieder geval gebruik te maken van de data vanaf 2018 en naast deze gedetailleerde monitoring ook een globaal overzicht te geven aan de hand van de data van 2018. Het ministerie van VWS vraagt hierbij een beknopt inzicht in eventuele trends.

Met deze monitor geven wij invulling aan deze opdracht. Dit betreft de eerste monitor in de reeks. Daarmee vormt deze monitor een 0-meting voor de komende jaren.

¹ Zie onder meer: <https://magazines.nza.nl/standvandezorg/2018/03/de-sectoren> (stand van de zorg 2018) en https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_279846_22/1/ (monitor transformatiegelden).

² Kamerstukken II 2018-2019, 32864, nr. 8.

³ Zie bijlage 1.

1.2 Effecten Corona-crisis

Deze monitor is uitgevoerd ten tijde van de Corona-crisis. Dit heeft er voor gezorgd dat de monitor enige vertraging heeft opgelopen. Waar wij voornemens waren om, conform het verzoek, de monitor voor de zomer uit te brengen, bleek dit niet haalbaar. Het maken van afspraken en goed betrekken van de partijen bleek in deze periode lastig. Daarop is met het ministerie van VWS afgesproken om de monitor in september 2020 uit te brengen.

Tevens hebben verschillende partijen ons er op gewezen dat de data over 2020, die we zullen gaan gebruiken in de monitor van 2022,⁴ niet vergelijkbaar zal zijn met de data van 2018 en 2019 uit de voorgaande monitors. Wij begrijpen dat de effecten van de Corona-crisis zeer waarschijnlijk zichtbaar zullen zijn in de data. Dat dit bovendien een effect zal hebben op de vergelijkbaarheid van onze laatste monitor. Toch zullen we, met die disclaimer in gedachte, de monitors wel uitbrengen. In overleg met partijen kunnen we, indien nodig, tegen die tijd hiervoor een passende oplossing vinden.

1.3 Leeswijzer

In deze monitor leggen we in hoofdstuk twee de gekozen methodiek uit. We onderbouwen de keuze voor de ROBIJN-systematiek en lichten toe wat deze methodiek inhoudt. Tevens gaan we in op de voor- en nadelen van mogelijke alternatieven. In hoofdstuk drie geven we een macrobeeld van de patiëntenstromen voor de medische specialistische zorg (msz). We beschrijven op basis van de data onze inzichten en de zichtbare trends. In hoofdstuk vier geven we een overzicht per UMC. Daartoe is een kwantitatieve analyse gemaakt. Tevens is samen met de individuele UMC's een kwalitatieve analyse gemaakt. In hoofdstuk vijf beschrijven we de trends en conclusies die wij op basis van dit onderzoek trekken.

⁴ Deze monitor maakt gebruik van de data voor 2018, volgend jaar zal de monitor gebruik maken van de data uit 2019 en de laatste van de gevraagde monitors zal gebruik maken van de data van 2020.

2 Methodiek – ROBIJN-systematiek

In dit hoofdstuk beschrijven we de gekozen methodiek.

2.1 Splitsing topreferente en niet-topreferente zorg

Een belangrijk onderdeel van deze monitor is de splitsing tussen topreferente en niet-topreferente zorg. Dat bepaalt immers in grote lijnen waar een patiënt zijn zorg zou moeten krijgen. Het ministerie van VWS heeft ons gevraagd om hiervoor de ROBIJN-systematiek te gebruiken. Voorop staat dat er verschillende manieren zijn om deze splitsing vorm te geven. We hebben voor deze monitors de volgende mogelijkheden verkend:

1. Een indeling op basis van a-segment en b-segment;
2. Een indeling op basis van WBMV-zorg (wet Bijzondere Medische Verrichtingen);
3. Een indeling op basis van de ROBIJN-systematiek.

Geen van deze methodes doet volledig recht als instrument voor de beantwoording van de onderzoeksvraag. Allen kennen voor- en nadelen. Bovendien geldt dat er altijd uitzonderingen voor individuele patiënten mogelijk zijn binnen een groep patiënten. Bijvoorbeeld de context rondom de patiënt die het noodzakelijk maakt om de zorg toch in een UMC te leveren, ook al zit hij in een groep niet-topreferente zorg. Of juist andersom, context die het mogelijk maakt om (een deel van) de topreferente zorg toch in een streekziekenhuis aan te bieden.

In overleg met het ministerie is de keuze gevallen op een indeling op basis van de ROBIJN-systematiek (een korte beschouwing van de andere 2 alternatieven is te vinden in bijlage 2).

ROBIJN-systematiek

De afgelopen jaren hebben het ministerie van VWS, de NFU en UMC's, en de NZa hard gewerkt aan een verbetering van het verdelen van de gelden voor topreferente zorg (zeer specialistische zorg waarvoor een infrastructuur nodig waarin verschillende disciplines op hoog niveau samenwerken). Hieruit is de zogenaamde ROBIJN-systematiek voort gekomen, waarbij op basis van 8 labels wordt gekeken of de zorgvraag van een patiënt gelabeld kan worden als topreferent. De labels gaan uit van patiëntkenmerken zoals jonge multimorbide patiënten, multispecialistische zorg, etc.⁵ Dat maakt deze methode uniek ten opzichte van de andere methodes die uitgaan van een zorgproduct. Hierdoor is het mogelijk om rekening te houden met verschillende typen patiënten binnen een zorgproduct. Hetgeen bij de andere methodes niet het geval is. Bovendien is deze methodiek afgestemd met de UMC's en de NFU en is daarmee een breed gedragen methode.

2.2 ROBIJN-systematiek

Zoals aangegeven biedt de ROBIJN-systematiek een aantal voordelen ten opzichte van andere methodes. In deze paragraaf leggen we de ROBIJN-systematiek nader uit. We gaan in op de labels, de gebruikte data en verdere ontwikkelingen.

Verdeling van de ROBIJN-gelden

Jaarlijks wordt er voor circa 750 miljoen euro verdeeld over de UMC's, het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (AvL) en het Prinses Máxima Centrum. Deze gelden zijn bedoeld voor het verlenen van topreferente zorg en om wetenschap te stimuleren. Deze verdeling vindt voor een groot deel plaats op basis van het percentage topreferente zorg dat een bepaald UMC levert. Om te bepalen wat topreferente zorg is, is een labelsystematiek ontwikkeld. Wanneer een patiënt voldoet aan één van de acht labels, wordt deze gelabeld als topreferente patiënt. Binnen de ROBIJN-systematiek wordt gewerkt met de volgende labels:

- Label behandelintensiteit
De profielzwaarte van een DBC van een patiënt wordt afgezet tegen de gemiddelde zwaarte van vergelijkbare DBC's. Via een formule wordt bepaald of een bepaald DBC substantieel zwaarder is dan vergelijkbare trajecten. Indien dit het geval is, krijgt een DBC het label 'behandelintensiteit'.
- Label wetenschap
Dit label is nog niet verwerkt in de huidige analyses. Een DBC wordt volgens deze categorie gelabeld als er aan twee categorieën voldaan wordt:
 - De zorgaanbieder heeft voor deze categorie een bepaald aantal publicaties,
 - De zorgaanbieder heeft een bijzondere aantrekkingskracht (= groter dan verwacht marktaandeel) voor deze diagnosegroep.

⁵ Zie paragraaf 2.2

- Label unieke zorg
Via een formule wordt er bepaald of de BBAZ-ontvangers voor een bepaalde patiëntengroep (o.b.v. diagnose en een patiëntkenmerk) het merendeel (> 85%) van de DBC's leveren. Als dit het geval is wordt een patiëntgroep als 'uniek' bestempeld.
- Label multispecialistische zorg
Gelabelde patiënten ontvangen zorg van meerdere poortspecialismen voor dezelfde diagnose.
- Label complexe operatie
Operatieve verrichtingen worden als complex bestempeld indien zij aan twee condities voldoen:
 - zij komen weinig voor (bij <1 op de 100.000 Nederlanders = <170 keer per jaar) en
 - zij worden hoofdzakelijk door BBAZ-ontvangers uitgevoerd (>85%).
- Label zeldzame diagnose
Een diagnose wordt als zeldzaam bestempeld indien zij bij minder dan 1 op de 100.000 Nederlanders voorkomt.
- Label tertiaire verwijzing
Het gaat hier om het aantal unieke patiënten dat in eerste instantie in een andere zorgaanbieder werd behandeld en daarna is doorverwezen (binnen 1,5 jaar na de begindatum van de DBC).
- Label jonge multimorbide patiënten
Het gaat hier om patiënten jonger dan 50 jaar met vier of meer diagnosegroepen gedurende twee kalenderjaren.

Gebruik DIS-data

Voor het invullen van deze labels wordt gebruik gemaakt van de DIS-data. Het voordeel van deze data is dat het meer kenmerken van patiënten bevat dan andere bronnen van data. Daarmee is de DIS-data de enige bron die voldoende informatie bevat om deze labels in te vullen. De UMC's hebben de afgelopen jaren fors geïnvesteerd om de DIS-data voor hun ziekenhuis compleet te maken. Voor de overige ziekenhuizen geldt dat de DIS-data voor meer dan 90% de daadwerkelijk geleverde zorg dekt. Zo blijkt op basis van een vergelijking tussen data uit het DIS-systeem met de data van Vektis. Daarmee is de DIS-data voor hen niet 100 procent volledig, maar biedt het toch voldoende basis om er op macroniveau analyses op uit te voeren.

Het ministerie van VWS heeft aan ons gevraagd om voor deze monitor de data van 2019 te gebruiken. Op dit moment is de data uit 2019 echter nog niet volledig, waardoor we hebben gekozen te kijken naar de data van 2018 als basis voor de analyses. De dataset is dezelfde als die wordt gebruikt voor ROBIJN. Deze dataset bevat enkel de zorgproducten en geen overige zorgproducten (OZP). De versie die we gebruiken is van juni 2020 en is nagenoeg compleet voor 2018. Er zijn geen grote afwijkingen zichtbaar ten opzichte van het verleden. Voor komende monitors zal steeds gebruik worden gemaakt van de nieuwste dataset en zodoende worden de cijfers jaarlijks (en waar nodig van de jaren daarvoor) geüpdatet.

ROBIJN in ontwikkeling

De ROBIJN-systematiek is nog in ontwikkeling en zal de komende periode verder worden verbeterd. In gesprekken met de UMC's kwamen een aantal disclaimer naar voren. Een overzicht daarvan is bijgevoegd in bijlage 3. Naar verwachting zal dit effect hebben op de cijfers. Hoe groot dit effect is, zal afhankelijk zijn van de exacte invulling. Daarover wordt op dit moment met partijen gesproken om zo de ROBIJN-systematiek verder te verbeteren. Wanneer er overeenstemming is over een verbetering, gebruiken we deze ook voor deze monitor en zullen we indien mogelijk de cijfers over voorgaande jaren op een vergelijkbare manier aanpassen.

Met deze disclaimer in gedachte biedt de ROBIJN-systematiek voor de doeleinden van deze monitor een passende indeling van gelabelde en niet-gelabelde patiënten. Waarbij gelabeld als topreferent gekenmerkt wordt en niet-gelabelde als niet-topreferent.

Het biedt daarmee handvatten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in de regio in gesprek te gaan over specifieke patiëntengroepen. Zwart-wit conclusies dat alle niet-gelabelde patiënten niet meer naar UMC's mogen, of andersom dat alle gelabelde patiënten naar UMC's moeten, gaat te ver. Daar is deze systematiek niet voor bedoeld.

Niet-gelabelde patiënten

Een belangrijk onderdeel van het onderzoek is de analyse naar de niet-gelabelde patiënten die bij UMC's worden behandeld. Op het eerste gezicht lijken deze patiënten daar niet te horen. Echter dat hoeft niet altijd het geval te zijn. De UMC's gaven een aantal redenen aan waarom een patiënt niet gelabeld was, maar toch zorg kreeg bij een UMC. Het ging om de volgende redenen:

- De patiënt is binnen gekomen op de SEH of heeft spoedeisende hulp buiten de SEH-afdeling gehad. Daarmee is er sprake van spoedzorg. Het doorverwijzen van patiënten die spoedzorg nodig hebben is niet wenselijk. Zo kan het zijn dat in principe niet-complexe patiënten zorg ontvangen bij een UMC.⁶ Voor deze analyse maken we gebruik van de twee spoedeisende zorgactiviteiten.⁷ Wanneer een patiënt in een kalenderjaar gebruik heeft gemaakt van een dergelijk zorgproduct bij het UMC, wordt de patiënt als spoedeisend aangemerkt.
- Patiënten die gebruik maken van WBMV-zorg, NICU/PICU⁸ of trauma-zorg⁹. Voor deze patiënten geldt dat zij zijn aangewezen op een beperkt aantal aanbieders, waarvan het UMC er vaak één is. Vaak, maar niet altijd, worden ze via de ROBIJN-systematiek reeds als gelabelde patiënt aangemerkt. Deze groep is zeer beperkt in omvang.
- Patiënten die gebruik maken van de derdelijns-ggz.¹⁰ Een klein deel van deze zorg is ook onderdeel van de data. Dit gedeelte maken we inzichtelijk. Het betreft hier expliciet niet de gehele GGZ-behandeling die een UMC kan leveren. Deze vormt ook geen onderdeel van de gebruikte data. Voor de patiënten die wel derdelijns-ggz ontvangen en in het databestand zitten geldt dat zij als niet-topreferente patiënten gedefinieerd kunnen worden wanneer zij niet aan de labelsystematiek voldoen, maar toch ggz-zorg in de derde lijn ontvangen.¹¹
- Het UMC is de dichtstbijzijnde aanbieder voor de patiënt¹². We kijken op basis van alle postcodes (4 cijfers) van de niet-gelabelde patiënten en AGB-gegevens of er een alternatieve zorgaanbieder in de buurt is die dezelfde zorg kan leveren aan deze patiënten en minder dan 5 minuten verschil in reistijd heeft. Zo brengen we in kaart of er voor deze patiënten een passend alternatieve aanbieder in de buurt beschikbaar was. Als er geen passend alternatief is, dan is de reistijd een niet-zorginhoudelijke reden voor het krijgen van zorg bij een UMC.

In onze analyse hebben we deze patiëntgroepen transparant gemaakt en aangegeven wat het percentage is van niet-gelabelde patiënten die onder deze groepen vallen.

Hoewel we rekening hebben gehouden met verschillende criteria die ervoor kunnen zorgen dat niet-topreferente zorg geleverd wordt in UMC's, gaven de UMC's nog een aantal redenen hiervoor aan die wij niet meenemen in onze analyses. Het gaat hier om de volgende redenen:

- UMC's gaven aan dat artsen soms onvoldoende handelingen verrichten, wanneer zij alleen complexe zorg leveren. Vanuit kwaliteitsoogpunt, om voldoende handelingen te verrichten, zullen zij daarnaast ook eenvoudige zorghandelingen moeten verrichten. Volgens UMC's moet dit binnen een UMC-setting

⁶ In dit kader blijft de vraag of de patiënt niet beter naar een andere SEH gebracht had kunnen worden. Ook kan worden gekeken of de patiënt zo snel mogelijk na de spoedzorg wordt overgedragen aan een algemeen ziekenhuis. Deze analyses zijn ingewikkeld, maar mogelijk. Ze gaan echter te ver voor deze monitor.

⁷ Het betreft: ZA 190015, Spoedeisende hulp contact op de SEH afdeling en ZA 190016, Spoedeisende hulp contact buiten de SEH afdeling, elders in het ziekenhuis.

⁸ NICU/PICU analyseren we door de trajecten te identificeren waarin een NICU/PICU als add-on geregistreerd wordt. We kijken dus naar de registratie van NICU/PICU dagen als add-on (code 51) bij hoofdtrajecten (code 11/21). NICU/PICU hebben als declaratiecode '190150' en '190151'. NICU- en PICU-dagen zijn enkel relevant voor baby's/kinderen.

⁹ Traumazorg analyseren we door te kijken naar de aanwezigheid van een specifieke ZA in het zorgprofiel van de niet-gelabelde patiënten, namelijk ZA '039676, ATLS traumaopvang - diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties onder verantwoordelijkheid van een ATLS gecertificeerd medisch specialist'.

¹⁰ Hiervoor is gebruik gemaakt van zorgproductgroep 990029 'psychiatrie'.

¹¹ Het tegenovergestelde kan echter ook waar zijn. Dat zij als topreferent worden aangewezen, maar wellicht hun ggz-zorg bij een tweedelijns aanbieder hadden kunnen ontvangen. De groep waarom dit gaat is beperkt. Bovendien betreft het de ggz-sector. Met het oog daarop hebben we de aantallen in kaart gebracht, maar gaan we in deze monitor niet nader in op deze groep.

¹² Hiervoor hebben we een indicator aangemaakt 'ALTERNATIEF'. Deze indicator geeft aan of er een alternatief ziekenhuis is die hetzelfde specialisme aanbiedt en waarvan de reistijd maximaal 5 minuten langer is. Om te bepalen of een ziekenhuis een alternatief is wordt er gekeken naar of een ziekenhuis hetzelfde specialisme aanbiedt in hetzelfde jaar voor een omzet van minstens 1 mln. euro.

gebeuren, omdat zij voor de complexe zorg altijd beschikbaar moeten zijn. Deze artsen kunnen de ervaring dus niet opdoen door de eenvoudige zorg bij andere ziekenhuizen te leveren.

- UMC's gaven aan dat in bepaalde gevallen onvoldoende complexe zorg wordt geleverd om alleen daarvoor kamers in te richten. Dan zouden kamers en personeel dikwijls "niks doen en leeg staan". Dit zou inefficiënt zijn en de zorg onnodig duur maken. Het leveren van andere zorg zou dan juist efficiënter zijn.

We herkennen wat de UMC's aangeven. Echter, we zien hier ook mogelijkheden wanneer er meer samengewerkt wordt, bijvoorbeeld door personeel en/of ruimte meer te delen met andere aanbieders. Om zo de efficiëntie en het aantal handelingen van het personeel te verbeteren. In de reacties van de UMC's, die in de bijlage zijn opgenomen, zien we dit ook terug komen. Belangrijkste reden om dit niet mee te nemen in de analyse, is dat wat de UMC's aangeven niet meetbaar is. Het is niet mogelijk dit transparant te maken.

2.3 Type zorg

Als laatste is ons gevraagd te kijken wat voor type zorg aan de niet-gelabelde patiënten worden gegeven. We gebruiken hiervoor de data uit 2018. Hiertoe hebben we op macroniveau een top 10 gemaakt op patiëntenaantallen en omzet. Tevens hebben we voor alle individuele UMC's een top 10 gemaakt op (unieke) patiëntenaantallen en omzet. Aan hen is gevraagd hierop te reflecteren.

Een aantal reacties betreft de methodiek. Zo worden audiologie, radiotherapie en klinische genetica niet volledig meegenomen in de ROBIJN-systematiek. Daardoor zijn deze patiënten niet volledig gelabeld. Het is daarmee onduidelijk of en in welke mate zij aangemerkt zouden moeten worden als topreferent of niet.

Een ander deel van de reacties betreft zorginhoudelijk. Zo geven verschillende UMC's aan dat het vooraf niet helder is of een patiënt zorg bij hen nodig heeft of dat zorg in een algemeen ziekenhuis passender is. Ze wijzen op het feit dat bijvoorbeeld bij oncologische zorg soms vooraf niet duidelijk is hoe complex de patiënt of zorgvraag is.

Openbaar maken data

De data die we gebruiken voor de analyses maken we graag zoveel mogelijk openbaar. Het draagt bij aan de juiste discussie over waar de patiënt het best behandeld kan worden. We dienen echter ook rekening te houden met eventueel bedrijfsgevoelige informatie. Met het oog daarop is het mogelijk om op macroniveau aantallen en percentages openbaar te maken. Op individueel UMC niveau zijn de omzet en aantallen openbaar gemaakt op basis van het databestand dat voor ROBIJN gebruikt wordt. Exacte aantallen met betrekking tot patiënten of omzet per zorgproduct betreft bedrijfsgevoelige informatie en publiceren we daarom niet.

2.4 Conclusie

Voor het onderzoek maken we gebruik van de ROBIJN-systematiek. Het doel van deze systematiek is om gelden te verdelen aan de UMC's, het Antoni van Leeuwenhoek en het Prinses Máxima Centrum, voor het verlenen van topreferente zorg en om wetenschap, ontwikkeling en innovatie te stimuleren. Om te bepalen wat topreferente zorg is, is een labelsystematiek ontwikkeld. De methodiek, welke continue in ontwikkeling is, is ontwikkeld met de UMC's, waarmee overeenstemming is bereikt hoe we naar hun profiel kunnen kijken. Voor dit onderzoek gebruiken we het op verzoek van het ministerie van VWS op macroniveau ook door naar de topklinische ziekenhuizen (STZ) en algemene ziekenhuizen te kijken. De methodiek is niet ontwikkeld om deze ziekenhuizen te vergelijken met UMC's. Tevens leidt het toepassen van deze systematiek op de STZ- en algemene ziekenhuizen mogelijk tot een vertekend beeld, omdat ook de verplaatste zorg (zorg die vanuit bijvoorbeeld een UMC is verplaatst naar een STZ- of algemeen ziekenhuis) wordt gelabeld. Op basis van deze verdeling kunnen geen zwart-wit conclusies getrokken worden dat alle niet-gelabelde patiënten naar algemene ziekenhuizen moeten. Ook andersom, dat alle gelabelde patiënten naar UMC's moeten, kan niet geconcludeerd worden. Het biedt met name inzicht voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om met elkaar in gesprek te gaan over waar een bepaalde patiënt wordt behandeld. En hoe zij er gezamenlijk voor kunnen zorgen dat de patiënt zo veel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek ontvangt.

De ROBIJN-methode biedt een aantal grote voordelen ten opzichte van andere methodes. De methodiek is niet feilloos. Het belangrijkste voordeel is dat patiëntkenmerken daadwerkelijk worden meegenomen in de ROBIJN-systematiek. Daarmee geeft de ROBIJN-systematiek een mooie indeling van topreferente en niet-topreferente patiënten.

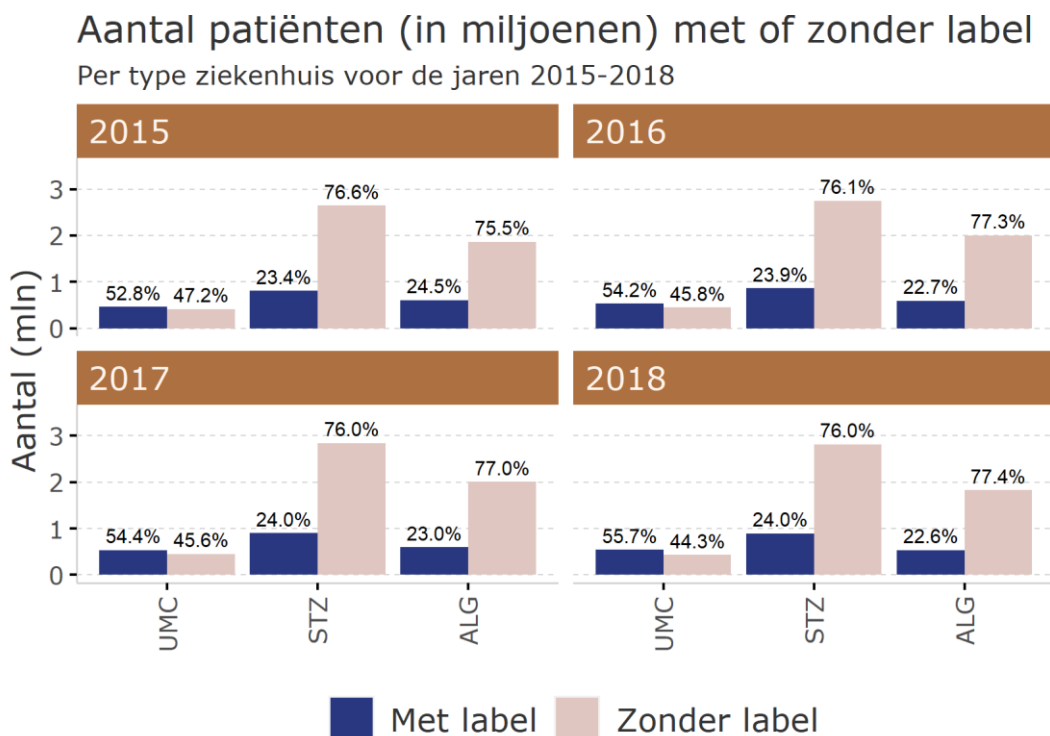
In het vervolg van het onderzoek maken we voor de niet-gelabelde patiënten een aantal zaken transparant, zoals binnengekomen via SEH en WBMV- of traumazorg. Daarnaast kijken we naar de mogelijke extra reistijd van een niet-gelabelde patiënt naar een alternatief ziekenhuis.

3 Analyses op macro- en microniveau

In dit hoofdstuk geven we een macrobeeld van de indeling van de patiënten over de verschillende soorten ziekenhuizen. Daarbij maken we een indeling naar UMC's (inclusief Antoni van Leeuwenhoek¹³), STZ-ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen. Vervolgens kijken we nader naar de beelden bij de individuele UMC's.

3.1 Indeling van de patiënten over de ziekenhuizen

Hieronder staat een macrobeeld van de indeling van de patiënten over de verschillende type ziekenhuizen, te weten algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen en universitaire centra. De verdeling geeft een beeld van de huidige verdeling gelabelde patiënten. Zoals aangegeven in hoofdstuk 2, kan je in onderstaande grafieken niet simpelweg de gelabelde patiënten verplaatsen naar een UMC en andersom. Daarvoor is deze methodiek niet bedoeld. Het biedt wel inzicht in de verschillen tussen de groepen¹⁴.

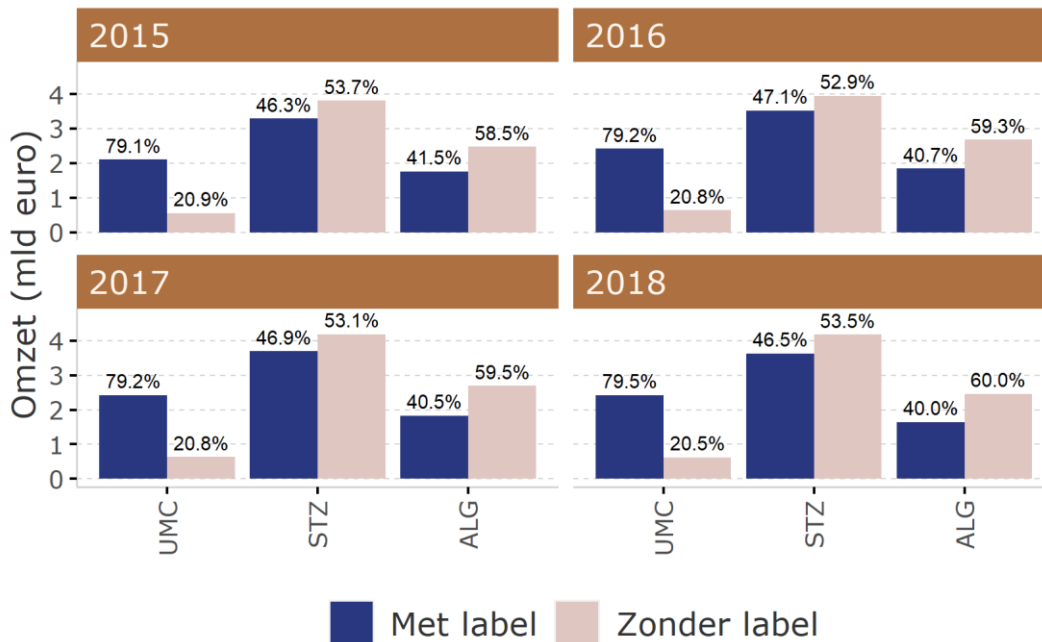


¹³ Het AvL maakt onderdeel uit van de ROBIJN-systematiek en valt zodoende ook onder de macro-analyses die we doen. Het AvL is als categorisch ziekenhuis echter niet te vergelijken met de andere UMC's.

¹⁴ Zoals eerder aangegeven dient in de conclusies van deze analyse rekening te worden gehouden met het feit dat patiënten die vanuit een UMC verwezen worden naar een STZ- of algemeen ziekenhuis of wanneer een patiënt bij twee ziekenhuizen loopt voor hetzelfde specialisme (bijvoorbeeld wanneer een UMC en algemeen ziekenhuis samenwerken) op basis van het label 'tertiaire verwijzing' een ROBIJN-label krijgen. Dit kan een vertekend beeld geven van de cijfers.

Omzet (in miljarden) met of zonder label

Per type ziekenhuis voor de jaren 2015-2018



3.2 Indeling van de patiënten over de UMC's

Totaal aantal (unieke) patiënten en omzet UMC's

In onderstaande tabel geven we de aantallen patiënten en de omzet die hierbij hoort weer van 2015 tot en met 2018¹⁵. We zien dat de patiëntenaantallen in de UMC's de afgelopen jaren ongeveer gelijk zijn gebleven. Dit geldt ook voor de omzet.

Jaar	Patiënten (in duizendtallen)	Omzet (in miljoenen euro's)
2015	884	2.783
2016	978	3.183
2017	1.018	3.192
2018 ¹⁶	962	3.189

Bron: DIS data (patiënten en bijbehorende zorgprofielen) en Vektis (bedragen)

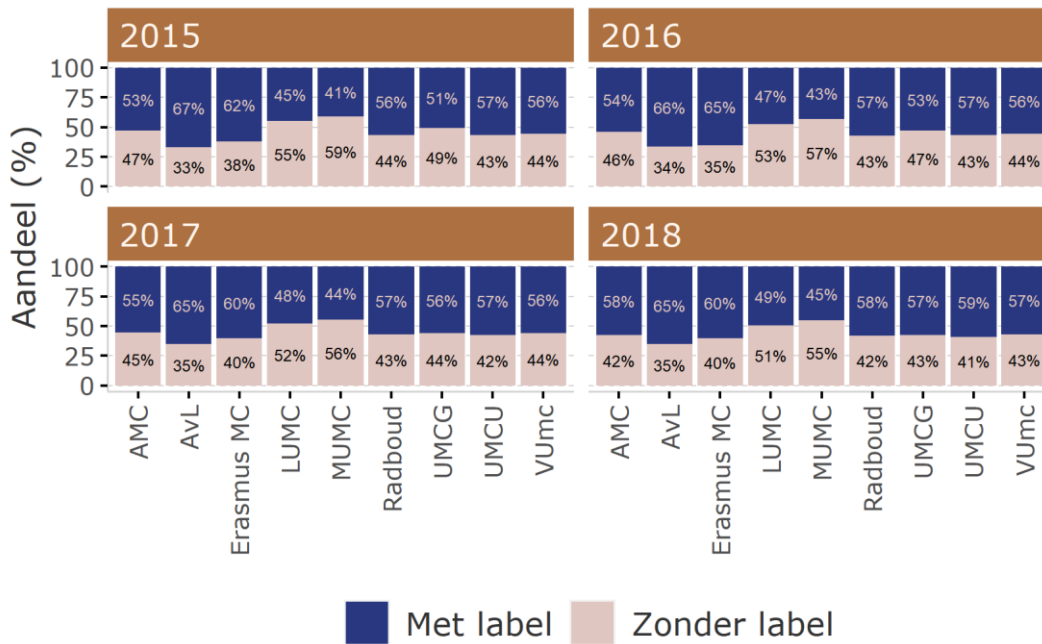
Als we nader kijken naar de individuele UMC's dan zien we het volgende.

¹⁵ De cijfers van 2015 vragen een toelichting. Vanaf 2015 is de doorlooptijd van DBC's verkort van 365 dagen naar 120 dagen. Door deze overgang viel veel zorg die begin 2015 plaatsvond nog in schadelastjaar 2014. Dit maakt 2015 een bijzonder jaar.

¹⁶ Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 is het jaar 2018 nog niet helemaal compleet. Het biedt wel een voldoende basis om de analyses op uit te voeren. Gegeven ook dat er geen grote trendmatige wijzigingen plaatsvinden ten opzichte van de jaren 2015-2017 die wel helemaal compleet zijn.

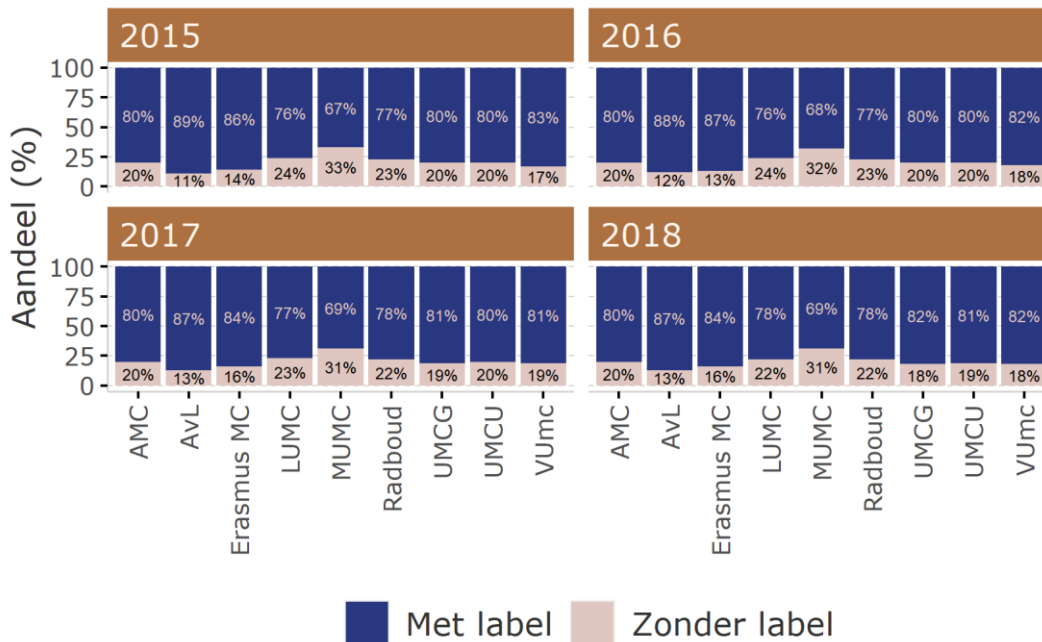
Aandeel patiënten met of zonder label

Per UMC voor de jaren 2015-2018



Relatieve omzet met en zonder label

Per UMC voor de jaren 2015-2018



De meeste UMC's laten vergelijkbare percentages gelabelde patiënten zien; meer dan de helft van de patiënten zijn gelabeld (56,1%) en vallen dus onder de noemer topreferente zorg. Uitschieter betreft het Erasmus MC met 60%. Aan de andere kant schieten het UMC in Maastricht en Leiden eruit met respectievelijk 45% en 49% als gelabelde patiënten.

De gelabelde patiënten vormen het belangrijkste gedeelte van de omzet van de UMC's en daarmee ook een belangrijk deel van de zorg die ze leveren. In 2018 is dit gemiddeld over alle UMC's 79,9%. De zorg aan niet-gelabelde patiënten is beperkter van aard. Dat betekent ook dat het eventueel verplaatsen van niet-gelabelde patiënten relatief minder impact heeft op de omzet van UMC's. Dus met relatief beperkte financiële impact mogelijk zou kunnen zijn.

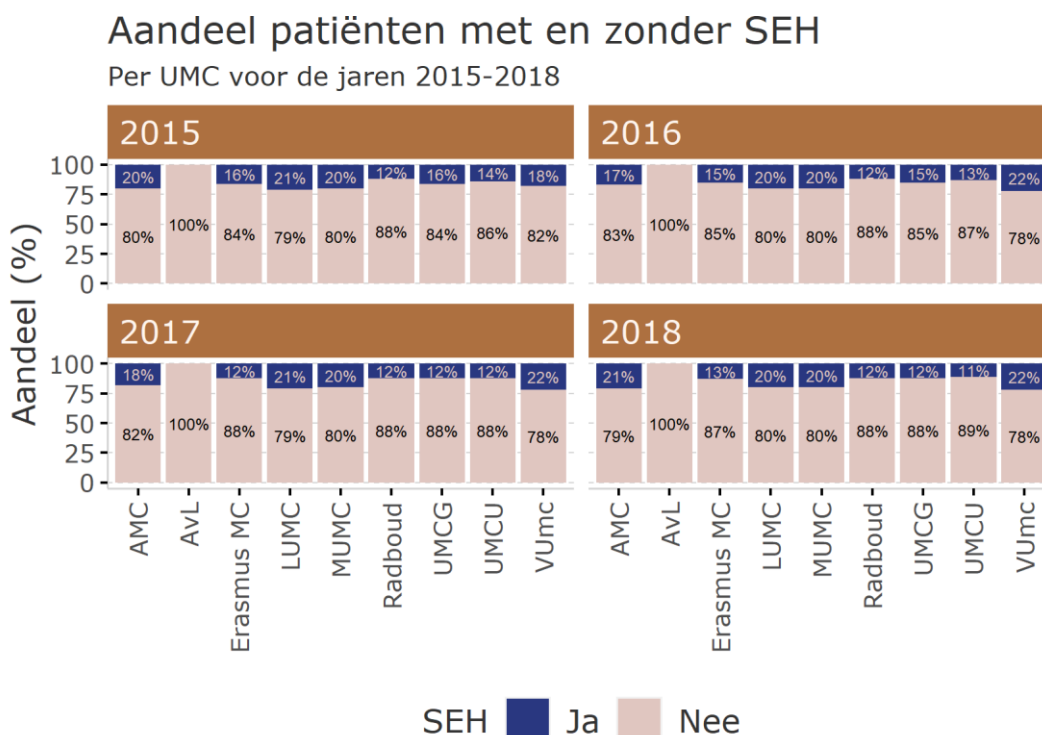
Analyse niet-gelabelde patiënten

Zoals beschreven in hoofdstuk twee doen we een nadere analyse op de niet-gelabelde patiënten. We hebben gekeken naar de volgende drie zorg-gerelateerde aandachtspunten:

1. Is er sprake van spoedzorg?
2. Is er sprake van zorg in het kader van de WBMV, trauma, NICU/PICU?
3. Is er sprake van derdelijns ggz?

We hebben deze criteria volgordelijk in kaart gebracht. De ui als het ware afgepeld. Van het totaal aantal patiënten zijn eerst de gelabelde en niet-gelabelde patiënten in kaart gebracht. Van de niet-gelabelde groep is daarna eerst de groep die valt onder spoedzorg in kaart gebracht. Vervolgens is in de overgebleven groep gekeken naar achtereenvolgens WBMV-zorg, traumazorg, derdelijns ggz en NICU/PICU.

Op basis van deze analyse concluderen we dat in op macroniveau in 2018 +/- 15,8% van de niet-gelabelde patiënten sprake is van spoedzorg.



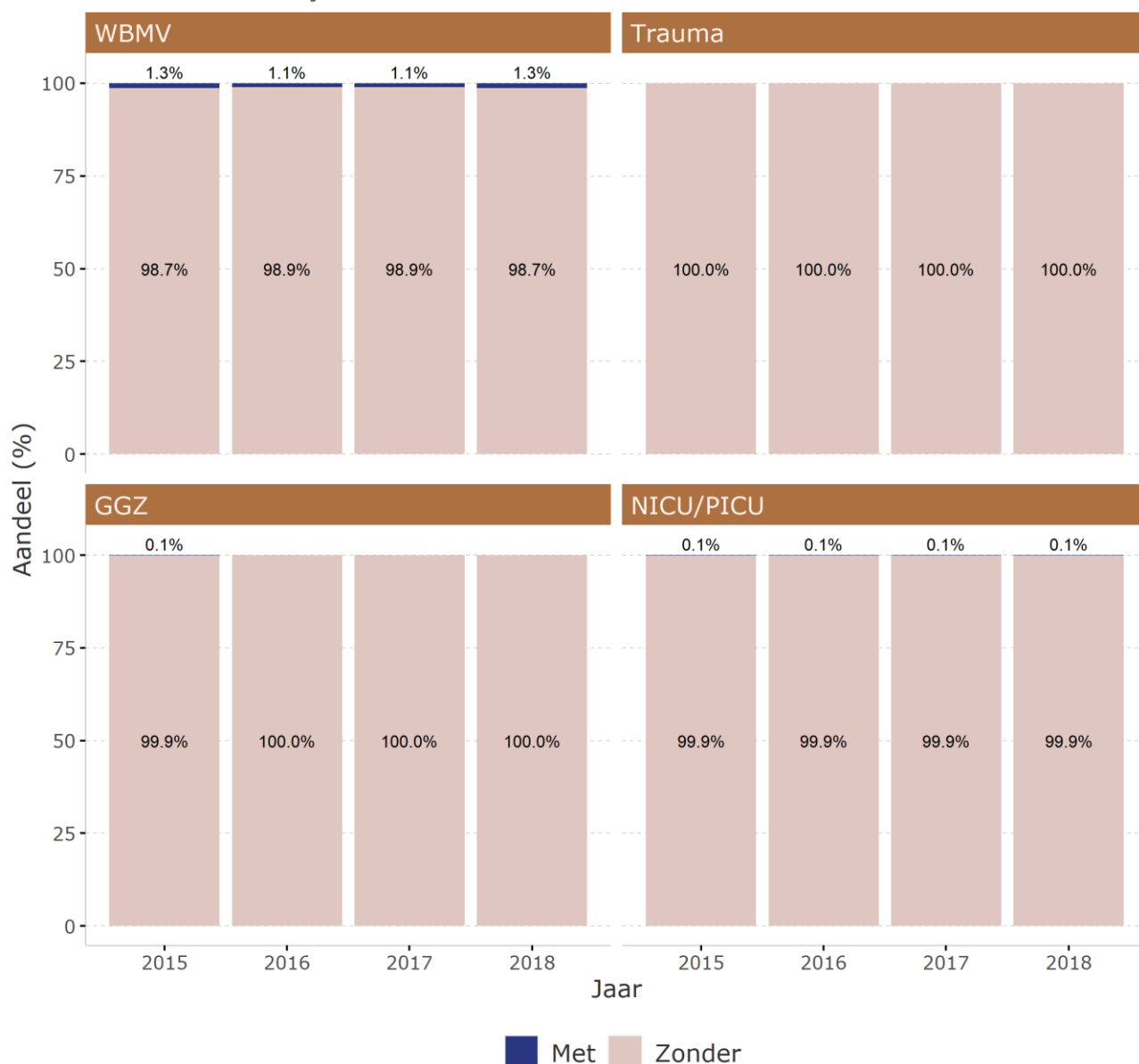
Per UMC loopt het aantal niet-gelabelde patiënten die spoedzorg heeft ontvangen uiteen. Het zou interessant zijn hier een nadere analyse naar te doen. Waarschijnlijk is er ook een alternatieve SEH in de buurt. Wellicht zijn er zorginhoudelijke afspraken in een regio die hieraan bijdragen. Maar in gesprekken met partijen komt ook naar voren dat er sprake kan zijn van gewinning om patiënten naar een bepaalde SEH te brengen of van patiënten om naar een bepaalde SEH te gaan. Hier liggen geen zorginhoudelijke redenen aan ten grondslag.

Gegeven dat een patiënt die binnenkomt op de SEH dikwijls blijft "hangen" in hetzelfde ziekenhuis, zou het binnenkomen op de "juiste SEH" een goede bijdrage kunnen leveren aan de juiste zorg op de juiste plek. Hierbij is natuurlijk de zorgvraag en gezondheid van de patiënt leidend. Afspraken in de regio en een juiste triage kunnen hieraan bijdragen. Echter is dit een ingewikkelde opgave gezien dat een uitgebreide triage pas bij aankomst gedaan kan worden. Het is de moeite waard om te kijken of hier stappen in genomen kunnen worden om te bepalen of elke patiënt met zijn of haar zorgvraag thuishoort op de spoedeisende hulp van een UMC.

De aanvullende analyse op basis van de WBMV-zorg, traumazorg, derdelijns ggz en NICU/PICU laten maar een beperkte verandering zien in het aantal niet-gelabelde patiënten. Slechts een zeer klein gedeelte van de niet-gelabelde patiënten valt onder deze categorieën, zoals is terug te zien in onderstaande figuren.

Aandeel patiënten met of zonder WBMV, Trauma, GGZ of NICU/PICU

Gehele sector voor de jaren 2015-2018



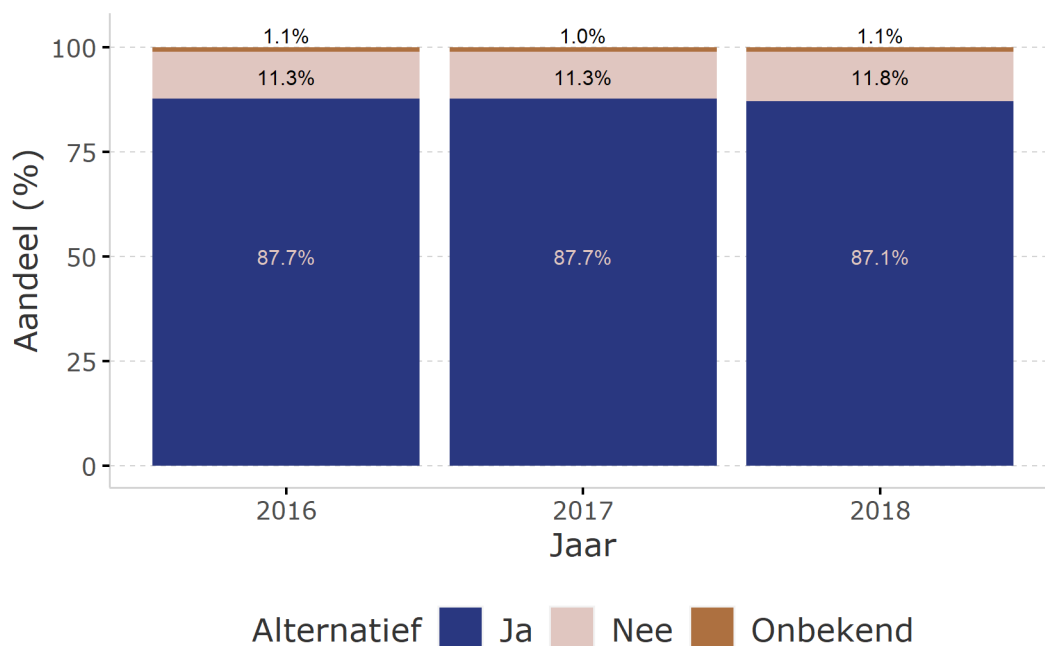
De reden dat deze percentages onder de niet-gelabelde patiënten zo klein zijn, is dat een groot gedeelte van de patiënten die dergelijke zorg ontvangen vaak al voldoen aan één van de labels en zodoende worden aangemerkt als een gelabelde patiënt. Deze patiënten zitten dan niet meer in de niet-gelabelde groep,

waarover deze analyses plaats vinden. Slechts een klein aantal patiënten voldoet niet aan de labels van de ROBIJN-systematiek, maar ontvangt wel WBMV-zorg, traumazorg, derdelijns ggz of zorg in de NICU/PICU.

Tenslotte hebben we gekeken naar de niet-gelabelde patiënten en een analyse uitgevoerd op reistijden naar het ziekenhuis. Immers, als het UMC het dichtstbijzijnde ziekenhuis is dan is er mogelijk geen passend alternatief in de buurt.

Aandeel patiënten met of zonder alternatief

Gehele sector voor de jaren 2016-2018



Op basis van onze analyse constateren we dat voor de meeste patiënten een passend alternatief, binnen 5 minuten extra reistijd, aanwezig was.¹⁷ Voor het grootste gedeelte van de niet-gelabelde patiënten geldt dat er een passend alternatief in de regio beschikbaar was. Voor een klein gedeelte, is dit niet zo. Een uitzondering vormt het UMC in Maastricht, waar minder alternatieve zorgaanbieders beschikbaar lijken te zijn voor de niet-gelabelde patiënten. Daarmee lijkt het UMC in Maastricht, meer dan andere UMC's, ook een streekfunctie te hebben.

3.3 Type zorg

Op de overgebleven groep die niet toegeschreven kan worden aan bovenstaande factoren is een verdiepingsslag gemaakt. Om welke zorg gaat het hier nu precies? We hebben gekeken naar verschillende elementen om het type zorg te identificeren, zoals het specialisme, diagnoses en het type zorgproduct. Hierin hebben we zowel gekeken naar de data op patiëntenaantallen evenals de omzet.

¹⁷ Deze analyse geeft een indicatie, maar neemt bijvoorbeeld wachttijden niet mee. Tevens gaan we er van uit dat het specialisme alle behandelingen aanbiedt. Dit is echter niet altijd het geval.

Specialisme

Top 5 specialismes 2018 o.b.v. patiëntenaantallen (in duizendtallen): (gefilterd op labels en verklarende factoren)

SPECIALISME	FREQUENTIE
Inwendige geneeskunde	113
Oogheelkunde	66
Cardiologie	59
Dermatologie	56
Gynaecologie	45

Top 5 specialismes 2018 o.b.v. omzet (in miljoenen euro's): (gefilterd op labels en verklarende factoren)

SPECIALISME	OMZET
Inwendige geneeskunde	63,6
Chirurgie	32,8
Gynaecologie	32,0
Kindergeneeskunde	28,0
Cardiologie	26,4

Een analyse van het type zorg dat overblijft wanneer we de patiënten met een label en/of een verklarende factor eruit filteren laat zien dat wanneer we kijken naar het aantal patiënten, het specialisme inwendige geneeskunde het meest aantal unieke patiënten heeft behandeld. Dit geldt ook voor de analyse op omzetsniveau. Hierin gaat het (zoals blijkt uit onderstaande analyse) voornamelijk om oncologische zorg.

Diagnoses

Top 10 diagnoses op basis van patiëntenaantallen (in duizendtallen) 2018: (gefilterd op labels en verklarende factoren)

DIAGNOSE	FREQUENTIE
Maligne neoplasme bot en weke delen	24,7
Benigne tumoren	24,1
Diabetes mellitus en overige pathologie	18,0
Maligne neoplasme urologische tumoren	17,2
Aanwezigheid van cardiale en vasculaire	14,6
Audiologie	14,0
Maligne neoplasma lymfoid en bloedvormen	13,7
Maligne neoplasma mamma	13,6

HIV	12,5
Infertiliteit	12,4

Top 10 diagnoses op basis van omzet 2018 (in miljoenen euro's): (gefilterd op labels en verklarende factoren)

DIAGNOSE	OMZET
Benigne tumoren	13,6
Maligne neoplasme urologische tumoren	12,7
Maligne neoplasma lymfoïd en bloedvormen	11,1
Bevalling	10,4
Perceptieve slechthorendheid	10,2
Maligne neoplasme bot en weke delen	10,1
Nierinsufficiëntie	8,9
Maligne neoplasma GE tumoren	8,7
Geboorte	8,7
Maligne neoplasma mamma	8,6

Wanneer we kijken naar de top 10 diagnose van patiënten die niet onder een label of overige criteria vallen, valt op dat er veel oncologische diagnoses vertegenwoordigd zijn. Dit beeld wordt breed gedragen onder de verschillende UMC's (zie ook de individuele top 10 per UMC in hoofdstuk 4). Dit beeld geldt voor zowel patiëntenaantallen als op basis van omzet. In de top 10 gaat het om iets meer dan 94.000 niet-gelabelde patiënten en ongeveer 66 miljoen omzet. Tevens zien we op omzet dat zorg rondom geboorte en bevallingen goed vertegenwoordigd is. In de patiëntenaantallen zien we deze zorg niet in de top 10 terug. Andersom geldt het juist voor diabetes zorg. Deze diagnose komt vaak voor en staat zodoende ook in de top 10 van patiëntenaantallen. Qua omzet komt het echter niet in de top 10 voor. Het betreft relatief goedkopere zorg. Voor audiologie merken we op dat de ROBIJN-systematiek voor deze diagnose niet goed werkt voor het aanwijzen van topreferente zorg. Audiologie zit op dit moment het niet in de ROBIJN-systematiek. Dat verklaart de hoge aantallen op deze diagnosegroep.

Zorgproducten

Als laatste kijken we binnen de overgebleven groep naar de gedeclareerde zorgproducten. Wat opvalt, is dat in de top 15 van gedeclareerde zorgproducten, 12 zorgproducten bestaan uit enkele (of korte) consulten. Het betreft hier naar alle waarschijnlijkheid een kortdurende behandeling, waarna de zorg aan de patiënt in het UMC is afgerond. Bijvoorbeeld vanwege een (terug)verwijzing of het verdwijnen van de klachten. Een andere optie is dat het hier nacontrole betreft, wanneer in het verleden een (intensiever) traject heeft plaatsgevonden.

ZORGPRODUCT	FREQUENTIE (in duizendtallen)	OMSCHRIJVING CONSUMENT
131999206	14,2	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening

29499039	14,2	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij huidkanker of voortekenen daarvan
11301009	10,8	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)
79799020	8,6	Injectie met medicijnen in het glasvocht bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog
131999190	8,4	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand tijdens vervolcontact bij een gewrichtsontsteking als gevolg van reuma (reumatoïde artritis)
40201013	8,4	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij diabetes (suikerziekte)
990027198	7,6	Consult(en) en/of behandeling door revalidatiearts en/of een of meerdere zorgverleners tot maximaal 4 behandeluren bij revalidatiebehandeling
991900019	7,5	Onderzoek of -behandeling van het gehoor - meer dan 1 uur bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis
89999087	7,2	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ontsteking van de gehoorgang/ het middenoor
990004009	6,6	Consult op de polikliniek bij / door een plastisch chirurg
28999040	6,5	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ziekte waarbij het lichaam teveel rode bloedcellen, witte bloedcellen of bloedplaatjes aanmaakt
990356076	6,0	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een aangeboren afwijking of andere aandoening (bij kind)
79799027	5,9	1 polikliniekbezoek/ consultatie op afstand met diagnostisch onderzoek bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog
70601015	5,7	1 polikliniekbezoek/ consultatie op afstand met diagnostisch onderzoek bij een verhoogde oogdruk
120301010	5,4	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij huidontsteking of eczeem

Dezelfde analyse op omzetsniveau geeft een zeer divers beeld van type zorgproducten weer (zie onderstaande tabel - top 15).

ZORGPRODUCT	OMZET (in miljoenen euro's)	OMSCHRIJVING CONSUMENT
11301009	6,8	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)
89999100	5,8	Enkelzijdig vervangen van de processor van een geluidsversterkend implantaat bij doofheid van het binnenoor
159899019	4,2	Begeleiding van een spontane bevalling bij een bevalling
990017045	3,9	Behandeling van pasgeborene met maximaal 5 verpleegdagen (neonatologie)

79799020	3,7	Injectie met medicijnen in het glasvocht bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog
131999206	3,5	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
990061072	3,5	3-D (3 Dimensionale) radiotherapie (bestraling)
159899007	3,3	Keizersnede bij een bevalling
29099007	3,3	Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van het ademhalingsstelsel of van andere organen in de borstkas
20107008	3,1	Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij borstkanker
140301007	3,0	Filteren van het bloed door een kunstnier (dialyse) met 1 tot maximaal 3 dialyses per week bij nierfalen
131999052	2,4	Inbrengen van een heupprothese tijdens een ziekenhuisopname bij slijtage van de heup
991900019	2,4	Onderzoek of -behandeling van het gehoor - meer dan 1 uur bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis
70401008	2,3	Staaroperatie bij een ziekte van de ooglenzen
131999104	2,3	Inbrengen van een knieprothese tijdens een ziekenhuisopname bij slijtage van de knie

3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk presenteren we onze analyses op basis van de ROBIJN-systematiek. We constateren dat er verschillen in type zorg bestaan tussen UMC's, STZ- en algemene ziekenhuizen. Dit is in het bijzonder terug te zien wanneer wordt gekeken naar de omzet. Daaruit valt op te maken dat de inzet van middelen in bijvoorbeeld UMC's voor ongeveer 80% gericht is op gelabelde patiënten. Over de jaren heen blijft dit percentage ongeveer gelijk. Het overige deel van de middelen wordt ingezet op de groep niet-gelabelde patiënten. Wanneer alleen wordt gekeken naar de patiëntenaantallen, zijn de verschillen kleiner namelijk van 47,2 naar 44,3%.

Verder constateren we dat het toevoegen van overige criteria aan de analyse (trauma, NICU/PICU, WBMV en derdelijns ggz) nauwelijks effect heeft. Het toevoegen van het criterium SEH-zorg zorgt wel voor een forse verschuiving op de omzet. Het is interessant om daar nader naar te kijken. We delen met UMC's de beoordeling dat het lastig is om patiënten die binnen komen op de SEH te verwijzen naar een ander ziekenhuis. Dit komt de patiënt hoogstwaarschijnlijk niet ten goede. Tegelijk zien we in de reistijdanalyse dat er vaak een alternatief ziekenhuis in de buurt aanwezig is. Bovendien wordt onder de geconsulteerde partijen breed gedeeld dat een deel van de acute zorgvraag blijft "hangen" nadat de patiënt is behandeld. Daarom is het belangrijk om in de regio te kijken waar iemand binnen komt met een acute zorgvraag. In lijn met de uitgangspunten van de juiste zorg op de juiste plek zou dit het liefst in de eerste lijn, anders in de tweede lijn en als het echt moet in de derde lijn moeten plaatsvinden. Een goede triage en heldere afspraken binnen de regio zijn daarvoor noodzakelijk.

Als laatste hebben we gekeken naar reistijd, met de vraag of er alternatieve ziekenhuizen in de buurt zijn. Een beperkt deel van de patiënten heeft geen alternatief ziekenhuis binnen 5-minuten extra reistijd. Voor hen zou het weren van deze patiënt mogelijk (aanzienlijk) meer reistijd betekenen, wanneer zij naar een niet UMC zouden moeten gaan. Uitzondering is het UMC in Maastricht, waar een groter aantal patiënten geen alternatief ziekenhuis in de buurt heeft. Dat bevestigt wat ook in de gesprekken met de UMC's naar voren is gekomen, dat UMC Maastricht ook ten dele een streekziekenhuis functie heeft.

In het volgende hoofdstuk presenteren we de data per UMC en geven hier kwalitatieve duiding aan.

4 UMC factsheets

In dit hoofdstuk presenteren we per UMC een factsheet met de voor hen relevante data. Deze data is aan hen voorgelegd. Zij hebben hierop een reactie gegeven en deze reactie is integraal meegenomen in de bijlagen. Deze factsheets zien we als 0-meting voor de komende jaren en vormen zo de basis voor de komende jaren om onze monitor op uit te voeren. Het kan zijn dat we naar aanleiding van nieuwe inzichten en verbeteringen in de data in overleg met de partijen de factsheets verder te ontwikkelen en/of uit te breiden. In de laatste paragraaf bespreken we de trends en ontwikkelingen.

Zorg die het AMC uitvoert

De cijfers op een rij

Juli 2020

Omzet en patiëntaantallen per jaar (2015 - 2018)

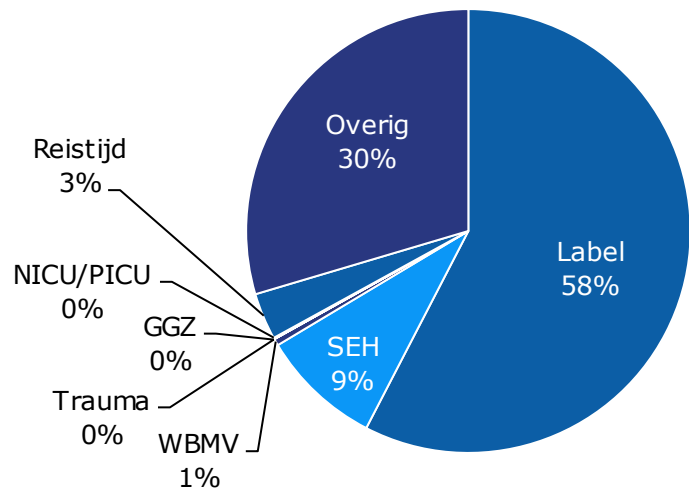
	Omzet (€)	Patiëntaantallen (totaal)	Patiëntaantallen (met label)	Patiëntaantallen (zonder label)	Verhouding (%)
2015	296.480.000	108.000	57.000	51.000	53/47
2016	338.282.000	114.000	62.000	53.000	54/46
2017	351.184.000	117.000	65.000	52.000	55/45
2018	326.342.000	114.000	66.000	48.000	58/42

Alle aantallen en bedragen zijn afgerond op duizendtallen.

Omzet is gebaseerd op DBC-zorgproducten en dus niet op overige zorgproducten zoals dure geneesmiddelen en IC-dagen.

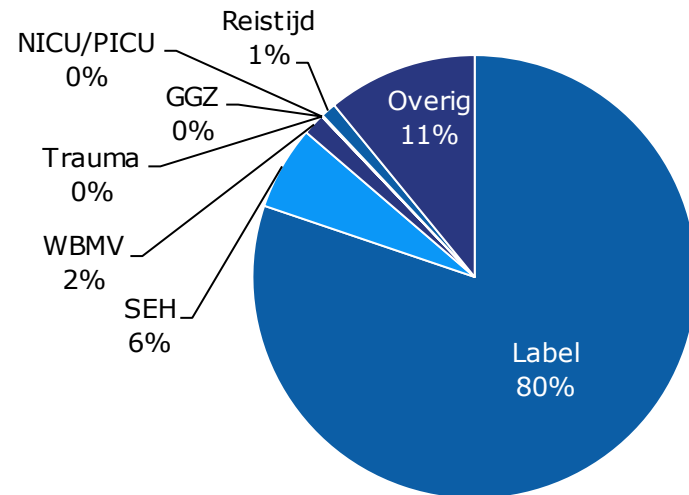
Overzicht op basis van patiëntaantallen

In dit cirkeldiagram wordt voor het aantal patiënten in kaart gebracht welk aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Overzicht op basis van omzet

Hieronder een figuur waarin voor de omzet in kaart wordt gebracht welk aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Verklarende factoren

Wat voor type zorg is het, die niet bij de academische instelling verklaard kan worden middels label of ander onderzoek criteria? Voor deze analyse hebben we enkel gekeken naar het jaar 2018, voor het aandeel in de patiëntaantallen en de omzet.

Top 10 diagnoses op basis van patiëntaantallen

Diagnose
HIV
Ziekte Crohn/ colitis ulcerosa
Benigne tumoren
Aanwezigheid van cardiale en vasculaire
Audiologie
Hartaandoening overig
Infertiliteit
Maligne neoplasme urologische tumoren
Stofwisselingsstoornissen-overig
Diabetes mellitus en overige pathologie

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 diagnoses op basis van omzet

Diagnose
HIV
Ziekte Crohn/ colitis ulcerosa
Benigne tumoren
Aanwezigheid van cardiale en vasculaire
Audiologie
Hartaandoening overig
Infertiliteit
Maligne neoplasme urologische tumoren
Stofwisselingsstoornissen-overig
Diabetes mellitus en overige pathologie

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van patiëntaantallen

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
11301009	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
990027198	Consult(en) en/of behandeling door revalidatiearts en/of een of meerdere zorgverleners tot maximaal 4 behandeluren bij revalidatiebehandeling
89999087	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ontsteking van de gehoorgang/ het middenoor
40201013	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij diabetes (suikerziekte)
49799024	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ziekte van de stofwisseling
990356076	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een aangeboren afwijking of andere aandoening (bij kind)
990004009	1 polikliniekbezoek/ consultatie op afstand i.v.m. plastische chirurgie
28999040	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ziekte waarbij het lichaam teveel rode bloedcellen, witte bloedcellen of bloedplaatjes aanmaakt
991900019	Onderzoek of -behandeling van het gehoor - meer dan 1 uur bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van omzet

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
11301009	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)
159899019	Begeleiding van een spontane bevalling bij een bevalling
119899031	Meer dan 1 dagbehandelingen bij een chronische ontsteking van de dikke darm (ziekte van Crohn)
990061072	3-D (3 Dimensionale) radiotherapie (bestraling)
119499041	Operatie bij aambeien/ overige goedaardige aandoeningen van/ rondom de anus
29099007	Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van het ademhalingsstelsel of van andere organen in de borstkas
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
28999040	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ziekte waarbij het lichaam teveel rode bloedcellen, witte bloedcellen of bloedplaatjes aanmaakt
89999100	Enkelzijdig vervangen van de processor van een geluidsversterkend implantaat bij doofheid van het binnenoer
159899007	Keizersnede bij een bevalling

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Zorg die het Erasmus MC uitvoert

De cijfers op een rij

Juli 2020

Omzet en patiëntaantallen per jaar (2015 - 2018)

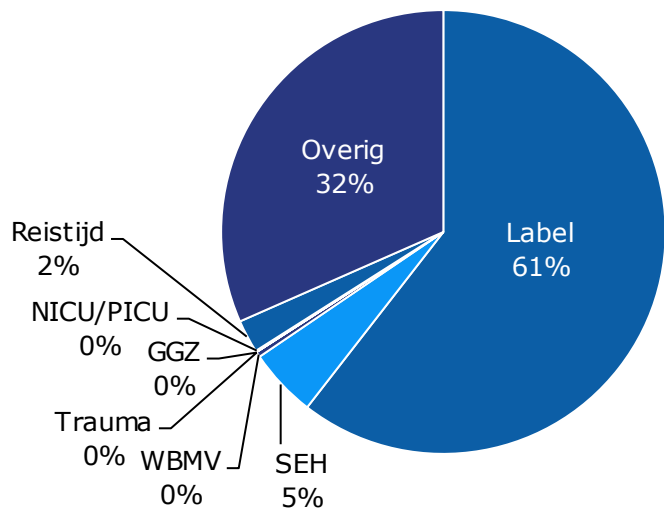
	Omzet (€)	Patiëntaantallen (totaal)	Patiëntaantallen (met label)	Patiëntaantallen (zonder label)	Verhouding (%)
2015	462.885.000	137.000	85.000	52.000	62/38
2016	563.303.000	167.000	109.000	58.000	65/35
2017	515.870.000	154.000	93.000	61.000	60/40
2018	515.648.000	157.000	95.000	62.000	60/40

Alle aantallen en bedragen zijn afgerond op duizendtallen.

Omzet is gebaseerd op DBC-zorgproducten en dus niet op overige zorgproducten zoals dure geneesmiddelen en IC-dagen.

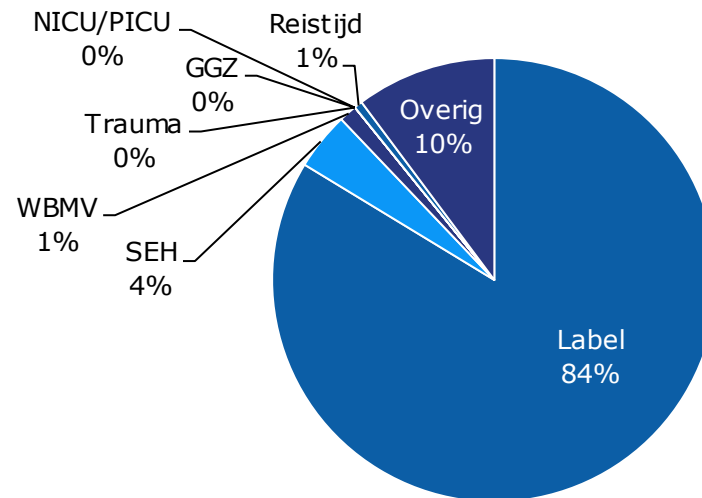
Overzicht op basis van patiëntaantallen

In dit cirkeldiagram wordt voor het aantal patiënten in kaart gebracht welk aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Overzicht op basis van omzet

Hieronder een figuur waarin voor de omzet in kaart wordt gebracht welk aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Verklarende factoren

Wat voor type zorg is het, die niet bij de academische instelling verklaard kan worden middels label of ander onderzoek criteria? Voor deze analyse hebben we enkel gekeken naar het jaar 2018, voor het aandeel in de patiëntaantallen en de omzet.

Top 10 diagnoses op basis van patiëntaantallen

Diagnose
Maligne neoplasme bot en weke delen
HIV
Benigne tumoren
Nierinsufficiëntie
Overige aandoeningen botspierstelsel/bin
Infertiliteit
Maligne neoplasma lymfoid en bloedvormen
Audiologie
Stofwisselingsstoornissen-overig
Dermatitis/eczeem

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 diagnoses op basis van omzet

Diagnose
Maligne neoplasme bot en weke delen
Nierinsufficiëntie
HIV
Maligne neoplasma lymfoid en bloedvormen
Pijn overig
Benigne tumoren
Maligne neoplasma GE tumoren
Geboorte
Overige aandoeningen botspierstelsel/bin
Ziekte Crohn/ colitis ulcerosa

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van patiëntaantallen

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
11301009	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)
29499039	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij huidkanker of voortekenen daarvan
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
990356076	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een aangeboren afwijking of andere aandoening (bij kind)
79799020	Injectie met medicijnen in het glasvocht bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog
120301010	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij huidontsteking of eczeem
89999087	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ontsteking van de gehoorgang/ het middenoor
49799024	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ziekte van de stofwisseling
991900019	Onderzoek of -behandeling van het gehoor - meer dan 1 uur bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis
131999228	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ziekte van botspierstelsel

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van omzet

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
11301009	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)
990061072	3-D (3 Dimensionale) radiotherapie (bestraling)
140301007	Filteren van het bloed door een kunstnier (dialyse) met 1 tot maximaal 3 dialyses per week bij nierfalen
29499002	Mohs-microchirurgie (laag voor laag wegnemen en onderzoeken van tumorweefsel) bij huidkanker of voortekenen daarvan
89999100	Enkelzijdig vervangen van de processor van een geluidsversterkend implantaat bij doofheid van het binnenoor
29099007	Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van het ademhalingsstelsel of van andere organen in de borstkas
990017045	Behandeling van pasgeborene met maximaal 5 verpleegdagen (neonatologie)
990089022	Vervangen van een pijnbestrijdingsapparaat dat elektrische prikkels geeft bij pijnbestrijding
979002321	Nazorg na orgaantransplantatie met maximaal 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand
990017044	Behandeling van pasgeborene met maximaal 5 verpleegdagen na een keizersnede (neonatologie)

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Zorg die het LUMC uitvoert

De cijfers op een rij

Juli 2020

Omzet en patiëntaantallen per jaar (2015 - 2018)

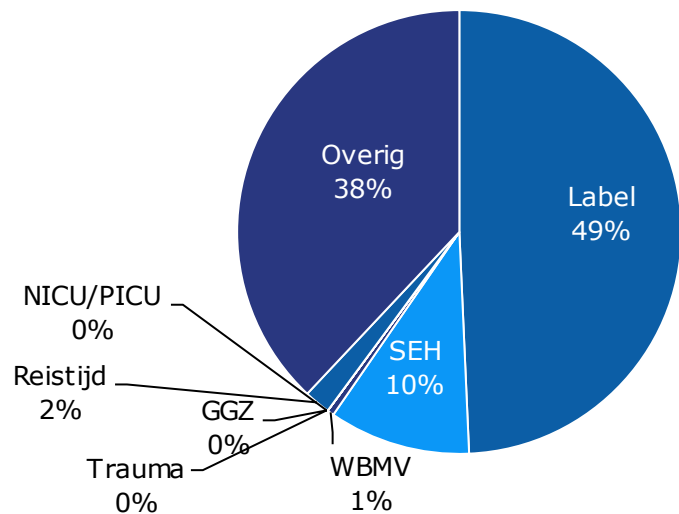
	Omzet (€)	Patiëntaantallen (totaal)	Patiëntaantallen (met label)	Patiëntaantallen (zonder label)	Verhouding (%)
2015	267.791	100	45	55	45/55
2016	302.624	113	54	60	47/53
2017	318.103	115	55	60	48/52
2018	323.176	114	56	58	49/51

Alle aantallen en bedragen zijn afgerond op duizendtallen.

Omzet is gebaseerd op DBC-zorgproducten en dus niet op overige zorgproducten zoals dure geneesmiddelen en IC-dagen.

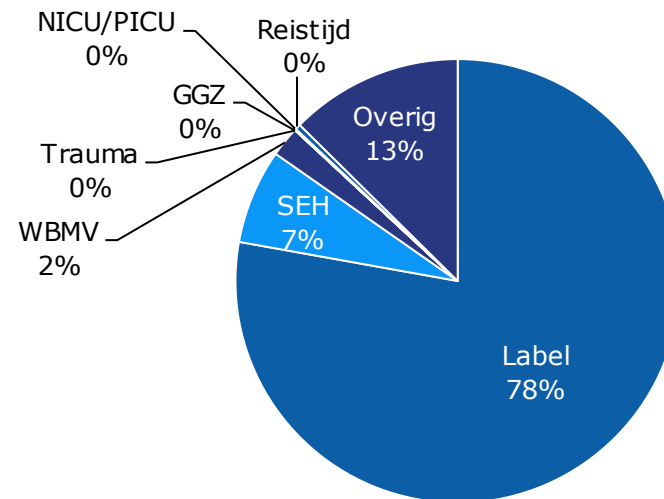
Overzicht op basis van patiëntaantallen

In dit cirkeldiagram wordt voor het aantal patiënten in kaart gebracht welke aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Overzicht op basis van omzet

Hieronder een figuur waarin voor de omzet in kaart wordt gebracht welk aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Verklarende factoren

Wat voor type zorg is het, die niet bij de academische instelling verklaard kan worden middels label of ander onderzocht criteria? Voor deze analyse hebben we enkel gekeken naar het jaar 2018, voor het aandeel in de patiëntaantallen en de omzet.

Top 10 diagnoses op basis van patiëntaantallen

Diagnose
Benigne tumoren
Aanwezigheid van cardiale en vasculaire
Maligne neoplasme bot en weke delen
Diabetes mellitus en overige pathologie
Artritis overig
Maculapathologie
Reumatoïde artritis, reuma
Pijn overig
Maligne neoplasme urologische tumoren
Ziekte Crohn/ colitis ulcerosa

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 diagnoses op basis van omzet

Diagnose
Benigne tumoren
Geboorte
Bevalling
Perceptieve slechthorendheid
Maligne neoplasma lymfoid en bloedvormen
Maligne neoplasme urologische tumoren
Ziekte Crohn/ colitis ulcerosa
Aanwezigheid van cardiale en vasculaire
Nierinsufficiëntie
Maligne neoplasme bot en weke delen

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van patiëntaantallen

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
29499039	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij huidkanker of voortekenen daarvan
79799020	Injectie met medicijnen in het glasvocht bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog
131999190	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand tijdens vervolgcontact bij een gewrichtsontsteking als gevolg van reuma (reumatoïde artritis)
219699016	Diagnostiek/ ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij de nazorg na inbrengen van inwendige defibrillator (ICD) of het dragen van uitwendige defibrillator (LifeVest)
131999208	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
79799027	1 polikliniekbezoek/ consultatie op afstand met diagnostisch onderzoek bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog
219699008	Diagnostiek/ ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij de nazorg na hartoperatie/ dotteren
40201013	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij diabetes (suikerziekte)
219699014	Diagnostiek/ ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij de nazorg na hartafwijking en/of ingreep

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van omzet

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
990017045	Behandeling van pasgeborene met maximaal 5 verpleegdagen (neonatologie)
89999100	Enkelzijdig vervangen van de processor van een geluidsversterkend implantaat bij doofheid van het binnenoor
79799020	Injectie met medicijnen in het glasvocht bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog
159899019	Begeleiding van een spontane bevalling bij een bevalling
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
131999190	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand tijdens vervolgcontact bij een gewrichtsontsteking als gevolg van reuma (reumatoïde artritis)
159899007	Keizersnede bij een bevalling
131999208	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
11301009	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)
28899033	Onderzoek of behandeling van het maagdarmkanaal bij een goedaardig of kwaadaardig gezwel of poliep van het spijsverteringsstelsel

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Zorg die het Maastricht UMC uitvoert

De cijfers op een rij

Juli 2020

Omzet en patiëntaantallen per jaar (2015 - 2018)

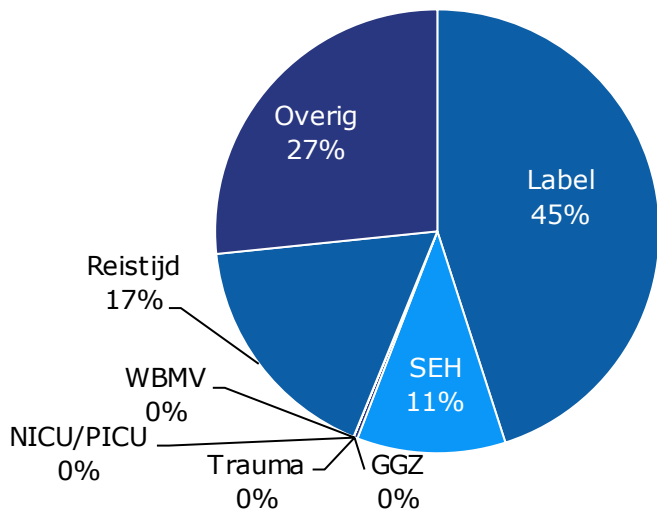
	Omzet (€)	Patiëntaantallen (totaal)	Patiëntaantallen (met label)	Patiëntaantallen (zonder label)	Verhouding (%)
2015	287.067.000	104.000	42.000	61.000	41/59
2016	322.306.000	112.000	48.000	64.000	43/57
2017	324.468.000	113.000	50.000	63.000	44/56
2018	332.201.000	114.000	51.000	62.000	45/55

Alle aantallen en bedragen zijn afgerond op duizendtallen.

Omzet is gebaseerd op DBC-zorgproducten en dus niet op overige zorgproducten zoals dure geneesmiddelen en IC-dagen.

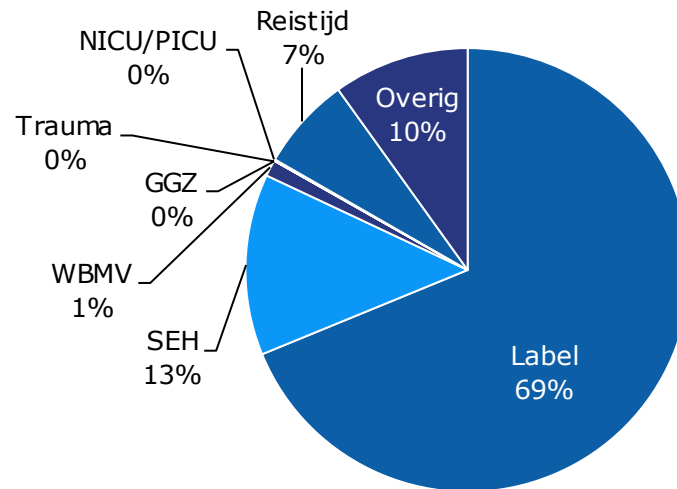
Overzicht op basis van patiëntaantallen

In dit cirkeldiagram wordt voor het aantal patiënten in kaart gebracht welk aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Overzicht op basis van omzet

Hieronder een figuur waarin voor de omzet in kaart wordt gebracht welk aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Verklarende factoren

Wat voor type zorg is het, die niet bij de academische instelling verklaard kan worden middels label of ander onderzocht criteria? Voor deze analyse hebben we enkel gekeken naar het jaar 2018, voor het aandeel in de patiëntaantallen en de omzet.

Top 10 diagnoses op basis van patiëntaantallen

Diagnose
Maligne neoplasme bot en weke delen
Benigne tumoren
Aanwezigheid van cardiale en vasculaire
Nierinsufficiëntie
Geen DRG
Cataract
Glaucoom
Overige aandoeningen botspierstelsel/bin
Diabetes mellitus en overige pathologie
Maculopathologie

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 diagnoses op basis van omzet

Diagnose
Benigne tumoren
Nierinsufficiëntie
Geboorte
Maligne neoplasme bot en weke delen
Cataract
Maligne neoplasme urologische tumoren
Artrose knie
P.A.O.D. Atherosclerose van arteri
Overige aandoeningen botspierstelsel/bin
Perceptieve slechthorendheid

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van patiëntaantallen

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
29499039	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij huidkanker of voortekenen daarvan
29499021	Een tot 2 operatie(s) bij huidkanker of voortekenen daarvan
70601015	1 polikliniekbezoek/ consultatie op afstand met diagnostisch onderzoek bij een verhoogde oogdruk
79799027	1 polikliniekbezoek/ consultatie op afstand met diagnostisch onderzoek bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog
131999228	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ziekte van botspierstelsel
99899003	Chirurgische teambespreking en/of polikliniekbezoek/ consultatie op afstand bij een ziekte van het hart
40201013	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij diabetes (suikerziekte)
131999190	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand tijdens vervolgcontact bij een gewrichtsontsteking als gevolg van reuma (reumatoïde artritis)
79799020	Injectie met medicijnen in het glasvocht bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van omzet

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
131999104	Inbrengen van een knieprothese tijdens een ziekenhuisopname bij slijtage van de knie
131999052	Inbrengen van een heupprothese tijdens een ziekenhuisopname bij slijtage van de heup
140301007	Filteren van het bloed door een kunstnier (dialyse) met 1 tot maximaal 3 dialyses per week bij nierfalen
70401008	Staaroperatie bij een ziekte van de ooglens
11301009	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)
29499021	Een tot 2 operatie(s) bij huidkanker of voertekenen daarvan
990017045	Behandeling van pasgeborene met maximaal 5 verpleegdagen (neonatologie)
990017046	Behandeling van pasgeborene met 6 tot maximaal 20 verpleegdagen (neonatologie)
89999100	Enkelzijdig vervangen van de processor van een geluidsversterkend implantaat bij doofheid van het binnenoor
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Zorg die het Radboud UMC uitvoert

De cijfers op een rij

Juli 2020

Omzet en patiëntaantallen per jaar (2015 - 2018)

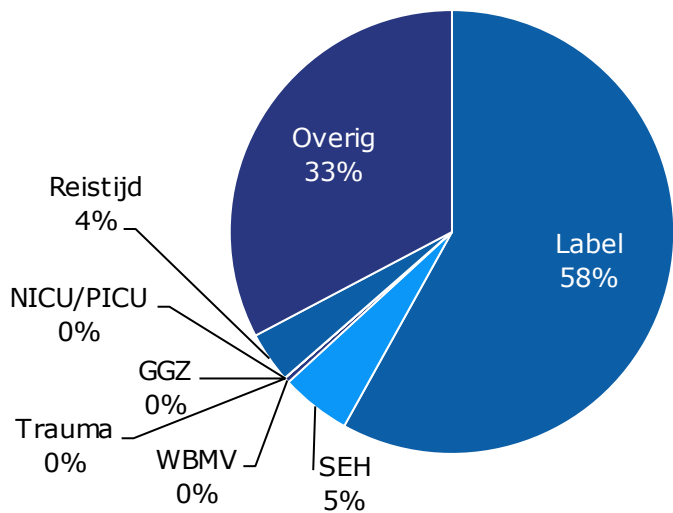
	Omzet (€)	Patiëntaantallen (totaal)	Patiëntaantallen (met label)	Patiëntaantallen (zonder label)	Verhouding (%)
2015	349.599.000	122.000	69.000	53.000	56/44
2016	394.824.000	134.000	77.000	58.000	57/43
2017	395.452.000	134.000	77.000	57.000	57/43
2018	394.923.000	133.000	77.000	56.000	58/42

Alle aantallen en bedragen zijn afgerond op duizendtallen.

Omzet is gebaseerd op DBC-zorgproducten en dus niet op overige zorgproducten zoals dure geneesmiddelen en IC-dagen.

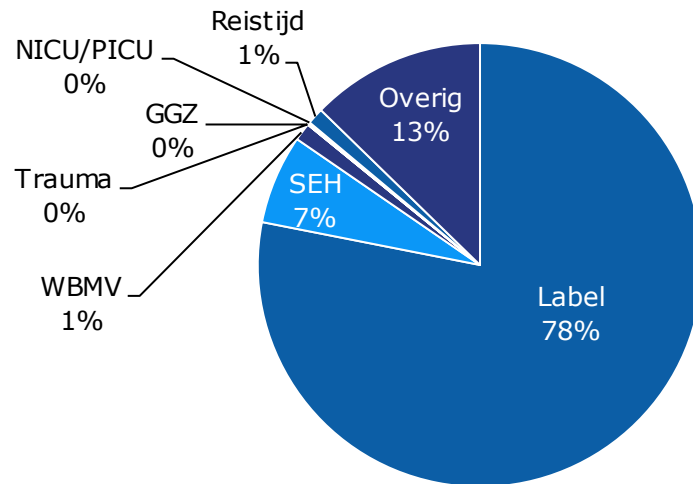
Overzicht op basis van patiëntaantallen

In dit cirkeldiagram wordt voor het aantal patiënten in kaart gebracht welke aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Overzicht op basis van omzet

Hieronder een figuur waarin voor de omzet in kaart wordt gebracht welk aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Verklarende factoren

Wat voor type zorg is het, die niet bij de academische instelling verklaard kan worden middels label of ander onderzocht criteria? Voor deze analyse hebben we enkel gekeken naar het jaar 2018, voor het aandeel in de patiëntaantallen en de omzet.

Top 10 diagnoses op basis van patiëntaantallen

Diagnose
Maligne neoplasme bot en weke delen
Benigne tumoren
Maligne neoplasme urologische tumoren
Audiologie
Diabetes mellitus en overige pathologie
Infertiliteit
Maligne neoplasma lymfoid en bloedvormen
Aanwezigheid van cardiale en vasculaire
Ziekte Crohn/ colitis ulcerosa
Psoriasis

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 diagnoses op basis van omzet

Diagnose
Maligne neoplasme urologische tumoren
Benigne tumoren
Perceptieve slechthorendheid
Maligne neoplasme bot en weke delen
Maligne neoplasma lymfoïd en bloedvormen
Bevalling
Nierinsufficiëntie
Audiologie
Maligne neoplasma GE tumoren
Infertiliteit

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van patiëntaantallen

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
29499039	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij huidkanker of voortekenen daarvan
991900019	Onderzoek of -behandeling van het gehoor - meer dan 1 uur bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
40201013	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij diabetes (suikerziekte)
120401010	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een huidaandoening met bultjes en schilfers
990004009	1 polikliniekbezoek/ consultatie op afstand i.v.m. plastische chirurgie
29499021	Een tot 2 operatie(s) bij huidkanker of voortekenen daarvan
131999190	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand tijdens vervolgcontact bij een gewrichtsontsteking als gevolg van reuma (reumatoïde artritis)
972804020	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij verminderde vruchtbaarheid man
990027198	Consult(en) en/of behandeling door revalidatiearts en/of een of meerdere zorgverleners tot maximaal 4 behandeluren bij revalidatiebehandeling

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van omzet

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
89999100	Enkelzijdig vervangen van de processor van een geluidsversterkend implantaat bij doofheid van het binnenoor
159899019	Begeleiding van een spontane bevalling bij een bevalling
20109023	Uitgebreide diagnostiek bij prostaatkanker
89999059	Plaatsen van implantaat voor botverankerd hoortoestel en/of plaatsen van koppelstuk op het implantaat en/of plaatsen of vervangen van een botverankerd hoortoestel bij ontsteking gehoorgang/ middenoor
131999052	Inbrengen van een heupprothese tijdens een ziekenhuisopname bij slijtage van de heup
991900019	Onderzoek of -behandeling van het gehoor - meer dan 1 uur bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
159899007	Keizersnede bij een bevalling
11301009	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)
20109037	Kijkoperatie in de buikholte en/of wegbranden van weefsel tijdens een ziekenhuisopname bij prostaatkanker

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Zorg die het UMCG uitvoert

De cijfers op een rij

Juli 2020

Omzet en patiëntaantallen per jaar (2015 - 2018)

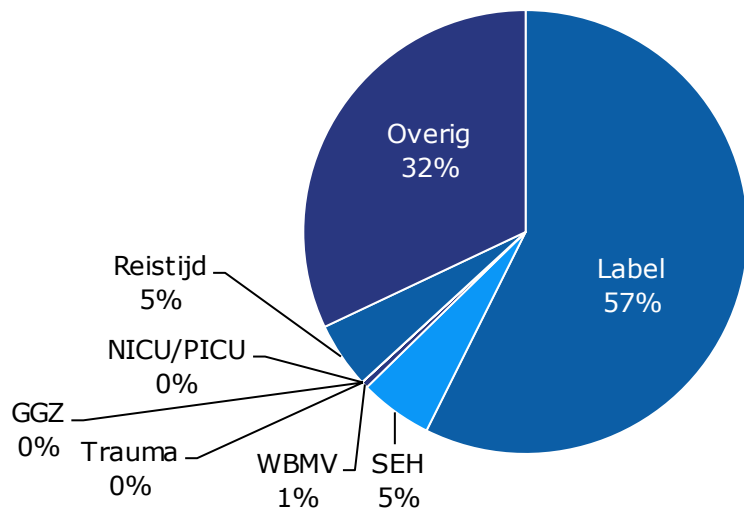
	Omzet (€)	Patiëntaantallen (totaal)	Patiëntaantallen (met label)	Patiëntaantallen (zonder label)	Verhouding (%)
2015	356.943	117	59	58	51/49
2016	439.989	134	71	63	53/47
2017	439.373	180	101	79	56/44
2018	440.452	127	73	54	57/43

Alle aantallen en bedragen zijn afgerond op duizendtallen.

Omzet is gebaseerd op DBC-zorgproducten en dus niet op overige zorgproducten zoals dure geneesmiddelen en IC-dagen.

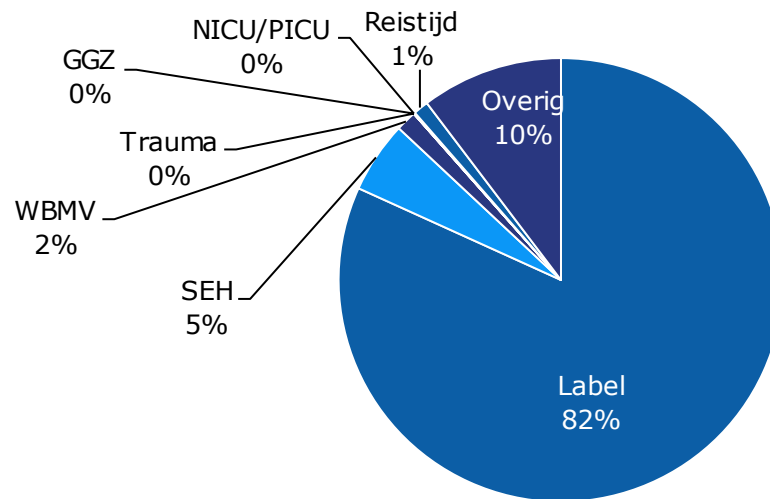
Overzicht op basis van patiëntaantallen

In dit cirkeldiagram wordt voor het aantal patiënten in kaart gebracht welke aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Overzicht op basis van omzet

Hieronder een figuur waarin voor de omzet in kaart wordt gebracht welk aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Verklarende factoren

Wat voor type zorg is het, die niet bij de academische instelling verklaard kan worden middels label of ander onderzocht criteria? Voor deze analyse hebben we enkel gekeken naar het jaar 2018, voor het aandeel in de patiëntaantallen en de omzet.

Top 10 diagnoses op basis van patiëntaantallen

Diagnose
Maligne neoplasme bot en weke delen
Diabetes mellitus en overige pathologie
Audiologie
Maculapathologie
Aanwezigheid van cardiale en vasculaire
Maligne neoplasma lymfoïd en bloedvormen
Benigne tumoren
Glaucoom
Overige aandoeningen botspierstelsel/bin
Hartaandoening overig

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 diagnoses op basis van omzet

Diagnose
Revalidatiegeneeskunde overig
Pijn overig
Maligne neoplasma lymfoid en bloedvormen
Overige aandoeningen botspierstelsel/bin
Maligne neoplasme bot en weke delen
Hartaandoening overig
Bevalling
Benigne tumoren
Diabetes mellitus en overige pathologie
Maculapathologie

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van patiëntaantallen

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
990027198	Consult(en) en/of behandeling door revalidatiearts en/of een of meerdere zorgverleners tot maximaal 4 behandeluren bij revalidatiebehandeling
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
79799020	Injectie met medicijnen in het glasvocht bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog
29499039	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij huidkanker of voortekenen daarvan
40201013	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij diabetes (suikerziekte)
131999190	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand tijdens vervolgcontact bij een gewrichtsontsteking als gevolg van reuma (reumatoïde artritis)
991900019	Onderzoek of -behandeling van het gehoor - meer dan 1 uur bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis
28999040	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ziekte waarbij het lichaam teveel rode bloedcellen, witte bloedcellen of bloedplaatjes aanmaakt
990004009	1 polikliniekbezoek/ consultatie op afstand i.v.m. plastische chirurgie
70601014	1 polikliniekbezoek/ consultatie op afstand bij een verhoogde oogdruk

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van omzet

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
990027160	Behandeling met een of meerdere zorgverleners tot maximaal 50 behandeluren bij een aandoening van de hersenen
79799020	Injectie met medicijnen in het glasvocht bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog
990027186	Behandeling met een of meerdere zorgverleners tot maximaal 72 behandeluren bij een aandoening van de organen
990027198	Consult(en) en/of behandeling door revalidatiearts en/of een of meerdere zorgverleners tot maximaal 4 behandeluren bij revalidatiebehandeling
990027194	Behandeling met een of meerdere zorgverleners met meer dan 48 tot maximaal 130 behandeluren bij chronische pijn of een psychische stoornis
990027159	Behandeling met een of meerdere zorgverleners met meer dan 50 tot maximaal 161 behandeluren bij een aandoening van de hersenen
70401008	Staaroperatie bij een ziekte van de ooglens
990027199	Behandeling door revalidatiearts en/of een of meerdere zorgverleners met meer dan 4 tot maximaal 9 behandeluren bij revalidatiebehandeling
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
89999100	Enkelzijdig vervangen van de processor van een geluidsversterkend implantaat bij doofheid van het binnenoer

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Zorg die het UMC Utrecht uitvoert

De cijfers op een rij

Juli 2020

Omzet en patiëntaantallen per jaar (2015 - 2018)

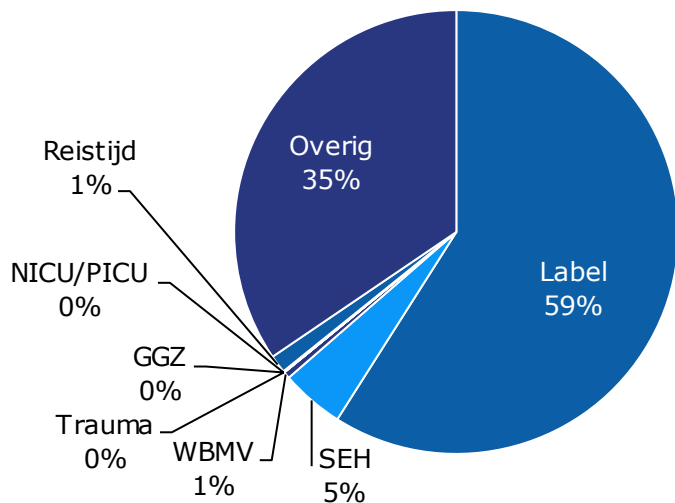
	Omzet (€)	Patiëntaantallen (totaal)	Patiëntaantallen (met label)	Patiëntaantallen (zonder label)	Verhouding (%)
2015	388.367.000	109.000	62.000	47.000	57/43
2016	418.648.000	119.000	68.000	52.000	57/43
2017	425.940.000	121.000	69.000	51.000	57/43
2018	444.752.000	124.000	73.000	51.000	59/41

Alle aantallen en bedragen zijn afgerond op duizendtallen.

Omzet is gebaseerd op DBC-zorgproducten en dus niet op overige zorgproducten zoals dure geneesmiddelen en IC-dagen.

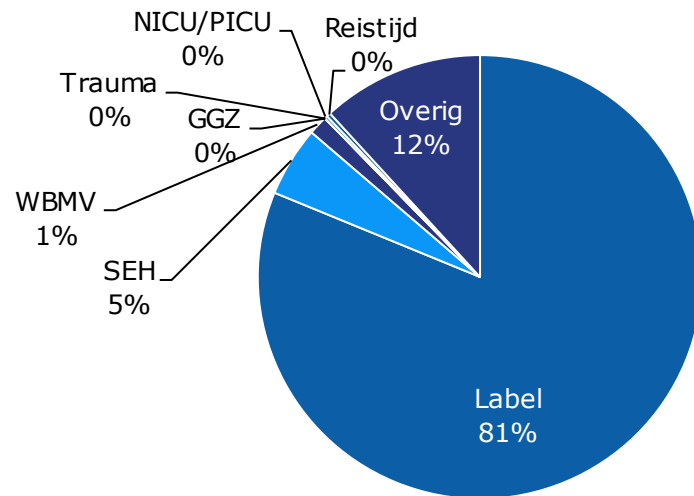
Overzicht op basis van patiëntaantallen

In dit cirkeldiagram wordt voor het aantal patiënten in kaart gebracht welke aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Overzicht op basis van omzet

Hieronder een figuur waarin voor de omzet in kaart wordt gebracht welk aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Verklarende factoren

Wat voor type zorg is het, die niet bij de academische instelling verklaard kan worden middels label of ander onderzoek criteria? Voor deze analyse hebben we enkel gekeken naar het jaar 2018, voor het aandeel in de patiëntaantallen en de omzet.

Top 10 diagnoses op basis van patiëntaantallen

Diagnose
Benigne tumoren
HIV
Infertiliteit
Diabetes mellitus en overige pathologie
Reumatoïde artritis, reuma
Nierinsufficiëntie
Maligne neoplasma lymfoid en bloedvormen
Aanwezigheid van cardiale en vasculaire
Overige aandoeningen botspierstelsel/bin
Maligne neoplasme bot en weke delen

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 diagnoses op basis van omzet

Diagnose
Perceptieve slechthorendheid
Geboorte
Bevalling
HIV
Benigne tumoren
Maligne neoplasma lymfoid en bloedvormen
Ziekte Crohn/ colitis ulcerosa
Nierinsufficiëntie
Infertiliteit
Kindergeneeskunde overig

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van patiëntaantallen

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
11301009	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
120301010	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij huidontsteking of eczeem
990356076	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een aangeboren afwijking of andere aandoening (bij kind)
131999190	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand tijdens vervolgcontact bij een gewrichtsontsteking als gevolg van reuma (reumatoïde artritis)
99899003	Chirurgische teambespreking en/of polikliniekbezoek/ consultatie op afstand bij een ziekte van het hart
89999087	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ontsteking van de gehoorgang/ het middenoor
40201013	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij diabetes (suikerziekte)
990004009	1 polikliniekbezoek/ consultatie op afstand i.v.m. plastische chirurgie
29499039	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij huidkanker of voortekenen daarvan

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van omzet

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
11301009	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)
159899019	Begeleiding van een spontane bevalling bij een bevalling
89999101	Nazorg na het plaatsen van een geluidsversterkend implantaat bij doofheid van het binnenoor
89999100	Enkelzijdig vervangen van de processor van een geluidsversterkend implantaat bij doofheid van het binnenoor
990017045	Behandeling van pasgeborene met maximaal 5 verpleegdagen (neonatologie)
159899007	Keizersnede bij een bevalling
990017044	Behandeling van pasgeborene met maximaal 5 verpleegdagen na een keizersnede (neonatologie)
990017046	Behandeling van pasgeborene met 6 tot maximaal 20 verpleegdagen (neonatologie)
140301007	Filteren van het bloed door een kunstnier (dialyse) met 1 tot maximaal 3 dialyses per week bij nierfalen
99699103	Uitgebreide kijkoperatie aan de grote lichaamsslagader of bloedvaten in buikholte of in borstholte bij een aandoening van slagaders of haarvaten

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Zorg die het VUmc uitvoert

De cijfers op een rij

Juli 2020

Omzet en patiëntaantallen per jaar (2015 - 2018)

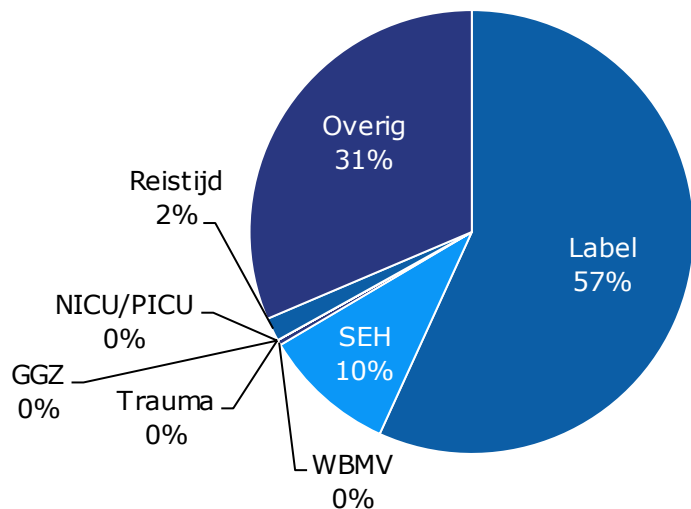
	Omzet (€)	Patiëntaantallen (totaal)	Patiëntaantallen (met label)	Patiëntaantallen (zonder label)	Verhouding (%)
2015	252.388.000	99.000	56.000	44.000	56/44
2016	267.496.000	98.000	55.000	44.000	55/45
2017	285.377.000	103.000	58.000	46.000	56/44
2018	272.073.000	93.000	53.000	40.000	57/43

Alle aantallen en bedragen zijn afgerond op duizendtallen.

Omzet is gebaseerd op DBC-zorgproducten en dus niet op overige zorgproducten zoals dure geneesmiddelen en IC-dagen.

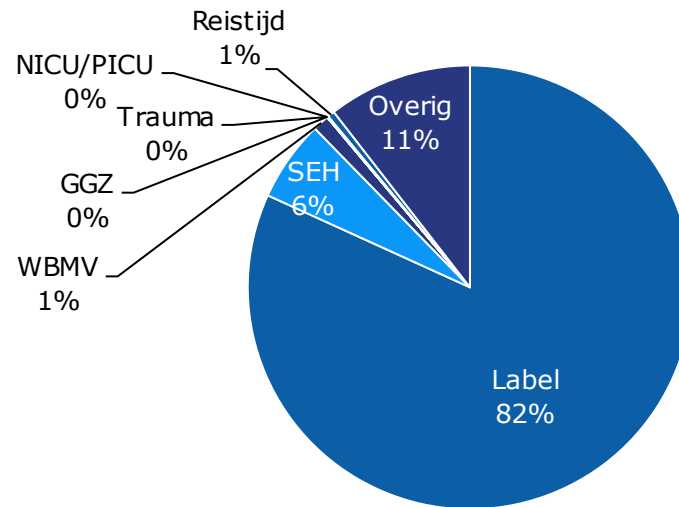
Overzicht op basis van patiëntaantallen

In dit cirkeldiagram wordt voor het aantal patiënten in kaart gebracht welke aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Overzicht op basis van omzet

Hieronder een figuur waarin voor de omzet in kaart wordt gebracht welk aandeel geplaatst kan worden onder een ROBIJN-label, dan wel ander onderzocht criteria.



Verklarende factoren

Wat voor type zorg is het, die niet bij de academische instelling verklaard kan worden middels label of ander onderzoek criteria? Voor deze analyse hebben we enkel gekeken naar het jaar 2018, voor het aandeel in de patiëntaantallen en de omzet.

Top 10 diagnoses op basis van patiëntaantallen

Diagnose
Diabetes mellitus en overige pathologie
Maligne neoplasma lymfoid en bloedvormen
Infertiliteit
Benigne tumoren
Audiologie
Glaucoom
Pijn overig
Nierinsufficiëntie
Multiple Sclerose
Artritis overig

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 diagnoses op basis van omzet

Diagnose
Bevalling
Maligne neoplasma lymfoïd en bloedvormen
Infertiliteit
Benigne tumoren
Diabetes mellitus en overige pathologie
Multiple Sclerose
Audiologie
Nierinsufficiëntie
Maligne neoplasma intrathoracaal
Zwangerschap

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van patiëntaantallen

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
40201013	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij diabetes (suikerziekte)
28999040	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ziekte waarbij het lichaam teveel rode bloedcellen, witte bloedcellen of bloedplaatjes aanmaakt
990027198	Consult(en) en/of behandeling door revalidatiearts en/of een of meerdere zorgverleners tot maximaal 4 behandeluren bij revalidatiebehandeling
70601015	1 polikliniekbezoek/ consultatie op afstand met diagnostisch onderzoek bij een verhoogde oogdruk
149399048	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een aandoening van baarmoeder/eierstok/ eileider
89999087	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een ontsteking van de gehoorgang/ het middenoor
79799020	Injectie met medicijnen in het glasvocht bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog
991900019	Onderzoek of -behandeling van het gehoor - meer dan 1 uur bij een gehoorstoornis/ audiologische stoornis
131999190	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand tijdens vervolgcontact bij een gewrichtsontsteking als gevolg van reuma (reumatoïde artritis)

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

Top 10 zorgproducten op basis van omzet

Zorgproductcode	Omschrijving zorgproduct
159899019	Begeleiding van een spontane bevalling bij een bevalling
29099007	Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij goedaardig of kwaadaardig gezwel van het ademhalingsstelsel of van andere organen in de borstkas
159899007	Keizersnede bij een bevalling
11301009	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)
69599002	Behandeling met medicijnen bij multipele sclerose
159999019	Dagbehandeling(en) en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij begeleiding zwangerschap
990061072	3-D (3 Dimensionale) radiotherapie (bestraling)
79799020	Injectie met medicijnen in het glasvocht bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening
89999100	Enkelzijdig vervangen van de processor van een geluidsversterkend implantaat bij doofheid van het binnenoor

Toelichting

De niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de bovengenoemde zorginhoudelijke factoren.

5 Conclusies

Met dit rapport geven we invulling aan de opdracht van het ministerie van VWS en de motie van "Van den Berg". Dit rapport kan gezien worden als een eerste analyse om op een kwantitatieve manier de mate van basiszorg binnen UMC's in kaart te brengen. We zien dit rapport dan ook als een 0-meting om op voort te bouwen. Op basis van onze analyses in deze monitor kunnen we een aantal conclusies trekken.

Ten eerste merken we op dat de ROBIJN-systematiek de beste manier is om onderscheid te maken tussen topreferente en niet-topreferente zorg. Het gaat meer dan andere methodes uit van patiëntkenmerken. Bovendien is de methodiek met de UMC's afgestemd. De methodiek is echter nog niet feilloos en zal de komende jaren verder ontwikkeld moeten worden. Deze verbeteringen nemen wij dan ook mee in onze analyse. De analyses kan een basis bieden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om gezamenlijk in hun regio de juiste zorg op de juiste plek vorm te geven.

Verder biedt de methodiek inzicht in de aantallen en de verdeling van de omzet, maar niet op het niveau van de individuele patiënt. Daarmee kunnen we niet met 100 procent zekerheid zeggen waar een patiënt precies thuis hoort. Ook te algemene conclusies, zoals dat een bepaald zorgproduct niet thuis hoort in een UMC, zouden aan de hand van deze analyse niet passend zijn. De methodiek biedt inzicht en een goede basis voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hierover afspraken te maken.

Met deze lijn in gedachten zien we wel een aantal terugkerende trends, waarop we mogelijkheden zien tot verbetering van de patiëntenstromen binnen UMC's. We willen alle betrokken partijen uitnodigen kritisch te kijken naar deze vormen van zorg; de mate waarin zij die wenselijk achten binnen een UMC en de mogelijkheid te verkennen om deze zorg in de regio met andere zorgaanbieders op te pakken. Aan de hand van de individuele factsheets en de met de UMC gedeelde data kan hier op individueel UMC niveau (met landelijke en regionale partijen) over gesproken worden en initiatieven worden ontplooid om te komen tot (nog) meer sturing op de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Mogelijk kunnen UMC's succesvolle initiatieven hiervan met elkaar uitwisselen of is er eerst een verdere inhoudelijke verdieping nodig. We zullen in de komende jaren deze ontwikkelingen en eventueel ontplooid initiatieven volgen, als onderdeel van onze monitor.

5.1 Oncologische zorg

Een groot deel van de zorg aan niet-gelabelde patiënten betreft oncologische zorg. Overigens is dit ook een belangrijk onderdeel van de zorg aan gelabelde patiënten. UMC's merken in dit kader op dat het vooraf bij een patiënt niet altijd duidelijk is wat de exacte diagnose is en of er sprake is van topreferente zorg. Er zal dus altijd een groep oncologische patiënten zijn die na diagnostisering niet als topreferent aangemerkt wordt. Tevens werd aangegeven dat voor het doen van onderzoek een grotere populatie patiënten wenselijk of zelfs noodzakelijk is en dat daardoor mogelijk ook niet-topreferente patiënten binnen een UMC behandeld worden.

Wij delen deze aandachtspunten van de UMC's. Tegelijk merken wij op dat het werken in oncologische netwerken, de juiste plaatsing van patiënten en de uitwisseling van onderzoeksgegevens zou kunnen verbeteren. Door in de regio afspraken te maken over opschalen en afschalen of waar zorg naartoe verplaatst kan worden. Door afspraken te maken waar bepaalde patiënten thuis horen. Door bijvoorbeeld afspraken te maken over waar en door wie nacontroles plaatsvinden, kunnen ziekenhuizen gezamenlijk invulling geven aan de juiste zorg op de juiste plek.

Voor de patiënt betekent dat dichtbij waar het kan, ver weg als het moet. Dat scheelt reistijd, zonder dat de kwaliteit eronder lijdt. Bovendien biedt het UMC's ruimte om de oncologische zorg te leveren aan die patiënten die daadwerkelijk een noodzaak hebben tot derdelijns oncologische zorg. Dat is passend voor de juiste zorg op de juiste plek.

We hebben van de UMC's verschillende voorbeelden ontvangen van oncologische netwerken. In de individuele reacties, die als bijlage zijn toegevoegd, zagen we dit ook vaak terug. We merken met name dat de afgelopen jaren de samenwerking op oncologie sterk is verbeterd. Het lijkt zo bij uitstek een onderdeel te zijn waar de verschillende aanbieders afspraken maken om in een netwerk samen te werken. We moedigen dit aan en verwachten dat het bijdraagt aan het behandelen van de patiënt op de juiste plek. Vanuit de ziekenhuizen hebben we begrepen dat er onder meer gekeken kan worden naar maligne neoplasma mamma. De komende monitors zullen we hier naar blijven kijken.

5.2 Diabeteszorg

Wat opvalt, is dat er veel niet-gelabelde patiënten zijn die diabeteszorg ontvangen in een UMC. In gesprekken met de UMC's werd niet altijd duidelijk waarom dat zo was en om welk type zorg het hier gaat. Een UMC gaf aan recent hierover afspraken te hebben gemaakt in de regio. Deze afspraken hebben pas effect na 2018. Een ander UMC geeft aan dat zij hierover afspraken hebben geprobeerd te maken in de regio, maar het niet is gelukt om deze ten uitvoer te brengen. Het hoge aantal niet-gelabelde patiënten kan ten dele worden verklaard door het gegeven dat diabetes een veel voorkomende diagnose betreft. Echter, uit onze analyse volgt niet een bijzondere reden te zijn om deze patiënten binnen een UMC te behandelen. Behalve uiteraard wanneer ze onder een van de ROBIJN-criteria vallen. Maar voor ongeveer 16.500 patiënten geldt dat zij niet onder de ROBIJN-criteria vallen. Een UMC geeft aan dat het kan komen doordat zij zich richt op specifieke patiëntengroepen, zoals patiënten met hypoglykemie of patiënten met orgaancomplicaties als gevolg van diabetes. Een ander UMC stelt dat zij veel onderzoek doen naar bijzondere vormen van diabetes. Dat het vaak gaat om patiënten die in het verleden zijn verwezen door een ziekenhuis, maar daardoor geen label meer hebben voor het betreffende jaar (zie bijlage 3).

We vragen partijen dan ook hier kritisch naar te kijken en gezamenlijk te komen tot afspraken in de regio. Daarbij rekening te houden met de juiste zorg op de juiste plek en specifiek de mogelijkheden die digitale zorg hier bieden om deze patiënten op afstand te begeleiden en monitoren. Zodat een groot gedeelte van de patiënten goede zorg in de eerste lijn kunnen krijgen. Wanneer nodig kan worden opgeschaald naar de tweede- en eventueel derde lijn.

5.3 Korte consulten

Uit de analyse volgt dat een groot aantal niet-gelabelde patiënten een relatief korte behandeling krijgt in een UMC (12 zorgproducten van de top 15). Het betreft hier korte zorgproducten bestaand uit maximaal 2 consulten of 4 uren. Dit is in lijn met het gegeven dat slechts een klein gedeelte van de (financiële) middelen van een UMC naar de niet-gelabelde patiënten gaat. We zien hiervoor twee verklaringen:

- Deze patiënten zijn met een relatief eenvoudige zorgvraag bij het UMC gekomen. De zorg is snel afgerond in het UMC. De patiënt is waarschijnlijk doorverwezen door de huisarts, want bij doorverwijzing uit een ziekenhuis was de patiënt gelabeld geweest.
- Het betreft een patiënt die in het verleden een behandeling heeft ondergaan in het UMC en daar nog steeds loopt voor (na)controles.

Voor wat betreft het eerste, merken we op dat een analyse van de verwijzing van de huisartsen daarvoor interessant is. Het kan zijn dat deze verwijzing plaats vindt op verzoek van de patiënt, als automatisme of omdat de huisarts de inschatting maakt dat de zorg in het UMC het best geleverd kan worden. Deze analyse hebben we voor dit jaar niet kunnen doen. We willen voor de volgende monitor kijken wat de mogelijkheden voor een dergelijke analyse zijn. We zien hier echter vooral handvatten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hierover het gesprek aan te gaan. Hoe zorgen we er voor dat de patiënt, vanuit de uitgangspunten van de juiste zorg op de juiste plek, bij de goede behandelaar terecht komt. In de voorbeelden die we terug hebben gekregen van UMC's zien we verschillende initiatieven rondom doorverwijzing van huisartsen. Zo zijn er dan afspraken gemaakt voor specifieke vormen van zorg dat er geen directe verwijzing van de huisarts naar het UMC plaats vindt. Dergelijke afspraken kunnen een bijdrage leveren aan de juiste zorg op de juiste plek.

Voor wat betreft het tweede, merken we hetzelfde op als bij de oncologische zorg. Het is belangrijk om afspraken met elkaar te maken over opschalen en afschalen van zorg. Daarbij behoort mogelijk ook het eventueel opknippen van een traject, waarbij de behandeling plaats vindt in een UMC, maar de nacontroles of vervolgzorg plaats kunnen vinden in een streekziekenhuis. Uiteraard speelt hierbij de wens van de patiënt ook een belangrijke rol.

5.4 SEH-zorg

Als laatste zien we een grote groep niet-gelabelde patiënten die binnenkomt via de SEH. Het is goed mogelijk dat deze patiënten na de acute zorg behandeling, blijven "hangen" in het UMC. UMC's geven aan dat wanneer de patiënt eenmaal op de SEH is, het niet altijd opportuun is deze naar een ander ziekenhuis te verwijzen. Toch zien we mogelijkheden voor meer juiste zorg op de juiste plek binnen de acute zorg. Waar meer aandacht naar

uit kan gaan is het voorkomen dat een patiënt op de SEH komt. Door afspraken te maken over waar een patiënt naar toe wordt gebracht¹⁸. In veel gevallen is er een alternatief ziekenhuis binnen een bepaalde reisafstand beschikbaar. Alleen voor Maastricht UMC zijn er minder alternatieven in de regio. Tevens kunnen er afspraken gemaakt worden over het verplaatsen van zorg naar een ander ziekenhuis wanneer een patiënt na binnenkomst op de SEH van een UMC geen topreferente zorg nodig blijkt te hebben.

Op deze manier houden UMC's de ruimte om in te zetten op die groep acute patiënten die ook daadwerkelijk topreferente zorg nodig heeft. Daarnaast zouden vergelijkbare afspraken gemaakt kunnen worden over het afschalen nadat de spoedzorg is geleverd. Om te voorkomen dat een patiënt in het ziekenhuis blijft waar hij binnen is gekomen, terwijl er in de regio wellicht een alternatief beschikbaar is.

¹⁸ Recent is er een 'Houtskoolschets acute zorg' over de inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap verschenen (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/03/houtskoolschets-acute-zorg>), alsmede een 'Kwaliteitskader spoedzorgketen' (<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/spoedzorg/kwaliteitskader-spoedzorgketen>). De uitwerking hiervan wordt nu opgestart. Doel is dat dit bij zal dragen aan het verder organiseren van de juiste spoedzorg op de juiste plek.

Bijlagen



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Aan het bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. mevrouw dr. M.J. Kaljouw
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

27 JAN. 2020

Datum

Betreft Opdrachtbrief monitoring zorg umc's

Kenmerk
1634828-200657-CZ

Uw brief

Bijlage(n)

Geachte mevrouw Kaljouw,

Naar aanleiding van het VSO Hervorming BBAZ heeft de Tweede Kamer op 24 september 2019 een motie aangenomen waarin de regering wordt verzocht om de Tweede Kamer jaarlijks te informeren over de uitkomsten van een monitor op dat (de acht) universitair medisch centra (umc's) zich ervoor gaan inspannen dat basiszorgpatiënten in een umc worden verwezen naar een ander (algemeen) ziekenhuis. De minister voor Medische Zorg en Sport heeft in reactie hierop aangegeven dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd zal worden om deze monitoring op te pakken. Op ambtelijk niveau is al contact geweest met uw medewerkers over de invulling van deze monitoring.

In dit kader verzoek ik u om jaarlijks, gedurende drie jaar, een monitor uit te brengen van de zorg die umc's leveren. Wij ontvangen de eerste monitor graag uiterlijk 30 juni 2020. Ik verzoek u om in de monitor die we in juni 2020 ontvangen gebruik te maken van data van het jaar 2019, voor de monitor in juni 2021 specifiek te kijken naar de data van 2020 en in de monitor van juni 2022 naar de data van 2021. Mocht de data van het genoemde jaar op het moment van de monitoring nog niet toereikend zijn, kan de data uit het voorgaande jaar worden gebruikt. Na de drie jaar zullen VWS en de NZa gezamenlijk bepalen of de monitor ook nog in 2023 en 2024 voortgezet zal worden.

Ik verzoek u om de monitoring zowel op de individuele umc's, als de umc's gezamenlijk te richten en daarbij een onderscheid te maken in het aandeel topreferente zorg en niet-topreferente zorg in een umc en per 'categorie' een overzicht te maken van het aantal patiënten dat bepaalde zorg heeft ontvangen waarbij ook de aandoening en soort behandeling van belang zijn. Het lijkt mij passend om daarbij toe te lichten hoe zorg zoals topreferente zorg gekwantificeerd is (bijvoorbeeld door gebruik van de ROBIJN-systematiek). Tevens verzoek ik u een onderscheid te maken in umc's, verenigd in de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ) en Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ), samen verenigd in de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

Ik verzoek u tevens om voor de monitoring in ieder geval gebruik te maken van de data vanaf 2018 en naast deze gedetailleerde monitoring ook een globaler overzicht te geven waarbij ook data van voor 2018 wordt gebruikt. Graag ontvangen we hierbij een beknopt inzicht in eventuele trends die zichtbaar zijn.

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.



Daarnaast verzoek ik u om een analyse van de patiënten die niet in de ROBIJN-systematiek vallen maar wel in een umc zorg ontvangen en daarbij te onderzoeken wat voor soort patiënten dit zijn en onder andere aandacht te hebben voor de geografische spreiding.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**

Kenmerk
1634828-200657-CZ

Ook vind ik duiding van de data belangrijk. Ik verzoek u hierover in gesprek te gaan met de individuele umc's. Daarnaast verzoek ik u in ieder geval contact op te nemen met de NFU, de NVZ, en ZN waarbij er zowel gedurende de monitoring als voorafgaand aan de publicatie, contact is over de monitor.

Ik ben me ervan bewust dat de gevraagde monitoring een nieuwe en wellicht complexe kwestie is. Het ministerie van VWS en de NZa zullen dan ook gezamenlijk de mogelijkheden van deze monitoring moeten verkennen om daarmee gaandeweg de jaren de monitor steeds verder te verbeteren.

Hoogachtend ,

de directeur-generaal Curatieve Zorg,

drs. B.E. van den Dungen ¹

Bijlage 2 – Analyse mogelijkheden naast ROBIJN-systematiek

Indeling op basis van a-segment en b-segment

De huidige zorgproducten worden verdeeld op basis van het gereguleerde segment (a-segment) met landelijke max-tarieven en het niet gereguleerde segment (b-segment) met vrije prijzen. In principe is een indeling op basis van deze methodiek mogelijk. Het idee daarachter is dat het gereguleerde a-segment complexere zorg betreft en dus passender is om te leveren vanuit een UMC. Dit zou dan de topreferente zorg zijn. Deze methodiek kent echter twee belangrijke nadelen.

Ten eerste is de indeling van het a en b segment gebaseerd op "marktprincipes". Op basis daarvan wordt de keuze gemaakt of er gereguleerd dient te worden of niet. Naarmate de zorg door minder aanbieders wordt geleverd, zal deze sneller tot het gereguleerde segment behoren. Complexe zorg wordt over het algemeen door minder aanbieders geleverd. Echter, dit is dus een indirecte afgeleide en niet per definitie een direct verband. Bovendien wil "minder aanbieders" nog niet zeggen dat het alleen UMC's zijn die de zorg kunnen aanbieden.

Ten tweede gaat deze methodiek uit van het zorgproduct en niet van patiëntkenmerken. Het uitgangspunt van de data is daarmee de declaratie en door wie deze wordt gedeclareerd. Zorgproducten die voornamelijk in een UMC worden geleverd, zullen zodoende als topreferent aangemerkt worden. Andersom, zorgproducten die voornamelijk in algemene ziekenhuizen worden geleverd, zullen worden aangemerkt als niet-topreferent. Deze systematiek houdt onvoldoende rekening met patiëntkenmerken. Zo kan het voorkomen dat een eenvoudig zorgproduct voor een oudere patiënt die kampt met co-morbiditeiten toch relatief complex kan worden. Daarom heeft het de voorkeur om een systematiek te gebruiken die uitgaat van de zorgvraag van de patiënt en niet van de declaratie van het zorgproduct.

Indeling op basis van WBMV-zorg

Sommige medische ingrepen zijn zo bijzonder dat alleen aangewezen ziekenhuizen met een vergunning ze mogen uitvoeren. Dit valt onder de Wet bijzondere medische verrichtingen. Het geeft een beeld waar de overheid gewichtige belangen heeft geconstateerd om het aanbod te reguleren. Echter, de overheid wijst ook andere ziekenhuizen dan UMC's aanwijzen. Verder kan het ook zijn dat niet-WBMV zorg dermate complex is dat ook die in een UMC plaats moet vinden. Een indeling op basis van WBMV zorg is daarmee onvolledig. Als laatste vindt ook deze indeling plaats op basis van zorgproduct, in plaats van patiëntkenmerken. Hetgeen dezelfde nadelen met zich meebrengt als beschreven bij de indeling via het a-segment en b-segment.

Bijlage 3 – Kanttekeningen gebruik ROBIJN-systematiek voor deze monitor

- Het label wetenschap is op dit moment nog niet definitief gedefinieerd en wordt zodoende niet mee genomen als label. Hierdoor kan in de toekomst het aantal gelabelde patiënten veranderen. De verwachting is dat het aantal gelabelde patiënten zal stijgen. Mocht dit het geval zijn, dan zullen we hiervoor volgende jaren corrigeren.
- Een van de labels betreft doorverwijzing van een ziekenhuis naar een ander ziekenhuis. Wanneer een patiënt van een algemeen ziekenhuis naar een UMC wordt doorverwezen, zal hij gelabeld worden als topreferente patiënt. Echter, wanneer een patiënt van een UMC wordt terugverwezen naar een algemeen ziekenhuis wordt deze ook gelabeld als een topreferente patiënt bij het algemene ziekenhuis.
- Wanneer een patiënt wordt gelabeld, wordt hij voor al zijn zorgvragen binnen hetzelfde ziekenhuis voor dat kalenderjaar als gelabeld aangemerkt. Het kan dus voorkomen dat een patiënt aan het begin van het jaar topreferente zorg in een UMC nodig had en later het jaar nog een eenvoudige ongecompliceerde ingreep nodig heeft. Voor beide ingrepen zal hij als gelabelde patiënt worden aangemerkt, maar telt maar één keer mee in de verdeelsystematiek.
- Het is mogelijk dat een patiënt is doorverwezen door een ziekenhuis naar een UMC. Echter, het ziekenhuis heeft deze data nog niet verwerkt in het DIS-systeem. Dan wordt de doorverwijzing van ziekenhuis naar UMC niet geregistreerd. Dan wordt de patiënt ten onrechte als niet gelabeld aangemerkt.
- Het is mogelijk dat een patiënt ooit zijn zorgtraject is gestart in het UMC, maar het traject lang duurt, waardoor het label verdwenen is. Als een patiënt in jaar X is doorverwezen door een ziekenhuis naar een UMC, wordt hij in jaar x gelabeld. Als hij nog steeds zorg nodig heeft in x+1, dan is kan hij zijn label kwijt zijn, omdat in dat jaar geen doorverwijzing van ziekenhuis naar UMC geregistreerd staat.
- Zorg blijft altijd maatwerk. Het indelen in groepen biedt daarmee een benadering. Het kan altijd zijn dat een enkele individuele patiënt toch een complexere zorgvraag heeft dan uit de labels is gebleken. Of dat een complexe patiënt in de praktijk toch eenvoudiger te behandelen is dan op basis van de labels te verwachten is. Het is dan aan de arts in samenspraak met de patiënt om hier gezamenlijk afspraken over te maken waar de zorg geleverd wordt.

Reacties van de individuele UMC's op de factsheets

NZa
T.a.v. mevrouw dr. M.J. Kaljouw
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

raad van bestuur
locatie AMC en VUmc
020-5662204
020-4442512
secretariaatrvb@amc.uva.nl
secretariaat.rvb@vumc.nl

Datum: 4 september 2020
Ons kenmerk: 20.05.051/Mvdb.kvp.UMC
Betreft: Monitor patiëntenstromen UMC

Geachte dr. Kaljouw en collega's,

Onlangs heeft uw NZa in het kader van de 'Monitor patiëntenstromen umc's' de concept factsheets over Amsterdam UMC locatie AMC en locatie VUmc gedeeld. Wij stellen het op prijs dat wij de gelegenheid krijgen hierop te reageren.

Amsterdam UMC onderneemt al vele jaren initiatieven om basiszorg uit te plaatsen, met als doel om de capaciteit en expertise optimaal te kunnen benutten voor tertiaire zorg. Amsterdam UMC heeft hiervoor een uitgebreid netwerk ingericht bestaande uit diverse ziekenhuizen, ZBC's en andere zorgverleners. In dit netwerk wordt op verschillende manieren samengewerkt rondom 'de juiste zorg op de juiste plek'. Wij zien dit ook terug in de factsheets AMC en VUmc, waarbij het overgrote deel van onze omzet besteed wordt aan academische topreferente patiënten en er een klein deel overblijft in de categorie 'overig'.

Uitplaatsen basiszorg patiënten

Een terugkerende aanpak is het uitplaatsen en doorverwijzen van 'basiszorg patiënten' naar algemene ziekenhuizen in de regio zoals bijvoorbeeld acute stroke patiënten en buikwandchirurgie.

Uitplaatsen delen van zorgtrajecten van tertiaire patiënten

Daarnaast vinden ook delen van zorgtrajecten van tertiaire patiënten plaats in algemene ziekenhuizen bij onder andere genderoperaties en de nazorg bij transplantaties.

Gezamenlijke behandeling

Ook vindt gezamenlijke behandeling plaats van patiënten door artsen van Amsterdam UMC in algemene ziekenhuizen, bijvoorbeeld bij borstkankers, colorectale chirurgie, vaatchirurgie en geriatrie. Naast het werken aan 'de juiste zorg op de juiste plek' dient dit ook een educatief doel.

In de factsheets van Amsterdam UMC's worden onderdelen door ons herkend, echter zijn er ook nog stevige kanttelingen te maken bij de gehanteerde methode en uitwerking. Dit heeft tot gevolg dat onder andere de zorg binnen de grote fertilitateitsklinieken van Amsterdam UMC en erkende tertiaire speerpunten als MS, Gastro Enterologische chirurgie en stofwisselingsziekten in de categorie "overig" zijn beland.



20.05.051/MvdB.KVP.U

Zoals bekend is de Robijn label systematiek (nog) niet in staat alle topreferente patiënten volledig te labelen. Er is dus per definitie sprake van onderschatting van de academische zorg in de factsheets van Amsterdam UMC.

Graag blijven wij met u in gesprek over de monitor patiëntenstromen umc's ter ondersteuning van 'de juiste zorg op de juiste plek' en daarbinnen specifiek de versterking van ons tertiair profiel. Wij adviseren wij u ook om onderzoek te doen naar topreferente zorg in de periferie, zodat ook hierin het belang van de patiënt gediend kan worden.

Met vriendelijke groeten,
Namens de raad van bestuur

G.J.M van den Maagdenberg

Reactie Erasmus MC op Informatiekaart Monitor Patiëntenstromen umc's

Het Erasmus MC omarmt sinds jaar en dag het principe 'de juiste zorg op de juiste plek'. In ons profiel hebben we de focus gelegd op zorg die past bij een vooruitstrevend umc als het Erasmus MC. Dat betekent dat wij ons sterk toeleggen op patiënten met een complexe zorgvraag, zeldzame aandoening en complexe acute zorgbehoefte. Om in toenemende mate derdelijns zorg aan te kunnen bieden, wordt er tegelijkertijd zorg van een lagere complexiteit overgedragen aan andere zorgaanbieders. Het Erasmus MC werkt hierin samen met regio partners. Dat gebeurt voor acute zorg binnen het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), voor kanker binnen de Oncologienetwerken CONCORD en EMBRAZE, voor 27 andere onderwerpen binnen Stichting Beterketen en overkoepelend binnen de Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ). Het Erasmus MC heeft daarmee een leidende positie in het initiëren van en participeren in netwerkzorg. Voorbeelden van initiatieven die de afgelopen jaren zijn ontplooid om basiszorg buiten Erasmus MC te organiseren en behouden zijn hieronder beschreven.

Borging beschikbaarheid tweede lijn: Het Erasmus MC heeft het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (adrz) overgenomen toen dit in financieel zwaar weer belandde, om de beschikbaarheid van tweedelijnszorg in Midden-Zeeland te garanderen. Ook detacheerde Erasmus MC specialisten, bijv. naar de SEH van IJsselland om te helpen de bezetting rond te krijgen en de SEH open te houden.

Beperking instroom: Omdat Erasmus MC in het centrum van Rotterdam ligt, komen er mensen 'binnenlopen' op de SEH die geen derdelijns zorg nodig hebben. Vanuit de wens van verzekeraars is er in dezelfde ruimte een huisartsenpost ingericht, die de eenvoudige zorg opvangt. Ook wordt er kritisch gekeken naar welke zorg vanuit huisartsen verwezen wordt. Erasmus MC communiceert duidelijk het zorgaanbod en de acceptatiecriteria naar huisartsen en trieert binnenkomende verwijzingen.

Kennisdeling: Nieuwe technieken worden waar relevant gedeeld met de periferie. Zo zijn veel specialisten uit ziekenhuizen uit de regio in het Erasmus MC opgeleid in het uitvoeren van Mohs chirurgie bij huidkanker. Een ander voorbeeld is het opleiden van algemene ziekenhuizen in het geven van immuuntherapie bij longkanker, o.a. adr, Albert Schweitzer en Ikazia.

Afbouw basiszorg: Resterende basiszorg wordt afgebouwd om plaats te maken voor derdelijns zorg. Zo zijn recent prostaat- en niersteenoperaties afgebouwd om ruimte te maken voor complexere blaaskankeroperaties. Een ander voorbeeld is de afbouw van minder complexe dermatologische zorg, bijv. door een website te maken met leefstijladvies, door snel terug te verwijzen en door een ZBC op te richten waar zorg plaatsvindt i.s.m. Groene Hart, IJsselland en Beatrix Ziekenhuis.

Samenwerking in de keten: In onze regio wordt in netwerken samengewerkt om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren. Specialist uit verschillende ziekenhuizen komen bijeen om bijv. regionale zorgpaden te ontwerpen, gezamenlijk patiënt-besprekingen te houden en soms zelfs samen te opereren. Sprekende voorbeelden op het gebied van borstkanker, schildklieraandoeningen, eierstokkanker en IC-zorg bij vroeggeboorte zijn te vinden in de bijgevoegde video¹.

Versnelling uitstroom: Met verpleeg- en verzorgingshuizen wordt nauw samengewerkt om opgenomen patiënten wanneer mogelijk over te plaatsen naar een andere instelling. Ook worden IC-patiënten wanneer mogelijk overgeplaatst naar andere ziekenhuizen, zoals naar het IJsselland ziekenhuis. Ook hiervan is een video met een sprekend voorbeeld toegevoegd².

Wij zijn van mening dat de topreferente zorg van het Erasmus MC als gevolg van imperfecties in het ROBIJN-model wordt onderschat. Op basis van een eigen analyse en interviews met ~20 hoogleraren kunnen wij herleiden dat minimaal 80% van de patiënten terecht in het Erasmus MC behandeld wordt. Ook herkennen we het beeld niet dat het aantal niet-gelabelde patiënten is toegenomen in 2017 en 2018, mede gezien de bovenbeschreven trend. De cijfers over 2017 en 2018 zijn niet representatief, o.a. omdat in 2017 een nieuw EPD is ingevoerd en omdat de 2018 data waar de ROBIJN-cijfers op gebaseerd worden niet volledig zijn voor regio Rijnmond. Diagnoses die als ongelabeld zijn aangemerkt bevatten typische derdelijns zorg, bijv. transplantaties, stofwisselingsziekten, complexe oncologie. Hieronder is per diagnose een toelichting opgenomen.

Audiologie: Het Erasmus MC focust zich op audiologische zorg die niet elders in de regio aangeboden wordt, waarbij ook medisch-specialistische expertise nodig is (bijv. bij cochleaire implantatie, bone conduction devices, craniosynostose, schisis, erfelijke neuro-cognitieve ontwikkelingsstoornissen) of zorg gekoppeld is aan onderzoek (bijv. ernstige stotterproblematiek).

Benigne tumoren: Hieronder vallen goedaardige borstaandoeningen met een hoog risico op borstkanker (erfelijke belasting of

1. <https://www.youtube.com/watch?v=DX5Uu9ZSI4Y>

2. https://www.youtube.com/watch?v=TR_qeu0gpEo&feature=youtu.be

bestralingsverleden) en niet-functionerende hypofysetumoren, die beide in umc's thuishoren. Ook vallen hier goedaardige huidtumoren onder, die in de stroom patiënten met kwaadaardige huidkanker meekomen. Deze laatste patiëntengroep krijgt behalve een diagnostisch traject geen verdere vergoede behandelingen aangeboden en wordt direct terugverwezen.

Dermatitis/eczem: Erasmus MC heeft therapie-resistente en ernstige eczeem (bijv. waarbij >50% van de lichaamsoppervlakte is aangetast) bewust verheven tot speerpunt. Er is veel innovatie qua behandeling gaande en er was behoefte aan expertise in de regio. Sindsdien is het aantal derdelijns verwijzingen sterk toegenomen, wat de behoefte aan deze zorg illustreert.

Geboorte: Hieronder valt basiszorg voor pasgeboren baby's, die geboren worden uit zieke moeders. Dit zijn vrouwen met zwangerschapsziekten (bijv. HELLP, ernstige pre-eclampsie), psychische problematiek (bijv. verslaving, psychiatrische aandoening) of een ernstige ziektegeschiedenis (bijv. ernstige complicatie bij een eerdere bevalling, ernstige chronische ziekte).

HIV: Voor behandeling van HIV is een team van internist-infectiologen en een vergunning nodig. In Rotterdam (waar HIV relatief veel voorkomt) hebben alleen Erasmus MC en het Maastricht dat. Erasmus MC vormt het verwijscentrum voor Zuid-West Nederland, bijv. bij HIV-2, acute HIV, complexe co-morbiditeit en kinderen met HIV. Zorg voor kinderen met HIV is vanwege volumenormenten in 4 umc's geconcentreerd, waar teams van kinderinfectediologen de continuïteit van zorg kunnen waarborgen.

Infertiliteit: Fertiliteitsonderzoek en -behandelingen voert Erasmus MC zowel zelfstandig als samen met de periferie uit. Bij reguliere patiënten vindt het onderzoek, de stimulatie en punctie plaats in de periferie en de bevruchting en terugplaatsing in Erasmus MC. Bij extra complexiteit (bijv. bij kanker, PCOS, Turner, endometriose) vindt het hele traject in Erasmus MC plaats.

Maligne neoplasma: Binnen de genoemde categorieën richt Erasmus MC zich op complexe carcinomen:

- Bot en weke delen: bijv. sarcomen, melanomen en plaveiselcelcarcinoom
 - GE tumoren: bijv. alveesklie-, maag-, en slokdarmkanker
 - Lymfoid en bloedvormen: zeldzame vormen (bijv. huidlymfoom, centraal zenuwstelsel lokalisatie, Burkitt lymfoom) en vergunningsgebonden behandelingen (bijv. autologe stamceltransplantatie, behandeling met CAR-T cellen)
- Zoals eerder benoemd wordt er binnen de oncologienetwerken CONCORD en EMBRAZE sterk ingezet op netwerkzorg. Overigens wijst onderzoek uit dat het wenselijk is om bepaalde complexe behandelingen nog verder te concentreren¹.

Nierinsufficiëntie: Hieronder vallen patiënten die een niertransplantatie beogen te of zijn ondergaan. Een deel van de screening voor en controle na transplantatie vindt plaats in de periferie. Erasmus MC verzorgt o.a. de immunologische voorbereiding, de matching met een donor, de pre-operatieve screening, de transplantatie zelf en de nabehandeling. Ook bevat deze groep andere complexe nier/dialysepatiënten, bijv. bij afstoting van een nieuwe nier, bij complexe co-morbiditeit.

Overige aandoeningen botspierstelsel/bindweefsel: Dit zijn m.n. kinderen met scoliose, die vaak tot het einde van hun groei onder behandeling blijven. In Erasmus MC worden alleen patiënten behandeld die een gespecialiseerde behandeling vergen, waarbij acute problemen spelen, waarover twijfel is in de regio of die een tweede complex ziektebeeld hebben. Operaties worden in toenemende mate in umc's geconcentreerd, vanwege de deelspecialisatie in kinderorthopedie en kinderaanesthesie.

Pijn: Hieronder vallen Perifere zenuwpijn, Complex regionaal pijn syndroom, verdenking op artritis of een systeemziekte. Deze patiënten worden in stappen in de periferie gediagnosticeerd en behandeld. De diagnostiek hiervoor kan erg complex zijn en pas over tijd duidelijk worden. Een klein deel van de patiënten is therapie resistent. Erasmus MC beschikt over uitgebreidere diagnostische middelen en innovatieve behandelmethoden (bijv. neurostimulatie, biologicals) om deze groep te helpen.

Stofwisselingsstoornissen: Vanwege het zeldzame en complexe karakter van deze ziektebeelden is deze zorg in umc's geconcentreerd. Er zijn in Nederland slechts 15 kinderartsen metabole ziekten en 10 metabole internisten. Voor de diagnostiek en monitoring van de behandeling van deze ziekten hebben umc's speciale laboratoria.

Ziekte Crohn/colitis ulcerosa: In Zuid-West Nederland werken MDL-artsen samen om de IBD zorg te verbeteren d.m.v. regionale zorgpaden, borging van kwaliteit en gezamenlijke patiëntenbesprekingen. Erasmus MC richt zich specifiek op complexe patiënten, bijv. patiënten met complexe co-morbiditeit, zwangeren, kinderen en de transitie naar jong volwassenen.

1. <https://www.zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=5220204544>
<https://www.iknl.nl/getmedia/b2538482-8e79-40d5-a4ff-90e4b1e54838/Sarcomenzorg-in-Nederland-overzicht-NKR-2009-2018.pdf>

LUMC toelichting op de niet-gelabelde patiënten die niet verklaard worden door de door de NZa gehanteerde factoren.

Het verschuiven van zorg naar de 2^e lijn is niet nieuw voor LUMC. Voorbeelden uit het verleden zijn delen van de Urologie (o.a. steenvergruizing, kinderurologie); Neurologie (MS); Kindergeneeskunde (o.a. kinderdiabetes) en Neurochirurgie (o.a. hernia's). Verschuivingen van de 3^e naar de 2^e lijn vormen daarmee een constante langjarige trend. Tegelijkertijd is ook sprake van een structurele meerjarige trend van concentratie van meer complexe zorg naar de UMC's toe t.g.v. veranderende kwaliteitseisen (volumenormen).

Binnen de regio loopt sinds 2018 een overleg tussen LUMC, Alrijne en de grootste zorgverzekeraar dat als doel heeft om daarvoor geschikte delen van zorg te verschuiven naar de juiste plek. Hierbij streeft LUMC er naar om het academisch zorgprofiel te verscherpen om zich beter te kunnen focussen op hoog complexe patiëntenzorg, onderzoek en innovaties. Een eerste –relatief bescheiden– verschuiving van minder complexe zorg binnen de Gynaecologie, Heelkunde, KNO en Urologie is per augustus 2020 bereikt. Na de zomer volgen gesprekken om mogelijkheden voor verdere verschuivingen te onderzoeken.

In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat veel van de items in de top-10 tabellen verklaard kunnen worden door de rolverdeling in de regio waarbij niet alle zorg die LUMC levert, ook door de periferie wordt geleverd. Dit geldt in de regio Leiden bijvoorbeeld voor Reumatologie, Hematologie echelon A/B/C, HIV-zorg, en nazorg betr. WBMV zorg.

Daarnaast zijn er een paar items die basiszorg betreffen waar trajecten lopen of gelopen hebben met als doel basiszorg te verschuiven naar de 2^e lijn.

In onderstaande tabellen wordt een toelichting gegeven op de specifieke top-10 diagnoses resp. zorgproducten die de NZa niet kan verklaren middels de in de monitor gebruikte factoren.

LUMC Top 10 diagnoses op basis van patiëntaantallen en/of omzet

Diagnose	Toelichting LUMC
Benigne tumoren	Betreft vnl. Ortho bot en weke delen, Chirurgie diverse tumorsoorten en Endocrinologie hypofyse/schildklier. De oncologische zorg in die gebieden omvat veel verdenkingen op kwaadaardige tumoren die deels eindigen in de diagnose benigne tumoren.
Aanwezigheid van cardiale en vasculaire	Betreft vnl. follow up bij cardiologie na behandelingen die in het LUMC zijn geconcentreerd: 1) ptca/cabg, 2) icd, 3) operatie hartklepafwijking, 4) PM implantatie.
Maligne neoplasme bot en weke delen	LUMC is één van de vier UMC's die oncologie in bot en weke delen behandelt. Het merendeel van deze zorg is UMC zorg die niet door de periferie geleverd wordt.
Diabetes mellitus en overige pathologie	Enige jaren geleden is geprobeerd om in samen met de periferie de diabeteszorg in de regio te centraliseren buiten het LUMC met stepped care en met gebruik van IT ondersteunde zorgpaden. Dit bleek toen niet haalbaar voor de periferie. Het voornemen in de regio is om opnieuw de mogelijkheden te onderzoeken, nu met grotere betrokkenheid van de 1e lijn.
Artritis overig	LUMC is het enige ziekenhuis dat Reumatologie zorg levert in de regio. Alleen de intake van nieuwe patiënten wordt door LUMC artsen ook op de polikliniek in het Alrijne ziekenhuis gedaan. De verdere behandeling vindt in LUMC plaats.
Reumatoïde artritis, reuma	
Pijn overig (vnl. reuma)	
Maculopathologie	Het voornemen voor 2021 is om de licht ambulante zorg en intravitreale injecties voor de maculadegeneratie te verschuiven naar de 2e lijn.
Maligne neoplasme urologische tumoren	Deze zorg wordt de laatste jaren in toenemende mate geconcentreerd, zowel in de regio (cystectomie) als landelijk (prostatactomie in het Anser netwerk). Voor de systemische urologische therapie (interne geneeskunde) geldt dat de

	immunotherapie landelijk is geconcentreerd in de UMC's en een beperkt aantal andere ziekenhuizen.
Ziekte Crohn/ colitis ulcerosa	LUMC is een TRF expertise centrum op het gebied van Crohn/Colitis ulcerosa. Een deel van deze patiënten kan in de periferie niet terecht.
Geboorte	Logisch gevolg van de concentratie van de acute geboortezorg in de regio Leiden van 3 locaties naar 2 locaties, waarvan Het Geboortehuis in LUMC de locatie is met een Neonatale Intensive Care Unit in de regio.
Bevalling	
Perceptieve slechthorendheid	Betreft voornamelijk de implantatie en vervanging van Cochleaire Implantaten (CI). CI zorg is volledig geconcentreerd bij de UMC's en betreft dus pure UMC zorg.
Maligne neoplasma lymfoid en bloedvormen	Hematologie echelon A/B/C wordt niet door andere ziekenhuizen in de regio Leiden geleverd. Er is dus geen alternatief ziekenhuis in de regio.
Nierinsufficiëntie	N.a.v. een structureel capaciteitsstekort voor dialyse in de regio heeft LUMC 4-5 jaar geleden gevraagd of omliggende perifere huizen hun capaciteit konden vergroten. Toen dat niet mogelijk bleek heeft LUMC zelf (deels op een buitenlocatie dicht bij de patiënt) extra dialyse capaciteit gecreëerd.

LUMC Top zorgproducten op basis van patiëntaantallen en/of omzet

Zp code	Omschrijving zorgproduct	Toelichting LUMC
131999206	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening	Zie diagnose Reumatoïde artritis, reuma en Pijn overig.
131999190	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand tijdens vervolcontact bij een gewrichtsontsteking als gevolg van reuma (reumatoïde artritis)	
131999208	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij een reumatische aandoening	
29499039	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij huidkanker of voortekenen daarvan	In de regio vindt momenteel overleg plaats over de mogelijkheden om de niet complexe basaalcarcinomen te verschuiven naar de 2 ^e lijn. Voor melanomen geldt dat LUMC een landelijk melanoom centrum is.
79799020	Injectie met medicijnen in het glasvocht bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog	Zie diagnose Maculopathologie.
79799027	1 polikliniekbezoek/ consultatie op afstand met diagnostisch onderzoek bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog	
219699016	Diagnostiek/ ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij de nazorg na inbrengen van inwendige defibrillator (ICD) of het dragen van uitwendige defibrillator (LifeVest)	Zie diagnose Aanwezigheid van cardiale en vasculaire
219699008	Diagnostiek/ ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij de nazorg na hartoperatie/ dotteren	
219699014	Diagnostiek/ ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij de nazorg na hartafwijking en/of ingreep	
40201013	1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij diabetes (suikerziekte)	Zie diagnose Diabetes mellitus en overige pathologie
990017045	Behandeling van pasgeborene met max. 5 vpl dagen (neonatalogie)	Zie diagnoses geboorte en bevalling
159899019	Begeleiding van een spontane bevalling bij een bevalling	
159899007	Keizersnede bij een bevalling	
89999100	Enkelzijdig vervangen van de processor van een geluidsversterkend implantaat bij doofheid van het binnenoor	Zie diagnose Perceptieve slechthorendheid
11301009	Kopiëren DNA bij een infectie met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV)	HIV zorg in de regio is geconcentreerd in het LUMC en wordt niet door de periferie geleverd.
28899033	Onderzoek of behandeling van het maag-darmkanaal bij een goedaardig of kwaadaardig gezwell of poliep van het spijsverteringsstelsel	Geen bijzonderheden

Monitoring NZa: nadere toelichting MUMC+ met innovatieve voorbeelden verschuiving basiszorg

Algemeen

Het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ is een samenwerkingsverband van het academisch ziekenhuis Maastricht en de Faculty of Health, Medicine & Life Sciences (FHML) van de Universiteit Maastricht. Wij onderscheiden ons nationaal en internationaal door niet alleen te focussen op gezondheidsherstel, maar ook op gezondheidsbehoud en gezondheidsbevordering. Door nadruk op preventie en leefstijl richten wij ons op verbetering van gezondheid van de bevolking in de regio om daarmee ook de vraag naar ziekenhuiszorg zoveel mogelijk te voorkomen.

Maastricht UMC+ voert (van oudsher zijnde het enige ziekenhuis in de stad) ook basiszorg uit voor stad en omgeving. Daarmee zijn wij bij uitstek geëquipeerd om, in samenwerking met netwerkpartners, zorg uit te voeren van de nulde tot en met de derde lijn en zo de juiste zorg op de juiste plek te bieden.

Samenwerking in stad en streek

Maastricht UMC+ is het enige UMC dat ook fungeert als ziekenhuis voor stad en streek. Er is een nauwe samenwerking met de huisartsen (ZIO: Zorg in Ontwikkeling) in de regio, waardoor een intensief netwerk in de anderhalve lijn is ontstaan. Al decennia wordt gewerkt aan zorgverbetering rondom de patiënt en het creëren van relaties tussen eerste- en tweedelijns zorgpartners die dat mogelijk maken. Deze samenwerking heeft in diverse verschijningsvormen (Diagnostisch Centrum, carrousel gezamenlijke consulten, shortlooppoli, etc.) invulling gekregen en is daarnaast de voedingsbodem voor het initiatief 'Blauwe Zorg', een van de proeftuinen van het ministerie van VWS. Maastricht UMC+ en ZIO werken samen in de Stichting Beter Samen, die tot doel heeft het ontwikkelen van activiteiten om de duurzaamheid van het zorgaanbod in de regio te garanderen. Huisartsen en medisch specialisten voeren gezamenlijk anderhalvelijns zorg uit in de Stadspoli. Hier zien medisch specialisten van het Maastricht UMC+ de patiënt en geven een behandeladvies aan de huisarts, zonder dat dit leidt tot een verwijzing naar de tweedelijns. Momenteel werken specialisten vanuit 13 disciplines in de stadspoli. In 2015 maakten 3.435 patiënten gebruik van deze voorziening, in 2019 was het aantal gestegen tot ruim 7.300. Verdere toename wordt in de komende jaren verwacht.

Tweetal voorbeeld projecten

Maastricht UMC+ beoogt de samenwerking in de anderhalvelijn in de komende jaren verder uit te bouwen. Illustratief is een tweetal projecten, nl. diabeteszorg en beweeghuis, die momenteel worden uitgewerkt.

Het MUMC+ loopt in Nederland voorop in innovatie van de **diabeteszorg** bij volwassenen in zeer nauwe samenwerking ZIO, met veel onderlinge afspraken, coördinatie, scholing en geprotocolleerde zorg. Hierdoor wordt slechts een klein deel van de totale diabetes populatie in het adherente gebied van het MUMC+ behandeld in het ziekenhuis. Er is evenwel nog verbeterpotentieel, waarbij MUMC+ en ZIO ambiëren de diabeteszorg te integreren in een 1 ½ lijns omgeving.

Klachten van het bewegingsapparaat komen veel voor en zijn veelal chronisch. Diagnostiek en behandel-indicatiestelling zijn complex en vergen specifieke vaardigheden, veel oefening en ervaring; huisartsen voelen zich regelmatig onvoldoende geëquipeerd om deze klachten

zelf af te handelen. Patiënten worden relatief snel verwezen naar het ziekenhuis. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat orthopedische behandelingen niet altijd effectief worden ingezet. Effectieve behandelstrategieën berusten niet alleen op ingrepen, maar op kennis en begrip van de patiënt in zijn context. Doel van het **beweeghuis** is het verder verbeteren en tegelijkertijd toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg voor patiënten met laag-complexe klachten van het bewegingsapparaat in Maastricht en omstreken. Het idee is om laag complexe (orthopedische en reumatologische) klachten multidisciplinair aan te pakken op de Stadspoli. De bedoeling is om een parallel spreekuur van medisch specialist (orthooped/reumatoloog) in samenwerking met een NP/PA-er/ fysiotherapeut en een kaderhuisarts te houden met een standaard intake.

Overige initiatieven van JZOJP

Schakelafdeling

Als voorbeeld van heel andere aard kan 'De Schakel' worden genoemd, een initiatief om oneigenlijk gebruik van ziekenhuis capaciteit te voorkomen. Maastricht UMC+ en Envida hebben in 2019 samen een zogenaamde Schakelafdeling geopend voor kwetsbare ouderen die na een bezoek aan de Spoedeisende Hulp of Huisartsenpost niet meteen naar huis kunnen, maar geen medische indicatie hebben voor ziekenhuisopname. De ouderen verblijven maximaal 72 uur op deze afdeling. In dat tijdsbestek wordt passende en ondersteunende zorg geregeld zodat deze patiënten niet onnodig lang in een ziekenhuisbed terecht komen. Daarnaast is ook een aantal bedden ingericht aan de achterkant van het proces waardoor er een betere doorstroom naar verpleeghuizen kan plaatsvinden. Dit zal tevens een vermindering betekenen van de zgn. verkeerde bed problematiek.

COACH EN YOUR COACH NEXT DOOR

Voor de behandeling van kinderen en jongeren met ernstig overgewicht of obesitas is het academisch expertisecentrum COACH (Centre for Overweight Adolescent and Children's Healthcare) ingericht. Een integrale benadering biedt de juiste ondersteuning aan kind en gezin: medische oorzaken worden gediagnosticeerd en behandeld in het ziekenhuis en in het netwerk van COACH. In dit netwerk werken professionals uit het medische en sociale domein met elkaar samen en bieden begeleiding om de leefstijl te verbeteren. Het wetenschappelijk onderzoek binnen COACH/Maastricht UMC+ heeft aangetoond dat het COACH-programma gezondheidswinst en een gezonder gewicht oplevert. In samenwerking met JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht), Provincie Limburg, GGD Zuid-Limburg en Limburg-Noord, de gemeente Maastricht, Limburgse ziekenhuizen en welzijnswerk is COACH vertaald naar preventie van gezondheidsproblemen. Dit programma heet 'Your COACH Next Door' en speelt zich vooral af in de wijk. Zo houden we de zorg buiten het ziekenhuis als dat mogelijk is, en dicht bij huis.

E-health toepassingen

Binnen het MUMC+ worden legio toepassingen van E-health gebruikt. Voorbeelden hiervan zijn Molly de virtuele verpleegkundige (*zie pagina 39 van Gezond Leven 2025*) en de IBD-coach (*de e-health-toepassing MijnIBDcoach helpt bij de begeleiding van patiënten met een IBD zoals Crohn en colitus ulcerosa. Onderliggende zorgprocessen kunnen*

hierdoor worden geoptimaliseerd. Dit leidt tot betere kwaliteit van zorg en aansluiting bij zorgbehoefte van de patiënt).

Reactie Radboud MC monitor basiszorg umc's

Algemeen

Het Radboudumc omarmt de visie van 'de juiste zorg op de juiste plek' en zet zich al een aantal jaar samen met regiopartners in om hier handen en voeten aan te geven. Als onderdeel van onze (netwerk)strategie is het actief overdragen van zorg aan de eerste en tweede lijn een continu proces. In de afgelopen jaren zijn verschillende typen van zorg overgedragen naar regiopartners of worden patiënten behandeld in samenwerkingsverbanden. Hieronder een aantal voorbeelden, afgerond en lopend:

- Diverse reumatische ziekten (arthritis, degeneratieve aandoeningen, inflammatoire rugaandoeningen, osteoporose/botziekten) zijn overgedragen aan de Sint Maartenskliniek.
- Prostaatoperaties worden uitgevoerd in het samenwerkingsverband Prosper (Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Catharina Ziekenhuis, Radboudumc). De diagnostiek vindt plaats in het Radboudumc.
- Diverse basiszorg is de afgelopen jaren overgedragen aan het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer (o.a. proctologie, schildklieraandoeningen, pacemakervervangingen, colonchirurgie, liesbreuken).
- Allergologie is overgedragen aan het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem
- Hartrevalidatie is overgedragen aan Cardiovitaaal.
- Samenwerking met het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in het Hartcentrum Nijmegen voor patiënten met niet-acute aandoeningen van het hart: hartritmestoornissen, pijn op de borst of hartruis. De triage van patiënten vindt plaats in het Hartcentrum, waarna de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts of wordt behandeld in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis of het Radboudumc.

Ondanks dat het Radboudumc de visie van 'de juiste zorg op de juiste plek' volledig onderschrijft willen wij wel enkele kanttekeningen maken.

- De umc's richten zich ook op het verbeteren en ontwikkelen van de zorg. Onder andere door het ontwikkelen van geheel nieuwe oplossingen, maar ook door het ontwikkelen van betere behandelmethoden en/of (preventieve) zinnigere aanpakken ter vervanging van conventionele behandelwijzen. Het ontwikkelen van deze nieuwe methoden verlangt soms het zien van patiënten die als zodanig ook goed in niet academische huizen behandeld hadden kunnen worden.
- Complexe zorg verlangt een (dure) infrastructuur die altijd beschikbaar moet zijn. De hoeveelheid complexe zorg alleen is niet altijd voldoende voor doelmatig gebruik van de dure infrastructuur. Aanvulling met basis zorg maakt het geheel doelmatiger en goedkoper.
- Voor de opleiding van medisch specialisten is ook reguliere zorg nodig. Het Radboudumc hecht eraan om ook op locatie specialisten te kunnen opleiden.
- Voor patiënten met multipathologie waarvan de ene aandoening tertiair te behandelen is, maar de andere(n) aandoeningen op zichzelf bekeken niet tertiair of topklinisch zijn, is het vanuit totaal perspectief bekeken en patiëntgerichtheid goed als de patiënt dan niet in twee of meer ziekenhuizen behandeld wordt. Het kan daarmee cumulatief doelmatig zijn om de volledige zorg in het umc te laten plaatsvinden.

Vanwege bovenstaande redenen moet het geen doel op zich zijn om alle basiszorg uit de umc's te verplaatsen naar de 2e lijn. Wel moeten umc's zich richten op het in hoge mate verlenen van academische zorg en mag verwacht worden dat umc's een leidende rol hebben in de transitie in de zorg. Het Radboudumc staat volledig achter deze visie.

Academische patiënten: opmerkingen bij de omzetcijfers

De omzetcijfers 2015 zijn onvergelijkbaar met de jaren 2016 tot en met 2018. Vanwege een technische wijziging in de DBC systematiek zijn voor dat jaar de omzetcijfers van alle ziekenhuizen in Nederland eenmalig lager dan voorgaande en volgende jaren.

Academische patiënten ontvangen veelal duurdere zorg dan niet gelabelde patiënten, binnen het UMCG wordt gestuurd op basis van omzet academische patiënten, niet op het aantal patiënten. Uit de figuur op pagina 3 blijkt dat inmiddels 82 % van de omzet in het UMCG direct gerelateerd is aan academische patiënten. Op de eerste pagina zouden de patiëntaantallen in de linkerkolom gezet moeten worden en de omzet, de omzet met label, de omzet zonder label en de verhouding van de omzet in de 2^e t/m de 5^e kolom. Dit is relevanter dan de huidige tabel en geeft een beter beeld van de inspanning van ons ziekenhuis.

Niet gelabelde patiënten

Een aantal patiënten wordt in de Robijn systematiek niet gelabeld. Dit wil niet altijd zeggen dat deze patiënten onterecht in een UMC behandeld worden. Een aantal opmerkingen:

- Omdat de academische labels slechts kort terugkijken krijgen patiënten die langer onder controle zijn (zoals oncologie patiënten) geregeld geen academisch label terwijl ze oorspronkelijk wel een academisch label kregen. Uit het oogpunt van kwaliteit van zorg en patiëntvriendelijkheid houden we deze patiënten wel zelf onder controle.
- Een deel van de zorg wordt niet volledig gelabeld (audiologie, genetica) wat leidt tot een onderschatting. Klinische genetica is van oudsher op basis van vergunningen geconcentreerd in de UMC's maar wordt niet volledig gelabeld.
- Voor sommige vormen van zorg zoals bevallingen zijn er kwaliteits- en volumenormen die niet altijd geheel met derdelijnszorg kunnen worden gevuld.
- Vanwege de geografische ligging moet een klein deel van de zorg uit Noord-Nederland bij het UMCG plaatsvinden omdat er geen STZ-ziekenhuis is als alternatief (Oogheelkunde, maculopathologie, glaucoom). Sinds eind 2018 vinden er geen eerstelijnsverwijzingen meer plaats naar de Oogheelkunde UMCG om ruimte te maken voor de tertiaire oogheeskundige zorg.
- Het UMCG heeft een groot revalidatiecentrum (Beatrixoord) waar ook patiënten vanuit andere ziekenhuizen revalideren.

JZOJP

Oncologie:

Binnen de oncologie zijn met ziekenhuizen in de regio Noord Nederland een groot aantal netwerken opgezet waarbinnen afspraken worden gemaakt over Zorg op de Juiste Plek. Een voorbeeld hiervan is het Prostaatcentrum Noord Nederland waarin afspraken zijn gemaakt over zorgpaden en diagnostiek. Het UMCG doet als gevolg van de afspraken binnen het netwerk bijvoorbeeld geen radicale prostatectomieën meer.

Een ander voorbeeld is de samenwerking op het gebied van de longoncologie met het Ommelander Ziekenhuis Groningen waarbij gezamenlijke zorgpaden zijn uitgewerkt en de patiënt afhankelijk van de aard van de behandeling in het ene of het andere ziekenhuis behandeld wordt.

Hartnet:

Met de ziekenhuizen in Drenthe en Groningen is het succesvolle samenwerkingsverband op het gebied van hartzorg opgericht: Hartnet. Doel is om de zorg dichtbij te organiseren waar dat kan en in het UMCG indien nodig gezien de aard van de behandeling.

Voor het UMCG betekent Hartnet dat het UMCG vooral tertiaire zorg levert en dat de eerstelijns verwijzingen naar andere partners in het netwerk gaan. Tussen de partners binnen het netwerk zijn goede afspraken gemaakt over diagnostiek en verwijscriteria.

Hartnet is een goede illustratie van het feit dat portfoliodiscussies en zorg op de juiste plek niet alleen over de verplaatsing van basiszorg vanuit de UMC's moet gaan maar ook over het verplaatsen en concentreren van tertiaire zorg van niet-UMC's naar UMC's.

Beknorte toelichting bij de top-10 diagnoses ongelabelde patiënten

De top-10 diagnoses van het UMC Utrecht bevat patiëntgroepen met hoogcomplexe zorg en diagnostiek, waarbij sprake is van een (boven-)regionale functie of specifieke expertise. Het feit dat deze patiënten niet gelabeld worden betekent dus niet dat het daarmee basiszorg betreft. In onze regio zijn wij het behandelcentrum voor HIV en infertiliteit. Patiënten die alleen daarvoor naar ons ziekenhuis komen (geen andere aandoeningen) blijven ongelabeld. Voorbeelden van onze specifieke expertisefunctie zijn:

1. Het behandelen van patiënten met complexe gehoorproblemen (perceptieve slechthorendheid). Patiënten met eenvoudige gehoorproblemen worden doorverwezen naar tweedelijnsziekenhuizen en blijven ongelabeld.
2. Wij beschikken over een obstetrische highcare unit voor hoogcomplexe geboortezorg en verloskunde. Die unit is bedoeld voor zwangeren en ongeboren kinderen met ernstige ziektes en/of aandoeningen en voor vroeggeboortes (< 32 weken). Als onderdeel van de stadsregio Utrecht doen wij echter ook een 'faire share' in de reguliere verloskunde vanwege de schaarse capaciteit voor geboortezorg in de regio. Die reguliere zorg blijft ongelabeld.
3. Het UMC Utrecht is als kenniscentrum aangewezen voor acht zeldzame vormen van kanker. Daar ligt een relatie met de diagnose maligne neoplasma lymfoid en bloedvormen. Als na de diagnostische fase de verdenking op kanker is komen vervallen, worden deze patiënten terugverwezen en blijven zij ongelabeld.

Voorbeelden UMC Utrecht 'De juiste zorg op de juiste plek'

De behoefte van de patiënt in het zorgnetwerk staat centraal. Met de patiënt en onze partners willen wij de zorg zodanig organiseren dat de patiënt zorgcontinuïteit ervaart. Daartoe werken we multidisciplinair samen in de regio en aan het verstevigen en uitbreiden van onze netwerken.

Met de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek kunnen we de zorg beter laten aansluiten op de behoefte van de patiënt. Gepersonaliseerde zorg verhoogt de kwaliteit van zorg en de patiënttevredenheid en draagt bij aan doelmatige zorg. Binnen regionale samenwerkingsverbanden concentreren wij complexe(re) zorg in het UMC Utrecht en minder complexe zorg bij andere zorgaanbieders. Verder organiseren wij actief zorg dicht bij de patiënt in de eerstelijns of thuissituatie bijvoorbeeld met behulp van thuismonitoring. Het UMC Utrecht ziet Digital Health als een kritieke succesfactor voor het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek. Wij zetten daarom actief in op digitalisering en technologie zoals e-health toepassingen en een ICT-infrastructuur voor de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en tussen zorgverleners en patiënten.

Hieronder staat een paar voorbeelden, niet limitatief, van initiatieven in het UMC Utrecht op het gebied van de juiste zorg op de juiste plek.

1. Oncologienetwerk Midden-Nederland (start: 2018). Een samenwerkingsverband met het St. Antonius Ziekenhuis, het Diaconessenhuis, Ziekenhuis Rivierenland en het Meander Medisch Centrum. Zorgprofessionals werken hierin samen aan hoogwaardige zorg voor patiënten in Midden-Nederland met kanker. Patiënten worden besproken in een regionaal multidisciplinair overleg (MDO) om te bepalen waar zij het beste behandeld kunnen worden mede op basis van de complexiteit van de zorgvraag. Er worden afspraken gemaakt over gespecialiseerde operatielocaties, uniforme protocollen, regionale zorgpaden en over een betrouwbare en veilige digitale gegevensuitwisseling. Door het bundelen in het MDO van de kennis, ervaring en kunde van alle betrokkenen zijn patiënten verzekerd van de beste kwaliteit van zorg.
2. Alexander Monro Ziekenhuis te Bilt (start: 2016). Dit ziekenhuis is gespecialiseerd in het diagnosticeren en behandelen van borst(kanker)zorg. Het UMC Utrecht en AMZ werken samen om patiënten sneller en beter te helpen door de beste zorg op de juiste locatie te bieden. De samenwerking richt zich niet alleen op borstkankerpatiënten die ook complexe andere aandoeningen hebben, maar ook op specifieke ontwikkelingen in het verloop van de borstkanker waarvoor academische zorg de beste mogelijkheden biedt. Ook worden zorginnovaties, onder andere naar aanleiding van wetenschappelijk

onderzoek in het UMC Utrecht, maximaal beschikbaar gesteld voor alle patiënten op beide locaties. Het UMC Utrecht levert aan AMZ expertise op de gebieden erfelijkheidsonderzoek, complexe pathologie en radiotherapie.

3. Met zorgverzekeraar Zilveren Kruis is in 2019 een intentieovereenkomst gesloten. Het gezamenlijk doel is om 10% van de huidige zorg binnen de cardiologie, longziekten en specialistische farmaceutische zorg in 2022 dichterbij de patiënt te organiseren: in de thuissituatie, 1e lijn of wijkverpleging.
4. Steeds vaker worden technologie en digitalisering ingezet om patiënten (deels) thuis te behandelen met behulp van thuismonitoring. Voorbeelden zijn: Reuma2Go (een e-health toepassing voor kinderen met jeugdreuma), Safe@home (thuismonitoring van zwangeren met risico's op complicaties) en thuismonitoring van patiënten met de spierziekte ALS en patiënten met Cystic Fibrosis (CF). Ter illustratie van thuismonitoring staat hieronder een korte toelichting voor wat betreft CF-patiënten.
5. Voor een goede samenwerking in de regio is een betrouwbare en veilige digitale gegevensuitwisseling een belangrijke randvoorwaarde. Met een aantal ziekenhuizen in Midden-Nederland wordt gewerkt aan de implementatie van een regionaal ICT-platform (XDS) voor het delen van patiëntinformatie (zoals medische dossiers en radiologiebeelden) tussen zorgverleners in de zorgketen. De adoptie wordt mede geborgd door bestaande samenwerkingsverbanden zoals het Oncologienetwerk Midden-Nederland. Onder regie van het UMC Utrecht worden op dit use cases ingericht en beheerd. Toekomstige initiatieven voor de juiste zorg op de juiste plek worden door dit platform mede mogelijk gemaakt.

Thuismonitoring CF-patiënten

Patiënten krijgen de middelen om thuis een longfunctie te blazen en voor het insturen van sputumkweken twee weken voorafgaand aan een videoconsult. Daarnaast houdt de patiënt in een app zijn gezondheidstoestand bij. Een longfunctieanalist controleert de kwaliteit. Door deze aanpak kan ca. 50% van de reguliere controles/ziekenhuisbezoeken worden vervangen door videoconsulten. Op verzoek van de patiënt kunnen die eventueel ook in de avonden plaatsvinden hetgeen verstoring van studie of werk voorkomt. Zodoende realiseren we met Digital Health dat de patiënt zo weinig mogelijk last heeft van zijn behandeling. Daarnaast kunnen vroege interventies bij klachten een eventuele ziekenhuisopname voorkomen. Dit alles verhoogt de kwaliteit van zorg en de patiënttevredenheid.