

Deze uitgave is een nieuwsbrief, die belangrijke ontwikkelingen met leuke wetenswaardigheden in de gezondheidszorg combineert. Natuurlijk in Beweging is een initiatief van Zimmer Biomet, gevestigd in Dordrecht.

Natuurlijk in Beweging

In dit nummer o.a.:

- **Rijksbegroting 2016: Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en Miljoenennota**
- **Financieel Beeld Zorg • Voortgang VWS actieplan Kwaliteit loont • Voortgang invoering integrale bekostiging ziekenhuizen 2016 • Korte berichten gezondheidszorg**



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

OKTOBER 2015 JAARGANG 4 • NUMMER 3

Erg verwarrend...

In de vorige uitgave van Zimmer Biomet in Beweging heb ik in mijn column aandacht geschonken aan de 'gereguleerde marktwerking' in de zorg. Een van mijn conclusies was dat ons zorgstelsel meer te maken heeft met regulatie dan met marktwerking.

Tot mijn verbazing, verwondering en bevestiging lees ik in de Telegraaf de volgende quotes van minister Schippers tijdens het DFT zorg debat van vrijdag 18 september: 'Ben geen minister van marktwerking', 'We hebben geen echte marktwerking en ik zou er ook niet voor kiezen'.

Nu ben ik verward! De beleidsvrouw van VWS, die de afgelopen jaren met veel druk en compassie het zorglandschap heeft geprobeerd te veranderen naar een zorglandschap van competitie, kwaliteitskeurmerken, afsplitsing en concentratie van activiteiten, et cetera, doet deze uitspraken.

Alles en iedereen moest ingeregeld worden om in de nieuwe wereld van marktwerking te kunnen acteren. De wereld van (over)registratie werd gestart, de gezondheidsmedewerker heeft dientengevolge op een dag vaker een pen vast of is meer gekluisterd aan een PC dan dat hij of zij, letterlijk en figuurlijk, oog kan hebben voor de patiënt (consument).

Zorgproducten, met de beste kwaliteit voor de beste prijs, moesten worden geleverd. De DBC, Diagnose Behandel Combinatie, had al snel een upgrade nodig naar de DOT, DBC op weg naar transparantie. Dit is één van de veelzeggende fenomenen dat het ingezette beleid moeite zou hebben om uiteindelijk te slagen.

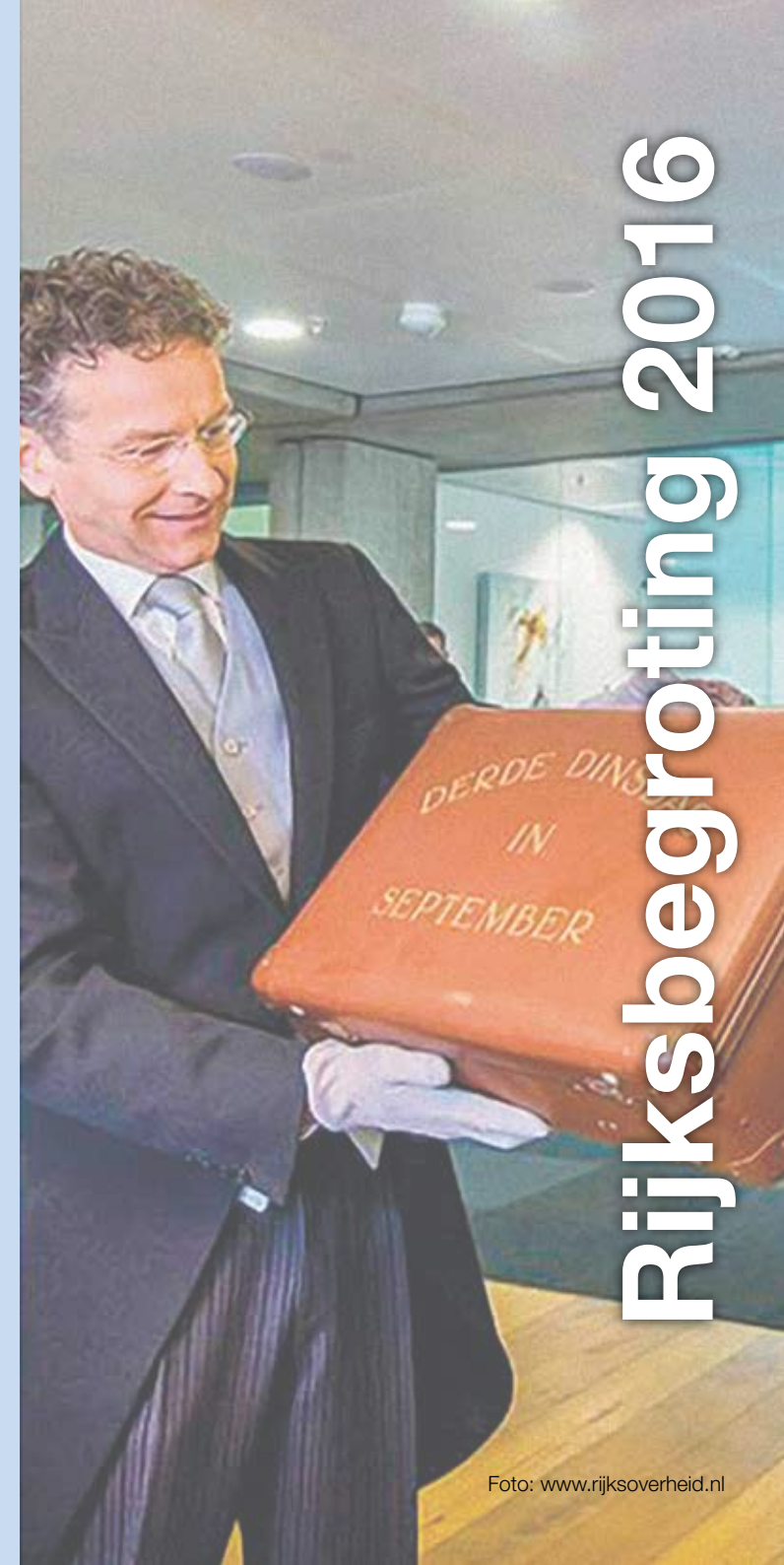
In het zelfde DFT debat slaat Jaap van den Heuvel, ziekenhuisbestuurder, de spijker op de kop over de verzekeraars: 'Verzekeraars willen alleen maar snijden op kosten, maar leveren ons dan niet meer patiënten, omdat wij iets goedkoper zijn'. Van den Heuvel worstelt dagelijks met zorgverzekeraars die volgens hem alleen kijken naar kostenreductie en niet naar kwaliteit.

Is dit alles opnieuw een bevestiging dat de neuzen van de overheid, zorgverzekeraars en onze zorgprofessionals niet dezelfde kant op staan en dat daardoor onze zorg nog altijd beter kan en moet?

Een blik op de site van de Rijksoverheid over Prinsjesdag leert dat ik het waarschijnlijk toch bij het verkeerde eind heb: 'Samen met patiënten, cliënten en professionals in de zorg, heeft de Rijksoverheid de afgelopen jaren hard gewerkt om de veranderingen in de zorg voor elkaar te krijgen. In 2016 moeten mensen verbeteringen in de zorg echt gaan merken. Merken dat de zorg aansluit op hun wensen, behoeften en mogelijkheden. Dat zij begrijpelijke informatie over kwaliteit makkelijk kunnen vinden. Dat keuzes met, in plaats van voor patiënten worden gemaakt. Dat ze zich gehoord voelen als ze een klacht hebben over de zorg. Dat verwanten, mantelzorgers en vrijwilligers zich gezien weten. In 2016 moet de zorg makkelijker worden door slimmer samen te werken en regels eenvoudiger te maken. Zo kunnen zorgverleners met plezier hun werk doen en zijn ze geen tijd kwijt aan overbodig papierwerk.'

Kortom het blijft voor mij allemaal erg verwarrend.
Veel leesplezier!

Roland van Esch



Rijksbegroting 2016

Rijksbegroting 2016: Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en Miljoenennota

Op Prinsjesdag presenteert de minister van Financiën de rijksbegroting en de Miljoenennota aan het parlement (Eerste Kamer en Tweede Kamer). De rijksbegroting is het overzicht van de inkomsten en uitgaven voor het komende jaar. De Miljoenennota is de toelichting op de rijksbegroting (rijksoverheid.nl, zorghulpatlas.nl).



Samen met patiënten, cliënten en professionals in de zorg, heeft de Rijksoverheid de afgelopen jaren hard gewerkt om de veranderingen in de zorg voor elkaar te krijgen. In 2016 moeten mensen verbeteringen in de zorg echt gaan merken. Merken dat de zorg aansluit op hun wensen, behoeften en mogelijkheden. Dat zij begrijpelijke informatie over kwaliteit makkelijk kunnen vinden. Dat keuzes met, in plaats van voor patiënten worden gemaakt. Dat ze zich gehoord voelen als ze een klacht hebben over de zorg. Dat verwanten, mantelzorgers en vrijwilligers zich gezien weten.

Verpleeghuiszorg

Extra geld komt beschikbaar voor dagactiviteiten voor ouderen in een verpleeghuis. Daarnaast geeft het kabinet een impuls aan de opleiding en bijscholing van professionals in de verpleeghuiszorg. Zo krijgen professionals meer ruimte om de zorg te verlenen die cliënten nodig hebben. Komend jaar is er 140 miljoen euro voor beschikbaar, de jaren daarna loopt dat bedrag op tot 210 miljoen euro. Daarbovenop wordt een geplande bezuiniging binnen de Wet langdurige zorg van 45 miljoen euro in 2016 geschrapt.

Persoonsgebonden budget (pgb)

Het pgb stelt mensen in staat regie te voeren over hun zorg. In 2015 is een nieuwe manier van uitbetalen ingevoerd. Niet meer het geld op de rekening van de budgethouder, maar de Sociale Verzekeringsbank die de betalingen voor de budgethouder uitvoert. De invoering van deze nieuwe manier van betalen is niet goed verlopen. De budgethouders en hun zorgverleners hebben hier de meeste overlast van ervaren. Het systeem zal worden verbeterd en versimpeld. Er wordt 20 tot 30 miljoen euro beschikbaar gesteld voor pgb-geduceerden.

Dementie

Dementie is een groot maatschappelijk vraagstuk. Vooral de zorg thuis voor iemand met dementie kan heel zwaar zijn. Het aantal mensen met dementie dat thuis woont, wordt steeds groter. Samenleven met dementie vraagt om meer kennis in de samenleving. Met het programma Dementievrienden wil de Rijksoverheid dat 1 miljoen Nederlanders binnen 5 jaar meer over dementie weet. En dat mensen leren hoe ze dementerenden kunnen helpen. Zo wordt Nederland dementievriendelijker. Het kabinet investeert 32,5 miljoen euro in het Deltaplan Dementie. Dit plan voorziet in wetenschappelijk onderzoek naar de dodelijke hersenaandoening.

Antibioticaresistentie

Tegengaan van antibioticaresistentie heeft prioriteit. Nationaal krijgt dit aandacht via de aanpak Antibioticaresistentie 2015-2019. En internationaal onder andere tijdens het Nederlands voorzitterschap van de EU in de eerste helft van 2016. De aanpak van antibioticaresistentie richt zich op alle terreinen waar de gezondheid van mensen wordt bedreigd door resistente bacteriën: zorg, dieren, voedsel en milieu (*One Health*-benadering). In 2016 is Nederland gastheer van de *Global Health Security Agenda*.

Geneesmiddelen

Eind 2015 komt een nieuw geneesmiddelenbeleid dat zich richt op kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing. De beschikbaarheid en betaalbaarheid van nieuwe en dure medicijnen hebben prioriteit in 2016. Deze zullen ook internationaal op de agenda worden gezet.

Risicoverevening

Verbetering van de risicoverevening om kosten beter te compenseren voor chronisch zieken en andere verzekerden die veel zorg gebruiken. Voor verzekeraars wordt het aantrekkelijk om zich te richten op deze groep verzekerden. Hiervoor is in 2016 circa 1,9 miljoen euro beschikbaar.

Premie en zorgtoeslag

Door de gematigde groei van de zorguitgaven blijft de premieontwikkeling beheerst. De zorgpremie stijgt volgens de raming van het ministerie van VWS in 2016 met ongeveer € 7,- per maand. De maximale zorgtoeslag, de tegemoetkoming in zorgkosten voor de laagste inkomens, stijgt met € 6,- per maand. Het verplicht eigen risico wordt niet verhoogd. Door de hogere zorgkosten vindt er wel een automatische indexatie plaats. Het verplicht eigen risico komt hierdoor uit op € 385,-.

Regeldruk

Zorgverleners moeten gaan merken dat meer openheid niet hoeft te leiden tot meer administratie van de eigen instelling, beroepsgroep, toezichthouders, overheid of zorgverzekeraars. Merkbaar minder regeldruk is een belangrijke doelstelling voor de resterende kabinetsperiode. In 2016 moet de zorg makkelijker worden door slimmer samen te werken en regels eenvoudiger te maken.

E-health

E-health is een belangrijk middel om de zorg beter, dichterbij, klantvriendelijker en goedkoper te organiseren. En om te helpen gezond te leven. De technologie die mensen in het dagelijks leven gebruiken, kan hen in de zorg ook ondersteunen. Zo is zorg op afstand mogelijk. En kan beter gekeken worden of een behandeling nodig of

nuttig is, of ten koste gaat van kwaliteit van leven. Ook kan het van grote toegevoegde waarde zijn in preventie. Door bijvoorbeeld vroege en betere opsporing en herkennen van symptomen. Ook kunnen *serious gaming*, apps en andere innovaties mensen motiveren gezonde keuzes te maken.

Verwarde personen

Mensen met aandoeningen of beperkingen (psychisch, licht verstandelijk beperkt, dementie of verslaving) zijn vaak kwetsbaar. Zij moeten op tijd de juiste hulp, zorg en ondersteuning krijgen. Verwarde personen krijgen een persoonlijke aanpak. Ook worden alle belemmeringen op landelijk niveau in kaart gebracht en waar mogelijk opgelost. Alle gemeenten hebben, als dat nog niet het geval is, in de zomer van 2016 een sluitende aanpak van zorg en ondersteuning van verwarde personen.

Basispakket 2016

In 2016 worden een aantal vergoedingen aan het basispakket toegevoegd. Zo worden plastische operaties aan foetussen met een open ruggetje onder voorwaarden vergoed, worden vervolgstesten voor de Niet Invasieve Prenatale Test vergoed als er sprake is van een positieve uitslag. Verder worden het geneesmiddel Belimumab (tegen de ongeneeslijke auto-immuunziekte SLE) en behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten (bij uitgezaaid melanoom) voorwaardelijk toegelaten. Het gaat om:

- De behandeling van onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met een bepaalde vorm van zenuwstimulatie.
- De behandeling van patiënten met een bepaalde erfelijke vorm van borstkanker (BRCA1) met hoge doses chemotherapie en een bepaalde vorm van stamceltransplantatie.
- De behandeling van patiënten met maagkanker en uitzaaiingen in het buikvlies en/of buikvocht met een combinatie van een bepaalde chirurgische ingreep en een bepaald type chemotherapie (HIPEC).

Vanaf 1 oktober 2015 worden de geneesmiddelen Viekirax en Exciera tegen chronische hepatitis C vergoed vanuit het basispakket. Het middel is voor patiënten met chronische hepatitis C (virus genotype 1 en 4). Dat is 60% van de

patiënten. De medicijnen komen beschikbaar voor patiënten in alle ziektestadia. Kinderen t/m 18 jaar hoeven vanaf 2016 geen eigen bijdrage meer te betalen voor gehoor toestellen. Voor volwassenen blijft de eigen bijdrage (25%) wel gewoon gelden. Kraamzorg blijft ook in 2016 in de basisverzekering. Wel gaat de minister onderzoeken of kraamzorg effectiever kan en of de zorg voor het eerste en tweede kind wel even lang moet zijn. Aan de basisverzekering 2016 wordt de vergoeding van een sportarts toegevoegd.

Curatieve zorg

In de curatieve zorg creëren de Hoofdlijnenakkoorden rust en ruimte om te werken aan verbetering van het stelsel en innovatie. Met Kwaliteit loont neemt dit kabinet de maatregelen om langs de weg van kwaliteitsverbetering in samenwerking met de Hoofdlijnenakkoorden een aanzienlijk besparing op de zorgkosten te realiseren. Kern van de maatregelen is dat het voor patiënten, zorgverleners en verzekeraars lonender wordt om te kiezen voor de beste zorg. In de langdurige zorg is er ook bijzondere aandacht voor de kwaliteit. Met de hervormingen in de langdurige zorg en ondersteuning sluit dit kabinet aan bij de ontwikkelingen van deze tijd.

Zowel in de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg als in de gehandicaptenzorg zien we dat mensen langer meedoen, langer zelfstandig blijven en zelfredzaam zijn. Om die ontwikkelingen te faciliteren zijn verschillende zorgtaken naar gemeenten overgeheveld. Tegelijkertijd wil dit kabinet met Waardigheid en Trots de verpleeghuiszorg verder verbeteren. Door te investeren in goed opgeleid personeel en het schrappen van onnodige regels, maar ook door bij de instellingszorg meer rekening te houden met de specifieke zorgvraag per cliënt en niet alleen te 'zorgen voor', maar ook te 'zorgen met' familie en vrienden.

Ten slotte zet dit kabinet in op preventie en een gezonde leefstijl. Talloze onderzoeken wijzen uit dat preventie loont, zowel in termen van gezondheidswinst als sociaal-economisch rendement. Preventie voorkomt daarmee ook onnodige zorguitgaven.



In het Financieel Beeld Zorg (FBZ) staat de ontwikkeling van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) centraal. Hierin worden de financiële ontwikkelingen binnen de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Jeugdwet en de begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven afzonderlijk toegelicht.

Zorguitgaven in vogelvlucht: afvlakking van de groei
Ambitie van het kabinet is: goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen, nu en in de toekomst. De reële uitgavengroei in de zorg lag jarenlang hoger dan op de lange termijn houdbaar was. Dat pad is nu doorbroken. Voor het eerst in meer dan een decennium ontwikkelen de zorguitgaven zich beheerst en groeien de uitgaven minder hard. 2015 is zelfs een jaar waarin de zorguitgaven naar verwachting nauwelijks stijgen. Ook de komende jaren blijven de uitgaven ruim onder de eerder vastgestelde kaders. De volgende uitdaging is om deze gematigde groei vast te houden.



Het Budgettair Kader Zorg (BKZ)

De BKZ-uitgaven bestaan uit de zorguitgaven op grond van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Een deel van de begrotingsuitgaven wordt ook toegerekend aan het BKZ. Tot deze categorie hoort een deel van de uitgaven aan de zorgopleidingen, de uitgaven van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten, de uitgaven voor zorg, welzijn en jeugdzorg op Caribisch Nederland en de subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg.

Deze uitgaven worden op de VWS-begroting verantwoord. Tot slot zijn er BKZ-uitgaven die via andere begrotingshoofdstukken beschikbaar komen. Het gaat hierbij om de middelen die via het Gemeentefonds worden uitgekeerd aan gemeenten voor uitgaven in het kader van de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

Totaal beeld Financiering van de zorguitgaven: Budgettair Kader Zorg (BKZ)

Het grootste deel van de zorguitgaven betreft uitgaven in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Een substantieel deel van de zorguitgaven verloopt via de rijksbegroting en wordt gefinancierd via belastinginkomsten. Een uitsplitsing voor het jaar 2016 staat in onderstaande tabel.

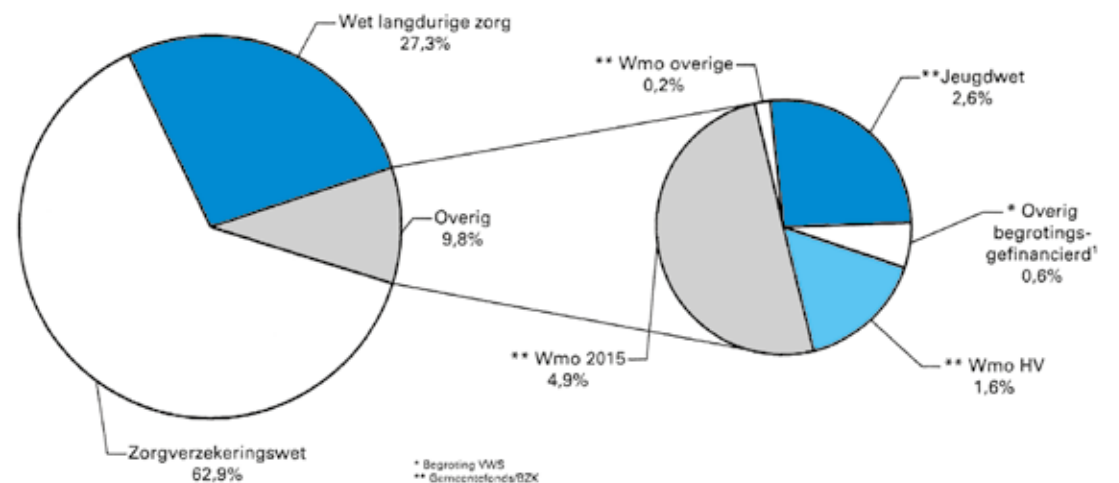
Weet u wat u per jaar betaalt aan zorg?

De gemiddelde zorgkosten per volwassene (18 jaar en ouder) bestaan uit:

- **Zorgpremie:** de premie voor de basis zorgverzekering die mensen zelf betalen aan de zorgverzekeraar
- **Eigen betalingen:** bijdrage die mensen zelf betalen voor zorg die niet of niet geheel wordt vergoed door de zorgverzekering

De bruto-BKZ-uitgaven per sector als aandeel in de totale BKZ-uitgaven

¹ Onder de post <<overig begrotingsgefinancierd>> zijn opgenomen de subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg, Zorgopleidingen, Wtcg, subsidieregeling abortusklinieken, zorg Caribisch Nederland en loon- en prijsbijstelling.



- **Zorgtoeslag:** tegemoetkoming in de zorgkosten voor mensen met een inkomen onder een vastgestelde inkomensgrens
- **Inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet (Zvw):** deze bijdrage is afhankelijk van het inkomen en wordt geïnd door de belastingdienst. Werknemers doen dit via hun loonstrookje. Zelfstandigen betalen dit rechtstreeks
- **Wet langdurige zorg (Wlz)-premie (vanaf 2015):** vanaf 2015 betalen mensen via het loonstrookje ongeveer 10% van het inkomen aan Wlz-premie
- **Belastingen:** met deze inkomsten financiert het Rijk collectieve voorzieningen zoals de zorg.

Gemiddelde zorgkosten per volwassene (18 jaar en ouder) 2016:

In euro	2016
Zorgpremie	1.243
Eigen betalingen	373
Zorgtoeslag	-343
Inkomensafhankelijke bijdrage	1.596
Wlz-premie	1.083
Belastingen	1.406
Totaal	5.358

De bedragen zijn een gemiddelde per volwassene. Sommige mensen betalen meer en anderen betalen minder.

Hoeveel iemand precies betaalt is afhankelijk van zijn inkomen (en bij recht op zorgtoeslag ook van het inkomen van zijn partner). Huishoudens met een laag inkomen betalen minder dan € 5358,- per persoon aan collectief verzekerde zorg en huishoudens met een hoger inkomen meer, omdat de meeste posten inkomensafhankelijk zijn. Dat is het geval bij de Wlz-premie, de bijdrage Zvw en de belastingen. Omdat huishoudens met een laag of midden-inkomen een inkomensafhankelijke zorgtoeslag ontvangen ter compensatie van de nominale premie en het eigen risico, geldt ook bij de nominale premies en het eigen risico dat de netto last hiervan in samenhang met de zorgtoeslag toeneemt met het inkomen.

Aanpak kostengroei dure geneesmiddelen

Op verzoek van de Minister van VWS hebben het KWF Kankerbestrijding ('Effectieve nieuwe middelen tegen kanker, maar het financieringssysteem kraakt') en de Nederlandse Zorgautoriteit ('Onderzoek naar de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg') onderzoek uitgevoerd naar de (kosten)ontwikkeling van dure, veelal oncologische, geneesmiddelen. De kosten ervan zijn de laatste jaren met 10% per jaar gestegen. Dit is veel harder dan de afgesproken stijging van 1% uit het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord.



Elk jaar komen er in hoog tempo nieuwe medicijnen bij om verschillende kankersoorten te behandelen. Beide onderzoeken laten zien dat de financiering behoorlijk knelt en de toegankelijkheid van deze medicatie onder druk staat. De dure geneesmiddelen vormen daarmee een ernstige bedreiging voor de noodzakelijke kostenbeheersing in de zorg.

De koepels Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Federatie van Universitaire medische Centra en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen stelden al eerder dat ziekenhuizen, UMC's, zorgverzekeraars, beroepsgroepen, de farmaceutische industrie en de overheid gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het vinden van een oplossing. Partijen vroegen de minister van VWS daarvoor de randvoorwaarden te creëren, zo lieten zij in een gezamenlijke brief aan de minister op 25 juni 2015 weten. Naar aanleiding van beide rapporten en de gezamenlijke brief van veldpartijen is overleg gevoerd tussen VWS, ziekenhuizen en zorgverzekeraars waarbij een eerste aanzet is gegeven voor de aanpak van de problematiek.

Voor de korte termijn zijn partijen overeengekomen dat dure geneesmiddelen verstrekt zullen blijven. Zorgverzekeraars hebben dit vanuit hun zorgplicht onderschreven en aangegeven dat er geen patiënten om budgettaire redenen de toegang tot dure geneesmiddelen zal worden onttrokken. Zorgaanbieders hebben gegarandeerd dat zij richtlijnconform

werken en, waar medisch noodzakelijk, dure geneesmiddelen aan patiënten zullen voorschrijven. Mocht een zorgaanbieder financieel niet in staat zijn een geneesmiddel te leveren, dan gaat de zorgaanbieder hierover met de betreffende verzekeraar het gesprek aan zodat er een passende oplossing gevonden kan worden.

Voor de langere termijn wordt gezamenlijk gewerkt aan een integraal pakket aan maatregelen. Dit betreft onder andere het beter zicht krijgen op welke geneesmiddelen in de pijplijn zitten, verbetering van de inkoop van geneesmiddelen door zowel ziekenhuizen als VWS, gepast gebruik van geneesmiddelen conform de richtlijnen en de introductie van een zogenaamde sluis waardoor dure geneesmiddelen niet meer automatisch instromen in het basispakket. Betreffend pakket aan maatregelen moet dit najaar worden vastgesteld.

Wanneer Nederland in de eerste helft van 2016 voorzitter van de Europese Unie is, heeft dit onderwerp voor Schippers hoge prioriteit. Zij is al begonnen om met landen als België en Luxemburg gezamenlijk prijsonderhandelingen te voeren, omdat deze landen samen meer patiënten vertegenwoordigen en daardoor een sterkere onderhandelingspositie hebben (Nieuwsbericht VWS, 11 september 2015, Brief VWS aan Tweede Kamer, 10 juli 2015, Uitkomsten bestuurlijk overleg m.b.t. dure geneesmiddelen).



Voortgang VWS actieplan **Kwaliteit loont**

Doordat de beoogde wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet in december 2014 niet doorging, heeft VWS op 6 februari jl. als alternatief het actieplan Kwaliteit loont opgesteld. Het actieplan kent een twintigtal maatregelen. Veel van de maatregelen zijn gericht op het bevorderen van goede contractering. Op 30 juni jl. heeft VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de voortgang van dit actieplan.

Veranderingen vrije artskeuze

In 2016 gaat het een en ander veranderen op het gebied van de vrije artskeuze. In eerste instantie lag er een plan om de vrije artskeuze flink te beperken. Maar dit plan kon rekenen op veel kritiek uit verschillende hoeken. Het voorstel werd dan ook weggestemd door de Eerste Kamer. Om die reden heeft minister Schippers (VWS) besloten om met een alternatief plan te komen. Met dit voorstel verandert er weinig aan de vrije artskeuze. De budgetpolis zoals die er nu is, blijft gewoon bestaan. Dat betekent dat de zorg van een zorgverlener waar de verzekeraar geen afspraken mee heeft, voor het grootste deel gewoon wordt vergoed. In het weggestemde voorstel zou in dat geval niets meer worden vergoed. Daarbij komt een korting op het eigen risico wanneer men naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Ook dit nieuwe voorstel is nog niet definitief. Later dit jaar zal bekend worden of dit doorgaat en wat de precieze gevolgen zijn voor de zorgverzekering 2016.

Verbetering risicoverevening verzekeraars

Een belangrijk element van het actieplan is dat zorgverzekeraars zich meer gaan richten op chronisch zieken en ouderen. Om het voor zorgverzekeraars aantrekkelijker te maken om zich te richten op deze groep verzekerden, is de risicoverevening aangepast. Door de verdeling van de gelden uit het zorgverzekeringsfonds te verbeteren worden verzekeraars meer gestimuleerd om zich (ook) te richten op mensen die veel gebruik maken van zorg.

Vanaf 1 januari 2016 wordt de risicodragendheid van zorgverzekeraars in de Zorgverzekeringswet (Zvw) vergroot. Per 2017 moeten zorgverzekeraars, zoals afgesproken in het regeerakkoord, volledig risicodragend werken. Dat betekent dat de zorgverzekeraars niet langer achteraf geld hervreiden als zij meer of minder hebben moeten uitgeven aan bepaalde groepen verzekerden.

Dat zorgverzekeraars individueel dit risico gaan dragen maakt dat zij zich extra inspannen om de zorgkosten te beheersen. De risicodragendheid van verzekeraars is daarmee een onmisbaar onderdeel van de Zvw.

In 2015 voeren verzekeraars de Zvw al voor een groot deel risicodragend uit. Bij de wijkverpleging, geneeskundige- en langdurige geestelijke gezondheidszorg en de oncolytica is dit nog niet volledig het geval. Per 2016 worden stappen gezet om de risicodragendheid van verzekeraars voor deze zorgvormen op te voeren. Deze leiden ertoe dat verzekeraars de Zvw in 2016 al bijna volledig risicodragend uitvoeren. Slechts een beperkt aantal van de 25 verzekeraars zal nog achteraf gecompenseerd of afgeroomd worden. Daarnaast geldt er een eenjarige uitzondering voor alle zorgverzekeraars voor bepaalde nieuwe, dure geneesmiddelen, die na het jaar automatisch vervalt (Nieuwsbericht VWS, 1 september 2015).

Versterking rol verzekerde bij keuze verzekeraar

In de werking van het stelsel is het essentieel dat verzekerden de ruimte hebben om te kiezen voor elke zorgverzekeraar en voor elke polis. Deze keuzevrijheid van de verzekerden is een extra stimulans voor zorgverzekeraars om zich in te zetten voor het aantrekken en behoud van hun verzekerden. Verzekerden moeten zich echter ook vrij voelen om te kunnen wisselen van zorgverzekeraar om op die manier te 'stemmen met de voeten'.

Minister Edith Schippers (VSW) doet een beroep op zorgverzekeraars om hun polisaanbod transparanter te maken. Zo wil de minister dat:

- het aantal verschillende zorgpolissen waaruit mensen kunnen kiezen wordt teruggebracht
- dat zorgverzekeraars stoppen met het presenteren van het basispakket en het aanvullend pakket als één verzekering

Voor wat betreft de transparantie in hun financiële administratie hebben zorgverzekeraars grote stappen vooruit gezet. Zorgverzekeraars hebben driekwart, bijna anderhalf miljard euro, van de positieve resultaten uit 2014 ingezet om de premie in 2015 te verlagen. Een kwart van het geld is gebruikt om de reserves aan te vullen. Ook blijkt dat de totale reclamekosten van alle zorgverzekeraars 39 miljoen euro bedraagt. Dat is iets minder dan € 3,- euro per verzekerde (Nieuwsbericht VWS, 30 juni 2015).

Voor een goed geïnformeerde keuze van de verzekerde, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit voorts verscherpte regels opgesteld voor vergelijkingssites. De zorgverzekeraar wordt verantwoordelijk gehouden voor de juistheid van de informatie over de polisvoorwaarden die door de vergelijkingssite wordt verstrekt.

Om meer te kunnen kiezen op basis van kwaliteit van zorg hebben patiënten meer inzicht in kwaliteit van het zorgaanbod nodig. Met veldpartijen zijn afspraken gemaakt dat informatie over de kwaliteit van de dertig meest relevante aandoeningen versneld beschikbaar komt. Daarnaast worden dit jaar driehonderd richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen opgenomen in het

register van het Kwaliteitsinstituut. Voor een groot deel van deze driehonderd richtlijnen wordt begrijpelijke informatie voor patiënten gemaakt. Bovendien is geïnvesteerd in informatiewebsites voor patiënten zoals www.zorgkaartnederland.nl en www.thuisarts.nl.

Gedifferentieerde toepassing Makro Beheers Instrument (MBI)

Het moet voor de zorgaanbieder lonend zijn om een contract met de zorgverzekeraar af te sluiten. In het huidige systeem kan het voor een individuele aanbieder aantrekkelijk zijn om juist geen contract met de zorgverzekeraar af te sluiten en vervolgens veel volume te produceren. Een eventuele overschrijding in de sector wordt immers op alle aanbieders in de hele sector verhaald, ook op de aanbieders die zich houden aan de contractafspraken met zorgverzekeraars. Om deze prikkel tot overproductie uit te schakelen, wil VWS de toepassing van het MBI gericht inzetten op niet-gecontracteerde zorg. Een en ander wordt momenteel nader uitgewerkt.

Scherper toezicht op kwaliteit van nieuwe toetreders

De CIBG-toets bij toelating zal per 1 januari 2016 aangescherpt worden. Daarnaast zullen zorgaanbieders die zorg leveren waaraan hoge risico's zijn verbonden binnen vier weken na de start van de zorgverlening worden bezocht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Toezicht op evenwicht in de sector naar ACM

In het belang van de patiënt en verzekerde moet voorkomen worden dat in de zorg machtsposities kunnen ontstaan. Hiertoe is een stevig en krachtig gepositioneerd markttoezicht van groot belang. Het markttoezicht in de zorg wordt versterkt door de zorgspecifieke toezichtstaken, die zijn geregeld in de Wet marktwerking gezondheidszorg, over te hevelen naar de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Hierdoor worden de relevante kennis van de zorgmarkten en de expertise op het gebied van mededingingsprocedures gebundeld bij één toezichthouder.

Invoering geschillenregeling

Voor geschillen over contractering tussen aanbieders en verzekeraars wordt een onafhankelijke geschillencommissie opgericht. Het gaat hierbij ook om geschillen over de precontractuele fase. Momenteel werkt VWS in overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars een en ander nader uit. Het doel is om voor 1 april 2016 een onafhankelijke geschillencommissie operationeel te hebben.

Meer ruimte voor innovatieve zorgcontracten

De verplichte prestatiebeschrijvingen werken in de praktijk soms beknellend en remmend op innovatie en maatwerk. Patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben aangegeven gebaat te zijn bij een systeem met meer vrijheid voor de invulling van prestaties. In dit verband wordt de Wet marktordening gezondheidszorg aangepast zodat er meer ruimte ontstaat voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zelf afspraken te maken over prestaties. Zo kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars sneller afspraken maken die leiden tot betere zorg voor de patiënt (Brief VWS aan de Tweede Kamer, 30 juni 2015, Voortgang Kwaliteit loont).

Meer ruimte en rust voor de medisch-specialistische zorg in 2016

In 2016 voert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geen grote wijzigingen door in de regels voor medisch-specialistische zorg. Om rust te creëren in de ziekenhuissector zijn de regels vereenvoudigd en gebruikersvriendelijker gemaakt. Ook de ziekenhuisnota wordt duidelijker in 2016. Daarnaast komt er meer ruimte om ziekenhuizen te belonen voor innovatieve zorg of extra kwaliteit.

Rust in de regelgeving

De afgelopen jaren is het prestatie- en tariefsysteem voor de medisch-specialistische zorg (DBC/DBC's op weg naar transparantie - DOT) vaak gewijzigd, vooral om de medische herkenbaarheid te vergroten. Om de administratieve belasting voor ziekenhuizen te verlichten en de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars te faciliteren, is nu rust in de regels nodig. Daarom worden in 2016 geen grote wijzigingen doorgevoerd.

De regels zijn, waar dat mogelijk was, wel vereenvoudigd en duidelijker geworden. Wat daarbij helpt is dat in 2015 DBC-Onderhoud en NZa zijn samengegaan. Ook de regels en documenten van beide organisaties zijn geïntegreerd.

Reële prijzen voor spoedeisende hulp en lichtcomplexere zorg

Behandelingen op de spoedeisende hulp en eenvoudige poliklinische behandelingen worden voortaan ingedeeld in lichte, middelzware of zware behandelingen. Dit dwingt zorgverzekeraars en ziekenhuizen om reële prijzen af te spreken voor deze behandelingen, die de patiënt vaak zelf uit het eigen risico moet betalen. Hiermee sluit de nota beter aan bij de zorg die de patiënt heeft ontvangen. Ook kunnen patiënten zo beter controleren of het bedrag van hun ziekenhuisnota klopt met de behandeling die ze hebben gekregen.

Meer ruimte voor innovaties en kwaliteitsverbetering

NZa heeft de gereguleerde tarieven in de ziekenhuiszorg voor 2016 herijkt op basis van een kostenonderzoek. Het tarief is bepaald op basis van het gewogen gemiddelde van door ziekenhuizen aangeleverde kostprijzen. De tariefffecten als gevolg van dit onderzoek verschillen per product(groep), maar gemiddeld genomen dalen de tarieven licht, zo'n 3%, ten opzichte van 2015.

Tegelijkertijd wil NZa meer ruimte bieden om ziekenhuizen te belonen voor innovaties en het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Daarom worden in het deel van de ziekenhuiszorg waar gemaximeerde prijzen gelden, de zogenoemde max-max tarieven ingevoerd. Ziekenhuizen die met de zorgverzekeraars hebben afgesproken dat zij bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg verbeteren of innovaties doorvoeren die de zorg beter of efficiënter maken, kunnen een hoger tarief voor de zorg ontvangen tot maximaal 10% boven het reguliere maximumtarief (NZa, 2 juli 2015).



Voortgang invoering integrale bekostiging ziekenhuizen 2016

De invoering van de integrale bekostiging heeft de verhouding tussen vrijgevestigd medisch specialisten en het ziekenhuis ingrijpend gewijzigd. Ziekenhuizen en vrijgevestigd medisch specialisten moesten bij de invoering per 1 januari jl. afspraken met elkaar maken over de positie van de medisch specialist. Specialisten konden daarbij kiezen tussen het vrijgevestigd blijven dan wel in loondienst treden. De nieuwe besturingsmodellen voor de vrijgevestigd medisch specialisten zijn per 1 januari jl. formeel tot stand gekomen. Echter het in de praktijk brengen van de nieuwe besturingsmodellen is nog volop werk in uitvoering. Harde monitorgegevens zijn nog niet voorhanden. De minister van VWS heeft vlak voor de zomer een voortgangsbrief aan de Tweede Kamer verzonden over de invoering van de integrale bekostiging waarbij zij ingaat op een aantal thema's.

Subsidieverlening bij overstap naar loondienst wordt voortgezet

Voor 2015 was een subsidieregeling beschikbaar die beoogde de financiële belemmeringen voor vrijgevestigd medisch specialisten om in loondienst te gaan te verminderen. Er zijn 550 subsidieaanvragen ingediend bij VWS. Vanwege het signaal dat in veel ziekenhuizen de definitieve keuze voor een bepaald besturingsmodel nog niet gemaakt is, heeft VWS besloten om in 2016 de subsidieregeling nogmaals open te stellen voor eventuele overstappers in 2016.

Samenwerkingsmodel nader onderzocht

Bij de meeste ziekenhuizen is gekozen voor het samenwerkingsmodel. In de visie van VWS kent het samenwerkingsmodel een aantal risico's. Het risico van complexe bestuurbaarheid (een bedrijf in een bedrijf) is reëel. Praktische invulling van bijvoorbeeld kwaliteitsbeleid en samenwerking vergt bijzondere aandacht en doorontwikkeling van het model. Er spelen daarnaast zorgen over de gevolgen voor de governance van ziekenhuizen. TIAS (business school van Universiteit Tilburg en Technische Universiteit Eindhoven) heeft inmiddels van VWS de opdracht gekregen om bij een aantal ziekenhuizen een quickscan uit te voeren naar het samenwerkingsmodel en de governance van ziekenhuizen. Dit zal leiden tot een handreiking voor ziekenhuizen en medisch specialisten met best practices die dit najaar wordt opgeleverd.

Samenwerkingsmodel als tussenstap naar participatiemodel

Hoewel er wel ziekenhuizen zijn die stappen in de richting van het participatiemodel hebben gezet, is het nog niet gelukt dit model vorm te geven. Verschillende ziekenhuizen hebben op het punt gestaan het in te voeren maar uiteindelijk toch voor een ander model gekozen. De voornaamste reden daarvoor was dat het participatiemodel, anders dan het samenwerkingsmodel, een geheel nieuw model is, dat nog helemaal moet worden uitgewerkt. Ook de onzekerheid over de Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg heeft hierin een rol gespeeld. Het participatiemodel is voor veel ziekenhuizen en medisch specialisten echter het voorkeursmodel. Het wordt als aantrekkelijk gezien vanwege de verwachting dat het participatiemodel, waarbij de medisch specialisten in feite mede-eigenaar zijn van het ziekenhuis, uitgaat van gelijkgerichtheid. Het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB-model) wordt vaak als tussenstap gezien op weg naar het participatiemodel.

Eisen aan fiscaliteit

Uitgangspunt voor medisch specialisten die zich willen (blijven) kwalificeren als fiscaal ondernemer is dat er reële en substantiële risico's worden gelopen. Onlangs verschenen berichten in de media waarin werd gesuggereerd dat de toetsing van de Belastingdienst wordt 'verlicht'. VWS geeft in haar brief aan de Tweede Kamer echter nadrukkelijk aan dat dit geenszins het geval is. De Belastingdienst heeft inmiddels alle verzoeken over afstemming van de gevolgen van de structuurwijzigingen afgewikkeld. De Belastingdienst gaat echter ook achteraf toetsen of de feitelijke invulling overeenstemt met hetgeen vooraf is voorgelegd. Als op basis van de achteraf toetsing fiscaal gezien (toch) geen sprake is van ondernemerschap, zal de Belastingdienst de ondernemersfaciliteiten niet toepassen. Bij twijfel of voldaan wordt aan de eerdere afspraken kunnen partijen dit voorleggen aan de Belastingdienst.

Toezicht door IGZ en NZa

Bij de toezichthouders staat de invoering van integrale bekostiging goed in het vizier. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft bestuurlijke verantwoordelijkheid dit jaar tot speerpunt in haar toezicht benoemd, met speciale aandacht voor de risico's die het Medisch Specialistisch Bedrijf met zich meebrengen. In zijn algemeenheid geldt dat, als IGZ constateert dat niet wordt voldaan aan de wettelijke eisen en veldnormen voor goed bestuur, zij ingrijpt door het opleggen van verbetermaatregelen. IGZ heeft vooralsnog geen signalen ontvangen dat ten gevolge van de invoering van de integrale bekostiging de kwaliteit van zorg in het geding is gekomen.

Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) besteedt aandacht aan de invoering van integrale bekostiging. Eind 2014 verscheen de eerste monitor over de invoering. De tweede monitor volgt in het najaar van 2015. NZa gaat in haar monitor onder andere in op modelkeuze, uitgavenontwikkeling, impact op de governance van het ziekenhuis en de rol van verzekeraars (Brief VWS aan Tweede Kamer, 30 juni 2015, Stand van zaken invoering van integrale bekostiging en de nieuwe besturingsmodellen).

Fusies ziekenhuizen

Fusies van ziekenhuizen in Nederland dienen geen enkel doel en zouden alleen in heel bijzondere gevallen moeten worden toegestaan. Schaalvergroting kent namelijk vooral nadelen, zo is de groei van ziekenhuizen ten koste gegaan van efficiency. Dit stelt Jos Blank, bijzonder hoogleraar Productiviteit Publieke Sector aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. In de afgelopen veertig jaar zijn ziekenhuizen vijf keer zo groot geworden als gevolg van fusies. De gedachte achter schaalvergroting is dat de kosten dalen. In het begin is dit weliswaar het geval maar daarna nemen de kosten voor behandelingen in grote ziekenhuizen toe. De bereikbaarheid en de toegankelijkheid worden bovendien slechter en de dikwijls geclaimde kwaliteitsvoordelen zijn in de meeste gevallen niet aantoonbaar. Minstens de helft van de ziekenhuizen in Nederland is inmiddels te groot. De ideale grootte van een ziekenhuis ligt op minder dan driehonderd bedden. Daarboven treden de nadelen van schaalvergroting op, zoals een grotere *span of control* met bijhorende bureaucratie. De neiging tot fuseren is lastig te beteugelen, waardoor Blank pleit voor meer wettelijke maatregelen. Hij stelt voor om de bewijslast bij fusieplannen om te draaien, waarbij instellingen moeten aantonen dat een fusie maatschappelijke meerwaarde heeft. Nu kan de Autoriteit Consument & Markt een fusie alleen tegenhouden als zij aantoonbaar negatieve effecten verwacht.

Blank denkt overigens dat kostenverlaging allang niet meer de drijfveer is voor ziekenhuizen om met elkaar te fuseren. Fusies van ziekenhuizen hebben onder meer te maken met het streven om de marktmacht te vergroten en de onderhandelingspositie met zorgverzekeraars te versterken. Blank voorziet dat fusies en schaalvergroting ook in de eerste lijn steeds vaker zullen optreden. Ook hier spelen strategische overwegingen een rol. Huisartsen klagen al geruime tijd over de scheve machtsverhoudingen in de eerste lijn. Daarnaast zijn Nederlandse huisartsenpraktijken aan de kleine kant, vergeleken met de eerstelijnszorgaanbieders in veel andere landen. Hier is nog voordeel te halen uit de schaalgrootte (Skipr, 4 september 2015).

ACM verbiedt fusie tussen ziekenhuizen

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) heeft de voorgenomen fusie tussen het Albert Schweitzer Ziekenhuis en de Rivas Zorggroep verboden. Deze twee ziekenhuizen zijn momenteel belangrijke concurrenten van elkaar. ACM voorkomt met dit verbod mogelijke negatieve gevolgen voor patiënten en verzekerden, zoals hogere prijzen, mindere kwaliteit of minder innovatie. Dit is de eerste keer dat ACM een fusie tussen ziekenhuizen verbiedt. Op basis van onderzoek onder huisartsen en zorgverzekeraars naar patiëntenstromen concludeert ACM dat door deze fusie een belangrijk deel van de concurrentiedruk op partijen wegvalt. Concurrentiedruk prikkelt partijen om betere kwaliteit te bieden tegen een scherpe prijs en te innoveren. Uit het onderzoek van ACM blijkt dat er voor zorgverzekeraars onvoldoende alternatieven overblijven om scherp te kunnen inkopen na de fusie. Dit betekent dat het risico bestaat dat de fusieziekenhuizen bijvoorbeeld hun prijs verhogen of de kwaliteit verminderen door minder te investeren in innovaties, klantvriendelijkheid of hygiëne. Dit is nadelig voor patiënten en verzekerden (websites ACM en Albert Schweitzer Ziekenhuis/Rivas Zorggroep).

Fusie Sint Franciscus Gasthuis en Vlietland Ziekenhuis

Franciscus Gasthuis & Vlietland: dat is de overkoepelende naam waaronder het Rotterdamse Sint Franciscus Gasthuis en het Schiedamse Vlietland Ziekenhuis vanaf september 2015 samen verder gaan (nvz.nl, 17 september 2015).

ACM bevestigt ruimte voor samenwerking in de eerste lijn

Zorgaanbieders in de eerste lijn zijn tot op heden zeer terughoudend om samen te werken. Het beeld is namelijk dat de Mededingingswet samenwerking verbiedt en dat een forse boete al snel op de loer ligt. In haar Uitgangspuntendocument stelt de Autoriteit Consument & Markt (ACM) medio september echter dat zorgaanbieders in de eerstelijnszorg wel degelijk ruimte hebben om met elkaar te werken aan verbetering van de zorg. ACM vindt het belangrijk dat er voldoende ruimte is voor innovatie en zorginhoudelijke samenwerking. Uit het document blijkt dat er in de huidige Mededingingswet meer ruimte is voor samenwerking dan in het veld wordt gedacht.

Uitgangspunten toezicht eerstelijnszorg

ACM moedigt partijen in het veld aan om met de belangen van patiënten en verzekerden voor ogen, de zorg op een hoger plan te brengen. In veel gevallen zullen de voordelen voor patiënten en verzekerden opwegen tegen de nadelen en kan het initiatief probleemloos worden voortgezet. Als ACM toch signalen krijgt dat de samenwerking mogelijk schadelijk uitpakt, zal ACM eerst een waarschuwing geven en de mogelijkheid bieden van aanpassing. In geval van een voortvarende en snelle aanpassing door partijen zal ACM geen aanleiding zien voor nadere actie. ACM wil hiermee voorkomen dat de sector verkrampd en blijft hangen in theoretische discussies. Verder geeft ACM aan dat zij bij breder spelende samenwerkingsvraagstukken graag op voorhand met de sector in gesprek gaat over mogelijkheden en eventuele risico's om ongewenste situaties te voorkomen.

De mededingingsregels zijn met de komst van dit Uitgangspuntendocument overigens niet veranderd. ACM maakt duidelijk hoe zij samenwerking in het belang van patiënten en verzekerden wil stimuleren en schadelijke samenwerking wil voorkomen. Bij samenwerking in het belang van de patiënt kan men denken aan initiatieven om de kwaliteit van behandelingen te verbeteren of om nieuwe behandelmethodeën en innovatieve technologieën te introduceren. Ook gezamenlijk overleg over ontwikkelingen in de zorg in een regio of stad zijn toegestaan.

Als partijen echter collectief gaan onderhandelen om bijvoorbeeld een hogere prijs af te dwingen of wanneer zij onderling patiënten verdelen, is dit niet goed voor patiënten en verzekerden. Dit soort afspraken drijft de zorgkosten omhoog en beperkt de keuzemogelijkheden voor patiënten. Daarom zijn deze afspraken in de visie van ACM niet toegestaan en zal zij in zo'n geval ingrijpen om de schadelijke samenwerking te beëindigen.

Zorgverzekeraars Nederland en de Landelijke Huisartsenvereniging zijn verheugd dat ACM helderheid schept en comfort biedt aan zorgaanbieders om samen te werken. Ze verwachten dat deze uitleg van ACM eraan bijdraagt dat zorgaanbieders in de eerste lijn zich niet langer gehinderd voelen door de Mededingingswet om samen te werken om de zorg te verbeteren (websites ACM, ZN en LHV).

Brancherapport NVZ

Medio september heeft de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) op basis van analyse van de jaarrekeningen 2014 van de algemene ziekenhuizen haar jaarlijkse brancherapport gepubliceerd. De groei van de omzet van de algemene ziekenhuizen is in 2014 1,3%. Dit is de laagste groei sinds 1987 en blijft binnen de afspraken die partijen met elkaar hebben gemaakt in het Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord. De ziekenhuizen behaalden in 2014 gemiddeld een exploitatieresultaat van 1,9%. Elf ziekenhuizen boekten in 2014 echter een negatief resultaat.

De algemene ziekenhuizen hebben in 2014 gemiddeld hun financiële weerbaarheid versterkt. De gemiddelde solvabiliteit (verhouding tussen vreemd en eigen vermogen) ligt voor het eerst boven het gehanteerde streefniveau van 20%. De spreiding van de solvabiliteit is echter toegenomen. Vooral veel kleine ziekenhuizen kennen een lagere solvabiliteit.

Nauwelijks zicht op productieontwikkeling vanwege stapeling van systeemwijzigingen

Ziekenhuizen hebben in de afgelopen jaren te maken gehad met zeer veel veranderingen. Zo is de bekostiging volledig herzien en er is veel nieuwe regelgeving vastgesteld voor de registratie van het zorgproces. Definities zijn veranderd waardoor de productie, gemeten in termen van de 'oude' bekostigingsparameters, in de tijd niet langer eenduidig inzichtelijk gemaakt kan worden. Het meten van de ontwikkeling van het productievolume over de afgelopen periode is daarom helaas niet goed mogelijk (nvz.nl).

Registratie- en declaratiesysteem van ziekenhuizen onder de loep

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft deze zomer aan adviesbureau Berenschot opdracht gegeven om te onderzoeken op welke wijze ziekenhuizen in hun ziekenhuisregistratiesystemen aandacht besteden aan het thema correct registreren en declareren van zorg. In de afgelopen jaren is door zorgaanbieders fors geïnvesteerd in het verbeteren van de registratie en declaraties. Correct registreren en declareren vergen een goed samenspel tussen het primaire proces (indicatiestelling, de zorghandelingen) en de ondersteunen-

de processen (zorgadministratie, financiële administratie). NZa wil op basis van haar onderzoek een handreiking opstellen van good practices waarmee ziekenhuizen hun systemen (nog) beter kunnen inrichten en daarmee correct registreren en declareren van zorg (nog) beter kunnen borgen. Hiertoe is een zestiental ziekenhuizen bevestigd. Naast de bestuurder werden ook medisch specialisten, medisch managers en staffunctionarissen geïnterviewd. De handreiking zal naar verwachting begin 2016 door NZa gepubliceerd worden (nza.nl).

Pensioenaftopping

Door de nieuwe pensioenwet die per 1 januari jl. is ingegaan, is het pensioengevend salaris afgetopt op € 100.000,- bruto. Wie meer verdient, kan over het salarisdeel daarboven niet langer onder fiscaal gunstige voorwaarden pensioen opbouwen via de werkgever. Dit heeft forse gevolgen voor het pensioen van medisch specialisten in dienstverband. De Nederlandse Federatie voor Universitaire Medische Centra is inmiddels bereid het werkgeversdeel van de pensioenpremie aan de groep benadeelde werknemers van de academische ziekenhuizen te laten toekomen. Voor de werknemers in de algemene ziekenhuizen verlopen de onderhandelingen echter aanzienlijk stroever. Begin september spraken de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en de Federatie Medisch Specialisten opnieuw met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) over de problemen met de pensioenaftopping. NVZ wil echter niet verder gaan dan een gedeeltelijke compensatie. LAD en de Federatie zijn zeer teleurgesteld over het bod van NVZ en hebben dit recent aan alle medisch specialisten in dienstverband laten weten. Bezien wordt of de betrokken medisch specialisten bereid zijn tot actie (website Federatie van Medisch Specialisten).

Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft met verschillende organisaties in de ziekenhuiswereld (Federatie Medisch Specialisten, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitaire Medische

Centra en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland) een nieuwe overeenkomst getekend op het gebied van kwaliteitsindicatoren. De inspectie gebruikt bij haar toezicht indicatoren om een inschatting te maken van mogelijke risico's op onverantwoorde zorg. Jaarlijks wordt een basisset kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen opgesteld. In de vernieuwde samenwerkingsovereenkomst is afgesproken dat het voor de ziekenhuizen eenvoudiger wordt. Om dubbel werk te voorkomen, wordt bijvoorbeeld meer aangesloten bij bestaande registraties. Ook zijn er nu minder verschillende indicatoren doordat meer gefocust wordt op onderwerpen en zorgprocessen die het meeste bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Kwaliteitsindicatoren bestaan uit verschillende onderdelen (variabelen). Het aantal variabelen dat voor 2016 gebruikt zal worden is teruggebracht van 307 naar 234. Dat betekent minder administratieve lasten voor ziekenhuizen en toch een grotere bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van zorg omdat er meer aandacht is voor de belangrijkste zorgprocessen (NVZ, 25 augustus 2015).

Minder sterfte op Nederlandse IC's

Het aantal patiënten dat overlijdt na een opname op de intensive care (IC) is aanzienlijk verminderd. Ook daalt de ligduur, net als de beademingsduur. Niet alleen de overleving is verbeterd, IC's werken ook efficiënter, dat er toe leidt dat patiënten korter opgenomen hoeven te worden. In 2014 registreerden 85 van de 90 IC's in Nederland gegevens over de opgenomen patiënten. In totaal werden ruim 86.000 mensen op een intensive care afdeling opgenomen. De meest voorkomende opnameredenen zijn hartstilstand, sepsis en een bypassoperatie. In de onderzochte periode is de IC- en ziekenhuissterfte als percentage van het aantal opnamen gedaald van respectievelijk van 9,1 naar 8,5 op de IC's en van 14,3 naar 12,4 in ziekenhuizen totaal (NICE, 16 juli 2015).

Minder sterfte door nieuwe dottermethode

Door hartpatiënten gerichter te dotteren kan hun overlevingskans ook op de langere termijn worden vergroot, blijkt uit onderzoek van het Catharina Hart- en vaatcentrum

in Eindhoven. De onderzoekers volgden sinds 2009 duizend patiënten met eerdere afwijkingen in de kransslagaders. Zij zijn deels behandeld volgens de nieuwe methode, waarbij met een speciale sensor de bloeddruk voor en achter een adervernauwing wordt gemeten. De aanpak stelt cardiologen in staat nauwkeuriger te werken. Zo kunnen artsen bijvoorbeeld beter zien of de bloedstroom naar de hartspier wordt gehinderd door de vernauwing.

Stents kunnen daardoor gerichter worden aangebracht. Inmiddels blijkt volgens het Catharina Ziekenhuis dat de behandeling ook op langere termijn effectief is. Hartpatiënten die gedotterd zijn op basis van bloeddrukmetingen voor en achter de vernauwingen in een kransslagader hebben na vijf jaar nog altijd 30% minder kans op hartdood dan patiënten die volgens de traditionele manier zijn geholpen. Dankzij de nieuwe methode kunnen volgens de onderzoekers dan ook veel levens worden gered. Het zou wereldwijd gaan om 15.000 levens per jaar. In Nederland gaat het om tweehonderd mensen per jaar. Daarnaast zou de nieuwe dottertechniek ook nog eens geld besparen. Zo zijn er minder stents nodig en liggen patiënten korter in het ziekenhuis. De meettechniek wordt volgens het Catharina Ziekenhuis inmiddels wereldwijd toegepast door grote hartcentra (Skipr, 31 augustus 2015).

KNMG onverminderd bezorgd over positie artsen in straf- en tuchtrecht

Artsenfederatie KNMG is van mening dat van het medisch tuchtrecht geen strafrecht moet worden gemaakt. Aanleiding vormt de door de Tweede Kamer aangenomen motie van Bruins Slot (CDA) en Bouwmeester (PvdA) om een levenslang beroepsverbod door de strafrechter mogelijk te maken voor zorgverleners die een ernstig delict hebben begaan. Het maakt daarbij niet uit of dit tijdens het werk of in privétijd is gebeurd. Uiteraard moet gedrag van zorgver-

leners dat schadelijk kan zijn voor een goede zorgverlening worden getoetst. Volgens KNMG hoort het oordeel of iemand nog geschikt is om in de zorg te werken echter thuis bij het College voor Medisch Toezicht en niet bij de tuchtrechter, laat staan bij de strafrechter. Dat geldt ook als aan de geschiktheid van een beroepsbeoefenaar wordt getwijfeld na een strafbaar feit.

WVS werkt samen met het Ministerie van Veiligheid en Justitie aan de uitvoering van de motie om een algeheel beroepsverbod voor de zorg door de strafrechter mogelijk te maken. De Minister van WVS zal de Tweede Kamer daarover in het najaar informeren. Hoewel de uitvoering van de motie doorgang vindt, blijft KNMG inzetten op het informeren van politici over de (potentieel) negatieve gevolgen van deze ontwikkeling. KNMG pleit voor een focus op het voorkomen van fouten en kwaliteitsverbetering in plaats van repressie. KNMG heeft tot slot haar zorgen uitgesproken over het toenemend aantal berispingen door de tuchtrechter en de publicatie van deze berispingen op naam, in zowel de krant als het BIG-register. Dit laatste beschadigt artsen en hun naasten onnodig en is in tegenspraak met de kwaliteitsdoelstelling van het medisch tuchtrecht. Het ministerie van WVS is van plan later dit jaar de gevolgen van de in 2012 ingevoerde maatregel door een onderzoeksbureau te laten evalueren (KNMG, 21 augustus 2015).

Beroepsgeheim

In diverse media is de afgelopen dagen aandacht geweest voor een conceptwetsvoorstel waarin zou staan dat artsen hun beroepsgeheim moeten doorbreken bij vermoedens van bijvoorbeeld uitkeringsfraude. De artsfederatie KNMG is van mening dat patiënten in openheid en in vertrouwen met hun artsen over hun zorgen moeten kunnen praten, zonder bang te zijn dat deze informatie met derden wordt gedeeld, zo stelt KNMG (FMS, 22 juli 2015).

Nederland: veel verpleegkundigen, minder artsen

In Nederland werken meer verpleegkundigen dan in de meeste EU-landen. Het gemiddelde is 8 per duizend inwoners. In ons land zijn dat er bijna 12. Dat blijkt uit *Health at a Glance - OECD Indicators*, de jaarlijkse vergelijkende publicatie over de positie van zorg en welzijn in de 34 OESO-landen. Denemarken is het Europese land met de meeste verpleegkundigen: 15,4 op duizend. Griekenland heeft de minste: 3,6. Het is ook opvallend dat er in Nederland minder praktiserend artsen zijn dan in de meeste OESO-landen. Het gemiddelde is 3,4 per duizend inwoners, in Nederland is dat 3,1. Beide cijfers zijn in 2013 gestegen vergeleken met het jaar daarvoor. Het aantal oudere artsen is lager dan gemiddeld, het aantal vrouwen juist weer groter. Het aantal net afgestudeerde medicijnstudenten groeit in Nederland sneller dan gemiddeld in Europa (Skipr, 14 september 2015).

Onderzoek naar effect van natuur in ziekenhuis

De Vrije Universiteit Amsterdam en bureau Natuurmensen gaan onderzoeken wat het effect is van een groene omgeving op patiënten, werknemers en bezoekers in een ziekenhuis. Eén van de zeven projecten die bekeken wordt is de IVN Natuurontdekker, die vooral bedoeld is voor jonge patiëntjes. Eerdere onderzoeken hebben aangetoond dat een groene omgeving een positief effect heeft op de gezondheid. Het vermindert pijn, stress en negatieve gevoelens. De VU gaat nu onderzoeken hoe groen in en rond het ziekenhuis daartoe kan bijdragen. Want het is nog onbekend welke groene interventies werken. De effectiviteit van zeven interventies zullen worden onderzocht in ziekenhuis Tergooi in Hilversum en het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft. Een kennisnetwerk van ziekenhuizen en groene partners werkt hieraan mee. De eerste resultaten worden in mei 2016 verwacht (Skipr, 11 september 2015).