

"Natuurlijk in Beweging" is een initiatief van Biomet Nederland BV, gevestigd in Dordrecht.

Deze uitgave is een nieuwsbrief, die belangrijke ontwikkelingen met leuke wetenswaardigheden in de gezondheidszorg combineert.



Natuurlijk in Beweging

In dit nummer o.a.:

- Ruimte voor substitutie • Ontzorgen van de professional: Franchise in zorg
- NZa DOT-doorontwikkelagenda • Doorlooptijd DBC's naar maximaal 120 dagen in 2015
- Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

BIOMET[®]

One Surgeon. One Patient.

EEN UITGAVE VAN BIOMET NEDERLAND BV • DECEMBER 2013 JAARGANG 2 • NUMMER 4

Goede voornemens...

De Kerstdagen en Oud en Nieuw staan weer voor de deur. Een tijd van relatieve rust, een tijd van gezelligheid, familie en vaak een tijd van overpeinzing van wat er allemaal gebeurd is het afgelopen jaar. Maar ook een tijd van goede voornemens!

Het woord 'overpeinzing' kent vele synoniemen: **nadenken**, overdenken, bespiegelen, beschouwen en **piekeren**. Wanneer mijn gedachten uit gaan naar de ontwikkelingen in de gezondheidszorg dan neigt de interpretatie van overpeinzing het meest naar piekeren.

Piekeren over...

Mijn constatering dat nu na ruim 20 jaar ervaring in de gezondheidszorg de veranderingen de laatste twee jaar sneller en heftiger zijn dan in de 20 jaar hiervoor...

Zorgverzekeraars vragen om steeds meer transparantie in de uitkomsten...

Het vragen/ eisen naar transparantie door de zorgverzekeraar heeft er vooralsnog niet toe geleid dat de aangeboden polissen van deze verzekeraars overzichtelijk en objectief te vergelijken zijn...

Zorgverzekeraars steeds meer opschuiven naar de medische inhoudelijke stoel...

De zorgvraag in de ziekenhuizen is het afgelopen jaar afgenomen en dat dit onder andere leidt tot financiële problemen voor de ziekenhuizen...

Wij een toekomst zullen hebben met minder, maar meer gespecialiseerde ziekenhuizen...

Er nog nooit zoveel banen verloren zijn gegaan/op de tocht staan in de zorg...

Het streven om in 2015 het vrije ondernemerschap van de medisch specialist over te laten zijn...

Wat hier dan de consequenties van kunnen zijn...
De discussie om afwegingen te maken tussen kosten en baten in de zorg volop gaande is...
Er per maand 4.000 meldingen zijn van verspilling van zorg...

Dit alles laat mij **nadenken** over...

Dat zorginnovatie zich driedubbel terug verdient...

Kostenbesparingen gerealiseerd kunnen worden door onderzoek en innovatie in de zorg; ZonMw (de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) concludeert in een onderzoek dat investeren in onderzoek en innovatie loont!

Laat dit nu net de brug zijn naar de **goede voornemens!**

Laten wij blijven innoveren met de patiënt centraal! Bemoedigende openingen vanuit ziekenhuis en zorgverzekeraar, tijdens de recente Powerclass "Herijking relatie ziekenhuis en leverancier" in het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg.

Nieuwe manieren van samenwerking, expertise vanuit de leverancier inzetten in het zorgproces, best practice delen, inspelen op de totale zorgketen! Bemoedigende voornemens, bemoedigende ontwikkelingen. Laat het de weg zijn naar een betere gezondheidszorg, waarbij de patiënt/consument weer centraal staat. Mogelijk zorgt dit ervoor dat we eind 2014 minder reden tot piekeren over de gezondheidszorg hebben.



Mogelijk is dit alles voor u een overpeinzing waard? Ik wens eenieder fijne feestdagen en een innovatief en gezond 2014! Wij zijn er klaar voor!

Roland van Esch



Ruimte voor substitutie

De gezondheidszorg dreigt onbetaalbaar te worden indien de toename van de kosten met de huidige snelheid blijft doorgaan. Eén van de meest genoemde methoden om deze kosten in de hand te houden is substitutie van zorg; van de tweede naar de eerste lijn. Echter, niet alle zorg komt in aanmerking voor substitutie. Maar ook niet alle zorg die geschikt is voor substitutie kan zonder voorbereiding of scholing worden verplaatst naar de eerste lijn.

Uit onderzoek van het Nivel komt naar voren dat er ruimte is voor substitutie van zorg voor: chronisch zieke patiënten, voor lichte psychische of emotionele klachten, kleine chirurgische ingrepen en dermatologie. Daarnaast kan de introductie van nieuwe technieken, zoals telezorg, of nieuwe professionals die tussen de eerste en tweede lijn in staan, bijdragen aan substitutie.

Belangrijke randvoorwaarden om substitutie van de grond te krijgen, aldus de zorgverleners, zijn goede afspraken maken tussen tweede- en eerstelijns zorgverleners, meer vertrouwen in elkaar krijgen en elkaar durven aanspreken op de gemaakte afspraken.

Daarnaast moeten ze elkaar aanvullen, en moet de kennis van de huisartsen voldoende zijn om een deel van de zorg vanuit de tweede lijn over te nemen. Bovendien moet de bekostiging duidelijk zijn en is een consistent beleid tussen eerste- en tweedelijnszorg een voorwaarde.

Tot slot moet substitutie op de lokale markt worden afgestemd. Substitutie kan niet worden geïmplementeerd volgens een landelijke blauwdruk.

Volgens patiënten kan een aantal handelingen, nu nog vaak door een medisch specialist, ook door een huisarts worden verricht. Het gaat dan om handelingen zoals controles bij diabetes, osteoporose en COPD, nazorg en niet complexe ingrepen.

Voorwaarden voor substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn zijn volgens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG):

1. de eerste lijn moet minimaal dezelfde kwaliteit en continuïteit kunnen leveren, het moet geen nadeel voor patiënten opleveren.
2. huisartsen moeten de vereiste kennis en vaardigheden in huis hebben en kunnen onderhouden om de zorg te leveren.

3. de aandoening of verrichting moet in voldoende omvang voorkomen of uit te voeren zijn in de eerste lijn en eventueel benodigde apparatuur moet daar goed bruikbaar zijn.
4. het moet passen in de ontwikkelingen in de zorg (NHG, 2012).

Chronische aandoeningen, zoals diabetes en COPD, zijn bij uitstek geschikt voor substitutie. Deze zorg is vaak laag complex, eenvoudig te plannen én huisartsen beschikken over de kennis, vaardigheden en organisatiekracht om dit te leveren. Momenteel wordt 10% van de diabetespatiënten behandeld in de tweede lijn waar dat eerder 20% was (Jan van Es Instituut, 2012).

Door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt daarnaast nog artrose genoemd als chronische aandoening waarvoor integrale bekostiging mogelijk kan worden gemaakt en waar dus substitutiepotentieel aanwezig is (NZa, 2012).

Ook de oncologische nazorg en de palliatieve zorg zouden veel meer vanuit de huisartsenpraktijk verstrekt kunnen worden. Geschat wordt dat tussen 2010 en 2020 het aantal kankerpatiënten in de chronische fase toeneemt met 61%. De nazorg vindt nu nog grotendeels in de tweede lijn plaats (kWF kankerbestrijding, 2011).

De NZa geeft in het advies Basis GGZ aan dat nog steeds veel mensen met lichte problematiek in de tweede lijn worden behandeld en dat patiënten nauwelijks worden terugverwezen naar de huisarts of eerstelijnspsycholoog (NZa, 2011). Huisartsen missen soms de ondersteuning, affiniteit, kennis, ervaring en tijd voor een goede diagnosestelling en zijn daardoor eerder geneigd om patiënten voor de zekerheid door te sturen. Samenwerking met GGZ specialisten (tijdens triage, diagnosestelling, na afloop van de behandeling) is minder vanzelfsprekend dan bij somatiek. Als een patiënt wordt doorverwezen voor diagnostiek naar de tweedelijns GGZ komt de patiënt veelal niet meer terug bij de huisarts.

Kleine chirurgie is goed mogelijk binnen de huisartsenpraktijk. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat er een grote regionale variatie bestaat in kleine chirurgie tussen ziekenhuizen, hetgeen op substitutiepotentieel wijst.

Uit onderzoek blijkt dat het effect van kleine chirurgie op de verwijzingen naar het ziekenhuis afhankelijk is van de diagnose. Voor patiënten met een atheroomcyste wordt een substitutie effect gevonden. Dit geldt niet voor patiënten met snij of scheurwonden of met benigne neoplasma van de huid/subcutis of moedervlek.

Teledermatologie, een vorm van teleconsultatie, is eenvoudig in de praktijk te realiseren. Met behulp van store and forward teledermatologie, waarbij de teleconsulten tijd en plaatsafhankelijk van elkaar worden verstuurd en beantwoord, kan ongeveer 20% van het aantal verwijzingen door de huisarts naar de dermatoloog worden voorkomen. Aan het versterken van de diagnostische functie in de eerste lijn wordt veel substitutiepotentieel toegeschreven.

Een veelbelovend initiatief om substitutie in het algemeen te bewerkstelligen is consultatie van een specialist, ook wel meekijkconsult genoemd. Een voorbeeld van een meekijkconsult is de zorgcarrousel 'gezamenlijk consult' dat in delen van Limburg plaatsvindt. Hierbij wordt een groep huisartsen gedurende een jaar aan een specialisme gekoppeld en draaien huisarts en specialist eens in de zoveel tijd gezamenlijk face-to-face consulten in de huisartsenpraktijk. Het gezamenlijk consult heeft geleid tot minder diagnostiek en minder verwijzingen. Gemiddeld wordt slechts 15% van de patiënten in het gezamenlijk consult doorverwezen naar het ziekenhuis. Voor huisartsen is het een goede scholing en specialisten krijgen meer achtergrondinformatie van de patiënt en de reden van verwijzing (Carrousel GC, 2012; Vlek et al., 2003).

Teleconsultatie wordt, naast de dermatologie, nog op meer fronten ingezet, zoals oogheelkunde, cardiologie, long-geneeskunde en nefrologie (Van der Heijden en Schepers, 2011). Op basis van 3.000 uitgevoerde tele-cardiologie-

consulten bij de huisarts geselecteerde patiënten, bleek het aantal verwijzingen naar de cardioloog met 56% te zijn afgenomen. Bij tele-oogheelkundeconsultatie werd 45% van de verwijzingen naar de oogarts voorkomen bij de groep patiënten die de huisarts had geselecteerd voor teleconsultatie (Van der Heijden en Schepers, 2011).



Een belangrijke barrière voor substitutie van zorg potentiële is emotie en vertrouwen. Zowel medisch specialisten, huisartsen als patiënten moeten een 'veilig gevoel' hebben bij substitutie. De partijen moeten het vertrouwen hebben of krijgen dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft. Daarnaast staat de langdurige behandelrelatie tussen medisch specialist en patiënt het terugverwijzen naar de eerste lijn mogelijk in de weg. Specialisten geven aan

soms moeite te hebben om een patiënt te laten gaan (Oktober 2013, Nivel, ruimte voor substitutie).

Per volwassene geven we in 2013 gemiddeld € 5.087 uit aan collectief verzekerde zorg. Dit gebeurt via de nominale premie Zvw, de premie AWBZ, via de belastingen, de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw en door eigen betalingen.

Drie artsen per duizend Nederlanders

Nederland telde in 2011 zo'n drie artsen per duizend inwoners. Dat is meer dan in 2001, toen ons land nog 2,5 artsen op hetzelfde aantal inwoners telde.

Het CBS spreekt van een flinke toename.

De groei van uitgaven aan de gezondheidszorg in Nederland is de afgelopen jaren afgevlakt. De uitgaven stegen sinds 1975 flink en namen lange tijd zelfs harder toe dan de economie. In 2011, het laatste peiljaar lagen de zorguitgaven op 12% van het bruto binnenlands product (bbp). In de lijst van 34 OESO-landen, waaronder een groot aantal Europese landen maar ook Australië, Japan, de VS en Chili, ligt Nederland wat betreft uitgaven voor de gezondheidszorg boven het gemiddelde. Het aantal artsen per duizend inwoners ligt bij ons onder het gemiddelde (22 november 2013, CBS).

Zorgpremie 2014 omlaag



Ongeveer 90% van de zorgpremies 2014 was medio november bekend. De gemiddelde zorgpremie voor de basisverzekering komt volgens de NZa naar verwachting uit op € 92,- per maand. De gemiddelde nominale zorgpremie komt daarmee naar verwachting uit op € 1.100,- op jaarbasis in 2014. In 2013 was de gemiddelde premie € 1.213,- en in 2012 betrof dit € 1.226,-. Ten opzichte van 2013 daalt de zorgpremie in 2014 dus gemiddeld met € 113,- per verzekerde.

IZZ zorgverzekeraar (een zorgverzekering voor medewerkers in de zorg die nauw samenwerkt met VGZ) die geen winstoogmerk kent, gaat zelfs nog een stap verder. Doordat de collectieve verzekerden in 2013 minder zorg hebben gebruikt dan was verwacht, wordt met terugwerkende kracht over 2013 een extra korting gegeven op de premie. Iedere premiebetalende verzekerde krijgt over zijn basisverzekering € 25,- terug (14 november 2013, NZa).



Ontzorgen van de professional: Franchise in zorg

Binnen de zorg bestaan franchise-initiatieven in vele soorten en maten, maar staat nog in de kinderschoenen. Het aantal bestaande formules in de zorg dat als franchise te typeren is en met één of meer vestigingen actief is, ligt rond de 25.

Terugkerende elementen bij bestaande franchise georiënteerde zorgformules zijn:

- Ontzorging van zorgverleners door administratieve en facilitaire ondersteuning en gezamenlijke belangenbehartiging.
- Zorg zonder winst oogmerk: kwaliteit en continuïteit zorgverlening staan voorop.
- Ondernemerschap door franchisenemers of participanten vrij in te vullen binnen de kaders van de gezamenlijke formule of het concept.
- Schaalvoordelen: platte organisatiestructuur zonder middenmanagement; overheadkosten verdienen zich terug.
- Vernieuwende concepten die inspelen op ontstane en toekomstige behoeften.
- Transparante, efficiënte logistieke organisatie.
- Kleinschalige zelfsturende teams die binnen bepaalde standaarden of afspraken 'op de patiënt afgestemde zorg leveren'.
- Snellere doorgroei naar meer vestigingen dan met alleen eigen vestigingen.

In principe is alle zorg die te standaardiseren is, op een meer of minder strikte manier te franchisen. Laag complexe zorgverlening, die beter eenduidig kan worden vormgegeven (productiestraat), is het meest geschikt. Voor de meeste, en zeker de meer complexe, zorgvormen zal de ideale franchisevorm waarschijnlijk meer neigen naar 'soft franchise' met minder verplichtingen dan naar 'full service franchise' met beperkte speelruimte voor de franchisenemer.

Het verdienmodel is uitdaging. Afdrachten aan de centrale organisatie zijn nodig om ondersteuning te kunnen bieden en de formule te kunnen doorontwikkelen. Echter de marges zijn vaak dun.

Zo kan bijvoorbeeld een zorggroep (samenwerkingsvorm van huisartsen) worden gezien als een franchiseorganisatie, waar huisartsen aan zijn verbonden. Op onderdelen werken de huisartsen samen binnen een zorggroep, voornamelijk op chronische zorg (DM, COPD, CVRM).

Hierbij zijn voordelen te behalen zoals:

- gezamenlijk zorg verbeteren d.m.v. protocolontwikkeling, visitaties, benchmarks, nascholingen
- inkoopvoordelen
- lagere overhead door schaalvoordelen
- meer invloed op contractering van zorgverzekeraars
- vastgoedontwikkeling en -beheer
- HRM
- ICT en financiën professioneler vormgeven
- uitbesteden financiële administratie
- hulp bij opstarten en overnemen praktijk
- gebruikmaken van gezamenlijke zorginnovaties
- best practices, scholing
- meer mogelijkheden voor deeltijdwerk en vervanging
- tijdelijke overname beheer praktijken
- collectief kwalitatieve zorgafspraken met andere zorgaanbieders.

Het verbindende element van een franchiseformule is de hechte en voortdurende samenwerking tussen juridisch en financieel zelfstandige ondernemingen die binnen een franchiseverband plaatsvindt. Het is essentieel dat een ondernemer, als franchisenemer, tegen betaling van een bewezen bedrijfsmodel gebruik kan maken en daarbij op gebieden die niet door de formule worden gedekt geheel onafhankelijk is.

Daar binnen zijn veel variaties mogelijk: van enkel faciliterend aan de achterkant (bijvoorbeeld de inkoop of backoffice gezamenlijk uit te voeren) tot een full service franchiseformule die ook de voorkant van de onderneming voor een groot deel vormgeeft. In geval van tamelijk vrijblijvende afspraken tussen franchisegever en -nemer wordt ook wel van 'soft franchise' gesproken. Bij full service franchise worden er duidelijke afspraken gemaakt over vrijwel alle aspecten van de bedrijfsvoering.

Naast de bovengenoemde mogelijke voordelen van franchise, moet zeker ook worden genoemd de 'ontzorging' van zorgverleners zodat zij meer tijd aan zorg kunnen besteden (ING, 3 okt 2013).

Teleconsultatie wordt, naast de dermatologie, nog op meer fronten ingezet, zoals oogheelkunde, cardiologie, longgeneeskunde en nefrologie (Van der Heijden en Schepers, 2011). Op basis van 3.000 uitgevoerde tele-cardiologieconsulten bij de huisarts geselecteerde patiënten, bleek het aantal verwijzingen naar de cardioloog met 56% te zijn afgenomen. Bij tele-oogheelkundeconsultatie werd 45% van de verwijzingen naar de oogarts voorkomen bij de groep patiënten die de huisarts had geselecteerd voor teleconsultatie (Van der Heijden en Schepers, 2011).

Een belangrijke barrière voor substitutie van zorg potentiële is emotie en vertrouwen. Zowel medisch specialisten, huisartsen als patiënten moeten een 'veilig gevoel' hebben bij substitutie. De partijen moeten het vertrouwen hebben of krijgen dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft. Daarnaast staat de langdurige behandelrelatie tussen medisch specialist en patiënt het terugverwijzen naar de eerste lijn mogelijk in de weg. Specialisten geven aan soms moeite te hebben om een patiënt te laten gaan (Oktober 2013, Nivel).



Ziekenhuizen tekenen bezwaar aan tegen de gereguleerde tarieven 2014

Op 31 oktober jl. heeft de NZa tarieven afgegeven waardoor met ingang van 2014 een deel van de ziekenhuistarieven van het gereguleerde segment wordt verlaagd met ruim € 200 miljoen. De ziekenhuizen (NVZ en NFU) hebben hiertegen bij de NZa bezwaar ingediend.

Voornamelijk de tarieven van cardiologie, kindergeneeskunde, kaakchirurgie, stamceltransplantatie en MRI's roepen vragen op. Op dit moment wordt door de NVZ en NFU een second opinion uitgevoerd op de nieuwe tarieven. Eind december moet het onderbouwde bezwaarschrift bij de NZa worden ingediend.

Naast dit bezwaar tegen de gereguleerde tarieven is ook een voorlopige voorziening (kort geding) aangevraagd bij de rechter voor het NZa-besluit over de dure geneesmiddelen. De NZa heeft eind oktober op basis van hertoetsing besloten en aantal dure geneesmiddelen te verwijderen van de add-on lijst. Als gevolg van deze hertoetsing verdwijnen er 28 geneesmiddelen/indicaties van de add-on lijst omdat ze niet voldoen aan de kostendrempel.

Deze geneesmiddelen en indicaties kunnen vanaf 1 januari 2014 niet meer apart worden gedeclareerd. Het NZa-besluit gaat volledig voorbij aan de lopende contractbesprekingen en afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Het verwerken van de kosten van onderhavige geneesmiddelen in de DBC-tarieven van het vrije segment is complex en tijdrovend. Het NZa-besluit zorgt voor veel onrust bij de ziekenhuizen, omdat gedurende het 'spel' de regels (productstructuur) zijn veranderd. Het kort geding dient in december.

Voortgang invoering integrale tarieven

Medio dit jaar heeft de NZa haar advies afgegeven aan VWS over de wijze van invoering van integrale tarieven per 2015. Op basis hiervan wordt in vele ziekenhuizen op dit moment gesproken over de impact hiervan voor de positionering van de vrijgevestigd medisch specialist. De NVZ en de Orde hebben in dit kader verschillende modellen ontwikkeld, zoals een samenwerkingsmodel, een model voor aandeelhouder-schap etc. De betreffende modellen zijn dit najaar voorgelegd aan het Ministerie van Financiën met de vraag 'hoe de verschillende modellen zich verhouden met de positie van de vrijgevestigd medisch specialist'.

Het Ministerie van Financiën zal één dezer dagen haar visie hierop geven. Deze visie is vanzelfsprekend van groot belang voor de verdere invulling van de lokale modellen. VWS zal op basis van de visie van het Ministerie van Financiën een aanwijzing geven aan de NZa om het een en ander verder te gaan uitwerken in de bekostiging. De branches NVZ en Orde trekken in dit traject nauw met elkaar op. Zo zullen zij hun respectievelijke achterbannen gezamenlijk informeren over de visie (zienswijze) van financiën via een gezamenlijke brief (naar verwachting begin december) en via gezamenlijke regiobijeenkomsten voor specialisten en ziekenhuizen tezamen (januari/februari) (oktober 2013, NZa).

Mutatie-kader honoraria vrijgevestigd medisch specialisten 2014

VWS heeft in juli het macro-kader én de mutatie-ruimte voor de honoraria van de vrijgevestigd medisch specialisten voor 2014 bekend gemaakt. Zoals bekend geldt het beheersmodel medisch specialisten alleen nog voor het jaar 2014. Per 2015 wordt de integrale bekostiging ingevoerd. Het beheersmodel verdwijnt en er zal dan sprake zijn van integrale tarieven (incl. honoraria) en volledige prestatie-bekostiging. De macro-kaders van de ziekenhuizen en medisch specialisten zullen per 2015 worden samengevoegd.

VWS heeft het macrobudget voor de honoraria van de vrijgevestigd medisch specialisten voor 2014 vastgesteld op € 2.214 miljoen. Daarvan is 4,2% (€ 95 miljoen) bestemd voor de mutatie-(groei) ruimte 2014. Hiermee komt de totale groei-ruimte over de jaren van het Convenant medisch specialisten 2012-2014 cumulatief uit op 12%.

Om de mutatie-ruimte voor 2014 mogelijk te maken zijn overigens de initiële plafonds 2014 door de NZa eerst met 0,27% verlaagd. De deadline voor het aanvragen van mutatie-ruimte bij de NZa is sterk naar voren gehaald. Voor 1 december (i.p.v. 1 april) moest de aanvraag voor mutatie-ruimte 2014 bij de NZa zijn ingediend. De NZa stelt uiterlijk 15 januari de definitieve omzetplafonds vast.

Voor dit jaar (2013) was een vergelijkbaar groeibedrag beschikbaar. In 2013 hebben 79 ziekenhuizen en 50 Zelfstandige Behandelcentra extra plafondruimte voor de honoraria van de vrijgevestigd medisch specialisten ontvangen. Zij hadden samen met één of meer verzekeraars een verzoek ingediend voor verhoging van hun honorarium-plafond bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Alle tijdig ingediende aanvragen zijn door de NZa volledig gehonoreerd (min VWS).



NZa DOT- doorontwikkelagenda

In 2011 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit voor de eerste keer de doorontwikkelagenda DOT opgesteld waarin staat opgenomen welke onderwerpen de komende jaren worden opgepakt om de tarieven en productstructuur DOT verder te verbeteren.

Dit najaar is voor de derde keer de doorontwikkelagenda DOT opgesteld. Deze agenda is samengesteld uit onderwerpen die afkomstig zijn uit de doorontwikkelagenda van vorig jaar, uit de beoordelingen van de NZa en input vanuit DBC Onderhoud en veldpartijen. Er is door de NZa een groot aantal doorontwikkelpunten voor de komende jaren geformuleerd:

- beter definiëren, verduidelijken en opschonen van de zorgactiviteiten
- terugdringen van overbodige zorgproducten
- aanpakken van onbedoelde (financiële) prikkels
- beter in beeld brengen van de zorgzwaarte-problematiek
- koppelen van de ICD-10 aan de bekostiging
- onderbrenging van de kosten van paramedische zorg die worden gemaakt in het kader van een medisch specialistische behandeling in het DBC-zorgproduct
- verbeteren van de aansluiting van de aanspraakregeling in het kader van de Zorgverzekeringswet met de DBC-methodiek
- verbetering van de kindzorg in de productstructuur
- aanpassing van de productstructuur voor kaakchirurgie
- invoering van de verkorting van de doorlooptijd van DBC-zorgproducten
- invoering nieuwe bekostiging dure geneesmiddelen
- vermelding van een selectie van zorgactiviteiten op de nota
- mogelijk maken van bekostiging van intensieve contacten bij ernstig zieke patiënten
- mogelijk maken van taakherschikking en substitutie (waaronder de introductie van een meekijkconsult).

De complete doorontwikkelagenda is te vinden op de website van de NZa.

Voor de langdurige zorg (AWBZ) gaven we in 2012 in Nederland in totaal bijna € 28 miljard uit. Dit bedrag is inclusief de kosten van de persoonsgebonden budgetten (PGB's). In 2013 geven we naar verwachting in totaal € 27,3 miljard uit aan de langdurige zorg.

Doorlooptijd DBC's naar maximaal 120 dagen in 2015

Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de overheid hebben allemaal behoefte aan tijdige en volledige informatie over de zorg. De informatie, specifiek de financiële informatie, komt op dit moment pas laat beschikbaar.

De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden hierdoor bemoeilijkt. Ook de overheid heeft informatie nodig om eerder en beter te bezien of het beleid bijstelling behoeft. In dit kader heeft de NZa op verzoek van VWS advies uitgebracht over de effecten van verkorting van de huidige maximale doorlooptijd van een DBC in de medisch-specialistische zorg van 365 dagen. De NZa komt tot de conclusie dat verkorting van de maximale doorlooptijd tot 120 dagen haalbaar is. Wanneer wordt gekeken naar de effecten van het verkorten van de maximum doorlooptijd op de productstructuur als geheel, dan is de impact volgens de NZa te overzien. Door deze maatregel zijn de kosten acht maanden eerder bekend, een aanzienlijke versnelling ten opzichte van de huidige situatie. Branches hebben, gezien de invoering van integrale tarieven per 2015, geadviseerd de verkorting van de doorlooptijd te verschuiven naar 2016. Zij achten de stapeling aan wijzigingen in 2015 ongewenst. VWS heeft dit advies echter naast zich neergelegd en heeft inmiddels de NZa opdracht gegeven het een en ander per 1 januari 2015 in te voeren. De NZa zal zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan faciliteren met informatie om de tarieven in het vrije segment te kunnen aanpassen in verband met de verkorting van de doorlooptijd. In het gereguleerde segment zal de NZa zelf de benodigde tariefaanpassingen doorvoeren.



Groeiend Meetbaar Beter werpt vruchten af

De aanpak van het programma Meetbaar Beter zorgt tot op het niveau van de individuele arts voor aantoonbaar betere zorg. Dat concluderen de acht hartcentra die deelnemen aan het programma. Er zijn meetbare resultaten geboekt zoals, het terugdringen van het aantal nabloedingen en diepe wondinfecties. Alleen al de aandacht voor de indicatoren is bewustwording en dat leidt tot verbetering. Het doel is om ervan te leren en verbeterstappen te zetten. Om de zorg daadwerkelijk te verbeteren heeft het hartcentrum van het Catharina Ziekenhuis in het kader van Meetbaar Beter -naast een sterfte-analyse van het ziekenhuis- ook een sterfte-analyse per first operator gemaakt op persoonlijk niveau. Het transparant maken van de uitkomsten heeft als doel om evidence based behandelresultaten te optimaliseren en de patiëntveiligheid te verbeteren. De methodiek van Meetbaar Beter maakt niet alleen de medische uitkomsten inzichtelijk, maar brengt ook de gezondheidswinst op langere termijn in kaart evenals de kwaliteit van leven na een ingreep. De hartcentra gebruiken de resultaten op de diverse indicatoren om zichzelf te spiegelen en te zien op welke punten zij de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren.

Om de resultaten te borgen gaat een interne projectleider en een outcome manager in de acht deelnemende hartcentra aan de slag met de verkregen inzichten. De Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) is niet aangesloten bij Meetbaar Beter en heeft een eigen systeem om relevante data te meten, te delen en inzichtelijk te maken.

Een systeem dat eveneens als doel heeft om de kwaliteit hoog te houden en (waar mogelijk) te verbeteren. Of ook de patiënt al aantoonbaar baat heeft bij Meetbaar Beter, is een vraag die zich nog niet laat beantwoorden. Een winstpunt is dat je veel kunt leren; hoe zit het en waarom. Echter, de informatie is nu nog niet begrijpelijk of vindbaar voor de patiënt. Het aantal hartcentra dat aan Meetbaar Beter deelneemt, breidt zich verder uit. Medisch Spectrum Twente heeft toegezegd toe te treden en Medisch Centrum Leeuwarden heeft ook belangstelling. De verbetermethode is in 2011 gestart door hartchirurgen van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven en het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht en Nieuwegein, in samenwerking met The Decision Group. Inmiddels hebben ook de hartcentra van het Amphia Ziekenhuis, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam, het Academisch Medisch Centrum Amsterdam, Universitair Medisch Centrum Groningen, Isala in Zwolle en het UMC Utrecht zich aangesloten. Er zijn gesprekken aanstaande met andere ziekenhuizen (27 november 2013, Skipr).

Contractering ziekenhuizen 2014 grotendeels gereed

Na de nodige schermutselingen zijn medio november de meeste contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen afgesloten. Er was een afspraak tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen om de contractering dit jaar vervroegd te hebben afgerond, zodat zorgverzekeraars per 19 november duidelijkheid kunnen bieden aan hun verzekerden. Na de nodige perikelen waarbij verzekeraars in eerste instantie de onderhandelingen zeer scherp instaken, blijkt het een en ander uiteindelijk wel mee te vallen. De groei voor 2014 bedraagt gemiddeld 0 tot 1%. Ziekenhuizen hebben in dit traject een sterke voorkeur voor het afsluiten van een meerjarencontract. Dit geeft zekerheid en rust voor de ziekenhuizen. Verzekeraars willen hier echter vooralsnog niet in mee gaan. Als reden hiervoor

wordt genoemd de per 2015 aankomende systeemwijzigingen in de bekostiging zoals de beoogde aanpassingen in de DBC-productstructuur en de invoering van de integrale tarieven (november 2013, ANP).

Ziekenhuizen publiceren prestaties rondom kankerzorg

Onderzoekers van het Integraal Kanker Centrum (IKNL) hebben voor een groot aantal ziekenhuizen de kankerzorg beoordeeld op basis van kwaliteitseisen die oncologen zelf in 2012 voor de meest voorkomende soorten tumoren hebben opgesteld, de zogenoemde Soncos-normen (Stichting Oncologische Samenwerking).

Ziekenhuizen moeten bijvoorbeeld een minimum aantal operaties per jaar doen, zorgen dat hun personeel voldoende overleg voert en zorgen dat het personeel over de juiste opleiding beschikt. Per 1 januari a.s. moeten alle ziekenhuizen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan die Soncos-eisen voldoen. Zo niet, dan moeten ze stoppen met het behandelen van bepaalde kankerpatiënten en deze doorverwijzen naar andere ziekenhuizen.

Ruim 30 ziekenhuizen hebben hun prestaties gepubliceerd over de zorg voor kankerpatiënten. Zo kunnen patiënten per kankersoort zien of hun arts voldoende ervaring heeft en of er voldoende oncologieverpleegkundigen zijn. Het gaat primair over de organisatie van de kankerzorg en niet over de resultaten van kankerbehandelingen, zoals de sterfte- of overlevingscijfers.

Het blijkt overigens dat nog niet alle ziekenhuizen alles goed geregeld hebben. Knelpunten zijn:

- artsen hebben soms te weinig ervaring bij bepaalde kankeroperaties
- op verpleegafdelingen werken te weinig gespecialiseerde oncologieverpleegkundigen
- artsen hebben onvoldoende kennis over zeldzame kankersoorten.

Toch is de kwaliteit van de kankerzorg in Nederland redelijk tot goed, zo blijkt uit een rapport van het IKNL. 'We zijn een eind op streek. De knelpunten zijn al voortvarend aangepakt', aldus de voorzitter van Soncos (november 2013, IKNL).



Nederland heeft beste zorgstelsel van Europa

Nederland heeft volgens de Euro Health Consumer Index 2013 (EHCI) het beste

zorgstelsel van Europa. Dat komt onder meer door de rol van zorgverzekeraars die in onderlinge concurrentie en onafhankelijk van zorgaanbieders opereren. De EHCI wordt samengesteld op basis van openbare statistieken, patiënten-enquêtes en onafhankelijk onderzoek. De EHCI wordt sinds 2005 door de in Zweden gevestigde denktank Health Consumer Powerhouse (HCP) gepubliceerd. Sinds de start van de EHCI heeft Nederland altijd in de top 3 gestaan. Een belangrijke reden voor het Nederlandse succes zien de makers van het rapport EHCI 2013 in het op afstand houden van de politiek. Het Nederlandse stelsel kent een relatief grote invloed van zorgprofessionals en (georganiseerde) patiënten bij de dagelijkse beslissingen. In zijn algemeenheid laat het rapport zien dat verzekeringsstelsels beter scoren dan landen met staatsgezondheidszorg. Eigenlijk kent het Nederlandse geen zwakke punten, concludeerden de onderzoekers. Het probleem van lange wachttijden heeft Nederland effectief weten te bestrijden. Alleen de hoge kosten kunnen in de toekomst problemen gaan opleveren. Volgens de onderzoekers kunnen andere landen leren van de Nederlandse aanpak.

In het rapport worden 35 Europese landen met elkaar vergeleken. Zwitserland staat op twee en IJsland op nummer drie. Onderaan de ranglijst staan Servië, Roemenië, Letland

en Polen. Uit de EHCI blijkt dat er in Europa een kloof bestaat tussen de financieel sterke en zwakke landen. In 2013 zijn er vrijwel geen financieel zwakke landen boven in de ranglijst te vinden.

Wetsvoorstel langdurige zorg naar de Raad van State

De ministerraad heeft op voorstel van staatssecretaris Van Rijn van VWS het Wetsvoorstel langdurige zorg naar de Raad van State gezonden. Doel van de wet is dat ouderen en mensen met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen, passende zorg krijgen met aandacht voor het individuele welzijn.

De Wet langdurige zorg zal per 1 januari 2015 de AWBZ vervangen. De nieuwe wet sluit beter aan bij ontwikkelingen in de samenleving en bij de veranderende behoeften van bewoners van instellingen en/of hun vertegenwoordigers. Ook in de Wet langdurige zorg blijft het recht op zorg bestaan. Bewoners van instellingen kunnen straks concrete afspraken in het zorgplan opnemen over de inrichting van het dagelijks leven. Op deze manier blijven ze zoveel mogelijk regie over hun eigen leven voeren. Bij het maken van deze afspraken zijn de wensen en mogelijkheden van de cliënt het uitgangspunt.

Toegang tot de zorg blijft in handen van het Centrum indicatiestelling Zorg (CIZ). Om tot betere zorg te komen, worden de prikkels in de huidige uitvoeringsstructuur verbeterd. Professionals krijgen meer ruimte om zorg op maat te leveren. De ministerraad heeft ermee ingestemd het wetsvoorstel voor advies aan de Raad van State te zenden. De tekst van het wetsvoorstel en van het advies van de Raad van State worden openbaar bij indiening bij de Tweede Kamer. Het streven is om het wetsvoorstel begin 2014 bij de Tweede Kamer in te dienen (15 november 2013, VWS).

Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

Op verzoek van de Tweede Kamer heeft een evaluatie van de Wet BIG plaatsgevonden, onder verantwoordelijkheid van ZonMw.

De Wet BIG, in werking getreden op 1 december 1997, is gericht op het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen in de gezondheidszorg. De Wet BIG is inmiddels 15 jaar in werking, waardoor de vraag kan worden gesteld of de wet nog voldoende ruimte biedt aan bescherming van de patiënt/burger. De achtergrond van deze wetsevaluatie wordt mede bepaald door enkele ernstige incidenten rond disfunctionerende beroepsbeoefenaren die de afgelopen jaren naar buiten zijn gekomen. Doelstelling van de Wet BIG is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen.

Door het verbeteren van de toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid van het BIG-register en door aanpassingen in de registratie van beroepen, de flexibilisering en de verbreding van de regeling van voorbehouden handelingen en de regeling van het tuchtrecht kan de doelbereiking worden vergroot. Op het punt van de regulering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening heeft de Wet BIG systematisch een beperktere betekenis gekregen en dient vooral een coördinatensysteem tot stand te komen voor de beroepsregulering die op zorg-operationeel niveau wordt uitgewerkt in overige regelgeving, waarbij herschikking van de kwaliteitsparagraaf past. De Wet BIG is te zien als een combinatie van een kwaliteitswet, een regulering van beroepen en regeling

van het tuchtrecht. Deze drie elementen zijn met elkaar verbonden, in die zin dat alleen geregistreerde beroepen zijn onderworpen aan het tuchtrecht en tuchtrechtelijke maatregelen kunnen leiden tot ontzetting uit die beroepen. Uit de evaluatie komt naar voren dat het tuchtrecht in zijn huidige vorm niet toekomstbestendig is en de betekenis van het tuchtrecht op een grotere tijdschaal afneemt. Enerzijds doordat bij de normontwikkeling andere instanties een belangrijker rol krijgen toebedeeld, de 'verkeerde' zaken veel aandacht van de tuchtcolleges vragen en de meer geëigende zaken de colleges niet bereiken. Anderzijds heeft de IGZ zijn rol als klager te beperkt opgevat, mede in het licht van andere handhavingsmogelijkheden via het bestuursrecht. Een herziening van het tuchtrecht wordt nodig geacht om de effectiviteit van het tuchtrecht te herstellen en te voorkomen, dat in de komende decennia de centrale rol die het tuchtrecht in de 20ste eeuw had, verder verloren gaat. (oktober 2013, ZonMw)

Instandhouden Cruciale zorg

De Eerste Kamer heeft ingestemd met een wetsvoorstel van minister Edith Schippers (VWS) over het in stand houden van cruciale zorg. Met de aanname van dit wetsvoorstel wordt een belangrijke omslag in de gezondheidszorg gemaakt. Wanneer zorgaanbieders door falend beleid in financiële problemen komen of failliet gaan, is het niet meer aan de overheid om deze instellingen op kosten van de premiebetaler overeind te houden. De continuïteit van cruciale zorg blijft echter gewaarborgd. Patiënten en premiebetalers draaien



dus niet langer op voor mismanagement en hoeven ook niet bevreesd te zijn dat er daardoor geen spoedeisende hulp, acute verloskunde, ambulancezorg, crisis-ggz of AWBZ-zorg in hun nabije omgeving geleverd kunnen worden. Wanneer het mis gaat in een instelling is het conform de verantwoordelijkheden in het zorgstelsel eerst aan de aanbieder van cruciale zorg en de zorgverzekeraar - die immers een zorgplicht heeft - om een oplossing te bedenken. Pas als uiterste redmiddel kan de overheid overgaan tot het oprichten van een tijdelijke vangnetstichting. Ook andere zaken worden met dit wetsvoorstel geregeld. Zo komt er een early warningsysteem: zorgaanbieders moeten verzekeraars - op vertrouwelijke basis - tijdig wijzen op risico's voor de continuïteit van zorg. Verzekeraars moeten op basis van die informatie bijtijds melding maken als dreigt dat zij niet meer



aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Hierdoor kan bijvoorbeeld de IGZ extra toezien op de kwaliteit van zorg. Daarnaast komt er een wettelijk verankerde fusietoets, die komt erop neer dat fusieplannen goed onderbouwd en eerst met direct betrokkenen (in ieder geval patiënten en werknemers) besproken moeten worden. Een laatste element in het aangenomen wetsvoorstel is dat de overheid de wettelijke bevoegdheid krijgt om alleen in uiterste gevallen een instelling die tal van verschillende zorgvormen onder zich heeft, op te splitsen. In de praktijk zal dit gaan op signaal van de IGZ en niet eerder dan nadat de Nza een bedrijfskundige rapportage op de effecten van de inzet van deze bevoegdheid heeft afgegeven. Wettelijk is vastgelegd dat deze bevoegdheid een ultimum remedium is (26 november 2013, VWS).

Gezamenlijke besluitvorming

In de care wordt het hoog tijd voor een zorgplan waarin arts en patiënt in gezamenlijk overleg de behandeling vastleggen. Patiënten en zorgverleners moeten zich committeren aan gezondheidsdoelen. Dat stelt de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in het advies: 'De participerende patiënt'. Een 'partnerschap' tussen patiënt en zorgverlener moet de basis zijn voor diagnostiek en behandeling van patiënten. Minister Schippers van Volksgezondheid ziet veel in het RVZ advies, maar zij ziet nog wel enkele hindernissen specifiek ten aanzien van de informatiepositie van patiënten. 'Het is nog geen vanzelfsprekendheid dat de patiënt daadwerkelijk participeert en meedoet in de besluitvorming', schrijft Schippers in een brief aan de Tweede Kamer. Schippers reageert met haar schrijven op het advies 'De participerende patiënt' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

Een belangrijke randvoorwaarde voor shared decisionmaking is de informatievoorziening. Het gaat er uiteindelijk om dat de arts goede informatie geeft aan de patiënt over de behandeling, behandeldoelen, invloed op kwaliteit van leven, eventuele alternatieven en de risico's, zodat op basis van deze informatie een gezamenlijk besluit over de best passende behandeling kan worden genomen. Schippers wijst er op dat in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) al een bepaling is opgenomen die zorgaanbieders verplicht de patiënt dusdanig van informatie te voorzien dat deze weloverwogen kan instemmen met de behandeling.

Ook is er in het voorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een bepaling opgenomen die zorgaanbieders verplicht om de cliënt van informatie te voorzien die hem in staat stelt een verantwoorde keuze voor een zorgaanbieder te maken.

Het toekomstige Kwaliteitsinstituut gaat onder meer lekenversies van richtlijnen publiceren en deze verbinden aan welke aanbieders deze vormen van zorg leveren en hoe deze aanbieders presteren. Daarmee wordt de relevante informatie op een eenduidige, laagdrempelige en betrouwbare plek voor iedereen beschikbaar. De RVZ beveelt een wettelijke verplichting aan voor zorgaanbieders om patiënten op elektronische wijze inzage in hun medische dossiers te verschaffen. Schippers wijst in dit verband op verschillende wetsvoorstellen waarin het recht van de patiënt op elektronische inzage in en een elektronisch afschrift van het dossier is geregeld (19 november 2013, Skipr).

Vermijdbare sterfte in ziekenhuizen gehalveerd

Vijf jaar geleden is door de NVZ, NFU, Orde en V&VN gestart met het VMS Veiligheidsprogramma. Doelstelling is om de veiligheid verbeteren aan de hand van elf inhoudelijke thema's en door de invoering van een veiligheidsmanagementsysteem in ieder ziekenhuis. Het VMS Veiligheidsprogramma ondersteunt ziekenhuizen onder andere met het aanbieden van scholing en praktijkgidsen met adviezen over de inhoudelijke thema's. Bijna alle ziekenhuizen hebben inmiddels een gecertificeerd Veiligheid Management Systeem (VMS) ingevoerd en een groot aantal verbeterprojecten doorgevoerd. Uit het door het Nivel en EMGO uitgevoerde dossieronderzoek wordt ten opzichte van 5 jaar geleden een 50% reductie van de potentieel vermijdbare sterfte gezien en zijn forse verbeteringen gesignaleerd ten aanzien van de vermijdbare schade. Ook de potentieel vermijdbare schade is sinds 2008 sterk gedaald, namelijk van 2,9% toen naar 1,6% in 2011/2012, een daling van 45%. Het percentage patiënten dat in het ziekenhuis zorg gerelateerde schade opliep (dus al dan niet vermijdbaar) is met 7,1% ongeveer vergelijkbaar met

2008 (8%). De forse daling van de percentage vermijdbare schade en vermijdbare sterfte valt samen met de implementatie van het landelijk VMS Veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig'. Met dit programma, dat in 2012 is afgelopen, werden verbeterprojecten geïntroduceerd. Te denken valt aan het voorkómen van wondinfecties, het gericht screenen van kwetsbare ouderen en extra controles bij het toedienen van risicovolle medicatie. Er zijn nog altijd te veel mensen die vermijdbaar schade ondervinden of zelfs komen te overlijden. Om het cijfer verder omlaag te brengen, wil de OMS bejiveren dat de richtlijnen beter worden nageleefd. Ook moet er in de ziekenhuizen een 'cultuur' ontstaan waarin artsen en ook andere zorgverleners elkaar erop aanspreken als er iets niet goed gaat en waarin van fouten wordt geleerd. Aan alle operaties kleven risico's. Artsen moeten die met de patiënt bespreken en samen met de patiënt beslissen (shared decision making) of het voordeel van een ingreep die risico's eigenlijk wel waard is (18 november 2013, Medisch Contact).

Bouwkosten cure stijgen 5%

De bouwkosten in de ziekenhuissector zijn de afgelopen twee jaar met 5% gestegen. Dit blijkt uit de Handreiking Kengetallen Zorgvastgoed. De feitelijk met aannemers en installateurs overeengekomen prijzen kunnen afhankelijk van tijd en plaats echter tot 10% beneden het structurele prijsniveau liggen (Stichting Adviescentrum voor Zorghuisvesting/AcvZ). In het verleden bracht het toenmalige Bouwcollege regelmatig een geactualiseerde bouwkostennota uit, die als richtsnoer kon dienen, maar daarmee is met het verdwijnen van het Bouwcollege een einde gekomen. Het idee was dat er veldnormen zouden ontstaan, maar dat is nooit gebeurd. Vandaar dat

veel mensen in de zorg bij de beoordeling van bouwplannen nog teruggrijpen op de laatste Bouwkostennota uit 2008. De geactualiseerde kengetallen laten een duidelijk verschil tussen de cure en de care zien. De kosten bij de bouw van ziekenhuizen zijn in 2012 en 2013 structureel gestegen. De algemene prijsindexering in de bouw leidt tot een stijging met ruim 2%. Daarnaast leiden technische vernieuwing in de operatiekamers, digitalisering van apparatuur en extra patiënten-service tot een extra verhogen van de bouwkosten met 3%. Daar staat tegenover dat ziekenhuisgebouwen niet groter worden. Het grotere ruimtebeslag van eenbedskamers en vernieuwde behandelaccommodaties wordt gecompenseerd door verbeterde logistiek en een lagere bedden capaciteit. Bij de huisvesting van patiënten in de care doen zich in 2012 en 2013 geen specifieke of structurele kostenverhogingen voor. Wel zorgen de kabinetsplannen rond het scheiden van wonen en zorg voor onzekerheid en vertraging. Met het oog hierop adviseert het AcvZ aanbieders om zich te concentreren op het realiseren van courante gebouwen in plaats van specifieke voorzieningen. Het wordt dan in de toekomst eenvoudiger om woningen binnen en buiten de zorg uit te wisselen. Ook voor deze gebouwen presenteert de Handreiking de actuele getallen voor oppervlakte en kosten. De rapportage van het AcvZ laat zien dat het juist in een tijd van opwaartse prijsdruk lonend kan zijn om scherp in te zetten bij aanbestedingen. De met aannemers en installateurs gecontracteerde prijzen blijven vaak meer dan 10 procent beneden het structurele prijsniveau. De meevallers variëren per project en per regio (21 november 2013, Skipr).



IGZ: kwaliteit particuliere klinieken stijgt

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft voor de vijfde keer een jaarlijks onderzoek naar de kwaliteit van particuliere klinieken in Nederland uitgevoerd. De IGZ ziet dat klinieken, als het gaat om de voorwaarden voor de kwaliteit van de zorg, de laatste jaren een stap vooruit hebben gedaan. Wel is de IGZ van mening dat er extra aandacht moet komen voor kwetsbare groepen, waaronder ouderen boven de zeventig jaar en kinderen onder de achttien jaar. Bij deze groepen gaat het overigens niet om cosmetische ingrepen. Er is een stijging waar te nemen in het aantal klinieken dat patiënten onder de achttien behandelt. Naar verwachting is er per 1 januari 2014 een norm wat betreft toegestane behandelingen bij deze leeftijdsgroep, zowel bij de soort behandeling als het aantal ingrepen dat een particuliere kliniek minimaal op jaarbasis moet doen om verantwoord zorg te kunnen leveren. Opvallend in de uitkomsten is ook het aantal behandelde ouderen boven de zeventig. Bij operaties is bij deze groep een verhoogd risico op delier. De inspectie vindt een actief beleid van de klinieken op dit gebied noodzakelijk en zal er op toezien dat de betrokken klinieken, wetenschappelijke verenigingen en koepels afspraken maken over het herkennen van en adequaat reageren op patiënten met een delier. Ten opzichte van 2011 is het aantal behandelde patiënten ongeveer hetzelfde gebleven. Er is een trend dat particuliere klinieken zich gaan organiseren in ketens. Hierbij valt op dat de ketens er niet altijd in slagen om op alle vestigingen de voorwaarden voor kwalitatief goede zorg adequaat te organiseren. De inspectie blijft die ontwikkeling volgen (18 november 2013, IGZ).

Redactie Judith Rutteman (judith.rutteman@biomet.com), Dr. Yvonne van Kemenade • **Vormgeving** Rob Verhoeven Concept & Illustratie, Mathijs Schipper • **Lithografie & druk** Samplonius & Samplonius BV **Oplage** 1250



Biomet Nederland B.V. • Toermalijnring 600, 3316 LC Dordrecht • Postbus 3060, 3301 DB Dordrecht • The Netherlands
Phone: +31 78 629 29 29 • Fax: +31 78 610 42 65 • e-mail: nl.info@biomet.com • www.biomet.nl

One Surgeon. One Patient.

This publication and all content, artwork, photographs, names, logos and marks contained in it are protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights owned by or licensed to Biomet or its affiliates. This publication must not be used, copied or reproduced in whole or in part for any purposes other than marketing by Biomet or its authorised representatives. Use for any other purposes is prohibited.



Licensed by Eucomed

Member of the top ethical standards endorsed by the European Code of Ethical Business Practice. www.eucomed.org



BUREAU VERITAS