

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.:

**Marktscan Medisch-specialistische zorg 2015 • Actieplan VWS Kwaliteit loont op stoom • Verzekeraars, contracten, uitgaven, kosten, premie en dergelijke • Medisch Specialisten • Ziekenhuizen • Korte berichten**



ZIMMER BIOMET  
Your progress. Our promise.™

JANUARI 2016 JAARGANG 4 • NUMMER 4

# ‘Bij hartfalen krijgt u een hometrainer cadeau’

‘Verzeker uw knie vervanging bij ons en u mag na de operatie een lang weekend naar een hotel naar keuze’ Wat nu weer, is dit echt?

Het jaar liep weer ten einde en gewoontegetroouwd zijn we bezig met de laatste loodjes in onze werkomgeving, het optuigen van de kerstboom en met de voorbereidingen voor de wintersport of de gezellige feestdagen. In deze periode worden we als zorgconsument ook traditioneel intensief bestookt met allerlei reclame-uitingen om van zorgverzekeraar te wisselen. In 2014 is voor ruim 59 miljoen euro uitgegeven om ons te bewegen van zorgverzekeraar te veranderen, dat in de praktijk nauwelijks heeft plaatsgevonden. 59 miljoen euro aan zorggelden.

Reclame is één, maar de beloftes of de gunsten die in het vooruitzicht gesteld worden is twee. Een aantal voorbeelden. Zilveren Kruis stelt dat kinderen tot 18 jaar in de basisverzekering gratis zijn meeverzekerd. Is dit niet standaard bij elke verzekering? Ditzo garandeert vrije artskeuze: je mag altijd naar je huisarts of ziekenhuis van keuze. Maar staat er in de kleine lettertjes niet dat dit alleen geldt totdat het omzetplafond met deze zorgverlener bereikt is? In mijn brievenbus trof ik ook een hele bijzondere aanbieding aan. UnitedConsumers stelt in een kleurrijke folder: ‘Gaat u voor de korting op de VGZ basisverzekering of voor een mooi cadeau?’ En ja warempel, ik kan kiezen uit een HP Notebook, Xbox of een ASUS Netbook!

Eerder werd in de media breed uitgemeten dat er recordboetes zijn uitgedeeld aan medicijnfabrikanten. De meeste boetes waren voor het maken van publieksreclame voor medicijnen. Dat is niet toegestaan omdat deze medicijnen alleen op recept te krijgen zijn. De patiëntenfederatie NPFC is in haar nopjes dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg haar tanden laat zien.

Hoe moest ik nu wat interpreteren? Wat zijn de spelregels? Wie houdt er controle? Het vergelijk zal niet helemaal opgaan, maar in de genoemde gevallen is er sprake van beïnvloeding van de zorgconsument. In de ene situatie wordt er (fors) gesanctioneerd. In het andere geval vinden we het normaal dat zorgverzekeraars jaarlijks voor vele tientallen miljoenen besteden aan werving en beïnvloeding.

In Elsevier van 12 december doet Arthur van Leeuwen, chef redactie onderzoek, in zijn commentaar Poliszorgen er nog een schepje bovenop. ‘In de normale wereld geldt bij een verzekering: geen waar voor je geld, dan geld terug of het is een zaak voor de rechter. De gezondheidswereld is echter geen normale wereld: de consument is verplicht tot de koop van een zorgpolis, de verzekeraar hoeft haar verplichtingen niet na te komen en de klant kan nauwelijks verhaal halen. Het blijkt dat vier verzekeraars ook op dit gebied het toneel domineren. Dit naast de ongekende invloed die ze al uitoefenen op de werkvloer van de zorgprofessional.’



Ik richtte me maar weer op mijn traditie, de kerstboom. Ik liet die andere traditie, de bulk aan radio- en televisie zorgverzekeringcommercials en brievenbusuitnodigingen, maar langs me heen gaan. Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel zal ooit gezond(er) worden.

Een gezond en een goed verzekerd 2016!  
Veel leesplezier.

**Roland van Esch**



# Marktscan Med

**De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kijkt jaarlijks naar de stand van zaken op de markt voor medisch specialistische zorg. Aan de hand van kwalitatieve en kwantitatieve analyses vormt zij zich een beeld van de werking van deze markt. Dit wordt gepubliceerd in de Marktscan Medisch-specialistische zorg.**

De uitgaven aan medisch-specialistische behandelingen door ziekenhuizen en revalidatie-instellingen stijgen in 2014 minder sterk dan de jaren ervoor. Daarnaast valt op dat opnieuw bij zeven specialismen de wachttijden voor een eerste polikliniekbezoek langer zijn dan de norm van vier weken. Verder is de financiële positie van de ziekenhuizen gemiddeld genomen beter geworden.

## Zorggebruik en zorgkosten

Het aantal patiënten voor lichtere vormen van zorg, zoals diabetes of refractie (oogmeting), neemt trendmatig af. De daling kan voor deze vormen van zorg wijzen op substitutie naar de eerstelijnszorg. Ook het aantal patiënten met varices (spataderen) neemt af. Deze zorg valt onder het Project Intensivering Controle en Toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Pincet).

Verzekeraars moeten van NZa zorg genoemd in Pincet beter controleren. De afname van het aantal patiënten kan daarom te maken hebben met het feit dat verzekeraars voor deze zorg onder andere strengere inkoopafspraken maken. Discussies over gepast gebruik bij het knippen van amandelen en het plaatsen van oorbuisjes lijken ook te zorgen voor een afname van het aantal patiënten.

NZa constateert dat voor behandelingen in het gereguleerde segment lagere tarieven worden afgesproken met Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) dan met ziekenhuizen en categorale instellingen. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat ZBC's slechts een klein deel van de zorg leveren in het gereguleerde segment. De afgesproken prijzen in het vrije segment zijn in 2013 gemiddeld met 0,8 procent gestegen ten opzichte van het jaar 2012.

# isch-specialistische zorg 2015



## Groei uitgaven medisch-specialistische zorg remt af

Tussen 2010 en 2012 stijgen de uitgaven aan medisch-specialistische zorg met ruim drie procent per jaar. In 2014 groeiden de uitgaven minder hard, met iets meer dan een half procent. Of hier sprake is van een trend moet nog blijken uit de cijfers van 2015 en 2016. Zichtbaar is nu al wel dat het aantal lichtere behandelingen afneemt in de ziekenhuizen. Die daling kan wijzen op een verschuiving van deze behandelingen naar bijvoorbeeld de huisarts.

## Wachttijden eerste polikliniekbezoek te hoog bij zeven specialismen

In 2015 zijn de wachttijden voor een eerste polikliniekbezoek bij zeven specialismen langer dan de norm van vier weken. Bij oogheelkunde, allergologie en maag-, darm- en leverziekten zijn de wachttijden langer geworden. Bij alle specialismen zijn de gemiddelde wachttijden voor diagnostiek en voor een (poliklinische) behandeling binnen de normen van respectievelijk vier en zeven weken. Uitzonderingen zijn de wachttijden voor een borstverkleining en buikwandcorrectie, deze zijn langer.

## Financiële positie van ziekenhuizen verbeterd

Gemiddeld genomen is de financiële positie van de ziekenhuizen beter geworden ten opzichte van eerdere jaren. Deze trend moet wel voorzichtig worden beoordeeld: zo waren 2012 en 2013 bijzondere jaren doordat er een overgangsregeling geldt. Ziekenhuizen kunnen in die jaren compensatie krijgen als zij minder omzet hebben dan in de jaren ervoor, of moeten geld terugbetalen bij een hogere omzet. Daarnaast zijn de cijfers gemiddelden: de financiële positie van individuele ziekenhuizen kan beter, maar ook slechter zijn.

## Prijsafspraken komen langzaam tot stand in 2015 en 2016

Aanbieders van medisch-specialistische zorg onderhandelen met de zorgverzekeraars over de prijzen van behandeltrajecten, de DBC's. In 2015 komen die prijsafspraken langzamer tot stand dan voorheen. De reden hiervoor is dat de maximale doorlooptijd van de behandeltrajecten per 1 januari 2015 is verkort van maximaal 365 dagen naar maximaal 120 dagen. Hierdoor verandert het zorgpakket en dus ook het tarief. Ook in 2016 zal deze verandering de onderhandelingen nog kunnen vertragen. De kortere doorlooptijd van behandeltrajecten is niet voor niets: dit geeft ziekenhuizen en zorgverzekeraars eerder zicht op hun financiën. Bovendien kunnen patiënten eerder hun ziekenhuisnota ontvangen en controleren (NZa, 18 november 2015).

Type zorgaanbieder	2012	2013	2014	2015
Algemene Ziekenhuizen	84	84	84	81
UMC's	8	8	8	8
<b>Totaal aantal ziekenhuizen</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>89</b>
Categorale instellingen	65	65	65	65
ZBC's	288	274	260	231
<b>Totaal aantal zorgaanbieders</b>	<b>445</b>	<b>431</b>	<b>417</b>	<b>385</b>

## Forse stijging hartproblemen in 2040

Veel meer mensen krijgen de komende jaren te maken met hartproblemen. Het aantal patiënten met een hartinfarct, een beroerte of hartfalen stijgt naar 1,4 miljoen in 2040. Dat is 65 procent meer dan in 2011 (RIVM, in opdracht van de Hartstichting). Op dit moment bedragen de totale zorgkosten voor hart- en vaatziekten circa 8,3 miljard euro. Deze kosten zullen fors stijgen als gevolg van de groei van het aantal patiënten. Volgens de Hartstichting is het vooral belangrijk het aantal mensen met een hoge bloeddruk en het aantal rokers terug te dringen. Als iedereen in Nederland een gezonde bloeddruk zou hebben, zou dat leiden tot 360.000 minder patiënten met hart- en vaatziekten in 2040. Als iedereen zou stoppen met roken neemt het aantal mensen met hartproblemen af met 320.000 (ANP, Skipr, 10 december 2015).

## Huisartsen kunnen onnodige zorg terugdringen

Huisartsen verlenen soms onnodige zorg aan hun patiënten, bijvoorbeeld om een ziekte met grotere zekerheid te willen uitsluiten of op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Meer tijd nemen in de spreekkamer kan helpen onnodige zorg terug te dringen. Dit stelt het onderzoeksinstituut Nivel in een overzichtsstudie over onnodige zorg. Huisartsen hebben vaak te maken met onduidelijk of onzekere situaties, waardoor het lastig is om vast te stellen of en wanneer er sprake is van onnodige zorg. Ze krijgen vooral te maken met beginstadia van klachten die heel vaak vanzelf overgaan. Huisartsen zouden dan meer tijd moeten kunnen nemen voor overleg met de patiënt. Bijvoorbeeld om vragen te bespreken als: is nader onderzoek wel zinvol? Is een geneesmiddel nu wel nodig? Zo'n gesprek leidt niet altijd tot duurdere zorg. Patiënten die goed geïnformeerd zijn, kiezen namelijk vaak voor een wat conservatievere, en dus goedkopere behandeling. Dit kan ook de keuze zijn om geen behandeling in te zetten. Het niet inzetten van een behandeling gebeurt al in de huisartsenpraktijk. Twee op de tien zorggebruikers zeggen wel eens 'nee' tegen een behandeling die de huisarts voorstelt. En één op de tien zorggebruikers heeft wel eens meegemaakt dat de huisarts een behandeling waar zij om vroegen, niet wilde geven. Tegelijk vindt ruim de helft van de huisartsen dat de beroepsgroep wel eens te veel zorg verleent. Dan gaat het bijvoorbeeld om dubbele diagnostiek, te snel doorverwijzen of het te snel voorschrijven van een geneesmiddel (Nivel, Skipr, 9 december 2015).

# Actieplan VWS Kwaliteit loont op stoom

**Doordat de beoogde wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringwet in december 2014 niet doorging, heeft VWS als alternatief het actieplan Kwaliteit loont opgesteld. Het actieplan kent een twintigtal maatregelen. Veel van deze maatregelen zijn gericht op het bevorderen van de contractering. Op 3 december jl. heeft VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de voortgang van dit actieplan (tweede voortgangsrapportages).**

Inmiddels is door VWS een behoorlijk aantal maatregelen opgepakt:

- Er komt binnenkort een meldplicht voor alle nieuwe toetreders in de zorg. Zorgaanbieders die zorg leveren waaraan hoge risico's zijn verbonden, worden binnen vier weken na de start van de zorgverlening door de Inspectie voor de Gezondheidszorg bezocht. Anderen worden uiterlijk binnen zes maanden na de start bezocht.
- De risicovereeniging voor verzekeraars is voor 2016 aangepast. Verzekeraars met veel chronisch zieken en gehandicapten ontvangen een hogere vereveningsbijdrage. Hierdoor is het voor verzekeraars meer lonend om zich ook op deze groep te richten en wordt de positie van deze groep verbeterd. In 2016 zal nader onderzoek worden uitgevoerd naar verdere verbetering en verfijning van de risicovereeniging voor chronisch zieken en ouderen.
- Er wordt fors ingezet op het voor patiënten transparant maken van de kwaliteit van de zorg. Keuzevrijheid voor patiënten en samen beslissen begint bij beschikbare en begrijpelijke informatie over de zorg. VWS heeft met de sector afspraken gemaakt waardoor voor dertig aandoeningen kwaliteitsinformatie versneld beschikbaar komt.
- Onlangs hebben de vier grootste vergelijkingssites een Gedragscode voor vergelijkingssites onderschreven. Hierdoor wordt de consument beter bediend bij het maken van een keuze voor een zorgverzekering. Dit zijn belangrijke stappen op weg naar betere informatievoorziening voor de kiezende verzekerde. De Autoriteit Financiële Markten ziet toe op het functioneren van de vergelijkingssites.
- Er zijn procesafspraken gemaakt over de versnelling van het zorginkoopproces. In de Nederlandse Zorgautoriteit-regelgeving is

opgenomen dat verzekeraars uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het jaar de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid bekend moeten maken en dat uiterlijk zes weken voor het contractjaar bekend moet zijn met welke zorgaanbieders contracten zijn gesloten.

- Ziekenhuizen en verzekeraars hebben gewerkt aan de ontwikkeling van de polischecker. Bij raadpleging van de polischecker kan de verzekerde voorafgaand aan het ziekenhuisbezoek controleren of het ziekenhuis onder de dekking van zijn polis valt. De polischecker komt begin 2016 beschikbaar.
- Het meldpunt bij NZa is sterk verbeterd. De informatie op de website is in begrijpelijke taal geschreven en de toegankelijkheid van de website is verbeterd. Ook is een interventieteam opgericht dat snel actie op meldingen kan ondernemen. Begin 2016 wordt een publiekscampagne gestart over het meldpunt.
- Bij de Autoriteit Consument & Markt is een specifieke Taskforce Zorg opgericht. Deze Taskforce gaat nader onderzoek doen naar mogelijke knelpunten in de werking van de zorgmarkten, waaronder de gevolgen van fusies. Ook wordt de capaciteit van ACM voor haar taken op het gebied van de zorg fors uitgebreid voor een beter en scherper markttoezicht op het terrein in de zorg.
- Er wordt hard gewerkt aan de oprichting van een onafhankelijke geschillencommissie. De geschillencommissie kan toetsen of de contractering redelijk en billijk verloopt. Momenteel werkt Zorgverzekeraars Nederland met zorgaanbieders aan de nadere uitwerking. Het doel is om voor 1 april 2016 een onafhankelijke geschillencommissie operationeel te hebben.
- Er komt een experiment om meer ruimte te creëren in de regelgeving. Dit experiment zal het mogelijk maken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling afspreken hoe de levering van zorg eruit komt te zien. Zij kunnen innovatieve vormen van bekostiging afspreken zonder dat eerst een prestatiebeschrijving moet worden aangevraagd bij NZa. Zo ontstaat meer ruimte voor innovatie.

Een behoorlijk aantal maatregelen is reeds uitgevoerd of staat in de grondverf. In 2016 zal verder gewerkt worden aan de uitvoering van het VWS-actieplan Kwaliteit loont (Brief VWS aan Tweede Kamer, 3 december 2015).

# Verzekeraars, contr

## Stroef verloop zorgcontractering

Uiterlijk 19 november moest de zorg voor het nieuwe jaar zijn ingekocht door de zorgverzekeraar. Enkele weken voor de start van 2016 was echter een groot deel van de onderhandelingen nog altijd niet afgerond. Dat blijkt uit een rondgang van Medisch Contact langs de vier grote zorgverzekeraars. Welke ziekenhuizen gecontracteerd zijn door zorgverzekeraars is vooral van belang voor mensen met een natura- of budgetpolis. Als zij niet naar een gecontracteerd ziekenhuis gaan, komt een (aanzienlijk) deel van de kosten voor eigen rekening. Om de onzekerheid voor verzekeren met een naturapolis weg te nemen, hebben Zilveren Kruis, CZ en Menzis besloten dat deze groep polishouders in 2016 in alle Nederlandse ziekenhuizen terecht kan, ongeacht of er een contract ligt tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. VGZ kent een dergelijke regeling niet.

De reden dat de onderhandelingen in 2015 zo lang duren, heeft volgens Zorgverzekeraars Nederland (ZN) met name te maken met de problematiek van de bekostiging van de geneesmiddelen en de aanpassingen in de DBC-productstructuur. Echter ook over de hoogte van het contract zelf wordt zwaar onderhandeld. Zo zijn bijvoorbeeld het Martini ziekenhuis en VGZ zonder contract uit elkaar gegaan. Er zat een miljoenenverschil tussen wat VGZ het ziekenhuis bood en wat het Martini Ziekenhuis redelijk achtte. Het Martini Ziekenhuis kan hierdoor op dit moment verzekeren van VGZ niet garanderen dat zij in 2016 terecht kunnen in het Martini Ziekenhuis. Het ziekenhuis roept de huidige patiënten die verzekerd zijn bij VGZ op de komende tijd de ontwikkelingen goed te volgen en dit mee te nemen in hun overwegingen bij de keuze voor hun zorgverzekeraar.

Naar aanleiding van de kritiek op zorgverzekeraars dat zij nog onvoldoende contracten met ziekenhuizen hebben afgesloten, schrijft ZN schrijft in een brief van 9 december 2015 aan de Tweede Kamer dat voor het sluiten van een contract twee partijen nodig zijn. ZN geeft aan dat het feit dat zorgverzekeraars niet zondermeer akkoord gaan met de eisen van sommige ziekenhuizen, laat zien dat de zorgverzekeraars precies doen wat binnen

# acten, uitgaven, kosten, premie en dergelijke



financiële kaders, kunnen ziekenhuis en verzekeraar beter kunnen werken aan innovatie en betere zorg. 'Deze overeenkomst stelt ons in staat om verder te investeren in nieuwe behandelingen en innovaties', zegt Van Houdenhoven. 'We zullen de komende jaren verder specialiseren in onder meer infectieprothesiologie, kinderorthopedie en dwarslaesie, en deze behandelingen beter binnen bereik brengen voor patiënten uit het hele land.' Samen met CZ zal de Sint Maartenskliniek haar kennis en best practices ook actief delen met andere ziekenhuizen; onder andere via het RAINBOW project, over de effectieve en efficiënte inzet van dure medicatie bij reumatische zorg (Skipr, 10 december 2015).

## • RAINBOW project

*Het RAINBOW (Rheumatoid Arthritis Implementation of Biological dose Optimisation in real World) project is een implementatietraject gericht op kwaliteitsoptimalisatie gecombineerd met kostenreductie, door middel van tight control reumazorg en dosisoptimalisatie van biologicals. Het doel van het project is het realiseren van optimale zorg voor patiënten met reumatoïde artritis (RA), artritis psoriatica (PsA) en spondyloartritis (SpA) in ziekenhuizen in Nederland, met daarbij een zo zinnig en zuinig mogelijk gebruik van biologicals. Om dit doel te bereiken kan een team van reumaspecialisten van de Sint Maartenskliniek begeleiding in de vorm van training, advies en feedback geven in de deelnemende ziekenhuizen. Het RAINBOW project wordt ondersteund door de vier grote zorgverzekeraars.*

## Rechter fluit CZ Zorgkantoor weer terug om strenge inkoop

Opnieuw heeft een rechtbank CZ Zorgkantoor teruggefloten om de hoge eisen die de zorgverzekeraar aan zorgaanbieders stelt. De rechtbank Zeeland-West-Brabant heeft een groep van zes zorgaanbieders vorige week gelijk gegeven in een conflict over de Zorgbrede Governance Code.

de Zorgverzekeringswet van hen wordt verlangd. Zorgverzekeraars hebben de indruk dat zorgaanbieders in de onderhandelingen misbruik maken van de deadlines en verplichtingen die zorgverzekeraars hebben ten aanzien van hun verzekerden. ZN roept zorgaanbieders daarom op om tijdens het contracteringsproces verantwoordelijkheid te tonen en zich in te spannen om de contractering volgens planning af te ronden zodat verzekerden tijdig geïnformeerd kunnen worden over de gecontracteerde zorg (Medisch Contact, 11 december 2015; persbericht Martini Ziekenhuis, 11 december 2015, Brief ZN aan Tweede Kamer, 9 december 2015).

## Maartenskliniek sluit meerjarenovereenkomst met CZ

De Sint Maartenskliniek heeft met zorgverzekeraar CZ een overeenkomst afgesloten voor de vergoeding van alle behandelingen voor de komende drie jaar. Het is voor de Sint Maartenskliniek de eerste meerjarenovereenkomst met zorgverzekeraar CZ. Volgens bestuursvoorzitter Mark Van Houdenhoven van de Sint Maartenskliniek bieden de gemaakte afspraken rust en perspectief. Doordat er niet elk jaar opnieuw onderhandeld hoeft te worden over de

Thuiszorgaanbieder Laurens, Stichting Valkenhof, het Mr. L.E. Visserhuis, verpleegzorgorganisatie Land van Horne, Stichting Sint Anna Klooster en Stichting Joods Bejaardencentrum Den Haag, waren naar de rechter gestapt omdat zij onvoldoende tijd kregen om hun statuten aan te passen aan extra eisen van CZ. Volgens de rechtbank mag de zorgverzekeraar weliswaar extra eisen aan de statuten van zorgaanbieders stellen, maar moeten de zorgorganisaties wel voldoende tijd krijgen om hieraan te voldoen. Dat was in dit geval niet zo, aldus de rechtbank.

Bovendien mocht CZ de zorgaanbieders, na het aanpassen van hun statuten, niet alsnog straffen door ze een eenjarig contract aan te bieden in plaats van een tweejarig contract. Tot slot mocht CZ een tariefopslag van maximaal 3 procent, waarvoor een instelling in aanmerking had kunnen komen, niet beperken tot 90 procent van dit bedrag. CZ Zorgkantoor laat weten uitvoering te zullen geven aan het vonnis; dit betekent dat deze zorgaanbieders alsnog een tweejarige overeenkomst krijgen en dat de 10 procent van de tariefopslag niet pas achteraf toegekend wordt. Dit geldt alleen voor de partijen die hebben geprocedeerd. De zorgverzekeraar zal zijn beleid niet verder aanpassen. Het zorgkantoor heeft na een eerdere rechterlijke uitspraak zijn beleid wel aangepast. HPV Thuiszorg kreeg in mei 2015 gelijk van de rechter, toen de organisatie zich beklaagde over de extra eisen van CZ. Dat ging toen over de vraag of zorgaanbieders bepalingen in hun statuten moeten opnemen over de schorsing van leden van de raad van toezicht. Die waren niet nodig als er al een bepaling was opgenomen over ontslag (Skipr, 7 december 2015).

## Oprichter Buurtzorg Nederland begint eigen zorgverzekering

Jos de Blok, oprichter van Buurtzorg Nederland, begint een eigen zorgverzekering. De Blok wil in 2017 met de nieuwe zorgverzekering de markt op om de concurrentie aan te gaan met grote zorgverzekeraars. Volgens De Blok gaat het bij de bestaande zorgverzekeraars puur om de commercie en de kosten en draait het te weinig om de zorg voor patiënten. 'Er wordt veel geld uitgegeven aan dure commercials. Men stelt steeds meer eisen die niets met zorgverlening te maken hebben.

## 6 Natuurlijk in **Beweging**

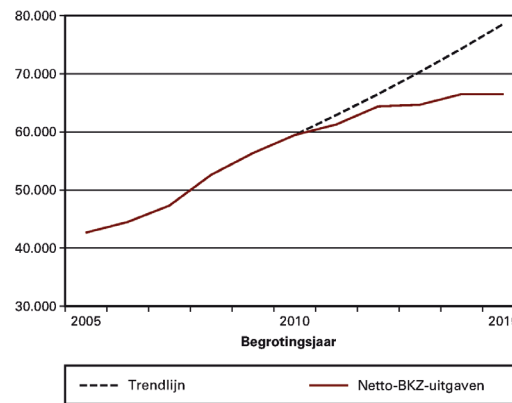
Elk jaar zijn we druk met aanbestedingen, die een enorme papierwinkel opleveren. Het is echt onzinnig. Het kan beter en goedkoper. Wij richten ons op de kerntaak. Dat is het verlenen van zorg.' De Blok kiest voor een netwerkorganisatie met leden. Hij richt zich niet alleen op het verzekeren van zorgkosten, maar ook op het voorkomen van ziekte. Om een nieuwe zorgverzekeraar te starten heb je minimaal 20.000 leden nodig. De Blok denkt eerder te kunnen besparen op de overheadkosten. Dat geld vloeit dan ook weer terug naar de leden. De Blok wil maar één polis opzetten, waarbij alle verzekerden hetzelfde betalen en grote keuzevrijheid hebben. De Bloks plannen voor een zorgverzekering komen niet uit de lucht vallen. De Blok ondersteunde eerder de inspanningen van ANNO12. Deze nieuwe zorgverzekeraar sneuvelde eind 2014 omdat ze uiteindelijk niet de benodigde 10.000 nieuwe verzekerden wist te werven, Grootste struikelblok bleek het ledencertificaat à € 850,- (12 november 2015).

### Zorgpremie in 2016 lager dan paar jaar geleden

De gemiddelde jaarlijkse zorgpremie komt in 2016 uit op € 1204,- per persoon per jaar (€ 100,- per maand), dit is € 39,- lager dan het ministerie op Prinsjesdag had geraamd. De gemiddelde zorgpremie ligt in 2016 € 22,- lager dan in 2012 en € 9,- lager dan in 2013. Toen betaalden verzekerden nog gemiddeld respectievelijk € 102,- en € 101,- per maand. De maximale zorgtoeslag voor alleenstaanden stijgt in 2016 met € 58,- tot € 992,-. De maximale zorgtoeslag voor partners stijgt met € 114,- naar € 1905,-.

Hoewel de premie lager is dan vier jaar geleden, zijn sinds 2012 lonen en prijzen gestegen en veel dure behandelingen en medicijnen in het pakket gekomen, zoals onder andere nieuwe medicijnen en behandelingen tegen kanker, verschillende medicijnen tegen hepatitis C en de NIP-test. Ook is de wijkverpleging toegevoegd aan het basispakket. Tegelijkertijd stijgt het beroep op de zorg als gevolg van de vergrijzing. Door het beleid van de afgelopen vijf jaar is er ongeveer 12 miljard euro minder aan zorg uitgegeven dan aanvankelijk geraamd. Zonder dit beleid, zou de premie op jaarbasis nu ruim € 150,- per persoon hoger zijn geweest. Elk jaar geven we meer uit aan onze zorg, dat zal ook de komende jaren het geval zijn. Door scherper inkoopbeleid van verzekeraars en akkoorden met hen en de zorgverleners is de groei van de zorgkosten sinds

Zorguitgaven Budgettair Kader Zorg (BKZ): afvlakking van de groei.



2012 aanzienlijk teruggebracht, van meer dan 6% per jaar naar iets meer dan 1% (Nieuwsbericht ministerie VWS, 20 november 2015).

### Extra geld voor tijdelijk verblijf in zorginstelling

Om te voorkomen dat wachtlijsten voor het zogeheten eerstelijns verblijf ontstaan, stelt staatssecretaris Martin van Rijn (VWS) € 20 miljoen extra beschikbaar. Met eerstelijns verblijf herstellen mensen tijdelijk in bijvoorbeeld een zorghotel of verpleeghuis na een heupfractuur of bij een delier na een urineweginfectie. Mensen die uit het ziekenhuis komen moeten altijd op goede opvang kunnen rekenen. Mensen hoeven niet onnodig lang in een ziekenhuis te blijven en wachtlijsten moeten worden voorkomen. Eerstelijns verblijf is nu een aparte subsidieregeling. Het ministerie streeft ernaar dat eerstelijns verblijf per 1 januari 2017 via de vergoeding van de zorgverzekeraar wordt geregeld. Daarmee komt het in het basispakket en sluit het verblijf beter aan op individuele wensen van patiënten (Nieuwsbericht ministerie VWS, 25 november 2015).

### Zorgkosten buiten Europa vanaf 2017 niet meer in basispakket

Zorgkosten die mensen in geval van tijdelijk verblijf buiten Europa maken behoren vanaf 1 januari 2017 niet meer tot het basispakket. De ministerraad heeft daarmee ingestemd op voorstel van minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het wetsvoorstel volgt direct uit een afspraak in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte I dat later is overgenomen door de huidige regering. Met de beperking van de zogenaamde werelddekking is een be-

sparing van 60 miljoen euro per jaar gemoed. Veel mensen die buiten Europa reizen hebben nu ook al een aanvullende dekking voor zorgkosten vanuit hun aanvullende verzekering of reisverzekering. Op dit moment worden deze kosten ook deels vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering. Hoe hoog de vergoeding is, hangt af van de polis. In elk geval is deze niet hoger dan de Nederlandse tarieven. Aan deze vergoeding vanuit het basispakket komt met dit wetsvoorstel een einde. Volgens het kabinet hoeven zorgkosten die buiten Europa gemaakt worden niet collectief te worden betaald. Mensen die buiten Europa reizen zijn daarvoor aangewezen op een aanvullende verzekering of een reisverzekering.

De beperking van de werelddekking geldt niet voor mensen en hun Zvw-verzekerde gezinsleden, die voor hun werkgever of uit hoofde van beroepsuitoefening in het buitenland verblijven. Er is ook een uitzondering wanneer iemand zorg nodig heeft die wel in het pakket zit, maar die alleen buiten Europa verkrijgbaar is. (Nieuwsbericht ministerie VWS, 16 oktober 2015).

### Advies Zorginstituut: longkankermiddel tegen huidige prijs niet in basispakket

Nivolumab (immunotherapie) ter behandeling van longkanker moet niet worden opgenomen in het basispakket, tenzij door prijsonderhandeling de prijs van het middel daalt en de kosten-effectiviteit verbetert, adviseerde het Zorginstituut Nederland begin december aan minister Schippers. De kosteneffectiviteit van nivolumab is zeer ongunstig: de kosten bedragen circa € 134.000,- per gewonnen levensjaar (Quality Adjusted Life Year (QALY)). In beoordelingen wordt veelal uitgegaan van een bedrag van maximaal € 80.000,- per QALY. Door de hoge prijs van het middel is de budgetimpact aanzienlijk, namelijk 46 tot 74 miljoen euro per jaar voor de inzet bij patiënten met plaveiselcelcarcinoom van de long. Wanneer nivolumab binnenkort ook voor de indicatie niet-plaveiselcelcarcinoom van de long wordt ingezet, bedraagt de totale geschatte budgetimpact 127 tot 203 miljoen euro per jaar. Gegeven de beperkingen aan de groei van het zorgbudget is volgens het Zorginstituut de kans groot dat de vergoeding van nivolumab vanuit het basispakket leidt tot verdringing van andere zorg. Op populatieniveau leidt dit tot gezondheidsverlies (Medisch Contact, 11 december 2015; Zorginstituut, 8 december 2015).



## Medisch Specialisten

### Kritiek op het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB)

Een jaar na de invoering van de integrale bekostiging verschijnen op diverse podia en in de media kritische berichten over de ontstane situatie rond de MSB's. Voor ziekenhuizen, zorgverzekeraars, banken en bestuurskundigen is de meerwaarde van het MSB voor patiënten lang niet altijd evident. Zij stellen dat de specialisten zich te veel hebben laten leiden door fiscale belangen.

Sommige ziekenhuisbestuurders spreken van een bestuurlijk fiasco. Geluiden worden vernomen dat het MSB een te machtig bedrijf binnen het ziekenhuis is, met eigen belangen en een eigen agenda. Douwe Biesma, ziekenhuisbestuurder, noemt het MSB een weeffout. Door de komst van een nieuwe MSB-organisatie naast het ziekenhuis is er sprake van 'inertie' en 'amorf afwachten', constateren de ziekenhuisbestuurders Berden en Keuzenkamp in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 'Het invoeren van integrale bekostiging had de samenwerking tussen de vrijgevestigde specialist en het ziekenhuis moeten verbeteren. Door onduidelijkheden en onzekerheden is van echte verbetering echter geen sprake. Integendeel, de vele consequenties leiden tot amorf afwachten. Deze inertie treft ook de inhoudelijke ontwikkeling van het ziekenhuis en is daarmee een ongelukkige omstandigheid.'

Van Diemen, inspecteur-generaal van de Inspectie voor de Gezondheidszorg vergelijkt het MSB met de Fyra. 'Het kan in theorie voordat de trein gaat rijden allemaal kloppen. Dat wil echter niet zeggen dat de trein ook echt gaat rijden.' Daniëls, binnen het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) verantwoordelijk voor kwaliteit, zegt: 'We hadden tijd en aandacht voor kwaliteit, maar dat is in veel ziekenhuizen verstoord geraakt door een hernieuwde discussie over het verdienmodel, over geld.' Ook verzekeraar Menzis onderschrijft dat er in 2015 veel tijd en aandacht naar het MSB is gegaan. Menzis roept partijen dan ook op om een en ander snel te regelen. 'Als je snel duidelijkheid hebt over de verantwoordelijkheidsverdeling, dan heb je ook sneller samen een duidelijke visie. En komt er meer focus op

uitkomstindicatoren.' Van Schaik, directeur gezondheidszorg van Rabobank Nederland stelt dat patiënten niets opschieten met het oprichten van MSB's. Van Schaik vreest tweespalt tussen directies van ziekenhuizen en medisch specialisten als het gaat om strategie en visie.

De bovenstaande bevindingen worden onderschreven door politicoloog Judith von Reeken, die in 2015 op het onderwerp integrale bekostiging afstudeerde aan de Universiteit van Amsterdam. Door de soms complexe structuren die zijn opgezet door de specialisten wordt de bestuurbaarheid van het ziekenhuis bemoeilijkt. Door het wegvallen van de individuele toelatingsovereenkomst tussen specialist en ziekenhuisbestuur is de doorzettingsmacht van het ziekenhuisbestuur meer indirect geworden. Door de invoering van de integrale bekostiging lijkt integrale besturing van ziekenhuizen verder weg dan ooit. Von Reeken wijst erop dat het probleem niet alleen in de verhouding tussen MSB en het ziekenhuis zit, maar ook in het MSB zelf. De noodzaak van een professionele interne organisatie, het maken van afspraken en de onderlinge communicatie zijn even zo vele faalfactoren. En wanneer er problemen ontstaan dan heeft de raad van bestuur nauwelijks zeggenschap, terwijl de bestuurders wel worden afgerekend op de kwaliteit en veiligheid van het ziekenhuis. De invoering van integrale bekostiging moest helderheid scheppen in de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen. Het uitgangspunt was verbetering van de bestuurbaarheid, maar het resultaat gaat hoofdzakelijk over fiscaliteit. Integrale tarieven moesten bijdragen aan publieke belangen zoals betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Er is volgens Von Reeken nog geen indicatie dat realisatie van deze doelen in zicht is.

Robert Sie, voorzitter van de Raad Beroepsbelangen van FMS, laat een positiever geluid horen. 'Voor onbestuurbaarheid ben ik niet bang. Ik heb er ook nog geen voorbeeld van gezien. Medisch specialisten zijn diep geworteld in het ziekenhuis waar ze werken. Er zijn veel gemeenschappelijke belangen. Het MSB leidt nu al tot ontschotting door het wegvallen van de vakmaatschappen. De MSB's zijn jonge bedrijven. In 2015 ligt de nadruk op de inrichting, het in bedrijf nemen van de onderneming en de uiteindelijke toetsing door de fiscus. Zodra in 2016 definitief zekerheid is over de fiscale status kunnen en moeten de MSB's echt een volgende stap zetten en breder kijken. We moeten de regie op de zorg borgen. Het potentieel van de MSB's op het gebied van kwaliteit en veiligheid is enorm.'

Ook de Tweede Kamer heeft haar zorgen uitgesproken over de governance in de relatie tussen het ziekenhuis en medisch specialisten als gevolg van de oprichting van MSB's. De minister van VWS heeft toegezegd hiernaar een onderzoek uit te laten voeren en heeft hiervoor opdracht gegeven aan Tias/Ecorys. Tias/Ecorys heeft de afgelopen maanden een groot aantal ziekenhuizen en hun medische staf geïnterviewd. In aanvulling daarop zijn bij enkele ziekenhuizen verdiepende interviews gehouden. Het doel van het onderzoek is het geven van inzicht in de manier waarop raden van bestuur hun eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van de medische behandelingen borgen. Hiernaast wordt door Tias/Ecorys een handreiking opgesteld met best practices. Het onderzoek bevindt zich inmiddels in een afrondende fase. In januari 2016 wordt het rapport aan de minister aangeboden.

Daarnaast voert ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een onderzoek uit. NZa vraagt via een anonieme online vragenlijst bestuurders en raden van toezicht van ziekenhuizen, Zelfstandige Behandelcentra, vertegenwoordigers van het MSB en zorgverzekeraars naar hun ervaringen met de integrale bekostiging.

De uitkomsten verwerkt NZa in de Monitor integrale bekostiging medisch-specialistische zorg, die ook begin 2016 gepubliceerd zal worden. Beide rapporten zullen vervolgens door VWS aan de Tweede Kamer worden aangeboden (Zorgvisie, 8 december 2015; Seminar Medisch Specialistisch Bedrijf: Genezen en besturen combineren, 26 november 2015; nza.nl, 2 november 2015; Skipr, 30 oktober 2015).

### **Meer medische professionals nodig in managementfuncties**

Om de zorg in de toekomst hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden moeten medische professionals meer managementfuncties binnen de zorg gaan bekleden. Dat betoogt prof.dr. Carina Hilders in haar oratie Tijd voor Medisch Leiderschap. Medische professionals moeten meer de verbinder worden tussen patiënt en de steeds complexere zorgomgeving. Om zorg in de toekomst kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en doelmatig te houden is er behoefte aan leiderschap, zodat het management domein en het medisch domein met elkaar worden verbonden. Uit onderzoek blijkt dat er onder medische professionals vaak nog te weinig waardering is voor managementposities binnen de zorg. Daarnaast ontlenen medische professionals in managementfuncties hun status vaak nog aan hun medische ervaring en competenties in plaats van hun managementcompetenties. Hilders pleit ervoor dat professionals in de zorg hun toegevoegde waarde voor de patiënt duidelijk moeten maken in posities binnen en buiten het ziekenhuis. Ook zal er meer tijd en financiële ruimte binnen medische opleidingen en onderwijs moeten worden gemaakt voor de ontwikkeling van managementcompetenties (FMS, 20 november 2015).

### **Dijsselbloem wil alle medisch specialisten in loondienst**

Als het aan minister Dijsselbloem van Financiën ligt, gaan alle medisch specialisten in loondienst. Op die manier zijn de uitgaven van de zorg beter te beheersen. Dijsselbloem wil af van 'schijnconstructies' van ondernemerschap van medisch specialisten. Het management van de ziekenhuizen is, gegeven de zwakke positie ten opzichte van de maatschappen, onvoldoende in staat om de kosten te beheersen. Deze opvatting sluit aan bij het regeerakkoord, waarin staat dat het fiscale ondernemerschap van medisch specialisten verdwijnt als per 1 januari 2015 het specialistenhonorarium onderdeel is van het ziekenhuisbudget. Echter, minister Schippers van VWS heeft op 16 juli 2013 een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord gesloten, met de Orde van Medisch Specialisten (tegenwoordig Federatie Medisch Specialisten, FMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), waarin staat dat vrijgevestigde medisch specialisten een reële keuze moeten behouden of ze in loondienst willen of dat ze vrijgevestigd medisch specialist willen blijven. Het akkoord was een succes voor de Federatie, die onder aanvoering van voorzitter Frank de Grave, een partijgenoot van minister Edith Schippers van VWS, een stevige lobby heeft gevoerd voor behoud van het fiscale ondernemerschap.

Daarna volgde een periode van intensief overleg om het fiscale ondernemerschap ook echt te faciliteren. Daarbij waren naast VWS, de NVZ en de Federatie ook het ministerie van Financiën en de Belastingdienst betrokken. Dat heeft in december 2013 geleid tot een gezamenlijke afspraak over vier fiscale modellen waarbij medisch specialisten voor de fiscus hun ondernemerschap behouden. Cruciaal daarbij is dat ze echte ondernemersrisico's moeten lopen in de vorm van investeringen en personeelskosten. Deze lijn is ook terug te vinden in een brief van Schippers aan de Tweede Kamer, geaccordeerd door het ministerie van Financiën, van 31 oktober 2014. Financiën gaat dus akkoord met behoud van fiscaal ondernemerschap. Opmerkelijk is dat minister Schippers in haar brief van 31 oktober 2014 ook nadrukkelijk

meldt dat medisch specialisten en ziekenhuizen er goed aan doen zich voor te bereiden op eventuele negatieve beschikkingen van de fiscus. Of medisch specialisten vrijgevestigd zijn, is nu aan de Belastingdienst om te bepalen. Die beoordeelt achteraf, elk geval op zichzelf. Het zijn de lokale belastinginspecteurs die een oordeel zullen vellen op basis van de Wet Inkomstenbelasting 2001 (Zorgvisie, 9 december 2015).

### **MSB is nog lang geen robuuste onderneming**

Het medisch specialistisch bedrijf (MSB) ontpopt zich nog niet als een robuuste onderneming, die financieel en organisatorisch gezond is, en meerwaarde voor de ziekenhuiszorg heeft. Als 'bedrijf in het bedrijf' bemoeilijkt het vooralsnog de bestuurbaarheid van veel ziekenhuizen. Dat constateren Leo Schoots en Derk Vermeer. Alliantievorming kan uitkomst bieden. Om hun fiscale status als ondernemer te behouden hebben vrijgevestigd medisch specialisten zich massaal georganiseerd in zogeheten MSB's. Volgens Schoots en Vermeer is er sprake van grote variatie tussen de MSB's. Eén ding hebben de MSB's gemeen: de betrokkenen zijn nog veel bezig met het vormgeven van het bedrijf. De komst van het MSB heeft in eerste instantie geleid tot een toegenomen zelfbewustzijn van de medisch specialisten; de in het MSB verenigde dokters voelen zich gelijkwaardiger ten opzichte van de raad van bestuur. Binnen de MSB's ontbreekt het vaak aan de benodigde leiderschaps- en managementvaardigheden. Niet alleen is leiderschap onvoldoende ontwikkeld, ook wordt dit door de eigen achterban vaak niet geaccepteerd. Om die reden hebben de MSB-besturen veelal een beperkt mandaat dat slagvaardigheid en strategievorming in de weg staat in combinatie met een bestuursstijl die gericht is op het mijden van risico's. Mede daardoor is in een aantal ziekenhuizen de relatie tussen raden van bestuur en het MSB-bestuur als ook de medische staf verslechterd. Daarnaast hebben de MSB's op verschillende wijze vorm gegeven aan het fiscaal ondernemerschap, met name als het gaat om investeringen, personeelsbeleid en de opbouw van het eigen vermogen. MSB's ontwikkelen zich onvoldoende richting succesvolle ondernemingen. Daarbij komt wellicht de verhoudingen binnen de ziekenhuizen in de loop van dit jaar verder op scherp te staan. Waar in 2015 nog een overgangsregeling gold, gaan de MSB's voor 2016 voor het eerst echt onderhandelen over de honoraria van hun leden. Schoots en Vermeer pleiten er voor dat alle betrokkenen, ook de raden van bestuur, het MSB als een nieuwe realiteit aanvaarden. Met de komst van het MSB is een deel van de kernactiviteiten van het ziekenhuis de facto uitbesteed; een noviteit in vergelijking met het uitbesteden van ondersteunende diensten. Dit vergt dat het MSB en het ziekenhuis zich als professionele alliantiepartners tot elkaar gaan verhouden. Voorwaarden voor succesvolle alliantievorming zijn onder meer bestuurlijke gelijkwaardigheid tussen MSB en de raad van bestuur en de omvorming van MSB's tot echte ondernemingen (Skipr, 20 november 2015).

### **Orthopedisch chirurgen presenteren Agenda Zorgevaluatie**

De Agenda Zorgevaluatie is samengesteld door de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) samen met onder andere patiënten, huisartsen en het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). De agenda bestaat uit een top tien van onderwerpen waarvoor onderzoek dringend nodig is. Eerder hebben de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en de Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO) hun wetenschapsagenda's gepresenteerd. Het doel van innovatie en onderzoek is dat de patiënt maximaal profijt heeft van diagnose en behandeling. De top tien bestaat onder meer uit onderzoek naar de zorg rond artrose en gewrichtsvervangende prothesen. Jaarlijks krijgen zo'n vijftigduizend mensen een heup- of een knieprothese geplaatst.



Daarbij is bijvoorbeeld aandacht voor het voorkomen van trombose erg belangrijk. Over de duur van het gebruik van antistollingsmedicijnen is nog geen overeenstemming. Verder kan de kans op een prothese-infectie verder worden verkleind door de behandeling bij wondlekkage nader te onderzoeken. Vanuit de kinderorthopedie is er de wens om de zorg rond klompvoeten te registreren, zodat een landelijk overzicht beschikbaar is en vakgroepen zich met elkaar en met het landelijk gemiddelde kunnen vergelijken. Zo'n registratie is mede nodig omdat de meeste aandoeningen relatief kleine aantallen patiënten betreffen. Met kruisbandblessures is dat een ander verhaal. Per jaar wordt circa 7700 keer een voorste kruisband-reconstructie uitgevoerd. Over deze ingreep is heel veel bekend, maar nog niet wat de juiste timing is. Er zijn aanwijzingen dat deze timing van invloed kan zijn op het ervaren resultaat, zoals het weer kunnen sporten en werken, de kans op artrose in de knie en herhaling van de blessure. Deze agenda gaat over zorgevaluatie, onderdeel van de campagne Verstandig Kiezen van FMS (NOV, demedischspecialist.nl, 16 oktober 2015).

### SEH-arts heeft direct toegang tot Landelijk Schakel Punt

Vanaf begin december 2015 hebben artsen op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) in ziekenhuizen direct toegang tot het Landelijk Schakel Punt. Zij kunnen nu onder eigen verantwoordelijkheid medicatiegegevens raadplegen van patiënten die zij behandelen. Deze gegevens zijn nodig om goede medicatiebewaking uit te voeren. Vooruitgang dus in de medicatieveiligheid voor de patiënt (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 8 december 2015).

### Samen beslissen is de standaard

Elke patiënt moet kunnen meebeslissen over zijn behandeling, op basis van gelijkwaardigheid. Het blijkt dat de patiënt dan niet alleen meer tevreden is maar bovendien ook medisch gezien verstandiger keuzes maakt en zich beter houdt aan de gekozen behandelstrategie. Mensen willen betrouwbare, begrijpelijke informatie over hun aandoening en ze willen die informatie makkelijk kunnen vinden. Zij willen weten welk ziekenhuis goede resultaten haalt. Zij willen weten welke arts de meeste ervaring heeft en welke opties er zijn als het gaat om de behandeling voor hun persoonlijke situatie. De afgelopen jaren is een begin gemaakt om de positie van de patiënt te verbeteren en er is ook al aantoonbaar een hoop verbeterd. Maar te vaak nog hebben patiënten te weinig informatie over behandelopties en over de kwaliteit van leven die zij in hun persoonlijke situatie te winnen hebben.

Er gebeurt zoveel op terreinen die zo nieuw zijn, dat de sector naast financiële steun, ook organisatorisch ondersteuning nodig heeft, daarom pakt VWS de regie: samen beslissen in de spreekkamer is de standaard, ook na het jaar van de transparantie moet het proces zo robuust zijn dat het vanzelfsprekend doorloopt. Naast het oprichten van een netwerk met verschillende deskundigheid, zal Schippers ook een programma starten waarbinnen kan worden geëxperimenteerd, in een regelvrije ruimte. Schippers heeft in maart 2015 het Jaar van de Transparantie uitgeroepen. In dat jaar worden 30 aandoeningen transparant. Een enorme opgave: Hierbij horen tientallen verschillende acties die er op gericht zijn de informatiepositie van de patiënt te verbeteren. Zo zijn onder andere de websites [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) en [www.zorgkaartnederland.nl](http://www.zorgkaartnederland.nl) uitgebreid en voorzien van nieuwe informatie. Ook is er sinds augustus een Infolijn KiesBeter beschikbaar via 020 - 797 8985. Hier kunnen mensen terecht met vragen over de kwaliteit van zorgaanbieders. Op de websites van verzekeraars is vanaf 2015 te vinden welke zorgaanbieders zij gecontracteerd hebben (Nieuwsbericht ministerie VWS, 29 oktober 2015).

### Taakherschikking in de zorg succesvol

De nieuwe beroepen Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA) in de zorg zijn succesvol. De afgelopen jaren hebben de VS en PA zelfstandig voorbehouden handelingen mogen uitvoeren in de vorm van experiment. Een groot deel van deze voorbehouden handelingen wordt nu definitief in de Wet BIG geregeld. Het gaat dan om het plaatsen van een katheter, heekundige handelingen, injecties en puncties uitvoeren of delegeren en geneesmiddelen voorschrijven die alleen op recept verstrekt mogen worden. Voor een aantal andere voorbehouden handelingen (zoals endoscopieën) is op dit moment nog onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor de noodzaak dit als zelfstandige bevoegdheid op te nemen.

Met de inzet van de VS en de PA worden taken van bijvoorbeeld artsen en specialisten overgenomen, de zogenoemde taakherschikking. Voor mensen die werken in de zorg is dit aantrekkelijk want het biedt meer perspectief op doorgroeien en ontwikkelen. Tegelijkertijd leidt het tot een betere kwaliteit en organisatie van de zorg die kosteneffectief is. Niet alleen ziekenhuizen maken gebruik van de VS en de PA, ook binnen de huisartsenzorg, thuiszorg, GGZ-instellingen en verpleeghuizen wordt taakherschikking toegepast (Nieuwsbericht ministerie VWS, 11 november 2015).

### Bijna helft artsen huilt wel eens op het werk

Bijna de helft van de artsen in Nederland zegt wel eens te huilen op de werkvloer. En een kwart heeft dat wel eens gedaan in het bijzijn van een patiënt. Dat blijkt uit een enquête onder 776 Nederlandse artsen, gedaan door de afdeling Medische en Klinische Psychologie van de Universiteit van Tilburg. De meeste artsen zeggen dat het niet erg is om te huilen als er een patiënt bij is, al vinden ze een andere empathische reactie beter. Redenen voor tranen zijn vooral het ontroerende verhaal en lijden van de patiënt, of dat de situatie van de patiënt aan een eigen ervaring doet denken. Het komt ook wel eens voor dat een arts moet huilen vanwege privéomstandigheden of door werkdruk. De artsen die meededen aan het onderzoek geven aan die laatste twee redenen minder gepast te vinden. De vragen zijn ook voorgelegd aan patiënten. De helft van hen gaf aan het ongepast te vinden als een dokter huilt. 41 procent vindt het juist getuigen van empathie en medeleven. Bij co-assistenten is huilen een groter taboe dan bij de artsen zelf. De helft van de 181 ondervraagden denkt dat een arts niet geschikt is voor zijn werk als hij huilt in het bijzijn van zijn patiënt. Van de artsen vindt 90 procent dat in de opleiding meer aandacht nodig is voor eigen emoties (Skipr, ANP, 9 december 2015).

### Vilans digitaliseert protocollen voorbehouden handelingen

Kennisinstituut Vilans gaat volgend jaar de protocollen op het gebied van voorbehouden, risicovolle en overige handelingen online toegankelijk maken. Deze zogeheten KICK-protocollen komen daarmee voor professionals altijd en overal beschikbaar. De digitalisering van de KICK-protocollen heeft ook andere voordelen. Zo worden ze continu geactualiseerd. Ook kunnen documenten door de gebruikers gepersonaliseerd worden via een eigen portal. Bovendien komt er een gebruiksvriendelijke en krachtige zoekmachine. Aanvullend kan gekozen worden voor automatische import van de KICK-protocollen in de eigen documentenomgeving van organisaties. Bij de digitalisering van de KICK-protocollen werkt Vilans samen met automatiseerder Infoland. Ruim 300 organisaties in de zorg en het onderwijs hebben een abonnement op het protocollenbestand van Vilans met daarin circa 500 KICK-protocollen (Skipr, 8 december 2015).



### **Aanpassing definitie dagbehandeling**

Per 1 januari 2016 geldt na jaren van stroperig overleg en juridische procedures een nieuwe definitie van dagverpleging. Hierin is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een belangrijke aanpassing doorgevoerd waardoor ook de behandelingsduur van de specialist onder de duur van de dagverpleging wordt gerekend, in plaats van alleen de verpleegtijd. Gezien deze wijziging van de regelgeving ziet de NZa geen reden meer om nog handhavend op te treden op basis van de oude definitie van dagbehandeling over de jaren 2014 en 2015 (nza.nl, 24 november 2015).

### **Effectiviteit van zes ziekenhuisbehandelingen onderzocht**

Zes wetenschappelijke verenigingen gaan in 2016 van start met een evaluatie van medisch-specialistische zorg. Het gaat om een zestal onderzoeken naar de effectiviteit en doelmatigheid van een specifieke medisch-specialistische behandeling. De onderzoeken vinden plaats binnen het SEENEZ-project (Stimuleer Effectieve En Elimineer Niet Effectieve Zorg).

De volgende medische problemen worden in 2016 onderzocht: onverklaarde verminderde vruchtbaarheid, chronische middenoorontsteking, polsbreek bij oudere patiënten, carpaal tunnelsyndroom, anesthesiologie na de operatie en adolescenten met groeihormoondeficiëntie. Het doel van de studies is inzicht te krijgen in de beste behandeling voor de individuele patiënt.

Het SEENEZ-project is een initiatief van de stuurgroep Zorgevaluatie van de Federatie Medisch Specialisten met gynaecoloog Sjaak Wijma als voorzitter. De zes wetenschappelijke verenigingen hebben een prioriteitenlijst opgesteld met wensen voor zorgevaluaties om kwaliteit en kosten van verschillende behandelingen te toetsen. Het gaat om gynaecologen, KNO-artsen, neurologen, anesthesiologen, orthopeden en kinderartsen. Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten ondersteunt de verenigingen hierbij.

De resultaten van de onderzoeken moeten snel een plek krijgen in richtlijnen en het handelen van medisch specialisten. Het ZonMw-programma Doelmatigheidsonderzoek stelt 1,5 miljoen euro beschikbaar voor zorgevaluaties. Dit is onderzoek naar de effectiviteit van bestaande breed ingeburgde interventies. Het ministerie van VWS heeft het geld vrijgemaakt voor de ondersteuning van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda van de medisch-specialistische zorg, maar heeft aan het beschikbaar stellen van 1,5 miljoen euro als voorwaarde gesteld dat nog eens 1,5 miljoen via cofinanciering door het veld gerealiseerd moet worden. Medisch specialisten investeerden zelf al 1 miljoen euro in medische zorgevaluaties. Zorgverzekeraars stellen nu op hun beurt 1,5 miljoen euro beschikbaar (Skipr, 10 november 2015).

### **Kwaliteitsregister zorg op losse schroeven**

De financiering van het Kwaliteitsregister in de zorg staat op losse schroeven. De stichting Dica, die de kwaliteit van een reeks complexe ziekenhuisbehandelingen in kaart brengt, is voor 2016 nog niet zeker van financiering voor eenderde van de kwaliteitsregistraties. De ziekenhuizen willen de kosten voor registraties nog niet op zich nemen, en het is de vraag of de zorgverzekeraars en artsenverenigingen de kwaliteitsmetingen nog langer willen subsidiëren. Met de gegevens van Dica kunnen ziekenhuizen zien hoe ze bij specifieke behandelingen ten opzichte van elkaar presteren op onderwerpen als sterftecijfers en aantal complicaties. Sinds het instituut de kwaliteit van darmkankerbehandelingen in kaart brengt, overlijden elk jaar tweehonderd patiënten minder na een operatie, een daling van meer dan de helft. Darmkanker was in 2009 de eerste ziekte waarvoor Dica de kwaliteit registreerde; inmiddels gebeurt dit voor twintig aandoeningen (Skipr, 9 november 2015).

### **Integrale geboortezorg**

In de geboortezorg komt de samenwerking tussen verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen op gang. Bijna overal zijn verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) opgericht. Daarin zetten steeds meer zorgaanbieders concrete stappen om samen integrale zorg te verlenen aan zwangere vrouwen, constateert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in een quickscan over de geboortezorg van november 2015. Hiermee komt de doelstelling van veldpartijen en de minister steeds dichterbij, dat de zorg van verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden naadloos op elkaar aan moet sluiten. De geboortezorg bevindt zich midden in de overgang naar een integrale organisatie van de zorg. Om die organisatie te ondersteunen, werken partijen aan een integrale bekostiging van het hele verloskundige zorgtraject. Verzekeraars kunnen dan geboortezorg in een totaalpakket tegen één integraal tarief bij een samenwerkingsverband inkopen. De minister heeft aangekondigd dat in 2017 één integraal tarief voor geboortezorg wordt ingevoerd, als keuzemogelijkheid naast de reguliere bekostiging. KPMG Plexus heeft van VWS de opdracht gekregen om in januari 2016 een advies uit te brengen over de invoering van

integrale bekostiging van geboortezorg. Het advies zal als basis dienen voor de in 2016 te ontwikkelen nieuwe beleidsregel van NZa voor integrale geboortezorg (Brief VWS aan de Tweede Kamer, 17 november 2015; nza.nl, 18 november 2015).

### Kwaliteitssysteem ziekenhuis kent haken en ogen

Ziekenhuizen kunnen meer uit halen uit de implementatie van een kwaliteitssysteem als zij de resultaten vaker gebruiken om te leren en te verbeteren. Daarnaast moeten zij er alert op blijven dat zij hun zorgprofessionals betrokken houden bij het kwaliteitsbeleid en de uitvoering hiervan, want zonder deze betrokkenheid heeft een kwaliteitssysteem niet het gewenste effect. Dit blijkt uit onderzoek bij het NIVEL waarop Steffie van Schoten op 4 november promoveerde aan de Vrije Universiteit. Kwaliteitssystemen zijn sinds 1996 in alle zorginstellingen in Nederland verplicht. Tot nu toe is er nog geen bewijs gevonden voor de veronderstelling dat een kwaliteitssysteem de kwaliteit van zorg waarborgt en verbetert. Uit een analyse van de resultaten van vijftien jaar werken met kwaliteitssystemen blijkt dat ziekenhuizen met een verder ontwikkeld kwaliteitssysteem betere uitkomsten hebben. Daarnaast blijkt dat deze uitkomsten op hun beurt ook kunnen bijdragen aan verbeteringen van het kwaliteitssysteem zelf, met andere woorden een continue verbetercyclus. Maar er is geen bewijs gevonden dat een kwaliteitssysteem bijdraagt aan een verbetering van zorgprocessen. Uit de analyse blijkt verder dat vrijwel alle ziekenhuizen de verschillende elementen van een kwaliteitssysteem hebben geïmplementeerd.

Tegelijkertijd blijkt volgens Van Schoten dat maar iets minder dan de helft de uitkomsten gebruikt om te leren en te verbeteren. Van alle verschillende elementen van een kwaliteitssysteem is patiëntbetrokkenheid het minst ontwikkeld. Uit interviews met zorgprofessionals blijkt dat zij vaak worden overspoeld door de hoeveelheid regels en procedures die binnen het kwaliteitssysteem worden gesteld en hierdoor moeite hebben de relatie met kwaliteit van zorg te zien. 'Betrokkenheid van zorgprofessionals is essentieel voor het optimaal functioneren van een kwaliteitssysteem', stelt Van Schoten. 'Het is daarom belangrijk om in de toekomst deze betrokkenheid te behouden door bijvoorbeeld meer te doen met de feedback van zorgprofessionals over de toepasbaarheid van regels en procedures in de praktijk.' (Nivel, Skipr, 2 november 2015).

### Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg

De Eerste Kamer heeft begin oktober ingestemd met het wetsvoorstel Kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Deze patiëntenwet is een grote stap in de verbetering van de verhouding tussen zorgaanbieder en patiënt. De wet waarborgt dat patiënten kunnen vertrouwen op goede zorg en een goede, snelle en laagdrempelige afhandeling van klachten en geschillen. De wet vervangt twee wetten: de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector.

Belangrijkste punten uit de nieuwe wet:

- De patiënt heeft recht op informatie over onder meer de prestaties van zorgaanbieders, zodat hij een goede keuze kan maken tussen zorgaanbieders (bijvoorbeeld over hoe vaak een arts een bepaalde operatie heeft gedaan).
- Medische missers en fouten moeten verplicht aan de patiënt of cliënt gemeld worden en opgenomen in het medisch dossier.
- Zorgaanbieders worden verplicht de referenties te checken van nieuwe zorgverleners die bij hen in dienst komen.
- Zorgverleners krijgen een veilige omgeving om incidenten te melden en te evalueren.
- Ontslag wegens ernstig disfunctioneren van een zorgverlener moet worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Klachten worden transparant en informeel afgehandeld met behulp van een klachtenfunctionaris.
- Zorgaanbieders moeten binnen 6 weken een beslissing nemen over een klacht.
- Er komt een onafhankelijke geschilleninstantie die bindende uitspraken doet en schadevergoeding kan toekennen.

Bijna alle vormen van zorg vallen onder de nieuwe wet. Naast de reguliere zorg, zoals huisartsenzorg, fysiotherapie, ziekenhuiszorg en ouderenzorg, geldt de wet ook voor de aanbieders van bijvoorbeeld cosmetische behandelingen of alternatieve zorg. Daarmee is deze groep van ruim 40.000 zorgaanbieders voor het eerst onder een wettelijk kwaliteits- en klachtenregime gebracht. Hierdoor krijgt de inspectie de mogelijkheid beter toezicht te houden op deze sectoren en in te grijpen bij misstanden (Nieuwsbericht ministerie VWS, 6 oktober 2015).

### Goed toegankelijke huisartsenzorg voorkomt bezoek spoedeisende hulp

Als de eerstelijnszorg in een land goed toegankelijk en continu is, gaan patiënten minder snel naar de duurdere spoedeisende hulp (SEH). Dat blijkt uit een studie van RIVM en IQ Health Care binnen het Europese project 'Quality and Costs in Primary Care' (QUALICOPC). In het project bekeken de onderzoekers of het bezoeken van een SEH gerelateerd was aan de toegankelijkheid en continuïteit van eerstelijnszorg.

Ook keken zij naar redenen waarom patiënten SEH's bezochten in 31 Europese landen, Australië, Nieuw Zeeland en Canada. Ongeveer 30% van de geïnterviewden heeft in het afgelopen jaar de SEH bezocht. De percentages verschillen tussen de landen, variërend van ruim 40% (Griekenland, Spanje en Portugal) tot minder dan 18% (Nederland, Denemarken en Bulgarije). Eenderde van de patiënten die een SEH bezochten deed dit omdat de huisarts de betreffende klacht niet kon behandelen. Ongeveer een kwart gaf aan naar de SEH te gaan omdat de huisarts niet beschikbaar was. Een substantieel deel van het SEH-gebruik kan worden voorkomen door een sterke en toegankelijke eerste lijn.

Veel patiënten kunnen door de huisarts sneller en goedkoper worden geholpen. Nederland scoort van de 34 landen het op een na laagste in SEH-gebruik (17% van de geïnterviewden tegen 29,4% gemiddeld). Ook scoort Nederland gunstig ten opzichte van andere landen op toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Dit komt onder andere omdat op veel plekken in Nederland mensen die zelf naar een SEH gaan, eerst langs een huisartsenpost moeten voordat ze bij de SEH terecht kunnen.

gevraagd naar waarom zij naar de SEH gaan, gaf het grootste deel (29%) van de Nederlandse SEH-bezoekers aan dat er geen huisarts beschikbaar was. Op basis van de uitkomsten adviseren de onderzoekers om te investeren in een continue relatie tussen patiënten en huisartsen. Ook zou in sommige landen moeten worden ingezet op het wegnemen van belemmeringen om een huisarts te bezoeken, zoals financiële redenen of reisafstand (Skipr, 24 november 2015).

## Aanpak huisartsenzorg 'Het roer gaat om'

In het voorjaar van 2015 deed het Actiecomité Het Roer Moet Om een oproep tot verbetering van de samenwerking in de huisartsenzorg. Afgelopen zomer hebben de betrokken partijen hierover gesprekken gevoerd die uiteindelijk hebben geleid tot het plan Het roer gaat om waarbij afspraken zijn gemaakt gericht op het herstel van vertrouwen.

Het plan bestaat uit drie onderdelen:

- Aanpak bureaucratie: concrete afspraken zijn gemaakt over onder andere het laten vervallen van formulieren bij het voorschrijven van bepaalde soorten medicatie. Ook verdwijnen onnodige dubbele verwijzingen en machtigingen voor een aantal specifieke aandoeningen.
- Samenwerking en gelijkwaardigheid: huisartsen moeten ruimte ervaren om te kunnen samenwerken om goede zorg voor de patiënt tot stand te brengen. Onlangs heeft de Autoriteit Consument & Markt haar nieuwe uitgangspunten voor het toezicht op de eerstelijnszorg gepresenteerd. Hierin staat dat zolang de samenwerking in het belang van de patiënt is, er geen aanleiding is om aan te nemen dat een samenwerking schadelijk uitpakt. Daarnaast gaan verzekeraars en huisartsen met elkaar in overleg over het contracteringsproces waardoor het gevoel van huisartsen te moeten 'tekenen bij het kruisje' omgezet kan worden in een gelijkwaardige dialoog.
- Kwaliteit: ingezet wordt op beter inzicht in de kwaliteit en tegelijkertijd het terugdringen van onnodige administratieve lasten. Zo wordt de registratielast bij chronische aandoeningen verminderd en wordt er gezamenlijk een methode ontwikkeld voor het meten en evalueren van patiëntervaringen. De komende tijd wordt verder gewerkt om tot een nieuw kwaliteitssysteem te komen (VWS website, 5 oktober 2015).

## Euthanasie moet uit Wetboek van Strafrecht

De Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE) vindt dat euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen uit het Wetboek van Strafrecht moeten. Ook wil de organisatie dat in de Euthanasiewet wordt opgenomen dat artsen alleen beargumenteerd mogen afwijken van het verzoek om euthanasie. NVVE pleit ervoor dat de huidige zorgvuldigheidseisen van de Euthanasiewet worden geïntegreerd in het medisch tuchtrecht. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet in die visie toe op de zorgvuldige uitvoering van het proces. Er is nu juridisch een groot verschil tussen palliatieve sedatie en euthanasie, omdat de één tot het domein van normaal medisch handelen behoort en de ander tot het domein van het strafrecht. NVVE streeft ernaar alle keuzes rond het levens einde bespreekbaar en uitvoerbaar te maken, zonder juridische belemmeringen. De patiënt moet op basis van goede informatie kunnen kiezen uit het hele palet van mogelijkheden die leiden tot waardig sterven.

Daarnaast wil NVVE op korte termijn drie aanvullingen op de huidige Euthanasiewet realiseren. Ten eerste mag een arts alleen beargumenteerd afwijken van het verzoek om euthanasie. Hierop moet worden toegezien door regionale toetsingscommissies. Ten tweede moet hulp bij zelfdoding door niet-medici niet langer strafbaar zijn. Ten derde moeten de zorgvuldigheidseisen worden verruimd om ook mensen met een voltooid leven in aanmerking te laten komen voor euthanasie. Met dit laatste punt neemt NVVE naar eigen zeggen het signaal serieus van een groeiende groep artsen die het moeilijk vindt om euthanasie te verlenen, met name als het gaat om patiënten die hun leven voltooid achten, maar wiens euthanasieverzoeken niet voldoen aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen.

NVVE richt haar aandacht in de komende periode ook op de legale introductie van de laatstewilpil, in samenwerking met de Coöperatie Laatste Wil. Volgens NVVE is er een groot draagvlak

voor een middel waarmee iemand van 75 jaar of ouder zijn leven kan beëindigen. 'Nu staan mensen wiens euthanasieverzoek wordt afgewezen voor vaak ingewikkelde methoden van zelfeuthanasie. Patiënten met een doodswens moeten in de toekomst kunnen beschikken over dodelijke middelen waarmee zij zelf hun leven kunnen beëindigen.' De arts hoeft daarbij niet of nauwelijks betrokken te zijn. Samen met artsen, apothekers en in overleg met de regionale toetsingscommissies en de ministeries van Volksgezondheid en Justitie wil NVVE onderzoeken op welke wijze dodelijke middelen geclausuleerd en legaal ter beschikking kunnen worden gesteld (Skipr, 16 november 2015).

## WNT-2 in de zorg: Nieuwe sectorale bezoldigingsnorm zorg- en welzijnssector 2016

Voor bestuurders in de zorg geldt vanaf 1 januari 2016 de nieuwe Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en jeugdhulp. De toegestane bezoldiging bedraagt dan maximaal 100% van een ministersalaris, behoudens overgangrecht.

Sinds 1 januari 2015 is de Wet Verlaging Bezoldigingsmaximum WNT (WNT-2) van kracht en is de toegestane maximale bezoldiging voor topfunctionarissen teruggebracht tot 100% van een ministersalaris. In 2015 was dit maximaal € 178.000,- bruto per jaar, inclusief vakantietoeslag, eindejaarsuitkering, onkostenvergoedingen en pensioenbijdrage werkgever; voor 2016 is dit € 179.000,- bruto.

De minister van VWS heeft op 26 november 2015 de nieuwe Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en jeugdhulp vastgesteld (Staatscourant 30 november 2015, nr. 42674). Deze gaat in per 1 januari 2016. Volgens de nieuwe regeling worden instellingen in de zorg- en welzijnssector ingedeeld in de klassen I tot en met V. De indeling vindt plaats op basis van kennisintensiteit, complexiteit verhogende factoren en omzet (Skipr, 7 december 2015).