

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



Natuurlijk in Beweging

In dit nummer o.a.:

- **Ziekenhuisbekostiging: klaar voor de toekomst?**
- **Stand van zaken: Zorgcontactering 2015 • Invoering integrale bekostiging 2015**
- **Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2010 - 2014**

Gelukkig 2017...? Hoezo een gelukkig 2017?

De zorg is de afgelopen jaren meer in ontwikkeling dan ooit tevoren. Het lijkt wel de snelheid aan te nemen van de ontwikkeling van de personal computer of de mobiele telefoon, zoals we die in de afgelopen jaren gekend hebben. Deze exponentiële groei lijkt nu ook in de zorg gaande te zijn.

Er is wel een duidelijk verschil aan te geven. De prestaties en de kwaliteit van de computer en de mobiele telefoon zijn enorm toegenomen, terwijl de kosten aanzienlijk minder geworden zijn. Verhoging van prestatie en kwaliteit in de zorg en een kostenreductie, is natuurlijk ook het streven van overheid en zorgverzekeraars, maar vooralsnog lijkt dit niet gerealiseerd te worden.

De veranderingen volgen elkaar snel op. DBC werd DOT, de prestatiebekostiging werd ingevoerd en nu gaan we naar de integrale bekostiging. Transparante registers zijn verplicht, de positie van de medisch specialist zal wijzigen, terwijl ziekenhuizen fuseren.

Kunnen we dit wel aan zonder het belang van de patiënt en consument uit het oog te verliezen? Hoe zal 2017 eruitzien: zijn er nog maar vijftig ziekenhuisentiteiten, is het Medisch Specialistisch Bedrijf nog wel erkend door de Belastingdienst, is de Wet normering topinkomens van kracht voor alle medisch specialisten, is het mogelijk om op eenvoudige wijze zorgverzekeraars te vergelijken, is de toegankelijkheid tot en de kwaliteit van de zorg toegenomen en wat zal de rol van de zorgverzekeraar zijn? Ik kijk uit naar 2017 ...



Voor u ligt de laatste Natuurlijk in Beweging van 2014. Veel leesplezier!

Fijne kerstdagen en een gelukkig en gezond 2015 voor u en uw familie.

Roland van Esch



De bekostigingssystematiek van ziekenhuizen is al een decennium in transitie van aanbodbekostiging naar prestatiebekostiging. De transitie kan grofweg worden opgedeeld in drie periodes: tot 2012 budgetbekostiging, 2012 tot en met 2014 invoering van de prestatiebekostiging bij ziekenhuizen en het beheersmodel voor medisch specialisten, en vanaf 2015 de invoering van integrale tarieven. Alhoewel er de afgelopen jaren enorm veel energie in de ontwikkeling en invoering van nieuwe bekostigingsmethodieken is gestoken moet worden geconstateerd dat het huidige systeem nog onvolgroeid is.

Er bestaat een disbalans tussen de (landelijke) publieke regelgeving en de (lokale) private contractering tussen het ziekenhuis en de verzekeraar. De huidige declaratieproblematiek toont aan dat het huidige (soms moeizaam opgebouwde) bekostigingssysteem verdere doorontwikkeling behoeft waarbij vereenvoudiging en afbouw van regulering centraal staan.

Vóór 2012:

De bekostiging van ziekenhuizen was voor het grootste deel gebaseerd op een budgetmodel. Deze functiegerichte budgettering (FB-model) was in 1987 ingevoerd. Het FB-model omvatte een combinatie van grove variabele productieparameters, zoals opnamen, verpleegdagen, polikliniekbezoeken en dagbehandelingen, en parameters gerelateerd aan het aanbod van zorg, zoals aantallen bedden en specialistenplaatsen.

De parameterwaarden (prijzen) werden door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. Het ziekenhuis onderhandelde met lokale verzekeraars over de volumina. In 2005 zijn DBC's ingevoerd. Voor de meeste DBC's werden door de NZa jaarlijks zogenaamde punttarieven vastgesteld. De inkomsten uit deze DBC's waren ter dekking van het vooraf met verzekeraars overeengekomen budget. Vanaf 2005 is stapsgewijs de overgang gemaakt naar vrije tarieven voor een steeds grotere groep DBC's. In dit vrije segment (B-segment) wordt niet alleen het volume, maar ook de prijs bepaald via onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In de periode 2005-2011 is het vrije segment toegenomen van 10% tot ongeveer 34% van de omzet. Het DBC-tarief werd opgebouwd uit twee delen, een ziekenhuiskostendeel en een apart deel voor de honoraria van medisch specialisten. Voor de vrijgevestigde medisch specialisten is in 2008 de lumpsumbekostiging afgeschaft en de volledige prestatiebekostiging ingevoerd op basis van de door de NZa vastgestelde maximumtarieven per DBC. Deze nieuwe bekostiging leidde echter al snel tot grote overschrijdingen van het voor medisch specialisten beschikbare macrokader, onder andere door onjuiste tariefstelling.

2012-2014:

Vanaf 2012 is sprake van volledige prestatiebekostiging. De budgetsystematiek voor de ziekenhuizen is afgeschaft. Voor het ziekenhuiskostendeel gelden vanaf 2012 voor circa 70% van de zorg vrije tarieven. De resterende zorg wordt getarifeerd door de NZa (zoals topklinische zorg, IC, dure geneesmiddelen). Gelijktijdig met de invoering van prestatiebekostiging is de DBC-systematiek verder verbeterd middels invoering van DBC-zorgproducten (DOT's: DBC's op weg naar transparantie).

In reactie op de financiële macro-overschrijdingen bij de medisch specialisten werd met ingang van 2012 voor de vrijgevestigde medisch specialisten het beheersmodel ingevoerd. De NZa stelt daarbij per ziekenhuis een plafond vast tot waar de vrijgevestigde medisch specialisten maximaal mogen declareren (honorariumomzetplafond). Hierdoor kunnen overschrijdingen niet meer voorkomen.

2015:

Jaarlijks wordt de DBC-systematiek verder verbeterd en aangepast aan nieuwe ontwikkelingen. Per 2015 worden wijzigingen doorgevoerd, zoals de verkorting van de maximale doorlooptijden van DBC-zorgproducten naar 120 dagen en het mogelijk maken van taakherschikking. Daarnaast wordt de DBC-systematiek aangepast in verband met de invoering van integrale tarieven. Per 2015 is er in het tarief geen onderscheid meer in een apart ziekenhuiskostendeel en een honorariumdeel. Het honorariumtarief wordt door de NZa vrijgegeven en er zal één integraal tarief aan de zorgverzekeraar of patiënt worden gedeclareerd. Met de invoering van integrale tarieven per 2015 wordt het in 2012 geïntroduceerde beheersmodel medische specialisten beëindigd.

De invoering van het DBC-systeem en de prestatiebekostiging is een langdurig en bovenal complex proces geweest. De recent ontstane situatie rond de declaratieproblematiek en het audit alert van accountants begin dit jaar over het niet kunnen afgeven van een goedkeurende verklaring bij de jaarrekeningen, tonen aan dat het bekostigingssysteem verdere doorontwikkeling behoeft. Het huidige systeem van prestatieregulering zal vereenvoudigd en afgebouwd moeten worden.

Dit betekent niet dat het DBC-systeem wordt verlaten. Alle partijen bepleiten dat er vooral rust op het DBC-front moet komen. VWS, NZa en branches hebben eind mei uitgesproken dat gewerkt moet gaan worden aan een gezamenlijk gedragen visie op de toekomst. De afgelopen maanden zijn door de NZa reeds de nodige stappen gezet voor verduidelijking van de regelgeving. Dit is een belangrijke stap voorwaarts, maar zeker niet voldoende. In de Tweede Kamerbrief d.d. 22 mei 2014 over de aanpak van de jaarrekeningenproblematiek heeft de minister van VWS aangegeven 'dat zij voor de periode na 2015 gezamenlijk met partijen zal onderzoeken hoe verdere vereenvoudiging van regels mogelijk is om meer ruimte te bieden aan zorgverzekeraars en ziekenhuizen om gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor de inkoop en levering van goede zorg aan patiënten'.

Wat is er aan de hand?

De huidige regulering is gebaseerd op de verbodsbepaling uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg): ziekenhuizen mogen geen zorg declareren anders dan conform de door de NZa vastgestelde prestaties en tarieven, en de daarbij bijbehorende regelgeving. De declaratie- en registratieregels van de NZa schrijven voor hoe ziekenhuizen moeten registreren en declareren. Een en ander is de laatste jaren uitgegroeid tot een complexe set van beleidsregels en aanvullende regels, die veelvuldig wijzigen en in de ziekenhuisregistraties en ziekenhuisinformatiesystemen actueel gehouden moet worden. Bovendien is het toezicht van de NZa hierop de afgelopen jaren, mede onder druk van de Tweede Kamer, enorm geïntensiveerd. Bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars leidt dit tot enorme regeldruk en administratieve lasten, maar bovenal tot grote onzekerheid en onduidelijkheid die ook gevoeld wordt door betrokken accountants en banken. Immers, pas achteraf - in sommige gevallen zelfs na enkele jaren - is vast te stellen of de declaraties rechtmatig waren.

Het lijkt essentieel een meer dynamische methodiek te introduceren die het mogelijk maakt om te sturen op innovatieve zorg en kwaliteit van zorg op maat. Het huidige 'gesloten' systeem waarbij prestaties vooraf en van bovenaf worden voorgeschreven, is te rigide en in de praktijk niet werkbaar gebleken. Als een - volledige risicodragende private - zorgverzekeraar afspraken wil maken over de te leveren zorg met een - volledig risicodragende private - zorgaanbieder, welk recht heeft de overheid feitelijk dan nog om die afspraak te verbieden? Het antwoord is kort en eenvoudig: de huidige Wmg, maar partijen houden elkaar hierdoor gevangen in een onwerkbaar systeem.

Kortom, de uitvoering van de ziekenhuisbekostiging is veel te ingewikkeld geworden. Bij een privaat stelsel, waarbij zorgverzekeraars en ziekenhuizen zorginkoper en zorgverkoper zijn geworden, is een van bovenaf opgelegde detailcontrole die bij een publiek systeem hoort niet meer passend. Geopteerd wordt voor een systeem waarbij publieke regelgeving en private verantwoordelijkheden meer met elkaar in balans zijn. *Lees verder op de volgende pagina*

Vervolg van de vorige pagina

Van microtoezicht naar systeemtoezicht waarbij lokale partijen elkaar 'in control' houden. Waarbij sprake is van adequaat registeren, verantwoord declareren en waarbij betaalde facturen niet jaren later nog ter discussie gesteld kunnen worden. Pas dan kan het systeem van prestatie-bekostiging en vraagsturing adequaat werken.

Hoe verder?

De oplossing voor de huidige problematiek is echter verre van eenvoudig te realiseren. Dit vereist commitment en een gedragen visie van alle betrokken partijen inclusief de politiek. Het vereist aanpassing van wetgeving en bovendien een lange adem. Het lijkt voor de hand te liggen om bij het vinden van een alternatief voor de Wmg aansluiting te zoeken bij de Zorgverzekeringswet. Immers, de borging van publieke belangen in de zorg is daarin primair gelegd bij de zorgverzekeraars. Het uitgangspunt zou moeten zijn dat waar sprake is van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, elke afspraak in principe mogelijk moet zijn. Deregulering is hierbij een sleutelbegrip.

Om echt tot een goed werkend stelsel te komen moet het systeem van zorginkoop, registratie, declaratie, controle en verantwoording anders worden ingericht. In deze keten ligt mogelijk de oplossing van de huidige problematiek. Op dit moment ontstaan als reactie op de huidige declaratieproblematiek verschillende lokale initiatieven op het terrein van horizontaal toezicht en verantwoord declareren. Deze initiatieven die in de praktijk en in overleg tussen ziekenhuis en verzekeraar ontstaan, genereren essentiële input voor het landelijke traject.

VWS heeft de NZa inmiddels gevraagd een advies voor te bereiden over de vereenvoudiging en verbetering van het huidige bekostigingssysteem. Hiertoe zijn door de NZa reeds de eerste oriënterende besprekingen gevoerd met betrokken stakeholders. In de loop van 2015 zal de NZa haar advies aan VWS uitbrengen.
(Nza, ministerie VWS, NVZ)



Stand van zaken zorgcontractering 2015

Dit voorjaar zijn de voorbereidingen gestart voor de onderhandelingen over de zorginkoop 2015. De verzekeraars zijn georganiseerd in vijf grote verzekeraars te weten Achmea, CZ, VGZ, Menzis en Multizorg. 2015 wordt een lastig jaar.

De beschikbare groeiruimte op basis van het Onderhandelaarsakkoord is verlaagd naar 1%. Het kader voor ziekenhuiszorg en het kader van de vrijgevestigde medisch specialisten zijn samengevoegd onder een gelijktijdige verlaging van het honorariakader van 100 miljoen. En *last but not least*, 2015 is een complex jaar vanwege de verkorting van de doorlooptijd van langlopende DBC's naar 120 dagen. Als gevolg van deze verkorting treden er veranderingen op in de prijzen en de volumina van DBC-zorgproducten. Deze verkorting is door VWS ingezet om eerder zicht op de uitgaven te verkrijgen. Daarnaast kunnen ziekenhuizen vaker en sneller declareren wat een positief effect heeft op hun liquide middelen. Echter, het betreft een behoorlijke systeemwijziging waardoor een deel van de historische data niet gebruikt kan worden voor de zorginkoop 2015.

Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars ervaren als gevolg hiervan onzekerheid over de voor het schadelastjaar 2015 af te spreken prijzen en volumina van DBC-zorgproducten. Bovendien leidt de verkorting voor het schadelastjaar 2015 eenmalig tot een verlaging van de te contracteren schadelast. Hierop anticiperend is door VWS eenmalig een verlaging van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) doorgevoerd. Het gaat om een bedrag van 669 miljoen, wat overeenkomt met een generieke daling van de schadelast van 3,92%. Een generieke toepassing van dit kortingspercentage is echter onwenselijk omdat de casemix per ziekenhuis behoorlijk kan variëren.

Om inzicht te krijgen in dit effect op ziekenhuisniveau maken bijna alle ziekenhuizen gebruik van een zogenaamde convertor (conversie-tool), om de productstructuur 2014 te converteren naar de nieuwe productstructuur 2015. Maar, deze convertors zijn niet waterdicht en geven onzekerheid, zowel voor het ziekenhuis als de verzekeraar. Deze systeemwijziging vormt een grote bedreiging voor de voortgang van de zorgcontractering. Daarom is besloten om over de methodiek van conversie landelijk afspraken te maken tussen de branches, met als bottomline dat de conversie tot een systeemwijziging leidt, waar niemand beter of slechter van mag worden. Landelijke partijen zijn onder leiding van VWS intensief in gesprek met elkaar over de aanpak. In de tussentijd zijn lokaal ziekenhuizen en verzekeraars in overleg over de zorginkoop 2015 waarbij voor dit moment de impact van de verkorting van de doorlooptijd niet is meegenomen. Volgens de planning zou op 19 november de contractering afgerond moeten zijn. Deze datum is dit jaar niet gehaald. De meeste grote verzekeraars hebben bij circa 60% van de ziekenhuizen een omzetafspraken voor 2015 gemaakt; 40% moet nog volgen. Terugkijkend kan voorzichtig geconcludeerd worden dat partijen in hun rol groeien en dat dit proces soepeler is verlopen dan voorgaande jaren. De afspraken over de bijbehorende prijslijst (prijs per DBC) blijven echter ver achter. Dit is op zich niet verwonderlijk gezien de systeemwijziging (door de verkorting van de doorlooptijd). Partijen zullen trachten om uiterlijk 1 februari a.s. de prijslijst af te spreken op basis waarvan het ziekenhuis de geleverde zorg kan gaan declareren. Mocht dit onverhoopt niet lukken, dan zullen ziekenhuizen en verzekeraars pragmatische afspraken maken over een tussentijdse alternatieve wijze van bekostiging (bijvoorbeeld middels bevoorschotting) (NZa, stand van de zorgmarkten/Skipr, 4 november 2014).

Onderhandelingen CAO-ziekenhuizen in impasse

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de vakbonden zijn ook in de elfde onderhandelingsronde van dit jaar niet tot een nieuwe CAO gekomen. De partijen onderhandelen over de arbeidsvoorwaarden van 190.000 medewerkers. In de onderhandelingen is naast loonsverhoging gesproken over het bieden van werkzekerheid. De vakbonden willen een verbod op alle tijdelijke contracten. Dit is voor de NVZ echter niet acceptabel. De ziekenhuiswerkgevers hebben eind november hun eindbod aan de bonden overhandigd. Dit eindbod stelt een loonsverhoging in het vooruitzicht van opgeteld 5,25% voor de periode 1 januari 2015 tot 1 maart 2017, waarbij overigens over 2014 geen loonsverhoging meer wordt geboden. In het eindbod wordt 3% van de loonsom jaarlijks aan scholing besteed. Daarnaast heeft de NVZ toegezegd het aantal nulurencontracten van medewerkers te minimaliseren. Deze nulurencontracten zullen alleen nog ingezet worden op niet voorspelbare momenten en situaties. Medewerkers met een nulurencontract die op 31 december 2014 een jaar in de instelling werken, kunnen hun werkgever verzoeken het nulurencontract om te zetten in een vast contract. Bonden menen echter dat met het voorstel van de werkgevers de gewenste toename van zekerheid voor werknemers over werk en inkomen niet wordt bereikt. De bonden willen concrete afdwingbare afspraken over het tegengaan van flexibele arbeidscontracten. De NVZ komt in de visie van de bonden slechts met aanbevelingen en adviezen aan de achterban. Werknemers die instromen in de sector blijven daardoor jarenlang in een onzekere positie. Dit heeft vooral gevolgen voor de jongere werknemers. Daarnaast achten zij het niet acceptabel dat werkgevers geen loonsverhoging over 2014 bieden. De bonden beraden zich op verdere stappen.

Jaarrekeningenproblematiek bijna ten einde

Stopzetting van de materiële controles over voorgaande jaren door verzekeraars, nadere verduidelijking van de regel-

geving door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), uitvoering van een aanvullend omzetonderzoek door de ziekenhuizen en beoordeling van de bevindingen van het zelfonderzoek door een landelijk team van verzekeraars, vormden de pijlers van de op 22 mei met de minister van VWS gemaakte afspraak over de aanpak van de omzetproblematiek 2013. Na ruim zes maanden kan geconstateerd worden dat het traject inmiddels een behoorlijk eind op weg is. De aanpak heeft een enorme tijdsinvestering heeft geëist van alle betrokkenen, maar heeft ook het nodige opgeleverd:

- VWS en NZa hebben onderkend dat er sprake is van onduidelijke regelgeving.
- NZa heeft verbeteringen en verduidelijkingen aangebracht in de regelgeving.
- VWS heeft de toezegging gedaan op korte termijn werk te maken van de deregulering met als doel de balans te herstellen tussen publieke regelgeving en private verantwoordelijkheden.
- Ziekenhuizen hebben beter zicht gekregen op hun eigen registraties en declaraties.
- En *last but not least*, ziekenhuizen hebben de mogelijkheid gekregen om een goedkeurende accountantsverklaring bij hun jaarrekening 2013 te krijgen.

Het landelijk verzekeraarsteam zal medio december de beoordeling van de resultaten van de door de ziekenhuizen uitgevoerde zelfonderzoeken gereed hebben. Op basis hiervan zullen ziekenhuizen hun definitieve jaarrekening 2013 kunnen vaststellen en met een goedkeurende verklaring van de accountant deponeren. In december zal VWS ook de Tweede Kamer informeren over de uitkomsten van het gehele traject.

Vanaf januari zal door de ziekenhuizen gewerkt gaan worden aan de opstelling van de jaarrekening 2014. Landelijke partijen zijn van mening dat de enorme exercitie die voor 2013 is uitgevoerd eenmalig is. Voor 2014 wordt uitgegaan van een regulier traject. Er is inmiddels veel geleerd van het uitgevoerde zelfonderzoek en de verwachting is dan ook dat de afronding van de jaarrekening 2014 conform het reguliere pad kan plaatsvinden, deponeren vóór 1 juni.

Orde gaat op in Federatie Medisch Specialisten

De verschillende wetenschappelijke verenigingen gaan op 1 januari op in een nieuwe organisatie voor alle medisch specialisten: de Federatie Medisch Specialisten Nederland (FMSN). Ook de Orde van Medisch Specialisten (OMS) gaat van deze federatie deel uitmaken en heft zich op als individuele ledenvereniging. De nieuwe federatie is volgens betrokkenen nodig om invloed te houden op de inrichting van het zorglandschap. Een krachtig en eenduidig geluid van medisch specialisten is essentieel voor het succesvol behartigen van de belangen van de medisch specialisten op het gebied van kwaliteit, opleiding, wetenschap en beroepsbelangen. Momenteel zijn de wetenschappelijke verenigingen druk bezig de toetreding tot de federatie aan hun leden voor te leggen. Al meer dan 20 verenigingen hebben ingestemd met deelname aan de federatie. Het bestuur van de FMSN in oprichting zal bestaan uit zeven leden, met de huidige OMS-voorzitter Frank de Grave als algemeen voorzitter. In totaal moeten 29 wetenschappelijke verenigingen in de nieuwe federatie opgaan. Daarmee vertegenwoordigt de nieuwe organisatie zo'n 21.000 medisch specialisten in Nederland (Skipr, 20 november 2014).

Arts Catharina Ziekenhuis mag aandeelhouder worden

De Belastingdienst heeft het Catharina Ziekenhuis Eindhoven toestemming gegeven voor het participatiemodel. Dat betekent dat de medisch specialisten aandeelhouder kunnen worden, waarbij de stichting Catharina Ziekenhuis het meerderheidsbelang zal behouden. Maar het is te kort dag om het participatiemodel per 1 januari 2015 in te voeren, omdat de cliëntenraad, de ondernemingsraad, de raad van toezicht, de banken en het Waarborgfonds voor de Zorgsector ook nog met het plan moeten instemmen. Daarnaast is het Catharina Ziekenhuis in overleg met de St. Anna Zorggroep in Geldrop over intensieve samenwerking. In het voorjaar hopen partijen eruit te zijn in welke vorm die wordt gegoten (Zorgvisie, 31 oktober 2014).



Invoering integrale bekostiging

ondernemer



in loondienst

participant



De invoering van integrale bekostiging betekent, naast een wijziging in het declaratieverkeer, een verandering in de verhouding tussen de raad van bestuur van het ziekenhuis en de vrijgevestigde medisch specialisten. Specialisten verliezen met ingang van 1 januari a.s. hun declaratierecht en zonder aanvullende maatregelen verliezen zij daarmee de huidige ondernemersstatus. Medisch specialisten die ook na 1 januari ondernemer willen blijven, zullen zich anders moeten organiseren.

Voor behoud van vrij ondernemerschap zijn er op hoofdlijnen twee bestuursmodellen beschikbaar:

- het samenwerkingsmodel, waarbij medisch specialisten zich organiseren in een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB); MSB en ziekenhuisbestuur maken afspraken over de te leveren zorg
- het participatiemodel, waarbij medisch specialisten actief gaan participeren in het ziekenhuis

Daarnaast kunnen de medisch specialisten een dienstverband aangaan met het ziekenhuis, het zogenaamde loondienstmodel.

VWS heeft recent een uitgebreide belronde gehouden onder de ziekenhuizen. Hieruit kwam naar voren dat de aanpak die in de ziekenhuizen wordt gevolgd heel divers is. In het ene ziekenhuis wordt vanuit de inhoud van de zorg een passend organisatie-model gezocht, waarbij bij het andere ziekenhuis de keuze vooral wordt ingegeven door fiscale aspecten. Geconstateerd kan worden dat in de meeste ziekenhuizen uiteindelijk veelal gewerkt is vanuit de fiscale insteek.

Alle ziekenhuizen zijn druk bezig met de invoering van integrale bekostiging. Echter, slechts een klein aantal ziekenhuizen is gereed voor de invoering per 1 januari 2015. Veel ziekenhuizen zijn redelijk vergevorderd, de principiële keuze voor een nieuw organisatie-model is gemaakt, niettemin moeten er nog vele zaken praktisch uitgewerkt worden.

Tot slot is er een klein aantal ziekenhuizen dat de komende periode nog een forse inspanning zal moeten leveren om tijdig gereed te zijn.

Modelkeuze

Uit de belronde van VWS en een onderzoek door de Orde van Medisch Specialisten (OMS) blijkt dat alle drie de organisatie-modellen aan bod komen. In een beperkt aantal ziekenhuizen maken alle specialisten de overstap naar een dienstverband. De meeste ziekenhuizen kiezen echter voor het samenwerkingsmodel. Bij het samenwerkingsmodel gaan de afzonderlijke maatschappen op in één MSB. De wijze waarop medisch specialisten zich verenigen in een MSB en de afspraken die tussen de raden van bestuur en het MSB worden gemaakt, kennen lokaal verschillende invullingen. De helft kiest voor een stafmaatschap (ook wel transparant model genoemd), de andere helft voor een coöperatie of BV (een niet-transparant model). Een maatschap kent lagere juridische kosten en levert netto meer inkomsten op. In een maatschap zijn specialisten zowel zakelijk als privé aansprakelijk voor schulden. Bij een BV of coöperatie zijn privé en zakelijk vermogen gescheiden en loopt de medisch specialist privé geen risico. Een aantal ziekenhuizen kiest voor een hybride model. Zo zijn er ziekenhuizen die naast het samenwerkingsmodel ook een loondienstaanbod doen en waar een deel van de specialisten de overstap maakt naar een dienstverband. Een kleine groep ziekenhuizen geeft de voorkeur aan het participatiemodel, maar de resterende tijd is te kort om dit tot in detail uit te werken voor 1 januari 2015. In deze ziekenhuizen wordt er voor gekozen tijdelijk het samenwerkingsmodel in te voeren en daarnaast het participatiemodel verder uit te werken, zodat dit op een later moment kan worden ingevoerd. In het participatiemodel worden medisch specialisten mede-eigenaar van het ziekenhuis. Dat is nu sowieso nog lastig uitvoerbaar omdat de wetgeving die het mogelijk maakt om winst uit te keren nog niet door de Eerste Kamer is.

2015: stand van zaken

Dienstverband

De overstap van vrije vestiging naar loondienst blijft om meerdere redenen achter. Artsen zouden liever zelfstandig blijven vanwege de vrijheid in bedrijfsvoering en onafhankelijkheid van het ziekenhuis. Daarnaast bestaat de vrees voor invoering van de Wet Normering Topinkomens (ook al is deze wet nu nog niet op hen van toepassing). En tenslotte wordt de reikwijdte van de subsidieregeling (van 100.000 euro per specialist) als te beperkt ervaren. In de subsidievoorwaarden is namelijk opgenomen dat de specialist minimaal tot 31 mei 2019 op basis van een arbeidsovereenkomst werkzaam dient te zijn als medisch specialist. Medisch specialisten die in de tussenliggende periode met pensioen gaan, komen dus niet voor subsidie in aanmerking. Veel ziekenhuizen koppelen aan een eventuele overstap naar loondienst de voorwaarde dat dit op het niveau van de gehele maatschap moet plaatsvinden. Dit maakt dat uitsluiting van individuele medisch specialisten, omdat ze gedurende de looptijd van de regeling met pensioen gaan, de overstap naar dienstverband voor de gehele maatschap belemmert. VWS heeft daarom recent besloten de subsidieregeling op dit punt te verruimen, waarbij ook medisch specialisten die gedurende de looptijd van de regeling met pensioen gaan gebruik van de regeling kunnen gaan maken.

Beoordeling door de Belastingdienst

Veel ziekenhuizen maken zich zorgen over de beoordeling van het door hen gekozen organisatiemodel door de Belastingdienst. Voor sommige ziekenhuizen is dit zelfs aanleiding geweest om over te stappen van een transparant model naar een niet-transparant model. Duidelijkheid van de fiscus is voor ziekenhuizen erg belangrijk. Zo'n zestig ziekenhuizen hebben voor 15 oktober hun voorgenomen organisatiemodel ter beoordeling voorgelegd. De Belastingdienst heeft tot op heden slechts drie goedkeurende beoordelingen afgegeven. De criteria voor deze positieve beoordelingen waren:

- Het is noodzakelijk dat de specialisten bij het fiscaal trans-

parante model daadwerkelijk in fiscale zin reële en substantiële ondernemersrisico's lopen ('laden van ondernemingsrisico's'). Per medisch specialist moet er sprake zijn van circa € 45.000,- aan loonkosten van eigen werknemers en van circa € 15.000,- per jaar aan investeringen in vaste activa voor eigen gebruik. Daarnaast zal er voor 10% uit overige inkomsten moeten worden gehaald. De hiervoor genoemde bedragen zijn een richtinggevende indicatie; bij de beoordeling gaat het om het geheel van feiten en omstandigheden.

- Personeel dient rechtstreeks in dienst te komen bij de maatschap. Het inhuren van personeel vanuit het ziekenhuis is slechts aanvaardbaar gedurende een beperkte periode, waarbij kan worden gedacht aan maximaal één jaar.
- Bij de fiscaal niet-transparante modellen is het noodzakelijk dat de oprichting en de inbreng van de onderneming in een BV uiterlijk op 31 december 2014 om 24.00 uur plaatsvindt.
- Het is essentieel dat de specialist zich vrijelijk kan laten vervangen en dat hij niet verplicht is persoonlijk de overeengekomen arbeid te verrichten.

De beoordeling door de Belastingdienst is een uiterst moeizaam traject. Dat heeft te maken met de complexiteit en de grote onderlinge samenhang tussen de verschillende fiscale deelonderwerpen. In het veld leiden de telkens wijzigende inzichten van de Belastingdienst tot grote verwarring. De Belastingdienst heeft toegezegd op korte termijn duidelijkheid te verschaffen over de criteria die gehanteerd worden bij de toetsing. Ook is door de Belastingdienst toegezegd om de voor 15 oktober ingediende aanvragen uiterlijk 5 december van een beoordeling te voorzien.

Andere partijen

Het uiteindelijk door het ziekenhuis ontwikkelde organisatiemodel zal ook worden getoetst door andere externe partijen, zoals betrokken verzekeraars, Inspectie, banken en het

Waarborgfonds Zorg. Door deze actoren wordt gekeken naar de governance, bestuurbaarheid, veranderingen in eigendomsstructuur en mogelijke financiële risico's. Zorgverzekeraars blijken het onderwerp integrale bekostiging overigens beperkt ter sprake te brengen in het overleg met ziekenhuizen. Dit wordt door zorgverzekeraars toch vooral gezien als iets 'achter de voordeur van het ziekenhuis'. Er is bij de zorgverzekeraars echter wel een zekere voorkeur voor het loondienstmodel, mede door de lagere productieprikkel bij de specialist. Maar het belangrijkste vinden verzekeraars dat de bestuurbaarheid van het ziekenhuis geen gevaar loopt en de totale zorgproductie binnen de overeengekomen groei-afspraken blijft. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een belangrijke rol in onderhavig traject. Ongeacht het besturingsmodel moeten er waarborgen voor kwaliteit en veiligheid aanwezig zijn waarbij de raad van bestuur altijd eindverantwoordelijk is. De IGZ heeft hiertoe een zelfstevend ontwikkeld. Deze zelftekst bevat vragen over de relatie tussen de raad van bestuur en medisch specialisten. Een mogelijkheid om in het kader van de governance en bestuurbaarheid grip te houden op de medisch specialisten, vormt het Model Instemmingsverklaring. Dit model komt in de plaats van de Toelatingsovereenkomst. Met het Model Instemmingsverklaring verklaren specialisten zich bij hun werkzaamheden te laten leiden door de wettelijke verplichtingen en regels omtrent zorgverlening, de kwaliteit en de veiligheid. De verklaring dient om ervoor te zorgen dat er een rechtstreekse lijn blijft tussen ziekenhuisbestuur en medisch specialisten als het gaat om kwaliteit en veiligheid. Deze overeenkomst ligt nu ter beoordeling bij het ministerie van Financiën met de vraag of er bij gebruikmaking van dit model sprake is een gezagsverhouding, c.q. dienstverband. Dat zou immers een bedreiging vormen voor de beoordeling van ondernemerschap. Het Model Instemmingsverklaring leidt, op voorhand beoordeeld, bij het Ministerie van Financiën niet tot de conclusie dat de medisch specialist zijn werk in dienstverband uitvoert. Maar hoe de verklaring in het geheel past en of een samenstel van afspraken ook tot die conclusie leidt, ook daar doet de Belastingdienst vooralsnog geen harde uitspraak over (NZa/Ministerie VWS, 27 oktober/18 november 2014, Zorgvisie, 7 november 2014, Skipr, 7 november 2014).

Marktscan Zorgverzekeringsmarkt

Om goed invulling te geven aan haar toezichts- en reguleringstaken maakt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gebruik van 'marktscans'. Marktscans geven op een systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In deze marktscan wordt een beeld van de zorgverzekeringsmarkt geschetst. De marktscan geeft de feitelijke stand van zaken weer over de jaren 2010 - 2014.

Overstappers: Het percentage overstappers is gedaald van 8,3% in 2013 naar 6,9% in 2014. De overstapwinst bedraagt € 54,2 miljoen. De bandbreedte tussen de goedkoopste en duurste basisverzekering steeg van € 249,- in 2013 naar € 344,- in 2014.

Premie: Vanwege de meevallende schadelast, goede beleggingsresultaten en geen stijging van de beheerskosten hebben zorgverzekeraars de premie voor 2014 kunnen verlagen. De gemiddeld betaalde nominale premie is mede hierdoor gedaald van € 1.213,- in 2013 naar € 1.098,- in 2014.

Vrijwillig eigen risico: Het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico is gestegen tot 10,7%. Van alle verzekerden kiest 7,1% voor de hoogste categorie van vrijwillig eigen risico. Het aantal verkochte aanvullende zorgverzekeringen daalde van 14,3 miljoen in 2013 tot 14,2 miljoen in 2014. Dit betekent dat iets meer dan 84% van alle verzekerden een aanvullende zorgverzekering heeft.

Collectiviteiten: Het aantal verzekerden dat zich collectief verzekert, steeg sinds het invoeren van de Zorgverzekeringswet tot 2013 met circa 2 procentpunt per jaar. In 2014 is dit percentage met 1 procentpunt gegroeid en is 70% van



alle verzekerden collectief verzekerd. De korting voor collectieve verzekeringen ten opzichte van individuele verzekeringen is 2014 fors gedaald ten opzichte van de voorgaande jaren. In 2014 bedraagt deze gemiddeld 5,0%.

Wanbetalers: Het aantal wanbetalers is in 2013 gestegen tot 323.000. Dit is een stijging van 9% ten opzichte van 2012.

Aanbod polissen: In 2014 blijft het aantal naturapolissen stijgen net zoals in eerdere jaren; 31 van de 70 polissen zijn naturapolissen; 53% van de verzekerden heeft een naturapolis in 2014; 22% van de verzekerden heeft een combinatiewpolis en 25% een restitutiewpolis. Het aanbod

budgetpolissen stijgt. In 2014 worden er 12 aangeboden. Ongeveer 4,5% van de verzekerden heeft een budgetpolis. De premie ligt gemiddeld ongeveer 80 euro lager dan van normale naturapolissen. De budgetpolissen kenmerken zich door een beperkt aanbod van gecontracteerde aanbieders. Daarnaast kunnen de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg lager liggen dan bij andere polissen.

In 2014 zijn de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg redelijk gelijk gebleven ten opzichte van het voorgaande jaar. Bij medisch specialistische zorg is er een verschuiving zichtbaar van vergoedingenlijsten naar 80%. Bij de ggz is er een duidelijke verschuiving naar 50% vergoeding waarneembaar.

2010 - 2014

De vaakst voorkomende vergoedingsbeperking bedraagt voor medisch specialistische zorg 75-80% van het markt-conformtarief. Voor niet-gecontracteerde ggz zorg en mond-zorg (in de basisverzekering) zijn vergoedingsbeperkingen van 50-60% niet zeldzaam.

Risicoselectie en acceptatieplicht: In 2014 is de risico-verevening voor de parameter Aard van inkomen uitgebreid met de klasse student. Hiermee wordt de prikkel om op het risicoprofiel van studenten te sturen beperkt.

Acceptatieplicht: In het onderzoek acceptatieplicht worden een aantal mogelijke risico's gesignaleerd ten aanzien van de acceptatieplicht. Zo richten sommige zorgverzekeraars zich op specifieke doelgroepen en werpen zij soms (praktische) drempels op voor de toegang tot de basisverzekering voor personen die niet tot de doelgroep behoren. Dit gebeurt onder andere via informatieverstrekking en de 'vindbaarheid' van polissen. De wijze waarop dit gebeurt is naar huidig inzicht juridisch toegestaan, maar drempels kunnen wel van invloed zijn op de toegankelijkheid en keuzevrijheid van consumenten.

Kwaliteit: De NZa krijgt ieder jaar meer meldingen over zorgverzekeraars. In 2013 zijn dit er 311. Ten opzichte van 2012 is er sprake van een stijging van meer dan 50% van het aantal meldingen. Deze toename wordt deels veroorzaakt doordat verzekerden de NZa steeds beter weten te vinden. Ongeveer een derde van deze signalen gaat over de informatieverstrekking door verzekeraars.

Het betreft onder meer verkeerde informatieverstrekking over vergoedingen en op welke zorg verzekerden aanspraak hebben. De NZa heeft ook meldingen gekregen over partijdige of onvolledige informatieverstrekking door sommige vergelijkingsites (NZa, september 2014).

Specialisten houden patiënten uit ziekenhuis

In Maastricht verwijzen huisartsen patiënten door naar medisch specialisten die consult houden in de nieuwe Stadspoli. Dit voorkomt in driekwart van de gevallen doorverwijzing naar het ziekenhuis.

In de Stadspoli geven medisch specialisten alleen advies, de patiënt blijft onder hoede van de huisarts. Afsproken is dat de specialist de patiënt één, hooguit twee keer ziet. Daarna kan hij doorverwijzen naar het ziekenhuis of de patiënt terugsturen naar de huisarts. Zo blijft de zorg heel vaak in de eerstelijns. De Stadspoli is een samenwerking tussen eerstelijnsorganisatie Zorg In Ontwikkeling (ZIO) en het Maastricht UMC, geregeld via een speciale rechtsvorm. ZIO heeft een nieuw tarief gekregen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), speciaal voor de Stadspoli. Het gaat om een eerstelijnsstarief, waardoor geen aanspraak wordt gemaakt op het eigen risico van de patiënt.

Als de zorg in de eerstelijns blijft, betekent dat minder inkomsten voor de ziekenhuizen. Dat het in Maastricht is gelukt, komt doordat de huisartsen goed georganiseerd zijn en doordat eerste- en tweedelijns al sinds de jaren zeventig samenwerken. De plek waar de consultatie plaatsvindt blijkt van groot belang. Uit een pilot blijkt dat in de huisartsen-praktijk de band tussen huisartsen en medisch specialisten te warm werd. De huisarts dacht: 'de specialist is er toch, ik stuur de patiënt zo even door'. Dit leidde tot meer zorgverlening in plaats van minder. Bovendien moet een spreekuur van de medisch specialist goed gevuld zijn. Ook is het ziekenhuis vaak niet de juiste plek, omdat het voor de specialist het moeilijk is ineens alleen maar te consulteren. Bovendien vinden andere huisartsen het lastig om door te verwijzen naar de praktijk van een collega. De Stadspoli is onderdeel van Blauwe Zorg, een reeks van projecten die valt onder de proeftuinen van het ministerie van VWS. Die proeftuinen zijn bedoeld om te onderzoeken hoe de zorg verbeterd kan worden met minder kosten. Blauwe zorg heeft twee pijlers. Naast een andere inrichting van de zorg, waar de Stadspoli een voorbeeld van is, wil de organisatie een gedragsverandering bewerkstelligen bij bestuurders in de zorg en bij patiënten (Skipr, 19 november 2014).

Arts moet zonder 'luistergeld' kunnen

'Als we met kijk- en luistergeld artsen kunnen stimuleren dat ze meer en beter luisteren, dan is dat prima, maar in feite is luisteren inherent aan het arts-zijn. We roepen in Nederland te vaak: het moet declarabel zijn.' Dat zegt Corine Jansen, scheidend Chief Listening Officer (CLO) bij Radboud Reshape & Innovation Center. Luisteren is in een beroepsmatige setting volgens Jansen nog altijd een onderschatte vaardigheid. Je krijgt meer betaald als je een verhaal kunt vertellen aan een zaal vol mensen dan wanneer je goed kunt luisteren. Volgens Jansen wordt luisteren ten onrechte geassocieerd met passiviteit en een gebrek aan assertiviteit.

In een medische behandelrelatie speelt ook de aangeleerde handelingsgerichtheid de medische professional vaak parten als het op luisteren aankomt. De dokter hoort twee woorden van de patiënt en denkt: 'dat is het!'. Recent onderzoek wijst uit dat de gemiddelde luistertijd die de dokter een patiënt gunt alvorens te interrumperen zelfs is teruggelopen van 18 seconden naar 11 seconden.

En dan is er nog de opmars van de technologie die de luistervaardigheid van artsen ook niet altijd positief beïnvloedt. Artsen zijn tegenwoordig 40% van hun tijd met computers bezig tegen 12% voor direct patiëntencontact. De Amerikaanse auteur en SEH-arts Leana Wen benadrukt dat goed luisteren in de zorg uiteindelijk duidelijk aantoonbare, zelfs kwantificeerbare baten oplevert. Luisteren voorkomt volgens Wen verkeerde diagnoses en daarmee onnodige behandelingen en onbedoelde nevenschade als gevolg daarvan. 80% van alle diagnoses kunnen op basis van goed luisteren gesteld worden. (Skipr, 31 oktober 2014).

Beloning gesprek tussen arts en patiënt van belang

Patiëntenfederatie NPCF en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) willen maatregelen om het gesprek tussen arts en patiënt te stimuleren. Zij pleiten voor 'kijk- en luistergeld', ofwel een beloning voor alle gesprekken tussen arts en patiënt over de behandelopties en de voor- en nadelen hiervan. De mogelijkheid in de vorm van 'kijk- en luistergeld' is nog beperkt omdat het onvoldoende wordt gecontracteerd door de zorgverzekeraars. De organisaties roepen de Kamer op om te komen tot een brede toepassing van 'kijk en luistergeld'. Er zit nu een verkeerde prikkel in het systeem, als je behandelingen betaalt, krijg je behandelingen, terwijl we willen dat ook het gesprek wordt beloond. Een consult met goede voorlichting is cruciaal. Een behandeling voor de patiënt is niet altijd nodig of wenselijk.

Patiëntenfederatie NPCF en de OMS komen met een campagne '3 Goede vragen' om het gesprek tussen arts en patiënt in de spreekkamer te ondersteunen. De campagne is gebaseerd op drie vragen die het voor patiënt en arts mogelijk maken om op basis van gerichte informatie de goede keuze te maken:

- Wat zijn mijn mogelijkheden?
- Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?
- Wat betekent dat in mijn situatie?

De drie vragen moeten ertoe leiden dat arts en patiënt samen bespreken welke mogelijkheden voor behandeling en/of onderzoek er zijn en welke mogelijkheid het beste bij de persoonlijke situatie van de patiënt past. De drie vragen helpen arts en patiënt om dat samen te bespreken en samen te beslissen. Patiëntenfederatie NPCF en de OMS hebben de Kamer gevraagd om zorgverzekeraars op te roepen om het 'kijk- en luistergeld' breed in zetten. Op deze manier gaat de prikkel niet meer alleen uit naar behandelen maar ook naar het tijd nemen voor een gesprek over de meest passende behandeling voor de individuele patiënt. De komende weken worden de vragen in een aantal poliklinieken getest. Vervolgens wordt een landelijke publiekscampagne vormgegeven om zoveel mogelijk mensen te bereiken. (NPCF, 19 november 2014)

Gesprek over doorbehandelen schrikt huisarts af

Uit een peiling van Mednet blijkt dat ruim de helft van de huisartsen geen gesprek durft te voeren met patiënten over de vraag of een bepaalde behandeling nog zinvol is. In de peiling kregen huisartsen de vraag in hoeverre zij de grenzen aan bepaalde zorg bespreekbaar maken met patiënten. Hoewel 56% moeite heeft met het onderwerp, wil 80% wel een dergelijk gesprek voeren. Uit de peiling blijkt dat de belangrijkste criteria voor de meerwaarde van een behandeling vitaliteit (55%) en verwacht succes voor de patiënt (72%) zijn. De kosten van een behandeling spelen een kleine rol bij huisartsen, slechts 16% vindt dat een belangrijke maatstaf. Huisartsen gaan overigens zelden meteen na de diagnose een gesprek aan over de meerwaarde van behandelen; 73% zegt dat ze dat op een later moment doen, als de patiënt daar meer rust voor heeft; 13% wacht tot de patiënt het zelf aangeeft.

Dat meer dan de helft van de huisartsen de confrontatie over grenzen aan de zorg niet goed aandurft, is niet verwonderlijk. Het levenseinde bespreken is moeilijk en kost veel tijd, en die tijd hebben huisartsen nauwelijks. Toch zouden huisartsen zich bij ernstig zieke patiënten moeten afvragen of een overlijden binnen een jaar hen zou verbazen. Als het antwoord 'nee' is, is het goed met zo'n patiënt een gesprek over het levenseinde aan te gaan. Dat zou waarschijnlijk veel onnodige behandelingen en uiteindelijk ook veel geld schelen (Skipr, 30 oktober 2014).

Verbeterde introductie van nieuwe interventies in de zorg

Innovaties in de zorg, zoals die van nieuwe medische technieken en procesverbeteringen, zijn een groot goed. Het kan zorgen voor een betere kwaliteit van zorg en voor een grotere efficiëntie. Echter, aan de introductie van innovaties kunnen ook risico's kleven. Met de Leidraad Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk (NIKP) willen de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en Zorginstituut Nederland die risico's zo goed mogelijk in beeld krijgen, de introductie van nieuwe interventies zo veilig mogelijk doen plaatsvinden, en de kwaliteit van de zorg nog verder verbeteren. De Leidraad wil problemen met de introductie van nieuwe interventies voorkomen. In het verleden hebben we gezien dat met het in gebruik nemen van nieuw materiaal en nieuwe technieken patiënten daadwerkelijk schade kunnen oplopen. Denk aan de gebeurtenissen rondom hartkleppen, borstimplantaten, pacemakerdraden en operaties bij patiënten met ernstig overgewicht. Sommige problemen waren misschien te voorkomen geweest door het introductieproces beter te borgen, een betere training van de betrokken professionals en een betere monitoring. De nieuwe Leidraad biedt medisch specialisten en andere betrokken zorgprofessionals een handvat om de veiligheid, effectiviteit, maar ook de kosten van een nieuwe interventie tijdig en goed in beeld te krijgen. De Leidraad, die is opgesteld met medewerking van het Kennisinstituut van Medisch Specialisten, biedt een stappenplan om de introductie van zowel grote als kleinere nieuwe interventies gestructureerd te laten verlopen. Na het doorlopen van slechts zes stappen is duidelijk of er al eerdere ervaringen zijn met de nieuwe interventie, wat de veiligheidsrisico's en financiële risico's zijn, en hoe een plan van aanpak voor bijvoorbeeld het trainen van betrokkenen en de monitoring eruit kan zien.

De Leidraad NIKP is de laatste leidraad van een drieluik, ontwikkeld in het kader van het convenant Medische technologie. Het convenant is in 2011 opgesteld in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), in nauwe samenwerking met onder andere vertegenwoordigers van de OMS. Het convenant richt zich op de veilige toepassing van medische technologie in de cure sector. Eerder verschenen de Leidraad Verantwoordelijkheid medisch specialisten bij onderhoud en beheer van medische apparatuur (2012) en de Leidraad Verantwoordelijkheid medisch specialisten bij de aanschaf en ingebruikname van medische apparatuur (2013). De Leidraad NIKP richt zich naast medische technologieën ook specifiek op technieken en (zorg)processen (OMS, 20 november 2014).

Kwaliteitsindicatoren voor tien nieuwe aandoeningen

Zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten hebben kwaliteitsindicatoren vastgesteld voor tien nieuwe aandoeningen. Deze zijn aangeboden aan Zorginstituut Nederland voor opname in het Kwaliteitsregister. Het gaat onder meer om maag- en slokdarmkanker, longkanker, ovariumkanker, morbide obesitas, rughernia, knieoperaties en heupoperaties. De indicatoren bepalen de manier waarop de kwaliteit van medische zorg wordt gemeten en geregistreerd. Hierdoor kunnen alle partijen patiënten straks beter informeren en ondersteunen bij het maken van een keuze voor hun zorgverlener. Zorgverzekeraars kunnen de informatie gebruiken voor hun zorginkoop voor 2016. Voor de tien aandoeningen kunnen zorgverzekeraars nu dezelfde werkwijze hanteren en hoeven geen extra individuele indicatoren aan te vragen. Dat levert voor zorgaanbieders minder administratieve lasten op. Naast de nieuwe aandoeningen is voor 22 aandoeningen het aantal bestaande kwaliteitsindicatoren verminderd en aangescherpt. Het gaat hierbij om de aandoeningen zoals carpaal tunnelsyndroom, liesbreuk operaties en nierstenen. De kwaliteitsinformatie komt beschikbaar via Zorgkaart Nederland, de website van Patiëntenfederatie NPCF, en via het Kwaliteitsvenster van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Zorginstituut Nederland maakt de informatie toegankelijk via KiesBeter. Om te komen tot de indicatoren voor de tien aandoeningen is nauw samengewerkt door Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), het Kwaliteitsinstituut, de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), Patiëntenfederatie NPCF, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de wetenschappelijke verenigingen en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (Skipr, 21 november 2014).

Grote kwaliteitsverschillen in de zorg

Uit een onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) blijkt dat de helft van de Nederlanders grote kwaliteitsverschillen ziet tussen zorgverleners. Zelf zien vier op de tien zorgaanbieders dat. De meeste zorgverleners vinden dat anderen weinig inzicht hebben in de kwaliteit van hun instelling. De meerderheid is kritisch over contractering met zorgverzekeraars. De meeste Nederlanders zijn tevreden over de kwaliteit van de zorg in zijn algemeenheid. Zij associëren de zorg wel met financiële problemen. Driekwart is tevreden over keuzemogelijkheden bij het selecteren van zorgverleners. In de helft van de gevallen maken mensen zelf die keuze, bij een derde doet de huisarts dat voor hen. Zorgvragers gaan af op de informatie van huisartsen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars over de kwaliteit van zorgaanbod. Uit het onderzoek blijkt dat acht op de tien Nederlanders in hun polis kan vinden welke zorg gedekt is. Toch heeft een op de drie wel eens een behandeling ondergaan waarvan men vooraf niet wist of die vergoed werd. Welke kosten vergoed worden is voor driekwart van de Nederlanders reden om voor een bepaalde zorgverlener te kiezen (Skipr, 3 november 2014).

Maak verschillen in ziekenhuistarieven openbaar

Na onderzoek onder ruim zestig ziekenhuizen concludeert Zorgkiezer.nl dat er veel verschil zit in de tarieven die ziekenhuizen rekenen voor eenzelfde soort behandeling. Een patiënt kan zo tot wel drie maal zoveel betalen voor dezelfde behandeling. Zorgkiezer.nl vroeg bij de zieken-

huizen het tarief op van een behandeling op de polikliniek bij allergie- en benauwdheidsklachten. Het goedkoopste ziekenhuis is in Boxmeer. Dat vraagt 201 euro. Het duurste ziekenhuis is in Assen. Dat rekent bijna het driedubbele. Voor andere behandelingen gelden ook grote prijsverschillen. Door het hogere eigen risico moeten patiënten deze kosten vaak zelf betalen, maar zij weten meestal niet wat een behandeling kost. De prijzen die ziekenhuizen en verzekeraars hebben afgesproken zijn niet openbaar. Zorgkiezer.nl is een petitie gestart om behandelingen tot 875 euro openbaar te maken. Dat is het maximale eigen risico. Vorig jaar deed Zorgkiezer.nl ook onderzoek naar prijsverschillen tussen ziekenhuizen. Toen was de conclusie hetzelfde. Er is wat dat betreft niets veranderd (ANP, 7 november 2014).

Zachte signalen verdienen plek in veiligheidsbeleid

Door lacunes in harde managementinformatie op te vullen, kunnen 'zachte signalen' een belangrijke rol spelen bij het optimaliseren van de veiligheid in de zorg. Het gestructureerd registreren van deze signalen draagt bij aan een groeiend gevoel van urgentie en een groter veiligheidsbewustzijn. Dat constateert onderzoeksbureau IQ Healthcare van het Radboudumc. Volgens de onderzoekers leunt de huidige veiligheidsbenadering in de gezondheidszorg sterk op harde managementinformatie. Recente calamiteiten laten zien dat er vaak al indirecte signalen waren, die niet werden opgepakt of onvoldoende serieus werden genomen. Te denken valt aan ontevredenheid onder het personeel of ruzie. Deze zachte signalen verdienen dan ook een plaats in de veiligheidsbenadering. Ze kunnen bestuurders helpen om de juiste vragen te stellen en gericht onderzoek te doen. IQ Healthcare keek met name naar het effect van de specifieke methode van de 'bestuurlijke rondgang' (executive walkrounds) op de veiligheid in de langdurige zorg. Deze methode van executive walkrounds werd eind jaren negentig ontwikkeld door het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Door welbewust de werkvloer op te zoeken leggen bestuurders laagdrempelig, informeel, maar toch gestructureerd contact met professionals en patiënten. Aan het onderzoek van IQ Healthcare deden dertien instellingen in de verzorging en verpleging, ggz en gehandicaptenzorg mee. In totaal werden tijdens de walkrounds bijna driehonderd zachte signalen gerapporteerd over onderwerpen als zorgverlening (29%), communicatie (19%), omgeving (18%) en personeelsinzet (15%). Naar aanleiding hiervan werden 245 verbeteractiviteiten gerapporteerd. Op basis van deze cijfers constateert IQ Healthcare dat executive walkrounds ook in de langdurige zorg een waardevolle aanvulling vormen op het veiligheidsmanagement. De belangrijkste verdiensten van de executive walkrounds zijn de preventieve werking in combinatie met een groeiend gevoel van urgentie en dito veiligheidsbewustzijn.

Dit blijkt onder meer uit het feit dat na de walkrounds professionals in veel gevallen zelf initiatieven namen ter verbetering van de veiligheid. Wel merken de onderzoekers op dat de methode alleen werkt als de bestuurder beschikt over vaardigheden als sensitiviteit, luistervaardigheid, nieuwsgierigheid, openheid en het kunnen ontvangen en geven van feedback (Skipr, 30 oktober 2014).



Zorgverzekeraars publiceren alle vergoede declaraties

Zorgverzekeraars publiceren een eerste open dataset met alle vergoede declaraties. Het betreft de gegevens over 2012. Het bestand is voor iedereen toegankelijk en geeft inzicht in de door verzekeraars betaalde kosten van alle zorgsoorten binnen de Zorgverzekeringswet en wordt gepubliceerd door Vektis, het informatiecentrum van de zorgverzekeraars. De database Zorgverzekeringswet 2012 is onderverdeeld in de verschillende kostenrubrieken binnen de basisverzekering, zoals medisch specialistische zorg, farmacie, ggz, huisartsen, hulpmiddelen, mondzorg voor kinderen, paramedische zorg en kraamzorg. Deze zorgkosten zijn uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, het aantal verzekerde jaren en de eerste drie cijfers van de postcode. In het bestand zitten gegevens van zeventien miljoen verzekerden, maar deze zijn niet herleidbaar naar individuele personen (Skipr, 4 november 2014).

Brussel tikt VWS op vingers

Brussel wil dat Nederland vaart maakt met het recht van een patiënt om in een ander EU-land gezondheidszorg te kunnen kiezen. Volgens de Europese Commissie voldoet de Nederlandse wetgeving nog steeds niet volledig aan de Europese regels. De commissie wil binnen twee maanden horen welke maatregelen Nederland gaat nemen, anders overweegt zij naar de rechter te stappen. Nederland moet vastleggen dat patiënten het recht hebben om in een andere EU-lidstaat zorg te kiezen, en dat zij de kosten in het thuisland kunnen declareren. Daarnaast moeten patiënten de informatie krijgen die nodig is om een bewuste keuze over hun behandeling te maken (ANP, 26 november 2014).

Wetenschapsartikelen openbaar

Alle nieuwe wetenschappelijke publicaties van Nederlandse wetenschappers bij Uitgeverij Springer zijn vanaf volgend jaar voor iedereen vrij toegankelijk. Springer is de eerste die de onderhandelingen met de Nederlandse universiteiten positief afsluit. Eerder deze maand werden de onderhandelingen met Elsevier, de grootste wetenschappelijke uitgever in Nederland, opgeschort omdat de partijen er niet uitkwamen. Het is niet bekend of en wanneer Elsevier en de Nederlandse universiteiten weer rond de tafel gaan. Met andere uitgeverijen lopen de onderhandelingen momenteel nog. Wanneer alles gratis online te vinden is, kan een arts bijvoorbeeld sneller informatie krijgen over nieuwe behandelwijzen en een leraar nieuwe wetenschappelijk inzichten meenemen in zijn lessen, zo is het idee (Skipr/ANP, 20 november 2014).

Register voor stelende zorgmedewerkers

Zorgmedewerkers en zorgvrijwilligers die cliënten bestelen of mishandelen kunnen vanaf nu worden opgenomen in een Waarschuwingsregister Zorg & Welzijn. De regionale werkgeversvereniging ZorgZijn Werkt introduceert dit register als een nieuw preventiemiddel tegen criminaliteit door zorgpersoneel. Registratie in en raadpleging van het register voorkomt dat medewerkers die cliënten hebben bestolen of mishandeld, ergens anders ongestoord aan de slag kunnen. Na twee of vier jaar worden de gegevens automatisch uit het register verwijderd. Het is aan werkgevers zelf om zich bij het register aan te sluiten.

Het register is bedoeld voor werkgevers in de verplegings-, verzorgings- en thuiszorgsector, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Het ministerie van Volksgezondheid betaalde mee aan de ontwikkeling van het project. Het College bescherming persoonsgegevens (CBP) heeft het waarschuwingsregister goedgekeurd. De werkgeversvereniging vindt dat criminaliteit in de zorg- en welzijnssector een veel voorkomend probleem is, ook al erkent zij dat de omvang nooit goed is gemeten. De politie in Amsterdam deed in 2011 en 2012 onderzoek naar het slachtofferschap van zorgafhankelijke en kwetsbare senioren in zorginstellingen en aanleunwoningen. Daaruit bleek dat een groot deel van de strafbare feiten niet is geregistreerd.

ZorgZijn Werkt is daarom samen met de Universiteit Utrecht een landelijk onderzoek gestart naar de veiligheid van eigendommen in de langdurige zorg. De eerste resultaten worden in het najaar van 2015 verwacht. ZorgZijn Werkt heeft zestig leden, waarvan vijfenveertig in de zorg- en welzijnssector. De werkgeversvereniging wil dat het register in heel Nederland operationeel wordt en als een kwaliteitskeurmerk gaat werken (ANP/Skipr, 26 november 2014).

Redactie Judith Rutteman (judith.rutteman@biomet.com), Dr. Yvonne van Kemenade • Vormgeving Rob Verhoeven Concept & Illustratie • Lithografie & druk Samplonius & Samplonius BV • Oplage 2375

BIOMET
One Surgeon. One Patient.

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

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.

