

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.:

- **Invoering integrale bekostiging 2015** • Financiële aangelegenheden gezondheidszorg
- **Overeenstemming verkorting DBC-looptijd** • Korte berichten gezondheidszorg

Vergelijken ...?

Bij het scannen van de inhoud van deze Natuurlijk in Beweging valt u mogelijk een aantal titels op: 'Gestandaardiseerde ziekenhuissterfte in ziekenhuizen gedaald', 'Nederlandse ziekenhuizen presteren naar verwachting', 'Nederlandse gezondheidszorg weer de beste', 'Wachtlijsten in Nederland kort, vergeleken met andere OESO-landen'.

Met de zorg in Nederland is niets mis, zou je zo denken. Dit moeten we koesteren en we moeten vooral niet zeuren. Toch is zeuren juist wat velen van ons, terecht, wel doen. Natuurlijk kan en wil ik niet ontkennen dat onze zorg, vergeleken met die in andere Europese landen, goed tot zeer goed is. Maar wat is de referentie, en meer nog, wat zou het niveau werkelijk moeten zijn?

We zouden nog voldoende stappen kunnen maken in het verbeteren van de kwaliteit, met name in de organisatie en de structuur van onze zorg. We zijn er nog lang niet. Minister Edith Schippers (VWS) heeft een alternatief pakket maatregelen gepresenteerd, waarmee zij meent langs de weg van kwaliteitsverbetering een aanzienlijk besparing op de zorgkosten te kunnen realiseren. Maar waar ligt de balans tussen kostenbesparing en kwaliteitsverbetering?

De medisch specialisten vinden de invloed van de zorgverzekeraars zorgelijk. Zij menen dat de zorgverzekeraar niet op de stoel van de arts moet gaan zitten; artsen hebben de medisch inhoudelijke kennis en kunnen samen met de patiënt inhoud geven aan kwalitatief goede zorg, afgestemd op de persoonlijke situatie van de patiënt. Dit geluid horen we niet alleen van de medisch specialisten; luister maar naar huisartsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen en andere medische professionals. Om de kwaliteit en betaalbaarheid van de medische zorg voor de patiënt te waarborgen, vinden medisch specialisten de dialoog met zorgverzekeraars, overheid en patiëntvertegenwoordigers wel van groot belang.

Bestaat niet het risico dat al het goede dat we de afgelopen jaren in de zorg hebben opgebouwd door de huidige structuur en organisatie van ons zorgsysteem teniet wordt gedaan door de toenemende invloed van de zorgverzekeraars? Als we dan toch een vergelijking willen maken binnen Europa: in hoeveel landen heeft de zorgverzekeraar de rol zoals de zorgverzekeraar deze in Nederland heeft of pakt?



Onze gunstige positie ten opzichte van andere Europese landen moeten we in stand houden. Maar laat de zorgverzekeraar de rol pakken die haar past en laat de medisch inhoudelijke discussie bij de medische professional.

Veel leesplezier!

Roland van Esch



De bekostiging wordt eenvoudiger

Invoering integrale bekostiging 2015

De invoering van de integrale tarieven is de laatste stap in de aanpassing van de bekostiging van de medisch specialistische zorg. Vanaf 2015 worden kosten van ziekenhuisbehandelingen via een integraal tarief vergoed. Dat wil zeggen: het ziekenhuis declareert alle behandelkosten en beslist vervolgens zelf hoe de inkomsten worden aangewend. Honoraria van vrijgevestigd specialisten worden niet langer apart gedeclareerd. Deze kosten moeten, net als de salarissen van het andere personeel in ziekenhuizen en kosten van gebouwen en apparatuur, betaald worden uit het integrale DBC-tarief voor de behandelingen.

Het beheersmodel van de vrijgevestigd medisch specialisten wordt tegelijkertijd beëindigd. De bekostiging wordt eenvoudiger en er komt meer gelijkgerichtheid tussen het ziekenhuis en de medisch specialist. Met de invoering van integrale tarieven is een belangrijke, onomkeerbare stap gezet. Echter binnen de ziekenhuizen moet nog het nodige gebeuren om het achterliggende doel van de integrale bekostiging goed te implementeren. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt de komende jaren de vinger aan de pols middels monitrorapportages. Een eerste peiling van NZa laat zien dat de meeste ziekenhuizen kiezen voor een samenwerkingsmodel. Het ziekenhuis sluit een zakelijke overeenkomst met een collectief van medisch specialisten dat zich verenigd heeft in een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). De huidige maatschappen en de individuele toelatingsovereenkomsten met het ziekenhuis moeten worden omgezet. Het model van de medisch specialist in loondienst en het participatiemodel (de medisch specialisten worden mede-eigenaar van het ziekenhuis) komen beduidend minder voor. Sommige ziekenhuizen kiezen voor een combinatie van deze organisatie modellen. Veel ziekenhuizen met een samenwerkingsmodel staan een groei model voor dat uiteindelijk moet leiden tot een participatiemodel.

NZa constateert een aantal aandachtspunten bij het samenwerkingsmodel. Alhoewel de benaming anders doet vermoeden bestaat er in dit model een reëel risico dat het ziekenhuisbestuur en de medisch specialisten juist verder van elkaar af komen te staan. Om ziekenhuizen bestuurbaar te houden moeten er heldere afspraken worden gemaakt over de onderlinge verantwoordelijkheden. NZa wijst ziekenhuizen en medisch specialisten er ook op dat er goede afspraken gemaakt moeten worden over de kwaliteit van de registratie. Verder signaleert NZa dat interne afspraken over de vergoedingen voor vrijgevestigd medisch specialisten in veel ziekenhuizen nog ontbreken. Zorgverzekeraars vinden het vooral belangrijk dat de bestuurbaarheid van het ziekenhuis geen gevaar loopt en de totale zorgproductie binnen de overeengekomen groei-afspraken blijft. Uit de NZa-monitor blijkt dat zorgverzekeraars het onderwerp integrale bekostiging vooralsnog zeer beperkt ter sprake brengen in het overleg met ziekenhuizen (NZa, Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg, 17 december 2014).

Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg

De status van vrijgevestigd medisch specialisten tot 2015:

- Vrijgevestigd medisch specialisten krijgen een afzonderlijke vergoeding voor de behandeling van patiënten, los van de vergoeding die ziekenhuizen krijgen.
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt voor hen maximale honorariatarieven vast per zorgproduct, terwijl voor ziekenhuizen meestal vrije tarieven gelden.
- Van de totale uitgaven aan ziekenhuisbehandelingen (het Budgettair Kader Zorg) is een afzonderlijk bedrag bestemd voor vrijgevestigd specialisten.
- Voor de beheersing van de landelijke kosten geldt een apart model voor vrijgevestigd specialisten en een apart model voor ziekenhuizen.
- NZa stelt voor de vrijgevestigd specialisten per ziekenhuis een omzetplafond vast.
- Ziekenhuizen hebben geen individueel van te voren berekend omzetplafond, maar een plafond dat geldt voor

alle ziekenhuizen samen. Als de totale kosten hoger liggen dan het gezamenlijke plafond, worden ze naar rato van hun omzet (achteraf) gekort.

Wat verandert er?

De integrale bekostiging brengt nieuwe beleidsregels en regelingen mee voor ziekenhuizen en specialisten. Daarbij gaat het vooral om de vraag: wie mag wat declareren en onder welke voorwaarden? Sommige oude regels en regelingen blijven tot in 2015 van kracht, maar alleen in speciale situaties.

Wie mag declareren aan patiënten/zorgverzekeraars?

- Instellingen voor medisch specialistische zorg, inclusief zelfstandige kaakchirurginstellingen, die zijn toegelaten door de ministeriële uitvoeringsorganisatie CIBG op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).
- Solisten die van NZa een beschikking hebben om als solopraktijk het integrale tarief aan zorgverzekeraars of patiënten te declareren. Er zijn strikte eisen geformuleerd waar je als solist aan moet voldoen om hiervoor in aanmerking te komen. Zo moet een solist daadwerkelijk solistisch werkzaam. Dat betekent in de NZa-definitie: maximaal één medisch specialist (of kaakchirurg), eventueel aangevuld met één of twee (administratief) ondersteunende medewerkers. Die medewerkers mogen geen BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren zijn, zoals verpleegkundigen of fysiotherapeuten. Tot eind 2014 heeft NZa zeven solistenbeschikkingen afgegeven voor 2015.

Wanneer mag gedeclareerd worden aan patiënten/zorgverzekeraars?

- Als ze als zorginstelling zijn toegelaten door de CIBG.
- Of als ze als solopraktijk een beschikking hebben van NZa.
- En als de gedeclareerde zorg geldt voor hun eigen patiënten.

Wanneer is er sprake van een eigen patiënt?

Dat is het geval als de patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én als die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag (al dan niet met medebehandelende zorgaanbieders).

Onder afhandelen wordt ook verstaan: het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener, mits geen interne overdracht.

Wat als de specialist niet voldoet aan de criteria?

Dan kunnen zij hun kosten declareren bij een andere zorgaanbieder die wél voldoet aan de voorwaarden. Dit doen zij via de prestatie 'onderlinge dienstverlening'. Met deze prestatie kunnen zij alle denkbare zorgactiviteiten declareren bij die andere zorgaanbieder. Daarbij geldt een vrij tarief: zorgaanbieders kunnen onderling de vergoeding bepalen.

Welke regels en regelingen veranderen (nog) niet?

- De indeling van DBC's en andere zorgproducten in het gereguleerde en vrije segment blijft ongewijzigd. Op zorgprestaties in het gereguleerde segment blijven maximumtarieven van toepassing; voor zorgprestaties in het vrije segment gelden vrije tarieven.
- Van overloop-DBC's (geopend in 2014) mogen in 2015 nog honorariumbedragen aan of via de instelling in rekening gebracht worden.
- Instellingen moeten vóór 1 februari 2015 hun honorarium-omzet over 2013 doorgeven aan NZa. En vóór 1 juni 2015 hun honorariumomzet over 2014.

Hoe worden de totale kosten beheerst?

NZa voert per 1 januari 2015 het 'integraal macrobeheersmodel' uit. Dit model stelt een jaarlijks maximum aan de opbrengsten van verzekerde medisch specialistische zorg, de macrogrens. Als de totale omzet hoger ligt dan het landelijke maximum, worden zorgaanbieders naar rato van hun omzet (achteraf) gekort. Zodra de landelijke macrogrens is overschreden, moeten alle zorgaanbieders een deel van de overschrijding terugbetalen aan het Zorgverzekeringsfonds. Zij doen dit naar rato van hun aandeel in de totale omzet in Nederland. Op basis van individuele omzetgegevens van zorgaanbieders berekent NZa hun afzonderlijke bijdrages.



Vier organisatiemodellen

De integrale bekostigingsvorm gaat gepaard met een nieuwe organisatiestructuur. Ziekenhuizen kunnen vanaf 2015 kiezen tussen diverse organisatiemodellen, die elk een aparte vorm van samenwerking met medisch specialisten impliceert.

Model 1. Medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis

- Veel ziekenhuizen die een samenwerkingsmodel voorbereiden, geven de vrijgevestigd specialisten ook de mogelijkheid over te stappen naar loondienst.
- Verreweg de meeste ziekenhuizen stellen bij een overstap naar loondienst de voorwaarde dat dit plaatsvindt op het niveau van de hele maatschap (dus niet per individuele specialist).
- Een meerderheid van de vrijgevestigd specialisten lijkt ervoor te kiezen om vrijgevestigd te blijven en niet in loondienst van het ziekenhuis te treden.
- Enkele ziekenhuizen (naar schatting ongeveer vijf) sturen actief aan op het overnemen van alle specialisten in loondienst.
- Medisch specialisten die nu in loondienst zijn, blijven dat over het algemeen ook. De overstap naar vrijgevestigd is zeldzaam.

Model 2. Medisch specialisten in één grote maatschap

Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met een collectief van medisch specialisten. Die specialisten hebben zich verenigd in één maatschap: het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). De tot dan toe bestaande maatschappen en de individuele toelatingsovereenkomsten met het ziekenhuis moeten worden omgezet.

- Het merendeel van de ziekenhuizen kiest voor een samenwerkingsmodel. Dat blijkt uit de interviews die zijn afgenomen door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), en uit een inventarisatie van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) van begin november 2014.
- In de inventarisatie van de OMS kiezen 62 van de 67 ondervraagden voor een samenwerkingsmodel. Van deze

62 opteerden er destijds 30 voor de fiscaal transparante 'maatschapsvariant'.

- Sommige specialisten kiezen voor de fiscaal transparante variant omdat ze dan als IB-ondernemer profiteren van belastingvoordelen, zoals de zelfstandigenaftrek. Sommige ziekenhuisbesturen kiezen voor het transparante model omdat er daarin een directe lijn is tussen het ziekenhuisbestuur en de individuele specialist.
- Eind 2014 begon een aantal instellingen de keuze voor een transparant samenwerkingsmodel te heroverwegen. Mede om fiscale redenen neigden zij toch meer naar het niet-transparante model, de 'coöperatievariant'.
- Definitieve aantallen van overstappers zijn nog niet bekend.
- Deskundigen melden dat er constructies zijn waarbij ook maatschap bv's deelnemen aan een maatschap in een transparant samenwerkingsmodel.

Model 3. Medisch specialisten in één coöperatie

Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met een collectief van medisch specialisten. Die specialisten hebben zich verenigd in één coöperatie: het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Dit is het fiscaal niet-transparante model. De tot dan toe bestaande maatschappen en de individuele toelatingsovereenkomsten met het ziekenhuis moeten worden omgezet.

- De specialisten brengen hun eigen bedrijf onder in een 'personal holding' en sluiten een ledenovereenkomst met de coöperatie.
- In een inventarisatie van de OMS van november 2014 kiezen 62 van de 67 ondervraagden voor een samenwerkingsmodel. Van deze 62 opteerden er destijds 32 voor deze fiscaal niet-transparante 'coöperatievariant'.
- Eind 2014 begon een aantal instellingen de keuze voor een transparant samenwerkingsmodel te heroverwegen. Mede om fiscale redenen neigden zij toch meer naar het niet-transparante model: dat zou meer fiscale zekerheid geven.
- Definitieve aantallen van overstappers zijn nog niet bekend.

Model 4. Medisch specialisten participeren in ziekenhuis

De medisch specialisten krijgen een financieel belang in het ziekenhuis en worden zo mede-eigenaar. Dit kan door als specialisten en ziekenhuisstichting gezamenlijk te participeren in een ziekenhuis vennootschap onder firma (ziekenhuis vof) of in een ziekenhuis bv.

- Enkele ziekenhuizen (maximaal vijf) zouden vanaf 2015 voor het participatiemodel willen kiezen.
- Sommige ziekenhuizen geven aan dat zij de keuze voor een samenwerkingsmodel als opstap zien naar de invoering van een participatiemodel. Dit model zorgt in hun ogen voor de meeste gelijkgerichtheid, de termijn was echter voor hen te kort om dit al per 1 januari 2015 te realiseren.

Overeenkomsten worden gesloten tussen de individuele specialist en het MSB

Afspraken over verantwoordelijkheden worden vastgelegd in overeenkomsten. Binnen een ziekenhuis zijn daar allerlei varianten van. De samenwerkingsovereenkomst tussen het ziekenhuisbestuur en het MSB vormt de basis. Daarnaast zijn er overeenkomsten tussen het MSB en de individuele specialisten, en soms ook tussen het bestuur van het ziekenhuis en de individuele specialisten (NZa.nl).

Actie Schippers voor betere informatie op vergelijkingssites

Minister Edith Schippers (VWS) vraagt al langere tijd aandacht voor juiste, volledige, eenduidige, niet-misleidende en voor de consument duidelijke informatie op vergelijkingssites. Deze sites zijn belangrijk voor mensen bij het bepalen van hun keuze voor een zorgverzekering. Schippers gaat de Nederlandse Zorgautoriteit vragen om regels op te stellen zodat zorgverzekeraars de informatie op vergelijkingssites beter controleren. Hierbij valt te denken aan informatie over het eigen risico en de mogelijkheden tot overstappen. Daarnaast is de minister met de Autoriteit Financiële Markten in gesprek over aanscherping van de regels waaraan sites zich moeten houden bij het maken van de vergelijkingen (Nieuwsbericht VWS, 12 februari 2015).





Met de bevindingen uit het zelfonderzoek konden de ziekenhuizen vervolgens hun jaarrekening 2013 opstellen en konden deze worden voorzien van een goedkeurende verklaring van de accountant. Medio december 2014 zijn de jaarrekeningen 2013, met een half jaar uitstel, alsnog gedeponneerd (VWS, NZa, 26 februari 2015).

Patiënt helpt verzekeraar aan tonnen

Oplettende patiënten helpen verzekeraars steeds beter in de jacht op foute rekeningen. Dankzij hun meldingen zeggen CZ en VGZ tonnen te hebben bespaard tussen begin augustus en eind 2014. In een paar maanden tijd kreeg CZ 10.000 meldingen binnen via de eigen website. Hiervan leidde 15% tot een correctie van de rekening, in totaal is € 350.000,- bespaard.

Opvallend veel meldingen gingen over de apotheek of de huisarts, waarbij zorg die niet geleverd is wel op de rekening stond. Zo declareerde een apotheek medicijnen die niet waren opgehaald en een huisarts rekende een telefonisch gesprek met een patiënt alsof die een uitgebreid consult op de praktijk had gekregen. De grootste besparing kwam van controle op ziekenhuisrekeningen.

Sinds de zomer 2014 tonen verzekeraars en zorgverleners behandelkosten duidelijker, zonder ingewikkelde codes en motiveren de verzekeraars hun verzekerden fouten te melden via hun websites. VGZ zegt hierdoor evenals CZ tonnen te hebben bespaard (Skipr, 16 februari 2015).

De financiële analyses 2013 op een rij

Na de publicatie van alle jaarrekeningen van de ziekenhuizen buitelen de rapporten over elkaar heen met analyses, conclusies en aanbevelingen. Alhoewel iedereen gebruik maakt van dezelfde informatie worden er verschillende conclusies getrokken. Ook dit jaar zijn er weer diverse, op het oog strijdige berichten gepubliceerd.

Alhoewel het in zijn algemeenheid goed gaat met de sector zijn er toch zorgen, zo menen accountantskantoren BDO en Ernst & Young. De druk op de financiële resultaten komt vooral voort uit de invoering van prestatiebekostiging en de scherpere contractering door verzekeraars. Het zorglandschap zal de komende jaren sterk veranderen. Ziekenhuizen gaan zich door de financiële ontwikkelingen concentreren op kernactiviteiten en steeds meer samenwerken. Het jaar 2015, met wegvallende transitiebedragen en toenemende selectieve inkoop door verzekeraars, is volgens beide accountantskantoren het jaar van de waarheid. Het toekomstig financieel presteren zal ook afhangen van de vraag of VWS het macrobeheersinstrument (MBI) in 2015 gaat inzetten. Dit hangt als een zwaard van Damocles boven de markt.

Met dit instrument kunnen overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) worden teruggevorderd van de sector. Over de concrete uitwerking van de inzet van dit instrument voor dit jaar bestaat nog veel onduidelijkheid. Betrouwbare informatie over de exacte hoogte van de overschrijdingen 2012 en 2013 ontbreekt vooralsnog, maar ruwe schattingen lopen op tot bijna 1 miljard euro. Dit leidt per ziekenhuis tot miljoenenheffingen die behoorlijke verliezen kunnen teweegbrengen. Of dit ook echt gaat gebeuren, wordt uiterlijk 1 april a.s. duidelijk (NVZ.nl).

Algemene ziekenhuizen zijn financieel gezond

De Nederlandse ziekenhuissector is financieel gezond, zo staat te lezen in het brancherapport van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). De omzet van de 81 Nederlandse algemene ziekenhuizen bedroeg in 2013 14,6 miljard euro en is ten opzichte van 2012 met 3,2% gestegen. De ziekenhuizen behaalden in 2013 gemiddeld een positief exploitatieresultaat van 2,6% van de omzet.

Daarmee voldoet het resultaat van de branche voor het eerst sinds de invoering van prestatiebekostiging aan de verwachte norm: voor een gezonde bedrijfsvoering is een winstmarge van tenminste 2,5% nodig. In euro's is het resultaat van de algemene ziekenhuizen met uitzondering van 2011 voortdurend gestegen.

lees verder op de volgende pagina

Omzetonderzoek 2012/2013 door ziekenhuizen naar behoren afgerond

Naar aanleiding van het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar foutieve declaraties in ziekenhuizen en de melding van de Nederlandse Beroepsorganisatie voor Accountants dat de jaarrekeningen van ziekenhuizen niet goedgekeurd konden worden, hebben de ziekenhuizen vorig jaar besloten een aanvullend omzetonderzoek uit te voeren. Uit dit door de ziekenhuizen uitgevoerde zelfonderzoek bleek eind 2014 dat over de jaren 2012 en 2013 voor in totaal voor 276 miljoen euro foutief was gedeclareerd (1,2% van de omzet). Zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn nu in overleg met elkaar over verrekening van het foutief gedeclareerde bedrag. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat het terug te vorderen bedrag via een verlaging van de zorgpremie in 2016 teruggegeven wordt aan de verzekerden.

De inzet van ziekenhuizen is onderdeel van een bredere aanpak gericht op correct declareren. Daarin werken ziekenhuizen, verzekeraars en NZa samen aan het vergroten van kennis over correct declareren en verbeteren van de administratieve organisatie en interne controle. Ook wordt ingezet op het verduidelijken, verbeteren en waar mogelijk versimpelen van de ziekenhuisbekostigingssystematiek en op het verbeteren en versnellen van het declaratieproces.

In 2008 bedroeg het resultaat voor de algemene ziekenhuizen 123 miljoen euro; in 2013 komt het resultaat naar verwachting op 376 miljoen euro uit.

Ziekenhuizen hebben in 2012 en 2013 te maken met het zogeheten transitie-model. De grootste zorgverzekeraars hebben met alle ziekenhuizen over 2012 afspraken gemaakt over het ziekenhuisbudget. Dit zogenaamde 'schaduw-budget' is gebaseerd op de oude FB-systematiek (Functiegerichte Budgettering).

Daarnaast maakten in 2012 individuele zorgverzekeraars afspraken over de omzet. Het verschil tussen de omzet op basis van prestatiebekostiging en de oude budget-systematiek, het schaduwbudget, wordt het transitiebedrag genoemd.

Door het transitiebedrag 2012 te vermenigvuldigen met 0,95 voor 2012 en 0,70 voor 2013 wordt het zogenaamde verrekenbedrag voor beide jaren berekend.

Op basis van de gedeponeerde jaarrekeningen bedroeg voor de algemene ziekenhuizen de voorlopige verrekening in 2012 174 miljoen euro. Eind 2014 zijn de transitiebedragen definitief vastgesteld door NZa, waardoor het te verrekenen bedrag voor 2013 210 miljoen euro is (NVZ.nl).

BDO: 20% van de ziekenhuizen in financieel zwaar weer

Ook in het jaarlijkse rapport van BDO wordt het financieel presteren van de algemene ziekenhuizen in kaart gebracht. De BDO Benchmark Ziekenhuizen is gebaseerd op de jaarcijfers 2013 van 74 algemene ziekenhuizen. In het BDO-rapport is het gezamenlijke positieve resultaat in 2013 met 123 miljoen euro gestegen naar 386 miljoen euro. Ook het gemiddelde rendement steeg van 2% in 2012 naar 3% in 2013.

Daarnaast concludeert BDO dat de afgelopen jaren meerdere ziekenhuizen financieel in behoorlijk zwaar weer terecht zijn gekomen. Een aantal ziekenhuizen heeft een vrij lage vermogensbuffer en zodoende minder mogelijkheden om tegenvallers op te vangen. Resultaten staan onder druk en sommige ziekenhuizen hebben moeite met het betalen van rekeningen.

Volgens BDO wordt het jaar 2015 voor veel Nederlandse ziekenhuizen het moment van de waarheid. Dan moet blijken of ze het hoofd boven water kunnen houden zonder de transitiegelden. Onder de instellingen die het financieel moeilijk hebben, bevinden zich opvallend veel kleine ziekenhuizen. Het resultaat van de kleine ziekenhuizen was in 2013 namelijk relatief sterk afhankelijk van de transitiegelden. De jaren 2014 en 2015 moeten uitwijzen of deze ziekenhuizen erin slagen de wegvallende transitiegelden op te vangen in hun exploitatie (BDO.nl).

Ernst & Young: Financiële druk op ziekenhuizen ondanks positieve resultaten

De jaarcijfers van de ziekenhuizen over 2013 zien er volgens Ernst & Young (E&Y) op het eerste gezicht positief uit. De ziekenhuizen hadden in 2013 een gezamenlijk resultaat van 550 miljoen euro. Het rendement van de ziekenhuizen is hiermee gestegen van 2% in 2012 naar ca. 2,5% in 2013. Door de positieve resultaten is de vermogenspositie gestegen van 18,9% naar 21,0%. Op basis hiervan lijkt de positieve lijn van voorgaande jaren voortgezet te worden. Het hiervoor genoemde gezamenlijke resultaat van 550 miljoen euro wordt echter voor 75% verklaard door de transitiegelden. Zonder de transitieregeling zou het resultaat dus slechts 140 miljoen euro (0,7% van de opbrengsten) zijn geweest en daarmee ver onder de norm van 1,5% die banken en financiers eisen. Aangezien ziekenhuizen het in 2014 en 2015 zonder de transitiegelden moeten stellen, heeft E&Y sombere verwachtingen voor de komende jaren. Samenwerking maar ook faillissementen gaan ertoe leiden dat naar de verwachting van E&Y het aantal ziekenhuizen in de nabije toekomst halveert (E&Y.nl).

Jaarrekening 2014: regulier traject

De afgelopen jaren hebben de branches van zorgaanbieders, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische centra (NFU), een handreiking vastgesteld voor de opstelling van de jaarrekening. Verschillende factoren zorgden voor problemen in de financiële verantwoording, zoals de invoering

van prestatiebekostiging en de invoering van de nieuwe DOT-systematiek (DBC's op weg naar transparantie), met bijbehorende declaratie- en registratieregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zoals bekend heeft het jaarrekeningtraject 2013 een forse vertraging gekend. Echter met de door NZa medio 2014 gegeven verduidelijkingen van de regelgeving met de verboden/toegestaanlijst, en het door de ziekenhuizen uitgevoerde omzetonderzoek over de jaren 2012 en 2013, zijn belangrijke stappen gezet om de complexiteit in de financiële verantwoording van ziekenhuizen te verminderen.

Tegen deze achtergrond hanteren alle betrokken partijen als uitgangspunt dat de financiële verantwoording over 2014 van ziekenhuizen op de reguliere wijze kan plaatsvinden, met een regulier controletraject en een regulier tijdpad. Om dit traject te ondersteunen is door NVZ en NFU, in nauw overleg met VWS, NZa, verzekeraars en accountants, medio februari wederom een handreiking vastgesteld ter ondersteuning van ziekenhuizen bij de opstelling van de jaarrekening 2014. Alle partijen hebben de volste overtuiging dat er, in tegenstelling tot 2013, voor 2014 geen obstakels zijn voor het doorlopen van een regulier jaarrekeningtraject (NVZ.nl).

Kabinet heeft alternatief voor afschaffing artikel 13 Zorgverzekeringswet

Het kabinet komt met een alternatief plan om de impasse rond artikel 13 van de Zorgverzekeringswet over de vrije artskeuze te doorbreken. De behandeling van de wet zorgde in december 2014 voor een crisis toen drie senatoren van de PvdA tegen het wetsvoorstel stemden. In plaats van de budgetpolis komt er een korting op het eigen risico wanneer de verzekerde naar een zorgaanbieder gaat waar de zorgverzekeraar een contract mee heeft. Ook komt er strenger toezicht op fusies van zorginstellingen en krijgen zorgaanbieders meer vrijheid bij het uitvoeren van behandelingen. Door de huidige wet aan te passen hoeft er geen nieuwe wet aangenomen te worden (ANP, 6 februari 2015).





Overeenstemming verkorting DBC-looptijd

Aanpak verkorting DBC-doorlooptijd

Met ingang van 1 januari jl. is de maximale looptijd van een DBC-zorgproduct verkort van 365 dagen naar 120 dagen. Door deze kortere doorlooptijd kunnen ziekenhuizen de geleverde zorg eerder declareren, waardoor eerder zicht verkregen wordt op de gemaakte zorgkosten. De branches van zorgaanbieders, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische centra, en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben recent overeenstemming bereikt over de wijze waarop de verkorting van de DBC-looptijd wordt verwerkt in de contracteringsafspraken. Door de verkorting komt een deel van de producten te vervallen en er komen tegelijkertijd veel nieuwe producten bij. Een en ander betekent een forse conversie in producten en prijzen en leidt tot een behoorlijke breuk in de historische dataopbouw. Het is verre van eenvoudig om goed zicht te krijgen op de impact. Branches staan daarom een generieke methode voor met als uitgangspunt dat zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars geen voor- of nadelen ondervinden van deze systeemwijziging.

De verkorting van de doorlooptijd naar maximaal 120 dagen leidt in financiële zin in 2015 tot een eenmalige verlaging van de macro-uitgaven van ongeveer 3,9% (700 miljoen euro). Dit percentage betreft echter een gemiddelde. Voor individuele ziekenhuizen kan het hoger of lager uitvallen, afhankelijk van de verschillende patiëntencategorieën die het ziekenhuis behandelt. NVZ, NFU en ZN hebben afspraken gemaakt over de wijze waarop deze effecten op ziekenhuisniveau zo goed mogelijk kunnen worden vastgesteld en verwerkt. De zorginkoopafspraken 2015 die eind 2014 zijn gemaakt, zijn veelal nog gebaseerd op de oude productstructuur. Deze zorginkoopafspraken moeten nu op basis van de gemaakte landelijke afspraken vertaald gaan worden naar prijzen en zorgkostenplafonds in de nieuwe productstructuur. Wanneer lokaal overeenstemming wordt verkregen over de nieuwe afspraken kunnen ziekenhuizen declaraties versturen voor de zorg die zij in 2015 geleverd hebben.

Gezien het feit dat 2015 al een eind op weg is, hebben zorgverzekeraars ter voorkoming van liquiditeitsproblemen bij ziekenhuizen, zich bereid verklaard op korte termijn voorlopige vooruitbetalingen te doen voor de reeds geleverde zorg. Deze voorlopige betalingen worden achteraf verrekend bij de definitieve facturering (DBC onderhoud, NVZ, NZa.nl).

Aanpassing DBC-zorgproducten voor spoedzorg en poliklinische zorg

Per 1 januari 2016 worden de DBC-zorgproducten voor spoedzorg en poliklinische zorg aangepast. Behandelingen op de spoedeisende hulp en eenvoudige poliklinische behandelingen worden voortaan ingedeeld in lichte, middelzware of zware behandelingen. De indeling in deze drie categorieën zorgt ervoor dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars reële prijzen af kunnen spreken die ook goed uit te leggen zijn aan de patiënt. Voor relatief eenvoudige behandelingen op de SEH wordt met ingang van 1 januari 2016 een lager bedrag in rekening gebracht. Patiënten krijgen dus geen relatief hoge rekening meer voor 'het plakken van een pleister'. Onlangs pleitte de Nationale Ombudsman voor een declaratiesysteem waarin de kosten in verhouding staan tot de verrichte behandelingen, zeker omdat eenvoudige behandelingen het eigen risico van patiënten raken.

Vanaf 2016 wordt hier dus gehoor aangegeven door aangepaste prijzen voor zorgactiviteiten die regelmatig op de SEH worden geregistreerd. Deze aanpassing leidt, wederom, tot een trendbreuk in de historische dataopbouw van ziekenhuizen die een extra belasting vormt voor de lokale onderhandelingen tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraar. Ziekenhuizen en verzekeraars kunnen voor de onderhandelingen 2016 namelijk niet terugvallen op de realisatiecijfers en prijzen van de DBC-producten van voorgaande jaren. Branches van zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben met elkaar afgesproken dat er voor de lokale onderhandelingen een handreiking wordt opgesteld om deze conversie in zorgproducten transparant te maken (NZa.nl).

Gestandaardiseerde ziekenhuissterfte in ziekenhuizen gedaald

De sterfte onder ziekenhuispatiënten is afgenomen in de periode 2007-2012. Het gaat om een daling van 34% en heeft mogelijk te maken met de verbetering van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Om te achterhalen welke factoren de dalende sterfte in ziekenhuizen verklaren, is meer onderzoek nodig.

De hoogte van ziekenhuissterfte wordt bepaald door uiteenlopende factoren; terminale patiënten die in een hospice overlijden en niet in het ziekenhuis, beïnvloeden de sterftecijfers ook. Sinds 2010 registreren ziekenhuizen vollediger wat de zorgzwaarte van ziekenhuispatiënt is, bijkomende ziekten worden ook vastgelegd. Dit kan de gemeten daling vertekenen.

De afname blijkt uit een tijdreeks van de totale sterfte in 61 ziekenhuizen, waarbij rekening is gehouden met veranderingen in de omvang en kenmerken van de patiëntenpopulatie (NVZ, 10 februari 2015).

ACM ziet geen bezwaar in bv-vorming RKZ

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) geeft in een informele zienswijze te kennen geen mededingingsrechtelijke bezwaren te zien tegen de omvorming van het Rode Kruis Ziekenhuis (RKZ) in Beverwijk tot een besloten vennootschap waar ook de medisch specialisten aandelen in hebben. In de nieuwe bv-structuur van het RKZ komt 75% van de aandelen in handen van Zorg van de Zaak, dat vorig jaar het ziekenhuis overnam. De overige 25% wordt uitgegeven aan de medisch specialisten. Daarmee is het RKZ het eerste ziekenhuis waar de medisch specialisten daadwerkelijk mede-eigenaar zijn. ACM stelt dat met de aandelenuitgifte weliswaar de structuur van de organisatie wijzigt, maar dat er geen sprake is van een grote verschuiving van zeggenschap naar de medisch specialisten. Bovendien zijn aan de aandelen uitsluitend zeggenschapsrechten verbonden, ze geven geen recht op winstuitkering.

In de zienswijze buigt ACM zich vooral over de vraag of één of een kleine groep specialisten een machtspositie kan verwerven die het mogelijk maakt besluitvorming te blokkeren. In dat geval is er volgens ACM feitelijk wel sprake van een wijziging in de zeggenschap, die als concentratie zou moeten worden aangemerkt. ACM acht dit vooralsnog niet waarschijnlijk. Om te beginnen mag het aantal stemmen dat een individuele certificaathouder uitbrengt nooit meer zijn dan 1% van het totale aantal stemmen dat tijdens de algemene aandeelhoudersvergadering wordt uitgebracht. Ook mag een certificaathouder nooit meer dan drie andere certificaathouders vertegenwoordigen. ACM benadrukt dat de zienswijze een informeel, niet-bindend karakter heeft. ACM kan te allen tijde anders oordelen. Ook wijst ACM er op dat in de toekomst mogelijk wel meldingsdrempels worden overschreden. In dat geval moet het RKZ opnieuw melding doen bij ACM (Skipr, 16 januari 2015).

Medisch specialisten vinden invloed zorgverzekeraars zorgelijk

Uit een ledenpeiling van de Federatie Medisch Specialisten Nederland, waarop 1400 medisch specialisten reageerden, komt naar voren dat medisch specialisten zich grote zorgen

maken over teveel invloed van de zorgverzekeraars binnen het huidige zorgstelsel. De zorgverzekeraar moet niet op de stoel van de dokter gaan zitten; artsen hebben de medisch inhoudelijke kennis en geven samen met de patiënt inhoud aan kwalitatief goede zorg. Om de kwaliteit en de betaalbaarheid van de medische zorg voor de patiënt te waarborgen, vinden medisch specialisten de dialoog met zorgverzekeraars, overheid en patiëntvertegenwoordigers overigens wel van groot belang (FMSN, 29 januari 2015).

Time-out voorkomt medische missers

Een time-outprocedure kan een operatieteam helpen om medische fouten te voorkomen. Communicatie en samenwerking tussen de teamleden verbeteren de patiëntveiligheid (promotie onderzoek C. Dekker-van Doorn, Hogeschool Rotterdam). De procedure is simpel: voordat de operatie begint neemt het team twee minuten de tijd om alle details van de operatie, de patiëntgegevens en de voorbereidingen door te spreken. Na de operatie is er een korte debriefing waarin incidenten of complicaties worden besproken. Behalve een goed beeld van de operatie zijn er gunstige neveneffecten. De hiërarchische barrières worden verminderd en er is reflectie op bestaande organisatorische processen en procedures. Het promotieonderzoek is geïnitieerd door het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, samen met Erasmus MC, TU Delft en de Erasmus Universiteit Rotterdam. Er deden vijftien ziekenhuizen verspreid over Nederland aan mee (Skipr, 7 januari 2015).

Regels reden van voorschrijven onvoldoende nageleefd

Vanaf 1 augustus 2013 zijn artsen wettelijk verplicht om bij bepaalde geneesmiddelen de reden van voorschrijven op het recept te vermelden. Ook zijn artsen verplicht om bij een afwijkende nierfunctie (MDRD-eGFR) actief de apotheker te informeren. Doel is nog beter en veiliger medicatiegebruik. Uit onderzoek van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik blijkt dat artsen deze regel onvoldoende naleven. Artsen en andere voorschrijvers moeten bij 23 geneesmiddelen de reden van voorschrijven vermelden. Dit zijn geneesmiddelen die voor meerdere indicaties in uiteenlopende



doseringen kunnen worden voorgeschreven én waarbij sprake is van een smalle therapeutische breedte of risico op ernstige bijwerkingen. Bij een smalle therapeutische breedte komt de dosering nauw, want bij een kleine afwijking van de dosering is er al een risico op nadelige effecten. Aan de hand van de reden van voorschrijven kan de apotheker controleren of de dosering klopt.

Daarnaast zijn artsen die laboratoriumonderzoek hebben laten uitvoeren naar de nierfunctie van een patiënt verplicht om een afwijkende uitslag aan de apotheker van de patiënt te verstrekken. De nierwaarde is belangrijk bij het verstrekken van geneesmiddelen en vormt een belangrijke factor in het verbeteren van de medicatieveiligheid.

Als een voorschrijver de verplichting niet nakomt om voor een van de genoemde geneesmiddelen de reden van voorschrijven te vermelden of een afwijkende nierfunctiewaarde door te geven, dan kan de apotheker met toestemming van de patiënt andere labwaarden opvragen. In de praktijk zal het gaan om natrium, kalium, PT-INR, farmacogenetische parameters en de bloed- of plasmaspiegel in geval van geneesmiddelen met een kleine therapeutische breedte. De Federatie Medisch Specialisten Nederland adviseert artsen om lokaal of regionaal afspraken te maken over de wijze waarop artsen en apothekers de informatie uitwisselen (FMSN, 25 februari 2015).



Kennis over delier is er, maar incidentie wordt onderschat

Verpleegkundigen hebben kennis van delierzorg, maar er is een verschil in de gerapporteerde gevallen en de inschatting van verpleegkundigen over de frequentie van delier. Dit blijkt uit een onderzoek onder verpleegkundigen (the International Journal of Clinical Medicine). De Saxenburgh Groep in Hardenberg heeft meegewerkt aan het onderzoek.

Het onderzoek is gericht op delier bij oudere patiënten in het ziekenhuis en specifiek bij oudere patiënten die een operatie aan het hart ondergaan. Verpleegkundigen onderschatten hoe vaak een delier ontstaat, waardoor patiënten niet regelmatig worden gescreend. Hierdoor wordt de incidentie ook weer onderschat. Tweederde van de ondervraagde verpleegkundigen denkt dat delier bij patiënten is te voorkomen.

Delier is een veel voorkomende postoperatieve complicatie bij (oudere) patiënten en kan drastische consequenties hebben. Patiënten noemen gevoelens te hebben doorgemaakt als diepe eenzaamheid, hulpeloosheid en grote angst door het optreden van illusies en hallucinaties, andere ervaren geheugenverlies of desoriëntatie. Preventieve interventies, diagnose en behandeling van delier vragen specifieke kennis en vaardigheden (NVZ, 4 februari 2015).

Euthanasie hoort bij het artsenvak, maar is emotioneel belastend

Artsen vinden dat het correct behandelen van een euthanasieverzoek tot hun professionele verantwoordelijkheid behoort. Wel ervaren zij een toenemende druk van patiënten en hun naasten om euthanasie uit te voeren en vinden zij dat er ook oog mag zijn voor het feit dat euthanasie emotioneel belastend is. Dit zijn de belangrijkste uitkomsten van een onderzoek onder artsen door de artsenorganisaties Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Landelijke Huisartsenvereniging, Nederlands Huisartsen Genootschap, Vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde en de Federatie Medisch Specialisten Nederland. Het onderzoek is gebaseerd op een respons van 13% (455 artsen).

Het geeft een duiding van de belevingswijze van artsen. Tevens wordt ingegaan op de impact die euthanasie op hen heeft, inclusief de maatschappelijke druk die artsen soms ervaren.

Artsen hebben vaak te maken met patiënten die euthanasie als een recht beschouwen. Ruim 60% van de artsen die aan het onderzoek hebben deelgenomen vindt dat patiënten soms onvoldoende op de hoogte zijn van de grenzen aan euthanasie. 64% ervaart druk van patiënten of diens naasten om euthanasie uit te voeren en 70% van de respondenten meent dat die druk de laatste jaren is toegenomen. Ook het misverstand bij patiënten en naasten dat euthanasie een recht zou zijn, bemoeilijkt soms de communicatie, zo werd aangehaald (KNMG, 6 januari 2015).

Geen verschil in sterfte tussen level I, II en III IC's in Nederland

Onderzoekers concluderen in het vakblad Intensive Care Medicine, dat er geen verschil is in de sterftcijfers van kleinere (level I), middelgrote (level II) en grote (level III) intensive care afdelingen (IC). De onderzoekers analyseerden gegevens van 132.159 patiënten uit de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) die in de periode van januari 2009 tot oktober 2011 werden opgenomen op een IC.

Bij het onderzoek waren 87 van de in totaal 95 Nederlandse IC's betrokken. Dit is het eerste onderzoek naar de Nederlandse situatie, op deze schaal. Het onderzoek toont aan dat de sterfte, gecorrigeerd voor ernst van ziekte, op al deze IC's ongeveer hetzelfde is.

Onderzocht werden de ziekenhuissterfte en de 90-dagen sterfte voor alle patiënten en voor 13 subgroepen met een laag dan wel hoog risico op overlijden. Er is geen verschil in ziekenhuissterfte en 90-dagen sterfte tussen een level I, II en III IC.

Er zijn geen verschillen naar voren gekomen tussen kleinere, middelgrote en grotere IC's voor de hele groep IC-patiënten en uit subgroep analyses. De onderzoekers corrigeerden de gegevens voor overplaatsingen: ook na uitsluiting van overgeplaatste patiënten van kleinere naar andere IC's (maximaal 1,9%) of vice versa (in totaal 4,2% van alle patiënten) bleef het resultaat consistent. Dit geldt zowel voor de korte (ziekenhuissterfte) als voor de lange termijn (90-dagen sterfte).

De grotere IC's hebben gemiddeld zekere patiënten, maar de uitkomsten zijn, eenmaal gecorrigeerd voor deze ernst van ziekte, uiteindelijk gelijk aan de uitkomsten van kleinere en middelgrote IC's. IC-patiënten kunnen verantwoord en veilig worden behandeld op zowel kleinere, middelgrote als op grotere IC's. Dat er geen verschil in sterfte is gevonden zou verklaard kunnen worden doordat Nederlandse IC's zich houden aan de kwaliteitseisen, zoals die zijn vastgelegd in de IC-richtlijn uit 2006. Deze richtlijn regelt onder andere 24-uurs bereikbaarheid van intensivisten, de implementatie van landelijke protocollen, dagelijkse multidisciplinaire patiëntbesprekingen en regelmatige complicatie- en obductiebesprekingen.

De resultaten van dit onderzoek komen overeen met studies uit landen die een met Nederland vergelijkbaar IC-systeem hebben, zoals Spanje en Australië.

Op dit moment wordt er gewerkt aan een nieuwe richtlijn voor de IC in Nederland (NVZ, 26 januari 2015).

Nederlandse ziekenhuizen presteren naar verwachting

Dat de Nederlandse ziekenhuizen naar verwachting presteren blijkt uit het brancherapport 'Zorg Innoveert' van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Financieel gezonde ziekenhuizen zijn cruciaal om te kunnen blijven investeren in innovaties die zowel de kwaliteit als de efficiency van de zorg verder verbeteren. Daarnaast hebben ziekenhuizen vanwege de toegenomen onzekerheden financiële buffers nodig om eventuele toekomstige financiële tegenvallers op te kunnen vangen. Ondanks de invoering van de prestatiebekostiging en een nieuw bekostigingssysteem is het de ziekenhuizen gelukt om betere cijfers te laten zien.

De ziekenhuizen zijn er zelfs in geslaagd de beste zorg in Europa te blijven leveren. En dat terwijl de veranderingen ingewikkelde en soms onduidelijke regelgeving met zich meebrachten. Het aantal ziekenhuizen dat rode cijfers schreef, daalde van één op tien naar één op veertien. In 2013 boekten de ziekenhuizen gemiddeld een exploitatie-resultaat van 2,6%. Dat is ook minimaal nodig om aan de steeds strengere eisen van banken te kunnen voldoen.

Tegelijk is 2013 het laatste jaar waarin ziekenhuizen nog een compensatie ontvingen voor de overstap van budget- naar prestatiebekostiging. Vanaf 2014 moesten ziekenhuizen het zonder deze compensatie doen. Ziekenhuizen moeten dus alle zeilen bijzetten om hun financiële prestaties op niveau te houden.

In de afgelopen jaren hebben ziekenhuizen ook hun vermogenspositie verder versterkt. Zo steeg de solvabiliteit van gemiddeld 10% in 2008 naar 18,4% in 2013. Daarmee groeit de solvabiliteit naar de streefnorm van 20%, die door banken en financiers wordt gesteld. De verbeterde financiële prestaties bieden de ziekenhuizen de mogelijkheid om de komende jaren stevig te investeren in innovatieve zorg. Daarbij gaat het niet alleen om medisch-technische innovaties, maar bijvoorbeeld ook om innovaties in processen, organisatie, logistiek en communicatie met patiënten (NVZ, 4 februari 2015).

Ziekenhuis rommelt nog altijd met overdracht

De overdracht van patiëntgegevens tussen zorgaanbieders is nog vaak incompleet, incorrect, niet tijdig of soms zelfs volledig afwezig. Met name kwetsbare ouderen lopen hierdoor 'structurele risico's'. Dat constateert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op basis van onderzoek bij vier ziekenhuizen. Veelzeggend in dit verband is het feit dat geen van de onderzochte ziekenhuizen een duidelijk omschreven ontslagprocedure heeft voor kwetsbare ouderen. Ook zijn er geen heldere afspraken over welke informatie de ziekenhuizen overdragen en wanneer de opvolgende zorgverlener contact met het ziekenhuis moet opnemen. Een probleem op zich is de medicatieoverdracht.

Hoewel niet direct een punt van toetsing maakt het onderzoek van de inspectie duidelijk dat digitale informatiesystemen zowel een oplossing als een deel van het probleem zijn. Zo kunnen opvolgende zorgverleners vaak niet in het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) kijken. Ook zijn niet alle zorgverleners op een gesloten internetverbinding aangesloten. Patiënten die ontslagen worden, krijgen zodoende nog geregeld de medische overdracht op papier mee. Ook wordt er nog veel gefaxt. Op grond van het onderzoek heeft IGZ elk van de ziekenhuizen verbetermaatregelen opgelegd. De bevindingen van IGZ zijn niet nieuw. Met enige regelmaat verschijnen er onderzoeken waaruit blijkt dat communicatie en overdracht de achilleshiel van de ziekenhuiszorg zijn (Skipr, 22 februari 2015).

Patiënt kiest niet voor 'beste' ziekenhuis

Uit een onderzoek van NIVEL, het Nederlands Instituut voor onderzoek in de Gezondheidszorg, komt naar voren dat de meeste patiënten naar het meest voor de hand liggende ziekenhuis gaan, bijvoorbeeld het dichtstbijzijnde, zonder kwaliteitsinformatie te verzamelen of alternatieven te overwegen. Over het algemeen zien ze geen reden om te kiezen of hebben ze het idee dat er geen keuzemogelijkheden zijn. Het idee van de actief kiezende patiënt komt voort uit het marktdenken.

Het keuzeproces is afhankelijk van verschillende factoren. De kiezende patiënt varieert van iemand die geen keuze



heeft door zijn ziekteproces, tot de actieve 'zorgconsument' zoals de beleidsmakers die voor ogen hebben. Voor het onderzoek zijn 141 poliklinische patiënten in drie ziekenhuizen geïnterviewd. Van deze patiënten bleken er 100 passief in de mate waarin ze kiezen, 23 semi-actief en slechts 18 actief. Passieve patiënten vinden het niet belangrijk om actief een ziekenhuis te kiezen, omdat ze later alsnog van ziekenhuis kunnen wisselen, snel tevreden zijn, het vroeger niet de gewoonte was om zelf te kiezen of omdat ze erop vertrouwen dat hun huisarts het juiste ziekenhuis voor ze uitzoekt. Daarnaast zien ze ook geen kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen die voor hun behandeling van belang zijn, of ze vinden dat het zoeken te veel tijd kost. Andere argumenten die spelen om geen actieve keuze te maken zijn de afstand tot het ziekenhuis of eerdere, goede ervaringen met het ziekenhuis. Patiënten die eenmaal patiënt zijn bij een ziekenhuis, bijvoorbeeld doordat ze bij verwijzing door de huisarts nog geen diagnose hadden, blijven daar. Semi-actieve en actieve patiënten zien wel kwaliteitsverschillen en willen de beste zorg: 'Omdat je gezondheid het allerbelangrijkste is.' Zij vinden een slechte reputatie van een ziekenhuis een reden om voor een ander te kiezen. Als andere redenen om niet zonder meer naar het voor de hand liggende ziekenhuis te gaan worden genoemd de noodzaak van een operatie, verhuizing of specialistische zorg (Skipr, 5 januari 2015).



Nederlandse gezondheidszorg weer de beste

De Nederlandse gezondheidszorg is opnieuw als beste van Europa uit de bus gekomen in het jaarlijkse onderzoek van de denktank Health Consumer Powerhouse (HCP), een Zweedse niet-gouvernementele organisatie. Met een score van 898 van de mogelijke 1000 punten heeft ons land bovendien een record gehaald. Niet eerder vergaarde een land zoveel punten in de Euro Health Consumer Index. Op een tweede plaats komt, net als in 2013, Zwitserland met 855 punten, nipt voor Noorwegen met 851 punten. Opvallend is dat Nederland is uitgelopen op de nummer twee. In 2013 bedroeg de voorsprong 19 punten, in 2014 was dat opgelopen tot 43 punten. Sinds de grote hervorming in het zorgverzekeringsstelsel in 2006 blijven de Nederlandse prestaties zich ieder jaar verbeteren. Onder meer goed management, beperkte politieke inmenging, toegenomen concurrentie en verregaande invloed van consumenten liggen aan de basis van het succes. Al deze componenten verdienen te worden bestudeerd en zijn zeker de moeite waard om gekopieerd te worden, aldus HCP. Toch valt er volgens de denktank ook nog wel wat te verbeteren in Nederland. De behandeling van kanker blijft achter bij andere gebieden. Te lange wachtlijsten lijken de overlevingskansen te beïnvloeden. Preventie is een ander zwak punt, met een vrij rookbeleid en te weinig lichaamsbeweging op de scholen. Grote verzekeringsmaatschappijen zouden een gezondere levensstijl beter moeten promoten (NVZ, 27 januari 2015).

Wachtlijsten in Nederland kort, vergeleken met andere OESO-landen

De wachtlijsten in Nederland voor planbare of electieve zorg zijn kort in vergelijking met andere landen die aangesloten zijn bij de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO). Dit blijkt uit een studie door OESO en de universiteit van York naar de wachttijden in twaalf OESO-landen. De wachtlijsten voor planbare zorg zijn internationaal gezien een punt van aandacht.

De studie beschrijft de gangbare maatregelen die genomen worden om wachtlijsten tegen te gaan met de nadruk op gemeenschappelijke planbare behandelingen. Onder deze behandelingen vallen de vervangende heup- en knie-operaties en de staaroperaties, waarvan bekend is dat de wachttijden doorgaans lang zijn. De studie geeft vergelijkende gegevens over wachttijden in twaalf OESO-landen en presenteert trends in de wachttijden in het afgelopen decennium. Met name in Nederland en Denemarken is er sprake van korte wachtlijsten. De afgelopen tien jaar zijn de wachtlijsten in Groot-Brittannië, Finland en Nederland afgenomen dankzij beleidsmaatregelen waaronder hogere uitgaven, schema's voor richtlijnen van wachtlijsten en incentive mechanismen. Wel is de trend in afnemende wachtlijsten gestopt en in sommige gevallen zelfs omgedraaid (NVZ, 7 januari 2015).

Schippers: 'Kwaliteit loont in de zorg'

Minister Edith Schippers (VWS) heeft een alternatief pakket maatregelen gepresenteerd, waarmee langs de weg van kwaliteitsverbetering een aanzienlijk besparing op de zorgkosten kan worden gerealiseerd. Kern van de maatregelen is dat het voor patiënten, zorgverleners en verzekeraars lonender wordt om te kiezen voor de beste zorg. Daarnaast wordt de positie van de patiënt versterkt en het evenwicht in de sector hersteld. De vraag naar zorg neemt de komende decennia sterk toe, door de vergrijzing en doordat steeds meer mensen één of meer chronische aandoeningen hebben. Dat maakt beperking van de groei noodzakelijk. Bovendien wil Schippers de positie van ouderen en chronisch zieken versterken. Het wordt voor verzekeraars aantrekkelijker om voor deze groepen goede, samenhangende zorg in te kopen. Daarnaast komen er

strengere kwaliteitseisen aan zorgverleners. Slecht presterende zorgverleners wordt de pas afgesneden. Door de strengere kwaliteitseisen hoeft er minder lang en minder vaak behandeld te worden en zullen er minder hersteloperaties zijn. Doordat verzekeraars scherper op kwaliteit en prijs kunnen inkopen, blijft de zorg betaalbaar.

Op hoofdlijnen zien de maatregelen er als volgt uit:

- De mogelijkheid voor verzekeraars om hun verzekerden een korting op het eigen risico te geven wanneer deze naar gecontracteerde zorgaanbieders gaan, wordt gestimuleerd.
- De compensatie voor verzekeraars wordt zo veranderd dat het lonend wordt dat zij zich met goede zorg juist op chronisch zieken en ouderen richten.
- Verzekeraars gaan zorg inkopen aan de hand van vastgestelde kwaliteitseisen.
- Op kwaliteit en prijs gecontracteerde zorgaanbieders worden zo min mogelijk achteraf aangeslagen voor de overschrijdingen van niet-gecontracteerde zorgverleners, waardoor het sluiten van een contract loont.
- Er komen scherpere kwaliteitseisen, vooral ook voor de GGZ-sector.
- Verzekerden krijgen meer invloed op het beleid van hun verzekeraar.
- Er komt scherper toezicht op fusies. Samenklontering van zorgaanbieders wordt tegengegaan (Nieuwsbericht VWS, 6 februari 2015).

IGZ: keurmerk geen garantie voor kwaliteit

Een keurmerk, certificering of accreditering biedt geen of onvoldoende garantie voor verantwoorde zorg. Belangrijker is een goede bestuurlijke verankering van kwaliteit en veiligheid. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gaat bestuurders en interne toezichthouders expliciet op deze bestuurlijke verantwoordelijkheid aanspreken. Zij verwacht van bestuurders dat ze een adequate systematiek hanteren om de veiligheid en de kwaliteit van zorg te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Een onderdeel hiervan is 'stevig intern toezicht, dat het bestuur niet alleen adviseert, maar ook controleert'.

lees verder op de volgende pagina

Het cliëntperspectief vormt voor IGZ een wezenlijk onderdeel van het interne toezicht. Voor wat betreft het toezicht laat IGZ weten zorgaanbieders voortaan in principe alleen onaangekondigd te bezoeken. Waar nog wel sprake is van aangekondigde bezoeken zullen deze vanaf 2015 altijd onaangekondigde elementen bevatten.

Naast governance gaat de inspectie komend jaar extra aandacht besteden aan de gevolgen van de transitie, medicatieveiligheid, intramurale ouderenzorg en disfunctionerende beroepsbeoefenaren.

Deze aandachtspunten worden mede ingegeven door de grote veranderingen in de zorg. In een periode van grote organisatorische veranderingen zijn de risico's op blinde vlekken en fouten bij zorgaanbieders groter dan anders. De aandacht is in zulke periodes meer gericht op de interne processen en de herinrichting van de organisatie en minder op de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening (Skipr, 5 februari 2015).

Hulpmiddelensector gaat man en paard noemen

Ziekenhuizen en artsen moeten vanaf 2016 jaar duidelijkheid geven over hun financiële relaties met de leveranciers van medische hulpmiddelen. Dit jaar gaan de betrokken partijen proefdraaien met hulpmiddelen op het gebied van cardiologie en orthopedie. Dit meldt minister Schippers (VWS) in haar brief van 14 januari 2015 aan de Tweede Kamer. Voor de farmaceutische middelen is al langer een meldingsplicht van kracht. Dienstverlenings- en sponsorrelaties tussen zorgaanbieders, medische professionals en farmaceuten moeten sinds 2012 gemeld worden bij het Transparantieregister Zorg.

Deze handelwijze gaat straks ook voor de medische hulpmiddelen gelden, nu artsenkoepel de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en de ziekenhuiskoepels Nederlandse Vereniging van



Ziekenhuizen en Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra zich per 1 januari bij de Gedragscode Medische Hulpmiddelen (GMH) hebben aangesloten. Openbaarmaking wordt verplicht wanneer de cumulatieve waarde van de financiële relaties van een arts met een bedrijf hoger zijn dan € 500,- per kalenderjaar. Na afloop van het kalenderjaar worden deze relaties gepubliceerd. Deze afbakening is gelijk aan wat er voor de farmaceutische sector wordt gehanteerd.

Met het oog op de enorme omvang van de medische hulpmiddelensector beperken de betrokken partijen zich voorsnog tot implantaten die worden gebruikt bij cardiologie en orthopedie. Hierbij valt te denken aan pacemakers, inwendige defibrillatoren en heup- en knieprothesen. Artsen en bedrijven kunnen in 2015 op vrijwillige basis een eerste beeld geven van de financiële relaties rond implantaten. Begin 2016 worden deze financiële relaties tussen artsen en ziekenhuizen enerzijds en medische hulpmiddelenbedrijven anderzijds in het Transparantieregister Zorg gepubliceerd (Skipr, 19 januari 2015).

Medisch implantatenregister van start

Het landelijk implantatenregister is in gebruik genomen. Minister Edith Schippers (VWS) besloot tot de opzet van dit register om de traceerbaarheid van medische implantaten te vergroten. In het landelijke implantatenregister staan de implantaten die ingebracht zijn en deze kunnen, indien nodig, getraceerd worden door de zorgverlener tot aan de patiënt. Bij implantaten kan gedacht worden aan borstimplantaten, kunstheupen en pacemakers.

Als er achteraf iets mis blijkt te zijn met een implantaat, kunnen patiënten vanaf nu veel makkelijker gevonden worden. De arts kan patiënten zo snel informeren en nazorg verlenen. Dat is erg belangrijk om extra schade te voorkomen. Ook wordt gewerkt aan een medische bijsluiter voor implantaten waarop onder andere de naam van het product en het typenummer staan en de websites waar informatie over het product kan worden gevonden. Er kunnen problemen met een bepaald implantaat aan het licht komen die mogelijk schadelijk zijn voor een patiënt, bijvoorbeeld in het geval van de PIP-borstimplantaten. In dat geval is het van belang zo snel en efficiënt mogelijk alle niet naar behoren functionerende implantaten te kunnen opsporen. Door het landelijke implantatenregister wordt dit nu mogelijk. Het landelijk register is een koppeling van bestaande registraties van cardiologen, orthopedisch chirurgen en de recent gestarte registratie van de plastisch chirurgen. In de loop van 2015 zal ook de registratie van de gynaecologen aan het implantatenregister worden toegevoegd. Samen met de beroepsgroepen is hard gewerkt aan de totstandkoming van het landelijke implantatenregister. De komende tijd zal het register stap voor stap worden uitgebreid om uiteindelijk tot een volledig landelijk dekkend register te komen. Schippers werkt aan een wet die de registratie van implantaten verplicht (Nieuwsbericht VWS, 30 januari 2015).