

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



Natuurlijk in Beweging

In dit nummer o.a.:

- **Rijksbegroting 2017: Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Miljoenennota**
- **Zorguitgaven in vogelvlucht: afvlakking van de groei • Reacties op de Rijksbegroting**
- **Medisch specialisten • Korte berichten gezondheidszorg**



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

OKTOBER 2016 JAARGANG 5 • NUMMER 3

Waarom?

Waarom zijn de dingen zoals ze zijn en accepteren we soms te makkelijk dat zaken zijn zoals ze zijn? Waarom vragen wij ons te weinig af waarom het is zoals het is?

De gezondheidszorg is en blijft volop in beweging, maar lijkt te blijven worstelen met het ingezette beleid en de uitwerking daarvan. We hebben (gereguleerde) marktwerking, waarom ook al weer? Ziekenhuizen moesten meer competitief worden. Marktwerking zou betekenen dat er meer individuele aanbieders komen en dat de kwaliteit omhoog gestuwd wordt.

Een effect is dat vrijwel elke ziekenhuisorganisatie in gesprek is met de buurman, al gefuseerd is, of dit voornemens is te doen. Het ontstaan van grotere samenwerkingsverbanden, zoals bijvoorbeeld tussen de zes ziekenhuizen binnen de Santeon groep, die nu een marktaandeel van 13% heeft, is een uitkomst van het beleid. Waarom?

In het zorglandschap zie je ook andere bewegingen: de Zelfstandige Behandelcentra schieten als paddenstoelen uit de grond en de radioreclames voor zorg en de beste behandelingen komen nu voorbij. Dit is een effect van marktwerking. Toch is het opmerkelijk dat de zorgverzekeraars de strakke regie houden in de bepaling of een ZBC een contract krijgt en onder welke, vaak scherpe, financiële afspraken een ZBC het moet doen. Waarom? Een ZBC, maar ook een ziekenhuis, met een goede prijs/kwaliteit verhouding zou niet rond deze tijd in het jaar al nee moeten gaan verkopen omdat het 'jaarplafond' bereikt is.

Marktwerking in de zorg zou ook zijn weerslag moeten hebben in een toename van het aantal zorgaanbieders, scherpere polissen, enzovoorts. Dit zou moeten resulteren in het switchen van verzekerden van de ene naar de andere zorgverzekeraar. De verschillen tussen zorgverzekeraars blijven echter nihil en de veranderbereidheid is nog steeds marginaal. Waarom is dit? Is het niet de verwachting dat de zorgverzekeraars de aangekondigde premieverhoging van DSW zullen gaan volgen?

Waarom?

Hoe vertaalt de waaromvraag zich naar de werkvloer? Als we redeneren dat de zorgprofessional, diegene die het dichtst bij de patiënt staat, de meest beperkende factor is in de zorg, dan zouden we dat moeten respecteren en waarderen. Waarom bepaalt alles en iedereen rond de individuele zorgprofessional hoe hij of zij mag of moet werken?

Tijdens de inaugurele rede van professor Mark van Houdenhoven *Meaningful Innovations* haalt hij het voorbeeld aan van het niet vergoeden van een exoskelet voor een dwarslaesie patiënt, ter waarde van 80.000 euro. Dit skelet zorgt voor de mogelijkheid van staan en voortbewegen voor deze patiënt, iets wat voor een dwarslaesie patiënt anders een onmogelijkheid is. Een chronisch zieke patiënt krijgt wel jarenlang voor mogelijk tienduizenden euro's aan medicijnen vergoed. Waarom deze verschillen?

Laat besef en bewustwording in de gezondheidszorg continu doordringen door de waaromvraag te blijven stellen. Op deze manier blijven we (positief) kritisch en voorkomen we een antwoord dat geen enkel perspectief of relativering op verandering en verbetering toelaat.

Waarom? ... Nou daarom!



Veel leesplezier.

Roland van Esch



Rijksbegroting 2017

Rijksbegroting 2017:

Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Miljoenennota

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



Zorg dicht bij huis

Algemeen

Zeggenschap over je eigen leven is cruciaal, zeker als je een beperking hebt of te maken krijgt met de gebreken van het ouder worden. Om zo vrij en onafhankelijk als mogelijk te kunnen blijven functioneren, moet zorg dichtbij huis, of liefst thuis, geleverd kunnen worden. Deze omslag is nodig: in 2030 is bijna één op de vier Nederlanders ouder dan 65 jaar en hebben naar schatting zeven miljoen Nederlanders één of meer chronische ziekten, zoals diabetes, hart- en vaatziekten of een longaandoening.

Al sinds de jaren tachtig kiezen steeds meer ouderen ervoor zo lang mogelijk thuis te wonen. Ook chronisch zieken doen steeds vaker volop mee in de samenleving, hebben nog een baan en een druk sociaal leven.

Dat kan, mede dankzij betere behandelingsmethoden, betere geneesmiddelen en zorg die vaker thuis of dichtbij huis kan worden geboden. Daarbij gaan we steeds meer uit van de eigen kracht en mogelijkheden die mensen hebben.

Levensverwachting

De levensverwachting bij geboorte is gestegen van 77 jaar in 1990 tot 81,5 jaar in 2015.

Vermijdbare sterfte

Aandacht voor patiëntveiligheid werkt! Het aantal patiënten dat in het ziekenhuis overleed als gevolg van onnodige fouten is gedaald tussen 2008 en 2011/2012. Van de 100 in het ziekenhuis overleden patiënten, overleden er in 2008 5,5 mede als gevolg van potentieel vermijdbare schade; in 2011/2012 waren dat er 2,6.

Veranderingen in de zorg

Zorgpremie stijgt en eigen risico blijft gelijk

De zorgpremie stijgt volgens de raming van het ministerie van VWS in 2017 met ongeveer € 3,50 per maand. Daarmee is de premie in 2017 (€ 103,- per maand) bijna gelijk aan de premie van 2012 (€ 102,- per maand). De laatste jaren zijn onder andere de wijkverpleging en veel nieuwe behandelingen en dure (onder andere oncologische) medicijnen in het pakket opgenomen. Per 1 januari 2017 worden bovendien bepaalde plastische chirurgische ingrepen, fysiotherapie bij etalagebenen en tandvervanging tot 23 jaar aan het pakket toegevoegd. De daadwerkelijke premie wordt door de zorgverzekeraars bepaald en uiterlijk in november bekend gemaakt.

- De inkomensafhankelijke bijdrage die gepensioneerden, zelfstandigen en werkgevers betalen naast de premie daalt. Van 5,5% naar 5,4% voor gepensioneerden en zelfstandigen en van 6,75% naar 6,65% voor werkgevers.
- Het eigen risico blijft vanwege de beheerste stijging van de zorgkosten voor het eerst sinds de invoering in 2008 gelijk aan het voorgaande jaar: € 385,-.
- De maximale zorgtoeslag, de tegemoetkoming in zorgkosten voor de laagste inkomens, stijgt met ongeveer € 2,- per maand.

4 Natuurlijk in **Beweging**

Zorgpremie toch bijna tientje per maand omhoog

De zorgpremie 2017 gaat meer omhoog dan de 3,5% aangegeven door de regering. Zorgverzekeraar DSW heeft als eerste de nieuwe premie bekend gemaakt: deze gaat van € 98,75 naar € 108,- per maand.

Daarmee zet DSW de toon voor de andere zorgverzekeringen, die vaak pas half november met hun premies komen. Als belangrijke redenen voor deze premiestijging worden genoemd: een toename van het gebruik van dure medicijnen, uitbreiding van het basispakket en hogere kosten van de wijkverpleging. Zorgverzekeraars Nederland geeft aan dat het kabinet er niet zonder meer van uit mag gaan dat de zorgverzekeraars hun reserves aanspreken om de zorgpremie niet verder te laten stijgen (ANP, Skipr, 20 en 27 september 2016).

Geen half miljard bezuinigingen op verpleeghuis- en gehandicaptenzorg

De geplande bezuinigingen uit het regeerakkoord van een half miljard euro vanaf 2017 op met name verpleeghuizen en gehandicapteninstellingen zijn geschrapt. Het geld dat beschikbaar is in de Wet langdurige zorg voor ouderen en mensen met een handicap loopt op van 19,8 miljard euro dit jaar tot 23,3 miljard euro in 2020. Voor het plan Samen werken aan betere gehandicaptenzorg, dat met cliënten en zorgverleners is ontwikkeld, wordt 13,2 miljoen euro uitgetrokken tot en met 2018.

30 miljoen euro voor Deltaplan Dementie

In de jaren 2017 tot en met 2020 is er 30 miljoen euro beschikbaar voor het Deltaplan Dementie. Het Deltaplan is onder andere gericht op medisch onderzoek naar betere behandeling, genezing en het voorkomen van dementie.

180 miljoen euro meer voor de wijkverpleging

In 2017 is er voor de wijkverpleging 180 miljoen euro meer beschikbaar. Bovenop de 180 miljoen euro die er in 2016 extra voor is uitgetrokken. Daarmee stelt het kabinet meer ruimte beschikbaar om de toenemende vraag naar wijkverpleegkundige zorg op te vangen.

Extra aandacht beschermd wonen

Staatssecretaris Van Rijn en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten zijn het eens geworden over de budgetten vanaf 2017 voor de zorg, hulp en ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Jeugdwet. Per saldo gaat er vanaf 2017 minder geld naar gemeenten dan oorspronkelijk geraamd. Omdat gezamenlijk is vastgesteld dat bepaalde groepen cliënten niet door gemeenten worden geholpen, maar vanuit de Wet langdurige zorg. Gemeenten hadden en krijgen dus ook geen uitgaven voor deze groepen cliënten.

- 25 miljoen euro blijft bij gemeenten beschikbaar voor de doelgroep in het beschermd wonen.
- Vanaf 2017 ontvangen gemeenten jaarlijks 60 miljoen euro voor de tijdelijke opvang van mensen met een licht verstandelijke beperking.

Bijna 200 miljoen euro extra inkoopbudget langdurige zorg

Het inkoopbudget voor de langdurige zorg wordt dit jaar nog met bijna 200 miljoen euro verhoogd, omdat meer mensen dan verwacht langdurige zorg nodig hebben. Het gaat om 166 miljoen euro extra ruimte voor de Wet langdurige zorg, voor ouderen en mensen met een beperking, en 29,5 miljoen euro extra voor de subsidie regeling eerstelijns verblijf. Die regeling is onder andere bedoeld voor ouderen die na een ziekenhuisopname voor kortere tijd in een verpleeghuis verblijven om te revalideren.

Publiekscampagne Depressie

Nederland telt 800.000 mensen met een depressie. Het is de meest voorkomende reden voor een ziekmelding. Met een publiekscampagne wil minister Schippers dat patiënten en hun omgeving depressie sneller herkennen en weten wat ze moeten doen en hoe hiermee om te gaan.

Zorg voor verwarde personen

Vanaf 2017 komt er 30 miljoen euro per jaar extra beschikbaar ter ondersteuning van lokale en regionale initiatieven, waarbij VWS specifiek inzet op het vervoer en de opvang van verwarde personen en het geven van zorg aan onverzekerden (Nieuwsbericht, 20 september 2016).

NIPT

Alle zwangere vrouwen kunnen vanaf april 2017 een NIPT (Niet Invasieve Prenatale Test) laten doen om vast te stellen of hun ongeboren kind het syndroom van Down of een andere aangeboren aandoening heeft. De test wordt gedeeltelijk vergoed. Daarvoor is 26 miljoen euro beschikbaar.

Werelddekking zorgkosten

De beperking van de zogenaamde werelddekking voor zorgkosten buiten Europa is van de baan. Zorgkosten die mensen maken als zij buiten Europa reizen, worden deels vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering.

Vanaf 1 januari 2017 zou aan de vergoeding vanuit het basispakket een einde komen. Op voorstel van minister Schippers ziet het kabinet hier echter van af. Volgens de bewindspersoon wordt de wet, na de behandeling van het wetsvoorstel op 14 juni 2016 in de Tweede Kamer, te complex en daarom onuitvoerbaar (Nieuwsbericht VWS, 23 september 2016).



105 miljoen euro voor stimulering

informatie-uitwisseling patiënt en professional

Minister Schippers stelt een fors bedrag beschikbaar voor het toegankelijk maken van medische informatie voor patiënten. In de Miljoenennota is een totaalbedrag van 105 miljoen euro opgenomen voor het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP). De invulling van de regeling en precieze voorwaarden van deelname worden de



komende periode verder uitgewerkt. In de begroting staat: 'Gedurende de periode 2017-2019 stel het Ministerie van VWS jaarlijks € 35 miljoen beschikbaar aan ziekenhuizen om hen in staat te stellen hun ICT-infrastructuur patiëntgericht te maken, zodat de patiënt toegang krijgt tot zijn gegevens en deze kan gebruiken voor regie over zijn gezondheid (bijvoorbeeld door de inzet van apps of delen met andere zorgverleners).' Met het VIPP-programma krijgt de ontwikkeling om de patiënt meer als partner in het zorgproces te zien, een stevige impuls (NVZ, 20 september 2016).

Zvw uitgaven 2017

Tweedelijnszorg	51%
Eerstelijnszorg	12%
GGZ	8%
Genees- & hulpmiddelen	14%
Wijkverpleging	8%
Ziekenvervoer	1%
Overig (opleidingen, grensoverschrijdende zorg, beheerskosten e.d.)	6%
Totaal	100%

Zorguitgaven in vogelvlucht: afvlakking van de groei

De collectieve zorguitgaven stijgen in 2017 van 67,1 naar 68,5 miljard euro. Eén van de belangrijkste doelstellingen van het kabinet is om de ontwikkeling van de zorguitgaven op een houdbaar pad te brengen. De zorguitgaven zijn binnen de beschikbare kaders gebleven, waardoor de trendmatige groei van de zorguitgaven na 2012 kon worden omgebogen.

Weet u wat u per jaar betaalt aan zorg?

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

- **Zorgpremie:** de premie voor de basis zorgverzekering die mensen zelf betalen aan de zorgverzekeraar
- **Eigen betalingen:** bijdrage die mensen zelf betalen voor zorg die niet geheel wordt vergoed door de zorgverzekering
- **Zorgtoeslag:** tegemoetkoming in de zorgkosten voor mensen met een inkomen onder een vastgestelde inkomensgrens
- **Inkomensafhankelijke bijdrage:** deze bijdrage is afhankelijk van het inkomen en wordt geïnd door de belastingdienst. Werknemers doen dit via hun loonstrookje. Zelfstandigen betalen dit rechtstreeks
- **Wet langdurige zorg (Wlz)-premie:** mensen via het loonstrookje ongeveer 10% van het inkomen aan Wlz-premie
- **Belastingen:** met deze inkomsten financiert het Rijk collectieve voorzieningen zoals de zorg

Gemiddelde zorgkosten per volwassene (18 jaar en ouder) 2017:

Zorgpremie	€ 1.241
Eigen betalingen	€ 367
Zorgtoeslag	€ -323
Inkomensafhankelijke bijdrage	€ 1.596
Wlz premie	€ 1.122
Belastingen	€ 1.345
Totaal	€ 5.347

De bedragen in bovenstaande tabel zijn een gemiddelde per volwassene. Sommige mensen betalen meer en anderen betalen minder. Hoeveel iemand precies betaalt is afhankelijk van zijn inkomen (en bij recht op zorgtoeslag ook van het inkomen van zijn partner).

Huishoudens met een laag inkomen betalen minder dan € 5.347,- per persoon aan collectief verzekerde zorg en huishoudens met een hoger inkomen meer, omdat de meeste posten inkomensafhankelijk zijn. Dat is het geval bij de inkomensafhankelijke Wlz-premie, bijdrage Zvw, eigen bijdrage Wlz en de belastingen. Omdat huishoudens met een laag of middeninkomen een inkomensafhankelijke zorgtoeslag ontvangen ter compensatie van de nominale premie en het eigen risico, geldt ook bij de nominale premies en het eigen risico dat de nettolast hiervan in samenhang met de zorgtoeslag toeneemt met het inkomen.

Reacties

(Bronnen: Skipr, Zorgvisie, 20 en 21 september 2016)

Verpleegkundigen teleurgesteld in kabinetsplannen zorg

De beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden is niet erg positief over de plannen voor de zorg die het kabinet op Prinsjesdag bekend maakte. Kritiekpunt is dat het lijkt aan urgentie te ontbreken om echt iets te doen aan het toenemend tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden. Als er nu niet wordt geïnvesteerd, dan zijn er straks niet genoeg verpleegkundigen en verzorgenden die hun beroep op het hoogste niveau uitoefenen. De middelen die de regering beschikbaar stelt voor deskundigheidsbevordering in ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn maar een druppel op de gloeiende plaat. De vereniging roept op tot een integraal programma voor bijscholing en behoud van arbeidsplaatsen en voor nieuwe instroom door meer stageplaatsen en meer beschikbare vervolgopleiding.

Patiëntenfederatie Nederland

Patiëntenfederatie Nederland is kritisch op de plannen en het feit dat er geen geld is vrijgemaakt om het verplichte eigen risico in de zorg te verlagen. Dat blijft op 385 euro per verzekerde staan. Het eigen risico blijft te hoog en de opeenstapeling van eigen bijdrages blijft gewoon ongewijzigd.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

ZN vindt het een goede zaak dat het kabinet het eigen risico in 2017 niet verhoogt en de geplande bezuiniging van 500 miljoen euro op de verpleeghuiszorg schrapt. ZN zet wel vraagtekens bij de veronderstellingen van het kabinet voor de zorgpremie voor 2017. Het kabinet verwacht een premiestijging van 3,50 euro per maand per verzekerde. Daarbij rekent het kabinet er onder andere op dat ook dit jaar de zorgverzekeraars 2 miljard euro van hun reserves zullen inzetten om een hogere premiestijging te voorkomen. Of dit reëel is, zal de komende maanden blijken.

CNV Zorg & Welzijn

CNV is blij dat de bezuiniging van 400 miljoen euro op de langdurige zorg is teruggedraaid. Dat geld moet bij medewerkers



en ouderen terechtkomen en niet verdwijnen in systemen en overhead. CNV Zorg & Welzijn pleit daarom voor een masterplan voor de ouderenzorg, waarin instellingen de behoeften van cliënten en medewerkers op de eerste plaats zetten en met minder bureaucratie te maken krijgen.

FNV Zorg & Welzijn

FNV wil samen met kabinet en werkgevers werken aan een generatiepact. De afgelopen jaren is te veel bezuinigd. Alleen al in de zorg gingen tienduizenden banen verloren. Door acties van FNV komt er nu meer geld voor de ouderenzorg. Dat is mooi, maar meer is nodig om te zorgen dat er genoeg handen aan het bed zijn.

GGZ Nederland

In 2017 is er meer geld nodig voor de geestelijke gezondheidszorg. Er moeten vooral extra maatregelen worden genomen om de zorg en opvang voor mensen met psychische problematiek te verbeteren. Het is mooi dat het kabinet 30 miljoen euro beschikbaar stelt voor de aanpak van verwarde personen.

Maar voor het adequaat inrichten van crisisplaatsen, vervoer en behandelingen, schat GGZ Nederland de kosten vanaf 2017 op 140 miljoen euro op jaarbasis.

ActiZ

Brancheorganisatie ActiZ is blij dat is besloten voor 2017 af te zien van verdere bezuinigingen op de verpleeghuiszorg.

Medisch specialisten

Loondienst- of participatiemodel voor medisch specialisten

Op 4 juli heeft minister Schippers de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken over de invoering van de integrale bekostiging. Hierbij heeft de minister zich gebaseerd op onderzoeken en rapporten van onder andere Tias Business School Eindhoven, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en op waarnemingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De minister stelt dat het feitelijk nog te vroeg is om conclusies te trekken over de invoering van de integrale bekostiging. Het glas is op dit moment 'halfvol'. Het is volgens Schippers aan partijen om de komende jaren lokaal de gecreëerde mogelijkheden voor selectieve inkoop, doelmatige zorg en taakherschikking waar te maken. De bestuurbaarheid van ziekenhuizen is volgens NZa niet verslechterd.

In de meeste ziekenhuizen waren, en zijn, de onderlinge verhoudingen goed, aldus Tias. Ook IGZ geeft aan in de praktijk geen directe, negatieve gevolgen van de invoering van de integrale bekostiging te hebben aangetroffen. NZa en IGZ benadrukken dat de integrale bekostiging kansen biedt om gezamenlijk te werken aan goede en veilige zorg. Toch is het niet allemaal positief. Uit de rapporten blijkt ook dat de invoering van het samenwerkingsmodel heeft geresulteerd in complexe

organisatiestructuren. Bovendien lijkt de toegenomen invloed van de medisch specialisten ten koste te zijn gegaan van de invloed van de ziekenhuisbestuurders. Het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) kan een hindermacht zijn als aparte entiteit met meer macht dan voorheen. Dat botst met de eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur voor kwaliteit en veiligheid. Ook blijven in het samenwerkingsmodel bepaalde potentiële risico's van het oude maatschappenmodel bestaan, zoals versnippering, beperkte betrokkenheid, of concurrentie tussen het MSB en het ziekenhuis.

De minister geeft aan dat zij het samenwerkingsmodel vooral ziet als een voorlopig tussenmodel. Op de lange termijn geven volgens de minister het loondienstmodel en het participatiemodel betere condities voor, financiële, gelijkgerichtheid van medisch specialisten en ziekenhuis. De minister gaat één en ander stimuleren middels een eventuele aanpassing van het Wetsvoorstel vergroten van de investeringsmogelijkheden in de medisch specialistische zorg. Hiervoor laat Schippers een onderzoek uitvoeren. Daarnaast schrijft zij aan de Tweede Kamer dat het kabinet voornemens is in de Wet uitbreiding personele reikwijdte Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT-3) de uitzondering voor artsen te handhaven.

In reactie op de brief van de minister stelt de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) dat het belangrijk is dat ziekenhuizen en medisch specialisten verder kunnen werken aan het goed laten landen van de veranderingen als gevolg van de invoering van de integrale bekostiging. NVZ pleit voor doorontwikkeling van de gelijkgerichtheid tussen ziekenhuis en specialist. Daar is naar de mening van NVZ tijd voor nodig en rust in de regelgeving: 'Niemand zit er op te wachten dat nu doorgestoomd wordt naar een nieuw model.' (Brief VWS aan Tweede Kamer, 4 juli 2016; Website NVZ, 19 juli 2016).

Het belang van een goede relatie tussen RvB en medisch specialisten

Ziekenhuizen worden in toenemende mate geconfronteerd met vraagstukken die de toekomst van het ziekenhuis raken. Externe partijen zullen zich meer en meer met het beleid van

het ziekenhuis bezighouden. De besturing van de Nederlandse ziekenhuizen wordt de komende jaren alleen maar moeilijker.

De scheiding tussen eerste-, tweede- en derdelijnsinstellingen verdwijnt, waardoor organisatiegrenzen vervagen. Maar ook discussies over het ziekenhuisportfolio kunnen niet geïsoleerd binnen het ziekenhuis worden gevoerd. In de voorbereiding op deze toekomst is een gezamenlijke visie nodig van de raad van bestuur en de medisch specialisten. Ze moeten in toenemende mate andere stakeholders, zoals patiënten, toezichthouders en andere zorgaanbieders betrekken in besluitvorming, concludeert Ron van der Pennen in zijn promotieonderzoek over de besluitvorming binnen ziekenhuizen.

Cruciaal in besluitvorming in het ziekenhuis is de relatie tussen de raad van bestuur en medisch specialisten. Deze relatie is veelal complex. Het promotieonderzoek van Van der Pennen richt zich op deze complexiteit en wat zich onder deze complexiteit afspeelt. Wat gebeurt er in de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten in besluitvormingsprocessen? Uit het onderzoek blijkt dat het proces van besluitvorming niet uniform en voorspelbaar verloopt. Vooral de uiteenlopende perspectieven tussen raad van bestuur en medisch specialisten spelen een grote rol. Deze verschillende perspectieven vormen een voedingsbodem voor een afname van vertrouwen en voor meer onzichtbaarheid in de processen: partijen houden de kaarten langer tegen de borst.

Het onderzoek concludeert dat de besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten voor een groot deel bepaald wordt door de wijze waarop het proces zich heeft ontwikkeld. Veelal wordt er in het traject echter zeer weinig aandacht besteed aan het proces. Bestuurders en medisch specialisten zouden meer aandacht moeten schenken aan het proces van de besluitvorming en niet alleen aan de inhoud.

Ze zouden zich moeten afvragen wat de partijen open met elkaar kunnen delen. Als er te veel onzichtbaar blijft, voedt dat het wantrouwen. Het goed houden van de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten is een doel op zich (Tias, 25 augustus 2016).

Overleg pensioenaftopping hervat

Begin juli heeft opnieuw overleg plaatsgevonden tussen de Federatie Medische Specialisten (FMS), de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), over het geschil rond de pensioenaftopping. Sinds 1 januari 2015 is de wetgeving voor pensioenopbouw veranderd. Volgens de nieuwe regels mogen werknemers en werkgevers geen fiscaal vrij pensioen meer opbouwen boven een inkomen van € 100.000,-. De werkgever, NVZ, heeft besloten slechts een deel van de pensioenpremie van het werkgeversdeel terug te geven.

De inzet van LAD is 100% teruggave van deze pensioenpremie. In het bestuurlijk overleg van begin juli is aangegeven dat de ervaren werkelijkheden uiteenlopen, dat voor veel onrust zorgt. Afgesproken is dat de onderhandelingsdelegaties zo snel mogelijk weer aan tafel gaan om een gedegen oplossing te vinden. Een externe onafhankelijke voorzitter, Hans Borstlap (lid van de Raad van State en voormalig topambtenaar), is gevraagd de gesprekken te leiden. LAD heeft gezien de afspraken besloten dat de acties vooralsnog worden opgeschort. Inmiddels is onder leiding van Borstlap het overleg hervat. Op 9 september kwamen de partijen voor het eerst samen bijeen.

Op basis van een tussenrapportage van Borstlap zien partijen een gezamenlijke oplossingsrichting die op korte termijn nader uitgewerkt zal worden. Partijen hebben over en weer het vertrouwen uitgesproken er op deze basis uit te willen komen. Nieuwe acties blijven vooralsnog opgeschort (FMS, 13 september 2016).





Geen vergoeding voor coschappen

Studenten geneeskunde hoeven tijdens hun coschappen niet te rekenen op een beurs of een stagevergoeding. Een coschap is geen stage en de studenten hebben tijdens de opleiding geen bevoegdheid om zelfstandig handelingen te verrichten die vallen onder de BIG-wet. Studenten lopen zo'n 40 weken per jaar coschappen. De studiebelasting wordt geschat op ongeveer 46 uur per week. De coschapsfase duurt twee jaar en komt bovenop de basisfase van vier jaar. Studentenorganisaties stellen dat geneeskundestudenten in die tijd geen bijbaantjes kunnen hebben, waardoor hun studieschuld nog verder toeneemt. Minister Bussemaker (OCW) stelt dat de geneeskundestudenten die later weer ruimschoots terugverdienen. Mochten de voormalige studenten geneeskunde onverhoopt in de financiële problemen komen, bijvoorbeeld omdat ze geen geschikte baan kunnen vinden, dan geldt voor hen hetzelfde als voor alle anderen met een studieschuld: ze mogen aflossen naar draagkracht en het restant wordt na 35 jaar kwijtgescholden (Skipr, 21 september 2016).

Richtlijn artsen voor omgang medische gegevens

Artsenfederatie KNMG heeft zijn richtlijn aangepast om artsen meer duidelijkheid te geven over hoe ze moeten omgaan met medische gegevens. Aanleiding is nieuwe regelgeving, zoals de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, de komst van de Jeugdwet en het gebruik van WhatsApp.

Met de richtlijn in de hand moet het duidelijker worden voor artsen of zij patiëntgegevens mogen uitwisselen met gemeentes. Ook geeft het antwoord op de vraag wanneer de Inspectiedienst voor de Gezondheidszorg recht heeft op inzage in patiëntendossiers. Daarnaast krijgen artsen tips over wat ze beter wel en niet in geneeskundige verklaring kunnen zetten als een patiënt daar om vraagt. Artsen wordt in de nieuwe richtlijn ook duidelijk gemaakt welke regels en aandachtsgebieden gelden voor communicatie via bijvoorbeeld WhatsApp (ANP, 8 september 2016).

Inzet onafhankelijk deskundige arts bij fraudeonderzoek in de zorg

Fraude in de zorg is onacceptabel en moet worden aangepakt. Tegelijk moet het medisch beroepsgeheim van artsen zoveel mogelijk worden gerespecteerd. In uitzonderlijke gevallen kan het echter nodig zijn om inzage te krijgen in medische gegevens, bijvoorbeeld om na te kunnen gaan of de door een arts gedeclareerde zorg wel echt heeft plaatsgevonden. Om dit op te lossen is gezocht naar een zorgvuldige en proportionele werkwijze, die het medisch beroepsgeheim maximaal respecteert, terwijl strafrechtelijk opgetreden kan worden als dat nodig is. Daarom hebben de Artsenfederatie KNMG, het Openbaar

Ministerie, de Financiële inlichtingen- en opsporingsdienst, de Inspectie SZW en het ministerie van VWS afgesproken dat er bij een ernstig vermoeden van fraude in de zorg een onafhankelijk deskundige arts wordt ingeschakeld. Voordat de onafhankelijk arts wordt ingezet toetst een onafhankelijk juridisch deskundige eerst of de inzet gerechtvaardigd is. De arts bekijkt vervolgens of de gegevens wel of niet onder het medisch beroepsgeheim vallen en checkt bijvoorbeeld of gedeclareerde zorg ook echt heeft plaatsgevonden. Vervolgens maakt deze arts hiervan een verslag met geanonimiseerde gegevens en stuurt dit door naar de officier van justitie. Partijen streven ernaar dat deze werkwijze op 1 januari 2017 in werking treedt (Nieuwsbericht VWS, 5 juli 2016).

Medisch specialist is steeds vaker vrouw

Het aantal vrouwen onder medisch specialisten in algemene ziekenhuizen neemt snel toe. Dat staat in de voorpublicatie Brancherapport algemene ziekenhuizen 2016 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. In 2009 was een derde van de medisch specialisten vrouw, in 2014 is dit aandeel gestegen naar 40%. Te verwachten is dat de feminisering van het beroep de komende jaren voortzet, want in de leeftijdsgroep tot 40 jaar zijn vrouwen in de meerderheid. De nieuwe instroom bestaat voor de meerderheid uit vrouwen. In de uitstroom vormen mannelijke specialisten juist de meerderheid. De feminisering gaat hand in hand met een toename van loondienstverband. Het aantal medisch specialisten in loondienst is in de periode 2009-2014 gestegen van 37% naar 42%.

Opvallend is dat medisch specialisten steeds langer doorwerken. De groep specialisten die na 65 jaar doorwerkt is in vijf jaar tijd verdubbeld van circa 500 naar ruim 1000. In die groep zijn mannen juist in de meerderheid (Zorgvisie, 19 september 2016).

Aantal patiënten in ziekenhuizen blijft dalen

Het Brancherapport algemene ziekenhuizen 2016 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen meldt dat de daling van het aantal patiënten over de hele linie doorgaat. Het aantal eerste polikliniekbezoeken in algemene ziekenhuizen is in 2015 met 3,3% gedaald; het aantal dagbehandelingen met 11,6% afgenomen. Die afname is overigens minder dan in 2014, toen het aantal dagbehandelingen met 20,8% daalde. Het aantal klinische opnames is in 2015 met 2,6% afgenomen. Het aantal verpleegdagen is in 2015 met bijna 140.000 gedaald naar 6,15 miljoen. Deze daling van 2,2% is een stuk lager dan in voorgaande jaren.

De gemiddelde verpleegduur, gecorrigeerd voor eendaagse opnames, is in 2015 voor het eerst niet verder afgenomen. Bij sommige vakgroepen, zoals longziekten, cardiologie, KNO, neurologie, klinische geriatrie en verloskunde is er sprake van een toename. Bij neurologie bedraagt de toename zelfs 25%. Volgens het brancherapport is dit te wijten aan de afnemende capaciteit in de ouderenzorg (Zorgvisie, 19 september 2016).

FNV Zorg & Welzijn wint hoger beroep over onregelmatigheidstoelage tijdens vakantie

Werkgevers moeten de onregelmatigheidstoelage ook tijdens verlof en vakanties doorbetalen. De rechter geeft ook in hoger beroep FNV gelijk in verschillende zaken die de vakbond namens leden had aangespannen. De werkgevers in kwestie moeten de gemiste onregelmatigheidstoelage over de vijf jaren voor 1 januari 2014 nabetalen.

Uit uitspraken van het Europese Hof van Justitie bleek dat medewerkers op grond van een uitzonderingsbepaling in de vorige cao ten onrechte geen onregelmatigheidstoelage hebben ontvangen. Het lukte niet om rechtstreeks afspraken te maken met de werkgevers over het nabetalen van deze gemiste toelage. Daarom stapten de leden van FNV eind 2014 naar de rechter. FNV heeft bij wijze van proefproces namens een klein aantal leden op drie plaatsen in het land een rechtszaak aangespannen tegen huisartsenposten die weigerden gemiste onregelmatigheidstoelage over de volledige navorderingstermijn van vijf jaar na te betalen (Skipr, 15 september 2016).

Marcel Daniëls voorgesteld als algemeen voorzitter FMS

Het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten zal tijdens de Algemene Vergadering op 15 december cardioloog Marcel Daniëls voordragen als algemeen voorzitter, als opvolger van Frank de Grave. Daniëls is cardioloog in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch en bestuurslid van de federatie en voorzitter van de Raad Kwaliteit. De Raad Kwaliteit maakt namens de wetenschappelijke verenigingen beleid op het terrein van kwaliteit van de medisch specialistische zorg (FMS, 27 september 2016).

**Stijging kosten per patiënt**

Terwijl het aantal patiënten (klinisch en poliklinisch) in 2015 verder is gedaald, nemen de patiëntgebonden kosten in Nederlandse ziekenhuizen juist toe. Na een stijging van 4,8% in 2014, namen de patiëntgebonden kosten in 2015 toe met 5,8%. Uit de cijfers blijkt dat bijna 38% van de patiëntgebonden kosten bij ziekenhuizen wordt besteed aan medicijnen. Dit blijkt uit een analyse van de jaarverslagen van 79 ziekenhuizen over 2015, de jaarlijkse thermometer van Intrakoop en Versteegen accountants.

De onderzochte ziekenhuizen vertegenwoordigen samen 95% van de totale omzet in de sector. Ondanks een stijging van de zorgkosten en de bedrijfslasten is het financiële resultaat van de Nederlandse ziekenhuizen in 2015 fors verbeterd. Samen boekten de ziekenhuizen een netto resultaat van 541 miljoen euro, bijna 100 miljoen meer dan een jaar eerder.

De ziekenhuizen zijn in 2015 financieel in rustiger vaarwater gekomen. Uit de cijfers van de jaarverslagenanalyse blijkt ook dat het aantal ziekenhuizen dat rode cijfers heeft geschreven is afgenomen. In 2015 rapporteerde bijna 8% van de ziekenhuizen een verlies, ten opzichte van ruim 11% in 2014. De resultatenverbetering heeft deels een incidenteel karakter vanwege het ontvangen van subsidies en schadevergoedingen. En soms door het vrijvallen van voorzieningen voor verliezen die niet nodig bleken.

De meeste ziekenhuizen die rode cijfers schrijven, hebben last van incidentele tegenvallers. Zij moesten bijvoorbeeld afschrijven op vastgoed of op vorderingen die oninbaar bleken. In structurele zin staat de resultaatontwikkeling onder druk doordat de kosten sneller toenemen dan de baten. De liquiditeit is in 2015 enigszins gestabiliseerd. De liquiditeit blijft een kwetsbaar financieel aspect voor de sector. Van de 79 onderzochte ziekenhuizen zijn er eind 2015 nog 23 met een liquiditeit lager dan de wenselijke norm. In 2014 waren dit er 28. Een bescheiden verbetering, maar het biedt nog weinig ruimte voor tegenvallers of grote investeringen (Intrakoop, 18 juli 2016).

Openbaarheid ziekenhuistarieven

De afgelopen periode is op landelijk niveau veelvuldig gesproken over het nut, de noodzaak en wenselijkheid van de openbaarheid van tarieven. De Consumentenbond ziet deze informatie als belangrijke keuze informatie voor de patiënt. Ook VWS, Autoriteit Consument & Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn deze mening toegedaan. ACM vindt dat zorgverzekeraars en niet de ziekenhuizen aan zet zijn om consumenten inzicht te geven in de tarieven van ziekenhuisbehandelingen. Vooruitlopend op deze visie van ACM heeft zorgverzekeraar CZ begin augustus de met de ziekenhuizen gecontracteerde tarieven die lager zijn dan het hoogste (vrijwillig) eigen risico van 885,- op haar website gepubliceerd.

NZa vindt de openbaarmaking van CZ van de tariefafspraken met de ziekenhuizen een goede stap voorwaarts. Een volgende stap is dat ook andere zorgverzekeraars aan de slag gaan met het inzichtelijk maken van de kosten van ziekenhuisbehandelingen. En uiteindelijk zouden verzekeraars ook meer informatie moeten gaan geven over de kwaliteit van de zorg. Patiënten willen graag weten waar je het beste terecht kunt voor een bepaalde behandeling. Dat betekent dat verzekeraars bij de inkoop ook afspraken gaan maken over de kwaliteit van zorg. Medio oktober vindt onder leiding van VWS een werkconferentie plaats tussen experts en landelijke partijen om te bezien hoe dit traject verder wordt opgepakt (Consumentenbond; CZ; NZa; 3 augustus 2016; brief VWS aan de Tweede Kamer, 31 augustus 2016; ACM, 16 september 2016).

Omweg gevonden voor geheime ziekenhuisnota's

De Consumentenbond mobiliseert patiënten om aan de hand van hun ziekenhuisnota's zicht te krijgen op de prijsverschillen voor de diverse behandelingen. De Consumentenbond heeft samen met de Open State Foundation een website gemaakt waar patiënten anoniem hun ziekenhuisrekening kunnen deponeren. Door via deze omweg zelf gegevens te verzamelen, denken beide organisaties alsnog de geheim gehouden ziekenhuisprijzen te openbaren. Patiënten kunnen daar onder meer de naam van het ziekenhuis, het behandeljaar, de zorgverzekeraar, de negencijferige code van de behandeling en de prijs kwijt. Volgens de initiatiefnemers hebben zorgverzekeraars, ziekenhuizen en de Nederlandse Zorgautoriteit amper gereageerd op verzoeken om openheid (ANP, 6 september 2016).

Vaststelling DBC-pakket 2017

Op 30 juni 2016 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het DBC-pakket voor 2017 gepubliceerd. In het pakket is slechts een beperkt aantal aanpassingen ten opzichte van 2016 doorgevoerd. De belangrijkste aanpassingen betreffen de nieuwe tarieven voor het gereguleerde segment, de ICD-10 registratieverplichting en het geneesmiddelenbeleid. 177 instellingen hebben kostprijzen over het jaar 2014 aangeleverd bij NZa. Deze kostprijzen zijn beoordeeld op homogeniteit, onderlinge spreiding en representativiteit. De uitgevoerde analyses gaven op een aantal onderdelen aanleiding om af te wijken van de generieke rekenmethodiek. In goed overleg met branchepartijen is de informatie uiteindelijk verwerkt in nieuwe tarieven voor 2017. NZa heeft in afstemming met veldpartijen besloten om de verantwoordelijkheid van de ICD-10 registratieverplichting aan te passen. ICD-10 staat voor de 10^e versie van de *International Statistical Classification of Diseases and Related*

Health Problems. Dit is een internationaal gestandaardiseerd classificatiesysteem voor diagnoses, dat wordt gebruikt om ziektebeelden en diagnoses van patiënten eenduidig te registreren. Het wordt gezien als een essentiële bouwsteen voor het verschaffen van beleidsinformatie binnen de gezondheidszorg.

Dit systeem kan worden gebruikt voor internationale vergelijkingen, als parameter voor kwaliteits- en uitkomstenindicatoren. Instellingen zijn verplicht om per 1 juli 2015 de ICD-10 hoofddiagnose aan te leveren. De medisch specialist is verantwoordelijk om de ICD-10 diagnose te registreren.

Omdat medisch specialisten hierbij afhankelijk zijn van de ICT-infrastructuur van de instelling, en omdat de medisch specialist in de praktijk vaak ondersteund wordt door de medisch codeur, is deze registratieverantwoordelijkheid aangepast. NZa beschouwt de totstandkoming van de ICD-10 registratie- en aanleververplichting als een gezamenlijk proces. NZa stelt in de nieuwe regelgeving instellingen en medisch specialisten gezamenlijk verantwoordelijk voor de registratie van de ICD-10.

Per 2017 wordt het geneesmiddelenbeleid aangepast waardoor alle add-on geneesmiddelen ongeacht de indicatie als add-on gedeclareerd dienen te worden. Dit vereist een behoorlijke aanpassing van de registratie- en ICT-systemen in de ziekenhuizen. In het huidige beleid kan de situatie bestaan dat een geneesmiddel bij indicatie A als add-on moet worden gedeclareerd en bij indicatie B als onderdeel van een DBC-zorgproduct. Vanaf volgend jaar geldt dat als voor een geneesmiddel een add-on prestatie is vastgesteld, dat dit geneesmiddel als add-on moet worden gedeclareerd, ongeacht de indicatie. Deze beleidswijziging leidt potentieel tot dubbele bekostiging voor add-on geneesmiddelen die tot 2017 één of meer indicaties kenden waarvoor de add-on status niet gold. Om deze dubbele bekostiging te voorkomen, moeten de tarieven hiervoor geschoond worden. Om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te ondersteunen bij het doorvoeren van de tariefscorrectie heeft NZa het Informatieproduct afslag geneesmiddelen gepubliceerd. Aanvullend op dit Informatieproduct hebben landelijke partijen tevens een handreiking opgesteld die lokale partijen kunnen gebruiken bij de schoning (NZa circulaire: Add-on bekostiging 2017, 31 augustus 2016).

Tergooi en Zilveren Kruis sluiten meerjarenovereenkomst

Zorgverzekeraar Zilveren Kruis en Tergooi hebben een vijfjarige overeenkomst ondertekend, het contract loopt van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2021. Hiermee gaat Tergooi voor het eerst een meerjarige overeenkomst aan. Beide partijen hebben er belang bij de bestaande relatie ook in de toekomst te continueren en waarborgen daarmee zorg voor verzekerden van Zilveren Kruis in het verzorgingsgebied van Tergooi voor de komende jaren. De helft van de patiënten van Tergooi is verzekerd bij Zilveren Kruis. De meerjarenovereenkomst is van belang voor de financiering van de nieuwbouw van Tergooi en een van de voorwaarden die werd gesteld door bankenconsortium ING en ABNAMro bij de toezegging tot financiering (NVZ, 29 september 2016).

Ziekenhuis Amstelland en Menzis sluiten meerjarenovereenkomst

Zorgverzekeraar Menzis en Ziekenhuis Amstelland hebben een tweejarig contract ondertekend, het contract loopt van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2018. Hiermee gaat Ziekenhuis Amstelland met Menzis, die de labels Menzis Zorgverzekeraar en Anderzorg voert, voor het eerst een meerjarige overeenkomst aan. Een juiste prijs is voor Ziekenhuis Amstelland belangrijk om de kwaliteit van zorg ook in de toekomst te kunnen blijven leveren en om voor haar patiënten 'aangenaam dichtbij' te blijven. Daarnaast ondersteunt Menzis hiermee de strategie van Ziekenhuis Amstelland voor de komende jaren om als zelfstandig ziekenhuis te blijven voortbestaan (NVZ, 13 september 2016).

Ziekenhuis worstelt met klantgerichtheid

Tussen ziekenhuizen bestaan grote verschillen in patiëntgerichtheid, zo blijkt uit de *Patient Centricity Scan* 2016 van marktonderzoekbureau DVJ insights. Het St. Antonius Ziekenhuis met vestigingen in Nieuwegein en Utrecht komt met een score van 83 op 100 als meest klantgerichte ziekenhuis uit het onderzoek naar voren. Het ziekenhuis onderscheidt zich door de manier waarop de artsen, verpleegkundigen en ondersteunende medewerkers met patiënten omgaan. De klantgerichte werkwijze is deels uit nood geboren. Toen het St. Antonius Ziekenhuis in 2013 de nieuwe locatie in de Utrechtse wijk Leidsche Rijn opende wisten de patiënten het ziekenhuis aanvankelijk moeilijk te vinden. Om klanten te binden nam het ziekenhuis verschillende stappen om de klantervaring te verbeteren. De top vijf wordt gecompleteerd door het Martini Ziekenhuis Groningen (81,3 punten), het VUmc Amsterdam (80,3 punten), het Radboudumc Nijmegen (79,5 punten) en het Spaarne Gasthuis in Haarlem en Hoofddorp (79,4 punten). Het minst presterende ziekenhuis is het Zuyderland ziekenhuis in Sittard en Geleen. Het Limburgse fusieziekenhuis wordt door patiënten afgerekend op parkeerproblemen, personeel dat druk is met nieuwe computersystemen en verbouwingen. De klantgerichtheidsscores van ziekenhuizen zijn ook vergeleken met andere branches. De ziekenhuizen scoren met een vierde plek beter dan banken, verzekeraars, energiebedrijven en netbeheerders. Maar ziekenhuizen kunnen op het gebied van klantgerichtheid nog veel leren van reisorganisaties, autodealers en webwinkels (Skipr, 26 september 2016).

Zorginstellingen vragen aandacht voor informatiebeveiliging

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) is de campagne ZEKER gestart over informatiebeveiliging. Tijdens de campagne wijzen ziekenhuizen en categorale instellingen hun medewerkers op het belang van informatiebeveiliging. Ook ggz-instellingen doen dit jaar mee. De NVZ-campagne sluit aan op de landelijke campagneweek van Alert Online: een initiatief van overheid, bedrijfsleven en wetenschap. Het thema dit jaar is digitale vaardigheden. NVZ haakt aan bij het thema van Alert Online met een zorgbrede campagne en zet met ZEKER in op de vaardigheden van medewerkers met het thema 'efficiënte en veilige communicatie; hoe voorkom je datalekken?'. Sinds januari 2016 zijn organisaties verplicht om datalekken te melden bij de Autoriteit Persoonsgegevens. Deze meldplicht valt onder de Wet bescherming persoonsgegevens. Het niet, of niet tijdig, melden van een lek kan zorgen voor een flinke bestuurlijke boete oplopend tot 820.000

euro of 10% van de jaaromzet. In de campagne worden medewerkers gewezen op de plicht en bij een vermoeden van een datalek deze te melden bij de security officer van de instelling (Skipr, 3 oktober 2016).

Laat patiënt meebeslissen over innovatie

Er is te weinig geld om alle innovaties op het gebied van technologie en medicijnen bij te houden. Patiënten zouden daarom moeten meebeslissen over de investeringsagenda, zodat innovaties die hen echt helpen meer kans krijgen, betoogt Mark van Houdenhoven, bestuursvoorzitter van de Sint Maartenskliniek en tevens bijzonder hoogleraar Economische bedrijfsvoering in de gezondheidszorg.

Een mooi voorbeeld is het exoskelet voor een patiënt die met dwarslaesie bij de Sint Maartenskliniek kwam. Het 'robotpak' werd door niemand vergoed, waardoor het een onbereikbare innovatie voor de doelgroep bleef. De patiënten zijn toen succesvol € 80.000,- gaan crowdfunderen. Dat had niet op deze manier gemoeten, vindt Van Houdenhoven, terwijl tegelijkertijd de zoveelste innovatieve pacemaker of onduidelijk hecht draad wel wordt vergoed. Daarnaast waarschuwt hij dat artsen innovaties tegenhouden. Bijvoorbeeld de ontwikkeling van een draagbaar nierdialyseapparaat als er net een nieuw dialysesysteem is aangeschaft. Daar is de patiënt niet bij gebaat. Van Houdenhoven ziet twee methoden om *meaningful innovations* beter te ontwikkelen. Ten eerste is er meer internationale samenwerking nodig. Ten tweede bepleit Van Houdenhoven een financieringssysteem vergelijkbaar met transfers in de voetbalwereld. Als een voetballer verkocht wordt aan een nieuwe club gaat vijf procent van dat bedrag naar de opleider. Zo zou ook de universiteit waar een medicijn is ontwikkeld, bij elke doorverkoop van het patent een percentage moeten krijgen (Skipr, 21 september 2016).

Verzekerde kent mogelijkheid niet van keuze bij planbare zorg

Zeker de helft van de Nederlandse zorgconsumenten is niet goed op de hoogte van de mogelijkheid om zelf te kiezen bij planbare ingrepen, zoals een heup- of staaroperatie. Eén op de vijf denkt ten onrechte helemaal geen keuze te hebben, volgens onderzoeksbureau Team Vier. Bijna 60% van de respondenten geeft aan dat ze graag samen met de huisarts beslissen waar ze naar toe gaan voor een planbare behandeling of ingreep. Deskundigheid (50%) en bewezen kwaliteit van zorg (47%) zijn voor de 'kwaliteitsgerichte zorgconsument' de belangrijkste criteria bij het maken van een keuze. Ook betaalbaarheid of dekking door de verzekeraar (37%), ervaring van de arts en het team (32%) en specialisatie (31%) worden belangrijk gevonden.

Als het over de herkomst van de informatie gaat, dan wordt de huisarts als meest waardevolle bron aangewezen (55%). Ook internet (49%) en ervaringen van vrienden en familie (43%) zijn belangrijk. Reisafstand is relatief onbelangrijk; nog geen kwart van de ondervraagden (23%) geeft aan dit belangrijk te vinden (Skipr, 19 september 2016).

Nieuw revalidatieconcept dringt onnodige ligdagen terug

Het toevoegen van bewakingsfuncties aan revalidatiezorg kan de ligduur van geïmmobiliseerde patiënten drastisch bekorten en tevens de uitkomsten sterk verbeteren. Bovendien wordt de intensive care van ziekenhuizen ontlast. Dat suggereren de eerste ervaringen van revalidatiecentrum Heliomare met de nieuwe optimum care (OC)-afdeling. In een evaluatie van het eerste jaar van de OC constateert Heliomare dat de totale klinische opnameduur van hoogcomplexen patiënten met ruim 60 dagen is verminderd van 166 naar 104 dagen. Bovendien worden patiënten minder vaak teruggeplaatst naar het ziekenhuis. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat de kansen op functieherstel groeien naarmate patiënten eerder beginnen met revalideren. Bovendien neemt daarmee het risico af op veel voorkomende complicaties op de IC, zoals verlies van spiermassa, ademhalingsproblemen en doorligwonden. Naast ongewenste effecten voor de patiënt betekent de langdurige bedbezetting door geïmmobiliseerde patiënten voor ziekenhuizen vaak een forse logistieke belasting.

Om ziekenhuizen te ontlasten en patiënten sneller aan het revalideren te krijgen ontwikkelde Van Bezej met zijn Heliomare collega's het optimum OC-concept. OC is te beschouwen als de ontbrekende schakel tussen de IC en de reguliere revalidatieafdeling. Door het aanbod op te plussen met extra functies als 24-uurs monitoring van vitale functies, eigen lab- en röntgenonderzoek en de inzet van speciale verpleegkundigen kan Heliomare hoogcomplexen patiënten opnemen die voorheen, gezien hun medische conditie, noodgedwongen in het ziekenhuis moesten verblijven en in feite stil lagen. Het zwaartepunt ligt voorlopig bij de doorontwikkeling van het OC-concept. Met circa 60 patiënten in het eerste jaar heeft de afdeling nog niet de maximale capaciteit benut. Duidelijk is wel dat de voorziening in een behoefte voorziet. Ziekenhuizen en revalidatiecentra uit heel Nederland melden patiënten aan voor opname op de OC. Dankzij een subsidie van Stichting Agis kan Heliomare de komende twee jaar verder met de uitbouw van de OC. Deze tijd wil Heliomare benutten om definitief aan te tonen welke positieve effecten de voorziening heeft op de uitkomst van het revalidatieproces en de opnameduur (Skipr, 16 september 2016).

Ziekenhuisfusies leiden niet tot aantoonbaar betere kwaliteit zorg

Fusies tussen ziekenhuizen hebben niet aantoonbaar bijgedragen aan een verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dit blijkt uit onderzoek dat in opdracht van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) is gedaan naar de kwaliteitseffecten van 14 ziekenhuisfusies in de periode 2007-2013. De effecten van fusies werden onderzocht op 97 punten. Die gingen zowel over de kwaliteit van de zorg als over ervaringen van patiënten, wachttijden en sterftecijfers. Deze gegevens werden vergeleken met ziekenhuizen die niet zijn gefuseerd. Er zijn wel verschillen gevonden in kwaliteitsontwikkeling, maar de resultaten zijn gemengd.

Er zijn verbeteringen te zien, zoals pijnmeting op de verpleegafdeling en kortere wachttijden op onderdelen. Maar ook verslechtingen, zoals langere wachttijden voor specifieke specialismen en behandelingen.

Voor een belangrijk deel worden de verschillen verklaard doordat de gefuseerde ziekenhuizen het voorafgaand aan de fusie relatief slecht deden. Ziekenhuizen met matige kwaliteitsscores hebben in het algemeen een prikkel tot verbetering, terwijl ziekenhuizen met zeer goede scores moeilijk verder kunnen verbeteren. ACM wil dat ziekenhuizen de kwaliteitsvoordelen van een voorgenomen fusie voortaan concreet en specifiek onderbouwen. De toezichthouder zal dit 'kritisch beoordelen'. Daarnaast zouden ziekenhuizen vaker andere, minder ingrijpende vormen van samenwerking moeten overwegen om de gewenste kwaliteitsvoordelen te bereiken, aldus ACM (ACM; Skipr; ANP, 7 september 2016).

Samenwerking kankerzorg drie ziekenhuizen regio Utrecht goed voor patiënt

Drie ziekenhuizen in de regio Utrecht (UMC Utrecht, Meander Medisch Centrum Amersfoort en het St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein) mogen samenwerken bij complexe kankerzorg. De Autoriteit Consument & Markt (ACM) ziet voldoende voordelen voor patiënten en verzekeren bij deze samenwerking. Sommige kankervormen zoals lever- alvleesklier- maag-, en slokdarmkanker zijn zeldzaam. Het is beter voor de kwaliteit van de operaties als gespecialiseerde chirurgische teams deze operaties vaker uitvoeren. Op die manier kunnen chirurgen kennis en ervaring opdoen. Daarom zoeken de drie ziekenhuizen nauwe samenwerking om deze behandelingen te concentreren en de zorg op elkaar af te stemmen. ACM oordeelt dat het aannemelijk is dat de voordelen van deze samenwerking groter zijn dan de nadelen, zoals de beperking van de keuzemogelijkheden van patiënten (ACM, 25 augustus 2016).

Fusieverbod Albert Schweitzer en Beatrix is terecht

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) heeft terecht toestemming geweigerd voor de fusie tussen het Albert Schweitzer Ziekenhuis Dordrecht en Rivas Zorggroep/Beatrixziekenhuis Gorinchem. Zo luidt het oordeel van de Rechtbank Rotterdam. De rechtbank deed uitspraak op 29 september, na een beroepsprocedure die de zorginstellingen aanspanden tegen ACM. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis en Rivas Zorggroep/Beatrixziekenhuis willen al jaren een bestuurlijke fusie. Ze werken al vijftien jaar nauw samen. Vorig jaar is de fusie tegengehouden door ACM, omdat de concurrentiedruk zal wegvallen. Het was overigens voor het eerst dat ACM een ziekenhuisfusie verbood (Skipr, 29 september 2016).