

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 onder andere:

**Medisch specialisten bekostiging • NZa-monitor: betere samenwerking MSB's  
en ziekenhuisbesturen • Acute zorg • Berichten ziekenhuizen • Korte berichten**



**ZIMMER BIOMET**  
Your progress. Our promise.™

DECEMBER 2018 JAARGANG 7 • NUMMER 4

## *The Way It Is ...* (Bruce Hornsbey & The Range)

Het einde van het jaar is alweer bijna daar. De tijd van de Top 2000; wat u zult merken in deze column. De jaarlijks repeterende nieuws-items komen langs; de zwartepietdiscussie, Sinterklaas, wanneer mag de kerstboom de huiskamer in en het AD-ziekenhuis overzicht. Wat niemand ontgaan kan zijn, is de strijd om de ziektekostenpremie met daarom heen intensieve reclamecampagnes van de zorgverzekeraars om nieuwe verzekerden te lokken. De reclamespotjes en allerlei uitingen komen langs op radio en tv en verschillende folders vallen in de bus (*Time After Time*, Cyndi Lauper).

Over de zorgverzekeraars en het zorgstelsel in Nederland is veel te zeggen. Een ding is zeker, de zorgverzekeraars spelen een zeer bepalende rol en hebben duidelijk de regie in het totale zorglandschap. In een stelsel waarin gereguleerde marktwerking gepredikt wordt, wordt door deze macht de gereguleerde marktwerking volledig de kop ingedrukt (*Mysterious Way*, U2).

Zorgverzekeraars houden de touwtjes strak in handen en zijn zeer veeleisend naar alle zorginstanties. Openheid en transparantie, middels een bureaucratische registratielast, worden geëist om zodoende de marktwerking (volledig) te kunnen reguleren. (*Suspicious Minds*, Elvis Presley). Mede hierdoor zijn zorgprofessionals meer dan 40% van hun tijd kwijt met registratie. Het woord transparant kent volgens *Wikipedia* meerdere definities: zoals een transparante cultuur (heel open cultuur met weinig tot geen privacy), of een transparante organisatie (de mate waarin een organisatie, bedrijf of onderneming zichtbaar, open of toegankelijk is). Deze invulling van de definitie wordt verlangd van zorgprofessionals en instanties. In mijn beleving schieten de zorgverzekeraars zelf hier enorm in te kort (*Hocus Pocus*, Focus).

Transparantie wordt door hen als absolute voorwaarde gesteld. Hier is niets mis mee wanneer je zelf het voorbeeld geeft! Welkom in het speelveld van niet te vergelijken polissen, met keuze uit een scala aan (sub-)contractanten, die goochelen met natura- en restitutiepolissen, voorwaarden, en alle varianten daarop (*Welcome To The Jungle*, Guns N' Roses).

En om als zorgconsument helemaal het vertrouwen te kunnen verliezen, kwam recent een bericht van Bruno Bruins, minister Medische Zorg:

‘Korting collectieve zorgverzekering is nep. De korting die mensen krijgen op een collectieve zorgverzekering, is een sigaar uit eigen doos. Verzekerden lijken nu vaak een korting van 10% op hun collectieve zorgverzekering te krijgen. Maar in werkelijkheid hebben veel zorgverzekeraars eerst hun premie verhoogd.’ (*Such A Shame*, Talk Talk).

Waarom is het nog steeds niet mogelijk om een eenvoudig en duidelijk inzicht te krijgen in de verschillende polisvoorwaarden en eventuele consequenties? (*Nothing Compares 2U*, Sinéad O'Connor).

Laat ik eens proberen wat inzicht te verschaffen: Nederland kent in totaal 10 zorgverzekeraars (concerns), 86,5 % is verzekerd bij 4 van de 10 concerns. Deze 10 concerns behelzen in totaal ruim 40 kleinere zorgverzekeraars (zoals Bewust, ZEKUR, Pro life, Hema, Avero, Zorg-direct, Take Care Now, et cetera. Er zijn meer dan 51.000 collectieve zorgpolissen die sterk op elkaar lijken. Vanaf 1 januari 2020 wordt, bepaald door de minister, het collectieve kortingspercentage verlaagd van 10% naar 5%. De gemiddelde premiestijging in 2019 bedraagt € 76,92 per jaar. 44,9% van de verzekerden weet niet welk type basisverzekering hij precies heeft. 80% heeft een aanvullende verzekering. De rijksoverheid trekt 450.000 euro uit om duidelijkheid te verschaffen (*So Incredible*, Ilse de Lange).

Volgens de NZa is ook de vindbaarheid van informatie een punt van zorg. ‘De juiste informatie is er inmiddels, maar deze zou in veel gevallen beter vindbaar kunnen zijn. We spreken zorgverzekeraars hierop aan en bekijken op welke manier we de vindbaarheid van informatie kunnen verbeteren.’ (*De Waarheid*, Marco Borsato).

In deze tijden van overpeinzing en goede voornemens: beste zorgverzekeraars ... (*Breaking The Habit*, Linkin Park) en we zullen in 2019 niet meer (*Lost*, Anouk) zijn.

**Happy New Year** (ABBA)

Veel lees- en luisterplezier!  
**Roland van Esch**



## Medisch specialisten

### NZa-monitor: betere samenwerking MSB's en ziekenhuis- besturen

**De komst van de Medisch Specialistische Bedrijven (MSB's) in 2015, als gevolg van de invoering van het integraal tarief, heeft geen ongewenste gevolgen gehad. Dit is één van de conclusies van de derde monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).**

**Volgens NZa is er eerder sprake van het tegenovergestelde, er heeft een professionalisering plaatsgevonden. Overleggen en besluitvorming tussen MSB's en ziekenhuisbesturen verlopen efficiënter, de taakverdeling is duidelijker en er wordt in grotere mate een gezamenlijke verantwoordelijkheid ervaren.**



Voorafgaand aan de invoering van MSB's was er grote bezorgdheid onder ziekenhuisbestuurders, verzekeraars, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en banken over de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. MSB's zouden als apart bedrijf binnen het ziekenhuis een eigen agenda kunnen hanteren.

Sinds 2015 zijn er circa zeventig MSB's opgericht. Daardoor konden medisch specialisten in vrij beroep hun zelfstandigheid behouden. Aanvankelijk was er bezorgdheid of hierdoor de focus misschien teveel kwam te liggen op financiële, juridische en fiscale zaken.

#### Participatiemodel: geen reële en werkbare optie

NZa raadt in haar monitor VWS aan om geen andere koers te varen als het gaat om MSB's, maar hen de kans te geven om de positieve ontwikkelingen door te zetten. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet weinig in beleid dat gericht is op het stimuleren van het participatiemodel, waarbij medisch specialisten mede-eigenaar worden van een ziekenhuis.

Met name voormalig minister van VWS Schippers was voorstander van het participatiemodel. NZa wijst dit model echter van de hand. Het is juridisch zeer complex en leidt tot onduidelijkheden en onzekerheden. Participatie in het ziekenhuis ligt volgens NZa niet voor de hand, omdat er steeds meer zorgnetwerken ontstaan, waardoor medisch specialisten niet meer gebonden zijn aan één ziekenhuis. NZa ziet ook geen aanleiding om beleidsmatig op te treden als het gaat om de hoogte van het inkomen:

de integrale bekostiging heeft namelijk geen substantieel effect gehad op de hoogte van de vergoeding aan de (vrijgevestigd) medisch specialisten.

#### Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg

Er is sprake van een verbeterde interne samenwerking tussen specialisten en ziekenhuisbesturen, maar op het gebied van het gelijkrichten van de belangen is nog steeds ruimte voor verbetering. Ook kunnen mensen (personeel) en middelen een stuk doelmatiger worden ingezet. Het slimmer en meer doelmatig organiseren van de zorg blijkt in de praktijk moeilijk te realiseren. NZa concludeert 'dat verbetering noodzakelijk en mogelijk is.

De komende jaren zullen (vrijgevestigd) medisch specialisten en bestuurders van ziekenhuizen een gezamenlijke inspanning moeten leveren om de gelijkgerichtheid van belangen en een doelmatige inzet van mensen en middelen opnieuw een stap verder te brengen'.

Deze aanbevelingen sluiten volgens de Federatie Medisch Specialisten aan bij de afspraken die zijn gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord: 'We staan met z'n allen voor de uitdaging om kosten in de zorg te reduceren maar tegelijkertijd de beste zorg te blijven leveren.

Grote systeemveranderingen staan die uitdaging in de weg. Er is rust en stabiliteit nodig want de focus moet onder andere liggen op netwerkgeneskunde en het beter organiseren van zorg voor de patiënt' (Zorgvisie, websites NZa, NVZ, FMS, 4 december 2018).

#### NZa publiceert hoofdlijnen dbc-pakket medisch-specialistische zorg 2020

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt in de informatiekaart Hoofdlijnen dbc-release 2020 (RZ20a) bekend welke verbeteringen per 2020 worden doorgevoerd in het dbc-systeem van de medisch-specialistische zorg. De verbetervoorstellen zijn aangedragen door de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en hun vertegenwoordigers. De registratie van genderzorg wordt per 2020 ingedeeld in vier fasen. Voor elke fase is een declarabele zorgprestatie. In de huidige situatie bestaat genderzorg uit drie

fasen. In fase drie gaat het om patiënten die begeleid worden in de *real-life* fase en patiënten die één keer in de twee of drie jaar voor een controle komen op de polikliniek (vaak levenslang). De zorg voor deze twee patiëntengroepen is te divers om in één zorgprestatie te vatten. De zorg uit fase drie wordt daarom opgesplitst in twee losse zorgprestaties. Zo kunnen er passende tarieven worden afgesproken en wordt het ook makkelijker om de zorg voor patiënten in de vervolgfase voort te zetten in instellingen waarmee samenwerkingsverbanden zijn. Er komen diagnoses bij in de zorgproductstructuur voor complex chronisch longfalen. Zo wordt een meer adequate zorgregistratie mogelijk en is de diagnose voor de patiënt beter herkenbaar op de nota. Er worden de komende jaren zo min mogelijk wijzigingen doorgevoerd in het dbc-systeem (Nieuwsbericht VWS, NZa-website, 22 november 2018).

#### NZa: Zet gezondheidswinst centraal in bekostiging medisch-specialistische zorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) adviseert om zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg te gaan belonen op basis van de gezondheidswinst voor de patiënt. Contracteren op waarde moet de norm worden, zodat zorg op de juiste plek en doelmatige inzet van mensen en middelen een stap dichterbij komt. Dit is nodig om de zorg ook op termijn betaalbaar te houden.

NZa wil afstappen van een bekostigingssysteem dat voornamelijk het uitvoeren van behandelingen belooft. Samen met ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en zorgverzekeraars wordt toegewerkt naar een bekostiging van zorg waarin gezondheidswinst voor de patiënt centraal staat. Het dbc-systeem krijgt een andere, minder betekenisvolle rol. Het stimuleren van deze alternatieve contractvormen tussen aanbieder en verzekeraar moet op korte termijn prioriteit krijgen. In de medisch-specialistische zorg wordt geregistreerd en gedeclareerd met dbc's.

Deze dbc's blijven de komende jaren bestaan en worden zo min mogelijk gewijzigd. Dbc-zorgproducten worden minder betekenisvol in de financiële afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken (Nieuwsbericht VWS, NZa-website, 4 oktober 2018).



# Acute zorg



### Versterken van de acute zorg keten

Het concept van de algemene maatregel van bestuur (AMvB) voor de acute zorg in de regio is door Minister Bruno Bruins voor Medische Zorg en Sport naar de Tweede Kamer gestuurd. Hierin worden verschillende voorstellen gedaan om de keten van acute zorg in de regio te versterken door voorwaarden te stellen aan de regionale samenwerking en afstemming hierover in alle regio's (elf in Nederland). Patiënten die acute zorg nodig hebben moeten 7 dagen per week, 24 uur per dag, tijdig goede en passende zorg kunnen krijgen. In het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) worden afspraken gemaakt over een sluitende keten van acute zorg in de regio. Binnen het ROAZ werken verschillende organisaties samen die betrokken zijn bij de acute zorg: spoedeisende eerste hulp afdelingen en afdelingen acute verloskunde in ziekenhuizen, ambulancediensten, huisartsenposten en crisisdiensten van de geestelijke gezondheidszorg.

Zorgaanbieders die van plan zijn een afdeling acute zorg, zoals de spoedeisende hulp, de acute verloskunde of de huisartsenpost (tijdelijk), te sluiten moeten dat melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en bij de Nederlandse Zorgautoriteit.

In dat geval moet er een continuïteitsplan worden opgesteld dat beschrijft hoe de zorg in aanloop naar en na de sluiting goed en tijdig wordt geleverd. Ook moeten gemeenten en inwoners van de regio geïnformeerd worden over het voorgenomen besluit. Er moet overlegd worden met andere betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars met het oog op de continuïteit van de acute zorg.

De verplichtingen voor zorgaanbieders die samenhangen met dit ROAZ worden in deze AMvB vastgelegd. Ook wordt ervoor gezorgd dat zorgverzekeraars beter worden betrokken en geïnformeerd over (knelpunten in) de acute keten vanuit het oogpunt van de zorgplicht die zij hebben voor hun verzekerden. Verder wordt de reikwijdte van het regionaal overleg aangepast aan de praktijk: van een overleg over acute zorg in enge zin (de eerder genoemde organisaties), naar een overleg dat ook kijkt naar de instroom, doorstroom en uitstroom uit de keten van acute zorg. Aanbieders van bijvoorbeeld verloskundige zorg, wijkverpleging, langdurige zorg of eerstelijns verblijf worden met het voorstel formeel betrokken bij het ROAZ (Nieuwsbericht VWS, 28 november 2018).

### Actieplan ambulancezorg

Minister Bruno Bruins (Medische Zorg), Ambulancezorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland presenteren het actieplan ambulancezorg. De vraag naar ambulancezorg is de afgelopen jaren toegenomen. Om ervoor te zorgen dat patiënten ook in de toekomst verzekerd zijn van tijdige en goede ambulancezorg, zijn in het actieplan maatregelen afgesproken die moeten leiden tot betere samenwerking en effectievere inzet van ambulancezorg. In het actieplan zijn naast verbetering in de triage, ook afspraken vastgelegd die zorgdragen voor voldoende ambulancezorg-personeel. Door meer flexibiliteit in de bekostiging van ambulancezorg wordt het makkelijker om maatwerk te leveren in de regio's. Het Capaciteitsorgaan neemt vanaf 2019 de functie van ambulanceverpleegkundige op in de capaciteitsraming. Dit zorgt ervoor dat regio's betere afspraken kunnen maken over het aantal mensen dat moet worden opgeleid, zodat ambulancezorgmedewerkers ook in de toekomst aan de stijgende en complexer wordende zorgvraag kunnen voldoen. In het actieplan wordt ook gekeken naar verbetermogelijkheden van de opleiding van ambulancepersoneel.

De bekostiging van de ambulancezorg wordt flexibeler, zodat er regionaal meer maatwerkafspraken mogelijk zijn om de responstijden van de ambulances verder te verbeteren. Ook komt er een vergoeding voor zorgcoördinatie in drie pilotregio's, met als doel om de samenwerking tussen zorgaanbieders te verbeteren, zodat patiënten zo snel mogelijk zorg op de juiste plek ontvangen. Er is extra financiële ruimte beschikbaar: de vrije marge is uitgebreid en er is een nieuwe mogelijkheid voor het declareren van loonkosten van personeel dat bijvoorbeeld nodig is voor de inzet van een extra ambulance. De vergoeding voor zorgcoördinatie stimuleert daarnaast afspraken tussen regionale ambulancevoorzieningen en andere aanbieders van acute zorg (Nieuwsbericht VWS, NZa-website, 7 november 2018; Nieuwsbericht VWS, 12 november 2018).

### NZa: aan de slag met preventie

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateert dat de mogelijkheden op het gebied van preventie nog onvoldoende worden benut. NZa gaat in gesprek met zorgaanbieders, zorgkantoren, zorgverzekeraars en andere betrokkenen over preventie. Partijen worden gevraagd om goede voorbeelden te delen. Ook zoekt NZa naar knelpunten en belemmeringen om aan preventie te werken. Zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie declareren. Hiervoor zijn bekostigingsmodellen, zorgprestaties, tarieven en betaaltitels gemaakt.

Daarbinnen is ruimte voor innovatie. Binnen de Zorgverzekeringwet en de Wet langdurige zorg kunnen zorgaanbieders, zorgkantoren en verzekeraars samen afspraken maken over preventie. De ontwikkelingen gaan snel. De regels en randvoorwaarden moeten voldoende meebewegen. Als partijen knelpunten ervaren wil NZa dat weten, zodat ze hinderlijke regels waar nodig kunnen aanpassen of wegnemen (Nieuwsbericht VWS, NZa-website, 1 november 2018).

## Kort bericht



# Ziekenhuizen

## Kwart minder kwaliteitsindicatoren in 2019

In het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022 is afgesproken het aantal verplichte proces- en structuurindicatoren, 1300, met een kwart te verlagen. Het percentage uitkomstindicatoren is voor 2019 gestegen. Bij het meten van de zorg komt de nadruk steeds meer te liggen op het resultaat voor de patiënt en de kwaliteit van de zorg. Brancheorganisaties van zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars stellen elk jaar in oktober de indicatoren vast. De kwaliteitsinformatie die deze indicatoren opleveren, publiceert het Zorginstituut Nederland via de Openbare Database op de website Zorginzicht.nl.

Een indicator is een meetbaar aspect van zorg en geeft aan hoe het staat met de kwaliteit van zorg. Er zijn drie verschillende typen indicatoren:

- Structuurindicatoren beschrijven of een zorgaanbieder voldoet aan bepaalde voorwaarden om goede zorg te kunnen verlenen. Zij geven informatie over hoe de zorg is georganiseerd.
- Procesindicatoren gaan over het zorgproces. Zij meten onderdelen van zorgverlening, bijvoorbeeld of een zorgaanbieder wel of niet volgens richtlijnen werkt.
- Uitkomstindicatoren meten resultaten en geven inzicht in ervaringen met behandelingen.

Sinds enkele jaren streven partijen ernaar om het aantal structuur- en procesindicatoren te verminderen en het aantal uitkomstindicatoren te verhogen. Uitkomstinformatie is niet alleen relevant voor artsen en verpleegkundigen om de zorg verder te kunnen verbeteren, maar ook voor patiënten om met

de arts in de spreekkamer tot een betere beslissing te komen (websites Zorginstituut, NVZ, 4 december 2018).

## Vernieuwing zorg begint bij ziekenhuizen

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) doet in een brief aan de Tweede Kamer een appel op de ziekenhuissector om haast te maken met de vernieuwing van de zorg. Met de ziekenhuissector heeft minister Bruins (Medische Zorg) duidelijke afspraken gemaakt over de juiste zorg op de juiste plek. Zorgverzekeraars zijn echter bezorgd over het feit dat een groot aantal ziekenhuizen in hun openingsbod voor de contractonderhandelingen met flinke groeipercentages is gekomen. Zorgverzekeraars zien dat veel ziekenhuizen blijven vasthouden aan een klassiek groeimodel en geen toekomstbestendige krimpstrategieën hebben ontwikkeld. De komende 4 jaar gaat er 17 miljard euro extra naar de zorg. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en de digitalisering van de zorg zijn doorslaggevend bij de vernieuwing van de zorg. De snelle medisch technologische ontwikkelingen bieden daarvoor ook volop mogelijkheden. De moeilijke situatie op de arbeidsmarkt is een extra reden om hierop in te zetten. ZN vraagt aan het kabinet en de Tweede Kamer het belang van kwaliteitstransparantie te onderstrepen en het vaststellen en toegankelijk maken van de juiste kwaliteitsindicatoren zo nodig wettelijk af te dwingen, zodat patiënten kunnen meebeslissen over de juiste zorg op de juiste plek. ZN pleit ook voor een snellere digitalisering van de zorg. Waar andere Europese landen zoals Frankrijk, Denemarken en Estland een nationale aanpak hebben voor de inrichting van veilige en

essentiële ict-zorginfrastructuren, blijft Nederland achter met de ontwikkeling van de ict-standaardisatie. Het gebrek aan standaardisatie leidt tot een versnippering van de zorg-ict waardoor cruciale innovatie wordt belemmerd (ZN-website, 15 oktober 2018).

## Meerjarige contracten

Het afsluiten van meerjarige contracten in plaats van eenjarige contracten is één van de trends die zich de laatste jaren heeft ontwikkeld op de zorginkoopmarkt. Uit eerdere inventarisaties naar (meerjarige) contracten in 2016 door VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit blijken meerjarige contracten het meest afgesloten te worden in de medisch-specialistische zorg (MSZ), huisartsenzorg en hulpmiddelenzorg. In 2017 en 2018 is het aantal meerjarencontracten in de zorg toegenomen. In de MSZ en de geestelijke gezondheidszorg worden contracten afgesloten van twee tot vijf jaar, in de farmacie alleen van twee jaar. De redenen om een meerjarig contract af te sluiten lopen zeer uiteen. Zo kan betere kwaliteit van de zorg ermee worden beloond of financiële zekerheid worden geboden.

Ongeacht de mogelijke voordelen wordt niet altijd gekozen voor een meerjarig contract. Dat komt onder andere door onzekerheid over veranderingen in wet- en regelgeving. Partijen kunnen in sommige gevallen de voorkeur geven aan eenjarige contracten, omdat een verzekeraar bijvoorbeeld zijn handen vrij wil hebben om elk jaar opnieuw zorgaanbieders te kiezen of een aanbieder de vrijheid wil behouden om het komende jaar nieuwe afspraken te kunnen maken (RIVM-website, 7 november 2018).

## Steeds meer ziekenhuizen schrappen keurmerken

Het bestuur van Baby Friendly Nederland is gestopt met haar certificeringsactiviteiten, door een sterk afnemende vraag. Ook de seniorenorganisatie KBO-PCOB hadden al aangegeven te stoppen met haar keurmerk voor seniorvriendelijke ziekenhuizen. Keurmerken worden steeds minder relevant als keuzehulp voor patiënten. De oorzaak ligt in het grote aantal verschillende keurmerken, het lage onderscheidende vermogen en een steeds groter wordend alternatief aanbod van informatie, zoals de website ziekenhuischeck.nl. Streven van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen is om eind 2019 het aantal keurmerken te halveren (NVZ-website, 26 november 2018).

## Wachttijden ziekenhuizen

Uit onderzoek van het consumentenprogramma Kassa bleek dat ziekenhuizen lange wachtlijsten hebben. Patiënten met oogproblemen, allergieën of mensen die een buikwandcorrectie nodig hebben moeten soms langer dan een jaar wachten op een behandeling. De cijfers uit de analyse van Kassa leiden tot zorg, maar het onderzoek waarop de berichtgeving is gebaseerd geeft niet een volledig beeld van wachttijden binnen de gehele ziekenhuiszorg. Niet alle ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra zijn in de analyse van Kassa meegenomen. Het algemene beeld over de wachttijden in de medisch-specialistische zorg is dat er voor de polikliniek drie specialismen een landelijk gemiddelde wachttijd boven de Treeknorm hebben, namelijk allergologie, maag-, darm- en leverziekten en oogheelkunde. De wachttijd wisselt sterk per regio en per specialisme. Bij oogheelkunde is bekeken hoe de oogzorg het beste kan worden georganiseerd. Betrokken partijen hebben taakherschikking naar optometristen mogelijk gemaakt, omdat bleek dat de oogarts overbelast is en de optometrist ruimte heeft. Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt uit recente cijfers dat voor een eerste polikliniekbezoek aan een oogarts de wachttijd in oktober een daling laat zien ten opzichte van het begin van dit jaar. Ook partijen binnen het specialisme maag-, darm- en leverziekten werken aan taakherschikking. Daarnaast speelt hier ook mee dat het bevolkingsonderzoek darmkanker een effect heeft op de wachttijden. De afgelopen jaren zijn meer artsen opgeleid die de komende jaren hun opleiding afronden en bijdragen aan de toename van capaciteit, aldus VWS (Zorgvisie, 14 november 2018).

## Personeelstekort ziekenhuizen vraagt creatieve oplossingen

Er is een nieuwe aanpak nodig om het personeelstekort in ziekenhuizen terug te dringen. Het Capaciteitsorgaan adviseert voor 2019 en 2020 dat er jaarlijks 5600 mensen aan een vervolgopleiding moeten beginnen, 3300 aan een opleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige en 2300 aan een opleiding tot medisch ondersteuner. Dit is bijna een verdubbeling van de huidige instroom. Echter alleen meer opleiden volstaat niet. Er zijn verschillende fronten waarop ziekenhuizen het personeelstekort te lijf kunnen gaan.

- Zowel in- als extern moet maximaal worden opgeleid.
- Korter opleiden door een flexibel en modulair leertraject moet

ervoor zorgen dat personeel sneller kan worden ingezet.

- Een deel van de oplossing zit ook in het afdelingsoverstijgend samenwerken en organiseren van interne flexpools.
- Het aandeel leerlingen dat een opleiding afrondt moet omhoog door bijvoorbeeld de inzet van coaches.
- Maar ook zal de zorgvraag beperkt moeten worden door preventie en het verplaatsen van zorg naar thuis of de eerste lijn en e-health. De aanpak moet daarom ook gericht zijn op een andere organisatie van de zorg, waarbij veel meer gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden van informatietechnologie en samenwerking in de regio.

Voor het praktijkgedeelte (stages leerwerkplekken) wordt een beroep gedaan op zorgprofessionals, die aan de zorg worden onttrokken en ingezet voor onderwijs. Vooral wanneer er schaarste is, zoals bij operatieassistenten, anesthesiemedewerkers, IC-, SEH- en kinderverpleegkundigen, ontstaat er een spanningsveld. Dit geldt nog meer wanneer niet voor het eigen ziekenhuis maar voor de regio moet worden opgeleid. Het verminderen van de werk- en de enorme registratielast zijn belangrijke deeloplossingen. Verpleegkundig personeel is vaak 30% van de tijd bezig met administratieve werkzaamheden. Door deze lasten terug te dringen kunnen verpleegkundigen zich weer gaan bezighouden met patiëntenzorg (NFU-website, 16 november 2018).

## Uitstel wetsvoorstel BIG-II

Het wetsvoorstel BIG-II, waarmee onder andere de regieverpleegkundige wordt opgenomen in het BIG-register, loopt vertraging op. Een technische commissie die aan de slag is om te beoordelen hoe de overgangsregeling voor verpleegkundigen eruit moet komen te zien, heeft meer tijd nodig om verschillende opleidingen te beoordelen. Voor ziekenhuizen betekent dit dat er langer onduidelijkheid bestaat over het doorvoeren van functiedifferentiatie op de werkvloer. De technische commissie is in de zomermaanden in opdracht van VWS gestart. Zij beoordeelt een aantal opleidingen in het kader van de overgangsregeling. Het wetsvoorstel zelf is inmiddels door een internetconsultatie voorgelegd aan het publiek. Het wetsvoorstel ligt momenteel voor advies bij de Raad van State. Nadat de Raad van State advies heeft uitgebracht, zal de minister het voorstel naar de Tweede Kamer sturen. Dan wordt het definitieve wetsvoorstel pas openbaar (NVZ-website, 23 oktober 2018).

## Kleinere ziekenhuizen stuwen financieel resultaat sector

De algemene ziekenhuizen krijgen over 2017 gemiddeld een 7,2 voor hun financiële gezondheid (tegenover 7,1 vorig jaar). De cijfers verhullen echter structurele problemen. Dalende rendementen in combinatie met personeelstekorten en een groeiende zorgvraag zetten de zorg sterk onder druk. Opvallend is dat vooral kleinere ziekenhuizen een inhaalslag lijken te maken. Zij stijgen van een 7,3 in 2016 naar een 7,8 in 2017. De middelgrote ziekenhuizen dalen over dezelfde periode gemiddeld van een 7,4 naar een 7,3 en scoren daarmee nog net iets hoger dan het gemiddelde van alle ziekenhuizen. Bij de grote ziekenhuizen is een lichte daling te zien van 6,8 naar een 6,6.

Een groep van veertien ziekenhuizen zakt financieel steeds verder weg en loopt risico op een technisch faillissement. Ze worden overeind gehouden door zorgverzekeraars en banken, volgens de Jaarlijkse Benchmark Ziekenhuizen van BDO Accountants & Adviseurs. BDO waarschuwt voor een zorginfarct. Dat komt doordat het Hoofdlijnenakkoord het toch al magere en dalende rendement van ziekenhuizen verder onder druk zet. BDO betwijfelt of het Hoofdlijnenakkoord wel uitvoerbaar is voor ziekenhuizen. Het is de vraag of het reëel is om de groei op nul te zetten, gezien de vergrijzing, de stijgende zorgvraag en het personeelstekort. UMC's staan er ten opzichte van de algemene ziekenhuizen financieel veel beter voor. Zij scoorden in 2017 gemiddeld een 9,2 voor hun financiële gezondheid. De betere financiële positie van de UMC's hangt samen met het grotere aantal inkomensbronnen waarover UMC's beschikken en het feit dat UMC's in staat zijn het bredere takenpakket op een meer rendabele wijze uit te voeren.

UMC's ontvangen bijvoorbeeld afzonderlijke financiering voor onderzoek en onderwijs en beschikbaarheidsbijdragen Academische Zorg voor de levering van topreferente zorg. Tegelijkertijd is ook voor UMC's de toekomst onzeker. Volgens het Hoofdlijnenakkoord moet de omzetgroei worden omgebogen, terwijl de vraag toeneemt en de kosten van de noodzakelijke innovatie en geneesmiddelen blijven stijgen. Daarnaast zullen de UMC's zich ook niet kunnen onttrekken aan de druk van het vinden van het juiste personeel (websites BDO, Zorgvisie, 23 oktober 2018).





### Belangrijke uitspraak IGJ inzake dure medicijnen

Ziekenhuisapotheken kunnen zelf een alternatief bereiden voor geregistreerde en op de markt verhandelde dure medicijnen, binnen de wetten en regels die daarvoor gelden. Dat blijkt uit onderzoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) naar de eigen bereiding van het geneesmiddel CDCA door het Amsterdam UMC, locatie AMC. Magistraal bereiden mocht altijd al van de wet en het is goed dat IGJ dit verduidelijkt in haar rapport. Ziekenhuizen kunnen aan de hand van dit rapport de mogelijkheden verkennen.

Het Amsterdam UMC was begonnen met de eigen bereiding van het medicijn CDCA voor patiënten met de zeldzame stofwisselingsziekte CTX. Dit gebeurde nadat Leadiant, de fabrikant van het geregistreerde geneesmiddel CDCA, de prijs ervan flink had opgeschroefd. Met het initiatief wilde het AMC de zorg voor deze groep patiënten blijven garanderen.

Uit het onderzoek van IGJ blijkt dat het Amsterdam UMC de regels voor het bereiden van het geneesmiddel CDCA niet geheel heeft nageleefd. IGJ heeft daarom twee waarschuwingen gegeven:

(i) vanwege het gebruik van een grondstof die niet aan de kwaliteitseisen voldeed en (ii) vanwege het maken van reclame voor het zelfbereide geneesmiddel. De grondstof moet voldoen aan de kwaliteitseisen die beschreven zijn in de Europese Farmacopee. Indien het ziekenhuis voldoet aan deze kwaliteitsvoorschriften, is de weg vrij voor het Amsterdam UMC om opnieuw CDCA te bereiden voor zijn patiënten.

Hoofregel in de Geneesmiddelenwet is dat het verboden is geneesmiddelen te vervaardigen en in de handel te brengen zonder de vereiste vergunningen. Maar hierop zijn uitzonderingen van toepassing en die zijn volgens IGJ niet overtreden. Volgens IGJ is er sprake van een kleinschalige bereiding door het AMC ten behoeve van terhandstelling aan zijn patiënten. Daarmee is de productie toegestaan. De inspectie legt uit wat kleinschalige productie voor eigen patiënten betekent. Samengevat moet sprake zijn van:

1. bereidingen door of onder toezicht van een apotheker
2. die plaatsvinden in de apotheek
3. waaraan een recept ten grondslag ligt
4. die aan de patiënt ter hand worden gesteld door de bereidende apotheek en de bereiding valt onder diens verantwoordelijkheid

Een apotheek mag door het ontvangen van het recept, voor een (vaste) klant/patiënt van een andere apotheek bereiden, mits de medicatiebewaking is geregeld en zolang de bereidende apotheek ook ter hand stelt. Voor het begrip 'normale klandizie' weegt IGJ mee dat het AMC een expertisecentrum is voor de betrokken weesziekte met ervaring in gespecialiseerde bereidingen. Het gaat in Nederland om ruim vijftig behandelde patiënten. Ook hoeft de feitelijke terhandstelling niet altijd door een apotheker persoonlijk te geschieden; hij kan volgens IGJ hiervoor anderen inschakelen, zoals postbedrijven en koeriers (websites ZN, NVZ, 29/30 november 2018).

### Huisarts laat patiënt vaak zelf beslissen over ziekenhuiskeuze

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft in samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging een landelijk onderzoek laten uitvoeren naar het imago van ziekenhuizen onder huisartsen. Onderzoeksbureau Newcom Research & Consultancy ondervroeg 1700 huisartsen naar hun ervaringen met ziekenhuizen in hun regio, waaronder tevredenheid, bekendheid, samenwerking en voorkeur.

Uit het onderzoek komt naar voren dat bij een verwijzing naar het ziekenhuishuis artsen luisteren naar wat patiënten willen. De patiënt bepaalt en de huisarts kijkt mee. Bij doorverwijzing spelen onder andere mee de tevredenheid van patiënten en de eigen ervaringen van de huisarts. Nederlandse ziekenhuizen hebben volgens huisartsen een sterk imago en staan vooral bekend als deskundig, kwalitatief hoogwaardig en toegankelijk. Op het gebied van efficiency en transparantie kunnen ziekenhuizen wat hen betreft nog verder verbeteren. Huisartsen geven gemiddeld een 7,4 voor de ziekenhuizen waar ze contact mee hebben en patiënten naar verwijzen (NVZ-website, 15 november 2018).

### Samen Beslissen in beweging

Nederland staat internationaal in de top 9 van landen die voorop lopen met Samen Beslissen tussen patiënten en zorgverleners. De groep die deze beweging trekt is echter nog klein. De tijd die Samen Beslissen kost, vormt voor veel zorgverleners een behoorlijke drempel om structureel met Samen Beslissen aan de slag te gaan. In een groeiend aantal ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en in de GGZ wordt geoefend en gewerkt met de aanpak van Samen Beslissen. In het magazine van Zorginstituut Nederland: *E-zine Samen beslissen in beweging!* zijn alle lessen en concrete resultaten van de projecten gebundeld en delen zorgprofessionals, patiënten en de projectleiders hun verhalen. Samen Beslissen is 'eerst goed luisteren en niet teveel "ik vind" zeggen'. De kunst van het spreken is om altijd te luisteren en soms wat te zeggen. Onderzoeksgegevens geven aan hoe lastig luisteren vaak is voor zorgprofessionals. Gemiddeld wordt een arts al na 23 seconden onrustig, wanneer een patiënt aan het woord is. Eind januari 2019 start de nieuwe aanvraagronde van de stimuleringsregeling "Het gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen Beslissen in ketens in de curatieve zorg" (website Zorginstituut Nederland, 4 december 2018).

## 8 Natuurlijk in **Beweging**

### Regiegroep brengt (Ont)Regel de Zorg verder

Artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en andere zorgverleners kunnen tot 40% van hun tijd kwijt zijn aan administratieve lasten. De zorgsector en het kabinet hebben in mei 2018 met elkaar afgesproken om hier actie op te ondernemen. Een regiegroep, onder leiding van Gerlach Cerfontaine, gaat ervoor zorgen dat professionals in de curatieve zorg zo snel mogelijk merken dat de regeldruk afneemt. De regiegroep is eind november geïnstalleerd bij het Reinier de Graaf Gasthuis (RdG) in Delft. Het RdG is één van de ziekenhuizen in Nederland die hard werkt aan het verminderen van administratieve lasten op de werkvloer. Een voorbeeld is het schrappen van het meten en registreren van de bloeddruk en temperatuur bij toediening van een injectie met groeifactorremmers bij patiënten met kanker van plasmacellen. Het resultaat is dat patiënten in plaats van een uur slechts dertig minuten op de dagbehandeling moeten verblijven. Daarnaast levert het een tijdsbesparing op voor de hemato-oncologieverpleegkundigen: zij hoeven niet meer twee keer de bloeddruk en temperatuur te meten en te registreren. Dit scheelt hen acht uur tijd per maand (websites Ontregel de zorg, FMS, 26/27 november 2018).

### Fusies in de zorg

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) pleit voor een forse aanscherping van de fusieregels voor zorgorganisaties. Instellingen die een flink aandeel van de markt in handen hebben mogen in principe geen fusies aangaan en fusies boven een bepaalde schaalgrootte zouden verboden moeten worden. Ook zou ACM geen fusies meer in behandeling nemen van organisaties die bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onder toezicht staan of financieel niet gezond zijn.

ACM toetst op dit moment of fusies voldoen aan de mededingingswet, ofwel of er voldoende concurrentie mogelijk blijft als twee marktpartijen fuseren. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert de zorgspecifieke toetsen (of de kwaliteit van zorg geborgd blijft) uit. IGJ houdt toezicht op sectorbrede en instellingspecifieke risico's.

ACM stelt dat de instrumenten die zijzelf en NZa momenteel in handen hebben onvoldoende zijn om problemen gerelateerd aan schaalgrootte aan te pakken. Fusies kunnen leiden tot minder

toegankelijkheid, complexere organisaties, hogere kosten, onbestuurbaarheid, een gebrek aan flexibiliteit en/of een grotere afstand tot de werkvloer en klanten. Dit kan ook in situaties waarin geen sprake is van een mededingingsprobleem en is voldaan aan alle eisen binnen de huidige zorgspecifieke fusietoets (ZFT). De effectiviteit van de beoordeling zou volgens ACM kunnen toenemen als er objectieve indicatoren voor kwaliteit van zorg beschikbaar zijn. Dat stelt ACM beter in staat om de door fusiepartners geclaimde kwaliteitsverbeteringen van een voorgenomen fusie kritisch te beoordelen en/of te wegen tegen eventuele mededingingsproblemen.

ACM komt met drie concrete suggesties om de eigen regels aan te passen:

- Fusies waarbij een van de zorgaanbieders over een aanmerkelijke machtspositie op de markt beschikt, zouden verboden moeten worden. Met deze maatregel worden potentieel schadelijke effecten van zorgfusies die samenhangen met marktmacht voorkomen. Bovendien kan gericht getoetst worden of een fusie tot voordelen leidt. (...) Om dit te regelen is een extra verplichting in de Wet marktordening gezondheidszorg nodig.
- Het moet mogelijk worden om zorgaanbieders met een aanmerkelijke machtspositie op de markt te verplichten om delen van zorg af te stoten als dit vanuit een kosten- en toegankelijkheidsperspectief wenselijk is. Het gaat hierbij echter nadrukkelijk niet om de vergaande bevoegdheid om een zorgaanbieder op te splitsen.
- Fusies boven een bepaalde schaalgrootte zouden voorkomen moeten worden, tenzij hier substantiële voordelen tegenover staan. Deze optie betreft het creëren van de mogelijkheid dat zorginstellingen die door een fusie boven een bepaalde schaalgrootte uitkomen niet met elkaar mogen fuseren. Dit kan door deze eis op te nemen in de ZFT. Hiermee kunnen veel van de nadelen die samenhangen met schaalgrootte geadresseerd worden. Om deze maatregel te kunnen uitvoeren, moet volgens ACM wel eerst worden vastgesteld wat de kritische schaalgrootte is. Onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre het mogelijk is om deze kritische schaalgrootte objectief vast te stellen. Zorgaanbieders zoals ziekenhuizen en GGZ-instellingen zijn immers complexe organisaties die veel verschillende vormen van zorg herbergen.



Naast deze drie voorstellen, doet ACM ook suggesties om de samenhang tussen het toezicht door ACM, NZa en IGJ te verbeteren. Op dit moment maken kwaliteitsrisico's die spelen rond of gedurende het fusietraject geen deel uit van het beoordelingsproces. Om de mogelijkheid te creëren deze aspecten wel een plek te geven in de fusietoetsing, is het denkbaar dat wordt geregeld dat ACM een fusiemelding (nog) niet in behandeling mag nemen, of een lopende behandeling moet staken, als er sprake is van een door de IGJ opgelegde maatregel bij (een van) de fusiepartijen.

Ook als een van de fuserende partijen financieel niet gezond is, zou een aanvullende eis kunnen worden gesteld. Er valt te overwegen om in de ZFT de eis op te nemen dat partijen in dat geval een realistisch scenario moeten uitwerken waarin zij aantonen dat de fusie niet tot financiële problemen leidt voor de fusieorganisatie.

ACM kiest bewust niet voor absolute verboden. Bij een 'nee, tenzij'- beleid komen fusies die voordelen opleveren mogelijk niet tot stand doordat er sprake is van een grotere administratieve lastendruk die relatief zwaarder weegt naarmate een instelling kleiner is. De verwachting is daarom dat het vooral kleinere instellingen zijn die zullen afzien van een fusie. Dat terwijl deze drempel minder groot is voor grote instellingen die over meer financiële draagkracht beschikken. Ook is het de vraag of een dergelijke maatregel juridisch houdbaar is. Het is immers een zware ingreep in de ondernemersvrijheid en de eigendomsrechten (Skipr, 24 oktober 2018).



### Green Deal voor duurzame zorg

132 partijen uit de zorg (waaronder de Federatie Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland en patiënten- en cliëntenorganisaties), overheid en bedrijfsleven hebben op de *Green Deal* 'Duurzame zorg voor een gezonde toekomst' getekend. De zorg werkt hard om mensen beter te maken maar is tegelijkertijd een grote vervuiler. Inzet is het terugdringen van CO<sub>2</sub>-uitstoot, zuiniger gebruik van grondstoffen, minder medicijnresten in het water en een gezonde leefomgeving voor patiënten en zorgmedewerkers.

**CO<sub>2</sub>-uitstoot:** In de *Green Deal* wordt aangesloten bij het Klimaat-akkoord en spreken zorgorganisaties af de CO<sub>2</sub>-uitstoot terug te dringen. Energiebesparing en inzet van duurzame energie worden vast onderdeel bij beslissingen over bouw, mobiliteit en inkoop. Elke brancheorganisatie maakt uiterlijk 1 mei 2019 een routekaart met een aanpak die aansluit bij de doelstellingen van het Klimaat-akkoord. Een routekaart houdt in dat de zorgorganisatie moet kunnen laten zien hoe ze richting 2050 klimaatneutraal worden.

**Circulair werken:** De sector wil efficiënter en minder verspillend met grondstoffen omgaan en neemt zich voor om steeds meer circulair te gaan werken. Het streven is 'circulair' een vast criterium te maken bij alle inkoop van goederen en immateriële zaken. Mogelijkheden daarvoor liggen onder andere bij de inkoop van voeding, geneesmiddelen, medische en verzorgende hulpmiddelen, bedrijfskleding, wasgoed, facilitaire producten en bouwmaterialen.

**Schoon water:** Medicijnresten komen na gebruik in het riool terecht en hebben negatieve gevolgen voor het ecosysteem en de drinkwaterbereiding. De totale hoeveelheid medicijnresten, gemeten bij de afvalwaterzuiveringsinstallaties, is te groot en zal, zonder maatregelen, nog groeien. De zorgsector wil de vervuiling een halt toe roepen, onder meer door voorlichting en training.

**Een gezonde leef- en verblijfsomgeving:** Bij het verduurzamen van de zorg(sector) gaat het ook om een gezond leef- en werkklimaat. Hier hoort ook aandacht voor duurzaam en gezonde voeding bij. In zorginstellingen waar mensen wonen en zorgen moet er mogelijkheid zijn voor beweging en ontspanning, zowel voor de cliënt als het personeel (websites VWS, NFU, NVZ, 10/11 oktober 2018).

### UMC Utrecht opent nieuw Hart- en vaatcentrum

Het UMC Utrecht heeft de nieuwe multidisciplinaire polikliniek Hart- en vaatcentrum geopend. Patiënten met hart- en vaatziekten kunnen daar terecht voor een 'one-stop-shop' diagnose en behandelplan, zorg en behandeling. In het Hart- en vaatcentrum werken vier medische specialismen samen op één locatie: internisten, vaatchirurgen, neurologen en cardiologen. De zorg wordt zo georganiseerd dat afspraken aansluitend op dezelfde dag vallen. De verpleegkundig specialist heeft een centrale rol in het behandelen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, stemt af met de specialisten, beantwoordt vragen van de patiënt en begeleidt de patiënt (Skipr, 30 november 2018).

### Bergman Clinics bouwt nieuwe kliniek voor orthopedie

Bergman Clinics is gestart met de nieuwbouw voor haar orthopedische focuskliniek aan de Braillelaan in Rijswijk. Dit nieuwe gebouw zal volgens planning eind 2019 worden opgeleverd. Na oplevering biedt deze focuskliniek daarmee vier *State of the art* operatiekamers klasse 1, 20 polikamers, 45 eenpersoonskamers voor verblijf en een fysiotherapieruimte. In de zomer van 2017 is Bergman Clinics gestart met het aanbieden van orthopedische zorg in de regio Den Haag met een team van zes orthopedisch chirurgen. Deze kliniek ontvangt nu per jaar meer dan 8000 cliënten voor behandelingen aan het bewegingsapparaat. Vanwege de sterk groeiende vraag wordt de bestaande focuskliniek uitgebreid met een nieuw gebouw. Een luchtbrug gaat de twee gebouwen verbinden (Skipr, 2 november 2018).

### Ziekenhuizen en leveranciers

#### tekenen samen routekaart naar effectieve zorg-IT

Ziekenhuizen en de drie leveranciers van EPD-systemen hebben afspraken gemaakt over de technische basisvereisten voor een effectieve IT-infrastructuur. De gezamenlijke routekaart moet een einde maken aan de situatie waarin leveranciers eigen oplossingen en functionaliteiten ontwikkelen, die niet op elkaar aansluiten. Vanwege technische hindernissen kunnen artsen en verpleegkundigen op dit moment nog niet vanzelf over alle digitale gegevens van patiënten in het eigen ziekenhuis beschikken, laat staan over gegevens van andere ziekenhuizen. Om deze hindernissen weg te nemen probeert het Informatie-beraad Zorg al enige tijd om de vraag van ziekenhuizen en het

aanbod van IT-leveranciers bij elkaar te brengen. Als eerste stap hebben de ziekenhuizen onlangs een gemeenschappelijke visie en een programma van eisen voor de gegevensuitwisseling tussen ziekenhuizen opgesteld.

De belangrijkste drie punten voor ziekenhuizen zijn:

1. De ziekenhuizen willen dat de IT-leveranciers een zogeheten Basisgegevensset Zorg (BGZ) en zorginformatiebouwstenen in hun systemen inbouwen. Hierdoor kunnen gegevens eenmalig worden geregistreerd en daarna worden uitgewisseld en hergebruikt. De ziekenhuizen willen dat de IT-leveranciers ervoor zorgen dat de uitwisseling van de BGZ plus zoveel mogelijk van de andere zorginformatiebouwstenen voor het einde van 2019 aantoonbaar werken.
2. Ziekenhuizen willen een open toegang tot gegevens. Met het oog hierop vragen ze de leveranciers om er voor te zorgen dat ook derde partijen die innovatieve toepassingen aanbieden patiëntgegevens gestructureerd kunnen lezen uit en toevoegen aan EPD-systemen. In technische termen betekent dit dat systemen standaard worden voorzien van een *application programming interface*.
3. Alle EPD's moeten voldoen aan internationale standaarden voor digitale gegevensuitwisseling. Aansluiting op deze zogeheten *Cross-enterprise Document Sharing* - ook wel aangeduid als XDS - maakt het mogelijk om medische documenten en beelden tussen zorginstellingen te delen via een gestandaardiseerde infrastructuur. Meerdere leveranciers kunnen XDS-infrastructuren bouwen, die per definitie informatie kunnen uitwisselen met XDS-infrastructuren van andere leveranciers.

Het Informatieberaad laat weten dat al deze eisen door de drie leveranciers van EPD-systemen in Nederland zijn omarmd. Zij gaan nu op korte termijn samen met de ziekenhuizen concrete afspraken maken. Die moeten resulteren in een *roadmap* die het mogelijk maakt om de aankomende jaren veilige digitale gegevensuitwisseling tussen ziekenhuizen te realiseren. Het onderling afstemmen betekent volgens het Informatieberaad 'een nieuwe en innovatieve aanpak' (Skipr, 6 december 2018).



## Toetsingskader inzet e-health

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) publiceerde onlangs het Toetsingskader 'Inzet van e-health door zorgaanbieders'. Dit toetsingskader vormt het uitgangspunt voor het toezicht van IGJ op de juiste randvoorwaarden voor de inzet van e-health door zorgaanbieders (IGJ-website, 22 november 2018).

## Ziekenhuischeck.nl

De ziekenhuizen hebben op 4 oktober de nieuwe website Ziekenhuischeck.nl gelanceerd. Met dit initiatief geven ziekenhuizen in Nederland inzicht in hun kwaliteitsgegevens. Ziekenhuizen kunnen per behandeling met elkaar worden vergeleken, ook geeft de website informatie over de samenwerking tussen ziekenhuizen. Ieder ziekenhuis kan een toelichting geven op Ziekenhuischeck om patiënten inzicht te geven in de achtergrond van de cijfers. Veel voorkomende behandelingen, zoals een staaroperatie, worden in de meeste ziekenhuizen uitgevoerd.

Voor andere operaties verwijst het eigen ziekenhuis soms door naar een ziekenhuis dat hierin is gespecialiseerd. Ziekenhuizen maken ook deze informatie inzichtelijk: voor welke operaties en behandelingen kan de patiënt terecht, en voor welke operaties en behandelingen bestaat een samenwerkingsverband. De cijfers op Ziekenhuischeck zijn afkomstig van kwaliteitsindicatoren die ziekenhuizen wettelijk verplicht moeten aanleveren aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en Zorginstituut Nederland. Deze cijfers worden ook door artsen en ziekenhuizen zelf gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De algemene tevredenheidscijfers zijn afkomstig uit landelijk onderzoek (NVZ-website, 4 oktober 2018).

## Meeste ziekenhuissites zijn slecht toegankelijk

De meeste ziekenhuiswebsites zijn slecht toegankelijk voor ouderen en mensen met een beperking, constateert webdeveloper Stuurlii op basis van eigen onderzoek naar de websites van alle negentig ziekenhuizen. Een paar ziekenhuizen is op weg naar volledige toegankelijkheid. Bij 95% zijn er nog veel verbeterpunten. Overheids- en semioverheidsinstellingen zijn sinds 1 juli verplicht om rekening te houden met de eisen om het web toegankelijk maken voor iedereen, inclusief ouderen, mensen met een functiebeperking of laaggeletterden.

In het kader hiervan worden ze geacht een toegankelijkheidsverklaring te publiceren, waarin ze aangeven hoe ze de digitale toegankelijkheid regelen. Verbeterpunten liggen op het gebied van *content* (zoals alternatieve teksten bij plaatjes of beschrijvingen van links en formulieren voor de *screenreader*), kleur-contrast, tekstvergroters en *readspeakers*. Toegankelijkheid is een onderwerp dat brede lagen van de bevolking raakt. Zo kan een derde van de bevolking een website niet goed gebruiken als deze niet goed toegankelijk is. Het kan mensen betreffen die blind of slechtziend zijn, kleurenblind, doof of slechthorend, lichamelijk gehandicapt, dyslectisch of laaggeletterd (Skipr, 21 november 2018).

## Topklinisch Zorgregister

Het Topklinisch Zorgregister moet patiënten en verwijzers optimale transparantie bieden over de kwaliteit van 'zeer complexe, topklinische zorgfuncties'. Dit online register is 10 december jl. gepresenteerd maar blijkt vooralsnog technisch onvoldragen en ook de beloofde kwaliteitsinformatie is ver te zoeken. 4 jaar hebben de 26 Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ) gewerkt aan het online register. Topklinische functies worden in het register gewogen op basis van 'verschillende inhoudelijke, kwalitatieve criteria', zoals de aard van het ziektebeeld, gespecialiseerde diagnostiek, bijzondere behandeling en het multidisciplinaire karakter.

Met deze informatie wil STZ de patiënt informeren over de kwaliteit van de topklinische zorg en moet het register eerstelijnsverwijzers zoals huisartsen en artsen bij doorverwijzende ziekenhuizen bedienen (Skipr, 10 december 2018).

## Incidenten met implantaten zelden gemeld

De aandacht voor de veiligheid van medische hulpmiddelen neemt toe. Specifiek met implantaten hebben zich de afgelopen jaren ernstige problemen voorgedaan. Zoals met de PIP-borst-implantaten en de metaal-op-metaal heupimplantaten. Veilige implantaatproducten en een veilige toepassing daarvan vormt sindsdien een speerpunt in het toezichtbeleid van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Veel verbeteringen zijn al ingezet, maar de verbeteringen zijn nog niet afgerond. *Trouw* en tv-programma Radar berichtten 26 november 2018 over het internationale toezicht op medische hulpmiddelen.

Nieuwe Europese wetgeving voor medische hulpmiddelen is al vastgesteld en wordt gefaseerd ingevoerd. Per 2020 zal deze definitief van kracht zijn. De wetgeving stelt aanzienlijk strengere eisen aan fabrikanten van medische hulpmiddelen, aan de toelating van nieuwe producten op de markt en aan het actief volgen van de praktijkervaringen met de hulpmiddelen nadat ze op de markt zijn gebracht.

Ook een betere transparantie voor patiënten en zorgverleners krijgt in de nieuwe wetgeving aandacht. Fabrikanten worden verplicht meer informatie openbaar beschikbaar te maken, op een voor de patiënten begrijpelijke manier. Daarnaast komt er een uitgebreid Europees informatiesysteem, waarin fabrikanten en autoriteiten alle informatie, zoals meldingen en veiligheidswaarschuwingen, over de medische hulpmiddelen gaan opslaan. Belangrijke informatie voor patiënten zal in dit systeem openbaar toegankelijk worden.

Slechts een fractie van alle incidenten met medische hulpmiddelen wordt geregistreerd. Er is sprake van onderrapportage: klachten en bijwerkingen komen niet terecht bij instanties die de patiëntveiligheid moeten bewaken. Artsen en ziekenhuizen zijn niet verplicht incidenten te melden bij IGJ. Alleen calamiteiten waarbij een patiënt zwaar letsel oploopt of overlijdt, moeten zij verplicht melden.

Uit de *Implant Files*, een onderzoek van het internationale journalistencollectief ICIJ waaraan *Trouw* en Radar meewerkten, blijkt dat veel belangrijke informatie de patiënt niet bereikt door slecht toezicht en gebrekkige uitwisseling van gegevens. In een reactie zegt IGJ dat arts en patiënt het in de spreekkamer

moeten hebben over voordelen én risico's van een implantaat. De patiënt moet een afgewogen keuze kunnen maken. Extra openbare informatie van de fabrikanten, zal daarbij helpen. Vooruitlopend op de Europese wetgeving, heeft Nederland al enkele concrete verbeteracties ingezet. Zo is er het Landelijk Implantaten Register ontwikkeld, waarin zorgverleners gegevens van implantaten registreren. Nu is dat nog vrijwillig, maar vanaf 1 januari 2019 worden zorgverleners daartoe wettelijk verplicht. Patiënten moeten vanaf dan ook schriftelijk gegevens van de arts ontvangen over hun implantaat. Daarnaast is er een meldpunt voor bijwerkingen over implantaten ingericht, waar laagdrempelig door patiënten of zorgverleners gemeld kan worden over onverwachte effecten van een implantaat. Alle patiënten en zorgverleners kunnen daar melden. Ook bij het Landelijk Meldpunt Zorg kunnen mogelijke problemen met medische hulpmiddelen worden gemeld. Om goed toezicht te kunnen houden is alle mogelijke gebruikerservaring nodig (websites ANP, IGJ, Skipr, 26/27 november 2018).

## Effect eigen risico in de zorg gelijk door inkomensgroepen heen

Financiële prikkels kunnen helpen om verspilling in de zorg tegen te gaan en de zorgkosten te verlagen (promotieonderzoek Arthur Hayen, Tilburg University). In experimenten werd bij huisartsen 3,5% op zorgkosten bespaard via *shared savings*, verzekerden gebruikten minder zorg bij een eigen risico. Hayen onderzocht in twee experimenten hoe verspilling in de zorg met nieuwe financiële prikkels kan worden tegengegaan. Huisartsen kregen via *shared savings* een financiële prikkel. Bij een *shared savings*-contract delen zorgaanbieders gerealiseerde besparingen in de zorgkosten, onder de voorwaarde dat de kwaliteit van de zorg niet in het geding is. Zorgverzekeraar Menzis testte het door Hayen ontwikkelde contract met deelnemende huisartsen van Arts en Zorg. In het experiment werden ze beloond voor besparingen op de totale zorgkosten, dus ook voor kosten buiten de eigen praktijk. Besparingen werden gerealiseerd wanneer het kostengemiddelde per verzekerdenjaar significant lager is dan dat van de benchmark. De mate waarin deze besparingen werden gedeeld met de huisarts hing af van de kwaliteit van de zorg. Hayen vond dat de zorgkosten met 3,5%

waren afgenomen. De prikkel leidde bij huisartsen tot besparingen in de medisch-specialistische zorg, de diagnostische zorg en de huisartsenzorg. De patiënttevredenheid bleef voor en na het experiment constant.

Bij verzekerden richtte het experiment van Hayen zich op de vraag hoe het gedrag verandert als de financiële prikkel anders wordt 'geframed'. Verzekerden kregen in het experiment een financiële prikkel via het systeem van eigen bijbetalingen. Verzekerden die moeten bijbetalen, hetzij via een eigen risico of via een no-claim, gebruiken minder zorg. Zij gebruiken nóg minder zorg wanneer het systeem van bijbetalen wordt vormgegeven als een eigen risico. Het effect van de financiële prikkel is dan tweemaal zo groot. Het verschil is circa € 150,- per verzekerde per jaar. Het is opvallend, omdat het financiële effect van de instrumenten in feite gelijk is. De no-claim bonus aan het eind van het jaar wordt in feite bekostigd door premiestijging. De premie is blijkbaar een sterk referentiepunt. 'Dat heb ik al betaald', denken mensen daarbij. Volgens Hayen kan het effect verklaard worden door de 'aversie tegen verlies' die mensen hebben. Een effect dat ook in psychologisch onderzoek naar voren is gekomen (Skipr, 27 november 2018).

## Herverzekeren van het eigen risico in de gemeentepolis

Verschillende gemeenten bieden een collectieve zorgverzekering aan voor minima waarin het eigen risico is afgedekt met een aanvullende verzekering, ook wel 'herverzekering' genoemd. Bij herverzekering betaalt de verzekerde maandelijks een extra premie en in ruil daarvoor hoeft hij of zij het wettelijk eigen risico niet te betalen. Onderzocht is welk effect deze herverzekering heeft op de uitgaven aan medicijnen: *The effect of reinsuring a deductible on pharmaceutical spending: A Dutch case study on low-income people*. Mariëlle Non, Richard van Kleef, Onno van der Galiën, Rudy Douven, *CPB Discussion Paper*, november 2018

In de empirische analyse werden zes gemeenten bestudeerd over de periode 2014-2017. Tot en met 2016 hadden alle zes gemeenten dezelfde gemeentepolis met een standaard verplicht eigen risico. Op 1 januari 2017 introduceerden drie van de zes gemeenten een herverzekering van het eigen risico (de behandel-



groep). Deze gemeenten subsidiëren de extra premie voor de herverzekering vrijwel volledig. De andere drie gemeenten in de analyse hielden in 2017 een standaard verplicht eigen risico (de controlegroep). Gemeten is de verandering in de gemiddelde uitgaven aan medicijnen van de behandelgroep na introductie van de herverzekering, ten opzichte van de controlegroep. In het eerste kwartaal van 2017 nemen de uitgaven aan medicijnen in de behandelgroep toe met 16%. In het tweede kwartaal is dit 7%, en in het derde en vierde kwartaal is de toename niet significant. De resultaten verschillen tussen verschillende groepen verzekerden. Voor mensen die in 2014-2016 hun eigen risico niet hebben verbruikt, mensen die naar verwachting in 2017 relatief lage zorgkosten hebben, nemen de uitgaven aan medicijnen in alle vier kwartalen van 2017 toe met circa € 4,- per kwartaal. Voor de andere groep verzekerden, die in 2014-2016 minstens eenmaal hun eigen risico hebben verbruikt, nemen alleen de uitgaven aan medicijnen in het eerste kwartaal van 2017 significant toe (met 14%).

Een mogelijke verklaring van deze resultaten is dat verzekerden hun uitgaven aan medicijnen alleen proberen te beperken zolang ze hun eigen risico nog niet volledig hebben verbruikt. Verzekerden met hoge zorgkosten hebben daardoor vooral in het begin van een jaar een financiële prikkel om hun zorggebruik te



beperken. Later in het jaar wordt die prikkel kleiner en wijkt hun gedrag niet meer significant af van het gedrag van mensen met een herverzekering. Verzekerden met lage verwachte zorgkosten hebben daarentegen het hele jaar door een prikkel om hun uitgaven te beperken.

De resultaten hebben betrekking op een relatief kleine groep verzekerden met een laag inkomen. Het resultaat dat verzekerden hun uitgaven beperken zolang er nog eigen risico open staat, kan specifiek zijn voor deze groep. Iemand die aan het begin van het jaar verwacht het volledige eigen risico uit te geven aan noodzakelijke zorg, heeft in principe geen prikkel om in het eerste kwartaal zuinig aan te doen. Deze persoon maakt zijn eigen risico immers toch wel vol, ongeacht of hij in eerste instantie zuinig aan doet. Bij verzekerden met een laag inkomen kan een gebrek aan financiële ruimte echter wel een reden zijn om de kosten onder het eigen risico zoveel mogelijk uit te smeren over een langere periode (CPB-website, 30 november 2018).

## Regionale verschillen in zorguitgaven

Zorggebruik en -uitgaven verschillen aanzienlijk tussen verschillende provincies in Nederland. In 2013 waren bijvoorbeeld de gemiddelde zorguitgaven per persoon in Limburg € 2181,-, terwijl deze in Utrecht gemiddeld € 1758,- bedroegen. Uit de resultaten van het onderzoek van CPB blijkt dat vraagfactoren gemiddeld ongeveer 70% van de verschillen in zorguitgaven tussen provincies bepalen. Naast demografische factoren, zoals leeftijd en geslacht, blijken ook andere factoren, zoals de algemene gezondheidstoestand van een individu, een rol te spelen. Aanbodfactoren spelen met 30% ook een belangrijke rol. Nader onderzoek is nodig om na te gaan welke aanbodfactoren hier een rol spelen. Tevens hangt de relatieve impact van vraag- en aanbodfactoren af van welke provincies of regio's met elkaar worden vergeleken. Bijvoorbeeld, wanneer regio's met veel ouderen worden vergeleken met regio's met weinig ouderen, spelen vraagfactoren een relatief belangrijkere rol. Een belangrijke conclusie van dit onderzoek is dat het onvoldoende is om

alleen leeftijd en geslacht te beschouwen als vraagfactoren die regionale verschillen veroorzaken. Andere vraagfactoren, zoals persoonlijke preferenties of de gezondheid van een individu, zijn ook belangrijk (CPB-website, 18 oktober 2018).

## Nationaal Preventieakkoord

Met het Nationaal Preventieakkoord gaan meer dan zeventig partijen samen aan de slag om Nederland gezonder te maken en gezondheidsverschillen te verkleinen. Het Preventieakkoord



bevat doelen, zoals een rookvrije generatie, obesitas terug naar het niveau van 1996 en geen alcohol meer voor minderjarigen en zwangere vrouwen. Het akkoord bestaat uit een uitgebreid pakket aan afspraken.

Roken: In 2040 moet er sprake zijn van een rookvrije generatie. Hiervoor moeten onder andere sportverenigingen en kinderopvanglocaties samen met gemeenten toewerken naar een 100% rookvrije kindomgeving in 2025. De accijns op sigaretten wordt fors verhoogd in 2020. Het eigen risico voor zowel de behandeling als de medicatie om te stoppen met roken wordt geschrapt en zorgverleners gaan actief aan de slag om te helpen bij het stoppen. Rookruimten in de horeca sluiten voor 1 juli 2022.

Met bedrijven wordt afgesproken dat rookruimten op het werk uiterlijk een jaar later ook dicht zijn.

Eten: Om gezond eten te stimuleren, komt er onder andere een campagne over de Schijf van Vijf en een nieuw, breed gedragen voedselkeuzelogo. Om het drinken van water te stimuleren komen er meer watertappunten op publieke plekken. Producenten gaan suiker in frisdrank stapsgewijs terugbrengen naar 30% minder in 2025.

Alcohol: Doel is dat jongeren en zwangere vrouwen geen alcohol drinken, het aantal probleemdrinkers daalt en dat Nederlanders zich bewuster worden van de risico's van alcohol. Hiervoor gaan onderwijsinstellingen en studentenverenigingen plannen maken om risicovol alcoholgebruik onder studenten terug te dringen. Professionals en vrijwilligers worden ondersteund om problematisch alcoholgebruik te signaleren en te voorkomen. Naleving van de leeftijdsgrens wordt stapsgewijs verbeterd tot 100% in 2030. Er komt een einde aan prijsstunt met alcohol. Aanbiedingen worden beperkt tot maximaal 25% korting.

Uit een eerste analyse van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) blijkt dat de maatregelen uit het Nationaal Preventieakkoord een gunstig effect hebben op de gezondheid. Tegelijkertijd merkt het RIVM op dat de hoge ambities van het akkoord niet binnen de planning worden gehaald. De betrokken partijen hebben op basis van de RIVM-analyse geconcludeerd dat met het Nationaal Preventieakkoord een belangrijke stap op weg naar het gewenste doel wordt gezet. Het is de start van een beweging. Het Preventieakkoord geeft een duidelijk signaal dat er een omslag nodig is van het bestrijden van ziekte naar het bevorderen van gezondheid. Voor verdergaande stappen is draagvlak in de samenleving nodig (websites VWS, KNMG, RIVM, NFU, 23 november 2018).

