

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:

Rijksbegroting, Volksgezondheid, Welzijn en Sport en miljoennota Zorg • Wat betaalt de gemiddelde burger aan zorg? • **Medisch specialisten** • Ziekenhuizen • **Korte berichten**



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

OKTOBER 2019 JAARGANG 8 • NUMMER 3

Des (Konings) Keizers Baard...

Prinsjesdag is weer voorbij en iedere jaar kijken we er weer, om meerdere redenen, naar uit. We kijken ernaar om te horen wat de overall boodschap van de regering wordt, wie welk hoedje op heeft en, dit jaar nieuw, wie de eerste 'designated survivor' is. Een andere speculatie vooraf die de media druk bezighield: spreekt de koning met of zonder baard de troonrede uit?

Waar gaat het allemaal over, moeten we ons hier nou druk over maken? Discussies gaan in Nederland steeds maar verder. Of het onderwerp nou Zwarte Piet is, of het meningsverschil of we bepaalde straatnamen nog wel of niet mogen gebruiken. Het feit dat we de dag van het uitspreken van het regeringsbeleid nog steeds Prinsjesdag noemen en niet Prinsesjesdag is geruststellend. Mogelijk dat er ooit ophef zal ontstaan over het verkleinen van het woord prins of prinses.

De troonrede, die strikt geheim moet blijven tot de derde dinsdag van september, is het ultieme moment voor onze koning om de onderdanen toe te spreken. Maar de troonrede was, ook dit jaar weer, enkele dagen van te voren volledig te lezen op het internet. Al schrijvende riep dat bij mij de gedachtekrinkel op over de zegswijze "Des (Konings) Keizers Baard..."

Gezegd wordt als het "om des keizers baard" gaat er niets op het spel staat. Er is geen belang verbonden aan het spel. De uitkomst doet er eigenlijk niet toe. Eigenlijk is de activiteit die om des keizers baard plaatsvindt (en vaak is dat een wedstrijd) nutteloos.

Het voorbereiden van de begroting zal in de aanloop wel degelijk als een wedstrijd tussen de departementen worden gevoeld. De 'wedstrijd' zal zeker hebben plaatsgevonden tussen de verschillende politieke partijen en politici, met de inzet om voldoende financiële middelen te verkrijgen voor 2020. Daar ging het vast om meer dan alleen "des Keizers Baard".

Zo is de uitkomst voor de zorg volgens Minister De Jonge: "Komend jaar gaat 88 miljard naar de zorg, waarvan 25 miljard naar ziekenhuiszorg. Maar ons zorgstelsel piept en kraakt. Door de vraag naar zorg blijven de zorgkosten enorm stijgen. De enige manier om kosten te beteugelen is via de beweging die wij al langer hebben ingezet: de juiste zorg op de juiste plek."

De juiste zorg naar de juiste plek is de belangrijkste politieke ontwikkeling die de groei van zorguitgaven moet gaan beteugelen en gepaard moet gaan met meer vaart en minder vrijblijvendheid in de zorg! Meer vaart en minder vrijblijvendheid zijn goede uitgangspunten.

En is het niet uitgerekend Jesse Klaver die uiteindelijk goed verwoord heeft waarom in de politiek en waarschijnlijk ook in de zorg dit niet makkelijk is te realiseren? Hij geeft aan dat we ons minder druk zouden moeten maken over verliezen en winnen, minder 'vliegen afvangen', minder strategische tegenstemmen, minder snelle debatjes over de actualiteit, minder 'scorebordpolitiek'. 'Als dit niet verandert krijgen we Nederland niet verder.' Ook Trouw (18-09-2019) schrijft: 'Jesse Klaver roept de Tweede Kamer op om op een meer constructieve manier politiek te bedrijven. De eerste willen zijn, het debat willen winnen, te veel bezig zijn met wie de winnaar is in plaats van de problemen oplossen' is volgens hem de dominante stijl op het Binnenhof. Wat een openbaring. Hiermee onderschrijft hij dat er te veel strijd is tussen partijen en dat het meer over winnen gaat dan om het uiteindelijk en gezamenlijke doel te bereiken.

We zouden met dit nieuwe inzicht na de politieke beschouwingen met meer vaart en minder vrijblijvendheid de zorg vooruit kunnen helpen, de kosten beheersbaar kunnen houden en zorg en kwaliteit voor eenieder kunnen garanderen. Die boodschap moet wel worden doorgetrokken naar de betrokken partijen in de zorg: Zorgverzekeraars, Ziekenhuizen, Medisch specialisten, Managers, Politiek, IGJ, enz.

Focus op het juiste met eenzelfde missie zonder dat hier steeds een wedstrijd tussen partijen hoeft te worden gespeeld en er een winnaar uit de bus moet komen. Laat de discussie wel om 'des keizers baard' gaan maar dan met de juiste essentie! Hopelijk zal dit vaart en minder vrijblijvendheid realiseren en zal er (meer) gezamenlijk het ultieme doel kunnen worden nagestreefd.

Speculaties over de troonrede van 2020 zullen er zeker blijven. Wordt het Prinsesjesdag in plaats van Prinsjesdag? En hoe zal het met de baard van de koning vergaan? Gaat de zorg met een scherpere begroting eenzelfde progressie als in 2019 maken? Of het uiteindelijk om "Des Keizers Baard" gaat, blijft de vraag.

Veel leesplezier!

Roland van Esch



Rijksbegroting, Volksgezondheid, Welzijn en Sport en miljoenennota Zorg: belangrijkste plannen voor 2020

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). Op 17 september jl. heeft het Kabinet Rutte III de begroting 2020 gepresenteerd. (17-09-2019, Rijksbegroting Ministerie VWS).

Komend jaar is er €88 miljard beschikbaar voor de zorg. Dat is ruim €3 miljard meer dan in het jaar ervoor. De €88 miljard zijn alle uitgaven waarvoor de bewindspersonen van VWS verantwoordelijk voor zijn. Het betreft hier de zorguitgaven die vallen onder de Zvw en de Wlz, uitgaven die worden gedaan via de begroting en de, vanaf 2019, overgehevelde uitgaven voor Wmo en Jeugdzorg. De zorgtoeslag wordt niet meegenomen.

In het beleidsdeel van de Miljoenennota is een prominente rol ingeruimd voor het onderwerp “juiste zorg op de juiste plek”. Het kabinet beschrijft dat deze beweging een harde noodzaak is om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Nieuw is dat het kabinet de ‘organiseerbaarheid’ van de zorg als belangrijk thema agendeert. Het kabinet kiest voor een sterke regionale oriëntatie als het om de organisatie van de zorg gaat. In samenspraak met betrokken partijen wil het kabinet verkennen hoe de governance binnen het zorgstelsel kan worden versterkt om de toekomstige zorgvraag in de regio in te kunnen vullen. Als de urgentie (‘het waarom’) steeds duidelijker wordt, de richting (‘het wat’) steeds breder gedragen wordt, dan is het volgens het kabinet nodig om te bepalen ‘hoe’ de transformatie verder kan worden gebracht. Wat is daarvoor nodig op nationaal en regionaal niveau? Wat is daarvoor nodig op het gebied van het toezicht? Niet uitgesloten wordt dat dit ook aanpassingen binnen het stelsel vergt. Het kabinet kondigt aan om hierover voor het zomerreces 2020 een “contourennota” uit te brengen.

De contourennota zal ingaan op wat er bestuurlijk nodig is om de organiseerbaarheid en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren én welke aanpassingen in wet- en regelgeving nodig zijn om dat te realiseren.

Het kabinet investeert in de zorg voor jeugd en ouderen in verpleeghuizen. Ook voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen en om het werken in de zorg aantrekkelijk te maken wordt extra geld uitgetrokken. Het kabinet realiseert zich daarbij dat ook na deze kabinetsperiode de zorgvraag zal blijven stijgen terwijl de arbeidsmarkt krappere wordt. Daarom wordt samen met zorgverzekeraars, gemeenten, zorgverleners en patiënten nagedacht over de toekomstige zorgvraag, de samenhang in regio's en de wijze waarop ons zorgstelsel die vraag moet gaan opvangen.

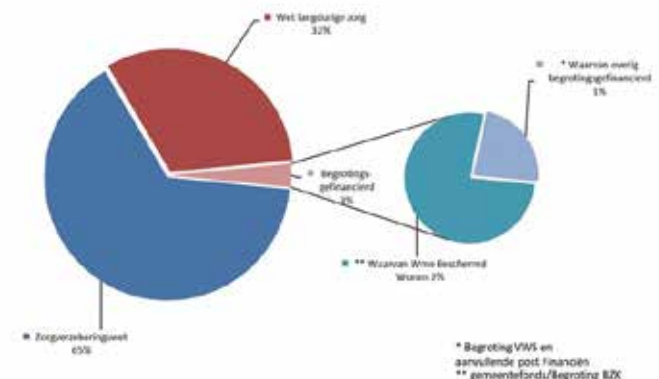
De Hoofdpijnenakkoorden die eerder zijn afgesloten met diverse partijen moeten een belangrijke bijdrage leveren om ervoor te zorgen dat de kosten van onze zorg beheersbaar blijven. In 2020 is er €23,7 miljard (excl. loon- en prijsbijstelling) in het makro kader beschikbaar voor medisch-specialistische zorg.

Zorgpremie

De stijgende uitgaven zorgen voor een mogelijk hogere premie. Voor 2020 raamt het kabinet een zorgpremie van €118,50 per maand (groeit van ongeveer €3 per maand). Uiterlijk in november 2019 wordt de premie vastgesteld door de zorgverzekeraars. Om de kosten beperkt te houden heeft het kabinet afgesproken om ook in 2020 het eigen risico op €385 te houden. Om te komen tot een evenwichtig koopkrachtbeeld heeft het kabinet besloten tot een extra verhoging van de zorgtoeslag. Die stijgt daardoor met €67 voor alleenstaanden en €95 voor meerpersoonshuishoudens. Dat is meer dan de stijging van de premie. Per 2020 geldt het Wmo-abonnementstarief van €19 per maand voor meer Wmo-voorzieningen, zoals een maaltijdservice of boodschappendienst.

Inkomensafhankelijke bijdrage

De zorg wordt voor een groot deel betaald uit de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz). Bij werknemers worden deze bijdragen door de werkgever ingehouden. Werkgevers en ZZPers betalen de inkomensafhankelijke bijdragen achteraf bij hun belastingaangifte. In 2020 gaan de meeste inkomensafhankelijke bijdragen licht omlaag.



Het basispakket wordt uitgebreid met:

- Nieuwe medicatie tegen kanker: geneesmiddelen durvalumab en abemaciclib.
- Nieuw middel tegen MS: middel Fampyra voor patiënten met multiple sclerose.
- 75 euro logeervergoeding zonder opname: 75 euro vergoeding per nacht bij minimaal drie aaneengesloten dagen behandeling.
- Specialist ouderengeneeskunde & verstandelijk gehandicapten: eerstelijnszorg door specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten wordt vergoed.
- Fysiotherapie, voorwaardelijk vergoed voor reumapatiënten.

4 Natuurlijk in **Beweging**

Voldoende medewerkers in de zorg

In 2020 trekt het kabinet €50 miljoen extra uit om mensen in de zorg op te leiden. En om te zorgen dat professionals in de zorg blijven werken. Dit geld komt boven op de €370 miljoen die het kabinet al eerder beschikbaar stelde. Zo intensificeert het kabinet het programma 'Werken in de zorg'.

De juiste zorg op de juiste plek

Huisartsen en de wijkverpleging krijgen in 2020 €100 miljoen extra om meer zorg in de buurt te kunnen bieden. Het totale budget voor huisartsen komt daarmee in 2020 uit op (een geraamde) €3,2 miljard. Voor de wijkverpleging is het totale budget geraamd op rond de €4,1 miljard.

De reële uitgaven in de ziekenhuiszorg mogen in 2020 met maximaal 0,6% toenemen. In de geestelijke gezondheidszorg is dat maximaal 1,1%.

Beperking eigen bijdrage voorzieningen Wmo

Ouderen en chronisch zieken betalen vanaf 2020 maximaal €19 per maand voor een maaltijdservice, vervoerspas of boodschappendienst. Die bijdrage voor algemene voorzieningen uit de Wmo hangt nu nog af van de hoogte van hun inkomen. In 2019 gold dit abonnementstarief al voor maatwerkvoorzieningen als een scootmobiel of individuele begeleiding.

Preventie

Met extra aandacht voor preventie kan niet alleen de gezondheid van mensen worden verbeterd, maar kunnen ook zorgkosten worden voorkomen. Daarom is in het Nationaal Preventieakkoord afgesproken dat de accijnzen op tabak in 2020 omhoog gaan en sigaretten niet meer zichtbaar zijn in supermarkten. Ook worden alle schoolterreinen, kinderboerderijen en kinderopvanglocaties rookvrij.

Betaalbare geneesmiddelen

Om de kosten voor geneesmiddelen in toom te houden, worden vanaf 2020 de maximumprijzen van geneesmiddelen verlaagd. Dit doet het kabinet door de Wet op de Geneesmiddelprijzen aan te passen. De maximumprijzen van geneesmiddelen worden nu berekend op basis van de prijzen in een aantal Europese landen, waaronder Duitsland. Dat land wordt vervangen voor Noorwegen,



waar lagere tarieven gelden. Dit levert een forse besparing op van rond de €300 miljoen. Daarnaast blijft het kabinet onderhandelen met fabrikanten over lagere prijzen en zoekt daarin de samenwerking met andere Europese landen.

Palliatieve zorg

Volgend jaar investeert het kabinet 7 miljoen euro in geestelijke verzorgers via de regeling Palliatieve Terminale Zorg. Dit geld is bedoeld voor inzet in de thuissituatie bij mensen in de palliatieve fase en voor mensen vanaf 50 jaar. De verwachting is dat hiermee ongeveer 200 geestelijk verzorgers aanvullend kunnen worden ingezet.

Zorg dichtbij voor psychische problemen

In 2020 stelt het kabinet €65 miljoen extra beschikbaar aan gemeenten zodat zij zorg en ondersteuning in de eigen omgeving kunnen bieden aan mensen met psychische aandoeningen. Dit bedrag loopt op tot €95 miljoen in 2022. In totaal gaat het om €290 miljoen (namelijk €50 miljoen in 2019, €65 miljoen in 2020, €80 miljoen in 2021 en €95 miljoen in 2022).

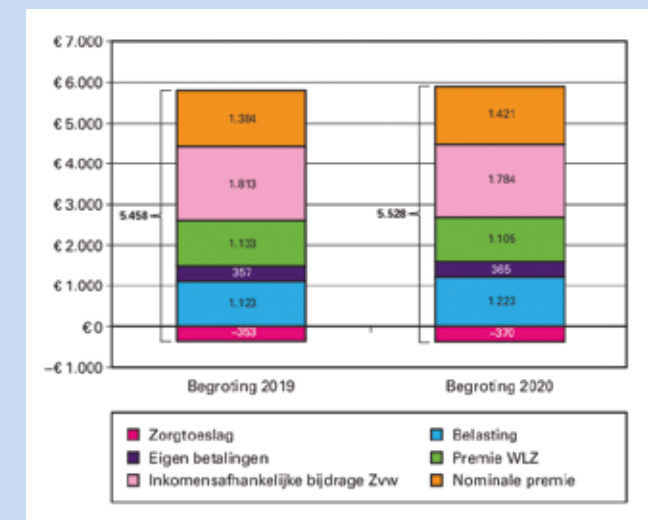
De periode 2019-2022 is de periode waarin het hoofdlijnenakkoord GGZ wordt uitgevoerd.

De gemiddelde burger in Nederland betaalt in 2019 €5.458 en 2020 €5.528 aan collectief gefinancierde zorg. De bijdrage van de burgers betreft niet alleen de nominale premie en de eigen betalingen (eigen risico en eigen bijdragen Wlz). Een Nederlander betaalt gemiddeld ook een fors bedrag aan Wlz-premie. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt voor een beperkt deel rechtstreeks door burgers betaald (gepensioneerden en zelfstandigen) en voor het grootste deel door werkgevers. Via de zorgtoeslag ontvangt de gemiddelde burger een bedrag ter gedeeltelijke compensatie van de nominale premie en het eigen risico. Als laatste is het bedrag meegenomen dat via belastingen gemiddeld wordt opgebracht ter dekking van de begrotingsgefinancierde zorguitgaven, de rijksbijdragen en de zorgtoeslag.

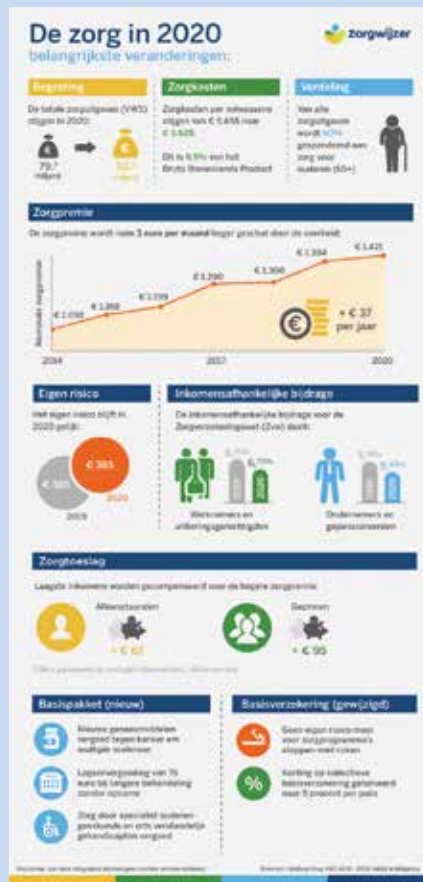
Wat betaalt de gemiddelde burger aan zorg?

De bedragen in onderstaande 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).

Lasten per volwassene aan zorg in 2019 en 2020 (in euro's per jaar)



Huishoudens met een laag inkomen betalen minder dan €5.528 per persoon in 2020 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-premies, de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw, de inkomensafhankelijke 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 netto-last hiervan in samenhang met de zorgtoeslag toeneemt met het inkomen (17-9-2019, minvws, Zorgwijzer.nl).



Factsheet macrokader medisch-specialistische zorg 2020

Jaarlijks brengen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gezamenlijk een 'factsheet macrokader' uit ten behoeve van de contractering. Hiermee geven partijen inzicht in de relevante cijfers ten behoeve van de lokale zorgcontractering. Het doel is dat er tussen partijen in elk geval geen discussie dient te zijn over feiten en data. E.e.a. is gebaseerd op de afspraken die zijn gemaakt in het Hoofdpijnen Akkoord (HLA) 2019-2022.

Groeiruinimte 2020: 0,6%

In het HLA zijn afspraken gemaakt over de volumegroei voor de periode 2019-2022. Cumulatief is er gedurende deze periode 1,7% volumegroei beschikbaar. Dit betekent dat de volledige groei van de zorgvraag (inclusief de groei van de dure geneesmiddelen en de hoog complexe zorg) binnen deze beschikbare volumegroei moet worden opgevangen. Voor het jaar 2020 is een groeiruinimte van 0,6% beschikbaar.

Transformatiegelden: €85 miljoen

In het HLA is afgesproken om extra incidentele middelen beschikbaar te stellen aan instellingen die meegaan in de gewenste transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek, dan wel naar krimp bewegen. Voor de gehele looptijd van het HLA betreft dit een bedrag van in totaal €425 miljoen. Voor 2020 is een bedrag beschikbaar van €85 miljoen.

Nominale aspecten: 2,54%

In de lokale contractering wordt, naast de afspraken over volume, ook gesproken over compensatie voor loon- en prijsontwikkeling. Het macrokader wordt jaarlijks automatisch opgehoogd met de loon- en prijsbijstelling met het doel om instellingen te compenseren voor deze autonome kostenontwikkeling. De raming voor 2020 bedraagt 2,54% (gewogen gemiddelde van prijsindex personeel, materieel en kapitaal) (20-9-2019, NVZ; Factsheet macrokader NVZ, NFU, ZKN en ZN 15-7-2019).



Juiste zorg op de juiste plek

Om initiatieven te ondersteunen op het gebied van de juiste zorg op de juiste plek (JZOP) zijn in het Hoofdpijnen Akkoord medisch specialistische zorg 2019-2022 transformatiegelden beschikbaar gesteld. In totaal gaat het om €425 miljoen over de hele periode, voor 2019 €70 miljoen. In de monitor transformatiegelden 2019 inventariseert de NZa de financiële omvang van de gemaakte afspraken. Uit de monitor blijkt dat in 9 van de 303 door de NZa ontvangen (concept)contracten een concrete afspraak is gemaakt over transformatiegelden. Hiermee is in totaal €1,5 miljoen gemoeid. Zes zorgverzekers, waaronder de vier grootste, verwachten in de loop van 2019 in totaal nog 49 aanvullende afspraken te maken voor een totaal van €27,5 miljoen aan transformatiegelden.

In het kader van de verbetering van de contractering 2020 worden door de landelijke partijen verschillende initiatieven genomen. Zorgverzekers Nederland (ZN) heeft een document vastgesteld te weten "Zorgverzekers en de regio". Hierin maken zorgverzekers duidelijk op welke punten zij onderling samenwerken t.a.v. de totstandkoming van het regiobeeld en de aanpak van de acute zorg.

Aanpak regiobeelden:

- Per regio (31 in totaal) zijn twee verzekeraars (marktleiders) aanspreekbaar. Hiervoor is een overzicht opgesteld.
- Het regiobeeld beschrijft de toekomstige vraag en het toekomstig aanbod van zorg in een regio, gericht op de acute zorg en de belangrijkste knelpunten en uitdagingen op andere onderdelen van de zorg.
- De marktleiders gaan per regio in gesprek met betrokken partijen over het feitelijk beeld en de opgave die daaruit voortvloeit. De beschikbare gegevens van Vektis en de basisdataset van het RIVM leveren daarbij input.

Aanpak acute zorg keten:

- De marktleiders zijn altijd betrokken bij inkoop acute zorgketen en zorgen voor een samenhangend inkoopbeleid.
- De marktleiders zijn aanspreekbaar voor partijen in de regio en voor andere zorgverzekeraars.
- De marktleiders hebben - binnen hun mogelijkheden - zicht op de belangrijkste uitdagingen en risicofactoren binnen de acute zorgketen in de komende twee jaar.
- De marktleiders nemen initiatief als meer congruentie nodig is op onderdelen van acute zorgketen waar inkoop in concurrentie plaatsvindt.

Het Isala Ziekenhuis (Ijsselland) en Zilveren Kruis gaan samen optrekken om hun gezamenlijke ambitie waar te maken: binnen 3 jaar 10% van de patiënten thuis behandelen én de demografische groei in de regio Zwolle verslaan. Zuyderland MC (Heerlen) en CZ sloten een uniek tienjarencontract. Met deze afspraken willen zij samen met ketenpartners de uitdagingen tackelen in Zuid-Limburg, de regio met de hoogste zorgkosten van Nederland. In de Twentse regio zijn Menzis en Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) een meerjarige alliantie aangegaan gericht op waardegedreven zorg. En het Albert Schweitzer Ziekenhuis (Drechtsteden) en VGZ werken meerjarig samen aan zinnige zorg via het programma Zorg van Waarde (4-7-2019, NZa; 29-8-2019, ZN; 3-9-2019, Zorgvisie; 13-9-2019, NVZ).

Handreiking samenwerking medisch specialisten en huisartsen

Op 18 september hebben de FMS en LHV de Handreiking 'Implementatie juiste zorg op de juiste plek' aangeboden aan

minister Bruins van VWS. Medisch specialisten en huisartsen geven met deze handreiking concrete handvatten om te komen tot duurzame samenwerking. Een medisch specialist en een huisarts kunnen met de handreiking samen een plan maken. Het document bevat een stappenplan om een project van idee tot uitvoering te brengen, helpt in kaart brengen welke kosten en investeringen nodig zijn en wat de te verwachten resultaten zijn, zowel kwalitatief als financieel. Met deze gegevens kunnen de zorgverleners vervolgens gemakkelijker met de zorgverzekeraar overleggen (18-9-2019, FMS).



Wijzigingen DBC-systematiek

De DBC-systematiek is jaarlijks aan verandering onderhevig. In 2020 zijn de volgende onderwerpen relevant. Veranderingen DBC's.

Face-to-face contact

Het verplichte face-to-face contact tussen arts en patiënt aan het begin van een zorgtraject verdwijnt per 1-1-2020 uit de NZa-regels voor de medisch-specialistische zorg, omdat deze

regel niet meer aansluit bij de actuele zorgpraktijk. In de huidige regels is het fysieke face-to-face contact tussen de patiënt en de zorgverlener (met poortfunctie) aan het begin van een zorgtraject een belangrijke voorwaarde om de zorg vergoed te krijgen. De NZa voerde de regel op verzoek van veldpartijen door om te borgen dat een arts zorgvuldig diagnose en behandeling kan vaststellen bij de patiënt.

Met de huidige digitale toepassingen is de regel niet meer van deze tijd. In sommige gevallen is het juist in het belang van de patiënt om het gesprek met de arts bijvoorbeeld via telefoon of e-mail te voeren. Dit bespaart de patiënt reistijd en energie.

Medisch-specialistische zorg thuis

Door technologische ontwikkelingen is het steeds vaker mogelijk om medisch-specialistische zorg bij patiënten thuis te leveren. Per 2020 is daarom een zorgprestatie beschikbaar die declaratie van klinische zorg thuis mogelijk maakt indien hier contractueel afspraken over zijn gemaakt.

Klinisch technologoog als taakherschikker

De juiste zorg op de juiste plek vraagt ook om een herindeling van zorgtaken. Daardoor hoeven medisch specialisten niet alle medische handelingen zelf uit te voeren. Vanaf 2020 wordt daarom de klinisch technologoog toegevoegd aan het rijtje van beroepen die de poortfunctie mogen uitvoeren. Beroepsbeoefenaren met een poortfunctie mogen zelfstandig, dat wil zeggen zonder tussenkomst van een medisch specialist, zorgtrajecten openen en in rekening brengen.

Vrije tarieven eerstelijnsdiagnostiek

Per 2020 gelden vrije tarieven voor de eerstelijnsdiagnostiek, met uitzondering van trombosezorg. Bij vrije tarieven stelt de NZa geen maximumtarieven vast en onderhandelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf over de prijs en behandeling. Vrije tarieven bieden meer ruimte om maatwerkafspraken te maken die passen bij de lokale omstandigheden en de behoeften van patiënten (19-9-2019, NZa).



Medisch specialisten

Evaluatie subsidie regeling overgang integrale tarieven MSZ

In 2013 werd in het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 besloten om integrale tarieven in te voeren voor medisch specialistische zorg (MSZ). Dit betekende voor vrijgevestigde medisch specialisten dat zij zich anders moesten organiseren, ofwel als specialist in loondienst ofwel als vrijgevestigde in een samenwerkingsmodel met het ziekenhuis. Om beide opties reële mogelijkheden te laten zijn, werden middelen beschikbaar gesteld voor deze transitie met de Subsidieregeling Overgang Integrale Tarieven in de MSZ. De subsidieregeling heeft als doel om te zorgen dat medisch specialisten de overstap naar loondienst een reële optie vinden, door de financiële belemmeringen voor deze overstap te verminderen. VWS heeft adviesbureau SiRM gevraagd om de subsidieregeling te evalueren en in kaart te brengen of en op welke wijze de subsidieregeling bijdraagt aan het bevorderen van gelijkgerichtheid in de zorg.

SiRM constateerde dat de subsidieregeling nauwelijks bijdraagt aan de overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst. Aan 6% (465) van de vrijgevestigde medisch specialisten is de subsidie verleend, waarvan 97% in het eerste jaar van de subsidieregeling.

Daarbij bestonden vaak andere specifieke redenen voor overstap naar loondienst, zoals grootschalige strategische herpositionering, fusies en een relatief ongunstige financiële positie van instellingen. De subsidieregeling lijkt slechts in beperkte mate de financiële belemmeringen te verlagen voor medisch specialisten om over te stappen naar loondienst. Wellicht heeft de subsidie voor sommige medisch specialisten de overstap daadwerkelijk mogelijk gemaakt, maar dit blijkt niet op grote schaal gebeurd te zijn. De subsidie van €100.000 is vrij laag vergeleken met de goodwill en het opgeven van alle activiteiten als ondernemer, waaronder research en belastingvoordelen. Bovendien zijn de inkomsten van medisch specialisten in loondienst meestal lager dan in vrije vestiging. Daarnaast is het onduidelijk of loondienst inderdaad altijd bijdraagt aan het bevorderen van gelijkgerichtheid. Ontwikkelingen in gelijkgerichtheid door overstap naar loondienst zijn niet te meten met harde uitkomstmaten, en daardoor niet betrouwbaar te meten. Daarnaast zijn bestuurders en medisch specialisten er niet van overtuigd dat loondienst altijd meer gelijkgerichtheid geeft dan vrije vestiging. SiRM concludeert, alles in aanmerking nemend, dat VWS het subsidiegeld effectiever kan inzetten ter bevordering van gelijkgerichtheid door de subsidieregeling niet te verlengen en gelijkgerichtheid op andere manieren te bevorderen (29-7-2019, SiRM).

Msb's ondernemen zonder risico's

Van de €17 miljard die ziekenhuizen ontvangen, gaat ruim €2 miljard naar de bedrijven van de circa 6.500 vrijgevestigde specialisten, zo blijkt uit jaarverslagen van ziekenhuizen. Per specialist gaat het gemiddeld dus om circa 3 ton. Maar dit zegt nog niets over het daadwerkelijke inkomen van vrijgevestigd medisch specialisten. Zij hebben nog onkosten voor onder meer het voeren van hun praktijk, verzekeringen en inkomstenbelasting. In de wandelgangen van ziekenhuizen is het beeld dat vrijgevestigden gemiddeld een ton per jaar meer verdienen dan ziekenhuisbestuurders. Dit zou neerkomen op een gemiddeld inkomen van rond de €260.000 voor vrijgevestigde medisch specialisten. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) herkent zich niet in dit getal. De FMS verwijst naar de recentste cijfers van het CBS. Volgens het CBS is de gemiddelde winst van een medisch specialist in vrij beroep €181.000 (2016). Medisch specialisten in dienst van hun eigen bv's, hadden in 2017 een inkomen van gemiddeld €123.600. Aan dit laatste bedrag is toe te voegen een gemiddeld dividend van €12.600.

Zorgvisie komt via onderzoek in de jaarrekeningen van msb's (Medisch Specialistisch Bedrijf) op globaal hetzelfde bedrag uit. De helft van de 68 msb's heeft in 2017 geen jaarrekening gedeponneerd. Msb's die hebben gekozen voor het transparante model, de supermaatschap, hoeven ook geen jaarrekeningen te publiceren. Maar de msb's die een coöperatie zijn, het niet-transparante model, hebben wel degelijk verantwoordingsplicht. In totaal gaat dat om circa 70% van de msb's. Er zijn slechts 3 msb's die volledige openheid geven over de cijfers.

Msb's lopen beperkt risico bij hun activiteiten. Zij hebben nauwelijks eigen vermogen om tegenslagen op te vangen. Kosten voor personeel zijn gering, kosten voor investeringen zijn ook gering. Ze ondernemen zonder echte financiële ondernemersrisico's te lopen.

De in 2015 opgerichte msb's waren in feite een oplossing om het fiscale ondernemerschap van medisch specialisten veilig te stellen. Het idee was dat ze een tussenstap waren op weg naar mede-eigenaarschap. Dan zouden de belangen van specialisten en ziekenhuis echt parallel lopen.

Maar in een recente brief schuift de minister van VWS winstuitkering vanuit ziekenhuizen opnieuw op de lange baan. Daarmee is mede-eigenaarschap van specialisten in ziekenhuizen op korte termijn geen reële optie. BDO ziet desondanks mogelijkheden om samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen dusdanig in te richten dat belangen per definitie gelijkgesteld zijn. Msb's kunnen hun ondernemersrisico's bijvoorbeeld laten lopen via het ziekenhuis. Dus niet zelf investeren, maar via het risicodragend vermogen van ziekenhuizen. Als alternatief voor aandeelhouder zijn van het ziekenhuis, is te denken aan een langlopende lening aan het ziekenhuis. Zo ontstaat er grotere verwevenheid tussen ziekenhuis en msb (28-8-2019, Zorgvisie).

Lasten en opbrengsten van kwaliteitsindicatoren in kaart

In 2018 heeft Zorginstituut Nederland een herhaalbare meetmethode voor de medisch specialistische zorg (MSZ) laten ontwikkelen. Deze brengt de lasten en opbrengsten in kaart die professionals ervaren bij het meten en vastleggen van kwaliteitsindicatoren. De informatie wordt gebruikt bij het verminderen van de ervaren regeldruk en het verbeteren van de kwaliteit van de indicatoren. De partners in het Bureauoverleg Transparantie MSZ zijn eigenaar van deze monitor en hebben KPMG Health gevraagd om de eerste herhaling uit te voeren over verslagjaar 2018. De respondenten zijn medisch specialisten, kwaliteitsmedewerkers en verpleegkundigen.

Het is van belang te investeren in ICT en EPD's om de lasten terug te brengen. Daarnaast kan de druk verlaagd worden door in te zetten op een beperkt aantal indicatoren per set. De streefregel hierbij is gemiddeld maximaal 10 hoofdindicatoren per set. De laatste jaren zijn stappen gezet om de manier van uitvragen te vereenvoudigen en stroomlijnen.

Medisch specialisten zien patiëntvragenlijsten (PROMs) als toegevoegde waarde om te gebruiken in het gesprek met de patiënt om samen tot een goed geïnformeerde beslissing te komen over behandelmogelijkheden. In dit proces van 'samen beslissen' worden nadrukkelijk meerdere zorgverle-

ners meegenomen, zoals verpleegkundigen. Met het Programma Uitkomstgerichte Zorg zal de komende tijd vanuit beleidsdoelen naast klinische uitkomstinformatie ingezet worden op PROMs. Het Programma Uitkomstgerichte Zorg wordt momenteel vormgegeven door VWS in samenwerking met de hoofdlijnenakkoord partijen Medisch Specialistische Zorg (26-8-2019, Zorginstituut Nederland).

HoloLens

Twee chirurgen van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg hebben een manier ontwikkeld om zich met hologrammen voor te bereiden op een operatie. Een HoloLens projecteert een driedimensionaal beeld van bijvoorbeeld een botbreuk op de patiënt en geeft de chirurg een beeld van de situatie voordat de daadwerkelijke operatie begint. Er zit voor de chirurgen een lacune tussen de hulpmiddelen die ze hebben en de realiteit. Tweedimensionale beelden zoals röntgenfoto's en CT-scans wordt gebruikt om voor te bereiden om te opereren op een driedimensionale patiënt. De bril, genaamd Microsoft HoloLens, is gemaakt voor augmented reality: hologrammen die als het ware over de realiteit worden gelegd. Het hologram wordt gemaakt op basis van een CT- of MRI-scan. Cruciaal voor het ontwikkelen van de software was een samenwerking met de Universiteit Twente (15-8-2019, Zorgvisie).



Betere overleving hartpatiënten

Hartcentra die elkaars behandelresultaten kunnen inzien presteren beter, blijkt uit het promotieonderzoek van Dennis van Veghel, zorgmanager in het Catharina Ziekenhuis in

Eindhoven en bestuurder bij de Nederlandse Hart Registratie. Er overlijden minder hartpatiënten na een behandeling als ziekenhuizen succesvolle operatiemethodes met elkaar kunnen evalueren en delen. Zo blijkt het aantal sterfgevallen in het Catharina Ziekenhuis bij bypassoperaties en vervangen van de hartklep gedaald. Ook de complicaties na behandeling bij hartritmestoornissen daalden van 1,8% naar 0,4%. Inmiddels werken veertien van de zestien hartcentra en negen van de veertien dottercentra in Nederland op deze manier samen (28-8-2019, ZN; 29-8-2019, FMS).

Complexe IC-patiënt kan eerder van kunstmatige beademing

Zo'n driekwart van de complexe patiënten die niet zelfstandig kunnen ademen, kan sneller van de kunstmatige beademing af dan nu vaak het geval is. Een nieuwe aanpak van Radboudumc bevordert niet alleen het herstel van de patiënt, ook zijn de kosten 40% lager.

In Nederland verblijven acuut zieke patiënten op een Intensive Care zolang zij kunstmatig beademd worden. Voor een groot deel van deze patiënten geldt: hoe eerder ze zelfstandig kunnen ademen, hoe sneller en beter ze herstellen. Bij ongeveer 13% van de patiënten duurt het langer dan 7 dagen om van de kunstmatige beademing af te komen. Het Radboudumc Expertisecentrum voor Ontwennen van Beademing hanteert een speciale aanpak om deze groep van de beademing af te krijgen. De totale behandeling duurt maximaal 30 dagen. Tussen 2016 en 2018 kwamen zo'n 160 patiënten naar het expertisecentrum. Ruim 75% van deze patiënten kon binnen gemiddeld 14 dagen van de kunstmatige beademing af.

De kosten van een opname in het expertisecentrum zijn zo'n 40% lager dan op een reguliere IC.

Het Radboudumc is naar eigen zeggen het enige ziekenhuis in Nederland dat deze gespecialiseerde zorg voor IC-patiënten aanbiedt. Ongeveer een derde van de patiënten komt van andere ziekenhuizen en wordt na behandeling terugverwezen (10-9-2019, Skipr).

Kortere ziekenhuisopname dankzij nieuwe operatietechniek

Een nieuwe operatietechniek in de gynaecologie zorgt voor minder postoperatieve pijn, kortere ziekenhuisopname, minder complicaties en geen littekens. Twee gynaecologen van Zuyderland in Heerlen zijn de eerste artsen die de techniek vNOTES gebruiken. vNOTES staat voor Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery. Voor bijvoorbeeld het verwijderen van een baarmoeder wordt gebruik gemaakt van de natuurlijke toegangsholtes van het menselijk lichaam, zoals de mond, vagina, urinebuis en rectum. Een ander groot pluspunt is dat de eileiders in dezelfde ingreep meegenomen kunnen worden. Het verwijderen van de eileiders verkleint mogelijk het risico bij de ontwikkeling van eierstokkanker op latere leeftijd (30-8-2019, Skipr).

Gebrekkige EPD-uitwisseling is gevaarlijk

Medisch specialisten waarschuwen dat een gebrekkige uitwisseling van gegevens tussen EPD's van zorginstellingen een dagelijks gevaar vormt voor patiënten. Dat zegt 80% van de medisch specialisten, blijkt uit een peiling van de Federatie Medisch Specialist. Een ruime meerderheid (55%) zegt dagelijks te maken te hebben met een gebrekkige gegevensuitwisseling. Specialisten werkzaam in ziekenhuizen, GGZ-instellingen en zelfstandige klinieken wijzen behalve op de patiëntveiligheid ook op een groot foutrisico, tijdverlies en dubbele diagnostiek (15-9-2019, Skipr). De huidige EPD-systemen zijn vooral gericht op het vastleggen van informatie en niet op delen, met als gevolg dat de elektronisch gegevensuitwisseling moeizaam verloopt. Onderlinge informatie-uitwisseling vindt op dit moment veelal plaats via fax, CD-ROM, papier of via (telefonische) gesprekken. Om systemen met elkaar te kunnen laten uitwisselen moeten landelijke standaarden worden geïmplementeerd. VWS heeft in 3 brieven aan de Tweede Kamer (20-12-2018, 9-4-2019, 12-7-2019) haar voorgenomen beleid gepresenteerd waarin stapsgewijs wordt toegewerkt naar een wettelijke verplichting voor elektronische gegevensuitwisseling. In de Kamerbrief zijn 4 processen voor ziekenhuizen genoemd die als eerste prioriteit krijgen te

weten: overdracht tussen ziekenhuizen, medicatie-uitwisseling, beelduitwisseling en verpleegkundige overdracht (12-7-2019, ministerie VWS; 15-9-2019, FMS).

Ruim 80% van de ziekenhuizen laat patiënten gegevens inzien

Ziekenhuizen zijn op de goede weg wat betreft online inzage in of een elektronische afschrift van hun medische gegevens, blijkt uit het jaarlijkse onderzoek van Nictiz. Patiënten kunnen hun gegevens bij 60 van de 73 ziekenhuizen inzien via een patiëntportaal. Vorig jaar waren dat er 49. Dat is in lijn met de Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens in de zorg, die voorschrijft dat patiënten per 1 juli 2020 recht hebben op online inzage in of een elektronische afschrift van hun medische gegevens. Een deel van de 13 ziekenhuizen die nog geen online inzage bieden, geven aan binnenkort een patiëntportaal te lanceren (3-9-2019, Skipr).

Patiënt die meebeslist kiest minder vaak operatie

Gebruik van keuzehulpen drukt het aantal operatieve ingrepen bij galstenen of liesbreuk met 10% tot 15%, blijkt uit onderzoek van Radboudumc in ziekenhuis Bernhoven in Uden. Landelijke uitrol van keuzehulpen kan volgens de onderzoekers leiden tot een kostenreductie van ruim €19 miljoen. Patiënten die samen met de arts kiezen tussen afwachten of opereren bij galstenen of liesbreuk laten zich minder snel opereren. De keuzehulp laat patiënt en arts de voor- en nadelen zien van zowel opereren als afwachten. In de keuzehulp beantwoordt de patiënt een aantal vragen. De uitkomst daarvan speelt een belangrijke rol in welke optie de patiënt kiest. Samen met de behandelaar beslist de patiënt dan welke optie en daarbij behorende behandeling het beste past. Volgens de onderzoekers zou een landelijke invoering van keuzehulpen kunnen leiden tot een potentiële kostenreductie van ruim €19 miljoen door besparing op het gebruik van operatiekamers. Hoe reëel die schatting is en welk effect dit op de tevredenheid van patiënten heeft wordt nader onderzocht (25-7-2019, ZN; 30-7-2019, Zorgvisie).

RIVM: weeg kosteneffectiviteit mee bij keuze voor implantaten

Het kost vaak veel geld om nieuwe medische hulpmiddelen, zoals implantaten, te ontwikkelen. Informatie over hoe de kosten zich verhouden tot de mate waarin ze de gezondheid en de kwaliteit van leven van patiënten verbeteren, is daarom van belang. Verzekeraars, artsen en instanties die beoordelen of een implantaat wordt vergoed, besteden echter weinig aandacht aan de kosteneffectiviteit van implantaten, blijkt uit onderzoek van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu).

Het RIVM adviseert om bij de zorginkoop van implantaten informatie over kosteneffectiviteit mee te laten wegen. Ook bij andere afwegingen zou kosteneffectiviteit meer betrokken kunnen worden. Bijvoorbeeld bij de afweging of de zorgverzekering een product vergoedt. Verder kan transparanter worden welke factoren nu meewegen bij het besluit om implantaten te vergoeden. Om medicijnen vergoed te krijgen, moeten fabrikanten uitgebreide studies doen naar de kosteneffectiviteit. Bij implantaten is geen informatie over kosteneffectiviteit vereist. Daarnaast is vaak onduidelijk wat een (nieuw) implantaat precies kost.

Voor dit onderzoek bekeek het RIVM in de wetenschappelijke literatuur de kosteneffectiviteit van drie implantaten: heupprothesen, de sterilisatiemethode Essure en bekkenbodematjes. De economische evaluaties in de wetenschappelijke literatuur zijn niet altijd compleet en kwalitatief niet goed. Bijwerkingen worden erin onderschat of komen niet aan bod. En als er aandacht voor is, is dat vaak alleen voor de bijwerkingen op korte termijn. Hierdoor kan een te rooskleurig beeld ontstaan van de kosteneffectiviteit van het desbetreffende implantaat (19-9-2019, RIVM).



Ziekenhuizen

Bernhoven: aandeelhouderschap

Sinds juli 2019 kunnen naast medewerkers ook patiënten en omwonenden via een obligatielening een belang in Bernhoven (Uden) nemen. Echt aandeelhouder worden ze daarmee nog niet, omdat VWS de regels voor dividend-uitkering niet wil verruimen. Inmiddels hebben tussen de 1.500 en 1.700 mensen onder andere via het platform AndersFinancieren.nl een deel van de obligatielening gekocht, samen voor meer dan €5 miljoen. Het plafond van de obligatielening is €20,5 miljoen. Bernhoven beoogde met het openstellen van de obligatielening een stap te zetten richting echt aandeelhouderschap, inclusief dividend-uitkering, maar werd door de actualiteit ingehaald. Winst uitkeren zit er voor een ziekenhuis voorlopig niet in. De strategie die Bernhoven in 2014 inzette beoogt om betere zorg en waar mogelijk ook minder zorg te leveren vanuit het ziekenhuis. Dat moet onder meer door de patiënt meer bij de zorg te betrekken en intensiever samen te werken met de eerstelijnszorg. Onderdeel hiervan is dat de ziekenhuisorganisatie een andere rechtsvorm kreeg. In plaats van een stichting is Bernhoven in april 2017 een B.V. geworden, juist zodat betrokkenen bij het ziekenhuis op termijn ook aandeelhouder zouden kunnen worden. Momenteel zijn alle aandelen in handen van de Stichting Bernhoven. In het openstellen van de zorginstelling voor aandeelhouders, ziet Bernhoven een manier om de betrokkenheid van medewerkers, patiënten en omwonenden als het ware

een tastbare vorm te geven. Zo zijn alle artsen in loondienst gegaan en kregen zij als eerste de mogelijkheid om via de obligatielening een belang in het ziekenhuis te nemen. In 2018 werd de obligatielening ook voor andere medewerkers opengesteld en nu dus ook voor patiënten en omwonenden (17-7-2019, Zorgvisie).

Vakgroepen afschaffen?

Medisch specialisten in het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem behandelen en snijden minder sinds de zorg in 2017 thematisch is georganiseerd rond aandoeningen. Steeds meer ziekenhuizen stappen af van vakgroepen en organiseren de zorg thematisch rond thema's als snijdend, beschouwend, acuut, oncologie, hart-vaat en vrouw-moeder-kind. Inspiratie vormt het gedachtengoed van Value based healthcare (VBHC) en de rigoureuze invoering door het Karolinska Ziekenhuis in Stockholm. Het Reinier de Graaf Ziekenhuis in Delft maakte in mei deze stap en in augustus volgde het Medisch Centrum Leeuwarden. Het Rijnstate Ziekenhuis stapte in 2017 over op 5 multidisciplinaire thema's: oncologie, vasculaire geneeskunde, vrouw & kind, palliatieve zorg en traumatologie. De thema's heten in Arnhem multidisciplinaire resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's). Ze zijn georganiseerd rond een patiëntenstroom. Binnen de multidisciplinaire RVE's zijn er geïntegreerde patiënten-units rond bepaalde ziektes. Bij oncologie bijvoorbeeld zijn er

geïntegreerde patiënten-units prostaat-, long-, gastro-intestinale-, borstkanker en maligne hematologie. Een geïntegreerde patiënten-unit bestaat uit alle betrokken medisch en verpleegkundig specialismen. Bij prostaatkanker werken de urologen, radiologen, radiotherapeuten en medisch oncologen samen in één team. Samen zijn zij verantwoordelijk voor kwaliteit en budget van de geïntegreerde patiënten-unit, inclusief de dure medicijnen.

Maar van het opheffen van de vakgroepen is geen sprake. Dat roept te veel weerstand op. Bovendien is het opheffen van vakgroepen praktisch vrijwel niet mogelijk bij ziekenhuizen op de schaal van STZ-ziekenhuizen. Karolinska is enorm groot en kan dat waarschijnlijk wel doen. Maar het gemiddelde topklinische ziekenhuis in Nederland is te klein om diensten van specialisten op te splitsen in geïntegreerde patiënten-units. Er zijn dan te weinig medisch specialisten om de algemene acute zorg tijdens de avond, nacht en weekend (ANW) te organiseren. Maar overdag werken de specialisten wel in de RVE's en geïntegreerde patiënten-units. Zij werken in een team dat zich alleen bezig houdt met bijvoorbeeld borstkanker- of prostaatkankerzorg. Bij borstkankerzorg vormen de chirurg, medisch oncoloog, mamacare verpleegkundigen, radioloog, radiotherapeut en patholoog samen in een eenheid. Zij zijn samen verantwoordelijk voor de kwaliteit en de ziekenhuiskosten (16-9-2019, Zorgvisie).

Ziekenhuizen verstoppert door patiënten op 'verkeerde bed'

Ziekenhuizen liggen steeds voller met patiënten die daar eigenlijk niet meer thuis horen. Grote topklinische ziekenhuizen hebben gemiddeld per dag 15-50 patiënten op een 'verkeerd bed', waardoor de doorstroom stagneert en mensen langer wachten op operaties. Er is onvoldoende plek in verpleeghuizen, revalidatiecentra en de wijkverpleging heeft regelmatig geen capaciteit door een tekort aan verpleegkundigen. Daarnaast gaat het mis bij de instroom op de SEH, door toenemende tekort aan huisartsen. De problematiek is op grootst buiten kantooruren (24-9-2019, Zorgvisie).

Acties in ziekenhuizen voor betere cao

Deze zomer liepen de cao-onderhandelingen voor 200.000 ziekenhuismedewerkers stuk. De vakbonden vinden het eindbod van de NVZ onacceptabel, omdat het ver onder vergelijkbare cao's in de zorg ligt. In het eindbod van de ziekenhuisbestuurders stijgen de lonen voor alle medewerkers de komende 34 maanden met in totaal 8%. 4% in 2020 en 4% in 2021. Bovendien stelt de NVZ voor per 1 januari 2020 de onregelmatigheidstoeslag te verhogen. Dat betekent een extra 2,5% loonsverhoging voor m.n. de verpleegkundigen. Alle ziekenhuismedewerkers ontvangen een eenmalig bedrag van €1000,- in november dit jaar. Ook de stagevergoedingen gaan fors omhoog naar €400 per maand en de leerling-salarissen worden met 10% verhoogd.

De NVZ heeft 30 augustus een brief geschreven aan het kabinet waarin zij verzoeken om een eenmalige financiële impuls. Om aantrekkelijk te blijven op de arbeidsmarkt en verpleegkundigen en hun collega's te belonen voor vaak zwaar werk is een goed salaris noodzakelijk. Ziekenhuiswerknemers voeren op dit moment diverse acties. Er worden ludieke acties gevoerd en er worden zondagsdiensten gedraaid. Er wordt dan alleen spoedeisende zorg verleend. Medisch specialisten vallen niet onder de ziekenhuis-cao (30-8-2019, NVZ; 26/30-9-2019, FMS).

Dalende kasstroom gevaar voor investeringen ziekenhuizen

De gestaag dalende kasstroom van de afgelopen jaren bij ziekenhuizen is een risico voor de investeringsmogelijkheden, constateert researchbureau Finance Ideas na analyse van de jaarcijfers van 90% van de ziekenhuizen over de afgelopen tien jaar. De kasstroom als percentage van de omzet nam de afgelopen 10 jaar af van 13% naar 9% van de jaaromzet. Uit deze kasstroom moet een groot deel van het bedrag worden vrijgemaakt voor "hoognodige" innovatie in de toekomst. Oorzaken voor de dalende cashflow zijn de sterk gestegen kosten voor dure geneesmiddelen (zoals kankermedicatie en weesgeneesmiddelen) en kosten voor personeel dat niet in loondienst is.

Wel zijn meer ziekenhuizen dan 10 jaar geleden in staat om meer te lenen van banken, omdat hun solvabiliteit sterk is toegenomen en zelfs is verdubbeld sinds 2008 tot 28,4% (in 2017 nog 26%). Banken vragen meestal een minimale solvabiliteit van 25%. Ook het resultaat van de ziekenhuizen was vorig jaar positief: dat nam toe tot gemiddeld 1,7%. Reden dat de resultaten van de ziekenhuizen, ondanks de dalende kasstroom, positief blijven zijn de lagere kapitaallasten, vooral door de erg lage rente. Ziekenhuizen kunnen zich nu vaak financieren voor een rente van iets meer dan 0%. Maar niet alle ziekenhuizen hebben een gunstige financiële positie, omdat de banken ook kijken naar andere ratio's, zoals de DSCR (Debt Service Coverage Ratio). Die moet minimaal 1,2 zijn en minimaal 1,4 voor het verstrekken van een lening (13-8-2019, Skipr).

Gezamenlijke onderhandelingen ziekenhuizen

Ziekenhuizen mogen op veel manieren met elkaar samenwerken, maar er zijn ook grenzen. Dit is het geval als de samenwerking tot hogere prijzen of minder goede zorg voor de patiënt-verzekerde leidt. Deze risico's doen zich voor als de ziekenhuizen bij elkaar in de buurt liggen, maar in sommige gevallen ook als zij in verschillende regio's actief zijn of niet dezelfde zorg aanbieden. Door gezamenlijk te onderhandelen met een zorgverzekeraar kunnen ziekenhuizen een blok vormen en hogere prijzen vragen. Dat deze risico's zich ook kunnen voordoen als de ziekenhuizen geen directe concurrent van elkaar zijn, blijkt uit een zienswijze van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) aan de ziekenhuizen die samenwerken binnen de Santeon-groep, een samenwerkingsverband van zeven topklinische ziekenhuizen. De ACM is van oordeel dat de zorgverzekeraar bij een samenwerkingsverband zelf moet kunnen beslissen of zij wil onderhandelen met het collectief of met de individuele ziekenhuizen. Santeon heeft aan de ACM gemeld dat zorgverzekeraars individueel kunnen blijven onderhandelen. De ACM ziet daarom nu geen mededingingsrisico's. De ACM heeft het samenwerkingsverband binnen de Santeon-groep opnieuw bekeken naar aanleiding van de uitbreiding van deze groep en omdat zij op meer onderwerpen zijn gaan samenwerken. In de eerdere zienswijze gaf de ACM aan

geen risico's voor de concurrentie te zien als deze ziekenhuizen gezamenlijk onderhandelen over borstkankerzorg, omdat deze ziekenhuizen verspreid over Nederland liggen en daarom geen concurrent voor elkaar vormen. Deze risico's ziet zij nu wel en dan met name als de ziekenhuizen een blok in de onderhandelingen vormen (25-07-2019, ACM).

Ziekenhuizen mogen samen medische hulpmiddelen inkopen

De Nederlandse Universitair Medische Centra, Haaglanden Medisch Centrum en het Flevoziekenhuis mogen gezamenlijk optrekken via een inkoop samenwerking voor medische hulpmiddelen. Ook hebben ze geen wetten en regels overtreden in een specifieke aanbestedingsprocedure voor pacemakers, blijkt uit de uitspraak van de Haagse rechtbank. Medtronic Trading en Boston Scientific, leveranciers van pacemakers en ICD's, hadden een kort geding aangespannen tegen de umc's en de 2 algemene ziekenhuizen die in 2017 een inkoop samenwerking hebben opgericht. De rechter volgt de leveranciers niet in hun bezwaren en er komt geen nieuwe aanbestedingsprocedure. Medtronic en Boston vinden dat ziekenhuizen zouden moeten betalen voor extra diensten die horen bij de aanschaf van pacemakers. Het inregelen van de ICD's en de kosten voor programmeer-apparatuur zouden niet inbegrepen moeten zijn. De leveranciers vinden dat ziekenhuizen ondersteuning moeten inkopen of er zelf voor moeten zorgen. De ziekenhuizen zien dat anders.

Naast het bezwaar van de extra diensten vinden de leveranciers ook dat de samenvoeging tussen ziekenhuizen leidt tot een machtsblok en dat de umc's misbruik maken van hun grote marktaandeel door onredelijke en onrechtmatige voorwaarden aan de leveranciers op te dringen. De rechter wijst erop dat Medtronic niet behoort tot het midden- en kleinbedrijf en daarom ook geen beroep kan doen op schending van de 'motiveringsplicht'. Medtronic stelt namelijk dat de ziekenhuizen een samengevoegde opdracht in de markt zetten en dat de ziekenhuizen daarmee het midden- en kleinbedrijf kunnen uitschakelen.

12 Natuurlijk in **Beweging**

De uitspraak kan worden gezien als een bevestiging van het gezamenlijk mogen inkopen door ziekenhuizen. Met gebundeld inkopen verstevigen inkopers hun eigen positie ten opzichte van een grote club als Medtronic. Zeker als gezamenlijk inkopen ten goede komt aan de samenleving zal de ACM hier geen bezwaar tegen hebben (29-7-2019, Zorgvisie).

Bereikbaarheid SEH's

99,8% van de inwoners van Nederland kan binnen 45 minuten per ambulance naar een spoedeisende hulpafdeling (SEH) van een ziekenhuis worden gebracht. Dit percentage is gelijk aan vorig jaar, blijkt uit een bereikbaarheidsanalyse van spoedeisende hulp van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Uit de analyse blijkt dat er op de peildatum (maart 2019) in Nederland in totaal 87 SEH's zijn. Hiervan zijn 83 locaties 24 uur per dag geopend en 4 alleen overdag en in de avond, maar niet 's nachts. Ten opzichte van april 2018 (peilmoment vorige analyse) heeft ons land 2 SEH's minder en 1 SEH is van 24/7-uurs naar dag/avond openstelling gegaan. Ruim 33.000 mensen zijn langer dan drie kwartier onderweg om bij een SEH-post te komen. Deze mensen wonen bijna allemaal op de Nederlandse Waddeneilanden, maar ook in Baarle-Nassau, Steenwijk, Sluis en Zuidwest Friesland. Op 75 ziekenhuislocaties in Nederland wordt 24 uur per dag acute verloskunde aangeboden. Dat zijn er 5 minder dan in 2018 (12-7-2019, RIVM).

Steeds meer 60-plussers in OK

Het personeelstekort in de Nederlandse operatiekamers blijft voorlopig groeien. Uit tussentijdse cijfers van het Capaciteitsorgaan blijkt dat het percentage operatieassistenten van 60 jaar en ouder toeneemt, terwijl de uitval in de opleiding onverminderd hoog blijft. Het percentage 60-plussers onder de operatieassistenten steeg de afgelopen jaren van 6,1% in 2016 naar 8%. Onder anesthesiemedewerkers is het zelfs

11%. Voornaamste oorzaken zijn een gebrek aan opgeleide krachten, en het lage interne rendement van de opleidingen. Voor operatieassistenten ligt dat op 60 (13-9-2019, Skipr).

Elf procent laboratoriumonderzoek nutteloos

Elf procent van het laboratoriumonderzoek in ziekenhuizen is overbodig, het gaat bijvoorbeeld om onnodig bloed prikken. Bovendien leiden de extra tests vaak tot belastende vervolgonderzoeken en ongerustheid bij patiënten, blijkt uit onderzoek van het UMC Utrecht en het Amsterdam UMC. Het onderzoek laat zien dat het mogelijk is om met relatief eenvoudige ingrepen de laboratoriumtests in ziekenhuizen met 11% te verminderen. Het onderzoek richtte zich op bewustwording bij de aanvragers van laboratoriumonderzoek. Arts-assistenten kregen hierbij intensievere begeleiding van ervaren specialisten. Ook is gekeken naar veranderingen in de ziekenhuisprotocollen en aanvraagssystemen. Aanvragers werden gestimuleerd een zorgvuldiger afweging te maken. Zij werden uitgenodigd om stil te staan bij vragen als: heeft de uitslag van deze test gevolgen? Is herhaling van de test nodig? Is de combinatie van deze testen nodig? De resultaten van de studie zijn gepubliceerd op het JAMA Network (15-8-2019, Skipr).

Wet BIG II niet naar de Tweede Kamer

Het wetsvoorstel BIG II gaat (voorlopig) niet door. Minister Bruins schrijft in een brief aan de Kamer dat hij de behandeling van de wet uitstelt. Dit naar aanleiding van de onrust die is ontstaan onder verpleegkundigen over het overgangsmodel en de voorgestelde beroeps-differentiatie. Wat is er aan de hand? Ruim veertig jaar geleden werd voor het eerst gesproken over het aanbrengen van onderscheid tussen een mbo- en een hbo-(regie)verpleegkundige. Er moest een onderscheid komen tussen verschillende soorten verpleegkundigen. De zorg wordt steeds ingewikkelder, patiënten hebben complexere aandoeningen en

vaak meerdere tegelijk. Dat vraagt om verpleegkundigen die dit kunnen overzien. Bovendien is er behoefte aan carrière perspectief. Aangezien de gewenste functiedifferentiatie op de werkvloer slechts mondjesmaat tot stand kwam, besloot toenmalig minister Schippers tot wetgeving (BIG). Toen begin deze zomer duidelijk werd hoe de wet, en de bijbehorende overgangsregeling, er in de praktijk uitzag, ontstond er enorme onrust onder de verpleegkundige beroepsgroep.

De overgangsregeling kent twee knippen:

- alle hbo-opgeleide verpleegkundigen van voor 2012 moeten een toets doen om te kijken of zij regie-verpleegkundige kunnen worden;
- oudere, 'in-service'-opgeleide zorgverleners die hun diploma voor 2003 behaalden, moeten terug naar school om regieverpleegkundige te kunnen worden, ongeacht de extra opleidingen die zij sindsdien hadden afgerond. Net afgestudeerde hbo-v'ers konden zich direct laten inschrijven als regieverpleegkundige, want daar is de opleiding de afgelopen jaren namelijk op aangepast.

Op 25 juli liet V&VN (beroepsvereniging van verpleegkundigen) weten een pas op de plaats te willen maken. De minister bood ruimte voor uitstel en stelde een zogenaamde verkenners, Alexander Rinnooy Kan, aan om te bezien of het dossier vlot getrokken kon worden. Eind augustus maakte het bestuur van V&VN bekend dat het aftreedt omdat zij niet meer het vertrouwen heeft van de leden. Eind september werd op basis van een ledenpeiling van V&VN definitief duidelijk dat de wet BIG-II en de overgangsregeling niet kunnen rekenen op steun van V&VN-leden. De peiling laat zien dat er geen absolute meerderheid is vóór onderscheid op de werkvloer tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen (functiedifferentiatie) dan wel een wet en overgangsregeling die dit gaan regelen (26-7-2019, NVZ; 21-8-2019, min VWS; 23-8-2019, Volkskrant; 27-8-2019 en 25-9-2019, Website V&VN).

