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

Natuurlijk in Beweging

In dit nummer o.a.:

- **De verzekerdenmarkt in beeld** • **DBC-productstructuur en tarieven 2016**
- **Rapport Kaljouw ... de contouren** • **NZa en NVZ over fusies ...**
- **Korte berichten gezondheidszorg**

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

JULI 2015 JAARGANG 4 • NUMMER 2

Tja... gereguleerde marktwerking ...

Met enige regelmaat word ik benaderd door familie, vrienden, bekenden en zelfs onbekenden voor een advies naar welke dokter ze het beste met hun orthopedische klachten kunnen gaan.

Dit is toch niet meer nodig denk ik dan. We hebben immers een systeem van ‘gereguleerde marktwerking’ en hiermee is ook de positie van een persoon met klachten anders geworden. De patiënt, een zieke of iemand aan wie medische, paramedische of verpleegkundige hulp verleend moet worden, moet en mag zich gaan gedragen als consument. Waarbij onder (zorg)consument verstaan wordt ‘een persoon die goederen en diensten consumeert, die worden geproduceerd in de economie’, in dit geval de zorgeconomie. Daarbij kijkt een consument of hij een product wil hebben en of hij het kan betalen.

Maar daar wringt meteen al de schoen in ons zorgsysteem van gereguleerde marktwerking. De zorgverzekeringsmarkt wordt gedomineerd door een klein aantal zeer grote zorgverzekeraars die direct invloed hebben op de kosten, de mogelijkheden en dus ook op de inhoud van de vele polissen. (Ziet u door de bomen het bos nog?) Ook bepalen deze zorgverzekeraars na onderhandeling, wat medische professionals wel of niet kunnen en mogen doen en hoe vaak. Is dit een uitkomst van gereguleerde marktwerking?

Om als consument goed gebruik te kunnen maken van de beste behandeling moet je redelijk goed ingevoerd zijn in de zorg. Belangrijk is dat je destijds bij het afsluiten van je polis het vakje voor vrije artsenkeuze hebt aangekruist. Zo niet dan heb je te maken met meer regulering en minder met marktwerking. Gelukkig word je als (zorg)consument geholpen door de keuzehulpen van bijvoorbeeld Zorgkaart Nederland en Zorgverzekeraar CZ.
De openingsvraag bij deze laatste is of je in Duitsland, België of Nederland geholpen wenst te worden. Bijzonder. Je krijgt geen ‘hits’ wanneer je de maximale medische zorg verlangt of wanneer je een arts met een 9 als rapportcijfer zou willen. Wanneer je eindelijk je arts of ziekenhuis naar keuze hebt gevonden, kun je zelfs controleren of de betreffende zorgverzekeraar contractuele afspraken met jouw voorkeur heeft ...

Zorgkaart komt met andere, voor de (zorg)consument goed te begrijpen voorkeuren. Je kunt aangeven of je bij een heupvervanging in aanmerking wilt komen voor de zogenaamde voorste benadering. Er zijn keuzemogelijkheden voor prothesematerialen waarbij bijvoorbeeld Oxinium wel exotisch klinkt ...

Een andere belangrijke parameter van uitkomsten, de Patient Reported Outcome Measures, wordt (nog) niet weergegeven. Er wordt een poging gedaan op de site van stichting Miletus (samenwerkingsverband van zorgverzekeraars), echter om openbare gegevens in te kunnen zien, moet je eerst een aanvraagformulier invullen...

Welkom beste zorgconsument in het oerwoud van de zorg met gereguleerde marktwerking!
Ik verwacht de komende tijd nog veel vragen van familie, vrienden, bekenden en onbekenden voor een advies. Voor zover ik de wijsheid in pacht heb, blijf ik hen graag adviseren.

Veel leesplezier!

Roland van Esch

De verzekerdenmarkt in beeld

De Zorgthermometer wordt jaarlijks door Vektis gepubliceerd en beschrijft onder andere het overstap- en keuzegedrag van verzekerden.

Overstappers

Per 1 januari 2015 is 6,8% van de verzekerdenpopulatie (1,1 miljoen) veranderd van zorgverzekeraar. Het percentage verzekerden dat sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 minimaal één keer van verzekeraar wisselde, bedraagt 31%.

Budgetpolissen

In toenemende mate is de afgelopen jaren interesse ontstaan voor selectieve zorgpolissen, ook wel 'budgetpolissen' genaamd. In 2015 waren er 16 van dergelijke polissen. 7% Van de verzekerden is via één van deze polissen verzekerd. Kenmerken van deze polissen zijn een lagere premie, keuze uit een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders, een relatief lage vergoeding (dus hoge eigen betaling) bij gebruik van niet gecontracteerde zorg (dit geldt met name voor de geestelijke gezondheidszorg), de verplichting geneesmiddelen of hulpmiddelen online te bestellen bij een bepaalde aanbieder en een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen voor bepaalde behandelingen.

Marktaandeel verzekeraars

In 2015 is 89% van de Nederlanders verzekerd bij één van de vier grote concerns: Achmea, VGZ, CZ en Menzis. Daarnaast zijn er vijf kleinere verzekeraars met een marktaandeel tussen de 0,9% en 3,2%. Dit zijn DSW, ONVZ, Zorg en Zekerheid, ASR en Eno. Sinds 2012, het jaar waarin het marktaandeel van Achmea het grootst was, is de verzekerdenportefeuille van Achmea met bijna 6% afgenomen. Het marktaandeel van VGZ groeide sinds 2012, maar in 2015 neemt het marktaandeel van dit concern af met ruim 2%. Het marktaandeel van CZ is sinds 2012 toegenomen met ruim 3%. Het marktaandeel van Menzis is ten opzichte van de andere grote concerns het meest stabiel.

Premie

Na een daling over de afgelopen twee jaar, is de nominale jaarpremie per 2015 gestegen naar gemiddeld € 1218,- per jaar. Dit betreft een stijging met 5,3% ten opzichte van 2014. Deze stijging wordt onder meer veroorzaakt door de overgang van een deel van de AWBZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet en door de nominale stijging van de zorgkosten. Uiteraard verschilt de nominale premie per zorgverzekeraar en per zorgpolis.

Eigen risico

Het verplichte eigen risico is verhoogd van € 360,- in 2014 naar € 375,- in 2015. Naast het door de overheid vastgestelde verplichte eigen risico hebben verzekerden sinds 2008 ook de mogelijkheid een vrijwillig eigen risico te kiezen van minimaal € 100,- tot maximaal € 500,-. Naarmate het vrijwillige eigen risico hoger is, is de te betalen jaarpremie lager. In 2015 koos 12% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico waarvan 69% voor het maximale eigen risico. De groep verzekerden met een vrijwillig eigen risico neemt jaarlijks toe.

Aanvullende zorgverzekering

Nederlandse huishoudens hebben in 2013 bespaard op het afsluiten van een aanvullende zorgverzekering. In 2013 was 17% van de huishoudens niet aanvullend verzekerd, in 2012 was dat nog 12%. In de laagste inkomensgroep had 28% van de huishoudens geen aanvullende verzekering in 2013. In 2012 was dit 22%. In de hogere inkomensgroepen was het aandeel van huishoudens zonder aanvullende verzekering veel kleiner, te weten 14% in 2013 tegen 9% in 2012. In totaal beschikten in 2013 14,3 miljoen Nederlanders over een aanvullende zorgverzekering en zij declareerden voor 3,5 miljard aan kosten (CBS, Vektis Zorgprisma, mei 2015).

Zorgtoeslag 2013

Volgens gegevens van het CBS heeft in 2013 bijna 60% van de Nederlandse huishoudens zorgtoeslag ontvangen. Deze toeslag compenseerde 41% van de te betalen zorgpremie. In de laagste inkomensgroep ontvingen negen op de tien huishoudens zorgtoeslag. Hun betaalde zorgpremie werd daarmee voor ruim 60% vergoed. In 2013 is in totaal 5,1 miljard euro aan zorgtoeslag uitgekeerd. Dit is ruim een half miljard euro meer dan in 2012. De hoogte van de zorgtoeslag steeg in 2013 om te compenseren voor de stijging van de basispremie van de zorgverzekering en de verhoging van het verplichte eigen risico van € 220,- (2012) tot € 350,- per jaar (2013). Het aantal huishoudens dat zorgtoeslag ontving, nam echter af vanwege aangescherpte voorwaarden. Het toegestane inkomen om in aanmerking te komen voor de toeslag daalde. Daarnaast werd een extra vermogenstoets ingevoerd. De aanscherping van de voorwaarden voor zorgtoeslag in 2013 trof vooral ouderen (CBS, mei 2015).

OLVG en Sint Lucas Andreas zijn juridisch gefuseerd

Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) en het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam zijn juridisch gefuseerd op 1 juni. Voorlopig behouden beide locaties hun eigen naam, maar vanaf eind 2015 gaan ze verder onder één naam: OLVG. De locaties worden vanaf dat moment aangeduid met Oost (OLVG) en West (Sint Lucas Andreas). De juridische fusie komt niet uit de lucht vallen. In 2013 maakten de ziekenhuizen de bestuurlijke fusie bekend. Sindsdien delen het OLVG en het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis een raad van bestuur en werkten zij achter de schermen hard aan de voorbereidingen voor de juridische fusie en verdere integratie van de beide ziekenhuizen. Zo zullen zij vanaf 19 oktober één elektronisch patiëntendossier in gebruik nemen. De locaties behouden ieder een volwaardig aanbod van de basiszorg en blijven alle patiënten ontvangen, ook voor acute zorg, 24 uur per dag. Dit betekent onder meer dat de spoedeisende hulp en de intensive care op beide locaties blijven bestaan, evenals de beide centra voor verloskunde (Skipr, 1 juni 2015).

Kort bericht

Vektis lanceert Zorgprisma Publiek

Eind mei is een nieuwe website gepubliceerd met cijfers en feiten over de zorg. De informatie is afkomstig van Vektis, informatiecentrum voor de zorg. Het betreft vooralsnog informatie over huisartsenzorg.
De komende maanden wordt het aanbod van Zorgprisma Publiek verder uitgebreid met onder andere informatie over verzekerdenmutaties en diabetespatiënten.

Enkele huisartsenfeiten over 2013 op een rij:

- 8.700 actieve huisartsen
- de totale kosten van huisartsenzorg bedroegen 2,3 miljard euro
- een huisarts was verantwoordelijk voor gemiddeld 1972 verzekerden
- verzekerden bezochten de huisarts gemiddeld 4 keer
- huisartsen voerden bijna een half miljoen kleine chirurgische ingrepen uit
- er werd 3,9 miljoen keer gebruikgemaakt van avond-, nacht- en weekenddiensten
- 24% van alle Nederlanders (ruim 4 miljoen mensen) was niet naar de huisarts geweest. Dit zijn met name mannen en personen jonger dan 51 jaar
- de gemiddelde leeftijd van een huisarts lag rond de 50 jaar
- er waren meer mannelijke dan vrouwelijke huisartsen. Tot 47 jaar waren er meer vrouwelijke dan mannelijke huisartsen (Zorgprisma Publiek)

DBC-productstructuur en tarieven 2016

Per 1 januari 2012 is prestatiebekostiging in de medisch specialistische zorg ingevoerd, met als prestatie- en tariferingsysteem, de DBC-productstructuur. Tijdens de jaren 2012, 2013 en 2014 is de productstructuur verder doorontwikkeld, met name om de medische herkenbaarheid te vergroten. Per 2014 zijn ook de tarieven van een groot aantal zorgproducten herijkt op basis van het kostprijsmodel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
In het DBC-pakket 2015 heeft NZa een aantal forse beleidswijzigingen doorgevoerd, zoals de invoering van integrale tarieven en de verkorting van de maximale doorlooptijd van DBC-zorgproducten.

Per 2016 wordt slechts een beperkt aantal inhoudelijke wijzigingen doorgevoerd mede om tegemoet te komen aan de wensen vanuit veldpartijen voor rust en stabiliteit in de bekostiging. De productstructuur en de tarieven voor 2016 worden door NZa uiterlijk 1 juli 2015 vastgesteld.

De beleidswijzigingen zijn bescheiden en betreffen primair aanpassingen in de regelgeving vanuit het oogpunt van uitvoerbaarheid en controleerbaarheid door zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De tarieven voor de A-segment DBC's zijn gebaseerd op de kostprijzen die door ziekenhuizen zijn opgeleverd over het jaar 2013 en betreffen zogenaamde max-max tarieven. Dit laatste biedt ziekenhuizen meer mogelijkheden om tot kostendekkende tarieven te komen.

De belangrijkste wijzigingen betreffen:
- Verduidelijking regelgeving
De opmaak van de regelgeving is gewijzigd om een zuiver onderscheid te maken tussen de beleidsregel en de nadere regel en verschillende documenten zijn geïntegreerd. Verder is een aantal wijzigingen doorgevoerd om de regelgeving verder te verduidelijken.

- Betere zorgnota
Door de verhoging van het eigen risico en het toenemend kostenbewustzijn van de patiënt, wordt de roep om reële prijzen meer en meer onderdeel van het publieke debat. Vanuit consumentenperspectief zijn vooral de prijzen van licht complexe DBC-zorgproducten van belang, omdat bij declaratie van deze producten het eigen risico wordt aangesproken. De verantwoordelijkheid voor het hanteren van reële prijzen ligt primair bij zorgverzekeraars en aanbieders. De afspraken hierover komen tot stand bij de (jaarlijkse) onderhandelingen in het zorginkoopproces. Een passende productstructuur faciliteert zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de onderhandeling. Voor 2016 is gekozen voor een logischere opzet voor de licht complexe DBC-zorgproducten. Dit heeft geleid tot wijzigingen voor de licht complexe spoedzorg en de ambulante zorgproducten.

- Onverzekerde zorg apart declareerbaar
De aanspraak uit de Zorgverzekeringswet sluit niet op alle fronten aan bij het prestatiesysteem van de Wet marktordening gezondheidszorg. Dit leidt tot knelpunten in de praktijk. Eén van deze knelpunten is de vermenging van verzekerde en onverzekerde zorg in eenzelfde DBC-zorgproduct.
Per 2016 worden overige zorgproducten geïntroduceerd om het aandeel onverzekerde zorg apart in rekening te kunnen brengen bij de patiënt. Dit geldt specifiek voor kunststoflenzen en de behandeling van varices.

Deregulering Wmg en vereenvoudiging van de DBC-productstructuur

Eind april heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van VWS naar aanleiding van de discussie over de onduidelijke regels, een opdrachtbrief ontvangen om een plan van aanpak voor de middellange termijn (2020) op te stellen voor de vereenvoudiging van de productstructuur ziekenhuiszorg. NZa moet betreffend plan begin 2016 opleveren.

Daarnaast heeft de minister van VWS in de Kamerbrief 'Kwaliteit loont' aangekondigd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte moeten krijgen om zelf afspraken te maken over prestaties. Om te zorgen dat veelbelovende innovaties en nieuwe initiatieven gericht op kwaliteit en doelmatigheid sneller kunnen worden ingevoerd, moet het (onder voorwaarden) mogelijk worden dat zorgaanbieders en verzekeraars zelf afspraken maken over zorgprestaties. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) moet hiervoor worden aangepast.

De twee bovenstaande trajecten sluiten nauw op elkaar aan. NZa heeft het voortouw bij de trajecten waarbij sprake is van doorontwikkeling van de bekostiging binnen de wettelijke grenzen. Parallel hieraan wordt door VWS verkend op welke deelgebieden binnen de medisch specialistische zorg stappen naar vrije prestaties mogelijk zijn.

Met de beoogde wetswijziging wordt volgens VWS tegemoet gekomen aan de volgende vier knelpunten:
1. Verantwoordelijkheidsverdeling tussen VWS en NZa is op dit moment niet altijd even helder. Daarmee is voor het veld soms onduidelijk wie verantwoordelijk is.
2. Het verbodsstelsel van de Wmg wordt door het veld als onnodig belemmerend ervaren.
3. Het macrobeheersinstrument kan niet worden ingezet om contracten te bevorderen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over een doelmatiger en doeltreffender inrichting van zorg met het oog op kwaliteit van zorg en de beheersing van de kostenontwikkeling.
4. Twee toezichthouders, NZa en Autoriteit Consument & Markt, zijn verantwoordelijk voor het markttoezicht in de zorg. Dit leidt tot inefficiëntie en administratieve- en uitvoeringslasten. Bovendien bestaat de wens om het markttoezicht in de zorg te versterken.

Voor de wetswijziging Wmg wordt door VWS veel snelheid gemaakt. Gezien de beoogde invoeringsdatum per 1 januari 2017 is het tijdpad zeer kort. Inmiddels is de tekst van het wetsvoorstel bekend gemaakt en besproken met het veld. Het streven is dit wetsvoorstel in het najaar van 2015 aan de Tweede Kamer aan te bieden (Brief VWS aan Tweede Kamer, 2 april 2015).

Samengaan DBC-Onderhoud en NZa per 1 mei

DBC-Onderhoud en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vanaf 1 mei 2015 één organisatie en gaan samen verder onder één naam, de Nederlandse Zorgautoriteit. Dat betekent dat er één loket is met alle kennis en voor al uw vragen over de financiering van de zorg: van prestatiebeschrijving tot vragen over DBC's. DBC-Onderhoud en NZa zijn als één organisatie verantwoordelijk voor de uitgangspunten, de regelgeving en het beheer van het bekostigingssysteem van ziekenhuizen, geriatrische revalidatiezorg, geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (NZa, 20 april 2015).

DIS

Ook het DBC-Informatiesysteem (DIS) is vanaf 1 mei ondergebracht bij NZa. NZa borgt dat de DIS-gegevens betrouwbaar en veilig beheerd blijven en dat de dataleveranciers mogen vertrouwen op een passende dienstverlening.

Verpleegkundig specialist onnodig aan de leiband

Verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) voeren veel minder taken uit dan ze wettelijk mogen. Dat blijkt uit onderzoek van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Als de wettelijke bevoegdheden van beide beroepsgroepen beter worden benut, kan de kwaliteit en continuïteit van zorg sterk worden verbeterd, zo stellen de onderzoekers. Sinds 2012 hebben VS en PA in Nederland de bevoegdheid om bepaalde handelingen zelfstandig te indiceren en te verrichten zonder tussenkomst van een arts. Het gaat dan bijvoorbeeld om katheterisaties, defibrillaties en het voorschrijven van medicijnen, met als voornaamste doel het ontlasten van de medisch specialisten. Blijkens de iBMG-studie krijgen de VS en PA in de praktijk vaak onvoldoende ruimte en vertrouwen om optimaal gebruik te kunnen maken van hun expertise en competenties. Afspraken en gebruiken op lokaal niveau laten minder ruimte voor een zelfstandige rol van de PA en VS dan ze op grond van de wet mogen vervullen. Volgens de iBMG-onderzoekers lopen de VS en PA onnodig aan de leiband. Beide beroepsgroepen hebben zich ontwikkeld tot volwaardige professionals met een zelfstandige rol en eigen handelingsvaardigheden en oriëntatie. Zowel de VS als de PA zijn onderdeel van het medisch team en beide nemen zowel medische als organisatorische taken over van medisch specialisten. Daarnaast profileren de VS en de PA zich als ontwikkelaars van een eigen beroepsdomein naast dat van de medisch specialisten en verpleegkundigen. Daarmee reikt de rol van de VS en de PA verder dan het overnemen van taken van medisch specialisten. Zij innoveren de zorg, onder meer door het versterken van de samenwerking tussen medisch specialisten en verpleegkundigen, het verbeteren van de organisatie van de zorg en de versterking van de psychosociale begeleiding van patiënten en familieleden. Om de kwaliteiten van de VS en PA beter te benutten adviseren de onderzoekers meer landelijke organisatie en sturing voor de VS en de PA. Bovendien kunnen de VS en PA meer lef tonen en zich beter profileren. Daarnaast moeten VS en PA nadrukkelijker deelnemen aan discussies over kwaliteit van zorg (Skipr, 8 juni 2015).

Overschrijding kader ziekenhuissector 2012: 70 miljoen euro

Op 31 maart 2015 heeft de minister van VWS per brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bericht dat voor de ziekenhuissector een overschrijding wordt geconstateerd van het macro beschikbare bedrag van 512 miljoen euro in 2012 en 592 miljoen euro in 2013. De minister heeft, na overleg met de partijen van het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord, besloten deze overschrijding te verlagen voor de verrekenbedragen uit het transitiemodel die in totaal 442 miljoen euro in 2012 bedragen en 350 miljoen euro in 2013. Met andere woorden, de transitiebedragen die zijn toegekend vanwege de overstap in 2012 op prestatiebekostiging worden 'de sector niet aangerekend'. Voor 2012 resteert hierdoor een macrobedrag van 70 miljoen euro. De minister heeft in overleg met het veld besloten dit bedrag eenmalig in mindering te brengen op het beschikbare macrokader 2016. Dit houdt in dat voor de overschrijding 2012 het macrobeheersinstrument (MBI), waarbij iedere instelling een boete krijgt opgelegd als percentage van de omzet, niet zal worden toegepast om de geconstateerde overschrijding over het jaar 2012 terug te halen. Voor 2013 resteert voorlopig een bedrag van maximaal 242 miljoen euro. Tot het voorjaar 2016 neemt de minister de tijd om in afwachting van het definitief worden van de schadelastcijfers, tezamen met partijen, onderzoek te plegen naar de achtergronden van de overschrijding en alternatieven in kaart te brengen om de overschrijding 2013 te redresseren (Circulaire NZa, 31 maart 2015).

Stand van zaken integrale bekostiging

Eind vorig jaar is onder hoge tijdsdruk de integrale bekostiging ingevoerd. Uiteindelijk hebben bijna alle specialisten gekozen om een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) op te richten. Het zogenaamde niet-transparante model lijkt het meeste voor te komen en meer dan de helft van de ziekenhuizen beschikt veelal over twee of meer MSB's. VWS laat in de zomermaanden een quickscan uitvoeren over hoe, na de invoering van de integrale bekostiging, het staat met de governance in relatie tot het MSB. Eind oktober 2015 moet deze quickscan gereed zijn.
Na de zomer zal VWS een aparte brief aan de Tweede Kamer verzenden over de mate waarin er door medisch specialisten gebruik is gemaakt van de subsidieregeling ter compensatie van de transitiekosten bij de overstap naar loondienst.
Het gaat voorlopig om circa 550 (voorlopige) aanvragen.
In de brief zal VWS tevens aangeven of zij bereid is om de subsidieregeling ook in 2016 open te stellen voor zogenaamde spijtoptanten (Zorgvisie, 30 april 2015).

Betrokkenheid universitair medisch specialisten

De Positioneringsnota van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) geeft antwoord op de vragen: Hoe ziet de positie van de 4300 universitair medisch specialisten er uit in het veranderende zorglandschap? En hoe zorgt hun positionering ervoor dat ze de beste zorg kunnen blijven leveren aan de anderhalf miljoen patiënten die jaarlijks een beroep op hen doen? De nota beschrijft hoe de werkomgeving van universitair medisch specialisten verandert, geeft een beschrijving van hun profiel en taken en geeft weer hoe de medisch specialisten zich beter kunnen organiseren in de universitaire medische centra (UMC). Rode draad is het verbeteren van de positie van de medisch specialist door de betrokkenheid bij de organisatie te vergroten. Dit komt uiteindelijk de samenwerking met andere medisch specialisten en zorgverleners, de raad van bestuur en de kwaliteit en veiligheid van de medisch specialistische zorg ten goede.
Inspelen op de vele veranderingen waarmee medisch specialisten te maken hebben, zoals bijvoorbeeld de focus op kostenbeheersing, kan volgens de Federatie en de LAD alleen als de universitair medisch specialist meer betrokken is bij de organisatie van het UMC. Dat kan door een actievere rol te spelen in bijvoorbeeld het stafconvent, dat de raad van bestuur gevraagd en ongevraagd advies geeft over bestuurlijke en medische ontwikkelingen, om zo de kwaliteit van de zorgverlening te bewaken. Maar ook betrokkenheid bij de divisie, eigen afdeling en vakgroep en bijvoorbeeld de ondernemingsraad, leidt tot meer kennis over de organisatie, meer invloed en een sterkere positie van de universitair medisch specialist (FMS, 5 juni 2105).

Kort bericht

LangeLand nu echt onderdeel Reinier Haga

Het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer is officieel toegetreden tot de Reinier Haga Groep, waartoe het Haagse HagaZiekenhuis en het Reinier de Graaf Ziekenhuis in Delft behoren. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) had eerder dit jaar al toestemming gegeven voor de overname. De zorgverzekeraars hadden bezwaar omdat ze denken minder goede afspraken te kunnen maken over de prijs van behandelingen. Maar volgens ACM blijven er, met de aanwezigheid van omliggende ziekenhuizen, voldoende mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te onderhandelen over prijs, kwaliteit en bereikbaarheid van de ziekenhuizen (Skipr, 9 juni 2015).

Rapport Kaljouw ... de contouren

Rapport Kaljouw, Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen: Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren

In het advies Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren, presenteert de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen een dynamisch continuüm van bekwaamheden, afgestemd op de zorg die mensen in staat stelt zoveel mogelijk zelfstandig en in hun eigen leefomgeving te kunnen functioneren. Daartoe is een omslag in de zorg noodzakelijk. Niet de ziekte of aandoening, maar het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger staan centraal. Niet het bestaande aanbod aan zorg, beroepen en opleidingen is het uitgangspunt, maar de toekomstige vraag naar zorg, waarbij de focus ligt op wat moet en niet op wat kan. Een toekomstgericht continuüm van bekwaamheden is dynamisch en vraagt regelmatige actualisering om in te kunnen spelen op veranderingen in de benodigde zorg.

Het rapport is gestoeld op drie belangrijke veranderingen: een nieuwe definitie van gezondheid; het functioneren van de burger en de mate van zelfredzaamheid; zorg voor de patiënt moet vraaggestuurd, niet aanbodgestuurd. Belangrijkste conclusies zijn de afschaffing van de diverse lijnen en het streven naar een continue gezondheidszorg. Daarnaast het ontwikkelen van generieke vaardigheden waar elke zorgprofessional over moet beschikken. De belangrijkste vaardigheid is de-escalatie: de professional is gericht op het terugbrengen van het probleem van de patiënt (Nieuwsbericht VWS, Zorginstituut Nederland, FMS, 10 april 2015).

Reactie KNMG op rapport Kaljouw

Artsenfederatie KNMG onderschrijft de voorgestelde omslag in de zorg waarin niet de ziekte of aandoening centraal staat, maar het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger. Hierbij dient niet uit het oog verloren te worden dat er in de samenleving ook kwetsbare groepen zijn voor wie het voeren van eigen regie over zorg en welzijn in beperkte mate mogelijk is. Ook het uitgangspunt dat de toekomstige vraag naar zorg leidend moet zijn en niet het bestaande aanbod aan zorg, beroepen en opleidingen, wordt ondersteund door KNMG. In het rapport is een belangrijke rol weggelegd voor voorzorg. Voorzorg wordt gedefinieerd als het bevorderen van gezond leven vanaf de geboorte tot het einde van ons leven. KNMG hecht hier groot belang aan en met de inzet van haar preventiebeleid ligt de focus op voorkomen van gezondheidsschade door leefgewoonten die samenhangen met de moderne welvaart.

In het rapport wordt gesproken over het flexibel opleiden van professionals en een dynamisch continuüm van bekwaamheden. Sinds enige tijd wordt er binnen de medische vervolgopleidingen al dynamisch opgeleid. Sinds 1 januari 2015 is de opleidingsduur flexibel door het individualiseren van de opleiding. Werd in het verleden opgeleid met een strikte focus op alleen de medisch inhoudelijke competentie, nu worden artsen veel breder opgeleid en is er ook aandacht voor meer algemene competenties zoals communiceren of maatschappelijk handelen. In het rapport wordt ook ingegaan op de capaciteitsramingen. De commissie stelt voor om naast de kwantitatieve raming ook kwalitatief te gaan ramen. Daarmee wordt bedoeld dat het inzetten van gewenste bekwaamheden minstens zo belangrijk wordt als het inzetten van voldoende professionals. KNMG heeft in de afgelopen jaren gezien dat de minister van VWS steeds kiest voor de maximum variant van het Capaciteitsorgaan bij het vaststellen van het aantal op te leiden medisch specialisten. KNMG pleit er voor om bij de raming meer rekening te houden met de gevolgen van het steeds gebruik maken van de maximale raming (KNMG, 7 mei 2015).

Zorgverzekeraars zien positieve aanknopingspunten in het advies Kaljouw

Zorgverzekeraars herkennen de toekomstschets voor de herinrichting van het zorglandschap die de adviescommissie beschrijft. Zorgverzekeraars zijn blij dat het rapport de ingezette ontwikkeling om de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden, ondersteunt. Het rapport biedt volgens zorgverzekeraars mogelijkheden voor nieuwe zorgarrangementen en de financiering daarvan, door de zorgvraag van burgers als uitgangspunt te nemen en die te combineren met de indeling van de zorg zoals de commissie die omschrijft: voorzorg, gemeenschapszorg, laagcomplexe zorg en hoogcomplexe zorg. Volgens zorgverzekeraars kan dit een oplossing bieden voor de complexiteit van de huidige zorgprestatiestructuur op verrichtingen en biedt het aanknopingspunten voor substitutie.
Zorgverzekeraars zien het rapport als steun in de rug voor het sturen op uitkomsten van zorg vanuit het perspectief van de patiënt. De beperkingen in functioneren en het participeren van burgers wordt in het advies als vertrekpunt genomen en niet de aandoening of de ziekte. Daarmee komen we af van het betalen voor verrichtingen, wat voor zowel aanbieders als verzekeraars steeds meer een last wordt. Zorgverzekeraars maken een kanttekening bij het rapport en stellen dat de ontwikkelingen op het vlak van de technologie en ICT niet zijn te voorspellen voor de periode 2015-2030. Met name de verschuiving naar zelfzorg zal naar verwachting door technologische ontwikkelingen een vlucht voorwaarts nemen (Zorgverzekeraars Nederland, 3 april 2015).

Substitutie van zorg

Ontwikkelingen in de samenleving, toenemende vergrijzing, nieuwe technologische ontwikkelingen en krimp in enkele regio's vragen om het verschuiven van ziekenhuiszorg naar de eerstelijn, ofwel 'substitutie van zorg'. Brancheverenigingen in de zorg en het ministerie van VWS hebben met elkaar afgesproken om substitutie te bevorderen en te stimuleren, om zo ook de zorgkosten te beheersen en binnen de budgettaire kaders te blijven. Er zijn inmiddels al veel goede initiatieven gestart. Het ministerie van VWS heeft negen proeftuinen 'betere zorg met minder kosten' aangewezen. De eerste substitutiemonitor is in april jl. verschenen. De monitor laat zien dat de zorg zich inderdaad van het ziekenhuis naar de huisarts verplaatst, maar dat dit niet erg hard gaat. Zorgverzekeraars hebben voor tenminste 45 miljoen euro aan substitutieafspraken gemaakt met het veld. Van een duidelijk beeld en richting is vooralsnog geen sprake. Om substitutie meer te bevorderen hebben zorgverzekeraars, meer dan in voorgaande jaren, in hun inkoopvoorwaarden eisen gesteld aan verschuiving van zorg van de tweede- naar de eerstelijn. Deze ambities variëren van een verschuiving tot 15-18% in 2018. Een landelijke blauwdruk voor substitutie is onmogelijk en onwenselijk. Specifieke lokale omstandigheden en randvoorwaarden zijn bepalend, zoals kennis, vaardigheden en locatie. Deze bepalen of samenwerking van de grond komt en substitutie succesvol kan plaatsvinden.

Kortom, ondanks alle bestuurlijke afspraken en intenties komt substitutie op vele plekken moeizaam van de grond. Substitutie van zorg is echter randvoorwaardelijk om de patiënt ook in de toekomst goed 'te kunnen blijven bedienen' en om binnen de financiële groeikaders te kunnen blijven. Landelijke blauwdrukken gaan vanwege regionale verschillen niet werken. Sturen door verzekeraars via de zorginkoop zal wel leiden tot verschuiving. Dergelijke organisatieveranderingen zijn niet langer vrijblijvend en zijn een maatschappelijke opdracht aan alle zorgaanbieders. Een en ander heeft tegelijkertijd echter wel tijd nodig. Het is de vraag of het veld deze tijd nog krijgt van VWS. VWS wil op korte termijn resultaten zien en heeft hoge verwachtingen van de uitkomsten van de tweede substitutiemonitor die na de zomer zal verschijnen (Medisch Contact, 9 april 2015, brief VWS aan Tweede Kamer, 9 april 2015).

Aanpak fouten en fraude in de zorg

De ministerraad heeft ingestemd met het Programma Rechtmatige Zorg: aanpak fouten en fraude in de zorg. Belangrijke elementen uit dit programma zijn: één centraal meldpunt voor zorgfraude, grotere capaciteit van het Openbaar Ministerie, duidelijke en fraudebestendige regels, afspraken over correct declareren bij zorgaanbieders, gezamenlijk fraudeonderzoek door zorgverzekeraars en aanscherping van de Wet toelating zorginstellingen.

Het programma richt zich op het verder voorkomen en aanpakken van onrechtmatigheden in de zorg die ten laste komen van de voor de zorg bestemde middelen.
Het gaat daarbij om preventie en bestrijding van:

- Fouten, waarbij regels als gevolg van onduidelijkheid, vergissingen of onoplettendheid onbedoeld worden overtreden.
- Fraude, waarbij opzettelijk en doelbewust in strijd met de regels wordt gehandeld met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin.

Het plan is zorgbreed, van de zorgverzekeringswet tot de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, en omvat de inzet voor de komende jaren op preventie, controle en handhaving van fouten en fraude. Daarbij speelt samenwerking en kennisuitwisseling tussen de verschillende partijen een belangrijke rol. Om de samenwerking en ieders verantwoordelijkheid bij de handhaving te benadrukken hebben negen partijen voor de komende jaren een nieuw convenant ondertekend over de samenwerking bij de bestrijding van zorgfraude. Gemeenten worden bij de aanpak van fraude ondersteund door de rijksoverheid, declaratieregels worden verscherpt en waar nodig verduidelijkt. Ook krijgen zorgverzekeraars waar nodig meer prikkels om fouten en fraude aan te pakken en wordt bestaande wet- en regelgeving getoetst op fraudegevoeligheid en duidelijkheid (Nieuwsbericht VWS, 27 maart 2015).

Extra geld Schippers voor veilig werken in de zorg

Minister Edith Schippers (VWS) stelt voor 2015 nog eens 1 miljoen euro extra beschikbaar voor het Actieplan Veilig werken in de Zorg. Dat bedrag komt bovenop het budget van ruim 10 miljoen euro voor de periode 2012-2015. Onderdeel van het actieplan is een ondersteuningsregeling voor zorginstellingen om anti-agressiebeleid op de werkvloer op te zetten. In totaal hebben bijna 700 instellingen ondersteuning gekregen bij hun inzet tegen agressie. Met het extra geld kunnen dit jaar ruim 70 extra instellingen aan de slag met het terugdringen van agressie. Dat biedt ook ruimte om de sector Maatschappelijke Opvang aan te laten sluiten (Nieuwsbericht VWS, 8 mei 2015).

Ziekenhuizen investeren half miljard in kwaliteit medewerkers

De Nederlandse ziekenhuizen investeren in vier jaar tijd bijna een half miljard euro in het verhogen van de kwaliteit van medewerkers. Dat doen ze in het kader van de subsidieregeling Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg. De regeling loopt van 2014 tot en met 2017.
De ziekenhuiszorg wordt steeds complexer. Patiënten worden ouder en krijgen ernstiger aandoeningen, vaak meerdere tegelijk. Ziekten die tot voor een paar jaar terug vaak fataal waren, zijn nu te behandelen en worden chronisch. Bovendien verblijven mensen korter in het

ziekenhuis. Dus de mensen die nog in het ziekenhuis liggen, hebben de zorg echt nodig en doen een zwaarder beroep op de zorgverleners. Daarnaast nemen de medisch-technische mogelijkheden toe en is er steeds meer samenwerking met zorgverleners van andere organisaties. Dat stelt hogere eisen aan de medewerkers van ziekenhuizen, vooral aan verpleegkundigen. Het aandeel hbo-opgeleide verpleegkundigen moet groeien, onder meer door huidige mbo-opgeleiden de gelegenheid te geven zich bij te scholen naar hbo-niveau. Bovendien moet er een duidelijker onderscheid komen tussen het werk van mbo-verpleegkundigen en hbo-verpleegkundigen (NVZ, 9 juni 2015).

300 Medisch specialistische richtlijnen in het kwaliteitsregister

De eerste richtlijnen uit de richtlijnendatabase van de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) zijn voorgedragen voor opname in het register van het Zorginstituut. In dit register, www.zorginzicht.nl, wordt zichtbaar gemaakt wat zorgaanbieders, patiënten, cliënten en zorgverzekeraars samen hebben afgesproken over wat goede zorg is voor een bepaald zorgonderwerp. Momenteel zijn er op deze website 120 medisch specialistische richtlijnen terug te vinden. Voor het eind van het jaar zullen dat alle ongeveer 300 richtlijnen zijn. Dit is een stap in de richting van het beheersbaar houden van het aantal richtlijnen en het optimaal gebruik ervan.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) pleit ervoor dat in het register duidelijk onderscheid wordt gemaakt welke aanbevelingen in richtlijnen handvatten zijn voor de zorgprofessional en welke harde eisen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hanteert in haar toetsingskader. NVZ is hierover in gesprek met het Zorginstituut en IGZ. Het Zorginstituut heeft positief geoordeeld over opname in het register van de aangeboden medisch specialistische richtlijnen, onder de voorwaarde dat afspraken tussen FMS, NVZ, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, en Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) over doorontwikkeling worden nagekomen. Een van de afspraken is dat de NVZ en NFU betrokken zijn bij herziening van de richtlijnen en eventuele obstakels bij de invoering (NVZ, 11 mei 2015).

Aantoonbare verbetering patiëntenzorg door registratie medisch specialisten

Medisch specialisten gaan met eigen kwaliteitsmetingen naar buiten. De behandelresultaten voor darm-, slokdarm- en maagkanker worden binnenkort door de Federatie Medisch Specialisten, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen aangeboden aan het Zorginstituut Nederland. Via de website kiesbeter.nl kan iedere Nederlander vanaf 1 juli de resultaten raadplegen. Dit sluit aan bij de vraag van minister Schippers naar meer transparantie over de uitkomsten van zorg . Uit deze kwaliteitsmetingen blijkt nu dat het sterftecijfer na maag- en darmkankeroperaties is gehalveerd sinds het begin van de registraties.
Medisch specialisten registreren de behandelresultaten per ziekenhuis nauwgezet waardoor er een landelijke vergelijking mogelijk is. Zo worden de gegevens voor darmkankeroperaties bijgehouden en gevolgd door DICA, het Dutch Institute for Clinical Auditing, dat door medisch specialisten zelf is opgezet. Naast het sterftecijfer is ook het aantal complicaties na darmkankeroperaties afgenomen (25%) en hoeft er minder vaak een heroperatie plaats te vinden (30%).
Voorgaande jaren was het registreren vooral nog bedoeld voor het eerste inzicht in elkaars resultaten. Daarna stond het analyseren en verbeteren van de resultaten centraal en het corrigeren van gegevens naar zwaarte van de ingreep en zorgzwaarte van de patiënt. Er is sprake van getrapte transparantie. Nu de gegevens gecontroleerd zijn, is de laatste stap bereikt: het transparant maken van de uitkomsten van behandelingen richting patiënt (FMS, 10 juni 2015).

Bespreek ongezonde leefstijl

Medisch specialisten vinden vrijwel allemaal dat vragen naar de leefstijl van een patiënt thuishoort in de spreekkamer. Preventie staat hoog op de agenda. Ruim 93% van de respondenten vindt dat de specialist de patiënt moet wijzen op de risico's die verbonden zijn aan een mogelijk ongezonde leefstijl (ledenpeiling van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) onder ruim 1400 medisch specialisten). Het bespreken van de leefstijl van de patiënt past binnen Samen Beslissen, de campagne van de FMS en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie om het gesprek tussen arts en patiënt verder te verbeteren met als doel te komen tot de beste behandeling voor de patiënt.

43% Van de medisch specialisten vindt dat er een formele mogelijkheid zou mogen zijn om een behandeling te weigeren als een ongezonde leefstijl bijdraagt aan het onderhouden van de aandoening. Een derde (37%) zou van deze mogelijkheid ook daadwerkelijk gebruik maken. Dokters willen dat patiënten het optimale uit een behandeling krijgen en willen benadrukken dat als je rookt of overgewicht hebt de uitkomsten van behandelingen slechter zijn dan wanneer het je lukt om te stoppen met roken of om af te vallen. Het is dus zeker een optie dit eerst te proberen en bijvoorbeeld een operatie uit te stellen als dat medisch gezien kan.
Een patiënt wijzen op diens ongezonde leefstijl heeft volgens de specialisten ook financiële voordelen. Bijna 70% denkt dat de zorgkosten hiermee naar beneden gaan. Ruim een derde denkt dat de zorgkosten ook naar beneden gaan als mensen vanwege hun ongezonde leefstijl een behandeling wordt geweigerd. Het is niet alleen een taak van de medisch specialisten om mensen over hun leefstijl te informeren.
80% Van de specialisten uit de enquête vindt dat de overheid meer moet doen in de strijd voor een gezonde leefstijl. Ruim een derde van de achterban vindt dat de overheid haar pijlen dan vooral moet richten op het gemakkelijker maken van gezonde keuzes. Ruim 70% vindt dat het mede een taak is van de zorgverzekeraars om hun klanten te wijzen op het belang van een gezonde leefstijl, maar slechts 10% zegt in de praktijk te merken dat zorgverzekeraars dat ook doen (FMS, 9 juni 2015).

Dottercentra sluiten zich aan bij Meetbaar Beter

Naast inmiddels veertien van de zestien Nederlandse hartcentra maken dit jaar ook vijf dottercentra zonder cardiochirurgie de resultaten van behandelingen openbaar via de stichting Meetbaar Beter. Het wetenschappelijke programma wil de kwaliteit van zorg verbeteren door

lees verder op de volgende pagina

resultaten uniform te meten en te delen. Meetbaar Beter moet ook de transparantie over zorg ten goede komen. Bij de stichting Meetbaar Beter zijn inmiddels 19 van de 30 Nederlandse ziekenhuizen aangesloten die interventies aan het hart mogen uitvoeren. De groep van ziekenhuizen die hun resultaten volledig vrijwillig openbaar maakt is verder gegroeid door de aansluiting van de hartcentra Radboud UMC en Maastricht UMC+. Daarnaast hebben de eerste dottercentra zonder cardiochirurgie on-site zich aangesloten. Dit zijn het Jeroen Bosch Ziekenhuis, Maasstad Ziekenhuis, Medisch Centrum Alkmaar, Tergooi en Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis. Gezamenlijk maken deze centra in 2015 de resultaten openbaar van meer dan 90% van de behandelde Nederlandse hartpatiënten die vanwege boezemfibrilleren, coronairlijden of aortakleplijden operatief (openhartoperatie) of via een katheter (bijvoorbeeld dotterprocedure of ablatie) behandeld zijn (Skipr, 29 mei 2015).

Risicoverkenning faillissementen ziekenhuizen en zorgverzekeraars

Uit onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat de risico's van eventuele faillissementen van ziekenhuizen en zorgverzekeraars beperkt zijn. De kans dat een zorgverzekeraar failliet gaat is zeer klein. De kans dat een ziekenhuis failliet gaat is eveneens klein, maar in incidentele gevallen niet uitgesloten. De gevolgen van faillissementen voor de toegankelijkheid van zorg lijken beperkt. Voor de patiëntengroep met de langste reistijd is op gemiddeld 9,2 minuten een alternatieve zorgaanbieder beschikbaar. Voor andere patiëntengroepen ligt die gemiddelde extra reistijd lager.

Voor bepaalde zorg ziet NZa wel risico's bij een eventueel faillissement van ziekenhuizen of zorgverzekeraars:

Hoogcomplexe zorg Er is aandacht nodig om ervoor te zorgen dat bij eventuele faillissementen hoogcomplexe zorg voor relatief kleine groepen patiënten beschikbaar blijft. Een voorbeeld is kinderoncologie. Voor deze zorg is het risico op problemen bij een eventueel faillissement groter, omdat er simpelweg minder ziekenhuizen zijn die de zorg kunnen overnemen.

Grensgebieden en op de Waddeneilanden In dunbevolkte gebieden zoals in de grensgebieden en op de Waddeneilanden zijn er minder zorgaanbieders. Bij een eventueel faillissement van een ziekenhuis kan dit tot gevolg hebben dat de reistijd voor patiënten onacceptabel lang wordt. De zorgverzekeraars hebben hier een verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid van zorg te garanderen.

Werk de mogelijkheden uit voor een automatische zorgverzekering De kans dat een zorgverzekeraar failliet gaat, is klein. Gebeurt dit toch, dan bestaat er een risico dat grote groepen verzekerden een tijd onverzekerd zijn. Dit kan tot financiële problemen leiden bij consumenten. NZa adviseert dan ook om een automatische basisverzekering te regelen bij faillissement van een zorgverzekeraar, zodat niemand onverzekerd raakt (NZa, 11 juni 2015).

Helft zorginstellingen slecht bekend met wetten databeveiliging

Zorginstellingen in Nederland zijn grootverwerkers van privacygevoelige gegevens, maar de meerderheid geeft aan niet bekend te zijn met relevante nieuwe wet- en regelgeving. Ook lopen zorgorganisaties risico's omdat informatiebeveiliging nog te vaak niet tot de kerntaak van bestuurders of directie behoort (51%) en er geen of onvoldoende informatiebeveiligingsbeleid is doorgevoerd (56%). Dit blijkt uit een enquête van accountancy- en adviesbureau BDO onder 55 zorginstellingen over verschillende aspecten van informatiebeveiliging. Een zorgelijke ontwikkeling, vinden de onderzoekers. Privacywet- en regelgeving worden steeds meer aangescherpt en staan nadrukkelijk in de maatschappelijke belangstelling.

Vanwege de toenemende impact van IT heeft de Europese Commissie besloten dat de huidige richtlijn privacyverordening moet worden aangepast. De verwachting is dat de nieuwe verordening in de loop van 2016 wordt goedgekeurd door het parlement. Daarmee wordt de verordening ook rechtstreeks van kracht in Nederland. Het voorstel bevat nieuwe en strengere privacyregels. Ook kunnen er boetes worden opgelegd die oplopen tot 100 miljoen euro als organisaties hieraan niet voldoen. Van de respondenten heeft niet meer dan 40% inhoudelijke kennis over deze aanstaande verordening. Van dat percentage hebben alle zorginstellingen één of meer maatregelen genomen om zich hierop voor te bereiden. Wanneer er sprake is van een datalek en persoonsgegevens in handen vallen van een derde partij die geen toegang tot die informatie zou moeten hebben, dan moet dat volgens de meldplicht datalekken direct gemeld worden aan het College bescherming persoonsgegevens (CBP). Het kabinet heeft deze meldplicht recent verder aangescherpt, met name door het CBP de bevoegdheid te geven aanzienlijk hogere boetes te kunnen opleggen. Dit kan oplopen tot € 810.000,- of, als dat niet passend is, 10% van de jaaromzet.
Slechts 38% van de respondenten is bekend met de werking van deze meldplicht. Van deze 38% heeft nog geen derde maatregelen getroffen om aan deze wet te voldoen. 'Een verontrustende uitkomst', stelt Frank van der Lee, partner bij BDO en als consultant betrokken bij de BDO Branchegroep Zorg, 'want het niet naleven van de meldplicht gaat voor nog grotere financiële risico's zorgen' (Skipr, 10 juni 2015).

IGZ gaat toezien op raden van toezicht

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gaat toezicht houden op de naleving van de Zorgbrede Governancecode. Dat is een van de maatregelen die minister Schippers wil nemen om toezicht op zorginstellingen te verbeteren. De Zorgbrede Governancecode wordt aangevuld met eisen voor accreditatie. De Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn (NVTZ) is bezig met een accreditatietraject voor toezichthouders. Dit is nu nog vrijwillig. Raden van toezicht krijgen een vergewisplicht opgelegd. Deze heeft als doel inzichtelijk te maken waarom voor een bepaalde bestuurder is gekozen. Dat houdt in dat raden van toezicht referenties moeten opvragen bij de aanstelling van een nieuwe bestuurder en het liefst ook een verklaring van goed gedrag. NVTZ laat weten dit nu al te adviseren aan de leden (Zorgvisie, 11 juni 2015).

NZa en NVZ over fusies...

NZa: toets bij zorgspecifieke fusietoets op betaalbaarheid en toegankelijkheid

Om de zorg te versterken, zou bij het beoordelen van fusies naar de publieke belangen gekeken moeten worden, dat stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in een position paper over concentraties in de zorg. In de afgelopen jaren zijn veel ziekenhuizen gefuseerd. Dat kan voordelen hebben, bijvoorbeeld dat je behandelingen beter kunt uitvoeren, of bij topklinische behandelingen. Het kan ook risico's met zich meebrengen: als je chronisch ziek bent, dan moet je verder reizen, of zorg kan duurder worden omdat ziekenhuizen hogere prijzen kunnen vragen. Willen we iets doen aan concentraties in de zorg, dan zou je bij de zorgspecifieke fusietoets ook moeten kijken naar de publieke belangen. Nu is de fusietoets procedureel, en wordt bekeken of het fusieproces goed verloopt. Als je zou kijken naar bijvoorbeeld prijs, dan zouden veel fusies niet meer worden toegestaan. Bij een grens van 5% voorspelde prijsstijging, zouden 8 van de 13 recente fusies niet toegestaan worden. NZa kijkt de komende periode strenger naar risicoselectie en premiedifferentiatie en houdt in de gaten of zorgverzekeraars alle verzekerden onder dezelfde voorwaarden accepteren voor de basisverzekering, dus of je nu jong, oud, gezond of ziek bent. In het paper staan ook voorstellen om meer kwaliteitsinformatie zichtbaar te maken in de zorg, bijvoorbeeld heropnames na een operatie. Zo kunnen verzekeraars en patiënten bewuster keuzes maken voor een zorgaanbieder (NZa, 17 april 2015).

NVZ: NZa-bericht over fusies suggestief en feitelijk onjuist

De suggestie dat ziekenhuisfusies tot flinke prijsstijgingen hebben geleid is onjuist. Ook wordt in een position paper van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de suggestie gewekt dat 8 van de 13 ziekenhuisfusies verboden hadden moeten worden. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) is van mening dat NZa deze conclusies niet ontleent aan een gedegen feitenonderzoek, maar gebaseerd zijn op een louter theoretisch model dat bovendien in Nederland nog niet in de praktijk getoetst is.
Het bericht van NZa is verwarrend en creëert onnodig onrust. Ziekenhuizen herkennen de prijsstijgingen na fusie niet en bovendien is er, anders dan de NZa doet vermoeden, wel degelijk gekeken naar mogelijke prijsstijgingen en publieke belangen. De Autoriteit Consument & Markt bevestigt dit beeld. Zij heeft alle ziekenhuisfusies beoordeeld en concludeerde dat fusieziekenhuizen de prijs niet eenzijdig kunnen verhogen, onder andere omdat er voldoende tegenwicht is van zorgverzekeraars (NVZ, 21 april 2015).

Eén op de tien SEH-locaties is 'gevoelig'

Negen van de ruim negentig SEH-locaties moeten worden aangemerkt als 'gevoelig'. Dat blijkt uit een bereikbaarheidsanalyse die het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft uitgevoerd.

'Gevoelig' betekent dat sluiting van de betreffende SEH directe gevolgen heeft voor de bereikbaarheid. Uit de RIVM-analyse komt naar voren dat nog altijd 99,8% van de inwoners van Nederland binnen 45 minuten per ambulance naar één van de 91 SEH's met 24/7-uurs openstelling kan worden vervoerd. Dit is eenzelfde percentage als in 2013. Sindsdien zijn er drie SEH's gesloten. Hoewel deze sluitingen lokaal wel effect op de bereikbaarheid hebben gehad, valt de toegenomen aanrijtijd binnen de wettelijke normen.

Door de sluitingen is het aantal 'gevoelige' ziekenhuizen met één gegroeid, voor zowel de SEH als de acute verloskunde. De Isala kliniek in Zwolle is gevoelig geworden door het wegvallen van de acute verloskunde in het Diaconessenziekenhuis Meppel, aldus het RIVM. En de locatie Lucas Winschoten, onderdeel van de Ommelander Ziekenhuis Groep, is gevoelig geworden door het sluiten van de SEH in Delfzijl. De RIVM constateert verder dat er op 23 van de 24/7 SEH's geen gespecialiseerde SEH-arts werkzaam is. Als het aan de Inspectie voor Gezondheidszorg ligt hebben alle ziekenhuizen tenminste één KNMG-geregistreerde SEH-arts beschikbaar voor hun SEH. Hoewel dit nog niet het geval is neemt het aantal SEH-artsen wel toe, zo constateert het RIVM.

De RIVM vond vier SEH's die niet beschikten over verpleegkundigen met extra training in de opvang van ernstig zieke kinderen. Daarnaast was er één ziekenhuislocatie waar wel acute verloskunde werd aangeboden, maar waar geen obstetrisch professional aanwezig was. Op drie ziekenhuislocaties was geen anesthesiemedewerker beschikbaar, waardoor het anesthesiologieteam niet compleet was (Skipr, 3 juni 2015).

Zorgvolumes blijven dalen

ING Economisch Bureau voorspelt dat de zorgvolumes de komende twee jaar net als in 2014 zullen afnemen. Hoewel de omzet ook de komende jaren licht groeit, gaat de huidige economische opleving aan de zorg voorbij en zijn ondernemers in de zorg pessimistischer dan in andere sectoren.

Bezuinigingen en stelselwijzigingen hebben voor een trendbreuk in de uitgavenontwikkeling gezorgd. Terwijl de gemiddelde groei van 2009 tot 2013 op 4% per jaar lag, lieten 2013 en 2014 een groeitempo van gemiddeld 1% zien. Nederland is hierdoor twee plaatsen gezakt op de ranglijst van landen met de hoogste zorguitgaven. Behalve de Verenigde Staten staan nu ook Zwitserland en Frankrijk boven Nederland.

De uitgavenontwikkeling laat per sector verschillen zien. De geestelijke gezondheidszorg heeft het met een omzetdaling van 0,8% in 2014 het moeilijkst. De huisartsenzorg laat daarentegen een uitgavengroei van 5,7% zien. Die groei hangt mede samen met de overheveling van laagcomplexe en chronische zorgtaken naar de eerstelijn.

Niet alleen de overheid en de zorgverzekeraars, maar ook verzekerden houden de hand op de knip. Zo sluiten consumenten steeds minder aanvullende zorgverzekeringen af en hogen ze het eigen risico op de basisverzekering vaker vrijwillig op. De beperktere dekking van het aantal fysiotherapiebehandelingen in zowel de basisverzekering als veel aanvullende verzekeringen heeft, gecombineerd met de terugloop van het gebruik van aanvullende verzekeringen, de afgelopen twee jaar tot een afname in de uitgaven aan paramedische praktijken geleid. Ook tandartsen hebben flink last van kostenbewuste klanten die op (ingeperkte) verzekering en behandeling beknibbelen.

Ondanks de huidige stagnatie verwacht ING Economisch Bureau dat het zorgvolume op de lange termijn harder gaat groeien dan de huidige groeiplafonds toelaten. De denktank voorziet dat de effecten van de beheersingsmaatregelen langzaam wegebben. Bovendien wordt bij voortgaande economische groei de noodzaak tot verdere ingrepen minder gevoeld. Ook zorgt de toenemende vergrijzing voor een opwaartse druk (Skipr, 4 juni 2015).

IGZ scherpt juridische koers aan

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in 2014 de juridische koers voor de inzet van handhaving aangescherpt. Het aantal boetes was hoger dan in 2013 en er werden meer tuchtzaken aangedragen. Dit blijkt uit het jaarbeeld van IGZ. Het Bureau Opsporing en Boetes (BOB) van IGZ legde 34 boetes op aan instellingen. Een jaar ervoor waren dat er 18. Zowel het aantal boetes als het totaal opgelegde boetebedrag (1,4 miljoen euro) laat in 2014 een stijging zien van 100% vergeleken met 2013.

Tegelijkertijd is het aantal waarschuwingen juist fors verminderd. Waren het er in 2013 142, vorig jaar zakte dit aantal naar 100. Het aantal zorginstellingen dat de Inspectie onder verscherpt toezicht heeft gesteld was opnieuw 29.

Ook als het gaat om disfunctionerende beroepsbeoefenaren hield IGZ in 2014 scherp toezicht. De Inspectie droeg meer zaken aan bij de tuchtrechter, niet alleen zaken waarvan ze inschatte dat ze gegrond zouden worden verklaard maar ook principiële kwesties om zo het gesprek over normen te voeden. Het ging bijvoorbeeld over de invloed van het handelen van medici in de privésfeer op toetsing van hun kwaliteit van de beroepsuitoefening, en de samenloop van strafrechtelijke veroordeling of verdenking en tuchtrechtelijke beoordeling.

Het aantal gerealiseerde opsporingsonderzoeken viel lager uit dan vooraf verwacht. Deels komt dat doordat het BOB in de afgelopen jaren ingezet heeft op het aanpakken van zaken die ertoe doen. Dat levert volgens IGZ per saldo minder strafrechtelijke onderzoeken op.

Voorbeelden daarvan zijn te vinden op het terrein van de illegale handel in geneesmiddelen. De douane heeft minder zaken aan de Inspectie overgedragen en meer zelfstandig afgehandeld, al dan niet met inhoudelijke ondersteuning vanuit de Inspectie.

In een zaak tegen een natuurarts die patiënten ernstig schaadde, kreeg de natuurarts doorhaling van zijn beroepstitel in het BIG-register opgelegd. Verder maakte de Inspectie een aantal zeer omvangrijke en gecompliceerde zaken aanhangig. Het ging onder meer over de zaak Jansen Steur in hoger beroep, maar ook over een zaak over artsen die betrokken waren bij omvangrijke zorgfraude.

De aanpak van één beroepsbeoefenaar leidt in sommige gevallen tot 'een veelvoud aan rechtszaken'. Dit zorgt ervoor dat een enkele disfunctionerende beroepsbeoefenaar veel Inspectie-inzet tot gevolg heeft. Samen met het Openbaar Ministerie (OM) verkent IGZ de verbetering in de samenwerking en het optimaal gebruik van elkaars deskundigheid en bevoegdheden. In 2014 hebben zij de juridische kaders verkend en onderzocht of bij gevallen van seksueel misbruik het OM eerder kan worden geïnformeerd en ingezet.

Dit zal leiden tot een aangepast samenwerkingsprotocol in het voorjaar van 2015 (Skipr, IGZ, 27 mei 2015).

Redactie Judith Rutteman (judith.rutteman@zimmerbiomet.com), Dr. Yvonne van Kemenade, Mirjam Peil • **Teksten** Dr. Yvonne van Kemenade • **Vormgeving** Rob Verhoeven Concept & Illustratie • **Lithografie** Samplonius & Samplonius BV • **Druk** Mercator

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™
Zimmer Biomet • Toermalijnring 600, 3316 LC Dordrecht • Postbus 3060, 3301 DB Dordrecht • The Netherlands
Phone: +31 78 629 29 29 • Fax: +31 78 610 42 65 • e-mail: nl.info@zimmerbiomet.com • www.zimmerbiomet.com

This publication and all content, artwork, photographs, names, logos and marks contained in it are protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights owned by or licensed to Zimmer Biomet or its affiliates. This publication must not be used, copied or reproduced in whole or in part for any purposes other than marketing by Zimmer Biomet or its authorised representatives. Use for any other purposes is prohibited.

ETHICAL COLLABORATION IN HEALTHCARE CERTIFIED
Licensed by Eucomed
Biomet adheres to the high ethical standards embodied by the Eucomed Code of Ethical Business Practice. www.eucomed.org
BUREAU VERITAS