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.:

- **Ziekenhuiszorg in cijfers** • **Regeerakkoord kabinet Rutte III: het veld aan zet**
- **Feiten en cijfers over de basisverzekering** • **Medisch specialisten**
- **Ziekenhuizen** • **E-health** • **Korte berichten**

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

DECEMBER 2017 JAARGANG 6 • NUMMER 4

Voorkomen is beter dan ...

Een aantal weken geleden besteedde NRC Handelsblad aandacht aan de toenemende administratiedruk in de zorg onder de kop: 'Al die regels in de zorg, van óns hoeft het niet.'

De titel slaat direct de spijker op zijn kop! Van wie moet dit dan wel? En waarom?
Hoe kan het toch zijn dat een zorgprofessional zich moet bezighouden met (zeer) veel administratieve handelingen die weinig te maken hebben met het oorspronkelijke beroep: patiëntgebonden zorg verlenen. Bij het lezen van het artikel 'popte' direct het volgende spreekwoord bij me op: 'Schoenmaker blijf bij je leest.' Hou je niet bezig met dingen waar je niets van weet.

De mensen in de zorg horen zich bezig te houden met geneeskunde. Geneeskunde is het interdisciplinaire vakgebied dat zich richt op de invloed die ziektes of afwijkingen hebben op het menselijk functioneren, zowel fysiek als psychisch, met als doel het herstellen van de gezonde toestand, het verzachten van symptomen of het voorkomen van (ergere) pathologie.
Dat hier bepaalde administratieve handelingen bij komen kijken begrijp ik zeker wel, maar de percentages aan administratieve tijdbesteding genoemd in het NRC-artikel slaan alles. Artsen zijn gemiddeld veertig procent van hun werkweek kwijt aan het invullen van formulieren en ook wijkverpleegkundigen hebben er last van: zij besteden ongeveer de helft van hun uren aan administratie! Deze verontrustende gegevens zijn gepresenteerd door de denktank '(Ont)Regel de Zorg'.

Ik stel mezelf de vraag 'Wie of wat is de beperkende factor in onze gezondheidszorg?' In mijn beleving is dit de zorgprofessional: arts, verpleegkundige, thuiszorg verpleegkundige, enzovoort. Wanneer deze professionals hun kennis en ervaring morgen niet aanwenden voor de zorg en de patiënt, dan gebeurt er niets, met alle gevolgen van dien voor patiënten. De zorg staat dan letterlijk stil.

Hoe kan het dan zijn dat alles en iedereen rond de professional bepalen hoe deze specialist moet werken en wat hij/zij moet registreren? Deze personen staan verder weg van de werkvloer en hebben wel de beschikking over teams en middelen om alle registraties te analyseren, rapporten te maken, te presenteren en uiteindelijk met nieuwe regels en instructies het leven op de werkvloer complexer te maken. We streven ons doel voorbij!
Geef de zorg weer terug aan de zorgprofessional en geef hem/haar de tijd om patiënten te zien en te behandelen. Vertrouw op de deskundigheid van deze mensen. Dit zal de efficiency, productiviteit en positieve uitkomsten ten goede komen. Nog niet genoemd hoe de patiënt dit zal gaan ervaren! Een behandelaar die niet op zijn horloge of computer kijkt om te zien of hij de tijd al verbruikt heeft en of het juiste vinkje in het systeem gezet is.
Wanneer komt ons systeem (zorgverzekeraar, politiek, enzovoort) tot inkeer en durft men toe te geven met het volgende spreekwoord... 'Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald.' Je kunt beter iets voortijdig stoppen dan doorgaan tot het helemaal verkeerd gaat.

Fijne feestdagen en op naar een gezond 'regelarmer' 2018.

Veel leesplezier
Roland van Esch

Ziekenhuiszorg in cijfers

Jaarlijks brengt de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) een brancherapport Ziekenhuiszorg uit dat de stand van zaken van de ziekenhuiszorg beschrijft van het afgelopen jaar in Nederland.

Uitgaven

In 2016 is 96,1 miljard euro uitgegeven aan de gehele zorg in Nederland. Dat is 1,7 miljard (1,8%) meer dan in 2015. Het was het vierde jaar op rij dat de zorgkosten minder toenamen dan het bruto binnenlands product (bbp).

13,8% van het bbp werd uitgegeven aan zorg. De zorguitgaven bedroegen € 5660,- per inwoner. Het aandeel medisch-specialistische zorg bedroeg 28% van de totale zorgkosten in Nederland. De groei van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg was 2,5%, inclusief prijsstijgingen. De uitgaven aan medisch-specialistische zorg zijn in de periode 2012-2016 gestegen in lijn met de groei van het bbp. In de laatste zes jaar zijn de uitgaven aan medisch-specialistische zorg met gemiddeld 2,2% per jaar gestegen, exclusief overheveling van geneesmiddelen.

Deze uitgavenbeheersing wordt onder andere verklaard door de afspraken over de uitgavengroei in het Bestuurlijk Hoofdlijnakkoord. De minister van VWS sloot dit akkoord in 2011 met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Bijna twee derde van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg had in 2015 betrekking op algemene ziekenhuizen: 17,4 miljard euro. 1,4 miljard euro (5%) had betrekking op categorale ziekenhuizen en 1,8 miljard euro (7%) op uitgaven aan dure geneesmiddelen.
De gemiddelde uitgavengroei in zorg en welzijn was in de afgelopen zes jaar 1,6%. Deze groei is lager dan de groei in de voorafgaande periodes 1998-2004 (8,2%) en 2004-2010 (5,2%). De groei is in alle zorg- en welzijnbranches afgenomen.

De uitgaven aan medisch-specialistische zorg, als percentage van het bbp, liggen in Nederland in lijn met de uitgaven in andere Europese landen. Nederland is één van de weinige landen waar gedurende de afgelopen jaren de zorgkosten minder toenamen dan het bbp.

Personeel

De sector zorg en welzijn is wat betreft het aantal banen één van de grootste sectoren in Nederland: 15,6% van het totale aantal banen in 2016 betrof de zorg.
Het aantrekken en vasthouden van personeel was in 2016 een knelpunt voor ziekenhuizen. Het aantal vacatures is meer dan verdubbeld in de afgelopen drie jaar. Moeilijk te vervullen vacatures en verwachte personeelstekorten zijn er vooral bij verpleegkundig en assisterend personeel.

In het bijzonder wordt de komende jaren een tekort verwacht aan hbo-verpleegkundigen en doktersassistenten. Daarnaast dreigt specifiek een tekort te ontstaan aan specialistisch verpleegkundigen doordat de afgelopen jaren minder verpleegkundigen een opleiding voor specialisatie hebben gevolgd. Er is een grotere opleidingscapaciteit nodig om de tekorten in de komende jaren aan te vullen. Ook bij operatieassistenten en anesthesiemedewerkers is sprake van een tekort. De tekorten verschillen per regio. Moeilijk te vervullen vacatures zijn er tevens bij medisch-wetenschappelijke beroepen.

Ziekenhuizen investeerden in 2015 ruim 3,6% van de bruto loonsom in opleiding en ontwikkeling van medewerkers.

Naast het aantrekken en vasthouden van personeel werden door de ziekenhuizen ook werkdruk en ziekteverzuim als knelpunten aangegeven. Werkdruk is een van de oorzaken die leiden tot een hoger ziekteverzuim. Bijna driekwart van de geïnterviewde ziekenhuizen geeft aan dat de werkdruk is toegenomen. Bij de andere ziekenhuizen is de werkdruk gelijk gebleven. Als belangrijkste oorzaken van de toegenomen werkdruk worden genoemd een tekort aan personeel, een toename van de complexiteit van het werk en een toename van het aantal taken. Het ziekteverzuim van personeel is ten opzichte van voorafgaande jaren toegenomen van 4,35% in 2015 naar 4,55% in 2016.

Het aantal medisch specialisten, zowel in loondienst, vrijgevestigd als een combinatie hiervan, is in de periode 2010-2015 gestegen van 18.100 naar 20.000. De gemiddelde deeltijdfactor bedroeg onveranderd 0,91 fte. Het aandeel medisch specialisten dat in loondienst werkt is in één jaar sterk toegenomen van 43% in 2014 naar 49% in 2015. Vrouwen jonger dan 50 jaar vormden in 2015 de grootste groep binnen de medisch specialisten in loondienst (19% van alle medisch specialisten, 3900). Vrijgevestigde medisch specialisten waren in 2015 overwegend man en ouder dan 50 jaar, zij vormden de op een na grootste groep (17%, 3400).

Het aandeel vrouwelijke specialisten is gestegen van 34,7% (6000) in 2010 naar 41,3% (8300) in 2015. Dit is vooralsnog lager dan het gemiddelde aandeel vrouwen in de werkzame beroepsbevolking in Nederland, dit bedroeg 46,2% in 2015. Doordat het aandeel vrouwen in de opleiding is gestegen, zal deze ontwikkeling zich in de komende jaren naar verwachting voortzetten. Dit betekent dat het aandeel vrouwelijke medisch specialisten eerst in de jongere leeftijdsgroepen toeneemt.

Geleverde zorg

Het aantal patiënten dat een algemeen ziekenhuis bezocht was 8,3 miljoen in 2016. Dit is een stijging van 1,4% ten opzichte van 2015. De stijging is gedeeltelijk een gevolg van de bevolkingsgroei (+0,46%), de vergrijzing (+0,33%) en een toename van het aandeel inwoners dat een ziekenhuis bezoekt (+0,62%).

Het aantal patiënten in de hogere leeftijdscategorieën is toegenomen in 2016, meer dan op grond van de demografische ontwikkelingen zou worden verwacht. Het aantal patiënten ouder dan 55 jaar is sterker gegroeid dan gemiddeld en deze patiëntengroep zal naar verwachting blijven groeien. De complexiteit van de zorgvraag was bij deze groep patiënten gemiddeld hoger dan bij jongere patiëntengroepen.

Hart- en vaatziekten vormden in 2015 en 2016 de diagnosegroep met het hoogste aantal opnamen: ca. 300.000 opnamen.
De gemiddelde opnameduur voor klinische opnamen in algemene ziekenhuizen was in 2016 4,12 dagen. Dit is een lichte daling ten opzichte van 2015 (4,19 dagen).

Financiën

De totale omzet van de algemene ziekenhuizen bedroeg 17,5 miljard euro in 2016. De omzet is in 2016 gestegen met 2,2%, inclusief prijsstijgingen. Daarmee lijken de ziekenhuizen binnen de financiële afspraken van het hoofdlijnenakkoord te zijn gebleven. Het gaat hierbij om een voorlopig beeld op basis van de omzetcijfers van de algemene ziekenhuizen, terwijl zorguitgaven uiteindelijk worden bepaald op basis van de schadelastcijfers van de zorgverzekeraars.

Het resultaat, als percentage van de omzet, is gedaald naar 1,3% in 2016, het laagste niveau in de afgelopen zeven jaar. In de periode 2010-2014 bedroeg het resultaat 1,8% - 1,9% van de omzet.
Het resultaat is tevens ruimschoots lager dan het niveau van minimaal 2,5% dat past bij een private, deels gereguleerde markt voor ziekenhuizen. Van de 67 algemene ziekenhuizen hadden er zeven een negatief resultaat in 2016. Bij drie van deze zeven ziekenhuizen was er sprake van nieuwbouw of renovatie, waardoor de hogere lasten, rente en afschrijvingen, het resultaat negatief hebben beïnvloed.

De rentabiliteit is in 2016 gedaald naar 3,4%. De solvabiliteit is in 2016 verder toegenomen naar 23,6%. Investeringen in materiële vaste activa door de algemene ziekenhuizen bedroegen 1,5 miljard euro in 2015 en 1,4 miljard euro in 2016. Hiermee zijn de investeringen gestabiliseerd op een niveau dat ruim 30% lager ligt dan in 2010 (Brancherapport NVZ 2017).

Regeerakkoord kabinet Rutte III: het veld aan zet

Rutte III wil de komende vier jaar vooral het bestaande zorgsysteem verbeteren zonder dit fundamenteel te hervormen. Het nieuwe kabinet omarmt met haar regeerakkoord Vertrouwen in de toekomst vooral bestaande initiatieven en gaat verder op de ingeslagen weg van het vorige kabinet.

Op het ministerie van Volksgezondheid komen twee ministers, Hugo de Jonge en Bruno Bruins, en één staatssecretaris, Paul Blokhuis. De nieuwe coalitie kiest ervoor om pijnlijke besparingsmaatregelen voor de burger te vermijden: geen hoger eigen risico, geen verkleining van het basispakket.

Daarmee legt het kabinet nadrukkelijk de verantwoordelijkheid bij de zorgsector zelf om de zorg betaalbaar te houden. De sector wordt gestimuleerd stappen te zetten op belangrijke thema's, zoals de aanpak van onnodige zorg, gezamenlijke besluitvorming door arts en patiënt, invoering netwerkgeneeskunde en de verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn en thuis.

Belangrijkste maatregelen op een rij:

- Het kabinet investeert met een bedrag van 2,1 miljard euro in de kwaliteit van de verpleeghuiszorg conform het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.
- In de curatieve sector wordt een structurele besparing van 1,9 miljard euro ingeboekt, waarbij de medisch-specialistische zorg naar verwachting de grootste last zal dragen. De nieuwe regering zet hierbij in op de totstandkoming van hoofdlijnenakkoorden met de partijen in de medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsen- en multidisciplinaire zorg en wijkverpleging met een stapsgewijze en structurele 'opbrengst' van de ingeboekte 1,9 miljard euro in 2021.
- Gestreefd wordt naar meer gelijkgerichtheid binnen het ziekenhuis door medisch specialisten te bewegen tot een participatiemodel dan wel een loondienstmodel. Er worden geen stappen gezet naar een gedwongen dienstverband.
- Er wordt ingezet op een vermindering van de administratieve lastendruk. Partijen in het veld worden uitgenodigd om via schrapsessies regels en bureaucratie te verminderen.
- Het Zorginstituut bevordert dat de gezamenlijke beslissing van patiënt en zorgverleners over de behandeling een plek krijgt in medische richtlijnen.

- Er wordt ingezet op e-health.
- Om de kosten van genees- en hulpmiddelen te beheersen, zet het kabinet in op een scherpere inkoop, onder andere door op nationaal en Europees niveau in te kopen. Dit moet leiden tot een besparing van 460 miljoen euro per jaar.
- Er worden geen nieuwe voorstellen gedaan voor de uitbreiding van de 'Euthanasiewet'. Wel worden de aanbevelingen uit het manifest Waardig ouder worden en van de commissie-Schnabel ter hand genomen.
- Het stamcelonderzoek, zoals beschreven in de 'Embryowet' wordt uitgebreid. Dat onderzoek is gericht op het voorkomen van erfelijke aandoeningen.
- Er worden maatregelen getroffen voor preventie en gezondheidsbevordering. Het kabinet steunt de doelstelling om te komen tot een rookvrije generatie en verhoogt de accijns op tabak. Er komt een nationaal preventieakkoord met patiënten-organisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, sportverenigingen en -bonden, bedrijven en maatschappelijke organisaties. Hierbij ligt de focus op de aanpak van roken en overgewicht. Tevens wordt problematisch alcoholgebruik aangepakt.
- Er wordt meer aandacht besteed aan kwaliteit van leven via het uitwisselen van *good practices* over lokale eenzaamheidsbestrijding (gemeenten en maatschappelijke organisaties) en het uitvoeren van de aanbevelingen in het manifest Waardig ouder worden. Gemeenten moeten met woningcorporaties afspraken maken voor voldoende en passende woonruimte, met bijzondere aandacht voor kleinschalige en innovatieve wooninitiatieven en doorstroom.
- Het eigen risico wordt bevroren op € 385,-.
- De bijbetaling van geneesmiddelen wordt in 2019 gemaximeerd op € 250,- per verzekerde per jaar.
- De btw voor het lage tarief (6%) stijgt naar 9%.
- Voor de medisch specialisten in een Medisch Specialistisch Bedrijf zijn de volgende belastingmaatregelen relevant: het kabinet heeft het voornemen om de dividendbelasting af te schaffen en de vennootschapsbelasting te verlagen van 20% naar 16%. Om een sterke aanzuigende werking naar de bv-vorm te voorkomen en om een globaal evenwicht te houden in belastingdruk wordt het box 2-tarief stapsgewijs verhoogd van 25% tot 28,5% in 2021 (FMS, PWC, 11 oktober 2017, 1 november 2017).

Feiten en cijfers over de basisverzekering

Ieder jaar voert de Nederlandse Zorgautoriteit een marktscan uit over de zorgverzekeringsmarkt.

De belangrijkste bevindingen betreffen:

- Momenteel zijn er 24 zorgverzekeraars die zorgverzekeringen aanbieden. De zorgverzekeraars zijn verdeeld over 9 concerns. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn er geen nieuwe zorgverzekeraars bijgekomen. Dit verandert naar verwachting in 2018 met de toetreding van IptiQ.
- Zorgverzekeraars hebben in 2016 verlies gemaakt op de basisverzekering. Dit komt onder andere doordat verzekeraars de toename in zorguitgaven niet volledig vertalen naar een premiestijging, maar het tekort deels aanvullen vanuit hun financiële reserves. Dit doen ze al enige jaren.
- De gemiddeld betaalde jaarlijkse premie is gestegen van € 1201,- in 2016 naar € 1286,- in 2017. Het verschil in premie tussen de duurste en goedkoopste polis bedraagt € 360,- in 2017.
- De invulling en uitvoering van zorgbemiddeling en zorgadvies door zorgverzekeraars is per zorgverzekeraar verschillend.
- Twee derde van de verzekerden is collectief verzekerd. Het aandeel collectief verzekerden daalde met 0,1 procentpunt naar 67,3% in 2017 ten opzichte van 2016.
- Het aantal verschillende polissen voor de basisverzekering daalde van 71 in 2015 naar 58 in 2017. Het aantal polissen met beperkende voorwaarden, de budgetpolis, is 14 in 2017. Er is een stijging van het aantal verzekerden dat een dergelijke polis heeft. Vooral personen onder de 35 jaar en gezonde verzekerden kiezen voor zo'n polis.
- Driekwart van de verzekerden heeft een naturapolis.
- Evenals voorgaande jaren kiezen ongeveer 8 op de 10 verzekerden voor een aanvullende verzekering.
- Het aantal mensen zonder basisverzekering veranderde nauwelijks tussen 2015 en 2016. Eind 2016 zijn er 23.000 mensen onverzekerd. Het aantal wanbetalers is eind 2016 gedaald naar bijna 276.000. De aanpassing in de 'wanbetalerregeling' heeft hier een belangrijk bijdrage aan geleverd.
- Premies werden vaker op de uiterste datum bekendgemaakt. Voor 2017 zijn de premies van 26 polissen op de laatst mogelijke dag bekendgemaakt. Voor 2016 waren er 13 polissen waarvan de premie pas op de uiterste datum bekend werd gemaakt. Voor 2018 zullen de premies eerder bekend gemaakt worden: de uiterste publicatiedatum voor de premies is met een week vervroegd van 19 naar 12 november.
- Het aandeel overstappers naar een andere verzekeraar daalde licht van 6,9% in 2016 naar 6,8% in 2017.
- Bij 14 zorgverzekeraars betalen verzekerden geen verplicht eigen risico als ze gebruikmaken van bepaalde zorg of een specifieke zorgaanbieder die door de verzekeraar is aangewezen. Dit zijn er meer dan vorig jaar.
- Het aandeel verzekerden dat kiest voor een vrijwillig eigen risico is in 2017 licht gestegen. In ruil voor het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangen verzekerden een korting op de premie.
- Op dit moment is er geen reden om aan te nemen dat er sprake is van ongewenste risicoselectie door zorgverzekeraars van mensen die intensieve en langdurige ggz gebruiken (NZA, 5 oktober 2017).

Medisch specialisten

Artsen AMC en VUmc gaan operaties oefenen met *virtual reality*

Chirurgen en medisch specialisten kunnen volgend jaar in Amsterdam operaties oefenen met behulp van *virtual reality* en kunstmatige intelligentie. Het VUmc, verwacht hierdoor op termijn de zesjarige specialisatie voor chirurgen flink te verkorten. Het centrum *Amsterdam Skills Centre for Health Sciences* (ASC) is een samenwerking van het AMC en VUmc. Naar verwachting gaat het nieuwe internationale centrum over een jaar open. Vanaf dan kunnen daar jaarlijks zo'n 3000 artsen eenvoudige operaties oefenen zoals keizersneden en knieoperaties. In de toekomst hoopt het centrum ook moeilijkere operaties zoals hartoperaties te kunnen aanbieden. De training is te vergelijken met vliegsimulaties bij pilotenopleidingen die veel tijd en brandstof besparen. Voor operatiesimulaties is geen menselijk weefsel nodig. Ook is het tijdbesparend want voor chirurgen in opleiding zijn nu niet iedere dag operaties waarop zij kunnen oefenen. Het ASC wil daarnaast ook een opleiding tot basischirurg ontwikkelen voor ontwikkelingslanden. De 'verkorte tropenopleiding' leert beginnende artsen uit bijvoorbeeld landen in Afrika eenvoudige operaties in één jaar (ANP, 15 november 2017).

Medisch specialist bang voor aanklacht

Uit angst voor een aanklacht laten medisch specialisten vaker onderzoeken doen bij patiënten en rapporteren ze incidenten minder snel. Het huidige verantwoordingssysteem werkt daardoor gedeeltelijk averechts, volgens Erik Renkema in zijn promotieonderzoek aan de Rijksuniversiteit Groningen. Het risico op een potentiële aanklacht leidt ertoe dat een deel van de specialisten extra diagnostiek aanvraagt en meer terughoudend is in het rapporteren van incidenten. Ook zijn specialisten terughoudender in het bespreken van incidenten met patiënten en soms worden bepaalde behandelingen en patiënten gemeden (ANP, 22 november 2017).

Longartsen in toekomst vaker vrouw

De komende jaren zullen vooral vrouwen instromen in het beroep longarts en zullen mannen uitstromen. Hierdoor zullen er meer longartsen in loondienst gaan werken, in minder uren. Mannelijke longartsen zijn in de oudere leeftijdsgroepen oververtegenwoordigd, maar van de longartsen in opleiding is 70% vrouw. De toename van het aandeel vrouwen zal in de toekomst waarschijnlijk doorwerken in veel kenmerken van de beroepsgroep. Uit de enquête van het Nederlands Instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg NIVEL blijkt bijvoorbeeld dat vrouwen vaker in loondienst werken dan mannen, minder uren werken, 42,8 versus 51,2, en dat ze vaker dan mannen verwachten in de komende vijf jaar meer te gaan werken: 5,9% van de vrouwen versus 1,6% van de mannen (NIVEL, 8 november 2017).

Federatie neemt afstand van participatiemodel

Marcel Daniëls, voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), vindt het onverstandig als medisch specialisten aandeelhouder worden van het ziekenhuis. 'Dan krijgen ze een intrinsieke motivatie om het gebouw en de daarvoor benodigde omzet van het ziekenhuis overeind te houden. We willen de zorg zo dicht mogelijk bij de burgers organiseren. Door consulten via Skype en andere e-healthapplicaties verplaatst de zorg zich richting eerste lijn, anderhalve lijn en zelfs "nuldelijn". Er ontstaan netwerkorganisaties, waarin huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, medisch specialisten, Medisch Specialistisch Bedrijven (MSB) en ziekenhuizen samenwerken. Samen bepalen ze wie de patiënt het beste kan helpen. Specialisten moeten zich vrij kunnen bewegen om de zorg op de juiste plek te geven en niet financieel gebonden zijn aan een gebouw.' FMS pleit nadrukkelijk voor doorontwikkeling van het MSB in plaats van de overstap op, weer, een nieuw model (Zorgvisie, 30 november 2017).

Discussie over het pensioenaftoppingsakkoord beslecht in nieuwe Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten (AMS)

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) hebben nadere afspraken gemaakt over het pensioenaftoppingsakkoord. In plaats van de teruggave via

het Budget Organisatorische Eenheid (BOE) te laten plaatsvinden, wordt deze individueel toegerekend, door de salarissen per 1 januari 2017 structureel te verhogen.
In november 2016 kwamen NVZ, FMS en LAD een pensioenaftoppingsakkoord overeen. Daarin werd afgesproken dat werknemers met een bruto jaarsalaris boven de pensioenaftoppingsgrens 70% van het vrijgevallen deel van de werkgeverspremie zouden terugkrijgen via het BOE. Sinds begin dit jaar zijn de drie organisaties met elkaar in gesprek over de uitwerking van deze afspraak in de AMS. Gezien de complexiteit van het vraagstuk hebben partijen recent afgesproken dat de teruggave niet via het BOE, maar via een structurele ophoging van de salarissen plaatsvindt. De raden van bestuur en de Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband kunnen met behulp van het BOE aanvullend afspraken maken, bijvoorbeeld over efficiency, zorgvernieuwing of patiëntgerichtheid. Het BOE krijgt hiermee in een nieuwe afgeslankte vorm gestalte.
Partijen hebben ook afspraken gemaakt over de doorvertaling van afspraken uit de cao Ziekenhuizen naar de AMS. De salarissen en salarisbedragen worden per 1 juli 2017 structureel verhoogd met 1,75% en per 1 juli 2018 nog eens met 2%. Daarnaast krijgen medisch specialisten in september 2017 en in september 2018 een eenmalige uitkering van € 200,- en in februari 2019 een eenmalige uitkering van € 125,- (bij deeltijd naar rato) (FMS, NVZ, 28 november 2017).

CBS over omzet medisch specialisten 2010-2014

Medio november berichtte het Centraal bureau voor de Statistiek over de omzetstijging in de periode 2010-2014 bij medisch specialisten. In de periode 2010-2014 is de omzet van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren met 8% gestegen. Door de toegenomen kosten is het resultaat in deze periode echter met 1,2% gedaald (CBS, FMS, 15 november 2017).

Handreiking Opnemen van gesprekken door patiënten gepubliceerd

Patiënten willen soms een gesprek met de arts opnemen. Een geluidsopname kan de zorgverlening ondersteunen en de patiënt grip geven op het zorgtraject. Tegelijk kan het maken van een geluidsopname ongemakkelijk voelen voor de arts en het gesprek beïnvloeden. De zorgen die medisch specialisten hebben gaan vooral over de verspreiding van het opgenomen gesprek via internet of sociale media. Artsenfederatie KNMG heeft recent een handreiking Opnemen van gesprekken door patiënten gepubliceerd. De handreiking gaat in op wat de regels zijn en hoe hiermee om te gaan.
Belangrijkste punten:

- Patiënten mogen volgens de wet een gesprek met een arts voor privégebruik opnemen.
- Zij hoeven dit niet vooraf te melden, maar het komt de verstandhouding ten goede als dit wel gebeurt. Ook de Nederlandse Patiëntenfederatie draagt dit uit.
- Een open, uitnodigende houding van de arts verlaagt de drempel en kan heimelijke opnames voorkomen. Denk aan een aankondiging in de wachtkamer over het opnemen van gesprekken. Zo ontstaat ruimte om samen te bespreken welke behoefte de patiënt heeft en welke informatieoverdracht hier het beste bij past. Denk bijvoorbeeld aan het opnemen van een samenvatting van het gesprek aan het eind van het consult.
- Openbaarmaking van een geluidsopname, bijvoorbeeld via sociale media, mag alleen als de arts hiermee heeft ingestemd (KNMG, FMS, NVZ, 25 oktober 2017, 26 oktober 2017).

Nieuwe 'sleepwet' beperkt medisch beroepsgeheim

Afgelopen zomer heeft de Eerste Kamer ingestemd met de Wet inlichtingen- en veiligheidsdiensten (Wiv). Deze wet regelt bredere bevoegdheden voor de Nederlandse inlichtingendiensten.
De wet heeft ook betrekking op de vertrouwelijke communicatie tussen artsen en patiënten, bijvoorbeeld via telefoon, internet en e-mail. Zo mag onder andere versleutelde informatie worden ontsleuteld en mogen gegevens ongericht worden verzameld: de zogenoemde 'sleepnetmethode', dus ook uit informatiesystemen in de zorg. In de memorie van toelichting op de wet staat zelfs expliciet vermeld dat er voor artsen, in tegenstelling tot advocaten, geen verschoningsrecht geldt. Er is bewust voor gekozen om voor de vertrouwelijke communicatie tussen artsen en patiënten geen uitzondering te maken.

De Landelijke Huisartsenvereniging en de Artsenfederatie KNMG maken zich ernstig zorgen over de impact van de wet. Voor patiënten en artsen is het beroepsgeheim en de vertrouwelijkheid van de arts-patiëntrelatie van groot belang. De toegang tot de zorg komt door deze wet onder druk te staan.
KNMG verkent de mogelijkheden om binnen het kader van de wet extra voorwaarden en waarborgen te realiseren voor het verwerken van medische gegevens door veiligheidsdiensten. KNMG overlegt hierover met VWS en andere ministeries die bij de wet betrokken zijn. Op de Wiv is veel commentaar gekomen. Er is een succesvolle handtekeningenactie gehouden voor het aanvragen van een raadgevend referendum. Betreffend referendum zal tegelijk met de gemeenteraadsverkiezingen op 21 maart 2018 plaatsvinden (KNMG, LHV, 6 oktober 2017).

Vermindering administratieve lasten bij MSVT

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft begin van het jaar het besluit genomen om de beleidsregel Medisch specialistische Verpleging Thuis (MSVT) te laten vervallen met ingang van 1 januari 2018.
De uitwerking van de consequenties die deze wijziging heeft voor ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren, is nu verwerkt in een factsheet.
In de factsheet, die zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen inzetten als een soort gebruiksaanwijzing, is uitgebreid te lezen wat de veranderingen zijn. Ook is te zien hoe zoveel mogelijk van de huidige administratieve problemen worden opgelost. Aanleiding voor het schrappen van de beleidsregel MSVT is de nieuwe duiding van Zorginstituut Nederland over verpleging in de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg en de klachten van zorgaanbieders over de administratieve lasten die MSVT tot nu toe met zich meebrengt (ZN, 15 november 2017).

Veld draagt oplossingen aan voor vermindering administratieve lastendruk

Medisch specialisten zijn gemiddeld 40% van hun totale werktijd kwijt aan administratieve handelingen. Dat blijkt uit onderzoek van de Federatie Medisch Specialisten en Verzekeraar & Adviseur VvAA onder ruim 3000 medisch specialisten en artsen in opleiding. 94% van de respondenten geeft aan dat de administratieve lasten het werkplezier verminderen.
Op een 5-daagse werkweek betekent 40% aan administratieve handelingen twee volle werkdagen. Waarvan ruim de helft

volgens de medisch specialisten en artsen in opleiding niet zinnig is. Tijd die beter gestoken had kunnen worden in gesprekken met de patiënt over wat voor hem of haar zinnige zorg is bijvoorbeeld. Het onderzoek naar de administratieve lasten bij medisch specialisten heeft plaatsgevonden in het kader van de beweging (Ont) Regel de Zorg die zich richt op het terugdringen van (onzinnige) administratie en registratie in de zorg.

De aangedragen oplossingen kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën: (1) betere ondersteuning door ict (met name het Elektronisch Patiëntendossier), (2) meer (personele) ondersteuning van medisch specialisten en artsen in opleiding bij administratieve handelingen en (3) het afschaffen en verminderen of saneren van (onderdelen van) specifieke administratieve handelingen. Medisch specialisten geven aan dat de maatschappelijke tendens van transparantie is doorgeslagen. Een van de meest genoemde oplossingen is het afschaffen van indicatoren, ziekenhuisbrede kwaliteitssystemen en kwaliteitskeurmerken die weinig tot niets zeggen over de daadwerkelijke kwaliteit van zorg of niet bijdragen aan het verbeteren van de zorg. Tegelijkertijd moet ook de beroepsgroep kritisch kijken naar de regels die zij zelf bedenken om de zorg te verbeteren.

Ook de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) vraagt aandacht voor dit thema. V&VN hield hierover een enquête onder ca. 17.000 leden. V&VN pleit voor het schrappen van onnodige administratie, waardoor er meer tijd voor de patiënt vrijkomt. Welke administratieve taken er dan geschrapt moeten worden, moet nog worden bepaald (Zorgvisie, FMS, 17 november 2017, 18 november 2017).

Ziekenhuizen

Vermijdbare sterfte in ziekenhuizen niet verder gedaald

De afgelopen periode is de potentieel vermijdbare sterfte in ziekenhuizen niet verder gedaald. Tussen medio 2015 en medio 2016 overleden ca. 1035 patiënten door zorggerelateerde schade die waarschijnlijk voorkomen had kunnen worden. Eerder was deze potentieel vermijdbare sterfte in ziekenhuizen sterk afgenomen, onder andere door de invoering van het VMS Veiligheidsprogramma. Uit de meting van de Monitor Zorggerelateerde schade van het Nederlands Instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg (NIVEL) en onderzoekinstituut EMGO+ van het VU medisch centrum blijkt dat in één jaar 3,1% van de in het ziekenhuis overleden patiënten voortijdig is overleden mede omdat iets in de behandeling of het zorgproces niet goed is gegaan.
Aan het onderzoek hebben negentien willekeurig geselecteerde ziekenhuizen deelgenomen. Het betrof academische, topklinische en algemene ziekenhuizen. Ten opzichte van de vorige meting is de omvang van de potentieel vermijdbare sterfte niet verder gedaald, maar gelijk gebleven. Een mogelijke verklaring hiervoor zijn complexere patiënten die een intensievere monitoring nodig hebben.
NIVEL en EMGO+ constateren dat er de afgelopen jaren winst is geboekt op het verbeteren van de veiligheidscultuur in de ziekenhuizen, maar dat er ook nog verbetermogelijkheden liggen.
Een verdere verbetering van de patiëntveiligheid staat of valt met de heersende veiligheidscultuur. De complexere zorgvraag zorgt voor steeds meer betrokken disciplines rond de patiënt en dus nog meer communicatie en overdrachtsmomenten. Hoe je met elkaar omgaat en elkaar aanspreekt, hoe je leert van zaken die (bijna) mis zijn gegaan en goed zijn gegaan, moeten hoog op de agenda blijven staan. Niet alleen in de vakgroepen en de teams, maar ook bij de bestuurders van ziekenhuizen. De Federatie Medisch Specialisten gaat samen met de wetenschappelijke verenigingen het rapport van het NIVEL/EMGO+ verder bestuderen om te bezien welke concrete punten kunnen worden opgepakt (NIVEL, FMS, NVZ, Skipr, 28 november 2017).

NZa verbetert inzicht in wachttijden medisch-specialistische zorg

Het is belangrijk dat burgers en zorgverzekeraars inzicht hebben in de actuele wachttijden in de zorg. Alleen als er meer inzicht is in de wachttijden kunnen te lange wachtlijsten worden aangepakt.
In de ziekenhuiszorg zijn de wachttijden te lang. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gaat daarom controleren of de wachttijdgegevens op de websites van ziekenhuizen en klinieken kloppen en actueel zijn. NZa verplicht zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg om patiënten actief (mondeling) te informeren als de wachttijd voor polikliniek, diagnostiek of behandeling de Treeknorm overschrijdt. Daarnaast moeten ziekenhuizen en klinieken patiënten informeren over de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling door de zorgverzekeraar. Deze informatie moet bij de wachttijdinformatie op de website gepubliceerd worden. Patiënten die sneller geholpen willen worden kunnen dan contact opnemen met hun zorgverzekeraar zodat die hen kan bemiddelen naar een zorgaanbieder waar de patiënt sneller terecht kan (NZa, 6 oktober 2017).

Spreiding spoedzorg blijft goed geregeld

De acute zorg is goed verspreid over Nederland. Het percentage Nederlanders dat binnen de norm van 45 minuten in een afdeling voor spoedeisende hulp (SEH) of acute verloskunde kan zijn is 99,8. Het aantal 'gevoelige' ziekenhuizen, waarbij voor een aantal mensen de 45-minutennorm in gevaar zou komen bij sluiting, is nu tien voor de SEH's en twaalf voor acute verloskunde. Dat is iets minder dan de vorige bereikbaarheidsanalyse in 2016.

Voor 33.200 mensen gelden langere reistijden naar de spoedzorg dan de norm. Vooral bewoners van de Waddeneilanden vallen buiten de boot. De gevoelige ziekenhuizen liggen in krimpgebieden als Noord-Nederland, de kop van Noord-Holland, Zuid-Holland en Zeeland. De metingen zijn tussen februari en april 2017 gedaan.
Er waren toen 89 SEH's met 24/7-uurs openingstijden. Dat is één minder dan in 2016 en twee minder dan 2014. In totaal zijn er 94 SEH's op ziekenhuisterreinen in Nederland. In april 2017 waren er 81 locaties voor 24/7-uurs acute verloskunde. Dat is evenveel als 2016, maar drie minder dan in 2014 gemeten. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft ook gekeken naar het aantal ambulancestandplaatsen. Sinds 2013 zijn er dertien bijgekomen en een aantal locaties zijn verhuisd. Dat laatste heeft ook invloed gehad op het aantal gevoelige ziekenhuizen. Ziekenhuizen mogen alleen stoppen met het aanbieden van acute zorg als de bereikbaarheid daardoor niet verslechtert. De norm van 45 minuten is gebaseerd op de geografische spreiding van ziekenhuizen, het is geen prestatienorm voor de ambulancezorg.
RIVM heeft ook de samenwerking tussen SEH's en huisartsenposten (HAP's) op het ziekenhuisterrein onderzocht. Van de 94 SEH's in Nederland hebben 79 een HAP op het ziekenhuisterrein gevestigd; van de 89 SEH's met een 24/7-uurs openstelling hebben 76 een HAP op het ziekenhuisterrein. Op 45 locaties wordt echt samengewerkt. SEH en HAP hebben een gezamenlijke ingang en de logistiek is zo ingericht dat 'zelfverwijzers' huisartsgeneeskundige zorg krijgen. In 42 van deze gevallen is de SEH 24/7 uur geopend. Deze vorm van samenwerking is met 45% toegenomen sinds 2014 (RIVM, Skipr, 10 november 2017).

Druk op acute zorgketen neemt toe

Er wordt steeds vaker een beroep gedaan op acute zorg.
De minister van VWS wil door betere samenwerking in de keten de druk op de zorg verminderen. Vooral de huisartsenpost, eerstelijns ambulancezorg en de spoedeisende hulp van ziekenhuizen ervaren toenemende aantallen patiënten. Dit komt onder meer door de vergrijzing en de tekortschietende afstemming tussen interne zorgschakels. Patiënten met acute zorgvragen komen daardoor niet automatisch terecht bij de juiste schakel in de acute zorg. Door betere samenwerking zouden patiënten die niet noodzakelijk in een ziekenhuis behandeld hoeven te worden, ook ergens anders opgevangen kunnen worden zoals bij de wijkverpleegkundige of huisarts. VWS heeft toegezegd extra budget uit te trekken voor onder meer de ambulancezorg, eerstelijns verblijf en de wijkverpleging (Zorgvisie, 28 november 2017).

Fusieziekenhuizen behandelen nu meeste patiënten

Vektis Intelligence publiceerde eind november een nieuwe top-30 van ziekenhuizen waar de meeste patiënten worden behandeld. In vergelijking met enkele jaren geleden ziet de top-5 er geheel anders uit. Deze bestaat in 2016 volledig uit ziekenhuizen die de afgelopen jaren gefuseerd zijn. Ziekenhuizen worden door fusies steeds groter en behandelen daardoor ook meer patiënten. Koploper is het OLVG met 214.000 behandelde patiënten in 2016.
Vektis heeft ook gekeken naar de gemiddelde kosten per patiënt in de verschillende soorten instellingen in 2016. Bovenaan staan de revalidatiecentra met € 4700,- per patiënt. De minste kosten per patiënt worden gemaakt in Zelfstandige Behandel Centra: € 800,- per patiënt (Vektis, 21 november 2017).

Tekort zorgmedewerkers loopt hard op

Uit onderzoek komt naar voren dat de Nederlandse zorgsector over een aantal jaren kampt met een personeelstekort van 100.000 tot 125.000 medewerkers als zorginstellingen geen extra maatregelen nemen. Dat tekort komt bovenop de duizenden vacatures die nu al openstaan. Om de personeelstekorten aan te pakken zouden werkgevers in de zorg de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden moeten verbeteren. Ook de roosters zouden beter moeten aansluiten op de wensen van medewerkers. De onderzoekers adviseren daarbij om de administratieve rompslomp te verminderen en stagemogelijkheden uit te breiden. Ook wordt geadviseerd om verpleegkundigen en verzorgers meer invloed te geven op het beleid van de zorginstelling. Daarbij kunnen veel taken die niet direct met zorg te maken hebben doorgeschoven worden naar facilitaire medewerkers. Het gaat bijvoorbeeld om het aanvragen van budgetten, het checken van houdbaarheidsdata, receptiewerk en grasmaaien. Het verschuiven van niet-zorgtaken naar andere professionals dan de verpleegkundige en verzorgende, kan veel lucht geven en de werkdruk op korte termijn verlagen. Het onderzoek werd uitgevoerd door Berenschot in opdracht van V&VN, de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden (Berenschot, ANP, 28 november 2017).

Ziekenhuisfusies doen patiëntwaardering dalen

Patiënten geven ziekenhuizen na een fusie een rapportcijfer dat een half punt lager ligt dan er voor. Ook ligt de waardering voor kleine ziekenhuizen bijna een half punt hoger dan voor grote ziekenhuizen. Dit blijkt uit een statistische analyse van meer dan tachtigduizend ziekenhuiswaarderingen op ZorgkaartNederland in samenwerking van IG&H Consulting & Interim.
Verder blijkt dat gespecialiseerde instellingen over het algemeen beter presteren dan algemene ziekenhuizen. Ondanks de verschillen in waardering blijken Nederlandse patiënten met een gemiddeld rapportcijfer van 8,5 over het algemeen zeer tevreden over medisch-specialistische zorg. Met een 8,8 zitten Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) en categorale ziekenhuizen (8,5) boven of op dit gemiddelde. Academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen scoren respectievelijk een 7,7 en 8,2.
ZBC's scoren hoog op de accommodatie, de voorzieningen en de omgeving. Maar ook op het maken van afspraken: het verloop van het proces en het nakomen van afspraken. ZBC's richten zich uitsluitend op planbare zorg als orthopedie, dermatologie en oogheelkunde. Algemene ziekenhuizen scoren volgens patiënten op de meeste indicatoren net iets beter dan de topklinische ziekenhuizen. Academische ziekenhuizen worden door patiënten het minst positief beoordeeld. Het laagst scoort de accommodatie, maar ook op behandeling, omgang met medewerkers en het maken van afspraken worden umc's beneden gemiddeld beoordeeld.

Volgens de patiënt zijn de kleinere ziekenhuizen beter in het maken en nakomen van afspraken, het voorzien van duidelijke en voldoende informatie en ook het luisteren en reageren op vragen en verzoeken. De waardering voor kleine ziekenhuizen ligt met een 8,4 bijna een half punt hoger dan voor grote ziekenhuizen (8,0). Uit de waarderingen blijkt juist dat na een fusie van twee ziekenhuizen het rapportcijfer daalt. Van de in 2015 gefuseerde ziekenhuizen is dit in anderhalf jaar na de fusie afgenomen van 8,1 naar 7,8.
Patiënten blijken in fusieziekenhuizen vooral op logistiek gebied extra problemen te ervaren, zoals bij het maken van afspraken en het vinden van de locatie. Het rapportcijfer voor het afsprakenproces en informatievoorziening ligt bij deze fusieziekenhuizen dan ook lager. Voor het onderzoek werden tachtigduizend waarderingen geanalyseerd.

Zij maken onderdeel uit van een totaal aan vijfhonderdduizend patiëntwaarderingen op ZorgkaartNederland (Skipr, 16 oktober 2017).

Bravis ziekenhuis installeert kinderadviesraad

Het Bravis ziekenhuis, met locaties in Bergen op Zoom en Roosendaal, heeft sinds vorige week een nieuwe vorm van patiëntenparticipatie: de kinderadviesraad (KAR). De eerste KAR in West-Brabant en Zeeland gaat meehelpen aan het bouwen aan optimaal kindgerichte zorg, zo schrijft het ziekenhuis. Het betreft een officieel adviesorgaan voor het ziekenhuis en bestaat uit kinderen tussen de tien en achttien jaar. Het Bravis ziekenhuis zal de raad regelmatig om advies, tips en ideeën vragen. De raad kan ook zelf aangeven wat beter kan en het ziekenhuis ongevraagd van adviezen of tips voorzien (Skipr, 13 november 2017).

Brabantse ziekenhuizen hebben vergunning nodig voor fusie

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) vreest dat de geplande fusie van de St. Anna Zorggroep in Geldrop en het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven een negatieve invloed zal hebben op de concurrentie in de regio. De ziekenhuizen krijgen daarom niet meteen toestemming voor een fusie en moeten een vergunning aanvragen. De raden van bestuur van beide ziekenhuizen zijn teleurgesteld over het standpunt van de concurrentiewaakhond. Zij wachten nu eerst het formele inhoudelijke besluit van de ACM af, dat naar verwachting binnen enkele weken verschijnt.
Van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kregen de St. Anna Zorggroep en het Catharina Ziekenhuis toestemming om verder te gaan met het fusieproces. NZa oordeelde dat patiënten, personeel en andere belanghebbenden tijdig op de hoogte zijn gebracht van de fusieplannen en de gelegenheid hebben gekregen daarover aanbevelingen te doen. Ook constateerde NZa dat door de fusie de cruciale zorg aan patiënten niet in gevaar komt. Hierop legden de organisaties hun voorgenomen fusie aan de ACM voor.
Die gaf, zo blijkt nu, vooralsnog geen groen licht.

Het is de bedoeling dat er na de fusie twee hoofdlocaties zijn: Eindhoven en Geldrop. De poliklinieken, Spoedeisende Hulp, Intensive Care en Huisartsenpost blijven op beide locaties open.

De nieuwe organisatie kent straks drie landelijke speerpunten: kanker en hart- en vaatziekten, waarvan het zwaartepunt in Eindhoven zal liggen, en sport & bewegen, met het zwaartepunt in Geldrop. Voor Ananz, bestaande uit vier woonzorgcentra in Geldrop en Heeze, verandert er niets.
De St. Anna Zorggroep en het Catharina Ziekenhuis hebben samen bijna 5700 medewerkers en een gezamenlijke jaaromzet van meer dan 500 miljoen euro (ANP, Skipr, 7 november 2017).

Siemens financiert vastgoed

Siemens is voornemens de nieuwbouw van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk te financieren. Het ziekenhuis is dringend toe aan renovatie en heeft gekozen voor een nieuw gebouw. Het zou de eerste keer zijn dat een technologieconcern de bouw van een geheel ziekenhuis bekostigt. Siemens zal eigenaar worden van het gebouw en het ziekenhuis zal van het concern huren.
De betrokken partijen hebben inmiddels een onderzoek gestart naar het ontwerp van het ziekenhuis en de details van de financiering. De gemeente moet de vergunningen voor de nieuwbouw nog verlenen. Ziekenhuizen krijgen steeds moeilijker een lening van de bank. Daarom kloppen ze vaker aan bij alternatieve financiers. Siemens financierde eerder delen van de nieuwbouw van het Admiraal de Ruyter ziekenhuis en van het Ommelander ziekenhuis. Siemens zal zowel betrokken zijn bij het ontwerp van het nieuwe ziekenhuis als een deel van de medische apparatuur leveren (Financieele Dagblad, 28 november 2017).

Siemens brengt gezondheidstak naar de beurs

Siemens brengt zijn medische divisie in de eerste helft van volgend jaar naar de beurs in Frankfurt. De voorbereidingen van de beursgang van Siemens Healthineers liggen volgens de Duitse industriereus op schema. Siemens had eerder al de gezondheidsdivisie op eigen benen gezet, met het voornemen om het onderdeel uiteindelijk naar de beurs te brengen. Op die manier moet kapitaal worden opgehaald om het medisch technologiebedrijf verder te laten groeien. Het onderdeel dat ziekenhuisapparatuur en zorgtechnologie maakt is een belangrijke concurrent van Philips.
Siemens brengt een minderheidsbelang in Siemens Healthineers naar de beurs. Naar verwachting gaat het om 15 tot 25% (ANP, 29 november 2017).

E-health

Nederlandse zorg Europees koploper in digitalisering

Nederland heeft wat betreft zorgdigitalisering een voorsprong op veel andere Europese landen. Dat blijkt onder meer uit de hoge digitalisatiegraad van patiëntgegevens en het grote aantal ict-professionals in de zorg. Dit concludeert *Healthcare Information and Management Systems Society* (HIMSS) Europa op basis van haar onderzoek onder ca. 600 Europese werknemers in zorg en e-health.
Zo'n 75% van de patiëntendossiers in de onderzochte Europese landen zijn inmiddels gedigitaliseerd. De verschillen tussen landen zijn groot. Waar in Ierland minder dan de helft van de patiënten een digitaal dossier heeft, is in zowel Nederland als Oostenrijk nauwelijks nog een papieren dossier te vinden. Ondanks de koploperspositie van Nederland klaagt ruim de helft van de Nederlandse ondervraagden over te lage budgetten voor zorg-ict. Dat laat volgens HIMSS zien dat er met een beperkt budget al veel kan worden bereikt. Ook biedt het een verklaring voor het feit dat Nederlandse zorgorganisaties hun digitale volwassenheid relatief laag inschatten. Nederlandse professionals in zorg-ict geven hun organisatie hier een 6,4 voor. Het gemiddelde Europese cijfer is een 6. De implementatie van het Elektronisch Patiëntendossier is momenteel de belangrijkste e-healthprioriteit voor zorgverleners in Ierland, Zwitserland, Duitsland, Oostenrijk en Italië. In Nederland staat de toegang voor patiënten tot hun digitale gegevens bovenaan het lijstje. In Spanje en Scandinavië is de gegevensuitwisseling met externe partners het belangrijkste thema.
De prioriteiten van zorgorganisaties veranderen. Vorig jaar was het veilig uitwisselen van digitale gegevens met de eigen organisatie en met externen het belangrijkste aandachtspunt.
Zo'n 75% van de Nederlandse deelnemers aan het onderzoek ziet ict als instrument om patiëntgerichtheid en patiëntveiligheid te verbeteren. Daarmee scoort Nederland iets hoger dan het Europese gemiddelde. Aan het onderzoek namen werknemers deel uit onder andere Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland, Nederland, België, Denemarken, Noorwegen, Zweden, Finland, Frankrijk, Griekenland, het Verenigd Koninkrijk, Ierland, Italië en Spanje (Skipr, 15 november 2017).

Gebruik e-health blijft nog altijd achter bij aanbod

Het gebruik van e-health blijft achter bij het aanbod en opschaling van toepassingen blijft vaak uit. Zorggebruikers weten doorgaans niet wat er allemaal mogelijk is op dit gebied, terwijl het voor zorgverleners vaak niet duidelijk is hoe ze e-healthtoepassingen kunnen inzetten. Dit komt naar voren uit de eHealth-monitor 2017 van kennisinstituten Nictiz en NIVEL. De eHealth-monitor inventariseert jaarlijks de beschikbaarheid en het gebruik van e-health. Volgens Nictiz en NIVEL zijn de afgelopen jaren grote stappen gezet op het gebied van technologische ontwikkelingen en het creëren van aanbod van e-health. Standaarden voor informatie-uitwisseling en gegevensvastlegging worden steeds meer toegepast voor adequate gegevensoverdracht. Ook wordt er meer onderzoek gedaan naar de effecten van e-healthtoepassingen en worden nieuwe financieringsmogelijkheden onderzocht en benut.

Toch blijft het gebruik van e-health in de dagelijkse praktijk achter bij de mogelijkheden die er zijn. Zo is het aanbod van online contactmogelijkheden toegenomen, maar weten veel zorggebruikers niet dat ze daarvan gebruik kunnen maken. Minder dan een op de drie zorggebruikers geeft aan dat de zorgverlener wel eens wat heeft verteld over de mogelijkheden van online contact.
Bij zowel artsen als zorggebruikers roept online contact vaak nog vragen op. Zo is een deel van de artsen er niet van overtuigd dat online contact veilig is. Voor een deel van de zorggebruikers geldt eveneens dat zij online contact niet veilig achten, of niet goed weten of het wel voldoende informatie oplevert.
Uit het onderzoek blijkt verder dat medisch specialisten en verpleegkundigen patiënten steeds vaker online inzage bieden in het medisch dossier. Met name in de ouderenzorg is sprake van een toename. Bij de huisartsen is daarentegen nauwelijks een stijging waarneembaar. Het aantal zorggebruikers dat aangeeft online inzage te hebben in hun gegevens bij de huisarts, schommelt al jaren rond de 3 en 5%.
Wat betreft zelfmanagement heeft ongeveer de helft van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen in 2017 zelfstandig gezondheidswaarden gemeten, vooral gewicht, bloeddruk en bloedsuikerwaarden. Dit is een stijging ten opzichte van vorig jaar. Gezondheidswaarden worden ook vaker bijgehouden dan eerdere jaren. Minder dan een tiende van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen geeft aan wel te willen meten, maar dit niet te kunnen. Een evenredig klein deel geeft aan niet te meten, maar dit wel te willen. Van de chronisch zieken maakt 4% gebruik van een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Bijna een kwart geeft aan dit wel te willen gebruiken.
Volgens NIVEL en Nictiz liggen er kansen voor het gebruik van telemonitoring, het op afstand monitoren van een patiënt door een zorgverlener. Ongeveer de helft van de huisartsen wil hier gebruik van maken bij patiënten met diabetes, maar heeft hier nog geen concrete plannen voor (Skipr, 23 november 2017).

Levensverwachting ietsje lager

Wie over vijf jaar 65 jaar wordt, leeft daarna nog 20,5 jaar blijkt uit de laatste berekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).De levensverwachting, gebaseerd op sterftecijfers, is daarmee 13,5 weken korter dan de vorige prognose van het CBS in 2016. Dat komt omdat er in de laatste vier maanden van vorig jaar en de eerste acht maanden van dit jaar meer mensen stierven dan verwacht. Dat had te maken met een relatief lange griepgolf in Nederland, waardoor veel ouderen overleden. Het CBS plaatst als kanttekening dat fluctuaties in de feitelijke sterfte ieder jaar voor kleine schommelingen in de levensverwachting zorgen (ANP, 3 november 2017).

Zorgaanbieders omzeilen winstverbod met bv-constructie

In de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is een verbod op winstuitkering vastgelegd. Dit moet voorkomen dat bestuurders en aandeelhouders zich met publiek geld verrijken. De Wet normering topinkomens stelt een maximum aan wat zorgbestuurders mogen verdienen.
Met creatieve bv-constructies weten zorgaanbieders het beloningsplafond en het verbod op winstuitkering te omzeilen. Vooral kleinere aanbieders hebben zo de afgelopen jaren miljoenen verdiend. De aanbieder contracteert de zorg met een stichting die een WTZi-vergunning heeft. Die besteedt de uitvoering daarvan weer uit aan een bv die niet onder het winstverbod valt, maar wel dezelfde eigenaar heeft. Volgens het Financieele Dagblad is het onduidelijk wat bestuurders in die bv's verdienen. Ook blijkt uit het onderzoek van de krant dat de bv's die de zorg verlenen soms grote bedragen als dividend uitkeren. Daarnaast zouden miljoenen euro's worden opgepot in de holdings van de directeur-grootaandeelhouders. Onder meer privéklinieken, maar ook instellingen in de ggz, de gehandicaptenzorg en de thuiszorg zouden de bv-constructie toepassen. Toezichthouders kunnen niet ingrijpen omdat de constructie niet bij wet verboden is (FD, Skipr, 1 november 2017).

Wetsvoorstel over de WNT-3 van de baan

In de geldende wetgeving is bepaald dat topfunctionarissen niet meer mogen verdienen dan € 181.000,-. Door de definitie 'topfunctionaris', werden vooral de managementsalarissen ingeperkt. Hiertegenover stond dat medewerkers onder de managementlaag wel een bezoldiging boven het bezoldigingsmaximum uit de Wet normering topinkomens (WNT) konden verkrijgen. Dit leidde tot tegenstrijdige beloningen: werknemers met een lagere functie werden hoger ingeschaald dan iemand met een 'top' functie, maar ook tot omzeilingsconstructies. Met het voorstel voor de WNT-3 zouden deze verschillen gelijk worden getrokken door het bezoldigingsmaximum te laten gelden voor alle functionarissen die werkzaam zijn in de publieke en semipublieke sector.
Het nieuwe kabinet heeft onlangs laten weten de WNT-3 niet door te willen zetten. Volgens minister Ollongren (BKZ) past het indienen van de WNT-3 niet binnen de uitgezette lijn in het regeerakkoord. Daarnaast was de afdeling Advisering van de Raad van State ook behoorlijk kritisch over het wetsvoorstel. Het blijft in de toekomst dan ook mogelijk om functionarissen van de publieke en semipublieke sector een bezoldiging toe te kennen boven het thans geldende maximum van € 181.000,-. Voor topfunctionarissen geldt het voorgenoemde bezoldigingsmaximum wel, al wordt dit maximum in 2018 verhoogd naar € 187.000,-. Voor 'specifiek' medisch specialisten was in de Evaluatiewet WNT al eerder bepaald dat zij niet onder de WNT vallen (NVZ, Dirkzwager, 16 november 2017).

Korte berichten

Nederlandse zorguitgaven bij hoogste in EU

De Nederlandse zorguitgaven per inwoner behoren tot de hoogste in Europa. Alleen Luxemburg en Duitsland geven meer uit aan zorg. Het Nederlandse zorgstelsel is duur, maar wel doeltreffend, aldus de Europese Commissie. Nu hart- en vaatziekten sterk zijn teruggedrongen, zijn longkanker en dementie de belangrijkste doodsoorzaken in Nederland.
Het aantal vrouwen in Nederland dat aan longkanker sterft blijft toenemen en dat is 'zorgwekkend'. De commissie meent dat dit grotendeels aan roken kan worden toegeschreven.

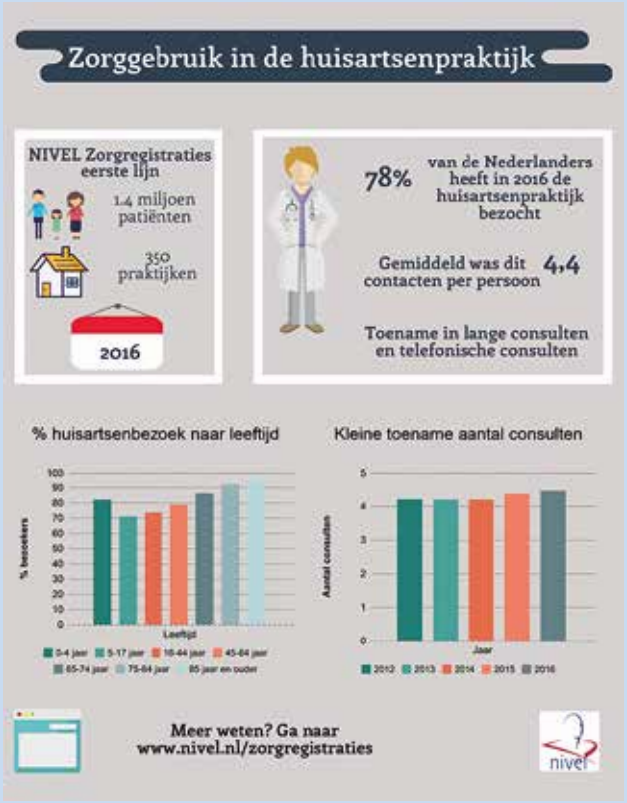
De levensverwachting in Nederland ligt gemiddeld een jaar boven het EU-gemiddelde van 81,6 jaar, maar die voor vrouwen ligt eronder. Mannen boven de 65 jaar mogen verwachten dat zij de jaren erna nog de helft van de tijd in goede gezondheid doorbrengen. Voor vrouwen is dat iets minder (ANP, 23 november 2017).

Amsterdam haalt EU-geneesmiddelenbureau binnen

Het is Nederland gelukt het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) binnen te slepen. Na een geslaagde maandenlange lobby door premier Mark Rutte en vooral 'EMA-ambassadeur' en oud-minister Wouter Bos verhuist het prestigieuze EU-agentschap in 2019 van Londen naar een nog te bouwen kantoor aan de Amsterdamse Zuidas. De verhuizing van het agentschap is nodig omdat het Verenigd Koninkrijk de Europese Unie verlaat (ANP, Skipr, 20 november 2017).

Kleine toename van het aantal bezoeken aan de huisarts

Ruim driekwart van de Nederlanders heeft in 2016 de huisarts bezocht. Het gemiddeld aantal bezoeken neemt de afgelopen jaren licht toe en ligt nu op 4,4 bezoeken per persoon. Voornamelijk ouderen boven de 65 jaar en kinderen onder de 4 jaar gaan naar de huisartsenpraktijk. Dit blijkt uit recente cijfers van het kennisinstituut NIVEL: Zorgregistraties eerste lijn (NIVEL).



Consumentenbond waarschuwt voor 'kloonpolissen'

De Consumentenbond waarschuwt consumenten voor 'kloonpolissen': zorgverzekeringen van dezelfde verzekeraar die precies dezelfde zorg dekken, maar die een andere naam en ook een ander prijskaartje hebben. Volgens de bond is hierdoor sprake van een schijnkeuze. Uit een vergelijking tussen tientallen polissen voor de basisverzekering constateert de Consumentenbond dat soms flinke prijsverschillen bestaan tussen polissen die qua dekking, gecontracteerde zorgverleners en vergoedingspercentages in niets verschillen. Er kunnen wel verschillen zijn op het gebied van service. Dan gaat het bijvoorbeeld om de manier van communiceren: post of e-mail. Het grootste verschil vond de Consumentenbond bij CZ. De zorgkeuzepolis kost € 122,60. Bij OHRA, dat ook onder CZ valt, kost dezelfde polis € 107,95. OHRA-klanten krijgen 8% korting omdat ze de polis online aanschaffen. Ook Achmea en VGZ hebben volgens de bond kloonpolissen. Bij Menzis vonden de onderzoekers nauwelijks prijsverschil (ANP, 21 november 2017).

Aanvullend verzekerde stapt steeds minder vaak over

Hoe uitgebreider de aanvullende verzekering, hoe minder de verzekerde geneigd is om van verzekeraar te wisselen.
De aanvullende verzekering vormt een administratieve drempel voor het overstappen, maar verzekerden met uitgebreide dekking zeggen ook meer tevreden te zijn over hun zorgverzekeraar.
Het percentage verzekerden dat wisselt van zorgverzekeraar is de afgelopen jaren vrijwel constant gebleven op 8 à 10%, blijkt uit onderzoek van het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg.
Hieruit blijkt ook dat er in 2015 nog geen verschil was in het wisselen van zorgverzekeraar tussen verzekerden met en zonder aanvullende verzekering. In 2016 en 2017 was het percentage verzekerden dat wisselt van zorgverzekeraar echter lager onder verzekerden met een, uitgebreidere, aanvullende verzekering.
Dit verschil is van 2015 tot 2017 steeds sterker geworden.
De basisverzekering en aanvullende verzekering worden door vrijwel iedereen bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten. Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht, maar voor de aanvullende verzekering niet. Het hebben van een aanvullende verzekering zou een barrière kunnen zijn voor het wisselen van verzekering (NIVEL, Skipr, 8 november 2017).

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.