

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.:

- **Participatiemodel voor medisch specialisten nog ver weg** • **Hoofdlijnenakkoorden 2018**
- **NZa, Marktscan medisch-specialistische zorg** • **Studenten ontwikkelen ziekenhuisdrone**
- **Korte berichten ziekenhuizen** • **Korte berichten zorgverzekeraars/verzekeringen**



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

JUNI 2017 JAARGANG 6 • NUMMER 2

De Nieuwe Garde ...

Met veel interesse heb ik het programma De Nieuwe Garde bekeken. In dit tv-programma worden jonge veelbelovende chef-koks en een sommelier in de keuken en daarbuiten gevolgd. Deze jonge talenten worden 24/7 gevolgd op hun weg om de absolute top in hun vak te bereiken. Het intrigeerde me met hoeveel passie en detail deze personen het beste uit zichzelf en het team willen halen om het beste product en het beste voor de consument te kunnen voorschotelen. Er wordt gestreefd naar het ultieme!

Regelmatig surf ik op de sites van onze Nederlandse ziekenhuizen. Je leest over 'kernwaarden': veiligheid, gastvrijheid, openheid en vernieuwend. Er staan zaken over ambitie: 'Meest patiëntgericht en patiëntveilige ziekenhuis van Nederland.'; 'Onze patiënten en hun begeleiders voelen zich welkom en worden bij het zorgproces betrokken.'; 'In elk contact met onze patiënten en hun begeleiders tonen wij oprechte aandacht en respect.'

Het zouden de thema's van het programma De Nieuwe Garde kunnen zijn. Met de beste ingrediënten en beste medewerkers wordt in een fijne omgeving, een ultiem gerecht van meerdere gangen in een bepaald tijdsbestek geserveerd. Het is een streven naar een ultieme aaneenschakeling van mensen en middelen, gericht op één doel.

Uit recente ervaringen blijkt dat menig ziekenhuis hier nog veel van kan opsteken. Een collega die vrij snel op de polikliniek kan verschijnen, maar daarna weken moet wachten op een MRI. En zelf een bezoekje met mijn zoon aan de Spoedeisende Hulp om een mogelijke polsfractuur te laten bevestigen, duurde slechts drie uur ...

Uiteraard ligt de complexiteit van een ziekenhuis vele malen hoger dan die van een restaurant, maar dit betekent niet dat we ervan weg mogen kijken.

Menig patiënt/consument komt voor een 'menu' naar het ziekenhuis waarbij de keuze voor de gangen gelukkig steeds vaker samen met de zorgverlener wordt gemaakt: *shared decision making*. Zoals de sommelier je de opties geeft voor de wijnen bij het gerecht.

Toegankelijkheid is een van de kernwoorden van de Nederlandse zorg en ziekenhuizen. Toch kost het nogal eens moeite om in het ziekenhuis spreekwoordelijk 'aan tafel' te komen. Een 'amuse' kent men in menig ziekenhuis niet, de 'eerste gang' komt niet altijd op tijd. Wie wordt er op de afgesproken tijd de polikamer binnengeroepen? Het 'hoofdgerecht' wordt vaak veel later in een andere afdeling/locatie geserveerd. En wanneer het 'dessert', oftewel de controleafspraak, staat is de kok of de sommelier van de avond niet meer in beeld en word je gezien door een assistent.



Zijn deze voorbeelden de ingrediënten van het ontstaan en de trek naar de *à la carte restaurants*: de zelfstandige behandelcentra? Worden deze De Nieuwe Garde van onze huidige ziekenhuiszorg?

Veel leesplezier!

Roland van Esch



De keuze: loondienst of het parti- cipatiemodel



Participatiemodel voor medisch specialisten nog ver weg

is vrijwel uitsluitend gekozen voor het samenwerkingsmodel. In dit bestuursmodel werken vrijgevestigd medisch specialisten en ziekenhuis als zelfstandige partijen met elkaar samen op basis van een samenwerkingsovereenkomst. Om toch samenwerking tussen vrijgevestigd specialisten en ziekenhuisinstelling te stimuleren worden in veel ziekenhuizen, met wisselend succes, maatregelen getroffen die de gelijkgerichtheid bevorderen. Dit gebeurt bijvoorbeeld door de medisch specialist te laten participeren in de bedrijfsvoering van het ziekenhuis. Het vinden van een adequaat evenwicht tussen zelfstandigheid en gelijkgerichtheid vergt de nodige inspanningen en brengt kosten, in tijd en geld, met zich mee.

Participatiemodel

Het participatiemodel vormt een alternatief bestuursmodel voor vrijgevestigd medisch specialisten. Dit model kent vele vormen maar is in de basis een model waarin vrijgevestigd medisch specialisten via volle eigendom in de juridische structuur van het ziekenhuis deelnemen waarmee zij hun fiscaal zelfstandige status kunnen behouden. Het kent een meer gelijkgericht karakter dan het samenwerkingsmodel. Tegelijk brengt het participatiemodel een fundamentele wijziging van de juridische en organisatorische structuur van het ziekenhuis met zich mee, waarbij ook de governance van het ziekenhuis wijzigt. Participatie is overigens niet voorbehouden aan medisch specialisten. Ook andere ziekenhuismedewerkers kunnen participeren.

Belemmeringen en maatregelen ter bevordering van het participatiemodel

De belemmeringen voor de invoering van het participatiemodel hangen volgens EY vooral samen met de thans geldende wettelijke beperkingen voor het uitkeren van winst door zorginstellingen, het belastingheffingsregime en de onder de

medisch specialisten heersende onzekerheid over de toepassing van de Wet normering topinkomens (WNT).

Winstuitkering

Om medisch specialisten in de gelegenheid te stellen deel te nemen in de eigendomsstructuur van een ziekenhuis is het essentieel dat zij een (winst)vergoeding kunnen ontvangen voor hun private kapitaaldeelname. Binnen de huidige wet- en regelgeving geldt in beginsel voor ziekenhuizen een verbod op winstuitkering, doch er zijn bij wijze van uitzondering zogenoemde zorguitbesteding structuren ontwikkeld waarin onder voorwaarden wel winst mag worden uitgekeerd. Deze structuren zijn echter uiterst complex. Het winstuitkeringverbod is momenteel dan ook één van de belangrijkste belemmeringen voor de totstandkoming van het participatiemodel. Daarom is modernisering, vereenvoudiging en verduidelijking van het huidige winstuitkeringregime noodzakelijk.

Fiscale maatregelen: vennootschapsbelasting

Om het verschil in belastingheffing tussen reguliere ziekenhuizen, die vrijgesteld zijn voor de vennootschapsbelasting, en winstuitkerende ziekenhuizen, die vennootschapsbelastingplichtig zijn, in zekere mate te overbruggen, zou voor laatstgenoemde groep een apart heffingsregime in het leven geroepen moeten worden. Het beoogde doel hiervan is dat indien en voor zover eventuele winst binnen de zorg of het publieke domein wordt besteed, deze, net als bij reguliere ziekenhuizen, niet wordt belast. Daarmee kan binnen de medisch-specialistische zorg een gelijkjer spelveld worden gecreëerd.

Wet normering topinkomens (WNT)

Alhoewel de minister heeft aangegeven dat vrijgevestigd medisch specialisten 'uiteraard gezien hun aard niet onder de

Veruit de meeste ziekenhuizen hebben bij de invoering van de integrale bekostiging in 2015 gekozen voor het samenwerkingsmodel. Minister Schippers van VWS heeft herhaaldelijk laten weten dat zij dit beschouwt als een overgangsmodel. Om de belangen van specialisten en ziekenhuisbestuur echt op één lijn te krijgen zouden zij in de visie van VWS moeten kiezen: loondienst of het participatiemodel. Daarom heeft VWS door accountants- en adviesbureau EY laten onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om het samenwerkingsmodel door te ontwikkelen tot het participatiemodel. Gezien de demissionaire status van het kabinet heeft de minister vooralsnog geen beleidsreactie op de uitkomsten van het onderzoek gegeven.

Huidige situatie

Medisch specialisten en ziekenhuizen hebben zich voor de invoering van de integrale bekostiging per 1 januari 2015 ge(her)structureerd, waarbij een keuze gemaakt diende te worden tussen loondienst en vrije vestiging. Voor vrije vestiging zijn het samenwerkingsmodel en het participatiemodel ontwikkeld. Daar waar geen overgang naar loondienst heeft plaatsgevonden,

4 Natuurlijk in **Beweging**

WNT vallen', ervaren vrijgevestigd medisch specialisten, door een keuze voor het participatiemodel, toch onzekerheid over de toepassing van de WNT, vooral op de lange termijn. Dit komt met name doordat zij in het participatiemodel meer naar het ziekenhuis 'toe bewegen'. Verduidelijking over het onderscheid in status van de toepassing van de WNT tussen loondienstspecialisten en vrijgevestigd medisch specialisten moet eraan bijdragen dat deze vrees wordt weggenomen en dat dit geen belemmering meer vormt voor het participatiemodel.

Maatregelen die de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel verkleinen

EY heeft op verzoek van VWS ook onderzoek gedaan naar maatregelen om de aantrekkelijkheid van het huidige samenwerkingsmodel te verkleinen met als doel om de beweging te maken naar het participatiemodel. EY beschrijft in haar rapport meerdere mogelijkheden. Een mogelijke maatregel betreft een stringenter monitoring- en handhavingsbeleid van het fiscaal ondernemerschap/fiscale zelfstandigheid. Tevens is een maatregel denkbaar die tot gevolg heeft dat ziekenhuizen met een samenwerkingsmodel minder gunstige financiële voorwaarden kunnen bedingen bij het maken van afspraken met zorgverzekeraars, banken en andere stakeholders. Bij deze maatregelen plaatst EY echter direct een aantal stevige kanttekeningen. EY ziet bovenal geen urgente redenen voor deze maatregelen. Zij geeft aan dat een bestuursmodelkeuze vanwege het ingrijpende karakter ervan, vrijwillig, vanuit de eigen organisatie en zoveel mogelijk op basis van lokale argumenten tot stand moet komen.

Conclusies

Bij doorvoering van de hierboven genoemde maatregelen op het terrein van de winstuitkering, het belastingheffingregime en de WNT verwacht EY dat het participatiemodel als een alternatief bestuursmodel voor de praktijk beschikbaar komt. De mate waarin ziekenhuizen het participatiemodel daadwerkelijk zullen gaan invoeren, zal echter van vele factoren afhangen en laat zich moeilijk voorspellen. EY is bovenal van mening dat het aan de lokale praktijk is om te bepalen welk model de voorkeur heeft (brief VWS aan Tweede Kamer, 18 april 2017; EY, Zorgvisie, 26 april 2017).



Hoofdlijnenakkoorden 2018

VWS heeft de afgelopen periode voor het jaar 2018 nieuwe hoofdlijnenakkoorden gesloten met zowel de partijen van de medisch-specialistische zorg als met de eerste lijn. Gezien de status van het huidige demissionaire kabinet is voor een looptijd van één jaar gekozen. Wanneer er een nieuw kabinet aantreedt, zullen de besprekingen worden gestart voor nieuwe akkoorden met een meerjarige looptijd vanaf 2019. De gesloten akkoorden over 2018 geven het veld richting voor onder andere de zorgcontractering 2018.

Akkoord medisch-specialistische zorg

De afspraken zijn gemaakt tussen VWS, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), Patiëntenfederatie Nederland, Zelfstandige Particuliere Klinieken Nederland (ZKN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Het akkoord is gebaseerd op het huidige akkoord dat loopt tot eind 2017. Met het 'tussenakkoord' voor 2018 worden de inhoudelijke afspraken uit het huidige hoofdlijnenakkoord voortgezet, waaronder het uitvoeren van de 'kwaliteitsagenda', het behoud

van de keuzevrijheid tussen werken in vrij beroep of loondienstverband, het vrijwaren van de medisch specialisten voor de Wet normering topinkomens (WNT) en het continueren van de kwaliteitsgelden.

Afgesproken is dat de totale zorguitgaven in 2018 maximaal met 1,6% mogen stijgen. Rekening houdend met eerdere afspraken over kostenbeperkingen die nog moeten worden ingevuld, komt de stijging voor 2018 neer op 1,4%. Dit houdt in dat er voor 2018 1,4% (exclusief loon- en prijsbijstellingen) beschikbaar is voor de zorginkoop. Naast de financiële afspraak is er een reeks inhoudelijke afspraken gemaakt om de zorg verder te verbeteren. Het accent ligt daarbij op *e-health* en innovatie, verdere vergroting van inzicht in kwaliteit en uitkomsten van zorg, vermindering van de bureaucratie voor professionals, verdere aanpak van de stijgende kosten van geneesmiddelen, oplossen van arbeidsmarkt knelpunten en toegankelijkheid van (acute) zorg en eerstelijnsopvang (voor kwetsbare groepen).

Tevens zijn in het kader van substitutie afspraken gemaakt over een verschuiving van maximaal 75 miljoen euro van de tweede lijn naar de eerste lijn. Voorwaarde is dat deze zorg in de eerste

lijn ook daadwerkelijk wordt gecontracteerd op basis van lokale afspraken tussen de zorgaanbieders van eerste- en tweedelijnszorg en de zorgverzekeraars, en dat die zorg ook daadwerkelijk in de eerste lijn wordt gerealiseerd. Het deel van de 75 miljoen euro dat niet aantoonbaar ingezet wordt voor substitutie, vloeit terug naar het ziekenhuiskader.

Akkoord eerste lijn

Patiënten, huisartsen, eerstelijns zorgverleners en zorgverzekeraars hebben eveneens een akkoord gesloten met VWS. Belangrijkste afspraak is dat het kader met 2,5% (exclusief loonen en prijsbijstellingen) mag groeien. Het akkoord sluit aan op het eerdere akkoord voor 2014 - 2017 waarin ook een groei van 2,5% was afgesproken. De 2,5% groei ruimte kan worden ingezet voor meer tijd voor de patiënt, kwetsbare ouderen, voor zorg in achterstandswijken, voor avond-, nacht- en weekendzorg en voor de organisatie en infrastructuur voor samenwerking in de eerste lijn. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan zich inzetten om over deze onderwerpen op regionaal niveau afspraken te maken. Bovenop de 2,5% groei ruimte is voor 2018 nog 75 miljoen euro extra beschikbaar om zorg die nu nog in het ziekenhuis wordt

geleverd over te nemen. Deze gelden worden alleen aan het kader toegevoegd wanneer de eerste lijn ook daadwerkelijk de zorg vanuit de tweede lijn overneemt (FMS, 18 mei 2017; LHV, 1-8 juni 2017).

LHV en FMS publiceren gezamenlijke handreiking substitutie van zorg

Op tal van plekken in Nederland werken medisch specialisten en huisartsen samen met als uitgangspunt: zorg dichtbij huis voor de patiënt. Succesvolle trajecten blijken vooral voort te komen uit initiatieven die door huisartsen en medisch specialisten samen worden opgezet. De Federatie Medisch Specialist (FMS) en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) hebben de gezamenlijke ambitie om de zorg voor specifieke patiëntengroepen verder te verbeteren. Vertrouwen in elkaar en goede afspraken over organisatie en bekostiging van verplaatste zorg zijn hierbij de sleutel tot succes. De Handreiking Substitutie biedt hiervoor houvast. Er staan concrete aandachtspunten in voor het waarborgen van kwaliteit en continuïteit bij het verplaatsen van zorg. De handreiking is te vinden op de websites van FMS en LHV (FMS, 30 maart 2017).

Zorgkosten stijgen minder hard dan verwacht

Voor het vierde jaar op rij zijn de uitgaven aan gezondheidszorg minder gestegen dan waar het kabinet op rekende. De meevaller is 1,8 miljard euro groot. De lagere zorgkosten in 2016 komen voor rekening van de curatieve zorg, waaronder onder meer ziekenhuizen, geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, wijkverpleging en geestelijke gezondheidszorg vallen.

Vooraf voor die laatste vier vielen de kosten mee. Vorig jaar kostte de zorg 66 miljard euro, volgens de begroting loopt dat in 2017 op naar 69 miljard. Tot en met 2013 stegen de zorguitgaven harder dan begroot. Minister Edith Schippers (VWS) benadrukt dat het is gelukt de zorgkosten in de hand te houden zonder het basispakket te verkleinen. Ze schrijft het intomen van de uitgaven toe aan de afspraken die ze daarover maakte met zorgverzekeraars en zorgverleners. Ze hoopt de komende tijd weer enkele van deze zorgakkoorden te kunnen sluiten. Ook de betere rolverdeling tussen ziekenhuizen zou de kosten hebben gedrukt (ANP, 17 mei 2017).

Big data helpen arts bij behandeladvies

Big data toepassingen vergroten de mogelijkheden om in de praktijk te leren over de werking van een geneesmiddel of een behandeling. Door deze kennis te combineren met 'traditionele' onderzoeken, kunnen artsen tot betere behandeladvies komen voor de patiënt, volgens Willem Herter, medeoprichter van Pacmed. Herter ontwikkelde samen met zijn compagnon Wouter Kroese een tool die door data-analyse op grote aantallen medische dossiers adviseert wat de beste behandeling is voor een patiënt. Uitgangspunt is leren uit de praktijk, wat volgens Herter nog te weinig gebeurt in de gezondheidszorg. 'Kennis over welke middelen wel en niet werken komt momenteel met name voort uit onderzoek onder kleine, slecht representatieve, groepen proefpersonen. Vaak zijn ze jong, gezond en blank. Die onderzoeken hebben weliswaar een hoge intrinsieke bewijskracht, maar in de praktijk tref je een veel complexere en gevarieerdere populatie. Gebruik digitalisering om ook van die groepen te leren.' (Skipr, 16 juni 2017).

Vertrouwen in huisartsen, specialisten en ziekenhuizen stabiel en hoog

Het vertrouwen in huisartsen en specialisten is over de laatste jaren stabiel en hoog. Hoewel het vertrouwen in ziekenhuizen iets lager is, doen ook zij het over het algemeen goed. Dit blijkt uit de nieuwe cijfers van 2016 uit de Barometer Vertrouwen in de gezondheidszorg van het NIVEL. Vertrouwen in de gezondheidszorg is cruciaal. Als patiënten geen vertrouwen hebben in zorgverleners, zorginstellingen of de gezondheidszorg, dan zullen ze minder snel medische hulp zoeken of de adviezen opvolgen. Daarom meet het NIVEL regelmatig het vertrouwen in beroepsgroepen zoals huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen of fysiotherapeuten, en het vertrouwen in instellingen zoals ziekenhuizen of verpleeghuizen. De barometer geeft weer hoeveel respondenten vertrouwen hebben in een aantal sectoren, instellingen en personen. Deze gegevens worden sinds 1997 om het jaar gemeten binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg (NIVEL, 6 april 2017).

Betrokken organisatie heeft fors minder verzuim

Uit onderzoek van Erasmus Universiteit Rotterdam en Stichting IZZ komt naar voren dat structureel met elkaar spreken over gezond en veilig werken, daadwerkelijk leidt tot gezonder en veiliger gedrag op de werkvloer. Open dialoog verlaagt bovendien verzuim en de bijbehorende kosten. Dit kan resulteren in een besparing van meer dan € 100.000,- per duizend werknemers. Voorwaarde is de betrokkenheid van alle lagen van de organisatie.

Beleid gericht op het verbeteren van het organisatieklimaat in zorgorganisaties levert gezondere medewerkers op. Het aantal werkgerelateerde gezondheidsklachten daalt en kosten door verzuim en 'presenteïsme' (ziek maar toch aan het werk) kunnen per duizend medewerkers jaarlijks met ruim € 100.000,- omlaag. Zowel bij zorgorganisaties met een klassieke organisatiestructuur als bij zorgorganisaties met een zelforganiserende organisatiestructuur zijn verbeteringen te zien (Skipr, 18 mei 2017).

NZa, Marktscan medisch-specialistische zorg

Zorginkoop

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen maken voor de inkoop van zorg steeds vaker afspraken over kwaliteit, prijstransparantie en substitutie naar de eerstelijnszorg. Toch voeren de klassieke prijsafspraken met bijbehorende plafondafspraken nog steeds de boventoon. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vindt het belangrijk dat kwaliteit een belangrijk onderdeel uitmaakt van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. Patiënten, verzekeraars en ziekenhuizen moeten goed inzicht krijgen in de uitkomsten van de geleverde zorg, de ervaringen van andere patiënten en de kosten van de zorg. Huidige initiatieven van partijen bieden verschillende handvatten hoe aanbieders en zorgverzekeraars dit vorm kunnen geven. Voorbeelden zijn het aanbieden van zorg op regionaal niveau of aansluiten bij initiatieven voor kwaliteitstransparantie zoals *Value-Based Health Care*. De Zorgautoriteit ziet dat zorgverzekeraars steeds vaker meerjarencontracten sluiten. Dit biedt zekerheid en daarmee ruimte om meer focus te leggen op kwaliteitstrajecten die meerdere jaren beslaan. De huidige initiatieven zijn een eerste goede stap, maar verzekeraars en zorgaanbieders kunnen hier gezamenlijk nog beter invulling aan geven aldus NZa. Het huidige bekostigingssysteem biedt verschillende mogelijkheden om te innoveren. De komende jaren krijgen verzekeraars en ziekenhuizen de tijd, zekerheid en ruimte om de handschoen verder op te pakken.

Versnippering zorg

Concentratie van de ziekenhuiszorg kan ertoe leiden dat mensen met meerdere aandoeningen naar meerdere locaties moeten reizen. Door de vergrijzing gaat het om een steeds groter wordende groep. Daarvoor waarschuwt NZa in een marktscan van de medisch-specialistische zorg. NZa is voorstander van samenwerking tussen ziekenhuizen, als dit meerwaarde voor de patiënt heeft. De zorgautoriteit ziet echter ook dat samenwerking en fusies leiden tot meer concentratie van de ziekenhuiszorg. Dat kan een



aantal onbedoelde gevolgen hebben. De schaalvergroting van de ziekenhuissector in Nederland komt met name voort uit fusies tussen ziekenhuizen die dicht bij elkaar liggen. Daardoor wordt zowel de schaal als het marktaandeel groter, maar de concurrentie minder. Dat kan leiden tot te hoge prijzen of te lage kwaliteit. Een belangrijk risico van schaalvergroting is dat de zorg voor veelvoorkomende aandoeningen op te weinig locaties beschikbaar is. Mensen met meerdere aandoeningen moeten dan naar meerdere (locaties van) ziekenhuizen. Dit kan een behandeling die nauw is afgestemd tussen ziekenhuis, huisarts en mantelzorg in de weg staan en ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Concentratie heeft ook voordelen. Zo is er voor bepaalde aandoeningen een verband gevonden tussen het aantal uitgevoerde behandelingen en de kwaliteit. Echter, boven een bepaalde grens neemt de kwaliteit niet per definitie meer toe. Dit moet wel per behandeling bekeken worden.

NZa ziet ten opzichte van de jaren 2012 en 2013 dat steeds minder ziekenhuizen met elkaar fuseren. De marktaandelen van ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren vrij stabiel gebleven en zelfs een beetje afgenomen. De zorgautoriteit vindt dit een goede ontwikkeling, omdat dit betekent dat burgers de zorg ook bij andere zorgaanbieders zijn gaan afnemen. Dit komt de concurrentie weer ten goede, wat kan bijdragen aan innovatie en betere kwaliteit van zorg voor de burger (NZa, 1 juni 2017).

Helpt zorgverleners denkt aan stoppen bij tuchtprocedure

Een derde tot de helft van de zorgverleners die van de tuchtrechter een waarschuwing, berisping of geldboete opgelegd krijgt overweegt te stoppen met werken. Dit komt naar voren uit onderzoek van het NIVEL onder een kleine driehonderd zorgverleners met een gegronde verklaring van tucht. Het is vooral openbaarmaking van een tuchtspraak die de procedure extra belastend maakt. Een berisping van de tuchtrechter, inclusief openbaarmaking in regionale dag- of weekbladen en in het BIG-register, raakt de betrokken zorgverlener op zowel persoonlijk, professioneel als zakelijk vlak.

Met het onderzoek geeft het NIVEL vervolg aan een toezegging van minister Schippers (VWS). Zij beloofde bij het wijzigen van de wet BIG in 2012 om te laten onderzoeken wat de gevolgen zijn van het openbaar maken van berispingen en geldboetes. Het tuchtrecht moet bijdragen aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Sinds de wetwijziging BIG in 2012 wordt informatie over berispingen en geldboetes bij zorgverleners openbaar gemaakt. Deze openbaarmaking leidt tot extra belasting voor hun partner of gezin. Hoewel straffen niet het primaire doel is van het tuchtrecht, overheerst voor betrokken hulpverleners wel het gevoel van straf. Het woord 'tucht', uit het begrip tuchtrecht, roept associaties op met het begrip straffen.

Ruim de helft van de zorgverleners met een berisping of geldboete heeft overwogen om te stoppen met werken. Onder zorgverleners met een waarschuwing, die niet openbaar werd gemaakt, was dit ruim een derde. 12% van de zorgverleners met een berisping of geldboete is uiteindelijk gestopt met werken als gevolg van de tuchtprocedure in combinatie met openbaarmaking. Dit zijn vooral zorgverleners ouder dan 60 jaar. Van de zorgverleners onder de 60 jaar met een berisping of geldboete zegt 4% gestopt te zijn met werken als gevolg van de tuchtprocedure. Daarbij moet bedacht worden dat de tuchtrechter de klacht weliswaar gegrond heeft verklaard, maar niet heeft besloten tot het schrappen van de betreffende zorgverlener uit het BIG-register.

Volgens de Artsenfederatie KNMG bewijst het onderzoek dat de aanpassingen in het tuchtrecht hun doel voorbij schieten. *Naming and shaming* brengt onevenredig veel schade toe aan de betrokken artsen. KNMG vindt dan ook dat berispingen van en

boetes voor artsen niet meer openbaar moeten worden gemaakt. Volgens KNMG moeten artsen die fouten maken uiteraard worden aangepakt en is het ook belangrijk dat patiënten goede informatie krijgen over artsen. Uit een parallel onderzoek van het NIVEL blijkt dat burgers nog altijd veel waarde hechten aan informatie over berispingen en geldboetes. Eén op de zes patiënten zoekt bij een nieuwe zorgverlener op internet naar informatie over de zorgverlener. Als het de eigen huisarts betreft dan zegt één op de tien een andere huisarts te zoeken als blijkt dat deze een berisping heeft gekregen (NIVEL, Skipr, 13 juni 2017).

IGZ krijgt 20% meer meldingen

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft afgelopen jaar fors meer meldingen binnen gekregen: bijna 13.000 (12.290) in 2016 tegen nog geen 11.000 (10.850) in 2015. In totaal legde IGZ voor 1,5 miljoen euro aan boetes op, meer dan een verdubbeling. IGZ ziet met name een sterke toename van het aantal meldingen over disfunctionerende beroepsbeoefenaren binnen de medisch-specialistische zorg. Dit komt volgens IGZ mede door de invoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Die verplicht zorgaanbieders om bij IGZ te melden wanneer disfunctioneren een rol heeft gespeeld bij de beëindiging van een dienstverband. Onderverdeeld naar sectoren bestaat de top-3 uit farmaceutische bedrijven (1260 meldingen), medisch-specialistische zorg (2100 meldingen) en medische technologie (4460 meldingen). Ook deze laatste sector laat een sterke stijging zien ten opzichte van 2015. Volgens IGZ wordt deze mede veroorzaakt door een groot aantal meldingen over de in opspraak geraakte sterilisatiemethode Essure.

Analoog aan het groeiende aantal meldingen heeft IGZ ook meer boetes opgelegd. In 2016 legde de inspectie 55 boetebeschikkingen op, met een totaal schikkingsbedrag van ruim 1,3 miljoen euro. Dit is meer dan twee keer zoveel dan in 2015, toen de teller uitkwam op een boetebedrag van 576.000 euro. Deze verdubbeling is vooral te danken aan een aantal forse boetes voor farmaceutische bedrijven vanwege het onbevoegd maken van reclame voor geneesmiddelen. In totaal legde IGZ maar negen boetebeschikkingen meer op dan in 2015. Hieronder vallen ook een groeiend aantal boetes op het terrein van de medische technologie. De bedragen die zijn opgelegd variëren van € 2.000,- tot € 250.000,- (IGZ, Skipr, 4 mei 2017).

Wachttijd toegang polikliniek neemt toe

In verschillende delen van het land zijn de wachttijden voor bepaalde specialismen te hoog. Daarom heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) acties aangekondigd om de wachttijden aan te pakken. NZa constateert dat de wachttijden in de medisch-specialistische zorg voor bepaalde groepen patiënten al langere tijd de Treeknormen overschrijden. Het gaat daarbij vooral om de wachttijd tot het eerste contact met de zorgaanbieder (de aanmeldwachttijd of wachttijd tot polikliniekbezoek). Dit speelt bij 8 van de 24 specialismen.

De wachttijden zijn het hoogst bij de specialismen allergologie, maag- darm- en leverziekten, oogheelkunde en revalidatie-geneeskunde. Gemiddeld moeten patiënten bij deze vier specialismen ruim twee weken langer wachten dan de norm van vier weken tot zij terecht kunnen bij de polikliniek. De oorzaken van deze wachttijden zijn niet eenduidig. Bij allergologie en maag- darm- en leverziekten is er sprake van een landelijk knelpunt. Daarnaast is er in sommige regio's sprake van een arbeidsmarktprobleem. NZa heeft naar aanleiding van de toenemende wachttijd een actieplan opgesteld. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten patiënten beter over de wachttijden informeren. Met zorgaanbieders gaat NZa bepreken dat zij bij wachttijden de patiënt wijzen op de mogelijkheid tot zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Als dit niet snel leidt tot verbeteringen, zal NZa deze informatie verplicht gaan stellen per januari 2018. Daarnaast wil NZa de kwaliteit van de registratie van de wachttijden door de zorgaanbieders verbeteren. NZa onderzoekt op dit moment de specifieke oorzaken van de lange wachttijden. In de zomer van 2017 worden de bevindingen gepresenteerd en komt NZa met aanvullende maatregelen en verbeteracties (NZa, 17 mei 2017).

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars steggelen over herstelbedden

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) wil meer herstelbedden voor ouderen die na een ziekenhuisbehandeling nog hulp nodig hebben. Zorgverzekeraars waarschuwen dat herstelbedden niet moeten worden ingezet om problemen op te lossen die ontstaan doordat ouderen te lang thuis blijven wonen. Volgens NVZ is er dringend behoefte aan honderden herstel-

bedden. De ziekenhuizen zelf kampen met een beddentekort, doordat ouderen langer in het ziekenhuis liggen dan medisch noodzakelijk. Ziekenhuizen en zorgorganisaties zijn daarom zelf al bezig om herstell zorg te organiseren, maar zij waarschuwen dat de vraag sneller stijgt dan het aanbod. In 2015 maakten 26.600 ouderen gebruik van een herstelbed, in 2016 waren dat er 29.300.

De zorgverzekeraars zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor de inkoop van herstell zorg. Minister Schippers van Volksgezondheid stelde hiervoor 243 miljoen euro beschikbaar. De minister heeft de verzekeraars ook gevraagd om inzichtelijk maken hoeveel herstelbedden er per regio nodig zijn. Zorgorganisaties zeggen dat ze van de verzekeraars te weinig geld krijgen voor herstell zorg. Dit terwijl een herstelbed een stuk goedkoper is dan een ziekenhuisbed; € 126,- per dag in plaats van € 700,-. Zorgverzekeraars CZ en Menzis wijzen er op dat herstell zorg bedoeld is voor kort herstel. Zij willen niet dat deze vorm van zorg wordt ingezet om problemen te lossen die elders ontstaan, bijvoorbeeld doordat ouderen te lang zelfstandig blijven wonen. Daar zou een taak liggen voor de langdurige zorg (Volkskrant, Skipr, 23 mei 2017).

Tekort aan eerstelijnsbedden

Hoewel er ten opzichte van 2016 wel enige verbetering is te zien, geeft bijna twee derde van de huisartsen in de onlangs gehouden ledenpeiling van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) (response 1.340 huisartsen) aan niet geïnformeerd te zijn over de mogelijkheden voor het regelen van een eerstelijnsbed (ELV). Meer dan de helft van de respondenten zegt negatieve ervaringen te hebben met het regelen van een ELV-bed: het kost te veel tijd, het is onduidelijk waar welk bed zich bevindt en de bedden zijn niet direct beschikbaar.

Door het ELV vanaf 2017 onder de Zorgverzekeringwet te brengen, zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk gemaakt om het ELV goed te regelen en voldoende bedden in te kopen. VWS ziet graag dat er een landelijk dekkend netwerk komt van regionale coördinatiepunten/loketten ELV. In de LHV-ledenpeiling onderstrepen huisartsen deze wens van VWS door massaal aan te geven dat ze bij één regionaal loket terecht willen kunnen met hun vraag voor een ELV-bed.

8 Natuurlijk in **Beweging**

Uit de LHV-peiling blijkt echter dat het regionale loket op slechts een beperkt aantal locaties bestaat: 25% van de respondenten geeft aan dat er één loket is. Tegelijkertijd zeggen huisartsen dat de bestaande regionale coördinatiepunten niet altijd naar behoren functioneren. Zorgaanbieders worden geadviseerd om contact op te nemen met de zorgverzekeraar als ze een patiënt niet geplaatst krijgen. Ook kunnen zorgverleners die tegen ELV-problematiek aanlopen zich wenden tot VWS via de website denieuwepraktijk.nl (LHV, 1 juni 2017).

Maak kwaliteit inzichtelijk in eerstelijnszorg

Zorgverzekeraars kopen eerstelijnszorg vooral in op basis van tarieven en kosten in plaats van op kwaliteit van zorg. Het lukt zorgaanbieders en verzekeraars onvoldoende om de kwaliteit inzichtelijk te maken en als basis te gebruiken voor de contractering, zo blijkt uit de Marktscan eerstelijnszorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Deze focus op kostenbeheersing geeft risico's op uitholling van de kwaliteit. NZa vindt dat inzicht bieden in kwaliteit van zorg en ontwikkeling van richtlijnen door zorgaanbieders beter kan. Omdat steeds meer mensen zorg nodig hebben uit verschillende disciplines wordt het steeds belangrijker dat zorgprofessionals met elkaar samenwerken. Er ontstaan steeds vaker multidisciplinaire samenwerkingsverbanden tussen aanbieders in de eerstelijnszorg. Toch zien brancheorganisaties pogingen tot samenwerking soms vastlopen tijdens of na het overleg tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Ook zien brancheorganisaties de NZa-regelgeving en tariefstructuur soms als een belemmering. NZa wil samenwerking stimuleren en ondersteunen en zal de regelgeving hier zo goed mogelijk op aanpassen. Ook zal NZa meer ruimte geven aan zorgaanbieders en verzekeraars om nieuwe ideeën in de praktijk te testen, voordat een bestaande bekostiging wordt aangepast. Uit de marktscan blijkt verder dat ruim 30% van de totale uitgaven aan zorg uit het basispakket aan eerstelijnszorg werd besteed. De kosten stegen de afgelopen jaren sterk: van 8,8 miljard euro in 2012 tot 12,7 miljard euro in 2015. De invoering van de basis ggz en de overheveling van de wijkverpleging zijn de belangrijkste oorzaken voor de stijging (NZa, 1 juni 2017).

Studenten ontwikkelen ziekenhuisdrone



Een studententeam van de TU Eindhoven heeft een drone ontwikkeld die taken kan uitvoeren in het ziekenhuis, zoals het rondbrengen van medicijnen. De drone kan zelfstandig opdrachten uitvoeren en over de eigen vliegroute 'nadenken'. Ook is de drone veilig gemaakt, onder meer door de propellers af te schermen. Medisch specialisten en ingenieurs van het Máxima Medisch Centrum, waar de drone werd uitgetest, zien mogelijkheden in toepassingen van de drone. Ze denken onder meer aan het bezorgen van medicatie bij patiënten in het ziekenhuis. Een nieuw team van studenten gaat nu verder met het ontwikkelen van de drone (Skipr, 16 juni 2017).

Drone met defibrillator verslaat ambulance

Een drone die een defibrillator naar iemand met een hartstilstand brengt, is veel sneller ter plekke dan de traditionele hulpdiensten, zoals een ambulance. Proeven hebben aangetoond dat een drone gemiddeld zestien minuten vlugger is over een afstand van ongeveer 3 kilometer. Daarmee neemt de overlevingskans aanzienlijk toe. De medische universiteit Karolinska-instituut in Stockholm heeft de tests in de Zweedse hoofdstad uitgevoerd. Een hartstilstand is een van de belangrijkste doodsoorzaken, waarbij letterlijk elke seconde telt. Met elke minuut die na een hartstilstand voorbijgaat, neemt de kans op overleven met 10% af. Die kans is na ongeveer twaalf minuten gereduceerd tot nul, zo meldt de *Journal of the American Medical Association*. In Zweden is een drone ontwikkeld die een defibrillator ter plekke brengt. Dit eenvoudig te bedienen apparaat kan door middel van een elektrische schok het hart van een patiënt weer op gang brengen (ANP, 13 juni 2017).

Goede zorg is meer dan bewezen zorg

Evidence-based practice (EBP) als basis voor goede zorg is een illusie en het accent is in de zorg teveel komen te liggen op externe verantwoording, transparantie, standaardisatie en controle. Dit stelt de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in het advies Zonder context geen bewijs - de illusie van evidence-based practice. Het adviesorgaan pleit voor *context-based practice* in plaats van *evidence-based practice*.

EBP heeft de kwaliteit en veiligheid van de zorg aanzienlijk verbeterd. Onzekerheid en bewijsvoering spelen een expliciete rol in de praktijk en EBP heeft de systematische reflectie op de gevolgen van het medisch handelen sterk bevorderd. Maar men moet er wel van bewust zijn dat EBP een reductie van de werkelijkheid is. Zorg vindt plaats in een context waarin de vraag wat goede zorg is een rol speelt. EBP reduceert goede, patiëntgerichte zorg tot datgene wat is bewezen. Maar wat het goede is om te doen kan per patiënt en per situatie verschillen.

RVS doet aanbevelingen voor de uitwerking van *context-based practice*. Zo noemt de raad gezamenlijke besluitvorming essentieel om te bepalen wat goede zorg is. Zorgprofessionals stemmen het hanteren ervan af op de context van de patiënt en besteden meer aandacht aan luisteren dan aan zenden van informatie. Een andere aanbeveling die de raad doet, is verbetering van de inbreng van patiënten. Dit kan gebeuren door keuzehulpen te ontwerpen die helpen te ontdekken wat patiënten belangrijk vinden, en die niet redeneren vanuit een medisch perspectief of vanuit het zorgaanbod (RVS, 19 juni 2017).



Korte berichten

Ziekenhuizen breiden het Kwaliteitsvenster uit

In het Kwaliteitsvenster kunnen patiënten in één oogopslag de kwaliteit van zorg bekijken van een instelling. Per onderdeel krijgt de patiënt niet alleen cijfers te zien, maar ook informatie over de context van de kwaliteitsinformatie. Wat zegt dit cijfer over de kwaliteit van zorg van een ziekenhuis of revalidatiecentrum? En waarom is een cijfer hoger of juist lager dan het landelijk gemiddelde?

Bezoekers kunnen op nvz-kwaliteitsvenster.nl nu niet alleen de meest recente cijfers (jaar 2016) vinden over de algemene kwaliteit van zorg, maar ook van tien veel voorkomende of planbare behandelingen. Nieuw zijn onder andere cijfers over prostaatoperaties, longkanker, geboortezorg, de operatie aan een verwijde buikslagader en staaroperaties. Alle cijfers worden afgezet tegen het landelijk gemiddelde en waar mogelijk vergeleken met 2015. Daarnaast staan in het Kwaliteitsvenster cijfers over patiënttevredenheidsonderzoeken (NVZ, 1 juni 2017).

Topziekenhuizen wisselen kwaliteitsinformatie uit

Onder de naam mProve gaan het Albert Schweitzer ziekenhuis, Isala, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Máxima MC en Rijnstate zorg-uitkomsten uitwisselen en kwaliteitsstandaarden ontwikkelen. De vijf Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen willen zo merkbaar betere zorg leveren. Maatschappelijke impact is een belangrijke maatstaf bij het kiezen van speerpunten. De mProve-ziekenhuizen willen met een onderscheidende en slagvaardige aanpak voorop lopen in medische, technische en sociale innovaties. De ziekenhuizen gaan onder meer hun *best practices* delen en resultaten met elkaar vergelijken. Ze werken samen aan

projecten die ieder ziekenhuis afzonderlijk niet kan realiseren. mProve is het derde bovenregionale netwerk dat uitkomsten en kwaliteitsverbetering centraal stelt. De Santeon-ziekenhuisgroep en meer recent het netwerk rond Alrijne, Diaconessenhuis Utrecht en Tergooi verwijzen hierbij nadrukkelijk naar de methodiek van *Value-based Health Care* (Skipr, 30 mei 2017).

Ziekenhuizen vormen nieuw netwerk voor waardegedreven zorg

Alrijne, Diaconessenhuis Utrecht en Tergooi zijn een *Value-Based Health Care* (VBHC)-netwerk gestart. De drie ziekenhuizen willen de kwaliteit van zorg verbeteren door uitkomsten van zorg te delen en van elkaar leren op basis van uitkomstindicatoren. Omdat alle drie de ziekenhuizen met hetzelfde elektronische patiëntendossier (HiX) werken, hopen ze daarnaast de administratieve lasten in te perken. Met de recente ondertekening van een intentieverklaring laten de raden van bestuur en de stafbesturen van de drie ziekenhuizen, naar eigen zeggen, hun ambitie zien 'om op basis van de principes van VBHC waarde te creëren voor de patiënt'. Waarde voor de patiënt betekent in de terminologie van VBHC-grondlegger Michael Porter betere behandeluitkomsten in combinatie met een dito klantbeleving tegen lagere kosten.

Om continu te verbeteren gaan de deelnemende ziekenhuizen over en weer ervaringen uitwisselen. Een eerste stap bestaat uit het onderling vergelijken en afstemmen van de patiëntprocessen voor borstkanker en aneurysma. Voorts wordt het komende jaar benut om de verdere randvoorwaarden uit te werken. Dit moet resulteren in een werkplan 2017 - 2019. Ook formuleren de drie

initiatiefnemers de criteria voor deelnemende ziekenhuizen. De initiatiefnemers mikken op een netwerk van in totaal vijf tot zeven ziekenhuizen.

De samenwerking tussen Alrijne, Diaconessenhuis en Tergooi is de tweede grote, bovenregionale samenwerking op het gebied van waardegedreven zorg in Nederland. De zeven Santeon-ziekenhuizen zijn al enkele jaren met de van oorsprong Amerikaanse aanpak bezig. Onlangs maakte Santeon bekend dat de deelnemende ziekenhuizen de komende drie jaar de kwaliteit van zorg gaan verbeteren voor de twintig aandoeningen die verantwoordelijk zijn voor 40% van de zorgkosten.

Daarnaast slaat VBHC ook op het niveau van vakgroepen en afdelingen steeds meer aan. Het bekendste voorbeeld hiervan is het Meetbaar Beter initiatief waar inmiddels negentien hartcentra en -afdelingen aan deelnemen, waaronder ook het interventiecentrum van Tergooi (Skipr, 5 mei 2017).

Helft behandelaanbod in vijf jaar transparant

Over vijf jaar moet 50% van het behandelaanbod in de curatieve zorg transparant zijn, zegt Bas van den Dungen, directeur-generaal Curatieve zorg VWS. Om dit te realiseren moet de Nederlandse zorg niet opnieuw het wiel uitvinden, maar gebruik maken van al bestaande internationaal beschikbare standaarden zoals die van het *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM). Eén van de sterke punten bij de toepassing van *Value-Based Health Care* in Nederland is volgens Van den Dungen de bereidheid tot samenwerking tussen professionals, patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Wereldwijd neemt Nederland een gedeelde zevende positie in als het gaat om de mate waarin ons zorgsysteem inzicht geeft in de kwaliteit van de geleverde zorg, de ervaring van de patiënt en de kosten van de zorg. Nederland scoort hoog als het gaat om het geven van inzicht in de financiële banden tussen zorgaanbieders en de industrie en de mate waarin patiënten inzicht hebben in patiëntervaringen. Het Nederlandse zorgsysteem is echter minder succesvol als het gaat om transparantie over de uitkomsten van de geleverde zorg en de toegang die patiënten hebben tot hun gezondheidsdossier. Met name Scandinavische landen scoren hoog als het op transparantie aankomt. Dat laat onverlet dat de beschikbaarheid van betrouwbare data in veel landen een probleem vormt (Skipr, 29 mei 2017).

Catharina plukt vruchten van waardegedreven contractering

Het Catharina Ziekenhuis krijgt van zorgverzekeraar CZ een extra beloning voor de verdere uitbouw van de kwaliteit van de hartzorg. Het geld zal door het ziekenhuis worden ingezet om de meetmethodiek, waarmee uitkomsten worden vastgelegd en vergeleken, aan te scherpen, met name waar het de beoordeling door patiënten betreft. Zorgverzekeraar CZ en het Catharina Ziekenhuis maakten eind 2015 driejarige afspraken over cardiologische zorg. In deze overeenkomst staan niet prijs en volume centraal, maar kwaliteit en uitkomsten. Deze worden gemeten aan de hand van criteria als sterfte, wondinfectie en kwaliteit van leven. Naarmate het Catharina Hart- en vaatcentrum beter presteert op deze indicatoren kan het er geld bij krijgen. Als het minder goed gaat dan betaalt het ziekenhuis de zorgverzekeraar juist geld terug. CZ en het Catharina konden onlangs de eerste resultaten bekend maken van deze nieuwe aanpak. Conclusie: het hart- en vaatcentrum heeft zich op vrijwel alle punten verbeterd. Uit de cijfers blijkt onder meer dat het ziekenhuis beter scoort op de indicatoren 'overleving' en 'mate van herstel' bij zowel openhartoperaties (CABG) als dotterprocedures (PCI). Bij de behandeling van hartritmestoornissen (katheter PVI) verbeterde de indicator 'gevolgen van de behandeling op lange termijn'.

Er waren ook indicatoren die gelijk zijn gebleven. Eén indicator van de in totaal veertien indicatoren verslechterde de score. De beloning die het ziekenhuis van CZ krijgt wordt ingezet om de meting van Kwaliteit van Leven verder te verbeteren. CZ en het Catharina Ziekenhuis hebben na hun eerste evaluatie het bestaande zorgcontract op dit gebied ook uitgebreid met een nieuwe behandeling. De TAVI, het vervangen van een ernstig vernauwde aortaklep door een kunstklep via de lies, is toegevoegd aan de drie eerdere behandelingen: CABG, PCI en katheter PVI. Dergelijke vormen van uitkomstfinanciering worden de laatste jaren ook steeds meer door andere ziekenhuizen en zorgverzekeraars overgenomen (Skipr, 25 mei 2017).

Principeakkoord cao ziekenhuizen

Vakbonden en de werkgevers voor de sector ziekenhuizen hebben medio mei een principeakkoord gesloten. Voor de ziekenhuismedewerkers is een loonsverhoging afgesproken van in

totaal 3,75% voor de looptijd van 1 januari 2017 tot 1 april 2019. Daarnaast wordt de opbouw van het vakantiegeld verhoogd naar 8,33%. Ook is een oplossing gevonden voor het vraagstuk over de toepassing van de onregelmatigheidstoeslag (ORT) in het verleden. In 2017, 2018 en 2019 krijgen de betreffende ziekenhuismedewerkers een financiële tegemoetkoming van 8,3% over de mogelijk ten onrechte niet uitgekeerde ORT over de jaren 2012, 2013 en 2014.

Cao-partijen hebben ook afspraken gemaakt over het generatiebeleid dat op 1 januari 2018 wordt ingevoerd. Het generatiebeleid zorgt ervoor dat oudere medewerkers op vrijwillige basis minder kunnen werken en op gezonde manier hun AOW-leeftijd kunnen halen. Partijen zijn tenslotte overeengekomen dat alle medewerkers in 2017 en 2018 een eenmalige uitkering van € 200,- ontvangen. In 2019 volgt nog een eenmalige uitkering van € 125,-. Het principeakkoord moet nog bekrachtigd worden door de leden van de vakbonden en werkgevers (NVZ, 16 mei 2017).

Gelre en Sint Maartenskliniek voeren Horizontaal Toezicht in

Gelre ziekenhuizen en de Sint Maartenskliniek ontvingen het certificaat, 'assurance' verklaring, voor Horizontaal Toezicht Zorg, als eerste twee ziekenhuizen in Nederland. Het Erasmus MC is hard op weg om zich in juli 2017 aan te kunnen sluiten. De verklaring is afgegeven naar aanleiding van een onderzoek van accountants- en adviesbureau KPMG naar de declaratie- en registratieprocessen van de twee ziekenhuizen. Zilveren Kruis noemt de prestatie van beide ziekenhuizen een mooie stap naar minder controle en administratieve lasten en meer vertrouwen.

Zilveren Kruis heeft de afgelopen jaren hard gewerkt aan Horizontaal Toezicht met de betrokken partijen. Hier gaat het representatiebeginsel op, dat wil zeggen dat één zorgverzekeraar het aanspreekpunt is voor het ziekenhuis en de zaken afstemt met de overige zorgverzekeraars. Horizontaal Toezicht draait niet alleen om vertrouwen tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. Ook tussen de zorgverzekeraars onderling neemt het vertrouwen toe. Door het toepassen van representatie worden bovendien de kosten van het ziekenhuis en de zorgverzekeraars sterk gereduceerd.

Omdat Horizontaal Toezicht wordt beschouwd als een goede manier om de administratieve lasten in de zorgsector te verlichten hebben de vier grote zorgverzekeraars, Zilveren Kruis, CZ, Menzis en VGZ, de handen ineen geslagen. Zij maakten eind 2015 bekend zich in te gaan zetten om Horizontaal Toezicht binnen zorgorganisaties te realiseren. Sindsdien zijn er stappen gezet in bijvoorbeeld ggz-instellingen.

Inmiddels is het de beurt aan de ziekenhuizen. Betrokkenen streven ernaar dat 80% van de ziekenhuizen is ingericht op Horizontaal Toezicht in 2020. Hiertoe hebben de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Federatie van UMC's het landelijk platform Horizontaal Toezicht ingericht (Skipr, 9 juni 2017).

Programma Beslist samen! van start gegaan

Het implementatieprogramma Beslist Samen! is op 1 maart jl. gestart. Met behulp van subsidie van het Zorginstituut Nederland (ZIN) vindt in twaalf ziekenhuizen een versnelling plaats om Beslist Samen! te implementeren: zorgverlener en patiënt beslissen samen welke zorg het beste past.

Het betreft: Beatrixziekenhuis Rivas Gorinchem, Bernhoven, Bravis ziekenhuis, Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, Isala, CIRO, Reinier de graaf, Elkerliek ziekenhuis, Zuyderland Medisch Centrum, Flevoziekenhuis, Erasmus MC en het Maastricht UMC+. De kennis die binnen het project wordt ontwikkeld, wordt niet alleen ziekenhuisbreed, maar ook met andere ziekenhuizen gedeeld. Het samenwerkingsproject duurt een jaar en het doel is dat daarna de toepassing van Beslist Samen! in de ziekenhuizen verder wordt uitgebreid.

Het programma Beslist samen! wordt begeleid door een samenwerkingsverband van Patiëntenfederatie Nederland, Federatie Medisch Specialisten, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen, Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra en de zorgverzekeraars Zilveren Kruis en CZ. Het project sluit aan op de landelijke campagne Betere zorg begint met een goed gesprek (begineengoesprek.nl) (NFU, 16 februari 2017; NVZ, 22 mei 2017).

Zorgthermometer Verzekerden in beeld is uit

Jaarlijks publiceert Vektis informatie over de verzekerden in Nederland. Verzekerden konden voor 2017 kiezen uit 58 zorgpolissen. De daling in het aantal polissen die in 2016 is ingezet, heeft zich verder doorgezet. Driekwart van de verzekerden koos dit jaar voor een naturopolis, bijna 20% voor een restitutiepolis en de rest koos voor een combinatie van beide. De vorig jaar ingezette daling van het percentage verzekerden met een collectieve zorgverzekering stabiliseert in 2017. Tot en met 2014 sloten steeds meer verzekerden een collectieve zorgverzekering af (70% in 2014). Daarna is dit percentage licht gedaald. Met 67,4% ligt het aandeel collectief verzekerden in 2017 vrijwel op het niveau van 2016.

Bijna 1,1 miljoen verzekerden (6,4%) veranderden per 2017 van zorgverzekeraar. De Zorgthermometer geeft naast de landelijke overstapcijfers ook inzicht in het regionale beeld. Zo is het overstappercentage met 9,7% in de gemeente Bunschoten (Utrecht) het hoogst en in de gemeente Hulst (Zeeland) met 2,8% het laagst. Het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering ligt de laatste jaren rond de 84%. In 2015 vergoedden zorgverzekeraars, net als het voorgaande jaar, ongeveer 3,7 miljard euro aan zorgkosten via de aanvullende verzekeringen. De afgelopen jaren (tot en met 2015) bleef de gemiddeld betaalde jaarpremie van een aanvullende verzekering redelijk stabiel rond € 310,- per jaar.

Iets minder dan de helft van de verzekerden zonder vrijwillig eigen risico maakt het eigen risico in 2015 vol. Van de verzekerden met een maximaal eigen risico maakt ruim 8% dit in 2015 volledig vol. Sinds enkele jaren groeit de groep verzekerden die kiest voor een vrijwillige verhoging van het eigen risico. Onder deze verzekerden groeit bovendien de groep die kiest voor de grootste vrijwillige verhoging van € 500,- per jaar (Vektis, 19 april 2017).

Landelijke databank implantaten in de maak

Er komt een landelijk register voor implantaten die bij Nederlandse staatsburgers zijn ingebracht. Zorgverleners moeten deze gegevens gaan vastleggen. De Eerste Kamer is akkoord gegaan met een voorstel dat dit regelt. Aanleiding waren de lekkende PIP-borstimplantaten. In 2012 werd bekend dat deze implantaten gezondheidsschade kunnen veroorzaken. Het was echter niet meer te achterhalen bij wie deze protheses waren ingebracht. Het register is straks alleen toegankelijk voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). IGZ kan dan ingrijpen als een implantaat onveilig blijkt te zijn. In de databank staat welke zorgaanbieders deze implantaten hebben geplaatst en om hoeveel mensen het gaat. Om de privacy te waarborgen heeft de inspectie geen inzicht in de persoonsgegevens van cliënten. Die voorwaarde werd gesteld door het College Bescherming Persoonsgegevens. In een eerste versie van het wetsvoorstel werden zorgverleners die implantaten plaatsen nog verplicht ook het burgerservicenummer van de patiënt aan het landelijk register door te geven. Nu weet alleen de zorgverlener om wie het gaat (Volkskrant, Skipr, 16 mei 2017).

Richtlijnen 'gunstbetoon' voor instrumentenmakers aangescherpt

De Tweede Kamer heeft ingestemd met een wet die het mogelijk maakt om boetes uit te delen aan medische beroepsopvoerders, zorginstellingen en zorgverzekeraars die te grote geldbedragen of geschenken aannemen van leveranciers van medische hulpmiddelen. Voor geneesmiddelen bestond al een verbod op zogenoemd gunstbetoon, maar voor zaken zoals glucosemeters of trapliften gold alleen nog een door de branche opgestelde gedragscode. Critici menen dat de makers van geneesmiddelen en hulpmiddelen artsen beïnvloeden door hun cadeautjes te geven. Zo worden artsen ertoe bewogen voor bepaalde merken te kiezen, luidt de kritiek. Op het verbod worden onder bepaalde voorwaarden wel enkele uitzonderingen gemaakt. Zo blijft het een arts bijvoorbeeld toegestaan de kosten vergoed te krijgen voor het bijwonen van een symposium, scholings- of demonstratiebijeenkomst waar

vaardigheden worden overgebracht om hulpmiddelen juist te gebruiken (ANP, Medisch Contact, 18 april 2017).

Kosten dure geneesmiddelen naar bijna 2 miljard

De kosten van dure geneesmiddelen stijgen elk jaar met 100 miljoen euro. De kosten van door ziekenhuizen verstrekte dure geneesmiddelen, inclusief stollingsfactoren, bedroegen in 2014 1,7 miljard euro, in 2015 1,8 miljard euro en de geraamde kosten voor 2016 zijn 1,9 miljard euro.

De totale kosten voor dure geneesmiddelen die in 2015 aan de algemene ziekenhuizen werden vergoed, bedroegen 1,2 miljard euro voor 141.000 patiënten. Aan de Universitair Medische Centra werd voor 609 miljoen euro vergoed aan dure geneesmiddelen voor 39.000 patiënten. Geneesmiddelen voor de behandeling van kanker en ontstekingsziekten worden voor het grootste deel in algemene ziekenhuizen verstrekt, terwijl geneesmiddelen voor erfelijke aandoeningen en bloedstollingstoornissen vrijwel uitsluitend binnen UMC's worden toegepast (ZN, 23 mei 2017).

NZa start controlebezoeken zelfstandige behandelcentra

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gaat de komende maanden een aantal bezoeken brengen aan zelfstandige behandelcentra (zbc's) in de ziekenhuiszorg. De zorgautoriteit controleert de administratie om te zien of de klinieken volgens de regels registreren en declareren. Dit is noodzakelijk voor de juiste besteding van zorggelden. De bezoeken worden vooraf aangekondigd. NZa analyseert de data van zorgdeclaraties en kijkt naar patronen. Onverklaarbare afwijkingen van de gemiddelde gedeclareerde zorg zijn voor de zorgautoriteit aanleiding om een bezoek te brengen aan het betreffende zelfstandige behandelcentrum. Vanwege de verschillen in grootte en opzet van zbc's is het lastig direct de vinger te leggen op de oorzaak van afwijkingen. Hierover gaat NZa met de zbc's in gesprek. Inmiddels wordt ca. 4% van deze zorg geleverd door zbc's. Bij een aantal specialismen, zoals dermatologie en oogheelkunde, ligt dit zelfs rond de 10% (NZa, 31 mei 2017).