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.:

• **Rijksbegroting 2018, Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Miljoenennota** • **Financieel beeld op hoofdlijnen** • **Bestuursmodellen medisch specialisten** • **Berichten ziekenhuizen** • **Zorguitgaven sneller en beter in beeld** • **Korte berichten**

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

OKTOBER 2017 JAARGANG 6 • NUMMER 3

Herfst... en de zorg

De herfst is weer aangebroken, de eerste bladeren zijn aan het vallen en wanneer deze herfstbladeren gaan dwarrelen komen ook de dwarrelende berichten over premiestijgingen en de hoogte van het eigen risico voor onze zorgverzekering weer in het nieuws.

De oorsprong van het woord herfst in eerste instantie van het Germaans; de Germaanse wortel *harbista* werd in het Oudhoogduits, *herbist* en uiteindelijk in het Middelnederlands *hervest*. Eigenlijk heeft de naam van dit jaargetijde te maken met het woord 'oogst' en dat is nu precies het gevoel wat er deze periode ontstaat bij het vaststellen van de premie en het eigen risico voor de zorgverzekering van 2018. Hebben we een goede of slechte oogst en waar is dit allemaal van afhankelijk?

Zowel de financiële als de politieke oogst wordt bekendgemaakt op de derde dinsdag van september en, toeval of niet, het valt om en nabij aan het begin van de meteorologische herfst. Bijna een zekerheid is dat DSW als eerste komt met de aankondiging van de eerste zorg-/herfststorm.

Dit jaar is er een premieverlaging ten opzichte van vorig jaar en ook het eigen risico bij deze verzekeraar zal voor de verzekerde gunstiger uitvallen. De Miljoenennota 2018 is gebaseerd op de te hoge zorgkosten van 2017 en DSW trekt haar conclusies! Zal deze eerste 'weersonstuimigheid' ook zijn effect hebben op de andere zorgverzekeraars? Uiterlijk 12 november horen we hoe de andere zorgzorgverzekeraars hier op reageren.

Welk deel van de zorgbegroting is ziekenhuiszorg? Bijna 22 miljard is opgenomen voor medisch specialistische zorg/ziekenhuiszorg. Laten we 'meteorologisch' eens even inzoomen op dit gebied. Neem de definitie: een ziekenhuis; een gebouw waar mensen die ernstig ziek of gewond zijn, worden onderzocht, behandeld en verpleegd. Het zal snel duidelijk zijn dat slechts een klein deel van de dagelijkse ziekenhuisbezoekers voldoet aan dit profiel.

Speelt Bergman Clinics en NL Healthcare hier in op bepaalde herfstweer omstandigheden?
'Met de krachtenbundeling spelen beide partijen in op de noodzaak tot schaalvergroting en specialisatie in de medisch specialistische zorgsector. Zij stellen zich tot doel in heel Nederland kwalitatief hoogstaande, patiëntgerichte behandelingen tegen een concurrerende prijs te leveren. De gefuseerde kliniek-ketens worden met elkaar 's lands grootste aanbieder van in de zorgverzekering opgenomen behandelingen op het gebied van heup-, knie-, schouder-, voet/enkel-, rug- en oogaandoeningen en plastische chirurgie.' [i)]

Is dit een klimaatverandering die de toekomstige herfstperiodes voor altijd anders zal laten zijn?
Nog een laatste 'herfst' weetje: zoals hierboven beschreven zijn in de zorg zaken vaak moeilijk te rijmen... Herfst wordt beschouwd als een van de moeilijkste rijmwoorden in de Nederlandse taal.
Is dit toeval, of niet?

Veel leesplezier.

Roland van Esch

[i)] Bron: Bergmanclinics.nl

Op Prinsjesdag presenteert de minister van Financiën de rijksbegroting en de Miljoenennota aan het parlement (Eerste Kamer en Tweede Kamer). De rijksbegroting is het overzicht van de inkomsten en uitgaven voor het komende jaar. De Miljoenennota is de toelichting op de rijksbegroting (rijksoverheid.nl).

De levensverwachting van in Nederland geboren vrouwen in 2015 bedroeg 83,1 jaar. Dat is 3,4 jaar hoger dan die van mannen (79,7 jaar). Sinds 1981 is het verschil in levensverwachting tussen de seksen kleiner geworden. Mannen boekten vanaf 1981 een winst van 7,0 jaar, vrouwen zijn gemiddeld 3,8 jaar ouder geworden.

Rijksbegroting 2018

Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Miljoenennota

Algemeen

Ziek of gezond, iedereen heeft wel eens zorg of ondersteuning nodig. Of dat nu één keer per jaar bij de huisarts is, een ingrijpende operatie in het ziekenhuis, dagelijkse zorg thuis van de wijkverpleegkundige, hulp bij het huishouden, of opname in een verpleeghuis, iedereen moet goede zorg krijgen.

De afgelopen jaren is hard gewerkt om de zorg persoonlijker te maken en dichterbij huis of zelfs thuis te organiseren. Zodat mensen zo lang mogelijk zelf de regie over hun leven en gezondheid houden. Dat betekent een verschuiving van taken in de zorg. Van ziekenhuizen naar zorg in de buurt. Van instelling naar thuis. Van de wachtkamer naar de huiskamer.

Betere kwaliteit en duurzame betaalbaarheid. Dat was de ambitie voor de hoofdlijnenakkoorden die aan het begin van deze kabinetsperiode werden gesloten met ziekenhuizen, medisch specialisten, huisartsen, de geestelijke gezondheidszorg en de zorgverzekeraars. Dankzij de inspanningen van velen is de groei van de zorgkosten geremd.

Ook in de langdurige zorg en jeugdzorg zijn de afgelopen jaren grote stappen gezet. Gemeenten hebben in 2015 taken van de Rijksoverheid overgenomen door zorg en ondersteuning te regelen voor hun inwoners. Gemeenten werken nu hard aan lokaal maatwerk, zodat zorg en ondersteuning aansluiten bij wat mensen daadwerkelijk nodig hebben.

Het kabinet heeft in het voorjaar hoofdlijnenakkoorden gesloten met sectoren in de curatieve zorg, gericht op kwaliteitsverbetering en beheersing van de stijging van de zorguitgaven. Deze akkoorden lopen tot eind 2018 en leiden vanaf dat jaar tot een besparing van 280 miljoen euro ten opzichte van de ramingen. In deze akkoorden en afspraken gaan betaalbaarheid en kwaliteit van zorg hand in hand. Ook zijn er afspraken gemaakt met de geestelijke gezondheidszorg.

Het kabinet maakt geld vrij om kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verhogen (implementatie Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg). Het kabinet heeft in 2017 incidenteel 100 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de verpleeghuizen. Daarnaast is bij Voorjaarsnota vanaf 2017 structureel 100 miljoen euro vrijgemaakt voor de verbetering van de kwaliteit op basis van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. In aanvulling hierop maakt het kabinet vanaf 2018 335 miljoen euro vrij zodat verpleeghuizen het kwaliteitskader verder kunnen implementeren en het aantal ‘handen aan het bed’ op korte termijn al kan toenemen. De kosten van de implementatie van het kwaliteitskader lopen op tot structureel ruim 2 miljard euro.

Omdat verpleeghuizen tijd nodig hebben om goed personeel te werven op de krapper wordende arbeidsmarkt en personeel deels nog moet worden opgeleid, duurt het enkele jaren voordat de uitgaven op het structurele niveau liggen. Voor de scholing van dit personeel stelt het kabinet over de periode 2017-2021 in totaal 275 miljoen euro beschikbaar.

Enkele veranderingen in zorg

Premie en eigen risico

De zorgpremie stijgt met € 72,- per jaar. Omgerekend betekent dit dat iedereen voor zijn basisverzekering € 6,- per maand meer gaat betalen. Dit is de premie die de overheid heeft berekend en dient als richtlijn voor de zorgverzekeraars, maar die kunnen de hoogte van de premie uiteindelijk zelf bepalen. Verzekeraars hebben eerder dit jaar al laten weten dat zij gedwongen zijn een verhoging van de premies door te voeren, nadat zij de afgelopen jaren honderden miljoenen euro’s uit hun reserves gebruikten om die premies betaalbaar te houden.

Het eigen risico blijft gelijk aan het voorgaande jaar en bedraagt € 385,-. Dit is voor het eerst sinds de invoering in 2008, vanwege de beheerste stijging van de zorgkosten.

De zorgtoeslag wordt hoger. De stijgingen van eigen risico en zorgpremie worden voor mensen met een laag inkomen gecompenseerd doordat zij een hogere zorgtoeslag ontvangen. Die toeslag stijgt naar maximaal € 99,- per maand voor een eenpersoonshuishouden en € 186,- voor een meerpersoonshuishouden.

Basispakket
Het basispakket wordt uitgebreid met onder andere: bepaalde plastische chirurgische ingrepen, fysiotherapie bij etalagebenen en tandvervanging tot 23 jaar.

Tijdens de zwangerschap kan met de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) onderzocht worden of het ongeboren kind mogelijk downsyndroom, edwardssyndroom of patausyndroom heeft. Sinds 1 april 2017 loopt een implementatieonderzoek naar de NIPT als primaire screening in plaats van de combinatietest (CT). Uiterlijk in het voorjaar van 2019 zal worden beslist over het al dan niet opnemen van de NIPT in het basispakket. In afwachting van dit besluit zal in de tussentijd de bekostiging van de NIPT in 2018 en 2019 lopen via een subsidieregeling (26 miljoen euro per jaar).

Ook geldt er vanaf 2018 een duidelijk definitie voor geneesmiddelen die onder het verlaagde btw-tarief van 6% vallen.

Medisch dossier
Digitale toegang tot eigen medisch dossier. Hiervoor wordt 105 miljoen euro uitgetrokken, zodat ziekenhuizen dit voor hun patiënten kunnen bewerkstelligen.

Kort bericht

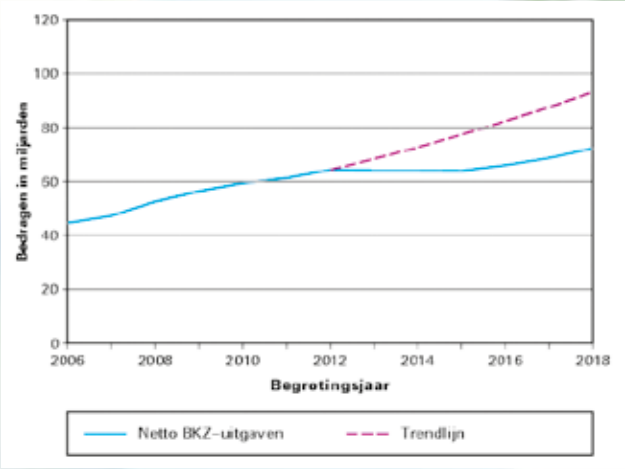
Ook Eerste Kamer akkoord met bevriezen eigen risico

Het eigen risico in de zorg stijgt volgend jaar niet en blijft daardoor op € 385,- staan. De Eerste Kamer ging akkoord met de wetswijziging. De Tweede Kamer stemde er eerder op de dag al mee in.

Door het bevriezen van het eigen risico stijgt de zorgpremie wel extra volgend jaar, met ongeveer een tientje (ANP, 26 september 2017).

Financieel beeld op hoofdlijnen

Na jaren van overschrijdingen, is de groei van de netto zorgkosten de afgelopen jaren gelijk opgegaan met de economische groei (zie Figuur 1). De trendmatige groei van de zorguitgaven is vanaf 2012 fors omgebogen. De nominale uitgavengroei in de periode 2006-2012 bedroeg nog circa 6,3%; tussen 2012 en 2017 is de groei teruggebracht tot circa 1,4%. Voor 2018 wordt een groei van de zorguitgaven van circa 5,4% verwacht.
Deze versnelling wordt grotendeels veroorzaakt door de gunstige economische ontwikkeling en de intensiveringen in de verpleeghuiszorg.



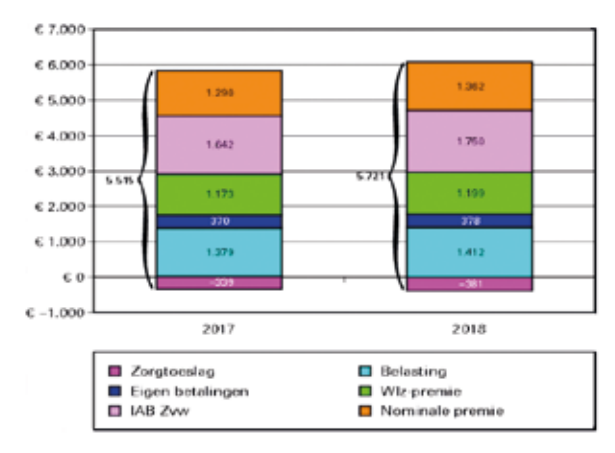
Figuur 1. Ontwikkeling van de netto BKZ-uitgaven 2006-2018

Het Budgettair Kader Zorg (BKZ)

De BKZ-uitgaven bestaan uit de zorguitgaven op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarnaast wordt een deel van de begrotingsuitgaven ook toegerekend aan het BKZ. Tot deze categorie hoort onder andere een deel van de uitgaven aan de zorgopleidingen, de uitgaven voor zorg, welzijn en jeugdhulp op Caribisch Nederland en de subsidieregeling abortusklinieken. Deze uitgaven worden op de VWS-begroting verantwoord. Tot slot zijn er BKZ-uitgaven die via andere begrotingshoofdstukken beschikbaar komen. Het gaat hierbij om de middelen die via het gemeentefonds worden uitgekeerd aan gemeenten voor uitgaven in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 en de Jeugdwet.

Wat betaalt de gemiddelde burger aan zorg?

Het bedrag dat de gemiddelde burger bijdraagt aan de zorg stijgt van 2017 op 2018 met 3,7%.
De bedragen in onderstaande figuur zijn een gemiddelde per volwassene. Sommige mensen betalen meer en anderen betalen minder. Hoeveel iemand precies betaalt is afhankelijk van zijn inkomen (en bij recht op zorgtoeslag ook van het inkomen van zijn partner). Huishoudens met een laag inkomen betalen minder dan € 5347,- per persoon aan collectief verzekerde zorg en huishoudens met een hoger inkomen meer, omdat de meeste posten inkomensafhankelijk zijn. Dat is het geval bij de inkomensafhankelijke Wlz-premies, de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw, de inkomensafhankelijke eigen bijdrage Wlz en de belastingen. Omdat huishoudens met een laag of middeninkomen een inkomensafhankelijke zorgtoeslag ontvangen ter compensatie van de nominale premie en het eigen risico, geldt ook bij de nominale premies en het eigen risico dat de netto-last hiervan in samenhang met de zorgtoeslag toeneemt met het inkomen.



Figuur 2. Lasten per volwassene aan zorg in 2017 en 2018 (in euro's per jaar)

Bestuursmodellen medisch specialisten

Achtergrond

Met de komst van de integrale bekostiging in 2015 is de verhouding tussen de medisch specialisten en de raad van bestuur ingrijpend gewijzigd. Doel van de integrale bekostiging was het meer op één lijn brengen van de belangen van de instelling en de belangen van de vrijgevestigd medisch specialisten (verbetering gelijkgerichtheid), evenals het vergroten van de slagkracht van het ziekenhuis. Er waren drie bestuursmodellen beschikbaar: dienstverband, Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) en het participatiemodel. De invoering was zowel landelijk als lokaal uiterst arbeidsintensief en kostbaar. Uiteindelijk is op grote schaal gekozen voor de invoering van het MSB-model.

Hoe gaat het nu?

Specialisten en instellingen hebben de afgelopen 2,5 jaar vooral gebruikt om 'bij te komen' en de nieuwe organisatiestructuur (fiscaal, financieel, organisatorisch) goed in te regelen. VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de opdracht gegeven om de invoering van de integrale bekostiging periodiek te monitoren. NZa heeft begin vorig jaar haar eerste monitor opgeleverd. Zij heeft aan lokale en landelijke partijen gevraagd in hoeverre zij van mening zijn dat de doelstellingen van integrale bekostiging gerealiseerd zijn. Partijen gaven unaniem aan dat de doelstellingen niet gerealiseerd zijn, maar dat het op het moment van de monitor nog veel te vroeg is voor conclusies. NZa gaat medio 2018 een tweede monitor uitbrengen. Deze monitor gaat zowel kwalitatieve informatie ophalen over de stand van zaken in de samenwerking als kwantitatieve informatie over de inkomensontwikkeling.

MSB

Inmiddels worden in het veld de bestuursmodellen verder doorontwikkeld. Het participatiemodel raakt vanwege de wettelijke beperkingen meer en meer naar de achtergrond. Lokaal wordt vooral ingezet op de verdere doorontwikkeling van het MSB. Zo zijn in Utrecht de Federatie Medische Staf Diakonessenhuis (FMSD) en de raad van bestuur (RvB) recent een samenwerkingsovereenkomst aangegaan waardoor de RvB en de medische staf het ziekenhuis tezamen gaan besturen. Alle specialisten hebben het bestuur van de FMSD mandaat gegeven om samen met de RvB het beleid vast te stellen. De RvB en de FMSD nemen besluiten over onderwerpen als de strategie van het ziekenhuis, bijstelling van de portfolio of samenwerking met andere partijen. Een dergelijke variant speelt ook in Treant Zorggroep. Ook hier wordt nagedacht over de aanstelling van medisch specialisten in het bestuur van het ziekenhuis. De ondernemingsraad van Treant heeft hier echter recent kritische vraagtekens bij geplaatst. Zij menen dat de aanstelling van vrijgevestigde artsen in het bestuur van het ziekenhuis leidt tot belangenverstrengeling. Inmiddels is dit vraagstuk voorgelegd aan de rechter.

Dienstverband

Het aandeel medisch specialisten dat in loondienst werkt is in 2015 sterk toegenomen van 43% in 2014 naar 49% in 2015 (brancherapport van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen). Aan deze stijging liggen verschillende factoren ten grondslag:

- Besparingen en invoering van de integrale bekostiging, waardoor MSB's specialisten vaker in tijdelijke loondienst nemen. Mede hierdoor werken artsen die net hun specialisatie hebben afgerond vaker in loondienst.
- Een toename van het aandeel vrouwelijke medisch specialisten die meer dan gemiddeld in loondienst werken.
- Een deel van de oudere medisch specialisten, die relatief vaker vrijgevestigd zijn/waren, is met pensioen gegaan.
- De subsidieregeling van het ministerie van VWS bij een overstap van vrije vestiging naar loondienstverband. Circa 450 artsen hebben hiervan gebruikgemaakt in 2015 en 20 artsen in 2016.

Voor het dienstverband bestond lange tijd onduidelijkheid over de toepassing van de Wet normering topinkomens (WNT). Deze wet hing als een zwaard van Damocles boven de markt. Voor vrijgevestigde specialisten die in loondienst wilden, zou invoering van de WNT een fikse achteruitgang in inkomen betekenen. Deze zomer is hierover een besluit genomen, waardoor de medisch specialist definitief buiten de reikwijdte van de WNT valt. De vrijstelling is voor het eerst wettelijk vastgelegd. Dienstverband wordt met dit nieuwe besluit aantrekkelijker voor specialisten (NZa, 2 maart 2017; Zorgvisie, 24 augustus/22 september 2017; NVZ, 22 september 2017; RTV Drenthe, 18 september 2017; Skipr, 29 september 2017)

Aandacht voor verbetering van de zorg in het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg (MSZ) 2018

VWS en partijen in de medisch-specialistische zorg hebben begin juni het Hoofdlijnenakkoord MSZ 2018 ondertekend. Afgesproken is dat de totale zorgkosten in 2018 met maximaal 1,4% mogen stijgen tot 21,9 miljard euro. Naast deze financiële afspraken zijn er ook afspraken gemaakt om de zorg verder te verbeteren. Door vier concrete actieplannen wordt ingezet op:

- de juiste zorg op de juiste plek via onder meer netwerkvorming, substitutie en ziekenhuiszorg in de thuissituatie
- vermindering regeldruk
- vermindering van de druk op de acute zorg
- aanpakken van arbeidsmarktknelpunten

De vier actieplannen worden op dit moment opgesteld door de betrokken branches tezamen met VWS. De actieplannen zullen in november worden afgerond en vormen belangrijke input voor een eventueel toekomstig Bestuurlijk Akkoord (Ministerie VWS, 8 juni 2017).

Onderzoek administratieve lasten bij medisch specialisten

Artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners willen in de eerste plaats zorg bieden aan patiënten. Registreren en andere administratieve handelingen zijn daarbij onvermijdelijk. Echter, deze administratieve handelingen moeten een goede zorgverlening niet in de weg staan. Daarom gaat de Federatie Medisch Specialisten via een enquête in kaart brengen hoeveel tijd medisch specialisten besteden aan administratieve handelingen en in hoeverre zij deze als zinnig ervaren. Het onderzoek vindt plaats in het kader van het actieprogramma (Ont)regel de zorg.

Naast het verdiepend onderzoek naar de administratieve lasten onder medisch specialisten, is op 1 augustus een denktank (Ont)regel de zorg van start gegaan. Deze zogenoemde '(ont)regelaars' zijn jonge professionals die onder begeleiding van De Argumentenfabriek met zes beroepsgroepen gaan praten, waaronder medisch specialisten. De denktank probeert in beeld te krijgen waar de zorgverleners gedurende een werkweek hun tijd aan besteden, welk deel daarvan administratieve handelingen zijn en met welk doel deze gedaan worden. Zowel de uitkomsten van de denktank als die van het verdiepend onderzoek naar administratieve lasten onder medisch specialisten worden in november gepresenteerd tijdens de zogeheten Schrapconferentie (FMS, 1 september/15 september 2017).

Bijna een derde van artsen is betrokken geweest bij een ernstig incident

Incidenten in ziekenhuizen, met soms ernstige gevolgen voor de patiënt, hebben vaak ook grote impact op artsen en andere zorgverleners. Veel zorgverleners die een dergelijk incident meemaakten, hebben last van angst, schaamte, onzekerheid en symptomen die zijn gerelateerd aan een posttraumatische stressstoornis. Dit blijkt uit een onderzoek onder 5137 medisch specialisten, aiossen, verpleegkundigen en paramedici in negentien ziekenhuizen. Ruim 80% van de respondenten in het onderzoek gaf aan ooit één of meerdere keren persoonlijk betrokken te zijn geweest bij een veiligheidsincident, een onbedoelde gebeurtenis die tot schade heeft geleid, had kunnen leiden of nog zou kunnen leiden. Bijna een derde van de zorgverleners maakte een of meerdere incidenten mee met permanente schade voor de patiënt of overlijden tot gevolg. Bij 7% gebeurde dit in het afgelopen halfjaar. De onderzoekers stellen dat zo'n onbedoelde gebeurtenis niet alleen voor patiënten, maar ook voor zorgverleners zeer ingrijpend is. Ruim 3100 respondenten zeggen gevolgen te ondervinden van het incident dat ze meemaakten. Meer dan de helft noemt als symptomen hyperalertheid, schaamte, twijfel over kennis en kunde, stress en zich angstig voelen. Meer dan 20% zegt langer dan twee maanden last gehad te hebben van flashbacks; een symptoom van een posttraumatische stressstoornis. Zorgverleners geven onder meer aan dat ze behoefte hebben aan erkenning van de impact van de gebeurtenis op hen (Zorgvisie, 13 september 2017).

Bezuiniging specialistenopleiding leidt tot stuwmeer aan basisartsen

Als gevolg van bezuinigingsmaatregelen zijn de laatste jaren minder plekken beschikbaar gekomen voor de opleiding tot medisch specialist, terwijl universiteiten nog steeds evenveel basisartsen afleveren. Hierdoor ontstaat een stuwmeer aan basisartsen. Artsen- en brancheorganisaties sloten in 2013 een akkoord met het ministerie over bezuinigingen op de specialistenopleidingen. Als gevolg hiervan hebben algemene ziekenhuizen de afgelopen jaren minder geld ontvangen voor het opleiden van specialisten. Daarnaast is het aantal opleidingsplaatsen gereduceerd en de medisch-specialistische vervolgopleiding op individuele basis ingekort. Met als resultaat een overschot aan basisartsen. Zij komen terecht in andere banen, zoals in het onderwijs, de media en beleidsfuncties. Het is niet bekend om welke aantallen het precies gaat en welke functies deze mensen bekleden. Ziekenhuizen maken zich nog geen zorgen over de afname van het aantal opleidingsplekken. Er zijn nog onvervulde vacatures, ziekenhuizen zoeken nu mensen om opleidingsplekken te vullen. Dat dit niet altijd lukt, heeft deels te maken met geografie, veel mensen willen in de Randstad werken. Ook is de werkloosheid onder basisartsen momenteel laag. In 2016 hadden 431 van de 24.482 basisartsen geen werk (Skipr, 24 augustus 2017).

Verkorting opleidingsduur beter verdeeld

Meer medische vervolgopleidingen leveren een bijdrage aan de verkorting van de opleidingsduur, zoals afgesproken in het Opleidingsakkoord. Dat blijkt uit de laatste monitoringsgegevens van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Veertien opleidingen scoren nu boven het gemiddelde van 2,73 maanden verkorting. Bij de vorige meting waren dit er nog maar elf. Daarnaast is het aantal opleidingen dat minder dan één maand verkorting heeft gerealiseerd gedaald van zeven naar vijf opleidingen. RGS levert in opdracht van het federatieproject Individualisering Opleidingsduur (RIO) en het Dedicated Schakeljaar twee keer per jaar een rapportage over de gemiddelde opleidingsduur. Uit de nieuwste rapportage blijkt dat aiossen die tussen 1 juli 2016 en 1 juli 2017 uitstroomden, gemiddeld 2,73 maanden sneller opgeleid zijn dan nominaal. Daarmee lijkt de ingezette verkorting stand te houden. Een jaar geleden toonde deze meting een verkorting van 2,54 maanden onder uitstromende aiossen. Een half jaar geleden was dit toegenomen naar een verkorting van 2,78 maanden. In de nieuwste meting is dit nagenoeg hetzelfde gebleven met 2,73 maanden. Daarmee lopen we op schema: om te voldoen aan de afspraken uit het Opleidingsakkoord moeten de aiossen die in 2018 uitstromen gemiddeld 3 maanden sneller dan nominaal zijn opgeleid. Voor zeventien specialismen is het ook mogelijk om de gemiddelde opleidingsduur te vergelijken tussen de acht Onderwijs- en OpleidingsRegio's (OOR's). Niet voor iedere opleiding zijn de gegevens per OOR beschikbaar. Uit privacyoverwegingen worden de gegevens niet vrijgegeven bij een enkele uitstromer per OOR. Ook is een aantal opleiders niet akkoord gegaan met het gebruik van gegevens voor deze rapportages (FMS, 26 september 2017).

Taakherschikking is positief

In 2012 begon in het kader van taakherschikking een proef met physician assistants en verpleegkundig specialisten. Zij worden opgeleid om medische en organisatorische taken van artsen en medisch specialisten over te nemen. De evaluatie van het experiment is positief. Daarom legt VWS nu in de wet vast welke medische handelingen ze zelfstandig mogen verrichten. Dit moet leiden tot lagere werkdruk van specialisten. De wetswijziging gaat per 1 januari 2018 in (Zorgvisie, 8 september 2017).

Ziekenhuizen

Forse prijsverschillen tussen ziekenhuizen

Ziekenhuizen rekenen nog altijd uiteenlopende prijzen voor dezelfde behandelingen. Het verschil kan honderden euro's bedragen, blijkt uit onderzoek van de Consumentenbond. Zo is een via VGZ verzekerde man die zich laat steriliseren bij het Maasziekenhuis Pantein € 184,- kwijt, terwijl een patiënt met een zorgverzekering bij Menzis voor dezelfde behandeling € 586,- moet betalen bij het Erasmus MC. De kosten van een niersteenvergruizing variëren van € 424,- tot € 1443,-. Ook binnen een ziekenhuis kunnen de prijzen voor dezelfde behandeling verschillen, afhankelijk waar consumenten verzekerd zijn. Zo rekende MC Groep (met vestigingen in Flevoland) in 2016 voor een opname van meer dan vijf dagen bij een oogoperatie € 1731,- voor verzekerden bij DSW, maar liep de rekening als CZ-verzekerde op naar € 3487,-. De Consumentenbond roept alle ziekenhuizen en verzekeraars op hun tarieven openbaar te maken. Als zij geen actie ondernemen, moet de toezichthouder Nederlandse Zorgautoriteit in actie komen en zorgen dat per 1 januari 2018 alle tarieven toegankelijk zijn (ANP, 26 september 2017).

NZa kraakt toch nog kritische noten bij fusie VUmc en AMC

De fusie tussen het Academische Centrum (AMC) en het VU medisch centrum (VUmc) in Amsterdam kan weliswaar doorgang vinden met toestemming van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), maar de zorgwaakhond heeft een aantal zeer kritische noten. In een brief aan de Autoriteit Consument & Markt (ACM) schrijft NZa dat de betaalbaarheid en de kwaliteit van zorg door de fusie van de umc's in gevaar komen. NZa is er niet van overtuigd dat de publieke belangen zijn gediend met de fusie van AMC en VUmc.

Zo voorspellen berekeningen van NZa dat kosten van zorg voor verschillende patiëntgroepen met wel 15% kunnen stijgen. Dit zou het gevolg zijn van de omvang van de concentratie die de fusie met zich meebrengt. De eventuele macht van partijen op de markt voor non-concurrentiële zorg zou kunnen toenemen waardoor de positie van partijen op concurrentiële zorg kan worden versterkt. Dit kan resulteren in lagere kwaliteit en/of in hogere prijzen voor ziekenhuiszorg waar wel op geconcurreerd wordt. Ook zouden de twee umc's samen zo groot worden dat er voor zorgverzekeraars bij de inkoop van algemene zorg onvoldoende alternatieve aanbieders overblijven. Ook daarmee ontstaat het risico dat de prijs van die zorg door partijen wordt verhoogd en/of de kwaliteit wordt verlaagd. Bovendien zou de fusie van AMC en VUmc resulteren in een dusdanig grote organisatie dat deze moeilijk bestuurbaar zou kunnen worden, zowel gedurende het concentratieproces als daarna.

De timing van de brief van NZa is opmerkelijk. Nadat AMC en VUmc in 2015 hun fusieplannen hadden voorgelegd, voerde NZa de zogeheten zorgspecifieke fusietoets uit. Daarbij is onderzocht of de verlening van cruciale zorg in gevaar zou komen en of cliënten en personeel voldoende bij de fusieplannen zijn betrokken. Verder biedt de wet NZa geen mogelijkheden voor een inhoudelijke beoordeling. NZa zag zich gedwongen om in juli 2016 groen licht te geven voor de voorgenomen fusie.

Nadat in februari 2017 ACM aan NZa meldde eveneens akkoord te gaan met de fusie van de twee academische ziekenhuizen, blijkt de zorgautoriteit toch dieper in de materie gedoken te zijn. De resultaten van dit nadere onderzoek deelde NZa in augustus in een brief met ACM. Op 5 september maken de umc's bekend dat zij toestemming hebben om de fusie door te zetten. De twee partijen willen in 2018 in ieder geval op bestuurlijk niveau fuseren (Skipr, 22 september 2017).

Ziekenhuis onderzoekt verschil bijwerkingen man en vrouw

Het Erasmus MC gaat onderzoeken of het gebruik van medicijnen bij vrouwen vaker resulteert in een ziekenhuisopname dan bij mannen. Het ziekenhuis krijgt € 169.000,- subsidie van ZonMw voor de studie. Aanleiding voor het onderzoek zijn aanwijzingen dat vrouwen vaker bijwerkingen hebben dan mannen. Een voorbeeld uit de Verenigde Staten: bij acht van de tien geneesmiddelen die tussen 1997 en 2000 door de Amerikaanse *Food and Drug Administration* van de markt zijn gehaald was sprake van meer bijwerkingen bij vrouwen. Voor het onderzoek wordt gebruik gemaakt van het PHARMO *Database Network*, een databank met geanonimiseerde gegevens van ruim drie miljoen patiënten.

Het bevat onder meer aflevergegevens over geneesmiddelen uit openbare apotheken, ziekenhuisopnames, huisartsgegevens en klinische laboratoriumwaarden. De studie moet resulteren in een 'boodschappenlijstje' van bijwerkingen en geneesmiddelen waarbij evidente sekseverschillen in ziekenhuisopname zijn gevonden. Als bekend is om welke bijwerkingen en geneesmiddelen het gaat, kan daarna de diepte in worden gegaan om achter de oorzaak te komen. Vervolgens kunnen concrete geslachtspecifieke behandelrichtlijnen worden op gesteld (Skipr, 28 augustus 2017).

NZa stelt aanvalsplan wachttijden op

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in het verlengde van de oplopende wachttijden in de GGZ een plan gepresenteerd om de te lange wachttijden in ziekenhuizen aan te pakken. Uit onderzoek blijkt dat bij acht specialismen de wachttijden langer zijn dan de treeknormen. De overschrijding van de normen wordt veroorzaakt door verschillende factoren. Zo is er te weinig samenwerking tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars om mensen te bemiddelen naar een ander ziekenhuis. Ook de schotten in de bekostiging en de drukte op de spoedeisende hulp spelen een rol. In de krimpregio's is sprake van krapte op de arbeidsmarkt dat tot te lange wachttijden leidt. Bovendien is de registratie van wachttijden niet altijd juist en volledig. NZa wil dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen afspraken maken over een gezamenlijke aanpak van de wachttijden. De zorgaanbieder wordt verplicht om de patiënt (mondeling) te informeren als de wachttijd voor polikliniek, diagnostiek of behandeling de Treeknorm overschrijdt. Daarnaast moet de zorgaanbieder bij de op de website gepubliceerde wachttijden een tekst over de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling opnemen. Ook de registratie van wachttijden moet verbeteren. Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra zijn op grond van NZa-regelgeving verplicht hun wachttijden te publiceren (NZa, 5 juli/21 juli 2017).

Substitutie van zorg naar de eerste lijn

In de verschillende hoofdlijnen- en tussenakkoorden is voor 2018 een nieuwe, gezamenlijke aanpak ontwikkeld om de substitutiebeweging te stimuleren. Er is 75 miljoen euro van het budgettair kader medisch-specialistische zorg (MSZ) 2018 gereserveerd voor lokale tripartiete substitutieafspraken tussen ziekenhuis, huisarts en zorgverzekeraar. Op 19 november inventariseert de Nederlandse Zorgautoriteit via de zorgverzekeraars welke substitutieafspraken er zijn gemaakt voor 2018 en voor welk bedrag. Het leidend motto is 'geld volgt de zorg'. Als het totaal van de substitutieafspraken onder de 75 miljoen euro blijft, blijven de resterende middelen in het budgettair kader van de tweede lijn. Om te zorgen dat knelpunten worden opgelost is inmiddels een taakgroep substitutie ingesteld. Deze bestaat uit vertegenwoordigers van de landelijke partijen. De taakgroep richt zich op het bijdragen aan de ondersteuning van de regionale en lokale praktijk, zoals monitoring van de afspraken en realisatie, ondersteuning voor initiatiefnemers in de vorm van model *business cases* en vraagbaak, *format business cases* voor afstemming met zorgverzekeraar, inrichten van een etalage aan substitutiepotentieel en het delen van *good practices*. Om lokale partijen te ondersteunen hebben de Landelijke Huisartsenvereniging en de Federatie Medisch Specialisten een praktische Handreiking substitutie opgesteld (FMS, 30 maart 2017; NVZ, 26 juni 2017).

Martini Ziekenhuis sluit meerjarencontracten met verzekeraars

Het Martini Ziekenhuis sloot in augustus met Zilveren Kruis een vierjarig contract af. De medisch specialisten van het ziekenhuis waren hier nauw bij betrokken. Met zorgverzekeraar Menzis sloot het Martini Ziekenhuis al eerder een meerjarencontract. Beide contracten tezamen beslaan twee derde van de omzet van het ziekenhuis. Voor het ziekenhuis zijn er grote voordelen aan het sluiten van een meerjarencontract.

Voorheen moest het ziekenhuis elk jaar met elke verzekeraar rond de tafel om onder grote tijdsdruk tot een overeenkomst komen. Nu is de tijd genomen om gezamenlijke doelstellingen te formuleren, keuzes te maken en te komen tot een financieringsmodel. Het ziekenhuis stelt zich transparant op. Er wordt niet alleen naar volumes gekeken, maar juist ook naar kwaliteit van zorg (Zorgvisie, 28 september 2017).

Feiten algemene ziekenhuizen

Het brancherapport van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen dat jaarlijks wordt gepubliceerd gaat in op de belangrijkste ontwikkelingen en feiten van de algemene ziekenhuissector:

- 28% van de totale zorguitgaven in 2016 betrof uitgaven aan de medisch-specialistische zorg.
- 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.
- In 2016 is bijna 2 miljard euro (7,3% van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg) uitgegeven aan dure geneesmiddelen. De stijging in 2015 heeft zich hiermee voortgezet.
- Het resultaat (als % omzet) is gedaald naar 1,3% in 2016, het laagste niveau in de afgelopen zeven jaar.
- Investeringen in materiële vaste activa 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.
- 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.
- Het ziekteverzuim van personeel is ten opzichte van voorafgaande jaren toegenomen van 4,35% in 2015 naar 4,55% in 2016.
- Het aandeel vrouwelijke medisch specialisten neemt ieder jaar toe en bedroeg 41,3% in 2015.
- Het aandeel medisch specialisten dat in loondienst werkt is in één jaar sterk toegenomen van 43% in 2014 naar 49% in 2015.
- Het aantal patiënten dat in 2016 een algemeen ziekenhuis bezocht is met 1,4% gestegen naar 8,3 miljoen. De groei is een aanwijzing dat de geleverd zorg in de ziekenhuizen aan het toenemen is.
- 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 (NVZ, 18 september 2017).

Dure geneesmiddelen

Op het terrein van dure geneesmiddelen worden verschillende initiatieven genomen om de kostengroei te beteugelen. In 2015 werden zo'n 183.000 mensen behandeld met dure *(add-on)* geneesmiddelen voor een totaal bedrag van 1,74 miljard euro. Branches zijn tezamen met VWS in 2015 het zogeheten Integraal pakket aan maatregelen ter borging van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen overeengekomen, kortweg 'het pakket maatregelen'.

Monitor Uitgaven geneesmiddelen

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert in het kader van het pakket maatregelen de Monitor Uitgaven geneesmiddelen uit. Met deze monitor wordt zicht verkregen op de kostenontwikkeling. NZa constateerde deze zomer dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen nog steeds sterk stijgen. Tussen 2014 en 2015 stegen de uitgaven aan dure geneesmiddelen van 1,74 miljard euro naar 1,84 miljard euro. De cijfers over het jaar 2015 zijn nog niet volledig: de groei kan rond de 6,7% uitkomen.
Het meeste geld wordt uitgegeven aan medicijnen tegen kanker. In 2015 was dit minstens 727,1 miljoen euro; een stijging van 15,4% ten opzichte van het jaar 2014. Opvallend is de sterke stijging van het gebruik van medicijnen voor oogziekten.
De uitgaven aan deze geneesmiddelen zijn met 65% gestegen tot 36,5 miljoen in het jaar 2015.

VWS bespaart miljoenen op dure medicijnen

Dure medicijnen vallen sinds enkele jaren niet meer standaard in het basispakket. Om de kosten van de zorg onder controle te houden, onderhandelt de minister met de fabrikant over de prijs en maakt vertrouwelijke prijsafspraken. Door het sluiten van deze financiële arrangementen heeft VWS in 2015 en 2016 een bedrag van ten minste 159,6 miljoen euro bespaard op dure intramurale en extramurale geneesmiddelen.

Gezamenlijke inkoop dure medicijnen ziekenhuizen en verzekeraars

Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen hebben, eveneens in het kader van het pakket maatregelen, een akkoord bereikt over gezamenlijke inkoop van dure geneesmiddelen. Er wordt gestart met een pilot. De partijen, waaronder de medisch specialisten verenigd in de Stichting Hemato-Oncologie voor Volwassenen Nederland (HOVON) en de Nederlandse Vereniging voor Hematologie (NVvH), hebben een pilot op de inkoop van een groep oncologische geneesmiddelen ontwikkeld om in 2018 te onderzoeken of de aanpak werkt. Het gaat om een groep geneesmiddelen in het oligopolistische segment. Dit zijn geneesmiddelen waarvan er binnen één groep meerdere middelen met een vergelijkbare werking beschikbaar zijn. Deze gezamenlijke inkoop valt binnen de reikwijdte van de Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen voor de medisch specialistische zorg van de Autoriteit Consument & Markt van juni 2016 (NZa, 6 juli 2017; Zorgvisie, 15 september/27 september 2017; NVZ, 1 september 2017).

Eigen risico en prijstransparantie

Over het verplichte eigen risico (ER) in de zorg is het nodige te doen. Bij de verkiezingen moest vooral de hoogte van het eigen risico (€ 385,-) het ontgelden. Verschillende politieke partijen wilden dat het ER omlaag ging of zelfs werd afgeschaft. Uiteindelijk is recent besloten om het eigen risico voor 2018 te bevriezen op het niveau van 2017.

Prijstransparantie

Op dit moment vindt voor de medisch specialistische zorg afboeking van het ER plaats door de in rekening gebrachte DBC-prijs. Doordat zorgnota's pas achteraf, na afsluiting van de DBC worden gefactureerd, heeft de patiënt geen idee voor welk bedrag het eigen risico wordt aangeslagen. Dit is voor de patiënt transparant noch logisch. In het kader van deze discussie zijn er de afgelopen periode verschillende initiatieven van zorgverzekeraars en ziekenhuizen geweest om de ziekenhuistarieven transparanter te maken. Meestal door alle tarieven voor alle behandelingen op de website te plaatsen. In reactie hierop heeft de Autoriteit Consument & Markt (ACM) recent een leidraad voor het openbaar maken van ziekenhuistarieven afgegeven. ACM ziet risico's voor de concurrentie als alle ziekenhuistarieven openbaar worden. In de leidraad Transparantie van ziekenhuistarieven geeft ACM marktpartijen handvatten voor de naleving van de concurrentieregels bij het openbaar maken van ziekenhuistarieven. Voor de concurrentie tussen ziekenhuizen is het een risico als die elkaars prijzen kennen. Dat geldt ook voor de verzekeraars onderling. Boven de maximaal eigen risicogrens (€ 885,-) is het daarom van ACM niet toegestaan om de tarieven openbaar te maken.
Dit verbod op publicatie geldt niet voor de tarieven onder het maximaal ER. Zorgverzekeraars mogen de ziekenhuistarieven die onder de grens van het maximale eigen risico liggen wel openbaar maken. Ziekenhuizen mogen overigens niet overgaan tot publicatie van de met de verzekeraar onderhandelde tarieven. Dit is alleen toegestaan voor verzekeraars en is nadrukkelijk ook geen verplichting. Zorgverzekeraars kunnen er ook voor kiezen hun verzekerden op een andere manier te informeren over de prijzen van behandelingen in de verschillende ziekenhuizen.

Plan vereenvoudiging van het eigen risico

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft in het kader van de discussie over het ER en de prijstransparantie een alternatief voorstel ontwikkeld voor afboeking van het ER. De afboeking vindt in dit voorstel niet langer plaats door de in rekening gebrachte DBC-prijs maar er wordt gewerkt met vaste bedragen. De vereenvoudiging bestaat eruit dat voor een eenvoudig onderzoek in het ziekenhuis een vast bedrag van bijvoorbeeld € 150,- wordt verrekend met het eigen risico. Voor alle andere behandelingen geldt dat het volledige eigen risico wordt aangesproken. Deze aanpak is eenvoudig, staat los van het DBC-tarief en de patiënt weet direct waar hij aan toe is. Ook zorgverleners als huisartsen en medisch specialisten kunnen patiënten veel gemakkelijker informeren over de te verwachte kosten. Met VWS en andere betrokken partijen wordt overlegd over de eventuele implementatie van dit plan (NVZ, 28 augustus 2017; Zorgvisie, 25 augustus/26 september 2017; ACM, 29 september 2017).

Zorguitgaven sneller en beter in beeld

Vorig jaar heeft VWS naar aanleiding van bevindingen van de Rekenkamer en de Tweede Kamer de Commissie Transparantie en Tijdigheid ingesteld. Onlangs heeft de commissie haar rapport Zorguitgaven sneller en beter in beeld gepubliceerd. De adviezen gaan enerzijds over het anders definiëren van de zorguitgaven. Anderzijds geeft de commissie adviezen die de informatie over de zorguitgaven versnelt en meer transparant maakt.

Aanpassing van de definitie van zorguitgaven

Momenteel is van tijdige informatie over de landelijke zorguitgaven in de medisch-specialistische zorg geen sprake. Dit hangt samen met het feit dat de zorguitgaven worden vastgesteld op basis van de schadelastcijfers van zorgverzekeraars. De definitieve omvang van die schade is pas halverwege het derde jaar na afloop van het betreffende kalenderjaar bekend. Zonder goed beeld van de zorguitgaven is er op macroniveau geen goede basis om de effecten van beleid tijdig te beoordelen en om beleid tijdig bij te sturen. De Commissie Transparantie en Tijdigheid adviseert als definitie van de zorguitgaven niet meer de 'schade' van zorgverzekeraars maar de 'opbrengsten' van zorgverzekeraars te gebruiken. Concreet betekent dit dat VWS als definitie de som hanteert van de nominale premies, de vereveningsbijdragen en beschikbaarheidbijdragen. Wanneer de voorgestelde definitie wordt gebruikt, is de informatie over zorguitgaven al in september na afloop van het lopende jaar beschikbaar. Tevens wordt ook duidelijker dat de schade beheerst moet worden door de zorgverzekeraars dat de rolvastheid van partijen stimuleert. Het zijn de zorgverzekeraars die bij de financiering van zorgaanbieders voldoende rekening moeten houden met de kostenbeheersing.

Contractering

De focus ligt in het zorgstelsel vaak op uitgavenbeheersing en rechtmatigheid. Daardoor is er minder aandacht voor kwaliteit, gepast gebruik en doelmatigheid. Partijen zouden meer ruimte moeten hebben om samen te werken aan deze thema's.
Het is de aanbeveling van de commissie ook in de komende jaren hoofdlijnenakkoorden af te sluiten. Dit stimuleert dat er meerjarige inkoopcontracten worden gesloten waarbij over kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik doorlopende afspraken gemaakt kunnen worden. Daarnaast is het volgens de commissie zaak dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen veel eerder afspraken maken over de prijzen van behandelingen. De commissie stelt voor dat de contracteringsdeadline ook wordt toegepast op de prijslijsten. Zorgverzekeraars hebben tot 12 november om de contractafspraken met zorgaanbieders voor het daaropvolgende jaar te maken. In de praktijk wordt deze deadline voor de totaalafspraken (zoals aanneemsommen en plafonds) veelal gehaald.

Voor de prijslijsten per prestatie wordt deze deadline vaak niet gehaald. De commissie adviseert deze deadline ook expliciet van toepassing te laten zijn op de prijslijsten en deze verplichting op te nemen in de betreffende NZa-regeling. De commissie beveelt voorts aan de afspraken over tijdig declareren te professionaliseren, zodat facturen op tijd aan de zorgverzekeraar verzonden worden. Over de termijn van de declaraties kunnen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar in de contracten onderling afspraken maken.

Aan het niet nakomen van afspraken kunnen consequenties verbonden worden, zoals een uiterste indieningtermijn om betalingen tegen het volle tarief te accepteren.

Introduceer vrije regelruimte

De commissie adviseert in de regelgeving meer ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders te geven om samen oplossingen te implementeren. Nu wordt die ruimte vaak als te beperkt ervaren door de strikte registratie en declaratiebepalingen die op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg worden opgelegd. De commissie adviseert om zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte te geven.

Onder handen werk informatie

Zorgaanbieders leveren informatie over de zorgproductie die nog niet gefactureerd is aan de zorgverzekeraars, het zogenaamde onderhanden werk (OHW). Deze informatie is van groot belang voor de zorgverzekeraars om een goede inschatting te kunnen maken van de jaarschade. Op dit moment is de aanlevering van OHW-informatie nog niet volledig, tijdig en van goede kwaliteit.
De commissie adviseert alle zorgaanbieders te verplichten maandelijks OHW-informatie van goede kwaliteit aan te leveren.

Creëer goede toegang tot aanwezige zorggegevens

De commissie adviseert goede toegang tot de aanwezige zorggegevens mogelijk te maken. De invoering van het Zorgdataplatform is hierin de eerste stap. Op de wat langere termijn zou de informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheidspartijen en andere partijen (brancheorganisaties, onderzoeksinstituten) zo ingericht moeten worden dat daadwerkelijk sprake is van eenmalig vastleggen, meervoudig gebruik. Daarmee kunnen de administratieve lasten verlaagd worden en komt de informatie beter en sneller beschikbaar.

Koppel het eigen risico los van de DBC-systematiek

De commissie concludeert ten slotte dat het eigen risico een stuk eenvoudiger kan worden door per soort zorg een vaste eigen bijdrage te rekenen. Zo wordt het voor patiënten sneller duidelijk wat zij voor een ziekenhuisbehandeling moeten betalen (Ministerie VWS, 13 september; Financieele Dagblad, 13 september 2017).

Aantal wanbetalers zorgverzekering daalt

Het aantal Nederlanders dat de zorgverzekering niet betaalt, is voor het tweede jaar op rij flink gedaald. Op 31 december 2015 telde Nederland nog 282.190 wanbetalers. Een jaar later waren dat er 249.930, een daling van 11,4%. Rotterdam is de gemeente met de meeste wanbetalers. Eind vorig jaar waren er 24.750 Rotterdammers, of 4,8% van de premieplichtige inwoners, die de premie zes maanden of langer niet betaalden. Van de provincies voert Flevoland de lijst aan met 2,8% wanbetalers, gevolgd door Zuid-Holland met 2,5% en Groningen 2%. Het landelijk gemiddelde is 2,1%. Bijna twee derde van de verzekerden die hun zorgverzekeringspremie niet kunnen of willen betalen heeft een bruto inkomen tot 20.000 euro.

Zorgverzekeraar Menzis gaat wanbetalers helpen. Samen met financieel bewindvoerder BFS biedt Menzis verzekerden die langer dan zes maanden geen zorgpremie hebben betaald een betalingsregeling aan waarbij de schuld na twee jaar moet zijn weggewerkt. Dat aanbod geldt niet voor wanbetalers die al in een schuldsaneringtraject zitten (ANP, 23 september 2017; Skipr, 26 september 2017).

Toekomstvisie zorgverzekeraars

Eind september heeft Zorgverzekeraars Nederland de nieuwe toekomstvisie van de zorgverzekeraars branche gepresenteerd: Ambitie 2025. Met Ambitie 2025 onderstrepen zorgverzekeraars het belang van samenwerking: verbinden, vertrouwen en vernieuwen zijn daarbij de belangrijkste uitgangspunten.

Verzekeraars hebben onder andere de ambitie zorgverleners in de administratie te 'ontzorgen', zodat die zoveel mogelijk tijd kunnen besteden aan het verlenen van zorg. Ook willen zorgverzekeraars, samen met patiënten en zorgverleners, gezien de toenemende zorgvraag, het toekomstige zorglandschap gaan vormgeven. Primair in de regio en waar nodig op landelijk niveau. Solidariteit mag daarbij niet uit het oog worden verloren. Daarom blijven zorgverzekeraars zich richten op een effectieve en efficiënte besteding van premiegeld en een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven (ZN, 26 september 2017).

Een op drie ziekenhuizen biedt patiënt online toegang tot gegevens

Een op de drie ziekenhuizen in Nederland geeft inmiddels op een deel van hun website patiënten toegang tot hun eigen medische gegevens en mogelijkheden om bijvoorbeeld afspraken te maken. Vorig jaar kon dit bij een kwart van de ziekenhuizen. Dat blijkt uit onderzoek van Nictiz, het expertisecentrum voor standaardisatie en *e-health*. Op dit moment beschikken 28 van de tachtig ziekenhuizen over een patiëntportaal. Patiëntportalen bieden zorggebruikers de mogelijkheid tot inzage in gezondheidsgegevens die het ziekenhuis over hen beschikbaar stelt. Dit gaat vaak gepaard met andere functionaliteiten, zoals het maken van een afspraak, het invullen van vragenlijsten en het stellen van een vraag via een *e-consult*. Tussen de portalen zijn nog wel flinke verschillen. Sommige geven alleen inzage in enkele administratieve gegevens, andere bieden de mogelijkheid om online vragen te stellen aan je arts. Nictiz onderzocht op basis van achttien criteria de mogelijkheden van patiëntportalen. Bij 25 van de 28 patiëntportalen heeft de patiënt inzage in onderzoeksresultaten en via zeventien portalen is raadpleging van het medicatieoverzicht mogelijk. Bij vier van de zeventien ziekenhuizen kan de patiënt ook een wijzigingsverzoek indienen via het portaal. Ook regionaal zijn er verschillen. In de Randstad staan de meeste ziekenhuizen met een patiëntportaal. In Zeeland heeft geen enkel ziekenhuis een portaal. Minister Schippers (VWS) wil dat alle ziekenhuizen in 2020 een portaal hebben en heeft daar 105 miljoen euro voor beschikbaar gesteld. Dit gebeurt in het kader van het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPP) van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (Skipr, 25 september 2017).

NZa verruimt mogelijkheden voor *e-health* per 2018

E-health kan de zorg beter, gemakkelijker en goedkoper maken. Het huidige DBC-systeem geeft een financiële prikkel om consulten op de polikliniek te leveren, ook in gevallen waar consultatie op afstand mogelijk is. Zorgaanbieders kunnen met ingang van 2018 schriftelijke (e-mail) of belconsulten declareren.
Deze worden gelijkgesteld aan een fysiek *face-to-face*-herhaalpolikliniekbezoek. NZa wil hiermee *e-health* toepassingen stimuleren en voorkomen dat patiënten onnodig op de polikliniek moeten komen. Hierdoor wordt de patiënt onnodig reizen en wachten bespaard.

Voorwaarde van de verruiming is wel dat verslaglegging plaatsvindt van het bel- of e-mailconsult in het medisch dossier en dat de patiënt aan het begin van het zorgtraject een *face-to-face*-consult op de polikliniek heeft gehad met de behandelaar. In de contractering voor 2018 zal extra aandacht moeten uitgaan naar de prijs van deze lichtere producten, om te zorgen dat de patiënt een reële prijs betaalt voor deze zorg (NZa, 18 augustus/ 21 september 2017).

Druk op acute zorg neemt toe

Naar aanleiding van mediaberichten en problemen in de spoedketen heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op verzoek van VWS in september de Acute zorg monitor uitgebracht. De acute zorg bestaat uit verschillende schakels, namelijk de huisartsenpost (HAP), de ambulancedienst en de spoedeisende hulp in het ziekenhuis (SEH). NZa concludeert in haar rapport dat er op dit moment voldoende toegang tot acute zorg is. Wanneer het druk is op de SEH, zijn er voldoende uitwijkmogelijkheden bij andere ziekenhuizen of instellingen in de omgeving. De druk op de acute zorg neemt volgens NZa overigens wel toe. Er zijn verschillende oorzaken voor de groeiende druk op de acute zorg. Zo bezoeken steeds meer thuiswonende ouderen de SEH en de HAP. Het ambulancevervoer neemt toe. In 2016 voerden ambulances 16,9% meer ritten uit dan in 2013.

NZa doet verschillende aanbevelingen om de acute zorg effectiever en efficiënter te organiseren. Zo leidt goede samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen tot het verplaatsen van lichte spoedzorg naar de HAP. Dit biedt ruimte voor de meer complexe zorg op de SEH. Deze substitutie kan de kosten van de zorg en de druk op de spoedeisende hulp verlagen. Verder is het belangrijk dat zorgverleners voldoende kennis hebben over oudere patiënten met een complexe problematiek en moeten zij weten wat de mogelijkheden zijn voor vervolgzorg voor ouderen na de acute zorgfase.

Er is volgens NZa nog veel verbetering mogelijk in de samenwerking tussen de verschillende zorgonderdelen. Huisartsen, ambulancediensten en ziekenhuizen zijn aan zet om de samenwerking in de eigen regio te verbeteren. Zorgverzekeraars moeten actief de samenwerking aangaan met het Regionaal Overleg Acute Zorg om de informatievoorziening over de acute zorg te verbeteren. NZa zal de samenwerking stimuleren en samen met de betrokken partijen bezien hoe de bekostiging van de acute zorg zo nodig aangepast kan worden (NZa, 11 september 2017).

Meldpunt bijwerkingen implantaten van start

Het meldpunt en expertisecentrum voor bijwerkingen van implantaten is van start gegaan. Burgers, patiënten en ook zorgverleners kunnen bijwerkingen melden. Het doel is ongewenste effecten of bijwerkingen van implantaten zo vroeg mogelijk te ontdekken en te analyseren. Een implantaat wordt om medische of cosmetische reden in het lichaam geplaatst. Meldingen over een implantaat worden geanalyseerd door een expertisecentrum dat verbonden is aan het meldpunt. Het expertisecentrum is een samenwerking tussen Bijwerkingencentrum Lareb en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). De Federatie Medisch Specialisten biedt expertise vanuit de praktijk afhankelijk van het soort implantaat en melding. Het meldpunt handelt geen individuele klachten af, maar kan mensen wel verwijzen naar de juiste plek als ze hulp nodig hebben of als er individuele klachten zijn over de zorg. Als er echt iets mis is met een implantaat dan kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg optreden (Ministerie VWS, 3 juli 2017).

Zorggebruikers zien zowel positieve als negatieve kanten van het *e-consult*

Huisartsen en medisch specialisten bieden steeds vaker de mogelijkheid om via een website of e-mail een vraag te stellen: het *e-consult*. Toch wordt dit door zorggebruikers nog maar weinig gebruikt. Uit onderzoek uitgevoerd in 2017 in het kader van de jaarlijkse Nictiz NIVEL *eHealth*-monitor blijkt dat zorggebruikers zowel positieve als negatieve kanten van het *e-consult* zien. Zorggebruikers zien de meerwaarde van het *e-consult* vooral in het feit dat je het kan doen als het je uitkomt en dat je de tijd hebt om na te denken over de vraag die je wilt stellen. Minder persoonlijk contact en minder mogelijkheden om door te vragen zien ze als negatieve punten. Zorggebruikers die ervaring hebben opgedaan met het *e-consult* zijn positiever dan zorggebruikers zonder ervaring.

Onderzoeksmethode

In maart 2017 heeft een steekproef van 1500 panelleden uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL een vragenlijst ontvangen met, onder andere, vragen over het *e-consult*. 741 panelleden stuurden de vragenlijst terug (respons 49%). Binnen deze groep respondenten waren hoogopgeleiden oververtegenwoordigd ten opzichte van de algemene bevolking in Nederland en voorgaande edities van de *eHealth*-monitor. Correctie hiervoor resulteerde in een databestand van 611 respondenten, waarop de resultaten gebaseerd zijn. Wanneer er uitspraken worden gedaan over de algemene bevolking, is er een weging toegepast om hiervoor te corrigeren (NIVEL, 1 augustus 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.