

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.

• 10722 14-311  
172009

# Natuurlijk in Beweging

In dit nummer onder andere:

**Nederlander maakt meeste zorgkosten in het ziekenhuis**

**Medisch specialisten • Marktwerving in de zorg doorgeslagen?**

**Ziekenhuizen • Geneesmiddelen • Korte berichten**

# Burning Platform...

In Skipr van 22 februari lees ik het volgende;

*Belanghebbenden in de zorg zijn pas bereid tot ingrepen in het zorgstelsel wanneer crisis hen daartoe dwingt. Dat betoogt directievoorzitter Georgette Fijneman van zorgverzekeraar Zilveren Kruis in het maartnummer van Skipr magazine. "Om tot echte veranderingen te komen, heb je een Burning Platform nodig," zegt zij. "Een dringende noodzaak, een sense of urgency. Er moet iets aan de hand zijn, zo kan het niet verder.*

Getriggerd door het woord 'Burning Platform' ben ik gaan zoeken naar de betekenis. Eveline Jansen, eigenaar van en organisatieontwikkelaar bij 'Evelutie' schrijft op 14 augustus 2012 in een podium artikel het volgende: De uitdrukking 'Burning platform' verwijst naar een vreselijk ongeluk in 1988 op het Piper Alpha-olieplatform in de Noordzee. Een verslaggever schreef toen "de overlevenden hadden een afschuwelijke keuze: ofwel 45 meter naar beneden springen in een woeste zee, ofwel een zekere dood tegenmoet gaan op een instortend booreiland." Uit deze tragedie is in het bedrijfsleven de uitdrukking 'Burning platform' ontstaan: een manier om medewerkers zoveel angst aan te jagen dat ze in beweging komen en hun gewoontes veranderen (in dit geval: dat ze gaan springen). Kort gezegd: het 'Burning platform' is een goed verkoopverhaal voor veranderingen.

*Ik probeer de uitspraak te relateren aan wat er met het Slotervaart ziekenhuis is gebeurd. Een aantal weken geleden bezocht ik een symposium voor orthopeden, bestuurders en ondernemers in de zorg met als thema "Buigzaam en Vitaal de Toekomst in"; operatieve behandeling van knie artrose en gezond ondernemen in de zorg. Dr. Pierik die na het faillissement van het Slotervaart daar mocht aantreden om de ontstane situatie in goede banen te leiden, trof een totale ontredning aan bij het personeel en de patiënten. Was dit ziekenhuis zo slecht? Nee absoluut niet. Waarom moest dit dan gebeuren op de manier waarop dit gebeurde? Geen zachte landing, geen harde landing, maar bewust een totale crash van dit ziekenhuis. Wat was het idee van Zilveren Kruis hierachter? Bewust een 'Burning Platform'-strategie, mensen angst aan jagen zodat ze gaan veranderen? Uit alles valt af te leiden dat Zilveren Kruis een kwalijke en alles bepalende rol hierin speelde. Dit werd beaamd door Chris Oomen van DSW, ook een spreker bij dit symposium, die ook nauw betrokken was bij de Slotervaart-affaire. De voordracht van dr. Pierik had daarom niet voor niets de titel 'Een graf met een Zilveren Kruis'.*

Fijneman vervolgt: *Voorwaarde voor veranderingen is, wat Fijneman betreft, samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. "Het kan niet anders, de politieke druk is groot. Wij hebben elkaar nodig om te garanderen dat de zorg in Nederland op hoog niveau blijft functioneren. [...] Wij nemen onze verantwoordelijkheid. Met elkaar laten we de goede voorbeelden zien."*

Tijdens ditzelfde symposium hielden Marcel Driessen en Klaas van der Heijden een voordracht over het opzetten van respectievelijk Orthopedium en ViaSana als orthopedische focuskliniek. Zij gaven aan dat met ondernemen in de zorg, hun pioniersrol uiteindelijk heeft geleid tot prachtige ZBC's.

Opvallend was dat in deze verhalen een enorm doorzettingsvermogen essentieel is geweest, zowel op mentaal als financieel vlak. Begrijpelijk dat dit soort nieuwe initiatieven veel kruim kosten. Maar opnieuw werd pijnlijk duidelijk dat deze vorm van zorginnovatie en ondernemen niet gestimuleerd werd/wordt door de zorgverzekeraars. Afhankelijkheid! Geen contract of contracten tegen lage(re) tarieven geven veel onzekerheid op de korte en lange termijn en maakt deze vorm van zorginnovatie en ondernemen erg moeilijk. De mooie woorden ten spijt van mevrouw Fijneman; dit is de realiteit van vandaag.

Het feit dat de Nederlandse gezondheidszorg haar nummer 1 positie in Europa is kwijtgeraakt, geeft opnieuw de noodzaak aan dat we moeten veranderen! En zelfs minister De Jonge concludeert nu: zorg heeft minder markt en meer samenwerking nodig. Dit geeft aan dat er een nieuwe richting nodig is. Ik zie een sense of urgency.

Laten we vooral vanuit beleid gaan acteren, waarbij we bij elke verandering steeds moeten nadenken over de vraag: waarom? Geef de zorgaanbieder(s) een meer prominente rol. Waarom? Omdat zij het dichtst bij de zorg staan! Laat dit niet tot een 'Burning platform'-situatie komen, zodat we steeds gedwongen worden te kiezen uit twee kwaden, maar meer in de lijn zoals de titel van het symposium 'Buigzaam en Vitaal de toekomst in'.

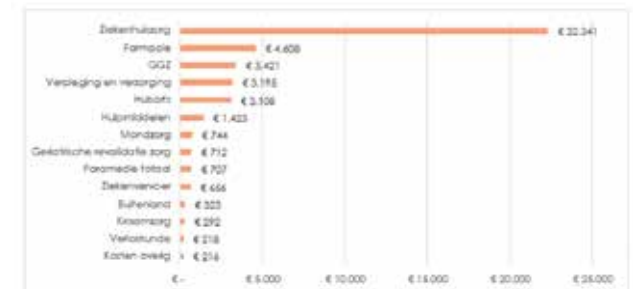
Veel leesplezier

**Roland van Esch**



# Nederlander maakt meeste zorgkosten in het ziekenhuis

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) ging in 2016 bijna €42 miljard om. Het overgrote deel van de kosten in de Zvw ging naar de ziekenhuiszorg, op grote afstand gevolgd door farmacie en geestelijke gezondheidszorg, aldus Vektis.



Kinderen tot twee jaar en 65-plussers maakten de meeste zorgkosten per persoon. Kinderen en jongeren tussen de 8 en 17 jaar maakten de minste zorgkosten. Vanaf 55 jaar stijgen de zorgkosten per persoon behoorlijk.

Bedragen per persoon naar leeftijd in euro's





Kosten die je maakt in het ziekenhuis worden vergoed vanuit de basisverzekering. Wel geldt hier het eigen risico. De kosten voor medisch-specialistische zorg bedragen gemiddeld €1.319 per persoon. Vektis ziet dat de kosten voor ziekenhuiscare de lijn volgen van de totale zorgkosten: kinderen tot 2 jaar en 65-plussers maken hier de hoogste kosten per persoon.

Van alle patiënten in 2017 is 56% onder behandeling bij 1 specialisme, 24% bij 2 specialismes, 11% bij 3 specialismes, 5% bij 4 specialismes, 4% bij 5 of meer specialismes.



Bronnen: 3-12-2018, 19-12-2018, Vektis

**Uitgaven volksgezondheid stijgen bijna miljard per jaar**

De overheidsuitgaven voor volksgezondheid zijn tussen 2010 en 2017 met 12% gestegen, omgerekend €6 miljard (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)). De stijging van €6 miljard aan volksgezondheid kwam door een toename van de uitgaven aan extra- en intramurale medische zorg. Op medische producten werd bespaard. In de periode van 2010 tot 2017 ging vooral meer geld naar volksgezondheid, veiligheid en sociale bescherming,

en minder naar huisvesting, economische aangelegenheden en algemeen bestuur. De totale overheidsuitgaven bleven jarenlang op vrijwel hetzelfde niveau. In 2017 waren ze slechts 2,4% hoger dan in 2010. Diverse beleidsterreinen binnen de overheidsuitgaven kenden een sterke ontwikkeling vanaf 2010. Zo namen de uitgaven aan volksgezondheid tussen 2010 en 2017 toe met 12% en die aan openbare orde en veiligheid met 10%. De uitgaven aan huisvesting en gemeenschapsvoorzieningen zijn daarentegen met 40% sterk gedaald (18-2-2019, Skipr).

**Aantal kankerdiagnoses in dertig jaar verdubbeld**

In 30 jaar is het jaarlijkse aantal mensen bij wie kanker wordt vastgesteld, verdubbeld. De toename heeft vooral te maken met de groei van de bevolking en het stijgende aantal senioren. Kanker blijft doodsoorzaak nummer één in Nederland. Huidkanker komt tegenwoordig extra vaak voor, onder meer als gevolg van zonne(bank)baden. Borstkanker is de meest geconstateerde vorm bij vrouwen (vijftienduizend nieuwe diagnoses in 2018) en prostaatkanker bij mannen (12.500 nieuwe gevallen).

Darm- en longkanker volgen op de ranglijst, met respectievelijk 14.000 en ruim 13.000 nieuw geconstateerde slachtoffers onder vrouwen en mannen samen. Inmiddels leeft 64% van de getroffen mensen 5 jaar na de diagnose nog. Patiënten met longkanker hebben slechtere prognoses dan patiënten met andere veelvoorkomende vormen: na 5 jaar leeft nog 19% van deze slachtoffers. Ook patiënten met eierstokkanker, slokdarmkanker, maagkanker en alvleesklierkanker hebben minder goede kansen op genezing. Ongeveer 800.000 Nederlanders leven op dit moment met of na kanker (3-2-2019, ANP).

**Meer gebroken heupen, maar minder bij 85-plussers**

Het aantal patiënten met een heupfractuur is de afgelopen 5 jaar toegenomen met 12%, naar bijna 25.000 patiënten in 2017. Een uitsplitsing naar leeftijd laat zien dat de ontwikkeling per leeftijdsgroep (per 100.000 verzekerden) verschillend is. Ouderen in de leeftijdsgroep 65-74 jaar, oftewel ‘jongere ouderen’, breken vaker een heup dan 5 jaar geleden. In deze leeftijdscategorie is een toename te zien van 200 heupfracturen per 100.000 verzekerden in 2013 naar 238 in 2017. Tegelijkertijd breken ‘oudere ouderen’, de 85-plussers, iets minder vaak een heup dan 5 jaar geleden.

In 2013 waren er 2.176 gebroken heupen in die leeftijdsgroep, tegenover 2.043 per 100.000 verzekerden in 2017 (19-2-2019, Vektis; 22-2-2019, ANP & Skipr).

**Aantal onnodige behandelingen in zorg kan fors minder**

Door betere voorlichting aan patiënten en scholing van zorgprofessionals kan het aantal onnodige behandelingen in de zorg fors worden teruggebracht. Als een patiënt met maagpijn bijvoorbeeld via een interactieve website gedegen informatie over zijn kwaal krijgt, zal hij meestal afzien van een dure en vaak nutteloze kijkoperatie, die bovendien risicovol is, blijkt uit onderzoek “Doen of laten in de gezondheidszorg?”, Radboudumc in Nijmegen. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) stelde in 2016 een lijst op met 1300 veelal nutteloze behandelingen.

Door deze behandelingen minder vaak uit te voeren, kan geld worden bespaard. Slechts een deel van de patiënten heeft geen baat bij deze behandelingen, anderen wel. Zorgverleners moeten daarvan op de hoogte zijn. En ze moeten, net als patiënten, hun gedrag veranderen. (24-1-2019, ANP).

**VWS start herijking pakket**

VWS zet een belangrijke stap in de herijking van het pakket voor medische specialistische zorg. De komende 5 jaar worden alle interventies beoordeeld op hun effectiviteit schrijft VWS in een Kamerbrief over het nieuwe programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Interventies en diagnostiek waarvan is aangetoond dat ze geen waarde opleveren voor de patiënt zullen straks niet meer worden vergoed. Op die manier ontstaat ruimte in het pakket voor nieuwe behandelingen die wel waarde toevoegen. Uit onderzoek in het Verenigd Koninkrijk blijkt dat 8% van de onderzochte interventies bewezen niet-effectief is terwijl van 51% van de interventies de effectiviteit onbekend is. De aanname is dat de percentages in Nederland vergelijkbaar zijn.

Aangezien in Nederland jaarlijks €27 miljard wordt uitgegeven aan medisch specialistische zorg zou mogelijk zo’n €2 miljard worden uitgegeven aan niet-effectieve zorg. In het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat gepast gebruik van zorg bevorderd moet worden (14-2-2019, Zorgvisie).

## 4 Natuurlijk in **Beweging**

### **MSB's: black box van de zorg**

Veel artsen die zich in medisch specialistische bedrijven (MSB's) verenigd hebben, lopen te weinig ondernemersrisico, aldus onderzoek van de accountant- en adviesorganisatie BDO. Volgens BDO zijn er bij MSB's weinig grote eigen investeringen, zit er in het bedrijf erg weinig eigen vermogen en werkt een meerderheid samen met slechts één ziekenhuis. Artsen voelen zich ondernemers, maar volgens BDO gedragen ze zich niet zo. Artsen worden pas echt ondernemer als ze aandeelhouder zijn. BDO pleit daarom voor de overstap naar het participatie-model.

Uit onderzoek van BDO Accountants & Adviseurs onder 61 medisch specialistische bedrijven (MSB's), komt naar voren dat MSB's over het algemeen slecht scoren op het punt van transparantie. Ruwweg de helft van de MSB's deponereert geen jaarrekening, terwijl dit voor 7 van de 10 wel een wettelijke verplichting is. Daarbij geven de gedeponeerde jaarrekeningen veelal geen of beperkt inzicht in de resultatenrekeningen van de MSB's. Slechts 3 MSB's geven inzicht in de gerealiseerde omzet en uitbetaalde vergoedingen aan de medisch specialisten. Een andere constatering is dat de MSB's nog nauwelijks investeren, terwijl dit wel een belangrijk formeel criterium is voor het door de MSB's geclaimde fiscale ondernemerschap. Investeringen zijn op de balans terug te vinden in de vorm van materiële vaste activa. Bij vrijwel alle MSB's bedraagt deze post minder dan 5%. Ook het eigen vermogen valt in negatieve zin op. Zo beschikt één op de 10 MSB's in 2017 over minder dan 5% eigen vermogen. Volgens BDO is dit te weinig om bij de Belastingdienst als onderneming te worden aangemerkt.

De Federatie Medisch Specialisten (FMS) is verbaasd over BDO's bevindingen en noemt de BDO-conclusies tegenstrijdig ten opzichte van het in oktober jl. gepubliceerde NZa-advies. De NZa ziet weinig in beleid dat gericht is op het stimuleren van het participatiemodel, waarbij medisch specialisten mede-eigenaar worden van een ziekenhuis. De NZa raadde VWS aan MSB's kans te geven de ingezette positieve ontwikkelingen door te zetten. De FMS onderschrijft dit NZa-advies en ziet in de praktijk een enorme betrokkenheid en energie bij de medisch specialisten om de zorg samen met de ziekenhuizen kwalitatief hoogstaand, veilig, toegankelijk en betaalbaar te houden.

# Medisch specialisten

Volgens de FMS worden dankzij MSB's nu gemakkelijker goede afspraken gemaakt tussen ziekenhuisbesturen en medisch specialisten over kostenreductie en hoe de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden (12-2-2019, Het Financieel Dagblad; 12-2-2019, Telegraaf; 12-2-2019, Skipr; 12-2-2019, FMS).

### **Overstapsubsidie**

De subsidie die vrijgevestigde medisch specialisten moet bewegen om in loondienst te gaan, is vrijwel niet aangesproken. De laatste 2 jaar hebben slechts 2 artsen gebruik gemaakt van de regeling. De subsidieregeling maakte in 2015 deel uit van de invoering van integrale tarieven. Doel van de regeling was dat de subsidie van maximaal € 100.000 per persoon medisch specialisten kon bewegen het ondernemerschap op te geven en te kiezen voor loondienst. De maatregel was al vanaf de invoering weinig in trek.

De eerste twee jaar meldden zich slechts 560 van de 10.000 vrijgevestigde medisch specialisten voor de regeling. De regeling werd eind 2016 nog een keer met twee jaar verlengd. Daar werd een bedrag van €10 miljoen voor vrijgemaakt. Daar is nog zeker €9,8 miljoen van over, aangezien er in 2017 en 2018 in totaal 2 aanvragen binnen kwamen. Dit jaar loopt de subsidieregeling af (1 maart 2019). Minister Bruins weet niet waarom er maar zo weinig aanvragen binnenkwamen. Een mogelijk antwoord ligt in de hoogte van de goodwill. Die ligt met gemiddeld € 300.000 per medisch specialist 3x hoger dan het maximale subsidiebedrag (19-2-2019, Skipr).

### **Meer uitval specialisten door toename niet-medische taken**

Medisch specialisten hebben de indruk dat het aantal medisch specialisten dat uitvalt met een burn-out toeneemt. Dit blijkt uit een (niet-representatieve) peiling van de FMS onder haar achterban. Eén van de voornaamste oorzaken is het groeiend aantal niet-medische taken.

Bijna 900 medisch specialisten vulden een vragenlijst in van de FMS over burn-outklachten. Bijna 70% heeft de indruk dat in de laatste twee jaar meer medisch specialisten met een burn-out zijn uitgevallen dan in de jaren daarvoor. Twee derde van de medisch specialisten noemt het groeiend aantal niet-medische taken als de belangrijkste oorzaak. De respondenten wijzen op de toenemende administratieve last, niet-efficiënte regelgeving en problemen met het EPD.

Daarnaast wijzen de respondenten vooral de arbeidscultuur als oorzaak aan. Aan de ene kant ervaren medisch specialisten een cultuur van doorwerken; veel en hard werken is eerder regel dan uitzondering. Aan de andere kant ervaren medisch specialisten minder zeggenschap en autonomie. Als derde oorzaak wordt ook de combinatie werk/privé genoemd.

Eén op de zeven respondenten gaf aan ooit zelf te zijn uitgevallen vanwege burn-outklachten (14%). Dit aantal komt overeen met onderzoeken van het RIVM en TNO waaruit blijkt dat 13% van de werknemers burn-outklachten ervaart. Zorgelijk is ook dat een derde van de respondenten aangeeft bijna te zijn uitgevallen door burn-outklachten (24-1-2019, Federatie Medisch Specialisten).

**Wijzigingen NZa-registratieregels 2019**

De registratieregels van de NZa bevatten voor 2019 een aantal belangrijke wijzigingen voor medisch specialisten. Zo is onder andere de regelgeving voor onderlinge dienstverlening aangepast, zodat er minder belemmeringen worden ervaren bij het geven van de juiste zorg op de juiste plek bij behoud van de hoofdbehandelaar. Naast de aangepaste regelgeving voor onderlinge dienstverlening, kunnen in 2019 in het kader van taakherschikking intercollegiale consulten en medebehandelingen worden geregistreerd door verpleegkundig specialisten en physician assistants (19-12-2018, Federatie Medisch Specialisten).

**Taakherschikking**

Physician Assistants (PA) en Verpleegkundig Specialisten (VS) nemen steeds vaker taken over van medisch specialisten, maar discussies over geld en bevoegdheden staan een structurele taakherschikking in ziekenhuizen nog altijd in de weg, blijkt uit onderzoek van het Radboudumc bij een vijftal ziekenhuizen. Het onderzoek richt zich m.n. op de financiële effecten van de inzet van PA en VS in de ziekenhuiscare. De PA en VS mogen sinds 2015 zelfstandig diagnose-behandel-combinaties (dbc's) openen, wat ook steeds meer gebeurt. De totale productie blijft stabiel en daarmee ook de totale opbrengsten voor de ziekenhuizen. Voor de kosten van zorgactiviteiten maakt het niet uit wie het dbc invoert, er wordt geen onderscheid gemaakt naar functie. Toch blijkt dat PA en VS op veel ziekenhuisafdelingen nog niet zelfstandig een dbc kunnen openen. Dat komt door technische belemmeringen, in de zorgadministratie of het elektronisch patiëntdossier, maar ook door afspraken die stellen dat het dbc altijd op naam van de medisch specialist, de hoofdbehandelaar, komt te staan. Specialisten zouden inkomstenverlies vrezen, doordat de productie op naam van PA en VS niet zou worden meegenomen in het model voor inkomstenverdeling.

Volgens de onderzoekers is de vrees voor inkomstenverlies bij medisch specialisten ongegrond. Uit de interviews met financieel experts van de ziekenhuizen blijkt dat de productie op naam van PA of VS wel wordt aangeleverd voor het verdeelmodel. De specialisten hoeven niet te vrezen dat zij worden vervangen

door PA en VS. De inzet van deze beroepen is veelal éxtra inzet, er komt alleen maar personeel bij. Voor de ziekenhuizen leidt dit tot verhoogde personeelskosten, die zij opvangen binnen hun budgetplafond (20-2-2019, Skipr).

**Invoering vermelding BIG-nummer op korte termijn niet mogelijk**

Om eenvoudiger de bevoegdheid van een zorgverlener te kunnen controleren en op te kunnen zoeken in het BIG-register is een wetswijziging opgesteld. Hierin is opgenomen dat BIG-geregistreerden straks verplicht zijn om hun registratienummer te vermelden, zodat dit zichtbaar is voor patiënten. Betrokken partijen zijn echter niet meegenomen in de manier waarop de uitvoering van de wetswijziging wordt geregeld. Naar nu blijkt, gaat het uiteindelijk om een veel omvangrijkere verplichting dan gedacht. Zo is voorgesteld dat het BIG-nummer ook op alle facturen en op websites vermeld wordt. De beoogde datum van invoering is 1 april 2019.

De FMS vindt de invulling van de verplichting waarop artsen hun BIG-nummer actief bekend moeten gaan maken buitenproportioneel. Vermelding op facturen lijkt op het eerste gezicht een onevenredig belastende administratieve maatregel, omdat deze facturen meestal naar de zorgverzekeraar gaan en niet rechtstreeks naar de patiënt. Voor aanpassing van websites en software zijn ziekenhuizen en medisch specialisten afhankelijk van softwareleveranciers. En daar is vaak veel tijd en dito kosten mee gemoeid.

Betrokken veldpartijen hebben op 26 februari jl. een brief aan VWS verzonden waarin aanpassingen en een latere ingangsdatum van de regelgeving worden voorgesteld. Het ministerie heeft inmiddels toegezegd hierover in gesprek te willen gaan (22-2-2019, 27-2-2019, KNMG; 25-2-2019, Federatie Medisch Specialisten; 27-2-2019, NVZ).

**Philips toont 3D-info op bril chirurg**

Philips maakt het voor artsen mogelijk om in 'augmented reality' te zien waar ze mee bezig zijn tijdens een kijkoperatie. Met die techniek wordt informatie in 3D op een speciale bril geprojecteerd, zodat de chirurg niet steeds op een scherm hoeft te kijken.

Bij kijkoperaties maken artsen gebruik van een kleine incisie waardoor ze van schermen afhankelijk zijn om te zien wat ze doen. Nu wordt die informatie over het algemeen nog in twee dimensies weergegeven. Door zijn eigen Azurion-beeldvormingsplatform geschikt te maken voor Microsofts HoloLens 2 augmented reality-bril wordt het de arts makkelijker gemaakt om die informatie snel voor zich te zien.

Philips denkt dat nu meer operaties succesvol via kijkoperaties kunnen worden uitgevoerd. Dat brengt de kosten van de zorg omlaag, onder meer doordat patiënten sneller herstellen (24-2-2019, ANP).

**Overbehandeling voorkomen door tijdig gesprek over levenseinde**

Patiënten in de laatste levensfase krijgen vaak overbodige medische behandelingen (promotieonderzoek van Eric Geijteman, 12 december 2018). Een tijdig gesprek tussen arts, patiënt en naasten over het naderende levenseinde is van belang om overbodige zorg in de laatste levensfase te voorkomen. De KNMG herkent het beeld dat er soms te lang wordt doorbehandeld. Zo is praten over het levenseinde vaak niet eenvoudig. Behandelen wordt over het algemeen als beter ervaren dan afzien van behandeling. Ook zijn artsen vooral opgeleid om mensen te genezen.

Om artsen en patiënten te ondersteunen bij het tijdig praten over het levenseinde heeft de KNMG in samenwerking met de Patiëntenfederatie en ouderenbonden de handreiking "Tijdig praten over het levenseinde" ontwikkeld. In de huidige geneeskundeopleiding is veel aandacht voor gespreksvoering, maar er is nog onvoldoende aandacht voor palliatieve zorg. Ook hebben studenten meer houvast nodig om het gesprek over het levenseinde aan te gaan. In het nieuwe Raamplan 2019 voor het nieuwe basiscurriculum voor geneeskundestudenten zal meer aandacht worden geschonken aan palliatieve zorg en communicatie over het levenseinde (12-12-2018, KNMG).

*“De zorg heeft minder markt en meer samenwerking nodig.”*



# Marktwerving in de zorg doorgeslagen?

**De marktwerking in de zorg is doorgeslagen en moet worden ingeperkt, stelt Minister Hugo de Jonge van VWS in het Algemeen Dagblad van 1 maart jl. “De zorg heeft minder markt en meer samenwerking nodig. Samenwerking gaat niet vanzelf, maar moet ingebakken zijn in de manier waarop we de zorg met elkaar organiseren”, aldus de minister.**

De minister vindt het tijd om het roer om te gooien. Hij wil de keuzevrijheid van patiënten van welke zorgaanbieder zij gebruik willen maken deels inperken. “Daarvoor in de plaats moeten zorgverzekeraars, zorgverleners en gemeenten de zorg meer regionaal gaan organiseren. Daarop moeten zij aanspreekbaar zijn en regelen dat het aanbod de stijgende zorgvraag aankan. Dan zullen de kosten van de gezondheidszorg vanzelf ook minder snel stijgen.” De uitspraken van De Jonge zijn politiek saillant, omdat ‘zijn’ CDA meermaals heeft deelgenomen aan kabinetten die de marktwerking in de zorg juist hebben vergroot. Momenteel zit de partij in een coalitie met twee liberale partijen. Toch gelooft de CDA-minister dat bij alle politieke partijen het besef leeft dat de zorgkosten

langzaam de pan uit rijzen en dat de personeelstekorten in de toekomst niet meer op te vullen zullen zijn. Daarom zullen ze hun ideologische verschillen opzij zetten en op zoek gaan naar praktische oplossingen, aldus De Jonge.

### VVD

Regeringspartij VVD heeft reeds aangegeven niets te zien in het voorstel van CDA-minister Hugo de Jonge om de zorg meer regionaal te organiseren, ten koste van keuzevrijheid en marktwerking. Tweede Kamerlid Arno Rutte spreekt van “een stap terug in de tijd”.

### Rabobank

Ook Michel van Schaik, Directeur Gezondheidszorg bij de Rabobank, vindt terug naar de oude situatie een slecht plan. Hij wil juist ingrijpen binnen het bestaande systeem. Velen uiten nu kritiek op de marktwerking binnen het zorgstelsel. Maar volgens Van Schaik is teruggaan naar het planeconomiemodel van vóór 2006 onrealistisch en onbetaalbaar. Wel beaamt hij dat er zaken fundamenteel moeten veranderen. “Internationaal staat de Nederlandse gezondheidszorg hoog aangeschreven,” zegt van Schaik, “maar tegelijkertijd staat de sector enorm onder druk door de vergrijzing. De kosten zijn enorm. Los van de kostenontwikkeling is ook de enorme krapte op de arbeidsmarkt een steeds groter wordend probleem. Daarom is een transformatie nodig om de sector toekomstbestendig te maken.”

Van Schaik voerde een paar jaar geleden toekomst-verkennend onderzoek voor de gezondheidszorg uit. Zijn conclusie: het aanbod van zorg sluit niet aan bij de vraagontwikkeling en zadelt toekomstige generaties op met een ondraaglijke last. Herstructurering van het ziekenhuisaanbod is nodig om de zorg op termijn toegankelijk en betaalbaar te houden. “We zijn niet gebaat bij ideologische retoriek over wel of geen marktwerking. We moeten bezien wat we kunnen veranderen binnen het huidige stelsel. Door de nodige ingrepen zorg je ervoor dat de toegang gewaarborgd blijft en dat innovaties meer worden gestimuleerd, waardoor betere behandelingen mogelijk zijn.”

### BDO

Accountant- en adviesorganisatie BDO geeft in haar Benchmark rapport ziekenhuizen ook haar visie op de werking van het stelsel. “Verandering is nodig want een zorginfarct dreigt”, aldus BDO.

Ook BDO doelt daarbij op de samenloop van demografische ontwikkelingen, afname financiële middelen en een groeiend personeelstekort. De zorg heeft een nieuw businessmodel nodig volgens BDO. Een model dat uitgaat van kwaliteit en gezondheidswinst voor burgers, met een focus op preventie, innovatie, digitalisering en samenwerking binnen de gehele zorgketen. Om dit te bereiken is meer samenwerking binnen de integrale zorgketen nodig, bijvoorbeeld tussen ziekenhuizen en ouderenzorg. De ziekenhuizen zijn wat BDO betreft de organisaties die daarin de lead moeten nemen. Zij beschikken samen met de medisch specialisten over de organisatiekracht en professionele deskundigheid die benodigd is.

### Maak winstuitkering mogelijk

Marco Varkevisser hield in zijn oratie “Op zoek naar de juiste balans tussen marktwerking en overheidsingrijpen” op 18 januari jl. een pleidooi om het verbod op winstuitkering in de zorg onder voorwaarden op te heffen. In de ogen van Varkevisser is het huidige verbod een belangrijke tekortkoming die ziekenhuizen financieel kwetsbaar maakt. “Zeker sinds de financiële crisis van een aantal jaren geleden zijn banken een stuk terughoudender geworden met het verstrekken van extra geld. Ziekenhuizen met weinig extra vermogen zullen bij tegenslag daarom snel in acute financiële problemen komen. Ook kan het in toenemende mate moeilijk worden om de investeringen van de grond te krijgen die voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ziekenhuiszorg wenselijk zijn. Risicodragende private investeerders kunnen hierbij uitkomst bieden. Maar zij zullen alleen bereid zijn om met geld over de brug te komen als daar in de vorm van een winstuitkering een redelijke vergoeding tegenover staat. Dit is op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen op dit moment echter niet toegestaan.”

### Kortom

Alhoewel de visies uiteen lopen over de werking van het stelsel is het duidelijk dat gezien de opgave waar de zorg voor staat de huidige inrichting van de zorg aanpassing en doorontwikkeling behoeft. De mate waarin dit gebeurt betreft een complex vraagstuk en ligt politiek gevoelig. De komende tijd zal uitwijzen welke keuzes gemaakt zullen worden (1 en 2 maart 2019, AD; 1 maart 2019, website Nationale zorggids; 14 januari 2019, website Rabobank; 9 januari 2019, website BDO; 18 januari 2019, Oratie Varkevisser “Hand in hand”).

**Verschuiving ziekenhuiszorg in 2017**

In het rapport “Kostenontwikkeling Ziekenhuiszorg 2017” is een nieuwe trend zichtbaar: ziekenhuizen maken steeds meer werk van de juiste zorg op de juiste plek. Dutch Hospital Data (DHD) brengt, in opdracht van NVZ en NFU, jaarlijks een rapport uit over de kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg. Dit rapport is gebaseerd op de omzetcijfers van vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen en universitair medische centra (umc’s).

Het aantal kankerpatiënten in de 8 umc’s is in 2017 met 10,1% gestegen ten opzichte van 2016. Het aantal patiënten met een electieve ingreep daalde met 3,1%. Bij de kleinere algemene ziekenhuizen daalde het aantal oncologische patiënten met 3,9% en steeg het aantal electieve ingrepen met 3,4%. Voor de grotere/topklinische ziekenhuizen bedroegen deze percentages min 1,7% en plus 0,1%.

Van alle patiënten in het ziekenhuis zijn chronische patiënten verantwoordelijk voor 40% van de kosten. De DHD benoemt 4 typen ziekenhuispatiënten met chronische aandoeningen, te weten: ● personen met diabetes (totaal in 2017: 141.800; een daling van 2,0% ten opzichte van 2016) ● hartfalen (75.900; een daling van 0,3%) ● COPD (75.000; een daling van 2,6%) ● nierinsufficiëntie (61.000; een daling van 2,1%).

Er zitten grote verschillen tussen het aanbod van chronische zorg in de ziekenhuizen. Zo vindt in een aantal ziekenhuizen nauwelijks klinische opnamen van COPD-patiënten plaats, terwijl het maximum op 3 opnamen per patiënt per jaar ligt. Het aantal diagnostische activiteiten per COPD-patiënt loopt per ziekenhuis ook sterk uiteen: van gemiddeld iets meer dan 1 tot bijna 4,5 per patiënt per jaar (18-1-2019, NVZ; 12-2-2019, Zorgvisie).

**Ziekenhuizen schrappen kwaliteitskeurmerken**

Er bestaan meer dan 100 verschillende keurmerken, lintjes en pluimen in de medisch specialistische zorg. Patiëntenverenigingen willen met het uitrekenen van een keurmerk zichtbaar maken dat specifieke zorg in een ziekenhuis op orde is. Keurmerken hebben de afgelopen jaren ziekenhuizen gestimuleerd om kwaliteit en informatievoorziening verder te verbeteren. Ziekenhuizen voeren tegenwoordig echter vrijwel allemaal dezelfde keurmerken. Hiermee is het dragen van een keurmerk veel minder relevant geworden. De NVZ en de NFU adviseren ziekenhuizen om te stoppen met een aantal kwaliteitskeurmerken. Zij vinden het onderscheidend vermogen van keurmerken steeds lager worden, terwijl deelname aan keurmerken leidt tot hoge financiële en administratieve lasten. De FMS vindt het goed dat er kritisch wordt gekeken naar de administratielast en gaat met haar wetenschappelijke verenigingen in gesprek om na te gaan hoe zij aankijken tegen het schrappen van kwaliteitskeurmerken.

De actie van de ziekenhuizen maakt onderdeel uit van het gezamenlijke streven om de regeldruk en administratielast voor artsen en verpleegkundigen sterk te verminderen. In het ‘Actieplan (Ont)Regel de Zorg Medisch Specialistische Zorg’ van VWS staat dat het aantal kwaliteitskeurmerken moet worden teruggedrongen. De doelstelling van de NVZ en NFU is het aantal keurmerken binnen de medisch-specialistische zorg in 2019 met 50% te reduceren (24-1-2019, FMS; 24-1-2019, NFU).

**Zorginstellingen willen kwetsbare ouderen uit ziekenhuis houden**

Aafje, Amaris, Vivium en Beweging 3.0 werken samen met het Zilveren Kruis om kwetsbare ouderen uit het ziekenhuisbed te houden. Zij willen onnodige opname voorkomen door een diagnose- en observatieperiode in te lassen om vast te stellen welke zorg de oudere nodig heeft. Jaarlijks belanden ruim 300.000 kwetsbare ouderen onnodig in ziekenhuisbedden, blijkt uit onderzoek van ActiZ. Reden hiervoor is dat ouderen vaak een onduidelijke zorgvraag hebben. Een diagnose- en observatieperiode moet eerst die vraag beantwoorden. Patiënten worden via de huisarts of de spoedeisende hulp aangemeld bij één van de zorginstellingen. Onder leiding van de specialist ouderengeneeskunde vindt in een periode van maximaal 10 dagen diagnostiek en behandeling plaats. Zo moet de oudere de juiste zorg krijgen en vervolgens correct worden doorverwezen. Ook wordt gezorgd voor de juiste nazorg: doorstroom naar huis met passende zorg of andere vormen van kortdurend of langdurend verblijf. Aafje in Rotterdam, Amaris in Hilversum, Vivium in Naarden en Beweging 3.0 zijn met het Zilveren Kruis een proef van 1,5 jaar aangegaan. De zorgaanbieders maken hierbij gebruik van een nieuwe prestatie die is vrijgegeven door de NZa binnen het eerstelijnsverblijf, ‘resultaatbeloning en zorgvernieuwing’ (5-2-2019, Skipr).

**Nieuwe subsidieregeling ‘Veelbelovende zorg’**

Onder ziekenhuizen is grote belangstelling voor de nieuwe subsidieregeling ‘Veelbelovende zorg’. Voor de regeling, die op 1 februari jl. in werking is getreden, is €91 miljoen beschikbaar. De doelstelling van de regeling is om innovaties die nog niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, op een veilige wijze en sneller dan voorheen te kunnen aanbieden aan patiënten. Tevens is de regeling van belang om innoverende partijen, zoals algemene ziekenhuizen, beter te ondersteunen bij de laatste ontwikkelstap richting de basisverzekering. Voor de regeling is een fonds beschikbaar van ruim €69 miljoen per jaar, aangevuld met nog eens €22 miljoen voor geneesmiddelen. De subsidieregeling vervangt de oude regeling ‘voorwaardelijke toelating tot het basispakket’. De nieuwe regeling is in vergelijking met het oude instrument simpeler, sneller en aantrekkelijker. Binnen de nieuwe regeling worden ook bedrijven nadrukkelijk aangemoedigd om zich samen met een zorgaanbieder aan te melden.

Wel kan de aanvraag vanuit verschillende partijen uitsluitend door een zorgaanbieder, zoals een ziekenhuis, worden ingediend. De eerste projectideeën kunnen naar verwachting tot half mei worden aangeboden (19-2-2019, Skipr).

### **Helft verpleegkundigen mist tijd om medicatie te delen**

De helft van de verpleegkundigen van ziekenhuizen (54%) en verpleeghuizen (53%) zegt onvoldoende tijd te hebben om medicatie te delen. Dat komt naar voren uit een enquête onder meer dan 500 verpleegkundigen uitgevoerd door MedEye. Behalve over tijdgebrek klagen meer dan 9 van de 10 verpleegkundigen over regelmatig tot vaak gestoord te worden tijdens het medicatiedelen. Verstoringen tijdens het complexe proces van medicatiedelen kan leiden tot het maken van vergissingen. De bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek van beroepsvereniging V&VN onder ruim 17.000 verpleegkundigen. Ook hebben verpleegkundigen geen tijd of collega's beschikbaar voor controle van medicatie en/of patiënten. Toedienfouten van medicatie vormen meer dan andere aspecten van medicatieveiligheid een hardnekkig probleem. Medicatiefouten zoals transcriptie- en voorschrijffouten zijn sinds 1 januari 2014 gereduceerd door invoering van verplicht elektronisch voorschrijven. Toedienfouten zijn echter nog niet voldoende onder controle. Ondanks de introductie van het VMS thema High Risk, dat gericht is op de menselijke dubbele controle van risicovolle medicatie blijkt uit het onderzoek dat meer dan een kwart van de verpleegkundigen in ziekenhuizen en verpleeghuizen deze controle niet altijd uitvoert (12-2-2019, Skipr).

### **Stadspoli houdt rugpatiënt uit het ziekenhuis**

De inrichting van een 1,5-lijns poli in Maastricht voor mensen met lage rugklachten heeft geleid tot kortere doorlooptijden, lagere kosten en een grotere tevredenheid van patiënten en zorgprofessionals. Het aantal doorverwijzingen naar het ziekenhuis daalde met zo'n 45%. De 1,5-rugpoli, een initiatief van de afdelingen Orthopedie en Anesthesiologie-Pijnbestrijding van het Maastricht UMC+, is buiten het ziekenhuis gevestigd in een zogenoemde 'stadspoli'. Op deze locatie werken orthopeden, anesthesiologen, neurologen en gespecialiseerde verpleegkundigen nauw samen en is er goed contact met de verwijzer, veelal de huisarts. Patiënten met lage rugpijn worden direct door de huisarts of specialist naar de

gespecialiseerde rugpoli verwezen. Maastricht UMC+ startte in 2016 met de rugpoli met als doel om de zorg voor patiënten met lage rugpijn beter te organiseren. De zorg voor patiënten met lage rugpijn was erg versnipperd. Patiënten blijven vaak lang bij de relatief duurere ziekenhuiszorg "hangen" en worden van het ene specialisme naar het andere gestuurd. Van orthopedie of reumatologie naar pijnbestrijding of neurologie en weer terug.

Sinds de oprichting zijn op de rugpoli in totaal 800 patiënten gezien. Ongeveer 90% daarvan is terugverwezen naar de huisarts met een persoonlijk advies en behandelplan. De overige patiënten zijn doorverwezen naar het ziekenhuis voor nader onderzoek, een vermindering van 45% ten opzichte van de oude situatie en een jaarlijkse besparing van ongeveer €100.000 aan ziekenhuiskosten. Ook leidde de reorganisatie van de zorg voor patiënten met lage rugpijn tot kortere doorlooptijden. Waar patiënten in het oude proces soms wel maanden tot zelfs jaren door meerdere specialisten in het ziekenhuis werden gezien, is de tijd tot diagnose afgenomen tot 2 à 3 weken (15-2-2019, Skipr).

### **Digitale beveiliging ziekenhuizen slecht**

Uit onderzoek van het cybersecuritybedrijf Cybersprint blijkt dat de digitale beveiliging van Nederlandse ziekenhuizen slecht is geregeld. Cybersprint onderzocht in totaal 7.258 websites, servers en IP-adressen van de 8 academische, de 10 grote en de 10 kleinste ziekenhuizen. Bij alle ziekenhuizen zijn kwetsbaarheden vastgesteld. Zo was er in een academisch ziekenhuis een babycam niet beveiligd, waardoor pasgeborenen van buitenaf door iedereen konden worden bekeken. Ook draaide bij een academisch ziekenhuis een kwart van de websites op verouderde software. Van de 10 grote ziekenhuizen is bij de helft gedateerde software aangetroffen. Verouderde software kan grote gevolgen hebben voor de veiligheid van patiëntgegevens (6-2-2019, ANP).

### **Impact No deal-Brexit**

VWS is een campagne gestart over de mogelijke gevolgen van een 'no deal-Brexit'. Deze campagne is onderdeel van de rijksbrede campagne en een vervolg op eerdere acties van VWS om partijen in de zorgsector op te roepen tot het treffen van voorbereidingen op een 'no deal-Brexit'. Het vertrek van het Verenigd Koninkrijk (VK) uit de Europese Unie (EU) kan verstrekende gevolgen hebben voor

bedrijven en instellingen in de zorgsector. Zo kunnen er problemen ontstaan bij de beschikbaarheid van bepaalde genees- en hulpmiddelen. VWS beschikt over een lijst van ongeveer 50 kritische geneesmiddelen die een relatie hebben met het VK. Daarbij is onder andere gekeken naar alternatieven binnen de EU. Met koepelorganisaties van groothandels en apothekers worden acties voorbereid voor het geval er daadwerkelijk een probleem ontstaat met de levering van één van deze middelen. Daarnaast zijn er nog 2.650 geneesmiddelen met een afhankelijkheid van het VK. Deze geneesmiddelen worden vooralsnog niet als kritisch bestempeld of kennen alternatieven.

Ook bij medische hulpmiddelen met een CE-certificaat uit het VK kunnen problemen ontstaan. Nieuwe voorraden van deze producten mogen na een 'no deal-Brexit' mogelijk niet meer gebruikt worden.

Een 'no deal-Brexit' kan gevolgen hebben voor artsen met een Britse opleiding dan wel Nederlandse artsen die in het Verenigd Koninkrijk werkzaam zijn. Mocht Groot-Brittannië de EU zonder verdere afspraken verlaten, dan vervalt de automatische wederzijdse erkenning van diploma's tussen Nederland en Groot-Brittannië. Dit geldt zowel voor artsdiploma's als specialistendiploma's. Bij een 'no deal-Brexit' krijgen artsen te maken krijgen met langdurige erkenningsprocedures, zo stellen beroepsorganisatie KNMG en de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS), omdat de betrokken keuringsinstanties vanaf dan de gevolgde opleiding inhoudelijk op gelijkwaardigheid aan de eigen opleiding gaan beoordelen alvorens een diploma te erkennen. Deze toetsing kan bovendien leiden tot een negatieve beoordeling, waardoor eerst een aanvullende stage of deelopleiding moet worden gevolgd om alsnog een erkenning te krijgen. Het is nog niet zeker wat er gebeurt met erkenningen die voor 29 maart zijn verleend. De KNMG verwacht deze gehandhaafd blijven in zowel Nederland als het VK. Overleg met het ministerie van VWS moet hier op korte termijn meer duidelijkheid over geven. Lukt het de Europese Unie en het Verenigd Koninkrijk wel om afspraken te maken voor 29 maart, dan volgt een overgangperiode tot en met 2020. NVZ en NFU hebben inmiddels een gezamenlijk crisisteam opgericht ter ondersteuning van hun leden (12-2-2019, ZN; 18-2-2019, NFU; 19-2-2019, Skipr).





### Voortgangsbrief geneesmiddelenbeleid

Eind december 2018 heeft VWS een voortgangsbrief over het geneesmiddelenbeleid naar de Tweede Kamer gestuurd. In de brief gaat de minister in op de belangrijkste maatregelen en ontwikkelingen. Zo zet de minister de overheveling voort van groepen specialistische geneesmiddelen van de openbare apotheek naar het ziekenhuis. De minister heeft besloten om de groep immunoglobulinen per 2021 over te hevelen. Samen met de veldpartijen wordt momenteel onderzocht welke andere geneesmiddelen in aanmerking komen. Door het ziekenhuis verantwoordelijk te maken kan beter worden gestuurd op scherpe inkoop en gepast gebruik. De minister heeft de sluiscriteria afgelopen zomer verder aangescherpt, waardoor er meer geneesmiddelen in de sluisprocedure komen. Middelen met een groot financieel risico, een hoog kostenbeslag of een ongunstige kosteneffectiviteit kunnen in aanmerking komen voor plaatsing in de sluis. Dat betekent dat ze niet langer automatisch instromen in het verzekerde pakket. Het instrument van de sluis verschaft de minister de mogelijkheid om met de fabrikanten te onderhandelen over de prijs. Ook stimuleert de minister gepaste inzet en scherpe inkoop van dure geneesmiddelen. Voor dat laatste heeft hij het Platform Inkoopkracht Dure Geneesmiddelen ingesteld, die met aanbevelingen komt. Ten slotte wordt de regelgeving rondom magistrale bereidingen verduidelijkt. Een magistrale bereiding (bereiding van een geneesmiddel voor eigen patiënten) kan een alternatief zijn voor geregistreerde geneesmiddelen, ook in gevallen dat er geen sprake is van een excessief hoge prijsstelling van het geregistreerde geneesmiddel (7-1-2019, NVZ).

### Uitgaven aan dure geneesmiddelen stijgen

Uit cijfers over 2017 kan men opmaken dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen verder groeien naar €2,08 miljard (€1,91 miljard in 2016; een groei van 9%). Dit blijkt uit de Monitor geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zorgverzekeraars en ziekenhuizen slagen er

steeds beter in om lagere prijzen af te spreken voor de geneesmiddelen, maar de groei van het aantal patiënten en de komst van nieuwe medicijnen zorgen ervoor dat de totale uitgaven aan geneesmiddelen sterk blijven stijgen. Voor patiënten is dat een goede ontwikkeling welke echter tegelijkertijd een grote druk op de betaalbaarheid van de zorg legt.

De uitgaven aan dure geneesmiddelen stegen de afgelopen jaren harder dan de rest van de medisch-specialistische zorg. Naar verwachting werd 8,8% van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg in 2017 uitgegeven aan dure geneesmiddelen. Dit dreigt ten koste te gaan van andere zorg. De stijging van het aandeel van dure geneesmiddelen in de totale uitgaven in de medisch-specialistische zorg vormt daarmee een serieuze bedreiging voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van medisch-specialistisch zorg (30-1-2019, NZa; 1-2-2019, NVZ).

### Ziekenhuis gaat meer medicijnen namaken

Academisch ziekenhuis Amsterdam UMC gaat de komende jaren meerdere medicijnen in de eigen apotheek bereiden, zodat ze sneller en goedkoper beschikbaar komen dan middelen uit, bijvoorbeeld, de farmaceutische industrie. Het is onderdeel van een breder plan om de beschikbaarheid van geneesmiddelen voor zeldzame ziekten te verbeteren. Het ziekenhuis wil onderzoeken waarom het vaak niet lukt om medicijnen tegen een redelijke prijs bij patiënten te krijgen en die informatie via een 'kennisplatform' delen met andere ziekenhuizen en apotheken. Ook wil het andere apothekers helpen met het zelf bereiden van (goedkopere) geneesmiddelen. Binnen 5 jaar wil Amsterdam UMC jaarlijks een duur geneesmiddel zelf bereiden of een bedrijf helpen dat dit op een maatschappelijk verantwoorde manier wil doen, zo blijkt uit de subsidieaanvraag die NRC inzag (11-2-2019, ANP).

### ACM maant farmaceuten

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) maant farmaceuten en grondstoffenleveranciers om goedkopere alternatieven voor dure

medicijnen niet op oneigenlijke wijze te dwarsbomen. De ACM denkt hierbij aan het zelf bereiden van weesgeneesmiddelen door (ziekenhuis)apotheken en gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen. Volgens de ACM bieden beide trajecten goede mogelijkheden voor lagere prijzen. De ACM zegt er op te letten dat geneesmiddelenfabrikanten en grondstoffenleveranciers geen ongerechtvaardigde belemmeringen opwerpen voor magistrale bereiding, bijvoorbeeld door toegang tot grondstoffen te beperken of onredelijke voorwaarden te hanteren. Een andere manier om de prijzen van dure geneesmiddelen te drukken is volgens de ACM gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen. Als zorgverzekeraars en ziekenhuizen hun inkoopvolume binnen Nederland en over de grenzen heen bundelen, kunnen ze lagere prijzen van geneesmiddelen bedingen. Volgens de ACM zijn beide partijen vaak ten onrechte huiverig om samen op te trekken, terwijl dit, mits ze zich aan de spelregels houden, wel is toegestaan.

Naast het geven van advies is de ACM ook enkele onderzoeken gestart. Zo doet de ACM naar aanleiding van een handhavingsverzoek van de Stichting Farma ter Verantwoording onderzoek naar de hoge prijzen van het middel CDCA, dat gebruikt wordt bij de behandeling van een zeldzame stofwisselingsziekte. Fabrikant Leadiant verviervoudigde vorig jaar de prijs van het middel tot € 160.000. Minister Bruins noemde de stap eerder al "maatschappelijk onaanvaardbaar". De ACM onderzoekt nu of de fabrikant misbruik maakt van een machtspositie. Daarbij volgt de ACM nauwgezet de ontwikkelingen rondom magistrale bereiding door het Amsterdam UMC. Het academische ziekenhuis kondigde vorig jaar aan zelf een medicijn te gaan bereiden, maar werd door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) teruggefloten.

Behalve onderzoek naar CDCA verricht de ACM ook een sectoronderzoek naar reumamiddelen. Met haar opstelling stelt de ACM zich lijnrecht op tegenover de farmaceutische belangenvereniging Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen. Die vindt magistrale bereiding geen oplossing voor een discussie over de prijs van een geregistreerd medicijn. Geneesmiddelen die door apothekers zijn bereid, zijn slechts onder zeer strikte voorwaarden voor enkele patiënten toegestaan (19-2-2019, Skipr).



## E-Health

### NZa houdt bekostiging e-health tegen het licht

E-health kan een belangrijke bijdrage leveren aan het inzetten van de juiste zorg op de juiste plek. In de zorg bestaan al veel e-health toepassingen, maar vaak nog op kleine schaal. De NZa wil een bijdrage leveren aan het stimuleren van zorg op de juiste plek door het mogelijk te maken deze toepassingen breder in te zetten, zodat mensen bijvoorbeeld zorg thuis kunnen krijgen en niet onnodig naar het ziekenhuis hoeven. De NZa gaat komend jaar kijken of de bestaande regels die er zijn om thuis- en zelfzorgtechnologieën vergoed te krijgen moeten worden opgerekt. Door minder strak te omschrijven wat er wel en niet kan worden vergoed zouden nieuwe technologieën er eerder onder kunnen vallen. Voor zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders zou het meer duidelijkheid kunnen geven bij de contractering als er nieuwe, helder geformuleerde prestatiebeschrijvingen komen. Een andere mogelijkheid is het gelijk trekken van de tarieven voor bepaalde e-health-toepassingen met de tarieven van reguliere zorgproducten, bijvoorbeeld de teledermatologie, het op afstand beoordelen van digitale foto's door een dermatoloog. Nu geldt hiervoor een lager tarief dan voor een bezoek aan de dermatoloog. Voor dermatologen en ziekenhuizen is dat geen stimulans om over te gaan op teledermatologie, terwijl die een hoop onnodige bezoeken aan de dermatoloog zou kunnen voorkomen en de patiënt sneller duidelijkheid zou geven. Verder wil de NZa zorgverzekeraars stimuleren om elkaars beleid bij het inkopen van e-health te volgen. Bewezen e-health toepassingen moeten snel landelijk worden gestimuleerd als logisch

onderdeel van zorg door alle zorgverzekeraars en zorgkantoren, (en idealiter ook door gemeenten) zodat mensen overal in het land hier gebruik van kunnen maken.

De NZa ziet in e-health kansen om hele zorgprocessen beter of doelmatiger in te richten. De zorgautoriteit stelt daarbij wel vast dat implementatie van een nieuwe e-health-toepassing weer zou kunnen leiden tot een verlies van opbrengsten voor de zorgaanbieder omdat die bestaande zorg vervangt die niet meer gedeclareerd kan worden. Innovatieve contractmodellen zoals de gebundelde betaling (bundle payment) kunnen dan uitkomst bieden. Met een gebundelde betaling spreken aanbieder en verzekeraar een vast bedrag af per patiënt binnen een specifieke, afgebakende patiëntengroep voor alle zorg die samenhangt met de specifieke zorgvraag van de patiënt. Aanbieder en zorgverzekeraar kunnen bijvoorbeeld een vast bedrag overeenkomen per COPD-patiënt voor alle longzorg die deze patiënten nodig hebben. De uitkomsten van zorg die voor deze patiënten belangrijk zijn worden gemeten en hierover legt de zorgaanbieder verantwoording af. Hierdoor ontstaat er meer stimulans om het zorgproces anders in te richten (19-2-2019, ANP; 18-2-2019, Nieuwsbericht NZa).

### 90 miljoen voor inzet technologie bij zorg thuis

Het kabinet investeert voor de inzet van e-health toepassingen de komende jaren 90 miljoen euro via een stimuleringsregeling. Aanbieders van zorg en ondersteuning kunnen dit voorjaar samen met inkopers daarvoor plannen indienen. Door e-health kan beter en effectiever zorg en ondersteuning verleend worden en het kan zorgmedewerkers ontlasten. Voor de ouderen of chronisch zieken en hun mantelzorgers draagt e-health onder andere bij aan meer regie en meer bewegingsvrijheid en zorgt het ervoor dat zij met een grotere kwaliteit van leven langer thuis kunnen wonen. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om valsensoren, elektronische sleuteloplossingen, wondverzorging op afstand, communicatieplatforms tussen professionals onderling en de cliënt, leefstijlmonitoring, maar ook technologie die een mantelzorger in staat stelt op afstand in de gaten te houden hoe het met zijn naaste gaat. De komende 3 jaar is er jaarlijks € 30 miljoen beschikbaar om op grotere schaal en structureel e-health in te zetten in de reguliere zorg en ondersteuning van ouderen en

mensen met een (risico op) chronische ziekte of beperking die thuis wonen. Vanuit de regeling kunnen in totaal ongeveer 280 initiatieven worden bekostigd. Aanbieders van Wmo-ondersteuning, Zvw- of Wlz- zorg thuis kunnen samen met één (of meer) inkopers van ondersteuning en zorg een aanvraag indienen. Vanaf 1 maart 2019 staat de regeling open voor aanvragers (17-1-2019, Nieuwsbericht Ministerie VWS).



## Spoedzorg

### NZa-monitor acute zorg

De acute zorg was in 2017 nog steeds goed toegankelijk. Het aantal patiënten in de spoedzorg lijkt wat af te nemen. Wel belanden er door de vergrijzing meer complexe patiënten op de spoedeisende hulp (monitor acute zorg, Nederlandse Zorgautoriteit, NZa). Om drukte in de acute zorg ook in de toekomst op te kunnen blijven vangen is meer samenwerking nodig tussen ziekenhuizen, huisartsen en andere partijen in de acute zorgketen.

Kinderen tot 4 jaar en mensen van 65 jaar en ouder maken het meest gebruik van acute zorg. De behandeltijd per patiënt, het aantal opnames na een bezoek aan de spoedeisende hulp, de verblijfsduur in het ziekenhuis en het beroep op vervolgzorg nemen toe met de leeftijd. De toekomstverkenning van het RIVM in samenwerking met de NZa maakt inzichtelijk dat de ene regio sneller vergrijsd dan de andere. En wat de te verwachten gevolgen daarvan zijn voor de vraag naar acute zorg. Ook kan drukte in de acute zorg ontstaan als de doorstroom (bijvoorbeeld van spoedeisende hulp naar opnameafdelingen) of de uitstroom

naar vervolgzorg (zoals verpleging en verzorging of eerstelijns verblijf) niet soepel verloopt. Zorgaanbieders in de acute zorg zullen goed in gesprek moeten blijven met elkaar en met de zorgverzekeraars om knelpunten in de toekomst te voorkomen.

#### Kwaliteitskader Spoedzorgketen

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen dat in 2018 door betrokken partijen in concept is aangeboden aan het Zorginstituut beschrijft de normen, richtlijnen en aanbevelingen die de kwaliteit van de spoedzorgketen bevorderen en borgen. Invoering van het kwaliteitskader Spoedzorgketen gaat maximaal €26,8 miljoen meer kosten blijkt uit de budget-impactanalyse (BIA) die de NZa op verzoek van Zorginstituut Nederland (ZIN) maakte. Voor de budget-impactanalyse is onderzocht welke aanpassingen ziekenhuizen moeten doen om aan de normen van het kwaliteitskader te kunnen voldoen. Op basis van de informatie uit de BIA zullen partijen vervolgens nadere afspraken maken over het Kwaliteitskader en de implementatie ervan.

#### Beschikbaarheidsbijdrage acute zorg

De NZa verhoogt de beschikbaarheidsbijdrage voor de Mobiele Medische Teams (MMT) met traumahelikopter en voertuig van €852.670 naar ruim een miljoen euro per jaar per netwerk. Deze wijziging gaat met terugwerkende kracht in per 1 januari 2019. In Nederland zijn 4 parate teams gevestigd die 24/7 en binnen 2 minuten per helikopter of voertuig in actie kunnen komen. Een team bestaat uit een gespecialiseerd verpleegkundige, medisch specialist en een piloot of chauffeur. Voordat de patiënt per ambulance naar het ziekenhuis wordt vervoerd levert het MMT ter plaatse medisch-specialistische zorg. De teams zijn gevestigd nabij de traumacentra van Groningen, Nijmegen, Rotterdam en Amsterdam. Daarnaast zijn er twee beschikbare teams in Enschede en Utrecht die binnen 25 minuten na aanname van de melding per auto onderweg zijn om medische assistentie te kunnen leveren. Per jaar worden deze teams in totaal zo'n 6.000 keer ingezet.

De NZa start dit jaar start ook een kostenonderzoek. Op basis van de resultaten zullen de bedragen opnieuw worden aangepast (10-1-2019, NZa; 14-1-2019, NZa & Zorginstituut; 5-2-2019, NZa; 14-2-2019, NZa; 15-2-2019, Skipr).



#### Bruno Bruins investeert in veiligheid van implantaten

Voor het plaatsen van een implantaat bestaat vaak een medische noodzaak. Zoals bij alle medische ingrepen moeten de voordelen en de risico's worden afgewogen. Het is cruciaal dat artsen over de risico's van implantaten in gesprek gaan met de patiënt, zodat ze samen kunnen beslissen over de beste behandeling. Patiënten moeten weten waarom de plaatsing van een implantaat nodig is, maar ook welke risico's (de operatie met) het implantaat met zich meebrengt. Daarom start minister Bruno Bruins komend jaar met een campagne om artsen beter te informeren over de risico's van implantaten. Ook moet de campagne bevorderen dat artsen en patiënten bijwerkingen melden bij het Meldpunt en Expertisecentrum Bijwerkingen Implantaten. Bruins start ook een extra traject dat zich richt op het goede gesprek tussen arts en patiënt bij de keuze over het al dan niet gebruiken van implantaten. Artsen moeten zich ervan verzekeren dat de informatie die zij geven over mogelijke bijwerkingen en risico's van een behandeling, is gehoord en begrepen door de patiënt. Om patiënten adequaat bij te staan, hebben artsen informatie nodig over de bijwerkingen die bekend zijn. Ook wordt geïnvesteerd in de uitbreiding van capaciteit op het gebied van implantaten bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Extra mensen worden aangenomen bij het team Medische Technologie van de IGJ en het budget van het RIVM

voor onderzoek naar risico's van implantaten wordt verhoogd. Daarnaast wordt geïnvesteerd in de ICT van het Meldpunt en Expertisecentrum, zodat ook bij grotere aantallen meldingen signalen over bijwerkingen van implantaten snel kunnen worden opgepikt. Artsen zijn vanaf 1 januari 2019 wettelijk verplicht om implantaten te registreren in het Landelijk Implantatenregister. Nederland loopt daarmee vooruit op Europese regelgeving die in mei 2020 in gaat (22-12-2018, Nieuwsbericht Ministerie VWS).

#### Samenwerking voor uniforme codering medische hulpmiddelen

Intrakoop, het Landelijk Netwerk Assortimentscoördinatoren in de Gezondheidszorg (LNAG) en het Gebouwen Management Gezondheidszorg (GMG) gaan samenwerken aan een uniforme codering voor de medische hulpmiddelen van ziekenhuizen. Dat moet leiden tot een doelmatiger en veiliger inzet van hulpmiddelen. Nu classificeren zorgorganisaties medische hulpmiddelen onafhankelijk van elkaar. Artikelbases zijn daardoor onoverzichtelijk, zeker als het gaat om assortimentsoverzichten, artikelomschrijvingen, gebruikstoepassing, prijzen en alternatieven. Als gevolg hiervan staan ook financiële gegevens onduidelijk en verkeerd in grootboekrekeningen. Goede classificatie maakt betrouwbare benchmarks mogelijk. Het draagt bij aan efficiënt assortimentsbeheer en doelmatige en veilige inzet van medische hulpmiddelen.

De oplossing wordt gezocht in een zogeheten AOC-codering, zoals die al bestaat voor medische apparatuur. In het kader van de invoering van de Europese Verordening Medical Device Regulations (MDR) krijgt elk individueel medisch hulpmiddel vanaf mei 2020 ook al verplicht een productidentificatiecode van de leverancier. Deze Unique Device Identification (UDI)-code borgt de identificatie en traceerbaarheid van alle medische hulpmiddelen in de Europese markt. Toch zien Intrakoop en zijn partners bij zorgorganisaties een groeiende behoefte aan het classificeren van artikelen op hun toepassing. Door de product-identificatie en de AOC-codering met elkaar in verband te brengen zouden zij meer inzicht in hun assortiment en de kosten van medische hulpmiddelen kunnen krijgen (14-2-2019, Skipr).

### **VGZ gaat zelf implantaten inkopen**

VGZ gaat implantaten voortaan zelf centraal inkopen en gaat afspraken maken met leveranciers van tandheelkundige implantaten. De zorgverzekeraar heeft dit besloten vanwege de hoge kosten die tandartsen in rekening brengen. Met deze maatregel kunnen miljoenen euro's worden bespaard. Volgens VGZ blijkt uit prijzen van 12 verschillende implantaatfabrikanten dat de inkoopkosten gemiddeld €186 per implantaat bedragen. Veel tandarts-implantologen brengen echter €314,04 (het maximale NZa-tarief voor 2019) in rekening. VGZ vergoedt jaarlijks ongeveer 26.000 implantaten (7-2-2019, ANP).

### **Sint Maartenskliniek en Zimmer Biomet werken aan verbetering zorg**

De Sint Maartenskliniek in Nijmegen en Zimmer Biomet gaan nauwer samenwerken om de orthopedische patiëntenzorg beter en efficiënter te maken. Zimmer Biomet is een wereldwijde leverancier van medical devices. Op 29 januari jl. tekenden de partijen een meerjarige samenwerkingsovereenkomst. Voor de verbetering van orthopedische patiëntenzorg ondernamen de Sint Maartenskliniek en Zimmer Biomet al initiatieven, zoals het protocol 'enhanced recovery', dat heeft geleid tot een korter

verblijf van patiënten in het ziekenhuis. Ook zijn andere efficiency-aspecten in een 'gainsharing' model vastgelegd. De Sint Maartenskliniek loopt in Nederland voorop als het gaat om operaties met heupprothesen. Volgens cijfers van Zorginstituut Nederland voerde de Sint Maartenskliniek in 2017 ruim 1100 totale heupprothese-operaties uit en 335 heuprevisie-operaties, verreweg de meeste in Nederland. Het eerstvolgende ziekenhuis voerde zo'n 145 van dergelijke revisieoperaties uit. De heuprevisie-operatie is een complexe operatie die nodig is als een heupprothese niet goed functioneert en geheel of gedeeltelijk moet worden vervangen. Het gaat hierbij vooral om patiënten die vanuit andere ziekenhuizen komen. Deze patiënten komen uit heel Nederland (30-1-2019, Skipr).



## **Zorgverzekering**

### **Rechter haalt streep door vaste korting bij ongecontracteerde zorg**

Zorgverzekeraars mogen geen vaste korting hanteren bij de vergoeding van ongecontracteerde zorg. In plaats daarvan moeten ze per zorgtype het kortingspercentage motiveren, oordeelt de rechtbank in Gelderland. De Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze had namens zo'n 25 zelfstandige behandelcentra een zaak aangespannen tegen de 4 grote zorgverzekeraars Zilveren Kruis, Menzis, VGZ en CZ. Zorgverzekeraars vergoeden zorg die wordt geleverd door partijen waar zij geen contract mee hebben niet volledig. Omdat zij met die partijen geen afspraken

hebben over de prijs, gebruiken zij een gemiddeld tarief voor de behandeling en betalen ze vaak 75% daarvan. Het gebruik van een vast kortingspercentage wijst de rechtbank nu af, omdat de kosten per zorgtype te veel variëren. Zorgverzekeraars moeten per zorgtype motiveren waarom zij een bepaalde korting heffen. De korting mag niet zo groot zijn dat deze een drempel vormt voor kiezen van zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dat is immers vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars mogen wel een gemiddeld tarief hanteren, maar dat moet zijn gebaseerd op de daadwerkelijke kosten van behandeling. Er moet een verband bestaan tussen de vergoeding en de kosten van de door de verzekeraar gecontracteerde zorg (4-2-2019, Skipr).

### **Overstappercentage zorgverzekering 2019**

Dit jaar wisselden 1,2 miljoen (7,0%) Nederlanders van zorgverzekeraar. Vorig jaar (2018) wisselde 6,2% van de verzekerden van zorgverzekeraar en in 2017 was dit 6,4%. Verzekerden kunnen elk jaar tot 1 januari hun zorgverzekering opzeggen en hebben dan tot uiterlijk 1 februari de tijd om een nieuwe zorgverzekering af te sluiten. In april publiceert Vektis Intelligence een uitgebreide analyse van het overstapeseizoen in de Zorgthermometer Verzekerden in beeld 2019 (1-2-2019, Vektis & ZN).

### **Budgetpolis**

In 2014 kozen nog 775.00 mensen voor een budgetpolis, in 2018 zijn dat er 2,3 miljoen. Patiënten met een budgetpolis kunnen niet in ieder ziekenhuis terecht en elders moeten ze soms voor 20% van de rekening opdraaien. Verschillende politieke partijen zijn voor afschaffing van de polis. Ook kwam onlangs de budgetpolis weer negatief in het nieuws toen bleek dat patiënten van het failliete MC Zuiderzee met een VGZ Gewoon Zekur polis en de Zilveren Kruis Basis Budget polis niet terecht konden in het St. Jansdal of Antonius ziekenhuis zonder daarvoor te hoeven bijbetalen (12-12-2018, Nationale Zorggids).