

"Natuurlijk in Beweging" is een initiatief van Biomet Nederland BV, gevestigd in Dordrecht.

Deze uitgave is een nieuwsbrief, die belangrijke ontwikkelingen met leuke wetenswaardigheden in de gezondheidszorg combineert.



Natuurlijk in Beweging

In dit nummer o.a.:

• **Invoering integrale tarieven 2015 medisch specialisten** • **Ziekenhuizen maken zich zorgen over traject herinrichting spoedeisende zorg** • **Veranderingen in de zorg per 1 januari 2014** • **PROMs, meten is weten** • **Jaarrekeningen problematiek 2013**

Wees nou eens duidelijk....

Graag verruim ik, via onder andere de media, tijdschriften en met gesprekken binnen en buiten ziekenhuizen, mijn kennis en begrip over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Echter de stroom van informatie is zo kolossaal en divers dat het nauwelijks bij te houden valt wat er allemaal gebeurt. Kunnen we nog wel begrijpen wat er zich allemaal in onze zorg afspeelt?

Een aantal voorbeelden:

- De complexiteit van de financiering van ons zorgstelsel brengt de rekenkamer tot wanhoop. De politiek weet moeilijk om te gaan met het dossier: 'Zorg'.
- Wat is het beleid van de overheid aangaande het toekomstig aantal ziekenhuizen in Nederland? Hoeveel SEH blijven er uiteindelijk over? Hoeveel ziekenhuis directieuren gaan nog de krant halen omdat ze sluiting onterecht of ongepast vinden? De regionale rol en functie van hun ziekenhuis komt in het gedrang.
- Wat is de toekomst van de medisch specialist in Nederland? Blijft hij (of zij) de vrijgevestigd ondernemer, komt hij in loondienst of komt er een aandeelhouderschap?
- Ziekenhuizen moeten noodgedwongen medewerkers ontslaan, terwijl bestuurders vetrekken met een gouden handdruk.
- De minister praat over maximale concurrentie in de gezondheidszorg, hoe kan dit wanneer er allerlei restricties opgelegd worden door zorgverzekeraars? Is er wel eerlijke concurrentie tussen zorgverzekeraars?

Beseffen wij wel dat een gemiddeld gezin op jaarbasis een groot bedrag aan zorgpremies betaald? Als de zorguitgaven blijven stijgen zoals ze de afgelopen 10 jaar hebben gedaan, dan betaalt dit zelfde gezin in 2040 de helft van het bruto inkomen aan zorg. Dit is niet houdbaar. Bij iedere aankoop ter waarde van € 11.000,- vragen we ons op zijn minst af wat we voor dit geld krijgen. Zo niet in de gezondheidszorg. De invloed van de consument is erg gering voor wat hij kan verwachten.

Caveat emptor is een Latijnse uitdrukking die zich laat vertalen als *koper wees op je hoede*. De uitdrukking verwijst naar *eens gekocht altijd gekocht*. Volgens deze lezing dient een koper eerst na te denken voor hij tot koop overgaat. Laat hij dit na, dan is hij aan de koop gebonden. Zelfs als achteraf blijkt dat hij een kat in de zak heeft gekocht(!) (Wikipedia) Is dit niet treffend voor onze financiële bijdrage aan de zorg? Hebben wij geen recht op een systeem wat de consument begrijpt en dat werkt?

Waarom krijgen burgers geen inzicht in de waarde en kwaliteit van wat wij kunnen verwachten en tegen welke financiële inspanning? De politiek heeft via partijen aandacht voor bijvoorbeeld ouderen en dieren. Een belangrijk blijvend politiek discussiepunt is slechts een onderdeel van een partijprogramma. Wordt het niet eens tijd voor een partij voor de 'gezondheidszorg'? Uit naam van alle gezinnen die jaarlijks € 11.000,- bijdragen, laat het eens een keer duidelijk worden!



Roland van Esch



Invoering integrale tarieven 2015 medisch specialisten

Eind 2013 heeft de minister van VWS een brief aan de Tweede Kamer gestuurd over haar voornemen ten aanzien van de invoering van integrale tarieven. Het betreft een reactie op het eerdere advies van de NZa over de invoering van integrale tarieven.

De minister ziet invoering van integrale bekostiging als een cruciale volgende stap in de ontwikkeling van de bekostiging van de medisch-specialistische zorg. Deze vervolgstap is noodzakelijk omdat de bestaande regulering forse belemmeringen voor taakherschikking oplevert. Ook selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars wordt bemoeilijkt. Ten slotte heeft de bestaande regulering tot gevolg dat (financiële) belangen van instelling en specialisten niet altijd gelijk op lopen. Dat zet, volgens de minister, een onnodige rem op het realiseren van doelmatigheid en kwaliteit binnen de instellingen. Overigens wordt de overgang naar integrale tarieven ook door zorgaanbieders en medisch specialisten onderschreven. Hierover zijn afspraken gemaakt in het eerste hoofdlijnen-akkoord medisch-specialistische zorg uit 2011 die in het bestuurlijke akkoord van 2013 zijn bekrachtigd.

Aanpassingen in regelgeving

De minister neemt het advies van de NZa integraal over. Met ingang van 2015 beschikt de medisch specialist (inclusief de kaakchirurg) niet langer meer over een eigen declaratierecht. De honorariumtarieven worden vrij gegeven, het beheersmodel wordt opgeheven en de macrokaders voor ziekenhuiskosten en honoraria worden samengevoegd. Na de verplichte voorhangperiode zal de minister een aanwijzing geven aan de NZa om het bovenstaande in regelgeving te verwerken en te verankeren.

2015

Aan de hand van integrale tarieven kan door verzekeraars en instellingen worden onderhandeld over het gehele zorgproduct met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal. Dit leidt er toe dat zorgaanbieders meer vrijheden en ruimte krijgen om de zorg, én het financieren daarvan, optimaal in te richten. Hierbij rekening houdend met kwaliteit en toegankelijkheid. Met de invoering van integrale tarieven wordt ook het vraagstuk van de taakherschikking

opgelost. De minister wil parallel aan de invoering van integrale tarieven een aantal bestaande regels omtrent registratie en declaratie, die taakherschikking op dit moment belemmeren, aanpassen. Zo mogen vanaf 2015 ook de verpleegkundig specialist en de physician assistant een DBC-zorgproduct openen. Ook zal de beleidsregel met betrekking tot het zogenaamde face-to-face contact worden uitgebreid met de verpleegkundig specialist en de physician assistant.

Fiscale aspecten

Het vervallen van het zelfstandig declaratierecht en het daarmee samenhangende vervallen van het debiteurenrisico leidt er toe dat niet langer sprake is van fiscaal ondernemerschap. Deze fiscale positie was gebaseerd op een ruling van het ministerie van Financiën. Specialisten die in een maatschap zaten, kregen van de belastingdienst automatisch de status van ondernemer. Deze ruling komt te vervallen. In het bestuurlijk akkoord van afgelopen zomer is afgesproken dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband, dan wel in een vrij beroep. In overleg tussen de ministeries van Financiën en VWS, de Belastingdienst, NVZ en de Orde van Medisch Specialisten is vanuit die invalshoek, naast het dienstverband, een viertal samenwerkings- en participatiemodellen uitgewerkt. Deze modellen doen enerzijds recht aan het uitgangspunt van gelijk gerichtheid van belangen tussen instelling en medisch specialisten en anderzijds de keuze voor een vrij beroep mogelijk te maken. In de praktijk is behoud van fiscaal ondernemerschap voor specialisten dus ook na 2015 mogelijk, maar uitsluitend als deze specialisten daadwerkelijk in fiscale zin (ondernemers)risico gaan lopen. Daarbij moet worden gedacht aan het in dienst nemen van personeel, het investeren in bedrijfsmiddelen of het samen met het ziekenhuis deelnemen in het ziekenhuisbedrijf. Vrijgevestigde specialisten die hun huidige praktijk ongewijzigd voortzetten, zullen per 2015 niet langer worden aangemerkt als fiscaal ondernemer en zullen dan de daaraan gekoppelde fiscale faciliteiten verliezen.

Transitie

In het akkoord medisch-specialistische zorg is afgesproken dat er middelen beschikbaar worden gesteld om de transitie naar integrale bekostiging te faciliteren. Het voorstel is dat er een Transitie-fonds wordt opgericht waar ziekenhuizen subsidie kunnen aanvragen voor de (gedeeltelijke) dekking van de transitiekosten bij de overstap van een vrijgevestigde medisch specialist naar loondienst. Hieronder wordt onder andere de goodwill-problematiek verstaan. Begin april zal, naar verwachting, meer duidelijkheid komen over het Transitiefonds.

In het veld

Zowel de Orde van Medisch Specialisten als de NVZ trekken op dit moment het land in om hun leden bij te staan in het lastige keuzetraject rondom de modellen. Tijdens deze bijeenkomsten blijkt dat de materie erg complex en weerbarstig is. Bij veel medisch specialisten blijkt er nog onduidelijkheid én verontwaardiging te bestaan over de nieuwe situatie per 2015. Ook de keuze tussen de modellen is, zowel vanuit de positionering van de medisch specialist als in financiële zin, complex. Ook voor de ziekenhuis besturen is de materie verre van eenvoudig. Echter, de ontwikkeling is onafwendbaar. Niets doen leidt automatisch tot fiscaal dienstverband.

Uit een peiling van het adviesbureau Logex blijkt dat zo langzamerhand wel een denkrichting wordt gekozen. Volgens deze peiling heeft een meerderheid van de respondenten voorkeur voor het opgaan in één grote ziekenhuismaatschap die afspraken maakt met het ziekenhuis. Deze supermaatschap is één van de vier ontwikkelde modellen waar specialisten eventueel ondernemer kunnen blijven. Twee modellen gaan uit van samenwerken (via één grote supermaatschap of een specialisten B.V.), bij de andere twee modellen is sprake van participatie van specialisten in het ziekenhuis. Uit de peiling van Logex blijkt dat 87% van de specialisten een voorkeur heeft voor de samenwerking met het ziekenhuis via één grote ziekenhuismaatschap. Specialisten zijn van mening dat dit model het enige model is dat binnen het gegeven tijdsbestek nog mogelijk is. Voor de verdergaande participatiemodellen is namelijk veel meer voorbereidingstijd nodig. Of de peilingresultaten ook uitkomen en de specialisten inderdaad massaal zullen kiezen voor het samenwerkingsmodel in plaats van de stap te zetten naar het dienstverband, zullen we snel weten. De keuze zal namelijk nog voor de zomer moeten worden gemaakt.

Bewerking van brief VWS aan tweede kamer d.d. 18 december jl, stukken over integrale tarieven op website Orde (13/2/2014) en website NVZ, Zorgvisie 26/2/2014

Eerste resultaten van Verstandig kiezen

De Orde van Medisch Specialisten, de wetenschappelijke verenigingen en ZonMw hebben vorig jaar de campagne 'Verstandig Kiezen' opgezet. Met deze campagne worden medisch specialisten en patiënten ondersteund bij gezamenlijke beslissingen over gepast gebruik van zorg. De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) participeert in de campagne 'Verstandig Kiezen' en is nauw betrokken bij de invoering hiervan. 'Verstandig Kiezen' bestaat uit meerdere elementen. Zo worden er vanuit de wetenschappelijke verenigingen zogeheten 'Verstandige Keuzes' geformuleerd. Dit zijn evidence based aanbevelingen waarmee artsen en patiënten samen besluiten kunnen nemen over de best passende behandeling voor de individuele patiënt. Daarnaast wordt onderzoek gedaan naar praktijkvariatie. Het doel hiervan is om inzicht te krijgen in de oorzaken van de variatie en waar nodig verbeteringen in gang te zetten. Het programma onderdeel 'Samen Beslissen' richt zich op het verbeteren van de gezamenlijke besluitvorming door patiënten en artsen.

Inmiddels heeft de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgie gerapporteerd over een 'Verstandige Keuze' ten aanzien van de behandeling van rughernia. De richtlijnen in Nederland schrijven voor om bij een hernia tot 12 weken te wachten met opereren in verband met een mogelijk spontaan herstel. Dit spontane herstel treedt bij 60 tot 70% van de patiënten op. De 12-wekengrens berust niet op harde onderzoeksgegevens, in andere landen wordt soms langer gewacht. De vraag is of langer dan 12 weken wachten de (kosten)effectiviteit van de herniabehandeling mogelijk ten goede komt. Uit het onderzoek blijkt dat wachten met opereren tot 18 weken nog spontaan herstel oplevert.

Na 1 jaar zijn net zoveel patiënten hersteld die na 12 weken zijn geopereerd als mensen die tot 18 weken hebben gewacht. In de laatste groep waren wel minder operaties verricht (een daling van ongeveer 55%), wat een behoorlijke kostenreductie in de zorg gaf.

In vergelijking met operatief beleid kan een afwachtend beleid een kostenbesparing opleveren van € 1.787,- per patiënt (directe medische kosten). Vanuit maatschappelijk perspectief is vroeg opereren kosteneffectiever omdat mensen eerder aan het werk kunnen of eerder zorgtaken kunnen hervatten. De Nederlandse Vereniging van Neurochirurgie raadt terughoudend beleid aan. Het is daarbij wel van belang dat de betrokken zorgverlener en de patiënt na 3 maanden samen kiezen om het terughoudend beleid voort te zetten of alsnog te kiezen voor opereren. Om de invoering te bevorderen is een keuzehulp-middel op DVD ontwikkeld. Deze DVD ondersteunt patiënten in hun behandelkeuze na de wachtperiode. Onderzoek wijst uit dat de keuzehulp patiënten een beter geïnformeerd gevoel geeft dan bij de gebruikelijke informatieoverdracht.

Website Orde van Medisch specialisten 22/2/2014, website Verstandig Kiezen, website ZonMw

Specialisten komen met lijst onzinbehandelingen

Voor 50% van wat in ziekenhuizen gebeurt, bestaat geen wetenschappelijk bewijs. Medisch specialisten hebben een 'beter-niet-doen lijst' samengesteld met medische behandelingen die niet bewezen effectief zijn. Zeven beroepsgroepen, waaronder de kno-artsen, gynaecologen en neurologen, hebben in kaart gebracht voor welke behandelingen onvoldoende bewijs bestaat. Het gaat bijvoorbeeld om de behandeling van een gescheurde achillespees en de aanpak van een chronische bijholteontsteking.

Ze volgen het voorbeeld van buitenlandse collega's die ook zijn begonnen met een dergelijke evaluatie. De komende tijd gaan specialisten 'Verstandige Keuzes' publiceren; overzichten van aanbevelingen waarvoor keihard bewijs bestaat. De zorg wordt daar beter én goedkoper van, aldus het kennisinstituut van de Orde van Medisch Specialisten. Om de belangrijkste kennisdiagnosen te onderzoeken, is € 50 miljoen nodig. De medisch specialisten vinden dat de zorgverzekeraars dat moeten betalen. (22 feb 2014, Skipri)

Ziekenhuizen maken zich zorgen over traject herinrichting spoedeisende zorg

In het hoofdlijnenakkoord van 2011 hebben zorgaanbieders, zorgverzekeraars en VWS met elkaar afgesproken dat er wordt gestreefd naar concentratie en spreiding van zorg, wanneer dat de kwaliteit en doelmatigheid ten goede komt. Zorgverzekeraars hebben in dit kader vorig jaar een beleidsvisie uitgebracht over de organisatie en concentratie van de spoedeisende zorg.

De kern van de aanpak is dat complexe spoedeisende zorg, met specifieke deskundigheid en voorzieningen, wordt geconcentreerd bij minder ziekenhuizen. De spoedeisende basiszorg dient in de vorm van geïntegreerde eerste hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten dicht bij de burgers beschikbaar te blijven. Deze herinrichting van de spoedeisende zorg wordt de komende jaren geleidelijk gestalte gegeven via de zorginkoop. Verzekeraars werken hier per regio samen aan de invoering.

Basis spoedzorg en complexe spoedzorg

Bij acute zorg wordt veelal gedacht aan zwaargewonden en patiënten in levensgevaar die per ambulance naar de spoedeisende hulp (SEH) worden gebracht. Dergelijke situaties maken slecht 10% van de acute zorg uit. De meeste acute zorg betreft niet-levensbedreigende maar wel acute problemen, zoals bijvoorbeeld een gebroken heup. Daarnaast biedt de SEH ook hulp aan patiënten die al in het ziekenhuis liggen en acute zorg nodig hebben. Concentratie van complexe zorg, met het doel om zo de kwaliteit te verbeteren, is een ontwikkeling die al jaren gaande is. Een tweede belangrijke ontwikkeling is de steeds verdergaande samenwerking tussen huisartsenposten en de SEH van het ziekenhuis.

Herinrichting

De beoogde concentratie van complexe spoedeisende zorg zal gevolgen hebben voor de profielen van de spoedzorg van de ziekenhuizen. Echter, vrijwel ieder ziekenhuis zal spoedzorg behouden. Er bestaat immers een wettelijke eis voor de bereikbaarheid van spoedeisende zorg: voor alle burgers moet binnen 45 minuten spoedzorg bereikbaar zijn. De verwachting is dat alleen in stedelijk gebieden, met veel ziekenhuizen dicht bij elkaar, niet meer bij ieder ziekenhuis de basisspoedzorg wordt ingekocht door de verzekeraar. Door complexe spoedeisende zorg te concentreren ontstaan er verschillende profielen van spoedeisende zorgafdelingen in ziekenhuizen. De profielen lopen uiteen van basis SEH's tot complete SEH's met alle bijbehorende voorzieningen. Bij de complexe spoedzorg wordt onder andere aan hartinfarct, spoedeisende geboortezorg en herseninfarct gedacht.

Dialogo in de regio

Zorgverzekeraars zijn op dit moment in gesprek met ziekenhuizen en andere betrokken partijen over hun visie op de concentratie van de spoedzorg. Deze gesprekken moeten leiden tot een gezamenlijk plan van zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor een regio. Ziekenhuizen hebben dit overleg in eerste instantie ervaren als een vanuit de verzekeraar opgelegd dictaat, waarbij spoedeisende hulpafdelingen 'van de kaart werden geveegd' zonder voorafgaand inhoudelijk overleg. Opheffing van de SEH heeft vergaande gevolgen voor de organisatie en het profiel



van het ziekenhuis. Inmiddels is na bestuurlijke bespreking op branche-niveau de storm (rondom de start van het overleg over de herinrichting van de spoedzorg) enigszins geluwd. Ziekenhuizen ondersteunen het beleid van verzekeraars met betrekking tot concentratie van de complexe spoedzorg. Maar in het kader van zorg dicht bij de patiënt zijn de ziekenhuizen geen voorstander van concentratie van de basis spoedzorg.

Nu dit laatste in principe ook niet door verzekeraars wordt voorgestaan, lijkt de lucht enigszins geklaard. Ziekenhuizen willen graag de discussie over spoedzorg verbreden én bezien in het kader van de herinrichting van de medisch-specialistische zorg in het algemeen. De lokale besprekingen worden vervolgd en zullen hun eerste beslag krijgen in de zorgcontractering 2015.

Bewerking van stukken van (pers/nieuws) berichten op de website van ZN (12/3/2013 en 20/2/2014, 27/2/2014) en website NVZ (bij onderwerpen en bericht 7/2/2014)

Veranderingen in de zorg per 1 januari 2014



Geestelijke gezondheidszorg anders georganiseerd

Vanaf 2014 bestaat de geneeskundige ggz in feite uit drie echelons:

- Mensen met klachten buiten het classificatiesysteem DSM worden gezien door de huisarts en de praktijk-ondersteuner (poh)
- Patiënten met lichte en matige, niet-complexe stoornissen door de generalistische basis ggz
- Patiënten met complexere of meer risicovolle stoornissen door de gespecialiseerde ggz.

Psychologische zorg wordt in 2014 volledig vergoed vanuit de zorgverzekering. In de voorgaande jaren was dit enkel van toepassing op de tweedelijns psychologische hulp, terwijl bij eerstelijns psychologische hulp enkel de eerste vijf behandelingen werden vergoed. Die beperking is vervallen. Vanaf 1 januari 2014 vervallen de eigen bijdragen voor psychologische hulp en voor een internet-behandeltraject.

Sterftcijfers openbaar

Uiterlijk op 1 maart 2014 moeten ziekenhuizen hun sterftcijfers over 2012 op de website publiceren en aanleveren bij

de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Het gaat zowel om de HMSR (die 'ziekenhuisbreed' de verhouding weergeeft tussen het werkelijke aantal sterfgevallen en het te verwachten aantal sterfgevallen) als om de SMR's, de sterftcijfers per diagnosegroep. Alleen zorgaanbieders met minder dan zestig sterfgevallen in het jaar waarover de cijfers moeten worden gepubliceerd, zijn vrijgesteld van de verplichting. Om de cijfers goed te kunnen interpreteren verwacht de NZa dat ze zijn voorzien van een toelichting over bijvoorbeeld de ontwikkelingen in de tijd en eventueel genomen stappen om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Al in 2009 hebben de brancheorganisaties toegezegd de sterftcijfers te zullen publiceren; met ingang van dit jaar zijn zij daartoe verplicht.

Veranderingen in het basispakket

Vanaf 1 januari 2014 vergoeden verzekeraars twee nieuwe zorgvormen vanuit de basisverzekering, namelijk: autologe stamceltherapie bij de ziekte van Crohn en een nieuwe, endoscopische behandeling bij pancreasnecrose. De twee behandelvormen zitten voorwaardelijk in het basispakket, voor een periode van vier jaar. Patiënten moeten meedoen aan wetenschappelijk onderzoek. Als de behandelingen

effectief blijken te zijn, komen ze definitief in het basispakket. De Diane 35-pil worden per januari 2104 niet meer vergoed. De anticonceptiepil werd vanuit de basisverzekering vergoed voor de behandeling van ernstige acne en overbeharig. Apparatuur voor thuisdialyse, inclusief de noodzakelijke toebehoren en gebruiksartikelen, de opleiding/instructie, de ondersteuning en begeleiding, het onderhoud en de reparatie, wordt niet meer vergoed als medisch hulpmiddel maar als medisch-specialistische zorg. Het ziekenhuis wordt zo ook formeel verantwoordelijk voor de te leveren prestaties. Ook de vacuümpomp die onderdeel uitmaakt van de vacuümtherapie wordt voortaan vergoed als onderdeel van de therapie.

BTW bij registratiecommissies

Met ingang van 1 januari 2014 moet de KNMG 21% BTW heffen over de dienstverlening van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Dat betekent dat de RGS per aanvraag het geldende tarief en daarnaast 21% BTW in rekening brengt. Het betreft de opleidingsregistratie van artsen, de (her)registratie van specialisten en profielartsen en het erkennen van opleiders en opleidingsinstellingen.

Recept vanaf 2014 alleen nog elektronisch

Artsen en andere voorschrijvers mogen geneesmiddelen per 1 januari 2014 alleen nog elektronisch voorschrijven. Dat staat in de richtlijn Elektronisch voorschrijven die de KNMG in september publiceerde. Er zijn enkele uitzonderingen voor bijzondere situaties.

Ontmanteling intramurale AWBZ

Ouderen die voor de eerste keer zorg aanvragen en vroeger geïndiceerd zouden zijn voor zorgzwaartepakket V&V (verpleging en verzorging) 3, krijgen hun ondersteuning voortaan thuis. Sinds begin 2013 krijgen alle nieuwe cliënten met de zorgzwaartepakketten (ZZP's) 1 en 2 ook alleen nog maar een indicatie voor extramurale zorg.

Huishoudelijke hulp zal in 2014 beschikbaar blijven in de WMO. De korting van € 89 miljoen die voor het komende jaar stond gepland gaat uiteindelijk niet door. Ook dagbesteding blijft in 2014 beschikbaar. De persoonsgebonden budgetten (PGB's) zijn in grote lijnen gelijk aan die van vorig jaar. Om fraude tegen te gaan worden de PGB's in de loop van het jaar uitgekeerd via de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

DBC-registratie in ggz en forensische zorg

Op 1 januari gaat het nieuwe DBC-pakket voor de ggz en de forensische zorg in. De DBC-registratie is vereenvoudigd. Zo is duidelijker hoe te registreren wanneer een patiënt terug in de zorg komt. Voor de ggz is ook registratie bij een rechterlijke machtiging vereenvoudigd.

Eigen risico en zorgtoeslag

Het verplicht eigen risico gaat komend jaar met € 10,- omhoog tot € 360,-. Doordat de premie van de zorgverzekering ten opzichte van 2013 is gedaald, is ook de maximale zorgtoeslag in 2014 lager dan vorig jaar. De maximale zorgtoeslag is voor alleenstaanden € 865,- voor meerpersoonshuishoudens € 1.655 euro (2 januari 2014, Medisch Contact, Joost Visser).

Ziekenhuis wil 'schadepreventiebedrijf' zijn

Bestuurder Cor Calis van het Havenziekenhuis in Rotterdam is als ziekenhuis liever een schadepreventiebedrijf dan een schadeherstelbedrijf. Dit naar aanleiding van de oproep tot meer preventie van de Amerikaanse zorgverzekeraar Mark Bertolini tijdens de HIMSS in Orlando. Bertolini betoogde tijdens zijn dat de kosten in de zorg aanzienlijk kunnen dalen als er meer aandacht komt voor preventie vooral op het gebied van chronische aandoeningen. Dit betekent dat voor ziekenhuizen die zich specifiek op deze groep richten er een nieuw profiel ontwikkeld moet worden. Het een en ander betekent dat ook zorgverzekeraars open moeten staan voor nieuwe vormen van financiering. Calis roept de verzekeraars dan ook op om te praten over betalingsmodellen waarin preventie een plek heeft. (25 februari 2014, Skipr)

3D-printers helpen effectiever bestralen

De afdeling Radiotherapie van het VUmc zet 3D-printers in om oppervlakkige huidtumoren bij de neus, ogen en oren nauwkeuriger te bestralen. De printers produceren 'opbouw-materiaal', een kunstmatige ophoging van de huid die helpt om de dosering op de juiste plek te krijgen. Dat gebeurt heel precies, omdat de printers worden 'gevoed' met informatie uit een vaak al beschikbare CT-scan van de patiënt. Omdat de hulpmiddelen op de CT-scan worden ingetekend, kan de arts deze hulpmiddelen doelgericht positioneren. De 3D-printers kunnen ook botstructuren bij tumoren aangeven. Zo is de techniek onlangs succesvol gebruikt bij een complexe robot gestuurde operatie waarbij een fysieke 3D-weegave van schedel en tumor gewenst was. (4 februari 2014, Medisch Contact)

Santeon meet uitkomsten van kankerzorg

Patiënten die voor een radicale prostatectomie worden verwezen naar het St. Antonius Ziekenhuis of het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, hebben een iets betere vijfjaarsoverleving dan de 'eigen' patiënten van deze ziekenhuizen. Santeon, het landelijk samenwerkingsverband van zes topklinische ziekenhuizen, ontwikkelde uitkomstindicatoren voor long- en prostaatcancer en voerde daarmee in drie ziekenhuizen een

retrospectief onderzoek uit - behalve in de genoemde twee ook in het Catharina Ziekenhuis. Het is niet aannemelijk dat het verschil in vijfjaarsoverleving tussen 'eigen' en verwezen patiënten (net niet significant) komt door een verschillende kwaliteit van de behandeling. Waarschijnlijker is dat verschillen in indicatie een rol spelen: urologen uit de beide topklinische ziekenhuizen zouden vaker geneigd zijn om nog te kiezen voor radicale prostatectomie, waardoor er mogelijk relatief meer patiënten met een slechte conditie worden geopereerd: Van de drie ziekenhuizen beschikt alleen het Catharina Ziekenhuis over een eigen afdeling Radiotherapie. Bij uitwendige bestraling is de vijfjaarsoverleving van de 'eigen' patiënten juist significant beter dan die van de verwezen patiënten. Dit is een reden om eens met de verwijzende collega's in overleg te gaan over de indicatiestelling bij verwijzing. Het project van Santeon (onder de naam 'Zorg voor Uitkomst') heeft geresulteerd in een beknopte lijst van uitkomstindicatoren, gericht op overleving, complicaties, bijwerkingen van behandelingen, kwaliteit van behandelbeslissing en kwaliteit van leven bij verschillende categorieën patiënten met long- en prostaatcancer. Santeon wil deze set in de aangesloten ziekenhuizen implementeren en ook indicatoren ontwikkelen voor andere vormen van kanker. Nog dit jaar gaan ook het Onze Lieve Vrouwe Ziekenhuis, Medisch Spectrum Twente en het Martini Ziekenhuis meedoen aan de uitkomstmetingen. (4 februari, Medisch Contact)

Bredase privékliniek failliet door knallende ruzie

Een hoogoplopend conflict tussen de twee directeuren is de oorzaak van het faillissement van de Bredase privékliniek De Baronie. In het bijzonder dreigt Van Lanschot Bankiers de dupe te worden. Curator Karst Folkerts schrijft dat in zijn eerste verslag over het faillissement. De rechter schorste de beide directeuren en stelde een andere bestuurder aan. Hij ontdekte dat er vorig jaar 9 ton verlies is gemaakt en er een miljoenschuld is. Medisch Centrum De Baronie werd vorige maand failliet verklaard. De privékliniek is bekend omdat de bekende cosmetisch arts Robert Schoemaker er een van de specialisten was. (15 februari 2014, ANP)



PROMs, meten is weten

Momenteel is er veel aandacht uit politiek en zorgverzekeraars om te meten wat de patient heeft gewonnen aan gezondheid door een behandeling. Het is onder artsen al langer gebruikelijk om patiënt uitkomsten te meten met Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Dit gebeurt echter nog niet op structurele basis. Deze PROMs moeten het succes van de behandeling meten.

Een belangrijke maat voor het succes van een gewrichts-
vervangendprothese is momenteel vooral de duurzaamheid.
Hiervoor wordt de tien jaaroverleving gebruikt. Echter,
met deze tien jaaroverleving mist men een belangrijk stuk
informatie om het succes te bepalen: wat vindt de patiënt

ervan? Het laatste decenium zien we dan ook meer focus
op ervaringen van de patiënt. Deze ervaringen worden
gemeten met door patiënten ingevulde vragenlijsten, de
PROMs. Het gebruik van vragenlijsten is in de praktijk
een makkelijke en goedkope methode om patiënten te
screenen of te volgen. Deze vragenlijsten zijn onder te
verdelen in 'patient based outcomes' en 'doctor based
outcomes'. Oftewel het succes wordt gescoord uit per-
spectief van de patiënt of vanuit de dokter. Voor een groot
deel zal hier overlap in zitten maar er zijn natuurlijk ook
verschillen. Het gebruikersgemak voor zowel de patiënt
als de dokter is afhankelijk van het type vragenlijst.
Hetzelfde geldt natuurlijk voor de interpretatie van de
uitkomst(en).

Om PROMs op een goede manier te kunnen gebruiken
moet je wel specifieke kennis hebben over hoe een vragen-
lijst geselecteerd en geïnterpreteerd dient te worden. Het
gehele proces van het kiezen van een vragenlijst begint
natuurlijk met het stellen van de vraag: 'Wat is een goede
vragenlijst'? Dit lijkt een voor de hand liggende vraag, maar
deze is complexer dan menigeen denkt. Is de vragenlijst
betrouwbaar en valide, of in andere woorden: hoe nauw-
keurig meet de vragenlijst en wordt er ook gemeten wat
men dient te meten? Daarnaast dient men zich af te vragen
of de vragenlijst ook veranderingen in gezondheid kan
meten, Maar ook of de vragenlijst gevalideerd is voor
gebruik in de taal en/of het land waarin deze gebruikt wordt.

Bij de betrouwbaarheid geldt: vraag je af welk verschil je wilt meten en hoe nauwkeurig dit moet zijn. Kortweg, wat is de signaal - ruis verhouding. De betrouwbaarheid van een vragenlijst is een voorwaarde voor de validiteit. Betrouwbaarheid en validiteit zijn twee begrippen die veel terug komen in de discussie rondom vragenlijsten. Als een vragenlijst betrouwbaar is wil dit niet meteen zeggen dat de lijst ook valide is. De validiteit geeft aan of de vragenlijst ook meet wat je wilt weten en gaat dus in op je concrete vraagstelling. Hier komt de dokter of onderzoeker om de hoek kijken. Deze moet bepalen welke vragenlijst de vraagstelling kan meten. Momenteel zien we gelukkig steeds meer dat de nationale en internationale gremia adviezen geven over de te gebruiken PROMs bij diverse behandelingen.

Meerdere factoren bepalen de validiteit en de onderzoeker heeft een belangrijke rol in het bepalen hiervan. Wat vindt de onderzoeker klinisch relevant? Maar daarnaast is er ook de vraag of er een 'gouden standaard' is. En op welke manier is deze standaard gelinkt aan de vragenlijst? Dit wordt weergegeven met 'criterion validity'. Of een vragenlijst goed is opgebouwd tussen de diverse subsecties wordt beschreven door 'construct validity'. En dan is er nog de 'content validity', oftewel 'dekt de vlag de lading'. Tot slot dient er natuurlijk altijd te worden gekeken of een vragenlijst in de te gebruiken taal is gevalideerd om bijvoorbeeld cultuurverschillen eruit te halen. Een bekend voorbeeld hiervoor is het type toilet dat in een land wordt gebruikt of de hoogte van een toilet dat duidelijk kan verschillen tussen landen en dus zorgt voor verschillende antwoorden op deze vraag.

Naast de betrouwbaarheid en validiteit van een vragenlijst moet natuurlijk ook worden gekeken naar het gebruikersgemak voor zowel onderzoeker als patiënt. De nauwkeurigheid van invullen hangt hier logischerwijs mee samen. Verder dient er rekening mee te worden gehouden met de tijd die nodig is om de lijst in te vullen. Maar ook of er meerdere lijsten dienen te worden ingevuld, eventueel met enige overlap in de vragen. Verder zijn er aan sommige vragenlijsten

copyright kosten verbonden om ze te mogen gebruiken. Omdat vragenlijsten veelal niet perfect zijn, worden er steeds nieuwe lijsten gemaakt. Hierdoor blijft het moeilijk om groepen uit verschillende onderzoeken met elkaar te vergelijken. Om die reden verdient uniformiteit bij het gebruik de voorkeur. In de recente richtlijnen zien dan ook een advies over welke PROMs gebruikt dienen te worden. Binnen de Nederlandse Orthopaedische Vereniging zien we dat de commissie kwaliteit en de werkgroep orthopedie en wetenschap (WOW) druk bezig zijn om te faciliteren in deze complexe discussie. Voor de huidige discussie kan globaal onderscheid worden gemaakt tussen PROMs voor de artrosepatienten en de andere specifieke groepen. Er kan eventueel een alternatieve of extra lijst worden geadviseerd. Denk hier bijvoorbeeld in het geval van artrose bij een (zeer) jonge patiënt.

Maar is het allemaal wel zo simpel uit te voeren en draagt het zoveel bij aan de zorg?

Er is veel discussie over welke vragenlijsten gebruikt dienen te worden. Belangrijk onderwerpen in deze discussie zijn:

- de afweging tussen belasting en opbrengst
- de zogenoemde case-mix
- de spanning tussen de meer algemene vragenlijsten (die breder inzetbaar zijn) met de meer (ziekte-)specifieke vragenlijsten.

Verder kunnen veel vragenlijsten voornamelijk voor en na de behandeling vergelijken, maar door bijvoorbeeld een 'plafond effect' is het lastig om twee vergelijkbare behandeling naast elkaar te zetten.

De totale heup- en knie vervangingen staan in de top vijf van meest kwaliteitsverbeterende ingrepen. Kortom, zeer succesvol.

Hoe is het dan mogelijk om het functioneren van het ene model totale knie te vergelijken met de andere? Vaak zijn vragenlijsten niet onderscheidend genoeg, terwijl dat wel de algemene verwachting is. Zodra dit duidelijk wordt zien we

nieuwe vragenlijsten opkomen. Dat is een logische ontwikkeling, maar zorgt er niet voor dat we de verschillende behandelingen met elkaar kunnen vergelijken.

Daarnaast is een ander punt van aandacht de manier waarop de vragenlijsten worden afgenomen en worden verwerkt. Als de PROMs op papier zijn afgenomen dan is het veel werk om ze in te voeren in een digitale database. Het direct invullen via een computer kan voor de patiënt soms lastig zijn en ondersteuning daarbij kan noodzakelijk zijn. Bij grote patiënten aantallen is het organiseren van de follow-up momenten vaak arbeidsintensief.

Tot slot komt men dan op de discussie hoe om te gaan met ontbrekende data en follow-up? Voor sommige vragenlijsten is dit beschreven. Voor veel vragenlijsten echter niet.

Kortom, PROMs zijn een goede stap op weg naar meer transparantie. Het verwachtingspatroon dat in de politiek en door zorgverzekeraars wordt gecreëerd lijkt echter niet reëel. Er zijn vele praktische problemen om een algemene invoering succesvol te maken. Er zullen ook nog duidelijke keuzes gemaakt dienen te worden over de doelstelling. Daarnaast dient ook de patiënt beter te worden voorgelicht over wat we met het meten van de PROMs willen bereiken. De patiënt dient immers moeite te doen om ze in te vullen. Verder zijn er ook nog de vraagstellingen rondom de privacy van de patiënt.

Het stelselmatig meten van PROMs kan dus duidelijk bijdragen aan meer transparante zorg. Maar het is echter een moeilijkere opgave om dit in de praktijk te verwezenlijken dan dat het in eerste instantie lijkt.

Peter Pilot en Linda Meijer

Jaarrekeningen problematiek 2013



Landelijke partijen zijn afgelopen najaar gestart om het jaarrekeningen traject 2013 voor te bereiden.

Er is besloten om (in het verlengde van 2012) ook voor 2013 een Handreiking te ontwikkelen voor ziekenhuizen om het jaarrekeningstraject te versoepelen. De Handreiking 2013 is op initiatief van NVZ en NFU opgesteld met grote betrokkenheid van ZN, accountants, NZa en VWS. De Handreiking is medio februari jl. vastgesteld.

Hoge complexiteit

Er kan worden geconstateerd dat de materie voor 2013 zo mogelijk nog complexer en weerbarstiger is dan voor 2012 het geval was. Het meest prangende punt betreft de impact van de door de NZa tussentijds afgegeven duidingen zoals verwoord in onder andere de verboden/toegestaan-lijst van medio 2013 en het boetebesluit van de Antonius Nieuwegein casus (zie hiervoor ook verderop). Daarnaast is er langdurig gesproken over de gevolgen van taakherschikking (inzet van nurse practitioners en physician assistants) en de rol van de SEH-arts in de registratie en de declaratie.

Met de NZa en VWS is intensief overlegd over de impact van de NZa-duidingen waarbij de discussie hoog is opgelopen. Uiteindelijk heeft dit geleid tot een bestuurlijk overleg over 5 cruciale thema's (waaronder de problematiek op het terrein van de paralleliteit, dagverpleging uitgevoerd door de verpleegkundige, onderlinge dienstverlening en de verwijzing). Daarnaast is voor de toekomst met de NZa een procesafpraak gemaakt dat dergelijke duidingen, toelichtingen

en aanscherpingen zoals verwoord in de verboden-toegestaan-lijst, altijd vooraf met partijen worden afgestemd om te streven naar een eenduidige interpretatie. Ook wordt er een bestuurlijk platform opgericht met als doel om vóór de start van de contractonderhandelingen 2015 heldere afspraken te maken over eenduidige toepassing van de regelgeving in de keten van contractering, registratie, declaratie, verantwoording en controle. Voor de ziekenhuizen zijn dit belangrijke afspraken om de ontstane problematiek in de toekomst te kunnen voorkomen.

Accountantsverklaring

Het is bijna zeker dat, ondanks de Handreiking, er (sector-breed) geen goedkeurende accountsverklaringen afgegeven zullen worden in verband met de discussie over de (betrouwbaarheid van de) omzet. Verzekeraars worden, vanuit de hogere eisen die worden gesteld aan transparantie en rechtmatigheid, door de NZa aangespoord om de controle van de declaraties te verscherpen. Een lastig punt hierin betreft de regelgeving van de NZa. Deze regelgeving is op onderdelen ruim geformuleerd waarbij de ruimtes door de NZa voor dit geval en met terugwerkende kracht worden aangevuld, toegelicht en aangescherpt. Het een en ander heeft niet alleen impact op het Jaarrekeningstraject 2013, maar genereert tevens een immense verhoging van de administratieve lasten. In bestuurlijk overleg wordt bezien hoe dit dilemma opgelost kan worden. Of de uitkomst van dit bestuurlijke overleg ook een positief effect heeft op de accountantsverklaring over 2013 valt echter sterk te betwijfelen. Vanuit de sector is overleg gestart met de banken omdat de geldverstrekkers mogelijk consequenties gaan verbinden aan een eventueel niet goedkeurende verklaring, zoals het verhogen van de rente of zelfs het terugvorderen van eerder verleende kredieten.

Eigen bewerking van informatie van website NVZ, brieven NVZ aan leden, NZa-circulaire 21/2/2014

Boete voor Antonius Ziekenhuis voor onjuiste declaraties

In april 2013 heeft de NZa naar aanleiding van signalen inzake het mogelijk onjuist declareren van oorsmeer-behandelingen, geleverde zorg op de SEH, U-bocht-constructie voor de spiraal en onregelmatigheden ten aanzien van het bekkenbodencentrum een onaangekondigd bedrijfsbezoek van drie dagen aan het Antonius gebracht. Het Antonius ziekenhuis heeft volop meegewerkt aan het toezicht onderzoek en heeft in mei besloten een externe onafhankelijke onderzoekscommissie onder leiding van de heer Bruggeman een ziekenhuisbreed onderzoek te laten uitvoeren. Het onderzoek leverde ruim 40 verbeterpunten op en een totaal van € 25 miljoen (waaronder € 3,5 miljoen honorarium) in de periode 2008 tot en met 2012 aan niet correcte declaraties (circa 1% van de omzet).

Dit betrof een breed scala aan punten van pertinente onjuistheden (spiraal via de stadsapotheek), toepassing van opgerekte regelgeving, onduidelijkheden en gebreken in de regelgeving, achterhaalde regelgeving (taakherschikking en de SEH-arts) tot ruime regelgeving welke met verzekeraars nader was ingevuld. Hoewel er geen sprake was van opzet, erkent het Antonius Ziekenhuis dat het declaratiefouten heeft gemaakt en heeft 'schoon schip' gemaakt. Het ziekenhuis heeft maatregelen genomen om onjuist registreren en declareren in de toekomst te voorkomen.

Ook wordt het teveel gedeclareerde bedrag terugbetaald. Over drie onderdelen lopen nog gesprekken met Achmea en VGZ (onder andere dagverpleging op de SEH). Volgens het onderzoek van Bruggeman zijn bij enkele van de onjuiste registraties zorgverzekeraars betrokken en zijn hierover expliciete afspraken tussen het ziekenhuis en de betreffende verzekeraars gemaakt. Deze registraties blijven echter in de visie van de NZa onrechtmatig en dienen te worden terugbetaald. Het Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein is uiteindelijk door de NZa veroordeeld tot een boete van € 2,5 miljoen.

In het kader van aangescherpt toezicht en handhaving is de inval bij het Antonius Ziekenhuis en het boetebesluit van de NZa ook nadrukkelijk bedoeld om potentiële overtreders af te schrikken (preventief effect).

Ziekenhuizen verschillen twintig procent in prijs

Uit een onderzoek van DBC Onderhoud blijkt dat de tarieven die ziekenhuizen hanteren voor 13 gangbare aandoeningen globaal 20% verschillen. De behandelingen die DBC Onderhoud onder de loep heeft genomen liggen in de meeste gevallen onder de € 1.000,-. Het gaat bijvoorbeeld om huidkanker, staar, nieuwe heup, spataderen, middenoorontstekingen, zwangerschap en bezoek aan de spoedeisende hulp. DBC Onderhoud maakt de prijzen openbaar voor patiënten. Met de openbaarmaking wordt geprobeerd het kostenbewustzijn van patiënten te vergroten. DBC Onderhoud benadrukt dat de werkelijke prijzen die patiënten van hun ziekenhuis krijgen kunnen afwijken van de gemiddelde prijs. Als patiënten het echte tarief van tevoren willen weten, dan kunnen ze die bij hun verzekeraar opvragen.

Voor consumenten worden de prijzen steeds relevanter, omdat ze steeds meer zelf moeten betalen (verplichte eigen risico). Van alle DBC-tarieven ligt 80% in de buurt van het gemiddelde. De bandbreedte tussen de hoogste en laagste tarieven is globaal 20%. De prijsverschillen hebben te maken met de kosten van het ziekenhuis. De tarieven zijn opgebouwd uit een (vast) honorariumdeel voor medisch specialisten en de kosten die het ziekenhuis rekent. Die laatste zijn het resultaat van onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen.

De NVZ vindt dat de gemiddelde prijzen geen relevante keuze-informatie bieden voor patiënten, omdat ze te oud zijn (2012). De huidige prijzen kunnen afwijken, omdat die het resultaat zijn van de onderhandelingen in 2013. Zorgverzekeraars Nederland vindt de openbaarmaking een goede eerste stap en verklaart dat prijsverschillen tussen

ziekenhuizen bij het systeem horen. Die kunnen te maken hebben met de kwaliteit van zorg, de bedrijfsvoering of de mate van specialisatie van ziekenhuizen. (23 januari 2014, Skipr)

Zorg in ziekenhuizen is opnieuw verbeterd

De zorg in de ziekenhuizen is in 2012 verbeterd in vergelijking met een jaar eerder (IGZ rapport: 'Het Resultaat Telt Ziekenhuizen 2012'). Bij operaties en in de oncologie is de grootste winst behaald op het gebied van terugdringen van vermijdbare sterfte. In 5 jaar tijd halveerde het aantal gevallen. In 2012 overleden 970 mensen door een medische of organisatorische fout. Meer dan de helft minder dan de 1970 mensen die door ziekenhuisfouten overleden in 2008 (Nivel november 2013).

In de meeste ziekenhuizen wordt veel meer overlegd door diverse interne partijen, bijvoorbeeld over de behandeling van kanker. Ook werken verschillende zorgverleners meer samen bij geboorten. Door dat laatste is de kans op overlijden of schade voor de baby of de moeder rond de geboorte aantoonbaar kleiner. Het percentage patiënten dat met een herseninfarct binnen een uur na binnenkomst in een ziekenhuis een infuus met de juiste medicijnen kreeg, steeg verder. De inspectie heeft verder geconstateerd dat Nederland op het gebied van de hoeveelheid beschikbare gepubliceerde kwaliteitsdata op dit moment in een uitzonderlijke positieve positie verkeert (internationaal vergeleken). Er zijn wel landen die ook over kwaliteitsregistraties beschikken, maar daarvan zijn de data niet zo toegankelijk als in Nederland. Doordat veel gegevens openbaar zijn, kunnen patiënten de verschillende zorgaanbieders eenvoudig met elkaar vergelijken. (27 januari 2014, ANP/ Skipr)

Ziekenhuisbedden langer bezet door stagnatie doorstroming

Het blijkt lastig om patiënten die na een ziekenhuisbehandeling verpleegzorg nodig hebben, door te laten stromen naar een verpleeghuis. Daardoor blijven ziekenhuisbedden

langer bezet. Sinds 1 januari gelden er nieuwe regels voor een indicatie in verpleeghuizen. Volgens de nieuwe regels kunnen de patiënten uit de twee lichtste categorieën niet meer in verzorgings- en verpleeghuizen terecht. Ook is de overbruggingsperiode in een verpleeghuis om er aan te sterken afgeschaft. Patiënten zonder een indicatie voor een verpleeghuis moeten naar huis om daar mantelzorg en thuiszorg te krijgen.

Maar volgens artsen en verpleegkundigen in de ziekenhuizen kan echter niet iedereen zomaar naar huis, bijvoorbeeld omdat niet iedereen mantelzorgers heeft. In vaak kleinere ziekenhuizen in landelijke gebieden doet zich het probleem niet voor. Ook zijn er ziekenhuizen die binnen hun eigen muren verpleeg- en verzorgingshuizen hebben en daardoor met bedden kunnen schuiven. Verpleeghuizen spelen verder in op de situatie door zorghotels te openen. Patiënten moeten daarvoor wel zelf betalen. (20 januari 2014, Boardroom)

Praktijkvariatie herniazorg is enorm

Uit een inventarisatie van patiënten-federatie NPCF blijkt dat patiënten bij een rughernia in de ene regio vijf keer meer kans hebben op een operatieve ingreep dan in een andere. Ook loopt de kans op complicaties sterk uiteen: in het ene ziekenhuis is deze kans 8% tegen 39% in het andere. Daarnaast loopt de ervaren gezondheidswinst sterk uiteen. In het ene ziekenhuis ervaart 90% van de patiënten minder problemen na de hernia-operatie, terwijl dat in een ander ziekenhuis voor maar 58% van de geopereerde patiënten geldt. En waar het ene ziekenhuis door 68% van de behandelde herniapatiënten wordt aanbevolen, wordt het andere door maar 10% aanbevolen voor herniabehandelingen. Wind kondigt aan dat de NPCF ook kritisch gaat kijken op de praktijkvariatie rond andere behandelingen, zoals galblaasoperaties en bij liesbreuken. Het is de bedoeling voor een groot aantal aandoeningen duidelijkheid te krijgen over aar de verschillen in kwaliteit, kosten en behandeling zitten. (27 januari 2014, Skipr)

'Verschil in kwaliteit kankerbehandelingen te groot'

Een kankerpatiënt is in het ene ziekenhuis beter af dan in het andere ziekenhuis. Voor diverse tumorsoorten bestaan nog steeds ongewenste verschillen in diagnostiek en behandeling tussen ziekenhuizen en regio's (KWF Kankerbestrijding en Integraal Kankercentrum Nederland). De grootste verschillen komen voor in de behandeling van relatief weinig voorkomende tumorsoorten of tumorsoorten waarvan de behandeling nog weinig is geconcentreerd. Bijvoorbeeld bij maag-, zaadbal-, galweg-, galblaas- en nierkanker en neuro-endocriene tumoren. In het bijzonder voor hoog-risico prostaatcancer wordt in sterke mate afgeweken van de geldende behandelrichtlijnen, blijkt uit het KWF-signaleringsrapport. En bij wekedelensarcomen is er sprake van aanzienlijke variatie in de kwaliteit van de diagnostiek. KWF Kankerbestrijding en het IKNL concluderen dat de kankerzorg nog een stuk beter kan. De behandeling van minder voorkomende tumorsoorten zou meer geconcentreerd moeten gebeuren door het op minder plekken te doen. Daar moet de behandeling kwalitatief beter van worden. Dat gebeurt al bij de behandeling van bijvoorbeeld eierstokkanker. Maar nog niet voor bijvoorbeeld zaadbalcancer, terwijl de verwachting is dat de zorg daardoor verbetert. Daarnaast moeten er meer uitgebreide kwaliteitsnormen komen voor de behandeling van kanker. Die normen moeten gaan over de behandeling zelf, maar ook bijvoorbeeld over de diagnostiek. Ook moet de registratie van behandelingen beter, zodat er meer duidelijkheid komt over de verschillen in behandelingen in verschillende ziekenhuizen. Door resultaten inzichtelijk te maken, kunnen behandelaren van elkaar leren, is het idee. (28 januari 2014, ANP / Skipr)

Ook zorgverzekeraars 'aan de bak'

Naast zorgaanbieders worden ook zorgverzekeraars danig door de NZa achter de broek gezeten. De NZa beschrijft in haar onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de zorgverzekeringswet over het jaar 2012 dat zorgverzekeraars de zorgnota's beter moeten controleren. In haar toezicht rapport laat de NZa zien welke verzekeraars goed en welke minder goed scoren. Zo is te zien dat er grote verschillen bestaan in de mate waarin zorgverzekeraars werk maken van fraudebestrijding. De NZa treft maatregelen bij de zorgverzekeraars die de rekeningen onvoldoende controleren. Dit kunnen bijvoorbeeld aanwijzingen zijn of informatieverzoeken: de verzekeraars moeten dan een paar keer per jaar laten zien hoe zij de controles hebben verbeterd. Wel is de NZa van mening dat de zorgverzekeraars de controle van zorgnota's wel meer in het vizier hebben dan voorheen. Zo ondernamen de verzekeraars in 2013 individueel en via Zorgverzekeraars Nederland actie om hun controles te verbeteren. Dit gebeurde onder andere via het programma 'Zinnige zorg, zuivere rekening'. De NZa vindt dit een positieve ontwikkeling, maar benadrukt de noodzaak om verbeteracties vlotter door te voeren. In het komende toezicht onderzoek zal de NZa toetsen of de verbeteringen inderdaad zijn gerealiseerd en of de zorgverzekeraars, die nu onder de maat scoren, dan ook daadwerkelijk de zorgnota's beter controleren. In 2014 krijgt de NZa overigens (nog) meer capaciteit om toezicht te houden op de fraudebestrijding en de controles van zorgdeclaraties door zorgverzekeraars.

Minister zet wetsvoorstel winstuitkering in ijskast

Minister Schippers van Volksgezondheid biedt haar wetsvoorstel voor winstuitkering in de medisch specialistische

zorg voorlopig niet ter behandeling aan. Na kritiek uit zowel de politiek als het veld is ze tot de conclusie gekomen dat 'onderdelen van het wetsvoorstel nog nader moeten worden onderzocht'. In het regeerakkoord is opgenomen dat de mogelijkheid om winst uit te keren in de medisch specialistische zorg zo zal worden ingeperkt dat het alleen interessant is voor investeerders met een langetermijnperspectief: winstuitkering is alleen mogelijk bij surplus winst boven 20% solvabiliteit en alleen bij winst uit reguliere exploitatie. Schippers studeert nu op de mogelijkheid om deze voorwaarden voor winstuitkering 'nog zwaarder te verankeren, zonder de werking van dit wetsvoorstel te belemmeren'. Minister Schippers wil winstuitkering onder voorwaarden mogelijk maken om zorginstellingen in de gelegenheid te stellen nieuwe financiers aan te trekken. Schippers verwacht tevens dat de zorg efficiënter wordt door de betrokkenheid van investeerders. (15 januari 2014, Skipr)

Orbis MC vervangt knie in dagbehandeling

In het Orbis Medisch Centrum in Sittard-Geleen heeft maandag een 58-jarige patiënt een nieuwe knie gekregen in dagbehandeling. Orthopedisch chirurg Nanne Kort van het Orbis MC heeft de operatie uitgevoerd. De afgelopen maanden had Kort al acht keer een halve knie vervangen in dagbehandeling. In de Verenigde Staten worden knieën al langer in dagbehandeling vervangen.

Voor patiënten is het een voordeel om zo snel mogelijk naar huis te gaan. Maar dan moet wel de thuiszorg en mantelzorg goed geregeld zijn. De ligduur na een knie vervanging bedraagt doorgaans zo'n twee tot drie dagen als er geen complicaties optreden. In Nederland krijgen jaarlijks ongeveer 22.000 mensen een nieuwe knie zo'n 2.000 mensen een halve nieuwe knie. (20 januari 2014, Skipr)

Redactie Judith Rutteman (judith.rutteman@biomet.com), Dr. Yvonne van Kemenade • **Vormgeving** Rob Verhoeven Concept & Illustratie, Mathijs Schipper • **Lithografie & druk** Samplonius & Samplonius BV **Oplage** 1400

BIOMET
One Surgeon. One Patient.

Biomet Nederland B.V. • 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@biomet.com • www.biomet.nl

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 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 Biomet or its authorised representatives. Use for any other purposes is prohibited.

