

Deze uitgave is een nieuwsbrief, die belangrijke ontwikkelingen met leuke wetenswaardigheden in de gezondheidszorg combineert.
Natuurlijk in Beweging is een initiatief van Zimmer Biomet, gevestigd in Dordrecht.

Natuurlijk in Beweging

In dit nummer onder andere:

Stand van zaken invoering integrale bekostiging • Rust en stabiliteit in het DBC-systeem • Medisch Specialisten • Ziekenhuizen • Ambulancesector • Korte berichten



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

MAART 2016 JAARGANG 5 • NUMMER 1

Veranderen ...

Zoals vaker grijp ik terug op de betekenis van een bepaald woord of spreekwoord en probeer dit te relateren aan de dagelijkse zorgpraktijk. Zo ook dit keer met het woord veranderen. Waarom veranderen? Veranderen is in ons zorglandschap een constante factor.

Via Google, de zoekmachine die veel veranderd heeft, kom ik onder andere tot de volgende interpretaties:

1. Anders maken: zodanig aan iets werken of iets behandelen dat het anders wordt. 'We hebben daarna de procedure grondig veranderd.'
2. Anders worden: zodanig aan jezelf werken of jezelf behandelen dat je anders wordt. 'Jezelf veranderen is een moeilijke zaak.'
3. Wijzigen: het proces van verandering. 'Het weer veranderde plotseling.'

Veranderen is ook geloven

Wie honderd jaar geleden voor het eerst een vliegtuig zag had op dat moment wellicht niet kunnen geloven dat hij daar ooit in zou durven stappen. Zou u zich op dit moment door een Google bestuurde taxi naar huis laten brengen? Ik geloof dat dit binnenkort werkelijkheid zal zijn.

Twee weken terug ben ik tijdens het *European Rapid Recovery Symposium* in Amsterdam weer geprikkeld door prof. Hendrik Kehlet uit Denemarken, die zich de afgelopen decennia voornamelijk heeft beziggehouden met verandering van zorgprocessen en behandelingen. Door jezelf en het systeem de simpele vraag te stellen: 'Waarom is mijn patiënt op dit moment nog in het ziekenhuis?' zijn in eerste instantie enerverende en wetenschappelijke discussies losgekomen en zijn vervolgens zaken opzienbarend veranderd.

Een voorbeeld uit de orthopedie: de ligduur na een totale heup- of knie vervanging is teruggebracht van gemiddeld zeventien dagen achttien jaar geleden, naar gemiddeld drie dagen of minder op dit moment. Achttien jaar geleden werd dit initiatief net zo ongelooflijk beschouwd als het vliegtuig honderd jaar geleden ...

Veranderen heeft er ook mee te maken dat we tegen heilige huisjes moeten durven schoppen en soms van ons geloof moeten afstappen. Iets dat als vaststaand wordt beschouwd moeten we ter discussie willen stellen. Belangrijk is dat we niet moeten, maar willen veranderen. Laten we de discussie meer en meer starten met de vragen zoals deze worden gesteld in het inspirerende boek van Mick Ebeling *Not Impossible: The Art and Joy of Doing What Couldn't Be Done: Waarom, niet hoe. Waarom nu niet, en Waarom niet ik?*



Als we ons deze vragen blijven stellen, vanuit welk gezichtspunt en achtergrond dan ook, de zorgverzekeraar, het management of de zorgprofessional, dan laten we ons over een aantal jaren ophalen door een Google bestuurde taxi zonder chauffeur, die ons brengt naar een ziekenhuis dat niet meer te vergelijken is met de organisatie zoals we die vandaag de dag kennen.

Geloof erin en het zal veranderen!

Veel leesplezier!

Roland van Esch

Stand van zaken in

In het in 2011 gesloten akkoord tussen VWS, de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen was afgesproken om per 1 januari 2015 integrale bekostiging in de ziekenhuizen in te voeren. Waar de medisch specialist voorheen zijn aandeel in de zorg apart declareerde, werd dit met ingang van 2015 voorbehouden aan de ziekenhuizen. Het zelfstandig declaratierecht van de medisch specialist werd afgeschaft.

Met het verliezen van dit declaratierecht kwam ook de fiscale status van het vrije ondernemerschap onder druk. Uiteindelijk werd tussen OMS en de ministeries van VWS en Financiën uitonderhandeld dat, ondanks het verlies van het declaratierecht, een vrij keuze tussen vrij beroep en dienstverband moest blijven bestaan.

Hiervoor werden drie modellen ontwikkeld:

1. behoud van vrij ondernemerschap in een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB)
2. als aandeelhouder van het ziekenhuis (het participatiemodel)
3. in loondienst van het ziekenhuis

Modelkeuze één jaar na invoering

Het merendeel van de vrijgevestigd medisch specialisten heeft zich per 2015 georganiseerd in een van de zeventig MSB's.



voering integrale bekostiging: wisselende ervaringen

Het participatiemodel is uiteindelijk nauwelijks van de grond gekomen. De uitwerking hiervan was, en is, zeer ingewikkeld. De keuze voor dienstverband bleek voor de meeste specialisten uiteindelijk geen reële optie.

Onderzoek TIAS School for Business and Society

Afgelopen najaar heeft het TIAS in opdracht van VWS een onderzoek uitgevoerd onder dertig ziekenhuizen naar de invloed van de oprichting van het MSB op de besturing van het ziekenhuis: Quick scan integrale bekostiging en governance. TIAS constateert dat bij de vormgeving van het samenwerkingsmodel het accent primair heeft gelegen op het veilig stellen van de fiscale ondernemingsfaciliteiten en in mindere mate op het optimaliseren van de bestaande samenwerking tussen raad van bestuur en medisch specialisten. De ziekenhuisbestuurders zijn voor hun directe invloed op de individuele medisch specialist meer afhankelijk geworden van hun samenwerking met het MSB-bestuur. Dit stelt hoge eisen aan zowel de samenwerking als aan de onderlinge verhoudingen tussen ziekenhuis- en MSB-bestuurders. Daarbij vormt het daadwerkelijk aanspreken van individuele medisch specialisten door MSB-bestuurders een belangrijke voorwaarde om de contractuele borging van de kwaliteit en veiligheid ook te effectueren. Een ander aandachtspunt vormt de samenwerking tussen de

Vereniging Medische Staf (VMS) en het MSB. Er zijn ziekenhuizen waar de interne verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid bij de VMS is gelegd, maar in veel gevallen zien zowel de VMS als het MSB hier een taak voor zichzelf weggelegd en bestaat onduidelijkheid over de afbakening van de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de betrokken gremia.

Per saldo beoordelen medisch specialisten en bestuurders de samenwerkingsmodellen verschillend. Medisch specialisten die tevens MSB-bestuurder zijn, geven veelal aan dat de invoering inderdaad meerwaarde heeft. Meer dan in het verleden zijn ze in staat om invloed uit te oefenen op het functioneren van de eigen groep medisch specialisten waardoor men beter is gepositioneerd om effectief de kwaliteit van zorg voor de patiënten te verbeteren. Tegelijkertijd geven veel MSB-bestuurders aan dat de betrokkenheid van de kant van medisch specialisten nog wel beter kan. Ziekenhuizen zijn overwegend negatief over de opbrengsten van de invoering van het samenwerkingsmodel. Daar waar een minderheid van 20% zegt redelijk positief te zijn en de invoering te beschouwen als een kans om te formaliseren wat al eerder binnen het ziekenhuis in gang was gezet, kijkt de grote meerderheid (80%) op de invoering terug als een kostbare en tijdrovende exercitie, terwijl de veranderingen in de dagelijkse praktijk weinig tot geen positieve invloed hebben op de patiëntenzorg.

TIAS concludeert dat de implementatie van het samenwerkingsmodel met een juridisch, fiscaal en financieel zelfstandig MSB (coöperatie of maatschap) naast de ziekenhuisstichting in vrijwel alle ziekenhuizen geresulteerd heeft in meervoudige en complexe organisatie- en governancestructuren die onder kritieke omstandigheden een risico voor de bestuurbaarheid en het toezicht kunnen vormen. Goed bestuur en toezicht is daardoor nog belangrijker geworden. Er zijn ziekenhuizen waar de samenwerking tussen raad van bestuur en MSB goed lopen binnen een context van vertrouwen en informeel overleg. Binnen de ziekenhuizen waar een dergelijke cultuur van vertrouwen en informeel overleg echter ontbreekt, is het voor bestuurders aanzienlijk moeilijker geworden om beperkingen van formele bevoegdheden, die voortvloeien uit

het samenwerkingsmodel, te dempen. Tenslotte doet TIAS op basis van haar bevindingen een aantal aanbevelingen waar de komende periode aan gewerkt moet worden. TIAS doelt daarbij onder andere op het bouwen aan een goede verstandhouding tussen het bestuur van het ziekenhuis en het MSB, de inrichting van effectieve besluitvormingsprocedures binnen het MSB, vergroting van de professionaliteit en het medisch leiderschap van het MSB bestuur en tenslotte het investeren in gelijkgerichtheid.

Tegengeluid: MSB heeft ook positieve kanten

Naast alle kritiek zijn er ook genoeg positieve geluiden te vernemen over de invoering van het MSB. In Medisch Contact van 10 december jl. beschrijven vier betrokken specialisten in een opiniestuk dat het MSB juist de organisatiegraad, doelmatigheid en innovatiekracht van de medisch specialisten kan verbeteren. Waar voorheen door specialisten voornamelijk vanuit de eigen vakgroep werd geredeneerd werd, is nu sprake van een vakgroepoverstijgende visie.

Dit leidt tot een sterkere cohesie van de medisch specialisten onderling. Door de medisch specialisten, verenigd in een MSB, meer bedrijfsmatig te laten werken worden specialisten zich bewuster van de kosten en is het beter mogelijk om, gelijkgericht met het ziekenhuis, te komen tot verantwoorde keuzes in de te leveren zorg. De invulling van vacatures wordt gezien vanuit de vraag of dit nog past in de meerjarenstrategie.

Maar nog belangrijker is het feit dat het MSB kan gaan fungeren als broedplaats voor nieuwe vormen van zorgverlening. En er komt ruimte voor nieuwe professionals, zoals de verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Kortom, de auteurs van het opiniestuk verwachten dat door de introductie van het MSB de *mindset* van de medisch specialist zal gaan veranderen. Dit zal echter niet altijd soepel verlopen. Problemen uit het verleden zullen met de oprichting van het MSB niet automatisch verdwijnen. Uiteraard vergt het MSB ook gewenning aan de kant van de ziekenhuizen, de collega-specialisten in dienstverband en de zorgverzekeraars (Onderzoek TIAS, 14 januari 2016; Medisch Contact, 10 december 2015).



Rust en stabiliteit in het **DBC-systeem**

Het DBC-systeem is in 2005 ingevoerd. Het DBC-model moest de nieuwe rol van zorgverzekeraars op gebied van zorginkoop ondersteunen binnen een systeem van prestatiebekostiging. De te definiëren prestaties moesten door de gebruikers (zorgverleners, zorginkopers, patiënten) herkend kunnen worden en er moest een reële vergoeding voor kosten aan te koppelen zijn.

De DBC's zouden de relatie tussen kosten, prestatie en vergoeding herstellen, een relatie die in de budgetteringstijd verloren was gegaan. Een en ander heeft geleid tot de ontwikkeling van een groot aantal producten. Het DOT-systeem (DBC's op weg naar transparantie) dat in 2012 is ingevoerd heeft de groei aan prestaties enigszins geremd tot 4500 producten, maar niet structureel omgebogen.

De afgelopen jaren zijn er vele wijzigingen in de DBC-systematiek doorgevoerd. Een deel van de wijzigingen was op verzoek van ziekenhuizen en medisch specialisten om verbeteringen aan te brengen in de systematiek. Daarnaast werd een groot deel veroorzaakt door VWS die met enige regelmaat wijzigingen oplegde, zoals recent met de verkorting van de maximale doorlooptijd van de DBC. Door deze stapeling van wijzigingen is er geen rust en ruimte voor de ziekenhuizen geweest om het systeem goed te laten indalen in de organisatie. Vooral het gebrek aan historische dataopbouw voor managementinformatie en de zorgcontractering vormt een groot probleem.

Het blijkt dat er gedurende de tijd steeds meer doelen aan het DBC-systeem zijn gehangen. Dit heeft een forse impact op de werking van het systeem. Met name voor individuele aanbieders en verzekeraars heeft het een negatieve invloed op de bruikbaarheid van het systeem gehad.

VWS heeft vorig jaar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht advies uit te brengen over de doorontwikkeling van de DBC-systematiek. In dit kader heeft NZa eind vorig jaar een Consultatiedocument opgesteld dat is voorgelegd aan veldpartijen. Alle partijen geven aan het huidige stelsel, prestatiebekostiging waarbij de verzekeraar de zorg inkoopt voor zijn verzekerden, en de DBC-methodiek als uniforme onderhandelingsstaal niet ter discussie te willen stellen. Er is een grote wens om 'rust' te creëren in de DBC-systematiek. Systeemwijzigingen hebben een te grote impact op het verloop van de zorgcontractering gehad. Tot het jaar 2020 zouden geen wijzigingen meer doorgevoerd moeten worden die de bestaande productstructuur raken. Dit betekent niet dat er geen wijzigingen meer plaats kunnen vinden, maar dat dit quickwins dienen te zijn. Verbeterslagen die zonder veel impact doorgevoerd kunnen worden. Het uitgangspunt bij deze quickwins is dat het huidige knelpunten oplost, maar dat de impact van de wijziging beperkt is.

Over de bekostiging in de periode vanaf 2020 wordt de komende periode verder nagedacht. Alle partijen zijn het unaniem eens dat de NZa-regelgeving complex is. Een groot deel van de complexiteit wordt veroorzaakt door de vele uitzonderingsregels. Het voorstel is om te streven naar uniforme regelgeving voor alle specialismen. Partijen hebben afgesproken een visie te ontwikkelen op de DBC-systematiek op vier hoofdthema's te weten: bekostiging (contractering), financiering/declaratieverkeer, informatievoorziening en verantwoording en toezicht. Alhoewel de inhoudelijke discussie nog gevoerd moet worden, lijkt zich reeds een hoofdlijn af te tekenen waarbij de DBC met name ingezet wordt voor de declaratie, en op een hoger abstractieniveau voor de onderhandeling en contractering. De DBC lijkt voor de informatievoorziening aan de patiënt minder geschikt. Dit geldt ook voor de afboeking van het eigen risico via de DBC (websites NZa, VWS).



“Stapeling van wijzigingen”



Specialisten investeren in verbouw ziekenhuis

Het medisch specialistisch bedrijf (MSB) van de Noordwest Ziekenhuisgroep (fusie van het Medisch Centrum Alkmaar en het Gemini Ziekenhuis) investeert eigen geld in de verbouw van de polikliniek in Schagen. De verbouwing was onder andere nodig om de wachtlijsten voor het bevolkingsonderzoek naar darmkanker weg te werken. De 170 medisch specialisten investeren tezamen 1 miljoen euro in de verbouwing.

Het is sinds de invoering van het model van integrale bekostiging voor het eerst dat een MSB op een dergelijke wijze in de productiemiddelen van een ziekenhuis investeert. In de toekomst zullen medisch specialisten zo mogelijk vaker de rol van financier op zich gaan nemen bij een verbouwing of uitbreiding van het ziekenhuis. Vroeger werd dit uitsluitend door het ziekenhuis gedaan. Specialisten werkzaam vanuit een MSB worden geacht meer te investeren en daadwerkelijk te ondernemen om als vrijgevestigd ondernemer aangemerkt te worden.

Medisch Specialisten

Verwacht wordt dat andere MSB's het voorbeeld van de Noordwest Ziekenhuisgroep zullen gaan volgen (Financieel Dagblad, Skipr, 22 februari 2016).

Medisch specialisten starten massaal nieuwe bedrijven

Medisch specialisten hebben in 2015 bijna 3800 medische centra voor dagbehandeling en medisch specialistische bedrijven (MSB's) opgezet. Dat constateert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

In 2014 ging het volgens CBS nog om 580 start-ups. Daarmee is er sprake van een dikke vervijfvoudiging van het aantal medische dagbehandelcentra en MSB's. Door een wijziging in de declaratieregels was er een fiscale prikkel voor specialisten om een eigen bedrijf te starten. Het CBS merkt wel op dat de mate waarin de nieuwe spelregels van invloed zijn geweest nog niet is onderzocht. Wel blijkt uit de CBS-cijfers de relatieve impact van de hausse aan start-ups: vier van de tien medische dagbehandelcentra en MSB's die Nederland nu telt zijn vorig jaar opgericht. Daarnaast telt het CBS onder dagbehandelcentra en MSB's over 2015 645 opheffingen. Het CBS kan niet aangeven om hoeveel dagbehandelcentra en MSB's het afzonderlijk gaat. Daarnaast kwamen er vorig jaar ook veel nieuwe verloskundigen- en paramedicipraktijken bij. Het CBS telt in elk van deze sectoren ruim zesduizend start-ups (Skipr, 22 februari 2016).

Subsidieregeling overstap op dienstverband wordt voortgezet

Vrijgevestigde medisch specialisten die in de eerste zes maanden van 2016 in loondienst gaan werken, kunnen een eenmalige subsidie ontvangen. De subsidie dekt gedeeltelijk de kosten van de overstap van vrij beroep naar loondienst. Ook in 2015 was deze subsidieregeling van kracht. Uiteindelijk hebben van de 7200 vrijgevestigd medisch specialisten er slechts 449 (van 38 instellingen) de overstap naar loondienst gemaakt. Dat betekent dat er veel minder dan verwacht een beroep wordt gedaan op

de beschikbare compensatieregeling van 125 miljoen euro. De subsidie bij de overstap op dienstverband bedraagt € 100.000,-. Het bedrag is een tegemoetkoming in de kosten van de beëindiging van de activiteiten als vrijgevestigd medisch specialist. Het ziekenhuis waarmee de medisch specialist een arbeidsovereenkomst heeft gesloten vraagt namens de medisch specialist de subsidie bij VWS aan (Staatscourant, 10 februari 2016).

Stichting beheert en financiert uniforme grouper

Medio 2015 kondigde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan de financiering en het beheer van de *groupers* over te dragen aan private partijen. Daarop richtten (branche)verenigingen voor medisch specialistische zorg (ActiZ, Fenac, NFU, NVZ, Revalidatie Nederland, ZKN en Zorgverzekeraars Nederland) Stichting Grouper op.

Een grouper is een applicatie die zorgproductcodes (DBC-codes) toekent aan verleende zorg. Dit gebeurt in een beveiligde omgeving met door de NZa vastgestelde prestatie- en tarieventabellen en beslisbomen. Met een toegekende zorgproductcode kunnen ziekenhuizen en zorgorganisaties verleende zorg declareren. De overdracht op 1 januari 2016 van de groupers naar Stichting Grouper is succesvol verlopen. Een mooi samenwerkingsverband tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarbij partijen gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen om de keten efficiënt in te richten. Declareren en het bepalen van het onderhanden werk (OHW) via een uniforme grouper levert twee voordelen op: uniformiteit én minder administratieve lasten. Het beheer, onderhoud en de doorontwikkeling van de groupers wordt verzorgd door VECOZO, in opdracht van de stichting. Via het VECOZO-portaal onderhouden zorgaanbieders zelf hun aansluitgegevens voor toegang tot de declaratie grouper. Sinds voorjaar 2016 leveren zorgaanbieders via dit VECOZO-portaal aanvullende OHW-bestanden. CSC Healthcare Group, als onderaannemer van VECOZO, verzorgt het onderhoud. De kosten (beheer, onderhoud en doorontwikkeling) neemt ZN voor zijn rekening (NVZ, 3 maart 2016).



Minder delier door nieuwe werkwijze rond operatie

Onderzoek wijst uit dat door veranderingen rond de operatie van een gebroken heup het aantal patiënten met een delier (acute verwardheid) door de ziekenhuisopname is afgenomen. Ook het aantal dagen dat mensen door een gebroken heup in het ziekenhuis lagen, nam af. Een half jaar geleden voerde Ziekenhuis Gelderse Vallei een groot aantal veranderingen door in de zorg voor mensen met een gebroken heup. En dit geeft goede resultaten voor patiënten. Bij een gebroken heup is vrijwel altijd een operatie nodig om de heup te herstellen. In het Ziekenhuis Gelderse Vallei is sinds een half jaar dagelijks een plek gereserveerd voor een heupoperatie. Hierdoor kunnen patiënten met een gebroken heup binnen 24 uur worden geopereerd. Dit is erg belangrijk omdat een gebroken heup erg pijnlijk is en het bovendien voor een goed herstel van belang is dat de patiënt weer zo snel mogelijk in beweging komt. Mensen die een heup breken en daardoor in het ziekenhuis komen, zijn vaak oudere mensen. Als ouderen in een ziekenhuis worden opgenomen is er een grote kans dat zij te kampen krijgen met een delier. Eén van de veranderingen in de Gelderse Vallei is dan ook dat de geriater alle kwetsbare oudere patiënten, ouder dan zeventig, voor en na de operatie onderzoekt. Ook is er dagelijks overleg tussen de geriater, fysiotherapeut, het medisch maatschappelijk werk en de afdelingsverpleegkundige. Zij bespreken het vervolgtraject en bereiden goed het ontslag van de patiënt voor. De resultaten van de vernieuwingen zijn erg positief. Sinds 1 juli is het aantal patiënten met een delier afgenomen van 26 naar 17. Daarnaast herstelden patiënten sneller en konden zij eerder naar huis. Een gebroken heup kan door een orthopedisch chirurg of traumachirurg worden geopereerd. Sinds 1 januari werken deze specialisten nauw samen. Een speciaal team van orthopedisch chirurgen en traumachirurgen verzorgt deze operaties, zowel overdag, als 's avonds en in het weekend. Iedere dag is er een coördinator die de heupzorg regelt en eventueel de 'heupachterwacht' (de dienstdoende orthoped of traumachirurg) inschakelt. Ieder jaar worden er ongeveer vierhonderd patiënten met een gebroken heup opgenomen in Ziekenhuis Gelderse Vallei (NVZ, 13 januari 2016).

Ziekenhuizen zijn niet aansprakelijk voor herstelkosten PIP-implantaten

De rechter heeft in zijn vonnis van 20 januari 2016 gesteld dat de ziekenhuizen niet aansprakelijk zijn voor de herstelschade van de gebruikte PIP-implantaten. Zorgverzekeraars Nederland had namens zorgverzekeraars in november 2014 ziekenhuizen aansprakelijk gesteld voor de schade geleden door de patiënten die hersteloperaties hebben ondergaan. Het geschil betrof de vraag of het risico voor deze ongeschikte implantaten dient te worden gedragen door de patiënt, althans de zorgverzekeraar van de patiënt, dan wel door de zorgaanbieder. Bij de

beoordeling van de vraag of het redelijk is de ondeugdelijkheid van de implantaten toe te rekenen aan de zorgaanbieder stelt de rechtbank dat niet van hulpverleners mag worden verwacht dat zij zelf onderzoek doen naar de samenstelling en de veiligheid van een hulpmiddel zoals een borstimplantaat. Een hulpverlener mag er in beginsel op vertrouwen dat het met een CE-keurmerk gecertificeerde hulpmiddel voldoet aan de vereisten van de richtlijn en mag uitgaan van een bewezen veiligheid. De rechtbank acht het dan ook redelijk om de schade voor rekening van de zorgverzekeraars te laten komen (NVZ, 21 januari 2016).

Het resultaat telt ziekenhuizen 2014

Dit jaar staat de jaarlijkse publicatie van het rapport Het resultaat telt ziekenhuizen 2014 (HRT2014) in het teken van samenwerking. Voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), zorgprofessionals en bestuurders van ziekenhuizen is de basisset een belangrijk instrument om de kwaliteit van zorg en de veiligheid continu te verbeteren. Goede samenwerking is een belangrijke voorwaarde voor goede zorg en voor goed gebruik van indicatoren in de zorg. Daarom zijn de noodzakelijke voorwaarden voor goede samenwerking in de zorg dit jaar het thema van HRT2014. Voorbeelden van goede en slechte samenwerking zijn opgenomen om te helpen bij het uitwerken van voorwaarden zoals een gemeenschappelijke doelstelling en het opbouwen van onderling vertrouwen. De kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen vormen een belangrijke basis voor het risicogestuurde toezicht op de ziekenhuizen. Deze indicatoren (basisset ziekenhuizen) worden opgesteld in samenspraak met de Federatie Medisch specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) (IGZ, 25 januari 2016).



Eerder thuis bij knieoperatie Reinier de Graaf

Patiënten die een knieprothese krijgen, zijn in het Delftse ziekenhuis Reinier de Graaf dezelfde dag weer thuis. Dankzij een nieuwe operatiemethode kunnen patiënten met versleten knieën een dagbehandeling krijgen in plaats van drie dagen ziekenhuisopname. Dankzij een breed teamwerk tussen verschillende disciplines in Reinier de Graaf, waaronder fysiotherapeuten, orthopedisch consultants, verpleegkundigen, anesthesisten en orthopedisch chirurgen is de ingreep aanzienlijk verkort. De knieprothese wordt in Nederland 26.000 keer per jaar verricht. Door goede patiëntenvoorlichting, verbeterde pijnstilling, goede voeding en fysiotherapie herstelt iemand die een knieprothese krijgt sneller. Reinier de Graaf is het derde ziekenhuis in Nederland dat de vernieuwde operatiemethode uitvoert. Patiënten in de regio's Sittard en Breda krijgen sinds een jaar al een dagbehandeling bij het vervangen van hun knie. Voorheen kregen patiënten met een versleten knie geen eten voor of na hun ingreep. Dankzij vernieuwde pijnregulatie treedt er geen misselijkheid meer op (NVZ, 22 januari 2016).

Kwaliteitsmetingen kosten ziekenhuizen jaarlijks 80 miljoen euro

Uit het rapport van KPMG Plexus, Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen, dat in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) werd opgesteld, blijkt dat elk ziekenhuis ongeveer 1,3 miljoen euro kwijt is aan kwaliteitsmetingen. Voor alle ziekenhuizen komt dit neer op zo'n 80 miljoen euro per jaar. Dit bedrag gaat ten koste van het leveren van zorg. Het meten van kwaliteit brengt zowel externe als interne kosten met zich mee, zoals registratietijd en systeemaanpassingen. Ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren steeds meer gaan registreren waardoor de beschikbare middelen onder druk komen te staan. Gemiddeld neemt een ziekenhuis deel aan 45 kwaliteitsregistraties, negentien keurmerken en zeven patiëntervaringsregistraties. De toegevoegde waarde van al deze registraties en metingen weegt niet meer op tegen de kosten en de registratielast. De uitkomsten van het onderzoek onderstrepen de reeds door de NVZ ingezette lijn om afspraken te maken over het toetsen van kwaliteitsregistraties op effectiviteit en doelmatigheid, bijvoorbeeld door eenmalige registratie aan de bron door te zetten. Hierdoor worden gegevens één keer verzameld en kunnen ze op meerdere plekken worden gebruikt. Ook is er winst te behalen door de uitkomsten van behandelingen te meten waardoor veel structuur- en procesindicatoren kunnen vervallen. Het is belangrijk landelijke afspraken te maken over een beperkte indicatorenset voor een maximaal aantal aandoeningen (NVZ, 12 januari 2016).

Weglopers kosten ziekenhuis tonnen

Jaarlijks lopen tientallen mensen weg uit het ziekenhuis voordat ze zijn ontslagen. De kosten voor de ziekenhuizen bedragen € 10.000,- per weggelopen patiënt. Gemiddeld neemt één op de tweeduizend patiënten voortijdig de benen uit het ziekenhuis. Uit het UMC Utrecht liepen vorig jaar 22 mensen weg, het VUMC in Amsterdam telde er negentien en het Amsterdamse AMC had drie weglopers. De redenen voor het weggelooptgedrag zijn divers. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die extreem bang zijn voor een operatie of om mensen die psychisch in de war zijn. Ook komt het voor dat patiënten weggelopen omdat ze thuis nodig denken te zijn. Ziekenhuizen gaan niet altijd op zoek naar een weggelopen patiënt. 'Tegenhouden is in strijd met de grondwet', volgens een richtlijn van het ministerie VWS. Het weggelopen van patiënten kan ziekenhuizen op kosten jagen, bijvoorbeeld omdat de operatiekamer

al is gereserveerd. Deze kosten kunnen op basis van het zogeheten no-show tarief wel worden verhaald op de patiënt (Skipr, 23 februari 2016).

Ligduur ziekenhuizen zit weer in de lift

Het aantal poliklinische herhaalbezoeken en de ligduur in de Nederlandse ziekenhuizen is de laatste jaren fors toegenomen. Dat constateert accountants- en adviesbureau EY in de Logistieke Barometer Nederlandse Gezondheidszorg. Mogelijkerwijs compenseren ziekenhuizen hiermee het dalende zorgvolume. Naast het langer in zorg houden van patiënten als compensatiemechanisme ziet EY ook andere factoren die mogelijk bijdragen aan een langere ligduur en het groeiende aantal herhaalbezoeken, zoals complexere patiëntenpopulatie en een moeilijker uitstroom naar verpleeg- en verzorgingshuizen. De geconstateerde trend van een dalend zorgvolume in combinatie met langere ligduur is vooral terug te zien bij de UMC's en topklinische ziekenhuizen.

Het aantal klinische opnamen in de UMC's is voor het derde opeenvolgende jaar gedaald, wat neerkomt op een afname van 7,1% tussen 2011 en 2014. Het aantal dagopnamen is in dezelfde periode afgenomen met jaarlijks zo'n 18%. Ook het aantal eerste polikliniekbezoeken (EPB) is gedaald: met 11,7% in 2014 en 4,5% in 2013. Maar daar staat tegenover dat het aantal herhaalbezoeken voor het tweede jaar achtereenvolgende steeg met ca. 4%. Dit resulteert in een stijging van de herhaalfactor, ofwel het totale aantal herhaalbezoeken dat volgt op een EPB, van respectievelijk 12,5% in 2013 en 24% in 2014. De ligduur bij de UMC's is met 8,9% flink gestegen. De combinatie van het significant lager aantal dagbehandelingen en de stijging van de herhaalfactor laat dit zien dat UMC's te maken hebben met een complexere patiëntenpopulatie, waarbij de minder complexe casuïstiek van UMC's verhuist naar overige ziekenhuizen. Ook de topklinische ziekenhuizen hebben te maken met minder klinische opnamen. Tussen 2011 en 2014 zijn deze structureel gedaald met 15,5%. Enkele ziekenhuizen hebben hun opnamen zelfs met een kwart zien afnemen. Daar staat een stijging van het aantal klinische verpleegdagen tegenover. In 2014 ging het om een stijging van ca. 2%, waar in de periode van 2010 tot en met 2013 juist sprake was van een forse daling (Skipr, 25 januari 2016).

STZ-ziekenhuizen versterken wetenschappelijke faam

De Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ) hebben de afgelopen vier jaar ruim 20% meer wetenschappelijke publicaties geproduceerd. Hiermee scoren de 27 aangesloten ziekenhuizen alle ruim boven het wereldgemiddelde. De STZ's leveren gezamenlijk ca. 40% van de ziekenhuiszorg in Nederland. Juist deze hoge aantallen patiënten maken de STZ's zeer geschikt voor klinisch patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek. Alle STZ's laten een groei van het aantal publicaties zien. Uitschieters zijn het Spaarne Gasthuis (71% groei), Medisch Centrum Haaglanden (63% groei) en het Amphia Ziekenhuis (61% groei). Behalve het aantal onderzoeken is ook de wetenschappelijke impact, gemeten naar het aantal malen dat een onderzoek is geciteerd, gestegen. Deze zogeheten impactfactor komt wereldwijd op een gemiddeld cijfer van 1. Het STZ-gemiddelde ligt op 1,31. Ook is de impactfactor gestegen ten opzichte van de voorgaande analyse. Alle individuele STZ's zitten boven het wereldwijd gemiddelde. Uitschieters zijn het Spaarne Gasthuis (van 1,04 naar 1,43), Medisch Centrum Leeuwarden (van 1,11 naar 1,46) en het St. Lucas Andreas Ziekenhuis (van 1,10 naar 1,42) (Skipr, 11 januari 2016).



Rust in ambulancesector

De ministerraad heeft op voorstel van minister Schippers van VWS besloten een wetsvoorstel in te dienen om de werking van de Tijdelijke wet ambulancezorg met twee jaar te verlengen. Deze wet is ingegaan in 2013 en wordt nu verlengd tot en met 2019. In de Tijdelijke wet ambulancezorg is geregeld dat per regio één ambulancevoorziening is aangewezen die de ambulancezorg uitvoert en de meldkamer ambulancezorg in stand houdt. Op dit moment is er nog volop discussie over de acute zorg in Nederland. Zo is nog niet duidelijk welke rol zorgverzekeraars kunnen gaan spelen in de acute keten en hoe de landelijke meldkamer precies georganiseerd gaat worden. Ook wordt er hard gewerkt aan het vergroten van de transparantie over kwaliteit in de ambulancezorg. Een grote verandering in de organisatie is daarbij niet bevorderlijk (Nieuwsbericht VWS, 12 februari 2016).

Ambulancezorg in Europa: ervaringen van patiënten nog weinig ingezet

Een inventarisatie onder veertien Europese ambulancediensten laat zien dat de ambulancezorg op hoofdlijnen gelijk is georganiseerd, maar dat niet overal sprake is van nationale regelgeving over de kwaliteit en patiëntveiligheid van ambulancezorg. Daarnaast worden de ervaringen van patiënten met ambulancezorg nog weinig ingezet.

De meeste landen regelen ambulancezorg op nationaal niveau. Alle landen maken onderscheid tussen dringend (spoed) en niet-dringend ambulance vervoer en allemaal maken ze gebruik van verschillende soorten ambulances: *advanced life support ambulances* en *basic life support ambulances*. Negen landen hebben een kwaliteitsprogramma voor de ambulancezorg en in tien landen worden landelijke kwaliteitsindicatoren toegepast. Registratie van klachten van patiënten en adverse events, onbedoelde gebeurtenissen met schade, vindt in de meeste landen plaats. De betrokkenheid van de patiënt bij de ambulancezorg is beperkt. In acht landen worden patiënttevredenheid of patiëntervaringen gemeten. In drie landen zijn het meten van het patiëntenperspectief onderdeel van een landelijk programma (Letland, Noorwegen en Verenigd Koninkrijk). De responstijden voor de meest urgente ambulanceritten variëren tussen maximaal vijf minuten in Duitsland tot maximaal twintig minuten in Tsjechië. Ook is er veel variatie tussen het aantal samenwerkingspartners. In Nederland zijn dit vijf verschillende partners, terwijl in Spanje en Hongarije er sprake is van samenwerking met één partner. In de afgelopen vijf jaar zijn de nationale budgetten voor ambulancezorg in de meeste landen toegenomen, waardoor ambulancediensten beter in staat zijn om te reageren op een groeiend aantal oproepen. Het ambulancepersoneel nam toe in aantal en functies. Nieuwe posities zoals assistent verpleegkundige of chauffeur op de

zorgambulance zijn geïntroduceerd. De resultaten van het online vragenlijstonderzoek zijn gebaseerd op 21 respondenten die werkzaam zijn bij ambulancediensten in één van veertien deelnemende landen (België, Duitsland, Estland, Hongarije, Kroatië, Ierland, Letland, Litouwen, Nederland, Noorwegen, Spanje, Tsjechië, Turkije en het Verenigd Koninkrijk). Het onderzoek vond plaats in maart 2015. In de vragenlijst werd gevraagd naar informatie over de ambulancezorg in 2014 (NIVEL, 4 februari 2016).

Ambulances langer onderweg; meer mensen te ver van SEH

Ambulances zijn vergeleken met 2013 op sommige plekken in het land langer onderweg. Daardoor kunnen meer mensen niet binnen de wettelijk norm van 45 minuten op de Spoedeisende Hulp (SEH) van een ziekenhuis zijn of bij een locatie voor acute verloskunde. In totaal zitten ruim 33.000 mensen op meer dan 45 minuten van de eerste hulp. Dat zijn er 9000 meer dan in 2013, blijkt uit nieuwe analyse van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). RIVM voert de analyse van de bereikbaarheid van SEH's en locaties met acute verloskunde uit op basis van een rijtijdenmodel. In 2016 heeft RIVM een nieuwe versie hiervan in gebruik genomen. Om tot het nieuwe model te komen heeft RIVM tussen 1 juli 2014 tot en met 30 juni 2015 metingen van ambulancesnelheden laten uitvoeren. Hierbij zijn snelheden in heel Nederland gemeten. Uit de meetgegevens zijn gemiddelde snelheden bepaald. De nieuwe gemiddelde snelheden zijn gebruikt in een routeplanner die toegesneden is op hulpdiensten, met bijvoorbeeld busbanen die voor andere verkeer afgesloten zijn. De nieuwe gemiddelde snelheden bleken iets lager dan die volgens het vorige model uit 2013. De lagere snelheden leiden tot langere rijtijden. In de meeste gebieden in Nederland is het nieuwe rijtijdenmodel één tot twee minuten langzamer dan de vorige versie. De oorzaak van de lagere snelheden is door RIVM niet in detail onderzocht maar er zijn aanwijzingen dat de lagere snelheden verband hebben met de toename van de verkeersdruk in de afgelopen jaren. Er zijn ook gebieden waarin het 2016-model sneller is dan het 2013-model. De belangrijkste verklaring hiervoor ligt in een verbetering van de infrastructuur. De 9000 inwoners voor wie de SEH nu verder weg is liggen verspreid over Nederland. Het betreft inwoners van de Waddeneilanden en de gemeenten Baarle-Nassau, Korendijk, Sluis, Steenwijkerland en De Marne (Skipr, 18 februari 2016).

Landelijk Schakelpunt wordt voortgezet

Meer dan twintig partijen hebben hun handtekening gezet onder het nieuwe convenant 'Gebruik Landelijke Zorginfrastructuur 2016–2020'. De partijen, waaronder de koepels van apothekers (KNMP), huisartsen (LHV), Huisartsenposten (InEen), ziekenhuizen (NVZ), instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (GGZ Nederland), Patiëntenfederatie NPCF, Zorgverzekeraars Nederland, Nictiz en leveranciers van zorg-informatiesystemen tekenden het nieuwe convenant.

Alle partijen zijn het eens over de wijze waarop zij samen de landelijke zorginfrastructuur willen gebruiken en doorontwikkelen. De eerste convenantperiode is hiermee afgesloten. In de afgelopen jaren heeft meer dan 90% van de huisartsenpraktijken een aansluiting gekregen en in meer dan 95% van de apotheken en huisartsenposten was dat het geval. Meer dan 89% van de ziekenhuizen is aangesloten op het Landelijk Schakelpunt. Bijna 10 miljoen Nederlanders hebben intussen hun zorgverlener(s) toestemming gegeven om hun gegevens voor uitwisseling beschikbaar te stellen voor het geval dat voor hun behandeling van belang is. Er worden wekelijks 1 miljoen medische verzoeken tot informatie via het Landelijk Schakelpunt verzonden.

De informatie-uitwisseling draagt bij aan de veiligheid in waarnemingsituaties, reguliere medische situaties en spoedeisende situaties. De ondertekenaars van het convenant hebben de afgelopen maanden intensief met elkaar gesproken over de aanpak voor de komende jaren. Was het vorige convenant vooral gericht op de daadwerkelijke start van de zorginfrastructuur, het nieuwe convenant is vooral gericht op verbreding en verdieping van het gebruik van het Landelijk Schakelpunt (Vereniging van zorgaanbieders voor zorgcommunicatie, 1 maart 2016).

Geschillen vrij beroepsbeoefenaren naar Scheidsgerecht Gezondheidszorg

Vanaf 1 januari 2016 kunnen onderlinge geschillen tussen medisch specialisten in vrij beroep worden voorgelegd aan het Scheidsgerecht Gezondheidszorg. Het Scheidsgerecht maakt dit mogelijk op verzoek van de Federatie Medisch Specialist (FMS). Tot nu toe werden dergelijke geschillen voorgelegd aan een ad hoc arbitragecommissie, desgevraagd door de voorzitter van FMS samengesteld. Geschillen tussen ziekenhuizen en medisch specialisten in dienstverband werden al voorgelegd aan

het Scheidsgerecht. Zo ook geschillen tussen ziekenhuizen en een collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. Het gaat dan bijvoorbeeld om een geschil dat ontstaat omdat een maatschap niet meer verder wil met een van de maten. Of om onvrede over gemaakte verdeelafspraken. Of vanwege gedeeltelijke of tijdelijke arbeidsongeschiktheid die moet worden opgevangen door de overige maten. Deze geschillen houden in toenemende mate verband met elkaar: afspraken met het ziekenhuis zijn van invloed op onderlinge afspraken tussen medisch specialisten in vrij beroep. Vandaar dat de behoefte is ontstaan om de geschillen voor te leggen aan één instantie die conflicten op ieder niveau kan behandelen en zo ook de relatie tussen deze conflicten in de behandeling kan meenemen. Daarnaast is er bij de FMS behoefte aan een vaste poule van arbiters van meerdere voorzitters/juristen, veelal rechters, maar ook accountants en medisch specialisten. Ook hierin voorziet het Scheidsgerecht. Verder biedt het Scheidsgerecht een voorziening die laagdrempelig in kosten is: arbitrage is voor partijen een kostbare aangelegenheid. Het Scheidsgerecht kent, ondanks de specifieke expertise, relatief lage kosten (FMS, 1 januari 2016).

Erkenning specialistendiploma's buitenland: aanvullende eisen

Erkenning van een in het buitenland behaald diploma betekent niet langer dat een specialist automatisch in het specialistenregister wordt ingeschreven. Dit volgt uit de nieuwe regels van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) voor artsen die in het buitenland een specialistendiploma hebben behaald en in Nederland erkenning en registratie als specialist aanvragen. Op basis van deze regelgeving heeft de Registratie Geneeskundig Specialist (RGS) beleidsregels opgesteld. Eerder kon een arts waarvan het specialistendiploma door de RGS werd erkend, zonder specifieke registratie-eisen worden ingeschreven in het betreffende specialistenregister. Met ingang van 18 januari 2016 gelden aanvullende eisen voor registratie. In de nieuwe situatie moet de arts kunnen aantonen dat hij zijn specialisme in voldoende mate heeft uitgeoefend, dat hij in voldoende mate heeft deelgenomen aan bij- en nascholing en dat hij de Nederlandse taal in voldoende mate beheerst om in aanmerking te kunnen komen voor registratie. Deze regels zijn neergelegd in het Besluit buitenslands gediplomeerden van het CGS.

De uitvoeringsregels die de RGS heeft vastgesteld zijn opgenomen in de Beleidsregels buitenslands gediplomeerden (KNMG, 5 februari 2016).

Erkenning specialisme openbaar apotheker

Minister Edith Schippers (VWS) heeft het specialisme van openbaar apotheker wettelijk erkend. Daarmee wordt de titel 'openbaar apotheker' een wettelijk beschermde titel. Voor patiënten en zorgverleners wordt hiermee duidelijker waarvoor ze een openbaar apotheker kunnen consulteren. Nu mag nog iedere apotheker zich openbaar apotheker noemen. Een openbaar apotheker verschilt van een basisapotheker door extra opleiding en vaardigheden. Dan gaat het met name om hoog complexe zorg, multidisciplinaire zorg, medicatiebeoordeling, medicatiebewaking en medicatieoverdracht, palliatieve zorg en ouderenzorg. De openbaar apotheker richt zich met name op kwetsbare groepen, zoals mensen met chronische aandoeningen en ouderen die veel geneesmiddelen gebruiken. Op dit moment zijn er in Nederland ongeveer 2650 openbaar apothekers (VWS, 19 januari 2016).

De VAR verdwijnt per 1 mei 2016

De Verklaring Arbeidsrelaties (VAR) wordt per 1 mei 2016 vervangen door een nieuw systeem van modelovereenkomsten tussen de opdrachtgever en de opdrachtnemer (zzp'er), als gevolg van de onlangs aangenomen Wet deregulering beoordeling arbeidsrelaties. Met de nieuwe wet wil de overheid schijnzelfstandigheid voorkomen en meer duidelijkheid creëren over de verantwoordelijkheidsverdeling.

Concreet betekent dit dat de opdrachtgever vanaf 1 mei 2016 alsnog loonheffingen moet inhouden en betalen als de relatie met de opdrachtnemer achteraf wordt beschouwd als een arbeidsrelatie. Tot 1 mei aanstaande kunnen zzp'ers door het aanvragen van een VAR vooraf duidelijkheid krijgen over de beoordeling van de werksituatie door de Belastingdienst. Deze beoordeling kan de Belastingdienst doen op basis van voorbeeldovereenkomsten per beroepsgroep. Dergelijke voorbeeldovereenkomsten worden momenteel door de Federatie Medisch Specialisten voorbereid. Bij goedkeuring worden deze door de Belastingdienst gepubliceerd. Het gebruik van dergelijke voorbeeldovereenkomsten is overigens niet verplicht. Medisch specialisten die zzp'er zijn,

kunnen ook individuele overeenkomsten vooraf ter goedkeuring voorleggen. Anderzijds kan een medisch specialist het ook laten aankomen op een beoordeling achteraf. De federatie adviseert om dit te bespreken met een belastingadviseur. Als er niets wijzigt aan de werksituatie en voorwaarden, en er is al een VAR voor 2014-2015, dan blijft deze ook geldig in 2016. Als werkomstandigheden of -voorwaarden wijzigen voor 1 mei 2016, dan kan tot 1 mei 2016 een nieuwe VAR worden aangevraagd. Deze geldt echter slechts tot 1 mei 2016. Zzp'ers doen er dan goed aan meteen afspraken af te stemmen op de nieuwe wet- en regelgeving, of door deze vast te leggen conform een modelovereenkomst, of door goedkeuring vooraf bij de Belastingdienst aan te vragen (Demedischspecialist.nl, 4 maart 2016).

Inspectie in gesprek over sturen op verantwoord functioneren

Een derde van de zorgverleners geeft aan zijn of haar eigen functioneren niet te evalueren. Daarnaast heeft ruim een kwart van de zorgverleners ervaring met disfunctionerende collega-zorgverleners. Dit blijkt uit onderzoek van IQ Healthcare, onderdeel van Radboud UMC. Sinds 2015 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg het onderwerp sturen op functioneren en goed omgaan met verminderd functioneren van zorgverleners hoog op de agenda staan. Bij verminderd functioneren is risico aanwezig op het ontstaan van ernstige schade voor patiënten en cliënten. Tijdig ingrijpen is dan van belang. De onderzoekers concluderen dat er extra aandacht nodig is voor het omgaan met verminderd functioneren van collega's, bijvoorbeeld tijdens de opleiding of bij de nascholing. Ook zou er volgens de onderzoekers meer aandacht moeten komen voor de aanspreekcultuur binnen organisaties. Alleen in een open en veilige cultuur is het mogelijk om elkaar te corrigeren en te leren van fouten.

De mate van functioneren van de medisch specialist is een essentieel onderdeel in de kwaliteitsketen. Inmiddels doet ruim 85% van alle medisch specialisten mee aan IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialisten), tweejaarlijkse gesprekken waarin de individuele medisch specialist door collega's, medewerkers en patiënten wordt beoordeeld op zijn functioneren. Voor registratie is het noodzakelijk om (naast IFMS) mee te doen aan

kwaliteitsvisitaties waarin het functioneren van een vakgroep of maatschap een keer in de vijf jaar tegen het licht wordt gehouden door collega's uit de wetenschappelijke vereniging. Een belangrijke succesfactor is dat verbeteren van functioneren alleen kan gedijen in een sfeer en cultuur van vertrouwen waarin leren centraal staat (IGZ; demedischspecialist.nl, 15 februari 2016).

Collega's belangrijk bij disfunctionerende zorgverlener

Zorgverleners hebben een belangrijke signalerende rol als een collega disfunctioneert. Veel van hen hebben een dergelijke situatie meegemaakt. In de meeste gevallen is actie ondernomen en de zorgverlener aangesproken op zijn gedrag. Dat blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in het wetenschappelijke tijdschrift Verpleegkunde. Tijdens hun werk zien zorgverleners hoe collega's en andere zorgverleners hun beroep uitoefenen. Ook horen zij van cliënten daarover verhalen. Bijna de helft van de ondervraagde verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners (45%) heeft in het jaar voorafgaand aan het onderzoek een situatie meegemaakt waarin (mogelijk) sprake was van een disfunctionerende zorgverlener. Meestal (in 92% van de situaties) was dat een zorgverlener uit de eigen instelling of praktijk. In 75% van de situaties ging het om beroepscompetenties die tekort schoten, zoals slechte communicatie of niet de afgesproken zorg geven. In 25% van de situaties was er (ook) sprake van persoonlijk disfunctioneren, zoals verslaving, psychische problemen, agressie of fraude. Meestal wordt er actie ondernomen in situaties waarin disfunctioneren wordt vermoed. In 87% van de situaties werd door de zorgverlener zelf, een leidinggevende of collega's actie ondernomen, meestal door de zorgverlener op zijn gedrag aan te spreken. Dit is conform de beroepscode die veel beroepsgroepen hebben. Volgens de beroepscode moeten zorgverleners de cliënt beschermen tegen tekortschietende of schadelijk handelen van een andere zorgverlener. In 62% van de gerapporteerde situaties was de cliëntveiligheid mogelijk in gevaar, vooral als de disfunctionerende persoon een arts was. Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg is er sprake van een disfunctionerende zorgverlener als de zorgverlener onvoldoende competent is of onverantwoorde zorg geeft en niet in staat of bereid is dit op te lossen. Cliënten

kunnen daardoor geschaad worden. Bij disfunctioneren gaat het meestal om een structurele situatie. Het is belangrijk dat signalen van disfunctioneren zo snel mogelijk worden opgepikt en dat er actie wordt ondernomen om erger te voorkomen. NIVEL-onderzoeker Anke de Veer: 'Zorgverleners zien veel tijdens hun werk en komen daarbij ook situaties tegen waarbij zij hun bedenkingen hebben of er sprake is van goede zorg. Het hoort bij hun professionaliteit om dit bespreekbaar te maken. Uit onderzoek blijkt dat een goede teamsfeer en aansturing door de leidinggevende helpen om disfunctioneren bespreekbaar te maken.' (NIVEL, 8 januari 2016).

Aantal polissen voor de basisverzekering neemt af in 2016

In 2016 zijn er iets minder verschillende zorgpolissen voor de basisverzekering aangeboden dan vorig jaar. In plaats van 71 polissen, zijn er in 2016 'nog maar' zestig verschillende basispolissen om uit te kiezen. Twaalf polissen zijn vervallen per 2016. Er is een nieuwe polis bijgekomen. Ook zijn er in 2016 minder polissen met beperkende voorwaarden. Vorig jaar waren er nog zeventien van dit soort polissen, in 2016 zijn dit er twaalf. Het aantal zorgpolissen voor de basisverzekering varieert sterk per zorgverzekeraar. Zo biedt Achmea achttien verschillende basispolissen aan, terwijl ONVZ maar een basispolis aanbiedt. Het aantal combinatiepolissen neemt ook af: zorgverzekeraars maken vaker een keuze voor uitsluitend natura- of restitutiepólis. Iedere burger is wettelijk verplicht om een zorgverzekering voor het basispakket af te sluiten. Daarnaast kunnen mensen vrijwillig kiezen of ze ook nog een aanvullende zorgverzekering willen afsluiten. Vorig jaar boden de zorgverzekeraars naast een basispolis gemiddeld 4,5 aanvullende verzekeringen en 2,4 tandartsverzekeringen aan (nza.nl, 28 januari 2016).

De inspectie gaat lekeninspecteurs inzetten

De Inspectie voor de Gezondheidszorg wil 'het verhaal van de cliënt horen'. De inspectie wil onder meer lekeninspecteurs inschakelen bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg. Dat voornemen gaat de inspectie nader uitwerken in overleg met patiëntenorganisaties, zoals Patiëntenfederatie NPCF. Zodra belangstellenden zich kunnen melden, zal de inspectie dit bekend maken (IGZ, 28 januari 2016).



Commissie-Schnabel: euthanasiewet biedt voldoende ruimte bij voltooid leven

Het verruimen van juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding is onwenselijk, stelt de Adviescommissie voltooid leven onder leiding van Paul Schnabel in haar rapport. De euthanasiewet biedt bij voltooid leven voldoende ruimte, waarbij de commissie meeneemt dat ook een stapeling van ouderdomsklachten oorzaak van ondraaglijk en uitzichtloos lijden kan zijn. De adviescommissie heeft op verzoek van de ministers van VWS en van Veiligheid & Justitie een breed advies uitgebracht over de juridische mogelijkheden en de maatschappelijke dilemma's rond hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Verruiming van de euthanasiewet is wat de commissie betreft onwenselijk. Veel van de mensen met een 'voltooid leven'-wens (ook wel aangeduid met lijden aan het leven of 'klaar met leven') hebben een opeenstapeling van ouderdomsklachten met een medische grondslag die zorgt voor een ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Zij vallen binnen de criteria van de euthanasiewet. Voor de zeer kleine groep mensen met een actuele doodswens zonder dat er een medische grondslag is, ziet de commissie geen aanleiding de wet te wijzigen (KNMG, 4 februari 2016).

Ruim een miljoen mensen kiezen andere zorgverzekering

Ruim een miljoen mensen is per 1 januari 2016 van zorgverzekeraar veranderd. Het definitieve overstappercentage voor 2016 is uitgekomen op 6,3%, lager dan de begin januari verwachte 7,0%. Dat betekent dat minder mensen dan in 2015 zijn overstapt op een andere zorgverzekering. Toen veranderde 6,8% van zorgverzekeraar (ZN, 19 februari 2016).

Zorgverzekeraars controleren zorgnota's beter

Jaarlijks onderzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de prestaties van de zorgverzekeraars. Uit de laatste meting blijkt dat het toezicht van NZa vruchten afwerpt: de zorgverzekeraars controleren de zorgnota's beduidend beter dan voorheen. NZa vindt dit positief: zorgaanbieders zijn uiteraard als eerste aan zet om correcte zorgnota's in te dienen, maar de zorgverzekeraars ontvangen alle nota's en hebben de wettelijke taak om fouten op te sporen en te (laten) herstellen. Zij mogen namelijk alleen juiste zorgnota's vergoeden. NZa blijft erop toezien dat de zorgverzekeraars de zorgnota's goed blijven controleren en ziet ook nog een aantal mogelijke verbeterpunten. Zo kunnen de zorgverzekeraars nog beter gebruik maken van data-analyses om onjuiste zorgnota's op te sporen. Daarnaast kunnen zij die controles meer automatiseren dan nu het geval is (NZa, 15 februari 2016).

Visie Geneesmiddelen

VWS heeft eind januari haar langverwachte visie op geneesmiddelen vastgesteld. Het betreft een koerswijziging in het geneesmiddelenbeleid. De minister wil vernieuwing blijven stimuleren, maar vindt dat het systeem waarmee geneesmiddelen op de markt komen en worden vergoed, fundamenteel moet worden gewijzigd. Het aanpakken van de hoge prijzen en marktbescherming van de industrie hebben een hoge prioriteit. De minister heeft een reeks van maatregelen opgesteld die ingrijpen op de gehele keten, van ontwikkeling, toelating tot de markt tot en met het vergoeden en gepast gebruik van geneesmiddelen. De innovatieve geneesmiddelen die op dit moment op de markt komen, zijn van een geheel andere orde dan veel nieuwe geneesmiddelen die de afgelopen decennia op de markt kwamen. Het gaat nu steeds vaker om complexe medicijnen voor kanker en om nieuwe geneesmiddelen voor kleine groepen ernstig zieke

patiënten. De komst van deze medicijnen dreigt daarmee ten koste gaan van de zorg voor andere patiënten: verdringing van zorg. VWS wil dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars hun krachten bundelen en beter worden toegerust voor gezamenlijke onderhandelingen bij de inkoop van medicijnen. Hiervoor wordt het Platform Expertise Inkoop Geneesmiddelen opgericht. Ook pleit VWS voor nieuwe businessmodellen bij de ontwikkeling en productie van geneesmiddelen. De overheid betaalt nu vaak dubbel. Eerst wordt geïnvesteerd in de ontwikkeling van een medicijn, vervolgens wordt betaald voor de aankoop. Daarom wil VWS voortaan voorwaarden stellen aan investeringen in de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen: als het middel een succes wordt, moet een deel van de opbrengst ook worden terugbetaald. Om dure medicijnen effectiever in te zetten, is het cruciaal dat duidelijk is bij wie het wel werkt en bij wie niet. VWS stelt daarom 10 miljoen euro beschikbaar voor onderzoek naar methoden waarmee van tevoren kan worden vastgesteld of een medicijn bij een bepaalde patiënt aanslaat.

Maar bovenal richt VWS zich op de vele regelingen in Europa die de farmaceutische industrie beschermen. Het gaat om maatregelen die ooit bedoeld waren om innovatie te stimuleren, maar die nu vooral door de industrie worden gebruikt om het monopolie op nieuwe geneesmiddelen, en daarmee de hoge prijzen, zo lang mogelijk te behouden. Het Nederlandse EU-voorzitterschap in het eerste halfjaar van 2016 is voor VWS aanleiding om de krachten in Europa te bundelen. De belangrijkste vraag hierbij is of Nederland wel op voldoende steun van de andere landen kan rekenen. Nederland is internationaal gezien een kleine speler in de geneesmiddelenmarkt en de belangen in Europa zijn verdeeld. De meeste maatregelen die in de visie staan zullen pas op langere termijn effect hebben. Intussen blijven veelbelovende, nieuwe veelal dure geneesmiddelen, op de markt komen. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) vindt het belangrijk dat de minister hiervoor voldoende geld beschikbaar stelt. Instellingen hebben de laatste jaren fors moeten bezuinigen op noodzakelijke investeringen in personeel en ICT, om geld vrij te maken voor geneesmiddelen. Op aandringen van NVZ gaat de Nederlandse Zorgautoriteit de uitgaven voor dure geneesmiddelen en de contractafspraken die ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar maken, jaarlijks monitoren om te bezien waar het financieel klemt (VWS, 29 januari 2016; NVZ, 2 februari 2016).

ACM ziet geen problemen bij **gezamenlijke inkoop duur geneesmiddel**

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) ziet geen mededingingsbezwaren tegen de inkoop door zorgverzekeraar Achmea van TNFi's voor alle patiënten in het ziekenhuis. Dit blijkt uit de informele zienswijze die ACM op 26 februari publiceerde. Het gaat hierbij ook om inkoop voor 'eigen' patiënten en patiënten die elders verzekerd zijn.

TNFi is een medicijn tegen ontstekingen zoals reumatische artritis en psoriasis en valt in de categorie dure geneesmiddelen. ACM heeft naar de plannen van Achmea gekeken en aangegeven in dit specifieke geval geen mededingingsbezwaren te zien. Beantwoording van de vraag spitst zich toe op het effect van de toevoeging van niet-Achmea verzekerden aan die inkoop. ACM ziet geen risico's voor de inkoopmarkt. De ziekenhuizen kopen de TNFi's rechtstreeks in bij producenten die een markt bedienen die vele malen ruimer is dan alleen Nederland; er zijn voor de producenten ruim voldoende andere afzetkanalen dan Nederlandse ziekenhuizen. Voor kopersmacht hoeft daarom niet te worden gevreesd.

ACM ziet ook geen negatieve gevolgen voor de mededinging tussen de ziekenhuizen. Deze inkoopregeling zal de concurrentie op de ziekenhuismarkt niet merkbaar beperken. Op het geheel van het zorgaanbod en het geheel van de kosten van de deelnemende ziekenhuizen is de betekenis van de TNFi's voor niet-Achmea verzekerden slechts marginaal. Volgens ACM kan deze inkoopregeling verbreed worden naar andere geneesmiddelen, zolang het aandeel van de bedoelde geneesmiddelen binnen het geheel van het aanbod en binnen het totaal van de kosten van de deelnemende ziekenhuizen niet te groot wordt. Daarvan is volgens ACM niet gauw sprake. Ook verbreding naar alle zorgverzekeraars is mogelijk. Voor nationale inkoop van TNFi's is er volgens ACM alle ruimte (NVZ, 2 maart 2016).

Euro Health Consumer Index: **Europese gezondheidszorg is succesverhaal**

De Europese gezondheidszorg wordt steeds beter, ondanks de alarmbellen over de financiële crisis, bezuinigingsmaatregelen, vergrijzing en onrust rond migratie. De overlevingskansen bij hart- en vaatziekten, beroertes en kanker zijn allemaal toegenomen. De kindersterfte blijft dalen. Nederland staat voor het achtste achtereenvolgende jaar bovenaan aan de lijst.

Dit zijn de belangrijkste conclusies uit de *Euro Health Consumer Index 2015* (EHCI). De EHCI, gestart in 2005, is een belangrijke vergelijking voor de beoordeling van de prestaties van de nationale zorgstelsels in 35 landen. De EHCI analyseert de gezondheidszorg op 48 indicatoren, bijvoorbeeld op het gebied van patiëntrechten, toegang tot zorg, uitkomsten van de behandeling en preventie. Daarmee kan een land maximaal duizend punten scoren. Nederland is het enige land dat meer dan negenhonderd punten haalt en is daarmee Europees kampioen (ZN, 2 februari 2016).

Nieuwe Wet kwaliteit, **klachten en geschillen in de zorg**

Per 1 januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) in werking getreden. De Wkkgz regelt twee belangrijke onderwerpen: kwaliteit en klachtrecht. De wet vervangt ten dele bestaande wetgeving, maar bevat ook nieuwe bepalingen en verplichtingen. De Wkkgz verplicht zorgaanbieders om 'goede zorg' te bieden: zorg die veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht is en op de reële behoefte van de patiënt is afgestemd.

De meeste verplichtingen uit de Wkkgz worden opgelegd aan zorgaanbieders. Hiertoe behoren instellingen en solistisch werkende artsen. Ook aanbieders van cosmetische zorg en alternatieve geneeswijzen vallen onder de wet (Federatie Medisch Specialisten, 6 januari 2016).



Zorgpersoneel vindt werk leuk, **ondanks stijgende werkdruk**

Zorgverleners zijn veelal positief over hun werk. Ze zijn echter minder tevreden over de werkdruk dan in voorgaande jaren. Dit blijkt uit het monitoronderzoek 'Aantrekkelijkheid van werken in de zorg', uitgevoerd door het NIVEL onder de leden van het panel Verpleging & Verzorging. Verpleegkundigen, verzorgenden, agogisch begeleiders en praktijkondersteuners geven hun baan gemiddeld een 7,6 als rapportcijfer. Ruim vier op de vijf zijn trots op het werk in de zorg (83%) en gaan met plezier naar het werk (85%). Negen op de tien (91%) vinden het werk inhoudelijk leuk. Zorgverleners zijn in 2015 even tevreden als in 2009, 2011 en 2013 over verschillende aspecten van het werk, zoals groeimogelijkheden, leiding en contacten met collega's. Zorgverleners zijn in 2015 minder tevreden over de werkdruk dan in eerdere jaren. Zij vinden ook vaker dan voorheen dat verlaging van de werkdruk hun werk aantrekkelijker zou maken. Dit geldt voor 72% van de zorgverleners. De helft denkt beter te kunnen functioneren als het minder druk zou zijn. Ruim de helft (54%) vindt dat er onvoldoende maatregelen genomen zijn om de werkdruk te verminderen. Vaker dan in voorgaande jaren geven zorgverleners aan dat vermindering van de administratieve taken het werk aantrekkelijker maakt. Bijna driekwart (73%) deelt deze opvatting. Slechts een vijfde (23%) vindt de tijd die zij aan administratief werk besteedt redelijk en denkt dat cliënten hier niet onder te lijden hebben. NIVEL-onderzoeker Erica Maurits: 'Zorgpersoneel heeft vaak problemen met de hoeveelheid administratief werk. Hierbij kan meespelen dat het nut van registraties onvoldoende duidelijk is en registraties onvoldoende aansluiten bij de zorg.' (NIVEL, 12 januari 2016).