



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
DAGBEHANDELING EN KORT VERBLIJF



KORTOM

'KORTOM' IS EEN UITGAVE VAN

D E N V D K

Voorwoord

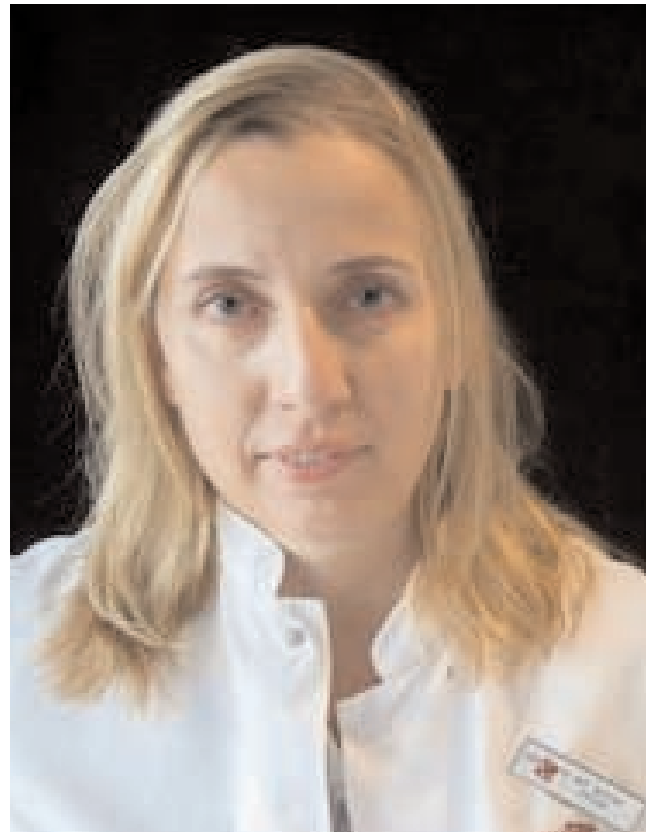
Voorwoord van de Vicevoorzitter: Marlies Schijven

Voor de meesten van ons zit de welverdiende vakantie er weer op! Hopelijk bent ook u weer fris en met hernieuwde energie aan de slag. En kijkt u vooruit naar manieren waarop kunt inspelen op veranderende situaties, zodat u verbetering en vernieuwing in uw werk kunt oppakken. Zo probeert het bestuur van deze vereniging ook naar de toekomst te kijken.

Een belangrijk punt voor onze vereniging is, zoals eerder ook door onze Voorzitter gesteld, dat we meer artsen als leden willen verwelkomen binnen de vereniging. Dat is goed voor de balans verpleegkundigen-artsen binnen de NVDK; en goed voor de patiënt in dagbehandeling. Dat kan natuurlijk alleen maar als er ook echt wat te 'halen' valt voor artsen binnen de vereniging. En dat is er, want er is immers technisch steeds meer mogelijk in dagbehandeling. Operaties waarvoor in veel ziekenhuizen klinische bedden gereserveerd worden, zijn steeds vaker goed in dagbehandeling uit te voeren. Dit, mits de selectie van de juiste patiënten, het juiste behandelteam, de condities van zorg en verzorging allemaal optimaal gecombineerd zijn. Sterker nog, de dagbehandeling is misschien wel het paradepaardje van een ziekenhuis als het gaat om het zo optimaal mogelijk laten verlopen van zorgprocessen. Optimale samenwerking tussen medisch specialist, operatiepersoneel en verpleegkundigen is hierbij de sleutel tot succes.

Voor artsen die deze uitdaging aangaan, is naast professionalisering ook zichtbaarheid van onze vereniging belangrijk. Onbekend maakt immers onbemind.

In de eerste plaats denk ik hierbij aan het komende NVDK Congres. De voorbereidingen hiervoor zijn



Marlies Schijven

in volle gang. Het 17-e Congres dat de naam draagt: "Ziekenhuis of ZBC? What's new?" hoopt de keuzen van, voor en vooral dóór professionals in de verschillende werkomgevingen voor het voetlicht te zetten. Dat past goed in de visie van het NVDK bestuur waarbij de relatie met ZBC's als een belangrijk en een niet-te-missen focus voor de samenwerking en toekomststrategie wordt gezien (zie ook het artikel 'Ziekenhuizen en ZBC's in financiële problemen door te late contracten met zorgverzekeraars'). Ook is het Beleidsplan van de Vereniging aan uw kritische blik toe. De ontwikkelingen in de dagbehandeling- en kort-verblijfomgeving van ziekenhuizen én ZBC's staan tenslotte niet stil. Denk daarom mee over de prioriteitstelling, missie, en visie van uw vereniging. Na de ledenvergadering van het Congres zal de revisie van het beleidsplan volgen.

Vergeet u daarom niet uzelf in te schrijven voor het

Congres, dat op 14 november 2012 wordt gehouden in de Flint te Amersfoort. Indien u voor 21 september inschrijft, profiteert u nog van het gunstige lage tarief.

Naast het Congres, zijn informatieve updates gedurende het jaar óók belangrijk. De Kortom hoopt hierin bij te dragen. Een goed blad maak je samen, en is daarmee een reflectie van wat er bij u op de werkvloer speelt. Graag willen wij u daarom uitnodigen, hieraan actief bij te dragen. Dat kan als editieredacteur en /of copywriter. Wij begrijpen dat u dit wellicht aanspreekt, maar ook dat u het druk hebt. Vandaar dat het Bestuur van de NVDK heeft besloten copywriters een passende vergoedingen

aan te bieden. Alle informatie hierover valt via onze LinkedIn omgeving terug te lezen.

Want naast de Kortom is social media natuurlijk hét meest actuele kanaal! Vandaar dat er inmiddels een NVDK – LinkedIn omgeving is waar, voor leden én voor niet-leden van de NVDK, informatie te posten en te halen valt. De NVDK- LinkedIn is te vinden via: <http://www.linkedin.com/groups/Nederlandse-Vereniging-voor-Dagbehandeling-en-4319582>
We hopen dat u allen op 14 november in groten getale zult komen.

Dr. Marlies Schijven,
chirurg en vicevoorzitter NVDK

Jaarverslag NVDK 2011

De bestuursleden Hans Kerkkamp (voorzitter) en Geert-Jan Cromheecke (penningmeester) hebben hun bestuursfunctie neergelegd.

André Wolff en Marlies Schijven zijn tot het bestuur toetreden.

Bert van Hek heeft zich beschikbaar gesteld als nieuwe penningmeester. Bert moet nog voorgesteld worden aan de leden in de Algemene Leden Vergadering.

De samenstelling van het bestuur is als volgt:

- Dr André Wolff, Anesthesioloog & Chef de Clinique afdeling Anesthesiologie, Pijn en Palliatieve Geneeskunde, Medisch Manager afdeling Operatiekamers Twenteborg Ziekenhuis in Almelo.
- Marlies P. Schijven MD PhD MHSc, chirurg AMC.
- Cécile Verhagen, Kwaliteitsadviseur Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede (bouwt activiteiten af en woont vergaderingen bij als IAAS bestuurslid en vertegenwoordigt daarbij de NVDK)
- Marja Braxhoofde, Teamleider van de afdeling dagbehandeling in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam
- Nicole van der Lans, Unithoofd kortverblijf en dagbehandeling in Bronovo Ziekenhuis in Den Haag
- Annemarie Visschedijk, Procescoördinator, Ziekenhuis ZGT in Almelo
- Bert van Hek, Raad van Bestuur CASA Nederland

Het bestuur is 6 keer bijeen gekomen om te vergaderen en 2 keer is er een telefonische vergadering gehouden.

Ereleden: Monica Grasveld, Dick de Jong, Nic de Zwaan en Jan Eshuis.

De vereniging telde dit jaar 283 leden, waarvan 113 individuele en 111 institutionele leden.

De contributie is €45 per jaar voor individuele leden en €180 per jaar voor institutionele leden.

Voorzitter:	André Wolff
Vicevoorzitter:	Marlies Schijven
Secretaris:	Nicole van der Lans
Penningmeester:	Bert van Hek stelt zich hiervoor beschikbaar
Communicatie/website/Kortom:	Marja Braxhoofde
Regio's:	Marja Braxhoofde
Onderwijs/scholing:	Annemarie Visschedijk en Nicole van der Lans
Vertegenwoordigt IAAS, NEN	Cécile Verhagen en Nicole van der Lans
Congres:	Gehele dagelijkse bestuur
Ledenadministratie, congres :	CMSH

Het magazine van de NVDK Kortom werd 4 x uitgegeven, digitaal via email/ Pdf bestand.

De belangrijkste activiteit dit jaar was het congres op 9 november 2011 in de Flint te Amersfoort, met als thema: De digitale wereld in dagbehandeling en kort verblijf. Het congres werd bezocht door 363 deelnemers.

De financiële situatie van de NVDK staat vermeld in de bijlage “financieel jaarverslag 2011 / 2012”

De regio's kwamen weer een aantal keren bijeen. Coördinator Regiobeleid Marja Brakxhoofde neemt daaraan deel namens het bestuur. Zie verderop haar Jaarverslag 2011 NVDK regio's.

De onderwijscommissie heeft in samenwerking met het LEVV het competentieprofiel verpleegkundige Dagbehandeling Kortverblijf, de beroepspraktijk en het Model primair proces dagbehandeling, als uitgangspunten genomen voor het nieuwe scholingsprogramma.

De pilot is in het najaar gestart en de evaluatie heeft intussen plaats gevonden. Zie verderop het verslag.

Het bestuur heeft zich afgelopen jaar met name bezig gehouden met:

- Het benoemen van Aandachtspunten ten aanzien van het Beleidsplan, prioriteitstelling, missie en visie ontwikkelen en het aantrekken van nieuwe beroepsgroepen. Hierna volgt de revisie van het Beleidsplan.
- Samenwerkingsmogelijkheden inventariseren tussen de NVDK en de ZBC's: wat kunnen wij voor elkaar betekenen?
- Het verder ontwikkelen en vernieuwen van Kortom en Website.
- Het gebruik social media (bv twitter) voor NVDK-leden onder de aandacht te brengen
- Revisie van de NEN- norm en wat dit betekent voor onze vereniging.

Collega's die de NVDK ondersteunen:

Ans Ankoné: hoofdredacteur Kortom

Rob Visser en Guus Pauka: Website beheerders

Nicole van der Lans, secretaris NVDK, augustus 2012

Jaarverslag 2011/12 NVDK Regio's

Dit jaarverslag geeft een korte uiteenzetting over activiteiten in de vijf regio's gedurende de periode mei 2011 – augustus 2012. Doelstelling van de bijeenkomsten is: ontwikkelingen uitwisselen die binnen de regio's plaatsvinden en het verhogen van de kwaliteit van dagbehandeling en kortverblijf.

Activiteiten

Om de doelstelling te kunnen behalen zijn de volgende afspraken gemaakt:

- De regiocoördinatoren organiseren minimaal 2 keer per jaar een regiobijeenkomst.
- De agenda's en verslagen van de regiobijeenkomsten, worden op de NVDK-site geplaatst.
- Twee keer per jaar vindt een ontmoeting plaats tussen de regiocoördinatoren en een NVDK-bestuurslid waarbij relevante ontwikkelingen worden besproken.
- Het NVDK- bestuur heeft op LinkedIn heeft een groep aangemaakt waarop men met vragen terecht kan of een discussie kan voeren.
- Elke regio rapporteert over ontwikkelingen en innovaties die binnen de regio plaatsvinden zodat dit in Kortom kan worden gepubliceerd.

Korte verslaglegging van de 5 NVDK regio's
Regio Noord Holland

De regiocoördinatoren zijn:

Jacolien Blom-Pool

Gemini Ziekenhuis Den Helder en Mediance Schagen, hoofd dagbehandeling

Postbus 750, 1780 AT Den Helder

0223 69 69 69

j.blom@gemini-ziekenhuis.nl

Carla Hoekstra

Medisch Centrum Alkmaar, stafverpleegkundige dagbehandeling Chirurgie, 028.

Postbus 501, 1800 AM Alkmaar

072 548 4207/773, C.A.M.

Hoekstra@mca.nl

Ina de Vries

VU medisch centrum Amsterdam

Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam

020 44 44 444,

IJ.devries@vumc.nl

Martin Blomenkamp heeft na een periode van ongeveer zes jaar afscheid genomen als regiocoördinator. Ina de Vries is hem opgevolgd.

De volgende bijeenkomsten hebben plaatsgevonden:

- 29 november 2011: in het Medisch Centrum Alkmaar over: "Zorglogistiek"
- 15 februari 2012: "Botuline behandeling ter verbetering van het lopen bij spastische kinderen in dagbehandeling".
- 26 juni 2012: Westfriesgasthuis te Hoorn

Onderwerp: "Heden/toekomst dagbehandeling"

Regio Noord Nederland

De regiocoördinatoren zijn:

Annie Faber

Daghospitaal Medisch Centrum Leeuwarden, Unit-
hoofd.

Henri Dunantweg 2, 8934 AD, Leeuwarden

058 28 67 664,

Annie.faber@znb.nl

Janneke Dun

Refaja Ziekenhuis Stadskanaal

Boerhaavestraat 1, 9501 HE, Stadskanaal

0599 65 41 80,

j.dun@refaja.nl

Marianne Kemp

Martini Ziekenhuis Groningen,

PB 30033, 9700 RM, Groningen,

050 52 45 245,

kempm@mzh.nl

Sita van de Wal is gestopt als regiocoördinator.

Annie Faber gaat het van haar overnemen.

De volgende bijeenkomsten hebben plaatsgevonden:

- 8 september 2011 in MCL Harlingen: "Uit het vat van het zorgplein"
- 15 mei 2012 in ziekenhuis Nij Smellinghe te Drachten: "Ernstige menstratiepijnen en wat nu?"

Regio Zuidwest Nederland

De regiocoördinatoren zijn:

Corrie Zabel-Schoutte

Maasstad Ziekenhuis,

Postbus 9100, 3007 AC Rotterdam

010- 29 12 635,

Zabel.M@maasstadziekenhuis.nl

Gea Bakker

Sint Franciscus Gasthuis

Postbus 10900, 3004 BA Rotterdam

010 46 16 161,

g.bakker@sfg.nl

Ingrid Nadorp

Haga Ziekenhuis locatie Leyweg

Unithoofd Dagbehandeling

Leyweg 275, 3545 CH Den Haag

070 52 45 245,

i.nadorp@hagaziekenhuis.n

De volgende bijeenkomsten hebben plaats gevonden:

- 14 oktober 2011 in het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam: "De Maasstadacademie" en "Een evaluatie over de pilot leergang verpleegkundige NVDK"
- 12 maart 2012 in het Vlietland ziekenhuis te Schiedam: "DB&KV jong en dynamisch" en "Bejegening"

Regio Oost Nederland

De regiocoördinator is:

Betsy Stellema

Isala Klinieken Zwolle, Locatie Weezenlanden

Groot Wezenland 20, 8011 JW Zwolle

038 42 42 314

fstellema@kpnmail.nl

In deze regio is één bijeenkomst georganiseerd:

- 28 maart 2012 in de Isala Kliniek te Zwolle: "Rechten, plichten en klachten". Helaas kon de presentatie door omstandigheden niet plaatsvinden.

NB: Betsy heeft een grote regio en zoekt daarom ondersteuning van een collega regiocoördinator.

**Regio Zuidoost Nederland
De regiocoördinatoren zijn:****Pim Schaeps**

MMC Locatie Veldhoven,
De Run 4600, 5504 DB Veldhoven,
040 88 89 280,
p.schaeps@mmc.nl

Karin Adriaans

MMC locatie Veldhoven
De Run 4600, 5504 DB Veldhoven
040 88 89 281,
K.adriaans@mmc.nl

Deze regiobijeenkomst vond plaats op:

- 17 november 2011 in het Máxima Medisch Centrum te Veldhoven: “Anesthesietechnieken en sedatie”

Het Elkerliek ziekenhuis heeft het initiatief genomen om met unithoofden dagbehandeling gezamenlijk in overleg te gaan. Dit is heel goed bevallen en men is van plan dit vaker te organiseren.

Pim en Karin hebben beiden aangegeven volgend jaar hun functie neer te leggen.

Een nieuwe regiocoördinator heeft zich ondertussen via LinkedIn aangemeld, namelijk Hélène Schmitz uit het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch.

Voor deze regio zijn we nog steeds op zoek naar nieuwe regiocoördinatoren die Hélène volgend jaar kunnen ondersteunen.

Overleg tussen regiocoördinatoren en een NVDK-bestuurslid

Deze overlegbijeenkomsten vonden plaats op:

- 22 augustus 2011 in het Amstelveen ziekenhuis
- 21 november 2011 in het Amstelveen ziekenhuis
- 16 april 2012 in de Isala Kliniek te Zwolle

Conclusies

De regiocoördinatoren zijn erg actief geweest met het organiseren van regiobijeenkomsten. Deze bijeenkomsten waren interessant en zijn goed bezocht.

Daarnaast proberen de regiocoördinatoren meer contact te leggen met de regionale ziekenhuizen en ZBC's om zoveel mogelijk informatie te kunnen ontvangen en ontwikkelingen met elkaar te kunnen delen.

Een aantal regiocoördinatoren heeft dringend behoefte aan ondersteuning. Op verschillende manieren wordt geprobeerd mensen te motiveren om regiocoördinator te worden.

Naast de NVDK-site is er nu ook een groep aangeemaakt op LinkedIn met als doel de communicatie te verbeteren. Langzaamaan gaan hier steeds meer mensen gebruik van maken.

Het schrijven van verslagen voor Kortom gaat nog erg moeizaam. De regiocoördinatoren doen hun uiterste best om medewerkers van afdelingen dagbehandeling en kort verblijf te stimuleren, maar helaas zijn er tot nu toe nog weinig reacties binnengekomen.

Jaarverslag 2012 onderwijscommissie

In oktober 2011 zijn de resultaten van de “pilot nieuw opgezette scholing” geïnventariseerd in het Rijnstate Ziekenhuis locatie Arnhem. De uitkomsten hiervan zijn:

- De rol van de leidinggevende binnen het scholingstraject moet duidelijker worden omschreven. Hierin zouden afspraken moeten worden aangegeven over de hoeveelheid praktijktijd die een cursist krijgt om aan opdrachten te werken en hoe deze in de praktijk toe te kunnen passen. Cursisten gaven op de laatste cursusdag aan dat ze daarover zelf ook een nadrukkelijker inbreng hadden kunnen geven. Het had een wisselwerking moeten zijn tussen cursist en leidinggevende
- Cursisten hadden hoge verwachtingen maar waren zelf afwachtend. De deelnemers stelden niet zozeer eisen van inhoudelijke aard aan de cursus. Hun interesse bleek vooral praktisch gericht en weinig kennis gericht. Veel deelnemers waren niet goed op de scholing voorbereid en hadden zich niet verdiept in de betekenis van begrippen als competentie, POP, leerdoelen, intervisie, reflectie en in de toepassing hiervan binnen het leertraject. De verschillen in waardering over het scholingstraject gingen van negatief naar positief en waren erg gekleurd.
- Voor een groot aantal cursisten was het moeilijk aan te geven wat hun eigen leerdoelen waren voor dit traject, wat ze wilden leren en waaraan zij behoefte hadden.
- Vertalen van de aangeboden kennis naar de eigen werkplek of de afdeling dagbehandeling werd als bijna onmogelijk ervaren. Toch heeft een aantal deelnemers wel suggesties van collega cursisten meegenomen naar de eigen afdeling
- Cursisten wilden voornamelijk kennisuitwisseling.
- De deelnemers en ook de leidinggevende waren wel tevreden over de inhoud en de opzet van het leertraject. In feedback werd opgemerkt dat de inhoud wellicht te veel was voor het aantal beschikbare dagen. Daarbij moet wel de kanttekening worden geplaatst dat er één dag is uitgevallen en er veel tijd is gaan zitten in het wegmasseren van weerstand
- Bij de uitwerking van een aantal opdrachten kwam duidelijk naar voren dat de behandeling van patiënten per afdeling flink kan verschillen. Zo bleek er verschil in ‘nuchterbeleid’, het wel of niet geven van het middel ‘dormicum’ en bleken er grote verschillen te zijn in de ‘lokale’ logistiek en planning van de afdeling.
- Het brengen van een werkbezoek is door iedereen als erg positief ervaren
- Door deelnemers en leidinggevendenden werd aangegeven dat het handiger zou zijn om de intervisie op te nemen in de scholingsdagen.
- De deelnemers vonden dat de opdrachten voor de afdeling dagbehandeling/kort verblijf meer verdieping behoeven.

- Naast het ventileren van kritiekpunten en suggesties tot verbetering gaven alle deelnemers aan veel geleerd te hebben, ook zaken die zij in de dagelijkse praktijk kunnen toepassen.
- De verbeteracties die door de deelnemers zijn uitgewerkt oogstten bij hun collega's en leidinggevenden veel waardering.
- Bij de eindgesprekken vroegen veel leidinggevenden van de cursisten naar data voor een volgende cursus.

Doordat er eind 2011 een bestuurswisseling heeft plaats gevonden, zijn er nog geen beslissingen genomen over een eventueel vervolg van de scholing. Het NVDK-bestuur wil inventariseren wat de leidinggevenden van de scholing verwachten, of het de taak van de vereniging is om scholing te verzorgen en of er alternatieven voor deze scholing zijn te bedenken.

Financiële problemen (ZBC)

Analyse van een gentlemen agreement zonder fair play ZBC's en ziekenhuizen in financiële problemen door (te) late contracten van zorgverzekeraars

Tal van Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) zijn bedreigd met faillissement doordat zorgverzekeraars nog geen contract met ze hebben gesloten voor 2012. Geen contract betekent dat declaraties niet worden uitbetaald terwijl de ZBC's wel honoraria moeten uitkeren en kosten hebben gemaakt voor al geleverde dagbehandeling. Niet alleen ZBC's betichten de zorgverzekeraars van misbruik van marktpositie en wanprestatie, maar intussen ook ziekenhuizen. Wat is er aan de hand?

Ans Ankoné

Het argument heet Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord, de bezuinigingsagenda voor de zorgsector dat het Kabinet op 4 juli 2011 heeft opgesteld en waaraan zich de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Zelfstandige Klinieken Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hebben gecommitteerd. Dit gentlemen agreement impliceert: partijen zullen trachten in de periode 2012-2015 de jaarlijkse groei van het zorgvolume te beteugelen tot maximaal 2,5%.

Mr Elly Koning en Mr Olav Andriessse van Advocatenkantoor LEXSIGMA

In november daarop stelt het ministerie van VWS het budget voor de ZBC's vast voor 2012. Het is € 15 miljoen minder dan de € 103 miljoen omzetvermeerdering die de ZBC's voor 2012 hadden begroot. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) moet dit budget naar rato van hun recente individuele omzetten over de ZBC's verdelen.

Marijn Lamers, directeur van branchevereniging Zelfstandige Klinieken Nederland, ziet het dan nog



Mr Elly Koning en Mr Olav Andriessse van Advocatenkantoor LEXSIGMA

niet somber in. Hij vertrouwt erop dat de ZBC's voor de gemiste € 15 miljoen kunnen rekenen op een uitkering uit het extra potje van € 65 miljoen aan 'schuifruimte' waarmee zorgverzekeraars klinieken kunnen stimuleren die kostenbewust zijn en kwaliteit leveren. Die stimulans past bij de prestatiefinanciering die in 2012 de budgettering zal vervangen. ZBC's leveren, net als ziekenhuizen, verzekerde medisch specialistische zorg uit het B-segment en enkele zwaardere behandelingen uit het A-segment, alles in dagbehandeling. Zij kunnen bogen op een betere kwaliteit, lagere prijzen, kortere wachttijden en hogere patiëntsatisfactie (8.5) dan menig ziekenhuis. Het zou bovendien een besparing kunnen opleveren van € 45 miljoen als de omzetten van de ZBC's in 2012 kunnen doorgroeien tot € 650 miljoen en daardoor een neerwaartse druk opleveren van € 800 miljoen op de ziekenhuiszorg[i].

Maar Lamers vergist zich.

Zwaar weer

Eind 2011 hebben de zorgverzekeraars nog geen concrete contractvoorstellen voor 2012 gedaan. Maanden gaan voorbij. De patiëntenzorg gaat door, salarissen moeten worden uitbetaald, de onrust neemt toe.

Zorgverzekeraar Achmea laat op 8 februari 2012 weten de contracten af te zullen stemmen op het Hoofdlijnenakkoord. "Onze pijlers voor de contracten met ziekenhuizen en ZBC's zijn: solidariteit om betaalbare en toegankelijke zorg te garanderen, kwaliteit, transparantie en partnerschap met zowel het zorgveld als met onze collectieve klanten." De onderhandelingen zijn in volle gang, geen reden tot zorg, de bevoorschotting van ziekenhuizen en ZBC's start zodra daarmee contracten zijn gesloten. Verzekerden zullen altijd toegang tot zorg hebben, aldus Achmea. Intussen gaan er geruchten dat Achmea de klinieken onder druk zet om een korting van 15 tot 20% te accepteren. De bevoorschotting zal medio 2012 worden uitgekeerd, mits de ZBC's niet aan de pers, en daarmee aan de verzekerden, verklappen dat zij nog geen contract hebben en de kliniek – of erger, de patiënt – het resterende bedrag moet bijleggen. Dat zal het vertrouwen in de ZBC's beschamen, de argeloze patiënt verwacht immers dat zijn behandeling voor 100% is verzekerd. En over solidariteit van de zorgverzekeraars tegenover eigen verzekerden gesproken.

Op 14 mei spreekt Lamers van een drama. Ongeveer tweederde van de ZBC's heeft nog steeds geen contract. Om de huur en het personeel te betalen, moeten ZBC's geld lenen bij de banken. In deze tijd van regressie een moeilijke opgave, met bovendien de dreiging dat het er voor 2013 niet veel beter uitziet.

Rechtszaken tegen zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars zijn intussen al diverse keren voor hun inkoopbeleid door een rechter op de vingers getikt. De uitspraak van de Rechtbank Arnhem in de zaak Instituut voor Hyperbare

Geneeskunde[ii] tegen zorgverzekeraar VGZ is daarbij richtinggevend (LJN:BW 9172). Hyperbare had voor 2012 op basis van de feitelijke groei in 2011 een omzetgroei voor 2012 begroot die 50% hoger lag, maar VGZ hield stug vast aan de maximale groei van 2,5% van het Hoofdlijnenakkoord. Bovendien stelde VGZ onverwacht substantieel gewijzigde voorwaarden bij de contracten voor 2012. De rechter oordeelde dat het stellen van een zorgkostenplafond weliswaar redelijk en billijk was, maar niet op de manier waarop VGZ het had gedaan. Door slechts de groei tot 2,5% te beperken, deed VGZ geen recht aan de gerechtvaardigde belangen van een jarenlange contractpartner als Hyperbare. De rechter stelde in een overgangsregeling vast dat partijen in drie maanden tot een redelijk contract dienden te komen en veroordeelde VGZ alle behandelingen door Hyperbare te vergoeden op de wijze en tegen de voorwaarden en tarieven conform de overeenkomst voor het jaar 2011. Met andere woorden: 2.5% groei geldt alleen voor het macrobudget, maar regardeert niet onverkort de overeenkomsten tussen de veldpartijen.

Huidkliniek Zuid heeft een zaak aangespannen tegen Achmea. Deze gaat over de digitale instapvoorwaarden die Achmea stelt in het contractprogramma DBC-Services. Die voorwaarden moeten eerst worden aangevinkt, pas daarna verschijnt het scherm voor het invullen van de contractgegevens. Bij de instap stelt Achmea de eis van een schriftelijke achterwachtregeling door een ziekenhuis. Voor huidziekten, anders dan bij chirurgische ingrepen, is de noodzaak van een schriftelijke achterwachtregeling echter onduidelijk en de gestelde eis dus onredelijk. Bovendien eiste Achmea dit niet van alle huidklinieken. Op 7 september doet de rechter uitspraak.

Achmea is overigens intussen de enige verzekeraar die goede vorderingen met de ZBC's heeft gemaakt. Coöperatieve Zorgverzekeraar VGZ is nog niet zover, maar probeert de onrust bij de ZBC's te

bedaren die nog steeds geen bevoorschotting hebben ontvangen: “ZBC’s kunnen zich tot ons wenden als ze in financiële nood verkeren. Dan zoeken wij samen naar een oplossing.”

Dat gebeurt kennelijk niet. Via De Zorgmakelaar IHC die voor een groot aantal ZBC’s de contracten met de zorgverzekeraars regelt, heeft een groep van 35 klinieken de advocaten Olav Andriess en Elly Koning in de arm genomen, partners van het Amsterdams Advocatenkantoor LEXSIGMA, gespecialiseerd in de zorgsector.

32 ZBC’s hebben een geschil met VGZ.

VGZ heeft pas in november 2011 haar inkoopbeleid bekend gemaakt, maar komt pas in februari 2012 met de zorgkostenplafonds per ZBC (problematisch voor ZBC’s die pas in 2010 zijn gestart) en stelt onverwacht eenzijdig een aantal voorwaarden: de ZBC’s moeten eerst een digitale vragenlijst invullen voordat zij digitaal een offerte kunnen indienen. Die offerte moet gedetailleerd zijn qua prijs en volume en onder de maximale schadelast blijven die VGZ voor de te leveren DBC’s heeft vastgesteld. En dan begint het touwtrekken.

Andriess: “VGZ vraagt telkens naar meer gegevens, inzage in de boekhouding, stelt antwoorden uit, van continuïteit is geen sprake, VGZ voert zeven wisselende contactpersonen ten tonele. Bovendien berekent VGZ, anders dan andere zorgverzekeraars, de toegestane schadelast op basis van de omzetten van 2010, terwijl het Hoofdlijnenakkoord uitgaat van 2011. De ZBC’s maken hiertegen meteen, al op 12 februari, bezwaar. VGZ reageert pas medio maart en lauwertjes met de boodschap: de Raad van bestuur van VGZ heeft zich nog niet over deze problematiek gebogen. Op 2 mei doet VGZ eindelijk een voorstel dat wel een marginale verbetering biedt door de zorgkostenplafonds hier en daar, maar zonder onderbouwing, iets te verhogen en vier ZBC’s die eind 2010 zijn gestart een ander voorstel te doen. En doet afstand van de eerder opgelegde doorlever-

plicht (zonder vergoeding doorgaan met behandelen als het plafond is overschreden). De ZBC’s komen daags daarna met de berekening van dit voorstel. Daaruit blijkt dat de klinieken hun omzet met gemiddeld 33% (i.p.v. 2,5%) zouden moeten afbouwen, waarbij een variatiepercentage wordt gemeten van tussen de 11% omzetverhoging en een omzetverlaging van 94%.”

Op de website garandeert VGZ intussen haar verzekeren dat zij ervan mogen uitgaan dat alle ZBC’s die in 2011 een contract hadden dit ook voor 2012 zullen krijgen. VGZ wekt hiermee het vertrouwen dat die contracten op vergelijkbare grondslagen zullen worden geformuleerd. De verzekeren weten niet dat zij wellicht fors moeten bijbetalen.

De ZBC’s spreken van willekeur, een arrogante inflexibele opstelling, eenzijdig en achteraf dicteren van contracteisen, gebrek aan financiële transparantie, te late onderhandelingen (de onderhandelingen moesten vóór 1 april zijn afgerond), veronachtzamen van de belangen van de ZBC’s en hun patiënten, frustratie van vrije artskeuze, onjuiste uitwerking van het Hoofdlijnenakkoord dat selectief en doelmatig onderhandelen, veronderstelt en verbreken van de pericontractuele goede trouw. Kortom: wanprestatie. Deze zaak tegen VGZ dient op 17 september voor de zelfde rechtbank.

Hoofdlijnenakkoord= gentlemen agreement
Geloofde de overheid niet meer in de zelf geïnitieerde gereguleerde marktwerking? Moet dit nu met een Hoofdlijnenakkoord worden gerepareerd?
Zorgverzekeraars en ziekenhuizen weten kennelijk geen raad met dit politieke bezuinigingsinstrument dat in hetzelfde jaar moet worden uitgevoerd waarin ook de budgettering wordt vervangen door prestatiebekostiging, de macronacalculatie is afgeschaft en bovendien de vrije prijsvorming van 30 tot 70% van de zorgproducten wordt opgevoerd. Kortom, een jaar waarin alle partijen meer bedrijfsrisico gaan lopen.

Het Hoofdlijnenakkoord is een jaar na dato nog niet tot concrete uitwerking gekomen. Was het echt zo moeilijk om zorgplafonds uit te rekenen op basis van de omzetten van 2011? Achmea noemde het 'niet eenvoudig'. Op 1 januari jl. moesten alle DBC-tarieven zijn omgezet in DOT-tarieven (DBC Op weg naar Transparantie): zonder conversie geen tarief, waardoor ook geen kostenplafond kan worden vastgesteld. Die conversie bleek door kennisgebrek van specialisten en administrateurs en de gebrekkige ICT-systematiek veel ingewikkelder dan minister Schippers had geschat. Bovendien wilden verzekeraars, ziekenhuizen en ZBC's de interpretatieverschillen bespreken die tot verschillen in tarieven leidden. Dat vergde veel tijd en dat wordt de zorgverzekeraars ook niet verweten. Wel dat zij zo laat met hun inkoopbeleid zijn gekomen en dit later ingrijpend hebben gewijzigd.

En, waarom hebben zij eerst de ziekenhuizen gecontracteerd, zoals in ZorgVisie is geconstateerd? Om gemakkelijk aan hun 2.5% volumereductie te komen? Hadden zij daarom minder of geen zorgcontracten met de ZBC meer nodig? [iii] Dan was er van concurrentie nauwelijks sprake. Dat zou niet alleen in strijd zijn met de Stelselwijziging van 2006, maar ook met het Hoofdlijnenakkoord. Beide beleidsstukken beogen selectieve inkoop van scherp geprijsde en kwalitatief bewezen zorg, meer efficiëntie en versterking van de positie van patiënt/cliënt, alles om door concurrentie de zorgsolidariteit betaalbaar te houden. Het Hoofdlijnenakkoord haalt de vaart uit de concurrentie.

Arrogantie?

Zijn de vier grootste zorgverzekeraars die na alle fusies zijn overgebleven zo zeker van hun zaak dat zij achteloos worden en niet meer de beste partij contracteren om de premie voor hun verzekerden zo laag mogelijk te houden?

De ZBC's hebben jarenlang een 'luis in de pelsfunctie' gehad om de ziekenhuizen aan te sporen tot be-

tere prestaties, wachtlijstreductie en meer patiëntvriendelijkheid. Om die reden hebben zorgverzekeraars jarenlang nieuwe ZBC's gefinancierd. Waarom moeten die doorgaans prima presterende kleine ZBC's ineens wurgcontracten slikken en voor hun bedrijfscontinuïteit vrezzen? Zorgverzekeraars zouden het woord Bestuurlijk serieus moeten nemen. Dat veronderstelt een beleidsstreven waarover partijen een gentlemen agreement zijn aangegaan, dat vervolgens in fair play moet worden uitgevoerd. Maar niet in individuele contracten is af te dwingen. Het gaat om een privaatrechtelijke verzekering dat in contracten wordt geëffectueerd. Overheidsbeleid op willekeurige wijze afdwingen is in strijd met het contractrecht.

De overheid hult zich in stilzwijgen.

Wat doet de wettelijke concurrentiebewaker?

In haar Monitor Zelfstandige behandelcentra stelt de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) in 2011: "Het is als toezichthouder in het kader van het maken en bewaken van zorgmarkten van belang om meer en beter inzicht te krijgen in de positie van ZBC's en de drempels en knelpunten waarmee zij te maken krijgen." Dat klinkt betrouwbaar.

De NZa registreert dan 313 ZBC's (153 indien samen met de hoofdvestiging gerekend). Het aantal is sinds 2001 sterk gegroeid, met een piek in 2008 (dus na de Stelselwijziging van 2006). Het gaat uitsluitend om dagbehandeling voor stand alone specialisten, waaronder tevens plastische chirurgie, orthopedie, algemene chirurgie en anesthesiologie. Hun omzet is de laatste vier jaar verdubbeld tot 2,3% van de medisch specialistische markt, hoewel allergologie, dermatologie en oogheelkunde een aandeel hebben van ruim 10%. De onzekerheden voor ZBC's nemen toe. "Dit heeft te maken met wet- en regelgeving en beleid, hiermee samenhangende terughoudendheid tot financiering van banken en andere investeerders, de soms moeizame samenwerking met ziekenhuizen en het contracteringsproces met zorgverzekeraars", concludeert de NZa. Zorg-

verzekeraars zijn kritischer tegenover ZBC's, zij willen niet investeren in overcapaciteit en stellen het criterium kwaliteit meer centraal", dat wist de NZa.

Overcapaciteit? Zat die niet vooral bij de ziekenhuizen? En kwaliteit? "Zorgverzekeraars vinden dat de geclaimde hogere zorgkwaliteit van de ZBC's door gebrek aan voldoende informatie niet kan worden bewezen. Wel zouden ziekenhuizen door de aanwezigheid van ZBC's in die regio zich mogelijk alerter en competitiever opstellen", staat in de monitor.

Is de aarzeling van de zorgverzekeraars om de ZBC's dit jaar te contracteren een signaal dat hun voorbeeldrol is uitgespeeld? Dat lijkt niet het geval, aangezien ZBC's het voornamelijk hebben van mond-tot-mondreclame en daardoor zo'n vlucht hebben genomen^[iv]. Of is er sprake van een belangenstrijd tussen ziekenhuisdirecteuren en hun medisch specialisten? 96% van de ZBC-bestuurders is medisch specialist, minimaal 12% van de ZBC's bestuurders is tevens ziekenhuisbestuurder. Het zijn per definitie de specialisten die de meeste invloed hebben op de omvang van de ziekenhuiszorg. Misschien zou de NZa moeten onderzoeken of er momenteel wel voldoende concurrentie tussen ziekenhuizen en ZBC's is en tussen zorgverzekeraars onderling.

Bedrijfsrisico, voor wie?

Op 16 juli leveren ook vier directeuren van grote ziekenhuizen felle kritiek op de zorgverzekeraars die zij in een artikel in de NRC betichtten van 'misbruik van machtspositie' omdat deze hun declaraties te laat betalen.

"Als dat niet verandert, zouden de toezichtautoriteiten, NZa en NMA, onderzoek moeten doen. De zorgverzekeraar stelt zich meer op als toezichthouder en bankier dan als contractpartner," constateren directeuren van het Martini Ziekenhuis in Groningen, het St Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, het Deventer Ziekenhuis en het Wilhelmina Ziekenhuis in

Nijmegen. Het moet dus om meerdere zorgverzekeraars gaan. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) repleceert onaangedaan dat de introductie in 2012 van prestatiebekostiging betekent dat dit meer ondernemerschap vraagt van beide kanten. "Daarbij hoort dat een ondernemer mogelijk zelf voorfinanciert als het contract nog niet rond is." Is dat niet een al te naïeve voorstelling van zaken? Bij normaal ondernemerschap hoort immers dat rekening binnen dertig dagen worden voldaan? Het zou te gek zijn als de zorgverzekeraars door de uitbetaling een half jaar uit te stellen de rente over de helft van € 23,6 miljard, zijnde de jaarlijkse kosten voor ziekenhuiszorg, zouden kunnen innen terwijl de ziekenhuissector voor de voorfinanciering ervan rente moet betalen over een voorfinanciering in een tijd dat de banksector toch al niet scheutig is met leningen. Dat werkt toch ook door in de ziektekostenpremie? Tony Lamping, directeur Zorg bij ZN, ridiculiseert de ziekenhuisdirecteuren door hun weeklacht Zomertotheid te noemen.

De cruciale vraag is uiteraard: zijn zorgverzekeraars wel bij machte het zorgvolume met een macroplafond af te remmen als dat volume wordt bepaald door de beslissingen van individuele medisch specialisten die naar verrichting worden betaald?

Quote

NZa: "De zorgverzekeraar stelt zich meer op als toezichthouder en bankier dan als contractpartner"

[I] Zie ook rapport van Boer&Croon van 17 februari 2011, in opdracht van ZKN

[II] Zuurstoftherapie voor behandeling van o.a. arteriosclerose, beroerte, vaatziekten, diabetische wonden, hersenbeschadiging, multiple sclerose, etc.

[III] ZorgVisie 14 mei 2012

[IV] Zie ook rapport Boer&Croon

Het mes in de zorg

Verkiezingen in het zicht en politieke partijen draaien om de hete brei heen

Politici zetten onder de druk van de economische crisis het mes in de zorg: de Kunduz-coalitie[i] wil 1,4 miljard euro bezuinigen, het Kabinet wil dat het zorgvolume drie jaar lang niet meer dan 2,5% groeit in plaats van de gemiddeld 5% van de laatste jaren. Zo vlak voor de verkiezingen proberen de politieke partijen vooral het mes in elkaars argumenten te zetten, zoals tijdens het Grote BNR Zorgdebat bij vragen als: Wat denken politieke partijen te kunnen wegsnijden zonder medische of sociale letselschade? Wat kan er efficiënter worden georganiseerd, met welk resultaat en wie betaalt voor wat? Enkele woordvoerders gezondheidszorg kwamen vaak niet verder dan Kurieren am Symptom, oplossingen die geen blijk geven van gedegen kennis van de oorzaken en oplossingen rond de kostenexplosie in de zorg

Ans Ankoné

Als de problemen ingewikkeld zijn, grijpen politici graag naar eenvoudige oneliners waarvan de kiezer de reikwijdte niet kan bevatten. Politici nemen vaak niet de moeite om de kiezer uit te leggen wat de werkelijke problemen zijn en de media geven daar ook niet de tijd toe. Er is een overvloed aan informatiekanalen, maar te weinig informatie. Zelfs politici lijken slecht geïnformeerd of onvoldoende diepgaand geïnteresseerd in de werkelijke gang van zaken. Zo kwam er in het debat niet een met een keurige analyse van de resultaten en de nog op te lossen knelpunten van de Stelselwijziging van 2006, waar zij samen met het veld jaren naar toe hebben gewerkt.

Hoger eigen risico?

Zij halen dan oude koeien uit de sloot. Eigen risico is zo'n oude koe die nu weer heilig is verklaard. Ver-

hoging van het eigen risico van €250 tot €350 zou naar verwachting de kosten van de gezondheidszorg mee helpen beteugelen en de burger meer kostenbewustzijn bij te brengen. Is die verwachting gerechtvaardigd?



foto Pia Dijkstra, Kamerlid D'66
"Het zou helpen als artsen tijdens hun opleiding meer kostenbewustzijn zou worden bijgebracht"

Ex-minister van VWS Ab Klink waarschuwde tijdens het Grote BNR Zorgdebat in Diligentia in Den Haag, via de telefoon: "De zorgsector moet zelf verbeteren en efficiënter werken. Verhoging van eigen risico kan leiden tot een tweedeling in de maatschappij, vooral bij chronische patiënten." Wat is het partijpolitieke addertje onder het gras? Het woordje 'kan'. Klink, nu hoogleraar Zorg, Arbeid en Politieke Sturing van de Vrije Universiteit Klink voert aan dat uit de praktijk in het buitenland zou blijken dat een hoger eigen risico niet automatisch leidt tot vermindering van de zorgvraag. Klink noemt geen bedrag (hoger dan welk bedrag?) en scheert de ervaringen in alle buitenland bij alle soorten zorg over één kam.[ii] De variatie blijkt echter groot. Sommige arme mensen vragen meer zorg anderen minder bij een eigen risico. Opmerkelijk is dat beter opgeleiden minder zorg vragen bij een eigen risico: zij raadplegen eerder websites. Beter informatie en breder uitgedragen gezondheidsopvoeding zijn dus goed argumenten bij het

pleidooi een hoger eigen risico. Het zou de zorgvraag afremmen en de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid doen toenemen. Een hoger eigen risico gaat doorgaans gepaard met een lagere premie. En ongewenste financiële effecten van eigen risico bij chronische patiënten zijn fiscaal te compenseren. Maar daarover praat Klink niet.

foto Pia Dijkstra, Kamerlid D'66 "Het zou helpen als artsen tijdens hun opleiding meer kostenbewustzijn zou worden bijgebracht"

BNN-presentator Harmke Pijpers legde Klinks mening voor aan VVD-kamerlid Anne Mulder. Die meent: "Een hoger eigen risico werkt volgens ons wel als remgeld in de zin van vergroting van kostenbewustzijn, mits de drempel niet te hoog is en het met andere maatregelen wordt gecombineerd." Hanke Bruins Slot viel hem bij met de aanvulling dat het CDA €350 voorlopig wel genoeg vindt en de maatregel wil combineren met meer aandacht voor preventie en overheveling van nog meer eenvoudige zorg naar de eerstelijns. Renske Leijten is tegen: "De SP vindt dat de zorgvraag niet moet



foto Anne Mulder, Kamerlid VVD "Een hoger eigenrisico werkt wel als remgeld en vergroot het kostenbewustzijn"

worden afgeremd door een eigen bijdrage, maar door de behandelend arts. "Door een eigen bijdrage wordt ziekzijn in feite afgestraft." PvdA en GroenLinks zijn voor een geheel inkomensafhankelijke eigen bijdrage en de VVD wil dat het eigen risico tevens voor huisartsenhulp moet gelden. Kamerlid Lea Bouwmeester kondigde aan dat de PvdA voorstelt de huisartsconsulten te analyseren en te bewaken. D'66 ziet echter niets in een eigen risico voor de huisarts: "Daarmee zouden wij het voordeel van de huisarts en de huisartsenpost, die veel onnodige

zorg van de tweedelijns weggehouden, verliezen", aldus Pia Dijkstra.

foto Anne Mulder, Kamerlid VVD "Een hoger eigenrisico werkt wel als remgeld en vergroot het kostenbewustzijn"

Het CDA wil meer inzage in de kosten. De ziekenhuisrekening moet gespecificeerd zijn en inzichtelijk zijn voor de patiënt. Bruins Slot noemde de toenemende kritiek van patiënten dat er onderzoeken en behandelingen op ziekenhuisrekeningen worden opgevoerd die nooit zijn verricht. "Daar moet de verzekeraar scherper op zijn." Mulder (VVD) ergerde zich aan de houding van de SP: "Als wij uw agenda volgen, groeien de zorgkosten aan het eind van de volgende kabinetsperiode van 67 tot 80 miljard. Leijten (SP) antwoordde door hem te wijzen op de constatering van het Sociaal Cultureel Planbureau dat de zorgkosten en -productie stijgen sinds de medisch specialisten per verrichting worden betaald. De SP is voor herinvoering van ziekenhuisbudgettering?"

Minder ziekenhuis, meer huisarts

Hogere premies, hoger eigen risico, een kariger basispakket of een kerstpakket? Het is kiezen voor de kiezer. "Een rollator kunnen de mensen zelf wel betalen, bovendien staan er magazijnen vol met gebruikte maar nog goede rollators en andere hulpmiddelen. Er wordt veel verkwist", aldus Linda Voortman van GroenLinks. "Alles wat medisch niet noodzakelijk is, zoals experiment medicijnen, kan uit het pakket, maar preventie moet er in", meende Leijten. "Maar er is nog geen bewijs dat preventie de zorgkosten drukt. De kosten worden namelijk vooral in de laatste levensjaren gemaakt", wierp Mulder tegen. Dijkstra (D'66) bekritiseerde die uitspraak: "U kijkt alleen naar de kosten van preventie, maar niet dat we daarmee meer mensen op de arbeidsmarkt en in de mantelzorg houden. En U vergeet dat een goede gezondheidszorg prioriteit één is voor de mensen."

De partijwoordvoerders zijn eensgezinder over de noodzaak van meer efficiëntie. Er is nog veel winst te behalen als de huisartsen minder doorverwijzen en de eerstelijns meer taken van de medisch specialisten overneemt. Minister van VWS, Edith Schippers, is voornemens meer wijkverpleegkundigen in te zetten en tweedelijns taken toe te bedelen.

“Dat klinkt simpel”, vindt Dijkstra, “en het werkt uitstekend voor chronisch zieken, maar er is nog veel meer efficiëntie te bereiken, zoals door intensievere samenwerking tussen eerste- en tweedelijns en scherpere regie door de zorgverzekeraars om onnodige zorg op pretpoli's etc., te reduceren.”

Is één zorgpost voor eerste- en tweedelijns misschien een goede suggestie?, vraagt gespreksleider Harmke Pijper.

foto Hanke Bruins Slot, Kamerlid CDA "Het CDA pleit voor aandacht voor preventie en overheveling van meer eenvoudige zorg naar de eerstelijns"



foto Hanke Bruins Slot, Kamerlid CDA "Het CDA pleit voor aandacht voor preventie en overheveling van meer eenvoudige zorg naar de eerstelijns"

Dat is een optie voor moeilijke gevallen, mits de financiële prikkel ervoor niet pervers is, vindt Bruins Slot (CDA). Het is nog weer eens een pleidooi voor regionale basiszorg, ook om wachtlijsten te voorkomen”, concludeerde Bouwmeester (PvdA).

Maar de partijen wijdde geen woord aan de resultaten van de Stelselwijziging van 2006, geen analyse van waar de marktwerking werkt en oplevert en waar niet en waaraan dat is te wijten. Zij raakten niet het hart van het stelsel, maar verloren zich in politieke schermutselingen.

Zijn specialisten portemonnee-driven?

Frank de Grave, voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten, ex-voorzitter van de Nederlandse Zorgautoriteit, lid van de Eerste kamer voor de VVD, leverde de tweede bijdrage die tot gespreksstof moet leiden.

Hij riep de Kamerleden op vooral betrouwbaar en geloofwaardig te zijn. “Het akkoord met de specialisten over lagere inkomens en minder snel opereren is nog maar net in uitvoering en nu komt de Kunduz-coalitie alweer met een onderzoek naar het norminkomen van medisch specialisten.” Spreekt De Grave nu namens de specialisten of namens de Eerste Kamer? De Grave gaf toe: er heerst onrust bij de specialisten. “Over het feit dat jonge aankomende specialisten € 15.000 aan hun studie moeten bijdragen. En over het Kunduz-akkoord: wij hebben in 2010 als Orde al aangegeven toe te werken naar een norminkomen van € 300.000, met enkele uitzonderingen voor bijzondere specialismen. Het vertrouwen van de specialisten in de overheid taant, er lopen wel dertig rechtszaken tegen de NZa. Zij worden voortdurend bekritiseerd. De medisch specialisten wordt verkwisting verweten, zij worden beticht van fouten en graaiers genoemd. Waarom? Worden zij niet meer gewaardeerd? Wist u dat Nederland van de Europese lidstaten het laagste aantal specialisten heeft die het laagste aantal verrichtingen doen? Waarom is er nog steeds geen rust over hun inkomen? Specialisten gaan gebukt onder dat gebrek aan waardering.”

“De tijden zijn nu heel snel aan het veranderen, vandaar die nieuwe oproep”, verklaarde Bruins Slot.

De politieke woordvoerders vinden dat de specialisten verantwoordelijkheid moeten nemen over de zorguitgaven. Hun aandeel daarin moet worden onderzocht. De SP pleit voor loondienst voor specialisten, eerder dan een hoger eigen risico voor de patiënten, maar maakt zich ook zorgen of de autonomie van de specialisten nog wel overeind blijft te-

genover het toenemende machtsvertoon van de zorgverzekeraars. “Er is in het Lenteakkoord weliswaar een onderzoek naar het norminkomen afgesproken, maar daarvoor zijn geen maatregelen genomen. D’66 gunt de specialisten de rol om zelf te oordelen welke behandelingen kunnen worden vervangen door minder ingewikkelde en kostbare ingrepen. Het zou helpen als hen tijdens de opleiding meer kennis zou worden bijgebracht over de kosten van behandelingen”, licht Dijkstra toe



foto Renske Leijten, Kamerlid SP bij Politiek Debat "Wij zijn voor herinvoering van de ziekenhuisbudgettering

Gereguleerde marktwerking beter reguleren? Harmke Pijper brengt nog even de kleine enquête van de VvAA ter sprake waarbij bleek dat de meerderheid van mensen die in de gezondheidszorg werken tegen marktwerking is, omdat het te weinig zou opleveren.

foto Renske Leijten, Kamerlid SP bij Politiek Debat "Wij zijn voor herinvoering van de ziekenhuisbudgettering

De vraag is: begrijpen die mensen wat die marktwerking inhoudt in deze sector en waar het al of niet werkt? Dat valt te betwijfelen. Er is immers geen sprake van marktwerking, maar van gereguleerde marktwerking, door de overheid – en als het goed gaat – gestuurde en bewaakte marktwerking, zei Mulder (VVD). Dat weten de politici ook. Leijten (SP) kreeg dan ook geen enkele bijval van haar collegae bij haar pleidooi terug te vallen op het oude verzekeringsstelsel: zij heeft duidelijk niet gekeken waarop dat zou uitdraaien, want zij noemde hiervoor geen enkele financiële onderbouwing. Over de mogelijkheid van winstuitkering door ziekenhuizen waren de partijen nog verdeeld.

De gereguleerde marktwerking, zoals uit het Hoofdlijnenakkoord moge blijken, krijgt eerst een flinke deuk door de volumebeperking voor de periode 2013 tot 2015, maar wordt anderzijds verder vrijgegeven. Dit jaar wordt 70% van het B-segment vrij onderhandelbaar, prestatiebekostiging ingevoerd en nacalculatie afgeschaft. Specialist, ziekenhuizen en zorgverzekeraar lopen daarmee meer risico. Zal daardoor het zorgvolume efficiënter binnen de professioneel verantwoorde perken blijven? Het antwoord wordt vooral door de beslissingen van individuele specialisten bepaald.

[i] De Kunduz-coalitie, bestaande uit VVD, CDA, D’66, GroenLinks en ChristenUnie, is in april 2012 in het Lenteakkoord maatregelen overeengekomen om het begrotingstekort aan te pakken

[ii] Impact of national health insurance for the poor and the informal sector in low- and middle-income countries; Institute of education University of London, July 2012

Berichten

Zorgkaartnederland.nl breidt uit met kwaliteitsinformatie

29-06-12

Wat is voor u een goed ziekenhuis als u de diagnose darmkanker krijgt? Waar wordt goede borstkankerzorg geleverd? ZorgkaartNederland.nl, de grootste recensiewebsite voor de gezondheidszorg, breidt verder uit. Vanaf nu kunnen patiënten er informatie vinden over wat zij mogen verwachten van de zorg en wat de verschillen zijn tussen ziekenhuizen, om te beginnen ten aanzien van de kankerzorg en kindgerichtheid.

Keuzehulp

ZorgkaartNederland.nl is daarvoor een samenwerking aangegaan met de patiënten-organisaties die zogenaamde 'keuzehulpen' hebben opgesteld. "Niet iedereen weet af van het bestaan van dit soort online instrumenten die patiënten helpen bij het maken van een keuze voor het juiste ziekenhuis", zegt NPCF-directeur Wilna Wind. "Daarom vinden we het belangrijk om keuzehulpen via ZorgkaartNederland bij een groter publiek onder de aandacht te brengen."

Criteria

De Keuzehulpen die nu ook via ZorgkaartNederland.nl te raadplegen zijn, laten zien hoe ziekenhuizen scoren volgens criteria die 'ervaren' patiënten belangrijk vinden. De Monitor Borstkankerzorg laat onder andere zien wat patiënten die het proces al hebben doorlopen, vonden van de bejegening door artsen en andere zorgverleners en de informatievoorziening. De patiëntenorganisaties hebben de criteria zorgvuldig afgestemd met de beroepsverenigingen van specialisten. De combinatie met zorginhoudelijke gegevens over de behandeling geeft de patiënt een compleet beeld zodat hij een afgewogen keuze kan maken.

Samenwerking met zorgverzekeraars

ZorgkaartNederland.nl is een initiatief van patiëntenfederatie NPCF en uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum. De website dankt zijn groei en succes voor een belangrijk deel aan het feit dat het de samenwerking zoekt bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Steeds meer zorgaanbieders ondersteunen ZorgkaartNederland.nl door hun patiënten actief te attenderen op de mogelijkheid om hun waardering te delen op ZorgkaartNederland.nl. Ook zorgverzekeraars Zilveren Kruis Achmea, Coöperatie VGZ, Menzis en CZ hebben een samenwerking met ZorgkaartNederland.nl toegezegd.

Schrijven is zilver, spreken is goud

ZorgVisie Mark van Dorresteyn

Schrijven is zilver, spreken is goud

Digitale spraakherkenning ondersteunt arts in Berlijns ziekenhuis

In het Paulinen Krankenhaus in Berlijn werken de artsen met opnameapparatuur de patiëntendossiers bij. Dat is drie tot vijf keer sneller dan zelf uitschrijven en de verslagen worden veel gedetailleerder.

De artsen in het Berlijnse Paulinen Krankenhaus hebben nog nooit lange teksten geschreven voor het elektronisch patiëntendossier. Sinds het ontstaan van het ziekenhuis in 2001 spreken ze de anamneses, onderzoeksresultaten en andere lange teksten in op een recorder.

Manfred Hummel, bestuursvoorzitter en chef-arts, kan zich nog wel herinneren hoe dat vroeger in andere ziekenhuizen ging. 'Omwille van de tijd schrijven we vaak sleutelwoorden en korte stukjes tekst op voor het verslag. Om dat goed uit te werken, kostte toch nog veel tijd en de details bleven achterwege. Daarom begrijp ik niet dat artsen tegenwoordig nog zelf schrijven, daar zijn ze veel te duur voor. Sinds de introductie van spraakopnames, staan er veel meer details in de verslagen. Dit is voor de arts zelf handig bij het teruglezen, maar ook voor een later moment als een andere arts of verpleegkundige het dossier leest.'

In eerste instantie werkte het ziekenhuis met analoge opnames. Artsen kregen een recorder en als het bandje was volgesproken, werkte de ondersteunende dienst de informatie uit. 'Het nadeel van het analoge werken is dat bandjes soms op mysterieuze wijze verdwenen of werden gewist. De dokters wisten ook niet hoe dat kon gebeuren', lacht Hummel. 'Verder hadden we altijd problemen met batterijen. Eind 2010 zijn we overgestapt op de digitale variant van spraakherkenning dat geïmplementeerd is in ons ziekenhuisinformatiesysteem van SAP.'

Twee varianten

Alle 36 artsen in het ziekenhuis werken inmiddels met digitale spraakopname. Er zijn twee varianten te onderscheiden. De eerste is offline spraakopname waarbij de arts zijn verslag met de computer, laptop of recorder opneemt. De arts beslist vooraf voor welk onderdeel in het ZIS de verslaglegging is bedoeld en start de opname. Als de opname is geslaagd, stuurt de arts het geluidsbestand direct door naar de ondersteunende dienst die alles uittypt. Eenmaal uitgewerkt komt de tekst op de goede plaats in het dossier van de patiënt te staan. De arts kan op deze manier ook met een digitale recorder in de hand aan het bed van de patiënt of in de onderzoeksruijme zijn bevindingen inspreken en via het draadloze netwerk de bestanden doorsturen. De tweede, en tevens modernere, variant is de online spraakherkenning. Hierbij zet een server de ingesproken tekst direct om in geschreven tekst. De gebruiker krijgt daardoor zijn verslaglegging nog sneller terug. Het nadeel is dat computers niet zo goed zijn op het gebied van interpretatie als mensen. Bovendien is het intensiever omdat artsen zelf het systeem op moeten voeden: 'Het systeem heeft weliswaar medische woordenboeken waardoor de termen grotendeels aanwezig zijn, maar de artsen zullen er altijd woorden aan toe moeten voegen', legt Hummel uit. 'We testen momenteel of deze online variant nu al geïmplementeerd kan worden in ons ziekenhuis. De spreker moet namelijk een heldere, duidelijke stem hebben zodat de computer

goed kan herkennen wat er wordt gezegd. Veertig procent van de artsen die hier werken, komt oorspronkelijk niet uit Duitsland. Zij hebben verschillende dialecten waardoor de spraakherkenning wel eens tegen zou kunnen vallen. Zij moeten dan veel trainen met de computer. De meeste artsen werken dus nog met het offline systeem. Enkele voorlopers zijn al over op, maar zij hebben dan ook een hele duidelijke stem die het systeem makkelijk herkent.' In de toekomst wil het ziekenhuis zeker -overgaan op de online spraakherkenning. 'Hier denken we nog veel te kunnen realiseren', vertelt Hummel. 'Daarnaast zal de mobiele online spraakherkenning gaan groeien. Artsen spreken aan het bed van de patiënt de tekst in op hun digitale opnameapparaat of telefoon. Aan het einde van de opname wordt de tekst direct naar de server gestuurd. Die verwerkt de tekst en als de arts vervolgens bij zijn computer is, staat de uitgewerkte versie al in het systeem.'

Geen pieken meer

Tijdens een rondleiding in het ziekenhuis introduceert Hummel een van de medewerkers van de schrijfdienst. Zij legt uit dat de digitalisering enorm heeft geholpen. Voorheen waren er enorme pieken door de analoge bandjes die snel uitgewerkt moesten worden. 'Bedenk dat deze bandjes circa tien uur tekst hebben', stelt de schrijfster. 'Sinds de digitalisering komen de bestanden veel regelmatig binnen. Ook hebben we de mogelijkheid om bestanden naar een extern bureau te sturen. Het externe bureau ontvangt een casenummer en patiëntnummer zodat het anoniem blijft. Zij werken het uit en sturen het terug. We kunnen nu altijd binnen vier uur na opname van een patiënt een uitgewerkt dossier hebben. Ook werken wij de gesproken ontslagbrief uit. De arts voert vervolgens eindredactie. Het scheelt hun gewoon veel tijd.' Het ziekenhuis werkt in totaal met vier medewerkers op de ondersteunende dienst, die als het nodig is samen in één document kunnen werken.

In de gang ontmoeten we dokter Joachim Werner die volgens Hummel de meest duidelijke stem van

het ziekenhuis heeft. Werner legt uit dat hij veel energie heeft gestoken in het optimaliseren van het systeem. 'Dat kost veel tijd, maar het is een fase waar je doorheen moet. De tijd die het me nu kost om de tekst te verbeteren, is minimaal. Per pagina tekst moet ik vijf tot tien woorden aanpassen. Zelfs op redelijk drukke afdelingen werkt de spraakherkenning goed. Ik zou niet meer zonder willen.'

Implementatie verdient aandacht

Ziekenhuizen die willen starten met spraak als onderdeel van het werkproces moeten bij de implementatie een aantal zaken in de gaten houden, adviseert Wolfgang Bröcker, hoofd ICT van het Paulinen Krankenhaus. Als eerste is integratie van spraak in het ZIS belangrijk. 'Artsen willen niet rondklikken in veel soorten systemen. Zorg voor complete integratie en veel gemak.' Ten tweede waarschuwt Bröcker dat werken met spraak goed in de werkprocessen geborgd moet zijn omdat dossiers anders slecht of maar half gevuld worden. Ook moeten de artsen de tijd krijgen te leren werken met het systeem. 'Met vallen en opstaan leren zij het systeem kennen. Begeleid hen daarin. Als zij geen ondersteuning krijgen, blijven ze schrijven en komt er geen vooruitgang. Daar moet veel aandacht voor zijn, want slecht inspreken leidt tot slechte herkenning, dus slechtere kwaliteit van de verslaglegging. De ene arts praat duidelijker dan de andere. Zorg voor een spraakoplossing die bij hen past, zoek naar -oplossingen.'

Het Paulinen Krankenhaus in Berlin is een klein ziekenhuis dat zich specialiseert in cardiologie en interne geneeskunde. In totaal werken er 300 medewerkers van wie 36 artsen. Zij hebben jaarlijks 2600 patiënten op een totaal van 148 bedden. 21 bedden zijn bestemd voor intensive care. Sinds 2010 werkt het ziekenhuis met digitale spraaksoftware van Speaking Dictat.

HagaZiekenhuis neemt EVD van Siemens in gebruik

17 juli 2012

Het HagaZiekenhuis in Den Haag heeft een Elektronisch Verpleegkundig Dossier (EVD) in gebruik genomen. Het EVD is door het HagaZiekenhuis samen met Siemens Healthcare uitgedacht en ontwikkeld. Siemens zal het systeem in de toekomst ook aan andere ziekenhuizen aanbieden.

Het EVD wordt op elke nieuwe verpleegafdeling ingevoerd; als eerste is de afdeling Interne Geneeskunde/Oncologie hier op overgegaan. In 2015 moeten alle verpleegafdelingen met het EVD werken. Het HagaZiekenhuis is momenteel met een grootschalig vernieuwingsproject bezig. Dit behelst de renovatie van alle oudbouw, uitbreiding door nieuwbouw en de vernieuwing van werkprocessen en ICT.

Siemens EVD

In het nieuwe systeem kunnen zorgverleners afspraken over de behandeling van een patiënt digitaal vastleggen. Het systeem genereert op basis van de ingevoerde gegevens een behandelplan op maat en helpt de zorgverleners dat plan volgens afspraak uit te voeren.

Het EVD is toegankelijk voor alle zorgverleners die bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn. Afhankelijk van hun rol kunnen de zorgverleners het alleen inzien of ook wijzigingen aanbrengen. Ook geeft het systeem signalen als een bepaalde handeling uitgevoerd moet worden en helpt het bij vervolgstappen in de behandeling.

Transparante zorg

Patiënten beschikken op alle nieuwe afdelingen van het HagaZiekenhuis over de HagaPatiëntenPC: een computer naast het bed, waarop ze ook televisie kunnen kijken of op internetten. Elke zorgverlener kan op de HagaPatiëntenPC inloggen en naast het bed van de patiënt het EVD invullen. Zo kunnen

patiënten zien welke afspraken worden ingevoerd en het EVD inzien. Op die manier wil het ziekenhuis de zorg transparanter maken.

(Zorgvisie/ICT – Mark van Dorresteijn | Twitter |

Foto: ANP – Lex van Lieshout)

Van der Meeren: ‘Vijftien ziekenhuizen kunnen dicht’

11 juli 2012

Vijftien van de ruim honderd ziekenhuizen in Nederland kunnen zonder probleem verdwijnen. Dat stelt zorgverzekeraar CZ dinsdagavond in het televisieprogramma ‘Altijd Wat.’

Ziekenhuizen zouden verantwoordelijk zijn voor ruim een kwart van de almaar stijgende kosten in de zorg. Vooral het aanbod van ziekenhuizen in de grote steden is overmatig, zo citeert nieuwssite nu.nl CZ-bestuursvoorzitter Wim van der Meeren. ‘Als we in Amsterdam een ziekenhuis sluiten, dan wordt niemand daar slechter van.’ Volgens de bestuursvoorzitter ontstaan dan geen wachtlijsten.

Marcel Levi

Topman van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam Marcel Levi is het in principe eens met Van der Meeren. Maar volgens hem zouden zorgverzekeraars ook gewoonweg kunnen beslissen geen contracten meer te sluiten met een aantal ziekenhuizen. Dat gebeurt al voor een aantal aandoeningen.

Achmea

Verzekeringsmaatschappij Achmea denkt dat er niet zomaar 15 ziekenhuizen gesloten kunnen worden. ‘Door juist de zorg anders en beter te organiseren bespaar je ook op kosten zonder dat er aan kwaliteit ingeleverd wordt’, zegt de verzekeraar. ‘Het gaat erom dat wat er aan zorg voor de inwoners nodig is in een regio passend te maken met het zorgaanbod. Dat kan in de ene regio betekenen dat er minder ziekenhuizen komen, maar dat er nieuwe eerste-lijnsvoorzieningen voor in de plaats komen.’

Meer onderscheid

Achmea denkt wel dat de huidige ziekenhuizen over een aantal jaar niet meer in de huidige vorm bestaan. ‘Er zal meer onderscheid komen tussen ziekenhuizen die eenvoudige vormen van zorg aanbieden en ziekenhuizen voor complexe behandelingen.’ (Novum/Nu.nl – Wouter van den Elsen / Twitter)

Verpleegkundigen willen meer waardering

9 juli 2012

Ruim zeventig procent van de verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen vindt dat de aantrekkelijkheid van hun beroep kan verbeteren door meer waardering binnen de organisatie en verkleining van de afstand tussen top en werkvloer. Dat blijkt uit onderzoek van het NIVEL naar de aantrekkelijkheid van het beroep.

Meer waardering is al sinds 2001 één van de meest gewenste veranderingen, zo blijkt uit onderzoek binnen het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL. Sinds 2001 volgt het NIVEL de veranderingen in het werk en de werkomstandigheden van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen.

Feitelijke problemen

Volgens iets meer dan de helft van de panelleden is de top van de organisatie niet of nauwelijks op de hoogte van de feitelijke problemen op de werkvloer. Dit percentage is de laatste tien jaren stabiel gebleven. Een minderheid (47 procent) voelt zich voldoende gewaardeerd door de directie. De afstand tussen directie en werkvloer lijkt daarmee onveranderd groot. Verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen zijn betrokken werknemers. Sinds 2003 schommelt het aandeel dat zich in voldoende of sterke mate betrokken voelt bij de organisatie rond 82 procent. De rest voelt zich niet of nauwelijks betrokken.

Aantrekkelijk

Een andere factor die onlosmakelijk verbonden lijkt met de aantrekkelijkheid van het werken in de gezondheidszorg is de werkdruk. Meer handen aan het bed (75 procent), minder administratie (66 procent) en verlaging van de werkdruk (65 procent) zouden het werken voor veel zorgverleners aantrekkelijker maken. Verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen geven aan dat hun beroep (nog) aantrekkelijker wordt als het werk anders wordt georganiseerd. (Zorgvisie – Wouter van den Elsen / Twitter / Beeld

Opleiding HBO-verpleegkundigen van start

2 juli 2012

Zes Rotterdamse zorgorganisaties hebben samen met Hogeschool Rotterdam de aftrap gegeven voor de verdiepende opleiding Gerontologie Geriatrie voor HBO-verpleegkundigen. Het gaat om Argos Zorggroep, Laurens, Stichting Humanitas, Vierstroom, De Zellingen en Zorg op Noord.

De partijen hebben afgelopen vrijdag in een convenant afgesproken om verpleegkundigen binnen de eigen organisatie op te leiden tot HBO-VGG'er en voor deze opleiding stageplaatsen te bieden. Daarnaast wordt VGG een nieuwe uitstroomvariant in de opleiding HBO-verpleegkundige aan Hogeschool Rotterdam.

Regierol

De nieuwe opleiding gaat onder andere over het stellen van goede verpleegkundige diagnoses en de regierol voor verpleegkundigen om de zorg tussen alle verschillende disciplines af te stemmen.

Complexe zorg

Het belang van deze opleiding is groot. Erik Strating, directeur Laurens regio Centrum: 'De complexere zorg vraagt steeds meer en nieuwe kennis. Die kennis hebben we nodig om de kwaliteit van

zorg op peil te houden. Een toekomstige student vertelde dat verpleegkundigen vaak een negatief beeld hebben van de ouderenzorg. Zelf ziet zij het als een uitdaging om mee te helpen anderen te motiveren voor de zorg voor ouderen, waar vaak verschillende kanten aan zitten.' (Zorgvisie – Wouter van den Elsen / Twitter)

NVZ hekel uit spraken Wim van der Meeren

16 juli 2012

De NVZ Vereniging van ziekenhuizen hekelde de uitspraken van bestuursvoorzitter van CZ Wim van der Meeren, in het NCRV-programma 'Altijd wat' van vorige week. Hij zei in die uitzending dat wel 15 ziekenhuizen de deuren dicht kunnen doen. Het is de verkeerde manier om de discussie te voeren over beperken van de zorgkosten, stelt de NVZ vandaag in De Telegraaf.

'Dit soort woorden raakt een snaar bij de Nederlandse bevolking,' laat de NVZ in De Telegraaf weten. 'Bovendien kunnen patiënten in vergelijking met vroeger op steeds meer plekken en ook dichterbij huis worden behandeld voor hun aandoeningen.' Deze specialisatie en profilering van de behandelcentra gaat de komende jaren gewoon door, stelt Hans van der Schoot, bestuurslid van de NVZ en voorzitter van de raad van bestuur van het St. Lucas Andreas ziekenhuis in Amsterdam.

Uit de tijd

Van der Schoot vindt de uitspraak van bestuursvoorzitter van CZ Wim van der Meeren, in het NCRV-programma 'Altijd wat' van vorige week, niet van deze tijd. 'In de laatste tien jaar zijn er bijvoorbeeld 300 zelfstandige klinieken in ons land bijgekomen waar verzekerden terecht kunnen. Wordt naar de ziekenhuizen gekeken, dan zien we dat we 30 jaar geleden nog 250 ziekenhuizen hadden. Door fusies zijn daar nog 89 van over. Die 89 ziekenhuizen', benadrukt hij, 'bieden zorg op 269 locaties.'

Nieuwe kwaliteitseisen chirurgie in 2013

11 juni 2012

Ziekenhuizen moeten binnen een jaar voldoen aan nieuwe kwaliteitseisen voor kinderchirurgie, traumachirurgie en de behandeling van maagkanker en uitzaaiingen in het buikvlies.

Vandaag bracht de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde voor de derde keer een set kwaliteitsnormen uit.

Kwaliteitsverbetering

De kwaliteitseisen zijn onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de NVvH. Ze gaan onder meer over de samenstelling van het behandelend team, de vereiste geavanceerde apparatuur, goed geregelde samenwerking tussen de verschillende betrokken disciplines, voldoende specifieke ervaring en het registreren van de resultaten van behandelingen in een database. Achmea bestuursvoorzitter Zorg & Gezondheid Roelof Konterman: "Het is goed dat de NVvH de vaart houdt in het ontwikkelen van kwaliteitsnormen. Voor veel zorg kan de kwaliteit nog steeds omhoog."

Voldoen of stoppen

Achmea neemt de normen op in de inkoopafspraken voor 2013 die dit najaar beginnen. Op 1 juli 2013 moeten ziekenhuizen aan de kwaliteitsnormen voldoen of met de zorg stoppen, anders krijgen ze geen contract. Konterman: "Daarbij houden we rekening met regionale spreiding, zodat onnodig langere reistijden voor verzekerden worden voorkomen." (Zorgvisie-Carina van Aartsen) Foto: ANP, Koen Suyk

Hightech hulpmiddel chirurgen

Chirurgen kunnen binnenkort mogelijk handschoenen dragen waarin elektronica zit om de samenstelling en dikte van weefsel te voelen, temperatuur te meten en lokale scans uit te voeren.

De wetenschappers hebben elektronica ontwikkeld die geschikt is om te verwerken in de vingertoppen van rubberen handschoenen. Het materiaal schept de mogelijkheid om lokale weefsels te vernietigen door ze aan te raken, of te scannen met behulp van ultrasound.

Ontslag na ongeoorloofde blik in patiëntendossier

22 augustus 2012

Twee medewerkers van het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp zijn ontslagen, nadat ze illegaal een elektronisch patiëntendossier hadden ingezien. Dat heeft een woordvoerder van het ziekenhuis dinsdag gezegd.

Het ontslag wordt vermeld in het jaarverslag van het ziekenhuis over vorig jaar, dat nu is uitgekomen. De medewerkers hadden meerdere keren het dossier van de patiënt bekeken. Het gaat om medisch personeel, maar niet om artsen.

Streng beleid

Volgens de woordvoerder voert het ziekenhuis een streng beleid. 'Het systeem is zo beveiligd dat we kunnen zien als mensen een dossier bekijken waarin ze niets hebben te zoeken. Als iemand per ongeluk een verkeerd nummer intypt en meteen wegklickt als het verkeerde dossier verschijnt, zie je dat ook. Dan is er niets aan de hand. Meerdere keren iets illegaal inkijken valt op. Dat is strafbaar in Nederland.' (Zorgvisie – ANP)

SP wil compensatiefonds voor medische fouten

28 augustus 2012

SP-Kamerlid Renske Leijten lanceert vandaag een wetsvoorstel dat mensen compenseert voor lichamelijk letsel dat zij hebben opgelopen door een medische fout. Een compensatiefonds moet de

slachtoffers binnen een jaar financiële genoegdoening kunnen schenken.

Leijten vindt dat te weinig mensen die medische letselschade hebben opgelopen hiervoor financiële compensatie krijgen.

Het fonds krijgt de taak om mensen die zich melden binnen één jaar uitsluitel te geven over of hun vraag voor compensatie terecht is. Als dat zo is, dan keert het fonds de schade ook uit. Vervolgens zal het fonds de kosten proberen te verhalen op de arts, de zorgaanbieder of beide. Leijten: 'Het moet voor de schadevergoeding niet uitmaken of je door een verwijtbare fout, een medische misser, of een complicatie, schade oploopt. De patiënt wordt een dure rechtsgang uit handen genomen en financieel gecompenseerd. Omdat dit snel gebeurt kan iemand zich weer gaan richten op het leven.'

Het fonds moet onderdeel gaan uitmaken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en om te beginnen komt er 100 miljoen euro in, hoopt Leijten: 'De uitvoeringskosten zullen ongeveer 10 miljoen bedragen en voor het uitkeren van compensatie willen we 100 miljoen aan bijdrage vragen aan de verzekeraars die medisch letsel verzekeren. Zij verzekeren tot nu toe de arts of zorgaanbieder tegen claims, beter is het om claims sneller uit te keren. Het geld is er, maar verdwijnt nu bij de verzekeraar. Dat is geen goede zaak.' (Zorgvisie-Carina)

Achmea tegen zorgplannen PvdA en SP

28 augustus 2012

De grootste zorgverzekeraar van ons land is niet blij met de plannen van PvdA en SP die af willen van de gereguleerde marktwerking in de zorg. 'Het zou een slechte zaak zijn als de marktwerking weer wordt afgeschaft.'

Achmea-bestuurder en vice-voorzitter Gerard van Olphen zei dit vandaag tijdens de presentatie van de halfjaarcijfers van de zorgverzekeraar.

Marktwerking

Van Olphen zei het 'heel jammer' te vinden als de invoering van gereguleerde marktwerking in de zorg wordt stopgezet zonder dat het zich goed heeft kunnen bewijzen. 'Wij zien positieve elementen in het huidige zorgstelsel.' Volgens Van Olphen zullen er altijd grenzen worden gesteld aan de marktwerking in de zorg, omdat de zorg 'erg gevoelig' is. 'Zorg is onze maatschappelijke verantwoordelijkheid en daar zal altijd de overheid bij betrokken blijven.'

Zorgkosten stijgen minder hard

Uit de halfjaarcijfers komt een beeld naar voren van voorzichtige afname van de kostenstijging in de zorg. Zo gaf Achmea 100 miljoen minder uit dat verwacht aan eerstelijnszorg. Dit komt vooral door betere prijsafspraken met apothekers, een scherpere inkoop van hulpmiddelen en bezuinigingen op zittend ziekenvervoer. In de tweede lijn lijkt de volumegroei uit te komen op 2,5 procent. Voor Achmea een teken dat de afspraken in het hoofdlijnenakkoord lijken te werken. Helemaal zeker is dat nog niet, omdat de ziekenhuisrekeningen doorgaans met vertraging binnenkomen. Een meer specifieke analyse van de kosten komt later dit jaar. Van Olphen kon wel zeggen dat het aantal behandelingen tot nu toe minder is dan gepland, zonder dat er wachtlijsten zijn ontstaan. Ook de prijzen zijn gedaald.

Bevoorschotting

Achmea is de inkooponderhandelingen voor 2013 al gestart. Om "stabiliteit" te creëren wil de zorgverzekeraar vooral tweejarige contracten afsluiten. Achmea zet in op 2,5 procent groei over de hele lijn. Dit zal per ziekenhuis variëren. Ziekenhuizen hoeven zich geen zorgen te maken dat Achmea ze zal overslaan, zegt Van Olphen, maar Achmea zal niet meer alle zorg bij elk ziekenhuis inkopen. Bevoorschotting zal naar hij hoopt geen probleem moeten vormen omdat Achmea de zorginkoop eind dit jaar afgehandeld wil hebben. Achmea zal het

stoppen met bevoorschotten dus komend jaar niet als drukmiddel hoeven inzetten, denkt Van Olphen, maar helemaal uitsluiten, doet hij het niet. (Zorgvisie-Carina)

150 banen weg bij Albert Schweitzer Ziekenhuis

28 augustus 2012

Het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht, Zwijndrecht en Sliedrecht schrapt 150 van de 2650 banen. Dit betekent dat er 250 mensen moeten afvloeien. Volgens bestuursvoorzitter Pier Eringa leidt dit niet tot gedwongen ontslagen. De reorganisatie moet 7,5 miljoen euro opleveren. Dat laat Eringa weten aan RTV Rijnmond.

Overheid

Eringa zegt dat het ziekenhuis de maatregel moet nemen, omdat het steeds meer patiënten en steeds minder geld van de overheid krijgt. Volgens hem zitten andere ziekenhuizen met hetzelfde probleem. In een interview met het AD zegt Eringa dat er in zijn ziekenhuis 150 mensen meer werken in vergelijking met andere, even grote, ziekenhuizen.

Efficiënter werken

Hij wil kosten besparen door efficiënter te werken en personeel flexibeler in te zetten. Verpleegkundigen gaan bij drukte op elkaars afdelingen inspringen. Eringa zegt de pijn zo eerlijk mogelijk te verdelen, maar wil daarbij de verpleegafdelingen met de grootste werkdruk ontzien. Daarnaast wil de bestuursvoorzitter de grote 'papierse rompslomp' terugdringen. Ook denkt hij veel te kunnen winnen door het efficiënter plannen van afspraken. (Zorgvisie-Carina van Aartsen)