NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
DAGBEHANDELING EN KORT VERBLIJF

KORTOM

'KORTOM' IS EEN UITGAVE VAN DE NVDK

De toekomst van de NVDK en van de Dagbehandeling

NVDK-Voorzitter André Wolff: "Ziekenhuisdirecties moeten opnieuw het belang van dagbehandeling zien"

"De NVDK is op een punt gekomen dat wij onze missie en visie moeten heroverwegen. Na dertig jaar is het fenomeen dagbehandeling genormaliseerd. Dit heeft consequenties voor de taken van de NVDK, de wijze waarop de NVDK haar leden bijstaat en met de leden communiceert. Tijdens de vorig jaar en onlangs gehouden Heidagen is ons gebleken dat de meningen over toekomstig beleid uiteenlopen, maar dat het enthousiasme van de leden om hierover van gedachten te wisselen en bij te dragen aan de ontwikkeling van nieuw beleid groot is," aldus NVDK-voorzitter dr André Wolff.

Ans Ankoné

"Het doel is gehaald, ruim de helft van de chirurgische ingrepen wordt in dagbehandeling gedaan. Dagbehandeling is als een normaal fenomeen in de ziekenhuizen geïncorporeerd. De existentiële vraag voor de NVDK is nu: wat kunnen wij nog voor de ontwikkeling van de dagbehandeling betekenen?"

Het NVDK-bestuur buigt zich al langer over deze vraag en heeft er tijdens twee Heidagen intens met de leden over gesproken. "Dat was kennelijk niet voor dovemansoren. Men herkende wel de noodzaak om het NVDK-beleid te actualiseren en vond dat het imago van de vereniging wat stoffig was geworden. De leden droegen enthousiast ideeën aan voor vernieuwing in praktijk en beleid, die zij het liefst meteen in werkgroepen zouden uitwerken. De vraag is of de meningen van deze enthousiaste aanwezigen ook representatief zijn voor de niet aanwezige leden. Wellicht ondervinden die leden weer andere problemen bij de dagbehandeling die eveneens aandacht verdienen. De vraag is dus: hoe bereiken wij iedereen?

"De Heidag-participanten bleken naast het jaarlijkse congres ook behoefte te hebben aan een digitaal netwerk waarin zij elkaar dagelijks vragen en ervaringen kunnen voorleggen. Een andere punt dat naar voren werd gebracht is de NEN-norm. Is de norm aan vernieuwing toe op grond van nieuwe richtlijnen, wetten en kwaliteitseisen? Of is er iets anders nodig? Zijn wij nu bij voorbeeld toe aan een Keurmerk voor de dagbehandeling?"

André Wolff, voorzitter

Ook gesprekstof in de IAAS

"Dit onderwerp komt niet uit de lucht vallen. In de IAAS is gebleken dat de ontwikkelingen in de dagbehandelingen meer nationale zustervereningingen noodzaken tot heroverweging van toekomstig beleid. Tijdens de Heidag in mei heeft het bestuur ook daarom aan de hand van stellingen gevraagd naar de betekenis die de leden aan de NVDK hechten. Aan de hand van de reacties heeft het bestuur voorgesteld om 1) nader in gesprek te gaan met de verenigingen die zijn aangesloten bij de IAAS en 2) een literatuuronderzoek te entameren naar de status en de toekomst van de dagbehandeling. Mede op basis daarvan zullen wij het doel van de NVDK herformuleren in termen van internationale criteria voor kwaliteitsverbetering, doelmatigheid, kwaliteitsvergelijking, efficiëntie, patiëntgerichtheid, toegankelijkheid en kosteneffectiviteit. Vervolgens willen wij op basis van consensus komen tot criteria voor best practices en daarop een Keurmerk baseren. Met dit Keurmerk voor dagbehandeling kunnen de ziekenhuizen dan blijk geven van hun adequate bedrijfsvoering en kwaliteitsbeleid en zich

zodanig tegenover zorgverzekeraars en patiënten positioneren op de gezondheidsmarkt."

Schrikken

"In cyclische gesprekken heeft het NVDK-bestuur de vragen over betekenis en bestaansrecht van de vereniging niet geschuwd. Het is nodig elkaar tot een meer kritische houding te inspireren en dat heeft gevolgen voor het beleid. Doorgaan zonder reflectie leidt tot uitvlakking en vervlakking, waardoor de NVDK niet langer zinvol zou zijn. Juist door de waarheid niet te schuwen, hebben wij een nieuwe basis gelegd voor vruchtbare gesprekken, inzichten en activiteiten. Ik ben blij dat we de betekenis van de NVDK en het beleid ter discussie hebben gesteld. Zowel onder de bestuursleden als bij de aanwezige leden bleek de energie om tot nieuw beleid te komen aanmoedigend groot. Dat zal echter nog niet direct tot resultaten leiden. Het bestuur heeft namelijk de indruk dat er veel passieve leden zijn. Dat moet veranderen. De dagbehandeling is zo normaal geworden dat de aandacht voor kwaliteit en organisatie van de dagbehandeling vermindert. Dagbehandeling kent echter veel mogelijkheden, is goed voor de patiënt en moet floreren. Dat lukt niet alleen door bijdragen van het bestuur. Wij komen alleen uit dit dal als wij en samen met de leden dit brainstormproces continueren en concrete acties uitzetten. Wij zullen daar ook de ziekenhuisdirecties op aanspreken. Zij moeten hun medewerkers wel in staat stellen tot congresbezoek en cursussen. Daar mankeert het doorgaans aan. Veel ziekenhuisdirecties zijn zo gefocust op doelmatigheid dat er voor de medewerkers weinig tijd overblijft voor verbetering, het delen van ervaringen en meedenken over zoiets als een Keurmerk. Nu kortverblijf en dagbehandeling ruim vijftig procent van de ziekenhuisactiviteit uitmaken, wordt het tijd dat we aan de ziekenhuisdirecties hernieuwde aandacht vragen voor dagbehandeling. Er moet een nieuwe vraag worden geëxploreerd. Als het om kwaliteitsverbetering gaat en prestatievergelijking tussen ziekenhuizen, kan de dagbehandeling niet meer worden afgedaan als een sluitstuk. Het moet nu juist de basis worden voor verdergaande innovatie in de zorg, zowel op medisch inhoudelijk gebied als in de procesontwikkeling."

Eerst de basis, dan de uitbreiding

"Met de toename van de dagbehandeling is in feite de totale ziekenhuiszorg op de schop genomen. Alle ingrepen worden sneller en efficiënter gedaan, waardoor wat vroeger in kort verblijf ging nu in dagbehandeling wordt gedaan. De patiënt moet zo kort mogelijk weg zijn uit de eigen omgeving. Nog even en zestig procent van alle ziekenhuisingrepen geschiedt in dagbehandeling. Dat is op zich al voldoende aanleiding tot een heroriëntatie. Maar voordat wij activiteiten uitzetten, moeten wij ons eerst beraden op ons doel: dat moet het vertrekpunt zijn van het NVDK-beleid. Wij moeten opnieuw een 'smoel' ontwikkelen met intrinsieke betekenis. Dat betekent dat wij meer artsen in de vereniging willen aantrekken waarmee wij een consistente lijn kunnen uitzetten, artsen met affiniteit voor management, kwaliteit en veiligheid waarmee wij tot een Keurmerk kunnen komen. De NVDK moet het duale management van de afdeling dagbehandeling reflecteren, waar doorgaans een verpleegkundig manager samen met een medisch specialist de scepter voeren. Met dat Keurmerk willen wij een emancipatoir proces in de dagbehandeling afdwingen zodat ziekenhuisdirecties dit grootste deel van de zorg niet meer als sluitstuk of een soort werkplaats kunnen wegzetten. Een Keurmerk voor de dagbehandeling waarin structuur, proces, uitkomst en het monitoren van de resultaten zijn geïncorporeerd, en met visitatie om elkaar scherp te houden. Het NVDK-Keurmerk als uitnodiging voor het sluiten van goede contracten met de zorgverzekeraars waarbij patiënten de ambassadeurs van het ziekenhuis zijn.

"Dus, wij gaan eerst nieuwe doelen formuleren voor ons toekomstige beleid, dat in een logische verhaallijn gieten, de juiste mensen aantrekken en daarna de activiteiten ontwikkelen die daar bij horen. Bij voorbeeld wetenschappelijk onderzoek entameren, als serieuze gesprekspartner optreden van belangenverenigingen buiten de NVDK als de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universiteiten, de patiëntenverenigingen, de Wetenschappelijke Verenigingen, de zorgverzekeraars en de overheid."

André Wolff

Toekomst van de dagbehandeling

Dick de Jong en Jan Eshuis: "Kleinschalig ingeslopen, niet grootschalig onderzocht"

"Het NVDK-bestuur moet het steeds veranderende tijdsbeeld representeren. Nationaal communiceren en internationaal kijken en vergelijken is daarbij het motto. Daarom is de IAAS ook zo belangrijk voor de dagbehandeling in Nederland". Dick de Jong, en Jan Eshuis, twee pioniers van de NVDK, geven hun toekomstvisie op de dagbehandeling en de NVDK

Ans Ankoné
"Nu dagbehandeling bijna zestig procent uitmaakt van alle chirurgische ingrepen is het break even point overschreden en dat betekent dat een ouderwetse OK-planning waar dagbehandeling tussendoor wordt gemanoeuvreerd, een gepasseerd station is." Dat is de stellige overtuiging van dr. Dick de Jong, voormalig NVDK- en IAAS voorzitter, oud-chirurg aan het VUmc, en dr. Jan Eshuis, voormalig NVDK-bestuurslid, nu IAAS-afgevaardigde en anesthesioloog aan het AMC.

"Bijna zestig procent van de ingrepen hebben een eigen ritme, een eigen zorgstraat, een eigen procedure. Patiënten voor dagchirurgie komen op afspraak en hun behandeling moet op tijd gebeuren willen de afspraken met andere dagpatiënten niet worden ontregeld en de patiënten tijdig naar huis kunnen. Het pre-operatieve beleid is ongeveer vijfentwintig jaar getest en bijgesteld en juist door die beproefde procedures heeft dagbehandeling het huidige kwaliteitsniveau kunnen bereiken: uiterst lage aantallen complicaties en ongeplande heropnames, geen ziekenhuisinfecties en een sneller herstel dan bij de zelfde ingrepen met opname mogelijk is. Redenen waarom het ook beter is om voor dagbehandeling aparte OK's en uitrustfaciliteiten te hebben. Maar in veel ziekenhuizen zijn die aparte faciliteiten voor veel snijdende specialisten nog steeds tegen het zere been. Zij vinden dat de grote operaties leidend moeten zijn voor de OK-planning. Het feit dat dagbehandeling steeds meer de norm is geworden, is dan ook het belangrijkste argument tegen het schuiven met dagbehandelingpatiënten totdat er tussen de grote operaties door even een gaatje voor ze valt. Dat zou uit logistieke, kwalitatieve en patiënt-emancipatoire oogpunten een onverantwoordelijke teruggang zijn."

De Jong: "Bij dagbehandeling staat de patiënt centraal. De patiënt heeft inspraak in de tijd waarop de operatie zal plaatsvinden en is zo kort mogelijk in het dagbehandelingcentrum. Die benadering wordt in termen van patiëntvriendelijkheid, kwaliteit en marktdenken steeds belangrijker gevonden. Als wij focussen op betere patiëntenzorg dan denk ik aan het adagium van voormalig NVDK-voorzitter professor Harry van Goor: "Eerst beter, daarna sneller".

"Bij voorkeur is de arts die de patiënt op de poli ziet ook zijn operateur. Dat is niet altijd mogelijk. Maar de patiënt moet wel worden geopereerd door een ervaren chirurg, of ten minste door een assistent onder supervisie van een ervaren chirurg. In het nog niet eens zo heel verre verleden leerde de jongere assistent het opereren van een oudere assistent, maar dit systeem is voor de dagchirurgie uit den boze. In de dagbehandeling is het streven naar perfectie de norm", aldus Dick de Jong.

Jan Eshuis: 'Daarmee typeer je tevens de crux waardoor er in Nederland, in tegenstelling tot andere landen, specialisten niet inhoudelijk geïnteresseerd zijn in dagbehandeling. Wetenschappelijk is er interesse naar de aard en de outcome van ingrepen, maar minder naar de logistiek en de setting waarin die plaatsvinden; er is wel veel onderzoek gedaan en gepubliceerd, maar vooral over de inrichting, financiële consequenties en logistiek van de dagbehandeling. Soms is een nieuw anti-emeticum in wat trials beschreven en af en toe wat casuïstiek of een serie van bijzondere ingrepen, maar zo weinig dat de meeste specialisten in dagbehandeling per sé geen wetenschappelijke uitdaging zoeken. Alleen specialisten die daarvoor een antenne hebben, zijn geïnteresseerd. Dat zal mijns inziens snel veranderen nu ziekenhuizen hun kwaliteitsniveau duidelijk kenbaar moeten maken, willen zij met verzekeraars tot een contract komen."

ZBC's versus Academisch Ziekenhuis
"Day care is een goed alternatief voor expensive care", zeggen De Jong en Eshuis wat schertsend. Maar jammer genoeg zit daar een kern van waarheid in. Het aantal dagbehandelingen in academi-

sche ziekenhuizen neemt namelijk flink af. Met negatieve consequenties voor de chirurgische en anesthesiologische opleidingen.

“In het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam moeten wij dagbehandeling leveren in een veilige, hoogkwalitatieve setting. Doordat nu de zorgverzekeraars steeds meer invloed krijgen, en bepaald hebben dat alle vormen van basiszorg (bv liesbreuken en galblaasoperaties) niet meer in een academisch ziekenhuis horen, worden die zorgtaken verschoven naar -goedkoper werkende – perifere klinieken. Zorgverzekeraars zijn niet meer bereid daarvoor academische tarieven te betalen. Doordat juist die basiszorg veelal in dagbehandeling plaatsvindt neemt het aandeel dagbehandeling af in grote ziekenhuizen. Wat overblijft, zijn de hogere ASA klassen II en III, dus de hogere risicopatiënten die elders niet in dagbehandeling kunnen worden geholpen, en gecompliceerdere ingrepen die zich bij uitstek lenen voor innovatieve dagchirurgie in een academische setting. Dit vormt een academische uitdaging, ook onze functie, om aan te tonen dat ook die gecompliceerdere gevallen heel goed in dagbehandeling kunnen. Ons volume gewone dagbehandeling is dus afgenomen en verschoven naar het Flevoziekenhuis, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en naar ZBC’s, zoals voor de orthopedie naar de Bergman Clinics.

“Sommige ZBC’s neigen ertoe de “beste” (lees gezonde) patiënten die een niet te ingewikkelde ingreep moeten ondergaan van de ziekenhuizen af te romen en verdienen daardoor goed. De ZBC’s nemen door de investeringen een risico, maar zullen in een aantal gevallen zeer profijtelijk kunnen werken. Ik ben dus geen ongeclausuleerde supporter van ZBC’s, heb er soms wel bewondering voor, maar wij kunnen ook niet opboksen tegen een luxe centre of excellence voor borstkanker als de Alexander Munro Kliniek in Bosch en Duin. Jan van Bodegom, chirurg en directeur, heeft daar alles fantastisch geregeld, de zorg is er goed, het comfort is perfect, de kamers zijn state of the art ingericht volgens de principes van healing environment, de patiënten lopen ermee weg en waarderen de kliniek met een 9,8. Ik ben erg benieuwd naar het vijf-jaarresultaat.

“Een ZBC heeft als voordeel dat alles lean kan worden georganiseerd, waardoor de overhead waarschijnlijk minder is dan tien procent. In een ziekenhuis als het AMC is de overhead vele malen groter door onderwijs, onderzoek, complexere behandelingen en de derde geldstroom. Zo hebben wij eens per week multidisciplinair overleg, in Bosch en Duin is dat vijf keer per week.”

De conclusie van De Jong en Eshuis is dat iedere kliniek moet doen waar zij qua inhoud, kosten en baten goed in is. Speerpunten in de zorg wisselen constant, niet alleen met consequenties voor de ZBC’s maar voor alle klinieken.

Nieuw NVDK-bestuur

De Jong en Eshuis hebben het over voortschrijdend inzicht, een wereldse blik, reshuffling van zorgtaken in de zorgsector. Daardoor veranderen ook de taken van de NVDK: “Het NVDK-bestuur moet het tijdsbeeld representeren”.

De Jong: “Het ideale NVDK-bestuur is zodanig samengesteld dat het op niveau kan overleggen met ziekenhuisdirecties, zorgverzekeraars, de overheid, patiëntenverenigingen en wetenschappers.

Zo zou het bestuur kunnen overwegen een anesthesioloog aan te trekken die geïnteresseerd is in de dagbehandeling en in staat is met collega’s in den lande de praktijvoering (bv een misselijkheidschema, regionale anesthesie een pijnprotocol) te actualiseren. Kortom die de dagbehandeling constant inhoudelijk wil en kan innoveren. Chirurgen zijn meestal minder geïnteresseerd maar er zijn goede uitzonderingen. Het beste zou zijn als tevens een chirurg en een verpleegkundige met ervaring in management en kwaliteitsbeleid in het bewind zouden participeren.”

“De leden zijn enthousiast genoeg. De verpleegkundigen hadden er tijdens de Heidag wel oren naar om een nieuwe kwaliteitsnorm op te stellen door van de bekende kwaliteitssystemen als het NIAZ[i], de NEN- en de JCI-norm[ii], een compact document te extraheren en tot een Keurmerk-Dagbehandeling te brengen.”

IAAS als ijkpunt

Jan Eshuis: “Een ander punt dat aandacht verdient is, dat Nederland in de IAAS geen getallen meer op

tafel kan leggen over klinische en dagbehandelingen. Die worden ineens niet meer verzameld, (CBS, Prismant), ook niet meer door VEKTIS[iii]. Dat is een verontrustende gang van zaken. De IAAS is namelijk een belangrijk ijkpunt voor de NVDK en de dagbehandeling in Nederland. Het is een zeer inspirerend internationaal gezelschap vanuit Amerika tot aan Australië dat periodiek bij elkaar komt en zonder wedijver de ontwikkelingen in de dagbehandeling vergelijkt en bespreekt. China, India en Japan hebben dit jaar het lidmaatschap verworven. Recent hebben wij Oost-Europa ondersteund in de opzet van nationale organisaties voor dagbehandeling met Teach the Teacher cursussen. De president elect is Gamal Mohammed, een Angolees met de Hongaarse nationaliteit die in Moskou heeft gestudeerd en in Hongarije is neergestreken. Met andere woorden, de NVDK kan iets leren van de IAAS, en de IAAS van de NVDK."

[i] NIAZ: Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
[ii] JCI: Joint Commission International
[iii] VEKTIS: het centrum voor informatie en standaardisatie van de zorgverzekeraars
IIII IAAS International Association for Ambulatory Surgery www.iaas-med.com

Toekomstvisie dagbehandeling

"Onderscheid tussen dagbehandeling in ziekenhuis en ZBC vervaagt"

"De medisch wetenschappelijke inzichten ten aanzien van de medisch specialistische zorg zijn opgeschoven van behandeling, verblijf en herstel in een ziekenhuis naar kortere behandelprocedures gevolgd door diverse nazorg- en herstelopties buiten het ziekenhuis: in de thuissituatie met mantelzorg of thuiszorg, in een revalidatiecentrum of een verpleeghuis. Dagbehandeling in ziekenhuizen neemt nog steeds toe. Voor ZBC's wordt het echter moeilijker het level playing field van ziekenhuizen te blijven evenaren", aldus Rob Florijn, voorzitter van de Raad van Bestuur van Stichting Diakonessenhuis, Utrecht Zeist Doorn.

Ans Ankoné
Het Diakonessen Ziekenhuis in Utrecht heeft een lange historie in de dagbehandeling. Rob Florijn is er sinds 2008 voorzitter van de Raad van Bestuur en heeft met zijn staat van dienst (voorzitter of lid van 14 besturen in de gezondheidszorg en onderwijsinstellingen en ervaringen in the Mayo Clinics) een brede kijk op de toekomst van de ziekenhuiszorg en de dagbehandeling in het bijzonder.

Rob Florijn,
directeur Diakonessenziekenhuis

"Ziekenhuizen, kleine klinieken en Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) krijgen steeds meer het karakter van een behandelcentrum waarbij het herstel na een behandeling heel goed of zelfs beter bui-

ten de kliniek kan geschieden. De aandoening en de conditie van de patiënt bepalen welke herstelomgeving het beste aansluit in het individuele geval van de patiënt en welke arts daarover de regie voert. In de thuissituatie is dat de huisarts, in een revalidatiecentrum de revalidatiearts en in het verpleeghuis de specialist ouderenzorg.

Het aantal ingrepen in dagbehandeling en kort verblijf neemt toe. OK-programma's voor type ASA I en ASA II-patiënten worden in het Diakonessenhuis Utrecht Zeist Doorn doorgaans in de ochtend gepland en deze categorie patiënten wordt in toenemende mate nog dezelfde dag of binnen 24 uur ontslagen met aansluitend een arrangement voor nazorg en herstelzorg. Na een dagbehandeling gaat de patiënt naar huis met instructies voor wondverzorging en pijnbestrijding, eventuele verwijzing voor bedside fysiotherapie, voedingsadviezen, adviezen voor de thuiszorg en uiteraard voor de huisarts die de regie over de nazorg voert.

"De zorgverlening in het Diakonessenhuis wordt bij ruim 55% van de ingrepen en behandelingen binnen 24 uur afgerond. Voor deze behandeltrajecten hebben wij aparte zorgstraten ontwikkeld en volledige OK-programma's ingericht. Een of twee OK's zijn beschikbaar voor de dagbehandeling. Wij hebben ons de vraag gesteld: moeten wij verpleegkundigen hebben die gespecialiseerd zijn in de dagbehandeling of juist breed inzetbare verpleegkundigen die een gevarieerde combinatie van complexe en eenvoudige ingrepen aankunnen met een logistieke planning die apart voor die combinatie is ingericht. Wij hebben voor het laatste gekozen en dat loopt uitstekend.

"De conclusie is dat, onder invloed van de dagbehandeling en de ontwikkeling in medisch specialistische zorg, de ligduur tegenwoordig niet langer is dan gemiddeld vier dagen, met uitzondering bij onder meer de complexe ouderenzorg, dat wil zeggen bij patiënten ouder dan 75 jaar met comorbiditeit, dus de ASA-klassen III en IV die eventueel Intensive Care nodig hebben. Dat betekent dat het onderscheid tussen ziekenhuis en ZBC's vervaagt."

Alleen het Diak heeft budget- en indicatiebevoegdheid

"In het Diakonessenhuis kan al bij opname de ontslagdatum en het type herstelzorg worden vastgesteld – óók bij complexe ingrepen. Wij verwijzen zelf naar de geschikte organisaties voor de herstelzorg. Die instanties hebben zich contractueel verplicht dat hun herstelzorg direct na het ontslag van de patiënt zal aansluiten. Het Centraal Indicatie Orgaan heeft ons, als enige ziekenhuis in Nederland, hiervoor de indicatiebevoegdheid gegeven. Wij constateerden namelijk dat de wachttijd voor de passende herstelzorg zowel bij dagbehandeling als bij ziekenhuisopname vaak een knelpunt is. Patiënten moesten soms weken op de indicatie wachten, waardoor de aansluiting stokt en het beoogde effect van de behandeling deels teniet wordt gedaan."

Waarom ZBC's het moeilijker hebben dan vroeger

Tien, twintig jaar geleden hadden ziekenhuizen lange wachttijden en wachtlijsten en werd ze inefficiëntie en haperende service verweten. Een toenemend aantal ZBC's heeft in die tijd als luis en de pels van de ziekenhuizen gefungeerd. Wat in de ziekenhuizen niet mogelijk leek, kregen de ZBC's voor elkaar. Zij lieten de ziekenhuizen zien dat het wel degelijk mogelijk was de wachttijden voor consult en behandeling te reduceren en de efficiëntie, patiëntvriendelijkheid en vaak ook de kwaliteit te verbeteren. Zorgverzekeraars deden graag zaken met de ZBC's, reden waarom zij ook zelf ZBC's oprichtten of er als aandeelhouder in investeerden.

"Door de verbeterde omstandigheden in de ziekenhuizen, maar ook door innovaties in de medisch specialistische zorg lijkt het erop dat de ZBC's nu worden geconfronteerd met de wet van de remmende voorsprong. Sommige ZBC's verliezen hun concurrentiekracht. Er is sprake van een grote ommekeer in de zorgorganisatie", constateert Florijn.

"Wat in de ZBC's is ontwikkeld heeft een aantrekkende werking gehad op de dagbehandeling in ziekenhuizen. Onze dagkliniek in Zeist is nu een voorloper: binnen een week wordt een afspraak gearrangeerd, binnen drie weken volgt de ingreep en onmiddellijke opschaling in geval van complicaties is beschikbaar.

"Ik zie dat verschillende ZBC's moeite hebben om hun apparatuur op het vereiste niveau te brengen. Sommige dagklinieken zijn er namelijk toe over gegaan ook ASA II+ en III-patiënten te opereren, maar zonder adequate maatregelen te treffen in geval zich tijdens de operatie complicaties en andere ongewenste situaties voordoen die noodzaken tot een heropname in een ziekenhuis. Voor dergelijke risicopatiënten moet de infrastructuur direct kunnen worden opgeschaald tot een klasse I-OK en de directe bereikbaarheid van reanimatieapparatuur en een IC-afdeling om een fatale afloop te kunnen voorkomen. Veel ZBC's hebben slechts klasse II en III OK's en geen IC-afdeling. Dus moeten zij fors investeren in apparatuur, maar ook in deskundig personeel willen zij ASA II+ en III -patiënten medisch verantwoord kunnen behandelen."

Als voorbeeld noemt Florijn dat meerdere specialisten van het Diakonessenhuis zijn gestopt met het werken in een ZBC, nadat was gebleken dat apparatuur niet up-to-date bleek en de medewerkers daar onvoldoende deskundig waren om onverwachte situaties in de OK te kunnen pareren.

"ZBC's hebben het daardoor moeilijker dan vroeger. Om op hetzelfde niveau te komen, moeten zij voldoen aan de kwaliteitrichtlijnen van de Inspectie die ook gelden voor de ziekenhuizen. Dat vereist investeringen die niet iedere ZBC kan opbrengen. Een ander probleem is dat zorgverzekeraars, die in het verleden vaak aandeelhouders van ZBC's waren, zich terugtrekken en dat de ZBC's net als de ziekenhuizen door het Hoofdlijnenakkoord met een budgetplafond worden geconfronteerd. De ziekenhuizen worden beboet als zij hun budget overschrijden. En ten slotte, de ZBC's hebben hun prijzen naar beneden moeten bijstellen nu zij niet langer prijsvechter zijn. De prijs voor cataractoperaties liggen momenteel bij ons op een zeer concurrerend niveau.

"Is dit een tragische ontwikkeling voor de ZBC's? Nee, het is een realiteit. Door de ontwikkelingen van de laatste jaren komen echte kwaliteit en continuïteit van zorg nu bovendrijven. Dat gebeurt ook bij de ziekenhuizen. Een aantal ziekenhuizen verkeren daardoor in (financiële) problemen."

Eigen ervaring

"Er is niets mis met dagbehandeling in ZBC's", vindt Florijn, "mits daarmee het belang van de patiënt is gediend, bij voorbeeld als er beter zorg op maat kan worden geleverd, en mits niet uit omzetperspectief behandelingen erbij worden gedaan die onnodige risico's opleveren. "Die zelfde voorwaarden gelden ook voor de ziekenhuiszorg. Die moeten ook geen behandelingen willen aantrekken die geen toegevoegde waarde opleveren. Bij ons waren de revalidatiegeneeskunde en de Spoed Eisende Hulp in Zeist niet onderscheidend genoeg. Die hebben we gesloten. Nu doen wij in Zeist naast gespecialiseerde ouderenzorg tal van dagbehandelingen. Wij zijn begonnen met liesbreuken, plastische chirurgie, KNO en oogheelkunde en hebben dat verder verstrekt. Later hebben wij daar MDL- en orthopedische behandelingen aan toegevoegd en tegenwoordig is er ook een hand-polscentrum waarin de neuroloog samenwerkt met de plastisch chirurg. Het Diakonessenhuis Utrecht Zeist Doorn doet momenteel 57 procent van alle chirurgische ingrepen in dagbehandeling."

Florijn geeft een alternatief antwoord op de vaak gestelde vraag: Wat is de meest zware indicatie die in dagbehandeling kan worden gedaan?

"De onderscheidende vraag zou moeten zijn: Hoe kun je een relatief gecompliceerde behandeling nog in een dagprocedure doen? Zo kunnen technisch complexe knie-, heup- en schouderoperaties in principe wel in dagbehandeling of binnen 24 uur worden gedaan, mits bij gezonde patiënten. Het zijn eerder de complicatierisico's, de deskundigheid van het OK-personeel, de infrastructuur van de OK en de mate van hygiënisch werken die het aantal complicaties in termen van pijn, bloedingen, calamiteiten en heropnames bepalen, naast de ASA-klasse van de patiënt."

Welke gevolgen hebben deze ontwikkelingen op de Diagnose Behandelcombinaties (DBC's)?

"De ligduur cq de verblijfsduur en het persoonlijk contact met de arts spelen een cruciale rol bij de waardevaststelling van een zorgtraject. Gebrekkige registratie van deze factoren is nogal eens de oorzaak van discussie over declaraties, wat terecht tot

openlijke kritiek leidt. Dit is te voorkomen door de hoofdbehandelaar de regie te geven over de registratie van de ligduur en de bijdragen van andere artsen, verpleegkundigen en medewerkers in het zorgtraject. Het is immers de hoofdbehandelaar die een individuele behandelrelatie heeft met de patiënt en impliciet de contractuele plicht zich te vergewissen van de gang van zaken. Wij hebben dat goed uitgedokterd en er werkafspraken over gemaakt die terugkomen in de waarde van onze zorgproducten. Het gaat erom zinnige en zuinige zorg te leveren.

Iets in dagbehandeling doen heeft in het algemeen een prijsdrukkend effect. Wat in samenspraak tussen de Wetenschappelijke Verenigingen en de zorgverzekeraars in dagbehandeling kan worden gedaan, gebeurt ook. Daar is geen machtsmiddel voor nodig, maar wel goede afspraken met de medische specialisten."

Taken voor de NVDK

Als ziekenhuizen zoveel zelf regelen en ontwikkelen in de dagbehandeling, wat blijft er dan nog voor de NVDK over om te doen?

"Het merkwaardige is dat de toename van kortere procedures een belangrijke ontwikkeling is in de medisch specialistische wereld, maar dat er nog maar weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de kwalitatieve uitkomsten ervan, noch over de beleving van de patiënt. Eigenlijk is dagbehandeling ook een stiefkindje van de Wetenschappelijke Verenigingen. De vraag is: wie beslist dan welke ingrepen er verder nog in dagbehandeling kunnen worden gedaan? Wie bepaalt de condities waaronder een nieuwe ingreep wel of niet kan geschieden? En welke directe aansluitende herstelzorg hoort daarbij op grond van welke indicatie? Gebeurt dat alles wel evidence based? Er worden tientallen proefschriften geschreven over kleine onderwerpen, maar over zoiets belangrijks als de stormachtige ontwikkeling van dagbehandelingen in en buiten reguliere ziekenhuizen, zie ik bijna niets. Het is een belangrijke taak voor de NVDK om dit soort onderzoek te entameren en te stimuleren? Dat vergt wel een aantal jaren."

Over de toekomst van de dagbehandeling in Groot Brittannië

IAAS- voorzitter Ian Jackson: "Onze Richtlijnen voor Dagbehandeling zijn voor medisch specialisten en vooral voor NHS-managers voortdurend onderwerp van gesprek"

De Engelse Vereniging voor de Dagbehandeling BADS: British Association of Day Surgery, verenigt zowel de dagbehandeling in ziekenhuizen als die in privéklinieken. Een interview met Ian Jackson, anesthestesioloog en de huidige voorzitter van de IAAS over zijn toekomstvisie op de dagbehandeling en die in Groot Brittannië in het bijzonder. "Wij hopen op ondersteuning voor de ontwikkeling en verbetering van de dagbehandeling door politici en het Ministerie voor Gezondheidszorg"

Ans Ankoné

Gevraagd naar de belangrijkste taak van de British Association of Day Surgery (BADS), zegt Ian Jackson: "Dat is een interessante vraag. Wij zien het als onze taak dagbehandeling van hoge kwaliteit te stimuleren door scholing en door invloed uit te oefenen in de politieke arena. Dit is altijd alleen mogelijk geweest door ons ervan te verzekeren dat wij een grote groep chirurgen, anesthesiologen, verpleegkundige staf en managers vertegenwoordigen (de verhouding in dokters en verpleegkundigen in BADS is 1 op 2.5). Onze beste benadering daarvan is de ontwikkeling geweest van een Gids van Richtlijnen in 2006, die onlangs in de vierde editie is uitgekomen. Dit heeft een enorme interesse gewekt bij de diverse medisch specialisten in Groot Brittannië en wat wij nog belangrijker vinden, bij de managers in de National Health Service (NHS). BADS heeft hierbij als voordeel, boven de NVDK, dat het de dagbehandeling stimuleert in alle klinieken, zowel in de ziekenhuizen als in wat in Nederland de ZBC's worden genoemd."

Illustratief voor recente ontwikkelingen in de dagbehandeling zijn de onderwerpen die tijdens het volgende BADS- congres worden behandeld.

"Wij concentreren ons op een brede range van onderwerpen en doen dit door ruim gebruik te maken van free paper sessions. Dit staat een groot aantal collegae toe recente prestaties in hun dagklinieken te presenteren. De meest in het oog springende inleidingen van dit jaar betreffen de Kinderdagchirurgie. Dit onderwerp wordt steeds verstrekkender gereguleerd vooral betreffende de verpleegkundige ondersteuning. Het maakt een groot deel uit van de dagchirurgie in onze ziekenhuizen en is dus van groot belang voor onze leden.

Ian Jackson IAAS- voorzitter

"Verder introduceren wij nieuwe procedures die misschien leiden tot een ingreep in dagchirurgie, als voorbeeld de gedeeltelijke (unicompartementele) knievervanging. Tevens zullen afgevaardigden van patiënten inleidingen presenteren over 'wat patiënten wensen', in termen van benchmarken en kwaliteitsindicatoren."

Kwaliteitsbeleid van de BADS

Ian Jackson is, als Hoofd Klinische Informatie voor de Academische Ziekenhuizen in York van de

NHS-Stichting, zeer gedreven in het kwaliteitsbeleid van de BADS: "Wij hebben op gezette tijden, en in partnerschap met erkende nationale organisaties die op dit terrein werken als vroeger Newchurch en momenteel CHKS, de kwaliteit, de benchmarking en prestatieverbetering van de dagchirurgie bestudeerd. BADS overweegt een heroriëntatie op haar kwaliteitsbeleid, te vergelijken met wat de NVDK is voornemens te doen. Een deel van ons congres zal dan ook worden gewijd aan discussies over dit onderwerp.

"Het belangrijkste evenement is ons jaarlijkse tweedaagse congres. Dit wordt ondersteund door het papieren magazine, the Journal of One Day Surgery. Daarin staan tevens bijdragen van chirurgen, anesthesiologen, verpleegkundigen en soms van managers. Leden hebben op de website van BADS: Excellence in short stay surgery, tevens vrij toegang tot alle recent gepubliceerde artikelen en wetenschappelijk onderzoek. Sinds 2006 worden alle congresinleidingen opgenomen en zijn op de website te raadplegen als bron van educatie voor onze leden. Een jaar na publicatie is dit materiaal ook toegankelijk voor andere website-bezoekers."

Bedreigingen en mogelijkheden

Jackson is er duidelijk over: "Ik geloof dat, wanneer de nadruk op het belang van ingrepen in dagbehandeling wordt losgelaten en dagbehandeling wordt geaccepteerd als een normale ziekenhuisingreep dit in alle opzichten een bedreiging zal zijn voor de kwaliteit: medisch inhoudelijk en procedureel. De opleiders van chirurgisch specialisten leggen nog steeds onvoldoende nadruk op de dagbehandeling. Wij hebben dus nog veel te doen.

BADS moet zich blijven inspannen om voldoende ondersteuning af te dwingen bij zowel politici als het Ministerie voor de ontwikkeling en verbetering van het kwaliteitsniveau en de resultaten van dagchirurgie. De financiële uitdagingen die wij blijvend zullen ondervinden om de zorg betaalbaar te houden, zal zeker helpen om te promoten waar wij voor staan."

Toekomst Groot Brittannië en andere IAAS-landen

"Wij zien een toenemende ontwikkeling en een groeiend aantal ingrepen dat in dagchirurgie wordt gedaan, bij voorbeeld de totale heup vervanging. Dagchirurgie zal steeds normaler worden, maar de uitdaging om dit ook goed te doen, blijft bestaan. De behoefte aan aparte faciliteiten voor dagchirurgie groeit mede, met name omdat wij de toename in acute opnames trachten op te vangen. Dagchirurgische afdelingen bieden constante activiteit gedurende het hele jaar, zonder de noodzaak van ziekenhuisbedden. Als dat anders zou zijn, hadden BADS en NVDK geen bestaansrecht meer.

"Ik heb er dan ook geen enkele twijfel over dat dagchirurgie nog verder zal toenemen en, inderdaad, het zal de 'norm' worden voor de activiteiten die ziekenhuizen bieden. Om die vooruitgang verder te ontwikkelen en concentratie op de kwaliteitsaspecten te verzekeren, zullen wij naar mijn menig organisaties als BADS en NVDK juist nodig blijven hebben. Het geheim ligt in de multidisciplinaire aard van onze verenigingen. Geen enkele chirurgische of anesthesiologische vereniging kan dit nadoen.

"Dokters zijn zeer geïnteresseerd in wat wij te bieden hebben, maar zij kijken uiteraard ook naar hun specifieke beroepsvereniging voor nieuws. Wij hebben een redelijke representatie van dokters in de vereniging, maar nog lang niet zoveel als ik zou wensen. Degenen die onze congressen en conferenties bezoeken, zijn altijd onder de indruk en komen ook terug, maar het is en blijft een uitdaging om de aandacht van de meerderheid van onze collegae te winnen. Ik zie echter niet dat zij de na- en bijscholing van hun aparte medische verenigingen krijgen die voor de dagchirurgie nodig is. Wij hebben daarom aangeboden om bij voorbeeld ook sessies te verzorgen tijdens congressen van de anesthesiologen en als wij dat doen, krijgen we altijd goede feedback."

Toekomstvisie Dagbehandeling Jaap Maljers: "Het begrip dagbehandeling is ouderwets"

"Dagbehandeling is een geaccepteerd fenomeen dat geen aparte vertegenwoordiging behoeft," vindt Jaap Maljers, directeur van de Bergman Clinics en marktleider onder de Zelfstandige Behandel Centra. "De NVDK? Nooit van gehoord." Maljers moet nadenken over nuttige taken voor de NVDK nu de pioniersfase van de dagbehandeling al enige tijd is afgesloten

Ans Ankoné

"Wij lijken in veel opzichten op ziekenhuizen, hoewel, "Ziekenhuis' is hier een vloekwoord." Maljers legt uit waarom. "Wij kijken niet specifiek naar dagbehandeling maar naar behandelprojecten, in de geest van Michael E. Porter."

Porter, hoogleraar aan de Harvard Business School en vooraanstaand autoriteit op het gebied van competitieve strategieën voor sociale sectoren als de gezondheidszorg doet onder meer onderzoek naar Creative Volume Driven Healthcare. Dat is ook wat Maljers drijft: "Wij zoeken voortdurende naar een optimale configuratie van behandelprojecten. Met het ouderwetse begrip 'Dagbehandeling' dat nog is gebaseerd op budgetten en klinische parameters als een beddencoëfficiënt, houden wij ons niet meer bezig. Wij denken in doelgroepen op grond van indicatiebehoeften en werkgerelateerde behoeften die de werkgevers aanbrengen, en wij innoveren aansluitend op die behoeften wat zelfs zou kunnen leiden tot een traject voor een total hip binnen acht uur. De keuze hangt af van de waarde voor de patiënt. Daarom bieden wij diverse trajecten aan, soms met, soms zonder een bed, en speciaal gericht op de wens van de patiënt. Uitgaande van drie waarden: Service, Optimale uitkomst en Prijs, zoeken wij naar een optimale situatie."

Maljers, arts, heeft in ruim twee decennia, aanvankelijk vanuit zijn innovatieve adviesbureau Plexus, een klein imperium van ZBC's opgebouwd: de Bergman Clinics, met 22 klinieken verspreid over vijf divisies markleider in ZBC Nederland. Maljers levert momenteel input over de fusie tussen de twee Amsterdamse academische ziekenhuizen en is o.a. lid van de Raad van Bestuur van Zorgklinieken Nederland (ZKN). "Ik vind dat de Bergman Clinics daarin als marktleider vertegenwoordigd moeten zijn". Verder is hij voorzitter van KiKa, stichting Kinderen Kankervrij.

Jaap Maljers, directeur Bergman Clinics

Rol voor de NVDK

Maljers heeft nog nooit van de NVDK gehoord en "Ik heb er ook nooit naar gezocht." Ook bij ZKN is Dagbehandeling geen groot item. "Mede omdat dagbehandeling in financiële zin niet meer wordt afgestraft, al lang niet meer. Momenteel onderhandel je met zorgverzekeraars over de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in het B-segment en laat zien wat je daarin wel en niet levert en van welke kwaliteit. Politiek is dagbehandeling ook geen item meer en specialisten zijn er nauwelijks in geïnteresseerd omdat de afdeling dagbehandeling in ziekenhuizen niet bepaald een spectaculaire plek is om te werken."

Welke rol ziet Maljers dan voor de NVDK? Is alles al zo als het hoort?

"Je moet een koetsier niet vragen naar zijn favoriete vervoersmiddel", zegt hij lachend, "maar het feit dat dagbehandeling bijna zestig procent uitmaakt van de ingrepen, is op zich geen reden voor een aparte vertegenwoordiging. Als de pioniersfase voorbij is, valt menige vereniging terug. Het ligt eraan welke mensen bij de NVDK zitten, kun je met ze schaken of zijn ze moeizaam en verkrampt. De NVDK zou nieuw elan kunnen vinden in onderzoek, in affiliatie met andere betrokken partijen en door zich toe te leggen op uitkomstindicatoren, dus op PROMS-niveau (Patient Reported Outcome Measures) zoeken naar de prijs-waardeverhouding. Sommige verrichtingen worden te weinig gedaan om het verantwoordelijk te kunnen noemen. Cataractoperaties worden op wel 140 plekken aangeboden, terwijl het uit kwalitatief oogpunt beter is ze te concentreren op twintig plekken. Zorgverzekeraars houden nog te veel kleine partijtjes overeind, ze moeten met de volumes durven te shiften. Er is dus wel degelijk behoefte aan kennisontwikkeling en vaardigheidstrainingen inzake versnelde technieken en behandeltrajecten zoals zorgstraten, zeker omdat de kwaliteit daarvan niet van één arts afhangt, maar van een team. Vergeet niet dat het argument voor dagbehandeling in een ziekenhuis vaak wordt aangegrepen door artsen die het niet goed hebben geregeld en daarmee een slechte organisatie verdoezelen. Als de patiënt moet wachten omdat het operatieprogramma weer eens uitloopt en de chirurg of anesthesioloog het niet zo nauw nemen met de tijd, is het handig als de patiënt rustig in een bed ligt te wachten."

Lastige verhouding met verzekeraars

In ziekenhuizen onderhandelt de directie met de zorgverzekeraars, in de doorgaans kleine ZBC's is het de manager en de medische directeur. Maljers heeft wat meer te verkopen en toch schetst hij de relatie met de zorgverzekeraars als 'een lastig, maar gezond spanningsveld'.

"Dat dwingt om beter te communiceren en uit te leggen wat je te bieden hebt. Als je jouw uitkomstwaarden, de PROMS goed op orde hebt, is het met de zorgverzekeraar beter communiceren. Je zou van ze verwachten dat zij de prijs van de behandeltrajecten goed kennen om je bij voorbeeld met de indicaties onder druk te zetten en te waarschuwen met: "Ga je deze grens te boven, dan vergoeden wij het niet". Op kritiek als zou Bergman Clinics het volume opdrijven door te snel te opereren, zeg ik: kijk naar de feiten. Door de hoge kwaliteit die wij leveren, zijn onze wachtlijsten langer dan elders. Dat zullen de zorgverzekeraars beamen. Die kritiek is dus een compliment.

"De volumestijging is de laatste twee jaar tot stilstand gebracht door het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg. De indicatiestelling moet nu beter op orde worden gebracht. Veel DBC's zijn door het akkoord in de problemen geraakt. Ook wij hebben er relatief last van gehad en er zeker € 15 miljoen aan omzet door gemist. Hoewel wij konden aantonen dat wij betere kwaliteit leverden dan ziekenhuizen, zeiden de verzekeraars: "Even niet."

"Het is terecht dat Zorgverzekeraars Nederland kwaliteitsvoorschriften opstelt en in 2018 gaat invoeren. De vraag is echter: laten de praktijk dit toe? Aan het Macrokader Zorg is te politieke bereidheid af te lezen om de klassieke zorginstellingen voor omvallen te behoeden. Ook de verzekeraars neigen ertoe oude belangen te dienen. Zij vrezen dat, als zij een ziekenhuis laten failleren, de pers ermee vandoor gaat ten detrimente van hun verzekerdenbestand.

"Terwijl zorgverzekeraars de centrale rol in het systeem is toegewezen, hebben zij in de kleine democratie Nederland nog een relatief lage status. Zij maken veel winst, en gebruiken de solvabiliteitseisen in de Europese regelgeving daarvoor als schaamlap om inhoudelijk niet in discussie te hoeven gaan over de indicatiestelling of het macrokader."

Wat doet ZKN?

"Zoals gezegd is dagbehandeling in de ZKN geen item. De ZKN-leden, rond 160 leden instellingen met rond 600 specialisten, zijn ongelooflijk druk. Zij moeten constant hun bedrijf overeind zien te houden. Belangrijke onderwerpen zijn dan de vrije artsenkeuze, de positie van de ZBC's tegenover de zorgverzekeraars, hoe te participeren in de discussie over het Macrokader en te lobbyen bij belangrijke partners in de sector. ZKN is bezig met de PROM's, dus niet met hoe je de zorg levert, maar wat de uitkomst moet zijn. Wij discussiëren momenteel over een Clearinghouse, waarmee wij per instelling met uitkomstwaarden per aandoening en

indicatiestelling naar buiten willen komen. Daarom zijn wij ook betrokken bij de kwaliteitsinformatie die Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bezig is te formuleren. Vanmiddag zit een hele ZKN-delegatie bij ZN in Zeist. Maar internationale vergelijking verkeert nog in het beginstadium, constateert Maljers. “Je moet niet te ver op de troepen vooruitlopen, maar op de agenda van de zorgverzekeraars is het nog niet eens een vaag item. Ik zou het leuk vinden dat op te tuigen.”

Wat Maljers verbaast

Maljers is verbaasd over het gebrek aan wereldse blik in de Nederlandse gezondheidszorg en constateert een te slappe rug voor de goede zaak. “Vlak voor de verkiezingen werd ik door de wethouder van Zoetermeer uitgenodigd voor een debat over de dreigende sluiting van de Intensive Care daar. Ik toonde aan dat er wel acht IC’s in de buurt lagen. Maar de verzekeraars vreesden voor hun goede naam. Het was opportunisme van twee kanten. “Ik constateer dat het meer gaat over posities en minder over de inhoud. We zouden duidelijk moeten omschrijven wat we aan innovatie willen plegen. Zolang wethouders pleiten voor een Da Vinci-robot met een halve procent bezettingsgraad is er geen geld voor innovatie.
“Momenteel zie je een tweedeling: marktwerking tegenover een streng beheerskader. Het gevolg is het slechtste van beiden. Dat leidt tot angst bij de verzekeraars. Telkens hoor ik bij een innovatievoorstel: “Daar is geen draagvlak voor”. Hoe weten ze dat?

De andere tegenmacht zijn de specialisten. Er is een beroepsgroep gecreëerd die in Nederland een bovenmatige macht heeft weten te verwerven. Het is een vakbond en een kwaliteitsvereniging ineen. Dat werkt per definitie pervers. Als je zowel de prijs als het volume kunt bepalen, gaan de uitgaven omhoog. Overheid en verzekeraars kunnen dan niet verwachten dat de dokters uit maatschappelijke overwegingen binnen het budget zullen blijven. Dat veronderstelt een bovennatuurlijke eigenschap. Het lijkt wel of niemand durft in te grijpen bij de specialisten. Zij lopen geen risico, verdienen ver bovengemiddeld en noemen zich ondernemer zonder blijk van ondernemerschap. Het systeem faciliteert dat. Begrijpelijk dat specialisten er dan mee weglopen.”

Toekomstvisie voor de dagbehandeling

NVDK: De bakens breder verzetten

Na negentien jaar is de NVDK aan verjonging toe. Tijd om de vleugels breed uit te slaan, nieuwe horizonten te verkennen en respect af te dwingen in de gezondheidsector. Dat vereist inzicht in het gezondheidszorgsysteem, weten hoe de hazen daar lopen, daarop inspelen en lobbyen om de dagbehandeling te laten floreren.

Ans Ankoné

Kortom houdt op te bestaan. Het NVDK-bestuur kiest ervoor de communicatie met de leden via andere media te onderhouden en daarmee komt tevens een einde aan mijn relatie met de NVDK die dateert vanaf de begindagen: al tijdens het oprichtingscongres mocht ik een inleiding presenteren en veertien jaar lang heb ik als hoofdredacteur van Kortom mogen fungeren. Dit afscheid lijkt een goede gelegenheid voor een toekomstvisie op de dagbehandeling en daarmee op de NVDK.

De toekomst voorspellen is een belangrijke taak voor een hoofdredacteur en adviseur in de gezondheidszorg[i]. Al in de prehistorie van de dagbehandeling heb ik er over geschreven en er inleidingen over verzorgd. Tijdens een congres in het Okura Hotel, ruim 23 jaar geleden, citeerde ik een onderzoek van Dick de Jong cs uit het VUmc, die zich toen geïnteresseerd toonde over de kennis van een relatieve buitenstaander. Enkele maanden later trof ik De Jong op Schiphol. Wij hadden beiden ingeschreven op een studiereis Managed Care door de VS. Tijdens die reis zag ik hem schrikken toen een verzekeraar botweg beweerde dat binnenkort 70% van de chirurgie binnen vierentwintig uur zou geschiedden. “We’ll get the doctors by the balls”, zei de man triomfantelijk.

Beleidsmensen bij het ministerie en zorgverzekeraars wisten ook dit mogelijk was. Het probleem was echter: hoe kon de dagbehandeling zo snel mogelijk worden doorgevoerd? Het financieringssysteem was er niet op ingesteld, het veld was al obstinaat tegen de verlaging van de beddennorm naar 3,7 promille, dokters vonden de veronderstelling dat de zorg 40% efficiënter kon getuigen van dwaling en overheidsingrepen in de honoraria een belediging. Intussen liepen de zorguitgaven uit de hand, de premies gingen omhoog en de wachttijden eveneens.

Wat kan, gebeurt ook. Die Amerikaanse zorgverzekeraar krijgt na 23 jaar bijna gelijk: 57%, misschien hier en daar zelfs 60%, geschiedt nu in dagbehandeling.

De plussen en de minnen van de NVDK

Dat Nederland het goed doet in de dagbehandeling is deels te danken aan de NVDK. Maar nu het doel bijna is bereikt, verkeert de vereniging in een beleidscrisis. Hoe komt dat en wat is er aan te doen?

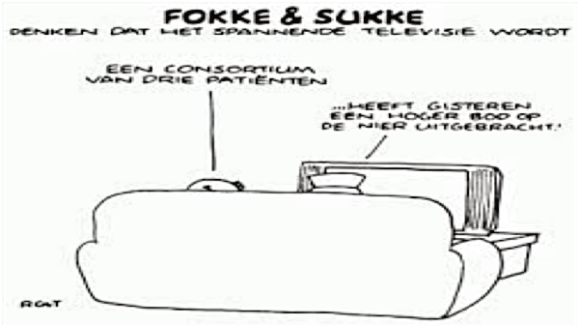
De plussen:

De pioniers in de NVDK hebben met veel enthousiasme hun taken vervuld. Het bestuur bestond destijds uit twee chirurgen, twee anesthesiologen, een wetenschappelijk onderzoeker en twee verpleegkundigen met managementervaring. De aandacht van de NVDK ging uit naar medisch en verpleegkundig-inhoudelijke onderwerpen, de logistiek van de dagbehandeling, de inrichting van de afdeling en de educatie van de verpleegkundigen.

De NVDK was de eerste professionele vereniging die de NEN-norm heeft toegepast. Vervolgens werd de zorgkwaliteit in termen van complicaties, ongeplande heropnamen en mortaliteit geregistreerd en via ledenenquêtes gemeten en bijgesteld. Tijdens het Jaarcongres werden inleidingen gepresenteerd over nieuwe ontwikkelingen en technieken en de risico’s ervan, en prijzen uitgereikt aan enthousiaste indieners van posters. Tevens werd kennisvermeerdering gestimuleerd door artikelen in het magazine van de NVDK, Kortom, die mede werden geschre-

ven door leden van de redactiecommissie: een chirurg, een anesthesioloog en twee leidinggevende verpleegkundigen. Verder vond kennisuitwisseling plaats tijdens de regiobijeenkomsten. De NVDK was in de pioniersfase zeer actief.

De minnen:
Met het aftreden van de pioniers en de afronding van het succesvolle IAAS-congres in 2007 in Amsterdam, is het beleid langzaam verflauwd. Het bestuur vond met moeite nieuwe voorzitters, meestal artsen die nog nooit een jaarcongres hebben bezocht en dus geen voeling hadden met de historie, de prestaties en de continuïteit van de vereniging. Nieuwe voorzitters creëerden hun eigen beleid. De NVDK richt zich naar binnen, het schip wordt drijvend gehouden, maar de vaart is eruit. Het kwaliteitsbeleid ligt stil terwijl de dagbehandeling toeneemt. Op het Jaarcongres worden geen buitenlandse inleiders meer uitgenodigd, het abstractboek is verdwenen evenals de postersessies en het enthousiasme voor het jaarcongres lijkt af te nemen.



De redactiecommissie van Kortom is afgeschaft en vanuit het bestuur komen zelden nog medisch inhoudelijke bijdragen, behalve een verslag van de tweejaarlijkse IAAS-congressen. Kortom komt niet meer uit op papier maar is gedigitaliseerd, wat naar de buitenwereld toe minder respect afdwingt.

Het lukt de NVDK nog steeds niet specialisten aan te trekken, terwijl de ratio specialist/verpleegkundige in andere landen toch tussen 30 en 50% ligt. Dat is vooral te wijten aan de onnatuurlijke scheiding tussen de dagbehandeling in ziekenhuizen, die de NVDK vertegenwoordigt, en de dagbehandeling in Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) die in de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) zijn georganiseerd. Die verenigingen kijken een andere kant uit: de NVDK focust vooral op de zorginhoud, de ZKN, waarin voornamelijk artsen en managers participeren, zet vooral in op het strategische beleid van hun ZBC's, contracten met de zorgverzekeraars, het ZKN-Keurmerk en de lobby naar buiten. Het programma van de ZKN voor het jaarcongres 2014 was illustratief voor die bezigheden.

Het spanningsveld voor de NVDK
Nu bijna zestig procent van de ingrepen in dagbehandeling wordt gedaan, kan de NVDK niet langer naar binnen blijven kijken, daarvoor zijn de omgevingsfactoren en multidisciplinaire belangen in de sector te groot en te divers. Het is zaak erbij te zijn als er beslissingen vallen over volume, prijs en kwaliteit.

Het volume
Nederland heeft met € 78 miljard uitgaven (waarvan €28 miljard in de ziekenhuissector) na Zweden de duurste zorg in de wereld. En toch staan de kranten vol met klachten over verdwijnende verworvenheden. De realiteit is dat wij door ons solidaire systeem steeds verwender zijn geworden en vroeg of laat wordt de beurs dan te krap. Heeft de marktwerking niet het verwachte effect gehad? Deel wel, deels niet. Er is meer efficiëntie bereikt in de zorg en daardoor lagere prijzen, mede dankzij de dagbehandeling, maar het volume is ondraagbaar toegenomen. Door de prijsdaling per product hebben ziekenhuizen en artsen het verlies aan inkomsten gecompenseerd door de productie op te drijven. Schieten de zorgverzekeraars dus te kort in hun plicht 'voldoende' zorg in te kopen? Of zijn zij niet bij machte de artsen aan de gecontracteerde hoeveelheid zorg te houden?

Dat laatste lijkt het geval. De verschillen die Zorgverzekeraars Nederland in de productie van 2011 constateerde zijn spectaculair. De algemene IJsselmeerziekenhuizen haalden voor galblaasoperaties de hoogste score [ii]van 216, tegenover de laagste score van 81 in topziekenhuis het OLVG in Amsterdam, het Medisch Centrum Waalwijk bereikte voor carpaaltunnelsyndroom een score van 482 tegenover, opnieuw de laagste, het OLVG met 59 en voor Cataractoperaties presteerden de private Vision Clinics zelfs een score van 2.445 tegenover de 249 van

algemeen ziekenhuis Gemini. Begrijpelijk dat specialistische klinieken meer patiënten aantrekken, dus hoger scoren, maar niet dat algemene ziekenhuizen bij dezelfde diagnoses veel meer ingrepen produceren: die ziekenhuizen hebben iets uit te leggen. Bovendien zijn de gevallen van fraude door spooknota's, dubbele declaraties en upcoding van DBC's toegenomen.

Om het volume in te snoeren, heeft Minister Schippers een ouderwetse, hoewel milde variant van budgettering van stal heeft gehaald. Tevens is de ex post compensatie voor verzekeraars afgeschaft. Het wordt menens: verzekeraars lopen nu volledig risico en zullen dus strenger dan ooit kwaliteit, prijs en zorgvolume beheersen. Dat heeft consequenties voor de ziekenhuizen: overschrijding van het budget wordt beboet en slechte prestaties eventueel afgestraft door het stopzetten van in natura-contracten.

Het lijkt een goed idee dat de NVDK wetenschappelijk onderzoek gaat stimuleren naar de indicatieverschillen die het volume aan dagbehandeling opdrijven. Wellicht in samenwerking met de Wetenschappelijke Verenigingen?

De kwaliteit

In 2018 moeten instellingen over 50% van de aandoeningen informatie overleggen over geleverde kwaliteit zodat verzekeraars eindelijk beter op kwaliteit kunnen selecteren. Zorgverzekeraars Nederland zal de vereiste kwaliteitinformatie per verrichting definiëren. De NVDK zou hierbij haar kennis en invloed kunnen laten gelden.

Om de medische kwaliteit inhoudelijk te kunnen bewaken is echter wel deelname van specialisten in de vereniging en het NVDK-bestuur noodzakelijk. De NVDK zou de animo van medisch specialisten hiervoor kunnen peilen en versterken door op gezette tijden met een selecte groep van diverse specialisten te confereren om te ontdekken wat er bij ze leeft en waar het aan ontbreekt. Zo zou de NVDK specialisten aan zich kunnen binden. Hun inbreng wordt node gemist bij de wetenschappelijke onderbouwing van nieuwe behandelingen, technieken en zorgstraten en de specifieke aandacht die kinderen, volwassen mannen en vrouwen en ouderen in de dagbehandeling behoeven.

Dit kan geschieden in samenspraak met de academische ziekenhuizen, maar ook met de Wetenschappelijke Verenigingen en de ZKN, die hiervoor nog nauwelijks aandacht hebben gehad. Het zou tevens interessant zijn de Keurmerken van de NVDK en de ZKN te vergelijken en zo nodig op elkaar af te stemmen. Het verschil tussen dagbehandeling in ZBC's en in ziekenhuizen is immers denkbeeldig, zeker als het om verzekerde zorg gaat.

De prijs

Specialisten klagen dat de zorgverzekeraars alleen aandacht hebben voor de prijs van de zorg, niet voor de kwaliteit. Klagen kan slechts voor een korte tijd. De NVDK zou kunnen (laten) onderzoeken of de DOT's[iii] in de praktijk wel adequaat werken. Bij mijn weten is bij het formuleren van de DOT's voor dagbehandeling nog nooit het advies van de NVDK gevraagd, noch heeft de NVDK dit ongevraagd aangeboden.

De afstand tussen directie en specialisten is bovendien nog te groot. Bij de onderhandelingen over dagbehandeling en de te verwachten prestaties, mogen specialisten niet ontbreken. Het zelfde geldt bij beslissingen over de uitrusting en de inrichting van het dagbehandelingcentrum. Dat veronderstelt zowel bij de NVDK als bij de specialisten kennis van welk zorgniveau de zorgverzekeraar wil contracteren, maar vooral wat de zorgverleners zelf verantwoord vindt te leveren.

De prijs bewaken is een kwestie van maatschappelijke betrokkenheid. Het is immers de burger die de lasten van de zorg draagt (zie kader). Maar welke dokter denkt daaraan tijdens een operatie? En toch moeten de verrichtingen passen in het ziekenhuisbudget. Reden waarom Minister Schippers naast de budgetafspraken in het Hoofdlijnenakkoord nu ook een integrale tarifering heeft afgeroepen, waardoor specialisten beter in het ziekenhuisbudget worden ingelijnd.

Een van de belangrijkste taken voor de NVDK is specialisten zowel als verpleegkundigen op de hoogte houden van wat state of the art is, maar ook in welk spanningsveld dit plaatsvindt. Wie doet dat anders? De opleiders? Dat zou een goede oplossing zijn, maar dat impliceert dat de NVDK zich ook zou moeten mengen in de discussies over het curriculum van de diverse specialisaties.

Kortom, niet langs de zijlijn staan

Dagbehandeling zal in de toekomst plaatsvinden in ZBC's en in grotere dagklinieken (zie artikel over Diakonessenziekenhuis) al of niet verbonden als satellieten verbonden aan een ziekenhuis: een constructie die overigens wereldwijd in opgang is. Afschaffing van vrije artsenkeuze bij Natura-polissen vereist niet alleen van ziekenhuizen en ZBC's maar ook van zorgverzekeraars dat zij hun contractsverplichtingen betreffende kwaliteit, prijs en volume willen er continue contracten worden gesloten.

Als specialisten en verpleegkundigen de dagbehandeling uitsluitend aan verzekeraars en directies overlaten, verliezen zij hun vinger in de pap. Zij moeten voldoende geïnformeerd en toegerust zijn om hun zaak met getal en overtuigingskracht te verdedigen en de NVDK kan ze daarbij ondersteunen. Kwaliteitsbewaking heeft de prioriteit. Dat kan geschieden door fusie of samenwerking met de ZKN, door samenwerking met de Wetenschappelijke Verenigingen, gesprekken met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen NVZ, Zorgverzekeraars Nederland, gesprekken met diverse brainstormgroepen, uitzetten van onderzoek, ondersteuning van proefschriften op gewenste onderwerpen en vergelijking met andere landen in IAAS-verband. Kortom, de blik moet naar buiten: er is 60% van de zorg in ziekenhuizen en ZBC's te verdedigen.

De burger betaalt maandelijks gemiddeld aan

- Zorgverzekeringspremie	€ 102,-
- AWBZ-premie	€ 121,-
- Belastingen	€ 65,-
- Eigen risico	€ 32,-
- De werkgever legt daarbij	€ 138,-
- Aftrek zorgtoeslag van	- € 25,-
Totaal maandelijks:	**€ 433,-**

Toekomstvisie Achmea op de ziekenhuissector Leen Goemans over het kwaliteitsoffensief van Achmea: “Wij willen een shift in de curve”

Achmea, met ruim 4,1 miljoen verzekerden, is bezig met een kordaat kwaliteitsoffensief. Aanbieders worden contractueel uitgedaagd hun prestaties in stappen te verbeteren. De sanctie? Geen of slechts een gedeeltelijk contract. De beloning? Een pluscertificaat. Ook voor dagbehandeling en kortverblijf?

Ans Ankoné

Drs Leen A.C. Goemans, politiek econoom, is regiomanager Midden-Nederland Medisch Specialistische Zorg bij Achmea[i]. Hij bestuurt de zorginkoop en de infrastructuur in de provincies Utrecht en Gelderland en een deel van Noord-Holland voor ZBC’s, algemene, categorale en academische ziekenhuizen. Zijn team bestaat uit drie inkopers, twee businessanalisten, twee medisch adviseurs en een inkoopondersteuner. De inkoopondersteuner handelingen worden in de kick off-fase gevoerd door twee, de beslissende fase met drie of vier teamgenoten en bij een escalatie voegt Goemans zich daarbij. Goemans kent zijn pappenheimers. Zijn CV liep langs alle belangrijke sectorspelers: VWS, een farmaceutische industrie, de LHV, NVZ en nu Achmea.

“De systeemwijziging in 2006 was hard nodig. Door de vele veranderingen die nadien zijn doorgevoerd leidde de marktdynamiek echter tot toenemende onzekerheid bij zowel de aanbieders als bij ons. Een systeemwijziging heeft tijd nodig om te landen. Het lukte tot voor kort nog maar matig om onze zorgplicht na te komen om de nodige zorg in te kopen, voor een redelijke prijs en van goede kwaliteit.”

Maar Achmea werkt haar wettelijke zorgplicht nu steeds stelselmatiger uit. Goemans: “Wij kunnen steeds beter bij de ziekenhuizen naar binnen kijken. De verschillen zijn soms ontstellend groot. Wij zetten daarom in op een shift in de prestatiecurve.

Leen Goemans

Vroeger analyseerden wij de kwaliteitsgegevens van de voortrekkers en de achterblijvers en waren tevreden met het kwalitatief gemiddelde. Nu willen wij het gemiddelde naar een hoger niveau brengen. Daarvoor moeten we eerst afrekenen met de inefficiëntie en het gebrek aan transparantie. Een normaal bedrijf drukt de kosten. Het is hoog tijd dat ook ziekenhuizen intern zoeken naar kostenreductie en zich gaan afvragen waarom sommige patiënten hun heil elders zoeken. De zorgvraag vertoont een namelijk sinds een paar jaar een autonome daling van enkele procenten. Door het hoge eigen risico kijken patiënten beter naar de rekening. Herinnert u zich de ‘Earsmear gate’? De patiënt die in het geweer kwam tegen een rekening van €1.200 voor het doorspuiten van zijn oren?

“Het motto is dus: meer substitutie naar dagbehandeling en de eerstelijn. Wij hebben een aandeel van vijftig procent verzekerden in en rond Utrecht. Wij analyseren daarom de behoefte, de kwaliteit, het profiel van de behandelingen en de integrale kosten

voor die regio en bespreken dit met de aanbieders om tot een doelmatige infrastructuur te komen voor zorg op de juiste plaats. Enkele voorbeelden.

"Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis in Woerden is door de bouw van Leidsche Rijn patiënten kwijtgeraakt aan het dichterbij gelegen Antonius Ziekenhuis en doet eigenlijk steeds meer eerstelijnszorg. Achmea heeft het ziekenhuis verzocht op zoek te gaan naar een partner. Zelfstandig doorgaan is geen optie meer. Het ziekenhuis is nu bezig met fusiebesprekingen met het St. Antonius. Complexe Spoedeisende hulp als voor een dreigende aortabreuk hebben wij bij het Diakonessenziekenhuis weggehaald en naar het UMCU overgeheveld. Met de ziekenhuizen en vertegenwoordigers van de huisartsen – hoe krijg je die huisartsen op één lijn? – hebben wij afgesproken wat van het ziekenhuis naar de huisarts wordt gesubstitueerd. In de afspraken met de ziekenhuizen houden we rekening met een lager niveau productieniveau en de huisartsen worden navenant beloond.

"Het probleem daarbij zijn de enorme prijsverschillen tussen aanbieders. Veel aanbieders kennen nog steeds hun prijzen niet. Dan is het moeilijk te analyseren wat gepast gebruik is in de verhouding polikliniek, kliniek, dagbehandeling, eerstelijn."

Forse variatie in praktijk, prijs en behandeling
De verschillen tussen de zorginstellingen zijn soms onthutsend.
Goemans laat statistieken zien waaruit blijkt dat een CVA-patiënt in het ene ziekenhuis eerder wordt gedialyseerd dan in het andere ziekenhuis. De door to needle time verschilt heel fors tussen diverse ziekenhuizen. Er zijn algemene klinieken die het veel beter doen dan academische of topklinische ziekenhuizen. Bovendien is er geen enkele correlatie tussen prijs en kwaliteit: de gewogen tarieven variëren tussen €2.500 en €6.600. De offerteprijzen voor heupoperaties verschillen liefst 74%. Dergelijke verschillen zijn aan onze verzekerden niet uit te leggen."

"Bovendien is de verspreiding van de variaties in operatieve interventies raadselachtig: de verschillen zijn in het midden en zuiden van het land grofweg het grootst.

"Bij dagbehandeling is het niet beter. De objectief onverklaarbare verschillen in cataractoperaties zijn enorm. Dat geldt ook voor de behandelprofielen. Een TIA kan volgens de richtlijn van hun eigen Wetenschappelijke Vereniging verantwoord in dagbehandeling worden opgevangen. Toch scoren veel specialisten hierbij: klinisch kort of middenlang. Het zelfde gebeurt bij varices, een behandeling die specialisten geregeld upcoden naar verzekerde zorg zonder dat de ASA-klasse daar aanleiding toe geeft. Onze medisch adviseurs lichten de medische dossiers door als er aanleiding toe is."

In vijf jaar naar excellentie
Op grond van de vorige inkoopronde wil Achmea de instellingen voor 2015 contracteren op grond van een vragenset in vier delen: algemene kwaliteitsvoorwaarden, instapvoorwaarden, doelstellingen en pluscertificaten. Dat betekent dat gedifferentieerd wordt ingekocht en aanbieders die meer gezondheidswaarde genereren meer volume voor een hoger prijs wordt toebedeeld.

Goemans: "Sommige ziekenhuizen hebben nog niet eens een Veiligheidsmanagement Systeem (VMS), geen vergelijkingssysteem en zelfs geen accreditatie, hoewel minister Schippers ze daarvoor financiert. Moeten wij ze straffen door ze een contract te onthouden? In de grote steden komt onze zorgplicht niet gauw in gevaar omdat electieve zorg daar nog wel ergens anders is in te kopen, maar in Zeeland is het aanbod daarvoor te dun.

"Wij hebben tevens de volumenormen van de Wetenschappelijke Verenigingen op de ziekenhuizen losgelaten en in alle gevallen zijn ze gestopt met ingrepen die onverantwoord weinig werden gedaan. Patiënten zeggen dat ziekenhuis dan te missen. Knie- en heupvervanging kopen wij graag in bij de Bergman Clinics vanwege de goede prijs-kwaliteit-serviceverhouding, maar sommige patiënten gaan toch liever naar 'het ziekenhuis om de hoek'. Indien de kwaliteit evident hoger is, accepteren verzekerden wel een preferred provider, maar als een kliniek even goed is maar goedkoper, dan is dat al moeilijker uit te leggen. Hoe pakken wij dat aan? Een grote groep patiënten is onwetend. Zo bleek bij voorbeeld bij onze budgetpolis. Daarbij is de keu-

zevrijheid beperkt tot een aantal ziekenhuizen met een bereikduur binnen de 45 minuten, maar patiënten kunnen voor complexe zorg of spoedeisende hulp wel naar een dichterbij gelegen ziekenhuis. Gezien het aantal E-mails, bleek die budgetpolis toch voor verwarring te zorgen. Ook van het goede doel van art.13 ZVW (keuzevrijheid beperkt tot ziekenhuizen van bewezen kwaliteit) zijn mensen maar moeizaam te overtuigen, mede omdat het prijsverschil tussen natura- en restitutiepolissen nog klein is.

"Daarnaast moeten wij ook de specialisten flink achter de vodden zitten, willen zij zich aan de volumenormen houden. Hoewel die gebaseerd zijn op cijfermateriaal van de Wetenschappelijke Verenigingen interpreteren specialisten ze graag als slechts compromissen en produceren toch te veel uit vrees dat, als hun ziekenhuis niet aan de norm voldoet, zij hun kunstje niet langer kunnen uitoefenen."

PROMS als voorwaarde
"Ons programma Zichtbare Zorg haalde niets uit. Daarom hebben wij nu een trapsgewijs pad uitgestippeld naar kwaliteitverbetering door generieke, thematische en aandoeninggerichte inkoopspecificaties te gebruiken. Eerst formuleren wij samen met de aanbieders kwalitatieve doelstellingen voor de komende jaren, vervolgens hanteren wij instapvoorwaarden, zonodig met een verbeterplan waaraan de aanbieder gedurende het contractjaar moet voldoen, om toe te groeien naar algemene kwaliteitsvoorwaarden waaraan minimaal 90% van de aanbieders moet voldoen. Daarbij passen geen verbetermogelijkheden meer. Wanneer aanbieders bijzondere prestaties leveren, kunnen zij een Pluscertificaat verwerven en hiermee tegenover patiënten goed sier maken.

Achmea hanteert de Patient Recorded Outcome Measurements (PROMS) naast DICA[ii] en CQ-index[iii] als contractvoorwaarden en heeft daarvoor per verrichting indicatoren ontwikkeld in de vorm van scores. Enkele voorbeelden: bij heup- en knievervanging gelden de scores praktijkvariatie, het percentage patiënten onder dan 55 jaar (test op overgebruik), CQ-index, PROM'S en de percentages heroperaties en wondinfecties. Bij cataract het percentage vitrectomie, het percentage nastaar, de CQ en de praktijkvariatie.

"De ziekenhuizen geven zich hiermee inderdaad bloot, maar wij merken dat de directies blij zijn met deze scores omdat zij hiermee een vuist kunnen maken tegen onwillige specialisten."

Specialiteiten laten zien
"Achmea heeft nu per aanbieder inzicht in waar het grootste doelmatigheidspotentieel ligt en dat betreft vooral geneesmiddelen, spoedzorg, CVA's en geboortezorg. Er is een vijfjarenplan ontwikkeld om de lange termijndoelen – spreiding, concentratie en substitutie, thematische benadering van kwaliteit en variatiereductie - te realiseren. Wij gaan ons meer toeleggen op het managen van de contracten dan op alleen het sluiten ervan.

ZBC's die een marktaandeel hebben onder de € 150.000 krijgen geen contract meer. ZBC's die dezelfde prijs vragen als een ziekenhuis evenmin. ZBC's als de Bergman Clinics en Medinova zijn betrouwbare partners, zij zijn goedkoper, goed en toegewijd.

Achmea steekt veel geld in innovatie en de ontwikkeling van uitkomstgegevens. De pilot prestatie-inkoop is een noviteit.

"Wij dagen aanbieders uit specialiteiten te tonen waarvan ze zelf vinden dat ze daarin excelleren, innoveren, goedkoper zijn of een meerwaarde voor de patiënt bieden. Zij krijgen dan de verantwoordelijkheid voor het eindresultaat van die behandeling. Wij geven ze de kans om daarmee meer volume aan te trekken door met patiëntenstromen te schuiven. Dat zal voor veel aanbieders even wennen zijn."

Ten slotte:
Waar past de NVDK in dit plaatje?
Goemans: "Wij hebben maandelijks gesprekken over kwaliteitsindicatoren. Ik ben de NVDK niet tegengekomen. Wat is de status van de NVDK? Wij beschouwen de Keurmerken van de Wetenschappelijke Verenigingen en de ZKN als goede instapvoorwaarden voor contracten. Het zou goed zijn als de NVDK, naast de VMS en de NIAS-accreditatie, een inhoudelijk Keurmerk zou ontwikkelen."

“Door het hoge eigen risico kijken patiënten beter naar de rekening”

[i] Achmea is en concern met diverse merken, zorgverzekeraars die zijn overgenomen als Agis, Interpolis, Zilveren Kruis, Groene Land, Avéro, FTBO tot aan Pro Live dat een christelijk pakket verzekert.
[ii] DICA is een stichting van beroepsverenigingen kwaliteit meet en verbeterpunten voorstelt en daarbij samenwerkt met grote organisaties in de zorg zoals patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS.
[iii] CQ-index is en meting van Patiëntensatisfactie