

Ziekenhuisbranche herkenbaar voor de samenleving

NVZ vereniging van ziekenhuizen

jaarverslag 2005



Colofon

Ziekenhuisbranche herkenbaar voor de samenleving - NVZ vereniging van ziekenhuizen - jaarverslag 2005 is een uitgave van de NVZ vereniging van ziekenhuizen. Wilt u de volledige teksten lezen van de in dit jaarverslag vermelde publicaties, persberichten en artikelen kijkt u dan op www.nvz-ziekenhuizen.nl

Adres Postbus 9696
3506 GR Utrecht
Telefoon 030 273 98 83
Fax 030 273 97 80

Fotografie Diederik Faber Fotografie & Studio, Amsterdam
Met dank aan het St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg
p.11 Foto Dirk Hol, p.18 (AVVV) Foto Vincent Boon
p.21 (NPCF) Foto Ingrid Alberti
Ontwerp Studio Flip, www.flip.nl
Druk GVO grafisch bedrijf, Veenendaal

Bestellingen

Deze uitgave kunt u onder vermelding van het gewenste aantal en het publicatienummer 2006 003 schriftelijk, via de fax of per mail bestellen bij:

NVZ vereniging van ziekenhuizen
Meldpunt Publicaties
Postbus 9696
3506 GR Utrecht

Fax 030 273 9780
E-mail meldpuntpublicaties@nvz-ziekenhuizen.nl

Aan uw bestelling zijn geen kosten verbonden.



NVZ vereniging van ziekenhuizen

NVZ © 2006 Niets in deze uitgave mag zonder uitdrukkelijke voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever verveelvoudigd en/of openbaar worden gereproduceerd door middel van druk, fotokopie, microfilm, beeldplaat, magnetische schijf of band, opslag in een voor derden toegankelijk raadpleegstelsel, of op welke andere wijze dan ook, elektronisch, mechanisch of anderszins. Dit verbod betreft tevens de gehele of gedeeltelijke bewerking. Uitzondering vormt uitsluitend hetgeen in de Auteurswet bepaald is met betrekking tot het reprorecht.

Ziekenhuizen hebben vanouds een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid. Ze willen zich toetsbaar opstellen en hun transparantie vergroten. De samenleving mag zien en herkennen hoe instellingen op verantwoorde wijze werk maken van zorgverlenerschap, ondernemerschap en werkgeverschap. De samenleving mag zien wat dat kost en wat dat oplevert.

Raad van bestuur



Sector wil inzicht geven in prestaties

Januari: De NVZ wil verantwoordingscontract afsluiten met overheid, Orde, patiëntenorganisaties, inspectie en verzekeraars.

Voorwoord

Welk aspect van de curatieve zorg wil de NVZ vereniging van ziekenhuizen voor het voetlicht brengen bij het jaar 2005? Bij de samenstelling van dit jaarverslag stond deze vraag vanzelfsprekend centraal. Maar een terugblik brengt niet één, maar een flink aantal thema's naar voren waarbij medewerkers en bestuurders uit de ziekenhuisbranche zich sterk maken voor ontwikkeling van de curatieve zorg in het belang van de patiënt. De ziekenhuisbranche kent veel facetten en op vrijwel elk beleidsterrein was in 2005 zowel een grote dynamiek als goed resultaat waarneembaar.

Tijdens werkbezoeken lieten bestuurders en medewerkers van instellingen die verenigd zijn in de NVZ op allerlei manieren en vol trots zien dat zij met zeer veel enthousiasme en professionaliteit werkzaam zijn in onze branche. De betekenis van deze inzet zowel op branche- als op instellingsniveau verdient veel waardering en wordt te weinig voor het voetlicht gebracht. Wat goede zorg ten diepste vermag in een mensenleven laat zich vaak niet eens beschrijven, maar dat het een graadmeter van beschaving is moge duidelijk zijn. Ziekenhuiszorg beperkt zich niet tot

het ziekenhuisterrein en reikt verder dan een medische behandeling, strekt zich uit in de samenleving en voegt daadwerkelijk iets toe aan het bestaan van alledag, aan de economie, de werkgelegenheid, biedt zingeving, ontwikkelingsmogelijkheden, kwaliteit van leven, enzovoorts. Het is een groot publiek goed waarin de samenleving zichzelf herkent. In dit jaarverslag wil de NVZ de rijke variatie aan ontwikkelingen en bijbehorende resultaten van de ziekenhuiszorg in 2005 voor het voetlicht brengen.

Patiënten, overheid, zorgverzekeraars, raden van bestuur en medisch specialist, ieder heeft in en om de ziekenhuiszorg een eigen rol en verantwoordelijkheid. Het is goed om te beseffen dat vertrouwen geven en verantwoordelijkheid nemen in al deze verbanden en verhoudingen een centrale en dynamische twee-eenheid vormt. Op allerlei niveaus wordt dat zichtbaar, in de spreekkamer, op instellingsniveau en zeker ook op brancheniveau. De sector is gebaat bij herijking en verheldering van de kaders, duiding en soms herziening van de verhoudingen. In 2005 zijn daarvoor de nodige voorbereidingen verricht, er was bijvoorbeeld veel aandacht voor het belang van zuinig, zinnig en zuiver toezicht. Ziekenhuizen betoonden zich als zorgverlenende ondernemers

steeds meer een 'gewone' bedrijfstak. De vraag is actueel of het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor de ziekenhuizen 'moederdepartement' zou moeten blijven of dat de branche zich in de toekomst meer gaat bewegen in de richting van het Ministerie van Economische Zaken. In elk geval mag de samenleving zien en herkennen dat instellingen op verantwoorde wijze werk maken van de driehoek zorgverlenschap, ondernemerschap en werkgeverschap. De samenleving mag zien wat dat kost en wat dat oplevert. De samenleving mag zich daar met het oog op de komende verkiezingen en de kabinetsformatie ook opnieuw op beraden. Wat is goede zorg en wat is het waard? Wat mag gezondheid kosten in tijd, geld en menskracht? Dit zijn geen vragen voor de spreekkamer, dit zijn ook geen vragen voor op de directietafel. Dit zijn vragen die thuis horen in de publieke ruimte, in het hart van de samenleving. Aan dat debat levert de ziekenhuisbranche graag een bijdrage door, onder meer in dit jaarverslag, herkenbaar te zijn in de samenleving.

Joan Leemhuis-Stout,
voorzitter





Januari: In het NVZ jaarplan 2005 staat uitwerking van de zorgdriehoek zorgverlenerschap, werkgeverschap en ondernemerschap centraal.

Inhoudsopgave

1	Ziekenhuisbranche, herkenbaar voor de samenleving	4
2	Dynamiek en resultaat op vrijwel elk beleidsterrein	10
3	Bestuur en bureau	29



Januari: Anton Westerlaken, voorzitter Commissie het Werkend Perspectief (CWP) reikt de brancheprijs Kroon op het Werk uit aan Viktor Krul, Raad van Bestuur van het Rode Kruis Ziekenhuis.

1 Ziekenhuisbranche, herkenbaar voor de samenleving

Patiënten, werknemers, politici en partijen in de zorg hebben in 2005 de ziekenhuisbranche meer en meer op het netvlies gekregen. Op allerlei terreinen hebben instellingen verenigd in de NVZ vereniging van ziekenhuizen actief laten zien wat zij in huis hebben en hoe zij vorm geven aan de best mogelijke en betaalbare zorg voor iedereen. Het jaar 2005 is een opmaat gebleken naar een geheel nieuwe fase in de zorg. Het was een jaar waarin de ziekenhuisbranche nadrukkelijk werk maakte van transparantie en zich toetsbaar wilde opstellen naar de samenleving.

De NVZ ziet maatschappelijk ondernemen als een strategische koers die instellingen in staat stelt om herkenbaar voor de samenleving vorm te geven aan de zorgdriehoek: zorgverlenerschap, werkgeverschap en ondernemerschap. Deze ontwikkeling of koers is al langer ingezet. Uitwerking van de drie kerntaken van ziekenhuizen in een gereguleerde marktomgeving stond in 2005 centraal. Belangrijke thema's daarbij waren de andere dynamiek in de bekostiging van

ziekenhuiszorg en de voorbereiding op het nieuwe zorgstelsel, dat in 2006 van start is gegaan.

De NVZ richtte zich in 2005, naast de lopende activiteiten, in het bijzonder op zes kernthema's:

1. Product- en marktontwikkeling
2. Maatschappelijke aspecten van marktwerking in de curatieve zorg
3. Besturing en bekostiging
4. Rekenschap
5. Sociaal beleid
6. Onderwijs en opleidingen.

Deze kernthema's waren verbonden met twee onderwerpen die op tal van beleids-terreinen terugkomen: Sneller Beter en het prestatiecontract Groei door doelmatigheid.

Product- en marktontwikkeling

De toenemende marktwerking biedt ziekenhuizen volop kansen om zich steeds beter te richten op de wensen en behoeften van de patiënt. Marketing gericht op positionering van zorgaanbieders is een belangrijk thema. En ook ketensamenwerking, of meer algemeen visieontwikkeling waarbij de eenloketgedachte voor de patiënt centraal staat.

De veranderingen in de gezondheidszorg brengen ook de positie van de patiënt in beweging. Volgens de NVZ-instellingen hoort de patiënt – als belangrijkste stakeholder - in het middelpunt van de zorg te staan. In concreto betekende dit bijvoorbeeld dat de NVZ de veranderingen in de gezondheidszorg en de gevolgen daarvan voor de patiënt heeft verwerkt in de herziene folder De patiënt op de eerste plaats, uw rechten en plichten.

Maatschappelijke aspecten van marktwerking in de curatieve zorg

Marktwerking doet stapsgewijs haar intrede in de gezondheidszorg en vraagt om heldere verhoudingen en wettelijke kaders. De NVZ vroeg in 2005 meermalen aandacht voor een goede rolverdeling tussen overheid, zorgverzekeraars en ziekenhuizen en voor een wettelijk kader dat de ziekenhuizen ruimte biedt voor maatschappelijk ondernemen. Belangrijke thema's daarbij waren onder meer: beschikbaarheid van zorg, complexe en dure zorg en de rol en positie van de verschillende toezichthouders.

De NVZ ziet het als haar taak om maatschappelijk-ethische kwesties op



Februari en maart: De website van de NVZ is volledig vernieuwd.

de agenda te zetten en bespreekbaar te maken bij stakeholders zoals overheid, politiek en samenleving. Voorbeelden hiervan zijn: consequenties van de keuze voor maatschappelijk ondernemerschap, de invulling van het begrip ‘verantwoorde zorg’ en crisismanagement in de zin van rampenomvang.

Besturing en bekostiging

De DBC's zijn een belangrijk wapenfeit. Er zijn veel kanttekeningen te plaatsen bij de systematiek, kinderziektes spelen op en er valt nog het nodige te verbeteren. Feit is echter dat door de DBC-systematiek langzaam meer inzicht gaat ontstaan in de relatie tussen prijs en prestatie, vooral in het segment van de vrije prijzen. Daarin wordt lokaal onderhandeld tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen over de kwaliteit, de prijs en het volume van zorg. Dat is helaas nog beperkt tot tien procent van de ziekenhuiszorg, een percentage dat de NVZ de komende jaren graag uitgebreid wil zien.

Binnen dat segment zijn positieve ontwikkelingen zichtbaar, zoals ziekenhuizen die doelmatigheidswinst boeken en zorgverzekeraars die meer oog krijgen voor de problematiek die speelt in de ziekenhuizen. De DBC-systematiek biedt ook meer

‘Is alles wat wij doen zinvol?’

‘Wat het leven waard is? Ik zou de vraag anders willen stellen: is alles wat wij doen zinvol? Tijdens werkbezoeken aan ziekenhuizen blijkt dat ook artsen daar wel eens ‘wij doen bepaalde behandelingen of bepaalde medicijnen omdat het mogelijk is, en de patiënt het dus wil, maar of het ook iets toevoegt...’ Mensen ondergaan op steeds latere leeftijd zware operaties. Dat heeft soms tot gevolg dat ouderen die alleen een beetje verward waren, maar zich thuis nog prima konden redden, na de operatie ernstig gaan dementeren. Die opereren wij als het ware het verpleeghuis in. De grenzen aan de gezondheidszorg houden mij zeer bezig, een eenduidig antwoord is ook niet zomaar te geven’, aldus Edith Schippers, Tweedekamerlid voor de VVD. ‘Preventie bijvoorbeeld wordt gezien als iets dat gezondheidswinst en/of welzijnswinst en dus geld oplevert. Dat eerste staat buiten kijf, het tweede is nog maar de vraag. Daarbij gaan de technologische ontwikkelingen snel. Wat als gezonde mensen geneesmiddelen kunnen slikken die de kans op een ziekte over zeg 40 jaar sterk reduceren? Willen we dat en hoe betalen we dat? Extreem dure medicijnen, ook zo'n dilemma. Moet iedereen die altijd krijgen? Moeten daaraan grenzen gesteld worden en zo ja, welke? Stel er wordt iets uitgevonden tegen dementie dat per persoon extreem veel geld kost? De langere levensverwachting bij een goede kwaliteit van leven is een positieve ontwikkeling, maar niet zonder dilemma's. Op veel fronten zijn we hiermee bezig; het staat op de politieke agenda en is op de werkvloer aan de orde. Een onderwerp dat steeds actueler wordt naarmate de medisch-technologische ontwikkelingen én de vergrijzing voortschrijden.’



Edith Schippers



Maart: Eurocommissaris McGreevy herziet voorstel Richtlijn diensten.

6

interne sturingsinformatie voor het management van de instellingen.

Ook is de NVZ nadrukkelijk betrokken bij de ontwikkeling van een nieuwe kapitaal-lastenfinanciering. De nieuwe regeling maakt het instellingen mogelijk om activa in te zetten ten behoeve van bedrijfsvoering en zorgverlening, doordat kapitaal-lasten vanaf 2008 toegerekend kunnen worden aan diagnose-behandelcombinaties (DBC's).

In samenhang hiermee wordt het bouwregime afgeschaft. Dat betekent dat een gebouw als een normaal bedrijfsmiddel wordt beschouwd en dat het management om reden van kosten of kwaliteit kan besluiten tot nieuwbouw. De NVZ juicht de ontwikkeling toe, maar hecht veel waarde

aan een goede overstap. Daarom zijn in 2005 de randvoorwaarden voor een snelle maar zorgvuldige overgang naar een nieuwe regeling in kaart gebracht. Dit wordt in 2006 besproken met partijen.

Een ander voorbeeld is de problematiek rondom de dure geneesmiddelen. Daarin zijn eerste resultaten geboekt, bijvoorbeeld door de voorlopige toelating van dure geneesmiddelen voor de duur van drie jaar, waarna bekeken wordt of de toelating geformaliseerd wordt. Een toegelaten geneesmiddel komt in aanmerking voor de vergoeding. Er is dus sprake van een daadwerkelijke verbetering in de bekostiging van dure geneesmiddelen. Echter, nog steeds wordt slechts tachtig procent van de kosten vergoed. De NVZ streeft naar volledige vergoeding en zal zich daarvoor in 2006 blijven inzetten. De NVZ heeft in 2005 een aanzet gegeven voor een dialoog over de nieuwe verhoudingen in het ziekenhuis voor de ontwikkeling van een op de marktwerking afgestemde besturingsfilosofie voor het ziekenhuis. Dit resulteerde onder meer in het advies Vernieuwd besturen van de externe stuurgroep Toekomstig Bestuur en Topmanagement Ziekenhuizen (TBTZ).

Rekenschap

Ziekenhuizen hebben een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid. Zij willen de manier waarop ze daarmee omgaan en het afleggen van rekenschap aan de maatschappij verder vormgeven. Zij willen zich toetsbaar opstellen en hun transparantie vergroten. Drie thema's speelden in 2005 een rol van betekenis: governance, integraal jaardocument en prestatie-indicatoren.

De NVZ initieerde bestuurlijke verantwoording al in 2004 met de NVZ-Governancecode. Dat kreeg navolging van de gezamenlijke brancheorganisaties in de zorg en in 2005 werd de zorgbrede Governancecode aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Prestatie-indicatoren

De ziekenhuizen maakten als eerste in de branche samenwerkingsafspraken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg over informatie die aan de omgeving wordt verstrekt over de kwaliteit van zorg. Partners hierin waren de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Een basisset indicatoren geeft informatie over de kwaliteit in ziekenhuizen aan.

Het is moeilijk uit te leggen, maar voor dure medicijnen en personeel gelden andere financiële spelregels dan voor bouw. In 2005 is echter bereikt dat ziekenhuisgebouwen normale bedrijfsmiddelen gaan worden. Het management kan straks gemakkelijker besluiten tot nieuwbouw of renovatie. De NVZ juicht deze ontwikkeling toe, maar hecht aan een zorgvuldige overgang.





Maart: De Bouwspecial van NVZ Nieuws informeert over de recente ontwikkelingen op het gebied van bouw en kapitaallasten.

Daarmee ontstaat een kwaliteitsindicator waarop gestuurd kan worden en die op termijn potentiële patiënten in staat stelt een goede afweging te maken waar ze behandeld willen worden.

Sociaal beleid

Ziekenhuizen zijn naast zorgverlener en ondernemer ook als werkgever zichtbaar in de samenleving. Aandachtsgebieden op dit beleidsterrein zijn onder meer: de helpdesk voor leden (werkgeversservice), Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten en Cao Ziekenhuizen.

In het eerste kwartaal van 2005 gingen de onderhandelingen voor een nieuwe cao van start. De bestaande cao eindigde op 31 maart 2005. Dossiers als pensioenen, levensloop en arbeidsongeschiktheid zorgden voor moeizame onderhandelingen. Ook moest een begin worden gemaakt met de vertaling van de uitkomst van het project Arbeidsvoorwaardenbeleid: een (middel)langetermijnvisie op de gewenste ontwikkeling van het arbeidsvoorwaardenbeleid. In mei kwamen partijen overeen dat de bestaande cao onge-wijzigd werd verlengd met negen maanden. Op 15 december 2005 begonnen de eerste onderhandelingen voor een nieuwe cao.

Onderwijs en opleidingen

De NVZ hecht groot belang aan het onderwijs- en opleidingsdossier. Daarvoor heeft de NVZ in april 2005 Het *Opleidingsfonds een 10-puntenplan* uitgebracht, in samenwerking met de Samenwerkende Topklinische opleidings-Ziekenhuizen (STZ). Hiermee wil de NVZ een bijdrage leveren aan de werkzaamheden van de stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg, die in opdracht van de minister van VWS met de veldpartijen een passende en samenhangende besturingsstructuur ontwikkelt. Relevant in dit kader is ook de NVZ-visie op het besturingsmodel voor dit opleidingsorgaan. De NVZ wil als werkgeversorganisatie samen met de NFU de verantwoordelijkheid nemen in het bestuur van dit orgaan.

Sneller Beter

Sneller Beter is een initiatief van het Ministerie van VWS, de Orde van Medisch Specialisten en de NVZ. Dit programma richt zich op verdere doelmatigheids- en kwaliteitsverbetering op het gebied van logistiek, veiligheid, rekenschap, zeggenschap en innovatie. In zogenoemde veldraadplegingen met steeds wisselende groepen ziekenhuizen is gewerkt aan bewustwording van goede voorbeelden en

prestaties van excellente zorg. Succesvol was ook de inbreng van experts van buiten de zorg, de zogenoemde gezanten, die hun gedachten lieten gaan over verbeteringen van bepaalde onderdelen in de bedrijfsvoering van ziekenhuizen. De aangesloten instellingen hebben de resultaten van dit programma voortvarend opgepakt. Zo is in november een pilot gestart met tien ziekenhuizen die vanuit het veld de voorwaarden voor een veiligheidsmanagementsysteem vaststellen. Wat betreft Sneller Beter wordt 2006 het oogstjaar.

Prestatiecontract

In 2004 heeft de NVZ met het Ministerie van VWS en met Zorgverzekeraars Nederland het prestatiecontract *Groei door doelmatigheid* afgesloten. Kern van dit contract, dat loopt tot 2008, is dat ziekenhuizen meer zorg leveren voor hetzelfde budget. In 2005 ging het om een extra productie van 1,15% en in de twee daaropvolgende jaren om 2,3%; resultaten die vooral bereikt worden door maatregelen op het gebied van doelmatigheid. In het contract zijn partijen overeengekomen om afspraken te maken over onderwijs en opleidingen, de beschikbaarheidsfunctie, complexe en dure zorg en de reductie van administratieve lasten.

Maart: Ziekenhuizen nemen hun verantwoordelijkheid voor fraudebestrijding, zegt Joao Leemhuis in een interview met het Financieele Dagblad van 23 maart.



Slot

De NVZ heeft in 2005 de jaarrekeningen 2004 van de ziekenhuizen geanalyseerd. Uit deze analyse blijkt dat het financieel beter gaat met de ziekenhuizen en dat de arbeidsproductiviteit is verhoogd, de solvabiliteit blijft een aandachtspunt. In algemene zin kan worden gesteld dat ziekenhuizen ook in 2005 aan de zorgvraag van patiënten tegemoet zijn gekomen en dat de wachtlijsten kort waren (binnen de Treeknorm).

'Ziekenhuizen gaan van budgetgericht naar patiëntgericht'

'Ja, ziekenhuizen zijn in 2005 herkenbaarder geworden voor de samenleving', beaamt Siem Buijs, lid van de Tweede Kamerfractie van het CDA en woordvoerder volksgezondheid. 'Als ik snellerbeter.nl open, ben ik onder de indruk van de omslag die ziekenhuizen hebben gemaakt van budgetgericht naar patiëntgericht denken. Er gebeurt enorm veel op het gebied van veiligheid en logistiek. Instellingen zijn echt om van aanbodgestuurd naar vraaggericht. Dat zal zich in de toekomst blijven vertalen in kortere wachttijden en meer inzicht in de kwaliteit van zorg. Dat ziekenhuizen nu ook anders omgaan met winst heb ik nog niet echt gemerkt. In de toekomst moet blijken of het maatschappelijk ondernemerschap, of wat wij in het CDA 'doelgericht investeren in zorg' noemen, meer gestalte krijgt. Nodig is het in elk geval. Ziekenhuizen zijn straks meer dan voorheen risicodragend. Winst is dan een voorwaarde om reserve op te bouwen. Winst moet altijd besteed worden aan zorg. De vraag 'Wat mag een jaar - of een dag - langer leven dan kosten?' houdt veel zorgaanbieders, maar ook Kamerleden bezig. Zo'n vraag behoeft niet primair een financieel antwoord. Er komt veel meer bij kijken: wat is verantwoord medisch handelen? Wat is kwaliteit van leven? Een medicus verleent hulp aan een patiënt en dat moet kostendoelmatig, maar niet per se of per se niet met de rekenmachine in de hand. De prioriteiten in een ziekenhuis moeten worden gesteld volgens het oordeel van de medicus. Ongeacht het geld.'



Siem Buijs



April: De website van Medisch Spectrum Twente is genomineerd voor de Usability Award 2005.

‘Zo toon je dat je kwaliteit levert’

10 ‘De gegevens zijn verheugend: ziekenhuizen raken beter geïnformeerd over hun eigen prestaties, ze leveren meer en betere gegevens en verkrijgen op hun beurt een goed sturingsmechanisme. Veel meer ziekenhuizen doen mee aan landelijke kwaliteitssystemen.’ Jan Haeck, inspecteur voor de gezondheidszorg en projectleider prestatie-indicatoren, raakt niet uitgepraat over de winst van prestatie-indicatoren. ‘Nu blijkt ook dat er veel meer innovatieve projecten gestalte krijgen in ziekenhuizen. Aantoonbaar. Bijvoorbeeld op het gebied van pijnbestrijding. Veel ziekenhuizen hebben een pijnserviceteam en kunnen nu data verstrekken waaruit blijkt dat patiënten 72 uur na een operatie daadwerkelijk minder hoog in pijn scores. Zo toon je dat je kwaliteit levert. Prestatie-indicatoren waren nooit zo’n succes geweest als inspectie, Orde, NPCF en NVZ de krachten niet hadden gebundeld. Dan hadden we nu drie of vier sets gehad. De NVZ had een heel belangrijke inbreng, heeft onder meer via ICT een mooi invulformat gerealiseerd waarvan we de vruchten plukken. Er is goed onderhandeld, zonder onvertogen woorden.’ Wordt de patiënt al wijzer van de prestatie-indicatoren? ‘Dat is lastig. Uiteindelijk doen we dit voor betere patiëntenvoorlichting en betere kwaliteit van zorg. Ik zou willen zeggen dat er nu meer keuzevrijheid is, maar het is te vroeg om te zeggen dat één ziekenhuis het beter doet dan een ander. Ik hoop dat het voor patiënten overzichtelijker is, maar ik ben bang dat het voor de gemiddelde leek nog een brug te ver is.

Er worden nu wel voor veel indicatoren leeswijzers ontwikkeld, zodat de patiënt in de toekomst weet hoe de geboden informatie te moeten interpreteren en hoe deze te gebruiken in de spreekkamer van huisarts en specialist.’



Jan Haeck

2 Dynamiek en resultaat op vrijwel elk beleidsterrein

De ziekenhuizen kwamen tegemoet aan de zorgvraag van patiënten

In 2004 heeft de NVZ met VWS en met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het prestatiecontract 2004-2007 afgesloten. Kern van dit contract, getiteld *Groei door doelmatigheid*, is dat de ziekenhuizen meer zorg leveren voor minder geld. In het contract zijn afspraken vastgelegd over onderwijs en opleidingen, beschikbaarheidsfunctie, complexe en dure zorg en de reductie van administratieve lasten.

De NVZ heeft in 2005 de jaarrekeningen 2004 van de ziekenhuizen geanalyseerd. Uit deze analyse blijkt dat het financieel beter gaat met de ziekenhuizen, de vermogenspositie is verbeterd en de arbeidsproductiviteit is verhoogd. Steven

Weijnenborg, senior beleidsmedewerker, legt uit: ‘Ziekenhuizen hebben belangrijke en noodzakelijke stappen gezet, een betere vermogenspositie is immers nodig in het tijdperk van de marktwerking. De resultaten zijn nog niet voldoende, maar toch roept de analyse een beeld op van ziekenhuizen als dynamische zorgondernemers die hun verantwoordelijkheid nemen.’

De nominale kostprijs van de ziekenhuiszorg is in 2004 gelijk gebleven. In termen van reële euro's is de kostprijs zelfs gedaald. Voor de toekomst betekent dit dat de samenleving weliswaar netto meer aan ziekenhuiszorg zal gaan uitgeven, maar door de doelmatigheidsverbetering blijven de lasten meer binnen de perken dan een aantal jaren geleden was voorzien.

In algemene zin kan worden gesteld dat ziekenhuizen ook in 2005 aan de zorgvraag van patiënten tegemoet zijn gekomen. De wachtlijsten bleven ook in 2005 in het algemeen kort.

Doelmatigheidsverhoging (of: kostprijsverlaging) blijft ook de komende jaren een noodzakelijk thema, in combinatie met terughoudendheid van de overheid als het gaat om nieuwe kortingen.

‘Maatschappelijke contracten geven vorm aan de invloed van cliënten’

‘We zijn twee jaar geleden, bij de viering van 100 jaar ziekenhuiszorg in de regio, een aantal projecten gestart ter verbetering van de patiëntenzorg, waaronder een project met de patiëntenverenigingen voor chronisch zieken. We hebben structureel contact tot stand gebracht tussen de achterban van de patiëntenverenigingen en de medisch specialisten, verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen en eerste lijn. Daarin werd men bijgepraat over recente ontwikkelingen in de zorg. Ook werd gevraagd wat er naar hun idee ontbrak in de zorg die wij leveren. In totaal vonden twaalf van dergelijke sessies plaats, waaruit een aantal verbetertrajecten ter verbetering van de patiëntenzorg voortvloeide. Deze zijn vevat in contracten met de samenleving, die ondertekend zijn door de medisch specialisten, de raad van bestuur, het Huis van de Zorg (waarbij alle patiëntenverenigingen zijn aangesloten) en de Cliëntenraad. Uit de jaarlijkse terugkoppeling en metingen blijkt dat sommige trajecten succesvol zijn en andere wat minder’, aldus Eke Zijlstra, voorzitter raad van bestuur van het Atrium Medisch Centrum in Heerlen. ‘De pers heeft een en ander vervolgens verbreed met een serie artikelen waarin de stand van zaken rondom behandeling en diagnose en onze werkwijze daarin werd toegelicht.’

‘Het gaat ons om continuïteit van zorg, niet alleen binnen het ziekenhuis maar met huisartsen, thuiszorg en mantelzorg en daar geven wij met vallen en opstaan inhoud aan. Ook geven wij, samen met andere partijen, viermaal per jaar een magazine uit, bestemd voor inwoners van de regio. Dit wordt heel positief ontvangen. Over positief gesproken: deze initiatieven zijn uit eigen gelederen voortgekomen, het zijn onze eigen mensen die verantwoordelijk zijn voor de organisatie, dwars door de instelling heen. Het is fantastisch om te zien dat zoveel mensen het leuk vinden om hieraan mee te doen, om op hun vrije zaterdag de achterban van een patiëntenvereniging bij te praten.’



Eke Zijlstra



Mei: Dr. A. Steenhoek aanvaardt het bijzonder hooglerarschap 'Maatschappelijke aspecten van geneesmiddelenbeleid in het ziekenhuis' aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, een initiatief van de NVZ en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapotheken.

Voorkeur voor meer permanente meting

12 'De top 100 van het Algemeen Dagblad draagt in zekere zin bij aan meer transparantie. Het is voor de gemiddelde lezer toegankelijker dan de verschillende websites die daarvoor zijn opgezet. Enige relativering is echter wel op z'n plaats. De top 100 is gebaseerd op de prestatie-indicatoren. Het AD heeft er 31 indicatoren uitgelicht en daar, in overleg met de vakverenigingen, een puntensysteem aan toegekend. Een lagere plaats in de top 100 betekent overigens niet per definitie dat je slechte kwaliteit levert. Als je de gegevens voor een van de prestatie-indicatoren niet goed aanlevert, bijvoorbeeld omdat je ze nog niet goed registreert, dan mis je die punten en zak je dus meteen op de lijst.' Aan het woord is Willem van der Pompe, lid van de raad van bestuur van het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal, dat in 2005 op nummer 1 stond in de top 100 van het AD. Zijn aandachtsgebied is patiëntenzorg. 'Zo'n top 100 blijft een soort steekproef. Onze voorkeur zou uitgaan naar een vorm van permanente meting. Daar gaan we in het Franciscus Ziekenhuis steeds meer aan denken. Dat neemt niet weg dat de invoering van de prestatie-indicatoren de aanleiding was om veel aandacht te besteden aan onze registratiesystemen, bijvoorbeeld op het gebied van decubitus en pijnbestrijding. Dat heeft vruchten afgeworpen! Ondanks de eerste plaats bij het AD gaan we hier nog mee door, waar mogelijk door de registratiesystemen te automatiseren. De aandacht voor onze eerste plaats was overigens enorm: radio- en tv-ploegen kwamen langs, we hebben een groot bord voor de deur gezet en het personeel was enorm trots. Dus waardevol of niet: het is goed voor de motivatie én het imago van het ziekenhuis.'



Willem van der Pompe

Efficiënte deskundigheidsbevordering via B-learning

Op initiatief van een aantal ziekenhuizen (met vertegenwoordigers uit zowel algemene als academische ziekenhuizen en revalidatiecentra) is in 2003 het B-learningplatform (Blended-learningplatform) Ziekenhuizen in het leven geroepen. De NVZ faciliteert dit platform, dat zich ten doel heeft gesteld om de ontwikkeling van e-learning in de ziekenhuizen te versnellen. Beleidsmedewerker Sabine Scheer legt uit: 'Kenmerkend voor blended learning is de combinatie van digitale lesstof (e-learning) en praktijkbijeekkomsten. Het platform wil een leerportaal realiseren waarbij aangesloten ziekenhuizen tegen betaling content kunnen uitwisselen en desgewenst gebruik kunnen maken van een elektronische leeromgeving. Ziekenhuizen die zelf e-modules hebben ontwikkeld, kunnen deze via dit leerportaal aanbieden en ontvangen hiervoor een vergoeding.' In de toekomst kan overwogen worden om ook door derden ontwikkelde modules (van bedrijven en onderwijsinstellingen) op te nemen. In eerste instantie is het portaal echter alleen bedoeld voor de e-modules die ziekenhui-

Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen hoge prioriteit

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft vandaag een rapport gepubliceerd waarin voorgaande uitkomsten worden geïnterpreteerd op basis van de prestatie-indicatoren voor het jaar 2007. Deze zijn nu beschikbaar.

Mei: In een gezamenlijk persbericht melden de NVZ en de Orde dat de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen prioriteit heeft.

zen zelf hebben ontwikkeld en in gebruik genomen. 'In de afgelopen periode hebben de deelnemers van het B-learningplatform onderzocht aan welke voorwaarden het ideale digitale leerportaal voor de ziekenhuizen moet voldoen, met als resultaat een model voor een gezamenlijke databank met leercontent, aangeboden via een webportal, met een didactische insteek. 'In 2005 is dit uitgewerkt in werkgroepen Leerportaal, Inventarisatie & uitwisselingstrategie, Certificering & kwaliteit en Publiciteit & PR. De wensen en eisen die hieruit zijn voortgevloeid, worden begin 2006 besproken met mogelijke providers van het leerportaal', aldus Scheer.

Samenhang in de opleidingen in ziekenhuizen

De NVZ ziet het als haar taak om beleid en randvoorwaarden te formuleren rondom de opleidingen voor medisch specialisten en andere zorgopleidingen en dit beleid vervolgens samen met andere partijen in het veld te implementeren. Het opleidingsbeleid kent diverse componenten die met elkaar samenhangen: inhoud van opleidingen en de kwaliteitseisen,

'Zo goed mogelijk presteren én rapporteren'

Die vermaledijde enquête, wij waren 'm eigenlijk alweer vergeten', zo reageert algemeen directeur Boudewijn Ponsioen op de AD Top-100 waarin ziekenhuis Delfzicht in 2005 op de laatste plaats eindigde.

'Maar het was natuurlijk stevig balen, dat wens je niemand toe, of het nou terecht is of niet. Het heeft ons wel een paar slapeloze nachten gekost, niet alleen de directie, maar eigenlijk het hele personeel en de medische staf. Waaraan we die laatste plaats te danken hebben? Aan het niet goed invullen van de prestatie-indicatoren, zo is uit intern onderzoek gebleken. We hebben vragen niet goed begrepen, zaken verkeert geïnterpreteerd en som-mige gegevens niet ingevuld. Uiteraard hebben we direct een traject gestart om het dit jaar veel beter te doen, want dit willen we. Gelukkig kwam twee maanden later de met Delfzicht op de 50ste plaats en nog eens twee maanden later de enquête van de Roland Bergergroep met Delfzicht tussen de 25ste en de 50ste plaats en dat lijkt aardig te kloppen. We zijn wellicht niet het beste ziekenhuis, maar zeker ook niet het slechtste. Het is jammer dat dit soort lijstjes geen mogelijkheid tot nuances biedt, maar daar hebben we het gewoon mee te doen: lijstjes worden steeds belangrijker. Zo goed mogelijk presteren én rapporteren, daar draait het om.'



Boudewijn Ponsioen



Mei: Met enkele wijzigingen wordt de Cao Ziekenhuizen verlengd.

14

raming en planning, en financiering en uitvoering. 'Dat vraagt om een goede sturing', aldus Niels Oerlemans, beleidsmedewerker Sociale Zaken. 'De minister heeft al aangegeven een orgaan van alle veldpartijen te willen en geen fors opgetuigde centrale organisatie. In die lijn hebben we plannen ontwikkeld voor een Raad Zorgopleidingen. Deze raad moet sturing aanbrengen en samenhang creëren in alles wat te maken heeft met opleidingen in ziekenhuizen. De NVZ wil als grootste brancheorganisatie in de ziekenhuissector, samen met de andere brancheorganisatie, de NFU, de verantwoordelijkheid nemen in het bestuur. Dat gaan we in 2006 verder uitwerken met de oprichting van het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg, het CBOG.' In 2005 zijn verder op het vlak van financiën de beleidsregels aangepast, als eerste stap naar een zogenoemd Opleidingsfonds. Voor de realisatie van dat Opleidingsfonds hebben de NVZ en de Samenwerkende Topklinische

opleidingsziekenhuizen in 2005 een 10-puntenplan neergelegd bij het Ministerie van VWS. Belangrijkste taak van het Opleidingsfonds is het in opdracht van het CBOG beschikbaar stellen van financiële middelen aan de instellingen. 'Ook dit gaan we in 2006 realiseren', zo laat Oerlemans weten.

Cao Ziekenhuizen met enkele wijzigingen verlengd

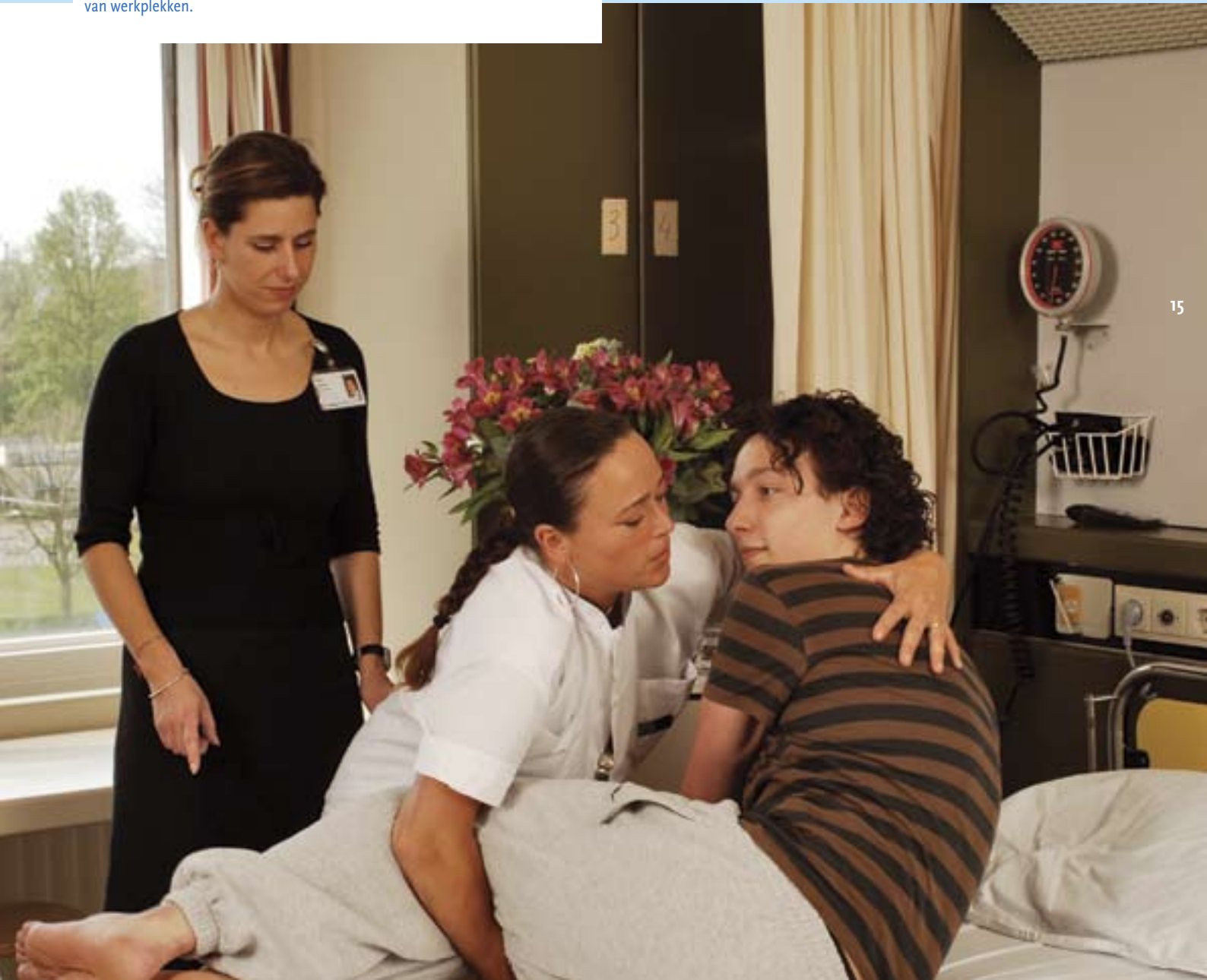
De NVZ en de bonden Abvakabo FNV, FBZ, NU '91, CNV Publieke Zaak en de Unie Zorg en Welzijn hebben in de nacht van 4 mei 2005 een principeakkoord bereikt over verlenging van de cao, met enkele wijzigingen. De verlenging van de cao geldt van 1 april 2005 tot en met 31 december 2005. De medewerkers ontvangen per 1 juni 2005 een structurele salarisverhoging van 0,6% en daarnaast wordt op 1 juni 2005 een eenmalige uitkering van 0,45% van het brutojaarsalaris uitgekeerd. De medewerkers die ziek worden, ontvangen het eerste jaar 100% van hun brutoloon.

Daarna betaalt de werkgever 70% van het brutosalaris gedurende twaalf maanden. Deze afspraak gaat in per 1 januari 2006 en geldt voor werknemers die ziek zijn geworden op of na 1 januari 2004. Centraal uitgangspunt bij arbeidsongeschiktheid is duurzame re-integratie. Zowel medewerkers als werkgevers zijn hierbij gebaat en hebben ook de verplichting om hieraan te werken. Hans Schirmbeck, manager van de afdeling Sociale Zaken over de korte looptijd van de cao: 'Bonden en werkgevers hebben hier gezamenlijk voor gekozen. Hierdoor ontstaat meer tijd om studie te verrichten naar een aantal onderwerpen, die vanaf 2006 van belang zijn, zoals het stelsel van arbeidsongeschiktheid, de levensloopregeling en de gevolgen voor medewerkers van de verwachte nieuwe Zorgverzekeringswet.'

Cao Ziekenhuizen doorvertaald voor medisch specialisten

Ook in 2005 zijn de afspraken uit het Cao-akkoord doorvertaald naar de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS) in dienstverband. De AMS maakt

Goed werkgeverschap wordt in alle instellingen nagestreefd en wordt onder meer zichtbaar in structurele aandacht voor gezondheid en veilige werkomstandigheden. Op veel plaatsen in het land zijn ergocoaches actief, die collega's ondersteunen bij veilig tillen van patiënten en bij goed inrichten van werkplekken.





Juni: Het NVZ jaarverslag 2004 draagt de titel 'De patiënt centraal'.

'Muren worden geslecht tussen ziekenhuis, ouderenzorg en thuiszorg'

'De zorg dicht bij de mensen. Ik zie dat er in 2005 vorderingen zijn gemaakt: de mogelijkheden van internet zijn benut via prestatie-indicatoren en kiesbeter.nl. We zijn op de goede weg, maar we zijn er nog niet. De ziekenhuiszorg is nog niet duidelijk, niet transparant genoeg.' Aldus Marian Kaljouw, voorzitter van de Algemene vereniging van verpleegkundigen en verzorgenden (AVVV). 'We komen er wel. Mits we samen optrekken. Zorgaanbieders verenigd in de NVZ moeten op een laagdrempelige manier de markt op. Dat lukt als werkgevers en zorgprofessionals gezamenlijk voorzien in informatie over de infrastructuur en medische producten. Het jaar 2005 staat niet op zichzelf. Ziekenhuizen zijn altijd werk- en leerplaats geweest. Verpleegkundigen zijn daarbij een substantieel deel van de beroepsgroepen in de ziekenhuizen, daar ligt de basis voor en het bestaansrecht van het beroep. Ik weet niet of de NVZ dat voldoende of onvoldoende voor het voetlicht heeft gebracht. Duidelijker kan het altijd. We weten allemaal dat er een tekort is aan stageplaatsen voor de dagopleidingen. De vraag is of het een tekort is of een keuze... Intensieve samenwerking van werkgevers en zorgprofessionals is investeren in de opleiding en opleidingsplaatsen. Dat is nodig om de zorg ook op langere termijn te kunnen bieden. Verpleegkundige blijft één beroep, maar er zullen nieuwe functies komen, met andere taken en functie-invullingen. De nurse practitioner is er al, er komen ook verpleegkundig specialisten voor chronisch zieken en voor kinderen en jeugd. Die zijn niet meer gebonden aan één ziekenhuis. Ik voorzie dat muren geslecht zullen worden tussen ziekenhuis, ouderenzorg en thuiszorg. De financieringssysteem dwingt ons nu nog tot separaat opereren, maar op enig moment is stroomlijning de enige weg.'



Marian Kaljouw

formeel deel uit van de Cao Ziekenhuizen, maar heeft een geheel eigen positie met een eigen overleg- en onderhandelings-traject. Beleidsmedewerker Sociale Zaken Olaf Peek over dit traject: 'In overleg met de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) vertaalt de NVZ de relevante wijzigingen in de cao op een passende wijze door in de AMS, rekening houdend met de bijzondere positie van medisch specialisten binnen het ziekenhuis.'

Naast de doorvertaling is binnen de NVZ in 2005 een discussie gevoerd over een grondige aanpak van de AMS. Ondanks de toenemende kritiek op de inhoud is de regeling op hoofdlijnen al jaren ongewijzigd. 'De AMS is duidelijk aan herziening toe. Nu is de beloning vooral gekoppeld aan gewerkte tijd. Een vernieuwde AMS moet ziekenhuizen meer ruimte bieden te belonen in termen van productie en prestatie. Op korte termijn worden de leden hierover uitgebreid geraadpleegd en de uitkomsten daarvan worden naar verwachting rond de zomer van 2006 voorgelegd aan onze onderhandelingspartner.'

Juni: Minister Hoogervorst ontvangt de zorgbrede Governancecode en de notitie 'Zuinig, zinnig en zuiver toezicht in de zorg'.



Werkgeversservice: de vraagbaak voor leden

'Wij beantwoorden vragen van leden over alles wat te maken heeft met het werkgeverschap. Die vragen komen telefonisch of per mail bij ons binnen. 95% van de telefonische vragen beantwoorden we direct en e-mails krijgen doorgaans binnen 2 dagen een reactie.

Wij registreren alle vragen die wij binnenkrijgen. Daaruit kunnen we destilleren wat er zoal leeft onder vooral de medewerkers van de personeelsafdelingen. We proberen onze communicatie daar zo goed mogelijk op afstemmen. Dat kan ook leiden tot signalen voor onze cao-onderhandelaars. We schrijven ook veel informatieve stukken en nieuwsberichten voor de NVZ-website en NVZ Nieuws Arbeidszaken', zo verwoordt Cora Broekman het takenpakket van de werkgeversservice, die zij bemenst samen met haar collega's Karin van Dam en Marc Smeets. Verder organiseren we tweemaal per jaar een P&O-dag.

In 2005 kregen we zoals gebruikelijk veel vragen over arbeidsduur en werktijden. Dit onderwerp staat al jaren bovenaan. Samen met vragen over overwerk, onregelmatige dienst en bereikbaarheids- en

'Een werkklimaat waarin mensen zich prettig en veilig voelen'

'Laag verzuim creëert een werkklimaat waarin mensen zich prettig en veilig voelen. Dat is indirect een investering in de kwaliteit en continuïteit van zorg', stelt Gerard Caubo manager Personeel en Organisatie van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk. Deze instelling is in 2005 de beste zorgorganisatie in Nederland met beleid op het gebied van arbeidsomstandigheden, verzuim en re-integratie en gezondheid van de medewerkers, werd genomineerd voor de Kroon op het Werk-prijs 2005 en kreeg de sectorprijs.

'We hebben de afgelopen jaren veel energie gestoken in beleid rond ziekteverzuim en re-integratie van zieke werknemers', vertelt re-integratiecoördinator Jeroen Maartens. 'Met succes want het ziekteverzuim daalde spectaculair tot 3,3 % (landelijk 4,7%).' Maartens en Caubo schrijven een deel van het succes toe aan een duidelijke rol van de leidinggevende, een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de medewerker en regelmatig contact met de NVZ Werkgeversservice over de interpretatie van regelgeving. 'Op regionaal niveau konden wij veel expertise halen en brengen bij het regionaal InfoPunt Zorg.' 'Op onze beurt hebben we geprobeerd input te leveren voor de cao-onderhandelingen. In 2005 moest er helderheid komen over het feit dat een werkgever in het tweede ziektejaar niet meer dan 70% van het inkomen kan betalen. We hebben contact gehad met het NVZ-bestuur en bepleit om het eerste ziektejaar voor de volle honderd procent salarisbetaling te doen. Volgens ons helpt dat juist om mensen te stimuleren zo spoedig mogelijk met re-integratie of vervangende werkzaamheden te starten. In het Rode Kruis Ziekenhuis zetten we daarop nu in met extra aandacht voor gezondheid en veiligheid. Op 1400 medewerkers zijn er inmiddels vijftig ergocoaches actief die, naast hun eigen functie, werken aan ondersteuning van collega's bij bijvoorbeeld veilig tillen van patiënten, inrichten van de werkplek, et cetera. Veiligheid zit bij ons niet in reglementen. Veiligheid is ingebed in de praktijk van alledag. Medewerkers en patiënten varen daar wel bij.'



Gerard Caubo



Jeroen Maartens

NVZ groot voorstander van goede informatie patiënten

De NVZ vereniging van ziekenhuizen is groot voorstander van goede keuze-informatie voor patiënten en doorverwijzers. Maar de NVZ verzet zich fel tegen het verkeerd gebruik

Augustus: De NVZ betoont zich in de media een groot voorstander van goede keuze-informatie voor patiënten en doorverwijzers.

aanwezigheidsdienst maken zij bijna 20% van het totaal aantal vragen (in 2005: 5200 telefoontjes en e-mails) uit. Uiteraard waren de nieuwe Zorgverzekeringswet, de invoering van de 70% doorbetaling in het tweede ziektejaar en de levensloop ook hot items. Als er een cao wordt afgesloten, kunnen we ook stevast rekenen op een hausse aan vragen. En telkens weer nieuwe wetgeving, dat houdt je scherp. Dat vind ik leuk aan ons werk. En natuurlijk de persoonlijke contacten met de instellingen. Inmiddels kennen we alle medewerkers van P&O-afdelingen en salarisadministraties wel zo'n beetje.'

	Aantal vragen			
	2004		2005	
telefoon	60%	3555	56%	3156
email	31%	1822	36%	2049
brief	0%	10	0%	11
bezoek	0%	3	0%	1
niet leden	8%	487	8%	427
totaal		5877		5644

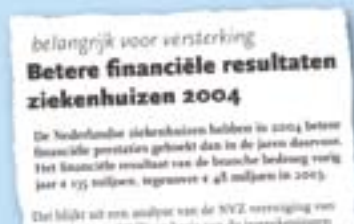
	TOP 7			
	2004		2005	
arbeidsduur en werktijden	550	10%	588	11%
arbeidsrecht	495	9%	511	9%
verlof (incl. arbeid & zorg)	363	7%	490	9%
salariëring	339	6%	433	8%
arbeidsongeschiktheid en sociale zekerheid	439	8%	399	7%
arbeidsvoorwaarden medisch specialisten	419	8%	332	6%
rechtspositie leerlingen (incl. stage)	276	5%	278	5%
Totaal	2881	54%	3031	56%

'Nog nooit vertoond: zoveel gegevens in een databank'

'De ziekenhuizen willen laten zien wat ze doen, vertaald in kwaliteit en prijs. Dit heeft tot doel dat de ziekenhuizen beter inzicht krijgen in wat ze doen en hoe ze het doen. Een net zo belangrijk doel is dat de buitenwacht daar een beeld van krijgt. Transparantie dus. De DBC's zijn daarvoor een uitermate geschikt middel', zo laat senior beleidsadviseur Arjen Lakerveld weten. 'Daarin zijn we een heel eind op weg: het succes is in aantocht. In 10% van het totale segment maken zorgverzekeraars en ziekenhuizen prijsafspraken, en ziekenhuizen krijgen steeds beter inzicht in het eigen reilen en zeilen. Voor een goede externe verantwoording is dat

nog te weinig, maar intern komen zaken wel steeds beter voor elkaar. Het is fantastisch dat ziekenhuizen in beeld krijgen dat ze soms te duur zijn en dat ze beleid ontwikkelen over hoe 'beter' te worden: transparanter, met lagere kosten en een betere kwaliteit.'

Desondanks heeft de NVZ wel een paar kanttekeningen bij de systematiek, grotendeels te wijten aan kinderziektes. Een goed voorbeeld zijn de spooknota's; nota's waarop kostenposten staan die niet aansluiten bij de beleving van de patiënt van wat hij in het ziekenhuis aan diensten heeft ontvangen. Lakerveld hierover: 'Dat is bepaald geen voorbeeld van transparantie. In 2005 hebben we hard gewerkt aan de oplossing van deze problematiek en dat is aardig gelukt. Een voornemen is nog om de manier waarop de DBC's geregistreerd worden en de wijze waarop



September: De NVZ presenteert jaarcijfers waaruit blijkt dat de Nederlandse ziekenhuizen in 2004 betere financiële resultaten boekten dan in de jaren daarvoor.

ze getoond worden, verder te verbeteren via ICT-toepassingen. Ook daarin zijn we op de goede weg.'

Bouwregime versoepeld

'Als ziekenhuizen nu nieuw willen bouwen of grondig willen renoveren, moeten ze met hun plannen naar de overheid en het College bouw zorginstellingen. Na een langdurig proces krijgt het ziekenhuis vergunning om te bouwen en krijgt het bijbehorende budget geoormerkt toegelend. Het is moeilijk uit te leggen, maar voor dure medicijnen en personeel gelden andere financiële spelregels dan voor bouw. Een ziekenhuis kan geen integrale afweging maken tussen exploitatiegeld en bouwgeld,' zo verwoordt Arjan Windhorst de problematiek rondom nieuwbouw of renovatie van ziekenhuizen.

'In maart 2005 ging echter de vlag in top: de overheid gaf aan uit te zullen gaan van integrale tarieven, en bouw niet meer als apart onderdeel van de bedrijfsvoering te zien. Men gaat uit van een big bang in 2008: dan wordt overgegaan naar de nieuwe bouwfinanciering én worden de ziekenhuizen risicodragend. De NVZ is hier uiteraard blij mee, en wil vooral een zorgvuldige overstap. Zo willen wij

'Prestatie-indicatoren: een mijlpaal op weg naar keuze-informatie voor de patiënt'

De prestatie-indicatoren zijn een mijlpaal, een middel waarmee de patiënt zicht gaat krijgen op de kwaliteit van de zorg. Voorheen was de dienstverlening in ziekenhuizen niet transparant. Het was lastig om te weten te komen welke diensten een bepaald ziekenhuis leverde, welke specialisaties er waren et cetera. Het ziekenhuis was een instituut waar je naartoe ging op verwijzing van je huisarts, in het vertrouwen dat het allemaal in orde zou komen. Door de informatie die beschikbaar komt via de prestatie-indicatoren worden de ziekenhuizen transparanter en wordt de kwaliteit inzichtelijker, net als het aanbod. Dat stelt de patiënt/consument in staat afwegingen te maken, zaken te beoordelen en een gefundeerde keus te maken.' Aan het woord is Atie Schipaanboord, adjunct-directeur van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, de NPCF. 'Maar de prestatie-indicatoren zijn wat ons betreft geen eindstation: ze zijn een stap in een proces. Informatie is een hype en het risico is dat er van allerlei kanten zoveel informatie beschikbaar komt dat de gebruikers van die informatie door de bomen het bos niet meer zien. De goed ingevoerd komen er wel uit, de toezichthouders en de patiëntenvertegenwoordigers bijvoorbeeld. Zij gaan de informatie ook gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Anders ligt het voor de patiënt/consument die een knieoperatie moet ondergaan, of te horen heeft gekregen dat hij darmkanker heeft. Voor deze groep is het nog een grote berg met informatie en is een vertaalslag nodig, richting keuze-informatie. Dat is de horizon, daar moeten we naartoe.'



Atie Schipaanboord

Duur medicijn zet budget ziekenhuis onder druk

Het kabinet moet meer geld uittrekken voor dure geneesmiddelen. De kosten van dure medicijnen gaan zo voorop ziekenhuishoofdgerechten drukken dat er onvoldoende geld voor andere zorg overblijft. Dat stelt de NVZ, vereniging van ziekenhuizen (NVZ) in een reactie op de rijksoverheid voor 2006 die het kabinet op prijsverhoging heeft gepre-

September: Dure geneesmiddelen zetten het ziekenhuis-budget onder druk. De NVZ vindt dat het kabinet er meer geld voor moet uittrekken.

‘Vooral de klant ondervindt de positieve gevolgen van meer transparantie’

‘De resultaten op het terrein van transparantie hebben alles te maken met de DBC’s. Samen met de patiëntenorganisaties heeft ZN transparant willen maken wat de vraag van consumentenzijde is en aan de ziekenhuizen hebben we transparantie gevraagd voor het aanbod en de kwaliteit. De zorgverzekeraars hebben in 2005 een belangrijke omslag gemaakt door zich ook te gaan interesseren voor de kwaliteit. Zij kunnen terecht bij het kenniscentrum van ZN als ze willen weten welke eisen gesteld mogen worden aan bijvoorbeeld een heupoperatie. Transparantie is de enige weg naar een goede besteding van de middelen’, aldus drs. Chiel Bos, directeur Zorg van Zorgverzekeraars Nederland. ‘De tijd van ‘het komt wel goed’ is voorbij.

Vooral de klant ondervindt de positieve gevolgen van meer transparantie. Zij weten van te voren wat er gaat gebeuren. ‘Een klant die vanwege borstkanker ’s ochtends bij de mammapoli komt, weet dat er ’s middags een diagnose is gesteld en een behandelplan is gemaakt. Die weet kortom dat ze bij de mammapoli aan het goede adres is. Achter het bordje mammapoli hoort dus een patholoog-anatoom, die het preparaat kan beoordelen.’ Over de bijdrage van de branche ziekenhuizen zegt Bos: ‘De ziekenhuizen hebben met de zorgverzekeraars goede en gerichte afspraken gemaakt, een belangrijke stap voorwaarts. Verder hebben ZN en de NVZ een prestatiecontract afgesloten met de overheid, waarin is vastgelegd dat we qua kosten landelijk gezien niet boven een bepaald bedrag uitkomen. Nu al, in het vroege voorjaar van 2006, blijkt de dynamiek van alledag daar haaks op te staan. Hoe gaan we daarmee om, hoe voorkomen we een centrale ingreep? Dat is de uitdaging. En nog een uitdaging als het mag: ik hoop dat de ziekenhuizen zullen meewerken aan meer transparantie, want dat bevordert de voortgang van de DBC’s.’

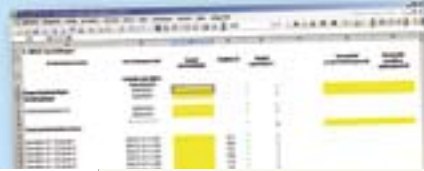


Chiel Bos

de garantie dat ziekenhuizen niet failliet kunnen gaan als gevolg van het nieuwe systeem. Relevant hierin is ook de eigendomsdiscussie. De overheid vond dat ziekenhuizen eventuele problemen bij de overgang van systemen zelf konden oplossen door de grond waarop het ziekenhuis staat te verpachten aan investeerders. Inmiddels hebben de NVZ, Arcares, GGZ-Nederland en VGN aangetoond dat die vlieger niet opgaat. Wordt vervolgd in 2006.’

‘De samenleving verwacht transparantie’

‘Op 1 januari is de Zorgbrede Governancecode in werking getreden. Deze code heeft betrekking op de leden van een zestal partijen: GGZ-Nederland, Arcares, VGN, Z-org, NFU en NVZ. De NVZ Governancecode vormde de basis voor deze zorgbrede code en daar mogen we best trots op zijn, aldus Duurd Aanen, senior jurist bij de afdeling Zorg. ‘De betekenis van de invoering van deze Governancecode is groot. Praktisch bezien is het een groot winstpunt voor onze leden dat er een goed toepasbare en moderne Governancecode is die niet alleen betrekking heeft op onze eigen leden, maar ook



op aanpalende zorgsectoren. Inhoudelijk betekent de code dat de leden hiermee bij het uitbrengen van hun jaarverslag over 2005 rekening moeten houden. Zo moet de raad van toezicht uitleg geven in het jaarverslag als hij bij de salarissen van een of meer leden van zijn raad van bestuur de normen of adviezen van organisaties als NVZD en NVTZ niet heeft gevolgd of overschrijdt. De samenleving verwacht hierover transparantie. Verder moeten alle zorginstellingen die onder de Governancecode vallen uiterlijk eind 2006 een of meer partijen die de patiënten/clienten van de zorginstelling vertegenwoordigen het recht van enquête toegekend hebben. In de toekomst willen de brancheverenigingen de verplichting tot naleving van de Governancecode koppelen aan de lidmaatschapsverplichtingen. Verder is het voornemen om een onafhankelijk extern orgaan in te stellen dat eventuele geschillen over toepassing van de code beoordeelt. Deze beide laatste punten zijn onderdeel van het nakomingsbeleid.'



Henri de Wit

'De consument krijgt inzicht'

In 2005 ondersteunde CTG/ZAio de invoering van de DBC's en stelde de benodigde regelgeving vast voor verankering van de DBC-systematiek binnen de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Actueel was het vaststellen van tarieven voor de ziekenhuiszorg waarvoor geen vrije prijzen gelden en het monitoren van de zorg waar dat het geval is. Voor dat laatste segment is na ontwikkeling van de sector een instrument ontwikkeld om in te grijpen als ziekenhuizen misbruik maken van hun marktmacht door bijvoorbeeld te hoge prijzen in rekening te brengen. 'Na de zomer bereikten ons signalen van consumenten en uitvoerende instanties dat aanpassing van het systeem wenselijk was. Daarop hebben wij onder regie van VWS en samen met betrokken partijen een pakket verbetermaatregelen opgesteld: een aantal is met terugwerkende kracht per 1 februari ingegaan en een aantal per 1 september 2006. Aan het woord is Henri de Wit, adjunct-directeur Cure van CTG/ZAio. 'Samen met onder andere de NVZ ontwikkelen en verbeteren we het DBC-systeem de komende jaren. In het vrijprijssegment volgen we vanuit onze toezichthoudende rol nog beter wat er gebeurt en verbeteren we de aanlevering van daarvoor benodigde informatie. Waar sprake is van vaste prijzen streven we door introductie van nieuwe reguleringsmodellen verbetering van efficiency en doelmatigheid na, zodat meer zorg geleverd wordt voor hetzelfde geld.' Over het belang van de DBC's voor de patiënt/consument is De Wit helder: 'De consument krijgt beter inzicht in de aard en kwaliteit van het product waarvoor hij betaalt. Die informatie is nodig om (al dan niet via verzekeraars) zorgaanbieders te stimuleren de beste kwaliteit van zorg te leveren tegen de laagste prijs. Dat is waar het bij het CTG/ZAio om draait: goed inzicht voor de zorgconsument. Dat hebben wij steeds in ons achterhoofd, zowel bij het organiseren van toezicht als bij het ontwikkelen van instrumenten.'





November: Minister van VWS krijgt 10-puntenplan Opleidingsfonds aangeboden door de NVZ en STZ.

'Kwaliteit verbetert door competitie'

'Wat de belangrijkste ontwikkelingen zijn op het gebied van marktwerking in de ziekenhuizen? Het zijn er in grote lijnen drie die mij direct te binnen schieten.

De introductie omdat daar-plicht tussen zekeraars is

Dat is een de intro-vrije prijzen

Dat is marktwerking, stap, maar het is nog een paar te gaan.

de keuzevrijheid van de patiënt en de informatie die voor de patiënt beschikbaar komt. Als ziekenhuis en zorgverzekeraar niet meer verplicht zijn om zaken met elkaar te doen, zouden ziekenhuis en patiënt daartoe ook niet langer veroordeeld moeten zijn. Belangrijk element hierbinnen is het ontsluiten van prestatie-informatie en prestatie-indicatoren. Transparant en inzichtelijk maken van prestaties van de ziekenhuizen en van de wachtlijsten zie ik op dit moment als belangrijkste vormen van marktwerking.' Aan het woord is Marcelis Boereboom, directeur Curatieve Zorg en plaatsvervangend directeur-generaal Gezondheidszorg. Over de kwaliteit van de zorg, in relatie tot marktwerking, zegt hij het volgende. 'Daar waar zaken vergeleken worden en een vorm van competitie ontstaat, verbetert de kwaliteit. Er wordt veel te gemakkelijk gezegd dat als er marktwerking is, de kwaliteit van zorg daalt vanwege het accent dat op de prijs komt te liggen. Er zijn echter tal van sectoren die het tegendeel bewijzen. Daarom vind ik dat ook zo'n vreemde veronderstelling. Kijk maar naar het voormalige Oostblok en wat de centraal geleide markteconomie betekende voor de kwaliteit van de producten!'

van de Zorgverzekeringswet mee ook de contracteer-ziekenhuizen en zorgver-afgeschaft. grote stap! En als tweede ductie van de DBC's met voor een klein segment. een aardige vorm van weliswaar nog een kleine pas de eerste en we hebben er

En als derde belangrijk punt zie ik



'Organisaties moeten serieus werk maken van dialoog met de omgeving'

De Sociaal Economische Raad (SER) heeft zich met de presentatie van zijn advies in april 2005 voorstander verklaard van meer ruimte voor ondernemerschap voor de publieke zaak in sectoren als zorg, onderwijs en sociale huisvesting. Volgens de SER is dat een effectief middel om de kwaliteit van de publieke dienstverlening te verbeteren. Volgens Duurd Aanen past dit prima in de NVZ-visie. Voor de NVZ is vooral belangrijk dat de SER constateert dat de stapeling van het verticaal toezicht een grote belemmering vormt voor de ontwikkeling van het ondernemerschap. 'Die stapeling moet volgens de SER worden teruggedrongen. De NVZ heeft hier al eerder voor gepleit en twee toezichthouders in de zorg voorgesteld: de Nederlandse Mededingingsautoriteit en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Voorwaarde is dan wel dat de interne controle en de horizontale verantwoording beter functioneren. In dat kader zijn ook de opmerkingen van de SER over de structurele dialoog met de omgeving van belang. Organisaties dienen daar serieus werk van te maken.



Marcelis Boereboom

De betekenis van invoering van de zorgbrede Governancecode is groot. Zo moeten alle zorginstellingen uiterlijk eind 2006 een of meer partijen die de patiënten/cliënten van de instelling vertegenwoordigen het recht van enquête toegekend hebben.

Daartoe moeten stakeholders beschikken over informatie over het functioneren en presteren van de organisatie. Dat laatste heeft de NVZ inmiddels vastgelegd in het Jaardocument Cure. Het hierboven genoemde advies van de SER lag aan de basis van de door NVZ en andere brancheorganisaties in de zorg ontwikkelde Zorgbrede Governancecode.'





November: De leden van vergadering van de NVZ hebben voorzitter Joan Leemhuis en bestuurslid Lettie van Atteveld herbenoemd. Nieuw bestuurslid werd Tineke Hirschler-Schulte.

‘Er komt meer begrip voor elkaar’

Pieter Vierhout, voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten heeft de indruk dat de samenwerking tussen bestuurders en medisch specialisten steeds beter loopt. ‘De verhoudingen tussen bestuurders en medisch specialisten zijn in 2005 niet daadwerkelijk veranderd, maar in goede ziekenhuizen wel verbeterd. Er komt meer begrip voor elkaar. Dat bestuurders en medisch specialisten met elkaar optrekken, is een natuurlijk proces. Zij hebben immers hetzelfde belang: goede patiëntenzorg. Meestal gaat dat goed en het gaat ook wel eens niet goed. Vaak wordt dan geknabbeld aan elkaars verantwoordelijkheden. De specialisten zijn verantwoordelijk voor het primaire proces en de raad van bestuur voor de organisatie en het budget, maar als medisch specialisten nooit iets mogen zeggen over het management en het management niets mag zeggen over het primaire proces, dan doet dat de wenkbrauwen fronsen. Kennis en begrip van elkaars werkterrein zijn essentieel om het werk goed te kunnen doen. Een goede twee-eenheid, dat is het streven. Om dat in goede banen te leiden, is een stevige verankering nodig en moeten eindverantwoordelijkheden in overeenkomsten vastgelegd worden.’ Het is een proces dat continu aandacht verdient. Zeker als wetgeving verandert, zoals in 2006 met het verdwijnen van de integratiewet, dan moet de samenwerking tussen bestuurders en medisch specialisten weer extra aandacht hebben. ‘Dat gaat lukken, zo verwacht ik. Ik ga ervan uit dat de samspraak met de NVZ constructief blijft en dat we elkaars verantwoordelijkheden blijven respecteren.’



Pieter Vierhout

Alle aandacht voor veiligheid in ziekenhuizen

Binnen Sneller Beter is bepaald dat ziekenhuizen in 2008 over een Veiligheidsmanagementsysteem moeten beschikken. De NVZ onderschrijft dit en heeft de handschoen opgepakt, samen met het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging en de Orde van Medisch Specialisten. Senior beleidsadviseur Trudy Boshuizen beschrijft de procedure. ‘In november 2005 is gestart met een project waarbinnen tien ziekenhuizen een model ontwikkelen voor een in alle ziekenhuizen toepasbaar Veiligheidsmanagementsysteem. Binnen dat project worden twee sporen bewandeld. Als eerste het inhoudelijke spoor, waarbinnen bekeken wordt wat ziekenhuizen moeten doen en waarover ze moeten beschikken om van een Veiligheidsmanagementsysteem te kunnen spreken. In grote lijnen gaat het dan over Veilig Incident Melden (VIM), over leiderschap en cultuur en over prospectieve risicoanalyses. Het tweede spoor betreft de externe partijen, zoals de IGZ en het NIAS. NIAS hanteert een kwaliteitsnormeringssysteem en wij gaan afspraken maken om in dat systeem ook

NVZ: Stopzetten ESF-subsidie schrijnend

De NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ) is ontstemd over het betrekken van de subsidie uit het Europees Sociaal Fonds (ESF). Op 28 oktober besloot staatssecretaris Van Hoof van Sociale Zaken en Werkgelegenheid dat het over

November: Ziekenhuizen dreigen miljoenen mis te lopen. NVZ beraadt zich op vervolgstappen.

normen op te nemen over het Veiligheidsmanagementsysteem. Verder willen we ook overleg over welke toetsingscriteria zij op dit terrein hanteren. Een en ander moet in mei 2007 zijn afgerond. Ondertussen tuigen wij een website op: vmszorg.nl, waar de tien ziekenhuizen hun interactieve platform hebben en waar andere ziekenhuizen informatie kunnen vergelijken. Boshuizen verwacht dat de implementatie snel zal gaan. 'In de derde pijler van Sneller Beter zijn drie maal acht ziekenhuizen actief in verbetertrajecten. Als deze ziekenhuizen plus de tien eerder genoemde een veiligheidsmanagementsysteem invoeren, dan zijn dat er al 34 en dan schiet het aardig op.'

Innovatieve geneesmiddelen: goed nieuws voor de patiënten, maar (nog) niet voor onze leden

'De dure geneesmiddelen stonden in 2005 regelmatig op de agenda. De toenemende beschikbaarheid van innovatieve, vaak dure geneesmiddelen is goed nieuws voor

patiënten, maar is een punt van zorg als het gaat om de stijgende kosten in de zorg. De NVZ heeft bij de Tweede Kamer bezwaar gemaakt tegen de geldende regeling en bepleit versoepelde toelating van nieuwe dure geneesmiddelen tot het verstrekkingenpakket. Als deze middelen eenmaal zijn toegelaten, moeten de kosten van deze middelen adequaat in de budgetten van de ziekenhuizen worden gecompenseerd, zo meent de NVZ.' Beleidsmedewerker Harrie Kemna van de afdeling Zorg, memoreert het door de minister geëntameerde onderzoek naar de knelpunten. Op basis hiervan heeft de minister het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. opgedragen de vergoeding voor deze middelen te verhogen naar vast 80% en de toelatingsprocedure te versoepelen. Middelen kunnen voorlopig op de lijst dure geneesmiddelen komen en worden na drie jaar herbeoordeeld. 'Naar de mening van de NVZ is dit niet voldoende: er moet macro meer geld komen voor dure ge-

neesmiddelen. Voor 2006 houdt de NVZ rekening met een kostenstijging van 200 miljoen euro als gevolg van nieuwe dure middelen. Ook moet het vergoedingspercentage volgens de NVZ omhoog naar in beginsel 100. Het CTG/ZAio nam aanvankelijk het voorstel van de NVZ voor een lichte procedure voorlopige toelating over, maar draaide dit besluit later weer terug. We zijn er dus nog niet uit.'



Minister Hoogervorst geeft startsein
**Ziekenhuizen ontwikkelen
Veiligheidsmanagementsysteem**

Het systematisch verbeteren van de patiëntveiligheid staat centraal in het project Veiligheidsmanagement (VMS). Dit project is een onderdeel van de actieplan van ziekenhuizen getiteld

November: Minister Hoogervorst geeft startsein: ziekenhuizen verbeteren patiëntveiligheid met veiligheidsmanagementsysteem.

‘Het ligt ingewikkeld in de zorgsector’

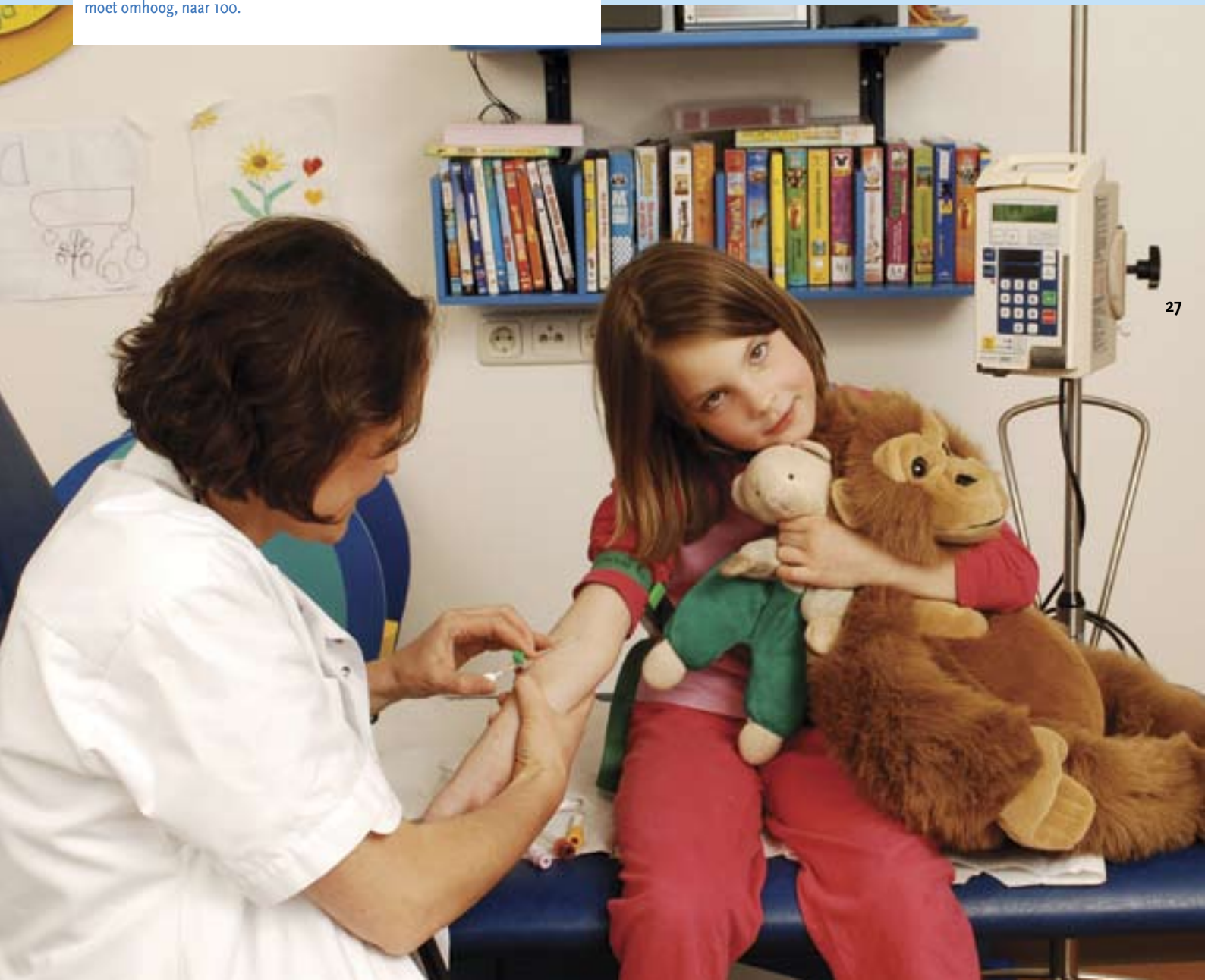
‘Wij zijn ervan overtuigd dat het niet alleen moreel en maatschappelijk, maar ook economisch gezien wenselijk is om een breed basispakket te hebben. Door veel onder te brengen in dat pakket, is beïnvloeding mogelijk. Op basis daarvan kunnen we bijvoorbeeld artsen nopen tot een terughoudend voorschrijfbeleid. Bovendien hebben de zorgverzekeraars lagere uitvoeringskosten en zijn de marketingkosten lager.’ Aan het woord is Frank Heemskerk, Tweedekamerlid voor de PvdA.

‘Publiek en privaat, het ligt ingewikkeld in de zorgsector. Alle zorgverleners zijn private ondernemingen, maar zijn tevens non-profitinstellingen. De PvdA is voorstander van voortzetting van het beleid van deregulering en verruiming van het aanbod. Dat komt de kwaliteit en de doelmatigheid ten goede. En wie die diensten levert, een commerciële of een niet-commerciële instelling, dat is minder belangrijk. Op zich is de PvdA geen tegenstander van private, commerciële zorgaanbieders, maar wel tegen goede voorwaarden. De overheid stelt nog steeds via tarieven de prijzen vast, de zorg dient voor iedereen toegankelijk te zijn en via benchmarking moet doelmatigheid en kwaliteit gemeten worden. Als nieuwe aanbieders onder de prijs werken, prima, dan maken ze winst. Wij hebben tégen de nieuwe Zorgverzekeringswet gestemd. Als wij in een kabinet zouden mogen zitten, zullen we trachten om waar mogelijk aanpassingen te realiseren: zowel in de premiestelling als in de marktwerking. Onze grote angst is dat de zorgaanbieders in niemandsland terecht komen: geen publieke en geen private onderneming. Geen tucht van de markt en géén sturing meer van de overheid. Dat is nu ook het geval bij woningcorporaties en het is geen benijdenswaardige positie.’



Frank Heemskerk

De toenemende beschikbaarheid van innovatieve, vaak dure geneesmiddelen is goed nieuws voor patiënten, maar een zorg als het gaat om de stijgende kosten. Voor 2006 houdt de NVZ rekening met een kostenstijging van 200 miljoen als gevolg van nieuwe, dure middelen. Het vergoedingspercentage moet omhoog, naar 100.





December: De leden van de NVZ hebben in 2005 de resultaten van het programma 'Sneller Beter' voortvarend opgepakt op het gebied van logistiek, veiligheid, rekenschap, zeggenschap en innovatie.

'Een unieke mogelijkheid om de gezondheidssector te helpen'

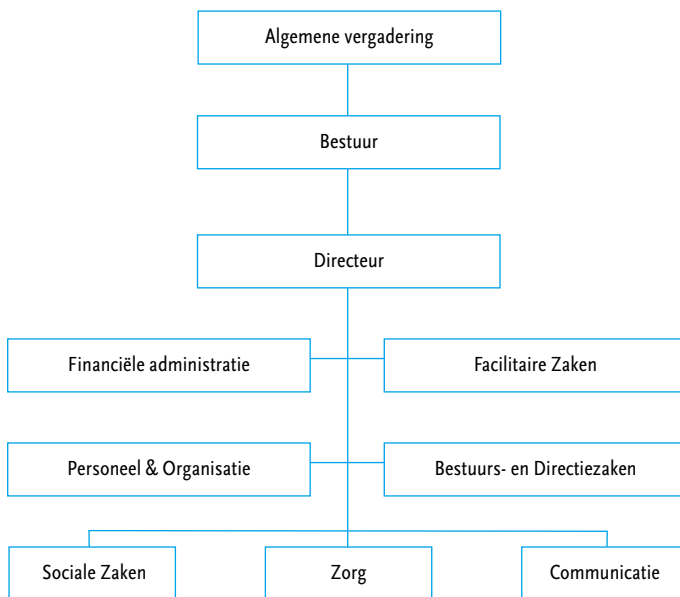
'Het Veiligheidsmanagementsysteem is een systeem dat incidenten die vóórkomen bij patiënten of medewerkers analyseert en concludeert waar je wel en waar je niet mee aan de slag moet gaan om te voorkomen dat dergelijke incidenten zich in de toekomst blijven voordoen. Voorbeelden? Van apparatuur waar medewerkers mee werken maar waarop ze niet getraind zijn tot een werkomgeving die rugklachten oplevert. Van patiënten bij wie medicatiefouten zijn gemaakt tot fouten tijdens operaties.' Aan het woord is Rein Willems, president-directeur van Shell Nederland BV en gezant binnen Sneller Beter met als aandachtsgebied veiligheid in de zorg. 'In 2004 hebben we het rapport gepubliceerd *Hier werk je veilig, of je werkt hier niet*. Kernconclusie was dat het mogelijk moet zijn om het aantal incidenten in de ziekenhuizen met 75 procent terug te brengen in de komende vijftien jaar. Daarmee kan op termijn één tot drie miljard euro worden bespaard op de kosten voor gezondheidszorg', vat hij samen. 'En we hebben gemerkt dat dit er inmiddels toe heeft geleid dat ruim dertig procent van de ziekenhuizen met veiligheid aan de slag is gegaan en soms zelfs al een veiligheidsmanagementsysteem heeft ingevoerd. Dat is volledig in lijn met de suggestie van de minister van VWS en de voorzitter van de NVZ die bij de inontvangstname van het rapport zeiden: 'Wij willen geen wetgeving, maar lichte druk'. Het is vooral een cultuuraspect.' De president-directeur vond het onderzoek een unieke mogelijkheid om met Shell-expertise de gezondheidssector te helpen. 'Vandaar dat we, toen die vraag bij ons kwam om mee te draaien in het project Sneller Beter, positief hebben gereageerd en het onderwerp veiligheid hebben gekozen. En het leeft, dat merken we aan het aantal vragen dat nog steeds bij ons binnenkomt vanuit de ziekenhuisbranche.'



Rein Willems

3 Bestuur en bureau

Organisatiestructuur NVZ vereniging van ziekenhuizen



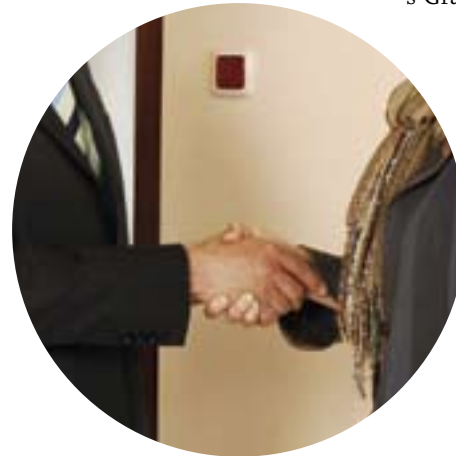
Bestuur

Het bestuur van de NVZ bestond in 2005 uit tien personen, inclusief de voorzitter. Het bestuur heeft in 2005 elf keer vergaderd.

Samenstelling bestuur NVZ 2005

- mevrouw ir. J.M. Leemhuis-Stout, voorzitter
- mevrouw drs. A.M.J. van Atteveld, lid raad van bestuur Ruwaard van Putten Ziekenhuis, Spijkenisse
- drs. A.J.P. Boesten, lid raad van bestuur Medisch Centrum Haaglanden, 's-Gravenhage
- ir. J.W.M. Borgsteede, lid raad van bestuur Sophia Revalidatie, 's-Gravenhage

29



- mr. dr. R.J. de Folter, voorzitter raad van bestuur Amphia Ziekenhuis, Breda
- mevrouw drs. C.J.W. Hirschler-Schulte, lid raad van bestuur Meander Medisch Centrum, Amersfoort (per november 2005)
- L.F.J. Jansen, voorzitter raad van bestuur Orbis medisch en zorgconcern, Sittard

- drs. W. van der Meeren, lid raad van bestuur St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
- drs. K. Schuurman, lid raad van bestuur Antonius Ziekenhuis Zuidwest-Friesland, Sneek
- drs. J. Wagenaar, voorzitter raad van bestuur Zaans Medisch Centrum, Zaandam (tot november 2005)
- drs. E. Zijlstra, voorzitter raad van bestuur Atrium medisch centrum, Heerlen.

Taakverdeling en belangrijkste nevenfuncties bestuursleden (per 31-12-2005)

mevrouw ir. J.M. Leemhuis-Stout, voorzitter

- Algemene juridische en bestuurlijke zaken
- Communicatie en public affairs

Vertegenwoordigt NVZ onder meer in:

- Voorzittersoverleg Brancheorganisatie Zorg
- Dagelijks Bestuur VNO-NCW
- Bestuur NEN
- Raad van Advies Ronald McDonald

Nevenfuncties

- Voorzitter raad van toezicht Nederlandse Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek TNO te Delft
- Voorzitter raad van toezicht Politieacademie te Apeldoorn
- Lid raad van commissarissen Brabant Water te Den Bosch
- Lid raad van commissarissen BMC Group Leusden

mevrouw drs. A.M.J. van Atteveld

- Voorzitter Adviescommissie Besturing & Bekostiging

Vertegenwoordigt NVZ onder meer in:

- College Bouw werkcommissie ziekenhuizen

Nevenfuncties

- Lid dagelijks bestuur en penningmeester van Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen
- Lid Initiatiefgroep Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen
- Bestuurslid Stichting TPR (TriPartite experiment Rijnmond)
- Lid raad van toezicht Intrakoop

Ziekenhuizen zijn naast zorgverlener en ondernemer ook als werkgever zichtbaar in de samenleving. Aandachtsgebieden op dit beleidsterrein zijn onder meer: de helpdesk voor NVZ-leden (werkgeversservice), Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten en Cao Ziekenhuizen.



drs. A.J.P. Boesten

- Onderwijs en opleidingen
- Product- en marktontwikkeling
- Beschikbaarheid van de zorg
- Acute, complexe en dure zorg

Vertegenwoordigt NVZ onder meer in:

- Bestuurlijk overleg lichte structuur (BOLS)
- Medisch Specialisten Registratie Commissie

Nevenfuncties

- Voorzitter Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen 's Gravenhage
- Voorzitter Stichting Leer Anderen Helpen
- Voorzitter bestuur Stichting Oncologie Haaglanden
- Vicevoorzitter raad van toezicht Stichting Thuiszorg Groot Rijnland
- Lid bestuur Medirisk

ir. J.W.M. Borgsteede

- Penningmeester van het bestuur
- ICT
- Administratieve lasten/maatschappelijke verantwoording
- Voorzitter Adviescommissie Arbeidsvoorwaarden

Vertegenwoordigt NVZ onder meer in:

- PGGM
- Stichting Kantoorgebouwen Zorgsector

Nevenfuncties

- Voorzitter bestuur Mytylschool 'De Thermiek' Leiden
- Voorzitter bestuur Onderwijs Advies West Zuid-Holland
- Vice-voorzitter/penningmeester bestuur Stichting Ziekenhuizen 's-Gravenhage e.o.
- Lid dagelijks bestuur REC Zuid-Holland Midden
- Lid bestuur Stichting Paardrijden Gehandicapten
- Lid bestuur Stichting SOMTZ
- Lid raad van advies bacheloropleiding Technische Bedrijfskunde voor de Gezondheidszorg, TU Eindhoven

mr. dr. R.J. de Folter

- Onderwijs en opleidingen
- Maatschappelijke verantwoording

Vertegenwoordigt NVZ onder meer in:

- Bestuurlijk overleg lichte structuur (BOLS)
- Capaciteitsorgaan
- College Ziekenhuisopleidingen (CZO)

Nevenfuncties

- Voorzitter raad van toezicht CCKL
- Lid raad van commissarissen Hydron Zuid-Holland N.V.
- Lid van de raad van commissarissen Hoek Loos N.V.
- Voorzitter van de raad van commissarissen Woningbouwcoöperatie West Waard Wonen

mevrouw drs. C.J.W. Hirschler-Schulte

- Prestatie-indicatoren
- Sneller Beter

Nevenfuncties

- lid bestuur Medirisk
- voorzitter bestuur Stichting Thuisbevallen Nederland

L.F.J. Jansen

- Vicevoorzitter NVZ
- DBC's
- ICT
- Europa

Vertegenwoordigt NVZ onder meer in:

- Begeleidingscommissie DBC

Nevenfuncties

- Voorzitter Imagocampagnecommissie Zorg aan Zet
- Lid Provinciale Raad voor de Volksgezondheid
- Lid raad van toezicht Gilde opleidingen

drs. W. van der Meeren

- Arbeidsvoorwaarden
- Communicatie en public affairs
- Lid Adviescommissie Arbeidsvoorwaarden
- Voorzitter onderhandelingsdelegatie cao

Nevenfuncties

- Voorzitter Maatschappelijke Opvang Breda e.o.

- Lid raad van advies Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisatiewetenschap

drs. K. Schuurman

- Bouw
- Prestatiecontract
- Lid Adviescommissie Besturing & Bekostiging

Nevenfuncties

- Voorzitter raad van toezicht Zorgnet Friesland
- Lid bestuur huisartsenlaboratorium
- Lid bestuur Laboratorium Volksgezondheid Friesland
- Lid raad van toezicht Radiotherapeutisch Instituut Friesland

drs. E. Zijlstra

- Rekenschap
- Governance
- Nieuwe verhoudingen raad van bestuur en medisch specialist

Nevenfuncties

- Lid raad van toezicht Stichting Revalidatieklinieken Limburg te Hoensbroek

Adviescommissies

Twee permanente adviescommissies ondersteunden in 2005 het bestuur bij beleid en strategie. Leden en bestuursleden werkten hierin nauw samen: Arbeidsvoorwaarden en Besturing & Bekostiging.

Adviescommissie Arbeidsvoorwaarden

- ir. J.W.M. Borgsteede (voorzitter), Sophia Revalidatie Den Haag
- H.C. Blanksma, Zorggroep Noorderbreedte, Leeuwarden
- drs. W. van Ittersum, Zorgcombinatie Noorderboog, Meppel
- dr. W.J. van der Kam, Ziekenhuis Bethesda, Hoogeveen
- drs. P.J.J. de Kubber, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch
- drs. W.A. van der Meeren, St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
- drs. J.M.J. Moors, Ziekenhuis Amstelland, Amstelveen
- M. Rook, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
- drs. M.J.P. Schmidt, Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk
- S.J. Vegter, Revalidatiecentrum De Trappenberg, Huizen

Adviescommissie Besturing & Bekostiging

- mevrouw drs. A.M.J. van Atteveld (voorzitter), Ruwaard van Putten Ziekenhuis
- mr. W.J.G. Blaauw, Zorggroep Noorderbreedte, Leeuwarden
- drs. J.C.M. Dankers, Orbis Medisch en Zorgconcern, Sittard
- prof. dr. W.H. van Harten, Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, Amsterdam
- J.C.G.D. Kiemel, Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam
- drs. C.M.G. Raaijmakers, Heliomare, Wijk aan Zee
- drs. P.M.M. Rademacher, Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen, Terneuzen
- drs. K. Schuurman, Antonius Ziekenhuis, Sneek
- mr. drs. R. Zomer, Ziekenhuis Walcheren, Vlissingen

Internationale vertegenwoordiging

NVZ nam deel in:

- HOPE: Board of Governors, SCC, SCEP, Social Dialogue
- IHF Governing Council

Leerstoel

NVZ heeft de volgende leerstoelen ingesteld:

- Leerstoel Gezondheidszorgsystemen in internationaal perspectief aan de Rijksuniversiteit Leiden
- Leerstoel Maatschappelijke aspecten van het geneesmiddelenbeleid aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

Personele bezetting

Op het bureau van de NVZ waren in 2005 61 medewerkers werkzaam verdeeld over de afdelingen Bestuurs- en Directiezaken (BDZ), Sociale Zaken (SZ), Zorg, Communicatie, Facilitaire zaken (FZ) en College Ziekenhuisopleidingen (CZO).

Samenstelling managementteam 2005

Het bureau wordt geleid door de directeur. Het managementteam (MT) bestaat verder uit de manager Zorg, de manager Sociale Zaken, de manager Communicatie en de directiesecretaris.

- Gita Gallé, directeur
- Leen Goemans, manager Zorg
- Hans Schirmbeck, manager Sociale Zaken
- Jacques Bettelheim, manager Communicatie
- Liesbeth Tjabbes, directiesecretaris

Medewerkers bureau NVZ per 31 december 2005

BDZ

Gita Galle
Simone Hiele-Lissone
Stanny Sniijders
Liesbeth Tjabbes

P&O

Michel van den Hoeven

Financiën

Klaas-Wouter Geleynse

Ton Janssen

Facilitaire Zaken

Sybranda van Es

Ria Schagen

Levina de Vries

Bianca Worst

Communicatie

Jacques Bettelheim

Sjoerd Beumer

Anita Bleiksloot

Joanne Hogervorst

Marije Hulsbosch

Astrid Mensink-Knevelbaard

Sacha Rutges

Zorg

Duurd Aanen

Pien Beltman

Trudy Boshuizen

Chris Bronkhorst

Geeske van Dorp

Leen Goemans

Bert Hermans

Bep Jongerius

Harrie Kemna

Arjen Lakerveld

Carlijn Nobels

Niels Oerlemans

Helen Paulus

Jan Jozef Pool

Brenda Schouten

Hanny Schulten

Saskia Siebelhoff

Ivanka van der Veeken

Liliane van der Velde

Noor Verkleij

Rob Verrips

Wencke van der Werf-Day

Marieke Willemse

Arjan Windhorst

Sociale Zaken

Cora Broekman

Karin van Dam

Arianne Janssen

Bas Oude Elberink

Olaf Peek

Sabine Scheer

Hans Schirmbeck

Jolanda Schoonhoven

Marc Smeets

Ronald Smits

Willie Vermeulen

Henriette Walma van der Molen

Steven Weijenborg

CZO

Marion Bosman-Verhoeven

Renate Renfurm

Fieny Taminiau-Bomhof

Els Wardenaar



Ondernemingsraad

Jaarverslag over de periode 1 januari 2005 tot en met 31 december 2005.

Met ingang van 1 januari 2005 bestond de OR uit:

Saskia Siebelhoff	Zorg	voorzitter
Bas Oude Elberink	Sociale Zaken	vice voorzitter
Noor Verkleij	Zorg	secretaris
Ivanka van der Veeken	Zorg	lid
Marieke Willemsen	Zorg	lid
Marion Bosman	CZO/LRVV	ambtelijk secretaris

Per 1 april 2005 heeft Saskia Siebelhoff haar functie als voorzitter van de OR neergelegd. Bas Oude Elberink heeft als vicevoorzitter vanaf april het voorzitterschap op zich genomen. De OR heeft in overleg met de medewerkers besloten om voorlopig geen nieuwe verkiezingen te houden maar met de samenstelling van 4 personen door te gaan.

In 2005 heeft de OR 8 maal vergaderd met de bestuurder. Eén keer was ook de bestuursvoorzitter, mevrouw Leemhuis hierbij aanwezig. Ondermeer de volgende onderwerpen stonden in deze periode op de agenda:

1. Herbenoeming van de voorzitter
2. Operatie Samen Beter
3. PWC's en competentie management
4. Incentiveregeling
5. Functiebeschrijvingen

Ziekenhuiszorg is een groot goed. Het reikt verder dan een medische handeling, strekt zich uit in de samenleving, voegt daadwerkelijk iets toe aan het bestaan van alledag, biedt zingeving, werkgelegenheid, ontwikkelingsmogelijkheden, kwaliteit van leven en uitzicht op een toekomst waarin de menselijke maat centraal blijft staan.





NVZ vereniging van ziekenhuizen

Postbus 9696

3506 GR Utrecht

T 030 273 98 83

F 030 273 97 80

E nvz@nvz-ziekenhuizen.nl

W www.nvz-ziekenhuizen.nl