

Differentieer tussen verschillende typen zorg

De les uit de coronapandemie is dat kennis-, mens-, materiaal- en dus kosten-intensieve zorg (zoals IC-capaciteit van ziekenhuizen) vraagt om coördinatie omwille van efficiëntie en beschikbaarheid. Tegelijkertijd is hoogfrequente, planbare zorg vanuit datzelfde oogpunt aantoonbaar beter af met prikkels voor juiste en betaalbare zorg en gestoeld op transparantie van uitkomsten. Daarom pleit ZKN voor differentiatie tussen planbare, acute en hoog-risico zorg in organisatievorm, concentratiegraad en bekostiging.

Optimaliseer door de inzet van klinieken

Juist klinieken kunnen veel planbare zorgvragen innovatief en multidisciplinair oplossen. Klinieken doen dit door zich veelal te focussen op één specialisme. Hierdoor kunnen zij met een efficiënte inzet van professionals veel doen in korte tijd. Dit draagt bij aan het oplossen van de schaarste op de arbeidsmarkt. Bovendien worden patiënten sneller en persoonlijker geholpen.

Laat klinieken opleiden

Het opleiden van medisch specialisten of OK-personeel is nu voorbehouden aan ziekenhuizen en UMC's, maar klinieken zouden daar ook een bijdrage aan willen én moeten leveren. Want door op te leiden in een kliniek en in een ziekenhuis benutten we alle capaciteit die er is en krijgen studenten de voordelen mee van beide organisatietypen. En... waar kan je (een deel van) het vak van bijvoorbeeld orthopeed beter leren dan in een orthopedische kliniek?



070 - 317 79 80
info@zkn.nl
www.zkn.nl

De visie van ZKN op de vernieuwing van de planbare zorg.



Zelfstandige Klinieken Nederland
U beter. De zorg beter.

Naar een toekomstbestendig zorglandschap

ZKN pleit voor nog betere, toegankelijke, efficiëntere medisch specialistische zorg waarbij de patiënt centraal staat. Met als doel om te komen tot een toekomstbestendig zorglandschap in Nederland. En daarvoor is het volgende nodig:

1. Passend gebruik

- Alleen dat doen wat bewezen effectief is en zo efficiënt mogelijk voor de patiënt.

2. Passende organisatie

- Onderscheid tussen planbare, acute en hoog-risico zorg in organisatievorm, concentratiegraad en bekostiging.
- Behandelen waar de zorgvraag van de patiënt het beste past.

3. Passende financiering

- De financiering is afgestemd op de organisatie van de zorg (acuut/ planbaar/ hoog-risico) en volgt de patiënt.

4. Transparantie

- Inzicht in wachttijden, uitkomsten en andere data voor de patiënt, zodat samen met de verwijzer in vrijheid de beste keuze voor een zorgaanbieder gemaakt kan worden.
- Digitalisering van gegevens is hierbij noodzakelijk.

5. Keuzes & samenwerking

- Voor een toekomstbestendig zorglandschap moeten we keuzes maken met oog voor ieders kracht.
- Vanuit moed en vertrouwen samenwerken.

De planbare zorg van de toekomst

1 Zorgvraag bepalen



Jaarlijks hebben 7 miljoen mensen in Nederland medisch specialistische zorg nodig. Deze mensen gaan, na digitale voorlichting, vaak als eerste naar de huisarts. Hier worden de klachten en de hulpvraag besproken en zo de zorgvraag bepaald.

2 Zorgkeuze maken



Bij het kiezen van de meest geschikte zorgaanbieder staat de patiënt echt centraal. Aan de hand van de zorgvraag wordt samen met de patiënt besloten op welke plek de beste zorg kan worden geleverd. De keuzevrijheid van de patiënt is leidend. De verwijzer zorgt ervoor dat de patiënt de zorg krijgt die daadwerkelijk nodig is (passende zorg). Om tot een passende zorgkeuze te komen wordt hoofdzakelijk gekeken naar de voorkeur van de patiënt, actuele wachttijden, verzekering van de patiënt, ervaring en specialisatie van de zorgaanbieder, uitkomsten van de behandelingen en de patiënttevredenheidsscores. Transparantie over deze data is hierbij cruciaal.

Passende zorg en organisatie

Patiënten die planbare zorg nodig hebben zoals bijvoorbeeld bij beweeg-, oogheelkundige- of dermatologische klachten kunnen worden doorverwezen naar een kliniek. Een patiënt met een spoedeisende zorgvraag wordt over het algemeen naar een ziekenhuis doorverwezen. Dit geldt eveneens voor patiënten met verhoogde risicofactoren* die geopereerd moeten worden en intensieve (na)zorg nodig hebben.

*comorbiditeit, leeftijd en/of hoog-risico aandoening.

Transparante wachttijden

Is er voor een consult of behandeling sprake van een lange wachttijd? Dan kan de patiënt bij de huisarts of zorgverzekeraar vragen om een doorverwijzing naar een zorgaanbieder met kortere wachttijden. Wanneer de patiënt elders sneller en minstens even goed behandeld kan worden, dan zou de patiënt op die mogelijkheid moeten worden gewezen. Inzicht in wachttijden voor zowel consulten als behandelingen is noodzakelijk om te komen tot passende organisatie; dergelijke transparantie is nodig om de patiënt te kunnen behandelen daar waar de zorgvraag het beste past.

Informatisering & gegevensuitwisseling

Om patiëntgerichte en efficiënte zorg te kunnen leveren moet de informatisering binnen het primaire zorgproces op orde zijn. Door gestandaardiseerde registratie, verbonden systemen en eenvoudige uitwisseling tussen zorgaanbieders kan de informatie de patiënt volgen bij verwijzing, behandeling en nazorg. Dit betekent ook dat alle zorgaanbieders online goed vindbaar moeten zijn voor zowel patiënt als verwijzer.

3 Behandeling krijgen



Zorgaanbieders in Nederland
Nederland kent 539 kliniek- en 116 ziekenhuislocaties die medisch specialistische verzekerde zorg leveren (2020). 15% van alle patiënten gaat jaarlijks voor hun zorg naar een kliniek. Voor oogheelkunde, dermatologie en plastische chirurgie ligt dat ruim boven de 20%. In 2021 hebben ZKN-leden 200.000 extra patiënten (+20%) geholpen met slechts een toename van 1,5% extra personeel. Doordat klinieken zich focussen op specifieke behandelingen, kunnen zij met efficiënte inzet van professionals veel doen in korte tijd.

Bij een behandeling is het principe van passende zorg het uitgangspunt: alleen doen wat echt aantoonbaar effectief is en aansluit op de hulpvraag van de patiënt. Na verwijzing komt de patiënt voor een eerste consult bij de geselecteerde zorgaanbieder. Bij de intake en eventueel aanvullende diagnostiek wordt onderzocht of een behandeling nodig is. Bij een langdurig of complex traject kan het zijn dat een deel van de zorg plaatsvindt in een kliniek en de rest in een ziekenhuis - of andersom.

4 Behandeling evalueren



Na afronding van de behandeling vraagt de zorgaanbieder aan de patiënt om een evaluatieformulier (PROM en PREM) in te vullen over de resultaten van en tevredenheid over de behandeling. Deze input gebruikt de zorgaanbieder om de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en van te leren. Deze 'reviews' plaatst de zorgaanbieder op de website zodat toekomstige patiënten en hun verwijzers een geïnformeerde keuze kunnen maken. Voor verzekeraars is het belangrijke sturingsinformatie bij de inkoop.

5 Geleverde zorg betalen



Bij de betaling van zorg geldt het principe van passende financiering: de financiering van de benodigde zorg volgt de patiënt. Ongeacht welke zorgaanbieder de patiënt kiest. Na de behandeling betaalt de verzekeraar de zorgaanbieder voor de verrichte zorg. De patiënt betaalt het eigen risico aan de zorgverzekeraar.

Rol van verzekeraars

Verzekeraars sluiten jaarlijks contracten af met zorgaanbieders over de verzekerde zorg die zij leveren. Van alle ZKN-leden levert 94% verzekerde zorg. Het merendeel van de klinieken sluit hiervoor contracten af met meerdere zorgverzekeraars. Verzekerde zorg wordt in klinieken en ziekenhuizen dus op dezelfde manier vergoed.

Een toekomstbestendig zorglandschap