

4

DE ZORGNOTA

- **Zorgnota 2004: meer zorg, minder geld**
- **De Zorgnota in uitvoering**
Interview
- **De problemen van huisartsenposten**
- **Wat kan de zorg leren van Siemens**
Verslag najaarslezing
- **Verslag 14^e Algemene Ledenvergadering**

Colofon

Twaalfde jaargang
Nummer 4
December 2003

NOTA-ABBG

Nederlands Onafhankelijk Tijdschrift
Alumnivereniging Beleid en Beheer van de
Gezondheidszorg

Redactieraad NOTA-ABBG

Monique Cox
Céline van Elst
Ronald Hortensius
Willemijn van Lier
Penny Senior
Noortje Staal
Marloes Berkers

Eindredactie

Céline van Elst

Vormgeving

Ronald Hortensius

Doelstelling ABBG

De Alumnivereniging voor Beleid en Beheer van de
Gezondheidszorg (ABBG) is een vereniging voor
oud-studenten van de studierichting Beleid en Beheer
van de Gezondheidszorg aan de Faculteit der
Gezondheidswetenschappen van de Universiteit
Maastricht.
De doelstelling van de ABBG, zoals in de statuten
vastgelegd, is het onderhouden van contacten tussen
de leden onderling en de faculteit. Zij ondersteunen
elkaar door het uitwisselen van kennis, informatie en
werkervaring via ledendagen, symposia en
interviewgroepen.

Bestuur ABBG

Jacco Aantjes, voorzitter/waarnemend secretaris
Monique Goossens, penningmeester/
ledenadministratie
Pim Sas, algemeen bestuurslid/coördinator website
Joris Ruijters, algemeen bestuurslid
Brigitte van der Zanden, algemeen bestuurslid

ABBG on-line

e-mail: info@abbg.nl
homepage: www.abbg.nl

Uitgave

Alumnivereniging Beleid en Beheer van de
Gezondheidszorg

Druk

SpectraFacility B.V.
Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht

Kopij

Sluitingsdatum 20 februari 2004
Verschijning NOTA 1 week 10
Kopij sturen naar:
ABBG o.v.v. redactie 'NOTA'
postbus 616
6200 MD Maastricht

Advertenties

Voor informatie:
e-mail: info@abbg.nl
Sturen naar:
ABBG
postbus 616
6200 MD Maastricht

Abonnementen

Gekoppeld aan lidmaatschap ABBG.
Lidmaatschapsbijdrage € 25,00 voor leden en
buitengewoon leden en € 15,00 voor aspirant-leden.
Abonnementsgeld over te maken op gironummer
3177804 t.n.v. ABBG te Maastricht o.v.v. 'contributie'.
Opzegging van het lidmaatschap kan jaarlijks en
dient vóór 1 december plaats te vinden.

..... Inhoud

Redactioneel	3
Uit het bestuur	4
Zorgnota 2004: meer zorg, minder geld	5
De Zorgnota in uitvoering	8
De problemen van huisartsenposten	10
Alumni Opinio	12
Najaarslezing: wat kan de zorg leren van Siemens	14
Bericht uit Maastricht	16
Online	17
Literatuur uit Maastricht	18
In beeld	20
Verslag 14 ^e Algemene Ledenvergadering	21
Verenigingsnieuws	24

Redactioneel

Door Céline van Elst

De laatste Nota van 2003 is een feit. Het is er een die zorgen baart. In het artikel 'Zorgnota 2004: meer zorg, minder geld' kun je lezen dat we met zijn allen een steeds groter deel van elk verdiende Euro uitgeven aan zorg. De overheid wil dan ook toewerken naar een andere verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg, zodat zij zelf meer op afstand kan gaan staan. Instellingen moeten doelmatiger werken, gemeenten krijgen een groter rol in de zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken, zorgverzekeraars moeten zorgaanbieders stimuleren tot doelmatiger gedrag en burgers moeten meer verantwoordelijkheid dragen voor hun eigen zorgconsumptie.

De discussies in de Tweede Kamer rondom de concrete invulling van deze nieuwe verantwoordelijkheid worden tot op de dag van vandaag verhit gevoerd. Verdwijnt fysiotherapie nu wel of niet uit het ziekenfondspakket? En wie gaat de pil betalen?

Dat de zorgnota slechts een momentopname is van een continue planning & controlcyclus die zich afspeelt op het Ministerie van VWS lees je in het interview dat gaat over de totstandkoming van de Zorgnota. In Alumnis Opinio lees je waar volgens jullie niet op bezuinigd mag en kan worden!

Deze week werd bekend dat één op de vier ziekenhuizen dit jaar in de rode cijfers belandt. Volgens de NVZ is 'de rek eruit' door alle bezuinigingsmaatregelen en efficiëncyclagen van de afgelopen jaren. Misschien gaat in 2004 het eerste ziekenhuis failliet of wordt - net als in Duitsland - het management overgenomen door bedrijven, zodat professionals zich voor de volle honderd procent kunnen richten op het primaire proces. Lees in ieder geval het verslag van de najaarslezing over wat de zorg over kwaliteit kan leren van een bedrijf als Siemens.

Het merendeel van de knelpunten lossen we dit jaar niet meer op. Ondanks deze Zorgnota wensen wij jullie veel leesplezier, fijne feestdagen en alvast een zorgeloos 2004 toe!

Uit het bestuur

Door Jacco Aantjes

Op het moment dat ik dit stukje zit te schrijven is het duidelijk dat de herfst is losgebarsten: wind, regen, kou en vroeg donker. Altijd een mooi moment om stil te staan bij wat werkelijk belangrijk is.

Op de algemene ledenvergadering van 27 november jongstleden in Den Bosch hebben we helaas geen voltallig bestuur kunnen presenteren. En hoewel ik het gevoel krijg soms te klinken als een plaat die overslaat: we hebben echt nog wel een aantal nieuwe bestuursleden nodig.

Dus nu je tuin winterklaar is, de TV geen enkel programma kent dat het bekijken waard is, invullen van kruiswoordpuzzels niet erg aantrekkelijk klinkt en één van de leukste verenigingen je betrokkenheid goed kan gebruiken, ga je alsnog bij het bestuur van de ABBG. (N.B. en anders ga je gewoon bij de Nota redactie, minstens zo gezellig)

Tevens zijn de netwerkgroepen van start gegaan. Half oktober is de groepsindeling rondgestuurd. In totaal nemen 48 leden deel, verdeeld over tien groepen. Het is nu aan de groepen afzonderlijk om vorm en inhoud te gaan geven aan de eigen netwerkgroep. Bij het verschijnen van deze Nota zullen de eerste activiteiten al hebben plaatsgevonden. In het nieuwe jaar zullen we berichten over alle ontwikkelingen op dit gebied.

En zoals jullie verder kunnen lezen in de Nota is er ook een geslaagde najaarslezing geweest. Jean-Pierre Louwers hield een mooi betoog over de wijze waarop bij Siemens invulling wordt gegeven aan kwaliteit. Dit bood zeer veel aanleiding voor onderlinge discussie. Dan merk je weer dat de ABBG een bijzondere vereniging is, waarin zeer veel kennis en kunde is verenigd. En de borrel na afloop was ouderwets gezellig.

Als bestuur hopen we dat het komende jaar al deze aspecten te behouden en te versterken.

En zoals altijd: veel plezier met het lezen van de Nota.

Zorgnota 2004: meer zorg, minder geld

Door Noortje Staal

Een andere verantwoordelijkheidsverdeling in de gezondheidszorg. Dat is wat de bewindslieden van VWS voor de komende periode voor ogen staat. Instellingen moeten meer verantwoordelijkheid gaan dragen voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg, gemeenten krijgen een grotere rol in de zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken, zorgverzekeraars moeten zorgaanbieders stimuleren tot doelmatig gedrag, burgers moeten zelf meer verantwoordelijkheid dragen voor hun zorgconsumptie. De rol van de rijksoverheid wordt kleiner.

Die andere verdeling van verantwoordelijkheden moet ervoor zorgen dat de gezondheidszorg niet alleen efficiënter wordt, maar vooral ook in de toekomst bereikbaar en betaalbaar blijft voor de burger. Daarom wil het kabinet scherp kijken welke uitgaven noodzakelijk zijn. Tegelijkertijd wordt ook deze kabinetsperiode meer geld voor de zorg beschikbaar gesteld. In totaal gaat er volgend jaar netto 41,2 miljard euro naar de zorgsector. Dit maken minister Hoogervorst en staatssecretaris Ross van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bekend in de begroting 2004.

Kostenstijging

Om te zorgen dat ook in de toekomst een adequate zorg voor de mensen beschikbaar en betaalbaar blijft, zijn nu maatregelen nodig. Dat heeft te maken met de kostenontwikkeling van de afgelopen jaren. En op de lange termijn vanwege de toenemende vergrijzing en het voortschrijdend medisch kennen en kunnen.

De zorguitgaven stegen de laatste jaren fors. In 2001 en 2002 groeiden de zorguitgaven in totaal met 15 procent. Ook de burger heeft de gevolgen van de groei van de zorguitgaven in zijn portemonnee gemerkt. De modale werknemer heeft zijn wettelijke zorgpremies sinds 1997 ruim 200 euro per maand zien stijgen tot 467 euro per maand in 2003. Dit groeitempo moet afgeremd worden. Door de kostenstijging beslaan de zorguitgaven een steeds groter deel van het Bruto Binnenlands Product (BBP). De zogenoemde zorgquote (aandeel van de zorguitgaven in het BBP) loopt snel op: van zo'n 8,5 procent in 2000 naar (geraamd) 9,75 procent in 2003. Dat betekent dat van elke in Nederland verdiende euro Nederland een steeds groter deel voor zorg wordt aangewend.

Meer eigen verantwoordelijkheid

Het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van de burgers komt onder andere tot uitdrukking in meer eigen betalingen en een kleiner pakket in de zorg. Dat

past ook in de internationale ontwikkelingen. Het percentage eigen betalingen van de totale zorguitgaven ligt in Nederland met 9% veel lager dan in andere Europese landen (gemiddeld 15%). Het zal burgers stimuleren kritischer te kijken naar hun eigen gebruik van zorg. Maar ook van zorgverleners en zorgverzekeraars verwacht het kabinet een grotere bijdrage. Zij zullen worden geprikkeld tot meer doelmatigheid en klantgerichtheid. De maatregelen die het kabinet voornemens is, komen voort uit deze andere bevoegdheidsverdeling. In totaal leveren de maatregelen 2,3 miljard euro op.

Eigen verantwoordelijkheid burgers

De maatregelen hebben voor een belangrijk deel betrekking op het pakket van de ziektekostenverzekering. Maar ook in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden maatregelen genomen. De randvoorwaarden bij het kiezen van de maatregelen:

- Zo min mogelijk beperken van echt noodzakelijke medische zorg,
- Acceptabele effecten voor chronisch zieken,
- Eenvoudig en uitvoerbaar.

Per 1 januari 2004 worden de volgende maatregelen doorgevoerd:

Wet	Maatregel
Ziekenfondswet	Niet meer vergoeden van fysio- en oefentherapie vanaf 18 jaar, met uitzondering van chronisch zieken (zij krijgen vanaf tien behandelingen vergoed).
Ziekenfondswet	Beperken van de vergoeding psychotherapie tot dertig behandelingen
Ziekenfondswet	Niet meer vergoeden van de eerste IVF-behandeling en bijbehorende medicatie.
Ziekenfondswet	Niet meer vergoeden van de tandarts voor volwassenen (vanaf 18 jaar).

... van elke verdiende euro wordt een steeds groter deel voor de zorg aangewend ...

Wet	Maatregel
Ziekenfondswet	Niet meer vergoeden van zelfzorg-geneesmiddelen tenzij ze langer dan een jaar gebruikt worden.
Ziekenfondswet	Niet meer vergoeden van anticonceptie vanaf 21 jaar
Ziekenfondswet	Niet meer vergoeden van het 'zittend' ziekenvervoer.
AWBZ	Verhogen van de eigen bijdrage intra- en extramurale AWBZ-zorg.

Noodzakelijke investeringen

Extra investeringen in de zorg blijven nodig, onder andere om de wachtlijsten nog verder terug te dringen. Op dit moment gaat het goed met de wachtlijsten in de curatieve zorg. Deze trend moet worden doorgezet. De wachtlijsten voor levensbedreigende ziekten hebben de eerste prioriteit.

Het macrobudget in de zorgsector is voor 2004 als volgt verdeeld (miljard euro):

Preventie en gezondheidsbescherming	0,2
Curatieve zorg	16,7
Geneesmiddelen en medische technologie	4,3
GGz, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	3,5
Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid	5,7
Verpleging, verzorging en ouderen	11,6
Zorgverzekeringen	1,3
Nominaal en onvoorzien	0,9
Mutaties financieringsachterstanden	0,0
Af: Eigen betalingen	2,9
Netto BKZ-uitgaven	41,2

Aan het eind van de kabinetsperiode in 2007 bedragen de netto zorguitgaven 47,3 miljard euro.

Naar een nieuw zorgstelsel

In 2006 wordt een nieuw zorgstelsel in Nederland ingevoerd. Er komt een verzekering voor curatieve zorg voor alle burgers. Het huidige ziekenfonds en de particuliere verzekering worden samengevoegd. Het kabinet zal nog dit jaar de eerste stappen zetten op weg naar het nieuwe stelsel. In het nieuwe stelsel

zullen de verantwoordelijkheden in de zorg gaan veranderen. Minder overheid, meer eigen verantwoordelijkheid voor burgers, zorgverleners en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten concurreren om de gunst van de klant. Dit doen ze door een scherpe premiestelling en een gericht zorginkoopbeleid. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen zich de komende jaren moeten voorbereiden op het nieuwe zorgstelsel met meer concurrentie. De overheid zal het toezicht op een doelmatige en klantgerichte zorg

**... private verantwoordelijkheid wordt gestimuleerd
en de toegang tot de AWBZ wordt scherper
afgebakend.**

gaan verscherpen. Minister Hoogervorst zal hiervoor met gerichte initiatieven komen, onder andere op het gebied van maatstafconcurrentie (benchmarking) in de curatieve zorg.

De concrete maatregelen voor het nieuwe zorgstelsel zijn:

- Het invoeren op 1 januari 2006 van één verplichte standaardverzekering voor curatieve zorg. Het onderscheid tussen Ziekenfondswet en particuliere ziektekostenverzekering vervalt. De standaardverzekering wordt uitgevoerd door private uitvoerders die winst mogen beogen binnen de publieke randvoorwaarden die de overheid stelt. Het wetsontwerp van de Zorgverzekeringswet gaat in 2004 naar de Tweede Kamer. Alle op genezing gerichte zorg die nu nog in de AWBZ zit, gaat dan over naar de nieuwe zorgverzekering. Dat geldt bijvoorbeeld voor delen van de geestelijke gezondheidszorg.
- Op 1 januari 2006 wordt een zorgtoeslag ingevoerd. Deze moet de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar houden. Het toezicht op goed uitvoeren van de verzekering en de kwaliteit van de zorg wordt vernieuwd. Daarbij wordt de functie bekeken van de organen die nu betrokken zijn bij het sturen en het uitvoeren van het stelsel.
- In 2004 start de opbouw van de Zorgautoriteit. Deze instelling moet onder meer het ontwikkelen van 'markten' in de zorg stimuleren. Het CTG (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg) gaat na een wetswijziging op in de nieuwe Zorgautoriteit. Het is de bedoeling dat de Zorgautoriteit in 2008 vervolgens opgaat in de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), als Zorgkamer.

Extra geld ambulances en kleine ziekenhuizen

De afgelopen periode is veel aandacht besteed aan problemen bij de beschikbaarheid van ambulancezorg en de bereikbaarheid van met name kleine ziekenhuizen. Het kabinet hecht groot belang aan het oplossen van die knelpunten. Daarom wordt daarvoor in 2004 50 miljoen euro uitgetrokken. Dat bedrag gaat vooral naar het aanpakken van knelpunten in de ambulance-

zorg en de zorg die kleine ziekenhuizen leveren. De precieze invulling komt te staan in een brief over acute zorg die

de Tweede Kamer dit najaar krijgt.

Koers AWBZ

Om de AWBZ voor de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden zal de staatssecretaris maatregelen nemen om de uitvoering aanzienlijk efficiënter te maken. Hierbij gaat het om efficiënt inkopen door zorgkantoren, doelmatig indiceren en de invoering van prikkels voor de aanbieders en zorggebruikers. Voor een toereikend niveau van voorzieningen in gemeen-

ten zal begin volgend jaar in een notitie een voorstel worden gedaan voor een nieuwe 'wet op de maatschappelijke zorg'. Onder meer door de Wet Voorzieningen Gehandicapten en de Welzijnswet hierin te laten opgaan, zal deregulering en ontkokering worden bevorderd. Het nemen van private verantwoordelijkheid wordt gestimuleerd en de toegang tot de AWBZ scherper afgebakend.

Meer weten?

De volledige tekst van de Zorgnota 2003 is terug te vinden in de Beleidsagenda VWS 2004 'Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg' op www.minvws.nl.

In het thema Prinsjesdag 2003 op deze website vind je uitgebreide informatie over het VWS-beleid voor het nieuwe begrotingsjaar. De bewindslieden geven tekst

en uitleg en geïnteresseerden kunnen de begroting en andere relevante documenten downloaden. De begroting 2004 is de eerste begroting waarin de Zorgnota geïntegreerd is. Op de Prinsjesdagwebsite van het Ministerie van Financiën vind je de volledige tekst van de Miljoenennota 2004 en de Rijksbegroting.

N.B.: De inhoud van bovenstaand artikel heeft betrekking op de situatie van begin november 2004. Niet uitgesloten is dat zich nog wijzigingen in de Zorgnota zullen voordoen.

Fysiotherapie uit het pakket

Één van de maatregelen uit de Zorgnota 2004 is het verder beperken van de aanspraken uit hoofde van de Ziekenfondswet op fysiotherapie en oefentherapie. Iedereen boven de 18 jaar moet fysio- of oefentherapiebehandelingen (Mensendieck en Caesar) zelf gaan betalen. Kinderen tot 18 jaar krijgen alle behandelingen vergoed. Chronisch zieken (volgens de 'chronische lijst' van de Ziekenfondswet) moeten alleen de eerste negen behandelingen zelf betalen en krijgen de kosten vanaf de tiende behandeling wel vergoed. De maatregel zou een besparing op moeten leveren van 375 miljoen euro in het eerste jaar tot 425 miljoen euro in de jaren daarna. Patiënten kunnen de kosten voor fysiotherapie en oefentherapie zelf betalen, vindt minister Hoogervorst. Tot nu toe werden de eerste negen behandelingen wel vergoed. Het is nog niet bekend of alle zorgverzekeraars aanvullende verzekeringspakketten gaan aanbieden waarmee verzekerden zich kunnen bijverzekeren voor de kosten van fysio- en oefentherapie. Evenmin is bekend of de particuliere verzekeraars deze mogelijkheid in hun pakket gaan opnemen. Hans Wiegel, de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, heeft wel al laten weten dat de groep potentiële fysiotherapiebezoekers zo groot is dat het commercieel interessant is voor verzekeraars om een aanvullende verzekering aan te bieden. "Ik ga er niet over, maar ik verwacht dat de verzekeraars hiertoe overgaan", aldus Wiegel. Voor de beroepsgroep zelf liggen er verder nieuwe kansen in het verschiet wanneer de behandelartieven niet meer onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) vallen. Een groot deel van de beroepsgroep is hier voorstander van. Zij worden hierin ondersteund door de VVD. Bij de begrotingsbehandeling van het ministerie van VWS, heeft de VVD-fractie aan de Minister laten weten dat er voor de fysiotherapie uiteindelijk vrije tarieven moeten komen. De VVD wil een brede pilot waarin de eerste stap naar de vrije tarieven gezet kan worden. De fysiotherapeuten zijn daarmee de eerste beroepsbeoefenaren die deze belangrijke stap zullen gaan zetten. "Vrije tarieven zorgen ervoor dat fysiotherapeuten hun aanbod kunnen variëren. Dit betekent nieuwe kansen voor innovatie en een nieuwe impuls voor het ondernemerschap," aldus Van Aartsen. De huidige (maximum-) tarieven voor vrijgevestigde fysiotherapeuten bedragen € 21,50 per behandeling. Het tarief voor gespecialiseerde fysiotherapeutische behandelingen zoals manuele therapie en kindersfysiotherapie bedraagt € 32,20.

De Zorgnota in uitvoering

Interview met Helma Slingerland, coördinator budgettaire stukken, ministerie van VWS

Door Ronald Hortensius

De verschijning van de Zorgnota op Prinsjesdag is slechts een momentopname uit de continue Planning & Controlcyclus die zich afspeelt op het Ministerie van VWS. Helma Slingerland afgestudeerd Beleid & Beheerster in 1995, werkt sinds een jaar als coördinator budgettaire stukken bij de directie Financieel Economische Zaken van het Ministerie van VWS. Om meer te weten te komen over de totstandkoming van de Zorgnota en de plaats van deze Nota in het grote geheel, had ik een interview met haar.

O*P wat voor afdeling werk je en wat is je functie?*

Ik werk bij de directie FEZ. De directie Financieel Economische Zaken (FEZ) is een stafdirectie. We zijn de departementale controller van het ministerie van VWS. De financiële adviseurs van FEZ zien toe op een doelmatige en doeltreffende toewijzing en besteding van publieke middelen op het gehele VWS-terrein. De begroting en de verantwoording van de uitgaven van VWS worden bij FEZ opgesteld. Ik zelf ben coördinator budgettaire stukken.

Uit wat voor afdelingen bestaat de directie verder?

De directie FEZ bestaat uit vier afdelingen: Financiële Infrastructuur en Informatievoorziening (FI), Planning en Coördinatie (PC), Beleidstoetsing en Advies (BT) en de afdeling Budgettaire Zaken (BZ) waar ik werkzaam ben. De afdeling is verantwoordelijk voor de samenstelling en redactie van financieel-beleidsmatige stukken die naar het parlement gaan zoals de begroting, de Zorgnota, het jaarverslag en het Jaarbeeld Zorg.

Wat houdt de begroting bij het ministerie van VWS precies in?

In tegenstelling tot de meeste andere ministeries zijn de uitgaven op het VWS-terrein zowel begrotings- als premiegefinancierd. Daarom biedt VWS op Prinsjesdag doorgaans twee documenten aan de Tweede Kamer aan: de begroting en de Zorgnota. De Zorgnota gaat over het premiegeld terwijl de begroting over het begrotingsgeld gaat en behalve over zorg ook de sectoren Sport en Welzijn beslaat. Dit jaar, dus voor de begroting 2004, is het voor het eerst dat de Zorgnota in de begroting is geïntegreerd.

Wat is het onderscheid tussen beide onderdelen?

Het onderscheid zit hem in de verantwoordelijkheden. Voor wat betreft de begrotingsuitgaven is VWS zelf belast met de uitvoering. Bij de premie-uitgaven ben je afhankelijk van bij de zorg betrokken partijen zoals patiënten / consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hier is de Minister meestal slechts sys-

teemverantwoordelijke, dat wil zeggen verantwoordelijk voor randvoorwaarden als toegankelijkheid, betaalbaarheid en toezicht op kwaliteit. De invloed die de Minister op het uitgeven van het premiegeld heeft is indirect en beperkt. De Minister heeft d.m.v. de Ziekenfondswet wel invloed op de inhoud en omvang van het ziekenfondspakket. Ook de rol van de Tweede Kamer is dus anders. Kamerleden hebben alleen het recht van amendement over de begrotingsuitgaven, niet over het premiegeld.

Hoe komt de begroting tot stand en hoe wordt deze gemonitord?

Eigenlijk kan je zeggen dat de begrotingsronde eindigt en begint op Prinsjesdag. Volgende belangrijke momenten zijn de Voorjaarsbrief en Najaarsbrief die beiden tussentijdse rapportages zijn. De uiteindelijke eindrapportage is het jaarverslag en het Jaarbeeld Zorg. Deze stukken gaan ook naar de kamer. Het vreemde is echter dat deze minder aandacht krijgen

... voor de premie-uitgaven is de Minister meestal slechts systeemverantwoordelijke ...

terwijl in het bedrijfsleven het jaarverslag juist belangrijk is. Om het belang van verant-

woording te vergroten is sinds een aantal jaren de derde woensdag in Mei in het leven geroepen als verantwoordingsdag ofwel woensdag gehaktdag.

Waarover wordt dan verantwoording afgelegd?

Over het gevoerde beleid en de ingezette middelen. Sinds een paar jaar probeert men binnen de rijksoverheid te werken volgens het principe van VBTB. Dit staat voor "van beleidsbegroting naar beleidsverantwoording". De gedachte hierachter is de omslag naar het doelgerichter formuleren van beleid waarbij ook streefwaarden worden benoemd zodat hier op afgerekend kan worden. Dit geeft binnen de organisatie veel discussie over wat je wel of niet als streefwaarde kan benoemen, zoals het aantal rokers of de tijd waarbinnen een ambulance bij een ongeval moet zijn. De vraag in hoeverre je als ministerie verantwoordelijk kan zijn speelt hier weer een rol.

Hoe kom je aan de input voor de begroting?

Dit jaar heeft het nieuwe regeerakkoord natuurlijk een belangrijke richting gegeven aan de begroting. De

Minister zelf heeft zich dit jaar sterk met de inhoud van de beleidsagenda bemoeit. De verschillende beleidsdirecties leveren hun input voor de verschillende artikelen in de begroting. Hun input bestaat uit het te voeren beleid voor het komende jaar met een plaatje van de te verwachten kosten. De cijfertjes en het geld leven nog niet echt. Op de beleidsdirecties werken met name inhoudelijke beleidstijgers. De rol van FEZ is te zorgen voor de "harde" kant, door te proberen de beleidsdirecties te laten kwantificeren.

Heb je veel invloed als ambtenaar?

Je hebt wel enige invloed maar de bewindslieden en de politiek beslissen uiteindelijk. Je hebt zowel bij het schrijven van nota's en adviezen als bij het begrotingsproces invloed door middel van de manier van formuleren en het wel of niet voorleggen van bepaalde keuzes en de richting van je advies.

Wanneer is de begroting definitief?

De begroting als document is definitief op Prinsjesdag, nadat hij behandeld is in de ministerraad. Maar de begroting wordt pas vastgesteld na de begrotingsbehandeling in de kamer die in November plaats vindt.

Is er nog veel invloed vanuit de Kamer?

Dat is afhankelijk van in hoeverre de kamer gebruikt maakt van haar mogelijkheden. Dit jaar waren er 403 schriftelijke vragen gesteld.

De mondelinge vragen worden nog gesteld bij de begrotingsbehandeling.

Wordt er ook nog van buiten de organisatie invloed op de begroting uitgeoefend?

Je merkt dat de Minister van Financiën grote invloed heeft en zich steeds meer bemoeit met onze begroting. Zij rekenen bijvoorbeeld de haalbaarheid van bezuinigingen na. Daar zitten ze bovenop. Daarnaast toetst de Algemene Rekenkamer of het beleid volgens plan wordt uitgevoerd en of de doelen van beleid gerealiseerd worden. Natuurlijk zijn er ook de verschillende belangenorganisaties die zich rond de tijd van Prinsjesdag en de begrotingsbehandeling roeren.

Heb je zelf contact met andere ministeries?

Niet veel maar ik wil contact gaan zoeken met andere ministeries om te kijken hoe

Dit jaar waren er 403 schriftelijke Kamervragen gesteld...

ze daar hun begroting opstellen.

Wat vindt je tenslotte leuk en minder leuk aan je functie?

Minder leuk is dat het een enorm grote organisatie is, bureaucratisch met een parafencultuur. Daarnaast mag mijns inziens meer richting gegeven worden aan de koers van ons departement. Het leuke van dit werk is het feit dat je zo dicht op het politieke proces zit en er iedere dag iets over te lezen is in de kranten.

De problemen van huisartsenposten

Door Willemijn van Lier

De huisartsenposten zijn in een paar jaar tijd als paddestoelen uit de grond geschoten. Er zijn er inmiddels honderd van in Nederland. De posten nemen voor huisartsen de honneurs waar buiten kantooruren. Ze variëren in grootte van 100.000 tot 500.000 patiënten. Sinds medio oktober 2003 regent het klachten over het functioneren van de centrale huisartsenposten bij de Stichting De Ombudsman. De Landelijke Huisartsenvereniging rept van voorbarige commotie.

Waarom een huisartsenpost?

Zo'n 5 jaar geleden is men gestart met het oprichten van huisartsenposten in Nederland. Hier lagen een tweetal redenen aan ten grondslag.

1. Het vak van huisarts brengt de verplichting met zich mee om 24 uur per dag zorg te bieden aan patiënten. Dit maakt het vak zwaar en de werkdruk vaak hoog. De arts draait immers naast gewone diensten, regelmatig avond-, nacht- en weekenddiensten. Door het werk in de avond, nacht en in het weekend centraal te organiseren is het aantal diensten voor de huisarts enorm teruggebracht. Met de deelname aan de huisartsenpost kan de huisarts zijn praktijk beter draaiende houden.
2. De laatste jaren is in Nederland het tekort aan huisartsen zorgwekkend toegenomen. Praktijken vallen leeg en het is moeilijk om opvolgers te vinden. De verwachting is dat het aantal patiënten zonder huisarts de komende jaren alleen nog maar zal toenemen. Collega's doen onderling hun best om deze zaken op te vangen, maar de druk wordt groter als er steeds meer patiënten en steeds minder huisartsen komen. Ook voor deze problematiek is de huisartsenpost een uitkomst. Patiënten zonder huisarts zijn zo makkelijker op te vangen.

Wanneer biedt de huisartsenpost hulp?

Een patiënt kan de post alleen bellen voor dringende hulp van een huisarts, voor klachten die niet kunnen wachten. Het is niet de bedoeling dat iemand belt voor iets dat kan wachten tot het eerstvolgende spreekuur van de eigen huisarts. Ook als een patiënt tussen 8.00 uur en 17.00 uur geen tijd had om het spreekuur van de eigen huisarts te bezoeken, is dat geen reden om een huisartsenpost te bezoeken. De doktersassistente en de huisarts maken van iedere medische hulpvraag een registratie in het systeem. Dit waarneembericht wordt op de post bewaard en ook de eigen huisarts krijgt een afschrift voor het medisch dossier.

Wie de huisartsenpost belt krijgt een doktersassistente aan de lijn. De doktersassistente vraagt de patiënt naar de persoonsgegevens en de medische klachten. Zij is speciaal opgeleid om af te wegen welke hulp (telefonisch consult, spreekuur consult, vi-

site of doorverwijzing) het best geboden kan worden. Als de huisarts een visite rijdt naar de patiënt thuis wordt de arts zonodig in een speciale auto gereden door een ambulancechauffeur. Deze chauffeur kan de arts ter plekke medische assistentie verlenen.

Voorbeeld van een huisartsenposten in Nederland

Stichting Huisartsenposten Midden Limburg (HAP ML) is een organisatie die is opgericht door huisartsen die werkzaam zijn in de regio Midden Limburg. Samen verzorgen zij alle spoedeisende huisartsenhulp in de avond, nacht, weekenden en op feestdagen. Het verzorgingsgebied van de HAP ML beslaat heel Midden Limburg. Alle huisartsen in Midden Limburg en de gemeente Cranendonck (een klein stukje Brabant) doen mee aan de waarneemregeling. Voor de goede bereikbaarheid heeft de HAP ML op twee locaties een vestiging, een post in Roermond en een post in Weert.

Kosten

De kosten die een huisartsenpost in rekening mag brengen, worden jaarlijks vastgesteld door de overheid, door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG).

Per 1 juni 2003 hanteert de HAP ML voor haar dienstverlening de volgende tarieven:

▪ Consult	70,80 Euro
▪ Visite	106,20 Euro
▪ Telefonisch consult	35,40 Euro
▪ Herhalingsrecept	35,40 Euro*

* De huisartsenpost verstrekt slechts onder zeer bijzondere omstandigheden herhalingsrecepten

De huisartsenposten kunnen tijdens de avond, de nacht en het weekend tarieven declareren voor telefonische consulten, consulten en visites. Deze tarieven verschillen per regio en variëren voor het telefonisch consult op dit moment van 20,70 tot 62,50 Euro. Over de hoogte van het tarief voor het telefonisch consult ontvangt het CTG veel vragen en ook klachten. Daarom is besloten om een landelijk vast tarief voor het telefonisch consult in te voeren van 25,- Euro. Dit

tarief is ongeacht de duur van het gesprek. Het tarief geldt tevens voor (spoed)herhalingsrecepten. De Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars ondersteunen het onderliggende voorstel.

De verschillen met de bestaande tarieven worden gecompenseerd door wijziging van de andere tarieven (voor consulten en visites). De nieuwe tarieven per 1 januari 2004 zullen te zijner tijd op de website van het CTG worden gepubliceerd.

Het Ministerie van VWS is van plan de

centrale huisartsenposten in het land (officieel huisartsendienstenstructuren, HDS) met ingang van 1 januari 2004 te normeren en een efficiencykorting op te leggen van twintig miljoen euro.

Klachten

Stichting De Ombudsman heeft half oktober 2003 honderden klachten binnengekregen over huisartsenposten. Aanleiding was de aandacht die het KRO-programma 'Ook dat nog' besteedde aan dit onderwerp. De stichting inventariseert alle klachten over de werkwijze van de posten. Er zijn inmiddels 231 klachten geïnventariseerd. In vijftig procent van de gevallen gaat het om een verkeerd advies of diagnose. Veel klachten hebben betrekking op onheuse bejegening of het bagatelliseren van klachten. Toezeggingen om terug te bellen worden niet nagekomen, verzoeken voor een bezoek aan huis niet gehonoreerd.

Begin dit jaar kwamen al problemen met de posten in Groningen naar voren. Ook elders in het land, vooral in plattelandsgebieden, zou het niet goed gaan. Daar de afstanden in deze gebieden naar de huisartsenpost te groot zijn.

Andere klachten betreffen de informatievoorziening. Veel patiënten weten niet dat ze eerst een telefonisch keuzemenu te horen krijgen, dan een assistente van de huisarts. Slechts zelden krijgen ze de huisarts zelf aan de telefoon. Maar de patiënten weten niet dat de huisarts verantwoordelijk is voor de diagnoses die de assistente stelt en ze dus achteraf dient te controleren. Mogelijk zou deze informatie de patiënten gerust kunnen stellen.

De Stichting De Ombudsman beveelt onder meer aan om patiëntendossiers voortaan elektronisch ter beschikking te stellen van waarnemende huisartsen. Dat kan verkeerde diagnoses voorkomen. En in alle gevallen dient een bevoegd huisarts een advies te geven of een diagnose te stellen en niet een assistent. Om de bereikbaarheid te verbeteren moeten de huisartsenposten volgens de stichting kleinschaliger worden opgezet en beter gespreid.

Onderzoek

Ondertussen werkt de Stichting De Ombudsman aan een vervolgonderzoek. Ook de Inspectie voor de Volksgezondheid is bezig met een onderzoek. In het voorjaar 2004 zal de inspectie daarover rapporteren.

De vraag is dan ook of de stichting niet te voorbarig is met conclusies. De Landelijke Huisartsen Vereniging wijst erop dat er jaarlijks vier miljoen telefonische contacten zijn tussen huisartsenposten en patiënten. De honderden klachten die daar tegenover staan moeten stuk voor stuk serieus worden genomen, aldus een woordvoerder, maar vallen wel in het niet bij dit totaal. Bovendien zijn de klachten nog niet 'gevalideerd': dat wil zeggen er is nog geen wederhoor toe-

gepast, geen dossieronderzoek gedaan en ook ont-

breekt er een vergelijking met de situatie vroeger, toen er helemaal geen huisartsenposten bestonden. Was het toen zoveel beter?

Bronnen

- www.hapml.nl
- *Brabants Dagblad, 27 augustus 2003: Bezuinigen op huisartsenposten betekent korten op het personeel*
- Trouw, 14 oktober 2003: Honderden klachten over huisartsenposten
- NRC, 14 oktober 2003: Ombudsman krijgt veel klachten over posten huisartsen
- Bericht CTG, 20 oktober 2003: Telefonisch consult huisartsenposten kost straks overal 25,- Euro
- Trouw, 30 oktober 2003: Het regent klachten over centrale huisartsenposten

Alumnis Opinio

Waar kan volgens jou absoluut niet op bezuinigd worden?

Door Penny Senior

Eerder dit jaar hebben wij een nieuwe column geïntroduceerd: Alumnis Opinio. In deze vaste column beantwoorden alumni een vraag die betrekking heeft op het onderwerp van de betreffende NOTA. Het is dus een bladzijde voor de gedachten van onze leden en hun vaak zeer uitgesproken mening. In deze NOTA reageren enkele alumni op bovenstaande vraag.

Marret Wijnker, Beleidsmedewerker Welzijn bij de gemeente Opmeer, afstudeerjaar 2000.

Ik ben vanuit mijn functie (samen met een collega van het gemeentelijk woningbedrijf) bezig een toekomstvisie te ontwikkelen op wonen en zorg in Opmeer, een plattelandsgemeente. Het rijksbeleid is erop gericht de mensen op een prettige manier in hun eigen omgeving oud te laten worden, een visie waar ik me helemaal in kan vinden. De gemeenten krijgen steeds meer de regierol toebedeeld van het rijk en dat vind ik een goede zaak. De gemeente heeft een goed overzicht van alle instanties in haar omgeving en werkt in het belang van haar burgers. Het is belangrijk dat verschillende partijen beter gaan samenwerken en de gemeente kan daar een coördinerende rol in spelen. Overigens krijgen de gemeenten geen extra financiële middelen voor deze extra taken.

Voor de uitwerking van onze visie hebben we natuurlijk woningen nodig: bestaande woningen en er zullen woningen bij gebouwd moeten worden. En daarnaast is een zorginfrastructuur nodig. Die kan geleverd worden door verschillende partijen, zoals door de thuiszorg. En dat is juist een organisatie waar heel hartgrondig moet worden bezuinigd. Dat vind ik dan ook erg tegenstrijdig. Enerzijds wil het rijk gaan extramuraliseren. De mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving laten wonen. Daarvoor is een vereiste dat zij de benodigde zorg thuis geleverd krijgen en de organisaties die dat kunnen leveren moeten flink bezuinigen.

Ik heb me laten vertellen dat een organisatie met een budget van 30 miljoen euro ongeveer 5 miljoen moet gaan bezuinigen. We zullen dus hele creatieve oplossingen moeten gaan bedenken om uitvoering te gaan geven aan onze toekomstvisie.

Mathil Sanders directeur Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord, afstudeerjaar 1995.

Wordt kabinetsbeleid werkelijkheid?

Een gezondheidscentrum is een organisatievorm waarin huisartsen samenwerken met verschillende eerstelijns disciplines. De samenwerking resulteert in korte lijnen waardoor goede patiëntenzorg geleverd wordt. De overheid stimuleert deze vorm van samenwerking door subsidie te verlenen. Want samenwerken kost (overleg) tijd en in die tijd kunnen geen patiënten behandeld worden. De gemiste inkomsten worden aangevuld door een zogenaamde samenwerkingstijdvergoeding.

In de praktijk blijkt elke dag weer dat samenwerken wat anders is dan solo werken of samen onder één dak werken. Samenwerken kost namelijk veel energie, maar het levert ook veel op. Ten eerste voor de patiënt. Die is gebaat bij een goede zorgafstemming wat gerealiseerd wordt door het multidisciplinaire patiëntenoverleg. Maar ook de professional groeit in zijn vak. Door samen het zorgproces kritisch te evalueren en continu te willen verbeteren, leert de individuele professional en het totale team. Natuurlijk zijn er regelmatig problemen, of zoals je wilt uitdagingen. Logisch eigenlijk want als samenwerken een makkelijk proces zou zijn, werkt iedereen in Nederland met deze organisatievorm.

Samenwerken in de eerstelijns, dat is ook wat de overheid wil. Dit wordt financieel vertaald in het regeerakkoord waaruit blijkt dat het totale budget voor gezondheidscentra budgetneutraal blijft. We worden als één van de weinige organisaties niet gekort we kunnen opgelucht ademen. Eindelijk erkenning dat deze organisatievorm effectief en efficiënt is. Of is die conclusie wat te voorbarig?

We worden niet gekort maar rustig ademen?! Nee want er komt ook niets bij! De eerstelijnszorg, verantwoordelijk voor ruim 80% van de jaarlijkse patiëntencontacten, moet het nog steeds maar doen met 6% van het totale zorgbudget. Elke keer als ik die cijfers zie, besef ik dat de Nederlandse zorg liever haar patiënten in de dure tweede lijn ziet, dan te investeren in de preventie en de eerstelijns.

Wendy de Leeuw, beleidsmedewerker
Zorg, Zorgverzekeraars Nederland, af-
studeerjaar 1997.

"De kosten in de zorg rijzen de pan uit", luidden de krantenkoppen de laatste maanden in het nieuws. Nederland moet bezuinigen, elke sector moet zijn steentje hieraan bijdragen, maar de zorg wordt wel drastisch getroffen. De acties zijn de laatste jaren vooral gericht geweest op het vergroten van het volume in de zorg en vermindering van de wachtlijsten onder het motto van: *"boter bij de vis"*. En met succes! Het volgende speerpunt voor de komende jaren moest worden het verhogen van de kwaliteit van en in de zorg.

Nog voordat deze investeringen tot daadwerkelijke rendementen kunnen leiden, wordt de voortgang hiervan verstoord door de aangekondigde maatregelen van het kabinet. Er moet bezuinigd worden en niet zo weinig ook. De pakketmaatregelen slaan neer op de gehele zorgsector: efficiencykortingen, stopzetten van kwaliteitssubsidies en ondersteuningstructuren in de eerste lijn, stopzetten van vernieuwingsgelden en fondsen, verhogen eigen bijdragen, en ga zomaar door. Duidelijk is wel dat de kabinetskeuzen niet of nauwelijks gestuurd worden door inhoudelijke afwegingen maar louter een financiële inslag hebben. De target is 1,3 miljard bezuiniging. Lukt het niet rechtsom, dan moet het maar linksom.

De huidige maatregelen slaan nu vooral neer op de eerstelijns gezondheidszorg: farmacie (geneesmiddelen), tandartsen, fysiotherapie en oefentherapie, psychotherapie, zittend ziekenvervoer en voor een deel op de AWBZ. Een vergelijking: de 1,3 miljard bezuinigen komen overeen met één academisch ziekenhuis. Daarnaast is het nog maar de vraag of de aangekondigde bezuinigingen op termijn niet tot meerkosten zullen leiden in de tweede lijn. Ook kunnen we dagelijks de discussies op tv volgen over de schrijnende toestanden in de verpleeg- en verzorgingshuizen (AWBZ). Juist de ouderen verdienen een kwalitatief betere zorg dan nu vaak geboden kan worden. Verdere bezuinigingen ten aanzien van deze doelgroep is wat mij betreft onverantwoord. Door het schrappen van subsidiegelden voor kwaliteit en vernieuwingsfondsen kunnen goede projecten die vernieuwende zorg in een andere setting, buiten de muren of binnen de muren in kleinschaligere voorzieningen stimuleren, onvoldoende van de grond komen. Daarbij opgeteld de verhoging van de eigen bijdrage en de pakketuitdunning, treft deze groep hard. Wetende dat na een periode van bezuinigingen altijd weer nieuwe kabinetsperioden volgen van investeren, ben ik van mening dat de politiek af moet stappen van het voortdurende ad hoc beleid. Het veld moet de kans krijgen om ingezette ontwikkelingen voort te kunnen zetten met het doel tot daadwerkelijk verbeteringen voor de patiënten in de zorg te komen.

Najaarslezing: wat kan de zorg leren van Siemens?

Verslag van najaarslezing op 16 oktober 2003 Polmans Huis te Utrecht

Door Penny Senior

De zorg staat eind 2003 voor moeilijke vraagstukken: bezuinigingen, (opgelegde) marktwerking, wachtlijsten, personeelstekorten en een wisselvallig overheidsbeleid om er maar wat te noemen. Hoe onderscheid je je als organisatie in moeilijke tijden en hoe lever je kwaliteit in je markt? Om deze vraag te beantwoorden is Jean-Pierre Louwers van Siemens Nederland uitgenodigd om vanuit een hele andere sector een geslaagde werkwijze toe te lichten. En geslaagd is deze zeker, want Siemens heeft eind september de 1^e prijs gekregen voor Europese Kwaliteit van de European Foundation of Quality Management (EFQM)!

Jean-Pierre Louwers, afgestudeerd in technische bedrijfskunde aan de Technische Universiteit Eindhoven, is sinds '98 werkzaam bij Siemens. Hij kwam daar binnen bij de afdeling Kwaliteit en heeft de perfectionering van het kwaliteitssysteem van dichtbij meegemaakt.

Siemens Nederland NV bestaat volgend jaar maart 125 jaar en had in 2002 een omzet van 84 miljard euro. Er werken ruim 4000 medewerkers. Bij navraag bij het publiek blijken enkele producten van Siemens goed bekend te zijn, zoals de mobiele telefoons, het witgoed en de magneet zweeftrein (!). Andere producten van Siemens zijn de telefooncentrales en netwerken, brandmelding en security systemen, computers (met Fujitsu), Osram licht, energie centrales en windmolens, bepaalde treinen en trams, MRI scans en cardiodiagnostiek en snelwegsignalering en stoplichten. Een zeer divers aanbod!

De organisatie is ingericht rondom enkele thema's: educatie, veiligheid, gezondheid, industrie, communicatie, ...

e.d. Voor het thema gezondheid is de missie van Siemens: wij leveren geïntegreerde oplossingen die alle facetten van het primaire proces ondersteunen. Binnen het thema gezondheid spelen ontwikkelingen als wachttijden, tekort aan gekwalificeerd personeel, vergrijzing, betaalbaarheid en de veelvoud aan administratie een rol. De uitdagingen voor Siemens hierin zijn de aanpak van DBC's, PGB's, kwaliteit, proces optimalisatie, toename en ontwikkeling van Informatie Technologie en home healthcare (meer diagnose en cure thuis). Belangrijk is dat Siemens een integrale aanpak van projecten hanteert en staat voor creatieve en innovatieve concepten met een duurzame samenwerking.

Leuk voorbeeld is een project in Duitsland waar Siemens het gehele management van een ziekenhuis heeft overgenomen, alleen het primaire proces wordt nog door de professionals gedaan. Helaas loopt dit

project net een jaar en zijn er nog geen resultaten bekend. Misschien wel leuk om ook in Nederland te testen?!

Maar waar blinkt Siemens nou in uit? Blijkbaar in kwaliteit, want die prijs hebben ze niet voor niets gekregen! Jean-Pierre Louwers licht toe dat Siemens vanaf de jaren '80 al bezig is met kwaliteit: ISO normen, EFQM en INK zijn allen toegepast. In de loop der jaren heeft een verschuiving plaatsgevonden van aandacht voor kwaliteit van producten naar kwaliteit van processen naar business excellence. De organisatie was dus eerst vooral gericht op de input en nu veel meer op de output. Deze kwaliteitsbeweging werd in de gehele organisatie ingevoerd en was daarmee ook gericht op de cultuur, de klanttevredenheid, het voorbeeldgedrag, de procedures en de meetinstrumenten voor resultaten.

Aan de hand van het INK-model zijn de sterke punten en de verbeteracties benoemd. Dit heeft veel tijd en inzet gekost en was eerst gericht op het model, later kwam

meer aandacht voor de filosofie achter het model. Aan de hand van structurele klanttevredenheidsonderzoeken, benchmarks en medewerkeronderzoeken ging de organisatie met de billen bloot! Wat gaat goed, wat niet, welke procedures zijn nutteloos, waar blijft communicatie steken, wat vinden onze klanten ervan?

Heel interessant is de manier waarop de interne divisies vergeleken worden: door middel van een balanced scorecard op het Intranet, het zogeheten 'dashboard'. Elke medewerker kan opzoeken hoe zijn divisie het doet ten opzichte van anderen. Deze 'balanced scorecard' geeft op 4 terreinen scores: financieel, klant / maatschappij, innovatie / medewerkers en interne processen. Er zijn vooraf meetpunten vastgesteld die worden gemeten door de European Quality Award en de resultaten worden op Intranet geplaatst. Welke divisie geeft het meest uit aan telefoonkosten?

Welke divisie heeft de meest tevreden klanten? Welke divisie heeft het hoogste ziekteverzuim? Met één blik op je scherm weet je het allemaal....

Het bevordert de transparantie en ook de interne (gezonde) concurrentie. En hiermee stijgt de kwaliteit van processen en dienstverlening weer.

Vanuit de jaren ervaring met kwaliteitsmanagement heeft Siemens bepaalde succesfactoren benoemd voor het waarmaken van kwaliteit:

- Overtuiging van het topmanagement (voorbeeld gedrag)
- Doorzettingsvermogen (ook lange termijn)
- Betrokkenheid en verantwoordelijkheid middenmanagement
- Niet de vraag stellen 'wat levert het op?', nee, gewoon doen!
- Goede communicatie
- Structurele verbetering nastreven
- Prijzen winnen! Komt natuurlijk neer op je successen vieren.

Op dit moment staat Siemens er dus goed voor. Laatst is een nieuwe directeur aangenomen die zich waarschijnlijk meer zal richten op innovatie dan op kwaliteit. De vraag blijft hoe Siemens dan zijn kwaliteit vast houdt: is het goed geborgd? Volgens Jean-Pierre Louwers wel!

De vraag is natuurlijk wat de zorg hiervan kan leren. Kwaliteit meten in de zorg is soms lastig: de patiënt vindt de sfeer in het ziekenhuis soms belangrijker dan dat de procedures efficiënt lopen. Ook is de zorg mensenwerk en heb je hier maar tot op bepaalde hoogte invloed op. Toch kan er volgens de aanwezigen veel geleerd worden uit het verhaal van Siemens, zonder te commercieel te worden. Het besef dat kwaliteit met alles te maken heeft en de overtuiging van je management spelen hierin een belangrijke rol.

De ruim 25 deelnemers konden na de interessante lezing nog napraten in het Polmans Café, onder het genot van een hapje en een drankje. Een geslaagde avond!

Bericht uit Maastricht

Door Céline van Elst

UM opleidingen op eerste plaats

De Universiteit Maastricht (UM) is als universiteit met de meeste beste opleidingen volgens studenten én hoogleraren uit de bus gekomen in de TNS Nipo / IOWO enquête waarvan de resultaten in oktober in de Elsevier werden gepubliceerd. Hoewel er een verschil is in het aantal onderzochte opleidingen per universiteit, zo bericht Elsevier, "(...) is er toch één grote winnaar aan te wijzen: de Universiteit Maastricht. Drie keer wordt zij als nummer 1 door de studenten genoemd, door de hoogleraren vier keer." Daarbij hebben drie UM-opleidingen van zowel studenten als hoogleraren het hoogste eindcijfer ontvangen - dat levert de UM als universiteit een eerste plaats op.

Van de vijf opleidingen waarover de studenten een oordeel gaven, kwamen Geneeskunde, Economie en International Business als beste uit de bus. De hoogleraren oordeelden over acht UM-opleidingen en zetten naast Geneeskunde, Economie en International Business ook Psychologie op de eerste plaats van het beste onderwijs. Tweede plaatsen zijn er voor Nederlands Recht en Onderwijskunde. "Geen slechte score dus", oordeelt Elsevier, "meer dan de helft van de onderzochte opleidingen (van de UM) blijkt een topopleiding."

In de ranglijst van de beste universiteiten op het gebied van onderzoek volgens de hoogleraren, bezet de UM van de kleinere universiteiten een derde plaats.

Om bewustzijn van brandveiligheid te vergroten...

De Universiteit Maastricht (UM) stelt via het Kamerburo aan studenten gratis rookmelders beschikbaar om de brandveiligheid in de studentenhuisen te vergroten. De UM vindt dat aangebrachte en goed functionerende brandveiligheidsvoorzieningen onlosmakelijk verbonden zijn met brandveilig gedrag. Daarom moet de actie ook bijdragen aan het stimuleren van het bewustzijn bij studenten van brandveiligheid. Alumnikring

De drie grote steden Amsterdam, Den Haag en Rotterdam hebben het reeds meegemaakt; de start van een levendig alumninetwerk. De leukste alumnistad, Utrecht, kan dan ook niet achterblijven. Daarom willen wij alle UM alumni, woonachtig in Utrecht en omstreken, van harte uitnodigen voor de opening van alumnikring Utrecht! De aftrap vindt plaats op maandagavond 15 december. Dit belooft tevens een mooie afsluiting van het jaar 2003 te worden. Dus mocht je UM alumni kennen die in een andere stad wonen en/of werken, ook zij zijn van harte welkom.



Tijdens de alumnibijeenkomst zullen drie sprekers het woord voeren: Geert Blijham, in het verleden werkzaam bij de Faculteit der Genees-

kunde aan de UM, tegenwoordig voorzitter van de Raad van Bestuur van het UMC; Cees Flinterman, in het verleden werkzaam bij de Faculteit der Rechtsgeleerdheid aan de UM, tegenwoordig directeur van de Onderzoeksschool voor de Rechten van de Mens aan Universiteit Utrecht; Jo Ritzen, voorzitter van het College van Bestuur van de UM.

Alliedrie zullen ze ingaan op hun eigen ervaringen met de UM, de kracht van een alumninetwerk en Utrecht als alumnistad. De bijeenkomst vindt plaats in het Polman's Huis, Ottone te Utrecht. Het programma begint om 20.00 uur, ontvangst 19.15 uur. Aansluitend wordt er uiteraard geborrel! Schrijf je in onder 'Activiteiten'.

Bron: www.unimaas.nl



Online

Verpleegkundigen en verzorgenden reageren op kamervragen

Door Penny Senior

Op internet is (uiteraard) veel info te vinden over de Zorgnota 2004: reacties van belangenorganisaties, van zorginstellingen, politieke partijen e.d. De Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) heeft als reactie op de Zorgnota 2004 een leuk interactief initiatief opgezet. Tweede Kamerleden kunnen via de website vragen stellen aan mensen op de werkvloer in de zorg.

Verpleegkundigen en verzorgenden: kernberoepen in de zorg

De AVVV is gematigd positief over de Zorgnota 2004. De Zorgnota 2004 omschrijft de beroepen van verpleegkundige en verzorgende als 'kernberoepen' in de zorg. Het nieuwe beleid van Minister Hoogervorst biedt verpleegkundigen en verzorgenden kansen om hun beroep op termijn beter uit te oefenen. Tegelijkertijd meent de AVVV dat met het nieuwe beleid niet alle knelpunten in de zorg zullen worden aangepakt. Daarom presenteert de AVVV 15 oplossingen die zowel leiden tot kostenbeheersing als tot een verdere verbetering van de kwaliteit van zorg. Wetenschappelijke onderbouwing van de beroepsuitoefening, bevordering van het kwaliteitsbeleid en samenhang tussen opleidingen en beroepsuitoefening noemt de Zorgnota als belangrijke doelen voor het nieuwe jaar. Ook het verbeteren van het imago en de aantrekkelijkheid van het beroep worden vermeld.

Interactie met de Tweede Kamer

Kortgeleden heeft de AVVV woordvoerders gezondheidszorg in de Tweede Kamer aangeboden om via de AVVV-website verpleegkundigen en verzorgenden te consulteren over thema's die van belang zijn voor zowel de politieke visie van de woordvoerders als voor de komende behandeling van de begroting van VWS in de Tweede Kamer. Op de website www.avvv.nl van de koepelorganisatie voor verpleegkundigen en verzorgenden, de AVVV, is een enquête opgenomen waarin de woordvoerders gezondheidszorg van alle politieke partijen in de Tweede Kamer vragen stellen aan verpleegkundigen en verzorgenden in ons land. Ook hebben de beroepsbeoefenaren de mogelijkheid om opmerkingen toe te voegen. De digitale enquête is gestart op dinsdag 21 oktober 2003 en wordt gesloten op woensdag 17 december 2003. De resultaten worden via de website bekend gemaakt. Gezien het aantal reacties op de digitale peiling in minder dan een week, kan worden gesproken van een succesvol initiatief van de AVVV.

De AVVV-enquête is te vinden op www.avvv.nl. Door te klikken op 'Zorgnota 2004' (of op de banner rechtsboven in het scherm) kan zowel de enquête zelf als ook het resultaat van de reacties tot op dat moment worden geopend.

Literatuur uit Maastricht

Door Erwin Geensen

Aan het woord is Erwin Geensen. In maart van dit jaar studeerde hij af op een scriptie over 'Samenwerking bij Reïntegratie'. Vanaf januari 2004 gaat hij op projectbasis werken voor Intermedic B.V. te Den Haag. Daarnaast is hij, met twee mede gezondheidswetenschappers uit Maastricht, druk bezig om een adviesbureau voor gezondheidsvraagstukken op te richten.



Achtergrond

A Het onderzoek is verricht in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen. Hier was men binnen de afdeling zorgvernieuwing geïnteresseerd in de ontwikkelingen rond reïntegratie. In het bijzonder vroeg men zich af wie wat betaalt, welke overlappen in financiering er bestaan en wat de effecten zijn van samenwerkingsverbanden tussen zorgverzekeraars, Arbo-diensten en verzuimverzekeraars. In overleg met de begeleider is deze brede beginvraag teruggebracht tot een explorerend onderzoeksvorstel waarbij de invloed van de bestaande samenwerkingsvormen op enerzijds het reïntegratieproces en anderzijds de kosten als probleemstelling is gekozen. De hieruit afgeleide onderzoeksvragen splitsten het onderzoek in twee delen; in het eerste deel worden de verschillende samenwerkingsverbanden geïnterpreteerd, in het tweede deel wordt de organisatie van het reïntegratieproces en de kostenverdeling binnen de verschillende samenwerkingsverbanden onderzocht.

Werkwijze

Voor de eerste onderzoeksvraag is een literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn interviews met inhoudskundigen gehouden. Deze zijn geselecteerd via de sneeuwbalmethode.

Met deze interviews is getracht inzicht te

krijgen in de mate van voorkomen van contractuele relaties en/of eigendomsrelaties tussen Arbo-diensten, zorgverzekeraars, verzuimverzekeraars, reïntegratiebedrijven en werkgevers. Op basis van de verzamelde informatie is vanuit dit criterium een typologie van samenwerkingsverbanden opgesteld. Deze typologie vormt het startpunt voor het vervolgonderzoek. In dit tweede en hoofddeel van het onderzoek zijn binnen de verschillende typen samenwerkingsverbanden de relaties tussen de deelnemende actoren en kostenverdelingen nader onderzocht door middel van interviews. Deze interviews zijn afgenomen bij 7 bedrijven, variërend in grootte en activiteit. In elke bedrijfssituatie is naast een interview met de contactpersoon, een 'focussed interview' met iemand anders binnen het samenwerkingsverband gehouden. De bedrijven zijn willekeurig gekozen met slechts als basis de bereidwilligheid tot deelname.

Uitvoering

De uitvoering van het onderzoek kende verschillende drempels. Zo was het vinden van een passend theoretisch kader lastig. Uiteindelijk is gekozen voor gebruikmaking van de economische theorie van Milgrom & Roberts over contracten, eigendomsrelaties en het effect daarvan op het gedrag van actoren.

Om de resultaten van het onderzoek 'uit te vergroten', zijn, voor een aantal van de uit deze theorie geselecteerde vormen van kostengerelateerd gedrag, verwachtingen geuit op het mogelijke voorkomen van deze gedragsvormen binnen de verschillende typen samenwerkingsverbanden. Dit is vergeleken met de onderzoeksresultaten. De conclusies zijn mede gebaseerd op het verschil tussen deze verwachtingen en de onderzoeksresultaten. Een andere drempel was de verwachting van een lage bereidwilligheid tot deelname en het niet prijs willen geven van gevoelige informatie. Dit is, met dank aan de deelnemers, uiteindelijk bijzonder meegevallen.

Resultaten

Het onderzoek heeft verschillende resultaten opgeleverd. Een algemene constatering is, dat de vorming van samenwerkingsverbanden niet alleen een strategisch noodzakelijke reactie op overheidsmaatregelen zijn, maar ook het resultaat van het daadwerkelijk nuttig vinden van de organisatie van een

goede begeleiding bij langer durend verzuim. Vooral de snelle inzet van medische reïntegratiebedrijven in vergelijking met dezelfde disciplines in de reguliere zorg (bij medisch gerelateerd verzuim) en de kostenbesparing door het dalen van het gemiddelde verzuimcijfer worden geroemd.

Een andere bevinding is dat de verschillende vormen van samenwerken niet alleen voortkomen uit gedeelde belangen, maar ook leidt tot belangenverstremming. Hierdoor is in de praktijk veel beweging op het gebied van het soort contract tussen samenwerkingspartners en het ontstaan van eigendomsrelaties. Het gevolg van eigendomsrelaties tussen Arbo-diensten en reïntegratiebedrijven (soms beide in eigendom van een grote loonschadeverzekeraar) is het voorkomen van 'gedwongen winkelnering', waarbij bedrijfsartsen gericht naar een 'preferred supplier' verwijzen op grond van strategische afspraken.

Ontwikkelingen rond reïntegratie

Tenslotte is gevonden dat wordt getracht op verschillende wijzen zorgverzekeraars binnen een samenwerkingsverband te bewegen tot cofinanciering van de kosten van reïntegratie. Het gebruikmaken van de, inmiddels fors uitgedunde, subsidieregeling voor reïntegratie gebeurt niet altijd, vanwege de administratieve werkdruk.

Discussie

Het onderzoek signaleert een legitimering van de toename van tweedeling in de zorg. Dit uit zich in een toegenomen acceptatie van het verschil in toegankelijkheid tot zorgvoorzieningen als gevolg van de geschetste ontwikkelingen rond reïntegratie. Ten aanzien van 'gedwongen winkelnering' kunnen ethische kanttekeningen geplaatst worden. De cofinanciering door ziekenfondsen van reïntegratietrajecten veroorzaakt een vermenging van publieke en private geldstromen. Het aanwenden van publieke gelden voor private doeleinden in de gezondheidszorg moet, naar een advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, kritisch beschouwd worden.

De overheid, i.c. het ministerie van VWS, dient de ingezette ontwikkelingen op het gebied van reïntegratie dan ook nauwkeurig te volgen en naast haar bezuinigingsdrift oog te houden op het ontstaan van ongewenste effecten als gevolg van deze bezuinigingsdrift. Op de geschetste punten lijkt het nodig regelgeving te ontwikkelen, waardoor de succesvolle bijdrage van reïntegratie aan het verzuimbeleid en het nastreven van afname van de instroom in de WAO langs een rechtvaardige en ethisch verantwoorde weg kan blijven verlopen.

In Beeld ...

Projectcoördinator Publiek Privaat Partnership Stop met Roken

Door Fleur van Bladeren, afgestudeerd Beleid en Beheerder in 2001

In 1996 ben ik begonnen met GW in Maastricht, en kwam daar (als uitgeloot geneeskundestudent) om BGK te studeren. Ik werd echter al snel aangetrokken door Beleid & Beheer doordat ik, onder andere, het gevoel had daar meer te kunnen "analyseren" i.p.v. te "stampen", maar dat hoef ik jullie niet te vertellen. De keuze bleek in elk geval de juiste! Via een advertentie op de universiteit waarin stagiaires bij de WHO werden gezocht, kwam ik in contact met mijn afstudeerbegeleider. Na veel brainstormen, ben ik de uitdaging aangegaan om op Yale University in de VS onderzoek te doen naar "de motieven voor het aangaan van Public-Private Partnerships (PPP)". In de zomer van 2001 ben ik daarop afgestudeerd.

Volledig verantwoordelijk voor een PPP

Toen er tijdens mijn afstuderen in een advertentie werd gezocht naar een coördinator voor een PPP op het gebied van stoppen met roken, heb ik daarop gesolliciteerd en ben aangenomen. Doel van het PPP is de ondersteuning bij stoppen met roken vanuit het zorgveld te verbeteren en meer toegankelijk te maken. Ik ben volledig verantwoordelijk voor het project, en wordt daar waar nodig geadviseerd door een public health consultant die betrokken is geweest bij de pilots van een dergelijk (WHO) partnership project in enkele andere EU landen. Het Partnership bestaat uit ruim 20 organisaties, variërend van VWS, Stivoro, Astmafonds, KNMG, longartsen, Nederlandse Public Health Federatie aan de publieke kant, tot de farmaceutische industrie aan de private kant. Het is een driejarig project, waar ik na één jaar als coördinator in dienst ben gekomen.

Behandeling van tabaksverslaving

Het Partnership is bezig met een aantal activiteiten, waarvan de grootste het ontwikkelen van een multidisciplinaire klinische CBO richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving is. Daarnaast wordt binnenkort een beleidsdocument over de organisatie van de behandeling van tabaksverslaving aan de minister aangeboden. In Engeland hebben ze enkele jaren geleden een hele nieuwe laag "treatment centers" opgezet waar rokers naartoe kunnen als ze willen stoppen, en waar behandelaars hun patiënten naar kunnen verwijzen. Deze nieuwe laag is mede opgezet om de huisartsen te ontlasten en ze een doorverwijsmogelijkheid te geven. De behandeling wordt ook vanuit de National Health Service volledig vergoed. Een positief effect van deze structuur, was dat huisartsen zelf ook een actievere rol bij het ondersteunen van stoppen met roken aannamen, doordat ze zich gesteund voel-

den. In Nederland willen we iets dergelijks opzetten, maar dan geïntegreerd in het huidige zorgsysteem. De plannen daarvoor worden nu ontwikkeld.

Eén miljoen stoppogingen per jaar

In Nederland rookt 30% van de bevolking en jaarlijks worden zo'n 1 miljoen stoppogingen ondernomen, waarvan 10% blijvend stopt (ongeveer 100.000 rokers per jaar). Slechts 25% van de stoppers gebruikt bij een stoppoging ondersteuning (variërend van advies van de arts tot een groeps cursus en hypnotherapie), wat de kans op stoppen behoorlijk vergroot. Jaarlijks sterven aan de gevolgen van roken ruim 20.000 mensen in NL en ondanks dat roken aan veel ziekten en aandoeningen is gerelateerd en rokers gemiddeld 8 jaar korter leven, zien met name artsen het niet als hun taak om rokers te ondersteunen ("het is preventie", "geen tijd", "het is de keuze van de patiënt"). Rokers daarentegen zien de ernst van de situatie echt goed in als hun arts advies geeft te stoppen. Dit is lastig, want het vergt een gedragsverandering van de arts om de patiënt te ondersteunen. Daarnaast vergt het ook gedragsverandering van de roker om te stoppen, aangezien roken een verslavingsziekte is (en niet alleen lichamelijke maar zeker ook geestelijke aspecten heeft). Ten slotte zijn (effectief bewezen) stoppen-met-rokenmethoden zeer kosteneffectief (ja, daar komen de QALY's en DALY's) in vergelijking tot andere interventies. Een andere bezigheid is dat ik momenteel een congres over behandeling van tabaksverslaving voor zorgverleners aan het organiseren ben, waar ook de ontwikkelde richtlijn gepresenteerd zal worden. Aan het einde van dit jaar zit het eerste deel van het project erop, en zijn veel producten ontwikkeld. Met een mogelijke vervolgsubsidie van VWS zal vanaf 2004 aan de implementatie van deze producten begonnen worden, waar ik ook hoop bij betrokken te zijn.

De rookvrije werkplek

Sinds de tabakswet halverwege 2002 is gewijzigd en aangescherpt (o.a. de rookvrije werkplek per 1 januari 2004) is er veel aandacht voor roken in de pers. Dat maakt je werk wel erg actueel, en dat bevalt me goed. Daarnaast is het leuk van het onderwerp roken dat iedereen er een mening over heeft, die soms tot zeer verhitte discussies leidt. Daarom moet je oppassen dat je niet bij elke gelegenheid over roken aan het praten bent, want het is niet het enige in de wereld. Als je geïnteresseerd bent, kijk dan eens op de website www.partnershipstopmetroken.nl, of neem contact met mij op.

Verlag 14^e Algemene Ledenvergadering (ALV)

Alumnivereniging Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg

27 november 2003 Den Bosch

Door Pim Sas

Aanwezige bestuursleden: Jacco Aantjes (voorzitter), Monique Goossens, Pim Sas

1. Opening

De voorzitter heet de aanwezigen van harte welkom.

2. Notulen 13^e ALV

Geen opmerkingen. De notulen worden ongewijzigd vastgesteld.

3. Terugblik activiteiten 2003

Het jaar 2003 heeft de ABBG een beperkt bestuur gehad. Zoals reeds aangegeven in de ALV van 2002 zou dit van invloed zijn op het aantal activiteiten die georganiseerd zouden gaan worden. Ondanks grote inspanning van het bestuur is voldoende uitbreiding van het bestuur uitgebleven.

Algemeen beleid

Het bestuur heeft noodzakelijkerwijs voor de minimale variant van het activiteitenplan 2003 gekozen. Deze was:

- 1 groot symposium (met ABMG)
- 4 NOTA's
- 1 lezing (regionaal)
- 1 vaardigheidstraining
- intervisiebijeenkomsten
- website onderhouden
- financiën beheren

Voorjaarssymposium

Het voorjaarssymposium was samen met de ABMG georganiseerd. Het was gekoppeld aan een bezoek aan de Tweede Kamer, met vervolgens een discussie met kamerleden. Met name de actuele politieke situatie (afbreken formatie CDA / PvdA) gaf een extra dimensie aan de activiteit.

Het was een succesvolle activiteit in een prettige sfeer met een grote opkomst.

Ledenboek

Dit jaar is een nieuw ledenboek verschenen. Het aantal mutaties was ook deze maal weer groot, waardoor een nieuwe versie geen luxe kan worden genoemd.

Nu de database goed is opgezet, en deze regelmatig wordt bijgehouden, is het proces van opstellen sterk vereenvoudigd.

De NOTA-redactie is er ook dit jaar in geslaagd om 4 NOTA's tot stand te brengen. Iedere NOTA heeft zijn eigen thema gehad:

1. de factor personeel (personeel)
2. zorg aan bod (ontwikkelen zorgaanbod / zorgstelsel)
3. een bittere pil (geneesmiddelen)
4. zorgnota

De thematische aanpak wordt volgend jaar doorgezet. In 2003 is er een nieuwe rubriek gelanceerd "Alumnis Opinio" waarin 3 á 4 ter zake kundige alumni hun reactie geven op een stelling over het betreffende thema. Naast het tot stand brengen van de NOTA heeft de redactie een bijdrage geleverd aan het Gezondheidswetenschappelijk alumni-blad "Continuüm". Eind dit jaar hebben twee redactieleden afscheid genomen: Willemijn van Lier en Monique Cox. Daarnaast heeft de NOTA-redactie één nieuw lid mogen begroeten: Marloes Berkens met de optie op nog een mannelijk lid volgend jaar: Maarten Veldstra.

→ suggestie van de leden: zet de stelling voor Alumnis Opinio op de website en geef alle leden de gelegenheid om te reageren. De leukste reacties kunnen dan gepubliceerd worden in de NOTA.

Website

Pim Sas heeft de website (www.abbg.nl) verder geprofessionaliseerd en bijgehouden. Het gebruik van formulieren voor inschrijvingen/mutatie/aanmelding via de website werkt goed en kent een steeds breder gebruik. Tevens hebben verschillende vacatures op de website gestaan. Wel is duidelijk dat de standaardtekst van de website gereviseerd zou moeten worden. Hierop zal in het komende jaar actie worden ondernomen.

Najaarslezing

Dit najaar hebben we een andere vorm gekozen voor de activiteit. Het bestuur heeft gekozen voor een avond op een doordeweekse dag, waarbij in de avond een lezing werd georganiseerd. Dankzij ons nieuwe bestuurslid is een enthousiaste en interessante spreker gevonden. Het verhaal over kwaliteit binnen Siemens leidde tot leuke discussies onderling. Gezien het animo en de positieve commentaren achteraf is het zeker een idee voor komend jaar ook wederom op deze manier een activiteit te organiseren.

Netwerkgroepen

In het najaar zijn de netwerkgroepen gevormd. Het bestuur heeft niet de bedoeling gehad om erg voorschrijvend te zijn met betrekking tot de invulling van de groep. Wij hebben gezorgd voor de groepen; het is nu aan de afzonderlijke groepen hoe zij invulling gaan geven aan de netwerkgroep. Het zal interessant zijn hoe deze zich gaan ontwikkelen in de komende periode.

Het bestuur zal begin 2004 checken wat de stand van zaken rondom de netwerkgroepen is.

Niet-gerealiseerde activiteiten

Er is dit jaar geen vaardigheidstraining geweest.

→ Aanwezige leden geven aan dat het wenselijk is komend jaar te proberen een vaardigheidstraining te organiseren. Afhankelijk van de bezetting van het bestuur zal dit opgepakt gaan worden.

4. Financiën ABBG

Monique Goossens presenteert de definitieve realisatie 2002 conform de prognose zoals besproken op de 13e ALV van 27 november 2002. Geconcludeerd wordt dat de ABBG financieel gezien weer gezond is. Het bestuur bedankt de leden van de kascontrolecommissie voor hun inspanningen.

De begroting 2004 is besproken en goedgekeurd.

5. Vooruitblik 2004

Afhankelijk van de bestuursomvang (na bestuurswisseling slechts bestaande uit 3/4 leden) dient het bestuur noodzakelijkerwijs voor een beperkt activiteitenplan 2004 te kiezen. Hierbij geeft het bestuur aan dat wanneer de omvang van het bestuur toeneemt, tevens gekeken zal worden of het mogelijk is om meer activiteiten te organiseren. Echter, gezien de draagkracht van een klein bestuur is gekozen voor:

- Ledenwerving is speerpunt. In samenspraak met de UM zal gekeken worden hoe de ABBG bij afgestudeerden onder de aandacht gebracht kan worden.
- 1 groot symposium (met ABMG en/of Cum Care)
- 1 najaarslezing
- 4 Nota's
- Ledenboek
- Netwerkgroepen; hiervoor zal voor de zomer van 2004 een specifieke activiteit worden georganiseerd
- Opstellen plan voor PR & sponsering

6. Bestuurswisseling

Pim Sas neemt afscheid van het bestuur. Bij deze wordt hij bedankt voor zijn bijdrage aan de ABBG, met name het opzetten van de website. Deze taken worden overgenomen door Joris Ruijters.

Monique Goossens heeft aangegeven eveneens haar taken als bestuurslid te willen neerleggen. Echter, er is nog geen vervanging gevonden voor haar functie van penningmeester/ ledenadministratie, zodat zij voorlopig nog in functie blijft.

Als nieuw algemeen bestuurslid wordt voorgedragen Brigitte van der Zanden.

Om overige vacatures te vervullen belt het bestuur standaard alle nieuwe leden en vraagt of zij actief lid van de ABBG (in het bestuur of de Nota-redactie) willen worden.

De volgende vacatures staan open:

- secretaris

- penningmeester/ledenadministratie
- één a twee algemene bestuursleden
- afvaardiging NOTA-redactie
- twee a drie leden voor de Nota redactie

Zoals reeds bij het activiteitenplan vermeld leidt het tekort aan bestuursleden tot verminderde activiteit van de vereniging. Dit is niet de wens van het bestuur, maar een direct gevolg van de beperkte omvang.

→ suggestie van de leden: stuur een mail rond aan alle leden met een oproep, waarin duidelijk beschreven staat wat er als actief lid van je verwacht wordt en hoeveel tijd dit kost. Daarna is het goed om net-afgestudeerden na een jaar nogmaals te benaderen, omdat zij dan de hectische periode na het afstuderen (verhuizingen, eerste baan) achter de rug hebben.

7. Rondvraag

→ Fleur van Bladeren heeft via de website een reactie verstuurd en hier nog geen reactie op ontvangen. Het bestuur zal dit nagaan.

→ Fleur van Bladeren vraagt waarom als locatie voor de ALV gekozen is voor Den Bosch. Het bestuur heeft de keuze gemaakt tussen Utrecht en Den Bosch, omdat beide plaatsen centraal liggen. Voor mensen uit het zuiden van het land is Den Bosch iets makkelijker te bereiken. Daarnaast had de najaarslezing ook al in Utrecht plaatsgevonden. Gezien de opkomst van (uiteindelijk) 14 leden is de keuze voor Den Bosch geen slechte gebleken.

8. Sluiting

Jacco Aantjes sluit de vergadering en nodigt iedereen uit voor een borrel in het café onder de zaal in Bar-le-Duc.

Verenigingsnieuws

AFGESTUDEERDEN

Augustus 2003

Naam	Titel	Telefoon (privé)
B. Adolfsen	Als gedrag een code wordt	06-50535981
R. van Ceelen	Voedingsvoorlichting en dieetadvisering na de AWBZ: vooruitstrevend, overtuigend, doeltreffend en innovatief	043-3520763
H. van Hoof	Goed gebekt: een onderzoek naar de positionering van de logopedie	06-41856522
D. Jansen	Analyse van een operatieplanningsproces	06-47142218
S. Jonkers	Een vergelijking van wetgeving omtrent borstvoeding in Nederland en Noorwegen	020-6853786
J. Kools	Ultrasound Scanning & Minor Surgery; results of working with two models of intermediale care at Lodgehill Clinic	013-5356236
R. van der Linden	Zal gezondheid op de Nederlandse Antillen en Aruba de Koninklijke Landmacht een zorg zijn?	-
Y. Linders	Disease management bij kwetsbare ouderen	06-41822383
E. van der Meer	Wat zijn de gevolgen van een dokter erbij: de consequenties van uitbreiding van medische specialistenplaatsen vanuit het oogpunt van capaciteitsplanning en patiëntenlogistiek	074-2507312
T. Postelmans	Kwaliteitsbeleid geïmplementeerd	0032-11241754
R. Reinink	Onderzoek naar een nieuw ingevoerde roostervorm: Hoe tevreden zijn de verzorgenden en helpenden in verzorgingscentrum RCG over het vierwekelijks repeterend rooster?	0316-332643
R. Schuttelaar	Ons huis in de samenleving	0475-485401
J. Silverentand	Het INK-managementmodel in beeld	040-2535088
E. Snel	Tevredenheidsonderzoek Stichting Arbeidsintegratie Pepijn en Paulus	06-29296606
I. Tjiam	Mobiliteit van Nederlandse particulier verzekerden binnen de Europese Unie	06-22525903
E. Verbruggen	Voorkeur(s)behandeling thuiszorgtechnologie: het bepalen van patiëntenpreferenties met behulp van conjoint analyses	043-3253113
J. Verhoeff	Samen werken? Een onderzoek naar de samenwerking tussen zorgaanbieders binnen Rivas Zorggroep	0184-691778
M. Vermaas	Multidisciplinaire samenwerking: ketenzorg gerealiseerd?	043-3211988
B. Versluis	Kwaliteit in kaart gebracht: een kwaliteitsonderzoek naar de toepassing van kwaliteitszorg binnen Rivas Zorggroep	0184-417072
M. van der Vorst	De Wet BIG; vragen en ervaringen over voorbehouden en risicovolle handelingen en tuchtrecht voor verpleegkundigen	0475-533102
S. van Waes	Ziekteverzuim met zorg gemanaged?	06-19180030
W. Wils	Besluitvorming omtrent nieuwe medische technologieën binnen VieCurl Medisch Centrum voor Noord-Limburg	-

September 2003

Naam	Titel	Telefoon (privé)
K. Johannesma	rol voor de particuliere ziektekostenverzekeraar? De algemeen militair verpleegkundige: duizendpoot of professional?	036-5352579

Oktober 2003

Naam	Titel	Telefoon (privé)
S. Desserjer	aangeboden door Hornerheide The future of public health policy of the EU: a four dimensional perspective on the health care issue	071-5614424
E. Jeuken	Evaluatie van beleidsplannen voor de jeugdgezondheidszorg	0049-24-33903971

Naam	Titel	Telefoon (privé)
J. Jurriens	Successful global public-private partnerships for Health	06-14648478
M. Offermans	De dans rond het laatste bed	0032-16234167
A. Simkens	Winkelen met beleid; een onderzoek naar de keuze van doelstellingen en instrumenten door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de jaren tachtig en negentig	06-45470857

NIEUWE LEDEN

Naam	Functie	Telefoon (werk)
H. Sonnenschein	Adviseur i.o. bij het CBO	030-2843900
H. Peeters	Adviseur bij Q-Consult bedrijfskundige adviseurs	026-2820565
A. Loots	Quality Assurance Auditor bij Msource Medical Development	043-3475780
J. Havers	Junior Accountmanager bij Prismant	06-20539780
H. Haarman	Researcher bij Policy Research Corporation Nederland B.V.	010-4360364
H. van Hoof	onbekend	-
M. Berkers	Junior onderzoeker bij het Erasmus MC	-

WIJZIGING FUNCTIE

Naam	Functie	Telefoon (werk)
E. Ruiters	Projectleider bij Icare Thuiszorg	038-4209647
J. Portengen	Algemeen directeur bij Zorggroep Solis	0570-698200
J. Ruijters	Accountmanager bij Zorg en Zekerheid	071-5825707
A. Bastiaens	Algemeen manager bij Stichting Revalidatie Limburg	045-5282828
E.A.M. Joosen	Senior beleidsadviseur bij de Gemeente Den Haag, dienst OCW	070-3537212

ABBG aanmeldingsformulier / mutatieformulier

Naam : _____ Voorletters : _____
 Studentnr. : _____

Betreft: **Aanmelding** **Wijziging privé-adres** **Wijziging Functie**

Vul onderstaande gegevens alléén in als deze gewijzigd of nog niet bij ons bekend zijn!!!

PERSONALIA

Naam : _____ Geboortedatum : _____
 Adres : _____ PC en Woonplaats : _____
 Telefoonnr. : _____ E-mail adres : _____
 Bank-/Gironr. : _____ Afstudeerjaar : _____

WIL ACTIEF ZIJN BINNEN DE ABBG

Ja : _____ Nee : _____

WERKGEGEVENS

Werkgever : _____
 Afdeling : _____
 Functie : _____
 Kerntaken : _____
 Postadres : _____ PC en Woonplaats : _____
 Telefoonnr. : _____ Faxnummer : _____
 E-mail adres : _____

Geef aan bij welke functie- en instellingscode u ingedeeld wenst te worden. Deze codes worden gebruikt bij de diverse sorteringen in het ledenboek.

FUNCTIECODE (Maximaal twee)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Ondernemer | <input type="radio"/> Marketing/commercieel | <input type="radio"/> Financiën/economisch |
| <input type="radio"/> Personeel en Organisatie | <input type="radio"/> Logistiek | <input type="radio"/> Kwaliteit |
| <input type="radio"/> Onderzoek | <input type="radio"/> Algemeen management | <input type="radio"/> Automatisering/Informatievoorz. |
| <input type="radio"/> Organisatie-advies | <input type="radio"/> Algemeen beleid | <input type="radio"/> Opleidingen |
| <input type="radio"/> Overig | | |

INSTELLINGSCODE (Maximaal één)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Ziekenhuis | <input type="radio"/> Verpleeghuis | <input type="radio"/> Verzorgingshuis |
| <input type="radio"/> Thuiszorg/Kruiswerk | <input type="radio"/> Universiteit | <input type="radio"/> Verzekeraar |
| <input type="radio"/> Overheid | <input type="radio"/> Adviesbureau | <input type="radio"/> Maatschappelijk dienstverlener |
| <input type="radio"/> Onderzoeksorgaan | <input type="radio"/> Farmacie | <input type="radio"/> Eerstelijnszorg |
| <input type="radio"/> Gehandicaptenzorg | <input type="radio"/> Geestelijke gezondheidszorg | <input type="radio"/> Automatisering |
| <input type="radio"/> Overig | | |

Stuur het ingevulde formulier aan ABBG, Postbus 616, 6200 MD MAASTRICHT.

Handtekening : _____ Datum : _____