

Terugblikken, maar verwonderd?

Federatie KNMG

Koninklijke Nederlandse
Maatschappij tot bevordering
der Geneeskunst

A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman,
voorzitter
W.P. Rijsen, algemeen directeur

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht
tel. 030 2823 800
fax 030 2823 326
info@fed.knmg.nl
www.knmg.nl

Federatiepartners

KAMG

Koepel Artsen Maatschappij en
Gezondheid

mw. F.P. Koning-van den Berg van
Saparoea, voorzitter
R. Duzijn, directeur
tel. 030 6868 772
kamg@cantrijn.nl
www.kamg.nl

LAD

Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband

J.G. van Enk, voorzitter
C. van den Brekel, directeur
tel. 030 6702 702
bureau@lad-info.nl
www.artsenet.nl/lad

LHV

Landelijke Huisartsen Vereniging

S.R.A. van Eijck, voorzitter
L. Hennink, algemeen directeur
tel. 030 2823 723
lhv@lhv.nl
www.lhv.nl

NVAB

Nederlandse Vereniging voor Arbeids-
en Bedrijfsgeneeskunde

P.E. Rodenburg, voorzitter
C. van Vliet, directeur
tel. 040 2481 322
nvab@planet.nl
www.nvab-online.nl

NVVG

Nederlandse Vereniging voor
Verzekeringsgeneeskunde

H.J. Hullen, voorzitter
mw. C.F.M. Woldberg, directeur
tel. 030 6868 764
secretariaat@nvvg.nl
www.nvvg.nl

OMS

Orde van Medisch Specialisten

F.H.G. de Grave, algemeen voorzitter
B.J. Heesen, directeur
tel. 030 2823 650
secr@orde.nl
www.orde.nl

Verenso

Specialisten in ouderengeneeskunde

mw. G.M. Draijer, voorzitter
F.J. Roos, directeur
tel. 030 2823 481
info@verenso.nl
www.verenso.nl

Dertig jaar geleden zag de gezondheidszorg er heel anders uit. Toch zijn de problemen even actueel. De kosten van de zorg liepen ook toen gestaag op, de invoering van de budgettering van ziekenhuizen in 1983 en het reductieplan van 8000 bedden van minister Gardeniers als oplossing voor de almaar stijgende kosten – en alternatief voor de sluiting van 25 ziekenhuizen – ten spijt. Resultaat: 3000 bedden minder en een fusiegolf waarbij meer dan de helft van alle ziekenhuizen was betrokken. Nam de overheidsbemoeienis tot eind jaren tachtig gestaag toe, vanaf 1988 trad de overheid gedeeltelijk terug en introduceerde ‘marktwerking’. Maar de focus op kostenbeheersing bleef en kostenoverschrijdingen konden niet worden voorkomen.

De verandering kwam in 1994 toen de commissie-Biesheuvel ‘Keuzen in de zorg’ uitbracht. De relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten moest anders en de inkomens moesten geharmoniseerd. Adagium: of meewerken aan experimenten voor kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering of de totale overschrijding van 1994 zou worden verhaald op de nieuwe tarieven. ‘Kiezen en delen’ uit 1991, ook wel ‘De trechter van Dunning’ genoemd, werd daarbij als model gezien voor de inhoud van de zorg. Alleen zorg zou mogen worden vergoed die noodzakelijk was, werkzaam en doelmatig of anders onbetaalbaar. Anno 2011 is dit nog verrassend actueel. Uit de aanbiedingbrief: ‘Doel van deze discussie is het tot stand komen van een maatschappelijk draagvlak voor toekomstige politieke besluitvorming in de gezondheidszorg.’ Kan het actueler? Een terugblik verwondert dus niet.

Ook de (rechts)positie van de arts (in dienstverband) veranderde in dertig jaar. Aanvankelijk ging het in de jaren tachtig richting nivellering, onder meer door functiewaardering. Maar door stevig neergezet LAD-beleid, mede op basis van een vergelijking tussen dienstverband en vrije vestiging ‘na Biesheuvel’, kwam de omwenteling. De arbeidsvoorwaardenregelingen in (academische) ziekenhuizen (AMS en HAMS) waren het gevolg. De DBC als voeding voor de inkomsten werd evenwel geen succes. Sceptisch blijf ik of de in te voeren DOT kostenoverschrijding zal beteugelen en inkomensharmonisatie

kan realiseren. Mijn overtuiging: zolang in DBC/DOT het inkomensdeel en daarmee de inkomensprikkels zit, zijn dit soort instrumenten gedoemd te mislukken.

Het lukte de LAD om overal partij te worden

In de afgelopen dertig jaar kwamen vrijwel alle cao's in de zorg tot stand. Eind jaren zeventig was de Cao Ziekenhuiswezen zo ongeveer de enige cao in de zorg. Tegenwoordig heeft elke subsector zijn eigen cao. Het lukte de LAD om overal partij te worden. De rechtspositie van dienstverbanders is soms fel bevochten, van terugdringen van buitensporige werktijden tot verbetering van inkomenspositie en arbeidsomstandigheden door invoering van levensfasebewust beleid.

Of de komende dertig jaar weer zoveel zal worden verbeterd aan de positie van artsen in dienstverband? Een enorme uitdaging! Flexibilisering, afrekenen op kwaliteit, ketenzorg en variabele beloning zullen sleutelbegrippen worden. Leer uit het verleden en anticipeer op het actuele. Dan blijft de toekomst van de LAD en van de (13.000) leden rooskleurig. Maar, zoals ik ook m'n afscheidsymposium eindigde: ‘Mijn tijd zit erop’. Een móóie tijd, ik had er geen moment van willen missen!



beeld: beeldarchief LAD

KNMG en Federatiepartners

Algemene vragen?

030 2823 911
info@fed.knmg.nl
www.knmg.nl

Bankrekeningnummer

ABN Amro 45 64 48 969

Bel de KNMG Artseninfolijn

tel. 030 2823 322 over

- juridische en medisch-ethische onderwerpen
- inhoudelijke informatie over beleids-terreinen van de KNMG
- loopbaanvragen
- lidmaatschap, wijzigingen in persoonlijke gegevens

artseninfolijn@fed.knmg.nl
www.knmg.nl/artseninfolijn

Loopbaanbureau

www.knmg.nl/loopbaanbureau
tel. 030 2823 322

Vragen over districten

tel. 030 2823 866

Vragen over studentenzaken

tel. 030 2823 399

Persvragen? Tel. 030 2823 872

communicatie@fed.knmg.nl

Bibliotheek en documentatieservice

tel. 030 2823 370, fax 030 2823 326,
bibliotheek@fed.knmg.nl

KNMG Opleiding en Registratie

tel. 030 2823 398
F.C. Raasveldt, directeur

CGS

College Geneeskundige Specialismen
tel. 030 2823 281
mw. mr. V.J. Schelfhout-van Deventer,
secretaris

HVRC

Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor
verstandelijk gehandicapten Registratie
Commissie
J. Stolk, secretaris

MSRC

Medisch Specialisten Registratie
Commissie
dr. P. Blok, dr. R. Braams en
dr. L. Verschoor, secretarissen

SGRC

Sociaal-Geneeskundigen Registratie
Commissie
mw. mr. P.A. Hadders, secretaris

Bureau MSRC/HVRC/SGRC

tel. 030 2823 833
mw. D. Hennevelt-Wolters, bureauhoofd

Vragen over:

- opleiding: tel. 030 2823 905
- eerste registratie: tel. 030 2823 903
- herregistratie: tel. 030 2823 906
- erkenningen: tel. 030 2823 904
- buitenlands gediplomeerden:
tel. 030 2823 389

Vragen over arbeidsvoorwaarden?

LAD, tel. 030 6702 701 / 6702 702 /
6702 704 op werkdagen tussen 9.30
en 12.30 uur.

Serviceverlening Werkgelegenheid Geneeskundigen

Serviceverlening Werkgelegenheid
Geneeskundigen Arts en Werk,
tel. 030 6702 750 of info@swg.nl;
www.swg.nl

Overheid kan handen niet aftrekken van elektronisch medisch dossier

Minister Schippers vindt dat de motie van de Eerste Kamer over het wetsvoorstel EPD het einde betekent van haar betrokkenheid bij het Landelijk Schakelpunt. Maar in het licht van Europese eisen is het nog maar de vraag of minister Schippers deze vrijheid heeft.

De Eerste Kamer eiste op 5 april volledige stopzetting van overheidsmedewerking aan het Landelijk Schakelpunt (LSP), de landelijke infrastructuur voor elektronische gegevensuitwisseling. En dus bouwt minister Schippers nu haar medewerking aan dit LSP af. Ze heeft aan Nictiz de opdracht gegeven om in drie maanden tijd de toekomstmogelijkheden te onderzoeken van het LSP zonder overheidssteun. Want, zo zegt ze, dit betekent het einde van haar betrokkenheid bij het LSP. Dit bevat inmiddels wél het burgerservicenummer van ruim 8,7 miljoen burgers. En bijna zeventig procent van de zorgaanbieders (apotheken, huisartsenpraktijken, huisartsenposten en ziekenhuizen) is op het LSP aangesloten.

Sneuvelt ook het LSP?

Zo lijkt met het uitvoeren van deze motie van de Eerste Kamer niet alleen het wetsvoorstel EPD te sneuvelen, maar ook het LSP, en wordt de aandacht weer teruggelegd naar de regionale gegevensuitwisseling. En dat terwijl organisaties van zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zelfs privacytoezichthouder CBP en diverse informatiebeveiligingsdeskundigen meer vertrouwen hebben in de met waarborgen beveiligde gegevensuitwisseling via het LSP dan via de zogenoemde houtje-touwtjebeveiliging in de regio's.

Maar kan de overheid wel zo gemakkelijk de handen aftrekken van het LSP? Voorkomen moet immers worden dat opnieuw een situatie van 'eilandautomatisering' gaat ontstaan. Hierop zou de overheid toezicht kunnen uitoefenen, ook in het licht van het sociale grondrecht dat de overheid verplicht is maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid (artikel 22 Grondwet). Maar bovenal heeft de Europese Commissie al in een Aanbeveling van 2 juli 2008 de Europese lidstaten opgedragen om te zorgen voor 'grensoverschrijdende interoperabiliteit van systemen voor elektronische medische dossiers'. Gebrek aan inter-

operabiliteit, aldus de Europese Commissie, is een grote hinderpaal voor het verwezenlijken van de voordelen van eHealth in de Europese Unie: 'De informatie- en communicatiesystemen en -normen die de lidstaten momenteel toepassen op het gebied van gezondheid zijn vaak onderling onverenigbaar en bemoeilijken de toegang tot informatie die essentieel



Europese Commissie vraagt actie ter bevordering van de interoperabiliteit van medische dossiers

is voor de verlening van veilige hoogwaardige gezondheidszorg in een andere lidstaat.' Om daaraan een oplossing te bieden moeten de lidstaten actie ondernemen ter bevordering van de interoperabiliteit van medische dossiers. De Europese Commissie wil dit uiterlijk eind 2015 voor Europa een feit is.

Europees perspectief

Het is dus maar de vraag of minister Schippers haar bemoeienis met het LSP wel volledig mag beëindigen. Als we Nederland als een (kleine) regio in Europa beschouwen, zou zij zich op de medische dossiers in deze regio moeten richten, aldus de Europese Commissie in 2008. Dat vergt dus toch aandacht van de overheid voor regionale gegevensuitwisseling, maar dan vanuit een Europees perspectief. §

Sjaak Nouwt, beleidsmedewerker KNMG

Correspondentieadres: s.nouwt@fed.knmg.nl

Meldcode kindermishandeling: goed omdat het werkt

Vorige week startte een campagne die de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling op de agenda zet. VWS-staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten gaf het startsein. Het hanteren van een meldcode werkt. De KNMG steunt met verschillende andere beroepsverenigingen deze campagne.

De KNMG is verheugd dat de staatssecretaris gekozen heeft voor een verplichte meldcode en niet voor een wettelijke meldplicht. Een meldcode biedt de beste kans dat de beroepsgroep adequate en passende hulp kan bieden. Ook uit onderzoek blijkt dat een meldcode werkt. Professionals die werken met een meldcode grijpen drie keer zo vaak in. Hoe meer professionals met een meldcode moeten gaan werken, hoe meer slachtoffers van kindermishandeling en huiselijk geweld geholpen zullen worden.

Geweld tegen volwassenen

Het ministerie van VWS ontwikkelde in 2010 een basismodel voor organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren om een eigen meldcode op te stellen. De KNMG-meldcode werd hierbij onder andere als voorbeeld gebruikt. De KNMG hanteert al sinds 2002 een meldcode kindermishandeling en scherpste deze in 2008 aan. Het basismodel van VWS gaat daarnaast ook over geweld en mishandeling waar geen kinderen bij betrokken zijn, zoals ouderenmishandeling. Dit jaar wordt de KNMG-meldcode daarom uitgebreid naar volwassenengeweld. Huiselijk geweld waar kinderen bij betrokken zijn en andere vormen van kindermishandeling zoals eergegrelateerd geweld en meisjesbesnijdenis vallen al onder de KNMG-meldcode.

Verplichte code

Het ministerie van VWS heeft een wet in voorbereiding die het werken met een meldcode verplicht moet gaan stellen voor alle professionals uit de sectoren gezondheidszorg, jeugdzorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, politie en justitie. Het wetsvoorstel wordt binnenkort bij de Tweede Kamer ingediend. §



Artsen en kindermishandeling

Bekijk de meldcode en het stappenplan.
Omdat het werkt!

[www.knmg.nl/
kindermishandeling](http://www.knmg.nl/kindermishandeling)

knmg voor verantwoorde medische zorg



Kijk op www.knmg.nl/kindermishandeling voor meer nieuws rond kindermishandeling, de meldcode kindermishandeling en het stappenplan (vermoedens van) kindermishandeling van de KNMG.

Op www.meldcode.nl staat de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van het ministerie van VWS.

Risicovol alcoholgebruik bij patiënten. Wat is uw rol?

Alcohol wordt een steeds groter probleem in onze samenleving. Waren het vroeger vooral volwassenen, tegenwoordig drinken ook jongeren steeds meer en vaker alcohol. Het comazuipen krijgt ook in de media steeds meer aandacht.

- 1 op de 10 Nederlanders tussen de 16 en 69 is een probleemdrinker en is zich daar niet van bewust.
- Het totaal aantal probleemdrinkers in Nederland wordt geschat tussen de 800.000 en 1,1 miljoen in de leeftijdscategorie van 25-55 jaar.
- Alcoholproblematiek kost de maatschappij meer dan 2,6 miljard euro per jaar.
- Op SEH's komen jaarlijks 15.000 patiënten met alcoholletsel binnen.

En wat doet u als u vermoedt dat uw patiënt of cliënt – jong of bejaard – (te) veel alcohol gebruikt? Elke arts kan te maken krijgen met signalen die daarop wijzen. Wat is uw taak en uw verantwoordelijkheid? Bespreekt u dit delicate onderwerp, ook als de patiënt met een heel andere vraag bij u komt? Een aantal districten heeft dit onderwerp opgepakt en organiseert de volgende bijeenkomsten:

**19 mei: KNMG-district XIII,
Gooi, Eemland en Noordwest Veluwe**

Jaarvergadering en symposium:
'Risicovol alcoholgebruik. Wat doet u er mee?'
Meer informatie en opgave: www.knmg.nl/alcoholgebruik

**25 mei: KNMG-districten VIII en IX,
Zeeland en West-Brabant**

Symposium: 'Alcohol en Jeugd'
Meer informatie en opgave: www.knmg.nl/alcohol-en-jeugd



beeld: Getty Images, bew. MC



Links en downloads over dit onderwerp kunt u vinden via www.knmg.nl/dossiers (dossier Alcohol).

Overzicht POH-S regelingen zorgverzekeraars op LHV-site



Medio april 2011 hebben de zorgverzekeraars alle regelingen voor de praktijkondersteuner somatiek (POH-S) beschikbaar gesteld. Het exacte, definitieve tarief dat een huisarts(praktijk) voor de POH-S krijgt, is in sommige gevallen pas vanaf het derde kwartaal van 2011 bekend. Dit brengt onzekerheid met zich mee over de vergoeding van de POH-S in de huisartspraktijk. De LHV heeft de verschillende regelingen geïnventariseerd en op haar site geplaatst.

De LHV raadt huisartsen aan om hun individuele contract goed door te nemen en het door de verzekeraar berekende tarief te herberekenen. Controleer vervolgens of de berekening strookt met de aangeleverde gegevens. Voordat huisartsen het aangeboden contract ondertekenen, moeten ze met veel aandachtspunten rekening houden. De belangrijkste, algemene aandachtspunten zijn:

• Tarieven

Veel verzekeraars baseren het POH-S-modulatarief op de oude NZa-norm en komen zo op 9,60 euro per jaar. Menzis en Agis hebben dit geïndexeerd naar 9,72 euro. Zorg en Zekerheid heeft dit geïndexeerd naar 10,20 euro. De NZa-norm is vanaf 1 januari 2011 niet meer van toepassing. Het modulatarief wordt bij alle verzekeraars gekort als de huisartspraktijk participeert in een keten-DBC. Daarmee wordt dubbele financiering voorkomen. Berekening van het

kortingspercentage op het modulatarief is vaak onduidelijk, dit moet goed worden nagerekend. Klopt de informatie niet of is die onduidelijk, dan kan nadere informatie opgevraagd worden bij de zorgverzekeraar.

Bereken het modulatarief met de rekenhulp Modulatarief POH-S op de LHV-website. *Let op:* verzekeraars berekenen het kortingspercentage pas in het eerste kwartaal en zullen de korting op het modulatarief vanaf het tweede kwartaal – of zelfs het derde kwartaal (CZ en De Friesland Zorgverzekeraar) – met terugwerkende kracht verrekenen. Het modulatarief zal vanaf het tweede kwartaal aanzienlijk lager zijn dan de 2,40 euro voor het gros van de huisartsen.

Het kortingspercentage wordt door Achmea en UVIT berekend op basis van totaalbedrag van keten-DBC en module.

• Formatie POH-S

Het uitgangsmoduletarief is bij alle verzekeraars gebaseerd op 1 FTE POH op 7050 patiënten. Uitbreiding van formatie POH-S in 2011 is bij de meeste verzekeraars bespreekbaar, maar ook hier wordt verschillend mee omgegaan.

• Voorwaarden

Bekijk het contract goed; er kunnen voorwaarden in voorkomen die voor de individuele situatie veel betekenen. ☞



Lees de uitgebreide toelichting op www.lhv.nl

Cao-akkoord voor aios ouderengeneeskunde

Slechts twee onderhandelingsrondes hadden de LAD en werkgever SBOH nodig om tot een onderhandelaarsakkoord voor de aios ouderengeneeskunde te komen. Prominent onderwerp was de uitbreiding van de werkweek van 36 naar 38 uur.

De 38-urige werkweek gaat in per 1 maart 2012, mits SBOH de financiering rondkrijgt. Ter compensatie voor de extra gewerkte uren ontvangen aios ouderengeneeskunde een salarisverhoging van 4,2 procent en 33 extra vakantie-uren per jaar. Aios ouderengeneeskunde die voor de invoering van de 38-urige werkweek in dienst zijn van SBOH kunnen er eenmalig voor kiezen om de 36-urige werkweek te behouden. Uit een LAD-enquête bleek dat het merendeel van de leden instemde met uitbreiding van de werkweek.

De cao loopt van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2012. Per 1 april 2011 is er een salarisverhoging van 2,25 procent en vanaf 1 januari 2012 van 1 procent. De pensioenpremieverdeling wordt per 1 april 2011 aangepast: aios ouderengeneeskunde betalen 48 procent en de werkgever betaalt 52 procent (voorheen: 50/50).

LAD-leden kunnen tot 10 mei aangeven of ze akkoord gaan met het Onderhandelaarsakkoord Cao SBOH /aios ouderengeneeskunde 2011-2012.

VGN schort onderhandelingen op

Tijdens het overleg op 20 april overhandigden LAD/FBZ en de andere werknemersorganisaties een voorstellenbrief aan de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). De voorstellen zijn gebaseerd op de gezamenlijke inzet van de

werknemersorganisaties. VGN was hierover zeer teleurgesteld omdat de voorstellen niet passen in haar visie dat de Cao Gehandicaptenzorg een minimale cao behoort te zijn waarbij werkgever en werknemer zelf afspraken maken over arbeidsvoorwaarden. Zij schortte het overleg op tot 25 mei.

De voorstellen van LAD/FBZ en de andere werknemersorganisaties staan in het nieuwsbericht 'VGN schort cao-onderhandelingen gehandicaptenzorg op' op artsennet.nl/lad.

GGZ ziet voorlopig geen mogelijkheid tot onderhandelen

Op 19 april hebben werknemersorganisaties, waaronder LAD/FBZ, verder onderhandeld over de Cao GGZ. De voorstellen van werkgever GGZ Nederland geven echter geen ruimte voor verbetering van de cao.

Grootste hobbel zijn de arbeidstijden. GGZ Nederland zag geen mogelijkheid verder te onderhandelen en heeft het overleg opgeschort tot

8 juni. **LAD**



beeld: Thinkstock

Meer informatie leest u in het nieuwsbericht 'Cao-overleg GGZ'.

Overgang pensioenfonds ABP naar PfZW



Van 18 april tot en met 27 april 2011 hebben leden van de Orde van Medisch Specialist (OMS) en De Jonge Orde werkzaam in umc's hun stem uitgebracht voor of tegen een overgang van pensioenfonds ABP naar PfZW.



Op 28 april 2011 zijn de door de leden uitgebrachte stemmen geteld. Van de 250 leden die hun stem uitgebrachten bij de OMS is:

- 53 procent voor een overgang naar PfZW
- 47 procent tegen een overgang naar PfZW

Op grond van de uitgebrachte stemmen bij De Jonge Orde bleek dat aiossen de overgang ondersteunen.

Overgang

De uitslagen van de OMS en De Jonge Orde zijn voorgelegd aan de sector Zorg van de CMHF, waarbij de OMS en De Jonge Orde zijn aangesloten.

Ook de vakbonden NU'91 (verpleegkundigen) en de VAWO (wetenschappers), die ook bij deze sector zijn aangesloten hebben de uitslag van hun ledenstemmingen aan de CMHF kenbaar gemaakt.

Op basis van de stemming per aangesloten vereniging is binnen de sector Zorg van de CMHF vastgesteld, dat een meerderheid voor de overgang is naar pensioenfonds PfZW is.

Deze uitkomst is op 29 april 2011 aan de NFU kenbaar gemaakt. Binnen de NFU is op grond van de uitkomst van de vier centrales en de NFU duidelijk geworden dat de overgang van pensioenfonds ABP naar het PfZW kan plaatsvinden. 



Zorgvuldig registreren is meer dan grove lijsten

Het accuraat registreren van zorguitkomsten is van groot belang als de kwaliteit van de zorg omhoog moet en de kostprijs omlaag. Dit betekent dat lijsten met sterftecijfers of het aantal uitgevoerde ingrepen niet volstaan. Dat concludeerden tal van experts op het gebied van zorgkwaliteit op 18 en 19 april tijdens het jaarlijkse congres van de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).

De DSCA is het initiatief van een aantal darmkankerchirurgen en de betrokken beroepsverenigingen om hun darmkankerbehandelingen nauwkeurig en betrouwbaar te meten. Na twee jaar registreren leverde dit al interessante uitkomsten op, zo bleek tijdens het congres. Zo is het aantal mensen dat na een ingreep voor een tumor in de dikke darm overlijdt (4%) laag ten opzichte van andere Europese landen.



Overhandiging van het rapport *Uitkomst van zorg registratie*. Van links naar rechts: drs. A.J. Lamping, directeur Zorg, Zorgverzekeraars Nederland; prof. dr. R.A.E.M. Tollenaar, voorzitter DICA; dr. E.H. Eddes, directeur DICA; drs. M.H.P. Bögels, directeur Nederlandse Federatie Kankerpatiëntenorganisaties.

Clinical auditing

Voor de registratie van darmkanker werd een generiek model van clinical auditing ontwikkeld. Het model is nu ook voor anderen beschikbaar. Om daarin te faciliteren is de Stichting DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing) opgericht. Op dit moment wordt DICA gebruikt voor het registreren van alle behandelingen op het gebied van darmkanker, borstkanker, slokdarm- en maagkanker in Nederland. Longkanker en een aantal andere grote registraties komen er binnenkort aan.

Online koppeling

DICA corrigeert als enige systeem op zorgzwaarte en koppelt de resultaten ook als enige meteen, online, terug naar het ziekenhuis (www.clinicalaudit.nl). Alle zorgdomeinen kunnen zich aansluiten bij DICA zodat er een eenduidige en betrouwbare registratie komt van de medische zorg in Nederland.

Gegevens uitwisseling

Het biedt beroepsgroepen bovendien de kans om overkoepelende afspraken te maken over de gegevens die patiëntenverenigingen en zorgverzekeringen opvragen.

prof. dr. R.A.E.M. Tollenaar, voorzitter bestuur DICA
dr. E.H. Eddes, directeur DICA



Dr. Atul Gawande hield een lezing over de waarde van check-listen. (Lees meer hierover in het interview met hem op blz. 1112.)



Drs. L.A.M. van Halder, directeur-generaal Curatieve zorg, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.