

ZorgVisie

nummer 16 | vrijdag 13 april 2007 | jaargang 37

INHOUD

Ziekenhuizen vormen A12-combinatie	2
Vijf vragen aan Martin Boekholdt	4
Governancecommissie oordeelt over naleving code	5
Is de community care mislukt?	6

‘Verzekeraars laten regierol liggen’

Het huidige zorgstelsel kent te weinig prikkels voor de ontwikkeling van kwaliteit en innovatie. Door de nadruk op standaardisatie en kostenreductie worden gemiddelde prestaties overmatig beloond. Dat stelt het Strategy Center van de Nyenrode Business Universiteit.

Het gebrek aan prikkels hangt volgens de Nyenrode-onderzoekers samen met de vooralsnog beperkte reikwijdte van het marktmechanisme. In het rapport *De toekomst van het Nederlandse zorgstelsel: opties en rollen van zorgverzekeraars* betogen de onderzoekers dat aanbieders en zorgverzekeraars hierdoor tot zogeheten “zero sum competition” neigen. Binnen een dergelijk kader betekent de winst van de ene speler, winst

voor alle spelers. Dit leidt in concreto tot concurrentievermijdend gedrag: de spelers richten zich vooral op de herverdeling van bestaande middelen en niet zozeer op waardevermeerdering. Ook constateren de Nyenrode-onderzoekers dat bepaalde kwaliteitsaspecten in het huidige stelsel vrijwel niet aan bod komen. Als voorbeeld noemen zij preventie. Marktpartijen worden niet individueel beloond voor de resultaten van preventie, dus kijkt iedereen naar de overheid. Om preventie meer kans te geven, pleit het Strategy Center voor een levensloopbenadering van het verzekeringssysteem als alternatief voor een financiering die gericht is op behandeling.

De beste remedie voor de kwalen van het systeem is volgens het Strategy Center een voortvarende uitbreiding van marktwerking. Hoewel de overheid het graag anders ziet, vervullen

verzekeraars hierbij vooralsnog geen voorttrekkersrol. Hun regie- en inkoopfunctie komt niet uit de verf, ze beperken zich tot hun traditionele rol van administrateur. Onderzoeker Merijn Schouten wijt dit aan de geringe omvang van het vrij onderhandelbare deel van het verzekeringspakket. “Met acht procent is dat een marginaal deel van de business”, aldus Schouten. Daarnaast pleit het Strategy Center voor een strategische heroriëntatie bij verzekeraars en aanbieders. Verzekeraars zouden zich moeten bezinnen op de vraag of ze regisseur dan wel inkoper, administrateur of zorgadviseur willen zijn. Ziekenhuizen moeten zich rekenschap geven van het feit dat er te veel diversificatie in activiteiten is. Dit brengt hoge transactiekosten met zich mee, waardoor ziekenhuizen kwetsbaar zijn voor concurrentie van kleine, gespecialiseerde partijen. (PvdP)



Verstandelijk gehandicapten zijn beter af in ‘de bossen’

Reageer: ZorgVisie@reedbusiness.nl

‘Zorgkosten minder scheef dan gedacht’

De kosten van ziekenhuiszorg zijn minder scheef verdeeld dan vaak wordt aangenomen. Dat concludeert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Dit gegeven werpt volgens het CBS nieuw licht op het debat over solidariteit in de zorg.

Om de kosten van het ziekenhuisgebruik te kwantificeren, wordt in de regel het zorggebruik voor de periode van een jaar als maatstaf

genomen. Als naar het ziekenhuisgebruik in een jaar wordt gekeken, heeft slechts een op de tien Nederlanders met ten minste één ziekenhuisopname te maken gehad. Over eenzelfde periode gemeten wordt tweederde van de totale ziekenhuisuitgaven aan twee procent van de bevolking besteed. Volgens het CBS zijn de ziekenhuiskosten per jaar een te kunstmatige rekeneenheid.

Lees verder op pagina 2

‘Zzp-scores deugen niet’

De methode waarmee zorgaanbieders de zorgzwaarte van hun cliënten moeten scoren, deugt niet. Die levert in bijna vijftig procent van de gevallen een te lage score op. Dat concludeert Jos van Loon, orthopedagoog bij de Zeeuwse gehandicaptenzorgaanbieder Arduin, op basis van eigen onderzoek.

Alle zorginstellingen hebben de afgelopen maanden de zorgzwaarte van hun cliënten moeten vaststellen. Daarvoor zijn 57 vragen ingevuld. Een computerprogramma bepaalt vervolgens welk zorgzwaartepakket (zzp) daarbij hoort. Bij Arduin klopt in vijftig procent van de gevallen de uitkomst niet met de werkelijke ondersteunings-

behoefte. “Wij vragen ons af of dit aan de eigenwijsheid van Arduin ligt of aan de validiteit van het systeem. Maar bij een proef van het ministerie van VWS met het scoren van zzp’s bleek ook maar 58 procent correct. Het is niet duidelijk welke afwegingen het computerprogramma maakt.” Arduin heeft een eigen systematiek ontwikkeld die de ondersteuningsbehoefte van gehandicapten vaststelt. Die is gebaseerd op de internationaal erkende SIS-methode (Supports Intensity Scale). Arduin heeft alle 425 cliënten ook volgens de SIS-methode gescoord. De koppeling van de SIS-score aan zzp’s is veel betrouwbaarder,

Lees verder op pagina 2

(Advertentie)

Nog enkele plaatsen beschikbaar voor

Leergang Financieel Bestuur in de zorg

Vanwege het succes van de afgelopen leergangen start op 6 september a.s. een nieuwe leergang Financieel Bestuur in de zorg. Deze leergang behandelt actuele en aankomende financieel-economische vraagstukken van managers en bestuurders in de zorg. Onderwerpen zijn: externe regelgeving, vastgoed, accounting en treasury, management accounting, omgaan met marktwerking en bedrijfsvoering. Het programma staat onder leiding van drs. Gabriël Zwart RC MAC.

Informatie:

T 010 - 408 8554
info@erasmuscmdz.nl
www.erasmuscmdz.nl

Erasmus CMDZ

Twentse gehandicapten terug naar instelling

De Twentse Zorgcentra (TZC) gaat een deel van haar gehandicapte cliënten weghalen uit de wijk Schelfhorst in Almelo. "De integratie in de samenleving is mislukt", stelt interim-directeur Hans van der Molen.

Tien jaar geleden zijn 180 bewoners gedwongen verhuisd naar kleinschalige woonvormen in de wijk Schelfhorst in Almelo. Het doel was om hen te laten integreren in de samenleving. Voor een deel van de gehandicapten pakt het wonen in de wijk echter niet goed uit. Ze zijn eenzaam en ze zijn belemmerd in hun bewegingsruimte. Zij zouden beter af zijn op een beschermd instellingsterrein, stelt Van der Molen: "Daar kunnen

ze in alle vrijheid lopen en fietsen en kijkt niemand op van afwijkend gedrag."

Negentig bewoners willen terug naar de instelling. Voor hen is de sociale integratie een brug te ver. "Er is alleen fysieke integratie. Voor sommige categorieën bewoners is sociale integratie een illusie", stelt Van der Molen. "Mensen met een complexe handicap gaan niet om met buurtbewoners."

De TZC is de eerste zorginstelling die openlijk afstand neemt van het overheidsbeleid om de instellingen voor gehandicapten zoveel mogelijk af te breken en de bewoners als volwaardige burgers in de samenleving te laten leven. De stap van TZC heeft geleid tot heftige reacties. Van der Molen is verbaasd over de ideologische

geladenheid rond het deconcentratiebeleid. "Je moet per bewoner bekijken wat het beste is." Het is nog maar de vraag of het TZC lukt om de bewoners terug te plaatsen. Het zogeheten beleid van deconcentratie is zo dominant bij de overheid dat zorginstellingen met bouwplannen alleen toestemming krijgen als zij deconcentreren. Van der Molen hoopt dat het zorgkantoor en het Bouwcollege zich niet dogmatisch opstellen. Het ministerie van VWS laat weten dat de voorkeur voor het deconcentratiebeleid al een jaar geleden is losgelaten. In de praktijk geven Bouwcollege en zorgkantoren echter nog steeds geen toestemming om te investeren in instellingsterreinen. (BK)

Lees ook Rondje bellen op pagina 6



ZorgVisie

Nieuwsbrief voor beleid en management

ZorgVisie is een uitgave van Elsevier Gezondheidszorg, onderdeel van Reed Business Information bv, Planetenbaan 80-99, Maarssen Postbus 1110, 3600 BC Maarssen www.reedbusiness.nl

e-mail: zorgvisie@reedbusiness.nl

Internet: www.zorgvisie.nl

Redactie: Ruud Koolen (hoofdredacteur), Berber Bast (chefredacteur), Krista Kroon en Alie Westervoorde ((eind)redacteuren), Carina van Aartsen, Bart Kiers en Philip van de Poel (redacteuren).

Webredactie: Hanneke Bruggeman en Wouter van den Elsen.

Redactie ICTZorg: Mario Gibbels

Redactiesecretariaat: tel. 0346-577901

Uitgever: Marc Klumper

Advertenties: voor informatie over tarieven etc. Ronald Strating, tel. 0346-577353

Orderverwerking: tel. 0346-577754

Abonnementen: Klantenservice; tel. 0314-358358; fax 0314-358161 e-mail: klantenservice@reedbusiness.nl

Abonnementsprijs: € 278,25 (studenten € 185,95, instellingen € 282,50) per jaar voor 16 uitgaven van ZorgVisie Magazine en 46 uitgaven van de Nieuwsbrief ZorgVisie, incl. 6% BTW. Buitenland: prijzen op aanvraag. Betalingen aan Reed Business Information Doetinchem: bank 470417358, giro 830728.

Wet Bescherming Persoonsgegevens:

Uw opgegeven gegevens kunnen worden gebruikt voor het toezenden van informatie en/of speciale aanbiedingen door Reed Business Information en speciaal geselecteerde bedrijven. Indien u hiertegen bezwaar heeft, stuurt u een brief naar Reed Business Information bv, t.a.v. Adresregistratie, Postbus 808, 7000 AV Doetinchem.

 Reed Business Information

 Nederlandse uitgeverijvereniging
Groep uitgeverij voor vak en wetenschap

 HOO 2007
PRINT

Ziekenhuizen vormen 'A12-combinatie'

Vier Zuid-Hollandse ziekenhuizen gaan een monstersonderzoek aan. Bronovo-Nebo in Den Haag, het Groene Hart ziekenhuis in Gouda, het Zoetermeerse Lange Land ziekenhuis en het Medisch Centrum Haaglanden hebben hiertoe op 3 april een verklaring ondertekend.

De ziekenhuizen gaan functies delen op het gebied van inkoop, ict, logistiek, bestuursondersteuning, communicatie, faciliteiten en personeelsbeleid. Volgens de betrokkenen gaat het niet om een fusie, maar om een consortium. De ziekenhuizen behouden elk hun

eigen identiteit. Het ook in Den Haag gevestigde Haga ziekenhuis zal geen deel uitmaken van het consortium. Bestuursvoorzitter Giel Huffmeijer: "Het kwam ons niet uit. Toen de gesprekken gaande waren, hadden we net een fusie achter de rug en waren we bezig met nieuwbouw." Huffmeijer voelt zich niet bedreigd: "Wij richten ons op onze eigen sterke punten." Het Haga ziekenhuis werkt op onderdelen samen met de 'A12-combinatie', maar zoekt daarnaast samenwerking met verpleeg- en verzorgingshuizen. Uiteraard blijft Huffmeijer de ontwikkelingen "met belangstelling" volgen. (CvA)

vervolg van pagina 1

CBS: 'Verdeling kan evenwichtiger'

Wordt er gekeken vanuit een levensloopperspectief, zoals het CBS doet in het rapport *Gezondheid en zorg cijfers 2006*, dan ontstaat er een beter beeld van het reële zorggebruik per inwoner. Wordt er bijvoorbeeld gekeken naar het zorggebruik over een periode van tien jaar, dan blijkt ruim de helft van de bevolking ten minste een opname gehad te hebben. Hoewel ook bij een rekeneenheid van tien jaar de zogeheten grootgebruikers nog steeds verantwoordelijk zijn voor een relatief groot deel van de zorgkosten, is de verdeling minder scheef. De twee procent grootgebruikers nemen nu geen tweederde, maar eenderde van de kosten voor hun rekening.

Een andere nivellerende factor zit in de eerste en laatste levensjaren. Juist in deze jaren worden de grootste kosten gemaakt. Volgens het CBS moet deze factor meegewogen om de simpele reden dat iedereen geboren wordt en een keer sterft. Het CBS komt tot de slotsom dat het zorggebruik per hoofd van de bevolking evenwichtiger wordt naarmate de observatieperiode langer is. Anders gezegd: over een langere periode gemeten doen veel meer verschillende mensen een beroep op de zorg. Dit inzicht kan volgens het CBS van invloed zijn op de discussie over de houdbaarheid van het verzekeringsstelsel. (PvdP)

vervolg van pagina 1 'Scoren met SIS-methode is vraaggestuurd'

stelt Van Loon. Van Loon vindt het principieel onjuist dat zorgaanbieders zelf de zzp's scoren. Zorgaanbieders hebben er financieel belang bij om de zorgzwaarte zo zwaar mogelijk te laten zijn, anders snijden ze zichzelf in de vingers.

Dat nadeel heeft de SIS-methode niet, aldus Van Loon. "Die vullen cliënten of hun ouders helemaal zelf in. De SIS-methode is helemaal vraaggestuurd, terwijl het scoren van zzp's aanbodgericht is." (BK)

Kwaliteitsoffensief



REDACTIONEEL

'Bus' en Klink gaan voor kwaliteit. Geen enkele zorginstelling of professional zal aan het spiedend oog van het VWS-duo kunnen ontsnappen. Iedereen moet met de billen bloot. Elke patiënt moet weten waar de beste zorg te halen valt. En waar hij beter niet naar toe kan als zijn gezondheid hem lief is.

Sterftecijfers, fouten en complicaties worden eindelijk openbaar. Wie straks niet NIAZ, HKZ of ISO-geaccrediteerd is, mist de boot. Maar wat zeggen al die accreditaties? Ze bieden in elk geval geen garantie tegen calamiteiten, want het Twenteborg Ziekenhuis was ook geaccrediteerd. Ook in andere zorginstellingen zullen patiënten 'onnodig' overlijden. Wat wel zeker is, is dat alle kwa-

liteitssystemen leiden tot een enorme toename van de bureaucratie. Geen wonder, als je bedenkt dat elk systeem uit meer dan honderd kwaliteitseisen bestaat. Die allemaal moeten worden vastgelegd en ingebracht in de *plan-do-check-act*-cyclus.

Dat laat ook een recent NIVEL-rapport zien over kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De onderzoekers wijzen op het gevaar dat afvinken van normen tot hoogste doel wordt verheven, terwijl men vergeet te meten of een protocol wel het beoogde resultaat bereikt. Een veelheid aan externe kwaliteitseisen van de Inspectie, de invoering van maatstafconcurrentie en het behalen van bronzen, zilveren of gouden keurmer-

ken zal die bureaucratie alleen maar doen toenemen.

Ab en Jet zeggen nog iets: het gaat om mensen, niet om systemen. Mensen zijn verschillend, patiënten ook. Zelfs zorgverleners, maar dat zeggen de bewindsman en -vrouw dan weer niet. Toch gaat het daar wel om. In de zorg draait alles om de behandelrelatie die zorgverlener en patiënt met elkaar hebben. Daarin moet ruimte zijn en blijven voor individuele variatie. Als het resultaat goed is voor de patiënt, waarom zouden we ons dan druk maken over papieren indicatoren?

Carina van Aartsen

carina.van.aartsen@reedbusiness.nl

Privaat kankerinstituut kan volgens WTZi

De vestiging van een privaat gefinancierd internationaal kankerinstituut in Amsterdam is niet strijdig met de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Het instituut kan die toelating krijgen als het aan de gestelde voorwaarden voldoet.

Minister Ab Klink zegt dit in zijn brief aan de vaste commissie voor VWS. Wel heeft het instituut een vergunning nodig op basis van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) als het radiotherapie, neurochirurgie of stamceltransplantatie wil aanbieden. De capaciteit van deze behandelingen ligt vast in planningsbesluiten. Volgens de huidige besluiten is er geen behoefte aan uitbreiding. Planningsbesluiten worden echter regelmatig opnieuw gewogen. De minister beslist over mogelijke capaciteitsuitbreiding,

maar beroepsgroepen en belanghebbenden hebben daar inspraak in.

Lex de Lange, algemeen directeur van het International Comprehensive Cancer Institute (ICCI) maakt zich geen zorgen: "De minister zal zich realiseren dat als je marktwerking wilt realiseren, je flexibel moet zijn. Wij dienen onze aanvraag gewoon in. De kwaliteit die wij gaan leveren, maakt het noodzakelijk dat wij radiotherapie, neurochirurgie en stamceltherapie gaan uitvoeren. Bovendien: ons gebouw staat er nog niet, we hebben nog ruim twee jaar en in die tijd kan veel veranderen." Mocht het onverhoopt zo zijn dat het ICCI geen vergunning krijgt voor de bijzondere verrichtingen dan gaat het daarin samenwerken met andere nationale of internationale ziekenhuizen. (CvA)

(Advertentie)

Werving & selectie
van Staf, Management en Verzorgend personeel

P & O Advies en Ondersteuning

Telefoon: 0487 - 560 560

www.hrmcompany.nl

Psychiatrische patiënten in de kou door WMO

Psychiatrische patiënten dreigen in de kou te komen staan bij de verdeling van de WMO-gelden. Dat schrijft branchevereniging GGZ Nederland in een brief aan minister Klink.

Met de introductie van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor laagdrempelige ggz-voorzieningen als dagactiviteitencentra, opvang en openbare geestelijke gezondheidszorg, vaak aangeduid als 'bemoeizorg'. Volgens GGZ Nederland nemen gemeenten deze taken onvoldoende serieus. "Ons blijkt dat gemeenten het overgehevelde geld tot nu toe maar ten dele inzetten voor zorgcontractering bij ggz-instellingen", schrijft GGZ Nederland. GGZ Nederland spreekt daarnaast haar bezorgdheid uit over de kwaliteit van de zorg voor chronische psychiatrische patiënten. "Voorkomen moet worden dat dit type zorg afkalft tot 'armenzorg', waarbij er niet meer geïnvesteerd wordt in kwaliteit en innovatie van zorg."

De bezorgdheid van GGZ Nederland wordt versterkt door het uitblijven van een uitnodiging tot kennismaking van de nieuwe minister. Het bevreemdt GGZ Nederland dat een minister die de dialoog met het maatschappelijk veld zegt te zoeken nog niet met de ggz-branchevereniging om de tafel is gaan zitten. "Er broeit van alles op het ministerie, maar er komt weinig naar buiten," stelt woordvoerder Alfons Rommelse. "Daar klaagt de politiek ook over. Wij vinden het in elk geval net te lang stil." (PvdP)

Martin Boekholdt, oud-bestuurder van de Zonnehuisgroep, is aangetreden bij de Vrije Universiteit Amsterdam. Als bijzonder hoogleraar Organisatie en beleid van de zorg wil hij zorgvernieuwing hoog op de agenda plaatsen. Vereniging Zonnehuizen betaalt de leerstoel.

In uw inaugurele rede toont u zich kritisch over de organisatie van de zorg.

“Zorgaanbieders zijn geworden tot uitke-
ringsorganisaties van schrale zorg. Van markt-
werking is natuurlijk helemaal geen sprake.
Er is alleen een publieke competitie waarbij
aanbieders meedingen naar zorg die strak
omschreven is qua prijs, volume en niveau.
Zeker met de vergrijzing die eraan komt, kom
je niet uit met dit beleid. Het optimisme van de
vorige staatssecretaris (Ross, red.), dat het zo
goed gaat met de kwaliteit van de zorg, daar
geloof ik niets van. Neem de normen voor ver-
antwoorde zorg. Niets mis mee, maar ze zijn

niet de grote kwaliteitsimpuls die we nodig
hebben. Met die normen proberen we de
bodem van de zorg veilig te stellen, maar het
gevaar dat je er door zakt is steeds aanwezig.
Schraalhans blijft keukenmeester.”

Hoe moet het anders?

“Heel wezenlijk is het systeem van bekosti-
ging. Zorgaanbieders hebben nu primair een
relatie met het zorgkantoor. Cliënten moeten
zelf zorg gaan contracteren met een soort
tegoedbonnen. Dat maakt de verhoudingen
helderder.”

Staatssecretaris Bussemaker wil dat ook.

“Het is hoog tijd. Maar ook het generieke karak-
ter van de financiering moet verdwijnen. Veel
mensen die zorg zelf zouden kunnen betalen,
delen nu het schaarse geld met mensen die
echt publieke zorg hebben. Er zijn meer eigen
bijdragen nodig.”

Wordt de zorg dan beter?

“Nee, daarvoor is ook maatschappelijke onder-

nemingszin nodig. Dat moet je vooral zoeken
in vernieuwing van de zorg, niet zozeer in
strategospelletjes en schaalvergroting. Vitalis
in Eindhoven is bijvoorbeeld goed bezig met
doelgroepgerichte zorg; zowel publieke als
private zorg. Een andere wenselijke beweging
is zorg in de gemeenschap, waarbij je burgers
uit de buurt betreft bij je organisatie. Er zijn
best goede initiatieven, maar het zijn er veel
te weinig.”

Wat is uw academische achtergrond?

“Ik ben gepromoveerd op organisatieverande-
ring in ziekenhuizen en ik ben al eens bijzon-
der hoogleraar Innovaties in de zorg geweest.
Toen de Vereniging Zonnehuizen met de VU
sprak over een leerstoel rond organisatie en
beleid, was het vanaf het begin het idee dat
ik die zou bezetten, gezien mijn ervaring in de
praktijk én de wetenschap. Ik wil met de leer-
stoel, net als met de Vereniging Zonnehuizen
en mijn initiatief Zorg voor Later, het vraag-
stuk van de zorg hoog op de maatschappelijke
agenda plaatsen.” (KK)

Nog weinig kwaliteitssystemen in de zorg

**Relatief weinig zorginstellingen hebben
anno 2005 een gecertificeerd kwaliteitssy-
steem ingevoerd. Dat blijkt uit een donder-
dag gepubliceerd rapport van het NIVEL.**

Het NIVEL enquêteerde 543 instellingen voor
thuiszorg, gehandicaptenzorg, ggz, ziekenhui-
zen en verpleeghuizen. Hieruit blijkt dat het
ontwikkelen van kwaliteitssystemen traag gaat.
Zeker als men in acht neemt dat met de invoer-
ing van kwaliteitssystemen vijftien jaar geleden
begonnen is en dat kwaliteitsmanagement in de
zorg tien jaar geleden wettelijk verplicht werd.
De meerderheid van de instellingen legt verant-
woording af over kwaliteitszorg in het wettelijk
verplichte kwaliteitsjaarverslag. Slechts weinig
instellingen hebben een compleet systeem om
problemen te melden en aan te pakken. Ken-
merkend voor een dergelijk systeem is een expli-
ciet kwaliteitsbeleid en een kwaliteitshandboek.
Uit het NIVEL-rapport blijkt onder andere dat iets
minder dan de helft van de instellingen in 2005
beschikt over een kwaliteitshandboek, hoewel
48 procent van de zorginstellingen zegt hieraan
te werken. Ook hebben nog weinig instellingen
(21 procent) een expliciet veiligheidsplan of vei-
ligheidsbeleid ontwikkeld, maar ook daar zijn
veel instellingen mee bezig. (WvdE)

Klink mikt op verbetering kwaliteit

**Minister Klink en staatssecretaris Bussema-
ker willen haast maken met het zichtbaar
maken van kwaliteitsverschillen in de zorg.
Dat schrijven zij in hun brief van 5 april aan de
Tweede Kamer waarin zij hun plannen voor
de komende kabinetsperiode uiteenzetten.**

Daarnaast willen de minister en staatsse-
cretaris concrete afspraken maken met de
zorgsector om vermijdbare fouten en com-
plicaties terug te dringen. In het verlengde
daarvan zet VWS samen met de Inspectie voor
de Gezondheidszorg een programma op dat
is gericht op het vergroten van de patiëntvei-
ligheid. Het verbeteren van ketenzorg is een
ander punt van aandacht. Belemmeringen
voor ketenzorg zullen worden opgespoord
en zoveel mogelijk weggenomen.
Overtijdbehandeling en de flexibele beden-
kijftijd komen onder de Wet Afbreking Zwan-
gerschap te vallen. Daaraan gekoppeld komt
een pakket van positieve maatregelen als
alternatief voor afbreking van een zwanger-
schap. Klink laat weten dat er in de eutha-
nasieregelgeving geen wijziging zal komen
en dat experimenten niet zullen worden
toegestaan.

Uit het coalitieakkoord was al bekend dat
maatstafconcurrentie als middel wordt inge-
zet om de onderhandelingsruimte voor zorg-

instellingen en verzekeraars te vergroten. De
minister zegt verder haast te willen maken
met de omzetting van de no-claimregeling.
In de caresector wordt zorgzwaartebekos-
ting ingevoerd en zal de staatssecretaris
werken aan een betere organisatie van de
indicatiestelling. (CvA)



• **GGZ Eindhoven, de Reinier van Arkel
Groep** in Den Bosch en de **Koraal Groep**
in Oost-Brabant en Limburg onderzoeken
de mogelijkheid van een fusie. De drie
organisaties willen voor het eind van de
maand de knoop doorhakken. Als de drie
samenkomen, ontstaat een organisatie met
meer dan 5500 personeelsleden en een
jaarbudget van zo'n 300 miljoen euro.
De Koraalgroep is actief in de jeugdzorg
en biedt ondermeer huisvesting en oplei-
ding aan kinderen en jongeren met leer-,
gedrags- en ontwikkelingsproblemen. De
psychische problemen van deze groep wor-
den zwaarder en daar ligt juist de expertise
van de twee ggz-instellingen.

Meer geld voor gezondheidsonderzoek

Als Nederland haar internationaal vooraanstaande positie wil handhaven, is structurele verhoging van het budget voor medisch onderzoek noodzakelijk. Dat adviseert de Raad voor Medische Wetenschappen (RMW) van de Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen in een rapport.

De Raad stelt daarbij dat de extra middelen uitsluitend mogen worden besteed aan individuele talentvolle wetenschappers en bottom-up onderzoeksprogramma's. Het Nederlandse gezondheidsonderzoek is van hoge kwaliteit, zo constateert de RMW.

Dat vinden niet alleen de 21 ondervraagde onderzoeksinstituten, maar ook de ruim vijftig buitenlandse referenten die aan het onderzoek meededen. Bijzondere aandacht zou moeten uitgaan naar jong talent dat momenteel onvoldoende mogelijkheden krijgt om door te groeien. Onderwijsminister Plasterk nam woensdag het rapport in ontvangst. Plasterk heeft, in zijn voormalige functie van directeur van het Hubrecht laboratorium, als respondent meegewerkt aan het onderzoek. (CvA)

Commissie oordeelt over naleving governancecode

Sinds deze maand heeft het Scheidsrecht Gezondheidszorg een governancecommissie. Patiëntenverenigingen kunnen daar terecht als ze vinden dat zorginstellingen de Zorgbrede Governancecode niet correct naleven.

Naleving van de code voor behoorlijk bestuur is sinds vorig jaar verplicht voor leden van de brancheorganisaties in de zorg. Ondanks dit verplichte karakter is gekozen voor een lichte vorm van handhaving via een governancecommissie. Deze is ondergebracht bij de Stichting Scheidsrecht Gezondheidszorg (www.scheidsrechtgezondheidszorg.nl). De kring van mogelijke klachtgerechtigde partijen is voorlopig beperkt. Interne belanghebbenden zoals een OR zijn uitgezonderd, net als externe belanghebbenden die een contractuele relatie met een zorginstelling

hebben, zoals zorgverzekeraars, banken en leveranciers. Zij beschikken al over andere wegen om instellingen ter verantwoording te roepen. Ook individuele personen kunnen niet bij de commissie aankloppen. Cliëntenraden kunnen wel een klacht indienen, tenzij de kwestie valt onder de Wet medezeggenschap cliëntenraden. "Er is voor gekozen om geleidelijk ervaring op te doen en niet te beginnen met een grote groep potentiële klagers", zegt woordvoerder Sjoerd Beumer van de NVZ vereniging van ziekenhuizen. De Governancecommissie doet geen bindende, juridische uitspraken, maar stelt vast of de Zorgbrede Governancecode geschonden is. Sancties wegens schending van de governancecode kunnen echter alleen door de betrokken branchevereniging opgelegd worden. (PvdP/KK)

Gooise thuiszorg in zee met ISS

Thuiszorg Gooi en Vechtstreek (TGV) wil samenwerken met ISS Hospitality Services, een van de grootste facilitaire dienstverleners van Nederland. Ze willen samen een BV voor huishoudelijke zorg oprichten.

De samenwerking is noodzakelijk om te overleven in de vechtmakrt die de huishoudelijke zorg in de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) is, stelt TGV-divisiemanager Don Coene. "ISS is groot geworden met concurreren op de eurocent per uur. Dat is nieuw voor ons. Onder het AWBZ-regime was dat niet zo."

De BV voor huishoudelijke zorg die de partners samen willen oprichten, zal worden aangestuurd door managers van ISS. Maar TGV blijft wel verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Met de expertise van ISS wil TGV

in de nieuwe aanbestedingsrondes, die er over enkele jaren aankomen, ook in andere regio's meedoen.

Er zullen geen schoonmakers van ISS aan de slag gaan in 't Gooi, benadrukt Coene. "Wij doen geen zaken met de schoonmaakpoot van ISS. Het personeel van TGV gaat over naar de nieuwe BV. Maar ze behouden hun opgebouwde arbeidsrechten en blijven onder de CAO Thuiszorg vallen."

TGV is de tweede thuiszorgorganisatie waarmee ISS in zee gaat. Een jaar geleden richtten ISS en De Omring samen de BV Omring Thuisdiensten op. ISS is nog met een tiental andere thuiszorgorganisatie in gesprek, verklaarde ISS-topman Charles Vincke in november in *ZorgVisie*. (BK)



AGENDA

Workshop: Rolstoelintegratie

datum: 23 april

organisatie: GEWA

informatie: www.gewanl.nl

Congres: Health Science & Technology initiatief

datum: 23 april

locatie: Congrescentrum TU Delft

organisatie: Health Science & Technology (HST)

informatie: www.HSTresearch.nl

Congres: Vastgoed in de zorg. Samenwerken met de nieuwe ondernemer

datum: 24 april

locatie: WTC Rotterdam

organisatie: Het Nederlands Vastgoed Instituut

informatie: (040) 297 27 88, www.vastgoed-instituut.nl

Symposium: Klantervaring telt

datum: 24 april

locatie: WTC in Rotterdam

organisatie: Zonmw

informatie: www.zonmw.nl

Workshop: Infra Rood Omgevingsbediening

datum: 24 april

organisatie: GEWA

informatie: www.gewanl.nl

Workshop: Communicatiesoftware Sensory/The Grid 2

datum: 25 april

organisatie: GEWA

informatie: www.gewanl.nl

Symposium: Zorgen tussen twee werelden.

Intercultureel communiceren in de zorg

datum: 26 april

locatie: Congrescentrum Antropia, Driebergen

organisatie: Medilex

informatie: www.medilex.nl

Jaarcongres: Landelijke Thuiszorgdag

datum: 26 en 27 april

locatie: Jaarbeurs in Utrecht

organisatie: SBO

informatie: www.sbo.nl

Lustrumcongres: Kort en krachtig.

Eerstelijnspsychologen 10 jaar verenigd

datum: 27 april

locatie: De Reehorst in Ede

organisatie: LVE

informatie: www.lve.nl

‘Instellingen weten niet hoe ze inclusie moeten realiseren’

Tien jaar geleden verhuisden 180 bewoners van Twentse Zorgcentra (TZC) onder dwang van het instellingsterrein naar woningen in de wijk. TZC gaat 90 van hen terughalen. Is het beleid van community care mislukt en moet het roer om?

Hans van der Molen, interim-directeur Zorgcentra (TZC):

“Voor mensen met een complexe handicap is de sociale integratie in de samenleving mislukt. Er is alleen fysieke integratie. Ze gaan niet om met buurtbewoners en zijn geen lid van sportverenigingen. Ze zouden beter af zijn op een beschermd instellingsterrein, want daar kunnen ze in alle vrijheid lopen en fietsen en kijkt niemand op van afwijkend gedrag. Je moet per bewoner bekijken wat het beste is.”

Piet Schuurman, Landelijk Netwerk Kritische Ouders (LNKO):

“Het dogma van deconcentratie van instellingen was zo dominant dat er jarenlang voor een afwijkend geluid geen plaats was. Het leek hier wel de DDR. Ook vandaag de dag is er alleen nog maar keuzevrijheid op papier, omdat het Bouwcollege en zorgkantoren geen toestemming geven voor investeringen in instellingsterreinen. Het besluit van TZC is het eerste prille lichtpuntje.”

Willeke van Staalduinen, woordvoester Bouwcollege:

“Wij adviseren het ministerie of de aanvraag binnen het VWS-beleid past. Dat beleid is gericht op de deconcentratie van instellingen. Wij constateren dat er steeds meer instellingen zijn die op het eigen terrein willen bouwen. Bij alle aanvragen is tegenwoordig een leefwensenonderzoek verplicht. Als bewoners aangeven dat ze op het instellingsterrein willen wonen, dan neem ik aan dat het ministerie daar rekening mee houdt.”

Lilian Jansen, woordvoester ministerie van VWS:

“Van 1984 tot 2006 ging de voorkeur van VWS uit naar kleinschalige woonvormen in de wijk. Na een discussie met de Tweede Kamer is die voorkeur sinds 1 januari 2006 losgelaten. Er zijn geen belemmeringen meer voor investeringen in grootschalige woonvoorzieningen. Waar het om gaat is dat de voorkeur van cliënten bepalend is.”

Jan de Vries, CDA-parlementariër:

“De overheid is een jaar geleden afgestapt van het adagium wonen in de wijk. Het kan niet zo zijn dat het Bouwcollege en zorgkantoren in de uitvoering de keuzevrijheid van gehandicapten blokkeren.”

Hans Kröber, directeur Pameijer:

“Ik heb ernstige vragen bij de formulering in de krant: eerst mensen gedwongen in een wijk plaatsen en dan weer terughalen. En dan te wijzen naar de overheid die niet wil betalen. Met welke bevolkingsgroep zou je zoiets kunnen uithalen? Inclusie is lastig in de praktijk te brengen. Overheid, belangenbehartigers, cliënten, instellingen en samenleving zouden in een coalitie voor inclusie moeten samenwerken. Dat zou helpen. Ik merk dat instellingen vaak echt niet weten hoe ze inclusie moeten oppakken. Het is geen trucje dat je er even bij doet. De organisatie moet erop ingericht worden, medewerkers op alle niveaus moeten erin geschoold worden, zorgplannen moeten aan inclusie als een van de kwaliteitsdomeinen aandacht besteden. Ook zou de Inspectie ons op dit aspect kritisch moeten bevragen. Zo voorkom je misschien dit soort nare krantenberichten die mensen met een handicap en de sector een hele slechte dienst bewijzen.”

Erma van Lamoën, woordvoester VGN:

“De integratie is helemaal niet mislukt. Dat hangt van veel meer af dan alleen wonen. We hebben leden die volledig deconcentreren en andere die dat minder doen. Die diversiteit geeft cliënten juist wat om te kiezen. Waar het ons om gaat is dat cliënten zelf kunnen kiezen. De meeste gehandicapten willen overigens in de wijk leven, tussen gewone mensen. Voor een kleine groep is wonen in de wijk door de aard van de handicap geen optie.” (BK)

Philips koopt Amerikaanse Health Watch

Elektronicagigant Philips heeft voor 130 miljoen dollar (97 miljoen euro) het Amerikaanse bedrijf Health Watch gekocht. Bij de firma uit New Jersey kunnen ouderen een abonnement nemen op een medische alarmeringsdienst.

Door de overname krijgt Philips er 100.000 klanten bij. Philips Lifeline, dat ook medische alarmering aanbiedt, heeft al een half miljoen klanten in de Verenigde Staten. Het bedrijf denkt de overname in het tweede kwartaal van dit jaar af te ronden. (anp)

(Advertentie)



Werving & Selectie
Interim-management
HRM-advies
Loopbaanadvies

Kraf & Partners

Groningen - Heerenveen
(050) 537 12 44

www.krafpartners.nl



- **Olof Suttorp** en **Peter de Zwart** zijn toegetreden tot het bestuur van de NVZ vereniging van ziekenhuizen. Suttorp is voorzitter van de raad van bestuur van het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp. De Zwart bekleedt dezelfde functie bij het TweeSteden ziekenhuis in Tilburg en Waalwijk.
- Stichting De Goede Zorg in Apeldoorn heeft sinds 1 januari een nieuwe top. **Bert Blaauw** is benoemd tot directeur/bestuurder en **Margriet de Jager** tot voorzitter van de raad van toezicht.
- **Dick Dam** treedt per 1 mei aan als zorggroepmanager van De Runne in Goirle. De Runne is een werkmaatschappij van Zorggroep West- en Midden-Brabant, die intra- en extramurale zorg aanbiedt in Goirle, Hilvarenbeek, Moergestel en Oisterwijk.

Catalaanse minister van Volksgezondheid Marina Geli i Fàbrega: 'Hervorming nodig om professionals fatsoenlijk te betalen'

Zo'n vijfhonderd afgevaardigden uit ruim veertig landen bespreken tijdens het World Health Care Congress in Barcelona mogelijke verbeteringen van de gezondheidszorg. Wat kunnen zij van elkaar leren? Deel 3: de toegankelijke gezondheidszorg in Catalonië.

De welvaart van een samenleving valt af te lezen aan het percentage van het bruto nationaal product (bnp) dat wordt besteed aan gezondheidszorg. Aldus directeur Paul Schnabel van het Sociaal en Cultureel Planbureau onlangs tijdens een KMBV-college voor zorgdirecteuren. Als het klopt, geniet Catalonië met nog geen vijf procent (4,7 procent) aan zorguitgaven ruwweg een derde van de welvaart van de Verenigde Staten. De Amerikanen besteden ruim 15 procent van het bnp aan zorg. Toch lopen er 40 miljoen kleinverdieners onverzekerd rond. Zij kunnen alleen in acute gevallen terecht in een ziekenhuis.

Doktershulp

In Catalonië, een autonome Spaanse provincie van zo'n 32 vierkante kilometer, heeft daarentegen letterlijk iedereen toegang tot de gezond-

heidszorg: de 7,4 miljoen Catalanen, andere Spanjaarden met of zonder werk, immigranten en 22,6 miljoen toeristen per jaar. Allemaal krijgen ze – zonder dat ze zich hoeven te legitimeren – zo nodig doktershulp.

Geen vuiltje aan de lucht

Terwijl de eurolanden binnen de Europese Unie gemiddeld 6,8 procent uitgeven aan gezondheidszorg, is dat voor Spanje 5,7 en voor Catalonië slechts 4,7 procent. Voor 7,8 miljard euro belastinggeld per jaar houdt de Generalitat – het provinciale bestuur – een uiterst toegankelijk netwerk van voorzieningen in de lucht: duizend eerstelijns gezondheidscentra, 61 acute hospitalen met ruim 15.000 bedden, 21 psychiatrische ziekenhuizen (3907 bedden) en 88 'community healthcare' centra met nog eens 7539 bedden. Overheidsinstantie CatSalut treedt via zeven regionale organen op als zorginkoper bij publieke, gesubsidieerde en private aanbieders. Geen vuiltje aan de lucht, zou je zeggen. Maar dat blijkt niet te kloppen.

"Een stijgende vraag en toenemende kosten. Vergrijzing en omvangrijke immigratie. Technologische ontwikkelingen. We staan allemaal voor dezelfde uitdaging", stelt de Catalaanse

minister van Volksgezondheid minister Marina Geli i Fàbrega. "Hoe houden we de gezondheidszorg houdbaar en betaalbaar?"

Dragers van gewenste veranderingen

Niet de universele dekking baart de voormalig interniste zorgen: "We geven elfhonderd euro per persoon per jaar uit aan gezondheidszorg, zestig procent daarvan betreft personeelskosten. Die kosten zouden wel eens fors kunnen stijgen, want ik moet toegeven dat we onze professionals niet fatsoenlijk betalen." En dat terwijl Geli i Fàbrega de professionals – in het bijzonder verpleegkundigen – als de belangrijkste dragers van gewenste veranderingen ziet. Want zij moeten haar bestuurlijke antwoorden op strategische kwesties handen en voeten geven. De professionals, zorgaanbieders en enkele nieuwe bestuurlijke organisaties worden verantwoordelijk voor kwaliteitsverbetering, een persoonlijke bejegening en transparantie van het systeem. Ze moeten van de minister wachttijden terugdringen en moderne communicatiemiddelen en IT inzetten. Daarbij geeft Geli i Fàbrega ruim baan aan versterking van de patiëntenbeweging, gezondheids promotie en ziektepreventie. (RK)

'Betere medicijnveiligheid in Groene Hart'

Apothekers, ziekenhuizen en thuiszorginstellingen in het Groene Hart slaan de handen ineen om thuisverblijvende zieken veiliger hun medicijnen te laten gebruiken.

Het initiatief heeft de naam 'Apotheek Zorgbureau' meegekregen. Patiënten die uit het ziekenhuis zijn ontslagen, kunnen voortaan hun geneesmiddelen via de apotheker bestellen, die vervolgens regelt dat een verpleegkundige ze, zonodig, thuis toedient. De instellingen verwachten dat de apotheker hierdoor beter overzicht heeft over de medicijnen die de patiënt gebruikt. Onderzoeken wijzen uit dat veel

patiënten extra ziek worden doordat huisarts en specialist vaak niet van elkaar weten welke geneesmiddelen ze de patiënt voorschrijven. Het Apotheek Zorgbureau hoopt dit te voorkomen. Ook kan het de patiënt rompslomp besparen doordat deze zelf niets meer hoeft te regelen. Het zorgbureau begint voorlopig met de bediening van patiënten met prostaatkanker. Zij moeten eens in de drie maanden een injectie krijgen. Het zorgbureau regelt de injectie en stuurt een medewerker van de thuiszorg langs die de spuit toedient. In totaal doen 76 apotheken mee. (anp)

Geen kopje koffie voor hartpatiënten

Hartpatiënten krijgen mogelijk binnen afzienbare tijd het advies koffie helemaal te laten staan.

Bekend was al dat zij niet veel koffie mogen drinken, maar nu is uit onderzoek aan het Universitair Medisch Centrum St Radboud (UMC) in Nijmegen gebleken dat twee tot vier kopjes per dag al slecht kunnen zijn voor patiënten met angina pectoris. Het onderzoek, waarop internist Niels Riksen deze

maand promoveert, heeft uitgewezen dat een kleine hoeveelheid cafeïne een bepaald proces in het lichaam stillegt. Dat proces beperkt de schade en omvang van een hartinfarct. Mensen met angina pectoris maken meer kans op een hartinfarct, maar zijn tegelijk beschermd tegen zeer ernstige gevolgen daarvan. Nader onderzoek moet uitwijzen of het voor hen inderdaad beter is koffie helemaal te laten staan, zegt Riksen. (anp)

School en ziekenhuis onveiligst

Een op de drie zorginstellingen is onderbeveiligd. Ook voelen medewerkers in de gezondheidszorg zich onveiliger dan collega's elders. Dit blijkt uit het Nationaal Beveiligingsonderzoek van beveiligingsorganisatie Securitas.

Van de verschillende bedrijfssectoren in Nederland scoren zorg en onderwijs het slechtst. Beide scoren hoog op zowel vandalisme als inbraak met diefstal, agressie, bedreiging en intimidatie.

In 2006 had zes van de tien bedrijven te maken met vandalisme. Inbraak en diefstal staan met bijna 50 procent op de tweede plaats. Binnen de segmenten onderwijs, overheid en gezondheidszorg was er vooral sprake van vandalisme. In de gezondheidszorg kreeg het personeel daarbij vaak te maken met psychische en verbale intimidatie (18 procent).

Securitas is kritisch over het beveiligingsbeleid van organisaties. Vaak komt dit neer op incidentenmanagement, zoals het voorkomen van diefstal, aldus Securitas. (PvdP)

‘Instellingen plannen nog te veel vierkante meters in bij nieuwbouw’

In de ZorgVisie Nieuwsbrief van 3 april constateren ziekenhuizen dat zij met hun nieuwbouwplannen in de knel raken door het Bouwcollege. Ze voeren daarbij aan dat de bouwnormen die het Bouwcollege opstelt geen weerspiegeling vormen van de reële kosten. Het Bouwcollege bestrijdt dit.

De bouwkostennormen worden vastgesteld op basis van jaarlijks onderzoek naar aanbestedingsresultaten, individuele kostenonderzoeken en de bekende kostenindexen. Twee jaar geleden heeft het Bouwcollege deze systematiek van kostenbepaling door het Economisch Instituut Bouwnijverheid laten onderzoeken en het EIB constateerde toen dat deze systematiek voldoet.

De ontwikkelingen in de bouwmarkt (ruimte en krapte) worden door het Bouwcollege nauwlettend gevolgd. In de periode 2000-2002 kenden de kostennormen vanwege de ontwikkelingen van de bouwmarkt een markttoeslag. Deze toeslag is ingetrokken op het moment dat de bouwmarkt consi-

stent gunstige aanbestedingsresultaten gaf en zorginstellingen hierdoor onder andere meer vierkante meters konden laten bouwen. Overigens heeft de minister in 2003 besloten om extra 5 procent te korten op de bouwkosten. In de *Bouwkostennota 2006* zijn niettemin nog steeds per saldo meevalende aanbestedingsresultaten geconstateerd. Wel is gewezen op een omslag van de bouwmarkt, waardoor toen een verdere verlaging achterwege is gebleven.

Op dit moment constateert het Bouwcollege dat de omslag in de bouwmarkt zich voortzet. Echter, de tegenvallers lijken veel groter dan ze in werkelijkheid zijn. Dit komt omdat veel zorginstellingen er nog van uitgaan dat ze veel meer vierkante meters kunnen laten bouwen en met zo'n overmaat ook aanbesteden; geen wonder dat ze boven de vergunningbedragen uitkomen.

Willeke van Staalduinen, hoofd communicatie Bouwcollege

Peiling naar draagvlak voor embryo-kweek

Het Rathenau-instituut wil gaan peilen of Nederlanders het al dan niet acceptabel vinden als wetenschappers embryo's kweken speciaal voor onderzoek. Dit laten onderzoekers in dagblad *Trouw* weten.

Aanleiding is het kabinetsbesluit om het verbod op dit kweken, zoals vastgelegd in de Embryowet, te handhaven. Een belangrijk argument om dit verbod vijf jaar geleden in de wet vast te leggen, was dat de bevolking dit onderzoek onvoldoende zou steunen. Of dat nu nog steeds zo is, is onduidelijk. Daarom wil het Rathenau-instituut, dat het parlement informeert over technologische vraagstukken, opnieuw het draagvlak in kaart brengen. (*PvdP*)

Onderzoek naar drijfveren ‘hangouderen’

Onderzoeksbureau Movisie gaat de drijfveren van zogeheten ‘hangouderen’ onderzoeken. Daarnaast wil het onderzoeksbureau vaststellen in hoeverre zij een maatschappelijk probleem vormen.

De onderzoekers gaan de komende maanden de straat op om hangouderen te vragen waarom ze in groepjes op straat of op andere plaatsen rondhangen. Ook zullen enquêteurs wijkagenten, middenstanders en ouderenadviseurs naar hun mening vragen.

Het fenomeen ‘hangoudere’ dook op in de media toen winkeliers in Oude Pekela in 2005 ouderen de toegang tot een winkelcentrum weigerden omdat de groep overlast zou veroorzaken. In datzelfde jaar werden ook ouderen uit een fastfoodrestaurant in Almere weggestuurd.

Movisie wil achterhalen of hangouderen een maatschappelijk probleem vormen. Deskundigen suggereerden eerder al dat de ouderen zich vervelen en daarom elkaars gezelschap zoeken. Omdat in buurtcentra niet mag worden gerookt, zouden ze liever op straat, in winkelcentra of horeca-zaken rondhangen. Het onderzoek wordt betaald door drie ouderenfondsen. De uitslag wordt dit najaar verwacht. (*anp*)



Oproep voor de 3^e prijsvraag Maatschappelijke Sectoren & ICT

Het Actieprogramma M&ICT is een initiatief van de ministeries van EZ, BZK, Justitie, V&W, OCW en VWS om maatschappelijke vraagstukken in de sectoren veiligheid, mobiliteit, onderwijs en zorg te helpen oplossen door slim gebruik van ICT.

De prijsvraag M&ICT belooft projectvoorstellen die er toe leiden dat succesvolle, maar kleinschalige ICT-toepassingen breder worden ingezet ('opgeschaald') binnen de keten, sector of overheid. Winnende projecten ontvangen een financiële bijdrage van 50% in de projectkosten, met een maximum van € 1,2 miljoen.

De 3^e prijsvraag M&ICT gaat 24 april 2007 van start en sluit op 31 augustus 2007. Het thema voor de sector zorg is: 'De patiënt/cliënt als spil in de keten'.

Bij de derde prijsvraag staat de invalshoek van de patiënt/cliënt dus nadrukkelijk centraal. Een van de uitgangspunten van het nieuwe zorgstelsel is meer regie van de patiënt/cliënt over de eigen gezondheid, ziekte en behandeling en optimale samenwerking met de zorgaanbieders van zijn of haar keuze. Er is binnen de zorg al een aantal ICT-toepassingen vanuit patiënt/cliënt-perspectief beschikbaar, zoals emailconsult, teleconsultatie, zelfmonitoring. Veel van die ICT-toepassingen worden op dit moment nog slechts op kleine schaal gebruikt, maar lenen zich uitstekend voor opschaling. Deze prijsvraag is op zoek naar voorstellen die dit kunnen verwezenlijken.

Voor meer informatie over het Actieprogramma en de prijsvraag kunt u terecht bij het Programmabureau M&ICT en op www.m-ict.nl. Op de site kunt u zich aanmelden voor de voorlichtingsbijeenkomst 3^e prijsvraag op 24 april tijdens de Overheid & ICT beurs in Utrecht. Daar wordt ondermeer het thema uitvoerig toegelicht.