

Jaarverslag 2014



Naam document:	Jaarverslag 2014	Document beheerder:	Coördinator DCWF
Status document:	definitief	Vastgesteld door:	RvB 26 mei 2015
Versie:	29-05-2015	Goedgekeurd door:	RvT 28 mei 2015

Inhoudsopgave

1. Inleiding	2
2. Uitgangspunten verslaggeving	3
3. Profiel DCWF	3
a. Algemene identificatiegegevens	3
b. Structuur.....	3
c. Vergunning	4
d. Visie en strategie.....	4
e. Kernactiviteit.....	5
f. Verzorgingsgebied	6
g. Samenwerkingsrelaties	6
4. Nader belicht: DCWF gaat op in Zorgkoepel West-Friesland	7
5. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap.....	8
a. Normen voor goed bestuur	8
b. Raad van bestuur	8
c. Raad van Toezicht.....	9
d. Nader belicht: belangentegenstellingen Raad van Bestuur.....	12
e. Medisch Adviesraad	12
f. Inspraak van cliënten.....	14
6. Doelstelling, strategie en gevoerd beleid.....	15
a. Doelstellingen.....	15
b. Waarde die DCWF toevoegt.....	15
c. Producten en diensten.....	16
d. Trombosedienst.....	16
e. Satelliet Cito Laboratorium	17
f. Besteding innovatiegelden	18
g. Nascholing	18
h. De stem van de cliënt.....	18
7. Financieel	20
Baten: contractering zorgverzekeraars	20
8. Risico's en onzekerheden	21
a. Niet voldoen aan de verwachtingen van cliënten	21
b. Contractering zorgverzekeraars	21
c. Fiscale en juridische risico's	21
d. Operationele risico's.....	21
e. Reputatierisico.....	22
9. Relevante informatie na afsluiting van het boekjaar	23

1. Inleiding

Voor u ligt het jaarverslag van de Stichting Diagnostisch Centrum West-Friesland over het jaar 2014. Dit is het laatste jaar waarin het DCWF zelfstandig heeft gefunctioneerd. 2014 heeft in het teken gestaan van het voorbereiden van een fusie met twee andere eerstelijns organisaties: Centrale Huisartsenpost West-Friesland en Ketenzorg West-Friesland. Met de samenvoeging beoogt het bestuur van DCWF versterkt bij te dragen aan de ontzorging van de huisarts, een missie waarmee het DCWF sinds de start in 2010 op pad is gegaan. DCWF is een partij die meetelt in de regio West-Friesland. Samen met andere partijen kunnen wij de belangrijke opdracht de eerste lijn te versterken in het belang van zorg voor de inwoner van de regio.

2014 was ook het jaar waarin het diagnostisch pallet voor de huisarts verder werd aangevuld. Op de markt voor eerstelijns diagnostiek zijn momenteel twee soorten partijen actief, die volgens de directie van DCWF beiden levensvatbaar zijn maar elk eigen voor- en nadelen hebben: partijen die met forse schaalgroottes voornamelijk via de techniek patiënten van huisartsen bedienen, en partijen die sterk in de regio zijn ingebed en daar hun toegevoegde waarde vinden. DCWF is een partij die gebruik kan maken van beide werelden doordat het onderzoek organiseert en inkoop doet en dit kan doen bij de sterke partijen in de markt. Gelukkig is haar regionale voorkeursleverancier Westfriesgasthuis een innovatieve partij wier aanbod zich uitstekend meet met de landelijke spelers. Voor DCWF en de eerstelijns zorgverleners die het bedient is dit de meest ideale situatie.

In 2015 zal de markt weer sterk gaan veranderen onder invloed van verzekeraars, techniek en fusies van haar leveranciers. Met onze eigen fusie denken wij goed voorgesorteerd te zijn op alle veranderingen.

Hoorn, 26 mei 2015

Stefan Koomen en Erik van de Sande
Leden Raad van Bestuur

2. Uitgangspunten verslaggeving

Het voorliggende jaarverslag gaat over het profiel van de Stichting Diagnostisch Centrum West-Friesland, kortweg DCWF, de doelstelling, de strategie en het gevoerde beleid, de financiële verantwoording, de risico's en onzekerheden, de besturingsaspecten en de vooruitzichten voor 2015, die verbonden zijn aan de Stichting Diagnostisch Centrum West-Friesland, kortweg DCWF.

De administratie wordt gevoerd door het Westfriesgasthuis, de voorkeursleverancier van DCWF. Dit geldt ook voor de facturatie. Door gebruik te maken van dezelfde mensen en systemen kunnen de kosten laag worden gehouden. De accountantscontrole vindt plaats door accountant Sander Calis, verbonden aan Accountantskantoor Woestenburger V.O.F. in Enkhuizen.

3. Profiel DCWF

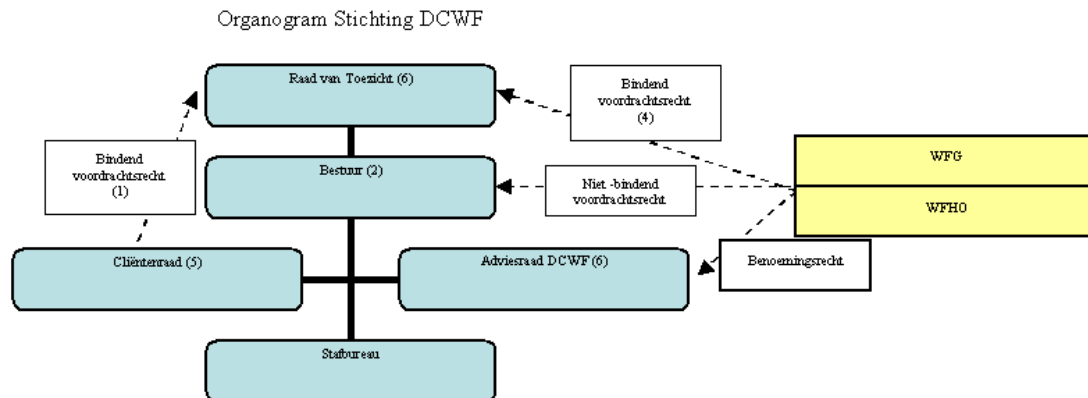
a. Algemene identificatiegegevens

Naam verslag leggende rechtspersoon	Stichting Diagnostisch Centrum West-Friesland (DCWF)
Adres	Maelsonstraat 5
Postcode	1624 NP
Plaats	Hoorn
Telefoonnummer	06-53244680
Identificatienummer Kamer van Koophandel	50195670
AGB code	22-220377
NZA nummer	291-0203
Website	www.dcwf.nl
E-mailadres	info@dcwf.nl

b. Structuur

Het DCWF is een stichting die is opgericht op 10 juni 2010. De oprichtende partijen zijn het Westfriesgasthuis en de West-Friese huisartsenorganisatie (WFHO). Bij de oprichting is zorgverzekeraar UVIT (nu: VGZ) nauw betrokken geweest en is Achmea gekend. Aan de oprichting ligt een ondernemingsplan ten grondslag waarmee alle drie de direct betrokken partijen akkoord zijn gegaan.

Het organogram ziet er als volgt uit, waarbij dit de situatie is die statutair zou ontstaan als een cliëntenraad zou worden geïnstalleerd:



De organisatie functioneert nu met een Raad van Bestuur (2-hoofdig) en een Raad van Toezicht (3-hoofdig). Na eventuele installatie van een cliëntenraad kan deze een plaats in de Raad van Toezicht opeisen. De statuten bepalen dat dan zowel het Westfriesgasthuis als de WFHO een voordracht mag doen voor elk een additioneel lid.

c. Vergunning

Het DCWF beschikt sinds 12 mei 2010 over een WTZi toelating als instelling voor medisch specialistische zorg welke zorg behoort tot de ingevolge de Zorgverzekeringswet te verzekeren prestaties en als trombosediens.

Verbonden aan het DCWF is een medisch adviesraad, welke bestaat uit drie huisartsen en drie medisch specialisten.

d. Visie en strategie

Mensen zijn zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid. De reguliere gezondheidszorg ondersteunt hen om gezond te zijn, gezond te blijven en gezond te worden en goed om te gaan met ziek zijn. De maatschappij vraagt om een stevige rol van deze zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt. De zorg is gericht op zelfredzaamheid. De mens wil geholpen worden bij het maken van eigen keuzes. Een benadering die de mens aanzet tot zelfzorg en zelfmanagement zal de voorkeur hebben. Gebruik maken van de bestaande netwerken in de wijk levert duurzaam georganiseerde zorg op.

De schaarste aan capaciteit en middelen vraagt om het op maat organiseren van de zorg, gericht op het individu. De huisarts levert kwalitatief goede en samenhangende zorg op maat, dicht bij de patiënt. De behandelend huisarts heeft een grote verantwoordelijkheid om zijn handelen als arts, regisseur en poortwachter kwalitatief op hoog niveau in te vullen. De inzet van de medisch specialist zal zich beperken tot die activiteiten waar deze toevoegde waarde hebben en is nadrukkelijk partner van de huisarts. De indeling tussen de verschillende lijnen is voor de patiënt niet relevant (meer), deze vraagt om een integrale oplossing voor zijn of haar gezondheidsvraagstukken. De techniek (diagnostisch, medisch en ICT) ontwikkelt zich zodanig dat zij een andere inrichting van de zorgketen mogelijk maakt en de huisarts en de patiënt ondersteunt. De huisarts dient wel passend te worden

ondersteund. Het Diagnostisch Centrum West-Friesland biedt de huisarts ondersteuning aan om zorg aan te bieden die aansluit bij de wensen van de patiënt.

Het veld van de diagnostiek ontwikkelt zich snel en de mogelijkheden worden groter, daarmee ook de kansen om de diagnostiek in de eerste lijn uit te breiden en innovaties te introduceren. DCWF wil ook nadrukkelijk de rol van de patiënt versterken bij zelfdiagnostiek en zelfmonitoring, zeker als de ontwikkelingen van nieuwe diagnostische mogelijkheden dit verantwoord mogelijk maken.

Voordelen voor de patiënt:

- Deskundige, snelle en competente diagnostische onderzoeken
- Volledig aanbod via een partij ontsloten
- Adequate, gastvrije opvang met passende begeleiding op de onderzoekslocatie
- Een duidelijke routing naar de onderzoekslocaties
- Onderzoeken worden zonder wachttijd uitgevoerd en snel verslagen
- Onderzoeken worden zo dicht mogelijk in de buurt van de woonplaats van de patiënt uitgevoerd
- De resultaten van onderzoeken worden opgeslagen op plaatsen die voor behandelend medici snel bereikbaar zijn
- Toegang tot geavanceerde diagnostische onderzoeken die tot voor kort een bezoek aan de medisch specialist vereisten
- Zoveel mogelijk zorg in de eerste lijn, zodat patiënt niet onnodig naar het ziekenhuis hoeft te worden verwezen

Voordelen voor de huisarts:

- Uitslagen diagnostische onderzoeken snel beschikbaar
- Behoeft van de huisarts is bepalend voor samenstelling en kenmerken aanbod
- Directe invloed op het aanbod via de medisch adviesraad (huisartsen en specialisten)
- Koppeling aan het voor huisartsen te benaderen EZIS
- Digitale terugkoppeling van uitslagen van onderzoeken die rechtstreeks zijn in te lezen in ieder HIS
- Overleg met betrokken specialisten via de medisch adviesraad
- Duidelijke indicatiestellingen van onderzoeken
- Goede logistiek van en naar de huisartsenpraktijk van onderzoeks- en informatiemateriaal

e. Kernactiviteit

Het DCWF heeft als primaire taak het aanbieden van diagnostisch onderzoek aan patiënten voor wie de huisarts, maar ook andere eerstelijnszorgverleners zoals verloskundigen of artsen infectieziekten, de hoofdbehandelaar is. Daarnaast biedt het DCWF aan de West-Friese patiënten antistollingsbehandeling en –begeleiding aan, verzorgd door de trombosedienst, met welke patiënten het DCWF een behandelrelatie heeft. Daartoe koopt zij bij leveranciers de diagnostische onderzoeken en de trombosedienst in en verkoopt deze zelfstandig in de markt door zorgverzekeraars te contracteren.

Concreet betekent dit dat het DCWF diagnostische onderzoeken aanbiedt op het gebied van radiologie (röntgenfoto's, echo's, CT scans en MRI scans), klinische chemie, medische microbiologie, vaginale echografie, pathologie, cardiologie (ecg's, inspannings-ecg's en event recorders), gastroscopie, colonoscopie, longfuncties, spirometrie, audiometrie en botdichtheidsmetingen.

Alle activiteiten worden gefinancierd uit publieke middelen en betreft zorg die wordt vergoed uit de basisverzekering, er vinden geen privaat gefinancierde activiteiten plaats. Dit betreft een principiële keuze.

f. Verzorgingsgebied

Het DCWF richt zich primair op het gebied waarin leden van de West-Friese huisartsenorganisatie zijn gevestigd. Grofweg is dit het gebied tussen Hoorn, Obdam, het eiland Wieringen en Enkhuizen. Daarnaast biedt het DWCF haar diensten actief aan in de regio Heerhugowaard, waar een grote onderzoekslocatie van het Westfriesgasthuis gevestigd is. Wij zien, mede door de korte toegangstijden en de volledigheid van het aanbod, steeds meer patiënten uit de omliggende regio's. Zij zijn meer dan welkom.

g. Samenwerkingsrelaties

Het DCWF koopt haar diensten in bij leveranciers en biedt deze vervolgens onder economische en juridische verantwoordelijkheid aan in de markt, waarbij geldt dat het DCWF alleen verzekerde zorg aanbiedt. Het WFG is als gevolg van afspraken bij oprichting eerste keus: als het Westfriesgasthuis de diensten in termen van service en prijs kan leveren binnen de kaders die de medisch adviesraad en verzekeraar hebben opgesteld, koopt het DCWF de diensten bij het Westfriesgasthuis in. De spelregels zijn vastgelegd in een overeenkomst preferred suppliership en een algemene dienstverleningsovereenkomst Westfriesgasthuis en DCWF.

Met het verzelfstandigen van de pathologie heeft Symbiant B.V. de plaats ingenomen van WFG als contractpartner van DCWF. WFG heeft in deze B.V. een aandelenbelang van 33,3%. Per januari 2014 is het Medisch Microbiologisch laboratorium eveneens verzelfstandigd en gaat verder als Comicro B.V. Hierin heeft WFG een belang van 50%. Het DCWF verwacht dat mogelijk ook het KCL dat nu onderdeel uitmaken van het WFG verzelfstandigd gaat worden, mogelijk al per 2016. Ook met hen zal dan een overeenkomst gesloten moeten worden, waarbij geldt dat de afspraken gemaakt in het ondernemingsplan niet automatisch gelden voor dochters waarin het WFG een minderheidsbelang heeft.

De diensten worden aangeboden en gecontracteerd door de vijf (blokken van) zorgverzekeraars: VGZ (voorheen: UVIT), Achmea, CZ, Menzis en Multizorg VRZ. Met hen wordt een intensieve dialoog onderhouden op basis van een gemeenschappelijk belang: het laag houden van de zorgconsumptie per inwoner van Noord-Holland-Noord, primair West-Friesland, op basis van de toegevoegde waarde van diagnostiek.

Met alle vertegenwoordigers van verwijzers en relevante behandelaars in de regio wordt periodiek overleg gevoerd om wensen voor verbetering te inventariseren en mogelijke nieuwe diensten te ontwikkelen. Zo is het zelfmeten in verpleeg- en verzorgingstehuizen van Wilgaerden en Omring in 2014 voltooid, wat voor de patiënten betekent dat het vertrouwde verplegende personeel de meting uitvoert en digitaal aan onze trombosedienst doorgeeft.

De bovengenoemde verpleeg- en verzorgingshuizen geven aan dat deze dienstverlening voor de bewoners een enorme meerwaarde heeft in termen van belasting, en dat de verpleging door het uitvoeren van de metingen meer betrokkenheid heeft bij de antistollingstherapie van de patiënt. De meerwaarde werd bevestigd door een groot onderzoek in 2014 en geldt zowel voor bewoners als verpleging.

Met enkele diagnostische centra is periodiek contact, in het bijzonder Starlet en SCAL. Het DCWF is bewust geen lid van de SAN omdat SAN voor haar geen meerwaarde biedt ten opzichte van de kosten die hieraan verbonden zijn. Hetzelfde geldt voor een lidmaatschap van ZKN (Zelfstandige Klinieken Nederland). DCWF verwacht op basis van gesprekken met verzekeraars dat de inkoop van eerstelijnsdiagnostiek, en de verscheidenheid van regelgeving en kaders die voor de aanbieders gelden en per aanbieder verschilt, binnen enkele jaren ingrijpend zal worden gewijzigd. Dat maakt een lidmaatschap van ZKN, hoezeer wij voor reguliere ZBC's de meerwaarde zien, ook geen nuttige investering voor de lange termijn.

4. Nader belicht: DCWF gaat op in Zorgkoepel West-Friesland

Na een periode van nauwe verwevenheid met het Westfriesgasthuis heeft DCWF uitsluitend bestaansrecht op lange termijn als het meer op eigen benen staat. Een eigen financiële administratie, meer investeren in nieuwe vormen van diagnostiek en een meer zakelijke opstelling naar de leveranciers van DCWF passen hierbij. Samen met de fusiepartners kunnen we hier invulling aan geven. DCWF ziet veel mogelijkheden onnodige diagnostiek tegen te gaan door spiegelinformatie en scholing en ondergebruik om te zetten naar gepast gebruik. In de uitvoering van diagnostisch onderzoek is er veel synergie met de nieuwe partners te bereiken. Een lang gekoesterde wens is één locatie met eerstelijnsdiagnostiek waar DCWF ook echt zelf de scepter zwaait en waar patiëntgerichtheid voorop staat. Ook de telefonische bereikbaarheid kan door het samengaan sterk worden verbeterd. Verzekeraars hebben aangeven dat zij meer zelfstandigheid van DCWF als voorwaarde zien voor contractering op termijn. RvB en RvT zijn het eens dat de aansluiting bij CHP en KZWF een goede zaak is en de beste oplossing is en besloten daar op basis van een gedetailleerd ondernemingsplan met alle juridische stukken positief over. De stakeholders WFHO en WFG, die moeten instemmen met elke statutenwijziging van DCWF, besloten op advies van de RvB eveneens positief over de plannen. De fusie is op de laatste dag van 2014 geëffectueerd.

De Zorgkoepel West-Friesland zal per 2015 als rechtspersoon het bestuur vormen van het DCWF, de HAP en Ketenzorg West-Friesland. Beide bestuurders van DCWF zullen samen met de bestuurder van de HAP (Wendy van den Berg) het bestuur gaan vormen van DCWF. Meer informatie over de Zorgkoepel West-Friesland is te vinden op www.zorgkoepelwlf.nl.

5. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

a. Normen voor goed bestuur

Bij het opstellen van het ondernemingsplan DCWF en de keuzes voor inrichting van de organisatie is de zorgbrede governancecode toegepast. Hiertoe is de advisering in handen van Van Doorne advocaten gegeven en zijn passende statuten opgesteld. Uitgangspunt is dat de betrokkenheid van de oprichtende partijen wel moet blijken, maar dat DCWF onafhankelijk moet zijn teneinde voor patiënten de belangrijkste partijen in het regionale zorglandschap te verbinden.

Dit is opgelost door:

- Het ontbreken van een doorslaggevende stem van een van de oprichtende partijen bij benoeming van de bestuurders (eenmalig voordrachtsrecht)
- Het ontbreken van een doorslaggevende invloed in de stemming
- Een evenredige verdeling van huisartsen en medisch specialisten in de medisch adviesraad
- Een voorkeursleverancierschap (preferred suppliership) van het Westfriesgasthuis: uitsluitend als zij kan voldoen aan de eisen van de aanvragers, mag het Westfriesgasthuis als leverancier optreden.
- Het ontbreken van elke vorm van gedwongen winkelnering bij de regionale huisartsen (zij kiezen altijd op basis van de beste productkenmerken)

Het DCWF heeft geen klokkenluidersregeling omdat het naast het bestuur, financieel controller en medisch coördinator geen andere werknemers in dienst heeft. Nu de schaal van het DCWF vergoot is, zal dit mogelijk wel worden toegevoegd in de komende jaren.

b. Raad van bestuur

Het dagelijks bestuur bestaat uit 2 personen: drs. H.B.A. (Erik) van de Sande (huisarts) en drs. S.J.J. (Stefan) Koomen (econoom). Zij zijn bij de oprichting van DCWF voorgedragen door respectievelijk de WFHO en het Westfriesgasthuis. Beiden hebben zij een dienstverband bij DCWF. De omvang van de aanstelling is 9 uur per week voor onbepaalde tijd. Beide bestuurders hebben de mogelijkheid bij meerwerk overuren te declareren bij DCWF.

De heer van de Sande was in 2014 tevens directeur van de huisartsenorganisatie WFHO en werkt als sportarts bij het Sport Medisch Advies Centrum (SMA) te Hoorn, alsmede als huisarts in Wormer. De heer Koomen werkte in 2014 tevens als manager business development bij het Westfriesgasthuis en maakt daar sinds januari 2012 deel uit van het management team.

De Raad van Bestuur wordt ondersteund door mevrouw Kitty Loos, die is aangesteld als medisch coördinator. Zij heeft een aanstelling voor onbepaalde tijd. De omvang van de aanstelling is 23 uur per week. In 2014 heeft DCWF voor 16 uur per week een controller aangesteld ter ondersteuning van de RvB.

De heren Koomen en Van de Sande besturen samen het DCWF. Daartoe zijn wekelijkse vergaderingen van de RvB waar de besluiten gezamenlijk worden genomen. De besluiten worden genoteerd in een besluitenlijst en door beide leden van de RvB ondertekend. In beginsel is de donderdag een vaste vergaderdag voor het DCWF en vindt de vergadering van de raad plaats. Gedurende de rest van de week zijn er regelmatig kleine zaken te regelen waarbij contact per telefoon of e-mail voldoende is. Binnen het bestuur is sprake van gelijkwaardigheid, het voorzitterschap rouleert per vergadering.

De vakanties van de bestuurders wordt zodanig afgestemd dat altijd één bestuurder bereikbaar en beschikbaar is. De RvB heeft de taken ook verdeeld naar het wetenschapsdomein van de bestuurders. Zo is de heer Koomen primair verantwoordelijk voor de financieel-economische zaken, de heer Van de Sande voor de medische zaken en de contacten met (huis)artsen.

De bezoldiging van beide bestuurders is als volgt:

Naam	Bruto Salariskosten inclusief werkgeverslasten (boekjaar)
H.B.A. van de Sande	€ 26.000
S.J.J. Koomen	€ 26.000

c. Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht van DCWF bestond het gehele boekjaar uit drie leden:

Naam	Rol	Benoemd tot	Functies
P.R. Alsema	Vz	1-6-2014	Notaris bij Alsema Van Duin, notarissen en adviseurs, Hoorn en Purmerend;
W.P. Rijkse	Vz	Vanaf 20-11-2014 tot 31-12-2014	<ul style="list-style-type: none"> • Hoofdredacteur Handboek Privacy in de Gezondheidszorg (1988 - heden). • Voorzitter Raad van Advies Kwaliteitsregister Tandartsen (NMT) (2008 - heden). • Voorzitter Raad voor de Rechtspraak Fysiotherapie KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) (2012 - heden). • Voorzitter Raad van Toezicht 'Vecht en IJssel - wonen, welzijn en zorg' (2012 - heden). • Voorzitter Raad van Toezicht St. Zorgdelers – SAZ / ASR / DSW (2013 - heden). • Voorzitter St. Kleurrijk Kunst en Cultuur Leusden (2014 - heden). • Vice-voorzitter Klachtencommissie Ziekenhuis Tergooi (2014 – heden). • Adviseur Hoofdbestuur Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)

H.C. Bouman	Lid	1-6-2014 (vanwege de aankomende fusie verlengd)	<ul style="list-style-type: none"> • eigenaar van Bouman Bedrijfsadviesing, Westwoud • adviesing aan en ondersteuning van het bestuur van de stichting algemeen maatschappelijk werk AMW Drechterland. • lidmaatschap van een adviescommissie van het college van B&W van de Gemeente Stede Broec
C.M.M. Westra-Meijer	Lid	Vanaf 21-11-2013	Arts-microbioloog, n.p. bestuurslid van de Soroptimistclub Hoorn e.o.

De heer Alsema is afgetreden per 1 juni 2014. Gezien de aanstaande fusie (zie verder) heeft het DCWF enkele maanden met twee leden van de RvT gefunctioneerd. Bij de opvulling van de vacature is door DCWF voorgesorteerd op de nieuwe situatie na 1 januari 2015. Daarom is de heer W.P. Rijkssen per 20 november 2014 benoemd als voorzitter van de RvT op voordracht van WFG. Deze aftredings- en benoemingsprocedure is afgestemd met een advocaat.

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht is als volgt (boekjaar):

Naam	Bezoldiging
P.R. Alsema	€ 1500 (naar rato)
W.P. Rijkssen	€ 750
H.C Bouman	€ 1500
C.M.M Westra-Meijer	€ 1500

Voor de Raad van Toezicht geldt een terughoudend bezoldigingsbeleid. De toezichthouders oefenen de functie vooral uit het belang van de regio en de patiënten uit. Voor hen is het een goede kans de eigen expertise voor de volksgezondheid in te zetten.

De Raad van Toezicht komt doorgaans vier keer per jaar bijeen. In 2014 is de RvT 6X keer bijeen gekomen.

De agenda wordt voorgesteld door de Raad van Bestuur. Tijdens de bijeenkomst houdt het bestuur aan de hand van een presentatie de toezichthouders op de hoogte van de belangrijkste zaken. Vaak worden daar enkele bijlagen bij verstrekt. Belangrijke items in het boekjaar waren:

- Evaluatie functioneren RvB en RvT en de bemensing van de RvT
- Stand van zaken contractering met de zorgverzekeraars,
- Mogelijke tegenstrijdige belangen bestuurders
- Besteding innovatiegelden
- Liquiditeitspositie
- Toekomst DCWF en besluitvorming over de oprichting van de Zorgkoepel

Het toezicht op strategie, de interne beheersing- en controlemechanismen hebben de bijzondere aandacht. De toezichthouders hebben het bestuur gevraagd extra alert te zijn op belangentegenstellingen doordat de beide bestuurders ook werkzaam zijn bij de oprichtende partijen. Waar nodig treedt een lid van de Raad van Toezicht op namens een van de bestuurders. Daarnaast is voorkomen van kosten die geen directe toegevoegde waarde hebben voor de zorg een belangrijke focus voor de RvT.

Gedurende het jaar hebben de RvT en de RvB op initiatief van de RvB twee extra vergaderingen gewijd aan het goedkeuren van de jaarrekening (25-09-2014 en 21-10-2014) en drie extra vergaderingen c.q. kennismakingsbijeenkomsten en onderlinge RvT-vergaderingen m.b.t. de ontwikkelingen van de nieuwe zorggroep (8-7-2014, 11-12-2014 en 16-12-2014).

De leden van de RvT houden zich op de hoogte van ontwikkelingen in de sector doordat zij zelf cliënten in de sector hebben en/of nog in de branche actief zijn. Door het bestuur worden zij periodiek bijgepraat over ontwikkelingen en van artikelen voorzien. In 2014 is het nog niet gelukt dat bestuur en toezichthouders ter oriëntatie langsgaan bij enkele collega-initiatieven.

De RvT heeft gezien de geringe complexiteit geen subcommissies ingesteld. Er is wel een primair aandachtsgebied per lid: de heer Alsema richt zich primair op juridische en bestuurlijke zaken, de heer Bouman op financiële onderwerpen en mevrouw Westra richt zich vooral op het medisch gedeelte.

Twee van de drie toezichthouders zijn als gevolg van de inhoud van de statuten benoemd namens de oprichters. Zij functioneren echter onafhankelijk doordat is geborgd dat zij geen opdrachten vanuit het Westfriesgasthuis of WFHO ontvangen en er zijn geen zaken die een der partijen afgestemd behoeven te worden alvorens daarover te kunnen besluiten.

De bestuurders worden minimaal één keer per jaar formeel beoordeeld aan de hand van de aangeleverde stukken, de mate waarin het bestuur de toezichthouders op de hoogte stellen van de actuele stand van zaken, de mate waarin de bestuurders de opdracht van het DCWF zoals volgt uit de statuten van DCWF invullen.

Bron voor de toezichthouders zijn de vergaderingen met de bestuurders en de stukken die zij ontvangen vanuit het bestuur. Eenmaal jaarlijks, aan het eind van het jaar, wordt een formele evaluatie van het functioneren van de bestuurders gepland. Deze heeft eind 2014 ook plaatsgevonden in het perspectief van de mogelijke benoeming van de beide bestuurders in de nieuw te vormen RvB van de Zorgkoepel. Beide bestuurders zijn positief beoordeeld, waarbij specifiek werd gewezen op de verbinding die zij weten te leggen tussen de verschillende zorgaanbieders in de regio, met name de huisartsen en de medisch specialisten. Binnen enkele jaren is DCWF een niet weg te denken speler in het zorgaanbod in Noord-Holland-Noord geworden.

Het functioneren van de leden van de RvT onderling wordt minimaal een keer per jaar door de leden onderling beoordeeld, waarbij de leden van de raad een positief oordeel hebben gegeven. De leden zorgen ervoor voldoende op de hoogte te blijven van ontwikkelingen in hun eigen vakgebied en de maatschappij. Verder houden zij de vakliteratuur bij.

Voor de Raad van Bestuur én voor de Raad van Toezicht zijn in de statuten profielen vastgelegd. In beide raden dient ten minste een lid een medische achtergrond te hebben. Aan deze eis werd zowel in 2010, 2011, 2012 als 2013 voldaan. De heer Smit is voormalig traumachirurg en opleider in het Westfriesgasthuis en mevrouw Westra is voormalig arts-microbioloog in het Westfriesgasthuis.

d. Nader belicht: belangentegenstellingen Raad van Bestuur

Bij een dreigende vorm van belangenverstremming meldt de betreffende bestuurder dit bij een van de leden van de Raad van Toezicht. De toezichthouders bepalen hoe de bestuurder dient te handelen. In 2013 deden zich de onderstaande vormen van belangenverstremming voor:

- Gesprekken over de aanlevering van financiële informatie vanuit de administratie van het WFG en de manier waarop de administratieve organisatie is ingericht zijn gevoerd door de heer van de Sande en de heer Bouman in afwezigheid van de heer Koomen.
- De plannen voor een nieuwe structuur in de huisartsenorganisatie, waarvan de heer Van de Sande tevens directeur is, zijn behandeld door de heer Koomen in overleg met de heer Smit, lid van de Raad van Toezicht en later met mevrouw Westra, lid van de Raad van Toezicht.
- Er was in het verslagjaar 2014 sprake van een door DCWF toegekende subsidie aan de huisartsenorganisatie WFHO om te onderzoeken of er met één regionaal HIS gewerkt kan worden. Voortgangsgesprekken met het bestuur van de WFHO vonden buiten de aanwezigheid van de heer van de Sande plaats.

e. Medisch Adviesraad

Door het instellen van een medisch adviesraad (MAR) houdt het bestuur als vanzelf intensief contact met de relevante stakeholders huisartsen (klant) en medisch specialisten (uitvoerders van diagnostiek). Vertegenwoordigers van de raad worden voorgedragen door het stafbestuur van het WFG en het bestuur van de WFHO. De raad komt vier keer per jaar bijeen met het bestuur en adviseert het bestuur gevraagd en ongevraagd over:

- Het aanbod aan diagnostisch onderzoek en trombosedienst, in termen van beschikbaarheid, indicatiestelling, serviceniveau en volume
- Beleidsplannen en jaarplannen van de stichting
- De selectie van leveranciers en de evaluatie van de dienstverlening van leveranciers
- Advies over aanwending eventuele winst ten bate van verbetering van het regionale zorgaanbod

De medisch adviesraad verstrekt een integraal advies aan het bestuur waarbij het bestuur zorgt voor vastlegging van het advies en de vertaling naar haar beleid. De medisch adviesraad zorgt zelf voor afstemming met haar achterban, of kan het bestuur verzoeken dit te doen door bijvoorbeeld een tevredenheidsonderzoek of een raadpleging. Alleen bij zwaarwegende redenen kan het bestuur het advies van deze raad naast zich neerleggen. Het bestuur dient dit goed te motiveren en haar beslissing terug te koppelen aan de raad.

De raad bestaat uit zes leden: drie medisch specialisten vanuit het WFG en drie huisartsen vanuit de WFHO. Het stafbestuur van het WFG benoemt de medisch specialisten, het bestuur van de WFHO de huisartsen. De zittingstermijn is twee jaar, welke eenmalig met twee jaar verlengd kan worden. In 2010 is de raad vier keer bijeen gekomen, in 2011 vijf keer, in 2012 vier keer en in 2013 ook vier keer en in 2014 drie keer.

De medisch adviesraad bestond in het boekjaar uit de volgende leden:

Naam	Functie	Benoemd tot
Teddo Doesburg	Radioloog Westfriesgasthuis	1-6-2014 (afgetreden per die datum)
Hugo van de Klippe	Cardioloog Westfriesgasthuis	1-6-2015 (einde eerste termijn; aangetreden per 1-6-2013)
Rolf Zwertbroek	Internist Westfriesgasthuis	1-6-2015 (einde eerste termijn, aangetreden per 1-6-2013)
Theo Versteege	huisarts te Zwaag	1-6-2014 (afgetreden per die datum)
Erik Wybenga	huisarts te Hoorn	1-6-2014 (afgetreden per die datum)
Ramon Schagen	Huisarts te Obdam	1-6-2015 (einde eerste termijn; aangetreden per 1-6-2013)
Bart van Oostendorp	Huisarts te Ursem	1-6-2016 (einde eerste termijn; aangetreden per 1-6-2014)
Diane Mouwen	Radioloog Westfriesgasthuis	1-6-2016 (einde eerste termijn; aangetreden per 1-6-2014)
Peter Grootenhuis	Huisarts te Hoorn	1-6-2016 (einde eerste termijn; aangetreden per 1-6-2014)

Elk lid ontvangt een jaarlijkse vergoeding van € 1000,-, indien van toepassing naar rato.

Het bestuur heeft verheugd geconstateerd dat de raad met veel plezier en interesse haar adviesrol heeft ingevuld. Vaak is sprake van levendige discussies, waarbij ook de verschillen tussen het werken in de eerste en tweede lijn duidelijk worden. Het is vervolgens aan het bestuur om deze kloof te dichten, bijvoorbeeld door duidelijke indicatiestellingen te ontwikkelen. Duidelijk werd ook dat er nog veel verbeteringen mogelijk zijn. De raad heeft zich primair met het volgende type onderwerpen beziggehouden:

- Aanbod onderzoeken, evaluatie onderzoeken (waaronder echo-hart; dit onderzoek is uiteindelijk nog niet in het diagnostiek pallet opgenomen aangezien er in 2014 geen tarief voor is bij de Nza)
- Communicatie en patiëntvoorlichting,
- De besteding van innovatiegelden, waaronder de financiering van de opleiding tot, kaderarts en een onderzoek naar de ontwikkeling van één HIS (huisartsen informatie systeem) in de regio
- Het aanbod aan nascholing
- De uitrol van Near Patient Testing (zelfmeten door verpleegkundigen/verzorgenden van de Omring, Wilgaerden en Buurtzorg ten behoeve van hun cliënten)
- Het bespreken van volumes en het duiden van afwijkingen, mede ten behoeve van verzekeraars
- Het te voeren beleid van de DCWF Trombosedienst inzake de introductie van nieuwe antistollingsmiddelen (zogenaamde NOAC's)

- Functioneren MAR
- Transmuraal incident meldingen
- Toegangstijden onderzoeken
- Indicaties MRI-onderzoeken
- De verwijsapplicatie
- Radiologie faciliteit in Enkhuizen
- Cardiologische echografie voor de 1^e lijn
- Spiegelinformatie
- Verzelfstandiging laboratoria
- Het al dan niet aanbieden van niet verzekerde of niet gecontracteerde zorg
- De pilot röntgenonderzoek door DCWF tijdens diensturen
- Oprichting Zorgkoepel West-Friesland

Doordat de raad goed functioneert in termen van inhoud, opkomst en de openheid van de discussies heeft het bestuur goed zicht op de wensen van huisartsen en specialisten en kan zij tijdig bijsturen indien nodig. De raad heeft veel oog voor de praktische vertaling, zoals de motivatie van een huisarts om voor een bepaald onderzoek te verwijzen en het verminderen van 'gedoe' in de huisartsenpraktijk.

f. Inspraak van cliënten

Het DCWF hecht veel waarde aan de mening van de patiënt. In de huidige tijd verandert de verhouding tussen patiënt en zorgaanbieder fundamenteel. Diagnostiek dient een antwoord te geven op de onzekerheid die patiënten doormaken. Bij het plannen en uitvoeren van de onderzoeken verlangt de patiënt gemak, invloed en voorlichting. Dat geeft vaak spanning bij de uitvoerende partij, die geacht wordt een forse patiëntenstroom te verwerken tegen lage kosten. Luisteren naar de wensen en voorkeuren van patiënten is essentieel om dit dilemma op te lossen.

Tegelijkertijd wil het bestuur voorkomen dat er in de eerste en tweede lijn veel verschillende cliëntraden actief zijn. Ook zet het DCWF vraagtekens bij de representativiteit van cliëntenraden: met modern marktonderzoek kan heel goed, en dan voor de betreffende doelgroep, de mening van de patiënt worden achterhaald als basis voor besluitvorming. Ten tijde van de oprichting van het DCWF werd een snelle invoering van een gemeenschappelijke cliëntenraad met het Diabetes Zorg Systeem en de Centrale Huisartsen Post verwacht. Met name met de laatste instantie zijn er, wat de patiëntenpopulatie betreft, overeenkomsten: zeer tijdelijk gebruik en geen eigen behandelrelatie. Met deze instanties zijn gedurende het boekjaar ook overleggen geweest om te komen tot een raad. Deze zijn in een stroomversnelling gekomen door de oprichting van de Zorgkoepel West-Friesland waartoe in 2014 besloten werd. In 2014 besloot DCWF op basis van bovenstaande argumenten het oprichten van een cliëntenraad uit te stellen en te wachten tot oprichting van de Zorgkoepel.

6. Doelstelling, strategie en gevoerd beleid

a. Doelstellingen

Conform haar statuten heeft het DCWF de volgende doelstellingen:

- Het leveren van kwalitatief hoogwaardige eerstelijns medische diagnostiek voor de patiënten die hiervoor verwezen worden naar DCWF door de zorgverleners in de eerste lijn, zoals huisartsen, verloskundigen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten, GGD-artsen, enzovoorts.
- DCWF streeft na op een kosteneffectieve wijze de diagnostiek te leveren, en een bijdrage te leveren aan het voorkomen van dubbele diagnostiek.
- Het DCWF werkt op patiëntvriendelijke manier, door klantgerichte benadering en moderne uitleg.
- Een innovatief karakter van de dienstverlening, met vroegtijdige aandacht voor nieuwe ontwikkelingen.
- Het op milieu neutrale wijze de zorg te verlenen.

b. Waarde die DCWF toevoegt

Diagnostisch onderzoek is een van de belangrijkste handelingen in de medische praktijk in termen van invloed op de behandeling: ongeveer 70% van de besluitvorming is gebaseerd op de uitkomst van diagnostisch onderzoek. De waarde die het toevoegt valt te beoordelen door de kosten te relateren aan de waarde. Een voorbeeld: met een uitslag van een MRI van de knie kan de patiënt duidelijkheid worden gegeven over de aard en omvang van eventueel letsel en kan een goede afweging worden gemaakt tussen de verscheidene opties. Vaak zal een verwijzing worden voorkomen, of kan een veel gerichtere verwijzing worden gegeven waardoor onnodig oponthoud wordt voorkomen in een tweedelijnsinstelling. In die instelling hoeft de diagnostiek ook niet te worden overgedaan, wat kosten en risico reduceert. De patiënt kan mogelijk weer eerder aan het werk, of de arbeidsomstandigheden kunnen eerder en beter worden aangepast. Een ander voorbeeld is het uitvoeren van een CRP-bepaling, waarvan de uitslag bepalend is voor het al dan niet toedienen van antibiotica. De waarde voor de patiënt is gerichte behandeling, en een lagere kans op bijwerkingen van en verminderd ontwikkelen van resistentie tegen antibiotica. Voor de maatschappij is resistentie tegen antibiotica een toenemend gevaar zodat deze vorm van diagnostiek een duidelijke toegevoegde waarde heeft.

Door eerstelijnsdiagnostiek in samenhang en met een volledig aanbod laagdrempelig aan te bieden, kan de eerste lijn haar rol als poortwachter maximaal invullen. De patiënt kan door gebruik van diagnostisch onderzoek meer en sneller duidelijkheid worden geboden. De patiënt vraagt ook meer om onderbouwing aan de hand van diagnostiek. Het stelt patiënten gerust en helpt hen meer als partner in de behandeling op te treden, het helpt de ongelijkwaardigheid op te heffen. Dat maakt ook dat DCWF met grote belangstelling de ontwikkeling op het gebied van zelfdiagnostiek en daar tijdens haar symposium in juni 2012 al aandacht voor heeft gevraagd. Hoe gaat de zelfmetende en zelfmanagende patiënt een plaats krijgen in de gezondheidszorg, en hoe kan de zorg daar goed op inspelen? Het zal nog even duren voor de inwoner van West-Friesland zijn eigen ecg's maakt, maar nu is er nog tijd om daar goed op in te spelen. Zelfdiagnostiek kan een gevaar zijn, maar kan ook een grote kans bieden om veel waarde toe te voegen als het gaat om betrokkenheid van de

patiënt bij zijn behandeling en zaken als medicatietrouw. Het DCWF heeft de ambitie hier een rol in te spelen.

c. Producten en diensten

Het DCWF heeft tijdens het boekjaar vooral de focus gericht op aanvulling van het aanbod, omdat zij versterking van de eerste lijn de hoogste prioriteit heeft willen geven. Voor een actueel overzicht van de producten en diensten zie de website.

Concreet uitte zich dat sinds de oprichting in 2010 in de volgende verbeteringen:

- Snelle toegangstijden tot onderzoeken, zoals verkorting wachttijd MRI tot maximaal 48 uur en verkorting wachttijd echografie.
- Uitbreiding aantal prikpunten tot 29 locaties, geografisch gunstig verspreid over het werkgebied, zodat de diagnostiek dicht bij de patiënt kan worden verricht. Zo nodig wordt (op verzoek van de huisarts) de patiënt aan huis geprikt.
- Realisatie van de koeriersdienst, die voor een uitstekende logistiek van materiaal naar de huisarts en van de huisarts naar het ziekenhuis zorgt.
- Het invoeren van nieuw diagnostisch onderzoek voor de huisarts, waaronder:
 - vaginale echografie
 - inspanningselektrocardiografie
 - eventrecorder voor ritmestoornissen
 - CT colonografie
 - Point of care testing.
- Instellen van zelfmeting in verzorgingshuizen als onderdeel van antistollingstherapie.
- Instellen van een röntgenfaciliteit voor de diensturen, waarbij de huisarts een onderzoek kan laten doen, zonder dat patiënten naar de 2^e lijn worden verwezen. Tevens werd geregeld dat de radioloog de onderzoeken beoordeeld.

De kwaliteit van zorg is op hetzelfde niveau als de diagnostiek geleverd voor de medisch specialisten in het Westfriesgasthuis. De kwaliteit is geborgd via de accrediterende instellingen van het Westfriesgasthuis, onder meer het NIAZ en de CCKL. Zie voor het volledige overzicht de tekst bij het kopje risico's.

Een ander kwaliteitsaspect betreft de opslag van de uitslagen in het informatiesysteem van het Westfriesgasthuis. Hiermee is geborgd dat de diagnostische resultaten ter beschikking staan voor de tweede lijn, indien de patiënt verwezen wordt. Ook in de spoedzorg zijn de al gedane diagnostische verrichtingen inzichtelijk voor de eerste en tweede lijns hulpverleners. Dit voorkomt dubbele diagnostiek. De patiënt heeft de mogelijkheid de opname van gegevens in het informatiesysteem van het ziekenhuis te verhinderen.

d. Trombosedienst

Het DCWF kijkt met verhoogde aandacht naar de ontwikkelingen van nieuwe orale medicatie als onderdeel van de antistollingstherapie. Dit kan een grote invloed hebben op de trombosedienst. Kunnen de nieuwe middelen de huidige dienst overbodig maken? Kan er nog worden geïnvesteerd in zelfmeters? Wat het DCFW hierbij extra zorgen baart, is het nog ontbreken van een duidelijke visie bij de zorgverzekeraars, wat gezien de snelle introductie en de hogere kosten wel begrijpelijk is. De invoering kan voor de betaalbaarheid van zorg

namelijk grote gevolgen hebben doordat, bijvoorbeeld door het gebrek aan medicatietrouw en het ontbreken van een middel om te couperen, meer beroep wordt gedaan op de zorg. Daarnaast zijn de nieuwe middelen erg kostbaar; algemene invoering zou de zorgkosten mogelijk met miljarden euro's verhogen. Een ander probleem bij de trombosedienst is de toename van zelfmeting. De voordelen voor de patiënt zijn evident, maar de kosten zijn hoger. De ziektekostenverzekeraar hanteert een productieplafond voor DCWF, waarbij geldt dat de zelfmeting duurder is dan de reguliere bepaling via periodieke bezoeken aan een prikpunt. Tevens ontstaat meer concurrentie op het gebied van zelfzorg. Op zich is dat prima, maar het is wel de vraag of dit, vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid, wel van toegevoegde waarde is. Dit wordt vooral door organisaties als Buurtzorg gestimuleerd, die er geen transparant inkoopproces op nahouden. Vanzelfsprekend vindt DCWF concurrentie geen bedreiging als wordt geconcurrereerd op de kwaliteit van dienstverlening. Concurrentie maakt ook DCWF beter.

e. Satelliet Cito Laboratorium

In 2013 is DCWF gestart met het zogenoemde Point of Care testing, wat door de medisch adviesraad is omgedoopt tot satelliet cito lab: een laboratorium voor snelle klinisch chemische bepalingen in de huisartsenpraktijk. De reden om dit te doen was enerzijds de vraag van huisartsen omdat het in de standaard hoesten werd geadviseerd, anderzijds is het vanuit de visie van DCWF zinvol om diagnostiek zo dicht mogelijk bij de patiënt, de plek van zorg, te verrichten. De Medisch Advies Raad heeft in 2012 positief geadviseerd. De Raad van Bestuur van DCWF heeft besloten op experimentele basis met POCT aan de slag te gaan en heeft daartoe een subsidie aan het Klinisch chemisch Laboratorium gegeven voor de aanschaf van 12 apparaten. De bedoeling is om dit in de grotere groepspraktijken in het werkgebied te gaan testen. Als kwaliteitsbewaking is onderzocht hoe de meting gekoppeld kan worden aan het ziekenhuisinformatiesysteem, zodat de klinisch chemicus de kwaliteitsbewaking kan vormgeven. De reagentia worden ook door het KCL verstrekt en het Westfriesgasthuis verzorgt de financiële afwikkeling. Omdat nog geen sluitende business case kon worden gepresenteerd, wordt dit experiment pas gestart als dit zou veranderen. De meerwaarde voor de patiëntenzorg zou overduidelijk moeten zijn en de activiteit moet kostendekkend kunnen worden aangeboden. Ook de risico's die aan het decentraal testen zonder ICT koppeling verbonden zijn, zoals niet geijkte machines en uitslagen die worden gefaxt en verkeerd in het centrale systeem worden ingevoerd dienen in de case te worden meegewogen. Opties die op andere plaatsen in Nederland werden gekozen, zoals de patiënt zelf laten voorschieten, gaan in tegen de filosofie van DCWF. Wij willen dit alleen met een duurzame oplossing introduceren.

In 2015 zal het experiment worden geëvalueerd. DCWF ziet internationaal dat POCT een volgende fase ingaat: zonder tussenkomst van een laboratorium kunnen in de praktijk met behulp van enkele druppels bloed tientallen bepalingen tegen lage kosten worden uitgevoerd. Tot de introductie van deze technieken zal DCWF een terughoudend beleid voeren inzake POCT omdat het niet wil investeren in technieken die snel verouderd zullen zijn.

f. Besteding innovatiegelden

Omdat de afspraken met verzekeraars lang onzeker waren en DCWF een solide financiële basis nastreeft heeft het nog niet grootschalig willen investeren in innovatieve projecten.

Omdat kaderartsen erg belangrijk zijn bij het versterken van de eerste lijn heeft DCWF gekozen de opleiding van vier kaderartsen te betalen, één voor cardio vasculair risicomanagement (CVRM), één voor geestelijke gezondheidszorg, één voor diabeteszorg en één voor ouderenzorg. Met dit contingent ontstaat een goede basis voor kwalitatief goede ketenzorg waarbij op basis van de nieuwste inzichten samengewerkt kan worden tussen eerste en tweede lijn. In 2014 is besloten gelden voor de opleiding kaderarts COPD ter beschikking te stellen als zich daarvoor een kandidaat aandient.

g. Nascholing

Het DCWF probeert vier tot vijf keer per jaar een nascholing te organiseren om goed gebruik van het aanbod te bewerkstelligen. Deze nascholingen waren:

- 2 en 9 april 'Huisartsenzorg door een eurobril' tijdens Meerdaagse
- 2 en 3 oktober 'Zorg aan de Westfriese keukentafel' tijdens DUO-dagen in Ermelo
- 5 juni 'From me to you' symposium DCWF

Een keer per jaar in juni organiseert het DCWF een symposium rond een nieuw thema in de zorg. Het symposium kent een publiek dat zich kenmerkt door diversiteit. Hiermee is het symposium een belangrijke ontmoetingsplek geworden voor regionale zorgaanbieders. Het thema in 2014 was: 'From me to you'. In de Pancratiuskerk in Blokker werd op dat moment een tentoonstelling geweid aan het feit dat de Beatles 50 jaar geleden in Blokker optraden. DCWF wilde inspelen op de overdracht van taken en de onderliggende relaties tussen zorgprofessionals. Onderwerpen waren diabeteszorg, farmacie, verloskunde en geriatrie. De opkomst was met zo'n 80 zorgprofessionals weer uitstekend.

Het was voor de directie van DCWF wel lastig tussen het grote aanbod aan nascholingen passende data te vinden. Hierin is in het boekjaar verandering gekomen door een samenwerking aan te gaan met onder meer de Werkgroep Deskundigheids Bevordering Huisartsen (WDH) van de WFHO. Hierin is afgesproken dat er één centraal punt is voor de agendavoering, namelijk de secretaresse WFHO en de secretaresse van de medische staf van het WFG. Verder zal de WDH inhoudelijke ondersteuning leveren bij elke nascholing van DCWF, en zal waar zinvol DCWF worden gevraagd om bij nascholing op diagnostisch gebied te participeren c.q. ondersteunen.

h. De stem van de cliënt

Het DCWF hecht veel waarde aan de mening van de patiënt. In de huidige tijd verandert de verhouding tussen patiënt en zorgaanbieder fundamenteel. Diagnostiek dient een antwoord te geven op de onzekerheid die patiënten doormaken. Bij het plannen en uitvoeren van de onderzoeken verlangt de patiënt gemak, invloed en voorlichting. Dat geeft vaak spanning bij de uitvoerende partij, die geacht wordt een forse patiëntenstroom te verwerken tegen lage kosten. Luisteren naar de wensen en voorkeuren van patiënten is essentieel om dit dilemma op te lossen.

Tegelijkertijd wil het bestuur voorkomen dat er in de eerste en tweede lijn veel verschillende cliëntraden actief zijn. Ook zet het DCWF vraagtekens bij de representativiteit van cliëntenraden: met modern marktonderzoek kan heel goed, en dan voor de betreffende doelgroep, de mening van de patiënt worden achterhaald als basis voor besluitvorming. Ten tijde van de oprichting van het DCWF werd een snelle invoering van een gemeenschappelijke cliëntenraad met het Diabetes Zorg Systeem en de Centrale Huisartsen Post verwacht. Met name met de laatste instantie zijn er, wat de patiëntenpopulatie betreft, overeenkomsten: zeer tijdelijk gebruik en geen eigen behandelrelatie. Met deze instanties zijn gedurende het boekjaar ook overleggen geweest om te komen tot een raad. Deze zijn in een stroomversnelling gekomen door de oprichting van de Zorgkoepel West-Friesland waartoe in 2014 besloten werd. Uit kosten/baten overwegingen wil het DCWF hiermee nog wachten.

7. Financieel

Zie voor de jaarcijfers de bijlage financieel. Op enkele posten valt een nadere toelichting te geven.

Baten: contractering zorgverzekeraars

Voor het DCWF geldt dat zij bij zorgverzekeraars producten moet verkopen die zich kenmerken als een zogenoemd overige producten (OVP's). Deze bestaan naast de reguliere zorgproducten (DOT's) waar diagnostiek onderdeel is van een traject in de tweede lijn en versleuteld in de totaalprijs voor de DOT. OVP's kennen een door de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa) vastgesteld maximumtarief. Dit geldt zowel voor het kostengedeelte als het honorarium. Tot en met 2014 deelt de NZa onder in een maximaal honorariumgedeelte en een maximum ziekenhuisgedeelte.

Het beleid van DCWF is niet te tornen aan de hoogte van het honorariumtarief omdat dit is vastgesteld in overleg met de betreffende beroepsgroepen en is gebaseerd op de inspanning die de specialist levert en is afgezet tegen het landelijke normuurtarief.

Met elk van de zes combinaties van verzekeraars dient per jaar een prijs en een (indicatief) volume te worden afgesproken. In 2013 waren dit nog vijf combinaties maar sinds 2014 heeft DSW zich afgescheiden van de inkoopcombinatie Multizorg VRZ. Het beleid welk type afspraak de verzekeraar wil, verschilt sterk van elkaar. Gezien het concurrentiegevoelige karakter van de afspraken vermeldt DCWF hier geen details over het verloop van de onderhandelingen per verzekeraar.

8. Risico's en onzekerheden

a. Niet voldoen aan de verwachtingen van cliënten

Door scherpe eisen te stellen aan leveranciers kunnen de productkenmerken zodanig worden aangesloten op de behoefte van verwijzers en patiënten dat dit voorkomen kan worden. Duidelijke communicatie helpt om de verwachtingen te managen.

In het boekjaar zijn aanmerkelijke verbeteringen aangebracht als het gaat om verkorten van toegangstijden en het aantal aangeboden onderzoeken. Punt van zorg blijft nog de patiëntenvoorlichting. Hieraan zal in 2015 verder worden gewerkt. Ook het telefoonverkeer is duidelijk voor verbetering vatbaar.

b. Contractering zorgverzekeraars

Door de relatieve onbekendheid bij verzekeraars omtrent constructies als het DCWF kost contractering veel meer tijd dan was voorzien. Het DCWF heeft hierop geanticipeerd door zo min mogelijk langlopende verplichtingen aan te gaan en de kosten laag te houden. De dreigende budgettering zou ook kunnen zorgen voor oneerlijke concurrentie en een stijging van zorgkosten. Hierdoor worden de mogelijkheden van het DCWF beperkt, terwijl concurrenten zonder aantoonbaar concurrentievoordeel wel mogen groeien. Het enige dat helpt, is voortdurend overleg met de zorgverzekeraars en een duidelijk belang bij zorgverzekeraars bij het voorkomen van versnippering. Een ander probleem van lang durende onderhandelingen met verzekeraars is aantasting van de liquiditeitspositie. Hiervoor is een regeling met een geldverstrekker of een betalingsregeling met leveranciers nodig.

Het DCWF constateert een toenemende prijsdruk. Er komt een omslagpunt in beeld wat betreft de service en kwaliteit die tegen een bepaalde prijs geboden kan worden. In combinatie met omzetplafonds levert dat een bedreiging op voor de omvang van de dienstverlening. Dit zal een goede dialoog vergen met de verzekeraars. Sommige verzekeraars lijken soms even vergeten te zijn voor wie het allemaal doen: de inwoner van Noord-Holland-Noord. Wij zijn optimistisch dat na enkele chaotisch verlopen jaren wat betreft de zorginkoop 2014 tot meer gelegenheid tot een goede afweging. In ieder geval lijken de banden met medeoprichter VGZ weer te kunnen worden aangehaald. Dat stemt optimistisch over de toekomst.

c. Fiscale en juridische risico's

Het DCWF heeft in de oprichtingsfase veel aandacht besteed aan het minimaliseren van risico's. Door de vrijstelling van BTW voor het eindproduct dat een zorgaanbieder in het kader van de gezondheidkundige verzorging van de mens kunnen zorgaanbieders BTW dat wordt besteed aan leveranciers van elke niet medische dienst niet verrekenen met de BTW die wordt afgedragen. Dat werkt voor zorgaanbieders kostprijsverhogend. De zorg staat in toenemende belangstelling van de fiscus. Dit onzekere juridische kader zorgt voor zorgaanbieders altijd voor gevaar, zo ook voor DCWF. DCWF werkt sinds 2014 met een fiscaal adviseur die DCWF terzijde staat en ook het oprichtingsproces met de Zorgkoepel heeft begeleid.

d. Operationele risico's

Doordat het DCWF een totaalprestatie bij haar leveranciers inkoop, zoals afgesproken in het ondernemingsplan en door zowel WFHO als WFG geaccordeerd, zijn de risico's gering.

Het DCWF is in 2014 scherper gaan toezien op het naleven van de gemaakte afspraken middels de invoering van regelmatige steekproeven (maken afspraken) en regulier overleg met de verantwoordelijke managers.

De kwaliteitshandhaving wordt geborgd door de werkwijze van het DCWF. Alle diagnostische verrichtingen worden uitgevoerd door samenwerkingspartners, die vanuit hun eigen organisatie gecertificeerd zijn. De RvB van het DCWF ziet er op toe dat de certificaten geldig zijn. Tevens krijgt de RvB inzage in de rapportage van de certificerende instelling en krijgt zij inzage in de patiënt-tevredenheidsonderzoeken. De partners zijn:

- Westfriesgasthuis, gecertificeerd door NIAZ
- Klinisch Chemisch Laboratorium van het WFG, gecertificeerd door de CCKL
- Medisch Microbiologisch laboratorium van het WFG, gecertificeerd door CCKL. Per 1-1-2014 gaat het laboratorium verder als Comico BV, zonder dat het DCWF hierover geconsulteerd werd.
- Symbiant (Symbiant B.V. Pathology Expert Centre), een samenwerkingsverband van patholoog-anatomen, verwachte certificering begin juni 2015 voor certificering door CCKL.

Als de RvB onverhoopt zou vaststellen dat certificaten niet verlengd dreigen te worden, dan gaat zij in overleg met de betrokken instantie.

Voorts is een risico dat WFG nu de financiële administratie van DCWF voert als onderdeel van het all-in tarief dat aan WFG voor de dienstverlening wordt betaald. In de voorbije jaren is gebleken dat de afhankelijkheid van het WFG onbedoeld leidt tot een verhoogd risico tot het te laat opleveren van rapportages. Het DCWF en WFG hebben in 2014 veel inspanningen geleverd om de administraties beter op elkaar af te stemmen wat al veel vruchten heeft opgeleverd en waarvoor DCWF WFG zeer erkentelijk is. Beide partijen hebben in 2014 geconcludeerd dat het beter is per 2016 de administratie te voeren bij DCWF en de capaciteit daarvoor te verhogen. Dat zal ook leiden tot een aanpassing van de onderliggende overeenkomst tussen WFG en DCWF.

e. Reputatierisico

Partijen en patiënten kunnen zich publiek negatief uitlaten, bijvoorbeeld na een negatieve ervaring. Het voorkómen daarvan is vanzelfsprekend uitgangspunt, maar dat lukt niet altijd. Een laagdrempelige manier om mensen klachten te laten indienen en/of suggesties voor verbetering te verkrijgen helpt. Doordat de medewerkers die namens het DCWF werken goed aanspreekbaar zijn, kan escalatie vaak worden voorkomen. Daarnaast ontvangt het DCWF regelmatig mail met suggesties, waarop het bestuur snel actie onderneemt. In 2012 heeft DCWF middelen beschikbaar gesteld voor het functioneren van Transmuraal Incident Melden (TIM). TIM is een goede mogelijkheid om tot kwaliteitsverbetering te komen.

Wat betreft milieubelasting geldt dat het traject vanaf het moment van diagnose tot en met de verslaglegging papierloos is. Het DCWF streeft er naar om ook de ordercommunicatie papierenloos te maken. Mede daarom ondersteunt DCWF ook de West-Friese Huisartsen Organisatie om te komen tot één eerstelijnsinformatiesysteem, bij voorkeur goed aansluitend op het ziekenhuisinformatiesysteem. DCWF heeft met de MAR ook besproken of zij al klaar

zijn voor digitale ordercommunicatie: de mening is dat dit nu onvoldoende meerwaarde oplevert. Vooral het werken op de decentrale priklocaties wordt ingewikkelder als digitale ordercommunicatie zou worden ingevoerd.

9. Relevante informatie na afsluiting van het boekjaar

DCWF spreekt met haar verzekeraars in een aantal gevallen een productiemaximum af. Bij een verzekeraar is vast komen te staan dat in 2012 het productieplafond werd overschreden. DCWF is ten tijde van publicatie akkoord met de verzekeraar over het feit dat een bedrag moet worden terugbetaald. Voorzichtigheidshalve besloot de RvB als voorziening het maximale door DCWF terug te betalen bedrag opgenomen als voorziening wat het resultaat negatief beïnvloed. Wegens concurrentieredenen geven wij in dit openbare verslag geen nadere details.

De fusie waarin DCWF is opgegaan in de Zorgkoepel West-Friesland is geëffectueerd. Als gevolg van de fusie is de heer S.J.J. Koomen per 1 maart 2015 uit dienst getreden bij het Westfriesgasthuis en met een volledige dienstbetrekking in dienst getreden bij de Zorgkoepel West-Friesland. De heer van de Sande is per 1 januari afgetreden als directeur van de Westfriesse huisartsenorganisatie en is voor 19 uur per week aangesteld als lid Raad van Bestuur bij de Zorgkoepel. Het derde lid van de RvB van de Zorgkoepel West-Friesland is mevrouw W. van den Berg – Schaap, tot 1 januari 2015 directeur bij de Centrale Huisartsenpost West-Friesland.

DCWF heeft bij het publiceren van het jaarverslag met beide grote verzekeraars VGZ en Achmea de contractering rond voor 2015 en is met de kleinere verzekeraars in een afrondend stadium van onderhandeling. Met name het beheersen van het risico van het veranderende marktaandeel in combinatie met productieplafonds maakt dat hier voorzichtigheid geboden is.