



Zorginstituut Nederland

JAAAR OVER ZICHT 2016

| Van goede zorg verzekerd |

JAAAR
OVER
ZICHT
2016

Inhoudsopgave

- 4 Voorwoord**
Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland.
- 6 Tijdlijn 2016**
De belangrijkste ontwikkelingen en gebeurtenissen in 2016 op een rij.
- 8 Geneesmiddelenvisie Schippers**
Reacties uit het veld op de beleidsvoornemens van minister Schippers.
- 12 Richtlijnen mondzorg**
Het Zorginstituut zet partijen aan om tot eenduidige richtlijnen te komen.
- 15 Zorgstandaard Integrale Geboortezorg**
Betrokkenen kijken terug op de totstandkoming van deze standaard.
- 18 Verbeterde wanbetalersregeling heeft succes**
Aanpassing van de regeling leidde tot afname aantal wanbetalers.
- 20 Jaarrekening**
Balans, exploitatierekening en kasstroomoverzicht over 2016
- 22 Feiten & Cijfers**
Overige opvallende cijfers over het jaar 2016.
- 24 Kwaliteitsstandaard Intensive Care**
Totstandkoming en implementatie Kwaliteitsstandaard IC.
- 26 Zinnige zorg: nacontrole borstkanker**
Het Zorginstituut onderzocht hoe deze nacontrole verbeterd kan worden.
- 28 Wel of niet in het basispakket?**
Welke criteria spelen een rol bij de totstandkoming van een advies?
- 32 Tweede adviesrapport commissie IZ&O**
Aanbevelingen commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen.
- 34 Overdracht burgerregelingen naar het CAK**
In 2016 is de overdracht van de burgerregelingen gerealiseerd.
- 36 Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg**
Zorginstituut zette doorzettingsmacht in om dit proces vlot te trekken.

Leeswijzer

In dit Jaaroverzicht geven wij u een beeld van de belangrijkste ontwikkelingen en gebeurtenissen bij het Zorginstituut in 2016. In de tijdlijn hebben wij deze zaken in chronologische volgorde gezet. Enkele van deze ontwikkelingen diepen wij in dit Jaaroverzicht verder uit in een aantal artikelen. Dit zijn verkorte weergaven van artikelen die al eerder in 2016 in ons relatieblad *Zorginstituut Magazine* hebben gestaan. Tot slot vindt u in het hart van deze uitgave een verslag van het jaar 2016 in feiten en cijfers.

Voorwoord

2016 is voor Zorginstituut Nederland een jaar geweest van verankering én verandering: *verankering* wat betreft de borging van onze kwaliteitstaken; *verandering* vanwege de overdracht van de burgerregelingen naar het CAK, die uiteindelijk op 1 januari 2017 haar beslag kreeg. Dit jaarverslag geeft een gedetailleerd overzicht van het jaar 2016 in feiten en cijfers.

Na een periode waarin we ons vooral gericht hebben op de instrumentele voorwaarden voor het uitvoeren van de ons in 2014 toegewezen kwaliteitstaken, hebben wij in 2016 voor het eerst op meerdere fronten onze wettelijke doorzettingsmacht ingezet. Bij zowel de intensive care, de geboortezorg als de verpleeghuiszorg hebben we de vastgelopen trajecten op gang gebracht en hebben we op advies van onze Kwaliteitsraad kwaliteitstandaarden vastgesteld. Belangrijk was daarnaast dat we bij de ontwikkeling en jaarlijkse uitvraag van de kwaliteitsindicatoren in 2016 met alle partijen afspraken hebben kunnen maken. Dat is ook een succes in de beheersing van de administratieve lasten.

De overdracht van de burgerregelingen naar het CAK was voor onze organisatie en onze medewerkers misschien wel de meest in het oog springende ontwikkeling in 2016. De migratie van ICT-voorzieningen én de verhuizing van bijna driehonderd medewerkers van Diemen naar Den Haag is een ingrijpend proces geweest, dat veel van de organisatie en van de medewerkers heeft gevegd. Mede dankzij hun inzet is de overdracht met succes voltooid.

Deze ontwikkelingen hebben ook gevolgen gehad voor de samenstelling van de Raad van Bestuur. Per 1 april 2016 is Sjaak Wijma aangesteld als RvB-lid, met onze kwaliteitstaken als belangrijkste aandachtsgebied. Later in het jaar hebben we, als gevolg van de overdracht van de burgerregelingen, afscheid genomen van bestuurslid Marian Grobbink. Met de komst van Tiana van Grinsven in maart 2017 zijn we weer op volle kracht.

Verankering en verandering; beide processen hebben in 2016 de basis gelegd voor onze nieuwe, afgeslankte organisatie. Vanuit fonds- en pakketbeheer en kwaliteitsbevordering brengen wij focus aan in het bereiken van onze missie: ervoor zorgen dat burgers in ons land nu en in de toekomst verzekerd zijn van goede zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. De resultaten die we op beide gebieden hebben geboekt, waren niet mogelijk geweest zonder de inzet van onze medewerkers. Onze speciale dank gaat uit naar hen, in het bijzonder naar diegenen van wie we eind 2016 afscheid hebben genomen. Zeker voor hen is 2016 een zwaar jaar is geweest. Tot slot willen we de leden van onze adviescommissies en alle partijen bedanken die ook dit jaar weer samen met ons hebben gewerkt aan de verbetering van de zorg in Nederland.

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland

Tiana van Grinsven
Lid Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland

Sjaak Wijma
Lid Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland

2016

Januari

1
Zorginstituut wordt algemeen coördinator EUnetHTA

21
Advies Zorginstituut: borstkankermiddel pertuzumab tegen huidige prijs niet in basispakket

Maart

31
Afsluiting Jaar van de Transparantie

Mei

18
Advies Zorginstituut: eculizumab bij PNH niet langer vergoeden uit basisverzekering

Juli

1
Vaststelling Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (zie pagina 15)

September

15
Kwaliteitsraad van Zorginstituut van start

November

17
Uitreiking tweede adviesrapport van de commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (zie pagina 32)



Februari

15
Opname KiMo-kwaliteitsstandaarden en -meetinstrumenten mondzorg in Meerjarenagenda Zorginstituut (zie pagina 12)



April

1
Sjaak Wijma nieuw lid Raad van Bestuur Zorginstituut

6
3^e Zorginstituut Nederland Lezing

Augustus

23
Publicatie verbeter-signalement *Perifeer arterieel vaatlijden*: zorg bij 'etalagebenen' kan verder verbeteren

1
Aanpassing Wanbetalersregeling (zie pagina 18)

19
Vaststelling Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care-zorg (IC-zorg) (zie pagina 24)

Oktober

1
Zorginstituut zet doorzettingsmacht in bij ontwikkeling van kwaliteitskader en leidraad personeels-samenstelling voor verpleeghuiszorg (zie pagina 36)

31
Publicatie verbeter-signalement *Zinnige nacontrole voor vrouwen behandeld voor borstkanker* (zie pagina 26)

December

22
Advies Zorginstituut: intra-arteriële behandeling (IAT) van acuut herseninfarct in basispakket

31
Overdracht burgerregelingen van het Zorginstituut naar het CAK (zie pagina 34)



Geneesmiddelenvisie Schipper: reacties uit het veld

Minister Schippers van VWS presenteerde in januari 2016 haar visie op geneesmiddelen. In een brief aan de Tweede Kamer kondigde zij diverse maatregelen aan om meer greep te krijgen op medicijnprijzen, zodat de zorgkosten niet te veel stijgen. *Zorginstituut Magazine* peilde de reacties op deze beleidsvoornemens.



Sommige geneesmiddelen zijn peperduur. Nivolumab verlengt bij longkanker het leven gemiddeld met drie maanden. Omgerekend per gewonnen levensjaar komen de totale kosten volgens het Zorginstituut op ruim 134.000 euro. Pertuzumab is een medicijn waardoor patiënten met borstkanker gemiddeld vijftien maanden extra te leven hebben. Inclusief bijkomende kosten komt de rekening per gewonnen levensjaar uit op 148.000 euro. In 2015 adviseerde het Zorginstituut de minister om pertuzumab en nivolumab niet te vergoeden. Een belangrijk argument was de geringe kosteneffectiviteit, ofwel de hoge kosten per gewonnen levensjaar. Het ging Schippers te ver om nivolumab uit het pakket te schrappen. Het geneesmiddel werd in een 'sluis' geplaatst en het ministerie ging onderhandelen om de prijs omlaag te krijgen. Begin februari 2016 liet de minister weten dat er een akkoord was met fabrikant Bristol-Myers Squibb. Welke korting ze uit het vuur heeft weten te slepen, blijft geheim. Maar het bleek voor de minister voldoende om nivolumab per 1 maart 2016 op te nemen in het basispakket.

Aanvaardbare prijzen

Tegelijk liet het ministerie weten dat het beleid verandert. Er komen steeds meer nieuwe medicijnen op de markt tegen kanker en tegen ernstige zeldzame ziektes. In plaats van elke keer opnieuw de strijd aan te gaan met de fabrikanten, wil Schippers structurele veranderingen. Ze mikt daarbij op aanpassing van de toelatingsregels, zodat sommige medicijnen eerder op de markt kunnen komen. Daarnaast wil ze 'aanvaardbare prijzen' door de machtspositie van de farmaceutische industrie ter discussie te stellen.

Verder wil de minister voorwaarden stellen aan onderzoeksubsidies. Nu gebeurt het nog vaak dat kleine bedrijven gesubsidieerd onderzoek uitvoeren. Als ze dan een veelbelovende ontdekking doen, nemen grote farmaceuten het bedrijf over. Dan betaalt de Nederlandse burger dubbel voor het geneesmiddel: eerst de subsidie, daarna de rekening van de farmaceut. Tot slot wil de minister het gepast gebruik van geneesmiddelen bevorderen. Nivolumab werkt bij ongeveer een op de vijf longkankerpatiënten. Als je van tevoren weet bij wie het succes heeft en bij wie niet, kun je veel geld besparen. ►

“Omdat er veel kankerpatiënten zijn, is de impact op het budget veel groter. En dan kun je andere dingen niet doen”

Vraagtekens bij kosteneffectiviteit

Prof.dr. Wim Groot, hoogleraar gezondheidseconomie aan de Universiteit Maastricht, zet vraagtekens bij de discussie over kosteneffectiviteit. “Hoe ken je een financiële waarde toe aan een jaar leven? Dat is zeer arbitrair. Daarnaast is de gewonnen levensduur een gemiddelde.” Groot heeft niet veel fiducia in de plannen van Schippers om de macht van de farmaceutische industrie te breken. “Nederland maakt slechts 2 procent uit van de wereldmarkt. Maar dat zou Nederland ook een voordeel kunnen geven. Als we korting krijgen, maakt dat voor de producent nauwelijks verschil. Maar dan moet het wel geheim blijven.” Groot acht meer aandacht voor gepast gebruik wel zinvol: “Dat kan een flinke besparing opleveren. Onderzoek stimuleren naar manieren om vooraf vast te stellen of een therapie succesvol is, is ook nuttig.”

Pompe en Fabry

In 2013 adviseerde het Zorginstituut om geneesmiddelen voor de ziekte van Pompe en de ziekte van Fabry niet te vergoeden. Dat leidde tot felle protesten. Met de kankergeneesmiddelen nivolumab en pertuzumab werd deze discussie weer heropend.

“Een groot verschil tussen de geneesmiddelen voor Pompe en Fabry en de kankergeneesmiddelen is dat Pompe en Fabry zeldzame ziekten zijn en kanker niet”, constateert prof.dr. Johan Polder van het RIVM. “Omdat er veel kankerpatiënten zijn, is de impact op het budget veel groter. En dan kun je andere dingen niet doen.”

Polder vraagt zich af of je het geld dat je uitgeeft aan zeer dure geneesmiddelen niet beter op een andere manier kunt besteden: “Dertig procent van de kankergevallen heeft te maken met leefstijl. Nog altijd rookt één op de vier Nederlanders. Misschien kun je je geld veel beter steken in preventie.”



Keuzes maken

“Wij hebben het dilemma goed duidelijk gemaakt”, vindt Linda van Saase van het Zorginstituut. “Als je de totale uitgaven voor de zorg beperkt wilt laten groeien, kun je de kosten voor geneesmiddelen niet onbeperkt laten stijgen. Dan moet je keuzes maken. Dat maatschappelijke debat wordt nu gevoerd. Wij vonden dat nivolumab niet vergoed zou moeten worden ten laste van de collectieve zorgverzekering. De minister heeft ons advies aangegrepen om te onderhandelen met de fabrikant.”

Matthijs van Hall kreeg in 2010 te horen dat hij prostaatcancer heeft. Sindsdien heeft hij diverse behandelingen ondergaan, onder meer bestralingen, hormoonkuren en chemotherapieën. Die voorkwamen niet dat de tumoren zich in zijn lichaam verspreiden. Van Hall ging zich inzetten voor de kankerbestrijding. Hij was onder meer vrijwilliger bij de Prostaatcancerstichting en lid van de KWF-adviescommissie Dure Geneesmiddelen. Minister Schippers heeft het advies van deze commissie verwerkt in haar Visie Geneesmiddelen.

Hoe meet je geluk?

Van Hall heeft kritiek op de hantering van het begrip kosteneffectiviteit, met name op de bepaling van de kwaliteit van leven. “Ik snap dat je een maatstaf wilt hebben, maar met een algemene vragenlijst kun je de kwaliteit van leven niet meten. Hoe meet je het geluk als je je kleinkind ziet? Dat past niet in zo’n vragenlijst. Bovendien is die drie maanden extra leven een gemiddelde. Er zijn er ook die meer dan een jaar winnen.” Hij is blij dat Schippers vooral focust op de andere factor van de kosteneffectiviteit: de prijs van het geneesmiddel. “Die moet omlaag. Het is belangrijk om een tegenmacht te organiseren tegen de farmaceutische industrie.”

Goed afscheid nemen

Johan Polder van het RIVM merkt op dat kostbare innovaties nieuwe innovaties kunnen stimuleren. “Als je nieuwe behandelmethoden niet toelaat omdat ze te duur zijn, kan dat een rem zijn op nieuwe innovaties die de behandeling goedkoper maken. Het is een multidimensionale afweging met vele facetten. Ik denk dat het goed is dat de verantwoordelijkheid bij de minister ligt.”

Hij pleit voor meer aandacht en middelen voor palliatieve zorg. “We discussiëren nu over grote bedragen om aan het einde van het leven een paar maanden te winnen. Je kunt je wel afvragen of je kanker tot het einde toe moet bestrijden met agressieve middelen, terwijl de gezondheidswinst vaak gering is. Misschien zijn er belangrijkere dingen, zoals goed afscheid nemen van het leven en van degenen die je liefhebt.” ●

Richtlijnen mondzorg komen moeizaam tot stand

Moeten gaatjes in een melkgebit gevuld worden? Is de halfjaarlijkse controle echt nodig? Wat is beter, een amalgaamvulling of kunsthars? Vraag het twee tandartsen en de kans is groot dat je verschillende antwoorden krijgt. Anders dan voor andere medische beroepsgroepen zijn er voor de mondzorg namelijk geen eenduidige richtlijnen, meetinstrumenten en kwaliteitsstandaarden. Begin 2016 zette het Zorginstituut partijen in het veld aan om tot eenduidige richtlijnen te komen.

Het Zorginstituut stond daarin niet alleen. Al in 2012 riep de Gezondheidsraad de partijen in de mondzorg op om met een gezamenlijk plan te komen voor het meten en verbeteren van de kwaliteit van de mondzorg. De burger, die de mondzorg grotendeels zelf betaalt, zou daar recht op hebben. Ook veel tandartsen, mondhygiënisten, wetenschappers en talloze mondzorgspecialisten willen eenduidige richtlijnen, gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en/of op *best practices*, net als in andere medische sectoren. Toch loopt het proces in de mondzorg steeds spaak. Hoe komt dat?

Eigenlijk ging het al op het eerste honk mis, verzochten drie adviseurs van het Zorginstituut die zich met de richtlijnen in de mondzorg bezig-



houden: Jan den Dekker, Hugo Trouw en het hoofd afdeling Zorg, Arnold van Halteren. De vorming van een organisatie die namens alle partijen in de mondzorg de richtlijnen zou moeten opstellen, is keer op keer mislukt. De betrokkenen konden het niet eens worden over de bestuurlijke structuur en over de verdeling van de bevoegdheden binnen het nieuwe instituut. “De mondzorg kent maar liefst negen differentiaties en een groot aantal wetenschappelijke verenigingen. Het veld is enorm versnipperd”, verklaart Den Dekker.

Oprichting KiMo

In de zomer van 2015 leek na jaren van soebatten de kogel eindelijk door de kerk. Bij de notaris lagen de papieren klaar voor de oprichting van het KiMo, het Kennisinstituut Mondzorg, waarin alle partijen vertegenwoordigd waren. Maar te elfder ure trokken de twee belangenverenigingen van tandartsen, de Associatie der Nederlandse Tandartsen (ANT) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), zich terug. De kersverse voorzitter van de KNMT had volgens de leden voor zijn beurt gesproken. “In de structuur van het KiMo zouden wij geen zeggenschap krijgen over de richtlijnen, terwijl die uiteindelijk vooral onze praktijkvoering beïnvloeden”, aldus een KNMT-lid. “Wij willen ook een beslissende stem in het kapittel.”

De wetenschappelijke verenigingen - waar veel tandartsen lid van zijn - kregen wel beslissingsbevoegdheid in het KiMo, maar KNMT-leden ►

(veelal praktijkhoudende tandartsen) voelen zich daar naar eigen zeggen niet door vertegenwoordigd. De decaan van de tandheelkundige opleiding ACTA denkt dat tandartsen moeite hebben met hun nieuwe rol. “Vroeger was de tandarts de regisseur van de mondzorg, nu is de patiënt dat”, zegt hij in een interview met *NRC Handelsblad*.

Na de mislukte gezamenlijke oprichting ging het KiMo verder zonder de tandartsenverenigingen – en dus ook zonder hun financiële bijdrage.

Comply or explain

Het Zorginstituut stelde vervolgens alles in het werk om de twee partijen weer op één lijn te krijgen. De voorzitter van de Raad van Bestuur heeft bemiddeling aangeboden en er werd eindeloos overlegd. Maar tevergeefs: eind vorig jaar richtten de ANT en de KNMT hun eigen richtlijneninstituut op, de Nederlandse Vereniging voor Praktijkstandaarden in de Mondzorg (NVPM). “Een bizarre situatie”, memoreert Van Halteren. “Jarenlang hadden we geen centraal aanspreekpunt binnen de mondzorg. En nu hadden we er opeens twee.”

Den Dekker, die naast zijn werk voor het Zorginstituut ook (sociaal) tandarts/wetenschapper is, vult aan: “Er lijkt een groot misverstand te bestaan. We willen de sector helpen een systeem te ontwikkelen dat de kwaliteit van de mondzorg in Nederland bevordert. Niet door een kookboek met regels te maken, maar door richtlijnen in te voeren onder het motto ‘comply or explain’: volg de regels, of leg uit waarom je dat niet doet. Dat is een andere manier van denken.”

Wat volgens Den Dekker niet helpt, is dat veel tandartsen solisten zijn. “Ongeveer de helft van hen heeft een eigen praktijk en is niet gewend om in grotere structuren te werken. Ze doen dingen graag op hun eigen, vertrouwde wijze.”

Om de vaart erin te houden heeft het Zorginstituut beide organisaties eind 2015 opdracht gegeven om met een plan van aanpak te komen voor de ontwikkeling van richtlijnen. Half februari 2016 besloot de Raad van Bestuur om de kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten van het KiMo op te nemen in de Meerjarenagenda, de wettelijk erkende afsprakenlijst met belangrijke zorgverbeteronderwerpen. Nu het plan eenmaal op de agenda staat, kan het Zorginstituut de ontwikkeling van richtlijnen overnemen als het KiMo er niet in slaagt om deze op tijd en op de afgesproken wijze aan te leveren. ●

“Jarenlang hadden we geen centraal aanspreekpunt binnen de mondzorg. En nu hadden we er opeens twee”

Zorgstandaard maakt weg vrij voor betere geboortezorg

Op 1 juli 2016 stelde het Zorginstituut de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg vast. Een intensief traject, waaraan we in het Zorginstituut Magazine meerdere artikelen hebben gewijd: we interviewden huisarts en hoogleraar Niek de Wit, voorzitter van de tijdelijke commissie van de Adviescommissie Kwaliteit (ACK) en in het najaar keken we met Zorginstituut-adviseurs Uriëll Malanda en Vera Jansweijer terug op dit traject.

De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg is opgesteld vanuit de belangen van de zwangere. Het doel is om de geboortezorg te verbeteren en de vermijdbare babysterfte, die in de periode 2000-2014 al met bijna 35 procent is afgenomen, verder terug te brengen. De zorgstandaard geeft een actuele en functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde preventie en zorg bij zwangerschap, geboorte en kraamperiode. “Daarmee biedt de standaard een kwaliteitskader waaraan de geboortezorg zou moeten voldoen. Dat draagt bij aan betere zorg, aanvaardbare kosten en aansluiting op de wensen en behoeften van de zwangere – die de belangrijkste stem heeft”, zegt Niek de Wit. “Rond iedere aanstaande moeder zou één regionaal netwerk van zorgverleners moeten bestaan. Een coördinerend zorgverlener treedt dan op als haar aanspreekpunt. Gelukkig zien we al veel positieve ontwikkelingen in die richting. Regionale samenwerkingsverbanden en *best practices* tonen aan dat verloskundigen, gynaecologen, kraamzorgers en anderen het belang onderkennen van multidisciplinair werken. Dat betekent dat zij verantwoordelijkheid durven nemen. Dat doen zij door hun eigen prestaties te delen en kritisch te evalueren.” ►



De angel verwijderen

De zorgstandaard zou al vóór 1 januari aan het Zorginstituut aangeboden worden, maar die termijn werd niet gehaald omdat de veldpartijen in het College Perinatale Zorg (CPZ) het niet eens konden worden. Zo bestaan er meningsverschillen over de interpretatie van bepaalde samenwerkingsafspraken in de standaard. Aan de ACK de taak om de angel te localiseren en weg te nemen. “Bij de zorgverleners hebben wij telkens de noodzaak van verregaande samenwerking onder de aandacht gebracht. In onze afspraken wordt recht gedaan aan ieders professionele inbreng. Maar op enig moment is de tijd van discussiëren voorbij”, aldus De Wit. “We hebben eerder bij spoedzorg en intensive care gezien dat wanneer veldpartijen er zelf niet uitkomen, er knopen moeten worden doorgesneden. Nu het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht gebruikt, komt er met het concept als vertrekpunt toch op korte termijn een zorgstandaard. Ik zal tevreden zijn als deze straks gedragen wordt door alle betrokken professionals en we zo tot regionale verbetering van de zorg kunnen komen. De zorgstandaard wordt onderdeel van het Kwaliteitsregister. De richtlijnen in dat register bieden alle zorgverleners houvast om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren. Richtlijnen vormen een handvat; bij het afwijken van relevante risicofactoren kunnen professionals beredeneerd afwijken van het in de richtlijnen beschreven beleid, altijd in samenspraak met de zwangere.”

Regionale verscheidenheid

Adviseur Uriëll Malanda van het Zorginstituut memoreert dat de betrokken partijen aanvankelijk als bezwaar hadden dat de 'formele'

omschrijving van doelstellingen te 'stringent' waren en geen rekening hielden met regionale verschillen. Het Zorginstituut is hen daarin tegemoet gekomen. “De werkwijze in Amsterdam of in Heerlen zal inderdaad verschillen, of dat nu komt door de lokale beschikbaarheid van zorg, hoe het ter plaatse georganiseerd is of de cultuur”, erkent hij. “Maar we hebben van meet af aan gezegd dat het doel niet onderhandelbaar is.” Collega Vera Jansweijer vult aan: “De betrokken partijen vroegen om meer bewegingsvrijheid om regionaal invulling te geven aan afspraken. Daar hebben we gehoor aan gegeven door de *bestemming* in de standaard vast te leggen, maar de route ernaartoe open te laten.”

“De zorgverleners vroegen om meer bewegingsvrijheid. Daarom hebben we de bestemming vastgelegd, maar laten we de route ernaartoe open”

Bij verloskundigen en kraamzorgers zat de pijn ook in de details. Malanda: “In het niet-geautoriseerde concept werd bijvoorbeeld een organisatiestructuur beschreven die een voorschot nam op de nieuwe bekostigingsvorm voor verloskundige zorg. Deze aanpassing, maar vooral de organisatorische impact daarvan trokken de aandacht weg van het grotere, inhoudelijke geheel. Men staaarde zich er blind op. Daarom hebben we besloten om in de zorgstandaard niet te anticiperen op ontwikkelingen rond de integrale bekostiging. De zorgstandaard is nu vastgesteld op basis van een functionele beschrijving van preventie en zorg bij zwangerschap, geboorte en kraamperiode vanuit het perspectief van de zwangere. Het belang van de zwangere en haar (ongeboren) kind is daarbij gediend. En dat was ons uitgangspunt.”

Leren van eigen prestaties

Op dit moment maken de betrokken partijen een plan voor implementatie – deze moet vóór 1 januari 2017 zijn opgeleverd. Het Zorginstituut zal de voortgang hiervan monitoren, onder meer door met betrokkenen te overleggen in periodieke groepsvergaderingen. In het overleg zullen deze *good practices* een belangrijk aandeel hebben. Hoe werken ze in de regio? Waar werkt het en hoe doen ze dat? “In dit laatste traject zijn wij de facilitator”, vertelt Uriëll Malanda. “Zonder regionale afspraken en *good practices* kan het multidisciplinaire netwerk rondom de cliënt niet functioneren. De betrokken partijen volgen hun eigen prestaties ook en zullen hun verantwoordelijkheid nemen voor het leveren van de beste zorg.” ●



Verbeterde wanbetalersregeling heeft succes

De wanbetalersregeling is een van de 'burgerregelingen' waar het Zorginstituut tot eind 2016 verantwoordelijk voor was. De regeling is bedoeld voor verzekerden die langer dan zes maanden hun zorgpremie niet hebben betaald. Nadat de regeling medio 2016 werd aangepast, nam het aantal wanbetalers snel af.

Wie de premie van zijn auto- of reisverzekering niet betaalt, wordt na een paar maanden automatisch geroyeerd door de verzekeraar. Zorgverzekeraars mogen hun klanten niet royeren vanwege de verzekeringsplicht. Iedereen in Nederland heeft recht op verzekerde zorg. Mensen die ondanks aanmaningen van hun zorgverzekeraar na zes maanden nog steeds hun premie niet hebben betaald blijven verzekerd, maar de premie-inning wordt overgenomen door de overheid, die dat weer heeft uitbesteed aan het Zorginstituut*. Het Zorginstituut vergoedt de zorgverzekeraar en probeert ondertussen de zorgpremie plus een boete (tezamen de 'bestuursrechtelijke premie' genoemd), bij de wanbetaler te innen, bijvoorbeeld door in te houden op het inkomen.

De wanbetalersregeling werd in 2009 ingevoerd. Sindsdien vallen ruim 300.000 mensen onder de regeling, met een jaarlijkse in- en uitstroom van circa 100.000 mensen. Een paar jaar geleden bleek echter dat veel mensen

In één jaar is het aantal wanbetalers met 10 procent gedaald

die langdurig in de regeling zijn opgenomen, er nauwelijks meer op eigen kracht uit komen. Dat levert een hoop administratief en persoonlijk leed op. Daarom heeft het ministerie van Volksgezondheid, in overleg met het Zorginstituut en andere betrokkenen, besloten om de regeling per 1 juli 2016 aan te passen.

Verandering 1

Wie een betalingsregeling met de zorgverzekeraar treft, kan voortijdig worden afgemeld als 'wanbetaler'. Om mensen te stimuleren zo'n regeling te treffen, heeft de minister de bestuursrechtelijke premie aanzienlijk verlaagd: van 160 naar 127 euro per maand. Duizenden mensen hebben al ingestemd met een afbetalingsregeling en zijn dus in feite geen wanbetaler meer. Volgens het Zorginstituut is deze betalingsregeling een stuk realistischer en voor de meeste mensen goed vol te houden.

Verandering 2

Mensen met een bijstandsuitkering vormen nu circa 20 procent van het totale aantal wanbetalers. Maar liefst een op de vijf wanbetalers leeft dus van de bijstand. Begrijpelijk: deze mensen hebben weinig te besteden, komen eerder in de problemen bij onverwachte uitgaven en zijn minder goed in staat een schuld af te lossen. In de vernieuwde regeling mogen bijstandsgerechtigden eerder uitstromen uit de wanbetalersregeling, mits ze instemmen met twee voorwaarden:

- De bijstandsgerechtigde lost een deel van de schuld af bij de zorgverzekeraar via een inhouding op de bijstandsuitkering, voor de duur van maximaal drie jaar;
- De bijstandsgerechtigde sluit zich aan bij de 'collectieve verzekering voor minima'. Daardoor krijgt hij/zij korting op de ziektekostenpremie en een voordeliger aanvullende verzekering. Ook is het eigen risico voortaan meeverzekerd.

Deze maatregel wordt uitgevoerd door het Zorginstituut, in nauwe samenwerking met gemeente, zorgverzekeraar en bijstandsgerechtigde. Na maximaal drie jaar aflossen wordt een eventuele restschuld van de bestuursrechtelijke premie door het Zorginstituut kwijtgescholden.

De aanpassing van de wanbetalersregeling wierp al voor de officiële invoering haar vruchten af. In één jaar is het aantal wanbetalers met 10 procent gedaald: van 330.000 op 1 juli 2015 naar 300.000 op 1 juli 2016. De vernieuwde regeling wordt in 2018 geëvalueerd. ●

*per 1 januari 2017 is de uitvoering van de wanbetalersregeling overgedragen aan het CAK.

Jaarrekening

BALANS 2016

Activa x € 1000	31 dec 2016	31 dec 2015	Passiva x € 1000	31 dec 2016	31 dec 2015
Vaste activa			Eigen vermogen		
Immateriële vaste	486	212	Bestemmingsreserves	2.449	3.303
Materiële vaste activa	1.731	2.193	Egalisatiereserve	965	3.387
Financiële vaste activa	63	77	Totaal eigen vermogen	3.414	6.690
Totaal vaste activa	2.280	2.482			
Vlottende activa			Egalisatierekening	-	-
Rekening-courant	-	-	Voorzieningen	5.572	1.187
Zorgverzekeringsfonds			Kortlopende schulden		
Overige vorderingen	6.113	4.327	Rekening-courant		
Liquide middelen	22.886	21.175	Zorgverzekeringsfonds	1.647	-
Totaal vlottende activa	28.999	25.502	Schulden uit hoofde van projecten	4.010	7.766
Totaal activa	31.279	27.984	Crediteuren	2.952	3.402
			Overige schulden	13.684	8.939
				22.293	20.107
			Totaal passiva	31.279	27.984

EXPLOITATIEREKENING (STAAT VAN BATEN EN LASTEN)

x € 1000	Begroting 2016	Realisatie 2016	Realisatie 2015
Baten			
Rijksbijdrage VWS regulier	47.463	47.463	47.540
Rijksbijdrage VWS incidenteel	18.812	17.266	15.139
Rijksbijdrage VWS onderzoeksprogramma's	3.769	5.381	3.105
Totale rijksbijdrage VWS	70.044	70.110	65.784
Additionele financiering	2.249	3.881	2.380
Overige baten	500	721	521
Totale baten	72.793	74.712	68.685
Lasten			
Personele kosten	40.069	43.128	40.034
Huisvestingskosten	2.921	2.781	2.522
Automatiseringskosten	8.545	8.932	8.002
Bureaunkosten	7.929	6.207	6.990
Bestuurskosten	1.120	1.050	1.149
Communicatiekosten	522	326	460
Projectkosten	6.985	10.184	5.239
	68.091	72.608	64.396
Financiële baten en lasten			
Interest baten	2	1	11
Totale beheerskosten	68.089	72.607	64.385
Overige baten en lasten			
Kosten onderzoeksprogramma's	4.704	5.381	3.105
Totale lasten	72.793	77.988	67.490
Resultaat	-	3.276-	1.195

Dit is de voorlopige jaarrekening 2016, in afwachting van de goedkeuring van het ministerie van VWS

KASSTROOMOVERZICHT OVER 2016

x € 1000	2016	2015
Saldo baten en lasten	(3.276)	1.195
Overschrijding in verband met 5%-norm	0	(1.019)
Geboekte rentebaten	(1)	(11)
Saldo baten en lasten na rente	(3.277)	165
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Aanpassingen voor:		
- Afschrijvingen	789	794
- Afname Egalisatierekening investeringen	0	0
- Toename Voorzieningen	4.385	(638)
- Toename Overige vorderingen	(1.786)	(123)
- Toename Rekening-courant Zorgverzekeringsfonds	1.647	679
- Toename Kortlopende schulden	540	(2.813)
Kasstroom uit bedrijfsoperaties	5.576	(2.101)
Rente	(1)	9
Kasstroom uit operationele activiteiten	2.298	(1.927)
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
Investeringen Immateriële vaste activa	(446)	(31)
Desinvesteringen Immateriële vaste activa	-	-
Investeringen Materiële vaste activa	(162)	(732)
Desinvesteringen Materiële vaste activa	7	44
Ontvangen Financiële vaste activa	14	15
Kasstroom uit investeringsactiviteiten	(587)	(704)
Netto kasstroom	1.711	(2.631)
Beginstand Liquide middelen	21.175	23.806
Toename/afname geldmiddelen	1.711	(2.631)
Eindstand Liquide middelen	22.886	21.175

Feiten en cijfers

AANTAL PAKKETADVIEZEN 2016

53



EXTRAMURALE
GENEESMIDDELEN

34

adviezen

INTRAMURALE
GENEESMIDDELEN

9

adviezen

OVERIGE
ZORG

10

adviezen

DUIDINGEN 2016

527

Deze zijn als volgt
uit te splitsen:

GESCHILLEN

477

STANDPUNTEN ZVW

19

MODELPOLISSEN

21

STANDPUNTEN WLZ

9

STANDPUNTEN GENEESMIDDELEN
INTRAMURAAL

1

IN 2016 WAREN ER

131.840

verzekerden in het buitenland (verdragsgerechtigden),
voor wie het Zorginstituut de Zvw uitvoerde.

AANTAL WANBETALERS OP 31 DECEMBER 2016

275.765

WANBETALERS AANGEMELD BIJ HET ZORGINSTITUUT

151.030

WANBETALERS AFGEMELD BIJ HET ZORGINSTITUUT

187.926

TOTAAL AANTAL ONVERZEKERDEN OP 31 DECEMBER 2016

22.960

INSTROOM IN 2016

53.912

UITSTROOM IN 2016

53.384

HUISHOUDENS GEREGISTREERD ALS GEMOEDSBEZWAARDE

3.660



DECLARATIES

3.995

VRAGEN OVER HET VERZEKERDE PAKKET

2.847

VRAGEN OVER KWALITEIT

466

AANTAL GEBRUIKERS FK-SITE IN 2016 (Farmacotherapeutisch Kompas)



11.012.216

AANTAL DOWNLOADS FK-APP TOT EIND 2016



507.153

Kwaliteitsstandaard Intensive Care

Halverwege 2016 verscheen de Kwaliteitsstandaard Intensive Care (IC): een nieuwe standaard voor de IC. Een voorwaarde voor betere IC-zorg is dat de ziekenhuizen regionaal invulling gaan geven aan de aanbevelingen uit de standaard.

Anesthesiologen, internisten en intensivisten werden het in de afgelopen vijf jaar niet eens om gezamenlijk te komen tot een nieuwe richtlijn voor de organisatie van zorg op IC-afdelingen. Het werd tijd om knopen door te hakken. Immers, een patiënt moet overal in Nederland de zorg krijgen die voor hem of haar passend is. Dat mag niet afhankelijk zijn van het ziekenhuis waar de patiënt terecht komt. “Daarom is het belangrijk dat er landelijke afspraken zijn over waar goede zorg voor IC-patiënten aan moet voldoen. We zien liever dat het veld er zelf uitkomt, maar in het publieke belang moet er op enig moment duidelijkheid zijn over de landelijke afspraken”, zegt Zorginstituut-adviseur Vera Jansweijer. “Het Zorginstituut heeft dan de wettelijke bevoegdheid om de regie over te nemen.” Dat gebeurde uiteindelijk in juli 2015: het Zorginstituut nam de regie over en startte onmiddellijk met een *quick scan* van discussiepunten, argumenten en wetenschappelijke onderbouwing om de Adviescommissie Kwaliteit (ACK) van het Zorginstituut te kunnen informeren.

Bewegingsvrijheid

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de IC-zorgverleners het met elkaar eens zijn over de grote lijnen en de uitgangspunten van de richtlijn. Echter, de richtlijn zou veelal worden ervaren als een landelijk vastgestelde blauwdruk die te weinig ruimte laat voor wenselijke bewegingsvrijheid in de regio's. Aan die behoefte heeft het Zorginstituut gehoor gegeven; de ACK heeft de richtlijn omgevormd tot een kwaliteitsstandaard, die het landelijk kader bepaalt. Ziekenhuizen zullen deze landelijke afspraken vervolgens, passend bij de kenmerken van hun regio, gaan invullen. Jansweijer verduidelijkt: “Kijk, het is verplicht dat elk ziekenhuis 24/7 een intensivist beschikbaar heeft voor IC-zorg. Hoe het ziekenhuis in de regio dat bereikt is een regionale aangelegenheid, bijvoorbeeld door mensen te ‘lenen’ van een naburig ziekenhuis of door de eigen formatie aan te

Het Zorginstituut zal faciliteren dat de regio's van elkaar leren, bijvoorbeeld door bijeenkomsten te organiseren waarop ziekenhuizen best practices kunnen uitwisselen

passen.” Voor deze regionale invulling ligt de bal dus bij de zorgaanbieders – van hen wordt wel verwacht dat zij de stappen zetten die in de kwaliteitsstandaard staan beschreven.

Best practices

Na het vaststellen van de Kwaliteitsstandaard IC in de zomer van 2016, monitort het Zorginstituut de regionale implementatie van de aanbevelingen. Daarbij worden gegevens verzameld en gepubliceerd, aan de hand van een klein aantal indicatoren die verbonden zijn aan de Kwaliteitsstandaard IC. Daarmee kan inzicht worden gegeven in de stand van zaken en kwaliteit van de geleverde zorg. Verder zal het Zorginstituut faciliteren dat de regio's van elkaar leren, bijvoorbeeld door bijeenkomsten te organiseren waarop ziekenhuizen best practices kunnen uitwisselen. Het gezamenlijke doel is dat patiënten op het moment dat ze dat nodig hebben de beste IC-zorg krijgen. ●



Nacontrole borstkanker: wat kan beter?

Iedere borstkankerpatiënte krijgt in de regel een gepersonaliseerde behandeling, gebaseerd op de specifieke kenmerken van de tumor én van de vrouw. Dit in tegenstelling tot de nacontrole; die is bij alle vrouwen gelijk. Hoe effectief en wenselijk is dat? In het kader van het programma Zinnige Zorg onderzocht het Zorginstituut de zin van deze uniforme nacontrole. De uitkomsten werden eind 2016 aangeboden aan minister Schippers.

Ineffectieve en onnodige zorg identificeren en terugdringen. Met dat doel voor ogen draagt het programma Zinnige Zorg bij aan verbetering van de kwaliteit van zorg, een toename van de gezondheidswinst en het vermijden van onnodige kosten. De patiënt staat hierin centraal. Een van de onderwerpen die het Zorginstituut in dit kader heeft opgepakt is de nacontrole bij vrouwen die zijn behandeld voor borstkanker. Uit een eerste screening en een consultatiebijeenkomst met alle betrokken partijen bleek dat zowel in internationale als Nederlandse richtlijnen de aanbevelingen over nacontrole gelijk zijn voor iedere patiënt en gebaseerd op consensus.

Daarop startte het Zorginstituut een onderzoek naar de mogelijkheden van meer gepersonaliseerde nacontrole, toegespitst op twee onderzoeksvragen:

- In hoeverre kan het nacontroletraject, net als de behandeling van borstkanker, per patiënt worden aangepast, bijvoorbeeld door de nacontrole te baseren op het daadwerkelijke risico op een locoregionale terugkeer van de tumor (recidief)?
- Wat zijn de mogelijkheden voor goede informatieverstrekking en gedeelde besluitvorming, zodat dokter en patiënt samen invulling kunnen geven aan het nacontroletraject?

Externe partijen (KPMG plexus, het IKNL en de Universiteit Twente) onderzochten de verdiepingsvragen. De resultaten van dit onderzoek worden in het verbeteringsrapport *Zinnige nacontrole voor vrouwen behandeld voor borstkanker* beschreven en vertaald naar verbeteracties. Gezien werd dat de nacontrole weliswaar conform de bestaande richtlijnen wordt uitgevoerd, maar dat de richtlijn niet aansluit op het daadwerkelijke risico op terugkeer van ziekte (een locoregionaal recidief). Hier blijkt dus duidelijk ruimte voor verbetering. Ook de informatieverstrekking en gedeelde besluitvorming kunnen beter. Als deze goed op orde zijn, kunnen arts en patiënt tot een meer geïndividualiseerd nacontroleschema komen. Dat biedt weer meer ruimte om andere onderwerpen te bespreken, zoals hoe de patiënt omgaat met de te verwachten gevolgen na de behandeling en hoe zij de draad van het leven weer oppakt. Op die manier draagt een gepersonaliseerde nacontrole bij aan een betere en efficiëntere nazorg van de patiënt.

Begin 2017 start het Zorginstituut samen met de betrokken partijen uit het zorggebied met het implementatietraject, waarbij wordt gekeken hoe de verbeterpunten stapsgewijs kunnen worden doorgevoerd in de praktijk. ●

Sabine Siesling, hoogleraar 'Outcomes research and personalized cancer care' aan de Universiteit Twente en senior onderzoeker bij het IKNL, leidde het onderzoek naar de kans op terugkeer van ziekte en de stand van de informatieverstrekking en gedeelde besluitvorming bij de nacontrole van deze vrouwen. De samenwerking met het Zorginstituut vond zij constructief: "De medewerkers hebben kennis van zaken en gaven ons in het wekelijks overleg nuttige feedback. Dat werkte goed, zeker omdat we het onderzoek onder een flinke tijdsdruk moesten uitvoeren. In de verhelderende focusgroepen kregen we van de patiënten informatie over hoe zij de nacontroles en gedeelde besluitvorming ervaren. Daarnaast hebben de zorgverleners de procesmatige kant belicht. De gegevens uit de Nederlandse Kankerregistratie gaven de getalsmatige onderbouwing dat het risico op terugkeer van ziekte voor iedere patiënt anders is."

Wel of niet in het basispakket? Criteria en dilemma's

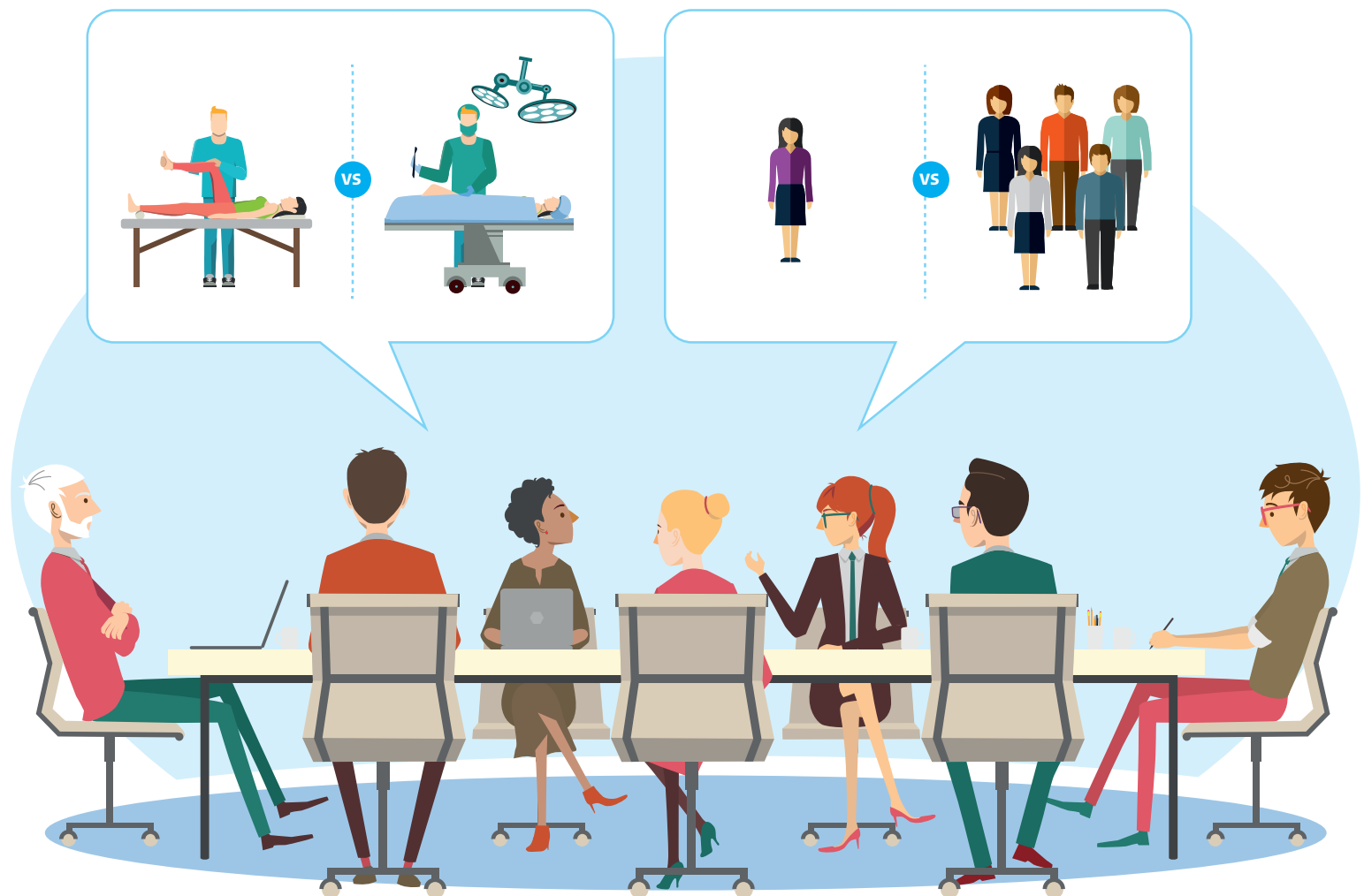
Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS over de samenstelling van het basispakket. Een belangrijke rol is hierbij weggelegd voor de Adviescommissie Pakket (ACP). Zij weegt verschillende criteria tegen elkaar af om tot een weloverwogen advies te komen. “We hebben soms heel lastige afwegingen te maken”, zegt voorzitter Romke van der Veen.

Van tijd tot tijd weet de ACP de voorpagina's van de kranten en het achtuurjournaal te halen. “Het gaat vaak om zaken met een flinke impact”, zegt Van der Veen. “Zowel voor individuele patiënten en burgers als voor de samenleving. Het is dan ook niet gek dat de media zich daarop storten. Tegelijk geeft het de complexiteit weer van de adviezen. Wij moeten zowel het individuele belang van de patiënt als het collectieve belang van alle patiënten en alle burgers afwegen. En die liggen soms ver uit elkaar.”

Vraag van de minister

De ACP brengt gevraagd en ongevraagd advies uit aan de Raad van Bestuur, die op zijn beurt adviseert aan de minister. Soms begint een adviestraject bij een directe vraag van de minister, bijvoorbeeld of een geneesmiddel al dan niet in het basispakket moet. Soms ook draagt het Zorginstituut een onderwerp aan, of komen vragen van buiten of van de ACP.

De commissie werkt op basis van een dossier dat is voorbereid door medewerkers van het Zorginstituut. Voordat het onderwerp wordt voorgelegd aan de ACP, is het dikwijls al beoordeeld door de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van het Zorginstituut. “De ACP weegt bij het opstellen van een advies vier criteria”, legt commissiesecretaris Jacqueline Zwaap uit. “Noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Noodzakelijk: is het de oplossing van een 'verzekeringswaardig' probleem? Effectief: helpt de behandeling of het hulpmiddel? Kosteneffectief: zijn de kosten in verhouding met de gezondheidswinst? En uitvoerbaar: is opname in het pakket organisatorisch en financieel haalbaar?” ▶



De Wetenschappelijke Adviesraad kijkt met een andere invalshoek naar de materie. De leden van de WAR beoordelen vooral de effectiviteit en de kosteneffectiviteit. “Wij zijn daar soms wel al vroeg bij betrokken”, zegt Van der Veen. “Bijvoorbeeld om mee te denken welke effectmaat maatschappelijk relevant is. Als een patiënt met een duur geneesmiddel in vijf minuten iets verder kan lopen dan zonder het geneesmiddel, is dat wel een effect waar je collectief voor wilt betalen? Want hoe relevant is die effectiviteit: wat schiet de patiënt er werkelijk mee op?”

Discussie over kosten

Bij de advisering of een behandeling of geneesmiddel moet worden toegelaten tot het pakket, is de prijs de afgelopen jaren een steeds grotere rol gaan spelen. De kosten van de gezondheidszorg zijn sterk gestegen en drukken steeds zwaarder op de collectieve uitgaven. De minister wil paal en perk stellen aan de groei van de uitgaven, en de ACP speelt een belangrijke rol bij het beheersen van het basispakket.

“De discussie over de kosten is steeds pregnanter geworden”, schetst Van der Veen. “Zowel de ontwikkeling van de Zorgverzekeringswet als de technische ontwikkelingen in de zorg en de vergrijzing hebben de kosten van de zorg sterk doen stijgen. Daarnaast heeft de overheid door de economische crisis de uitgaven moeten beteugelen.”

Rollator afpakken

In 2007 gooide het toenmalige College voor zorgverzekeringen (CVZ; de rechtsvoorganger van het Zorginstituut) de knuppel in het hoenderhok met een advies rollators uit het basispakket te verwijderen. Het land was te klein. Hoe durfden ze oude mensen die ons land na de oorlog hadden opgebouwd hun loopvoorziening af te nemen?!

De maatschappelijke verontwaardiging was nog groter toen in 2012 het conceptadvies over geneesmiddelen voor de ziekten van Pompe en van Fabry openbaar werd. Hierin werd onder meer verwezen naar een rapport van de Raad voor Volksgezondheid uit 2006 dat een prijskaartje plakte op een gewonnen levensjaar. Dat mag 80.000 euro kosten.

De publieke verontwaardiging was groot. Mensen vonden dat je geen prijskaartje aan een mensenleven kon hangen. “Ik begrijp die verontwaardiging wel”, zegt Romke van der Veen, “maar tegelijkertijd is een maatstaf onvermijdelijk wanneer het zorgbudget begrensd is. Dit dwingt de ACP tot de uiterste zorgvuldigheid.”

Dat prijskaartje beïnvloedt ook de discussies binnen de ACP. Het begrip ‘verdringing’ speelt hierbij een belangrijke rol. Geld dat je uitgeeft aan een behandeling, hulpmiddel of geneesmiddel, kun je niet meer aan iets anders besteden. Niet aan de zorg voor andere patiënten, maar ook niet aan andere collectieve voorzieningen, zoals het onderwijs. “Dat zijn lastige af-

"Je gunt patiënten het beste, maar wij hebben een maatschappelijke afweging te maken"

wegingen, en de commissieleden zijn het ook niet altijd met elkaar eens”, zegt Zwaap. “Bij de discussie over Pompe en Fabry waren er bijvoorbeeld commissieleden die vonden dat in dat specifieke geval het individuele belang zwaarder mocht wegen dan de ongunstige kosteneffectiviteit. Dat vermeldden we ook in ons advies.”

Hartverscheurende verhalen

Bij een vergadering van de ACP kunnen betrokkenen inspreken. Een bijeenkomst begint met een presentatie van het Zorginstituut, daarna kunnen patiënten, behandelaars en fabrikanten hun zegje doen. “De verhalen van patiënten zijn soms hartverscheurend”, zegt Van der Veen. “En het is best moeilijk om in hun bijzijn de discussie met elkaar te voeren. Je gunt ze het beste, maar wij hebben een maatschappelijke afweging te maken. Toch is het inspreken belangrijk. Het leidt tot een betere argumentatie onder het advies en geeft er legitimiteit aan. We geven niet zomaar een advies, we luisteren en wegen zorgvuldig de verschillende argumenten.” Een probleem is dat de patiënten die naar een bijeenkomst komen, niet representatief zijn voor alle patiënten, vertelt Zwaap. “Het zijn patiënten bij wie een middel helpt. Maar vaak zijn er ook patiënten die er niet of nauwelijks baat bij hebben. Bovendien, als je besluit om een duur middel te vergoeden, kun je ergens anders minder aan uitgeven. De groep die daardoor getroffen wordt, is niet aanwezig om in te spreken. Dat maakt het ook ingewikkeld.”

De ACP-voorzitter verwacht dat er de komende tijden nog heel wat interessante vraagstukken bij de commissie ter tafel zullen komen. “We gaan steeds meer naar *personalised medicine*, geneesmiddelen die specifiek aansluiten op iemands genetische profiel. De kosten daarvoor zullen hoog zijn, maar zijn waarschijnlijk wel kosteneffectiever.” Daarnaast ziet hij dat de langdurige zorg “een steeds groter beslag op het beschikbare budget legt, terwijl het nog maar de vraag is hoe het staat met de kwaliteit van zorg en hoe je dat moet definiëren. Nu ligt de insteek heel erg op het vermijden van risico’s. Maar is dat wel de meest wenselijke focus? Dat zijn thema’s die de Adviescommissie Pakket zal moeten oppakken.” ●



TWEEDE ADVIESRAPPORT COMMISSIE IZ&O UITGEREIKT

Anders kijken, anders leren, anders doen

In haar eerste adviesrapport schetste de commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen de contouren van toekomstige zorg en welzijn. Hierbij werd uitgegaan van de veranderde zorgvraag in 2030 en een nieuwe visie op gezondheid. In haar tweede advies wordt de vraag uitgewerkt wat dit betekent voor de toerusting van professionals en burgers. “Dit moet het vliegwiel zijn voor een tijdperk waarin we anders kijken, anders leren en anders doen.”

Meer nog dan een advies is het rapport *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren* een uitnodiging voor een maatschappelijke discussie. In dat rapport, dat in 2015 aan minister Schippers werd aangeboden, wordt hiervoor de aanzet gegeven. In zorg en welzijn staan het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers centraal. De commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (IZ&O) nam het jaar 2030 als peildatum en stelde zich de vraag welke zorg en welzijn dan nodig zijn. Meer dan duizend betrokkenen en deskundigen werden geraadpleegd. Kern van het advies van de commissie is, dat de samenleving in staat is om de toekomst zélf vorm te geven. Daarvoor is het nodig dat de burgers verantwoordelijkheid nemen, veerkrachtig zijn en leer- en gezondheidsvaardigheden ontwikkelen. Multi-disciplinaire en interprofessionele teams werken actief samen met burgers om hun functioneren, veerkracht en eigen regie verder te versterken en daarmee een einde te maken aan de verkokering.

Een leven lang leren

Op 17 november 2016 werd het tweede adviesrapport aan de minister aangeboden. Belangrijkste thema's daarin zijn vakbekwaamheid, samenwerkend vermogen en lerend vermogen. Vakbekwaamheid vormt de basis van het professionele handelen. Het uitgangspunt hierbij is dat niet de ziekte maar de burger in zijn of haar sociale context centraal staat. Zorg

“Investeren in preventie is veel effectiever dan achteraf bestrijden, wat leidt tot medicalisering”



Kete Kervezee, minister Bussemaker (OCW) en DG langdurige zorg Kees van der Burg, die het rapport namens minister Schippers in ontvangst nam.

en welzijn raken nauw vervlochten. Samenwerkend vermogen ontwikkelt zich in de praktijk en in de opleidingen. Dat gebeurt al aan het begin van de opleiding door ‘praktijk in het onderwijs’ en het ‘onderwijs in de praktijk’ te halen, maar ook door leertrajecten met elkaar te verbinden. Met het lerend vermogen wordt ingezet op continu lerende professionals die steeds nieuwe kennis opdoen, blijven bij snelle technologische veranderingen en hun opgedane kennis delen.

Het advies van de commissie IZ&O is opgebouwd langs acht hoofdlijnen (zie kader). “Wij willen toe naar een leven lang leren. De achterstanden ontstaan al jong, dus moeten kinderen op school gezondheidsvaardigheden worden bijgebracht”, zegt Kete Kervezee, voorzitter van de commissie. “Investeren in preventie is veel effectiever dan achteraf bestrijden, wat leidt tot medicalisering. En dat is fnuikend voor de veerkracht en de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Het kind dat nu op de basisschool zit, kan in het jaar 2030 zowel een zorgvrager zijn als een zorgprofessional.” ●

Acht hoofdlijnen

1. Functioneren, veerkracht en eigen regie van burgers staan centraal
2. Burgers ontwikkelen van jongs af aan leer- en gezondheidsvaardigheden
3. Functioneren, veerkracht en eigen regie als rode draad door leertrajecten
4. De praktijk in het onderwijs en onderwijs in de praktijk
5. Consistente en op elkaar aansluitende leertrajecten in een continuüm
6. Permanent leren in teams, organisaties en netwerken
7. Leven, leren en werken met technologie
8. Onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid verbinden

Overdracht burgerregelingen van Zorginstituut naar CAK

Het CAK voert met ingang van 1 januari 2017 vijf zogeheten burgerregelingen voor de zorgverzekering uit. Tot die tijd deed het Zorginstituut dit. Met de burgerregelingen verhuisden ook circa driehonderd medewerkers van het Zorginstituut van Diemen naar Den Haag. Directeur Klantcontacten Eva Heijblom van het CAK vertelde in *Zorginstituut Magazine* hoe het CAK de overdracht in de loop van 2016 heeft voorbereid.

De burgerregelingen zijn bijzondere voorzieningen binnen de zorgverzekering. Het gaat om regelingen voor wanbetalers, mensen die niet verzekerd zijn, mensen met inkomen uit Nederland die in het buitenland wonen, gemoedsbezwaarden en onverzekerbare vreemdelingen. De overdracht past logisch in de ontwikkeling van het Zorginstituut, dat zijn focus steeds meer verschuift naar het adviseren over de inhoud van het basispakket en het stimuleren van kwaliteitsverbetering van zorg. “Het uitvoeren van financiële, administratieve regelingen is de *core business* van het CAK”, zegt Heijblom. “We stellen onder andere de eigen bijdrage vast voor de Wet langdurige zorg en innen die ook. Voor gemeenten doen we hetzelfde voor de Wet maatschappelijke ondersteuning. Het uitvoeren van de burgerregelingen past goed bij ons.”

Uitdagingen

Het lag dan ook voor de hand om de uitvoering van de regelingen naar het CAK over te brengen. Maar aan zo'n operatie kleven risico's. “Twee belangrijke uitdagingen bij de overgang zijn de mensen en de systemen”, aldus Heijblom. “Alle gegevens moesten over van het systeem van het Zorginstituut naar ons platform. Dat hebben we het afgelopen jaar gedaan. En het is goed gelukt: het systeem werkt en er zijn bij de migratie geen gegevens verdwenen.” De tweede uitdaging is de verhuizing naar



Den Haag van circa driehonderd medewerkers van het Zorginstituut die de regelingen uitvoeren. Zij komen in dienst van het CAK. “De meeste medewerkers zijn gelukkig bereid om mee te verhuizen”, zegt Heijblom. “Bij hen zit veel kennis en ervaring. Die hebben we hard nodig om ervoor te zorgen dat het werk na 1 januari gewoon doorgaat.”

Inschikken

In het kantoor aan de Haagse Prinses Beatrixlaan is voldoende ruimte. “We vinden het heel belangrijk dat de mensen uit Diemen zich hier thuis voelen”, zegt Heijblom. “We schuiven twee organisaties in elkaar. Dat gaat niet vanzelf. We hebben een programma gemaakt om de nieuwe collega's te ontvangen. Collega's van de beide organisaties worden aan elkaar gekoppeld, er staan gezamenlijke lunches gepland en zo is er nog meer geregeld om iedereen zich thuis te laten voelen. Het werk voor de medewerkers die van het Zorginstituut naar het CAK gaan, blijft vooralsnog hetzelfde. Op termijn is het wel denkbaar dat er voordelen te behalen zijn door werkzaamheden te combineren of anders in te richten. Wij doen ons uiterste best ervoor te zorgen dat de klanten en relaties niets merken van deze overdracht. Alleen hebben ze na 1 januari 2017 contact met het CAK in plaats van het Zorginstituut.” ●

Zorginstituut zet vaart achter verbetering kwaliteit verpleegzorg

De verpleegzorg heeft geen gebrek aan belangstelling. Kamerleden, kranten en tv-programma's besteden bijna dagelijks aandacht aan de sector. Welke verpleeghuizen hebben de zorg op orde, welke nog niet? Hoeveel zorgverleners zijn er eigenlijk nodig per cliënt? En is een quotum voor toiletbezoek verstandig of ronduit inhumain? Sinds 2015 is het Zorginstituut nauw betrokken bij de kwaliteitsverbetering van de verpleegzorg. Eerst op de achtergrond, maar sinds eind 2016 – tijdelijk – als voortrekker. Hoe zit dat?

Om de recente ontwikkelingen te begrijpen moeten we eerst terug in de tijd. In februari 2015 presenteerde staatssecretaris Van Rijn het programma 'Waardigheid en Trots'. Het doel: een flinke kwaliteitsslag maken in de verpleegzorg, waardoor ouderen zich waardig(er) zullen voelen en zorgverleners weer trots zullen zijn dat zij in de sector werken. Twee belangrijke instrumenten die de bewindsman daarvoor wil inzetten zijn een uniform kwaliteitskader en een leidraad voor de personeelssamenstelling.

In de loop van 2015 ging een groot aantal partijen uit het veld, waaronder het Zorginstituut, aan de slag om gezamenlijk dit kwaliteitskader en de personeelsleidraad op te stellen. Na de lancering van 'Waardigheid en



Trots' heeft het Zorginstituut de verpleeghuiszorg op de Meerjarenagenda gezet. Dat betekent dat we ons committeerden aan het opstellen van het kwaliteitskader en dat deelnemende partijen gehouden waren aan een deadline: op 1 oktober 2016 moest het nieuwe kwaliteitskader tripartiet aan het register worden aangeboden, dus door vertegenwoordigers van de patiënten, zorgverleners c.q. zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Meer zorg op maat

Natuurlijk gelden in de verpleeghuiszorg ook nu al richtlijnen voor het waarborgen van de kwaliteit, maar die regels zijn niet uniform voor de sector én hier en daar verouderd. "Het werk in verpleeghuizen is in korte tijd behoorlijk veranderd", vertelt projectleider Margje Mahler van het Zorginstituut. "Doordat mensen steeds langer thuis blijven wonen, hebben ze tegen de tijd dat ze naar een verpleeghuis gaan, meer complexe klachten dan de bewoners van vroeger. Ze zijn veel dichterbij het einde van het leven. De helft van de nieuwkomers in het verpleeghuis overlijdt al binnen twee tot drie maanden. Dat vraagt om andere zorg dan vroeger. Ook de verwachtingen ten aanzien van de instellingen zijn veranderd. Tien tot vijftien jaar geleden hadden alle bewoners dezelfde dekbedden en dezelfde gordijnen. Toen vond niemand dat raar. Nu is er veel meer behoefte aan persoonlijke zorg op maat."

Naast de werkinhoudelijke veranderingen is de administratieve druk voor verpleeghuismedewerkers de laatste jaren enorm toegenomen. "Ze moeten niet alleen verantwoording afleggen aan hun bestuurders, maar ook aan de zorgverzekeraars, de zorginkopers, de inspectie. Daarin raak je als verzorgende of verpleegkundige al gauw de weg kwijt – zeker omdat in veel huizen de ict-graad niet hoog is en soms alles nog op papieren vragenlijsten moet worden ingevuld."

Bij het opstellen van het nieuwe kwaliteitskader en de leidraad voor de personeelssamenstelling hebben de betrokkenen uit de brancheorganisaties geprobeerd om gezamenlijk vast te stellen wat zij vinden dat goede zorg is. "Het was de opdracht om niet te redeneren vanuit kosten of minimale kwaliteitseisen, maar vanuit de vraag wat de cliënt wil, hoe de zorgverlener daarop kan inspelen en wat daarvoor nodig is vanuit de organisatie", vertelt Mahler. Dat is minder eenvoudig dan het misschien lijkt. Zorgprofessionals maken continu afwegingen, bijvoorbeeld tussen iemands persoonlijke vrijheid en de veiligheid. Mahler: "Stel, meneer Jansen is slecht ter been maar wil een stukje lopen. Zeg je dan: 'Nee, want dan valt u misschien', of: 'Probeer maar', en aanvaard je het risico dat hij valt en iets breekt? Professionals staan dagelijks voor duizend van zulke dilemma's. Die kunnen onmogelijk allemaal in kaders of richtlijnen worden gevat." ▶

"Vroeger hadden alle bewoners dezelfde dekbedden en gordijnen. Nu is er veel meer behoefte aan persoonlijke zorg op maat"

Doorzettingsmacht

Ondanks alle inspanningen is 'het veld' er na een hoopgevende start helaas niet in geslaagd om op 1 oktober 2016 gezamenlijk een nieuwe kwaliteitsstandaard te presenteren. Daarop heeft het Zorginstituut besloten zijn doorzettingsmacht aan te wenden. Dat betekende dat het Zorginstituut – om precies te zijn: de Kwaliteitsraad - de regie ging voeren over het schrijven van het kwaliteitskader en de leidraad personeels-samenstelling. Voorzitter van de Kwaliteitsraad prof.dr. Jan Kremer: "Om te beginnen hebben we alle betrokken partijen gevraagd om door te geven welke items voor hen het allerbelangrijkst zijn. We willen een belangrijk deel van het kwaliteitskader op 1 januari 2017 gereed hebben."

Rust in het veld

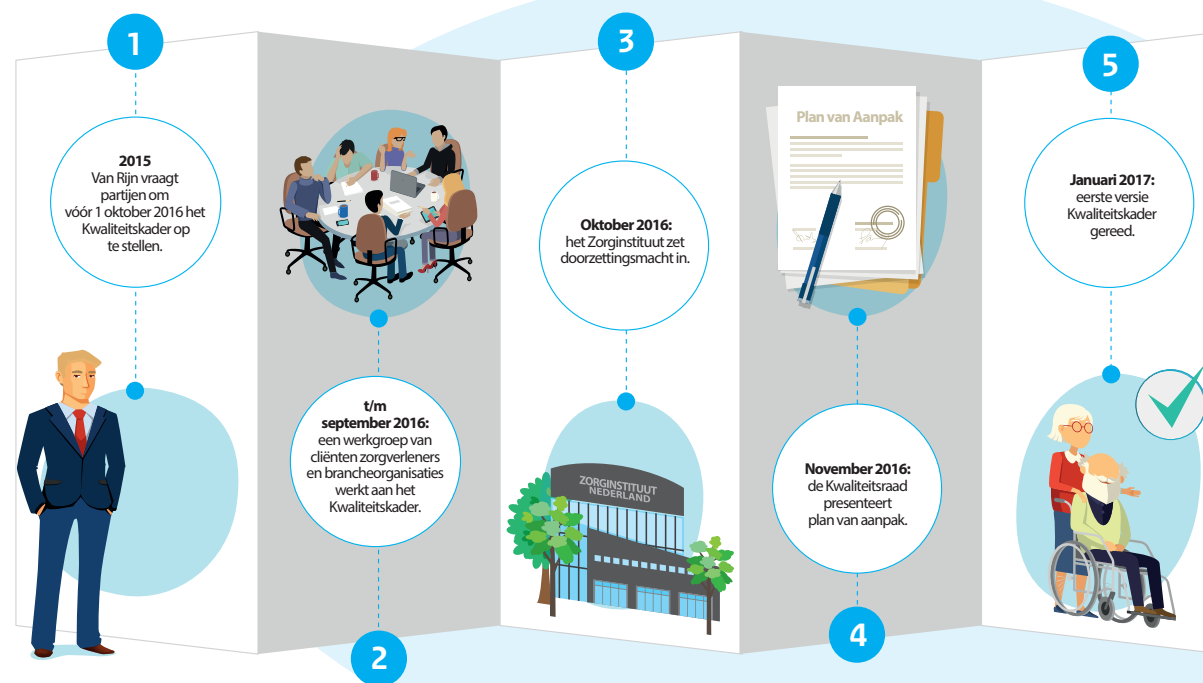
Mahler hoopt dat het nieuwe kader meer rust in het veld brengt. "We willen het kader herkenbaar maken voor cliënten en de mensen op de vloer. Daarnaast moet het kader organisaties en bestuurders een houvast geven om verder te groeien." Groeien en leren zijn ook voor Kremer belangrijke uitgangspunten. "Ik zie liever een organisatie die een zeven scoort en continu leert, dan een club die een acht haalt, maar stilstaat. Dat verbeterproces moet overigens wel inzichtelijk zijn. Dat vraagt de samenleving." Behalve het versterken van het 'lerend vermogen' van verpleeghuizen, wil de Kwaliteitsraad met het kader de positie van de professional versterken en de positie van cliënten verstevigen. Ook denkt Kremer dat organisaties veel meer van elkaar kunnen leren dan nu het geval is. "Je moet als instelling blijven openstaan voor feedback en inspiratie." Bij het opstellen van het kwaliteitskader en de leidraad is het volgens Kremer de vraag hoe gedetailleerd je moet zijn. "Soms is één 'platte' norm nodig, zoals bijvoorbeeld in de intensive-care-zorg: daar moet overdag minimaal één intensivist aanwezig zijn. Maar soms kun je de invulling van het kader beter aan de lokale context overlaten. Twee verzorgenden per cliënt kan een prima gemiddelde zijn, maar voor complexe zorg is dat te weinig en voor een groep ouderen met milde klachten weer te veel."

Kwestie van beschaving

Kremer benadrukt dat hij groot respect heeft voor de mensen die in de verpleeghuissector werken. "Ze doen moeilijk werk, dat niet hoog staat aangeschreven. Er wordt veel van verzorgenden en verpleegkundigen gevraagd – misschien té veel."

Hij vermoedt dat een van de redenen waarom het overleg vastliep is dat er grote verschillen bestaan in de verpleeghuissector. "Je hebt instellingen met twaalf bedden en agglomeraties met plek voor honderden cliënten." Daarbij komt dat de eisen hoog zijn in de laatste levensfase. "Het gaat om uiterst kwetsbare mensen. Dat maakt de emotionele lading van het debat zo groot."

Mahler, die naast haar baan bij het Zorginstituut ook als psycholoog in een verpleeghuis werkt, voegt toe: "Een verpleeghuis is de wereld in het klein. Alles komt voorbij: liefde, wanhoop, angst, vreugde, verdriet. Nergens wordt het leven zo intensief geleefd. Dat maakt het zeer de moeite waard om er te werken en om er, samen met het veld, een mooi, helder en licht kwaliteitskader voor te ontwikkelen." ●



Totstandkoming Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Colofon

Dit Jaaroverzicht 2016 is een uitgave van Zorginstituut Nederland.

Hoofredactie

Michiel Geldof

Bladmanagement en eindredactie

Edith Bijl

Druk

De Bondt grafimedia communicatie bv,
Barendrecht

Aan dit nummer werkten mee

Robert van der Broek, Flip Franssen, Peter Hiltz, Rogier van der Haak, Nils van Houts, Edith Kuiper, Jos Leijen, Bas de Meijer, Frank Muller, Mrs. Peacock, Jacqueline, Schadee, Erik van 't Woud