



verslag

ACP 44
Vergadering Adviescommissie Pakket

Vergaderdatum	21 februari 2014
Vergaderplaats	CVZ, Diemen
Aanwezig	Inez de Beaufort Bert Boer (voorzitter) Maarten Dekker Heleen Dupuis Job Kievit Arnold Moerkamp Cees Smit Gert Jan van der Wilt Jacqueline Zwaap (secretaris, verslag) Hugo Trouw (adviseur, verslag)
Afwezig	Marian Grobbink

1 Opening en mededelingen

De voorzitter opent om 11.00 de vergadering en heet alle aanwezigen hartelijk welkom.

1.1 Mededelingen

De secretaris heeft de volgende mededelingen:

- Er is een afmelding van Marian Grobbink
- Er zijn geen stukken ter kennisneming gestuurd vanwege wat logistieke strubbelingen in de organisatie. De volgende vergadering zullen de stukken die de commissie nog tegoed heeft worden meegezonden met de nieuwe TK stukken.

1.2 Conflicterende belangen

De voorzitter vraagt de leden of zij mogelijk conflicterende belangen hebben bij wat er voor vandaag op de agenda staat. Er zijn geen meldingen.

2 Verslag van de vergadering van 6 december (43)

Er zijn geen opmerkingen bij het verslag.

3 Maatschappelijke agenda

Een medewerker geeft een presentatie. Belangrijke opmerkingen vooraf zijn:

- Tot nu toe waren er losse lijstjes met onderwerpen; in deze agenda wordt getracht meer samenhang aan te brengen;

- De agenda bevat ook onderwerpen op het gebied van kwaliteit;
- Partijen in het veld zijn druk bezig met allerlei activiteiten om de kwaliteit te verbeteren. CVZ/ZIN wil proberen deze activiteiten in eenzelfde richting te richten;
- Deze maatschappelijke agenda is bedoeld voor 2015 en verder.

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Datum
15 april 2014

Onze referentie
2014043200

De presentatie is als bijlage bij dit verslag gevoegd.

Reacties vanuit de commissie

- Een lid herkent de gepresenteerde wereld niet en vindt de agenda niet realistisch. Interdoktervariatie en indicatiediscipline zouden de centrale begrippen moeten zijn. De gepresenteerde agenda is een Poolse Landdag die nergens toe kan leiden. Er moet focus worden aangebracht. Richt de inspanningen op de "rafels" van de geneeskunde en wil niet alles adresseren.
- Een volgend lid vindt het ook belangrijk om prioriteiten te stellen, al meent hij dat het nodig kan zijn een sociaal stappenplan te doorlopen om partijen bij elkaar te brengen. Wat het lid opvalt, is dat wel naar de kosten, maar niet naar de effectiviteit wordt gekeken. Dat is vreemd. Daarbij is maatschappelijk relevant of het om veel of weinig mensen gaat. In individuele gevallen ben je bereid verder te gaan.
- Een derde lid meent dat in de doelstelling om versnippering tegen te gaan, de organisatie is doorgeschooten. Er ontstaat een soort planeconomie met de mythe van beheersbaarheid. We zouden juist door de oogharen moeten kijken met de vraag of we goed bezig zijn. 75% van de kankergevallen is te voorkómen. Richt daar de energie op en onderschrijf een ambitie. Waarom is er geen plek voor preventie op de agenda?
- Een volgend lid is het daarmee eens. Ook omdat dit onderwerp meer kan binden dan de zorg voor een groep patiënten. Je zou moeten kiezen voor iets dat of minder met belangen samenhangt, of dat voor iedereen duidelijk is dat dit speelt in de oncologie.
- Een lid sluit daarop aan dat een belangrijk thema is dat kanker een chronische ziekte wordt. Wat heeft dat voor consequenties voor de zorg?
- Een volgend lid heeft naar de agenda gekeken door de ogen van een (oud)bestuurder. Je wilt als organisatie iets laten gebeuren. Een soort cyclische beweging waarin je pakket en kwaliteit met elkaar verbindt. Het is belangrijk een focus aan te brengen; waar kun je succesvol zijn. Dan kun je laten zien dat het werkt.
- Het laatste lid is reageert op de opmerking die in de ACK is gemaakt. De ACK vindt dat de agenda te weinig de geest van het patiëntenperspectief ademt. Hij mist ook de focus. Een voorbeeld van focus dat hem heeft geïmponeerd is de speech van Hollande. Centraal daarin staat een aantal acties zoals het stimuleren van bewegen, het terugdringen van de invloed van de tabaksindustrie en het tegengaan van discriminatie op de arbeidsmarkt. Hij verbaast zich erover dat men in andere landen zich veel beter houdt aan een rookverbod en dat in Nederland zo weinig aan preventie wordt gedaan. Tot slot wijst hij op de logistieke problemen die zich voordoen doordat kanker een chronische ziekte wordt, de incidentie toeneemt, maar ook de concentratie van behandelingen. Zo kent hij een voorbeeld dat door het samengaan van afdelingen van het AvL en UMCU andere afdelingen zijn gekort op hun budget. Dit soort ontwikkelingen heeft dus grote logistieke en financiële consequenties.

Discussie

Vervolgens ontstaat er discussie waar partijen in de zorg mee bezig zijn. Veel wetenschappelijke verenigingen zijn druk bezig met allerlei dingen. Maar wat worden we daar wijzer van? We moeten wel kritisch blijven. Aan de andere kant, je kunt positief of negatief zijn over het gedrag van partijen; wij kunnen niet bepalen waar partijen mee bezig zijn. Het proces is niet rechtlijnig. In de praktijk ga je vaak twee stappen vooruit en dan weer één achteruit. Maar dit mag ons niet weerhouden om punten te agenderen.

De voorzitter vraagt of de leden wel de doelstelling onderschrijven. De antwoorden van wel, maar dan moet de organisatie zich richten op de "rafels" en "blinde vlekken". Als deze onderwerpen niet in het belang van partijen zijn, komen ze niet op tafel. Daar moet de organisatie voor waken.

De medewerker antwoordt dat begonnen is met de wetenschappelijke verenigingen. Die zijn niet primair bezig met preventie. Daar zullen andere partijen zeker mee komen. Een lid vraagt vervolgens vanuit welke legitimiteit de organisatie deze agenda formuleert. Het antwoord daarop luidt dat geen van de partijen zegt de legitimiteit te hebben. Iemand moet die verantwoordelijkheid nemen. Het lid meent dat dan toch geen energie gestoken moet worden in wat goed gaat, maar juist in waar de rafels zitten. Dat moet de organisatie duidelijk aangeven. Een ander stelt aanvullend de vraag of het Kwaliteitsinstituut de juiste positie heeft. Welke coalitie heb je nodig? Het gaat niet alleen om kwaliteit. Heeft de organisatie ook een eigen agenda of gebruikt de organisatie het overleg met partijen om haar eigen agenda op tafel te krijgen? Een ander lid meent dat de organisatie ook een eigen agenda moet hebben, maar dat dit een ander stuk zou zijn. Nu ontbreekt de relatie tussen de tabel en de rafels. Een lid vult aan dat ook bij andere aandoeningen (die niet grotendeels te voorkómen zijn) er sprake is van rafels en dat de omvang daarvan inzichtelijk moet worden. Hij zou de volgende dingen willen meegeven;

- Breng focus aan;
- Kijk daarbij naar de kans op succes;
- Spiegel je ook aan internationale programma's.

Tot slot is de vraag wat de organisatie met deze punten gaat doen. In ieder geval gaat IKNL gewoon aan de slag met haar eigen agenda. Als organisatie gaan we deze agenda nog eens grondig doorspreken. De resultaten hiervan worden teruggekoppeld in de vorm van een plan.

4 Zittend ziekenvervoer

Een medewerker van CVZ leidt het onderwerp in. Het onderwerp is eerder in de ACP besproken. In het voorliggende rapport is geen conceptadvies verwoord, maar is gekozen voor het presenteren van een aantal opties/scenario's. Deze zijn:

- Ongewijzigd laten;
- Kiezen naar een onderscheid op basis van doelgroepen;
- Andere opties.

Reacties vanuit de commissie

- Een eerste lid meent dat er niet veel meer informatie is bij gekomen. Met de kostenexplosie lijkt het wel mee te vallen. Punt blijft dat overheveling naar de WMO riskant blijft door de onzekerheid wat daar allemaal gaat gebeuren. Het lid vraagt om in het stuk ook aandacht te besteden aan toenemende parkeerkosten bij ziekenhuizen.

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Datum
15 april 2014

Onze referentie
2014043200

- Een volgend lid is het ermee eens dat het gaat om verschillende categorieën patiënten. Een demente patiënt verschilt natuurlijk veel van een kankerpatiënt. Door de onzekerheden over de WMO vindt het lid het riskant nu iets te veranderen. Het lid vindt het een reëel punt dat de aandacht wordt gevraagd voor GGZ patiënten. Het is belangrijk maatwerk te leveren qua regeling en vervoer.
- Een volgend lid meent toch te zien dat het bedrag per gebruiker ernstig stijgt. Hij vindt de gegevens over prijzen en volumina op blz. 14 nog niet duidelijk. Verder vindt dit lid dat dit type vervoer voor het grootste deel in de WMO thuishoort en maar voor bepaalde groepen in de Zvw. Maar hij zou eerst willen wachten tot de WMO "staat".
- Een volgend lid vindt dat, wat je ook doet, het niet te ingewikkeld moet zijn. Er is nu gedoe met de regelen. Artsen moeten tekenen voor patiënten die een beroep doen op de hardheidsclausule. Dat moet stoppen. ER moet ook geen pervers systeem komen. Het lid vraagt zich af of het mogelijk is het vervoer te beleggen bij de instelling waar de zorg wordt geleverd. Hij is er niet voor te laten zoals het is. Niemand houdt van verandering. Maar zijn er nu "rafels"?
- Een volgend lid meent dat nu de assertiviteit van een patiënt een belangrijke rol speelt. Dat is onrechtvaardig. Hij denkt dat de WMO hier goed zou kunnen werken als efficiency impuls.
- Een ander lid reageert dat het dan wel om andere patiënten gaat. Er is een principieel en een praktisch argument.
- Een lid vraagt of een criterium kan zijn of er een partner of kind beschikbaar is met een auto? Andere leden reageren daarop dat er snel te veel van mantelzorgers kan worden verwacht.
- Een lid merkt op dat enige versobering wel op zijn plaats is. In 2007 ging een derde deel van de patiënten met eigen vervoer, nu is dat nog maar 10%. Ook groepsvervoer is een optie (combinatieritten).

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Datum
15 april 2014

Onze referentie
2014043200

De voorzitter concludeert dat de commissie de volgende punten belangrijk vindt;

- Niet alle indicaties vastleggen;
- Arts hoeft geen indicatie af te geven;

Een lid merkt op dat je vroeger de persoon kende bij de verzekeraar die bepaalde of je in aanmerking kwam voor vervoer. Doordat verzekeraars groter zijn geworden, is dat niet meer. Zij inschatting is dat ziekenhuizen het vervoer van hun patiënten niet zullen willen regelen. Een ander lid merkt op dat er pas creatieve oplossingen komen wanneer je iets niet regelt.

Samengevat luidt het advies van de commissie als volgt:

- Het probleem van het zittend ziekenvervoer is mogelijk volgens de commissie niet zo groot en in dat geval is het niet nodig iets te veranderen. Onderzoek nog eens goed hoe de toename van het gebruik in 2009 en 2010 te verklaren is en wat de redenen kunnen zijn van de kostenontwikkeling in 2011 en 2012.
- Mocht dan toch blijken dat er iets moet worden gedaan, dan pleit de doelgroepen benadering voor een deel in de Zvw en een deel in de WMO;
- Een aantal leden vindt dat ongewenst, gezien de grote veranderingen die al plaatsvinden in de WMO; één lid meent dat juist in de WMO een efficiëntieslag hier mogelijk zou kunnen zijn. Dit lid zou ervoor pleiten het

vervoer voor deze doelgroepen wel over te laten gaan naar de WMO om te kijken tot welke creatieve oplossingen en hier kan komen.

- Belangrijk is dat er wordt gezocht naar creatieve oplossingen, bv door het ziekenhuis het te laten organiseren;
- Houdt bij die creatieve oplossingen rekening met de volgende punten:
 - iets soberder mag;
 - maar waak ervoor te veel te vragen van mantelzorgers
 - houdt het simpel;
 - houdt rekening met ontwikkelingen in de toekomst, bv. door concentratie van de zorg;
 - zorg ervoor dat de patiënten en mantelzorgers niet met hoge kosten voor parkeertarieven wordt opgezadeld; deze zijn de afgelopen jaren aanzienlijk toegenomen. Zorg dat ziekenhuizen redelijk tarieven hanteren, dan wel dat patiënten voor hoge parkeerkosten worden gecompenseerd.

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Datum
15 april 2014

Onze referentie
2014043200

5. Rondvraag en sluiting

Van de rondvraag wordt geen gebruik gemaakt.
De voorzitter sluit de vergadering om 12.55 uur.



College voor Zorgverzekeringen

Maatschappelijke Agenda

*Uitwerking zorg voor
mensen met kanker*

Arnold van Halteren
ACP 21 februari 2014

| Van goede zorg verzekerd |



Programma

- Maatschappelijke agenda 2015
- Eerste uitwerking op zorg voor mensen met kanker

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Datum
15 april 2014

Onze referentie
2014043200



**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Datum
15 april 2014

Onze referentie
2014043200

Doel Maatschappelijke Agenda

“Triple Aim”

- Betere zorg
- Betere gezondheid / Kwaliteit van leven
- Lagere kosten / Duurzaam houdbaar systeem

3



Cyclische agenda

- Energie en middelen van **alle** partijen bundelen en richten
- Kwaliteitscirkel** volledig doorlopen
- Alle** aandachtsgebieden in de zorg (basis = ICD10, met aanvulling)
- Per onderwerp concrete en aansprekende **doelstelling**
- Beschreven vanuit **patiëntperspectief**

4



Werkwijze

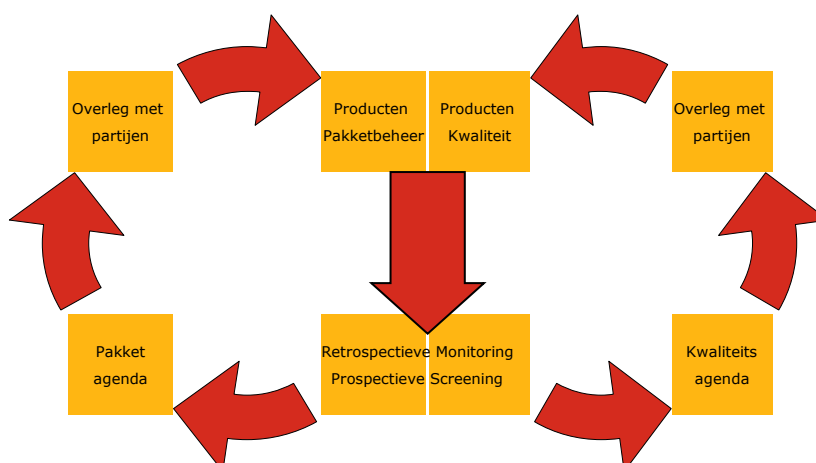
Jaargesprekken

- Per aandachtsgebied (elk jaar ongeveer 4)
 - Met sleutelpartijen
 - Opstellen probleemanalyse
 - Samen prioriteren
 - Aansprekend doel formuleren
 - Afspraken maken (wie, wat, wanneer)
-
- Jaarlijks follow-up gesprek
-
- N.B. er blijft ruimte voor urgente onderwerpen buiten gekozen gebied

5



De cyclus binnen het Zorginstituut



6



Systemetest

- Voorbeeld van raamwerk voor kwaliteitscyclus opgesteld
 - Ingedeeld naar **gezondheids(zorg)probleem** (totaal 20)
 - **Cyclische** benadering (5-jaarscyclus)
- Model voor prioritering
- Voorbeeld voor invullen “geplande” activiteiten.
 - **IKNL** heeft activiteiten ingevuld
 - Zorginstituut levert zijn **producten in een volgorde** die bijdragen aan het bereiken van het doel
 - Zorginstituut zet zich in dat ook **andere overheid** (ZonMW, IGZ, NZa) zich richt naar deze onderwerpen.

8



Vragen aan ACP over Maatschappelijke Agenda

- Wat vindt u van idee en werkwijze voor de “ZorgAgenda”?
- Wat vindt u van de concretisering van de aanpak op het voorbeeld: Zorg voor mensen met kanker?
- Hebt u nog adviezen voor de verdere uitwerking van dit proces?

13