



ACK 25

Zorginstituut Nederland
Kwaliteitsinstituut

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

mw. C. van der Vliet
T +31 (0)20 797 87 76

verslag ²³

Adviescommissie Kwaliteit

Datum

27 januari 2015

Vergaderdatum en -tijd	26 januari 2015, 17.30 – 20.00
Aanwezig	Jan Kimpen (voorzitter), Jan Kremer, Rose-Marie Droës, Mieke Hollander, Jan Lavrijsen, Bertine Lahuis, Niek de Wit, Diana Delnoij, Celeste van der Vliet (verslag).
Bezoekers	Geertjan Mellema (ZN, agendapunt 1), Berend Mosk, Willemijn Krol, Margje Mahler, Maud van der Veen, Rudy Valke, Paula Polman, Liselot Visser,
Afwezig	Annemone Bögels, Evelyn Finnema, Hugo Keuzekamp, Erik Buskens,

1 Opening

De voorzitter opent de vergadering en heet Geertjan Mellema, adviserend geneeskundige bij ZN, van harte welkom.

2 De rol van zorgverzekeraars

Mellema werkt nu sinds september op dit dossier bij ZN. Berend licht de stand van zaken toe. Er is een wettelijk kader dat voor ons allen geldt. Partijen hebben hierin een gedeelde verantwoordelijkheid. ZN heeft in september 2014 een brief geschreven, sindsdien liggen de aanbiedingen van KS vanuit ZN stil. Wel is er overeenstemming over de aanbieding van de bulkinschrijving van een groot aantal bestaande richtlijnen van de Federatie. Tijdens de vergadering is de brief aan ZN uitgedeeld, die dezelfde dag vanuit ZINL verstuurd is aan ZN, om de juridische consequenties van het Register te verhelderen.

De voorzitter vat samen: Vanuit de wet is het de bedoeling dat er tripartiet kwaliteitsstandaarden ingediend worden voor het Register. ZN is hier benauwd over, namelijk met betrekking tot de inkooppolicy / de inkoopmacht. Dit hebben we getracht op te vangen met een proclamer. De voorzitter vraagt de ACK om reacties op onze rol.

Er wordt gevraagd om stil te staan bij de consequenties van het tripartiet aanbieden en de verschillende aspecten te onderscheiden. Het gaat niet alleen over goede zorg en welk deel van de zorg vergoed wordt, het is ook belangrijk dat er indicatorensets gekoppeld zijn aan kwaliteitsstandaarden en dat dit alles opgenomen wordt in het Register. Om aan te geven wat goede kwaliteit is en waarop we deze afrekenen. De voorzitter vraagt aan Mellema waar het probleem ligt bij zorgverzekeraars (ZV).

Er speelt een aantal problemen:

1) *pakket*

ZN ziet de zorgverzekeraars als uitvoerders van de Zvw, de vulling van het pakket is de taak van het Zorginstituut. Bij grote zaken zijn er zorgstandaarden (ZS) en kunnen ZV inkopen op indicatoren. ZV zijn blij als er goede zorgindicatoren voortvloeien uit ZS. In KS worden echter zorgonderdelen beschreven die niet verzekerde zorg zijn. ZV willen dat dit duidelijk gemaakt wordt door ZiNL.

Er is nu inderdaad een proclaimer op de site gezet van ZiNL. Deze proclaimer moet in elke KS opgenomen worden. Verder is het KI zelf verantwoordelijk voor opname van KS in het Register. Het KI kan alles opnemen via doorzettingsmacht, ook als men deze niet tripartiet ingediend heeft.

2) capaciteit

Er zijn afgelopen jaar 72 initiatieven geweest waar ZN om betrokkenheid is gevraagd. Salemink (zijn voorganger) is vertrokken, er is een half jaar niets gebeurd, er liggen dus nog een heleboel zaken. Er was hier geen tijd en geen gelegenheid voor. Het kost ongeveer 18 uur per standaard voor ZN. In samenwerking met Albert Versteegde is er inmiddels een kentering gekomen, maar praktisch is nog niet alles opgelost.

3) geschiktheid KS/indicatoren

ZN geeft alleen nog maar commentaar op ZS als deze relevant zijn voor zorginkoop. Als minder dan tien mensen per tienduizend mensen ergens last van hebben of er minder dan twee en een half miljoen euro schadelast is, volgt er geen beoordeling. Voor dit probleem moet een goede oplossing gevonden worden.

Verder moeten indicatoren wel onderscheidend zijn (bijvoorbeeld bij de samenwerking met DICA is dit goed gegaan). Voor de rest moet een modus gevonden worden. Nu bestaan er nog veel, voor de zorginkoop, onbruikbare indicatoren bij kwaliteitsstandaarden en is het voor ZV noodzakelijk om zelf indicatoren te ontwikkelen. Mede hierom is betrokkenheid vanaf het begin van de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard belangrijk om de kwaliteitsstandaard te vertalen naar voor de zorginkoop bruikbare indicatoren.

De voorzitter vraagt of het dus klopt dat er geen principiële bezwaren zijn tegen tripartiet deelname voor aanbidding voor het Register. Dit klopt.

De ACK schrikt van/is verbaasd over het verhaal van ZN. In een vorig overleg met ZV (voorjaar 2014) was de houding van ZV heel anders. Wanneer een ziekenhuis dit aangeeft, lijkt het of het ziekenhuis niet functioneert. Mellema antwoordt dat de negatieve grondhouding al omgegooid is naar een positieve grondhouding. Deze discussie hoort eigenlijk op bestuurlijk niveau plaats te vinden.

De ACK vraagt of het vooral een logistiek probleem is. Kan ZN niet globaal beoordelen of er sprake is van bepaald belang? Waarom zo specifiek? Mellema: Het specifieke is dat het niet duidelijk is wat wel of geen verzekerde zorg is. Natuurlijk kunnen KS vertaald worden naar indicatoren voor zorginkoop, die dan wel onderscheidend moeten zijn. Ik bedoel geen economische indicatoren, maar discriminatoire indicatoren.

De ACK vraagt zich af of ZN niet juist tijd wint: als er KS ontwikkeld worden krijg je beschrijvingen van goede zorg en indicatoren aangeboden. Mellema: nee dit bespaart niets, want er staan onvoldoende goede bruikbare indicatoren in.

De ACK vraagt wat volgens ZV het begrip kwaliteit inhoudt bij het inkoopproces? Bij diverse inkoopgesprekken gaat het niet over kwaliteit, maar wel over geld. ZV moeten duidelijker zijn in onderscheid van belangen voor burger (doelmatigheid) en voor patiënt (kwaliteit).

Mellema: Dat is precies de spagaat waarin we verkeren. Bovendien heeft elke ZV verplichting om zorginkoopbeleid (steeds vroeger) te publiceren. Hier is een heel circus voor opgetuigd. Dit is allemaal te ingewikkeld en het systeem wijzigt ook nog eens elk jaar. De politiek geeft ZV geen rust, nu ook weer met dat gedoe rond artikel 13. Door ZV zijn overigens wel veel indicatoren bewerkstelligd, die er anders nooit zo snel waren gekomen. Maar het blijft belangrijk dat indicatoren slechts een indicatie geven en er alsnog een gesprek over plaats moet vinden. De ACK vraagt of Mellema bedoelt dat dit een onmogelijk systeem is? Of dat u dus onvoldoende kwaliteit terug kunt laten komen bij zorginkoop? Mellema: Nee, hierover heb ik ook een artikel geschreven over terug naar abonnement als beloningssysteem. Maar dit DBC/DOTsysteem is erg ingewikkeld. Ziekenhuizen hebben met zo'n drieduizend indicatoren te maken.

De ACK vraagt wat ZN communiceert wanneer partijen deelname aan tripartite aanbidding vraag. Mellema: Er ligt een conceptbrief met daarin onze criteria.

Diana: Je zou ook onderscheid kunnen maken op basis van jullie criteria en aangeven bij KS waaraan jullie niet meewerken en wat uitzonderingssituaties zijn. Vervolgens kan je bij aanbidding gemotiveerd afzien en risicogericht wel meedoen. Dan hoeft er geen doorzettingmacht ingezet te worden.

De ACK is bezorgd dat dit alles grote invloed heeft op de snelheid van de vulling van het Register. De NPCF kiest bijvoorbeeld om het patiëntenperspectief te beoordelen op het proces, slechts bij enkele KS denken ze inhoudelijk mee.

De voorzitter sluit agendapunt af en bedankt Mellema dat hij gekomen is en veel kritiek ontvangen heeft voor zijn bestuurders.

Samengevat:

- 1) ZN heeft geen principiële bezwaren om mee te werken aan tripartiet;
- 2) De negatieve grondhouding van ZN ten opzichte van KI is bestuurlijk inmiddels wel omgeslagen naar een licht positieve grondhouding, dat is winst;
- 3) - er is discussie over het pakket, en wie moet aangeven of zorg wel of niet verzekerd is;
 - de proclaimer helpt een beetje;
 - volgens ZN kunnen ook zonder hun deelname KS ingediend worden en door ZINL in het register opgenomen worden middels doorzettingmacht;
 - ZN focust eerst op grote KS (hoge ziektelast, veel patiënten, hoge kosten) en laat kleintjes voorbijgaan vanwege onvoldoende capaciteit (onvoldoende mensen, tijd, geld) . Hier zouden ze ook kunnen aangeven om gemotiveerd af te zien van aanbieden;
- 4) Dringend moeten de bestuurders om de tafel. De ACK heeft de indruk dat ZN zich onttrekt aan de wet. Iedereen heeft moverende redenen.
- 5) Bovendien hebben eerder afgelopen jaar bestuurders van zorgverzekeraars wel toezeggingen gedaan.

Het is duidelijk geworden wat er technisch dwars zit, nu willen we graag de bestuurlijke kant horen.

3 Mededelingen

3.1 Heimiddag 27 maart 2015

De voorzitter meldt dat op 27 maart de Heidag gehouden wordt, zoals bedacht is tijdens de vergadering van de ACK subcie Strategie. Meer info volgt.

3.2 Rol ZiNL bij jeugdzorg

Diana geeft aan dat het Kwaliteitsinstituut mogelijk een rol met betrekking tot de kwaliteit van zorg bij jeugdzorg gaat spelen.

3.3 Jaar van transparantie

Diana geeft aan dat 2015 het Jaar van Transparantie is. Het Kwaliteitsinstituut is druk bezig om van KiesBeter hét portal van informatie over kwaliteit van zorg voor de patiënt te laten worden. Via KiesBeter moet de burger op andere betrouwbare sites met informatie terecht komen. De minister heeft een aantal vragen gesteld over de concrete plannen hiertoe. Deze zijn opgesteld, maar het KI zal dit met een aantal partijen voor elkaar moeten krijgen. Het heeft in elk geval het komende jaar de hoogste prioriteit.

4 Verslag van de vergadering van 11 november 2014 en vergaderdata/aanwezigheid

Naar aanleiding van het verslag op pag 3: de term mediagevoeligheid is beter dan politieke gevoeligheid, maar is weer wat anders dan maatschappelijk relevant. Het blijkt moeilijk om een goede term te vinden, maar intuïtief weten we allemaal wat we bedoelen. Misschien moeten we wel spreken van een gevoelig onderwerp.

Het verslag wordt vastgesteld. De voorzitter merkt op dat bij het formulier vergaderdata/aanwezigheid ook alle bijeenkomsten vermeld staan waarvoor ACK-leden uitgenodigd zijn en de vergaderingen van de ACK subcie's.

5 Pakketbeheer en Kwaliteit

Paula Polman en Liselot Visser houden een korte presentatie over de twee rapporten Verslavingszorg en DSM 5 van pakketbeheer. De sheets zijn toegevoegd aan dit verslag (bijlage 1).

Er wordt opgemerkt bij de sheet van de stand van zaken van de verslavingszorg, dat dit een mooi rijtje is voor de zorgverzekeraar. De vraag of we de voortgang van de werkzaamheden van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling nauwlettend moeten volgen roept discussie op. Er is een aantal afspraken gemaakt door partijen dat de verschillende onderwerpen binnen twee jaar af moeten zijn, en het netwerk is hier voortvarend mee bezig. Maar waarom zouden we de GGZ anders moeten benaderen dan de andere zorg? We zouden het onderwerp op de meerjarenagenda kunnen zetten, maar wat zou dan de reden zijn? Wat zijn überhaupt de criteria wanneer we iets op de MJA gaan zetten? Het KI moet gaan evalueren wat zij hierover geleerd heeft de afgelopen periode en op welke wijze dit proces ingericht moet worden, én hier vervolgens duidelijk naar buiten over communiceren.

Het is niet helemaal duidelijk wat de vraag aan de ACK is, bij het rapport over DSM 5. Het blijkt dat er niet goed gedefinieerd is binnen de GGZ welke zorg door welk type zorgverlener gegeven zou moeten worden. Eigenlijk is er behoefte aan een soort *Kloostermanlijst* zoals bij de verloskundige. Pakketbeheer kan dit gebruiken om dan de aanspraken op verzekerde zorg te duiden.

De ACK merkt op wel te schrikken van de stand van zaken, de sector moet hard aan het werk, gelukkig is het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling al voortvarend aan de slag. Verder vindt de ACK het niet haar taak om aan te geven welke zorg in de standaarden nu wel of niet verzekerd is volgens het basispakket.

Ook wordt er opgemerkt dat een aantal te ontwikkelen modules mogelijk breder gebruikt kan worden dan alleen binnen de GGZ. Een ACK-lid gaat dit na.

6 Informatiehuishouding

Diana licht het onderwerp toe. Er zijn nog altijd te veel verschillende kwaliteitsregistraties, er ontstaat haast een zekere wildgroei. Zorgverzekeraars hebben het KI gevraagd om hier een rol in te spelen. Het KI heeft door Aldien Poll een verkennend onderzoek laten doen. De ACK vindt dit een lastig te begrijpen traject en vraagt of dit alleen gaat over kwaliteitsregistraties van meetinstrumenten die transparant worden gemaakt, of ook over het meten met instrumenten bedoeld voor interne verbeterprocessen. De visie heeft betrekking op alle kwaliteitsregistraties. Er wordt stapsgewijs gewerkt. Er wordt één gezamenlijk te hanteren taal afgesproken, dit zal waarschijnlijk Snomed zijn. Deze taal, waarvan Nictiz de licentie beheerd, is wel al geschikt voor de cure, maar nog wat minder voor de care en de GGZ. Vervolgens worden de verschillende kwaliteitsregistraties onder de loep genomen, bijvoorbeeld door eerst te starten met hoofdhalstumoren en in beeld te brengen wat daar allemaal geregistreerd wordt en dit op elkaar af te stemmen. Voor dit project hadden we verwacht dat het Informatieberaad van VWS knopen zou doorhakken (voor wat bijv. de taal betreft), maar dit is nog niet gebeurd. De ACK merkt op er nog wel heel veel *work in progres* is. Ook wordt opgemerkt dat partijen aan tafel (koepels) het eens moeten worden over de taal, dit is niet onze taak. Een ACK-lid vraagt wie dit allemaal gaat betalen. Diana antwoordt dat juist doordat er geen afspraken hierover zijn, en iedereen een eigen systeem op maat hanteert, dit heel veel geld kost. De ACK vindt dat VWS maar de taal moet bepalen en dat dit onderwerp goed past binnen het jaar van Transparantie. En eigenlijk moet het KI gewoon beschrijven in een visiedocument wat de gewenste situatie zou zijn.

7 Stand van zaken ACK subcommissies

7.1 Langdurige zorg

Margje Mahler licht toe dat de definitieve versie van de visie Langdurige zorg nu toegestuurd is. De voorzitter geeft voor de derde en laatste keer complimenten over het stuk. Een ACK-lid heeft toch nog een opmerking: het belang van ervaringsdeskundigheid bij kwaliteit van leven komt onvoldoende terug in het stuk, alsmede in de samenvatting dat persoonsgerichte zorg niet het enige middel is om tot goede kwaliteit te komen. Het zou mooi zijn als dit 10 februari, bij de vervolgbijeenkomst langdurige zorg, terug zou kunnen komen. Omdat het een dynamische notitie is, die nooit helemaal af is, past Margje het aan in de samenvatting en laat ze dit terugkomen op 10 februari. De notitie wordt door de ACK vastgesteld. Iedereen is hier welkom in Regardz Planetarium in Amsterdam, van 09.30 tot 13.30 uur.

Vervolgens licht Margje het gesprek toe, dat enkele leden van de ACK-subcie LZ met Elly van Kooten van VWS hebben gehad, naar aanleiding van de WMO-brief. VWS gaf aan dat kwaliteit van zorg bij gemeenten anders wordt uitgelegd.

Gemeenten zijn bezig gegaan met eigen kwaliteitseisen. Er wordt een olopooje door VWS georganiseerd, met het KI, gemeenten, maar ook over jeugdzorg, om te bespreken wat kwaliteit is, wat het KI doet en hoe gemeenten hiermee omgaan. Een aantal ACK-leden zal hierbij aanwezig zijn. Er wordt opgemerkt dat het ook handig zou zijn als er een zorgverzekeraar aanschuift.

Er volgt nog een korte discussie hoe de gemeenten omgaan met lokale belangenbehartiging. Het zou mooi zijn als gemeenten kunnen beschrijven wat zij een goed leven voor hun burgers zouden vinden. Misschien hebben politieke

partijen hier een rol in.

7.2 Spoedzorg

De voorzitter van de expertgroep Spoedzorg licht de stand van zaken toe. Er is inmiddels een medewerker van het NIVEL aangenomen, Nanne Bos, die de wetenschappelijke onderbouwing van het project op zich neemt. De in te stellen expertgroep is bijna compleet en zal op 2 maart worden ingesteld. Er wordt een tweedaagse bijeenkomst georganiseerd onder leiding van Jan Kimpen.

7.3 Strategie

Geen nieuws, anders dan dat de heidag voorbereid zal worden.

7.4 Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen

Er wordt toegelicht dat Zorgberoepen en Opleidingen druk bezig is met het voltooien van het Advies, dat op 10 april gepresenteerd zal worden in het Beatrixtheater. Het stuk is becommentarieerd door externen. Een ieder kan zich inschrijven voor het Congres *Naar Nieuwe Zorgberoepen*.

8 Volgende vergadering:

De Kwaliteitsstandaard 2030 van Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen.

9 Rondvraag en sluiting

Er wordt gemeld dat neurologen nog steeds niet in willen gaan op de uitnodiging van Dwarslaesie Overleg Nederland over de Kwaliteitsstandaard Dwarslaesie.

De voorzitter sluit de vergadering om 19: 35 uur.

Zorginstituut Nederland
Kwaliteitsinstituut

Datum
27 januari 2015

BIJLAGE 1




Zorginstituut Nederland

Pakket en Kwaliteit

Duiden van pakket vraagt
Kwaliteitsstandaarden GGZ

(Van goede zorg verzekerd)




Vragen VWS over GGZ

- Verslavingszorg
vermeende kostenstijging; klinieken in het verre buitenland
- DSM-5
verwachting oprekken indicatiegebied; iedereen heeft een DSM-5
indicatie



Aanpak

- Wat is goede zorg?
- Voor wie (indicatie)?
- Overleg met partijen




Specifieke aandachtspunten verslavingszorg

Onduidelijkheid en diversiteit in de uitvoeringspraktijk

- screeningsinstrumenten worden niet altijd toegepast
- criteria ambulante of klinische detoxificatie ontbreken
- twijfels over medische noodzaak klinische opnames (70% kosten)
- nazorgprogramma's lang niet altijd aanwezig

Aanbevelingen richtlijnontwikkeling


- Zorgstandaard Verslavingszorg
- Onderhoudsplan voor bestaande richtlijnen
- Verslavingszorg hoog op agenda NKO GGZ
- Zonodig doorzettingsmacht Zorginstituut Nederland



Specifieke aandachtspunten DSM

• Waarom gebruiken we de DSM bij de uitleg van de Zvw?

- Geen goed alternatief voor vaststellen onderscheid aanspraak huisartsenzorg of G-GGZ (of WMQ/eigen rekening)
- Geen zorgstandaarden beschikbaar (over de gehele keten)
- Geen geïmplementeerd instrument om ernst problematiek te meten (tijdsdruk, beperkingen)



Acties Zorginstituut

- Overleg Netwerk kwaliteitsontwikkeling
- Agendering ACK 26-1-2015 met de volgende vragen:
 - Is het nodig en wenselijk dat wij als Zorginstituut toezien op de voortgang van dit ontwikkelprogramma van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ?
 - moeten we partijen adviseren bij de aanbieder van kwaliteitsstandaarden aandacht te besteden aan de vraag of het gaat om te verzekeren Zvw-zorg, en welke aanspraken daarbinnen (huisartsenzorg, geneeskundige GGZ, som med spec zorg)?