



Zorginstituut Nederland

Pakket

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

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

H. Trouw
T +31 (0)20 797 85 35

Datum

3 juni 2015

Onze referentie

ACP 55-3

verslag

ACP 54

Vergadering Adviescommissie Pakket

Vergaderdatum	24 april 2015,
Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland, Diemen.
Aanwezig	Inez de Beaufort Marcel Canoy (adviseur) Maarten Dekker Heleen Dupuis Marian Grobbink Job Kievit Arnold Moerkamp (voorzitter) Cees Smit Romke van der Veen (adviseur)
	Jacqueline Zwaap (secretaris, verslag)
Afwezig	Bert Boer Gert Jan van der Wilt

5 **1 Opening en mededelingen**

De voorzitter opent de vergadering en heet alle aanwezigen welkom. Hij vervangt vandaag Bert Boer als voorzitter.

1.1 Mededelingen

10 De secretaris meldt dat naast Bert Boer ook Gert-Jan van der Wilt vandaag is verhinderd vanwege verblijf in het buitenland.

1.2 Conflicterende belangen

15 De voorzitter vraagt of er leden zijn die melding willen maken van een potentieel conflicterend belang bij een van de agendapunten. Mevrouw Dupuis meldt dat zij voorzitter is van VGN, maar dat ze zelf geen conflicterend belang ziet in relatie tot agendapunt 5 (afwegingenkader WLZ). De heer Canoy meldt dat hij ten tijde van het onderzoek voor de hoorzorg door Ecorys (agendapunt 4) als chief economist werkzaam was bij Ecorys. Hij is echter op geen enkele manier betrokken geweest
20 bij dit onderzoek. Verder is de heer Canoy voorzitter van de patiëntenvereniging Longkanker Nederland, maar ziet hij met geen van de agendapunten een conflicterend belang. De overige leden zien bij de twee genoemde leden geen conflicterend belang bij de onderwerpen die vandaag worden besproken.

25 **2 Stukken ter kennisneming**

Verschillende leden hebben opmerkingen of vragen bij het rapport aan de Minister over de onderwerpen voor voorwaardelijke toelating. De secretaris meldt dat er voor volgende vergadering een presentatie over dit onderwerp op de agenda staat. De leden besluiten hun opmerkingen tot die gelegenheid uit te stellen. Een lid merkt op dat hem is opgevallen dat ZN in reactie op het rapport voorstelt de onderwerpen voor voorwaardelijke toelating buiten het pakket te houden. Hij vindt het nog steeds jammer dat de Minister de Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen, die hiervoor uitermate geschikt zou zijn, heeft opgeheven.

35 **3 Verslag van de vergadering van 24 april 2015 (53)**

Een lid verduidelijkt wat hij heeft bedoeld te zeggen bij de bespreking van het rapport Kosteneffectiviteit in de praktijk over het onderscheid tussen de beoordeling van het criterium "stand van de wetenschap en praktijk" en van het criterium kosteneffectiviteit. Hij heeft een concrete toevoeging voor de tekst ter verduidelijking. Verder is het verzoek om het woord "patiëntenversie" te wijzigen in "lekenversie of publieksversie".

Met deze twee wijzigingen wordt het verslag vastgesteld.

45 **4 Evaluatie beleid hoorzorg**

Een van de auteurs geeft een korte introductie. Het voorliggende rapport is evaluatie van de beleidsmaatregelen in de hoorzorg. In de evaluatie is gekeken of de kwaliteit van de hoorzorg is behouden, of de lasten voor het Zorgverzekeringsfonds gelijk zijn gebleven en of de individuele verzekerde dezelfde toegang heeft als vóór de maatregelen. Dit rapport ligt nu aan de commissie voor met enkele vragen. Die vragen hebben vooral betrekking op de reacties van de verschillende partijen.

De voorzitter vat samen dat het hier dus gaat om de evaluatie van een eerder genomen besluit. Hier is de cyclus dus mooi doorlopen en liggen de resultaten voor. Zijn die een aanleiding om een eerder genomen besluit te heroverwegen?

Een lid heeft behoefte om eerst een vraag te stellen. Hij leest dat KNO artsen geen advies geven over het soort hoortoestel. Hij vraagt zich af of dit wel acceptabel is. De medewerker antwoordt dat de KNO arts wel een advies geeft, maar dat het type hoortoestel wordt bepaald door de audicien. Het lid reageert dat audiciens nogal agressief kunnen zijn in hun benadering van het publiek.

Kunnen zij dan niet teveel invloed uitoefenen op welk hoortoestel wordt geleverd. Een van de medewerkers van het Zorginstituut antwoordt dat er voor de beleidswijziging sprake was van een maximum vergoeding. Nu zijn er meer prikkels om te onderhandelen.

Een volgend lid merkt op dat het keuzeprotocol kennelijk onvoldoende wordt gebruikt. Wat kun je eraan doen om dat protocol beter de rol te laten spelen die daarvoor is bedacht? Een medewerker van het Zorginstituut antwoordt dat er een zorgprotocol 2.0 is dat nog moet worden geïmplementeerd. Het probleem is dat er geen uniforme besluitvorming is. Er is een digitaal voorportaal. Partijen moeten dit zelf doen.

De voorzitter vindt dit een principiële punt. Hoe bevorder je dat partijen dat inderdaad zelf gaan doen? Hij stelt voor om dit te blijven volgen.

Een lid vraagt hoe het zit met de hoorzorg voor kinderen. Een medewerker van het Zorginstituut merkt op dat dit onder de aandacht is van de Minister van VWS.

Verder vraagt het lid wat het Zorginstituut vindt van de reactie van "Stichting

80 behoud hoorzorg" dat er vooral wordt gekeken naar de subjectief ervaren hoorzorg en niet naar de objectief gemeten gehoorwinst. De medewerker van het Zorginstituut geeft aan dat dit op zich een terecht punt is, maar dat in het onderzoek gebruik is gemaakt van de CQI metingen waarin wordt uitgegaan van de ervaren kwaliteit.

85 Een ander lid vraagt de aandacht voor het bedieningsgemak van hoortoestellen. Zo weet hij dat het voorkomt dat vooral oudere mensen toestellen krijgen waar zij niet goed mee om kunnen gaan. Ook stelt hij voor een chip in de toestellen te verwerken zodat kwijtgeraakte toestellen gemakkelijk teruggevonden kunnen worden.

90 Een volgend lid vraagt naar de prijs van de toestellen. Wanneer deze daalt, kan hij zich voorstellen dat sommige partijen niet blij zijn. De medewerker geeft aan dat het onderzoek uitgaat van wat patiënten zelf invullen in de CQI. Het kan zijn dat patiënten zelf denken dat de prijs daalt. Het rapport zal op dit punt worden aangepast. Ook zullen de meest recente kostengegevens worden toegevoegd.

95 De voorzitter constateert dat er wat vragen en kanttekeningen zijn. Deze geven echter geen aanleiding om het oorspronkelijke advies over de hoorzorg te heroverwegen.

5 Afwegingenkader WLZ

100 De secretaris geeft aan dat er twee organisaties hebben verzocht bij dit onderwerp in te spreken. De voorzitter zegt dat medewerkers van het Zorginstituut eerst het onderwerp zullen toelichten en dat daarna partijen in staat worden gesteld in te spreken.

105 Een medewerker van het Zorginstituut geeft aan het afwegingenkader oorspronkelijk werd gemaakt voor een grotere groep, waarvan de GGZ ook deel uitmaakte. Hier was weliswaar een wetswijziging voor nodig, maar de opstellers van het afwegingenkader gingen er bij aanvang van uit dat deze wetswijziging tijdig geregeld zou zijn. Nu dit niet zo blijkt te zijn, heeft men heroverwogen of ook de groep GGZ cliënten meegenomen zou moeten worden in het afwegingenkader. Men heeft gemeend van niet omdat deze groep niet blijvend instroomt, maar er kans op herstel is. Dat vergt een andere aanpak. Daarom heeft men zich bij het voorliggende afwegingenkader beperkt tot de bestaande doelgroepen.

110 De WAR heeft het traject begeleid en is tevreden over het afwegingenkader, maar vindt de inter-beoordelaar betrouwbaarheid erg laag. Daar zijn wel enkele verklaringen voor. Zo waren beoordelaars nog niet goed opgeleid, werkten zij vanaf papieren versies en moesten zij het doen zonder goede instructies. De verwachting is daarom dat de betrouwbaarheid omhoog kan gaan, maar dat dit wel de aandacht moet krijgen bij de implementatie. Een bijkomend argument is dat op dit moment de inter-beoordelaar betrouwbaarheid misschien ook niet goed is; die is nooit gemeten.

120 Een lid merkt op dat je in de praktijk deze cliënten ziet. Dat is een wettelijke plicht. Nu wordt er vaak via papier gewerkt of met een telefonisch contact. Een ander lid deelt het optimisme over de implementatie niet. Straks zullen er ook veel meer beoordelaars zijn. De betrouwbaarheid kan daarom ook slechter worden.

125 De voorzitter stelt voor nu eerst de insprekers het woord te geven. Hij geeft het woord aan mevrouw Mulder die namens GGZ-Nederland, de LPGGZ, de Federatie

- Opvang en de RIBW alliantie het woord voert. De inspraaktekst is bijgevoegd als bijlage 1.
- 130 De leden hebben geen vragen naar aanleiding van de inspraak. Vervolgens geeft de voorzitter het woord aan mevrouw Abbema die namens het NIP het woord voert. Haar inspraaktekst is bijgevoegd als bijlage 2. De leden hebben geen vragen aan mevrouw Abbema naar aanleiding van de inspraak.
- 135 De voorzitter opent de discussie. Een lid geeft aan dat in beide inspraken het dilemma om de GGZ mee te nemen in het afwegingenkader helder is verwoord. Een lid sluit daarop aan met de vraag of het inderdaad klopt dat deze patiënten straks verstoken blijven van zorg of hier lang over in onzekerheid blijven. Wat hij mist in beide betogen is dat er wel een belangrijk onderscheid is tussen de GGZ
- 140 en de gehandicapten/ouderen. De wet is bedoeld om eenmalig te toetsen; voor de groep GGZ cliënten ligt dat wel anders. Een ander lid reageert dat de duur van de zorgvraag iets anders is dan de inhoudelijke geschiktheid van het instrument. Zover hij kan beoordelen is het wel geschikt voor de GGZ.
- 145 Een ander lid vindt dit wel een hele cruciale beslissing en maakt zich zorgen of dit wel goed gaat. De voorzitter geeft aan dat het hier gaat om de toegangscriteria. Het lid reageert daarop dat één van de sprekers voorstelt om aantasting van de kwaliteit van leven al als grond voor toelating tot de WLZ te hanteren. Een volgend lid heeft een opmerking over het criterium "ernstig nadeel". Uit de
- 150 tekst blijkt dat zich al incidenten meten hebben voorgedaan. Hij ziet hier een gevaar voor variabiliteit tussen beoordelaars. Hij mist in het kader dat er sprake moet zijn van ziektelast en dat langdurige zorg daar een oplossing voor moet bieden (effectiviteit). Een ander lid reageert hierop dat een grote groep van deze mensen niet
- 155 behandelbaar is, maar verzorgbaar. Effectiviteit is hier een item. Verder stelt het lid voor de zin over concrete incidenten weg te laten. Het inschatten van risico's blijft lastig. Mensen lopen voortdurend risico. Het kader lijkt vooral geschikt voor mensen met minder ernstige schade/ beperkingen. Enig onderscheid naar doelgroepen zou volgens dit lid wel wenselijk zijn.
- 160 Een volgend lid heeft een drietal opmerkingen over respectievelijk het niet meenemen van de mantelzorg, over de zorginkoop en over de laatste zin in de opdrachtbrief van VWS. Ten eerste het punt van de mantelzorg. Daar staat nu een hele beperkte passage over in het rapport. Het lid vindt dat in het rapport
- 165 duidelijker en uitgebreider moet worden beschreven wat de consequenties zijn van het niet meenemen van de mantelzorg in het afwegingenkader. Dan het punt van de zorginkoop. Nu wordt het bevorderen van kwaliteit neergelegd bij de zorgkantoren. De uitvoerbaarheid kan in het gedrang komen omdat door het zorgkantoor bepaalde eisen kunnen worden gesteld zodat het
- 170 recht op zorg niet ten gelde kan worden gemaakt. Tot slot baart de slotzin van de brief van VWS het lid zorgen. Daar staat dat er een waarnemer van VWS wordt benoemd "zodat het door u te ontwikkelen afwegingenkader blijft stroken met nieuwe beleidsontwikkelingen".
- 175 De voorzitter vat samen dat hij twee soorten opmerkingen heeft gehoord, ten eerste de toepasbaarheid van het afwegingenkader op de GGZ en ten tweede methodologische aspecten. Ten derde is het punt van de mantelzorg genoemd. Hij vraagt de medewerkers van het Zorginstituut op deze punten te reageren. De medewerker van het Zorginstituut antwoordt dat niet is gezegd dat het

- 180 afwegingenkader niet toepasbaar is voor de GGZ. Hij realiseert zich dat niemand in de toekomst kan kijken, maar hij meent dat met het interpreteren van het begrip blijvend er geen oplossing is voor mensen met GGZ problematiek. Misschien komen mensen in de verkeerde setting terecht en is er nog kans op herstel zodat zij gebaat zijn bij een ander soort hulp.
- 185 Dan het punt van het conceptueel kader. Inderdaad is er sprake van verouderde begrippen, dat heeft te maken met de formulering van de wet. Kwaliteit van leven is geen wettelijk criterium. De vraag doet zich dan voor of kwaliteit van leven binnen de WLZ een andere betekenis heeft dan binnen de WMO of een ander regiem.
- 190 Een van de leden vraagt naar het niet meenemen van de mantelzorg. Daar gaat een perverse prikkel van uit; het lid vindt dit een belangrijk punt. Verder geeft het lid aan dat hij nog geen antwoord heeft gekregen op de vraag of de mensen in de GGZ straks geen zorg krijgen of lang in onzekerheid zitten.
- 195 De medewerker van het Zorginstituut schetst de situatie nu. Mensen krijgen straks dezelfde zorg als nu. Er is sprake van een overgangstermijn. Het is wel zo dat mensen niet weten waar ze over een paar jaar zitten. De voorzitter vraagt inspreker mevrouw Mulder nogmaals aan tafel om dit punt nog een toe te lichten. Zij geeft aan dat de mensen nu vaak een tijdelijke plaats hebben. Zij hebben bv. niet voor vijf jaar rust, wat gezien hun problematiek wel wenselijk zou zijn. Ook voor de mensen die nu in een kliniek verblijven, is er een probleem. De voordeur bepaalt waar je nu op beoordeeld wordt. Niet alleen voor de toelating.
- 200 Een commissielid vraagt hoe groot deze groep mensen is. Zij antwoordt dat het hier gaat om mensen die hun leven niet zelf kunnen organiseren, psychiatrisch zijn uitbehandeld, soms ook als gevolg van langdurig medicijngebruik. Mevrouw Mulder geeft aan dat de begeleiding van deze mensen is gericht op het leren leven met hun beperkingen. De WMO biedt alleen kortdurende ondersteuning. Zij schat dat het gaat om ongeveer 40.000 mensen in Nederland.
- 205 Die wonen niet allemaal in beschermd wonen. Er zijn ook mensen met een PGB. Zij schat dat een kwart toelaatbaar is voor de WLZ.
- Een lid zegt dat het belangrijk is te weten wanneer het onderzoek klaar is. Dat zou dan duidelijke uitsluitcriteria moeten opleveren. Een ander lid antwoordt dat
- 215 het onderzoek in oktober 2015 klaar is. Het gaat dus over twee groepen mensen: zij die uit de kliniek komen en in een overgangperiode zitten van vier jaar en zij die na vier jaar nog niet weg kunnen, bijvoorbeeld omdat zij altijd op het terrein van de instelling hebben gewoond. In de praktijk zijn dit de hogere ZZP (5 en 6). Het lid stelt dat twee vragen relevant zijn, namelijk de uitstroomcriteria en de
- 220 blijvendheid. Een andere vraag zou kunnen zijn of aflopende indicaties moeten worden verlengd. De voorzitter vraagt hoe het CIZ daar mee om gaat. De medewerker geeft aan dat dit niet het CIZ is, maar de gemeenten. De voorzitter stelt voor dit vraagstuk te adresseren.
- 225 De voorzitter vraagt de leden hoe zij staan ten opzicht van het vraagstuk om de GGZ niet mee te nemen in het afwegingenkader. Een lid stelt voor dit te accepteren, maar wel tot spoed te manen. In oktober moet dan duidelijk zijn wat er gebeurt met de mensen waarvoor de indicaties aflopen. Er mogen geen mensen tussen de wal en het schip vallen.
- 230 Een volgend lid kan zich vinden in het voorstel. Hij vraagt zich af wat partijen

zullen doen. Blijven zij deelnemen aan het overleg. Inspreker mevrouw Mulder geeft aan dat dit het geval is. Er is ook overleg met het ministerie over de GGZ. Het lid refereert aan een passage in de voorlegger over de spanning tussen de
235 duidingstaak en de adviestaak van het Zorginstituut. De medewerker geeft aan dit geen probleem is wanneer nu de duiding uitgaat (het afwegingenkader) en in oktober het advies aan de Minister over de GGZ.

De voorzitter vraagt de medewerkers van het Zorginstituut nog even in te gaan op de methodologische punten. De medewerker geeft aan dat het belangrijk is de
240 betrouwbaarheid te blijven meten. Een lid verwijst naar de passage op blz 29 waarin het risico op herbeoordelaar variatie wordt genoemd. Hij vindt het belangrijk hier een vinger aan de pols te houden en bijvoorbeeld in een aselechte steekproef twee beoordelingen te doen. Het is belangrijk dit niet alleen bij het CIZ
245 neer te leggen.

De voorzitter concludeert dat de tendens is om het afwegingenkader te accepteren, maar de uitvoering wel goed te volgen. De medewerker merkt naar
aanleiding van een eerdere opmerking van een lid op dat de effectiviteit van de
250 zorg geen onderdeel uitmaakt van de indicatiestelling. De voorzitter merkt verder op dat bij een aantal mensen in één oogopslag kan worden gezien dat zij in aanmerking komen voor de WLZ. De medewerker van het Zorginstituut geeft aan dat een stroomschema onderdeel is van de systematiek. Tot slot merkt de voorzitter op dat het één en ander is opgemerkt over de
255 mantelzorg. Het is belangrijk dat meer wordt gezegd over de context en de impact hiervan zonder dat een oordeel wordt gegeven of de mantelzorg wel of niet meegenomen zou moeten worden. Met deze laatste opmerking sluit de voorzitter de discussie.

260 **6 Kosteneffectiviteit in de praktijk**

De secretaris meldt dat er ook bij dit onderwerp een inspreker is. De voorzitter vraagt de medewerkers van het Zorginstituut een korte toelichting te geven. De
medewerker geeft aan dat het conceptrapport grondig is herzien op basis van
opmerkingen van de commissie bij een eerdere versie en op basis van reacties
265 van partijen. Er is een strengere lijn, de argumentatie daarvoor is uitgebreid en er is een duidelijkere focus op het pakketbeheer. Daarnaast is er een lekenversie gemaakt in de vorm van een Q&A document. De medewerker is van mening dat het voorliggende rapport de juiste nuance heeft om dit lastige onderwerp te adresseren. Het is een proces dat stap voor stap gaat. Een volgende stap zal het
270 afwegingenkader zijn.

Een lid reageert dat hij begrijpt binnen deze context wat er met het woord streng wordt bedoeld, maar hij waarschuwt dat het woord in de publieke discussie een
andere lading kan krijgen. Hij heeft zelf recent een column geschreven over het
275 onderwerp waar hij overwegend positieve reacties op heeft gekregen.

De voorzitter geeft het woord aan Pauline Evers die namens Levenmetkanker insprekt. De inspraaktekst gaat als bijlage 3 bij dit verslag. Een van de leden vraagt naar aanleiding van de inspraak hoe Levenmetkanker staat ten opzichte van het gebruik van kosteneffectiviteit in de laatste levensfase.
280 Recent heeft Levenmetkanker in een brief aangegeven dat patiënten en artsen verstandig omgaan met een bepaald middel waar tijdens een eerdere vergadering van de commissie over werd gesproken in het kader van mogelijke

285 overbehandeling. Vandaag hoort hij een ander geluid. Is de organisatie nu voor of
tegen het gebruik van kosteneffectiviteit? Mevrouw Evers antwoordt dat de brief
destijds ging over een specifiek middel waarbij de vraag werd gesteld of er wel op
tijd met de behandeling werd gestopt wanneer deze niet bleek aan te slaan.
Een belangrijke vraag is of je in de levensfase wel met een bepaalde behandeling
zou moeten beginnen. Het is belangrijk te praten over de voor- en nadelen
290 voordat je een behandeling eventueel start. En ook over andere alternatieven. Het
lid antwoordt dat hij vindt dat de fase van het ziekteproces op zich geen reden is
om kosteneffectiviteit niet belangrijk te vinden. Mevrouw Evers antwoordt dat de
individuele patiënt daar toch heel anders tegen aan kijkt. Zij ziet met
belangstelling uit naar discussies die zeker gaan plaatsvinden over nieuwe
295 behandelingen tegen darm- en longkanker. Zij vindt het belangrijker het gesprek
te voeren over de therapeutische meerwaarde dan over de kosten. Het
commissielid verwijst naar een hoofdstuk uit het boek "de dokter en de dood".
Daaruit blijkt dat het belangrijk is maatschappelijke kaders te stellen. Daarom
moeten we de pakketcriteria niet uit het raam gooien.
300 Mevrouw Evers antwoordt dat het debat tijdens de vorige vergadering veel indruk
heeft gemaakt op haar. Zij stelt voor dit debat ook nog een keer te voeren met
patiëntenorganisaties.
Een ander lid antwoordt dat twee leden vorig jaar namens de commissie een
themasessie hebben georganiseerd met patiëntenorganisaties. Het viel hem toen
305 op dat patiënten vaak verbaasd zijn dat interventies in het pakket zitten die
weinig toegevoegde waarde hebben.

De voorzitter bedankt mevrouw Evers voor de inspraak. Hij stelt voor het debat
van de vorige vergadering niet nog een keer over te doen.
310 Een lid reageert dat hij het voorliggende conceptrapport aanmerkelijk verbeterd
vindt, ook de samenvatting. De ambivalentie is eruit gehaald. Een kleine
suggestie is niet te spreken van ethisch of onethisch, maar van wel of niet ethisch
verantwoord. In de huidige versie van het rapport kan dit lid zich goed vinden.
Een volgend lid sluit zich hierbij aan; er is mooi werk geleverd. Hij stelt voor de
315 samenvatting nog eens te laten bekijken door een communicatieadviseur. Deze
samenvatting is erg volledig, bijvoorbeeld de passage over de vier opties zou
weggelaten kunnen worden uit de publieksversie.
Een volgend lid sluit zich bij de vorige sprekers aan. Hij merkt op dat de situatie
in Engeland (blz. 17) bij nader inzien misschien toch niet zo veel verschilt van de
320 situatie in sommige sectoren in de Nederlandse gezondheidszorg. De vragen voor
het publiek (Q&A document) vindt hij erg intellectueel. Tot slot merkt hij op dat
het doel van allocatieve doelmatigheid volgens hem is het kiezen voor de meest
kosteneffectieve optie.
Een volgend lid kan zich goed vinden in het voorliggende rapport. Er is één punt
325 dat nog de aandacht verdient; de passage over rechtvaardigheid, egalitarisme en
utilitarisme. Die klopt nog niet.
Een volgend lid heeft een opmerking bij blz 28. Het argument om effectiviteit als
criterium te gebruiken is niet dat het in de wet staat, maar dat het een heel
belangrijk criterium is.
330 Een volgend lid vindt dat in het nieuwe rapport enorme slagen zijn gemaakt. Hij
blijft ten opzichte van de andere commissieleden een afwijkend standpunt
innemen ten aanzien van het gebruik van de QALY. Hij ziet dit graag ergens
bevestigd en zou ook graag zien dat de literatuur die hij heeft aangehaald ter
onderbouwing van zijn standpunt als voetnoot in het rapport wordt opgenomen.
335 Een volgend lid sluit zich aan bij eerdere sprekers. Hij vraagt de medewerkers nog

eens goed te kijken naar de formulering. Wat wil je zeggen wanneer je het woord "streng" gebruikt? Daarnaast adviseert hij ook in de samenvatting aan te geven dat het hier gaat om "work in progress".

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864

340 Een van de vorige leden zou graag zien dat de passage op blz 28 over effectiviteit wordt aangevuld met de woorden *aan de hand van relevant geachte uitkomstmaten.*

345 De voorzitter vat samen dat er een aantal concrete suggesties zijn gedaan voor aanpassing van de tekst. Daarnaast is het advies om ook goed naar de communicatieve kant te kijken. Met deze samenvatting sluit hij de discussie af.

7 Pakketscan diabetes.nl

350 Een medewerker van het Zorginstituut geeft een presentatie over de nieuwe wijze waarop de pakketscan diabetes wordt gemaakt. De presentatie is als bijlage 4 bijgevoegd.

355 Naar aanleiding van de presentatie merkt de voorzitter op dat er een verbinding is met het programma Zinnige zorg. De twee werkwijzen worden naast elkaar uitgetest.

Een lid stelt voor dat het Zorginstituut meer gaat doen met social media. Daar zou de organisatie veel meer mee kunnen doen. Een ander lid antwoordt dat de KLM dit ook heeft gedaan, maar dat dit veel formatie kost. Je kunt het beter niet doen dan slecht doen.

360 Een volgend lid heeft de pakketscan altijd al een goed instrument gevonden om problemen op te sporen. Hij vindt het wel verdrietig dat er kennelijk zo weinig reacties komen. Hij zou zich inspannen om meer reacties los te krijgen. Een ander lid denkt niet dat anonimiteit hier een punt is. Een medewerker antwoordt dat je natuurlijk altijd bang bent dat je dingen mist. Maar het kan ook zo zijn dat

365 mensen niets meer hebben toe te voegen. Een volgend lid vindt het goed om dit zo te doen. De twee minpunten die worden genoemd (nuance en noemen van naam) deelt hij niet. Dat zou hij zeker zo houden.

Met deze opmerking sluit de voorzitter dit agendapunt af.

370

Afscheid leden Dekker en Smit

375 De voorzitter vraagt de aandacht voor een punt dat niet op de agenda staat. Oorspronkelijk zou 3 juli de vergadering zijn waarbij de leden Maarten Dekker en Cees Smit afscheid zouden nemen. Door omstandigheden loopt dit anders en is vandaag hun laatste vergadering geweest.

Hij dankt de beide leden voor hun jarenlange inzet bij de vaak ingewikkelde debatten. Het is geen gemakkelijke taak geweest.

380 Pauline Evers van Levenmetkanker vraagt het woord om beide leden, maar vooral Cees Smit namens de patiëntenorganisaties te bedanken voor zijn inzet. Zijn positie in de commissie was vaak best lastig, maar hij vertegenwoordigde met verve het patiëntenperspectief. Zij bedankt hem daarvoor met een bos bloemen en stelt voor in de opvolging te voorzien met twee leden, respectievelijk vanuit patiënten- en consumentenperspectief.

385

Cees Smit dankt voor de vriendelijke woorden. Hij heeft zonder last- of ruggespraak gefunctioneerd in de commissie. Hij heeft daarbij geen grote druk

ervaren, in de eerste jaren iets meer dan daarna. Hij dankt de heer Klink (destijds de minister die de ACP heeft ingesteld), de andere leden en de staf. Hij heeft veel geleerd, ook van buitenlandse reacties. Bij aantreden liet hij al weten geen voorstander te zijn van de QALY. Voor zijn gevoel is er een knik tussen de periode vóór Pompe en Fabry en daarna. Nu lijkt er meer invloed te zijn vanuit de politiek. Hij denkt dat het goed is in dat de Minister of het Zorginstituut zelf zich herbezint op de rol van de ACP. Hij ziet wel iets in de suggestie van mevrouw Evers om te voorzien in een duo als opvolging. Tot slot wenst hij de commissie en het Zorginstituut veel succes en wijsheid.

Maarten Dekker spreekt een afscheidswoord aan de hand van drie begrippen: maatschappelijk debat, invisible hand en verlengde arm. Na een aantal jaren van discussie is er nu wel sprake van een maatschappelijk debat. Maar er is ook nog een weg te gaan. Met de invisible hand bedoelt hij de rol van het departement die zich steeds meer met het pakket bemoeit. Maar daar is het Zorginstituut zelf bij. Met de verlengde arm bedoelt hij de farmaceutische industrie die steeds meer de spreekkamer binnen komt. Dit zet druk op het pakket.

Maarten Dekker dankt allen voor de prettige samenwerking en wenst de commissie veel wijsheid toe.

8 Rondvraag en sluiting

Er zijn geen vragen; de voorzitter sluit de vergadering.

Bijlage 1 bij verslag ACP d.d. 29 mei 2015: inspraaktekst mevrouw Mulder namens GGZ-Nederland, Federatie Opvang, LPGGZ, RIBW alliantie

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864

- 415 • Dank u voor de mogelijkheid om onze visie op het concept afwegingskader te mogen toelichten. Ik spreek hier namens zowel de LPGGZ, GGZ Nederland, de Federatie Opvang en de RIBW Alliantie. Ikzelf ben de bestuurssecretaris van de RIBW Alliantie.
- 420 • Zoals u in onze schriftelijke reacties heeft kunnen lezen, zijn wij zeer teleurgesteld over de keuze van het Zorginstituut om de ggz cliënten niet mee te nemen in het kader en te pleiten voor nieuw onderzoek. De redenen van onze teleurstelling zijn zowel procesmatig als inhoudelijk:

PROCESMATIG:

- 425 ○ Er ligt een aangenomen motie van de Kamerleden Bergkamp en Keijzer over de toegang van de Wlz voor mensen met ggz problematiek. In 2014 hebben we werkafspraken gemaakt met de staatssecretaris mbt o.a. deze motie. De toegangscriteria op basis van het afwegingskader maakt daar onderdeel van uit.
- 430 ○ Cliënten en familie wachten al lang op duidelijkheid. De impact die dit op hen heeft wordt onderschat.
- En ook regionale partijen (zoals gemeenten) hebben duidelijkheid nodig om het proces van samenwerking goed op gang te krijgen.
- Het argument dat de wet moet worden aangepast vinden we niet valide, dat was bij aanvang al bekend.
- 435 ○ Bij de opdracht voor het opstellen van dit afwegingskader is nadrukkelijk ook bepaald dat de ggz meegenomen moest worden.
- We vinden het dan ook zeer teleurstellend dat het ZIN weer terug naar af gaat en wil spreken over de vraagstelling voor nader onderzoek.....

INHOUDELIJK:

- 440 ○ Een uitgangspunt van het afwegingskader is om een grondslagonafhankelijke toegangsinstrument te ontwikkelen. Uit het onderzoek in het afwegingskader blijkt dat de mate van beperking van burgers met het instrument in principe goed is vast te stellen,
- 445 ongeacht de oorzaak van de beperking, dus ook voor mensen met ggz problematiek. Wij vinden dit een groot goed, daarmee kan een einde komen aan complexe vraagstukken rondom sectorvreemde ZZPs en afwenteling van cliënten tussen typen aanbieders.
- 450 *Wij bepleiten dat het uitgangspunt van een grondslagonafhankelijke Wlz wordt gehandhaafd. Een apart kader voor de ggz draagt niet bij aan de doelen van de HLZ, het gaat leiden tot afwentelgedrag omdat er nooit hele scherpe grenzen zijn aan te geven, en gaat leiden tot extra vragen vanwege onduidelijkheid en tot extra administratieve lasten.*
- 455 ○ In de ggz verblijft een groep cliënten waarbij toepassing van het in het afwegingskader ontwikkelde instrumentarium leidt tot een indicatie voor de Wlz. Deze mensen verblijven nu langdurend in de behandelggz of in een beschermende woonvorm. In de test met het

- 460 instrument blijkt dat cliënten met ggz problematiek vergelijkbare
beperkingen hebben als mensen met een handicap of ouderen. Dat
bewijst dat de Wlz een passend kader is. De Zvw is gericht op
genezing en de Wmo is gericht op vooral kortdurende begeleiding tot
herstel van zelfstandigheid en participatie. Deze beide kaders passen
465 niet (meer) bij de mogelijkheden van deze cliënten.
*Wij bepleiten dat de afspraak dat inhoudelijke criteria leidend moeten
zijn voor toegang tot de Wlz navolging krijgt (?) en zijn van mening
dat het ontwikkelde instrumentarium hieraan voldoet.*
- 470 ○ De angel in de Wlz voor mensen met ggz problematiek is de
blijvendheid van de zorgbehoefte. Deze is niet als levenslang zijnde
vast te stellen. De enige uitweg in deze discussie is om de zorgvraag
centraal te stellen en te accepteren dat je de verre toekomst nooit
met zekerheid kunt voorspellen. Van de groep die op inhoudelijke
475 gronden toegang tot de Wlz krijgt volgens het ontwikkelde
instrumentarium, kunnen we in het algemeen wel zeggen dat we
binnen afzienbare tijd niet verwachten dat de zorgvraag zoals die past
in de Wlz eindigt. Toch willen we niet uitsluiten dat de cliënt
voldoende herstelt en met ondersteuning in de Wmo verder geholpen
480 kan worden. In de Wlz staat nergens dat een burger levenslang in dit
wettelijk kader moet blijven en ook niets dat herindicatie in de weg
staat. In de met de staatssecretaris gemaakte werkafspraken is
daarnaast bepaald dat in de Wlz ook ruimte komt voor ggz-cliënten
van wie de verwachting bestaat dat ze zeer langdurend (dus niet per
485 definitie blijvend) zijn aangewezen op intramurale ggz-zorg.
*Samen met LPGGZ, VNG en NIP bepleiten wij dat de indicatie in de
Wlz voor een beperkte duur afgegeven wordt, bijvoorbeeld 3-5 jaar.*
- 490 ○ De stelling dat het huidige afwegingskader niet passend is voor de ggz
wordt in het kader niet onderbouwd en het proces in de ontwikkeling
van het kader geeft daar ook geen aanleiding toe.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864

495 We hopen dat u op basis van onze argumenten het besluit van het Zorginstituut
om de ggz uit te sluiten van dit afwegingskader, wilt heroverwegen.

Dank voor uw aandacht.

Bijlage 2 bij ACP 29 mei 2015: inspraaktekst mevrouw Abbema namens NIP

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864

500 Ik spreek hier in namens het Nederlands Instituut van Psychologen. Het NIP heeft 13.000 leden waarvan het merendeel werkzaam in de gezondheidszorg. Onze leden werken in de GGZ, forensische zorg, zorg voor mensen met een beperking, jeugdzorg, ouderenzorg, revalidatie en in ziekenhuizen. Zij werken in instellingen of als vrijgevestigden. Onlangs heeft het NIP samen met 8 andere

505 beroepsverenigingen van psychologen, pedagogen en psychotherapeuten een federatie opgericht, P3NL, welke 20.000 psychologen, pedagogen en psychotherapeuten vertegenwoordigt.

510 Wij zien dat het afwegingskader toegang WLZ een uitvoerige en op zich goede poging om de wettelijke toegangscriteria te operationaliseren, maar het resultaat is naar ons idee nog niet goed genoeg. We hebben dit in onze schriftelijk reactie aangegeven. Uw reactie op onze punten is verwerkt in het rapport, maar deze is wat ons betreft niet afdoende. Vandaag wil ik namens onze leden werkzaam in de langdurige zorg in reactie hierop uw aandacht vragen voor drie punten. Deze punten zijn

515 1) de validiteit en de betrouwbaarheid van het rapport onderliggend aan het advies
2) de toevoeging van aantasting van de kwaliteit van leven als 'ernstig nadeel' en
3) de toepassing van het afwegingskader op de langdurige ggz.

520 Over validiteit en betrouwbaarheid: Het Zorginstituut geeft toe dat de betrouwbaarheid van het afwegingskader nog onvoldoende is. Nu is het o.i. toch echt zo dat van een onbetrouwbaar meetinstrument vervolgens de validiteit erg moeilijk te beoordelen is: een rubberen meetlint laat zich moeilijk ijken aan een ijzeren standaardmeter. Dus kan je niet zeggen dat het meetlint een meter meet.

525 Vertaald naar het voorliggende beoordelingskader: Indicatiestellers verschillen in hun beoordelingen, o.a. over de centrale vraag of gevaar blijvend is. De opsteller van het rapport, HHM, noemt overigens de Belgische VAPH-schaal als een ijkpunt en als belangrijkste basis voor de validiteit van het afwegingskader. Pas in de vergaderstukken van vandaag staat een link naar de Belgische

530 rapporten daarover. Wie heeft die tot nu toe goed kunnen bekijken? En meet die schaal wel echt iets vergelijkbaars? Wij zouden dat graag nader bekeken zien. We hebben aangegeven dat bovenal de validiteit en betrouwbaarheid van het rapport onvoldoende zijn, omdat het gebruikte conceptueel kader voor het afwegingskader volgens onze deskundigen niet voldoet. Het Zorginstituut heeft in

535 haar reactie aangegeven dat dit komt doordat zij nu eenmaal de wettekst, welke verouderde begrippen bevat, als uitgangspunt moet nemen. Dit is echter maar een deel van de verklaring, zoals we hebben aangegeven. Ook andere elementen van het kader voldoen niet. Bovendien zou het juist een argument zijn om de staatssecretaris te bewegen tot het herzien van de wettekst. Onze experts

540 adviseren bv de ICF te gebruiken, de International Classification of Functioning. Het tweede punt waar ik uw aandacht voor vraag, betreft het begrip 'ernstig nadeel'. In het afwegingskader wordt dit begrip onnodig beperkt tot vooral lichamelijke schade en maatschappelijke ondergang. Wij menen dat een notie als aantasting van de kwaliteit van leven binnen de tekst van de regelgeving past en

545 expliciet als grond voor toegang tot de Wlz aandacht moet krijgen in het afwegingskader. (Denk hierbij aan de titel van het plan van de staatssecretaris voor de verpleeghuizen: 'Met waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen.')

550 Ons derde en laatste punt van aandacht gaat over de afstemming van het
afwegingskader op mensen met psychische stoornissen, de langdurige ggz. We
delen de zorg van GGZ Nederland en anderen over het feit dat het nu langer duurt
voordat er duidelijkheid komt voor mensen in de langdurige GGZ. We dringen aan
op snelheid bij een mogelijk nader onderzoek. Dat onderzoek moet dan op zijn
minst voorkómen dat mensen met psychische stoornissen ten onrechte níét in de
555 Wlz terecht kunnen.
Dank voor de gelegenheid deze punten onder uw aandacht te brengen. We horen
graag uw reactie.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864

Bijlage 3 bij verslag ACP 29 mei 2015: inspraaktekst mevrouw Evers namens Levenmetkanker

Zorginstituut Nederland
Pakket

560

Ik dank de voorzitter voor de mogelijkheid om in te spreken ik doe dat uitdrukkelijk alleen namens Levenmetkanker. Het overkoepelende patiëntenstandpunt waaraan wij ook hebben meegewerkt is eerder ingestuurd door de NPCF.

Datum

2 maart 2015

Onze referentie

2015025864

565

Ik was ook aanwezig bij de ACP discussie over dit onderwerp afgelopen maand, het was een interessante en intense discussie en ook naar aanleiding daarvan maak ik de navolgende kanttekeningen

570

Wij zijn voorstander van doelmatigheid in de zorg. Kosteneffectiviteit moet een rol spelen bij de keuze tussen vergelijkbare behandelingen. Maar het moet met grote terughoudendheid worden toegepast wanneer er geen alternatieven voorhanden zijn om de volgende redenen:

1. De methodologie is nog onvoldoende ontwikkeld

575

2. KE gegevens zijn voor de meeste niet farmacologische interventies niet beschikbaar en zijn niet of slechts door het investeren van veel geld en menskracht te verkrijgen. Is dat kosteneffectief en hoeveel handen houdt het bijhouden van talloze registers hiervoor weg bij het bed?

3. KE gegevens worden wisselend ingezet: wel in de UK maar nauwelijks in Duitsland en Frankrijk

580

4. In het geval van afwezigheid van een alternatieve interventie is het onthouden van een behandeling met therapeutische meerwaarde uitsluitend vanwege een ongunstige kosteneffectiviteit voor patiënten onacceptabel.

585

Wij complimenteren ZINL met het rapport, en zijn blij dat KE in eerste instantie gebruikt gaat worden als waarschuwingssignaal, maar om voornoemde redenen blijven wij tegenstander van verankering in de wet.

Ik zal dit nader toelichten.

590

Vanwege toenemende budgetdruk moeten steeds meer keuzes gemaakt worden. Zichtbare keuzes bijvoorbeeld bij pakkettoelating, maar ook onzichtbare, vooral op meso en micro niveau. Wanneer innovatieve interventies worden toegevoegd zonder dat er extra budget beschikbaar komt, leidt dat onherroepelijk tot meer ondoorzichtige verdringing van zorg en / of postcodegeneeskunde. Dit laatste is zeer ongewenst en zou dus pleiten voor 'meer selectie aan de poort' door ZINL.

595

Het betaalbaar houden van het systeem is in het belang van premiebetalers en patiënten. Wij zijn daarom voor doelmatige zorg van goede kwaliteit. Maar patiënten willen ook onbelemmerde toegang tot innovatieve zorg als die voor hen meerwaarde meebrengt, zeker als er geen alternatief is en voor een patiënt die met de rug tegen de muur staat speelt kosteneffectiviteit daarbij geen rol.

600

Binnen dit spanningsveld moeten patiëntenorganisaties hun rol in dit debat nemen.

Therapeutische meerwaarde en gepast gebruik

605

KE gaat over overlevingswinst en kwaliteit van leven. Overlevingswinst is lastig aan te tonen bij langzaam progressieve chronische ziekten of wanneer er, zoals in de oncologie een aantal opvolgende behandellijnen zijn waarvan de individuele bijdrage per lijn niet van elkaar te scheiden is. Kwaliteit van leven wordt door patiënten anders gepercipieerd dan door beoordelaars. De bijdrage van een interventie aan kwaliteit van leven is lastig meetbaar als de ziekte zelf al veel lichamelijk ongemak en psychisch lijden met zich meebrengt.

610

Het gebruik van het criterium kosteneffectiviteit (KE)

Gebaseerd op therapeutische meerwaarde wordt vervolgens in modellen die voor mijn idee bol staan van de aannames en schattingen de KE berekend. Op basis van dezelfde gegevens komen indieners en beoordelaars van dossiers bij ZINL

615 vaak tot verschillende waarden voor KE. Dit is het geval bij geneesmiddelen, maar
is nog lastiger voor niet farmacologisch interventies waar veel minder gegevens
voorhanden zijn. *(Zojuist besprak ik dat met de NIP vertegenwoordiger (ned
instituut voor psychologen) die vandaag inspreekt op een ander dossier. Ik wens
u veel succes met het bepalen van de kosteneffectiviteit van de daar
620 bediscussieerde interventies maar wij concludeerden met elkaar dat het bepalen
daarvan een onmogelijke opgave is).* Het rapport en ook de ACP leden in de
laatste vergadering bevestigen dat KE een nog niet uitontwikkelde methodologie
is en dat dergelijke analyses op een aantal terreinen heel lastig zullen zijn.
625 Voor patiënten is het niet te volgen dat hen wellicht behandelingen onthouden
worden op basis van een nog onvoldoende uitgekristalliseerde methode en deze
moet dan ook niet in de wet verankerd worden.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864

KE in de richtlijnen?

630 Kosteneffectiviteit moet voor interventies met min of meer vergelijkbare
therapeutische waarde meegenomen worden in richtlijnen en tenzij er sprake is
van medische noodzaak moeten die gevolgd worden.
Voor interventies met therapeutische meerwaarde of voor interventies zonder
alternatief kan echter onmogelijk van patiënten (en wellicht ook niet van
behandelaars) gevraagd worden om deze op basis van ongunstige
635 kosteneffectiviteit (en wie bepaald dan wat ongunstig is) buiten de richtlijn te
houden of niet in het pakket op te nemen. Zeker niet waar het maatschappelijk
debat over de toepasbaarheid van KE nog niet gevoerd is en de politiek om de
hete brei heen danst.

Hoe verder?

640 In het huidige ZINL rapport is een ongunstige KE een signaal om de interventie
stevig onder de loep te nemen en andere wegen te exploreren om de
kosteneffectiviteit te verbeteren. LMK wil ondanks alles deelnemen aan een open
en transparante discussie en beslissing hierover op het niveau van ZINL. Input
645 van patiëntenorganisaties en behandelaars moet uitdrukkelijk meegenomen
worden. Het 'delegeren' van de beslissing naar lager niveau (de individuele
zorgverzekeraar of het individuele ziekenhuis) leidt tot ontoelaatbare ongelijkheid
in de toegankelijkheid voor patiënten.
Naast de discussie over kosteneffectiviteit verdient zinnig, zuinig en gepast
650 gebruik in de spreekkamer meer aandacht net als (in de oncologie) het gesprek
over behandelen in de laatste levensfase.

Concluderend:

655 Patiënten worden geconfronteerd met onduidelijke afspraken tussen individuele
zorgverzekeraars en zorgverleners, met de onmogelijke keuze in de spreekkamer
of verdringing van zorg. Deze intransparantie schaadt het vertrouwen in de zorg
als geheel. Daarom willen de patiëntenorganisaties mee blijven praten in deze
extreem lastige discussie van besluiten over pakketsamenstelling. Maar we pleiten
ook voor een grotere rol voor maatschappelijk debat en politieke besluitvorming.

660 Tot slot: zolang een farma CEO 8 miljoen per jaar kan verdienen en de farma
industrie het handhaven van een winstpercentage van 15-20%¹ voor hun
aandeelhouders belangrijker vindt dan de betaalbaarheid van hun
geneesmiddelen, zullen maatregelen zoals voorwaardelijke toelating, real world
665 data verzameling, kosteneffectiviteit en prijszonderhandelingen niet in staat zijn
om het tij te keren. Ik weet dat dit niet binnen de verantwoordelijkheid van ZINL
noch van de ACP valt, maar ik wil iedereen die betrokken is bij toelating van dure
geneesmiddelen aansporen bij ieder toekomstig debat de prijsstelling in te
brengen.

670 Dank voor uw aandacht

Bijlage 4 bij verslag ACP d.d. 29 mei 2015: presentatie pakketscan diabetes.nl

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864




| Van goede zorg verzekerd |

675

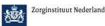


Pakketscans CVZ





Pakketscan Zorginstituut: Pakketscan.nl diabetes



Pakketscan.nl pilot

Pakketscan Onderzoek en dialoog Ziekte Zorgkwesties Mijn account Uitloggen

Pakketscan.nl diabetes

Welkom op de website Pakketscan.nl

Op Pakketscan.nl vergelijkt Zorginstituut Nederland drie aspecten van zorg met elkaar:

- gemeentelijke zorg
- aangebooden zorg
- verzekerde zorg

Verschillen daartussen beschrijven we in zogenaamde zorgkwesties.

Pakketscan.nl laat zien waar knelpunten en mogelijkheden voor verbetering liggen ten opzichte van de kwaliteit van de zorg en de zorgverzekering. Dit op basis van een breed scala aan bronnen en praktijkervaringen uit het zorgveld.

Deze eerste online Pakketscan.nl gaat over diabetes.

Milt u deelnemen aan een dialoog?

→ [Maak mijn account aan](#)

Doe mee met de dialoog!

Herkent u zich in de waarnemingen van het zorgveld? Of juist niet?

Bent u diabetespatiënt, ouder/verzorgers van een diabetespatiënt, diabeteszorgverlener of bij een zorgprobleem aan betrokken bij de inloop van diabeteszorg? Drenk dan uw ervaringen met het Zorginstituut en met iedereen die betrokken is bij de diabeteszorg in Nederland.

U kunt nu meedoen aan de dialoog over de volgende zorgkwesties:

26-9-2015	Onvoldende voetzorg
19-9-2015	Behoefte aan meer keuzevrijheid en ruimere vergoeding van bloedglucosemetingen
19-2-2015	Onbedoelde effecten van geneesmiddelen
12-2-2015	Voorgeschreven medicijnen ongewenst
12-2-2015	Onvoldoende aandacht voor leefstijl

Bekijk alle zorgkwesties

Van boek naar website

Pakketscan.nl is het vervolg op de reeks 'Pakketscans' die wij tussen 2009 en 2013 in boekvorm hebben uitgebracht.

Bekijk de [Pakketscans diabetes uit 2009](#).

En de overige pakketscans:

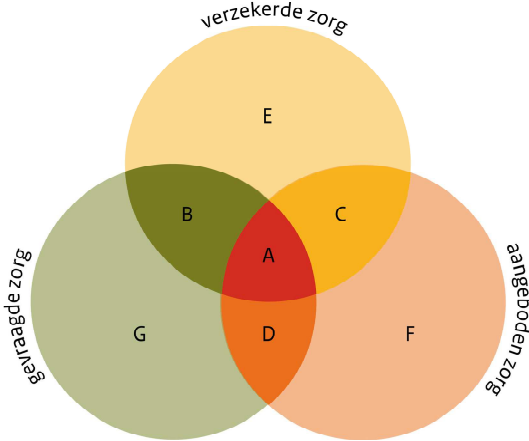
- [Pakketscan CODE](#)
- [Pakketscan Diabetes](#)
- [Pakketscan coördinatie hersteltoeslag](#)

Pakketscan.nl is dynamisch en interactief: u vindt hier steeds nieuwe en aangepaste zorgkwesties. U kunt zelf daarover meepraten.

Staat uw onderwerp er nu nog niet bij? In een reactie bij een dialoog kunt u ook nieuwe onderwerpen aankaartten.



Analysemodel





Data

Zoeken naar **SIGNALEN**

= discrepantie tussen vraag/aanbod/pakket

Vele signalen samen maken een **ZORGKWESTIE**



Zorgkwestie op Pakketscan.nl

Zorgkwestie 'Onvoldoende voetzorg'

Zorgkwestie: Onvoldoende voetzorg

Die cirkels
De zorgkwestie heeft betrekking op onderstaande pakketkwestie:

Zorg waar patiënten om vragen en die ook verstrekt is, maar die zorgverleners in de praktijk niet of onvoldoende aanbieden. In dit B is het niet van de kwaliteit van de aangeboden zorg.

Herkent u onderstaande zorgkwestie? Of juist niet?
Onderstaande zorgkwestie is naar voren gekomen uit recente publicaties van uiteenlopende partijen in de zorg. Het medische vraagstuk onderzocht is, welke aanpak en aanbod nodig is om de dialoog!

Zorgkwestie
Ziekte: diabetes
Dossier: 2015-2015-15

Omschrijving: Zo'n 3 à 4 procent van de diabetespatiënten krijgt ernstige complicaties die de vorm van amputatie. Bovendien lopen patiënten die eerder een ulcus hebben gehad een groot kans op herhaling. Dit kan soms zelfs leiden tot een amputatie van het voet. Zorgverleners hebben niet altijd genoeg aandacht voor voetschermers van diabetespatiënten. Dit liggen de patiënten soms verkeerde adviezen, worden ze te laat doorverwezen of zijn hulpmiddelen zoals schoenen en orthopedisch schoeisel niet goed aangepast. Wie, moet u interview?

Naar dialoog
Volgens de Zorgmodulie Preventie Diabetesziekte 2014 krijgt in Nederland een haast van de diabetespatiënten te maken met een diabetesrisico en krijgt ongeveer 15 procent daarvan een ulcus aan de voet. Van die amputaties aan tenen of pinken/leeser wordt 85 procent voorliggend door een ulcus. (Toon/Verberg)
KNNVmedisec(2014) | (toon/Verberg)

Bij sommige patiënten zijn de voeten erg gevoelig gevoelsloos, het lijkt als een ritssluis op het Forum voor Diabetes. (Toon/Verberg)
Forum voor Diabetes (2014) | (toon/Verberg)

Bij zorgaanbieders is weinig aandacht voor (mogelijke) voetproblemen bij diabetespatiënten, zo valt te lezen in het document 'Multidisciplinaire samenwerking met professionals van diabeteszorgverlener'. Bovendien worden de voeten niet goed en niet vaak geïnterviewd. (Toon/Verberg)
Pakket (2013) | (toon/Verberg)

Ongeveer 5 procent van de diabetespatiënten krijgt een ulcus en bij circa 15 procent van hen leidt dit tot een amputatie van tenen of voeten. Volgens de 'Niet-rijp Diabeteszorg' van de Nederlandse Vereniging van Diabetespatiënten (2012) en de 'Niet-rijp Diabeteszorg' van de Nederlandse Vereniging van Diabetespatiënten (2012) is de

Extra informatie

Betaalstudie van voetverzorging

App - De Zorgmodulie Diabeteszorg





Tot nu toe: 9 zorgkwesties

Pakketscan.nl *pilot*

Pakketscan Onderzoek en dialoog Ziekte Zorgkwesties Inloggen

Zorgkwesties

Vlakken met zorgkwesties

De basis van de Pakketscan.nl vormt dit schema van drie cirkels die de *generatieve zorg*, de *aangeboden zorg* en de *verzekerde zorg* verbeelden. De drie cirkels overlappen gedeeltelijk, waardoor zeven verschillende vlakken ontstaan: A, B, C, D, E, F en G. In elk vlak komen andere soorten zorgkwesties voor.



Zorgkwesties overzicht

Datum	Ziekten	Zorgkwestie	Cirkelvlak
7-5-2015	diabetes	Onvoldoende farmaceutische zorg	B
16-4-2015	diabetes	Therapieontrouw bij gebruik van medicijnen	A
16-4-2015	diabetes	Blijvende verandering van leefstijl is moeilijk	A
26-3-2015	diabetes	Onvoldoende voetzorg	R
19-3-2015	diabetes	Behoeft aan meer keuzevrijheid en ruimere vergoeding van bloedglucosetestmaterialen	D
19-2-2015	diabetes	Onbedoelde effecten van geneesmiddelen	A
12-2-2015	diabetes	Voorgeschreven medicijnen ongewenst	C
12-2-2015	diabetes	Onvoldoende aandacht voor leefstijl	B
20-11-2014	diabetes	Kunstmatige alveesklier in opkomst	F

7



Dialoog

Uitnodiging aan:

- patiënten
- zorgverleners
- zorgverzekeraars

om ervaringen te delen, reacties op de zorgkwesties te geven en met elkaar in dialoog te gaan.

8



Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864

Communicatiestrategie

5 stappen:

1. Bekend maken
2. Verspreiden door partijen in de zorg
3. Website bezoeken
4. Account maken
5. Deelnemen aan dialoog

9



1. Bekend maken

- Persbericht
- Twitter
- ZINL Nieuwsbrief
- Corporate website
- Artikel in Zorgmagazine
- LinkedIn van partijen in de zorg?
- Infographic
- Bericht DVN en NDF voor hun nieuwsbrieven
- Attendering accounthouders Pakketscan.nl

10



Voorbeelden

Free Research Insights - Discover the latest IT trends, D

Kwaliteitsinstituut

Discussions Campaigns Vacatures Informatie Zoeken

Het Kwaliteitsinstituut - Community Kwaliteitsinstituut

Is er onvoldende voetzorg voor de diabetespatiënten? Zorginstituut Nederland nodigt u uit mee te praten over dit knelpunt. Wij horen graag of u deze zorgweste herkent? Of juist niet?

Zorgweste onvoldende voetzorg is naar voren gekomen uit recente publicaties van uiteenlopende partijen in de zorg. Doel van reactie is de dialoog.

Zorg is 3-4 procent van de diabetespatiënten krijgt ernstige voetzorgproblemen en de vorm van niet alleen. Bovendien lopen patiënten die eerder een ulcus hebben gehad een grote kans op herhaling. Het kan voorkomen dat patiënten niet worden gezien of dat zij geen goed advies krijgen. Het is belangrijk dat patiënten worden gezien en dat zij voldoende advies krijgen. Het is belangrijk dat patiënten worden gezien en dat zij voldoende advies krijgen. Het is belangrijk dat patiënten worden gezien en dat zij voldoende advies krijgen.

Of praat mee over een van de andere Diabeteszorgwesten.

pakketscan.nl

Commentaar (0) • Interessant (21) • Volgen • Spelen moeden

KORT NIEUWS Interactief meepraten over diabeteszorg

Prat mee over diabetes op pakketscan.nl Zorginstituut Nederland roept patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars op om via deze website mee te denken aan een dialoog over diabeteszorg in ons land en maatregelen te nemen. Van geburen aan de hand van zorgwesten en actuele knelpunten in de diabeteszorg. Op 2 november is de website in de lucht gegaan.

Wat is de knelpunt? In de afgelopen vijf jaar heeft het NZO/zorginstituut Nederland over vier ziekten pakketscans gemaakt van respectievelijk diabetes, chronische hartfalen, depressie en COPD/aandoeningen van de luchtwegen. Per ziekte wordt de gevraagde, de aangeboden en de verstrekte zorg met elkaar vergeleken. Algemeen vragen waren: hoe toevoegend en toegankelijk is het verstrekte pakket, welke knelpunten zijn er en wat zijn mogelijke oplossingen?

Waarom? "Samen zijn we ruim een jaar bezig met verzamelen en analyseren van de gegevens over een ziekte," zegt schrijver M. Mulder van het Zorginstituut. "Naar de huidige stand van zaken is het belangrijk dat patiënten als hoewel wordt verstaan. Tijdens de COPD scan heeft het team een op de 1000 om te zien hoe vaak patiënten worden gezien aan het knelpunt in de zorg aan."

Wat is de knelpunt? In de afgelopen vijf jaar heeft het NZO/zorginstituut Nederland over vier ziekten pakketscans gemaakt van respectievelijk diabetes, chronische hartfalen, depressie en COPD/aandoeningen van de luchtwegen. Per ziekte wordt de gevraagde, de aangeboden en de verstrekte zorg met elkaar vergeleken. Algemeen vragen waren: hoe toevoegend en toegankelijk is het verstrekte pakket, welke knelpunten zijn er en wat zijn mogelijke oplossingen?

Wat is de knelpunt? In de afgelopen vijf jaar heeft het NZO/zorginstituut Nederland over vier ziekten pakketscans gemaakt van respectievelijk diabetes, chronische hartfalen, depressie en COPD/aandoeningen van de luchtwegen. Per ziekte wordt de gevraagde, de aangeboden en de verstrekte zorg met elkaar vergeleken. Algemeen vragen waren: hoe toevoegend en toegankelijk is het verstrekte pakket, welke knelpunten zijn er en wat zijn mogelijke oplossingen?

Wat is de knelpunt? In de afgelopen vijf jaar heeft het NZO/zorginstituut Nederland over vier ziekten pakketscans gemaakt van respectievelijk diabetes, chronische hartfalen, depressie en COPD/aandoeningen van de luchtwegen. Per ziekte wordt de gevraagde, de aangeboden en de verstrekte zorg met elkaar vergeleken. Algemeen vragen waren: hoe toevoegend en toegankelijk is het verstrekte pakket, welke knelpunten zijn er en wat zijn mogelijke oplossingen?

Wat is de knelpunt? In de afgelopen vijf jaar heeft het NZO/zorginstituut Nederland over vier ziekten pakketscans gemaakt van respectievelijk diabetes, chronische hartfalen, depressie en COPD/aandoeningen van de luchtwegen. Per ziekte wordt de gevraagde, de aangeboden en de verstrekte zorg met elkaar vergeleken. Algemeen vragen waren: hoe toevoegend en toegankelijk is het verstrekte pakket, welke knelpunten zijn er en wat zijn mogelijke oplossingen?



2. Verspreiden door partijen in de zorg

Diabetvereniging Nederland

Diabetes DVN V

DVN - Actueel - Nieuws

Pakketscan.nl: praat mee over diabetes

Tense

Datum laatste wijziging: 11 december 2014

Zorginstituut Nederland nodigt patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars rond de chronische ziekte diabetes. Zorgwesten geven een overzicht van de huidige situatie en beschrijft verklaringen en mogelijke oplossingen. Samen de zorg kunnen verbeteren.

Hoe worden zorgwesten bepaald?
De verschillende manieren is informatie verzameld over de zorgwesten. Gegevens uit 2013-2014 over behandelingen, onder andere samenvatting in zorgwesten. Bij elke zorgweste wordt aangegeven hoe worden zorgwesten bepaald?

Iedereen kan meedelen
Iedereen met diabetes of heeft uw kind diabetes? Of bent u diabetes specialist om de zorg te verbeteren. Bovendien kunt u reageren. Nederland en met iedereen die betrokken is bij de diabeteszorg.

Wat gebeurt er met uw reactie?
Zorginstituut Nederland analyseert en verwerkt alle reacties. Een gezamenlijk goed overzicht van de zorg voor diabetes is er. Meeparten? Ga naar Pakketscan.nl

November 2014
Zorginstituut Nederland start met in het beeld brengen van actuele knelpunten de nieuwe website www.pakketscan.nl vergelijkt het Zorginstituut met professionals de gevraagde, aangeboden en verstrekte zorg rondom diabetes van nu online is. Is er voor iedereen de zorgverzekering wil delen, met verbeterden. De zorg voor diabetespatiënten is als eerste aan de beurt, voor de website van het Zorginstituut.

Voeding-check

RT @voedingonline: Pakketscan: diabetespatiënten onvoldoende doorverwezen naar diëtist. Zorgwekkend! Inkd.in/dZubPg8 #diëtisten

RETRAGETS 2

03:31 · 9 okt 2015

MEDnet

HOME DOSSIERS MLN PRAKTIJK NASCHOLING MEDNET TV VACATURE

U bent hier: Home » Nieuws » Nog steeds onvoldoende aandacht voor leefstijl bij diabetes

Geplaatst op 2 februari 2015 door: Adn van Beelen | 0 reacties | 1 Reager

Nog steeds onvoldoende aandacht voor leefstijl bij diabetes

Leefstijlinterventies zouden een cruciale rol moeten spelen in de behandeling van diabetes. Maar in de praktijk krijgen patiënten deze interventies niet altijd te krijgen. Dat meldt Pakketscan van Zorginstituut Nederland.

ZorgenZ...
Zorg in de Praktijk

HOME Ouderenzorg Levenswijze Reges Burt Organisatie Werk Wifwerping

HOME Actueel

Via Pakketscan.nl meepraten over diabeteszorg in praktijk
GEPLAATST OP 26-11-2014

Zorginstituut Nederland start met in het beeld brengen van actuele knelpunten de nieuwe website www.pakketscan.nl vergelijkt het Zorginstituut met professionals de gevraagde, aangeboden en verstrekte zorg rondom diabetes van nu online is. Is er voor iedereen de zorgverzekering wil delen, met verbeterden. De zorg voor diabetespatiënten is als eerste aan de beurt, voor de website van het Zorginstituut.



Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864



3. Website bezoeken

Paginaweergaven 11 mrt 2015 - 26 mei 2015

Zorgkwesties top 5	Paginaweergaven
Onvoldoende voetzorg	579
Keuzevrijheid/vergoeding van testmaterialen	218
Onvoldoende farmaceutische zorg	151
Voorgeschreven medicijnen ongewenst	119
Therapieontrouw bij gebruik van medicijnen	66

Gemiddelde tijd op de zorgkwestiepagina's variëert van 1 tot 4 minuten.

Eén uitschieter, 'Onvoldoende aandacht voor leefstijl', met 8 minuten.

13

690



4. Account maken

216 Accounthouders, waaronder

43 Patiënten

77 Pedicures

13 Podotherapeuten

7 (Diabetes)verpleegkundigen/POH

4 Huisartsen

4 Beroepsorganisaties

2 Zorgverzekeraars

14



5. Deelnemen aan dialoog

- Veel reacties
(vb. onvoldoende voetzorg)
- Enkele reacties
(vb. vergoeding testmateriaal)
- Geen reacties
(vb. kunstmatige alvleesklier)

Dialog

Fransje van Maaslingen (onderzoeker Paktetusa.nl) op: 24-11-2014 10:44:58
Wilt u meepsen over deze zorgvraag? Maak een account aan, log in en plaats hieronder uw reactie... Reacties zijn op persoonlijke titel, tenzij u dat zelf anders aangeeft. Bij uw reactie wordt uw voornaam, achternaam en expertise vermeld.

Adimela Akkermans (Voetzorgverleener) op: 27-11-2014 13:02:38
Op dit moment moet elke diabetespatiënt een zorgprofiel laten vaststellen om voor vergoeding in aanmerking te komen. De huisartsen weten nog niets van het vaststellen van de zorgprofielen. Hetzelfde is op 1-1-2012 bij 95 % van de patiënten het profiel niet vastgesteld. Voor Simons 1 kan de vergoeding uit de aanvullende verzekering (zorgprofiel 1) of uit de rechtstreekse declarering via zorgprofiel 2. Hoe gaat dit oplosbaar worden, kun je er een overgangsmiddel?

Yvonne Blokzijl (ouder van kind met diabetes type 1) op: 27-11-2014 14:36:18
Mijn zoon heeft sinds dit jaar diabetes type 1 (nu is hij 9 jaar). Heb sinds en vlak voor zijn diagnose de ervaring dat hi veel problemen heeft waaronder verrijdt die wat hi heeft hebben laten vergeten bij huisarts. Wordt afgedaan als zoavel en dat we de eerste nabijge complicaties van diabetes op voorgebied voorafgaand nog niet hovent te versnellen. maar verstaag dus hij volgens mij zeker nu al nodig hebben (al werd er maar een keer door een pediatoloog naar gekeken) en zeker met het oog op de toekomst want we willen die complicaties toch zeker voor zijn? Zeker door hoge suikerwaarden is een patiënt toch goedvrij voor ontsteking, verrijdt e.d. en daaraan is toch geen termijn verboden?

Wilma Blecheuvel (medisch pedicure) op: 27-11-2014 21:31:40
Dit jaar mogen ervaren dat bi) het te laat reageren van diëet met een ulcus, (afgeenstaande mijnheer met vuurlichtschied bi) hi have ontstekingen van ulcus (dus doorverwezen naar hi), daar naar afgehandeld is op het gebied van wondzorg, er werd maar 1 per 2 weken naar de wond gekeken, diëet moest zelf wond behandelen, en dat op 80 jaar leeftijd met bovengenoemde situatie, waaronder het onvermijdelijke gebeurde, een amputatie. Conclusie: Het niet adequaat reageren op een ulcus versterkende gevolgen kan hebben.

Wilma Blecheuvel (medisch pedicure) op: 27-11-2014 22:30:49
@ Yvonne Blokzijl: Wasbehandeling kan je ook goed behandelen met Wint. X werkt goed, 1x per week aanrijpen en er is niets zichtbaar, wat droog is. Als hij vaak zwerm loopt hij daar het virus op, en zijn het zogenaamde water vreten. Wistten op jonge leeftijd verdragen ook vaak weer. Vraag voor zijn vooruurtellen een verwijzing voor uit positieve epinephrinepoorting bij de huisarts.

Ingrid Ruys (Diabetesopvoeder/adviseur MNC Welthoven) op: 27-11-2014 23:40:10
Sinds 1998 worden op mijn werkplek kinderen met DM1 gescand door de podotherapeut. De aanleiding was een meisje wat wilde gaan dansen op spijzen. De ouders vroegen zich af of dit wel goed was. Sinds die tijd worden de kinderen gescand en al toe worden en hetas problemen waargenomen.



Nog verwacht: 6 nieuwe zorgkwesties

- Overbodige controles (C)
- Behoeftte aan meer vergoeding van zorg (D)
- Onvoldoende kwaliteit bloedglucosetestmateriaal (B)
- Nieuwe diagnostiek en behandelingen (F)
- Overbehandeling met dure en/of niet bewezen effectieve bloedglucoseverlagers (C)
- Onvoldoende kwaliteit diabeteszorg (B)



Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864

Resultaten: 15 actuele zorgkwesties diabetes

- **Toereikendheid en toegankelijkheid pakket**
- **Kwaliteit van zorg**

- Vanuit perspectief patiënten
- Herkenning bij DVN
- Knelpunten en verklaringen
- Mogelijkheden voor verbetering
- Positieve voorbeelden
- Partijen in de diabeteszorg mede-eigenaar

19

695



Vervolg

Gesprekken met sector over aanpak knelpunten en ondersteuning vanuit het Zorginstituut

NDF: Nationale Diabetes Dag 2016 - vervolg op zorgkwesties

20



Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864

Vragen?