



**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**

J. Zwaap  
T +31 (0)20 797 8808

**Datum**

31 mei 2016

**Onze referentie**

ACP 62-2

# verslag

ACP 61  
Vergadering Adviescommissie Pakket

---

Vergaderdatum	27 mei 2016
Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland, Diemen.
Aanwezig	Jan van Busschbach Claudi Bochting Marcel Canoy Carina Hilders Romke van der Veen (voorzitter)
	Jacqueline Zwaap (secretaris, verslag)
Afwezig	Heleen Dupuis Cor Oosterwijk

---

## 5 **1 Opening en mededelingen**

De voorzitter opent de vergadering en heet alle aanwezigen welkom.

### 1.1 Mededelingen

10 De voorzitter meldt dat Cor Oosterwijk en Heleen Dupuis vandaag zijn verhinderd. Verder heet hij twee nieuwe leden welkom: Claudi Bockting en Jan van Busschbach. Met twee andere leden vinden nog gesprekken plaats. Naar verwachting zal de commissie na de zomer weer voltallig zijn.

15 De secretaris zegt dat er een brief is nagestuurd bij agendapunt 3, de scoping van het pakketadvies over vitamines, mineralen en paracetamol 1000mg. Het gaat om een afschrift van een brief van Neprofarm (branchevereniging van fabrikanten van zelfzorggeneesmiddelen en gezondheidsproducten) aan de Minister van VWS. De commissie kan deze brief betrekken bij de discussie over de aanpak van het pakketadvies.

### 1.2 Conflicterende belangen

20 De voorzitter vraagt of er leden zijn die melding willen maken van een potentieel conflicterend belang bij een van de agendapunten. Dat is niet het geval.

## 25 **2 Verslag van de vergadering van 22 april 2016 (60)**

Een lid heeft een opmerking bij bladzijde 2 en 3 van het verslag ten aanzien van

de discussie die is weergegeven in regel 62 tot en met 125. Zijn vraag is nog eens goed te kijken naar de opmerkingen die zijn gemaakt over de effectiviteit. De suggestie zou kunnen worden gewekt naar mensen die niet bij de vergadering aanwezig waren, dat de commissie het middel niet of nauwelijks effectief vond. Dit moet echter worden gezien tegen de achtergrond van andere casus die eerder in de commissie zijn besproken. De voorzitter vraagt de secretaris het verslag aan te passen. Het wordt nog niet vastgesteld; er zal een herziene versie komen.

### 3 Scoping Pakketadvies vitaminen, mineralen en paracetamol 1000mg

De secretaris, tevens projectleider van dit pakketadvies, geeft een korte inleiding. Sinds 2012 is er toenemend aandacht gekomen voor het zogenaamde "stringente pakketbeheer". Het is een term die voor het eerst is gebruikt in het Regeerakkoord van de huidige Regering en er wordt mee bedoeld " het kritisch kijken naar het verzekerde pakket vanuit het perspectief van de pakketcriteria". Ook het programma Zinnige Zorg is voortgekomen uit de optiek van het stringent pakketbeheer. Nu heeft de Minister een verzoek om eens goed te kijken naar de vitaminen, mineralen en paracetamol 1000mg die nu uit de basisverzekering worden vergoed. De vraag is om deze middelen te toetsen aan de pakketcriteria, met name aan het criterium noodzakelijk te verzekeren zorg. Ook is de vraag te kijken naar de financiële consequenties van verzekeren, mocht er sprake zijn van uitstroom.

Er zijn parallellen te trekken met adviezen uit het verleden waarbij noodzakelijk te verzekeren een rol heeft gespeeld. De argumenten die in deze adviezen een rol hebben gespeeld zijn als bijlage bijgevoegd. Ook is een eerste inventarisatie gedaan van de middelen, de indicaties, aantallen en kosten.

De voorzitter vraagt de leden wat zij hebben te zeggen op de vier vragen die de commissie zijn gesteld. Een eerste lid vindt dit een nuttige exercitie. Het gaat hier over noodzakelijkheid, maar dan over iets anders dan over ziektelast. Een ander lid antwoordt dat een aantal van deze middelen preventief worden ingezet, zoals bijvoorbeeld foliumzuur bij zwangere vrouwen.

Een ander lid meent dat zorgmijding altijd een rol speelt in dit soort gevallen. Wat gaan patiënten doen wanneer een middel niet meer wordt vergoed? De brief van Neprofarm vindt hij interessant. Mogelijk is er dus een veel groter scala aan geneesmiddelen dat getoetst zou kunnen worden. Hij zou er een voorstander van zijn dit te verkennen en wanneer dit relevant lijkt, de vraagstelling breder te maken dan in het verzoek van de Minister.

Een ander lid vindt de redentatie in de brief van Neprofarm wel een verkenning waard.

De voorzitter vat samen dat de commissie vraagt rekening te houden met het feit dat sommige middelen preventief worden ingezet en met mogelijke zorgmijding in het geval van uitstroom.

De secretaris antwoordt dat onder het criterium noodzakelijkheid een aantal argumenten zitten die elkaar kunnen tegenspreken. Enerzijds zijn de kosten misschien laag en zouden ze voor eigen rekening kunnen komen. Anderzijds kan dit leiden tot zorgmijding waardoor de klachten ernstiger worden en uiteindelijk een meer belastende (en duurdere) interventie nodig is. Dit druist in tegen het stepped care principe.

De voorzitter zegt dat dit pleit voor het goed kijken naar het concept van noodzakelijk te verzekeren. Hij hoopt dat er tijd is hier eens goed bij stil te staan. Een ander lid is het daarmee eens. Er zitten veel spanningen in het pakket. Iets

als een pleister is bijvoorbeeld heelt kosteneffectief, maar zit niet in het pakket.  
80 De vraag doet zich voor hoe consequent het pakket is samengesteld. De  
voorzitter stelt voor met dit advies aan de slag te gaan en de vraagstelling zo  
ogelijk te verbreden.  
Een medewerker van het Zorginstituut antwoordt dat er altijd op het niveau van  
een middel en een indicatie moet worden beoordeeld en dat daarom de brief van  
85 de Minister is toegespitst op een aantal casus.  
Een lid antwoordt dat het wellicht mogelijk zal zijn een algemene noemer te  
vinden. De voorzitter stelt voor eerst breed te kijken en daarna focus aan te  
brengen. Een lid heeft vervolgens nog een tip waar gegevens gevonden zouden  
kunnen worden. Zij oppert in de databank van Upper te kijken, een grote  
90 apotheker databank van de Universiteit Utrecht.  
Hiermee sluit de voorzitter het agendapunt af.

#### 4 Scoping advies maatwerkprofiel

Een medewerker geeft een korte introductie van het onderwerp. De  
95 staatssecretaris van VWS heeft aan het Zorginstituut en de NZa een gezamenlijk  
advies gevraagd om een maatwerkprofiel te ontwerpen, inclusief een passende  
bekostigingssystematiek.

Het beleid van de staatssecretaris bij de uitvoering van de Wet langdurige zorg  
100 (Wlz) is erop gericht dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen met Wlz-zorg  
voordat verblijf in een Wlz-instelling nodig is. Doel van het maatwerkprofiel is om  
de Wlz-zorg die mensen thuis ontvangen beter te laten aansluiten bij hun  
zorgbehoefte en persoonlijke omstandigheden.  
Als een verzekerde toegang heeft tot Wlz-zorg krijgt hij op dit moment een  
105 indicatie in de vorm van een zorgprofiel. De inhoud, aard en omvang van de zorg  
die de verzekerde kan krijgen vanuit een zorgprofiel is gebaseerd op de  
gemiddelde zorgbehoefte van verzekerden, die binnen dit profiel passen.  
In een instelling is dit geen probleem omdat de zorgbehoefte van bewoners  
binnen een groep wisselt en ook schommelingen in de zorgbehoefte per individu  
110 kunnen worden opgevangen. In de thuissituatie is het lastig binnen het zorgprofiel  
de passende zorg te realiseren, met name als de zorgbehoefte tegen het  
maximum van het zorgprofiel aan zit. Het maatwerkprofiel zou hiervoor in  
individuele gevallen een oplossing moeten bieden. De bestaande  
randvoorwaarden voor zorg thuis (het mag niet meer kosten dan in de instelling  
115 en de zorg moet verantwoord zijn) blijven echter bestaan. Dat zou wel eens op  
gespannen voet kunnen staan met elkaar. De adviesaanvraag biedt ook een  
nieuwe kans. Nu wordt bij de indicatiestelling voor de Wlz geen rekening  
gehouden met de persoonlijke omstandigheden van de verzekerde, zoals de  
aanwezigheid van mantelzorg. Onderdeel van de adviesaanvraag is dat hiermee  
120 wel rekening wordt gehouden bij het vaststellen van het (maatwerk)zorgprofiel.

De voorzitter geeft aan dat er aan de commissie enkele vragen zijn gesteld over  
beelden die dit oproept en over op te stellen scenario's. Hij vraagt wie van de  
leden wil reageren. Een eerste lid heeft eerst een vraag. Zijn de  
125 keukentafelgesprekken niet juist bedoeld om de context mee te nemen? Een  
medewerker geeft aan dat dit het geval is voor de WMO. Het probleem is juist dat  
bij de Wlz puur wordt gekeken naar het individu. De WMO geldt voor de klassieke  
zorgzwaarte 1 tot en met 3, de Wlz voor de hogere zorgzwaarden. De voorzitter  
concludeert dat dit advies dus juist de gelegenheid biedt iets te zeggen over de  
130 context, waar het afwegingenkader Wlz die gelegenheid niet bood. Een

medewerker geeft aan dat een thuissituatie kan verschillen van een instelling. Een lid reageert dat een instelling verschillen boven en onder het gemiddelde kan gladstrijken, in de thuissituatie kan dat niet. De medewerker geeft aan dat er een verschil komt tussen de aanspraak thuis en de aanspraak in een instelling en  
135 tussen de zorg thuis en de zorg in een instelling. De vraag is of dit een probleem is. Een lid vindt dat dit op zich geen probleem is. Dat wordt het pas wanneer dit ongewenste effecten heeft. Een ander lid meent dat nu de tweede lijn overbelast raakt omdat mensen thuis blijven in onverantwoorde situaties, waardoor vaker een beroep wordt gedaan op de eerste hulp.

140 Het vorige lid zegt dat wanneer sommige mensen meer nodig hebben, anderen ook minder zorg nodig hebben. Dat kun je macro gezien oplossen. De medewerker geeft aan dat de indicatiestelling eenmalig is. Er ontstaat zo een risico op herindicaties. Een ander lid geeft aan dat dit een doelgroep is waar indicaties snel moeten worden gesteld. De medewerker geeft aan dat een  
145 bijkomend ongewenst effect van meer herindicaties is dat er rechtsonzekerheid ontstaat voor de cliënt. Een volgend lid vindt dat dit consequenties zijn van het thuis organiseren. Sommige elementen maken het goedkoper, andere juist duurder. Dit vergt een ander soort controle dan in een instelling.

Een vorig lid zegt dat de zorgzwaarte van de doelgroep verandert. Ze wordt  
150 zwaarder. De consequentie hiervan is dat micromanagement nodig is om hier snel op in te kunnen spelen. Het lid vindt dat de tweede vraag (over het managen van verwachtingen) niet aan de commissie is. Daar is nog weinig over te zeggen wanneer we nog niet precies weten wat het is en er nog geen strategie is hoe dit te bereiken. De voorzitter meent dat op de huidige weg zou moeten worden  
155 doorgegaan, waarbij partijen nauw zijn betrokken. Zijn advies zou zijn hen te horen, gebruik te maken van hun kennis en ervaring en goed te communiceren wat de te zetten stappen zijn.

Een ander lid adviseert niet gelijk mee te gaan in de suggestie dat er geld bij moet. Wanneer de zorgbehoefte groter wordt, trekken mensen aan de bel.  
160 Wanneer deze afneemt en mensen minder zorg nodig hebben, doen ze dat niet. Dat vergt actieve opsporing. De voorzitter zegt dat dit betekent dat er moet worden geïnvesteerd in de uitvoering en controle, maar dit moet ook niet doorschieten. De uitvoerbaarheid/bureaucratie is een belangrijk aandachtspunt. Een ander lid vindt dat er ook in de instelling iets te kiezen moet zijn. Een  
165 medewerker antwoordt dat er nog een ander traject loopt over aanvullende diensten in een instelling.

De voorzitter vat de discussie als volgt samen:

- De commissie steunt de strategie die wordt gevolgd, waarbij partijen intensief betrokken zijn;
- 170 • Schrik niet terug voor het ontwikkelen van scenario's; breng daarbij de bedoelde en onbedoelde effecten in kaart;
- Let daarbij ook op de uitvoerbaarheid;
- Hopelijk biedt deze vraag voldoende mogelijkheid om inhoud te geven aan individualisering.

175

Hiermee sluit de voorzitter de discussie over dit onderwerp af.

## 5 Duiding verblijf in de GGZ

180 De voorzitter geeft aan dat het doel van deze bespreking is om als commissie mee te denken over de consequenties van deze duiding. Er zal daarom geen apart advies over worden uitgebracht aan de Raad van Bestuur.

185 Een medewerker geeft een korte presentatie ter inleiding.<sup>1</sup> Over de presentatie zijn geen vragen. De voorzitter vraagt wie er in de discussie het eerst wil reageren op de aan de commissie gestelde vragen.

190 Een eerste lid vindt het een verstandige keuze om te komen tot een beslismodel en niet tot een dichotomie wat wel en wat geen verblijf rechtvaardigt. Ondanks de ontwikkeling van decision tools, ook internationaal, blijft het lastig hieruit te komen. Van dergelijke tools moet ook niet te veel verwacht worden. Het is wel belangrijk dat de ontwikkeling door gaat.

195 Een volgend lid vindt het belangrijk standaard op te nemen in het protocol wat het ontslagmoment is. Een ander lid is het daarmee eens. Vaak wordt wel aandacht besteed aan criteria voor opname maar te weinig aan de criteria voor ontslag.

200 Een volgend lid heeft enkele principiële punten. Vaak wordt praktijkvariatie niet gezien als een compliment. In dit gebied geldt extreem dat patiënten niet hetzelfde zijn en richtlijnen op basis van criteria zijn maar beperkt mogelijk zijn. Verschillen tussen een inschatting vooraf van het moment van ontslag en het daadwerkelijke ontslagmoment ex post moeten goed uitlegbaar zijn. Hij vindt dat zwaar zou moeten worden ingezet op de verantwoording van dit proces. Een verzekeraar krijgt nooit inzicht in wat er precies gebeurt, dat is een illusie. Hij zou daarom de aanbevelingen kraag in dit licht bezien. Er zullen altijd grensconflicten zijn en dat is vervelend. Hij zou een oproep doen aan alle partijen om concrete

205 aanbevelingen te doen hoe hiermee om te gaan.

Een vorig lid is het hiermee eens. Er zouden meer concrete suggesties moeten komen, heel praktisch. Nu is de praktijk bijvoorbeeld dat een indicatie in de kliniek wordt gedaan voor beschermd wonen, niet wordt over genomen. Dat is wel begrijpelijk, gezien het feit dat de gemeente moet gaan betalen. Maar wanneer in het behandelplan niet duidelijk is wat er daarna moet gebeuren, ontstaat er een probleem. Een lid suggereert dat een casemanager hier een rol in kan vervullen. Het vorige lid reageert dat hij denkt dat dit het probleem niet oplost wanneer deze geen deal kan sluiten.

215 De voorzitter vat de discussie tot nu toe als volgt samen:

- Er is er geen dichotoom beslismodel mogelijk; dus is het goed richtlijnen te formuleren op basis waarvan een beslissing kan worden genomen;
  - Het is belangrijk dat er verantwoording wordt afgelegd over dit proces;
  - Het is ook belangrijk te kijken naar de klassieke manieren van afwenteling;
- 220 oplossingen daarvoor zijn het geven van budgetverantwoordelijkheid of een onafhankelijke indicatiestelling.

Hij voegt eraan toe dat dit waarschijnlijk geen goed oplossingen zijn. Het is belangrijk nauwkeurig aan te geven hoe je randvoorwaarden kunt inbouwen om prikkels voor afwenteling onder controle te krijgen. Als oplossing is ook een casemanager gesuggereerd. Het is belangrijk de problemen ook zo te benoemen. Wanneer het niet mogelijk is met deze instrumenten de prikkel tot afwenteling weg te nemen, welke richting moet dan aan partijen worden gegeven?

230 Een medewerker reageert dat een aantal zorgverzekeraars nu aan het einde van het eerste en/of tweede jaar van opname een verantwoordingsmoment inbouwen. Sommigen doen dat ook vooraf. De voorzitter merkt op dat de zorgverzekeraar ook een eigen belang heeft.

---

<sup>1</sup> De presentatie is als bijlage bij dit verslag gevoegd

- 235 Een medewerker geeft aan dat er een ambitieus ambulantisering programma ligt. In dat licht moet deze duiding ook worden gezien. De verschillen die er zijn, hebben vaak ook een historische achtergrond. Sommige regio's hebben al veel langer een samenwerkingstraditie met gemeenten, andere niet. Het zal langere tijd duren om deze verschillen te laten verdwijnen.
- 240 Een lid meent dat het belangrijk is regionale regie te voeren. Een ander lid vraagt wie dan de regisseur is. Een lid antwoordt dat regionale verschillen vooral bestaan voor ernstige problematiek. Er is een grote discrepantie tussen ambulante en klinische zorg. Het is jammer dat het maar beperkt mogelijk blijkt ambulante zorg te intensiveren. Dit zou een extra impuls geven aan het voorkómen van opname.
- 245 De voorzitter concludeert dat er een brug geslagen zou moeten worden tussen intramuraal en extramuraal. Het vorige lid voegt toe dat dit zowel aan de voorkant als aan de achterkant zou moeten gebeuren.
- 250 De voorzitter concludeert dat de commissie het antwoord op vraag 1 ja is, met de toevoeging dat niet te veel verwacht moet worden van decision tools die worden ontwikkeld. Verder is het belangrijk dat de ambulante zorg kan worden geïntensiveerd. Er is geen strakke oplossing voor het afwentelingprobleem dat zich kan voordoen.
- 255 Tot slot merkt een lid op dat hij de aanbeveling van het Zorginstituut dat er onderzoek zou moeten komen, wat gratis vindt. Een ander lid vindt dat dit toch wel belangrijk is. Er is nu eenmaal weinig onderzoek op dit gebied, bijvoorbeeld naar best practices.
- 260 De voorzitter sluit hiermee de discussie af. Hij wenst de medewerkers succes met de afronding. Het onderwerp komt ter kennisneming nog een keer terug om van te leren. Een medewerker geeft aan dat de planning is om de duiding vóór de zomer uit te brengen.
- 265 **6 Rondvraag en sluiting**  
Er zijn opmerkingen; de voorzitter sluit de vergadering.

**Bijlage 1 bij verslag openbare vergadering ACP d.d. 27 mei: presentatie  
inleiding agendapunt 5: Duiding verblijf in de GGZ**

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
31 mei 2016

**Onze referentie**  
ACP 62-2



Zorginstituut Nederland

Medisch  
noodzakelijk verblijf in de  
geneeskundige GGZ

Introductie ACP 27 mei 2016

| Van goede zorg verzekerd |

270



## Aanpak

- Overleg betrokken partijen
- Onderzoek Tangram
- Bespreking resultaten onderzoek Tangram
- Consultatie partijen ('oude werkwijze')
- Betreft een duiding, geen advies aan de minister



## Waarom duiding?

- Weinig zicht op criteria voor opname(duur) en ontslag; wat is goede zorg?
- 2013: Rapport Overheveling langdurige GGZ  
Afbakening met beschermd wonen Wmo i.c.m. ambulante zorg
- 2015: Herziening langdurige zorg  
GGZ-verblijf voor volwassenen geregeld in 3 wettelijke domeinen (Zvw, Wmo 2015 en Wlz)

4



## Medisch noodzakelijk verblijf in de G-GGZ

Verblijf valt onder de basisverzekering indien:

het verblijf **medisch noodzakelijk** is in verband met geneeskundige GGZ (artikel 2.12 Bzv)

- De behandelaar maakt individuele afweging over opname
- De zorgverzekeraar bepaalt de dekking

5





## Onderzoek

- Richtlijnen geven enkele, (globale) aanbevelingen voor opname, maar niet voor opnameduur en/of ontslag;
- In de praktijk spelen sociaal-maatschappelijke factoren een belangrijke(re) rol dan medisch-inhoudelijke criteria;
- Praktijkvariatie in weging medische noodzaak: per regio, maar ook per instelling;
- **Belangrijk knelpunt:** Verblijf als "alternatief" voor gebrek aan ambulante GGZ-aanbod en (gemeentelijke) voorzieningen.

6

275



## Duiding met maatschappelijke consequenties

- Uitleg aanspraak
- Afbakening met verblijf in andere wettelijke domeinen
- Gebrek in ambulante GGZ-voorzieningen en/of gemeentelijke voorzieningen kunnen (indirect) leiden tot een medische noodzaak voor verblijf (cliënt mag niet tussen wal en schip vallen)

7



## Aanbevelingen

Niet alle knelpunten kunnen met duiding worden opgelost:  
daarom ook 5 aanbevelingen voor het veld:

- Leg criteria voor weging medische noodzaak verblijf vast in richtlijnen;
- Ontwikkel instrumenten om de beslissing op clientniveau te ondersteunen;
- Kijk bij opname zo snel mogelijk naar de randvoorwaarden voor ontslag;
- Ontwikkel goede onderzoeksmodellen voor (kosten)effectiviteit;
- Samenwerking over de domeinen heen voor goede ambulante- en basisvoorzieningen in de GGZ.

8



## Bestuurlijke consultatie

Wat wij zien in de reacties van partijen:

- Willen de best passende zorg voor cliënt, maar vrezen problemen bij uitvoering, controle declaraties en jaarrekening;
- Scherpere vs. minder scherpe afbakening: Is de duiding een beslismodel?
- Gemeenten: door afbakening mogelijk hogere (fin.) druk op BW?
- ZN: Teveel nadruk op sociaal-maatschappelijke context i.p.v. therapeutisch leefklimaat; hoe rechtmatigheid controleren?

9



**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
31 mei 2016

**Onze referentie**  
ACP 62-2

## Onze vragen aan u:

- Deze duiding is geen “beslismodel”: Het is een belangrijk inhoudelijk kader, waarin echter niet alle factoren voor medische noodzaak vooraf kunnen worden vastgelegd. De individuele beslissing van de behandelaar blijft *altijd* uitgangspunt;
- Partijen zijn samen verantwoordelijk voor het oplossen van tekorten in passend ambulante GGZ-aanbod/gemeentelijke (basis)voorzieningen;
- Omgaan met rechtmatigheid en jaarrekening moet onderwerp zijn van overleg tussen partijen.

*Bent u het hiermee eens?*