Zorginstituut Nederland

Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Datum
27 juni 2025

Onze referentie
2025012107

verslag

KR 103
Kwaliteitsraad

Omschrijving	Verslag openbare bespreking
Vergaderdatum	26 juni 2025, 15:40 uur
Vergaderplaats	Zorginstituut Diemen
Aanwezig	Floortje Scheepers, Egge van der Poel, Henk-Willem Laan, Lisette Schoonhoven, Mariëlle Bartholomeus, Hester Rippen-Wagner, Jane Cramm, Secretariaat
Afwezig	Marcel Canoy, Jan Smelik, Maria van den Muijsenbergh

OPENBARE VERGADERING

1. Opening en mededelingen

De voorzitter opent om 15.45 uur de openbare vergadering van de Kwaliteitsraad en heet de toehoorders welkom.

- Drie leden zijn verhinderd.

- **Belangenverstrengeling**
  Er worden geen belangenverstrengelingen genoemd.

- **Mededelingen**
  - **Kwaliteitskader Spoedzorgketen (ter kennisname)**
    Een adviseur van het Zorginstituut is aanwezig om vragen te beantwoorden.

    De Kwaliteitsraad heeft in 2020 het Kwaliteitskader Spoedzorgketen in doorzettingsmacht ontwikkeld. De Kwaliteitsraad is schriftelijk geïnformeerd over het traject dat naderhand heeft gevolgd op de opdracht die de raad toen had gegeven aan de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: om in goede afstemming met de andere partijen de komende twee jaren te experimenteren met Entrusted Professional Activities (EPA's) in de spoedzorg. Op basis van de uitkomsten van de evaluatie kan de Landelijke Spoedzorgtafel via een addendum op het Kwaliteitskader de norm eventueel aanpassen, tenzij de evaluatie de meerwaarde van de EPA's niet aantoont. De evaluatie heeft inmiddels plaatsgevonden. De FMS houdt vast aan het standpunt dat zij de ervaringseis zouden willen laten vervangen door het invoeren van de EPA spoedzorg. Momenteel zijn partijen nog in discussie hierover. Er wordt nu gewerkt aan

een soort combinatie van een ervaringseis van 9 maanden en relevante werkervaring van 3 maanden, in de hoop dat de partijen daarin samen komen. Tripartiete besluitvorming hierover vindt waarschijnlijk plaats in september. Als er tripartiet geen besluit komt dan blijft de huidige eis van 1 jaar werkervaring staan.

De erkenning van SEH-artsen is (helaas) niet gelinkt aan de hoeveelheid SEH-artsen die opgeleid en beschikbaar zijn. Het capaciteitsorgaan doet (nu) geen andere raming en de verwachting is ook niet perse dat dat gaat gebeuren. Een lid vraagt zich af wat dan de hele meerwaarde geweest is van de beweging. Het lijken maatregelen voor de korte termijn, handiger om te kijken naar de toekomst.
[De adviseur *heeft na afloop van de vergadering aangegeven dat het capaciteitsorgaan nu wel een raming aan het doen is (doen ze elke 5 jaar), maar dat het onwaarschijnlijk is dat er een grote aanpassing komt in het aantal opleidingsplekken voor SEH-artsen.]*

2. Verslag vorige vergadering (14 mei 2025)

Er zijn geen opmerkingen op of naar aanleiding van het verslag. Het verslag wordt vastgesteld.

Met betrekking tot de vergaderdata en locaties, de heidag van oktober doen we bij een RIVAS locatie: Verpleeghuis Lingesteyn in Leerdam.

3. Pakketagenda Passende Zorg 2026-2028 (ter bespreking)

Een adviseur van het Zorginstituut sluit aan bij dit agendaonderwerp.

De adviseur licht toe dat in het najaar van 2024 het agenderingsproces voor de pakketagenda 2026-2028 besproken is met de Kwaliteitsraad en de raad gevraagd is om suggesties voor impactvolle onderwerpen. Het doel is aanvullende onderwerpen te agenderen waar het veld én het Zorginstituut nog niet mee bezig zijn. Uiteindelijk zijn er 120 onderwerpen aangedragen. De onderbouwing was wisselend. Uiteindelijk zijn er onderwerpen geselecteerd die invloed hebben op de aard en/of omvang van het verzekerde pakket. Dat leidde tot 27 onderwerpen. Voor alle sectoren zijn bijeenkomsten geweest waarin veldpartijen de onderwerpen uiteindelijk aan de hand van het maatschappelijk agenderingskader geprioriteerd hebben tot in totaal 7 onderwerpen. Het veld heeft voor 4 van de 7 geprioriteerde onderwerpen een probleemanalyse uitgewerkt. De overige probleemanalyses volgen nog.

Vragen aan de Kwaliteitsraad:
1. Heeft de Kwaliteitsraad nog vragen/aanvullingen/nuanceringen?
2. Ziet de Kwaliteitsraad een rol voor zichzelf bij een van de onderwerpen?:
3. Is deze pakketagenda voldoende in lijn met passende zorg en verbindt dit voldoende pakket en kwaliteit of laten we nog kansen liggen?

Een lid maakt de opmerking dat het van belang is dat terminologie eenduidig blijft. Bijvoorbeeld ‘proactieve zorg’ moet zijn ‘proactieve zorgplanning’.
Hier zal aandacht voor zijn.
Een lid geeft aan dat ze de onderwerpen behoorlijk medisch georiënteerd vindt en

het burger-/ patiëntenperspectief mist.
De adviseur geeft aan dat bij alle onderwerpen ook de patiëntenvertegenwoordiging betrokken moet worden. Als dit nog niet gebeurd is, dan moet dat bij de uitwerking van het plan van aanpak wel gebeuren. Wegens capaciteitsgebrek bij patiëntenverenigingen is dit soms wel lastig.

Op hoofdlijnen begrijpt de Kwaliteitsraad heel goed dat vanuit schaarste gedacht de geschetste oplossingen kunnen en mogelijk moeten gaan bijdragen aan het toegankelijk houden van de zorg.
Een lid had van te voren schriftelijk gereageerd met betrekking of de onderwerpen in lijn zijn met passende zorg. Bijvoorbeeld de doelstelling mbt groepsbehandeling GGZ zou 'passender' geformuleerd kunnen worden door als doel te stellen: optimale benutting van de mogelijkheden van groepsbehandeling in die gevallen waarin dat gewenst en zinvol is. De doelstelling voor de digitale ondersteuning in de eerstelijn is beter want gericht op het creëren van de mogelijkheden. Proactieve zorggesprekken zijn over het algemeen zeker goed en worden nog te weinig gevoerd en moeten zeker bevorderd worden, de doelstelling is te absoluut en geldt niet voor elke patiënt. Het ontwikkelen van een werkwijze voor periodieke beoordeling dure geneesmiddelen is wel weer een goede doelstelling.

Een lid vindt alle onderwerpen relevant, het zijn herkenbare problemen en goed uitgewerkte probleemanalyses.

Er is nog een vraag over welke partijen betrokken worden, dit is niet bij elk onderwerp duidelijk en lijkt nu onvolledig. De adviseur van het Zorginstituut geeft aan dat de kartrekker van een onderwerp alle relevante partijen moet betrekken. Het Zorginstituut miste bij een probleemanalyse een aantal partijen, dit is doorgegeven aan de trekker. Bij het opstellen van het plan van aanpak moeten deze partijen dan nog betrokken worden.

De Kwaliteitsraad ziet zeker een rol bij de pakketagenda. Het is goed om bij de plannen van aanpak na te gaan op welke manier er oplossingen geformuleerd worden. Bij de voorgestelde onderwerpen spelen ook kwaliteitsvraagstukken. Het kan zijn dat er naast pakketmaatregelen ook oplossingsrichtingen via de kwaliteitstaken mogelijk zijn. De Kwaliteitsraad adviseert daarom om bij alle onderwerpen te kijken naar passende oplossingsrichtingen, ook vanuit het perspectief van kwaliteitstaken.

Vervolgproces: in het najaar stelt de RvB de pakketagenda vast (na het BO IZA in september). Tot en met 1 april 2026 hebben partijen ruimte om een plan van aanpak uit te werken. Elk onderwerp heeft een trekker. Een lid vraagt of de Kwaliteitsraad mee kan lezen op deze plannen of deze breed genoeg aangevlogen worden en ook de kwaliteitskant voldoende belicht wordt. Er wordt voorgesteld om dit gezamenlijk met de ACP te bepreken. De voorzitter van de ACP is aanwezig en er zal contact worden opgenomen buiten de vergadering om.

4. European Health Data Space (EHDS) (ter kennisname)

Een adviseur van het Zorginstituut heeft een schriftelijke stand van zaken geschreven en gaat in op vragen.

De European Health Data Space is in maart 2025 in werking gesteld en zal de komende jaren in fases worden geïmplementeerd. Dit is de eerste van meerdere "data spaces" die databeschikbaarheid door de hele EU moeten stimuleren en realiseren conform de Digital Decade (de Europese gegevensstrategie).
Deze Europese EHDS-verordening ziet toe op beschikbaarheid van gezondheidsgegevens voor primair gebruik (zorgverlening), secundair gebruik (onderzoek, innovatie, beleidsdoeleinden, bekostigingsvraagstukken) en een Europese open markt voor informatiesystemen in de zorg.
De verordening is vastgesteld op EU-niveau en heeft als wetgeving een directe werking op alle lidstaten, waaronder Nederland. Dit zal in toenemende mate een grote invloed hebben op ons gezondheidsinformatiestelsel en daarmee op onze gezondheidszorg.
De implementatie van de EHDS wordt ingevuld door uitvoeringshandelingen ("implementing acts") en een wetgevend kader op nationaal niveau. Deze zijn nog in ontwikkeling en zullen na vaststelling de reikwijdte en raakvlakken met de taken van het Zorginstituut en ook die van de Kwaliteitsraad duidelijker aangeven. De adviseur licht de drie onderdelen van de wet toe. We staan al Nederland bijna onderaan in de EU als het aankomt op databeschikbaarheid. Dit komt onder andere door de versnipperde wijze waarop het ingericht is.

Een lid van de Kwaliteitsraad heeft het stuk van te voren gelezen en biedt aan met de adviseur in gesprek te gaan vanuit het perspectief van het Zorginstituut met name op kwaliteit(staken) met betrekking tot de volgende vragen/opmerkingen:
- Solidariteit is een missend aspect in de EHDS (kansen en risico’s delen). Dit lijkt een groot risico en het lid vraagt wat Nederlands beleid hierop wordt.
- EHDS gaat alleen gelden voor organisaties met meer dan 10 mensen. Daardoor ga je enorm veel data missen. Hier zal Nederland aanvullend iets moeten doen in het wetstraject.
- Health data access bodies kan je gebruiken om de ethische risico’s in kaart te brengen. Kijk hierbij ook naar Finland. Geldt daar al een tijd.
- Waar komen de data access bodies te liggen? Dit is ook een machtsvraagstuk/grote techbedrijven.
- EHDS kan een enorme kans zijn om het lerende zorgsysteem te voeden. Laten we dat wat meer van de daken schreeuwen. Niet alleen praten over data- of machtsstructuren.
- Handhaving is ook echt een belangrijke voorwaarde voor succesvolle implementatie.

Een lid: We moeten waken dat data niet alleen gezien wordt als economisch goed maar ook als moreel goed.
Welke rol durft het Zorginstituut hier te pakken, het kan ook enorme kansen bieden.

[*Schriftelijke vraag van 1 lid: Kan het Zorginstituut beïnvloeden welke data verzameld wordt? Zo ja, dan zou ik graag adviseren om data te differentiëren naar sociaaleconomische status / opleidingsniveau en naar etnische achtergrond omdat we weten dat deze factoren belangrijke determinanten van gezondheidsverschillen zijn, en het Zorginstituut in haar beleid m.b.t. het terugdringen van gezondheidsverschillen ook het belang van deze data differentiatie heeft erkend. Ook in de discussie over de toepasbaarheid van de pakketcriteria in de langdurige zorg werd duidelijk hoezeer de*

(sociaaleconomisch) context van patiënten een rol zou moeten spelen bij de beoordeling of bepaalde zorg vergoed zou moeten worden.]

5. Meerjarenagenda

Een adviseur van het Zorginstituut sluit aan bij dit agendaonderwerp om vragen te beantwoorden

Er zijn geen vragen van de Kwaliteitsraad.

6. Rondvraag

De secretaris geeft een korte introductie op het onderwerp: Programma Versterken kwaliteitstransparantie in de GGZ. In het IZA zijn afspraken gemaakt over kwaliteit en transparantie in de ggz. Naar aanleiding hiervan is het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz* op 1 mei 2024 van start gegaan en deze loopt tot eind 2025. Zijn er leden die hierover mee willen denken? Drie leden melden zich aan een derde lid is afwezig is, is mogelijk ook geïnteresseerd. De voorzitter sluit de vergadering om 16.45 uur.