



Zorginstituut Nederland

Jaaroverzicht Zorginstituut Nederland 2015

van
goede
zorg
verzekerd

Jaaroverzicht
Zorginstituut Nederland
2015

Leeswijzer

In dit Jaaroverzicht geven wij u een beeld van de belangrijkste ontwikkelingen en gebeurtenissen bij het Zorginstituut in 2015. In de tijdlijn hebben wij deze zaken in chronologische volgorde op een rij gezet. Enkele van deze ontwikkelingen diepen wij in dit Jaaroverzicht verder uit in een aantal artikelen. Dit zijn verkorte weergaven van artikelen die al eerder in 2015 in ons relatieblad *ZorgMagazine* hebben gestaan. Tot slot vindt u in het hart van deze uitgave een verslag van het jaar 2015 in feiten en cijfers.

Inhoudsopgave

4 Voorwoord

Arnold Moerkamp, voorzitter Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland.

6 Tijdlijn 2015

De belangrijkste ontwikkelingen en gebeurtenissen in 2015 op een rij.

8 Alleen effectieve zorg hoort in het basispakket

Rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*.

12 “Keuzes maken is onvermijdelijk”

Rapport *Kosteneffectiviteit in de praktijk* geeft handen en voeten aan kosteneffectiviteit.

15 Geneesmiddelen tegen welke prijs?

Zorginstituut zet vraagtekens bij vergoeding dure medicijnen.

19 Jaarrekening

Balans, exploitatierekening en kasstroomoverzicht over 2015.

20 Feiten & Cijfers

Overige opvallende cijfers over het jaar 2015.

23 Jaar van de Transparantie

Aanleiding, doel en voortgang.

26 Zinnige Zorg: samen voor betere zorg

Stand van zaken project Zinnige Zorg.

28 Ontdekkingsreis naar betere speedzorg

Zorginstituut zet doorzettingsmacht in om proces vlot te trekken.

32 Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ

Voortgang ontwikkeling kwaliteitsstandaarden in de GGZ.

34 “Een goed instrument dat ons houvast geeft”

Onderzoeker Ted van der Velden van CIZ over het Afwegingskader Wlz.

37 Welke zorg hebben we nodig in 2030?

Naar nieuwe zorgberoepen en -opleidingen.

Voorwoord

2015 was het eerste volle kalenderjaar dat we onder de vlag van Zorginstituut Nederland voeren. We hebben dit jaar gebruikt om onze organisatie zodanig in te richten dat we onze bestaande en nieuwe taken beter in samenhang kunnen uitvoeren. In dit Jaaroverzicht geven wij u een beeld van de belangrijkste ontwikkelingen en gebeurtenissen in 2015. Enkele hiervan wil ik hier bij name noemen.

Op het gebied van pakketbeheer speelde de discussie rond kosten-effectiviteit een prominente rol. We hebben deze complexe discussie over de betekenis van kosteneffectiviteit als pakketcriterium in brede kring gevoerd en in een aantal gevallen daadwerkelijk toegepast. Het maatschappelijk draagvlak voor het hanteren van dit criterium is merkbaar groter geworden.

Bij de uitvoering van onze kwaliteitstaken bevonden we ons in 2015 nog deels in een opbouwfase. Toch hebben we zichtbaar vooruitgang geboekt. Het register voor zorgkwaliteit omvat inmiddels vele richtlijnen en methodes om gerealiseerde zorgkwaliteit te meten. De ons bij wet gegeven doorzettingsmacht bleek een effectief instrument te zijn om patstellingen tussen partijen te doorbreken.

Op het gebied van een andere, relatief nieuwe taak, de innovatie van zorgberoepen en opleidingen, was het uitbrengen van het visiedocument over de toekomst van de zorg en zorgberoepen een belangrijke mijlpaal.

2015 werd ook getekend door de overdracht van de burgerregelingen naar het CAK, een proces dat veel van onze organisatie gevraagd heeft. Niet alleen vanwege de complexe migratie van ICT-voorzieningen, maar ook omdat bij de overdracht een kleine driehonderd van onze werknemers betrokken zijn. Door onder andere het ontbreken van een tijdige wettelijke grondslag kon de overdracht niet eind 2015 plaatsvinden, zoals aanvankelijk was gepland. Zodra dit wettelijk geregeld is, zullen het Zorginstituut, VWS en het CAK de overdracht op een verantwoorde wijze laten plaatsvinden. En is de continuïteit van dienstverlening aan burgers en zakelijke partners gewaarborgd.

Een bijzondere gebeurtenis in 2015 was ook het afscheid van medebestuurslid Bert Boer. Eind december ging hij met pensioen en nam na 28 jaar afscheid. Via de door het Zorginstituut ingestelde leerstoel bij de Erasmus Universiteit Rotterdam blijft hij nog met ons verbonden.

Afsluitend wil ik iedereen bedanken die het afgelopen jaar heeft bijgedragen aan een goed functionerend zorgsysteem: alle leden van onze externe adviescommissies, de vertegenwoordigers van vele zorgorganisaties en onze gemotiveerde en deskundige medewerkers.

Arnold Moerkamp

Voorzitter Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland

Januari

19

Instelling van de
Commissie Tijdelijke
Expertgroep Spoedzorg
(doorzettingsmacht)
(zie pagina 28)

19

Beoordelingskader
*Stand van de
wetenschap en
praktijk* gereed
(zie pagina 8)

Maart

24

Oproep Buitenhof:
advies kraamzorg

Mei

27

Uitleg regelgeving IVF
en cryo embryo's



Februari

16



Vernieuwde
KiesBeter.nl live

April

1

Tweede Zorginstituut
Nederland Lezing

2

Start Jaar van de
Transparantie
(zie pagina 23)

10

Congres en rapport
*Naar nieuwe zorgberoepen
en -opleidingen*
(zie pagina 37)

Juni

26

Rapport *Kosteneffectiviteit
in de praktijk*
(zie pagina 12)

15

Juli

2

Aanbieding Afwegingskader toegang Wlz (zie pagina 34)

September

15

Voortgangsrapportage
Zorg voor artrose knie en heup



November

4

Presentatie op Elseviers
Beste Ziekenhuizen

5

Landelijke Transmurale
Afspraak (LTA) Hartfalen

12

- Change Day
- Dag van het Advies -
De duiding geduid

Oktober

7 t/m 10

GIN-conferentie
Amsterdam (Guidelines
International Network)

8

Monitor Regeling
financiering zorg
onverzekerbare
vreemdelingen

29

Rapport Vaktherapie
en dagbesteding in de
geneeskundige GGZ
(zie pagina 32)

December

8

Pakketadvies
nivolumab (Opdivo)
(zie pagina 15)

16

Advies toegang tot Wlz
voor mensen met een
psychische stoornis

17



Afscheidsbijeenkomst
bestuurslid Bert Boer

RAPPORT BEOORDELING STAND VAN WETENSCHAP EN PRAKTIJK

Alleen effectieve zorg hoort in het basispakket

In januari 2015 verscheen het rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. In dit rapport laat het Zorginstituut zien hoe het bepaalt welke zorg effectief is. Arts en medisch deskundige Juanita Heymans en juriste Paula Staal, auteurs van het rapport, gaven in het *ZorgMagazine* een nadere toelichting.

Het rapport is een geactualiseerde versie van een rapport uit 2007. Een belangrijk rapport, vindt Staal, “want het gaat over onze core business: beoordelen of een interventie als effectief kan worden beschouwd vormt een groot deel van ons werk. Veel behandelingen en andere interventies in de zorg zitten ‘ongemerkt’ in het basispakket, zorgverzekeraars betalen de rekeningen vaak gewoon. Maar soms rijst er twijfel bij hen: is dit wel een effectieve behandeling? Bestaat er wel recht op vergoeding van deze interventie? In eerste instantie zullen zij daar zelf een oordeel over vormen, maar als er onduidelijkheden zijn kloppen ze bij ons aan. Dat geldt ook voor patiënten die hun rekening niet betaald krijgen voor de zorg die ze hebben ontvangen. Verder pikken we zelf signalen op. Het is onze taak om de wet op een eenduidige manier uit te leggen. Leidend is dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze beoordelingen doen we sinds jaar en dag, dat is niets nieuws. Dit rapport maakt wel duidelijk hoe we heden ten dage te werk gaan.”





"Bedenk: we zijn er niet op uit om mensen dingen te onthouden. Maar elke vernieuwing is niet per se een verbetering"

Gaan jullie niet anders te werk nu er een nieuw rapport ligt?

Heymans: "Nee, we werken niet plotseling anders. Er is wel langzaam een nieuwe praktijk gegroeid. Een opvallend verschil in vergelijking met het vorige rapport is dat we nu de GRADE-methodiek toepassen. Die methodiek houdt onder meer in dat we per interventie vaststellen wat de uitkomstmaten zijn die voor de patiënt van belang zijn. Het gaat dus niet om uitkomsten van een laboratoriumonderzoek, maar om uitkomsten die in de praktijk relevant zijn, om klinisch relevante uitkomsten. Dan moet je denken aan bijvoorbeeld een uitkomst als langer leven, of dat je een stukje verder kunt lopen. We kijken daarbij naar de totale *body of evidence*, naar alle beschikbare studies over een interventie. Door deze methodiek toe te passen maak je op een expliciete en transparante manier duidelijk hoe je tot een weging komt."

Waren jullie vóór GRADE dan minder transparant?

Staal: "De methodiek die we vroeger gebruikten, de EBRO-methodiek, was meer impliciet (EBRO staat voor: evidence-based richtlijnontwikkeling, red). De GRADE-methodiek dwingt je om te laten zien wat je doet: in de loop der jaren hebben we steeds vaker partijen bij het proces betrokken. Je moet toch echt met patiënten en professionals om de tafel om te bepalen wat de uitkomstmaten per interventie zijn. Voorheen spraken we hen pas als we ons conceptoordeel al op papier hadden gezet. De discussie ontstond toen vaak achteraf. Wel wil ik benadrukken dat we weliswaar partijen consulteren, maar dat wij uiteindelijk de weging doen en op basis daarvan een conclusie formuleren."

Jullie krijgen weleens het verwijt dat jullie alleen genoeg nemen met heel hard bewijs?

Staal: "Ja, we krijgen inderdaad geregeld te horen dat we alleen tevreden zijn met gerandomiseerde onderzoeken, met RCT's. Maar het verwijt is niet terecht, ook in het verleden accepteerden we andere vormen van

bewijs. Dat zag je al in ons rapport van 2007, en je kunt dit ook vaststellen als je onze standpunten door de jaren heen bekijkt. In ons nieuwe rapport hebben we wel explicieter gemaakt dat we uitgaan van de zogenoemde passendbewijsbenadering.” Heymans: “We maken duidelijk welke onderzoeksvormen passend kunnen zijn. Een casestudie kan ook passend zijn, ook al geldt de bewijskracht hiervan als minder sterk. Maar als zo’n studie laat zien dat het effect van de daarin onderzochte interventie heel groot is, dan maken we er ruimte voor.”

Dus voortaan voldoen meer behandelingen aan de stand van wetenschap en praktijk?

Staal: “Nee, zeker niet. Dit rapport vormt geen trendbreuk. We hebben alleen een langzaam gegroeide, maar wel al bestaande beoordelingspraktijk in kaart gebracht.”

De beoordelingen van het Zorginstituut zorgden nog weleens voor ophef, patiënten en professionals waren het er dan mee oneens. Wordt dat nu anders?

Staal: “Wat helpt is dat we iedereen in een vroeg stadium erbij betrekken, waardoor je meer betrokkenheid en draagvlak krijgt. Wat ook helpt is dat we proberen bij richtlijnen aan te sluiten. Dat doen we vooral als de richtlijn actueel is en goed evidence-based onderbouwd. We gaan dus niet met oogkleppen op alle literatuur bestuderen, we kijken eerst wat er al is in het veld en welke richtlijnen er al zijn. We hadden altijd al aandacht voor richtlijnen, maar door de komst van het Kwaliteitsinstituut, dat nu een belangrijke rol speelt binnen het Zorginstituut, is dat nog vanzelfsprekender geworden.”

Dat klinkt allemaal positief.

Staal: “Dat is ook zo. Al is er weleens kritiek op ons. Maar bedenk: we zijn er niet op uit om mensen dingen te onthouden. Maar elke vernieuwing is niet per se een verbetering. Ook in de medische wereld is het uitgangspunt altijd dat je geen schade moet aanrichten en dat je patiënten alleen een behandeling aanbiedt waarvan de effectiviteit in voldoende mate vaststaat. Daar komt bij dat we vanuit de collectieve verzekeringen alleen zorg willen betalen die veilig en effectief is. Met dit uitgangspunt voorkomt je dat de solidariteit onder druk komt. We betalen alleen behandelingen die effectief zijn. Die kosten willen we met z’n allen dragen.”

Het rapport Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk is te vinden op www.zorginstituutnederland.nl onder ‘Rapporten en standpunten’.

RAPPORT GEEFT HANDEN EN VOETEN AAN KOSTENEFFECTIVITEIT

“Keuzes maken is onvermijdelijk”

Kosteneffectiviteit moet een grotere rol spelen bij keuzes in de zorg. Anders wordt goede, kosteneffectieve zorg verdrongen door nieuwe behandelingen die minder gezondheid opleveren voor hetzelfde geld. Dat stelde het Zorginstituut in het rapport *Kosteneffectiviteit in de praktijk*. *ZorgMagazine* vroeg Bert Boer van het Zorginstituut om een toelichting.

Het bleef rustig toen het Zorginstituut het rapport eind juni 2015 overhandigde aan minister Schippers van VWS. Dat was drie jaar geleden wel anders. Het Zorginstituut kreeg toen de wind van voren omdat het in een uitgelekt ontwerprapport een link legde tussen kosteneffectiviteit en de vergoeding van de medicijnen tegen de zeldzame ziekten van Pompe en Fabry.

De discussie wordt inmiddels een stuk genuanceerder gevoerd, merkt bestuurder Bert Boer van het Zorginstituut. “In politiek en media groeit het besef dat het niet immoreel is om naar de kosteneffectiviteit van zorg te kijken. Het is juist niet ethisch om het er níet over te hebben. Door convenanten en afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners wordt het zorgbudget meer en meer begrensd. Keuzes maken is daardoor onvermijdelijk. Als we kosteneffectiviteit daar niet bij betrekken, geven we als samenleving mogelijk schaars zorggeld uit aan behandelingen die minder kosteneffectief zijn. En vallen behandelingen die voor het beschikbare bedrag meer gezondheidswinst opleveren juist buiten de boot. Bijvoorbeeld zorg voor patiënten die minder aandacht krijgen van media en politiek, omdat hun aandoening niet zo tot de verbeelding spreekt.

Er zijn aanwijzingen dat dit nu al gebeurt. Naar die impliciete, niet-transparante beslissingen om bepaalde zorg niet meer te verlenen gaat het Zorginstituut onderzoek doen.”



Referentiewaarden

Kosteneffectiviteit wordt vaak uitgedrukt in een bedrag per QALY (gewonnen levensjaar in goede gezondheid). Dit maakt het mogelijk om de kosten en effecten van nieuwe zorg af te zetten tegen de bestaande, gangbare behandeling. Is de nieuwe behandeling beter, maar ook duurder dan de standaard zorg bij een bepaalde aandoening? Dan is een maatschappelijke afweging nodig of die betere zorg ons de extra kosten waard is. Het Zorginstituut introduceert in het rapport referentiewaarden om deze afweging vanaf nu beter te kunnen maken. Voor aandoeningen met een lage ziektelast, zoals hoge bloeddruk, adviseert het Zorginstituut een referentiewaarde te hanteren van 20.000 euro per QALY. Voor aandoeningen met een hoge ziektelast als (ernstige) hartklachten geldt een referentiewaarde van 80.000 euro per QALY.

Overschrijdt nieuwe zorg de referentiewaarde voor de aandoening die ze behandelt? Dan betekent dit niet dat de behandeling automatisch wordt uitgesloten van vergoeding. “Het is wel een signaal voor ons en andere partijen in de zorg om te kijken of de kosteneffectiviteit beter kan”, zegt Boer. “Misschien kunnen we iets aan de kosten doen. Bijvoorbeeld door met de fabrikant van een geneesmiddel te onderhandelen over de prijs. Een andere mogelijkheid is om zorg gepaster in te zetten. Veel behandelingen zijn voor een bepaalde groep patiënten effectief en voor anderen minder. Er valt nog financiële én gezondheidswinst te boeken

als alleen de mensen die er echt baat bij hebben een bepaald medicijn ontvangen.”

Afwegingskader

Wanneer de kosteneffectiviteit ondanks alle inspanningen ongunstig blijft, zet het Zorginstituut dit af tegen andere (pakket)criteria en afwegingen. Misschien bestaat er geen ander medicijn om een bepaalde aandoening te bestrijden. Dit kan doorslaggevend zijn om behandelingen met een ongunstige kosten/batenverhouding toch te vergoeden. In andere gevallen zal onvoldoende kosteneffectiviteit een - of dé - reden zijn om zorg uit het basispakket te halen. Het Zorginstituut ontwikkelt een afwegingskader om alle relevante factoren gestructureerd tegen elkaar af te zetten. Boer betreurt dat (betrouwbare) gegevens over kosteneffectiviteit en ziektelast vaak nog ontbreken. Er is dus werk aan de winkel; voor het Zorginstituut, voor onderzoekers maar ook voor de partijen in de zorg zelf. “Alleen behandelaars kunnen betrouwbare gegevens aanleveren over de inzet van behandelingen en hun effect op verschillende groepen patiënten. Die gegevens zijn nodig als we meer gepaste zorg willen leveren.”

Behandelrichtlijn

Het onderwerp kosteneffectiviteit beperkt zich niet tot het pakketbeheer, geeft Boer aan. “Het is ook steeds vaker een thema bij het ontwerpen van behandelrichtlijnen. Dit leidt nog wel tot discussie tussen behandelaars. Je kunt inderdaad moeilijk aan dokters vragen dat ze bij individuele patiënten een zeer effectieve behandeling buiten beschouwing laten omdat deze te duur is. Zo’n beslissing hoort niet thuis in de spreekkamer. Maar je kunt dokters wel vragen om structureel te kijken of er geen goedkoper alternatief is. Die werkwijze kan prima worden verwerkt in een behandelrichtlijn.”

Steuntje in de rug

Het Zorginstituut beoordeelt aan de hand van vier pakketcriteria of zorg in het basispakket van de zorgverzekering thuishoort. Hiervan is alleen ‘effectiviteit’ vastgelegd in de Zorgverzekeringswet: zorg moet voldoen aan de ‘stand van wetenschap en praktijk’. Het Zorginstituut adviseert in het rapport om ook de andere pakketcriteria – noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit, uitvoerbaarheid - in de wet op te nemen. Boer: “We willen geen gedetailleerde uitwerking in de Zorgverzekeringswet. Het benoemen van de criteria is voldoende. Nu krijg je elke keer als we kosteneffectiviteit betrekken bij onze adviezen en standpunten discussie of dit wel mag. Opname in de wet maakt expliciet dat er een politieke en maatschappelijke afweging heeft plaatsgevonden over de geldigheid van de pakketcriteria. Het is een steuntje in de rug voor iedereen die betrokken is bij het maken van zorgvuldige keuzes in de zorg.”

Het rapport Kosteneffectiviteit in de praktijk is te vinden onder ‘Publicaties’ op www.zorginstituutnederland.nl.

ZORGINSTITUUT ZET VRAAGTEKENS BIJ VERGOEDING DURE MEDICIJNEN

Geneesmiddelen tegen welke prijs?

In de tweede helft van 2015 kwam het Zorginstituut meerdere keren in het nieuws vanwege een advies om enkele dure geneesmiddelen niet te vergoeden. Reden: ze zijn niet kosteneffectief. Martin van der Graaff, voorzitter van de Commissie Geneesmiddelen bij het Zorginstituut, zette deze visie in *ZorgMagazine* uiteen.

"Als je alle nieuwe, extreem dure behandelingen toelaat tot het basispakket, loop je het risico dat de premies uit de hand lopen"

Aanleiding voor het gesprek met Van der Graaff was een advies in december 2015 over pertuzumab, een nieuw middel tegen een agressieve vorm van borstkanker, de HER2-variant. Volgens de Adviescommissie Pakket is het geneesmiddel te duur en moet het daarom niet zonder meer vergoed worden. "Dankzij pertuzumab leven patiënten vijftien maanden langer", zegt Van der Graaff. Het medicijn kost 54.000 euro per jaar. Als we alle bijkomende kosten en baten meenemen, komen we per saldo uit op 148.000 euro per QALY (gewonnen levensjaar in goede gezondheid). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft ooit een bedrag van 80.000 euro genoemd als referentiewaarde. Daar komen we dus ver bovenuit. Met pertuzumab is een totaalbedrag gemoeid van 30 miljoen euro per jaar. Het is zeer waarschijnlijk dat we veel meer gezondheidswinst voor dat geld krijgen als we het aan andere behandelingen besteden. De Adviescommissie Pakket (ACP) meent daarom dat er sprake is van verdringing, zeker als je in ogenschouw neemt dat de zorgkosten per jaar niet meer dan 1 à 2 procent mogen stijgen."

Media-aandacht

De kwestie van de extreem hoge prijzen speelt bij meer geneesmiddelen. In 2013 was er veel ophef over medicijnen voor de ziekten van Pompe en Fabry. Het Zorginstituut adviseerde toen om deze geneesmiddelen vanwege de hoge kosten deels niet meer te vergoeden. Uiteindelijk legde de minister het advies naast zich neer en koos voor andere maatregelen. Dit was mede het gevolg van veel media-aandacht voor de geneesmiddelen,

"De overheid zet tegenwoordig vaker vraagtekens bij de vraagprijs van de industrie. Dat zou kunnen leiden tot de conclusie: voor dat bedrag hoeft het niet"

de ziekten en de patiënten. "Toch moeten we nadenken over welke medicijnen we vergoeden en welke niet", vindt Van der Graaff. "We willen de zorg betaalbaar en de kostenstijging beheersbaar houden. Dat betekent dat we keuzes moeten maken. Als je alle nieuwe, extreem dure behandelingen toelaat tot het basispakket, loop je het risico dat de premies uit de hand lopen."

Daarom adviseert het Zorginstituut de minister om vaker te onderhandelen met de farmaceutische industrie over de prijs van nieuwe geneesmiddelen. "Op dit moment kunnen de fabrikanten vragen wat ze willen. Zeker als het gaat om medicijnen waar nog geen alternatief voor is, bijvoorbeeld bij zeldzame ziekten. De overheid zet tegenwoordig vaker vraagtekens bij de vraagprijs van de industrie. Dat zou kunnen leiden tot de conclusie: voor dat bedrag hoeft het niet." Hij erkent dat het lastig is om die houding aan te nemen, zeker als de media zich erop storten. "Er is altijd wel een patiënt te vinden die baat heeft bij het geneesmiddel en dat op televisie indringend kan vertellen. Je gunt zo'n patiënt ook het allerbeste, zeker als hij of zij zonder dat geneesmiddel mogelijk zou overlijden. Maar het medicijn heeft wel zijn prijs."

Ontwikkelkosten nieuwe geneesmiddelen

De farmaceutische industrie voert vaak de hoge ontwikkelkosten aan als rechtvaardiging voor de prijs van nieuwe geneesmiddelen. De ontwikkelingskosten zijn weliswaar hoog, maar er kunnen volgens Van der Graaff vraagtekens geplaatst worden bij de winstmarges. Er moet volgens hem een nieuw evenwicht ontstaan. "De farmaceutische industrie doet heel belangrijk werk. We moeten ze fatsoenlijk honoreren, zodat ze kunnen blijven investeren in onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen. Het moet een levensvatbare bedrijfstak blijven. Anders is het gedaan met de vooruitgang. Maar het is een slechte zaak als de medicijnkosten de zorgbudgetten leegtrekken."



Langer leven

De discussie over de hoge kosten speelt niet alleen een rol bij pertuzumab. De Adviescommissie Pakket heeft zich in december ook uitgesproken tegen de ongeclausuleerde vergoeding uit het basispakket van nivolumab, een geneesmiddel voor longkanker. Nivolumab kan bij longkanker het leven gemiddeld drie maanden verlengen. Omdat de meeste patiënten vanaf de diagnose minder dan een jaar te leven hebben, kunnen die drie maanden veel verschil maken. Omgerekend komen de kosten per gewonnen levensjaar echter uit op ongeveer 134.000 euro. Daar komt bij dat longkanker relatief veel voorkomt. Vergoeding zou dus een aardige hap uit het zorgbudget nemen. Minister Schippers wil daarom eerst onderhandelen met de producent.*

Ook werkt het Zorginstituut aan een advies voor vimizim, een medicijn voor het syndroom van Morquio, een zeldzame stofwisselingsziekte. Aan dit syndroom lijden in Nederland minder dan honderd patiënten. Hierbij speelt naast de hoge kosten overigens ook twijfel over de klinische relevantie van de effecten. Het geneesmiddel helpt, maar slechts weinig.

Toegang tot gegevens

Van der Graaff pleit voor een betere uitwisseling van informatie over de werkzaamheid van geneesmiddelen. “Wanneer we relevante data opslaan in een register, krijgen we een beter beeld van het rendement van een behandeling. Die informatie kan behulpzaam zijn bij de beoordeling of de geneesmiddelen moeten worden vergoed. Maar de toegang tot data uit registers is niet altijd goed geregeld. Het commerciële belang van het bedrijf en soms de publicatiebelangen van universiteiten leiden er wel eens toe dat bijvoorbeeld het Zorginstituut de gegevens later mag inzien dan het zou willen. Dat is vreemd, want uiteindelijk worden de geneesmiddelen betaald met publieke middelen en verzekeringsgeld. Die informatie die daarover wordt opgeslagen moet beter toegankelijk worden. Dat moeten we Europees of mondiaal oplossen.”

Naschrift Begin 2016 heeft minister Schippers bij de fabrikant een lagere prijs voor nivolumab bedongen. De nieuwe prijs is niet openbaar gemaakt.

Jaarrekening

BALANS

Activa x € 1000	31 dec 2015	31 dec 2014	Passiva x € 1000	31 dec 2015	31 dec 2014
Vaste activa			Eigen vermogen		
Immateriële vaste	211	363	Bestemmingsreserves	3.303	3.362
Materiële vaste activa	2.193	2.116	Egalisatiereserve	3.387	3.152
Financiële vaste activa	77	92	Totaal eigen vermogen	6.690	6.514
Totaal vaste activa	2.481	2.571			
Vlottende activa			Voorzieningen	1.187	1.825
Rekening-courant	-	679	Kortlopende schulden		
Zorgverzekeringsfonds			Schulden uit hoofde van projecten	7.766	8.721
Overige vorderingen	4.327	4.204	Crediteuren	3.402	958
Liquide middelen	21.175	23.806	Overige schulden	8.938	13.242
Totaal vlottende activa	25.502	28.689		20.106	22.921
Totaal activa	27.983	31.260	Totaal passiva	27.983	31.260

EXPLOITATIEREKENING (STAAT VAN BATEN EN LASTEN)

x € 1000	Begroting 2015	Realisatie 2015	Realisatie 2014
Baten			
Rijksbijdrage VWS regulier	47.540	47.540	43.741
Rijksbijdrage VWS incidenteel	16.922	15.139	15.651
Rijksbijdrage VWS onderzoeksprogramma's	3.276	3.105	5.558
Totale rijksbijdrage VWS	67.738	65.784	64.950
Additionele financiering	1.087	2.380	1.79
Overige baten	425	521	305
Totale baten	69.250	68.685	65.434
Lasten			
Personele kosten	39.771	40.034	37.542
Huisvestingskosten	2.582	2.522	2.576
Automatiseringskosten	7.974	8.002	7.117
Bureaunkosten	8.399	6.990	6.597
Bestuurskosten	1.180	1.149	1.102
Communicatiekosten	605	460	463
Projectkosten	7.222	5.239	3.841
	67.733	64.396	59.238
Financiële baten en lasten			
Interest baten	18	11	46
Totale beheerskosten	67.715	64.385	59.192
Overige baten en lasten			
Kosten onderzoeksprogramma's	3.276	3.105	5.558
Totale lasten	70.991	67.490	64.750
Resultaat	1.741-	1.195	684

Dit is de voorlopige jaarrekening 2015, in afwachting van de goedkeuring van het ministerie van VWS

KASSTROOMOVERZICHT OVER 2015

Activa x € 1000	2015	2014
Saldo baten en lasten	1.195	684
Overschrijding in verband met 5%-norm	(1.019)	(907)
Geboekte rentebaten	(11)	(46)
Saldo baten en lasten na rente	165	(269)
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Aanpassingen voor:		
- Afschrijvingen	794	1.305
- Kasstroomoverzicht over 2015	0	(631)
- Afname Voorzieningen	(638)	(97)
- Afname Overige vorderingen	(123)	(1.517)
- Toename Rekening-courant Zorgverzekeringsfonds	679	0
- Afname Kortlopende schulden	(2.813)	(2.628)
Kasstroom uit bedrijfsoperaties	(2.101)	(3.568)
Ontvangen rente	9	46
Kasstroom uit operationele activiteiten	(1.927)	(3.791)
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
Investerings Immateriële vaste activa	(31)	(375)
Desinvesteringen Immateriële vaste activa	-	-
Investerings Materiële vaste activa	(732)	(1.094)
Desinvesteringen Materiële vaste activa	44	-
Ontvangen Financiële vaste activa	15	16
Kasstroom uit investeringsactiviteiten	(704)	(1.453)
Netto kasstroom	(2.631)	(5.244)
Beginstand Liquide middelen	23.806	29.050
Toename/afname geldmiddelen	(2.631)	(5.244)
Eindstand Liquide middelen	21.175	23.806

Feiten & Cijfers

AANTAL PAKKETADVIEZEN 2015

59



EXTRAMURALE GENEESMIDDELEN

31



INTRAMURALE GENEESMIDDELEN

16

notificaties



OVERIGE RAPPORTEN EN ADVIEZEN

07



INTRAMURALE GENEESMIDDELEN

05

standpunten



POLISSEN

15

Het Zorginstituut beoordeelt de (model)polissen van zorgverzekeraars op hun inhoudelijke juistheid.

DUIDINGEN

536

Door middel van duidingen beantwoordt het Zorginstituut de vraag of een bepaalde zorgvorm tot het verzekerde pakket (Zvw en AWBZ) behoort. Deze duidingen resulteren in standpunten en adviezen aan de SKGZ en het CIZ, de NZa en DBC-Onderhoud.

ADVIEZEN AAN DBC ONDERHOUD EN NZA

10

STANDPUNTEN ZVW EN AWBZ

32

ADVIEZEN AAN HET CIZ OVER INDICATIEGESCHILLEN

250



229

Adviezen aan de SKGZ over geschillen tussen verzekerden en zorgverzekeraars over pakketbeslissingen.

IN 2015 WAREN ER

133.616

verzekerden in het buitenland (verdragsgerechtigden), voor wie het Zorginstituut de Zvw uitvoerde.

IN 2015 WAREN ER

30.000

declaraties van zorgverleners die zorg hebben verleend aan onverzekerbare vreemdelingen en een compensatie krijgen voor de gederfde inkomsten.

AANTAL WANBETALERS OP 31 DECEMBER 2015

312.661

WANBETALERS AANGEMELD BIJ HET ZORGINSTITUUT

119.086

WANBETALERS AFGEMELD BIJ HET ZORGINSTITUUT

135.716

TOTAAL AANTAL ONVERZEKERDEN OP 31 DECEMBER 2015

22.432

INSTROOM IN 2015

47.458

UITSTROOM IN 2015

54.480

HUISHOUDENS GEREGISTREERD ALS GEMOEDSBEZWAARDE

3.680

DECLARATIES

3.950



VRAGEN OVER HET VERZEKERDE PAKKET

2.815

VRAGEN OVER KWALITEIT

645

AANTAL SESSIES FK-SITE (*Farmacotherapeutisch Kompas*)



24.739.023

AANTAL GEBRUIKERS FK-APP



75.738

Jaar van de Transparantie

De afgelopen jaren deden zich in de zorgsector grote veranderingen voor. Marktwerving is een van de belangrijkste. Maar een goed functionerende markt veronderstelt dat die markt transparant is. Dat was volgens minister Schippers nog onvoldoende het geval. Het door haar uitgeroepen 'Jaar van de Transparantie' (lopend van april 2015 tot april 2016) moet hier verandering in brengen.

"Voorafgaand aan de keuze van een behandelaar speelt voor de patiënt de vraag: wat is bij mijn aandoening goede zorg?"

Patiënten worden gestimuleerd om een weloverwogen keuze te maken voor behandeling en behandelaar. Maar dan moeten ze wel objectieve informatie hebben. Er zijn hiervoor verschillende initiatieven genomen. Toch is het nog steeds ingewikkeld om een goed beeld te krijgen van het aanbod van zorgaanbieders en de kwaliteit die zij bieden.

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij de kwaliteit van de zorg bewaken en deze meewegen bij de contractering. Ook zij hebben daarvoor betrouwbare gegevens nodig. Zorgverleners zelf moeten hun prestaties kunnen vergelijken met die van andere aanbieders. Dan kunnen ze hun eigen kwaliteit evalueren en verbeteren. Verder is inzicht in de kwaliteit van de zorg noodzakelijk voor toekomstige uitkomstfinanciering.

In een brief van 2 maart 2015 aan de Tweede Kamer schetste Schippers de beoogde opbrengst van het Jaar van de Transparantie:

- Patiënten krijgen versneld informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod.
- De website KiesBeter.nl wordt het startpunt voor betrouwbare informatie.
- De ontwikkeling van richtlijnen en indicatoren voor de zorg krijgt een stevige impuls.
- Patiënten krijgen vooraf meer inzicht in de kosten van een behandeling.

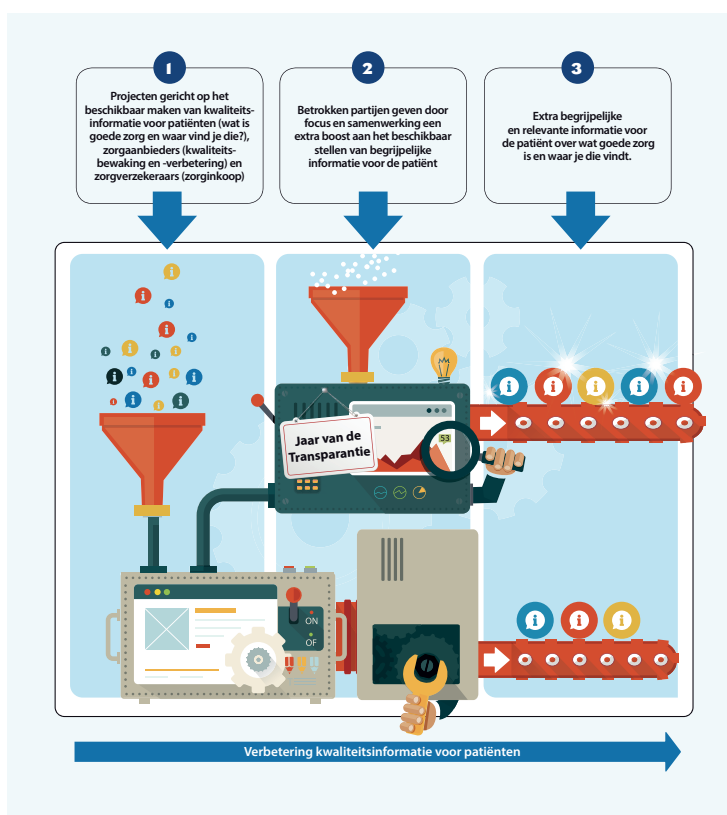
Wat is voor mij goede zorg?

Het Zorginstituut voert de regie over het Jaar van de Transparantie. Diana Delnoij is programmahoofd Kwaliteit bij het Zorginstituut. "Vaak wordt gedacht dat transparantie vooral gaat over cijfers van aanbieders", zegt

Delnoij. "Maar het is meer dan dat. Voorafgaand aan de keuze van een behandelaar speelt voor de patiënt de vraag: wat is bij mijn aandoening goede zorg? Wat zijn de voor- en nadelen van verschillende behandelingen? Pas als je op deze vragen een goed antwoord hebt, kun je gaan kijken welke aanbieder daar het beste bij past. Ik vind het mooi dat er in het Jaar van de Transparantie veel energie wordt gestoken in het maken van goede patiëntversies van richtlijnen en behandelkeuzehulp. Zo kunnen patiënten samen met zorgverleners goede beslissingen nemen over hun behandeling."

Het Jaar van de Transparantie vraagt veel samenwerking tussen de partijen in de zorg. Zo werkt de Federatie Medisch Specialisten bijvoorbeeld samen met de Patiëntenfederatie NCPF om de medische richtlijnen te 'vertalen' naar voor leken begrijpelijke taal. Dat is nodig om patiënten goed te kunnen informeren. Het streven is om nog dit jaar voor dertig aandoeningen de informatie zo volledig mogelijk aan te bieden. Andere aandoeningen volgen later.

"We gaan KiesBeter.nl verder optuigen. De site moet patiënten informeren over wat goede zorg is en waar we die kunnen vinden"



Registratie aan de bron

Naast patiëntversies van richtlijnen en behandelkeuzehulpjes komen in het Jaar van de Transparantie veel cijfers beschikbaar over de kwaliteit van zorg die ziekenhuizen leveren. Ziekenhuizen moeten veel werk leveren om de gegevens te verzamelen. Een goede ‘registratie aan de bron’ maakt dit eenvoudiger. “Registreren aan de bron betekent dat zorgverleners en burgers gezondheidsinformatie eenduidig en eenmalig vastleggen”, legt Delnoij uit. “De gegevens kunnen daarna worden gebruikt voor onder andere zorgverlening, patiëntenparticipatie, overdracht binnen en tussen instellingen en kwaliteitsregistraties.” In het Jaar van de Transparantie start een aantal pilots waarin ziekenhuizen ervaring kunnen opdoen met registratie aan de bron.



KiesBeter

De minister ziet een centrale rol in de informatievoorziening voor de website KiesBeter.nl. Het Zorginstituut heeft deze website overgenomen van het RIVM. In februari 2015 is een vernieuwde versie van de website gelanceerd. Delnoij: “Dit jaar gaan we KiesBeter.nl verder optuigen. De site moet patiënten informeren over wat goede zorg is en waar ze die kunnen vinden.”

KiesBeter.nl wordt een startpagina voor informatie over kwaliteit van zorg. De site biedt informatie en verwijst door naar andere websites, zoals Thuisarts.nl en ZorgkaartNederland.nl. “We willen overlap in informatie vermijden en tegelijk gaten in die informatie voorkomen. Dat vraagt nauwe afstemming met de beheerders van de diverse websites. Het gaat erom dat patiënten en andere betrokkenen eenvoudig de informatie kunnen vinden die ze zoeken.”

Infolijn KiesBeter Sinds begin september 2015 heeft KiesBeter.nl ook een eigen infolijn gekregen. De helpdesk is rechtstreeks telefonisch te bereiken voor patiënten en naasten die willen weten wat goede zorg is en waar ze die kunnen vinden.

Zinnige Zorg: samen voor betere zorg

In het najaar van 2015 bracht het Zorginstituut een voortgangsrapportage uit over verbeteringen in de diagnostiek en behandeling van knie- en heupartrose. "Als alle partijen zich inzetten kunnen we de zorg beter maken én onnodige kosten voorkomen", meent projectleider Zinnige Zorg Hans Paalvast in *ZorgMagazine*.

Het project Zinnige Zorg is in 2013 gestart met twee belangrijke oogmerken: het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het beteugelen van de kosten. Het Zorginstituut beoordeelt per aandoeningsgebied de werkzaamheid van medische interventies en de wijze waarop deze in de praktijk worden toegepast. Als onafhankelijke partij maken wij de analyse in nauw overleg met zorgprofessionals, patiënten, zorginstellingen en verzekeraars. Vervolgens definiëren de partijen maatregelen om de zorg te verbeteren. Dit is een verantwoordelijkheid van de partijen zelf. Wij monitoren en faciliteren hierbij en brengen partijen bij elkaar.

Te veel diagnostiek

Het eerste aandoeningsgebied van Zinnige Zorg is knie- en heupartrose. In juni 2014 verscheen hierover een Verbetersignalement, een uitgebreide analyse van diagnostiek en behandeling en voorstellen voor verbeteringen. Uit de analyse bleek onder meer dat een groot deel van de diagnostische beeldvorming niet nodig is om artrose vast te stellen en dat protheses voor knie en heup soms te snel worden geplaatst. Verder constateerden wij dat de richtlijnen van huisartsen, fysiotherapeuten en specialisten te weinig op elkaar zijn afgestemd. Daardoor wordt er soms dubbel werk gedaan en ondergaan mensen operaties terwijl ze wellicht beter af zouden zijn met behandeling door de fysiotherapeut.

"Het gaat ons niet primair om het geld. Wij maken transparant wat er gebeurt. Vervolgens gaan we in gesprek over mogelijke verbeteringen"

Transparante zorg

"De reacties op het Verbetersignalement waren gemengd", zegt Paalvast. "Sommige partijen waren enthousiast dat er eindelijk een analyse met voorstellen was over de gehele keten. Andere waren aanvankelijk positief maar later kritischer. Zij zagen het vooral als een bezuinigingsoperatie. Maar het gaat ons niet primair om het geld. Wij maken transparant wat er gebeurt. Vervolgens gaan we in gesprek over mogelijke verbeteringen."

"De implementatie kwam traag op gang en we hebben veel met partijen moeten praten", zegt Paalvast. "Maar we zien nu dat partijen serieus met elkaar in overleg zijn. Ze bekijken met elkaar hoe ze dingen kunnen verbeteren. De orthopeden, fysiotherapeuten en huisartsen stemmen nu bijvoorbeeld hun richtlijnen beter op elkaar af, zodat de keten als geheel beter en efficiënter functioneert. Wij zullen dit proces nauwkeurig volgen en waar nodig ondersteunen."

Het Zorginstituut stimuleert ook dat de voorlichting aan patiënten wordt verbeterd. "De plaatsing van een knie- of heupprothese moet een gedeeld besluit zijn. Dat betekent dat de patiënt goed geïnformeerd moet zijn. Ook over de nadelen van een operatie, de risico's en het lange revalidatietraject. We verwachten dat meer patiënten dan zullen afzien van een operatie."

Andere aandoeningen

Knie- en heupartrose is het eerste aandoeningsgebied waar Zinnige Zorg verbeteringen wil realiseren. Inmiddels is ook een start gemaakt met twee andere gebieden: oncologie en ziekten van het hart- en vaatstelsel. Bij oncologie ligt het zwaartepunt op het traject na de primaire behandeling, zoals nacontrole bij darmkanker, het gebruik van dure geneesmiddelen (oncolytica) en zorg in de laatste levensfase. Bij ziekten van het hart- en vaatstelsel gaat de aandacht vooral uit naar diagnostiek en behandeling van etalagebenen en het plaatsen van inwendige defibrillatoren (ICD's) bij mensen met een hartritmestoornis. Verder wordt gekeken naar pijn op de borst. "Daar zit veel diagnostiek en behandeling achter, maar we weten nog niet precies wat goed en zinnig is", aldus Paalvast.

Noodzakelijk traject

Het implementeren van Zinnige Zorg gaat niet vanzelf, maar het is een noodzakelijk traject, constateert Paalvast. "Ik snap wel dat het niet altijd leuk is. We spreken partijen aan op hun verantwoordelijkheden en bemoeien ons met wat er in de spreekkamer gebeurt. We raken soms ook aan belangen van partijen. Minder diagnostiek betekent ook minder inkomsten voor het ziekenhuis. Maar te veel diagnostiek is belastend voor de patiënt én voor de premiebetaler. Wij staan voor kwaliteit van zorg én verantwoord omgaan met de middelen. Gelukkig vinden we daarvoor steeds meer erkenning."

ZORGINSTITUUT GEBRUIKT DOORZETTINGSMACHT

Ontdekkingsreis naar steeds betere spoedzorg

Omdat zorgpartijen het niet eens konden worden over de kwaliteitsindicatoren voor zes acute aandoeningen, zette het Zorginstituut halverwege 2015 zijn 'doorzettingsmacht' in. Een Tijdelijke Expertcommissie Spoedzorg hakte knopen door. Voorzitter prof. dr. Jan Kremer keek in *ZorgMagazine* tevreden terug op het traject.

In februari 2013 publiceerde Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het rapport *Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg*. De zorgverzekeraars opperden kwaliteitscriteria voor zes soorten spoedeisende zorg. ZN koppelde daar voornemens aan om voorwaarden te stellen aan ziekenhuizen waar spoedzorg wordt ingekocht, zoals volume. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) hadden echter grote bezwaren tegen de plannen.

Patstelling doorbreken

Het Zorginstituut kreeg bij zijn oprichting begin 2014 een zogeheten doorzettingsmacht mee. Als partijen er niet zelfstandig in slagen om gezamenlijk (tripartiet) tot overeenstemming te komen over verbetering van de kwaliteit van de zorg, kan het Zorginstituut de regie overnemen. Om de patstelling te doorbreken en het proces naar betere kwaliteit van spoedzorg weer op gang te brengen, besloot men van deze wettelijke bevoegdheid gebruik te maken.

Voor dit doel werd een expertgroep samengesteld onder voorzitterschap van prof. dr. Jan Kremer, die lid is van de Adviescommissie Kwaliteit van het Zorginstituut. "We hebben zowel voor de specifieke aandoeningen als voor de generieke spoedzorg experts gezocht", vertelt Kremer. "Deskundigen op hun eigen terrein die op persoonlijke titel in de expertgroep zitting

namen. We hebben goed gekeken of er geen mogelijke belangenverstrengeling was en of ze onafhankelijk en vanuit de inhoud konden oordelen.”

De expertgroep boog zich over de criteria voor rAAA (breuk van de buikslagader), AMI (acuut hartinfarct), CVA (herseninfarct), multitrauma, heupfractuur en geboortezorg. De experts kregen de opdracht mee te bepalen in hoeverre de indicatoren die door de partijen zijn aangedragen, een adequaat beeld geven van de kwaliteit van de acute zorg. Daarnaast werd hun gevraagd om te beoordelen in hoeverre volumenormen een rol zouden moeten spelen bij de beoordeling van de kwaliteit.

Constructieve reactie

In juni 2015 legde de expertgroep zijn concept-indicatorensets voor aan de zorgpartijen. “Daar waren we niet toe verplicht”, aldus Kremer. “Maar het uitgangspunt is altijd geweest om zoveel mogelijk consensus te bereiken. De partijen reageerden constructief op de indicatorensets. Wij hebben de opmerkingen vervolgens verwerkt en de indicatorensets aangepast. Bij CVA was de kritiek bijvoorbeeld dat er te veel indicatoren waren. Daar hebben we in geschrapt.”

“De expertgroep heeft ook gekeken naar de aanwezigheid van bepaalde voorzieningen. Bijvoorbeeld of er 24/7 faciliteiten beschikbaar zijn om een CT-scan te maken”

Bij de consultatie bleek ook dat de beroepsgroepen bij heupfracturen en cardiologische zorg zelf al ver gevorderd waren met het vaststellen van eigen indicatorensets. “We hebben geprobeerd om dat bij elkaar te brengen”, zegt Marjolein de Booys, projectleider Spoedzorg van het Zorginstituut. “Dat is niet helemaal gelukt, omdat de betreffende indicatorensets nog in de ontwikkelfase verkeren. Afgesproken is daarom dat de expertgroep nu de indicatoren vaststelt voor heupfractuur en acuut hartinfarct, maar dat we in 2016 gaan kijken of we die kunnen harmoniseren met de indicatorensets van de beroepsgroep die nu nog in ontwikkeling zijn.”

Op 10 november 2015 zette de expertgroep het rapport *Spoed moet goed: indicatoren en normen voor zes spoedzorgindicaties* online op de site van het Zorginstituut. In het rapport staan 26 indicatoren waarover de zorgpartijen het eerder eens waren, aangevuld met 22 nieuwe indicatoren.

CT-scan

“De expertgroep heeft ook gekeken naar de aanwezigheid van bepaalde voorzieningen”, zegt De Booys. “Bijvoorbeeld of er 24/7 faciliteiten beschikbaar zijn om een CT-scan te maken. In sommige ziekenhuizen is deze apparatuur ’s nachts en in het weekend niet operationeel. Dat heeft nadelige gevolgen voor een tijdige diagnose en de inzet van een snelle behandeling. Daarnaast heeft de expertgroep meegewogen of er dag en nacht snel een operatieteam aanwezig kan zijn en of er een operatiekamer en een intensive care beschikbaar zijn. Als het gaat om leven en dood, mag er geen tijd verloren gaan doordat de benodigde mensen en midde-

"Door de regie even over te nemen en knopen door te hakken, konden we het proces weer op gang trekken"

len er niet zijn. Dan kun je beter naar een ziekenhuis gebracht worden dat wat verder weg ligt, maar waar alles klaar staat als je aankomt."

De expertgroep neemt ook de keten van de spoedzorg in beschouwing. Bijvoorbeeld het maken van afspraken met ketenpartners in de regio en de tijd die verstrijkt tussen het moment dat een patiënt aankomt bij de spoedeisende hulp en het moment dat de chirurg aan de operatie begint.

Volumenormen

Een van de breekpunten waren de volumenormen die Zorgverzekeraars Nederland voorstelde. De expertgroep heeft zich hier ook over gebogen. "Niet vanuit geloof, maar vanuit de inhoud en de kwaliteit van de zorg", zegt Kremer. "Bij vier van de zes indicaties hoeven de normen wat ons betreft niet scherper. Bij multitrauma scharen we ons achter het voorstellen van de beroepsgroep om de norm per 2018 te verdubbelen naar 240 patiënten per traumacentrum. Tegelijkertijd is er een indicator toegevoegd die inzicht geeft in hoeverre ernstige traumaslachtoffers direct naar een traumacentrum worden vervoerd. De afspraak is alle ernstige traumapatiënten. De expertgroep heeft een norm gesteld van 90 procent."

"Voor een gebarsten aneurysma in de buikslagader stellen we een norm voor van veertig operaties per jaar. De norm voor geplande niet-gebarsten aneurysmaoperaties staat op twintig. Maar bij een gebarsten buikslagader gaat het om een complexe en specialistische operatie, terwijl de patiënt vaak in zeer slechte conditie verkeert. Er is veel bewijs dat een ervaren team de overlevingskansen voor de patiënt vergroot."

Knopen doorhakken

Kremer kijkt met voldoening terug op het traject. "Je kunt je afvragen waarom het nodig is dat de overheid zich ermee bemoeit. Kwaliteit is de corebusiness van de professionals in de zorg. Maar door de regie even over te nemen en knopen door te hakken, konden we het proces weer op gang trekken. We zijn bezig met een ontdekkingsreis naar steeds betere zorg. We zijn er nog lang niet, maar we hebben wel een stap gezet. De doorzettingsmacht heeft hieraan bijgedragen."



Netwerk kwaliteits- ontwikkeling GGZ

Achter de schermen is de GGZ hard bezig een kwaliteitsslag te maken. De ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden werd in 2015 opgenomen op de Meerjarenagenda van het Zorginstituut. Dat betekent dat zowel het Netwerk GGZ als het Zorginstituut zich eraan committeert. Wat maakt het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ zo bijzonder? En wat kunnen andere beroepsgroepen ervan leren?

"Het GGZ-netwerk is een prachtig voorbeeld van de manier waarop we in Nederland het overleg in de gezondheidszorg graag georganiseerd zien", vertelt adviseur Vera Jansweijer van het Zorginstituut. "Alle relevante partijen zijn betrokken bij het opstellen van nieuwe kwaliteitsstandaarden: patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars. Het is echt niet altijd makkelijk om al die partijen, met soms uiteenlopende belangen, rond de tafel te krijgen. En wat ik zelf ook heel mooi vind, is dat de patiënten de kern van het Netwerk vormen. Zij zijn overal bij betrokken."

Ambitieuus kwaliteitsprogramma

Het Netwerk werd opgericht nadat er in het Bestuurlijk Akkoord van 2012 was afgesproken dat de GGZ zich zou inzetten voor kwalitatief goede zorg tegen aanvaardbare kosten. De sector heeft toen ingezet op een ambitieus kwaliteitsprogramma, dat eind 2013 leidde tot de oprichting van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, waarin de brancheverenigingen van psychologen, psychiaters en patiënten (en hun naasten) vertegenwoordigd waren. Het bestuur wordt gevormd door de drie oprichtende partijen. Daarnaast heeft het Netwerk een agendaraad, waaraan ook de zorgverzekeraars deelnemen.

"Ons doel is duidelijk: met hetzelfde geld kwalitatief goede zorg leveren"

Niet lang na de oprichting heeft het Netwerk aan 'het veld' gevraagd voor welke stoornissen er zorgstandaarden ontwikkeld moesten worden. Een groot aantal voorstellen is gehonoreerd en daar heeft het Netwerk er nog enkele aan toegevoegd. Plaatsvervangend programmaleider Sebastiaan Baan: "Voor veel onderwerpen, zoals persoonlijkheidsstoornissen, bestonden bijvoorbeeld wel standaarden, maar die waren niet allemaal goed vastgelegd. Of ze gingen alleen over de behandeling, terwijl in een zorgstandaard de hele keten van zorg vanuit de patiënt gezien wordt beschreven, inclusief de wijze waarop die georganiseerd wordt."

De komende twee jaar ontwikkelt het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ nieuwe zorgstandaarden voor de behandeling van zeker 80 procent van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen. "We schijnen het goed te doen", zegt Sebastiaan Baan bescheiden. Vanuit het hoofdkantoor in Utrecht coördineert hij, samen met de andere medewerkers, de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaarden. Regelmatig heeft hij overleg met Vera Jansweijer, die meedenkt over de procedure en aangeeft wat het Zorginstituut belangrijk vindt. Jansweijer: "Tot mijn vreugde zag ik dat de GGZ-sector al heel enthousiast begonnen was met het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden, waarbij ze de criteria van het Zorginstituut alvast in het achterhoofd hielden: de standaarden zijn patiëntgericht, worden ontwikkeld door patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen, beschrijven de inhoud en de organisatie van de zorg én zijn meetbaar. Dat zijn voorwaarden om de kwaliteitsstandaarden later in ons Register op te kunnen nemen."

Jansweijer is erg te spreken over de manier van werken. "Hierdoor vinden discussies over kwaliteitsstandaarden al tijdens de ontwikkeling ervan plaats, niet achteraf. Dat maakt het makkelijker ze in praktijk te brengen."

GGZ als inkoopbaar product

Rest de vraag hoe Sebastiaan Baan en de zijnen de zorgverzekeraars bereid hebben gevonden om aan te schuiven. "Ons doel is duidelijk: met hetzelfde geld kwalitatief goede zorg leveren. Daarin zijn zorgverzekeraars ook geïnteresseerd. Ons overleg is constructief. We proberen inzichtelijk te maken wat de GGZ doet, wat de zorg oplevert, wat de beste behandelingen zijn en hoe lang die duren. Daardoor weten verzekeraars wat zij kunnen verwachten, hoe zij goede zorg kunnen inkopen. De GGZ wordt zo een inkoopbaar product."

De nieuwe kwaliteitsstandaarden moeten eind 2017 klaar zijn. Mocht het proces alsnog spaak lopen, dan kan het Zorginstituut haar 'doorzettingsmacht' aanwenden om een doorbraak te forceren. Maar geen van de partijen verwacht dat zo'n ingreep nodig zal zijn.

TED VAN DER VELDEN OVER HET NIEUWE AFWEGINGSKADER WLZ

“Een goed instrument dat ons houvast geeft”

In 2015 ontwikkelde het Zorginstituut het Afwegingskader Wlz, een nieuw instrument dat helpt te bepalen of een cliënt recht heeft op langdurige zorg in de Wlz of ondersteuning krijgt via andere domeinen zoals de Wmo. Ted van der Velden, onderzoeker bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) vertelt hoe het Afwegingskader Wlz ondersteuning biedt.

“Het Afwegingskader Wlz is een instrument, dat niet functioneert zonder de kennis van de mensen die met dat instrument moeten werken”, zegt Ted van der Velden. Als onderzoeker bij het CIZ is hij betrokken bij de indicatiestelling voor opname in de Wlz. “Maar dat het kader nodig was, staat buiten kijf. De hervorming van de AWBZ naar de Wlz vroeg om een instrument dat ons houvast geeft. We gaan nog wel een omslag in ons denken en handelen maken. We praten nog steeds over ‘stoornissen’ en ‘beperkingen’ in plaats van over ‘mogelijkheden’. We moeten begrippen als ‘voorliggende voorzieningen’ en ‘mantelzorg’ uit ons vocabulaire schrappen en vervangen door ‘oplossingen’. Dat al die begrippen nog gebruikt worden in de programmatuur waarmee we werken vind ik dan ook niet handig.”

Wel of geen permanente zorg

Het Zorginstituut ontwikkelde het Afwegingskader Wlz op basis van een gestructureerde vragenlijst. Mede aan de hand van die vragenlijst kunnen



"We moeten ervoor waken dat de cliënt, die centraal behoort te staan, het overzicht verliest"

de onderzoekers van het CiZ een zorgvuldige afweging maken om te beoordelen of de verzekerde voldoet aan de criteria voor zorg vanuit de Wlz. Belangrijk daarbij is het signaleren van het al dan niet 'optreden van ernstig nadeel voor de verzekerde'. De programmatuur bevat ook ondersteuningsvragen om tot een eenduidige conclusie te komen. Van der Velden heeft een positief gevoel over het Afwegingskader Wlz, omdat hij daarmee de grootste groep cliënten, die met een 'passende grondslag', bereikt. Wel heeft het CiZ nog te maken met cliënten die niet begrijpen waarom ze niet in de Wlz komen. "Kijk, iemand die een ernstige vorm van autisme heeft, zal naar alle waarschijnlijkheid niet beter worden. Toch komt die cliënt niet meer in aanmerking voor zorg vanuit de Wlz. Leg dat maar eens uit! Even zo lastig is het om iemand, die eerder een indicatie kreeg op basis van een verstandelijke handicap, uit te leggen dat de grondslag niet van toepassing is omdat de IQ-grens is bijgesteld. Wat ouderen betreft: dat is vaak een momentopname. Een tachtigjarige die geestelijk nog bij de tijd is, kan buiten de Wlz vallen. Maar de kans is groot dat hij er morgen wél voor in aanmerking komt."

Overzicht houden

Toch zijn dat de uitzonderingen, benadrukt Van der Velden. "Het is belangrijk dat je duidelijk bent in het gesprek met cliënten. We moeten ervoor waken dat de cliënt, die centraal behoort te staan, het overzicht verliest. Daar spelen wij een belangrijke rol in. Dit door een combinatie van betrokkenheid bij de verzekerde en voldoende professionele afstand. En dat alles binnen de lijnen van het Afwegingskader."





NAAR NIEUWE ZORGBEROEPEN EN -OPLEIDINGEN

Welke zorg hebben we nodig in 2030?

Op 10 april 2015, tijdens het congres 'Naar nieuwe zorgberoepen', presenteerde het Zorginstituut het advies *Naar nieuwe Zorg en Zorgberoepen: de contouren* aan minister Schippers van Volksgezondheid en minister Jet Bussemaker van Onderwijs. Marjan Kaljouw, toen nog voorzitter van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, gaf in *ZorgMagazine* een toelichting.

Het advies kent drie uitgangspunten, vertelt Kaljouw. "Het eerste is een nieuw concept van gezondheid. Het tweede is dat we ons gaan richten op het functioneren van burgers. We willen burgers in staat stellen om datgene te doen wat ze willen doen. En we gaan van aanbod naar vraag; we laten ons leiden door de vraag wat er nodig is in 2030."

Gezondheid betekent voor de commissie niet langer de afwezigheid van ziekte. Gezond zijn betekent vooral dat je kunt functioneren. "De gezondheidszorg is in de toekomst gericht op bevorderen en herstellen van zelfstandig functioneren van mensen in hun eigen leefomgeving. De eigen regie en veerkracht van het individu staan hierbij centraal."

Multidisciplinaire teams

Die nieuwe opvatting van gezondheid heeft gevolgen voor de zorgprofessional. Naast vakkennis beschikt die ook over generalistische bekwaamheden die het functioneren van de patiënt kunnen bevorderen en herstellen. Meer dan voorheen zullen de zorgprofessionals samenwerken in multidisciplinaire teams die rondom een patiënt zijn geformeerd. Afhankelijk van wat er nodig is voor die patiënt, zal de samenstelling van het team wijzigen. Dergelijke teams bieden het voordeel dat ze goed mensen met meerdere aandoeningen en problemen kunnen begeleiden. De patiënt maakt deel uit van het team en voert zo mogelijk de regie over de zorg.

Vier regio's

De commissie baseerde de ideeën over de toekomst van de zorg onder meer op een onderzoek naar de verwachte zorgvraag in 2030 in vier regio's – de zogenaamde broedplaatsen Friesland, Amsterdam-Amstelveen, Rotterdam en Heerlen. In die regio's is met de verschillende projectteams zorgverleners, vertegenwoordigers van zorgorganisaties en zorgverzekeraars besproken hoe die zorg er in de toekomst uit moet zien. De bezoekers van het congres zien in korte filmpjes dat er nu al op een zeer innovatieve manier wordt gewerkt in de broedplaatsen. In Heerlen bijvoorbeeld ontwikkelen de deelnemers aan de broedplaats manieren om mensen zo lang mogelijk autonoom te laten leven, vooral door de inzet van technologie. Dat kunnen robots zijn, maar net zo goed eenvoudige technologische hulpmiddelen.

Gezond leven bevorderen

Mensen leven in 2030 langer, maar zullen vaak wel meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben. Belangrijk is dan niet alleen de ziekte zelf, maar vooral ook de manier waarop daarmee wordt omgegaan. Hoe kunnen mensen ondanks een ziekte toch nog functioneren? Om optimale zorg te verlenen, gaat de commissie uit van het zogenoemde ABCD-model. In de zorg is het belangrijk om aan de voorkant te beginnen (A). Gezond leven moet worden bevorderd, bijvoorbeeld op scholen. Als er dan toch ondersteuning of zorg nodig is, moet die zoveel mogelijk komen van de mensen zelf of van mensen uit de buurt (B). Pas daarna kunnen ze naar centra dicht in de buurt waar professionals zorg verlenen (C). De laatste stap is die naar het ziekenhuis (D). Zo kan de ziekenhuiszorg worden geconcentreerd en zullen er minder ziekenhuizen nodig zijn. De rol van de arts in het ziekenhuis zal ook anders zijn. Hij wordt meer raadgever dan behandelaar. Als begeleider draagt hij gegevens aan en maakt samen met de patiënt vervolgens een afweging.

Kanttekeningen

Wat vinden betrokkenen van de voorgestelde uitgangspunten voor de nieuwe beroepenstructuur? Hans Boutellier onderzocht dat met het Verwey-Jonkerinstituut. De deelnemers waren overwegend enthousiast en bereid tot verandering. Het enthousiasme was ook groot omdat de nieuwe werkwijze meer aansluit bij wat patiënten belangrijk vinden. Vooral de definitie van gezondheid werd goed ontvangen. “De nieuwe benadering houdt meer rekening met hoe mensen gezondheid ervaren. Dat is belangrijk, want ervaring bepaalt de kwaliteit van leven.” Kanttekeningen waren er ook: “Niet iedereen kan mee in die beweging, het is nogal wat om de regie zelf te voeren. Die eigen regie maakt mensen ook wel schuldig aan datgene wat er mis gaat in een leven, dat is wel iets waar je heel erg alert op moet zijn.” Ook is het belangrijk te voorkomen

"De nieuwe benadering houdt meer rekening met hoe mensen gezondheid ervaren. Dat is belangrijk, want ervaring bepaalt de kwaliteit van leven"

dat kwetsbare burgers tussen wal en schip vallen. Ook als je geen netwerk hebt om op terug te vallen, moet er professionele zorg aanwezig zijn.

Flexibel

De ministers Schippers en Bussemaker, die het rapport in ontvangst namen, reageerden positief. Schippers: "Dit advies gaat uit van een nieuwe manier van denken over gezondheid en dat vraagt dus ook om een nieuwe manier van werken. Ik ben vooral benieuwd wat de mensen uit de zorg hier van vinden. Zij krijgen te maken met de veranderende zorgvraag. Ik ga dan ook met hen in gesprek om te kijken hoe we de bevindingen van de commissie in de praktijk kunnen vertalen."

Volgens minister Bussemaker is het belangrijk dat scholen en zorginstellingen nauwer samenwerken om te kunnen inspelen op ontwikkelingen in de zorg: "De wereld om ons heen verandert. Hoe zorgen we ervoor dat zorgopleidingen jongeren nu optimaal voorbereiden op de zorgberoepen van de toekomst, zodat mensen die zorg nodig hebben daar straks van profiteren?" Om de zorg en de zorgberoepen ook echt aan te passen aan de nieuwe eisen, wordt het Zorgpact aangekondigd. Voor de periode tot 2020 moeten overheid, zorg- en onderwijsinstellingen gaan samenwerken.

'Dynamisch continuüm'

Per 1 juni 2015 volgde Kete Kervezee Marjan Kaljouw op als voorzitter van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. Zij stelt zich ten doel om samen met haar commissie een nieuwe beroepenstructuur en een daarop afgestemd opleidingsaanbod te ontwikkelen. Kervezee: "We schetsen de contouren van een nieuwe zorgstructuur en streven daarbij naar een 'dynamisch continuüm'. Daarmee bedoelen we een organisch systeem, waarin inspraak, flexibiliteit en aanpassingsvermogen van burgers, patiënten en zorgverleners bepalend zijn."

Colofon

Dit Jaaroverzicht 2015 is een uitgave
van Zorginstituut Nederland.

Hoofredactie

Michiel Geldof

Bladmanagement en eindredactie

Edith Bijl

Druk

De Bondt grafimedia communicatie bv,
Barendrecht

Aan dit nummer werkten mee

Robert van der Broek, Herman Engbers (HH),
Peter Hilz (HH), Noël Houben, Jos Leijen,
Mrs. Peacock, Florentijn van Rootselaar,
Jacqueline Schadee, Laila Schoots (HH),
Marlies Wessels (HH), Herbert Wiggerman
(De Beeldredactie)