

## BIJLAGE 2

# Nadere beschouwing van enkele IZA-voorstellen

Bij brief MIND 22-051 dd 6 oktober 2022

### ***Propositie IZA: Passende zorg is waardegedreven zorg***

Het IZA stelt dat passende zorg waardegedreven is, waarbij de zorg (1) aantoonbaar effectief moet zijn en moet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk en (2) de zorg doelmatig moet zijn en moet aansluiten bij de behoeften of de situatie van de patiënt/cliënt. MIND stelt echter dat waardegedreven zorg gaat over zorg in de spreekkamer die aansluit bij de behoeften van de individuele patiënt/cliënt tegen aanvaardbare kosten. Het zorgakkoord stelt zorg met onvoldoende bewijskracht gelijk aan ineffectieve zorg die vervolgens uit het pakket moet verdwijnen. Wij vinden het een denkfout om de kracht van het bewijs gelijk te stellen aan de omvang van het effect; *onvoldoende bewezen effectief* is niet hetzelfde als *voldoende bewezen ineffectief*. Het akkoord gaat op deze manier leiden tot het onterecht schrappen van effectieve zorg die aansluit bij de behoeften van de patiënt/cliënt tegen aanvaardbare kosten uit het basispakket en staat daarom op gespannen voet met waardegedreven zorg.

### ***Propositie IZA: strengere pakketbeheer leidt tot betere kwaliteit van zorg***

De toets op het pakketbeheer wordt in het IZA aangescherpt: indien zorg niet aantoonbaar voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk verdwijnt de zorg in beginsel uit het pakket, zo is het voorstel. Dit heeft als gevolg dat veel ggz aanbod uit het verzekerde zorgpakket mogelijk zal verdwijnen omdat afdoende bewijs van het effect ontbreekt. De stand van wetenschap en praktijk stelt namelijk dat bewijs van zeer lage kwaliteit niet kan leiden tot een oordeel over de effectiviteit en derhalve leidt tot een negatief standpunt (los van oordelen van professionals en patiënten).<sup>1</sup> De eisen die echter aan dit bewijs worden gesteld, zijn niet haalbaar en in strijd met de vernieuwde methode om de kwaliteit van wetenschappelijke studies te beoordelen (GRADE). De interpretatie van "Evidence Based Medicine" die IZA voorstelt, is wat ons betreft daarom strijdig met de GRADE methodiek en kan een ongunstige uitwerking hebben op het verzekerde ggz-pakket.

### ***Propositie IZA: Regionale samenwerking als oplossing***

Het akkoord ziet regionale samenwerking als een belangrijk element om de juiste zorg op de juiste plek te realiseren. Partijen kiezen voor de schaal van de zorgkantorregio's als vertrekpunt voor regiobeelden en regioplannen om de (mis)match tussen zorgvraag en zorgaanbod in kaart te brengen. De zorg van MIND hierbij is dat de zorgkantorregio's niet congruent zijn aan de GGD regio's, de WMO regio's, de Ambulanceregio's, de Jeugdzorgregio's, et cetera. Er ontstaat zo een lappendeken aan indelingen die integrale en regionale samenwerking en afstemming gaat belemmeren in plaats van faciliteren (een voorbeeld: de zorgkantoren Zwolle en Arnhem moeten met twee GGD-regio's en drie WMO-regio's overleggen voor preventie en welzijn). Het is wat ons betreft dan ook noodzakelijk om een congruente regiostructuur te hanteren zodat steeds dezelfde partners aan tafel zitten en eenvoudiger afstemming en samenwerking tussen sectoren geregeld kan worden. Wij bepleiten om hiervoor de structuur van de veiligheidsregio's te gebruiken. Verder zou het principe *lokaal wat kan* en *nationaal wat moet* gevolgd kunnen worden om de zorgchelons in de structuur te borgen. Een ander punt van zorg voor MIND is dat de patiënt/client niet of nauwelijks aan tafel zit bij het opstellen van regiobeelden en regioplannen; hun perspectief is dus niet geborgd.

---

<sup>1</sup> Zorginstituut Nederland (2015), *Stand van Wetenschap en Praktijk*, Diemen.



### ***Propositie IZA: Cruciale GGz capaciteit wordt geborgd***

Het is wat MIND betreft een stap voorwaarts om het cruciale zorgaanbod in kaart te brengen. Het lijkt ons echter een haast onmogelijke opgave om de zorgvraag per zorgregio in kaart te brengen. Idealiter is de zorgvraag namelijk afhankelijk van de triage/indicatiecriteria en er moet voor gewaakt worden dat elke regio andere criteria hanteert. Het ministerie zou daarom kunnen overwegen om de zorgautoriteit te verzoeken om een prognosemodel te ontwikkelen voor de zorgvraag, op basis van landelijke criteria (afkomstig uit richtlijnen en standaarden). MIND vindt verder dat de zorgvraag en het zorgaanbod in de regiobeelden niet zonder betrokkenheid van de zorggebruikers en de zorgverleners kan worden vastgesteld. Daarnaast missen we in het IZA een procedure voor de omgang met (voorgenomen) wijzigingen in het cruciale zorgaanbod. Indien er gaten in het cruciale zorgaanbod dreigen te vallen moet iemand kunnen ingrijpen. Formeel is een zorgaanbieder autonoom in het bepalen van zijn zorgaanbod. Zonder een heldere regeling voor de borging van de cruciale zorg lopen we het risico op meer gevallen als het CvP in Lunteren en de Eikenboom in Zeist.

### ***Propositie IZA: De GGz treeknormen worden gehalveerd***

Natuurlijk onderschrijft MIND de ambitie om de gemiddelde wachttijd voor iedere individuele groep aan het einde van de looptijd van het akkoord terug te brengen tot de helft van de Treeknormen. De aanpak bestaat vooral uit het voortzetten van de aanpak met transfertafels en overlegtafels in combinatie met de introductie van de mentale gezondheidscentra. Het is wat ons betreft wel opmerkelijk dat de basisaanpak ontbreekt, namelijk het verbeteren van de trits "instroom-doorstroom-uitstroom".

Het bestaan van wachtlijsten suggereert een stilstand in de keten vanwege een gebrek aan capaciteit en/of een gebrek aan de juiste zorg op de juiste plek. Een goede analyse van het traject van zorgvragers (wie zit waar en waarom) zou mogelijk kunnen helpen om de stagnaties te lokaliseren. Verder kan het volgen van de zorgcyclus van triageren, diagnosticeren, indiceren, behandelen, monitoren en evalueren helpen om de cliëntenstroom op gang te houden. We onderstrepen hierbij het belang van monitoren en evalueren zodat tijdig kan worden besloten tot opschalen en afschalen, in plaats van de behandeling volgens het protocol af te ronden alvorens een besluit te nemen. Kortom, de mentale gezondheidscentra klinken aantrekkelijk, maar triageren en verwijzen/overdragen zijn standaardzorg.