



Andersson Elffers Felix

Passend Pakketbeheer

Rode draden uit de stakeholdergesprekken over het beleidsvoornemen van VWS 'verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket'

Eindrapport

22-11-2022

De overheid zet in op 'passende zorg' om de zorg in de toekomst betaalbaar, beschikbaar en bereikbaar te houden

De zorg houdbaar houden is een groot maatschappelijk vraagstuk.

Door ontwikkelingen zoals vergrijzing, de opkomst van nieuwe zorgtechnologie en de toename van het aantal (chronisch) zieken gebruiken we in Nederland **steeds meer en steeds duurdere zorg**. Hierdoor stijgen de kosten van de zorg elk jaar opnieuw. Zo stegen in 2021 de kosten van het basispakket van de zorgverzekering (Zvw) met 0,4% naar € 48,6 miljard en stegen de kosten van de langdurige zorg (Wlz) met 10,8% naar € 25,7 miljard (1). Gelijktijdig zijn er steeds minder mensen die deze zorg kunnen leveren. Nu al kampt de zorg met flinke personeelstekorten en dat wordt elk jaar erger. Als de huidige lijn doorzet, moet over veertig jaar één op de drie mensen in de zorg werken, vergeleken met één op de zeven nu (2). Kortom, de grenzen van de financiële, personele en de maatschappelijke houdbaarheid van ons zorgstelsel zijn in zicht.

In de afgelopen jaren is er op verschillende manieren **geprobeerd om verdere stijging van de zorgkosten tegen te gaan**. Zo is in het programma Zinnige Zorg het huidige basispakket systematisch doorgelicht met het oog op een gepast aanbod en gebruik van zorg. Ook lopen er diverse programma's waarmee effectiviteitsonderzoek naar zorg binnen het basispakket kan worden bekostigd, denk aan Doelmatigheidsonderzoek en Zorgevaluatie & Gepast gebruik.

Ondanks deze inspanningen is het **tot op heden nog niet gelukt om de zorgkosten te beperken**. Zeer waarschijnlijk ook omdat politieke keuzes op dit thema lastig zijn: Nederlanders vinden gezondheid belangrijk, waardoor keuzes snel op weerstand sluiten. Er is nog geen manier gevonden om maatschappelijk het gesprek te voeren over de grenzen van de zorg.

Passende zorg moet bijdragen aan het betaalbaar, beschikbaar en bereikbaar houden van de zorg.

Om de zorg in de toekomst betaalbaar, beschikbaar en bereikbaar te houden is in het coalitieakkoord Rutte IV opgenomen dat 'passende zorg' de norm is.

Passende zorg kent vier basisprincipes:

- ▶ 1. Passende zorg is **waardegedreven**;
- ▶ 2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de **patiënt** tot stand;
- ▶ 3. Passende zorg is de **juiste zorg op de juiste plek**;
- ▶ 4. Passende zorg gaat over **gezondheid** in plaats van over ziekte.

De opgave is om het uitgangspunt van passende zorg te vertalen naar acties en maatregelen die ervoor zorgen dat passende zorg in de praktijk wordt gebracht.

Passende zorg is het fundament van het Integraal Zorgakkoord (IZA).

In september 2022 is het IZA getekend. De ondertekende partijen streven in de volle breedte van alle aspecten en terreinen van de zorg om in te zetten op passende zorg. Partijen streven ernaar te **voorkomen** dat het nodig is om **'harde' pakketmaatregelen te nemen**, zoals het niet meer uit de basisverzekering vergoeden van bepaalde vormen van zorg, ongeacht de indicatie of mate van effectiviteit van zorg.

AEF heeft stakeholdergesprekken begeleid over het voornemen om de toets op het basispakket te verbreden en verbeteren

VWS verkent of pakketbeheer kan bijdragen aan passende zorg.

Om meer productief te kunnen sturen op passende zorg in het pakketbeheer werkt het ministerie van VWS aan een beleidsvoornemen voor **verbetering en verbreding** van de **toets op het basispakket**, en oplossingsrichtingen voor knelpunten rondom **oranje zorg** (zorg waarvan onduidelijkheid bestaat over de mate van effectiviteit).

Op basis van het huidige beleid en diverse gesprekken heeft het ministerie van VWS deze drie componenten uitgewerkt in **zes beleidslijnen** gericht op zowel de curatieve als de langdurige zorg.

Beleidsvoornemen VWS	
Verbeteren	1. Effectiviteit en kosteneffectiviteit als criteria expliciteren in wet- en regelgeving. 2. Stellen van aanvullende voorwaarden die invloed hebben op effectiviteit.
Verbreden	3. Bredere toetsing dan huidige selectie. 4. Moment van toetsing bepalen voor verschillende vormen van zorg.
'Oranje zorg'	5. (Wettelijke) koppeling tussen aanspraak en onderzoek oranje zorg. 6. Herinrichting van financieringslandschap met meer synergie tussen programma's.

VWS wil het beleidsvoornemen concretiseren tot beleidsvoorstel.

Om het beleidsvoornemen te concretiseren tot een beleidsvoorstel vonden in de zomerperiode en het najaar van 2022 gesprekken met diverse stakeholders plaats.

In deze gesprekken is gesproken over de visie op het beleidsvoornemen; wat het beleidsvoornemen betekent voor de rol van de stakeholder; wat daarbij helpend is; en welke aandachtspunten en/of randvoorwaarden worden gezien bij het beleidsvoornemen.

VWS is voornemens om eind 2022 de Tweede Kamer te informeren over het beleidsvoorstel.

AEF is gevraagd om de gesprekken met stakeholders te begeleiden.

VWS heeft AEF gevraagd om de gesprekken met stakeholders te begeleiden. Ook is AEF gevraagd om de rode draad uit deze gesprekken te destilleren.

- ▶ In juli vond de eerste gespreksronde plaats. Gesprekspartners waren (behalve VWS): de KNMP, NZa, ZIN, NHG, FMS, Patiëntenfederatie en ZonMw.
- ▶ In september en oktober vond de tweede gespreksronde plaats, met daarin: zorgverzekeraars (ZN en Zilveren Kruis), ActiZ, VGN, Verenso, NVAVG, Ziekenhuizen(STZ, NVZ en NFU), V&VN, GGZ NL, FHI, FME, Nefemed en IGJ.
- ▶ Een volledig overzicht van de gesprekspartners is te vinden in [bijlage 1](#).

In dit document leest u de rode draad uit twee gespreksrondes

Het eindproduct bevat de rode draad uit de gesprekken.

<i>Rode draad stakeholdergesprekken</i>	<i>Pagina</i>
Passende zorg wordt onderschreven, maar er worden vraagtekens gezet bij de haalbaarheid van het beleidsvoornemen.	6
De context van de langdurige zorg is fundamenteel anders, waardoor het beleidsvoornemen nog moeilijker naar de praktijk is te vertalen.	7
Er worden suggesties aangereikt om aan andere knoppen te draaien parallel aan of in plaats van pakketbeheer.	8-9
Door stakeholders worden diverse suggesties gedaan om (de haalbaarheid van) het beleidsvoornemen te verbeteren.	10-11
Stakeholders reiken aandachtspunten aan specifiek voor het verbeteren van de toets op het basispakket.	12-13
Stakeholders reiken aandachtspunten aan specifiek voor het verbreden van de toets op het basispakket.	14-15
Stakeholders reiken aandachtspunten aan voor oranje zorg.	16

Ook leest u een inhoudelijke reflectie op het vraagstuk vanuit AEF.

<i>Inhoudelijke reflectie AEF</i>	<i>Pagina</i>
Op de korte termijn is het niet realistisch dat het beleidsvoornemen zelfstandig bij kan dragen aan een bezuinigingsreeks	18
Pakketbeheer is één van de puzzelstukken in een samenspel aan maatregelen om de hoeveelheid niet-passende zorg te verminderen	19



Andersson Elffers Felix

Rode draden uit de
stakeholdergesprekken

22-11-2022

Passende zorg wordt onderschreven, maar er worden vraagtekens gezet bij de haalbaarheid van het beleidsvoornemen

Onder stakeholders is er draagvlak voor inzet op passende zorg.

Stakeholders zijn het erover eens dat inzet op passende zorg nodig is om de gezondheidszorg toegankelijk, beschikbaar en van goede kwaliteit te houden. Stakeholders zien passende zorg als gepast gebruik én passende organisatie van zorg.

Zij benadrukken wel dat passende zorg niet alleen een bezuiniging moet nastreven, maar moet bijdragen aan de kwaliteit van leven van patiënten en cliënten. Uit de gesprekken blijkt dan ook dat er veel draagvlak is om te zorgen dat de best passende zorg geboden wordt, maar gesprekspartners geven ook aan dat minder effectieve of niet-bewezen effectieve behandelingen wel ingezet moeten kunnen worden als er geen alternatief beschikbaar is of een alternatief bij een patiënt niet werkt. Passende zorg kan per patiënt verschillen.

Stakeholders zien een rol voor VWS om passende zorg na te streven.

Stakeholders zijn er positief over gestemd dat VWS het thema passende zorg oppakt. Om dit van de grond te krijgen, moeten alle partijen in het veld én individuele zorgaanbieders zich hiervoor inzetten.

VWS kan vanuit haar stelselverantwoordelijkheid veel betekenen in het agenderen en het organiseren van de juiste randvoorwaarden. Tegelijkertijd wordt ook aangegeven dat de gewenste omslag tijd en uithoudingsvermogen vraagt.

Stakeholders zetten vraagtekens bij de financiële haalbaarheid van het beleidsvoornemen.

De stakeholders hebben twijfels over de haalbaarheid van het beleidsvoornemen. Een groot aandachtspunt is volgens de gesprekspartners dat het - met name in de langdurige zorg - nog onduidelijk is hoe effectiviteit wordt gedefinieerd en met welke uitkomstmaten.

Door stakeholders worden ook andere aandachtspunten genoemd die gaan over de haalbaarheid van het beleidsvoornemen, zowel voor de curatieve als de langdurige zorg. De volgende punten worden genoemd:

- ▶ Veel zorg die op dit moment verleend wordt is op dit moment niet bewezen effectief. Het onderzoeken en/of toetsen van deze zorg kost tijd en inzet.
- ▶ Uitkomsten van zorg worden nog onvoldoende geregistreerd en gegevensuitwisseling is beperkt mogelijk; hierdoor ontbreekt het nog in veel gevallen aan (spiegel)informatie om (real time) effectiviteit van behandelingen te volgen over tijd. De mogelijkheden om gegevens te koppelen voor langdurig onderzoek moeten worden versterkt om dit te doen. Bovendien levert meer registreren administratieve lasten op.
- ▶ De financieringsschotten in ons stelsel maken het complex om effectiviteit (bijvoorbeeld van een bepaalde zorginnovatie) over de keten heen te meten.

De context van de langdurige zorg is fundamenteel anders, waardoor het beleidsvoornemen nog moeilijker naar de praktijk is te vertalen

Specifiek in de langdurige zorg uiten stakeholders nog meer twijfels over de haalbaarheid van het beleidsvoornemen.

De haalbaarheid van het beleidsvoornemen in de langdurige zorg wordt door sommige stakeholders (nog) complexer geacht. Stakeholders geven als belangrijkste reden aan dat de **context van de langdurige zorg fundamenteel anders** is dan van de curatieve zorg. De argumenten:

- Kwaliteit van leven wordt als belangrijkste uitkomstmaat gezien in de langdurige zorg. Maar, kwaliteit van leven als uitkomstmaat is met name in de langdurige zorg diffuus en *'kan verschillen van persoon tot persoon'*.
- De meeste interventies in de langdurige zorg – denk aan verpleging, verzorging en begeleiding - zijn *'minder hard'* dan in de curatieve zorg. Hierdoor is het lastiger om uitkomstmaten en daarmee effectiviteit van interventies te definiëren en te meten.
- De langdurige zorg heeft een sterk multidisciplinair karakter. Dit betekent dat de vraag in hoeverre zorg effectief is, ook afhangt van de mate waarin de zorg integraal c.q. door verschillende professionals in samenhang wordt geleverd.

Pakketbeheer in de langdurige zorg is afhankelijk van de opbouw van kennis.

Pakketbeheer vindt op dit moment nog nauwelijks plaats in de langdurige zorg, waardoor er weinig ervaring is opgedaan met pakketbeheer in de context van de langdurige zorg.

Het op orde hebben van de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg wordt gezien als belangrijkste randvoorwaarde voor de opbouw van pakketbeheer in de langdurige zorg. Op dit moment ontbreekt het aan (goed) onderzoek over geschikte uitkomstmaten waarmee effectiviteit van interventies kan worden gemeten. Zo zijn richtlijnen in de langdurige zorg vaak nog *practice-* en/of *opinion based* in plaats van *evidence based*. Ook landen uitkomsten uit onderzoek vaak nog onvoldoende in de praktijk.

Vanuit het Zorginstituut loopt er een traject om de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg te bevorderen.

Het Zorginstituut is bezig met een visie op pakketbeheer in de langdurige zorg.

Het Zorginstituut is op dit moment bezig met een visie op pakketbeheer in de langdurige zorg, waarbij rekening wordt gehouden met het multidisciplinaire karakter van de zorg en met de doelstelling van pakketbeheer in de langdurige zorg: het bevorderen of behouden van kwaliteit van leven. De verwachting is dat deze visie eind 2022 gereed is.

Er worden suggesties aangereikt om aan andere knoppen te draaien parallel aan of in plaats van pakketbeheer [1/2]

Stakeholders betwijfelen of pakketbeheer de beste knop is om (als eerste) aan te draaien.

Sommige stakeholders onderschrijven de lijn uit het beleidsvoornemen en zijn van mening dat pakketbeheer - specifiek het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket - (deels) kan bijdragen aan het realiseren van passende zorg.

- Een van de stakeholders doet daarbij wel de suggestie om in het beleidsvoornemen expliciet op te nemen dat pakketbeheer **niet de enige route** is om te komen tot passende zorg: *'Het is belangrijk om te expliciteren wat kan met pakketbeheer en wat nog meer nodig is om passende zorg te bereiken en wie daar welke rol in heeft.'*

Ook zijn er stakeholders die pakketbeheer op dit moment **'niet de meest geschikte knop vinden om aan te draaien'**. Zij uiten twijfels of via pakketbeheer de beoogde doelstelling voldoende en op korte termijn kan worden gerealiseerd. Zij betwijfelen daarmee ook of het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket nu het geëigende instrument is.

- Daarbij worden er (specifiek vanuit de Medtech-wereld) zorgen geuit dat het verbeteren/verbreden van de toets op het basispakket innovatie kan remmen, omdat er (nog) meer bewijslast nodig is om effectiviteit aan te tonen voordat een innovatie verzekerd wordt. Dit is met name een probleem voor (kleine) techbedrijven.

Stakeholders doen de suggestie om 'aan andere knoppen te draaien'.

Sommige stakeholders dragen suggesties aan om op andere manieren de beoogde doelstelling te behalen en dus niet via het pakketbeheer dan wel het verbreden/verbeteren van de toets op het basispakket. Deze suggesties waren niet direct onderwerp van gesprek, maar zijn uiteraard wel relevant voor de afwegingen rond het beleidsvoornemen. Hieronder zijn ze kort opgenomen. In onze inhoudelijke reflectie gaan we hier nader op in.

- Effectiviteit is **contextafhankelijk** c.q. het kan verschillen per patiënt in diens context of een behandeling effectief is of niet. Dit is de basis van passende zorg. Dit sluit onvoldoende aan bij het criterium Stand van Wetenschap en Praktijk wat nu als basis geldt binnen pakketbeheer.
- Het is effectiever om steviger te **sturen op stepped care** (starten met de eenvoudigste/minst kostbare interventie). Dit is aan zorgverleners in gesprek met verzekeraars en niet iets om met pakketbeheer na te streven gezien de administratieve lasten die dit oplevert.
- De doelstelling kan sneller worden behaald door te sturen op bijvoorbeeld het aantal vergunningen voor het uitvoeren van bepaalde behandelingen via de **Wbmv**.
- Gegeven de complexe uitvoerbaarheid van het beleidsvoornemen is de verwachting dat er meer winst te behalen is door **steviger in te zetten op preventie**.

Er worden suggesties aangereikt om aan andere knoppen te draaien parallel aan of in plaats van pakketbeheer [2/2]

Stakeholders doen de suggestie om 'aan andere knoppen te draaien' [vervolg].

- De maatschappij/politiek is aan zet is om **fundamentele keuzes** te maken, die meer effect hebben op het realiseren van passende zorg. Een van de stakeholders: *'Bij pakketbeheer gaat over het wel of niet recht hebben op bepaalde zorg. Gezien de oplopende kosten van de zorg en de arbeidsmarktproblematiek wordt pakketbeheer een verdeelvraagstuk. Het is aan de maatschappij om in gesprek te gaan over vragen zoals: wat zijn we als maatschappij bereid te betalen voor een QALY? Welk kwaliteitsniveau willen we nastreven gegeven de beschikbare middelen/capaciteit? Vervolgens is het aan de politiek om keuzes te maken.'* Door een andere stakeholder wordt aangegeven dat er op deze manier *'zelfs kan worden besloten om effectieve zorg niet meer te vergoeden'*.

Ook wordt de suggestie gedaan om een integrale afweging te maken.

Een van de stakeholders doet de suggestie om een **integrale afweging** te maken op wat het beleidsvoornemen in huidige vorm oplevert voor patiënten en in hoeverre dit opweegt tegen de extra administratieve lasten op verschillende niveaus. En tegen de extra tijd die het kost om een behandeling te toetsen, met onzekerheid voor professionals en patiënten over het wel of niet vergoeden van de behandeling als eventueel gevolg.

Door stakeholders worden diverse suggesties gedaan om (de haalbaarheid van) het beleidsvoornemen te verbeteren [1/2]

Er worden suggesties gedaan om het beleidsvoornemen inhoudelijk te verbeteren.

Door stakeholders worden de volgende suggesties gedaan:

- ▶ Het criterium '**redelijkerwijs aangewezen**' mag een stevigere plek krijgen in het beleidsvoornemen. Binnen het criterium 'redelijkerwijs aanwezig' wordt meer rekening gehouden met de individuele patiënt/verzekerde, wat beter aansluit op passende zorg.
- ▶ Bij het bepalen van wat effectieve zorg is is het wenselijk om een **integrale afweging** te maken op basis van de "*patient journey*". Wat voor effect heeft het uit het pakket halen van een medicijn of behandeling op de rest van de zorg van de patiënt?
- ▶ Met het beleidsvoornemen lijkt VWS meer regie naar zich toe te trekken. Eén stakeholder merkt op dat dit getuigt van weinig vertrouwen in het veld. Gelijktijdig is het beleidsvoornemen nog weinig concreet, dus (aanpassingen in) rollen en verantwoordelijkheden zijn nog beperkt beschreven. De suggestie wordt gedaan om (de verdeling van) de **rollen en verantwoordelijkheden** - met name van VWS, zorgverzekeraars, het Zorginstituut - te expliciteren in het beleidsvoornemen. Daarbij wordt benadrukt dat deze partijen over het juiste instrumentarium moeten beschikken om hun rol uit te kunnen voeren.
 - ▶ Voor **zorgverzekeraars** is uitvoerbaarheid daarbij een belangrijk thema. Passende zorg moet bewezen effectief zijn, maar hoe kan dat in de praktijk

worden getoetst? Hoe abstracter wordt geformuleerd 'wat passende zorg en/of stand van wetenschap en praktijk is', hoe lastiger het is om dit in de praktijk te toetsen.

- ▶ Ook wordt aangegeven dat de rol en verantwoordelijkheid van **wetenschappelijke verenigingen** - o.a. in het beschrijven wat effectieve zorg is in richtlijnen en het bewijzen dat de zorg effectief is - wordt gemist in het beleidsvoornemen. Ook zij moeten daarvoor beschikken over het juiste instrumentarium. Een van de stakeholders geeft aan dat het *real time* kunnen meten van effectieve zorg mogelijk gemaakt moet worden.
- ▶ De **IGJ** ziet op dit moment nog geen duidelijke rol voor zichzelf weggelegd, met name omdat de IGJ niet door een 'effectiviteitsbril' kijkt. Wat effectieve zorg is hoeft niet per se goede zorg(verlening) te zijn en andersom.

Aanvullend zijn er suggesties gedaan die specifiek betrekking hebben op één van de drie componenten uit het beleidsvoornemen. Deze verbeteringsuggesties staan op de volgende pagina's.

Door stakeholders worden diverse suggesties gedaan om (de haalbaarheid van) het beleidsvoornemen te verbeteren [2/2]

Er worden suggesties gedaan om de haalbaarheid van het beleidsvoornemen te verbeteren.

Door stakeholders worden suggesties gedaan om de haalbaarheid te bevorderen:

- Binnen het pakketbeheer **eerst ingrijpen** op daar waar de **grootste winst te behalen** is. Dit vraagt om de '*grootste noden in kaart te brengen*'. Bijvoorbeeld het inzichtelijk maken bij welke zorg de arbeidsinzet het hoogst is en daar gericht onderzoeken of dat opweegt tegen wat die zorg oplevert voor patiënten. Een selectiekader zoals beschreven in beleidslijn 3 kan hieraan bijdragen.
- Bij het onderzoeken naar wat effectieve zorg is kunnen ook **andere toetsingsmethodologieën** dan het RCT worden gehanteerd, zoals Cohort- of correlatiestudies. Dit verkort doorlooptijden van de betreffende onderzoeken.
- Stimuleren dat extra **registratie** over effectiviteit van behandelingen zoveel als mogelijk **aan de bron** gebeurt, zodat extra administratieve lasten waar mogelijk worden beperkt. Zo wordt aan een belangrijke randvoorwaarde voldaan voor sneller en beter onderzoek naar effectiviteit in de toekomst.

Stakeholders reiken aandachtspunten aan specifiek voor het verbeteren van de toets op het basispakket [1/2]

Stakeholders hebben aandachtspunten bij het expliciteren van effectiviteit (beleidslijn 1).

De meeste stakeholders hebben niet direct bezwaren bij het expliciteren van **effectiviteit** als wettelijk criterium. Echter, het **definiëren van effectiviteit** met bijbehorende uitkomstmaten vraagt om nadere uitwerking.

Stakeholders zijn het erover eens dat er verder moet worden gekeken dan sec klinische uitkomstmaten als het gaat over effectiviteit:

- **Arbeidsinzet** wordt ook genoemd als belangrijke uitkomstmaat. Echter de meetbaarheid hiervan is een uitdaging. Een van de stakeholders doet de suggestie om te onderzoeken of via HTA arbeidsinzet meetbaar kan worden gemaakt.
- **Kwaliteit van leven** wordt als belangrijkste uitkomstmaat genoemd (met name voor de langdurige zorg). Ook wordt de bredere gezondheid als uitkomstmaat genoemd. Bij ZonMw lopen programma's waarmee indicatoren worden opgesteld om kwaliteit van leven en bredere gezondheid te meten.

Stakeholders hebben aandachtspunten bij het expliciteren van kosteneffectiviteit (beleidslijn 1).

In algemene zin vinden stakeholders dat **kosteneffectiviteit zwaarder mag wegen** binnen de toets op het basispakket.

- Wel uiten gesprekspartners hierbij **praktische bezwaren**, zo wordt de vraag gesteld *wie* deze berekeningen gaat maken ('*nu al wordt vaak naar elkaar gewezen als het gaat over budget impact analyses die staan in de richtlijnen*'). Daarbij is er vaak onvoldoende data om deze berekeningen te kunnen maken.
- Ook wordt aangegeven dat kosteneffectiviteit een **lastig te duiden begrip** is ('*wanneer is het kosteneffectief voor wie en wat is daarbij passend bewijs?*'). Het is lastig om de zorg- en maatschappelijke kosten/baten in kaart te brengen. De suggestie wordt gedaan om in het beleidsvoornemen duidelijk het verschil aan te geven tussen kosteneffectiviteit en maatschappelijke kosten en baten.
- Het expliciteren van kosteneffectiviteit kan alleen als wordt voldaan aan een belangrijke **randvoorwaarde**, namelijk dat er een alternatieve behandeling moet zijn waarmee de behandeling kan worden vergeleken (lees: *ten opzichte van welke zorg of behandeling in welke setting door welke behandelaar is de zorg of behandeling kosteneffectief?*).

Stakeholders reiken aandachtspunten aan specifiek voor het verbeteren van de toets op het basispakket [2/2]

Stakeholders hebben beperkt input bij het stellen van aanvullende criteria (beleidslijn 2).

In algemene zin wordt door stakeholders aangegeven dat het stellen van aanvullende criteria **zinnig kan zijn**, maar dat het aantonen van de effectiviteit nodig blijft.

Stakeholders vinden het lastig om specifieke aanvullende voorwaarden te noemen die bijdragen aan de effectiviteit en kwaliteit van zorg voordat deze verzekerd is. Het kan logisch zijn om bijvoorbeeld te kijken naar een minimum aantal behandelingen per jaar. Maar, alleen als er bewijs is dat hierdoor deze specifieke behandeling effectiever is.

Stakeholders reiken aandachtspunten aan specifiek voor het verbreden van de toets op het basispakket [1/2]

Stakeholders hebben opmerkingen en aandachtspunten bij een bredere toetsing (beleidslijn 3).

Bij het verbreden van de toets gaat het enerzijds om het ontwikkelen van een (maatschappelijk relevant) selectiekader om bredere toetsing (niet-geneesmiddelen) mogelijk te maken. De volgende opmerkingen en aandachtspunten worden genoemd bij het te hanteren selectiekader voor een bredere toetsing:

- ▶ Door alle stakeholders wordt genoemd dat – naast de kosten - de **arbeidsintensiteit** moet worden meegenomen als criterium.
- ▶ Stakeholders zien meerwaarde van het incorporeren van **maatschappelijke waarden** in de toetscriteria, denk bijvoorbeeld aan de maatschappelijke wens om patiënten zo lang mogelijk thuis te laten wonen.
- ▶ De volgende **andere criteria** worden genoemd t.b.v. het selectiekader bij een bredere toetsing: veiligheid voor de patiënt; toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt; therapietrouwheid; duurzaamheid; digitaal tenzij; thuis tenzij; uitvoerbaarheid (o.a. spiegelinformatie); mate van praktijkvariatie; en administratieve lasten.
- ▶ Stakeholders vinden ook dat **organisatie van zorg** moet worden meegenomen bij een bredere toetsing. Organisatie van zorg heeft (nog) een te summiere plek in het beleidsvoornemen.
- ▶ Ook wordt ervoor gepleit om ook de **complexiteit van toetsing** mee te nemen. Bij het doen van een bredere toetsing wordt de suggestie gedaan om kennis op te doen uit wetenschap, maar ook op basis van ervaringen uit de praktijk.

Anderzijds gaat het verbreden van de toets over het equiperen van (met name) het Zorginstituut om de werkzaamheden te intensiveren.

Hier zijn verschillende meningen over:

- ▶ Een stakeholder geeft aan dat het explicieter verankeren van de taken van het Zorginstituut in wetgeving **niet nodig** is, omdat het Zorginstituut haar doorzettingsmacht nu al kan gebruiken als tripartiet geen uitspraken worden gedaan over wat goede/effectieve zorg is.
- ▶ In hoeverre het verankeren van de taken van het Zorginstituut in wetgeving **'handelingsverlegenheid'** bij het Zorginstituut oplost, wordt door een van de stakeholders in twijfel getrokken.

Er worden verschillende **randvoorwaarden** genoemd als taken van het Zorginstituut explicieter verankerd worden in wetgeving:

- ▶ De criteria waaraan het Zorginstituut toetst moeten duidelijk, vastgelegd en transparant zijn.
- ▶ Het Zorginstituut moet op een transparante manier communiceren over de criteria waaraan wordt getoetst, ook wanneer zorg en/of geneesmiddelen al zijn opgenomen in het pakket.
- ▶ De rolverdeling van het Zorginstituut ten opzichte van andere partijen moet helder worden omschreven.
- ▶ Het Zorginstituut moet beschikken over voldoende capaciteit en de juiste instrumentarium om haar taken uit te kunnen voeren.

Stakeholders reiken aandachtspunten aan specifiek voor het verbreden van de toets op het basispakket [2/2]

Stakeholders hebben opmerkingen en aandachtspunten bij het moment van toetsing (beleidslijn 4).

Diverse suggesties en aandachtspunten worden aangereikt bij het moment van toetsing:

- De meeste stakeholders zijn voorstander van het 'continu onderhouden' van het pakket c.q. een **life-cycle-approach** bij toetsing en daarmee niet alleen eenmalig toetsen. Dit kan door na initiële toelating te blijven evalueren en monitoren en hier bij toelating duidelijke afspraken over te maken. Een randvoorwaarde hiervoor is dat de juiste informatie beschikbaar is en blijft.
- Daarnaast wordt opgeroepen om de toetsing zoveel mogelijk **in de praktijk** te laten plaatsvinden (en daarmee vlak na instroom), mits dit niet ten koste gaat van de veiligheid van de patiënt. Hierdoor komen innovaties in de zorg sneller en beter van de grond. Wel vraagt dit om goede communicatie; zodat patiënten en professionals ook begrijpen dat als een interventie niet werkt, deze uit het pakket wordt gehaald.
 - Een van de stakeholders geeft daarbij aan dat het belangrijk is dat er met aanbieders van zorg duidelijke afspraken worden gemaakt na welke periode, op welke wijze, zij op basis van welke parameters aantonen dat de zorg al dan niet effectief is gebleken.

Stakeholders reiken aandachtspunten aan specifiek voor oranje zorg

Stakeholders doen suggesties bij de koppeling tussen aanspraak en onderzoek oranje zorg (beleidslijn 5).

Op hoofdlijnen zijn stakeholders het erover eens dat zorg die niet bewezen effectief is niet moet worden opgenomen in het basispakket. Echter, het **aantonen dat zorg niet bewezen effectief is, is complex**. Ook kan het per patiënt verschillen of zorg wel of niet effectief is.

Bij het doen en/of financieren van onderzoek naar effectieve zorg worden suggesties gedaan. De suggesties in willekeurige volgorde:

- ▶ De **stem van de patiënt** moet nadrukkelijk worden meegenomen binnen onderzoek.
- ▶ Bij de agendering/prioritering van onderzoek **criteria meegeven voor de kennisagenda's** aan wetenschappelijke verenigingen. Denk aan criteria zoals hoog volume zorg.
- ▶ Ervoor zorgen dat ook voldoende onderzoek wordt gedaan naar **zeldzame aandoeningen** en onderzoek bij kleine groepen patiënten.
- ▶ Het is nodig om de afweging te maken of onderzoek belangrijker is bij een patiëntengroep waar al een interventie voor is t.o.v. een patiëntengroep waar nog geen interventie voor is.
- ▶ Er moet rekening worden gehouden met **onzekerheden** omtrent bewijs. Het aantal onzekerheden neemt toe met het groeiende aanbod van innovaties en (gepersonaliseerde) behandelingen. Rekening houden met onzekerheden betekent kijken naar mogelijkheden om zorg tijdelijk toe te laten en bijvoorbeeld

naar onderzoek om de onzekerheden te beperken.

Bij eventuele **overlappende interventies** (Zvw en Wlz) zijn stakeholders van mening dat deze op een zelfde manier moeten worden getoetst binnen het pakketbeheer. Het is onbekend om hoeveel interventies dit gaat. De suggestie wordt gedaan om dit in kaart te brengen.

Stakeholders hebben suggesties en aandachtspunten bij de herinrichting van het financieringslandschap (beleidslijn 6).

De meeste partijen kunnen zich goed vinden in de lijn van VWS om het financieringslandschap her in te richten met meer synergie tussen programma's. ZonMw blijft hier graag over in gesprek met VWS.

Stakeholders onderschrijven daarmee de lijn dat gestimuleerd wordt dat er meer onderzoek wordt gedaan naar effectiviteit van zorg en dat er meer samenhang is tussen de betreffende onderzoeksprogramma's. Randvoorwaarde hierbij is dat langdurig voldoende middelen beschikbaar moeten worden gesteld om effectiviteit aan te kunnen tonen én dat dit ook domeinoverstijgend moet kunnen.

Hierbij wordt de suggestie gedaan om ook onderzoek/programma's te financieren die gaan over het **de-implementeren** van interventies.

Door een van de stakeholders wordt het aandachtspunt meegegeven dat het belangrijk is om oog te hebben dat **alle doelgroepen** (o.a. verstandelijk gehandicapten) worden geïnccludeerd binnen de onderzoeken.



Andersson Elffers Felix

Inhoudelijke reflectie AEF

22-11-2022

Op de korte termijn is het niet realistisch dat het beleidsvoornemen zelfstandig bij kan dragen aan een bezuinigingsreeks

AEF is door VWS gevraagd om de gesprekken met de stakeholders te begeleiden en de rode draad uit deze gesprekken te destilleren. Op deze en de volgende pagina schetsen wij op hoofdlijnen onze eigen reflectie na het bijwonen van de gesprekken, met het doel om VWS te ondersteunen bij het maken van keuzes om de beoogde bezuinigingsreeks te realiseren.

Met het beleidsvoornemen is het behalen van een bezuiniging op korte termijn niet realistisch.

Onze inschatting is dat het niet haalbaar is om in de curatieve zorg een bezuiniging te realiseren op korte termijn met het beleidsvoornemen in de huidige vorm. Wij onderschrijven om te beginnen de twee hoofdargumenten van de stakeholders:

- ▶ Nog onvoldoende is **gedefinieerd** wat (kosten)effectiviteit is en welke uitkomstmaten hiervoor worden gehanteerd. Daarbij wordt zorg in toenemende mate multidisciplinair verleend, waardoor het definiëren van wat (kosten)effectiviteit nog ingewikkelder is.
- ▶ Het **bewijzen** van (kosten)effectiviteit is complex. Uitkomstmaten worden nog onvoldoende goed geregistreerd en het uitwisselen van data is vaak nog niet mogelijk. Het bewijzen van effectiviteit gaat al snel gepaard met extra administratieve lasten.

In algemene zin is op dit moment nog veel zorg niet bewezen effectief. Het onderzoeken en/of toetsen van (al) deze bestaande (en nieuwe) zorg op effectiviteit vraagt echter veel inzet en tijd.

Pakketbeheer is in huidige vorm een te grof instrument.

Naast de haalbaarheid van het beleidsvoornemen, zijn wij van mening dat pakketbeheer in de huidige vorm een te grof instrument is voor het realiseren van een bezuinigingsopgave op korte termijn. De enige manier om (snel) te besparen zou een digitale keuze zijn om specifieke vormen van zorg uit het pakket te halen. Maar of een behandeling (kosten)effectief is, is **afhankelijk van de context**, waaronder factoren zoals leeftijd, leefstijl enzovoort. Voor vrijwel elke behandeling in het pakket geldt dat er een groep patiënten – hoe klein ook – buiten de boot valt die er wél baat bij heeft. Het schrappen van een behandeling stuit begrijpelijkerwijs op veel weerstand.

Veelzeggend is dat uit de gesprekken niet is op te maken, welke zorg als eerste in aanmerking zou moeten komen om uit het pakket te halen. Hoewel men het in algemene zin eens is dat er ook veel niet-effectieve zorg wordt verleend, weet niemand echt 'laaghangend fruit' aan te wijzen.

Met aanvullende routes kan sneller meer impact worden gemaakt.

Bovenstaande wil niet zeggen dat pakketbeheer geen waarde heeft. Uiteraard is het zinvol om interventies in het pakket kritisch te blijven beschouwen en duiden. En het moet mogelijk blijven om een (dure) behandeling uit het pakket te halen als deze duidelijk niet (kosten)effectief is. Maar op basis van de gespreksronde concluderen we dat een dergelijke ingreep aan zoveel criteria en randvoorwaarden moet voldoen, dat niet te verwachten is dat hier snelle slagen mee te maken zijn.

Daartegenover zijn er ons inziens ook andere routes, waarmee mogelijk met minder tijd en inzet meer impact kan worden gemaakt. Op hoofdlijnen beschrijven we ons beeld daarvan op de volgende pagina.

Pakketbeheer is één van de puzzelstukken in een samenspel aan maatregelen om de hoeveelheid niet-passende zorg te verminderen

We zien verschillende aangrijpingspunten die in gezamenlijkheid met het beleidsvoornemen kans moeten bieden om de hoeveelheid niet-passende zorg te verminderen.

Zoals aangegeven levert pakketbeheer dus vrijwel geen '0 of 1'-uitkomsten op. Duiding van (delen van) het pakket kan wel uitspraken opleveren over de mate van passendheid van de behandeling, de context waarin deze meer of minder effectief is, et cetera. Langs die route kan pakketbeheer ook streefbeeld en opleveren over volume-ontwikkelingen, kansen voor substitutie et cetera. Het ontwikkelen van dergelijke beelden is zoals gezegd echter complex, gegeven het ontbreken van maatstaven, data, et cetera. Daar staat tegenover dat een lagere lat voor de uitkomst van een toets op het basispakket (minder digitaal) ook ruimte geeft voor een minder zware, en dus snellere toetsing.

Het realiseren van passende zorg heeft veel kenmerken van een *'wicked problem'*: het probleem is voor veel definities en uitleg vatbaar, er is niet één duidelijke oplossingsroute in beeld, er is amper ruimte om oplossingen echt te testen en elke oplossing lijkt weer nieuwe vragen op te roepen. Dat vraagt – onder andere – om een aanpak op meer fronten tegelijk, om continu leren en om veel *trial and error*. Het is wat ons betreft verstandig om pakketbeheer te zien als één van de (meer randvoorwaardelijke) puzzelstukken in een samenstel aan maatregelen, en om te zoeken naar lerende, cyclische manieren om ermee aan de slag te gaan.

Zonder te willen pretenderen volledig te zijn, geven we hiernaast een overzicht van mogelijke aangrijpingspunten en de aandachtspunten daarbij.

- ▶ Voor (erg) dure behandelingen bestaat de mogelijkheid om een **vergunning** als beheersinstrument te gebruiken. Denkbaar is om de vergunningplicht verder uit te breiden. De praktijk laat zien dat die aanpak niet eenvoudig is, en op veel weerstand kan rekenen. Dat geldt ook in situaties waarin zorg alleen na **machtiging** van de verzekeraar kan worden verstrekt; een instrument dat minder hard ingrijpt, maar nog weinig zichtbare effecten op de uitgaven heeft laten zien.
- ▶ Het vertalen van duiding naar de **zorginkoop** is in het huidige stelsel een complexe zaak. In onze ogen wijst het IZA terecht naar regio's als een goede schaal om te sturen op zorgproductie: op landelijk niveau is de afstand te groot om te kunnen bepalen welke aanpassingen in het aanbod kansrijk zijn. Toetsing van het pakket kan een bijdrage leveren aan het gesprek op dat niveau. Maar het is niet vanzelfsprekend dat pakketbeheer uiteindelijk leidt tot een aanpassing van de capaciteit en/of het volume van zorg in de regio.
- ▶ Daarnaast zijn **zorgpaden** uiteraard ook een aangrijpingspunt. Duiding van het pakket kan leiden tot aanscherping van richtlijnen, en aanbevelingen voor *stepped care* en andere aanpassingen in verwijsgedrag. Een route die weinig is genoemd maar die we hier toch wel willen aanstippen, is gericht op bewustwording bij de verzekerde, c.q. patiënt. Ook die route vraagt echter om langere adem.
- ▶ **Preventie** wordt ten slotte veel genoemd als het gaat om volumebeheersing in de zorg. Het grote probleem daarbij is echter, dat veel preventie niet leidt tot kostenverlaging. Via preventie komen vaak meer zorgvragen in beeld, en het winnen van levensjaren kan ook tot hogere (zorg)kosten op latere leeftijd leiden.

Bijlage 1

Gesprekspartners VWS

Gesprekspartners VWS in juli

Organisatie	Gesprekspartner(s)
KNMP	- Henk Vermaat - Aad Noordermeer - Sander Hubert - Claudia Simon-van Waardhuizen
NZa	- Willemien Alting - Erik Langeveld
ZIN	- Nele Kootstra-Drewes - Ineke van der Voort - Jacqueline Zwaap - Anne-Margot Pot
NHG	- Leo van Rossum - Claudia Molema
Federatie Medisch Specialisten	- Joyce van Croonenborg - Teus van Barneveld
Patiëntenfederatie Nederland	- Elmar Pels - Winny Toersen - Linda Daniels-van Saase
ZonMw	- Hannie Bonink - Ruud van Zessen - Tamar Smit - Marije Blok

Gesprekspartners VWS in september en oktober

Organisatie	Gesprekspartner(s)
ZN en Zilveren Kruis	- Jan Reitsma (ZN) - Christine Ritoë (ZN) - Rimke Geels (Zilveren Kruis) - Geerte Ramakers (Zilveren Kruis)
ActiZ	- Gerdienke Ubels - Suzanne Veen - Herma Oosterom
VGN	- Martijn Koot - Marion Kersten
Verenso	- Sandra van Beek - Yvonne Lensink
NVAVG	- Gerjanne Vlasveld - Suzanne Duffels
NVZ, STZ, NFU	- Astrid Verkaar (NVZ) - Frank de Kleijn (NVZ) - Hedwig Neefs (STZ) - Hanna Toornstra (NFU) - Heleen Tijink (NFU)
V&VN	- Willemien Mullender - Petra Schout

Organisatie	Gesprekspartner(s)
de Nederlandse ggz	- Marijke Eerbeek - Monique Strijdonck
FHI (federatie van technologiebranches), FME (de ondernemersorganisatie voor de technologische industrie) en Nefemed	- Luc Knaven (FHI) - Iris van Bommel (FME) - Joost Koot (FME) - Frank Peusen (Nefemed)
IGJ	- Kariene Ensink-Koopman - Marlies Tuinman

A healthcare professional in a black uniform with the 'akeso' logo is measuring a patient's blood pressure. The professional is smiling and looking at the patient. The patient is wearing a blue blood pressure cuff. In the background, there is a medical monitor and a whiteboard with some text. A red diagonal line is on the left side of the image.

Meer weten?

www.aef.nl

Aris van Veldhuisen

Marlijn Althuisen

22-11-2022