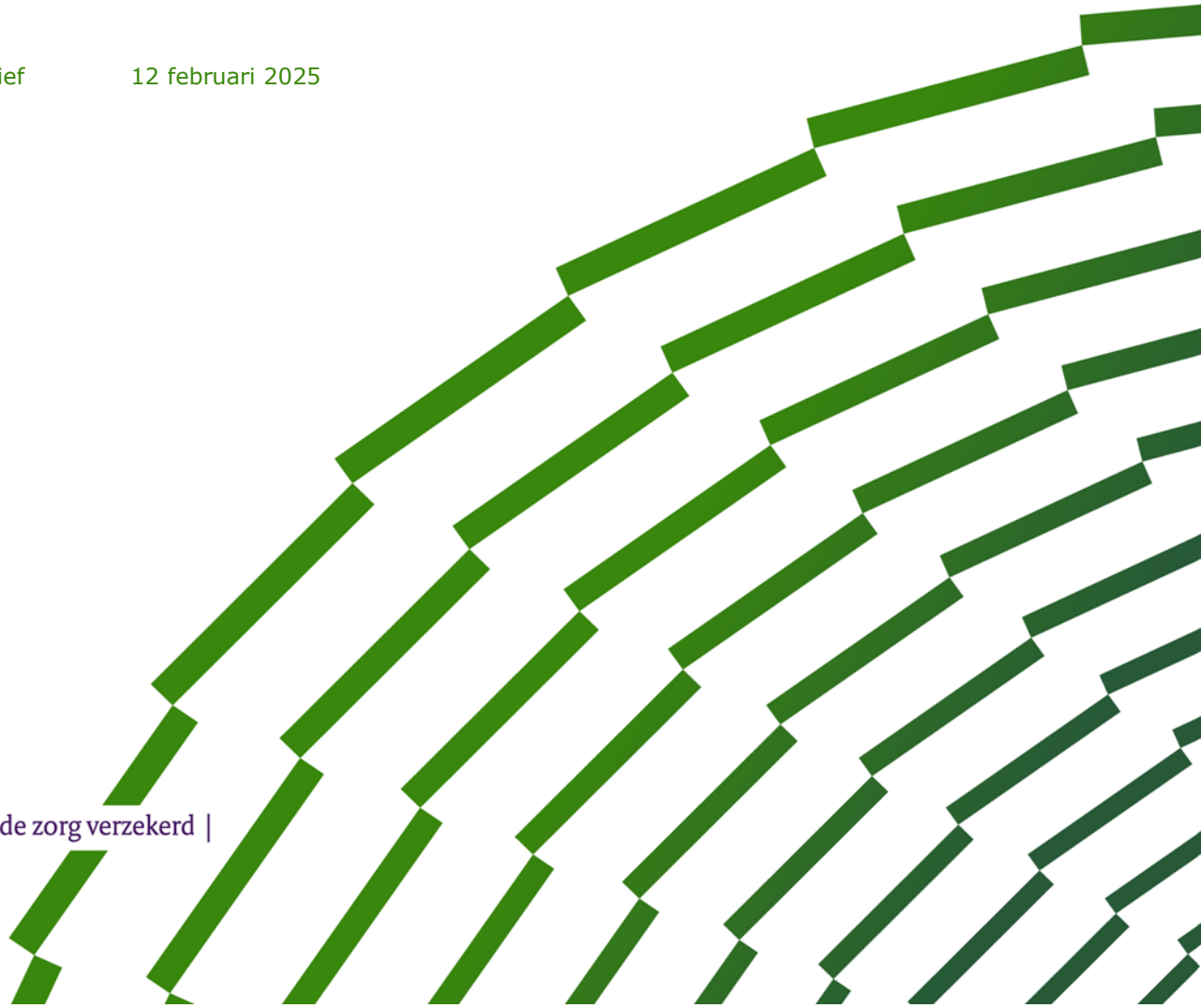
Zorginstituut Nederland

Maatschappelijk agenderingskader

Het agenderen van impactvolle onderwerpen voor pakketbeheer

Definitief 12 februari 2025



| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

	Samenvatting	**3**
1	**Inleiding**	**5**
2	**Analyse en context van de vraag**	**7**
3	**Het maatschappelijke agenderingskader**	**11**
3.1	Input voor selectiecriteria	11
3.2	Beschrijving van de selectiecriteria	12
3.2.1	Maatschappelijke ziektelast	12
3.2.2	Arbeidsinzet	13
3.2.3	Financiële impact	13
3.2.4	Klimaat en milieu-impact	13
3.2.5	Ongewenste praktijkvariatie	14
3.2.6	Gezondheidswinst of gezondheidsverlies	14
3.2.7	Domein en sector overstijgende aspecten	14
3.3	Normen en drempelwaarden voor criteria	14
3.4	Regels voor toepassing van de criteria	14
4	**Voorwaarden aan het agenderingsproces**	**16**
5	**Consultatie en advies aan RvB Zorginstituut**	**17**
5.1	Consultatie van belanghebbende partijen	17
5.2	Advies aan RvB Zorginstituut	17
	Colofon	**18**

Samenvatting

Er zijn zorgen over de toekomstbestendigheid van de zorg in Nederland. De zorgvraag stijgt, maar niet de mensen en middelen die nodig zijn om deze zorg te leveren. Ook is men zich steeds meer bewust van negatieve invloed die de zorg heeft op ons milieu en klimaat.
Alle betrokken partijen hebben in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afgesproken om met elkaar een beweging naar passende zorg te maken. Die zet primair in op het voorkómen dat mensen in de zorg terecht komen. En wanneer er toch zorg nodig is, dan moet het passende zorg zijn; samen besloten, dichtbij en door de juiste persoon, gericht op gezondheid en duurzaam. moet goed worden gekeken welke interventie voor iemand passend is en hoe die zorg geleverd kan worden binnen de personele en financiële mogelijkheden en met een minimale impact op het milieu.

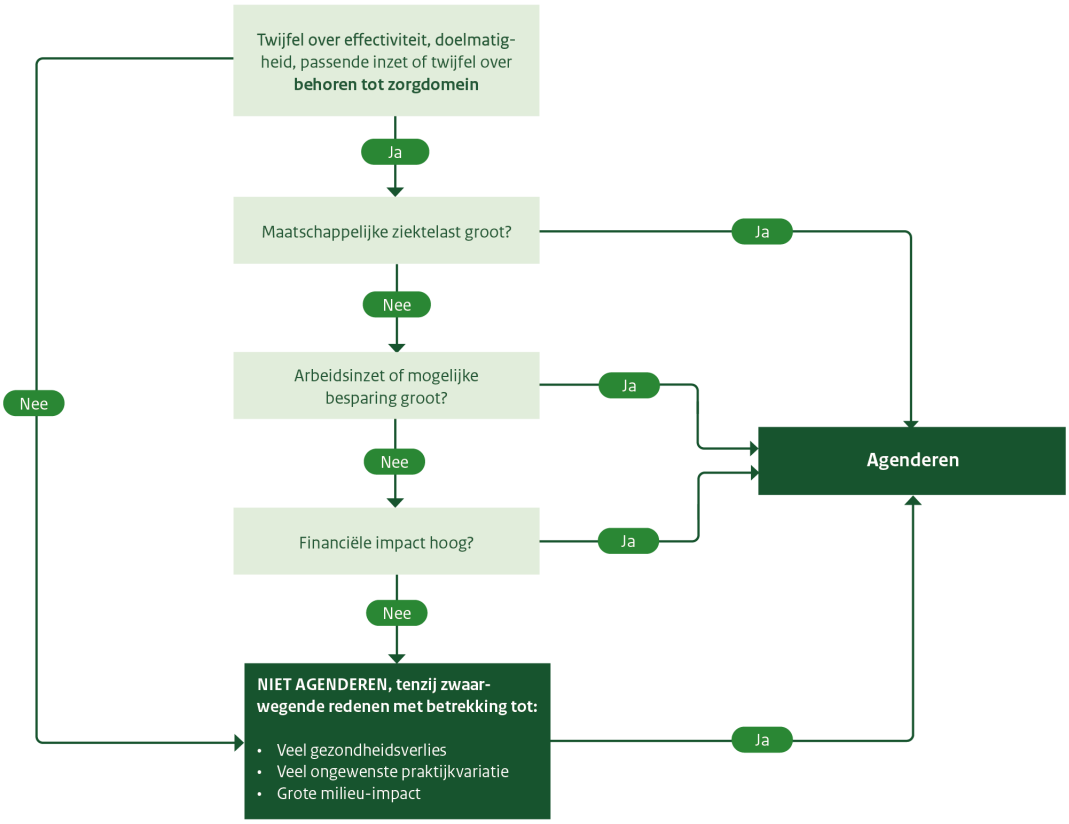
Omdat veel zorg in Nederland uit collectieve middelen wordt vergoed (het basispakket), is het samenstellen van dat basispakket, het pakketbeheer, een belangrijk aangrijpingspunt om bij te dragen aan passende zorg. Partijen hebben daarom in het IZA afspraken gemaakt over het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB). Die afspraken gaan over het afwegen van meer criteria dan alleen effectiviteit bij een besluit over vergoeding van een interventie (verbeteren) en over het toetsen van meer interventies in het zogenaamde open pakket aan deze verbeterde criteria (verbreden). In dit deel van het basispakket worden namelijk weinig pakketbeoordelingen gedaan door het Zorginstituut en door zorgverzekeraars. Zorgaanbieders zijn hier primair zelf verantwoordelijk voor het leveren en declareren van zorg die voldoet aan de wettelijke criteria voor vergoeding.

Omdat het open pakket heel erg veel zorg omvat, is het belangrijk bij de verbreding van de toets op het basispakket de focus te leggen op de meest impactvolle onderwerpen. Dit agenderingskader dient om partijen te helpen bij het bepalen of een onderwerp belangrijk genoeg is om op de pakketagenda te zetten of om anderszins als sector op te pakken.

Het maatschappelijk agenderingskader richt zich op onderwerpen die veel impact hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van verzekerde zorg. Omdat deze drie publieke waarden niet altijd in balans zijn, moeten hierin keuzen worden gemaakt. Het agenderingskader stelt het perspectief van toegankelijkheid centraal omdat de toenemende schaarste aan zorgpersoneel steeds meer druk legt op de toegankelijkheid van verzekerde zorg. Dat maakt het extra relevant om “aan de voorkant” goed te kijken welke zorg voor collectieve rekening moet komen. De vraag wie vervolgens in geval van (kritieke) schaarste de verzekerde zorg wel of niet moet krijgen, is geen vraag die met het pakketbeheer kan worden beantwoord.

Het agenderingskader bestaat uit de volgende selectiecriteria: maatschappelijke ziektelast, ongewenste praktijkvariatie, arbeidsinzet, klimaat- en milieu-impact, gezondheidswinst en financiële impact. Een criterium dat wel relevant is, maar van een iets andere orde, is of zorg met veel sector en domein overstijgende kenmerken wel thuishoort in het zorgdomein. Dergelijke zorg kan mogelijk in een ander domein passender worden ingezet.

Vanuit het dominante perspectief van de toegankelijkheid leiden hoge scores op maatschappelijke ziektelast en/of arbeidsinzet tot het op de agenda plaatsen van een onderwerp. Omdat de betaalbaarheid onverminderd de aandacht behoeft en die bovendien vaak ook samenhang vertoont met de genoemde criteria, leidt ook een hoge score op financiële impact tot agendering. Andere criteria leveren niet zonder meer agendering op. Onderstaande figuur illustreert dit.



Dit maatschappelijk agenderingskader is vooral gericht op de vraag welke criteria onderscheidend zijn voor het signaleren, selecteren en agenderen van impactvolle onderwerpen. Minstens zo belangrijk is echter het proces waarin dit gebeurt. Hierin hebben partijen (zoals wetenschappelijke verenigingen en vakgroepen) in de zorg zelf de belangrijkste rol: zij kennen vanuit de praktijk de voorbeelden van zorg die mogelijk aan deze criteria voldoen en hebben een gevoel wat binnen hun sector als norm (wat is veel of weinig) en signaalwaarde (bij welke minimale waarde wordt een criterium relevant) kan gelden voor de verschillende criteria. Het Zorginstituut kan hierin faciliteren.

Het maatschappelijk agenderingskader komt voort uit een IZA afspraak om een agenda voor cyclisch pakketbeheer op te stellen en daarbij in ieder geval uit te gaan van een aantal criteria. Op basis van die criteria is een eerste pakketagenda voor cyclisch pakketbeheer (2023-2025) tot stand gekomen. VWS heeft het Zorginstituut in de tweede VVTB brief gevraagd de in de IZA genoemde prioriteringscriteria uit te werken in een maatschappelijk agenderingskader. Het kader dat het Zorginstituut vervolgens heeft opgesteld is, na consultatie van de IZA-partijen, goedgekeurd door de IZA Thematafel passende zorg op 14 januari 2025 en vastgesteld door de RvB van het Zorginstituut op 12 februari 2025. Het wordt inmiddels gebruikt in het proces om te komen tot de (tweede) Pakketagenda voor cyclisch pakketbeheer 2026-2028. Op basis van de ervaringen kan dit kader verder worden ontwikkeld en verrijkt, bijvoorbeeld met normen en signaalwaarden, al dan niet per sector.

1 Inleiding

Er zijn zorgen over de toekomstbestendigheid van de zorg in Nederland. De zorgvraag stijgt, maar niet de mensen en middelen die nodig zijn om deze zorg te leveren. Ook is men zich steeds meer bewust van negatieve invloed die de zorg heeft op ons milieu en klimaat.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben overheid, partijen in de zorg en het sociale domein de handen ineen geslagen om met allerlei maatregelen bij te dragen aan passende zorg. Passende zorg is de beweging die nodig is om de zorg toekomstbestendig te maken. Die beweging moet leiden tot zorg die waarde gedreven is, dicht bij en samen met de patiënt tot stand komt, doelmatig is georganiseerd en die gericht is op gezondheid en niet op ziekte. Om aan die principes te kunnen voldoen, moeten alle betrokken partijen kritisch kijken naar de zorg die zij leveren.

Veel van de IZA afspraken gaan over het pakketbeheer. Immers, het overgrote deel van de zorg wordt vergoed uit collectieve middelen. Het samenstellen en beheren van dit brede pakket aan verzekerde zorg is daarmee een belangrijk aangrijpingspunt om tot passende zorg te komen. Een middel dat hierbij kan worden ingezet, is het uitvoeren van een pakketbeoordeling. Die vinden echter in de praktijk maar sporadisch. Om patiënten snel toegang te geven tot nieuwe zorg geldt voor het overgrote deel van de zorg namelijk een generieke norm (Stand van de Wetenschap en praktijk). Zorgverzekeraars mogen alleen zorg vergoeden die aan deze norm voldoet. Zij baseren zich hierbij op de richtlijnen van zorgprofessionals. De zorg gaat op die manier "vanzelf" deel uitmaken van het basispakket. Dit wordt in de praktijk ook wel het "open pakket" genoemd. Als hier twijfel over is, kunnen zorgverzekeraars of het Zorginstituut een expliciete pakketbeoordeling doen, maar dat gebeurt dus niet vaak.

Zo kan het gebeuren dat er zorg wordt vergoed die bij nadere bestudering niet voldoende bewezen effectief is of waarvan dat niet bekend is. Dit is één van de redenen van het ontstaan van het programma ZE&GG. Dit programma richt zich nu nog alleen op de medisch specialistische zorg, maar gaat in de toekomst ook verbreden naar andere sectoren.
Niet alleen is het een knelpunt dat in het open pakket soms zorg wordt vergoed die niet voldoende bewezen effectief is, het wordt ook maatschappelijk gezien steeds belangrijker om zorg niet alleen langs de lat van de effectiviteit te leggen. Omdat financiële en personele middelen schaars zijn én inmiddels duidelijk is dat de gezondheidszorg ook bijdraagt aan milieuvervuiling en klimaatverandering, wordt de afweging belangrijker tussen de waarde die zorg toevoegt voor patiënten en de middelen die daarvoor nodig zijn. Is deze verhouding ongunstig, dan wordt andere zorg verdrongen die schaarse personele en financiële middelen beter benut en/of die een kleinere milieu-impact heeft.

Om de samenstelling van ons basispakket beter aan te laten sluiten bij deze maatschappelijke uitdagingen, is onder de vlag van het IZA het programma *Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket* (VVTB) van start gegaan. De essentie van het programma is dat zorg straks aan meer criteria wordt getoetst dan alleen effectiviteit (verbeteren) en dat dit over de volle breedte van de zorg gebeurt (verbreden).
Dit maatschappelijke agenderingskader is bedoeld om focus te geven aan het verbreden. Het open pakket is immers zeer omvangrijk. Er kan dus niet worden gekeken naar alle zorg en dat is ook niet zinvol. Het is belangrijk de focus te leggen op de onderwerpen die het meest impact hebben voor patiënten en samenleving.

Dit maatschappelijk agenderingskader stelt dient zowel om het Zorginstituut impactvol te laten agenderen, als om partijen zelf te helpen bepalen welke zorg met voorrang in het kader van de pakketwaardigheid onder de loep zou kunnen worden genomen. De opdracht van VWS aan ZIN als onderdeel van VVTB is om tot dit maatschappelijk agenderingskader te komen is als volgt geformuleerd:

Het is belangrijk om impactvolle onderwerpen te identificeren en prioriteren voor duidingen

en adviezen. ***Daarom vraag ik u samen met zorgpartijen een richtinggevend maatschappelijk agenderingskader op te stellen****. Dit kader kunnen zowel het Zorginstituut als veldpartijen (bijvoorbeeld zorgverleners, zorgverzekeraars, wetenschappelijke verenigingen) gebruiken om impactvolle onderwerpen te identificeren en prioriteren om nader te beschouwen op de stand van de wetenschap en praktijk of passende inzet van verzekerde zorg. Dit maatschappelijk agenderingskader is mede noodzakelijk om te komen tot de gewenste focus voor de pakketagenda 2026-2028, zoals afgesproken door de IZA partijen. Het verzoek is om in het maatschappelijke agenderingskader nadrukkelijk aandacht te besteden aan het feit dat het moet gaan om die zorg die het meest impactvol is binnen de (deel) sector in het kader van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid en waar dit het meest knelt. Neem daarbij ook sector- en domein overstijgende factoren mee. Denk aan eerstelijnszorg, GGZ en het sociaal domein, zoals een aantal zorgpartijen bepleit. Ik vraag u om dit kader begin Q4 2024 gereed te hebben.*

In het IZA is een aantal criteria genoemd die in ieder geval een rol moeten spelen bij het opstellen van een pakketagenda met maatschappelijke impact. Dat zijn de criteria: (grote) ziektelast, (grote) gezondheidswinst, (grote) arbeidsinzet, (veel) praktijkvariatie, (groot) financieel beslag en klimaat- en milieu-impact. In de pakketagenda 2023-2025 hebben het Zorginstituut en partijen onderwerpen deze criteria voor het eerst gebruikt.

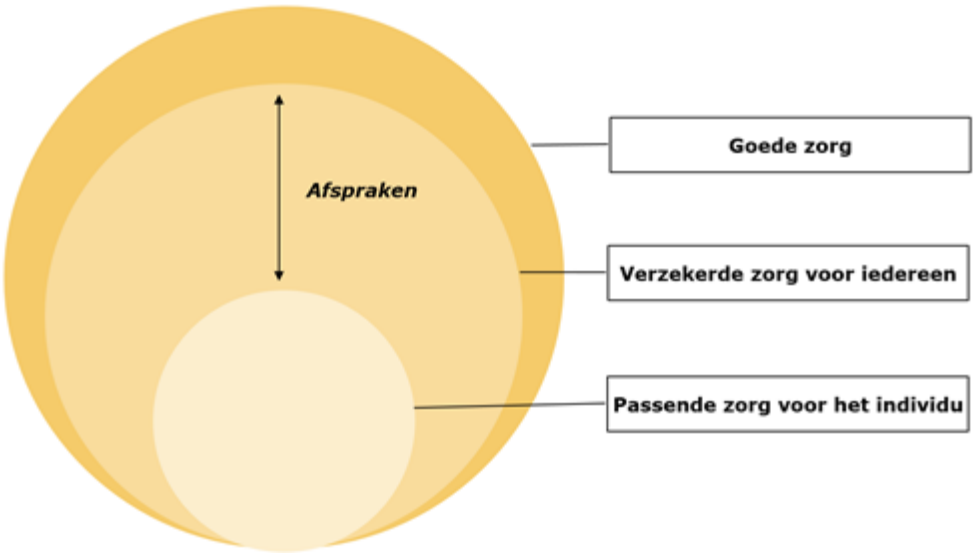
Dit agenderingskader is bedoeld om partijen in staat te stellen om impactvolle zorg binnen hun (deel)sector beter te identificeren voor agendering op de pakketagenda (2026-2028) of voor andere initiatieven in hun sector. Hiermee kunnen zij invulling geven aan hun maatschappelijke verantwoordelijkheid om effectieve zorg te leveren tegen een maatschappelijk aanvaardbare inzet van personeel, geld en milieu.

2 Analyse en context van de vraag

In het verzoek om een maatschappelijk agenderingskader is een aantal eisen geformuleerd:
- Het kader moet *maatschappelijk* zijn, dus gaan over wat voor de samenleving van belang is. Het Zorginstituut legt dit uit als dat de onderwerpen van belang moeten zijn voor de publieke waarden toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg;
- Het agenderingskader moet zowel impactvolle onderwerpen identificeren en prioriteren voor duidingen en adviezen als voor de passende inzet van verzekerde zorg;
- Het agenderingskader moet richting geven aan het pakketbeheer door overheid én veldpartijen;
- Het agenderingskader dient om tot focus te komen in de volgende pakketagenda (2026-2028);
- Het agenderingskader moet nadrukkelijk aandacht besteden aan onderwerpen die het meest impactvol zijn binnen de (deel)sector. Dit zijn de onderwerpen waar de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid het meest knelt;
- Het agenderingskader moet ook sector- en domein overstijgende factoren meenemen zoals die vaak spelen bij en tussen de eerstelijn, langdurige zorg, GGZ en sociaal domein.

Aan deze eisen vallen drie punten op. Ten eerste dat de agenda niet alleen gaat over de vraag of zorg "pakketwaardig" is, maar ook over de vraag of deze passend wordt ingezet. Dit sluit aan bij de zienswijze van het "moderne pakketbeheer"[1] waarbij pakketbeheer niet alleen gaat over het uitvoeren van pakketbeoordelingen, maar ook over hoe de verzekerde zorg haar beslag krijgt in de zorgpraktijk.

De relatie tussen het pakketbeheer en passende zorg roept in de praktijk nog wel eens vragen op. Onderstaande figuur verduidelijkt die relatie. Binnen wat op het generieke niveau wordt gezien als goede zorg vindt de afweging plaats of zorg pakketwaardig is (deze afweging is pakketbeheer). De uitkomst daarvan bepaalt welke verzekerde zorg inzetbaar is. Afspraken en informatie zoals vastgelegd in behandelrichtlijnen en keuzehulpen vertalen wat op het generieke niveau beschikbaar is naar richtinggevende uitspraken voor het maken van behandelkeuzen voor individuele patiënten. Zorgverlener en patiënt beslissen vervolgens samen welke zorg in de context van de patiënt passend is. Goede zorg voor het individu kan ook zijn het afzien van zorg of het kiezen voor een optie buiten het zorgdomein.



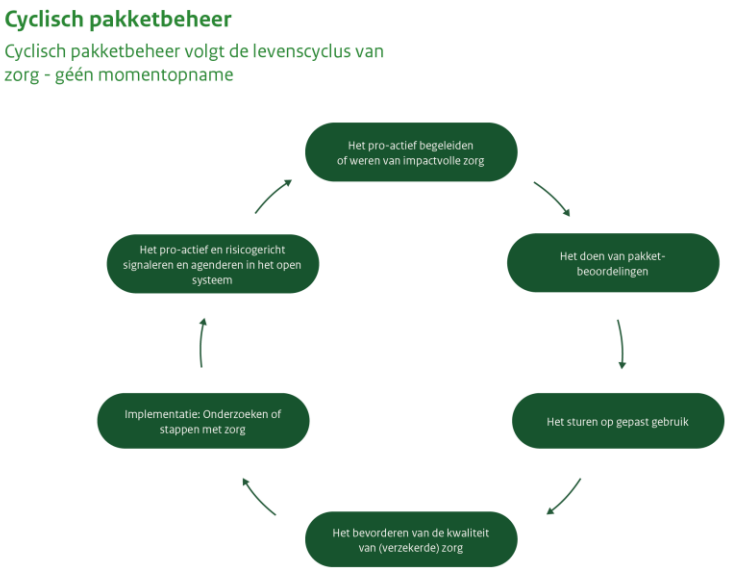
Figuur 1: relatie tussen passende en verzekerde zorg

[1] Dit staat beschreven in de publicatie "pakketbeheer in de praktijk 4" :Rapport - Pakketbeheer in de praktijk 4 | Rapport | Zorginstituut Nederland

Het tweede punt dat opvalt, is dat via het agenderingskader per (deel)sector onderwerpen op de agenda moeten komen die het meest knellen als het gaat om toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Het vinden van een balans tussen deze drie publieke waarden is een belangrijk doel bij de samenstelling van het verzekerde pakket. Deze waarden wijzen echter niet altijd in dezelfde richting. Zo kan meer kwaliteit ten koste gaan van betaalbaarheid (wanneer meer kwaliteit meer kost) of toegankelijkheid (bv wanneer patiënten moeten gaan reizen in geval van concentratie van zorg). Het is dus belangrijk om te bepalen of het gaat om het "knellen" van één van de publieke waarden of om een verstoring van het evenwicht. Waar voorheen vooral de betaalbaarheid een knelpunt was, lijkt tegenwoordig de toegankelijkheid het meest pregnante knelpunt. Dit uit zich onder andere in langer wordende wachtlijsten, overbelaste zorgprofessionals en afnemende kwaliteit van de geleverde zorg.
In de "klassieke" publieke waarden kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid wordt nog geen rekening gehouden met de factor "duurzaamheid". Hieronder kan zowel de ecologische duurzaamheid of de duurzame inzet van zorgpersoneel worden begrepen. Het is daarom van belang de publieke waarde "betaalbaarheid" ruimer te zien dan alleen de financiële houdbaarheid.

Het derde punt dat opvalt gaat over sector en domein overstijgende factoren. Het is bekend dat veel zorgvragen voortkomen uit maatschappelijk problematische omstandigheden van mensen zoals het hebben van schulden, geen of slecht onderdak etc. Dit maakt dat mensen "in zorg" komen terwijl zij veel effectiever geholpen kunnen worden buiten de zorg door de oorzaken van hun problemen aan te pakken.

Een punt dat het Zorginstituut nog wil toevoegen, is dat de maatschappelijke agendering van pakketvraagstukken meer ingebed moet worden in een cyclisch proces. Tot nu toe verloopt het pakketbeheer hoofdzakelijk lineair. Er doet zich een vraagstuk voor dan leidt dat tot een verkenning en een actie, bijvoorbeeld in de vorm van een pakketbeoordeling (een standpunt of een advies), een systeemadvies of een signalement. Het Zorginstituut heeft in de publicatie *Pakketbeheer in de praktijk 4*[1] aangegeven meer te gaan inzetten op het cyclisch pakketbeheer, waarbij het proactief agendering en het monitoren belangrijke stappen zijn die aan het huidige pakketbeheer worden toegevoegd. De onderstaande figuur geeft dit schematisch weer.

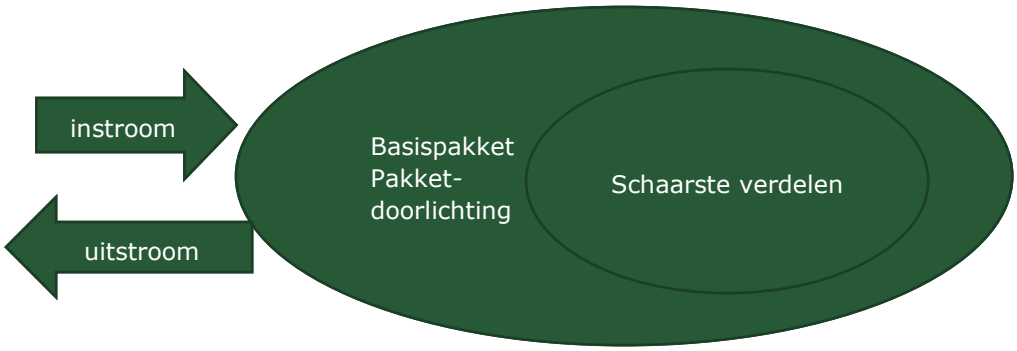


Figuur 2: cyclisch pakketbeheer

Vanuit deze cyclische blik, zou een maatschappelijk agenderingskader zich kunnen richten op verschillende situaties:

- Instroom van nieuwe zorg: het is van belang proactief en tijdig zorg op het spoor te komen die mogelijk knelpunten kan opleveren voor de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van de zorg. In het open systeem moet een manier worden gevonden om zorg "die ertoe doet" tijdig te signaleren en agenderen. Een voorbeeld hiervan is de horizonscan Medtech van het Zorginstituut die impactvolle medische technologie in een vroege fase in beeld brengt;
- Doorlichten van bestaande zorg: het is belangrijk actief te volgen waar risico's zitten in het open pakket voor het onterecht vergoeden van zorg. Om te bepalen of iets een risico is wordt gekeken naar de kans van voordoen en de mogelijke gevolgen voor de samenleving van een "foute beslissing" (niet passende zorg, onterechte vergoeding, ondoelmatige zorgverlening etc). Is de kans groot en de gevolgen ook, dan is de samenleving minder bereid het risico te nemen, wat resulteert in agendering van een onderwerp. Zijn de kans en gevolgen gering, dan is het risico acceptabel en is agendering niet nodig/proportioneel. Om een risicoanalyse te kunnen doen, is een efficiënte methode nodig die risicovolle onderwerpen uitfiltert. Tot nu toe is zo een methode er nog niet. Mogelijk dat nieuwe manieren om data te verzamelen en hier systematisch naar te kijken hierbij kunnen helpen;
- Het verdelen van schaarste: zelfs als alle nieuwe zorg en bestaande zorg goed wordt "gefilterd" op pakketwaardigheid en passendheid, kan het zijn dat de verzekerde zorg niet geleverd kan worden, bijvoorbeeld vanwege een gebrek aan personeel. Dan is er behoefte aan een model om schaarste te verdelen zodat de patiënten die de zorg het meeste nodig hebben deze krijgen.

Onderstaande figuur laat zien hoe deze situaties zich tot elkaar verhouden.



Figuur 3: relatie tussen agenderen van nieuwe en bestaande zorg

De derde situatie, het verdelen van schaarste, verdient enige toelichting omdat dit een steeds dringender vraag is waar vanuit meerdere perspectieven naar kan worden gekeken. Vanuit het brede perspectief van de samenleving betekent schaarste dat we als samenleving zuinig moeten zijn op mensen (de gezondheid van patiënten, de inzetbaarheid van alle inwoners, en de inzet van zorgprofessionals), geld (anders dreigt verdringing van andere (publieke) uitgaven) en natuurlijke bronnen (sommige materialen raken op, en klimaatcrisis en milieuvervuiling bedreigen de planetaire gezondheid). Vanuit dat besef van schaarste en verdringing streven we als samenleving naar een zo zinvol mogelijke inzet van schaarse middelen om een zorgvraag te beantwoorden. Vanuit dit brede perspectief vindt verdeling van schaarste op drie niveaus plaats:

1. Zorgen dat verzekerde zorg **collectief passend** is (goede zorg waar we collectief voor willen betalen, inclusief duidelijke handvatten voor indicatiestelling);
2. Zorgen dat de geleverde zorg **individueel passend** is (dit is een besluitvormingsproces tussen patiënt en zorgprofessional). Hierbij vervullen kwaliteitstandaarden en richtlijnen een brugfunctie;

3. Bij **kritieke schaarste**, waarbij voor individuen met vergelijkbare zorgvraag niet voldoende capaciteit beschikbaar is zorgen voor rechtvaardige verdelingsmechanismen zoals triageprotocollen e.d.

Hoewel het niveau van kritieke schaarste, net als de overweging welke verzekerde zorg collectief passend is, ook om een collectieve afweging vraagt, heeft deze een ander karakter. Het gaat hier immers over het kiezen tussen zorgvragers die gebruik willen maken van hetzelfde schaarse goed. Dat vergt overwegingen van medisch-ethische aard zoals die bijvoorbeeld tijdens de Covid-19 pandemie zijn gemaakt over de beschikbare IC capaciteit

De afspraken in het IZA hebben tot doel om betere keuzen te maken op de eerste twee niveaus, zodat het derde niveau (nog) niet in zicht komt. Veel partijen geven echter aan hier al dagelijks mee geconfronteerd te worden. Het maatschappelijk agenderingskader heeft dus geen betrekking op het kiezen wie de verzekerde krijgt.

Wanneer we op het collectieve niveau kritischer gaan kijken dan nu het geval is of zorg pakketwaardig is door deze aan meer criteria te toetsen dan alleen naar effectiviteit, kan dat ontlastende effecten hebben voor het verdelen van schaarste op de twee andere niveaus. Dat geldt echter alleen wanneer daadwerkelijk wordt besloten om bepaalde zorg niet meer te vergoeden omdat de verhouding tussen wat deze brengt aan gezondheidswinst en kost in termen van personeel, geld en belasting van het milieu te ongunstig is. Dergelijke besluiten zijn maatschappelijk gezien niet onomstreden.

3 Het maatschappelijke agenderingskader

Voor het opstellen van een maatschappelijk agenderingskader voor het pakketbeheer zijn drie dingen nodig:
- Criteria die iets zeggen over het belang (impact) van een onderwerp voor agendering;
- Normen die iets zeggen over hoe het onderwerp op deze criteria scoort. Wat is bijvoorbeeld veel of weinig, groot of klein, veel of weinig? Normen kunnen ook kwalitatief zijn;
- Regels hoe op basis van de scores op de verschillende criteria tot een oordeel over prioritering wordt gekomen. Moet bijvoorbeeld worden voldaan aan één of meer criteria; hoe wordt omgegaan met conflicterende waarden?, etc.

3.1 Input voor selectiecriteria

Om te beginnen moet er twijfel zijn over bepaalde zorg, bijvoorbeeld of deze wel effectief is of doelmatig of anderszins wel passend is. Deze twijfel levert een bepaald risico op dat zorg onterecht wordt verleend en vergoed. Vervolgens moet dat risico substantieel zijn, dus voldoende impact hebben, om in aanmerking te komen voor agendering. Een onderwerp is niet alleen de toepassing van (enkelvoudige) interventie, maar kan ook zijn de inzet van een groep interventies (bijvoorbeeld de plaats in het indicatiegebied) of de afbakening of vormgeving van een verzekerde aanspraak. Voor elk van deze situaties gelden weer onderliggende inhoudelijke criteria.

Pakketcriteria voor in- en uitstroom
Dit zijn de criteria waarmee wordt bepaald of zorg thuishoort in het basispakket. Daarbij maken we een onderscheid tussen verplichte of *knockout* criteria en niet verplichtende criteria. Aan de verplichte criteria moet alle zorg voldoen om uit het basispakket te mogen worden vergoed. Dit zijn:
- Plegen te bieden: de zorg moet tot het behandelarsenaal van een bepaalde beroepsgroep behoren;
- Stand van de wetenschap en praktijk : de zorg moet voldoende bewezen effectief zijn;
- Redelijkerwijs aangewezen: de verzekerde moet op de zorg zijn aangewezen (indicatievereiste).

Daarnaast zijn er pakketcriteria (nog) geen verplichtend karakter hebben:
- Kosteneffectiviteit: de verhouding tussen (meer)waarde van een interventie en de (meer)kosten;
- Noodzakelijkheid: dit criterium gaat zowel over de ernst van de aandoening (ziektelast) als over aspecten van solidariteit, zoals bijvoorbeeld of een behandeling voorzienbaar is of voor eigen rekening kan komen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de vergoeding van vitamine D, rollator of anticonceptie;
- Uitvoerbaarheid: dit criterium gaat over een aantal aspecten ten aanzien van de haalbaarheid en de houdbaarheid van implementatie van een advies.

De criteria kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid worden al toegepast bij pakkettoelating voor het "gesloten pakket". Binnen het programma VVTB wordt verkend of één of meer van deze criteria meer wettelijke verankering moeten krijgen. Daarbij worden ook de arbeidsinzet en (ecologische) duurzaamheid als nieuwe criteria meegenomen. Op verzoek van VWS werkt een tijdelijke commissie van het Zorginstituut aan een uitwerking van deze nieuwe criteria en doet zij voorstellen voor de weging ten opzichte van elkaar en de andere pakketcriteria[2].

Criteria passende zorg
Dit zijn criteria waarmee wordt bepaald hoe de wettelijk verzekerde zorg passend kan worden ingezet. Deze criteria zijn[3]:

[2] Het concept advies van deze commissie is op 6 december 2024 in consultatie gegaan
[3] Zie voor nadere toelichting: Kader Passende zorg | Advies | Zorginstituut Nederland

- Zorg is waardegedreven: zorg moet in ieder geval voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk tegen een maatschappelijk aanvaardbare prijs. Dit criterium is de gemeenschappelijke basis van pakketbeheer en passende zorg;
- Zorg komt rondom en samen met de patiënt tot stand: dit criterium gaat vooral om het samen beslissen en de focus van de behandeling op de specifieke situatie van de patiënt;
- Juiste zorg op de juiste plaats: hierbij staat vooral de doelmatige zorgverlening centraal. Denk bijvoorbeeld aan mogelijkheden van substitutie, concentratie en spreiding van zorg en het toepassen van digitale zorg;
- Zorg is gericht op gezondheid en niet op ziekte: hierbij staat gezond gedrag centraal en de bijdrage die zorg (en ander beleid) hieraan kan leveren.

Het criterium *waardegedreven* combineert in feite de pakketcriteria SWP, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid (budgetimpact). Ook de criteria arbeidsinzet en duurzaamheid zouden hiertoe gerekend kunnen worden. De drie andere criteria voor passende zorg gaan over het richten van verzekerde zorg op de persoonlijke situatie van de patiënt/cliënt en over de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Dit zijn geen keuzen die op overheidsniveau worden gemaakt, maar op het niveau van de regio, van de individuele zorgstelling en in de spreekkamer.

Criteria voor systeemadviezen
Waar de criteria die hierboven zijn beschreven gaan over de pakketwaardigheid en passendheid van de zorg, zijn er ook criteria nodig om te bepalen of pakketwaardige zorg wel op een passende manier in de wettelijke aanspraak is omschreven, of deze in het juiste domein is ondergebracht en of deze goed is afgebakend. Hierbij gaat het niet om inhoudelijke criteria maar om de centrale vraag of de uitvoering ervan leidt tot maatschappelijk rechtvaardige uitkomsten waarbij de *toegang tot zorg* en de mogelijke *uitvoeringsconsequenties* een belangrijke rol spelen[4].

Afhankelijk van het onderwerp, is één van deze sets van criteria van toepassing. Bijvoorbeeld:
- Over een nieuwe interventie bestaat twijfel over de effectiviteit of kosteneffectiviteit (pakketcriterium);
- Over bepaalde zorg zijn er aanwijzingen dat deze doelmatiger kan worden geleverd in de eerstelijn dan in de tweedelijn (passende zorg criterium);
- De huidige omschrijving van zorg in de aanspraak leidt tot slechte toegang van zorg en afbakeningsproblemen (systeemcriteria).

Het feit dat er bij alle drie deze vraagstukken twijfel is of wordt voldaan aan de (wettelijke) criteria, is niet voldoende voor plaatsing op de pakketagenda. Daarvoor moeten ze ook voldoende impact hebben. Daarvoor zijn dus ook *selectiecriteria* nodig

3.2 Beschrijving van de selectiecriteria

De IZA opdracht voor het Zorginstituut en partijen noemt een aantal criteria op basis waarvan in ieder geval de eerste agenda voor cyclisch pakketbeheer (2023-2025) tot stand zou moeten komen: grote ziektelast, grote arbeidsinzet, veel praktijkvariatie, groot financieel beslag en klimaat- en milieu-impact.
De partijen die aan deze eerste pakketagenda hebben meegewerkt, gaven aan de criteria allemaal relevant te vinden (klimaat- en milieu-impact het minst). Wel waren zij van mening dat de criteria neutraal zouden moeten worden geformuleerd, dus zonder richting. Meerdere partijen hebben voorgesteld het criterium 'mate van gezondheidswinst' toe te voegen aan het selectiekader. In de volgende paragrafen volgt een toelichting op de verschillende criteria.

3.2.1 Maatschappelijke ziektelast

Ziektelast is een criterium waaraan binnen het pakketbeheer verschillend invulling kan worden gegeven. Zo gaat het pakketcriterium ziektelast (als dimensie van noodzakelijkheid) over de ernst van de aandoening voor de gemiddelde individuele patiënt. Dit is niet de invulling die hier wordt bedoeld. Voor het bepalen van impact op het niveau van de samenleving gaat het over hoeveel impact een aandoening daarop heeft. In het verleden heeft het RIVM dit op

[4] Ontleend aan: Advies+ACP+-+Maatwerkprofiel+(systeemadvies).pdf

verschillende manieren in kaart gebracht, bijvoorbeeld met behulp van de "kosten van ziekten" of "verloren levensjaren". Voor het doel van de agendering van onderwerpen voor het pakketbeheer is relevant in kaart te brengen op hoeveel patiënten een onderwerp betrekking heeft. Om impactvol te zijn, moet er sprake zijn van een substantieel aantal patiënten dat in aanmerking komt. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een minimum percentage van de totale bevolking.

3.2.2 Arbeidsinzet

De impact op de arbeidscapaciteit zal in de zorg een steeds belangrijke rol gaat spelen bij keuzen over de inzet van zorg. Dat maakt dat het steeds relevanter om te kijken hoe met het beschikbare personeel zo veel mogelijk gezondheid en kwaliteit van leven kan worden gewonnen onder de restrictie van een rechtvaardige verdeling (wie het hardste nodig heeft krijgt de zorg).
Momenteel werkt een tijdelijke commissie van het Zorginstituut aan de uitwerking en weging van dit criterium[5]. De commissie heeft al aangegeven dat het nog niet goed mogelijk is een norm of afkappunt te stellen wanneer er sprake is van een te hoge (relatieve) arbeidsinzet of om een drempel- of signaalwaarde te bepalen wanneer de arbeidsinzet een relevante overweging wordt. Daarnaast is het belangrijk om juist interventies te prioriteren die arbeid besparen. Zorgaanbieders en zorgprofessionals (en hun wetenschappelijke verenigingen) hebben zelf het beste inzicht in de schaarste en de (on)mogelijkheden om nieuwe zorg te gaan leveren en om bestaande zorg efficiënter te organiseren. Verschillende professionele richtlijnen besteden al vaker aandacht aan de uitvoerbaarheid waarbij de arbeidsinzet een belangrijk aandachtspunt is.

3.2.3 Financiële impact

Bij financiële impact gaat het om het beslag dat het leveren van bepaalde zorg legt op het zorgbudget van de betreffende sector of van het totale zorgbudget.
Lang was dit criterium als eerste in beeld om onderwerpen te prioriteren en voor geneesmiddelen geldt dat nog steeds. Er bestaat bij niet-geneesmiddelen vaak wel een relatie tussen de arbeidsinzet en financiële omdat de kosten van de zorg vaak voornamelijk uit loonkosten van zorgpersoneel bestaan. Ook bestaat er een relatie met de maatschappelijk ziektelast wanneer het gaat over grote aantallen patiënten.

Met normen voor financiële impact is in het gesloten deel van het pakket al lang ervaring (dure geneesmiddelen). Een voorbeeld is de budgetimpact van €10 miljoen waarboven het uitvoeren van een gezondheidseconomische analyse door de fabrikant verplicht is.
Voor niet-geneesmiddelen kan worden gekeken naar de verhouding van de kosten van de betreffende zorg tot het budget van de sector of als dat niet van toepassing is (bv als de sector geen eigen budget heeft of in het geval van betrokkenheid van meerdere sectoren) tot het totale zorgbudget. In overleg met partijen kan zo een drempel worden bepaald.

3.2.4 Klimaat en milieu-impact

Net als arbeidsinzet, is klimaat- en milieu-impact een selectiecriterium dat steeds relevanter wordt. De zorgsector draagt bij aan de opwarming van de aarde en daarom zijn er doelen gesteld op mondiaal, Europees en landelijk niveau om de zorg klimaatneutraal te maken. Dat maakt het relevant om bij keuzen in de zorg ook mee te wegen wat de mogelijk impact is van de zorg op het milieu. De tijdelijk adviescommissie van het Zorginstituut heeft aanbevelingen uitgewerkt voor het meten (vergelijkbare parameters als voor de arbeidsinzet, maar dan gemeten in CO2e-equivalent) en wegen van milieu-impact van individuele interventies. Al heeft ze hierbij ook aangegeven dat het meewegen van duurzaamheid bij het kiezen van interventies slechts beperkt zal bijdragen aan het verduurzamen van de zorg. Daarvoor zijn vooral maatregelen nodig op het niveau van zorgorganisaties, van de zorgsector als geheel en als onderdeel van het totale verduurzamingsbeleid in Nederland. De commissie merkt echter op dat er van het voornemen om duurzaamheid mee te wegen bij de inzet van zorg wel een belangrijk signaal uit gaat. Net als voor arbeidsinzet geldt echter dat er nog verdere ontwikkeling nodig is van en ervaring met de voorgestelde methode om te kunnen komen tot

[5] Het conceptadvies van deze commissie aan het Zorginstituut is op 6 december in consultatie gegaan

het toepassen van normen, drempelwaarde (wanneer wordt een criterium relevant) en mogelijke regels voor toepassing.

3.2.5 Ongewenste praktijkvariatie

Praktijkvariatie richt zich op de verschillen in de toepassing van verzekerde zorg tussen zorgverleners en zorgaanbieders. Door informatie over praktijkvariatie kan inzicht worden verkregen over de mate van eenduidige toepassing van zorg. Dergelijke informatie moet echter met zorg worden geïnterpreteerd omdat praktijkvariatie ook verklaard kan worden door niet vergelijkbare patiënten populaties (case mix). Is er desondanks sprake van aanzienlijke ongewenste praktijkvariatie, dan kan dit een reden zijn om meer inhoudelijk te gaan kijken. Belangrijk is om in het oog te houden dat dit criterium zich niet primair richt op de pakketwaardigheid van zorg, maar op de passende inzet (gepast gebruik) ervan. Hier zijn de zorgpartijen zelf primair voor verantwoordelijk, binnen de randvoorwaarden die de overheid stelt.

3.2.6 Gezondheidswinst of gezondheidsverlies

Bij de totstandkoming van de eerste pakketagenda hebben partijen de mate van gezondheidswinst als criterium toegevoegd. Dit vanuit de redenering dat (nieuwe) zorg die veel gezondheidswinst voor partijen kan opleveren prioriteit verdient. Maar dat geldt ook wanneer bestaande zorg wordt geleverd die geen meerwaarde oplevert voor de patiënt of wellicht zelfs gezondheids*verlies*.
Vanuit het perspectief van toegankelijkheid zal het agenderen van bestaande zorg waarbij twijfel is over de gezondheidswinst meer prioriteit krijgen dan nieuwe zorg die mogelijk veel gezondheidswinst toevoegt.

3.2.7 Domein en sector overstijgende aspecten

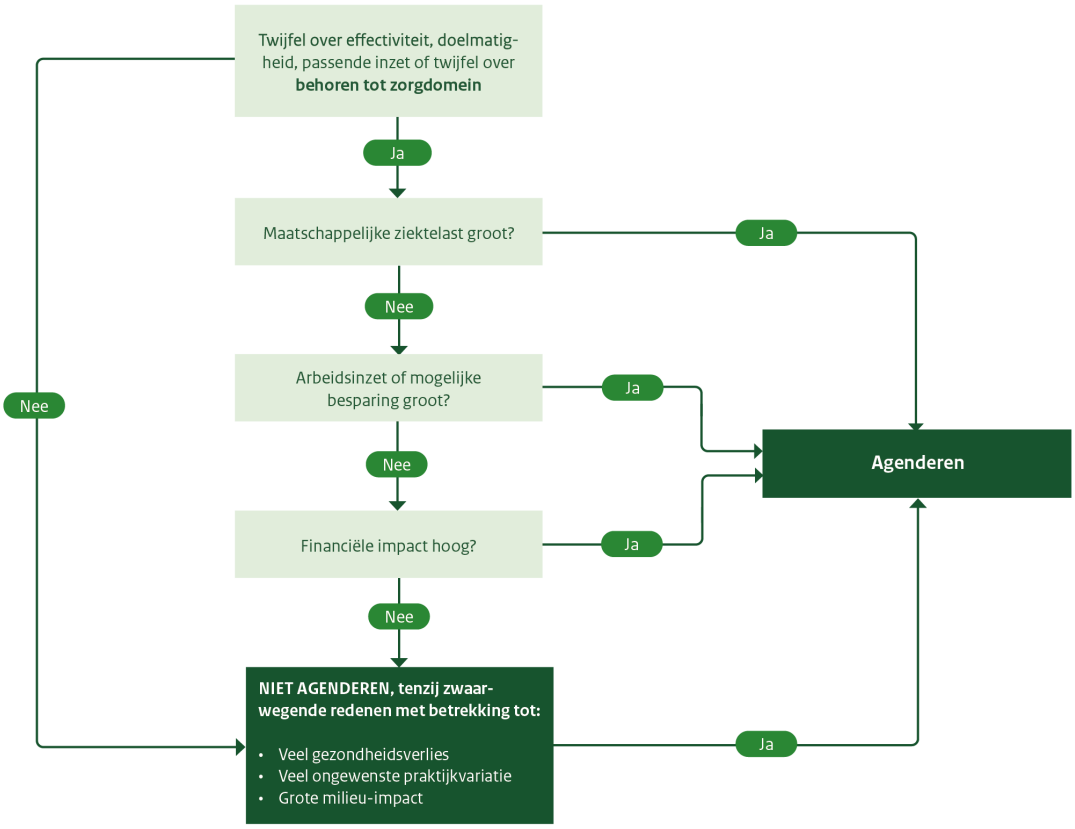
Eerder in dit kader kwam al aan de orde dat veel zorgvragen hun oorsprong vinden buiten de zorg. Burgers kunnen als gevolg van sociale of andere problematiek klachten gaan ontwikkelen die leiden tot zorgvragen waardoor zij een beroep gaan doen op bijvoorbeeld de eerstelijnszorg of de GGZ. Deze hulpvragen zouden vaak passender kunnen worden beantwoord vanuit het sociale domein. Vaak gebeurt dit niet door versnipperde organisatie, financieringsaspecten etc. Het is van belang om altijd de eerst de vraag te stellen of dit speelt bij een onderwerp, net als de vraag of er twijfel is over de mogelijke gezondheidswinst, doelmatigheid et cetera die aanleiding is om het onderwerp langs de criteria van het agenderingskader te leggen. Indien er twijfel is of de het onderwerp in het zorgdomein thuishoort, kan vervolgens met behulp van de andere criteria de impact ervan worden bepaald. Dat betekent dat de “domeinvraag” als eerste selectiecriterium in het kader is opgenomen.

3.3 Normen en drempelwaarden voor criteria

Bij de beschrijving van de verschillende criteria werd al aangegeven dat het lastig is de verschillende criteria te normeren. Enerzijds omdat er nog weinig ervaring is opgedaan met het gebruik van deze criteria voor agendering. Anderzijds omdat de normering mogelijk ook heel verschillend zal zijn voor de verschillende zorgsectoren. Hetzelfde geldt ook voor het vinden van een signaal- of drempelwaarde wanneer een criterium relevant wordt om mee te wegen in de agendering.
Zorgpartijen hebben zelf het meeste inzicht wat er gebeurt in hun zorgsector en weten welke onderwerpen wel of geen impact hebben. Ervaringen met het toepassen van dit kader op concrete onderwerpen kunnen in de toekomst invulling geven aan dergelijke normen en drempelwaarden in kwantitatieve of kwalitatieve zin.

3.4 Regels voor toepassing van de criteria

Om te kunnen bepalen welke onderwerpen wel of niet op basis van het maatschappelijk agenderingskader op de pakketagenda moeten komen, moeten de aangedragen onderwerpen door de deelnemende partijen van scores worden voorzien op alle criteria om een totaalbeeld te krijgen van de impact van een onderwerp. Onderstaand stroomschema kan dit proces structureren.



Figuur 4: stroomschema toepassing selectiecriteria agendering

Het is mogelijk dat de uitkomst op het ene criterium laag scoort en op een ander criterium hoog. Wanneer de waarden allemaal in dezelfde richting wijzen, is het duidelijk dat een onderwerp op de agenda thuishoort. Maar wanneer een onderwerp slechts op één of enkele criteria scoort of wanneer de resultaten conflicteren, is dat lastiger te bepalen. Vanuit het perspectief van toegankelijkheid zijn dan hoge scores op maatschappelijke ziektelast en/of arbeidsinzet doorslaggevend en leiden zij tot het op de agenda plaatsen van een onderwerp. Dat geldt ook voor financiële impact omdat betaalbaarheid onverminderd een belangrijke publieke waarde blijft. Andere criteria leveren niet zonder meer een agendering op, maar zij zullen vaak in de praktijk gecorreleerd zijn met de criteria waar dat wel voor geldt.
Het proces van agenderen blijft altijd, net als het afwegen van pakketadviezen, een deliberatief proces. Dat zal ook zo blijven wanneer het mogelijk zal zijn criteria te normeren en drempelwaarden te hanteren. Ieder onderwerp moet namelijk altijd binnen haar unieke context worden afgewogen. Een verder uitgewerkt stroomschema kan helpen om dit deliberatieve proces te structureren en de afwegingen daarin expliciet te maken.

4 Voorwaarden aan het agenderingsproces

Het agenderen van de meeste impactvolle argumenten staat of valt bij een goed opsporings- en agenderingproces. De actieve opsporing van impactvolle onderwerpen is een uitdaging. Het zou helpen wanneer er een continue surveillance mogelijk zou zijn van zorg in het basispakket waarbij een signaal wordt afgegeven bij het zich voordoen van een risico. Een dergelijk systeem is er nu nog niet. Wel heeft het Zorginstituut horizonscans voor geneesmiddelen[6] en Medtech[7]. Die gaan echter maar over een beperkt deel van de zorg. Het Zorginstituut heeft in het kader van actieve opsporing een zogenaamde Signalenverzamelplaats ingericht om impactvolle onderwerpen op het spoor te komen.
Zorgpartijen zijn zelf het meest op de hoogte van nieuwe en bestaande vraagstukken rond pakketwaardigheid en passende inzet van zorg. Het is in het belang van de toekomstbestendigheid van de zorg dat zij de verantwoordelijkheid voelen en nemen om met dergelijke impactvolle onderwerpen naar voren te treden. Om dat te stimuleren is het van belang dat aan te sluiten bij alle initiatieven die deze partijen al zelf hebben lopen zoals "beter niet doen (huisartsen)", "beter laten" (verzorgenden en verpleegkundigen) en "less is more (medisch specialisten)", al dan niet in ZE&GG verband.

Daarnaast is het belangrijk dat er goede opties zijn voor onderzoek met betrekking tot onderwerpen die op de agenda worden geplaatst. Uit een verkenning van een onderwerp kan namelijk naar voren komen dat er verder onderzoek nodig is. Mogelijkheden daarvoor zijn het kaderprogramma Passende zorg (in oprichting) van ZonMw of het programma ZE&GG.

Dit maatschappelijk agenderingskader zal worden gebruikt voor de tweede editie van de pakketagenda voor cyclisch pakketbeheer (2026-2026). Partijen hebben inmiddels een eerste oproep gekregen om onderwerpen aan te leveren die impactvol zijn voor hun (deel) sector. Op basis van ervaringen met de toepassing van dit maatschappelijk agenderingskader, kan het kader verder worden doorontwikkeld.

[6] Horizonscan geneesmiddelen
[7] Horizonscan MedTech | Over ons | Zorginstituut Nederland

5 Consultatie en advies aan RvB Zorginstituut

5.1 Consultatie van belanghebbende partijen

De conceptversie van het maatschappelijk agenderingskader is geconsulteerd bij de partijen van de IZA thematafel passende zorg. De partijen FMS, ZN, Nederlandse GGZ, V&VN, NFU en NVZ hebben gereageerd. Alle partijen waren het eens met de voorgestelde criteria en met het toekennen van het grootste gewicht aan de criteria die samenhangen met toegankelijkheid (maatschappelijke ziektelast, arbeidsinzet, financiële impact). Er waren ook enkele specifieke opmerkingen over de beschrijving of invulling van bepaalde criteria:

- maatschappelijke ziektelast: het verzoek is om de invulling van dit criterium niet op te hangen aan de met top 10 aandoeningen van verloren DALY's omdat die vaak minder aansluiten bij pakketbeheer omdat zij vaak betrekking hebben op leefstijl en preventie. Dit is aangepast in het agenderingskader. Bepalend is nu het aantal patiënten met een bepaalde aandoening dat in aanmerking komt voor een interventie;
- sector en domein overstijgende aspecten: men vindt onduidelijk wat hieronder wordt verstaan en men vindt het criterium ook enigszins een "vreemde eend in de bijt". In het kader is het criterium beter uitgelegd en heeft het een andere positie gekregen in het proces, namelijk als voorgeschakelde vraag of de zorg wel thuishoort in het zorgdomein;
- praktijkvariatie: het verzoek is om te spreken van *ongewenst*e praktijkvariatie omdat praktijkvariatie op zich juist heel gewenst kan zijn. Deze suggesties is overgenomen in het agenderingskader.

Verder is een verzoek om meer rangorde aan te brengen, bijvoorbeeld in de vorm van een stroomschema. De tabel in de geconsulteerde versie van het agenderingskader is daarom vervangen door een stroomschema.
Tot slot hebben partijen in hun reacties ook om ook een maatschappelijk kader gevraagd om kritieke schaarste te verdelen. Omdat het maatschappelijk agenderingskader voor pakketbeheer hier niet geschikt voor is, is het belangrijk dat partijen ook worden geholpen bij het prioriteren van patiënten wanneer (para)medisch-inhoudelijke criteria niet meer volstaan.

5.2 Advies aan RvB Zorginstituut

De Raad van Bestuur wordt geadviseerd het maatschappelijk agenderingskader voor pakketbeheer conform het voorstel van de IZA thematafel passende zorg vast te stellen

Colofon

Volgnummer	2024023213
Contactpersoon	Jacqueline Zwaap +31615054945
Afdeling	Zorg
Team	
Uitgebracht aan	Minister van VWS en partijen in de zorg