

Vergaderjaar 2022–2023

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 1174**

### **BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 december 2022

Patiënten en cliënten moeten nu en in de toekomst kunnen rekenen op passende zorg. Dat betekent dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van effectieve zorg gewaarborgd moet zijn. Het is in het belang van elke patiënt en cliënt om te weten welke zorg effectief is en wat de voor- en nadelen zijn van zorg of een specifieke behandeling. Op basis hiervan kan een patiënt en cliënt samen met de zorgverlener(s) beslissen wat voor hen de meest passende zorg is. Om de beweging naar passende zorg te maken, is in het Integraal Zorgakkoord (hierna: IZA) (Kamerstuk 31 765, nr. 655) onder meer afgesproken de toets op het basispakket te verbeteren en te verbreden<sup>1</sup>. De houdbaarheidsopgave van zorg, zowel in personele als financiële zin, onderstreept het belang van de transformatie. In deze brief nemen wij u mee in onze visie hoe een verbeterde en verbrede toets op het basispakket binnen de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) en de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz) kan bijdragen aan de brede opgave die voor ons ligt. Mede hierdoor blijven patiënten en cliënten van effectieve, betaalbare, toegankelijke en kwalitatieve zorg verzekerd. Daartoe gaan wij de pakketcriteria verbeteren, en bovendien de toets verbreden waarbij zorg uit alle sectoren vaker wordt getoetst op basis van deze criteria. Dit is een eerste stap in een omvangrijk traject dat meerdere jaren in beslag gaat nemen.

De houdbaarheidsopgave in de zorg is een groot en complex vraagstuk: de zorgvraag groeit sneller dan het beschikbare personeel en de financiële middelen toelaten. De verwachtingen van de samenleving passen zich onvoldoende aan die situatie van schaarste aan. De meest urgente zorgen

<sup>1</sup> Integraal Zorgakkoord: «Samen werken aan gezonde zorg» (p. 31–32). ActiZ, de Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022).

liggen bij de personele houdbaarheid<sup>2</sup>. Wij vinden dat pakketbeheer kan bijdragen aan dit vraagstuk, door te zorgen dat er consistente en, waar nodig, scherpe keuzes worden gemaakt. Dit leidt tot effectieve zorg tegen aanvaardbare kosten met gerichte inzet van de juiste zorgverleners. Dat is óók in het belang van de patiënt en cliënt. Diagnostiek, behandeling, verzorging en verpleging kunnen immers belastend voor hen zijn, en bovendien risico's met zich meebrengen. Dit is alleen acceptabel wanneer hier zorg tegenover staat die in de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en meerwaarde heeft voor de patiënt.

De opgave voor de langdurige- en curatieve zorg zijn nauw aan elkaar verwant. Verschillende zorgvormen komen zowel in de Zvw als in de Wlz voor, denk hierbij aan verzorging en verpleging, paramedische zorg, geestelijke gezondheidszorg, geneesmiddelenzorg, hulpmiddelenzorg en tandheelkundige zorg. Het is van belang dat dezelfde zorg op eenzelfde manier getoetst wordt ongeacht of vergoeding plaatsvindt op grond van de Zvw of Wlz. Dit maakt dat we ons gelijktijdig richten op zorg vanuit zowel de Zvw als de Wlz.

De agenda die wij voor ons zien voor het pakketbeheer in de Zvw en Wlz is ambitieus. Tegelijkertijd willen we benadrukken dat we niet alles tegelijk kunnen en moeten uitvoeren. Er is prioritering en temporisering in beide domeinen nodig om te komen tot een haalbare en breed gedeelde aanpak. Een aanpak die wordt gesteund door patiënten- en cliëntenvertegenwoordigers, zorgverleners, zorginstellingen, zorgverzekeraars, zorgkantoren en de maatschappij en die met concrete veranderingen in de praktijk bijdraagt aan de beweging naar passende zorg. Wij zijn daarom blij dat de noodzaak hiervan door het veld gedeeld wordt en dat het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket een belangrijk onderdeel uitmaakt van het IZA. Ook in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (hierna: WOZO) en in het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (hierna: TAZ) zien we dat er aandacht is voor passende zorg en de houdbaarheidsopgave. Er worden in separate trajecten ook in de jeugdzorg (in de Hervormingsagenda) en de Wet maatschappelijke ondersteuning stappen gezet richting passende zorg door in te zetten op kwaliteit en effectiviteit van zorg en ondersteuning. Voor de jeugdzorg tevens ook op de afbakening van de reikwijdte.

In lijn met de rapporten van de Sociaal Economische Raad (SER)<sup>3</sup> en van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)<sup>4</sup> moeten onder regie van de overheid scherpe keuzes gemaakt worden, ook ten aanzien van pakketbeheer: welke zorg is wel verzekerd en welke niet? Op dit moment kunnen we die keuzes niet voldoende maken omdat we voor veel verzekerde zorg beperkt inzicht hebben in de mate van effectiviteit en doelmatigheid. Ingewikkelde, maar noodzakelijke keuzes zijn nodig voor de houdbaarheid van ons zorgstelsel<sup>5</sup>. In het coalitieakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77) is hierover afgesproken om in de curatieve zorg voor de lange termijn een ombuiging te realiseren, oplopend tot € 1.140 miljoen in 2037.

<sup>2</sup> Kiezen voor houdbare zorg (p.1). Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021). (Bijlage bij Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 192).

<sup>3</sup> Zorg voor de toekomst. Sociaaleconomische Raad (2020). Bijlage bij Kamerstuk 31 765, nr. 548.

<sup>4</sup> Kiezen voor houdbare zorg. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021).

<sup>5</sup> Samenwerken aan passende zorg. Nederlandse Zorgautoriteit en Zorginstituut Nederland (2020). Bijlage bij Kamerstuk 31 765, nr. 536.

Dit vraagt om een fundamentele politieke en maatschappelijke discussie over welke zorg we vergoeden op basis van het Kader Passende zorg<sup>6</sup>. Dit betekent ook dat er keuzes gemaakt moeten worden om bepaalde zorg in beginsel niet meer te vergoeden. We vinden het daarom wenselijk de criteria op basis waarvan beoordeeld wordt welke zorg wel of niet vergoed moet worden, verder te verduidelijken en zo nodig te versterken door middel van wet- en regelgeving. Het hoofdcriterium blijft effectiviteit, waarbij we willen borgen dat verzekerde zorg in de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en meerwaarde heeft voor de patiënt. Verder overwegen we kosteneffectiviteit en arbeidscapaciteit te verankeren in wet- en regelgeving. Daarnaast blijven noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid onderdeel van de pakketcriteria. Daarbij willen we waar mogelijk ook aandacht voor duurzaamheid van zorg.

Bij de weging van de verschillende criteria komen we onvermijdelijke dilemma's tegen. Hoe gaan we bijvoorbeeld om met effectieve behandelmethodes die grotere inzet van personeel vragen? Wat zijn we bereid te betalen voor effectievere zorg?

Dit soort dilemma's kennen geen pasklaar antwoord, maar moeten wel geadresseerd worden.

De maatregelen in deze brief dragen bij aan een toekomst waarin alleen zorg wordt geleverd uit het basispakket die in de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen (personele houdbaarheid), middelen en materialen. Een omslag waarvan het belang breed in het veld wordt gedeeld en die samen met het veld wordt opgepakt. Het ambitieniveau is groot. Dit maakt het des te belangrijker om te benadrukken dat de plannen nog de nodige uitwerking, concretisering en prioritering vragen. Sommige punten kunnen op de korte termijn worden opgepakt, terwijl voor andere onderdelen meer tijd nodig is. We willen daarom de komende weken, maanden én jaren met de betrokken overheids- en veldpartijen, uit alle zorgsectoren, en de patiëntenvertegenwoordiging werken aan de nadere uitwerking en uitvoering. Daarbij moeten we steeds oog hebben voor de verschillende ontwikkelstadia van de verschillende zorgsectoren. In de ene sector is nou eenmaal al veel meer bekend over hoe bijvoorbeeld effectiviteitsonderzoek gedaan moet worden dan in andere sectoren.

Bij de ene sector zullen we er misschien eerder zijn dan bij de ander, maar de stip op de horizon is en blijft voor alle sectoren gelijk. Het doel blijft in de volle breedte van het pakketbeheer bij te dragen aan passende zorg. Om scherpere en verstandigere keuzes te maken over de inhoud van het basispakket, op basis van gedragen criteria die volgen uit het Kader Passende zorg, om daarmee bij te dragen aan de grote uitdagingen rondom de arbeidscapaciteit en financiële houdbaarheid van het zorgstelsel. Wij zien ernaar uit dit samen met uw Kamer en met alle partijen uit de curatieve én langdurige zorg waar te maken.

Met deze brief geven wij onze visie op het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Hierbij richten wij ons in eerste instantie op instrumenten voor sturing op effectiviteit, kosteneffectiviteit en arbeidscapaciteit. Overheids- en veldpartijen geven hier vervolgens uitvoering aan

---

<sup>6</sup> Het Kader Passende zorg van het Zorginstituut beschrijft de gezamenlijke beweging van passende zorg en wat de overheid daarbij van iedereen verwacht. Daarmee vormt het de basis voor wat er in de zorg moet gebeuren, inclusief de daarover te sluiten akkoorden.

in de praktijk<sup>7</sup>. De uitwerking in de praktijk verschilt in omvang en tijd voor de langdurige zorg, de curatieve zorg en de specifieke sectoren daarbinnen.

Zoals in het Commissiedebat over het pakketbeheer van 9 juni jongstleden is toegezegd aan uw Kamer heeft van juni tot september een consultatieronde plaatsgevonden met veldpartijen, onder begeleiding van Andersson Elffers Felix (AEF). De opbrengst van deze gesprekken, waarin expliciet is gevraagd naar randvoorwaarden en aandachtspunten, is zoveel als mogelijk verwerkt in deze Kamerbrief<sup>8</sup>. Met deze brief gaan wij ook in op verschillende moties over het stellen van voorwaarden bij vergoede zorg en het sturen op effectieve en passende zorg<sup>9</sup> en de toezegging om uw Kamer rond de zomer van 2022 nader te informeren over de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket<sup>10</sup>.

In deze brief gaan we eerst in op het verbeteren van de toets op het basispakket van de Zvw en vervolgens op het verbreden hiervan<sup>11</sup>. Daarna wordt ingegaan op het stimuleren van kennisontwikkeling over effectiviteit. Vervolgens zetten we het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket uiteen voor de Wlz.

### **Het verbeteren van de toets op het basispakket van de Zvw**

Voor de zorg die valt onder de open instroom<sup>12</sup> is voor een groot deel onduidelijk of het effectieve zorg is en meerwaarde heeft voor de patiënt of cliënt. Daarnaast blijven verouderde behandelingen toegepast en vergoed worden, terwijl er effectievere alternatieven beschikbaar zijn<sup>13</sup>. Naast het feit dat we hier mogelijk onnodig geld aan uitgeven gaat het mogelijk ook ten koste van schaarse arbeidscapaciteit. Zowel vanuit het perspectief van houdbaarheid van zorg, de principes van passende zorg als vanuit het belang van de patiënt is dit een onwenselijke en onhoudbare situatie. Bij het verbeteren van de toets op het basispakket gaat het om de vraag welke zorg van meerwaarde is voor de patiënt of cliënt en vergoed moet worden vanuit het basispakket. Het is van belang te zorgen dat deze keuze op een duidelijke en consistente manier gemaakt

<sup>7</sup> Een beschrijving van de huidige rolverdeling van partijen in het zorgstelsel is te vinden in de bijlage bij deze Kamerbrief.

<sup>8</sup> In de consultatieronde is gesproken met: Federatie Medisch Specialisten, Nederlands Huisartsen Genootschap, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Patiëntenfederatie Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit, ZonMw, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, ActiZ, Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicaptten, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Verenso, de Nederlandse ggz, Federatie van Technologiebranches, FME, Nefemed, en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. De Landelijke Huisartsen Vereniging en InEen zijn benaderd en werden in de gesprekken vertegenwoordigd door het Nederlands Huisartsen Genootschap.

<sup>9</sup> Motie van het lid Van den Berg over verschillende scenario's voor betere voorwaarden voor financiering van behandeling (Kamerstuk 31 765, nr. 587), Motie van de leden Ellemee en Van den Berg over niet bewezen zorg altijd in een onderzoekssetting leveren (Kamerstuk 29 689, nr. 1112); Motie van het lid Van den Berg over borgen dat het Zorginstituut behandelingen uit het pakket kan halen en voorwaarden kan stellen (Kamerstuk 29 247, nr. 353; Motie van het lid Aukje de Vries over meer inzet van bevoegdheid door het Zorginstituut voor meer passende en zinnige zorg (Kamerstuk 29 689, nr. 1114); Motie-Agema over duidelijkheid over zinnige behandelingen (Kamerstuk 31 016, nr. 325).

<sup>10</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 776.

<sup>11</sup> Voor meer informatie over de huidige werkwijze van het pakketbeheer in de Zvw en passende zorg verwijzen we naar de bijlage bij deze brief.

<sup>12</sup> Meer informatie over de werking van het open pakket kan worden gevonden in de bijlage bij deze Kamerbrief.

<sup>13</sup> Naar een toekomstbestendig zorgstelsel. Inspectie der Rijksfinanciën (2020). Pagina 26–27.

wordt voor verschillende vormen van zorg en aansluit bij het Kader Passende zorg.

Op dit moment is in de regelgeving opgenomen dat zorg moet voldoen aan de «stand van de wetenschap en praktijk»<sup>14</sup>. Om de effectiviteit van zorg vast te stellen wordt getoetst of zorg gelijkwaardig is aan of meerwaarde heeft ten opzichte van de gebruikelijke zorg voor de patiënt of cliënt. De stand van de wetenschap en praktijk wordt expliciet getoetst door het Zorginstituut bij geneesmiddelen binnen het gesloten systeem<sup>15</sup>. In deze brief staan dan ook verschillende voorbeelden van duidingen van en adviezen over geneesmiddelen. Het verbeteren van de toets op het basispakket beperkt zich expliciet niet tot de geneesmiddelen, maar gaat juist zorg breed. In andere sectoren is er een andere context en vindt op dit moment minder vaak expliciete toetsing plaats. Per interventie moet gekeken worden op welke manier de bijhorende context moet worden meegenomen bij de toetsing aan de pakketcriteria. Met het verbeteren van de toets moet het allereerst voor alle sectoren duidelijker worden wanneer zorg effectief en doelmatig is en hoe dit in de verschillende sectoren toegepast moet worden.

Om te komen tot consistente scherpe keuzes voor zorg uit alle sectoren die aansluiten bij passende zorg en die bijdragen aan de in het coalitieakkoord afgesproken ombuiging, vinden wij het van belang dat naast de effectiviteit volgens de stand van de wetenschap en praktijk, ook andere pakketcriteria meer gewicht krijgen. Deze andere criteria krijgen eventueel ook een grondslag in wet- en regelgeving. Hierbij worden, in aanvulling op de meerwaarde voor de patiënt of cliënt, de volgende elementen van het Kader Passende zorg in elk geval meegenomen: de kosten ten opzichte van de effectiviteit van de zorg (kosteneffectiviteit) en de arbeidscapaciteit die nodig is, evenals noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Tevens willen we dat er bij toelating van de zorg tot het basispakket, aanvullende voorwaarden kunnen worden gesteld die bijdragen aan gepast gebruik van zorg. Deze, mogelijk in wet- en regelgeving te borgen aspecten van de pakketcriteria, dienen overeenkomstig terug te komen in het beoordelingskader van het Zorginstituut. Daarnaast moet er aandacht zijn voor duurzaamheid van de zorg en de impact op klimaat en milieu. Voor alle partijen moet het vervolgens duidelijk worden wat dit voor de zorg binnen hun sector betekent en doorwerken in het beleid van de uitvoerende partijen.

#### *Het criterium effectiviteit*

Het criterium effectiviteit willen we verder verduidelijken en waar nodig sterker verankeren in wet- en regelgeving. Zorg moet op de eerste plaats effectief zijn en voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Indien zorg hier niet aantoonbaar aan voldoet stroomt deze uit het pakket. Om aan te sluiten bij het Kader Passende zorg vinden wij dat bij de effectiviteitsbeoordeling expliciet aandacht moet zijn voor uitkomstmaten als kwaliteit van leven van de patiënt (zoals *patiënt-reported experience measures* en *patiënt-reported outcome measures*) en bijwerkingen van de behandeling. Hoewel kwaliteit van leven op dit moment al wordt

<sup>14</sup> Artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering.

<sup>15</sup> In de Zvw is bepaald dat een patiënt op grond van zijn zorgverzekering aanspraak kan maken op prestaties die bestaan uit (vergoeding van) zorg waaraan hij behoefte heeft. De behoefte aan zorg wordt op basis van zorginhoudelijke criteria bepaald en de patiënt heeft recht op (vergoeding van) zorg voor zover hij daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. Alleen voor de extramurale geneesmiddelen en sommige dure intramurale geneesmiddelen geldt een gesloten systeem. Deze geneesmiddelen worden vóór toelating tot het basispakket getoetst door het Zorginstituut.

meegenomen in de weging door het Zorginstituut vinden we verdere verankering wenselijk.

In onderstaand voorbeeld wordt de uitwerking van het toepassen van uitkomstmaten geschetst, waaronder kwaliteit van leven bij verschillende methoden om bloedglucosewaarden te meten bij diabetici. Uit dit voorbeeld blijkt dat de nieuwe duurdere behandelmethodes wel meerwaarde heeft voor bepaalde subgroepen met diabetes en voor andere niet. Kwaliteit van leven is hierbij een van de cruciale uitkomstmaten.

#### *Van vingerprikken naar passende inzet van innovatieve glucose monitoring*

Diabetespatiënten die insuline gebruiken, moeten regelmatig hun bloedglucose meten. Tot een aantal jaar geleden was vingerprikken de standaardmethode om glucosewaarden te meten. Vingerprikken wordt ervaren als pijnlijk, sociaal belastend en moeilijk vol te houden als het vingerprikken vaak moest plaatsvinden. Bovendien is een vingerprik telkens slechts een momentopname.

Inmiddels zijn er innovaties op de markt die de glucosewaarden continu kunnen meten met een onderhuids geplaatste sensor. Er zijn daarbij twee typen: de continue glucosemeter (CGM) die continu en *realtime* bloedwaarden monitort en de flash glucosemeter (FGM) die ook continue meet maar waarbij de onderhuids geplaatste sensor door de patiënt zelf uitgelezen moet worden met bijv. je mobiel. Deze ontwikkeling zorgt ervoor dat er minder vaak hoeft te worden geprikt en de diabetespatiënten meer inzage krijgen in hun actuele glucosewaarden en daardoor sneller kunnen handelen.

Het Zorginstituut heeft geëvalueerd wanneer en voor welke patiënten met diabetes deze zorg daadwerkelijk van meerwaarde is voor de patiënt ten opzichte van vingerprikken. Bij iedere beoordeling definieert het Zorginstituut relevante of zogenaamde cruciale uitkomsten, die vervolgens integraal worden afgewogen. Bij deze casus was de patiëntrelevante uitkomst kwaliteit van leven een van de cruciale uitkomsten die medebepalend is geweest voor het eindoordeel over de meerwaarde.

De meerwaarde voor de patiënt is volgens het Zorginstituut daarmee aangetoond voor flash glucosemeters voor alle patiënten met diabetes type 1 en 2 en een intensief insulineschema, waar vaker per dag bloedwaarden moeten worden gemeten.

De continue glucosemeter is van aantoonbare meerwaarde voor patiënten uit de volgende subgroepen: kinderen met diabetes type 1; volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (hoog glucosegehalte); zwangere vrouwen (type 1 en 2 diabetes); vrouwen met zwangerschapswens (type 1 en 2 diabetes); type 1 diabetes met ernstige hypoglykemieën en/of deze niet waarnemen («hypoglycemia unawareness»).

Dit voorbeeld laat zien dat zorg passend wordt ingezet en wordt voorkomen dat financiële middelen worden ingezet voor duurdere interventies als deze niet van aantoonbare meerwaarde zijn voor de patiënt.

### *Verhelderen aantonen effectiviteit*

In de geneesmiddelensector is bij partijen veel ervaring opgedaan met het doen van onderzoek naar en beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk.

Voor andere vormen van zorg is voor veldpartijen niet altijd helder op welke manier effectiviteit voldoende kan worden aangetoond. Daarbij gaat het ook om de meest passende en haalbare onderzoeksmethode voor de verschillende sectoren. Voor bepaalde sectorspecifieke situaties moet duidelijk zijn welke bewijslast noodzakelijk is om de effectiviteit van zorg aan te tonen. Een voorbeeld waarbij er bij veldpartijen aanvankelijk onduidelijkheid bestond over de te hanteren methode en noodzakelijke bewijslast is de casus hooggebergtebehandeling. Dit betreft intensieve longrevalidatie in het hooggebergte in Davos (Zwitserland).

#### *Davos*

Naar schatting hebben 641.000 mensen in Nederland astma, waarvan ongeveer 3,6 procent ernstig refractair astma. Voor een beperkt deel van deze laatste groep (ongeveer 2.300 personen) is longrevalidatie noodzakelijk. Daarvoor zijn zes centra in Nederland. Een klein deel van deze patiëntengroep onderging longrevalidatie in hooggebergte in Davos (Zwitserland).

Na een beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk en het daarbij behorende intensief afstemmingsproces met partijen concludeerde het Zorginstituut in 2019 dat hooggebergtebehandeling bij ernstig refractair astma niet effectiever was dan de standaard longrevalidatie op zeeniveau. De gehanteerde methodiek en de conclusie van het Zorginstituut veroorzaakte veel discussie bij veldpartijen over de onderzoeksopzet. De rechter heeft vervolgens bevestigd dat het Zorginstituut de juiste werkwijze heeft gehanteerd. In algemene zin blijkt wel dat een transparante uitleg over de gehanteerde methodiek belangrijk is om partijen duidelijkheid te geven over de noodzakelijke bewijslast.

Om verder te verhelderen op welke wijze de effectiviteit kan worden aangetoond, werkt het Zorginstituut aan een nieuwe versie van het beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk. Deze wordt in het eerste kwartaal van 2023 verwacht. Parallel worden er als onderdeel van dat beoordelingskader verduidelijkende modules ontwikkeld voor het toepassen van dit beoordelingskader in specifieke situaties waarbij onzekerheid in de bewijsvoering een grote rol speelt. Zo komt er een module waarin het Zorginstituut uitwerkt hoe de effectiviteit volgens de stand van de wetenschap en praktijk kan worden beoordeeld bij tumoragnostische geneesmiddelen en bij andere groepen oncologische geneesmiddelen die uitsluitend onderzocht kunnen worden in zogenoemde enkelarmige studies. Een andere module gaat in op hoe *real world data* (dataverzameling in de praktijk) kunnen worden aangewend voor het doen van beoordelingen. Een derde module, die later volgt, zal gaan over het doen van indicatiebrede beoordelingen bij geneesmiddelen waarvan het behandelingslandschap complex is en snel verandert. Deze modules zijn waardevol omdat het inzichtelijk maakt hoe de effectiviteit in specifieke situaties aangetoond kan worden en hoe daarbij wordt omgegaan met onzekerheid. Daarnaast stelt het Zorginstituut informatie-materiaal op om diverse sectoren in het zorgveld te ondersteunen in de

beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk. Hierin is ook opgenomen hoe aan de hand van passend onderzoek de effectiviteit van zorg beoordeeld wordt. Zo komt er een specifieke handleiding voor digitale zorg. Deze gaat in op wat passend onderzoek is en hoe je deze kennis kan verzamelen en ontwikkelen. In het kader van het ondersteunen van partijen heeft het Zorginstituut recent ook de «wegwijzer leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering» opgesteld. Wij juichen dergelijke initiatieven van harte toe en willen het Zorginstituut dan ook vragen om verder in te zetten op de genoemde handleidingen. Hierbij denken we in eerste instantie aan handleidingen voor de GGZ en voor medische hulpmiddelen<sup>16</sup>. We hopen dat met de genoemde modules en de handleidingen steeds duidelijker wordt voor veldpartijen wat er verwacht wordt op het gebied van het aantonen van de effectiviteit en wanneer zorg op groepsniveau van meerwaarde is voor patiënten. Daarbij vinden we het belangrijk dat er aandacht is voor patiënt-/ cliëntvertegenwoordiging. De relevantie van duidelijkheid wat er verwacht wordt bij het aantonen van effectiviteit blijkt onder meer uit het voorbeeld van fysiotherapie bij etalagebenen.

*Fysiotherapie bij etalagebenen (gesuperviseerde looptherapie bij claudicatio intermittens)*

Vanwege de beperkte vergoeding van fysio- en oefentherapie, waren er vermoedens dat patiënten uitwijken naar duurdere vormen van zorg, zoals operaties of ziekenhuisopnamen. Dit is natuurlijk onwenselijk en er is onderzocht of gesuperviseerde looptherapie effectieve zorg is. Dit is mede onderzocht met onderzoek vanuit het programma doelmatigheidsonderzoek van ZonMw. Het Zorginstituut heeft in 2016 geïndiceerd dat looptherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut bij claudicatio intermittens (etalagebenen) effectieve zorg is die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk<sup>17</sup>. Uit de duiding blijkt dat gesuperviseerde looptraining leidt tot een verbetering van de maximale loopafstand in vergelijking met niet gesuperviseerde looptraining. Vanaf 2017 wordt daarom gesuperviseerde looptherapie bij claudicatio intermittens vergoed vanuit het basispakket. Het Zorginstituut concludeerde in 2021 op basis van declaratiedata dat steeds meer patiënten gesuperviseerde looptraining als primaire behandeling krijgen<sup>18</sup>. Hiermee wordt een jaarlijkse kostenbesparing behaald van € 31 miljoen.

Voor zorg zoals fysio- en oefentherapie vindt het veld het vaak moeilijk te bepalen op welke manier de effectiviteit kan worden aangetoond. Het voorbeeld van etalagebenen laat zien, dat het ook voor deze vormen mogelijk is om de effectiviteit aan te tonen met onderzoek. Als het helder is op welke manier effectiviteit onderzocht en aangetoond kan worden in verschillende sectoren, dan kunnen veldpartijen hier rekening mee houden en de effectiviteit beter in beeld brengen.

<sup>16</sup> Onder medische hulpmiddelen wordt verstaan: alle medische hulpmiddelen en in-vitro diagnostica, niet zijnde geneesmiddelen en niet zijnde (ondersteunende) processen. Het betreft zowel cure als care die zowel binnen als buiten een zorginstelling wordt ingezet voor de preventie en diagnose van ziekten en ondersteuning of behandeling van mensen.

<sup>17</sup> Rapport gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens. Zorginstituut Nederland (2016).

<sup>18</sup> Eindevaluatie Perifeer Arterieel Vaatliden. Zorginstituut Nederland (2021).

### *Aanvullende voorwaarden voor effectiviteit*

In sommige gevallen kan de benodigde expertise bij toepassing of organisatie van zorg bepalend zijn voor de effectiviteit ervan en daarmee randvoorwaardelijk zijn voor het voldoen aan het pakketcriterium stand van de wetenschap en praktijk. Ook is in bepaalde gevallen aanvullend onderzoek van belang. Het is van belang dat er met aanvullende voorwaarden aan verzekerde zorg meer sturing komt op die elementen die van invloed zijn op de effectiviteit van zorg of die bijdragen aan gepast gebruik. Wij willen bezien op welke wijze aanpassing van wet- en regelgeving daaraan kan bijdragen.

Bij bepaalde vormen van zorg zijn randvoorwaarden bepalend voor de effectiviteit en de meerwaarde van de interventie voor de patiënt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan behandelingen zoals complexe operaties. Voor deze behandelingen is het niet afdoende om chirurg te zijn, maar moet de chirurg zich specialiseren in de juiste uitvoering van de complexe interventie door het doorlopen van een leertraject. Soms is het daarbij noodzakelijk dat een chirurg een minimumaantal behandelingen per jaar uitvoert. Dit soort voorwaarden kunnen noodzakelijk zijn voor de effectiviteit of de effectiviteit kan hierdoor worden verhoogd door bijvoorbeeld een kortere hersteltijd en het verminderen van het aantal complicaties. Dergelijke voorwaarden leiden daarmee tot een beter resultaat voor de patiënt. We vinden het wenselijk dat dit soort belangrijke (rand)voorwaarden aan de te verzekeren zorg worden gesteld. Zoals aangegeven in de brief over Visie en agenda kwaliteit van zorg<sup>19</sup> is het van belang dat kwaliteitseisen worden vastgelegd in onderdelen van de professionele standaard of kwaliteitsstandaarden, en dat deze standaarden waar nodig worden aangepast om te borgen dat zorgverleners goede zorg leveren. Beroepsgroepen zullen meer gestimuleerd worden dit te gaan doen. Het Zorginstituut heeft de mogelijkheid de actualisatie van een kwaliteitsstandaard op de Meerjarenagenda te plaatsen en aan te geven wanneer dit gereed moet zijn. Dat geeft een extra stimulans om verbetering van kwaliteit in de zorgpraktijk te bevorderen. Als de veldpartijen binnen die gestelde termijn niet tot resultaat komen, heeft het Zorginstituut doorzettingsmacht. Dit betekent dat het Zorginstituut de regie overneemt en de Kwaliteitsraad verzoekt om een geactualiseerde kwaliteitsstandaard op te stellen. Dit is echt een ultimatum remedium als de veldpartijen het zelf niet oppakken. In het IZA is afgesproken dat (de)implementatie in principe binnen 1 jaar tot aantoonbaar resultaat leidt, waarbij partijen een andere redelijke termijn afspreken als dat meer passend is. De afspraken behelzen ook de reële termijnen van aanpassingen van vergoedingen/betaaltitels en aanpassingen van richtlijnen. Met deze afspraken in het IZA verwachten we dat in de praktijk een versnelling optreedt in het bereiken van passende zorg.

Het verband tussen aanvullende voorwaarden en effectiviteit komt naar voren in de onderstaande casus waarbij behandelingen voor lage rughernia en uitstralende beenpijn zijn vergeleken: namelijk de percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) in vergelijking met conventionele open microdiscectomie.

---

<sup>19</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 648.

## PTED

Sinds december 2020 maakt PTED – een complexere operatie voor lage rughernia – onderdeel uit van het basispakket als behandeling voor lage rughernia en uitstralende beenpijn. PTED werd in 2016 al voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket, waarbij onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van de interventie. Op basis van het onderzoek concludeerde het Zorginstituut dat de complexe maar minder invasieve PTED-operatie net zo goed werkt als de huidige standaard invasieve operatie. De effectiviteit van PTED hangt echter af van de ervaring van de chirurg. Hoe vaker zij de operatie doen, hoe beter het resultaat voor patiënten. Met de beroepsgroep werd daarom afgesproken dat behandelaren die de interventie willen uitvoeren een waarborgendocument moeten opstellen waarin deze voorwaarden zijn opgenomen. Op dit moment is het niet mogelijk om een waarborgendocument als voorwaarde voor pakketopname afdwingbaar te maken. Dit maakt dat deze behandeling wel met een positieve duiding is toegelaten tot het basispakket, maar dat het waarborgendocument erop dit moment nog niet is. Dit heeft mogelijk negatieve invloed op de effectiviteit en meerwaarde voor de patiënten die deze zorg op dit moment ontvangen. Denk hierbij aan mogelijk meer complicaties, slechter functioneren en/of meer hersteloperaties. Dit omdat de effectiviteit van de behandeling nauw samenhangt met de leercurve van de chirurg.

Daarnaast kan het wenselijk zijn om meer gegevens te krijgen over langere termijneffecten, zoals bij *Advanced Therapy Medicinal Products* (ATMPs), of er is aanvullende kennis over bijvoorbeeld gepast gebruik gewenst. We willen ook aandacht voor mogelijke verschillen in effectiviteit of bijwerkingen voor subgroepen van patiënten. In deze gevallen moet er aanvullende informatie verzameld worden over de interventie. Daarbij moet gestuurd kunnen worden op randvoorwaarden waarbinnen de kennis ontwikkeld moet worden. Zo willen we dat er vastgelegd kan worden hoe het onderzoek eruitziet (welke patiënt(sub)groep, interventie, controle, uitkomsten en studiedesign), waar het onderzoek plaatsvindt, en bij welke instellingen het onderzoek gaat lopen. Daarbij wordt van tevoren bepaald op welk moment (onderzoeks)resultaten dienen te worden opgeleverd. Hiervoor maakt het Zorginstituut afspraken met de wetenschappelijke- en beroepsverenigingen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties over welke onderbouwing nodig is, binnen welke termijn en wat dit vraagt aan inzet van alle betrokkenen. Na het verstrijken van de vooraf vastgestelde termijn wordt de zorg opnieuw getoetst.

## ATMPs

Sinds een aantal jaar komen steeds meer ATMPs beschikbaar op de Europese markt. Dit zijn cel- en gentherapieën die vaak voor kleine groepen patiënten worden ontwikkeld. Ondanks dat er een grote verwachting uitgaat van deze groep geneesmiddelen, bestaat er rond de pakkettoelating vaak nog veel (lange termijn) onzekerheid over de effectiviteit en kosteneffectiviteit<sup>20</sup>. Deze gegevens kunnen vaak pas na vele jaren beschikbaar komen en het is gezien de ziektelast vaak niet wenselijk om zo lang te wachten met pakkettoelating. Deze middelen worden daarom toegelaten met onzekerheid. Bij de toelating tot het basispakket adviseert het Zorginstituut

<sup>20</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 748.

daarom om afspraken te maken over de monitoring van en het onderzoek naar de inzet en de effecten in de praktijk. Het is op dit moment echter niet mogelijk om deze afspraken te verplichten, waardoor de afspraken vaak moeilijk van de grond komen.

### *Kosteneffectiviteit*

Daarnaast kijken wij naar mogelijkheden om kosteneffectiviteit op te nemen als wettelijk wegingscriterium. Vanuit maatschappelijk perspectief is het wenselijk om de beschikbare schaarse middelen zo in te zetten dat een zo groot mogelijk gezondheidseffect wordt bereikt. Om te voorkomen dat een (dure) interventie onnodig andere vormen van zorg verdringt, moet zorg in elk geval kosteneffectief zijn. De afwegingen die hierbij spelen, komen goed naar voren in het voorbeeld van de prijsonderhandelingen bij (dure) geneesmiddelen. Wettelijke verankering van het criterium kosteneffectiviteit als wegingscriterium kan het huidige systeem versterken door het verder borgen van de politieke en maatschappelijke steun voor de toepassing van het criterium.

### *Prijsonderhandelingen bij dure geneesmiddelen*

Ook nu kan het Zorginstituut voor elke interventie besluiten een pakkettoets uit te voeren. In de praktijk wordt dit momenteel het meest toegepast bij geneesmiddelen, waaronder dure geneesmiddelen. Als het Zorginstituut concludeert dat een geneesmiddel niet kosteneffectief is, wordt voordat het geneesmiddel wordt toegelaten tot het basispakket onderhandeld met de leverancier om te komen tot een prijs die wel kosteneffectief is. Informatie over de kosteneffectiviteit is hierbij van groot belang. Sinds de introductie van de geneesmiddelenluis – waarbij dure geneesmiddelen worden getoetst voordat zij instromen in het basispakket – komen er steeds meer geneesmiddelen in aanmerking voor een pakkettoets. Dit heeft geleid tot meer financiële arrangementen voor geneesmiddelen waarover is onderhandeld. De daarbij gerealiseerde uitgavenverlagingen liepen in 2020 op tot bijna € 600 miljoen<sup>21</sup>.

Het inzetten op kosteneffectiviteit via financiële arrangementen draagt hiermee zichtbaar bij aan de houdbaarheid van de zorg. Er is – anders dan bij geneesmiddelen – bij veel zorgvormen niet één enkele partij met wie onderhandeld kan worden. Dit maakt dat prijsonderhandelingen niet voor alle vormen van zorg zijn in te zetten als instrument om te sturen op kosteneffectiviteit.

Er kunnen argumenten zijn om niet altijd voor de grootste gezondheidswinst per euro te kiezen en om voor bepaalde interventies een lagere kosteneffectiviteit te accepteren. Bijvoorbeeld als het gaat om zorg die arbeidsbesparend of duurzaam is. We beschouwen kosteneffectiviteit dan ook enkel als één van de afwegingen bij pakketbeheer. Wij zijn van mening dat het belangrijk is om deze afwegingen te blijven evalueren ten behoeve van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

We willen vooraf een discussie voeren over een kader dat beschrijft hoe we de individuele interventies beoordelen om beschikbare financiële middelen over de zorg solidair te verdelen; waar we wel en waar we niet extra voor willen betalen. Meer mogelijkheden voor sturing hierop zouden

<sup>21</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 740.

gegeven kunnen worden door een grondslag te creëren in wet- en regelgeving. Op die manier is helder voor alle betrokken partijen hoe hier keuzes in gemaakt worden om te komen tot passende zorg. Daarbij geeft het Zorginstituut, maar ook zorgverzekeraars, instrumenten hier gericht op te sturen.

### *Benodigde inzet van zorgverleners*

De zorgvraag stijgt harder dan de beroepsbevolking kan bijbenen. Waar momenteel ongeveer 1 op de 6 werkenden in de zorg werkzaam is, zal dit 1 op de 3 in 2060 worden als we de zorg niet anders gaan organiseren. Een dermate groot beslag van de zorg op de arbeidsmarkt is niet realistisch en niet gewenst. De personele houdbaarheid is dan ook één van de meest urgente uitdagingen in de zorg. Het IZA, het WOZO-programma en het programma TAZ zetten dan ook sterk in op het verbeteren van de personele houdbaarheid. In het huidige traject kijken we op welke zorg welk personeel moet worden ingezet, wat verder wordt ondersteund door het programma TAZ, waarbij gekeken wordt naar de mogelijkheden om anders te werken en zorgverleners te ondersteunen. Een belangrijke ambitie in het WOZO-programma is: «zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan». Daarbij dient uitgegaan te worden van de vraag: wat heeft iemand nodig om langer zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen met behulp van (technische of digitale) hulpmiddelen? Daar kan, afhankelijk van de zorgvraag, (doelmatige) inzet van technische en digitale toepassingen, als onderdeel van de zorg, aan bijdragen.

Daarom willen we verkennen of er mogelijkheden zijn om de benodigde inzet van zorgverleners mee te wegen in pakketbesluiten. Wij willen onder meer onderzoeken welke kennis daarvoor beschikbaar en nodig is. Daarnaast is onderzoek nodig naar de verwachte impact van pakketbesluiten op de personele houdbaarheid en of het uitvoerbaar is. Kan medische technologie die naar verwachting de arbeidsproductiviteit vergroot met voorrang worden getoetst? Hoe wegen we het personeelsbeslag van nieuwe behandelingen in relatie tot bijvoorbeeld kosteneffectiviteit? Willen en kunnen we de benodigde inzet van zorgverleners kwalitatief en/of kwantitatief benaderen? In de komende periode gaan we hierover in gesprek met zorgverleners, patiënten- en cliëntenvertegenwoordiging en andere veldpartijen.

### *Duurzaamheid*

Daarnaast moet zorg zo weinig mogelijk bijdragen aan de vervuiling van onze leefomgeving. Immers, milieuvervuiling draagt bij aan (onder andere) verslechtering van de luchtkwaliteit en is schadelijk voor onze gezondheid. Om die reden zetten we samen met veldpartijen ook in op een Green Deal Duurzame Zorg 3.0. Onderdeel van de Green Deal is dat partijen kennisontwikkeling en onderzoek over duurzame zorg bevorderen. Pakketbeheer kan mogelijk bijdragen aan duurzame zorg. Een goed voorbeeld daarvan zijn aerosolinhalatoren voor astmapatiënten die schadelijke broeikasgassen bevatten. We willen kijken hoe dergelijke milieu- en klimaatimpact onderdeel kan zijn van de weging om zorg in het basispakket op te nemen.

#### *Milieuvervuilende inhalatoren voor astma*

Van alle inhalatoren die voor astma worden voorgeschreven is 50 procent een dosis-aerosolinhalator die een sterk milieubelastend broeikasgas bevat. Bijna alle dosis-aerosolinhalatoren gebruiken

namelijk het drijfgas HFA-134a. Dat heeft een 1300 keer hoger broeikaseffect (*global warming potential*) dan CO<sub>2</sub>. Een enkele dosisaerosolinhalator bevat HFA-227a, dat zelfs een 3330 keer sterker broeikaseffect heeft dan CO<sub>2</sub>.

Mensen met astma kregen in 2019 66 miljoen DDD (*Defined Daily Dose*; dagelijkse doses) dosisaerosolen voorgeschreven. De uitstoot van drijfgas had daarmee een grootte van 36 miljoen kilo CO<sub>2</sub>-equivalenten. Dit is vergelijkbaar met de CO<sub>2</sub>-uitstoot van 13.500 auto's die een rondje om de wereld zouden rijden.

Voor sommige patiënten is toch een dosisaerosolinhalator nodig. Maar, bij de meeste astmapatiënten is het bij de keuze van een inhalator mogelijk een goede medicamenteuze behandeling te combineren met een laag broeikaseffect, zoals de poederinhalator. Het NHG heeft al een keuzetabel gemaakt waarin onder andere het broeikaseffect is meegenomen.

### *Noodzakelijkheid*

Het criterium noodzakelijkheid kent twee dimensies: ziektelast en noodzakelijk te verzekeren zorg. Met de ziektelast wordt bepaald hoe ernstig een ziekte of aandoening is en daarmee de medische noodzakelijkheid van een behandeling daarvan. De gedachte daarachter is dat mensen meer solidair zijn met anderen wanneer de ziektelast van een aandoening groter is. Wanneer de aandoening minder ernstig zou zijn is er dus minder reden om de behandeling ervan in de verzekering op te nemen. Een voorbeeld hiervan is paracetamol bij incidentele (milde) hoofdpijnklachten (zie kader).

De tweede dimensie van noodzakelijkheid is de noodzaak om een behandeling ook daadwerkelijk te verzekeren. Een belangrijk doel van de zorgverzekering is weliswaar om gelijke toegang voor burgers tot noodzakelijke zorg te borgen, maar dat doel moet wel in een redelijke verhouding staan tot het middel. Of iets in aanmerking komt om te verzekeren, hangt dan af van de kans dat een ongewenste situatie zich voordoet in combinatie met de mogelijk (financiële) consequenties van die ongewenste situatie. Toch kan er een situatie ontstaan waarbij het voor bepaalde groepen moeilijk is om de zorg zelf te betalen. Voor deze situaties is specifiek maatwerk vereist, bijvoorbeeld via de bijzondere bijstand bij de gemeente.

Indien effectieve zorg op basis van het criterium noodzakelijkheid wordt beschouwd als niet meer te verzekeren, dan is het van belang om aandacht te hebben voor de mogelijke langetermijneffecten. Dit om te voorkomen dat bijvoorbeeld zorgmijding optreedt wat uiteindelijk kan resulteren in hogere zorgkosten en verslechtering van de gezondheid.

### *Noodzakelijkheid – dimensie ziektelast*

Vanuit het criterium noodzakelijkheid wordt bijvoorbeeld het gebruik van paracetamol bij incidentele (milde) hoofdpijnklachten niet vergoed. De medische indicatie is aanwezig (hoofdpijn), maar de aandoening is niet ernstig genoeg. Als de aandoening wel ernstig is, wordt de (farmaceutische) zorg wel vergoed. Dit is bijvoorbeeld het geval bij migraine en clusterhoofdpijn.

### *Noodzakelijkheid – dimensie noodzaak om te verzekeren*

In het verleden zijn er voorbeelden geweest van hulpmiddelen die verzekerd waren en die na uitstroom veel goedkoper zijn geworden (zoals de rollator). Het feit dat er een – gegarandeerde afzet – is via de verzekering kan een prijsopdrijvend effect hebben. Daarnaast is het belangrijk te kijken naar de mogelijke gevolgen van verzekeren. Iets wel verzekeren kan mogelijk leiden tot overconsumptie. Iets niet verzekeren kan mogelijk leiden tot zorgmijding.

### *Uitvoerbaarheid*

Zorg dient ook uitvoerbaar te zijn. Bij uitvoerbaarheid gaat het om de vraag: is het haalbaar en houdbaar om de zorg in het basispakket op te nemen (of daaruit te verwijderen). Onder uitvoerbaarheid worden eveneens mogelijke problemen in beeld gebracht van pakketuitname of pakkettoelating, zoals ongewenste substitutie naar duurder vergoede zorg of ongewenste verandering van zorgconsumptie. Daarbij wordt ook gekeken hoe hoog de budgetimpact en of het (maatschappelijk) haalbaar en houdbaar is. Uitvoerbaarheid is daarmee een noodzakelijk element om mee te wegen, om te zorgen dat uiteindelijk de passende zorg ook uitvoering kan krijgen in de zorgpraktijk.

### *Weging criteria ten opzichte van elkaar: wat te kiezen als criteria naar een verschillende kant wijzen?*

Eerdergenoemde voorbeelden zijn allen op zich goede redenen om mee te wegen in de beoordeling of zorg onderdeel uit moet maken van het basispakket. Echter, in de praktijk kunnen zich ook situaties voordoen waarbij genoemde criteria een andere kant op wijzen, bijvoorbeeld wanneer een arbeidsbesparende behandeling extra kosten met zich meebrengt, of wanneer arbeidsbesparende behandeling leidt tot een grotere impact op klimaat en milieu. De vraag is hoe we deze criteria ten opzichte van elkaar willen wegen om uiteindelijk de meest passende zorg te bereiken. Bovendien, wanneer we deze criteria relevant achten betekent dit ook dat er informatie over deze criteria voor de verschillende zorgvormen beschikbaar moet komen om een weging mogelijk te maken. Wij willen graag ook met uw Kamer in gesprek over (de juiste) criteria en de (juiste) weging daarvan.

### **Het verbreden van de toets op het basispakket van de Zvw**

Om te zorgen dat iedereen ook in de toekomst de zorg krijgt die nodig is moeten er scherpere pakketkeuzes gemaakt worden<sup>22</sup> binnen alle sectoren van de zorg. We willen daarom dat er binnen alle zorgsectoren vaker expliciete en consistente toetsing op pakketwaardigheid van zorg plaatsvindt op prioritaire onderwerpen om de houdbaarheid en passendheid van zorg te verbeteren. Dit geldt zowel voor zorg die nog relatief nieuw is als zorg die al langer wordt toegepast in de zorgpraktijk. Dit betekent ook dat zorg die voor een specifieke indicatie niet meer pakketwaardig is omdat er een passender alternatief is ook niet meer wordt vergoed en dus uitstroomt uit het basispakket.

### *Selectiecriteria om zorg te toetsen*

Het is niet mogelijk noch wenselijk om alle zorg expliciet te toetsen nadat deze is ingestroomd of reeds langere periode opgenomen is in het

<sup>22</sup> Kiezen voor houdbare zorg. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021).

basispakket. Er moeten daarom keuzes gemaakt worden voor de selectie van zorg die het meest relevant is om te toetsen. Hiervoor wordt een maatschappelijk relevant agenderingskader ontwikkeld. De prioriteringscriteria betreffen in ieder geval: grote ziektelast, grote personeelsinzet, veel praktijkvariatie, groot financieel beslag of volume en klimaat- en milieu-impact. Op die manier bereiken we binnen wat uitvoerbaar is het grootste effect voor de maatschappij. Om hier invulling aan te geven gaan we het Zorginstituut opdracht geven om samen met veldpartijen dit selectiekader vorm te geven.

Pakketbeheer vraagt inzet van overheid én veldpartijen. Agenderen komt zowel vanuit de overheid (risicogericht) als vanuit het veld. In het IZA is afgesproken dat het Zorginstituut met input van partijen uiterlijk 1 juli 2023 een agenda van onderwerpen voor (cyclisch) pakketbeheer zal vaststellen.

#### *Het moment van toetsing*

Voor veel vormen van zorg is het niet mogelijk om vooraf (zoals via de horizonsscans bij geneesmiddelen) inzichtelijk te hebben dat deze zal instromen in het pakket. Om die reden achten wij het creëren van een gesloten systeem<sup>23</sup> waarbij zorg voor opname in het verzekerde pakket wordt getoetst, niet haalbaar. We kiezen er daarom voor om in te zetten op actief, risicogericht en cyclisch pakketbeheer<sup>24</sup>. Dit is een vorm waarbij toetsing plaatsvindt van interventies die reeds zijn ingestroomd in het basispakket. Het pakket blijft hierbij een open systeem, waarbij innovatieve zorg snel kan instromen in het pakket en daarmee beschikbaar komt voor de patiënt. Tegelijkertijd gaat er gemonitord worden welke innovatieve zorg instroomt en of deze passend is. Daarop aansluitend wordt zorg kort na instroom getoetst als er twijfels zijn over de pakketwaardigheid. Bovendien gaat er vaker zorg getoetst worden die al langere periode in het basispakket aanwezig is, en waarover onzekerheid bestaat of het (*nog*) voldoet aan de pakketcriteria.

Op bovenstaande wijze houden we het open systeem van de Zvw aanspraak in stand, met alle voordelen die daarbij horen, maar is er daarnaast ook mogelijkheid om te sturen op de pakketwaardigheid van zorg.

#### *Gevolgen van toetsing*

Door het verder borgen van de pakketcriteria en het vaker toetsen, worden pakketuitspraken specifiekier over welke zorg, op welke manier, voor welke (sub)indicatie effectief is. Zoals in het IZA beschreven kan dit in toenemende mate gevolgen hebben voor de organisatie en kwaliteit van zorg. De toetsing kan leiden tot de conclusie dat zorg niet- of niet meer in deze situatie tot het basispakket behoort. Als de voor toetsing geselecteerde zorg niet aantoonbaar voldoet aan stand van wetenschap en praktijk en daarbinnen doelmatigheid, is uitstroom van die zorg in beginsel van toepassing. Het Zorginstituut maakt dit kenbaar. Als deze zorg al wordt geleverd, wordt deze zorg binnen een vastgestelde termijn gedeïmplementeerd (niet langer geleverd/vergoed) door veldpartijen.

<sup>23</sup> Meer informatie over het gesloten pakket is te vinden in de bijlage bij deze Kamerbrief.

<sup>24</sup> In het IZA is afgesproken dat het Zorginstituut in samenspraak met veldpartijen een agenda zal opstellen voor kennisvragen en implementatievraagstukken in het open pakket die maatschappelijk het meest impactvol zijn. Bij geprioriteerde kennisvragen, spreken partijen steeds af wat een redelijke termijn is waarbinnen deze vraag in het kader van onderzoek beantwoord dient te worden en committeren zich daarvoor aan de uitvoering van het benodigde onderzoek en voor de inclusie van patiënten.

De toetsing kan ook leiden tot de conclusie dat er onzekerheid is over de (mate van) effectiviteit en daarmee pakketwaardigheid. Indien de uitkomst van de toetsing is dat de zorg aannemelijk effectief lijkt maar er onzekerheid is rond de mate van effectiviteit of doelmatigheid, kan bestaande en nieuwe potentieel passende zorg voor een beperkte tijd worden vergoed met de aanvullende voorwaarde dat er onderzoek plaatsvindt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan praktijkvariatie waarbij voor dezelfde indicatie verschillende behandelingen ingezet worden en niet duidelijk is welke zorg het meest effectief of doelmatig is. In dit geval kan op basis van de aanvullende voorwaarden zorg voor een vooraf te bepalen periode vergoed blijven vanuit het basispakket. Tijdens deze periode vindt onderzoek plaats waarmee de vraag wordt beantwoord en een conclusie getrokken wordt of de zorg pakketwaardig is. Het Zorginstituut maakt afspraken met de wetenschappelijke en beroepsverenigingen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties over welke onderbouwing nodig is en wat dit vraagt aan inzet van alle betrokkenen. Bij het verstrijken van de afgesproken termijn zal het Zorginstituut vanuit zijn onafhankelijke positie onverwijld duiden of op basis van de beschikbare informatie welke zorg al dan niet aantoonbaar effectief is en van meerwaarde voor de patiënt of cliënt.

### **Stimuleren kennisontwikkeling over effectiviteit**

Om de toets op het basispakket te kunnen uitvoeren, is voldoende kennis essentieel. Door de hierboven beschreven maatregelen zal het ontbreken van deze kennis meer gevolgen hebben en eerder leiden tot uitstroom van zorg uit het basispakket. De verantwoordelijkheid voor het verzamelen van deze kennis ligt primair bij het veld. Soms komt onderzoek echter niet vanzelf van de grond en kan de overheid faciliterend optreden. De overheid heeft hiervoor verschillende subsidieprogramma's. Om een optimale aansluiting op de toets op het basispakket te waarborgen, is het belangrijk dat de inhoudelijke uitwerking van de verbeterde en verbrede toets doorwerkt in deze programma's. Daarnaast kan door meer synergie en samenhang aan te brengen, de faciliterende rol worden versterkt. In de volgende alinea's gaan we nader in op hoe de pakketwaardigheid van zorg gestimuleerd kan worden.

Zorg die in het basispakket zit, moet op de eerste plaats effectief zijn, aantoonbaar voldoen aan de stand van wetenschap & praktijk en meerwaarde hebben voor de patiënt. In gevallen waar er voor een indicatie verschillende zorgvormen beschikbaar zijn, is het van belang te weten welke zorg het meest effectief is. Met deze kennis kan door zorgverzekeraars, zorgkantoren en het Zorginstituut de pakketwaardigheid van zorg worden bepaald, en daarmee uitvoering worden gegeven aan de zorgverzekering. Binnen die kaders kunnen zorgverleners en patiënten of cliënten bij een bepaalde interventie samen beslissen over de best passende zorg, die van meerwaarde is voor de patiënt of cliënt. Maar, van veel zorg die wordt vergoed uit het basispakket is er onzekerheid over de mate van effectiviteit. Door kennis te vergaren over de mate van effectiviteit op korte én lange termijn van een specifieke interventie, kan beter worden gestuurd op gepast gebruik en doelmatigheid. Zo wordt bij prehabilitatieprogramma's als *Fit4Surgery* onderzocht of prehabilitatie van aantoonbare meerwaarde is voor de patiënt (zie kader).

#### *Prehabilitatie bij operaties*

*Fit4Surgery* en *Better in, better out* zijn programma's voor mensen die een (zware) operatie moeten ondergaan, waarin wordt ingezet op het verbeteren van de conditie van patiënten voorafgaand aan de

operatie. Onderzoekresultaten wijzen erop dat er hierdoor mogelijk minder complicaties optreden, er een kortere opnameduur is en dat patiënten vaak sneller herstellen en zich fitter voelen. Dit heeft een positieve invloed op welbevinden en kwaliteit van leven. De programma's omvatten onder meer fysieke training, het verbeteren van de leefstijl, mentale begeleiding en behandeling van ziekte of kwetsbaarheden.

Het is echter nog onduidelijk in hoeverre prehabilitatie meerwaarde heeft ten opzichte van opereren alleen, en zo ja, voor welke patiëntgroepen. Er is lopend onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van de zorg. Op basis van de toekomstige resultaten kan het Zorginstituut een uitspraak doen over de mate waarin de zorg voldoet aan de pakketcriteria.

Primair ligt de verantwoordelijkheid voor kennis over effectiviteit van zorg bij de partijen die deze zorg leveren of op de markt brengen. Zorgaanbieders en zorgverleners hebben daarbij verantwoordelijkheid zich meer in te zetten om (doelmatigheids)onderzoek uit te voeren en patiënten of cliënten te includeren ten behoeve van evaluatieonderzoek. Ook de financiering van onderzoek ligt in beginsel bij de markt. Bijvoorbeeld waar het gaat om partijen, zoals fabrikanten van genees- en hulpmiddelen, die een financieel belang hebben bij vergoeding van hun interventies uit het basispakket. Het kan zijn dat er sprake is van marktfalen, waardoor veldpartijen de financiering van effectiviteitsonderzoek niet zelf oppakken. Bijvoorbeeld omdat zij niet in staat zijn het onderzoek financieel te dragen, de kosten en baten van het onderzoek niet bij dezelfde partij liggen, of omdat de implementatie financieel nadelig voor hen uitpakt. In deze gevallen kan de overheid een faciliterende rol in de financiering spelen, zodat de benodigde kennis in het belang van de patiënt toch tot stand komt. Een voorbeeld daarvan is het onderzoek naar groep-schematherapie bij eetstoornissen (zie kader).

#### *Groep-schematherapie bij eetstoornissen*

Vanuit het Onderzoeksprogramma ggz van ZonMw wordt momenteel onderzoek gesubsidieerd naar de zorg voor mensen met een eetstoornis. Bij veel mensen met een eetstoornis is er onvoldoende herstel na *cognitive behavioral therapy-enhanced* (CBT-E), wat in de richtlijn is opgenomen. Onvoldoende herstel komt vaak door persoonlijkheidsproblematiek.

In het gerandomiseerde onderzoek wordt groep-schematherapie (GST) vergeleken met CBT-E. GST is mogelijk effectiever dan CBT-E voor mensen met een eetstoornis. De eerste resultaten van GST laten namelijk zien dat GST onderliggende problemen bij mensen met een eetstoornis en persoonlijkheidsproblematiek gunstig kan beïnvloeden. In het onderzoek wordt gekeken naar het verbeteren van de klachten, de kwaliteit van leven, de ervaring van de cliënt met de vorm van therapie en naar de kosteneffectiviteit.

Bij ZonMw, het Zorginstituut en veldpartijen lopen verschillende (subsidie)programma's voor agendering, kennisontwikkeling, -verspreiding en -implementatie over effectiviteit van zorg. Het gaat om programma's zoals Doelmatigheidsonderzoek, HTA (Health Technology Assessment) methodologie, Goed Gebruik Hulpmiddelenzorg thuis (GGH, zie kader), Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG), Onderzoeksprogramma ggz,

onderzoeksgelden in het kader van Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG)<sup>25</sup> en de Subsidieregeling veelbelovende zorg. De afgelopen jaren zijn er goede stappen gezet door samenwerkende veldpartijen om vanuit deze programma's inzichtelijk te maken wat passende zorg is. In lijn met de afspraken die in het IZA zijn gemaakt, gaan we meer synergie en samenhang bewerkstelligen tussen deze programma's. Dit versterkt hun faciliterende rol en stimuleert zo de kennisontwikkeling over effectiviteit en doelmatigheid van zorg.

#### *Programma Goed Gebruik Hulpmiddelenzorg thuis*

Het programma GGH stimuleert sinds 2018 de kennisontwikkeling over de kwaliteit en doelmatigheid van hulpmiddelenzorg in de thuissituatie. Daarnaast zet het programma in op het bouwen van een onderzoeksinfrastructuur voor deze zorg. Recent is afgesproken om de resultaten van het programma in de periode van 2018 tot en met half 2022 te evalueren. Naast de behaalde resultaten zal in de evaluatie ook worden gekeken naar de positionering van het programma ten opzichte van de andere subsidieprogramma's van ZonMw.

Het is belangrijk dat de opdracht en invulling van de programma's aansluiten op de verbeterde en verbrede toets op het basispakket. Bij het inhoudelijk uitwerken van de verbeterde toets, bijvoorbeeld op het gebied van passend onderzoek, nemen wij mee hoe deze doorwerking moet vinden in de subsidieprogramma's. Daarnaast dienen de relevantiecriteria voor onderzoek die in de subsidieprogramma's worden gehanteerd, zoveel mogelijk aan te sluiten op het nog te ontwikkelen maatschappelijke relevante selectiekader voor expliciete toetsing van zorg. Op deze manier worden de meest maatschappelijk relevante onderwerpen het eerst onderzocht en kunnen de resultaten direct worden gebruikt voor pakketbeheer.

#### **Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket van de Wlz**

Ook voor de cliënt van nu en in de toekomst in de langdurige zorg zetten we in op passende zorg. In de langdurige zorg gaat het, net als in de curatieve zorg, om het borgen van de beschikbaarheid van goede zorg. Daarnaast moeten we het hoofd bieden aan een steeds krappere arbeidsmarkt, terwijl de vraag naar zorg de komende jaren verder groeit. Op dit moment ondervinden instellingen in de ouderenzorg, de gehandicapenzorg en de langdurige GGZ al hinder van de beperkte arbeidscapaciteit. De toekomstbestendigheid van de langdurige zorg staat hierdoor onder druk. Hiervoor zijn verstandige keuzes noodzakelijk zodat de beschikbare zorgverleners zich kunnen richten op het verlenen van effectieve zorg. Hierbij moet rekening worden gehouden met dat het in de langdurige zorg vaak gaat om de meest kwetsbaren in de samenleving, die de rest van hun leven op deze zorg zijn aangewezen. Hun kwaliteit van leven staat centraal. Het grootste deel van de langdurige zorg bestaat dan ook uit dagelijkse verzorging en ondersteuning. Het gaat om zorg zoals hulp bij het wassen en eten, waarvan we weten dat deze effectief is, maar ook arbeidsintensief.

<sup>25</sup> Voor de medisch-specialistische zorg is in de afgelopen jaren in het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) door overheid, zorgverzekeraars en veldpartijen gezamenlijk ingezet op het structureel inbedden van de kennisontwikkeling over zorg in het basispakket.

Om de langdurige zorg toekomstbestendig en van goede kwaliteit te houden, moeten we kijken op welke manier de zorg beschikbaar moet zijn. Hierbij zien we kansen om de mogelijkheden te verkennen van technologische en sociale innovaties, die tijdbesparend zijn en zorg kunnen voorkomen of de cliënt meer eigen regie geven. Dit vormt dan ook een belangrijk onderdeel van het programma TAZ. Op het moment dat we deze zorg anders gaan leveren, moeten we weten wat de effecten zijn op de kwaliteit van leven van cliënten. Specifiek voor de ouderenzorg zijn de normen van het WOZO-programma leidend: «zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan»<sup>26</sup>. Reablementprogramma's zijn daar een voorbeeld van (zie kader). De WOZO-normen kunnen ook in de gehandicaptenzorg en langdurige GGZ van toepassing zijn.

In 2017 bood Zorginstituut Nederland het kwaliteitskader verpleeghuiszorg aan, welke in 2021 is geactualiseerd<sup>27</sup>. De afgelopen jaren zijn forse resultaten in termen van kwaliteit geboekt. Tegelijkertijd is het belangrijk dat kwaliteitsontwikkeling en -borging meer in samenhang wordt gezien met andere publieke waarden, zoals toegankelijkheid, personele organiseerbaarheid, financiële houdbaarheid en maatschappelijk draagvlak. Dat maakt een doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg wenselijk. Om deze reden heb ik op 30 mei jl. een brief aan het Zorginstituut gestuurd over de doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeg(huis)zorg. In mijn brief heb ik het Zorginstituut Nederland verzocht regie te voeren op het proces van doorontwikkeling door veldpartijen.

#### *Reablementprogramma Langer Actief Thuis*

Het doel van reablement is om thuiswonende ouderen zo onafhankelijk mogelijk van zorg te maken. Het is een manier om samen met de oudere te werken aan herstel van zijn leven en zelfredzaamheid. Het uitgangspunt daarbij is een waardevol en zelfstandig leven, en niet zozeer om de benodigde zorg te vervangen. De behoeften van de oudere staan bij reablement centraal. In Denemarken lopen ze met reablement voorop in Europa. In de Deense gemeente Fredericia liep in 2007–2008 een reablementexperiment. In plaats van de standaardzorg, kregen 220 thuiswonende ouderen een intensief revalidatietraject dat erop gericht was hen weer helemaal zelfstandig te maken. De meerderheid van de deelnemende ouderen konden uiteindelijk met minder zorg thuis wonen of werden soms onafhankelijk van zorg. Dat had als uitkomst dat er 27.000 uur minder zorg en begeleiding nodig was dan voorheen. Sinds 2015 is reablement voor ouderen onderdeel van de Deense wet- en regelgeving en wordt in alle regio's aangeboden. In Nederland is onder andere zorgorganisatie Mijzo na positieve uitkomsten van een pilot, bezig om reablement via hun programma Langer Actief Thuis verder uit te rollen naar meerdere zorglocaties.

Voor het realiseren van passende langdurige zorg is in de eerste plaats structurele doorontwikkeling en inbedding van een kennisinfrastructuur noodzakelijk om inzichtelijk te krijgen welke zorg wordt geleverd en of deze van meerwaarde is voor de cliënt. Hier zijn de afgelopen jaren al

<sup>26</sup> Rapport WOZO Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022).

<sup>27</sup> Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg – Samen leren & ontwikkelen. Patiëntenfederatie Nederland, LOC Waardevolle Zorg, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Verenso, ActiZ, Zorgthuis.nl en Zorgverzekeraars Nederland (2021).

stappen in gezet. Als deze kennis er is kunnen we daarmee ook kijken hoe we zorg zo effectief mogelijk inzetten. Pakketbeheer is één van de instrumenten die bijdraagt aan het maken van deze keuzes op een consistente manier. We gaan daarvoor de toets op het basispakket in de Wlz verbeteren en verbreden. Dit doen we op een manier die aansluit bij de context van de langdurige zorg, waar (het subjectieve) welbevinden een minstens zo belangrijke rol speelt als de objectiveerbare medische effectiviteit. Tegelijkertijd streven we naar een toets die gelijkwaardig is aan die in de Zvw, waar het gaat om de beoordeling of zorg van aantoonbare meerwaarde is voor de cliënt.

#### *Het verbeteren van de toets op het basispakket van de Wlz*

Het is belangrijk dat we ervoor zorgen dat iedereen die erop aangewezen is nu en in de toekomst toegang heeft tot passende langdurige zorg, waarbij de kwaliteit geborgd is en de zorg van aantoonbare meerwaarde is voor de cliënt<sup>28</sup>. Het verbeteren van het pakketbeheer moet uiteindelijk deze beweging naar passende langdurige zorg ondersteunen. Op hoofdonderdelen wordt net als in de Zvw, en zodra de kennis daarvoor beschikbaar is, gekeken naar een weging van de effectiviteit, kosteneffectiviteit, personeelsinzet, duurzaamheid, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. De uiteindelijke uitwerking van deze criteria en weging van de criteria ten opzichte van elkaar moet daarbij aansluiten op de langdurige zorg.

#### *Het criterium effectiviteit en aanvullende voorwaarden*

Zorg moet aantoonbaar effectief ofwel van meerwaarde zijn voor de cliënt. Dit is in de Wlz, net zoals in de Zvw, opgenomen in het wettelijke criterium «stand van de wetenschap en praktijk»<sup>29</sup>. Om effectiviteit aan te tonen, wordt gekeken naar vooraf bepaalde uitkomstmaten. In de langdurige zorg gaat het vooral over uitkomstmaten als kwaliteit van leven en (behoud van) functioneren. De uitkomsten die van belang zijn kunnen verschillen afhankelijk van de verschillende vormen van zorg binnen de sectoren in de langdurige zorg. Om erop te sturen dat deze aspecten meegewogen worden bij effectiviteitsbeoordelingen, overwegen we dit expliciet op te nemen in de wet- en regelgeving. Aansluitend vragen we het Zorginstituut een handleiding te maken voor de langdurige zorg. Hierin is opgenomen hoe het beoordelingskader voor het aantonen van effectiviteit en stand van de wetenschap en praktijk toegepast wordt. In deze handleiding wordt opgenomen op welke wijze effectiviteit kan worden aangetoond en welke gegevens uit de praktijk of onderzoek hiervoor noodzakelijk zijn. Basale verzorging, zoals wassen, eten en drinken, hoeft bijvoorbeeld niet op effectiviteit te worden onderzocht. In de handleiding wordt ook ingegaan op de vraag hoe het onderzoek vormgegeven kan worden. Het moet hiermee voor iedereen duidelijk zijn wanneer zorg gezien wordt als aantoonbaar effectief en van meerwaarde voor de cliënt.

Onderzoek en kennisontwikkeling op het gebied van effectiviteit en gepast gebruik is vaak complex in de langdurige zorg omdat de belangrijkste uitkomstmaat kwaliteit van leven is. Kwaliteit van leven is de combinatie van zorginhoud en welbevinden. Soms zijn uitkomsten op lange termijn noodzakelijk om inzicht te krijgen in bijvoorbeeld neveneffecten van de

<sup>28</sup> De Wlz kent een met de Zvw vergelijkbaar systeem, met een open en een deels gesloten systeem. In de Wlz is bepaald dat een Wlz-cliënt recht heeft op zorg voor zover deze – kort gezegd – naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen (artikel 3.2.1, eerste lid, van de Wlz).

<sup>29</sup> Artikel 3.1.1 van het Besluit langdurige zorg.

geleverde zorg. In andere gevallen is het mogelijk dat zorg alleen effectief geleverd kan worden door gespecialiseerde zorgverleners. Daarom is het van belang dat er meer sturing komt op elementen die van invloed zijn op de effectiviteit en daarmee de kwaliteit van zorg. Aanvullende voorwaarden bij pakkettoelating kunnen bijdragen aan het verhogen van de effectiviteit en het stimuleren van passende zorg. Daartoe bezien wij de mogelijkheden voor het aanpassen van wet- en regelgeving. Zie voor verdere toelichting de paragraaf «Aanvullende voorwaarden voor effectiviteit» onder het kopje «Het verbeteren van de toets op het basispakket van de Zvw».

*Kosteneffectiviteit, personeelsinzet, duurzaamheid, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid*

Naast effectiviteit, willen we dat er gekeken wordt naar de kosteneffectiviteit, personeelsinzet, duurzaamheid, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid van de zorg. Dit om keuzes te maken die ervoor zorgen dat beschikbare schaarse middelen zo optimaal mogelijk worden ingezet om voor iedereen passende zorg beschikbaar te houden. Voor iedereen moet helder zijn hoe we deze keuzes maken.

Als bijvoorbeeld dezelfde zorg op verschillende manieren effectief kan worden toegepast voor nagenoeg dezelfde kosten, vinden wij dat de voorkeur uit moet gaan naar zorg met de minste personeelsinzet. We zoeken hierbij naar mogelijkheden voor technologische en sociale innovaties, zoals slim incontinentiemateriaal en leefcirkels (zie kader). Daarnaast dient langdurige zorg ook duurzaam te zijn. Verder achten wij het belangrijk dat we blijven kijken naar de noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid van zorg vanuit de Wlz. Is het bijvoorbeeld noodzakelijk voor de cliënt dat dagbesteding door formele zorgverleners begeleid wordt, of volstaat hulp vanuit anderen, zoals vrijwilligers of mantelzorgers onder supervisie van formele zorgverleners?

Alleen als iedereen vanuit zijn rol en verantwoordelijkheid bijdraagt aan het maken van keuzes op basis van effectiviteit, kosteneffectiviteit, personeelsinzet, duurzaamheid, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid kunnen we komen tot passende langdurige zorg. Specifiek gaan we hierbij kijken welke instrumenten het Zorginstituut en zorgkantoren nodig hebben om hierop te kunnen sturen en hoe ze de verschillende criteria ten opzichte van elkaar kunnen wegen. Het Zorginstituut gaat bezien op welke wijze het beoordelingskader «stand van de wetenschap en praktijk» toegepast kan worden voor zorg vanuit de Wlz. Het beoordelingskader kan daarna ook door zorgkantoren gebruikt worden. We zullen uw Kamer in de toekomst informeren over de uitwerking en toepassing.

*Slim incontinentiemateriaal*

Veel cliënten in de langdurige zorg gebruiken absorberend incontinentiemateriaal. Vaak komt het voor dat cliënten te vroeg of te laat worden verschoond. Te vroeg verschoon vraagt meer inzet van het personeel en bij te laat verschoon komt het de kwaliteit van leven van de cliënt niet ten goede. Slim incontinentiemateriaal heeft sensoren die het verzadigingsniveau continu monitoren. Het verzadigingsniveau wordt doorgestuurd naar een app op de telefoon of tablet van de zorgverlener. Hierdoor kan de zorgverlener de cliënt op het juiste moment verschoon. Daarnaast wordt onnodige afval voorkomen. De meerwaarde in de praktijk voor verschillende doelgroepen moet nog verder in beeld worden gebracht.

### *Leefcirkels*

Een leefcirkel is een zorgtechnologie voor mensen met dementie. Bij een leefcirkel draagt een bewoner een polsbandje met een digitale tag. Hiermee wordt de bewegingsruimte van de bewoner op maat ingeregeld. Sommige deuren gaan voor de bewoner open, andere blijven gesloten. De leefruimte waarin de bewoner zich vrij kan bewegen wordt daardoor groter, is persoonsafhankelijk en kan worden aangepast. Bewoners behouden zo hun eigen regie, ervaren meer bewegingsvrijheid en voelen zich gelijkwaardiger aan anderen die in- en uitlopen. Dit vergroot hun kwaliteit van leven en zorgverleners hoeven zich minder zorgen te maken over rondwalende bewoners. Zorgverleners krijgen een melding op hun telefoon of tablet wanneer de bewoner zich buiten de zone van zijn of haar leefcirkel bevindt. De zorgverlener begeleidt de bewoner dan terug naar de eigen zone.

### *Het verbreden van de toets op het basispakket van de Wlz*

Ook gaan we de toets in de Wlz verbreden om de houdbaarheid en passendheid van de langdurige zorg te bevorderen. We beogen daarom dat in de toekomst voor meer vormen van zorg expliciete en consistente toetsing op pakketwaardigheid plaatsvindt. Daarom kiezen we er óók in de Wlz voor in te zetten op actief, risicogericht en cyclisch pakketbeheer. Dit betekent dat niet alle zorg vanuit de Wlz getoetst wordt door het Zorginstituut, maar dat zorg geselecteerd wordt waarbij toetsing kan bijdragen aan de inzet op meer passende zorg. Voor het opstellen van een eventueel selectiekader is het echter noodzakelijk eerst meer kennis te hebben over de geleverde zorg binnen de Wlz en de effectiviteit ervan. Aangezien deze kennis een randvoorwaarde is, kan een eventueel selectiekader pas in de toekomst worden opgesteld en gericht worden toegepast.

### *Kennisontwikkeling in de langdurige zorg*

De kennisontwikkeling naar de inhoud en omvang van de geleverde zorg is randvoorwaardelijk. Dit omdat we momenteel onvoldoende weten welke zorg voor welke cliënt(groepen) vanuit de Wlz geleverd wordt. Ook is niet systematisch bekend wat daar de effecten van zijn voor de cliënt en (exact) welke kosten aan de zorg verbonden zijn. Meer inzicht is nodig om te bepalen of er sprake is van passende zorg, om onderbouwd handelingsperspectief aan zorgverleners te kunnen bieden en met cliënten samen te kunnen beslissen. Voor het vergaren en uitwisselen van inzicht – wat zo veel als mogelijk gebaseerd is op wetenschappelijke kennis – is een kennisinfrastructuur voorwaardelijk om te komen tot passende zorg. De kennis die hierbij wordt opgedaan dient vervolgens toepassing te vinden in de praktijk, waar vervolgens actief op gestuurd moet worden, rekening houdend met de beschikbare arbeidscapaciteit<sup>30</sup>. Uw Kamer ontvangt meer informatie over de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg via een kamerbrief eind 2022. Veldpartijen zijn de afgelopen jaren al bezig geweest met het ontwikkelen, vergaren en uitwisselen van inzicht, zoals de aanpak «GRIP op probleemgedrag» en de training «Sterker dan de kick» (zie kader). Ook via het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt beoogd om het lerend vermogen van zorgverleners en zorgorganisaties te versterken.

<sup>30</sup> Advies «Kennisinfrastructuur Langdurige Zorg». Zorginstituut Nederland (2022).

### *GRIP op probleemgedrag*

In de (langdurige) GGZ is regelmatig onduidelijkheid over de passendheid van de intensiteit, vorm en plaats van zorg. Op basis van wetenschappelijke literatuur is vaak weinig bekend over de effectiviteit en doelmatigheid van de verschillende opties. Ook richtlijnen bieden weinig aanknopingspunten. Het uitvoeren van effectmetingen en doelmatigheidsonderzoek is complex vanwege vele factoren waarmee rekening gehouden moet worden, zoals de heterogeniteit van de populatie. Toch zijn er al stappen gezet naar het aantonen van effectiviteit en doelmatigheid.

Onbegrepen gedrag, zoals roepen, onrustig zijn of geagiteerd reageren, komt voor bij 80 procent van de mensen met dementie. Dit soort gedrag zorgt voor een verminderde kwaliteit van leven bij bewoners en een verhoogde belasting van zorgverleners. Regelmatig worden psychofarmaca gebruikt om probleemgedrag te onderdrukken: middelen waarvan het effect beperkt is en de bijwerkingen hoog. Toch gebruikt rond 65 procent van de verpleeghuisbewoners met dementie psychofarmaca. Op het kennisplein van Vilans staat de aanpak «GRIP op probleemgedrag». GRIP bestaat uit scholing en een stappenplan voor het hele zorgteam. De zorgverleners, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde hebben ieder hun eigen rol en verantwoordelijkheden in dit proces. De Erkeningscommissie Ouderenzorg heeft de interventie «GRIP op probleemgedrag» erkend als goed onderbouwd en effectief. GRIP is effectief gebleken in het verminderen van probleemgedrag en psychofarmacagebruik bij bewoners met dementie. Hierdoor neemt de kwaliteit van leven van de bewoners toe en dalen de (medicijn-)kosten. Ook neemt de werktevredenheid onder zorgverleners toe.

### *Sterker dan de kick*

In de gehandicaptenzorg worden ook al stappen gezet om effectiviteit en doelmatigheid van zorg aan te tonen. Ook mensen met een licht verstandelijke beperking of mensen die functioneren op zwakbegaafd niveau kunnen verslaafd raken. Ze raken bijvoorbeeld verslaafd aan alcohol, drugs, internet of videogames. Daarom is de training «Sterker dan de kick» ontwikkeld door Dichterbij Kennisn@ en de Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking (AWVB). Het doel van de training is om mensen met een licht verstandelijke beperking of mensen die functioneren op zwakbegaafd niveau vanuit zichzelf te motiveren om het gebruik of misbruik van middelen te veranderen (autonome motivatie). In 2015 is «Sterker dan de kick» erkend door de Erkeningscommissie Gehandicaptenzorg als goed onderbouwde zorg.

## **Vervolg**

Wij zijn voornemens om u in het voorjaar van 2023 nader te informeren over de verdere uitwerking en concretisering van de in deze brief aangestipte thema's.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.J. Kuipers

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,  
C. Helder