Met pakketbeheer naar passende zorg: samen verantwoordelijk

Een effectieve aanpak voor beter pakketbeheer in de strijd tegen schaarste

Advies werkgroep Beter pakketbeheer
aan Bestuurlijk Overleg IZA

Zorginstituut Nederland

Federatie
Medisch
Specialisten

landelijke
huisartsen
vereniging

Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

NFU
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

ZORG
THUIS
NL

V&VN
Beroepsvereniging van zorgprofessionals

ZN
Zorgverzekeraars
Nederland

de
Nederlandse
ggz

actiz

NZa

zkn

Patiëntenfederatie
Nederland
samen de zorg beter maken

Inhoudsopgave

Samenvatting 4

1. Inleiding 9

2. Aanleiding 10

3. Advies en oplossingsrichtingen 11
   - 3.1 Integrale aanpak bij keuzes door schaarste: een raamwerk 11
   - 3.2 Onderzoek en agendering 17
   - 3.3 Synergie pakketbeoordelingen en richtlijnen 18
   - 3.4 Experttafel organisatie van passende zorg 18
   - 3.5 Planning adviezen en oplossingsrichtingen 20

4. Vervolg 21

Bijlage 1: Opdrachtomschrijving werkgroep Beter pakketbeheer (maart 2024) 22

Bijlage 2: Procesupdate IZA-werkgroep beter pakketbeheer en vervolgvoorstel (september 2024) 26

Samenvatting

Hoe kunnen IZA-partijen, vanuit hun eigen rollen en verantwoordelijkheden bijdragen aan een beter en breder pakketbeheer?

Over deze vraag boog de werkgroep Beter pakketbeheer zich het afgelopen jaar. De werkgroep heeft geconstateerd dat er al veel (samenwerkings)initiatieven lopen in het zorgveld. Denk aan het VWS-programma Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB), het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) en de pakketagenda van partijen die gecoördineerd wordt door het Zorginstituut.

Toch ziet de werkgroep ruimte voor verbeteringen, met name rondom toegankelijkheid en schaarste. Voor u liggen de belangrijkste adviezen, ontwikkeld vanuit het perspectief van toegankelijkheid van zorg, de publieke waarde die het meest onder druk staat. De adviezen zijn geformuleerd op basis van een knelpuntenanalyse en beslaan vier (hoofd)onderwerpen.

Integrale aanpak bij keuzes rondom schaarste

Dit probleem lossen we op

We zien steeds vaker dat zorg uit het basispakket niet meer voor iedereen (direct) kan worden geleverd. Dat komt vooral door een tekort aan personeel. Dan moet een zorginstelling of zorgverlener kiezen wie deze verzekerde zorg krijgt en wie op een wachtlijst komt. Een -te ontwikkelen- gezamenlijk raamwerk waarvoor maatschappelijk draagvlak is, helpt partijen en zorgprofessionals bij het maken van keuzes rondom schaarste. Dit gaat willekeur, wachtlijsten en daarmee mogelijk een onrechtvaardige verdeling van zorg tegen.

Advies

Veldpartijen en de **overheid** ontwikkelen samen een raamwerk -waarvoor maatschappelijk draagvlak is- dat **partijen en zorgprofessionals** helpt bij het maken van keuzes tussen conflicterende afwegingen op verschillende niveaus.

Acties

Overheid en **veldpartijen** werken samen een raamwerk rondom schaarste uit.

- Zij betrekken hierbij de ervaring van de adviescommissie pakket (ACP) met het vergoeden van dure geneesmiddelen, het bijbehorende argumentenkader en de maatschappelijk-ethische afwegingen tussen maatschappelijke waarden en advisering hierover.
- Zij betrekken ook het Centrum voor Ethiek en Gezondheid vanwege haar kennis over het maken van rechtvaardige keuzes bij verdelingsvraagstukken in de zorg.
- Deze uitwerking heeft een degelijke juridische en maatschappelijke borging. Onderdeel hiervan is een noodzakelijke dialoog met de samenleving.
- De uitwerking gaat ook in op de effecten van keuzes in andere sectoren of domeinen.

Randvoorwaarden

Het raamwerk geeft richting en beschrijft het proces als er in een specifieke context maatschappelijk-ethische keuzes gemaakt moeten worden. Dit kan steeds anders zijn.

Er is maatschappelijk draagvlak en politieke ruggensteun voor de keuzes die gemaakt worden.

Het raamwerk mag niet leiden tot meer controle en regeldruk.

Sectorale schaarsteproblemen moeten vanuit sectoroverstijgend perspectief worden benaderd, zonder dat er ongewenste effecten optreden in andere sectoren.

Onderzoek en agendering

Dit probleem lossen we op

Het huidige wetenschappelijk onderzoek sluit niet altijd aan op de meest relevante en urgente kennisvragen voor het toetsen van de pakketwaardigheid van zorg en de ontwikkeling en onderhoud van richtlijnen. Hierdoor ontstaat een kloof tussen wat onderzoekers belangrijk vinden en wat de zorgsector nodig heeft.

Advies

Veldpartijen maken, onder aanvoering van het **Zorginstituut** of het programma **ZE&GG (msz-sector)** en in samenspraak met alle relevante stakeholders per zorgsector afspraken om te komen tot een wetenschappelijke meerjarige onderzoeksagenda waarmee kennisvragen met de grootste maatschappelijke impact worden beantwoord. Hierbij worden **universiteiten en onderzoeksinstituten** betrokken.

Sluit aan bij lopende IZA-afspraken, zoals de verkenning van het verbreden van de Cirkel van Gepast Gebruik naar andere sectoren, en de kennisagenda's van de **wetenschappelijke verenigingen in de msz**.

Daarnaast komen partijen op termijn (2027) tot een onderzoeksagenda met sectoroverstijgende onderwerpen.

Acties

- Voor **elke deelsector** wordt per sector een proces vormgegeven om te komen tot een onderzoeksagenda. Voor de **medisch-specialistische zorg** bestaat zo'n procesomschrijving al.
- Elke **wetenschappelijke en beroepsvereniging** ontwikkelt samen met het **Zorginstituut** en **andere relevante stakeholders** een meerjarige onderzoeksagenda op basis van het afgesproken proces.
- De **msz-sector** voert het plan van aanpak dat ZE&GG in 2026 aanlevert uit.
- **Partijen** voeren per deelsector hun onderzoeksagenda uit op basis van de Cirkel van Gepast Gebruik (CvGG).
- **Partijen** komen gezamenlijk tot een onderzoeksagenda voor sectoroverstijgende vraagstukken.

Randvoorwaarden

Zoek aansluiting met lopende trajecten, zoals het maatschappelijk agenderingskader en de pakketagenda van het Zorginstituut.

Maak gebruik van de ervaringen met de Cirkel van Gepast Gebruik (CvGG).

Synergie tussen pakketbeoordelingen en richtlijnen

Dit probleem lossen we op

De toets op het basispakket wordt verbreed naar sectoren buiten de medisch-specialistische zorg (msz). Veel van deze sectoren zijn minder bekend met pakketbeheer en het beoordelen van zorg volgens het Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk. Hierdoor wijken pakketbeoordelingen en richtlijnen in de verschillende sectoren onnodig van elkaar af.

Advies

Start een traject voor sectoren buiten de msz om meer synergie te krijgen tussen pakketbeoordelingen van het **Zorginstituut** en richtlijnen van het **professionele veld**.

Acties

- **Wetenschappelijke verenigingen en/of beroepsgroepen** inventariseren of hun richtlijnen afwijken van de pakketduidingen van het Zorginstituut.
- Zijn er verschillen, dan stemmen ze de richtlijnen en duidingen zoveel mogelijk op elkaar af.
- Zijn er redenen voor de verschillen? Dan overleggen de **wetenschappelijke verenigingen en/of beroepsgroepen** met het **Zorginstituut** of ze hun werkwijzen beter op elkaar kunnen afstemmen.

Randvoorwaarden

Er is sprake van overlap tussen richtlijnen en standpunten in de praktijk. Het is van belang dat alle relevante (IZA-)partijen worden betrokken bij het doorlopen van het traject.

Experttafel maatschappelijke vraagstukken

Dit probleem lossen we op

Er is een gebrek aan focus en instrumentarium om te sturen op de organisatie van passende zorg, terwijl goed georganiseerde zorg kan bijdragen aan betere (kosten)effectiviteit, efficiëntere arbeidsinzet en minder impact op natuur en milieu (ecologische duurzaamheid). Bovendien kan goed georganiseerde zorg grote impact hebben en belangrijk zijn in het kader van ‘de juiste zorg op de juiste plek’, ‘doelmatigheid’ en ‘arbeidsbesparing’. Door verschillende oorzaken is het landelijk opschalen van deze lokale en bilaterale afspraken ingewikkeld. Hierdoor blijft goed georganiseerde passende zorg helaas vaak een ad hoc onderwerp van enkele partijen.

Advies

Ontwikkel een voorstel voor landelijke experttafels die aan de slag gaan met vraagstukken rondom de organisatie van passende zorg. Het gaat om enkele prangende onderwerpen met een grote maatschappelijke impact waarvan partijen landelijke uitrol wenselijk achten.

Acties

- Start met een verkennende fase. Hierin werken partijen gezamenlijk een voorstel uit en stellen ze de kaders voor de organisatie van experttafels.
- Benut de regio- en transformatieplannen om de organisatie van passende zorg op grotere schaal op te pakken.

Randvoorwaarden

Bij het instellen van een experttafel rondom een vraagstuk:

- Is er overeenstemming tussen de betrokken partijen over het agenderen van het betreffende onderwerp.
- Is het onderwerp belangrijk voor de betrokken partijen en heeft het veel impact op de toegankelijkheid van zorg.
- Is er voor dit onderwerp geen overlap met transformatieplannen, ZE&GG of andere initiatieven.

Vervolg

Er liggen concrete verbeteracties. Nu is het de uitdaging om ze gezamenlijk te implementeren en elkaar als IZA-partijen daarbij te ondersteunen.

Externe steun
Het is belangrijk dat we als IZA-partijen gezamenlijk vervolg geven aan het implementeren van deze adviezen voor pakketbeheer. Dit vereist wel een aanzienlijke inzet van medewerkers van alle betrokken organisaties.

VWS heeft daarom besloten om opdracht te geven aan een extern bureau om te ondersteunen bij het nader uitwerken en implementeren van de adviezen. Ook nader onderzoek naar de haalbaarheid van (een deel van) de adviezen kan onderdeel zijn van de opdracht.

De genoemde oplossingen kunnen alleen succesvol zijn, - lees: bijdragen aan de strijd tegen schaarste - als aan de volgende **randvoorwaarden** is voldaan.

Mandaat: ja-zeggen = ja-doen
Het succes van de implementatie van de adviezen hangt af van het verkrijgen van mandaat en de daadwerkelijke naleving ervan. Het is essentieel dat iedereen de adviezen niet alleen ondersteunt, maar er ook actief naar handelt. Practice what you preach: zonder concrete actie van alle betrokken partijen blijft het bij mooie woorden en worden de verbeteringen niet gerealiseerd. Mandaat betekent dus meer dan toestemming; het impliceert ook de verantwoordelijkheid en de bereidheid om de aanbevelingen in de praktijk te brengen.

Uitvoerbaarheid
Om succesvol te zijn, moeten we efficiënt handelen en geen dingen dubbel doen. Lopende onderwerpen laten we op de tafels liggen waar ze thuishoren. Tegelijkertijd zoeken we actief aansluiting, houden we de regie en bewaken we de voortgang. Hierdoor zorgen we ervoor dat de werkzaamheden gestroomlijnd verlopen en we maximale impact bereiken.

Bij het uitwerken van de adviezen moet rekening gehouden worden met de beschikbare capaciteit van de betrokken partijen. Dit kan invloed hebben op de prioriteit en planning van de adviezen. Ook moeten de adviezen uitvoerbaar zijn voor partijen, denk aan de impact op de werklast voor zorginstellingen en professionals, en de beschikbare capaciteit om de adviezen uit te voeren.

Databeschikbaarheid en transparantie
Effectief pakketbeheer en sturen op passende zorg is alleen mogelijk als er data beschikbaar zijn die inzichtelijk en transparant maken dat de zorg passend is en op de juiste wijze wordt geleverd. Omdat dit onderwerp al uitgebreid op andere tafels wordt besproken, gaan we er in dit advies niet verder op in.

Betrokkenheid politiek
In het vervolgproces wordt ook de politiek betrokken. Zo moet er voldoende democratische legitimiteit zijn om het raamwerk rondom schaarste en de bijbehorende keuzes te kunnen maken.

Aansluiting bij de zorgakkoorden
Op het moment van uitbrengen van dit advies worden twee nieuwe hoofdlijnakkoorden voorbereid. Vooruitlopend op de inhoud daarvan moet bij de uitwerking van dit advies aansluiting gezocht worden bij de afspraken die partijen daarover hebben gemaakt.

Planning

Adviezen rondom	Q2 ’25	Q3 ’25	Q4 ’25	Q1 ’26	Q2 ’26	Q3 ’26	Q4 ’26	Q1 ’27
Integrale aanpak bij keuzes rondom schaarste	Overheid en veldpartijen komen tot een duidelijke startovereenkomst.							
Onderzoek en agendering	Stakeholders komen -per (deel)sector- samen tot een gedragen proces waarmee impactvol onderzoek structureel kan worden geagendeerd en uitgevoerd.					Start: Opleveren wetenschappelijke meerjarige onderzoeksagenda voor elke deelsector.		Opleveren gezamenlijke sectoroverstijgende onderzoeksagenda.
Synergie pakketbeoordelingen en richtlijnen		Overheid en veldpartijen ontwikkelen een duidelijke startovereenkomst.						
Experttafel maatschappelijke vraagstukken		Start verkenfase voor opstellen kaders etc. Overheid en veldpartijen komen tot een duidelijke startovereenkomst.			Opleveren gezamenlijk plan van aanpak van partijen.	Het Zorginstituut doet periodiek uitvraag bij partijen voor relevante onderwerpen.		

1. Inleiding

Het Integraal Zorgakkoord, Samen werken aan gezonde zorg (sep '22) is er duidelijk over: pakketbeheer moet bijdragen aan passende zorg en niet-passende zorg moet uit het pakket stromen ten gunste van passende zorg. Dat lukt alleen als alle betrokken partijen hun rollen en verantwoordelijkheden rondom pakketbeheer pakken.

Waar partijen dit een jaar geleden nog vaak autonoom en naar eigen inzicht deden, heeft de werkgroep Beter pakketbeheer (hierna: de werkgroep) het gezamenlijke pakketbeheer en de rollen en verantwoordelijkheden van partijen hierbij concreet gemaakt en verder gebracht.

Nu, een jaar later, werken alle betrokken IZA-partijen samen en in verbinding met elkaar aan een beter en breder pakketbeheer dat moet bijdragen aan passende zorg. Alle partijen zien het gezamenlijke belang en willen vanuit de eigen regie en deskundigheid bijdragen aan een oplossing voor schaarste in de zorg, om de toegankelijkheid (de publieke waarde die het meest onder druk staat) te verbeteren en om willekeur - of een politiek Salomonsoordeel - zoveel mogelijk te voorkomen.

De werkgroep Beter pakketbeheer bleek een gedegen basis om het goede gesprek te voeren over pakketbeheer. Dit heeft inzichtelijk gemaakt hoe complex dit onderwerp is en het heeft geleid tot wederzijds inzicht en begrip voor elkaars positie en rol.

Ondanks de verschillende inzichten en belangen ligt er nu een gedragen eindresultaat; een sterke basis om keuzes over wel- of niet vergoeden vanuit het basispakket én de toepassing daarvan in de praktijk te kunnen bespreken.

2. Aanleiding

Hoe kunnen IZA-partijen, vanuit hun eigen rollen en verantwoordelijkheden bijdragen aan een beter en breder pakketbeheer? Over deze vraag boog de werkgroep Beter pakketbeheer zich het afgelopen jaar in opdracht van het Bestuurlijk Overleg Integraal Zorgakkoord (BO-IZA).

Doel

Pakketbeheer moet bijdragen aan passende zorg. Daarover zijn in het IZA afspraken gemaakt. Beter pakketbeheer moet eraan bijdragen dat burgers toegang hebben én houden tot een basispakket vol goede zorg die bovendien geleverd kan worden met de beschikbare mensen en middelen, vanuit het perspectief van schaarste en toegankelijkheid. Alle betrokken partijen hebben een rol hierbij, maar tot een jaar geleden vulden partijen die vaak autonoom en naar eigen inzicht in. Het doel van de werkgroep is het uitwerken en vaststellen van deze rollen en verantwoordelijkheden vanuit het oogpunt van passende zorg.

Rollen en verantwoordelijkheden

In Nederland hebben burgers over het algemeen snel toegang tot nieuwe zorg. Dat is een groot goed en vooral mogelijk omdat veel zorg - dankzij generieke eisen vanuit wet- en regelgeving - het basispakket instroomt zonder expliciete beoordeling. Zorgverzekeraars beoordelen of de zorg die zij ten laste brengen van de verevening een aanspraak in de Zorgverzekeringswet (Zvw) betreft. Zorgverzekeraars zijn hiermee ook uitvoerder van het basispakket. Zij kopen immers de zorg die valt onder het basispakket in voor hun verzekerden (en baseren zich daarbij grotendeels op de richtlijnen van zorgprofessionals) en bieden deze aan via polissen die hun verzekerden recht geven op zorg. Er rust ook een belangrijke verantwoordelijkheid op de schouders van zorgaanbieders (zorginstellingen, zorgprofessionals en hun (wetenschappelijke) beroepsverenigingen) om te zorgen dat zorg die instroomt en geleverd wordt vanuit het basispakket voldoet aan wet- en regelgeving. Het Zorginstituut heeft, als formele pakketbeheerder, de rol om uitleg te geven aan inhoud en omvang van het basispakket als partijen daar niet uitkomen.

In de werkgroep hebben partijen besproken hoe zij hun rol bij pakketbeheer goed kunnen oppakken. Daarbij staat het perspectief van de toegankelijkheid van zorg centraal. Dit is immers de maatschappelijke waarde die het meest onder druk staat.

Aanpak

Waar liggen verantwoordelijkheden van partijen bij knelpunten rondom pakketbeheer? En hoe kunnen partijen vanuit het gezamenlijke pakketbeheer verder bijdragen aan passende zorg? Deze vragen zijn gedurende het gehele traject onderwerp van gesprek geweest.

De werkgroep heeft knelpunten in kaart gebracht die partijen ervaren bij het vervullen van hun rol en die een beter pakketbeheer in de weg staan. Deze knelpunten zijn gegroepeerd rondom zeven onderwerpen (zie tabel in bijlage 2), die in dit advies zijn ondergebracht in de vier (hoofd)onderwerpen. Vervolgens zijn voor de knelpunten oplossingsrichtingen verkend die zijn uitgewerkt tot concrete verbeteracties.

3. Advies en oplossingsrichtingen

In dit hoofdstuk staan de adviezen van de werkgroep, inclusief de bijbehorende acties (aanpak) en randvoorwaarden. Ze worden in paragraaf 3.1 tot en met 3.5 uitgewerkt.

3.1 Integrale aanpak bij keuzes door schaarste: een raamwerk

Schaarste in de zorg is een groeiend probleem. Niet alleen is er sprake van een tekort aan zorgpersoneel, ook medische hulpmiddelen, geneesmiddelen en financiële middelen staan onder druk. Hierdoor ontstaan verdelingsvraagstukken en wordt de toegankelijkheid van zorg steeds minder vanzelfsprekend. Tegelijkertijd verandert de bevolkingsopbouw: door de dubbele vergrijzing neemt de zorgvraag toe, terwijl het aantal werkenden in de zorg niet in hetzelfde tempo meegroeit. Dit maakt het vraagstuk nog urgenter. Pakketbeheer is een belangrijk instrument om zorg te blijven waarborgen, maar het is niet het enige antwoord. De oplossing ligt in een brede, integrale aanpak waarbij samenwerking in de regio, structurele veranderingen in de zorgorganisatie en betrokkenheid van burgers ook essentieel zijn.

We zien steeds vaker dat zorg uit het basispakket niet meer voor iedereen (direct) kan worden geleverd. Dat komt vooral door een tekort aan personeel. Dan moet een zorginstelling en/of zorgverlener kiezen wie deze verzekerde zorg krijgt en wie op een wachtlijst komt. Zorgverleners zijn begrensd in hun mogelijkheden om binnen wachtlijsten doeltreffend en rechtvaardig te prioriteren. Dit stelt hen voor onwenselijke situaties en morele dilemma's.

Een gezamenlijk raamwerk helpt partijen en zorgprofessionals bij het maken van keuzes rondom schaarste. Dit gaat willekeur, wachtlijsten en daarmee mogelijk een onrechtvaardige verdeling van zorg tegen. Een raamwerk waarvoor maatschappelijk draagvlak is, - te ontwikkelen door veldpartijen en de overheid- kan partijen en zorgprofessionals helpen bij het maken van keuzes rondom schaarste op verschillende niveaus: op collectief niveau, groepsniveau en individueel niveau.

Dat betekent dat de overheid en veldpartijen samen een raamwerk rondom schaarste ontwikkelen. Ze betrekken hierbij de ervaring van de adviescommissie pakket (ACP) en het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Deze uitwerking moet juridisch en maatschappelijk geborgd worden. Onderdeel hiervan is een noodzakelijke dialoog met de samenleving en betere positionering van de richtlijnen.

Achtergrond

Ons stelsel is zo ingericht dat veel zorg niet expliciet getoetst hoeft te worden door het Zorginstituut aan de generieke wettelijke eisen. De wetgever vertrouwt erop dat zorgpartijen dit zelf bewaken waardoor zorg zonder expliciete beoordeling deel kan uitmaken van het basispakket. Extra belangrijk zijn dan de professionele standaarden[1] (zoals richtlijnen) waar zorgprofessionals mee werken. Die geven immers richting aan de inzet van zorg in de praktijk en zijn daarmee medebepalend voor de inhoud van het basispakket.

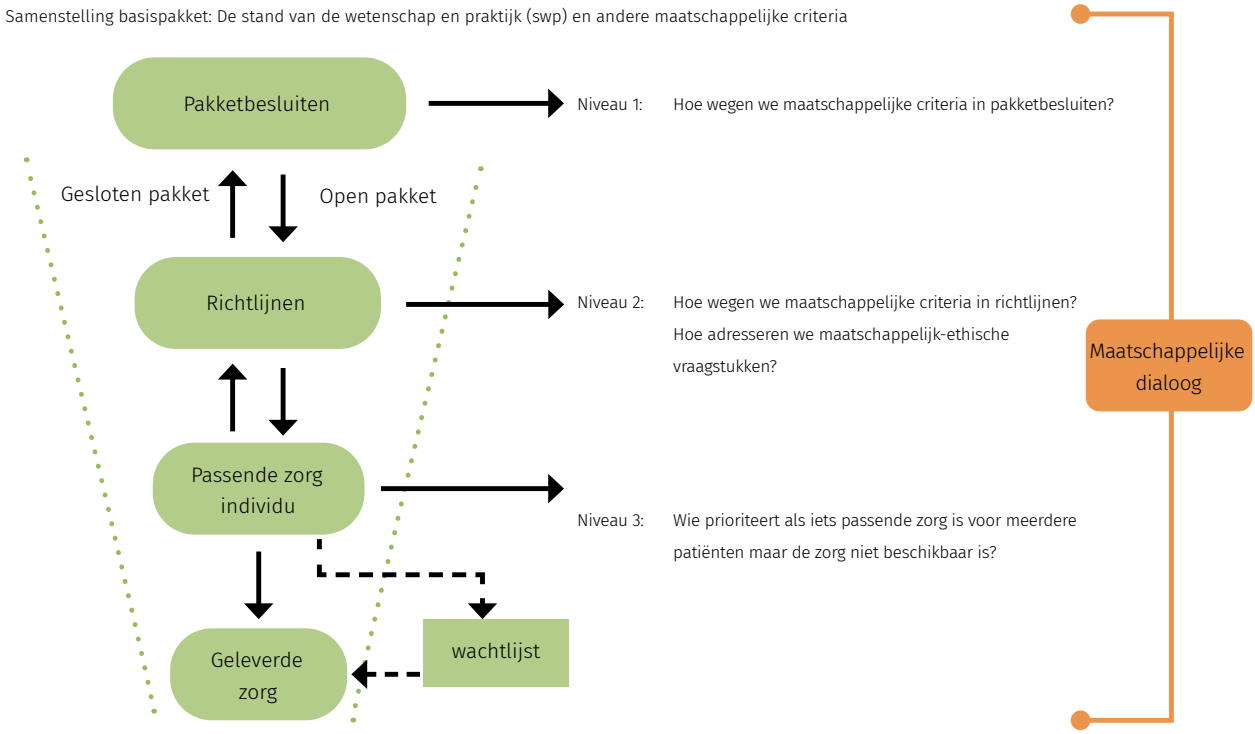
Pakketbeheer is daarmee ook een verantwoordelijkheid van meerdere partijen op meerdere niveaus. Vanuit het perspectief van schaarste betekent dit dat vraagstukken rondom personele capaciteit (en andere vormen van schaarste) op meerdere plaatsen terugkomen. Keuzes rondom de meest zinvolle inzet van (schaarse) zorg vindt plaats op drie niveaus:

1. **Collectief niveau**: Welke zorg willen we collectief betalen?
2. **Groepsniveau**: Wat is passende zorg voor een groep mensen met een bepaalde zorgvraag en welke keuze kan daarin worden gemaakt in de besluitvorming tussen zorgprofessionals? Hierbij hebben kwaliteitstandaarden en richtlijnen een brugfunctie.
3. **Individueel niveau:** Wat is passende zorg voor een individu? Keuzes voor de ene patiënt kunnen anders zijn dan voor de andere (gewenste praktijkvariatie) en kunnen afwijken van de besluiten op collectief en groepsniveau. Maar ook: wie krijgt prioriteit in geval van *kritieke schaarste*, dus als er onvoldoende zorgcapaciteit beschikbaar is voor individuen of groepen met een vergelijkbare zorgvraag?

1 - Waar richtlijn is geschreven worden ook andere onderdelen van de professionele standaarden bedoeld. Richtlijnen zijn onderdeel van de professionele standaarden, net als leidraden, standpunten en normen. Ze ondersteunen allemaal de praktijk door richtinggevende adviezen te geven over inzet van zorg. Ze vormen een vertrekpunt voor professional(s) en patiënten om de landelijke afspraken over goede zorg (op groepsniveau) in de context van de individuele patiënt te plaatsen (Samen Beslissen). Voor de leesbaarheid wordt in dit adviesrapport het begrip 'richtlijnen' gebruikt.

In onderstaande afbeelding staan de verschillende niveaus waar maatschappelijke afwegingen en keuzes spelen. In de dagelijkse zorgpraktijk moet vaak geschakeld worden tussen deze niveaus. De verschillende rollen van partijen bij het pakketbeheer kunnen leiden tot verschillende maatschappelijke dilemma's.

Niveaus van maatschappelijke afwegingen en keuzes



Afbeelding 1: verschillende niveaus waar maatschappelijke afwegingen en keuzes spelen

Schaarste, willekeur en ongelijke behandeling

Binnen pakketbeheer worden problemen rondom schaarste op dit moment onvoldoende geadresseerd. Hierdoor verschuift dit maatschappelijk probleem naar de praktijk, de richtlijnopstellers en de facto naar de spreekkamer. Hierbij kunnen bepaalde waarden met elkaar conflicteren, bijvoorbeeld kwaliteit versus toegankelijkheid of versus houdbaarheid en duurzaamheid. Als deze knelpunten worden geadresseerd in richtlijnen, vraagt dit om een handelingsperspectief dat maatschappelijk draagvlak heeft.

Pakketbeheer en omgaan met schaarste

Het maken van scherpere keuzes vanuit schaarste kan ertoe leiden dat bepaalde zorg niet meer wordt vergoed. Dat wordt maatschappelijk niet altijd geaccepteerd. Bovendien verdwijnt een zorgvraag niet door zorg niet meer te vergoeden. Dit kan bovendien passende opties voor patiënten buiten spel zetten. Het stoppen met vergoeden van specifieke zorg kan ook op andere plaatsen leiden tot een grotere zorgvraag. Daarom moeten zulke besluiten zorgvuldig worden genomen. Er zijn verschillende dilemma's bij het bepalen van welke zorg nodig is en hoe dit op een legitieme manier moet worden aangepakt. Hier volgt een beschrijving.

Niveau 1. Schaarste meewegen bij formeel pakketbeheer (pakketbesluiten)

Voor vergoeding uit het basispakket, moet zorg voldoen aan wettelijke eisen. Een knelpunt is dat deze eisen zich richten op de indicatiestelling van de zorgvrager, de effectiviteit van de behandeling en of een bepaalde interventie de meest doelmatige optie is, gezien de zorgvraag. Deze wettelijke eisen houden onvoldoende rekening met belangrijke maatschappelijke aspecten die tegenwoordig belangrijk zijn bij het samenstellen van een optimaal pakket in een bepaalde sector met beperkte zorgcapaciteit. Het gevolg is dat er zorg instroomt in het basispakket terwijl er onvoldoende capaciteit is om die te leveren[2].

2 - Dit vraagstuk wordt aangepakt in het VWS-programma Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket, wat onder andere tot doel heeft om naast effectiviteit ook andere maatschappelijke aspecten een grotere rol te geven bij pakketbeslissingen. Daartoe zijn/worden de pakketcriteria noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid verder uitgewerkt door het Zorginstituut en werkt een aparte commissie van het Zorginstituut de 'nieuwe' criteria arbeidsinzet en duurzaamheid uit. VWS onderzoekt op dit moment hoe zij al deze criteria beter kan borgen in wet- en regelgeving.

Bovenstaande is voor kleine of niet-controversiële onderwerpen goed uit te leggen. Het wordt echter lastig als we bredere afwegingen gaan maken die kunnen leiden tot maatschappelijk omstreden uitkomsten. Zolang alle criteria in één richting wijzen, zal dat niet gebeuren. Immers, als een nieuwe interventie evenveel waarde toevoegt voor een patiënt tegen de inzet van minder personeel, geld of natuurlijke bronnen is het besluit makkelijk te nemen. Maar wat besluiten we als deze waarden conflicteren? Tot nu toe waren financiële middelen een beperkende factor waaraan werd getoetst, vooral bij de vergoeding van dure geneesmiddelen. Dan bleek het soms mogelijk extra financiële middelen te vinden, maar bij personeel of natuurlijke bronnen is dat natuurlijk lastiger. We komen vaker voor de keuze of we nieuwe behandelingen willen toelaten tot het basispakket, als deze weliswaar (veel) waarde toevoegen, maar ook gepaard gaan met de inzet van veel personeel. Dat kan er namelijk toe leiden dat personeel niet beschikbaar is voor de zorg van andere patiënten (verdringing).

Om deze besluiten transparant en consistent te kunnen nemen, is er behoefte aan een *raamwerk waarvoor maatschappelijk draagvlak bestaat* zodat de besluiten gekend, herkend en geaccepteerd worden in de samenleving. Het Zorginstituut werkt momenteel aan een integraal afwegingskader voor pakketbeoordelingen dat hiervoor de basis kan vormen.

Niveau 2. Schaarste op groepsniveau meewegen in richtlijnen

Richtlijnen vormen de basis van kwaliteitsbeleid en slaan een brug tussen wetenschap en praktijk. Ze bieden primair ondersteuning aan de gezamenlijke besluitvorming van patiënt en zorgverlener. Aanbevelingen op groepsniveau worden daarbij geplaatst in de context van de individuele patiënt. Voorop staat daarbij effectieve en veilige zorg, ofwel zorg die waarde toevoegt voor de betreffende patiënt.

Ook richtlijnopstellers denken mee over hoe zij kunnen bijdragen aan de toegankelijkheid van zorg. Bijvoorbeeld door aanbevelingen minder defensief te formuleren (niet alle risico's uitbannen) en door zo nodig expliciet aanbevelingen te doen over het 'niet meer doen van handelingen' in bepaalde situaties of bij bepaalde patiëntengroepen.

Vanzelfsprekend zijn dergelijke aanbevelingen onderbouwd of vindt monitoring plaats om te volgen of het achterwege laten van deze handelingen een goed besluit is geweest. Een voorbeeld van dit laatste is de *less-is-more aanpak* van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZEGG) in de medisch- specialistische zorg.

Aanbevelingen komen niet alleen tot stand op basis van wetenschappelijk bewijs na een literatuuranalyse met GRADE op voor de patiënt relevante uitkomstmaten. Het *evidence-to-decision framework* binnen de GRADE-methodiek (zie kader voor toelichting) noemt ook andere maatschappelijke overwegingen zoals doelmatigheid en bepaalde aspecten van haalbaarheid. Het uitgangspunt bij het opstellen van aanbevelingen in richtlijnen is namelijk dat ze haalbaar en toepasbaar zijn in de praktijk. Is dat niet het geval, dan verschuift het probleem naar de praktijk en moeten de keuzes wie wel of geen zorg krijgt in de spreekkamer worden gemaakt.

Toelichting Evidence-to-Decision Framework als onderdeel van de GRADE-methodiek

Bij het afwegen van opties voor effectieve en veilige zorg, kunnen de factoren in het evidence-to- decision framework reden zijn om bijvoorbeeld een voorkeursoptie te bepalen, bijvoorbeeld door in geval van gelijke effectiviteit van interventies, de voorkeur te geven aan de goedkoopste optie of de optie die het minste beslag legt op personele capaciteit. Net als in het geval van pakketbeslissingen zijn dergelijke besluiten relatief gemakkelijk. Het wordt ook hier ingewikkelder wanneer er sprake is van conflicterende waarden.

Naast wetenschappelijk bewijs spelen ook overwegingen een rol om te komen tot aanbevelingen

- Balans tussen gewenste en ongewenste effecten van bepaalde zorg.
- Kwaliteit van bewijs
- Waarden en voorkeuren van patiënten
- Kostenaspecten
- Gelijkheid
- Aanvaardbaarheid
- Haalbaarheid

Personele capaciteit kan daarbij een aspect zijn dat speelt bij de haalbaarheid (evenals bijv. organisatorische aspecten).

Door een tekort aan zorgmedewerkers zullen in de praktijk vaker haalbaarheidsissues spelen. Dan zal in eerste instantie zorgvuldig worden gekeken of een knelpunt kan worden opgelost of verkleind, bijvoorbeeld door te zoeken naar een medisch-inhoudelijk alternatief, of door te kijken naar een andere organisatie of het aanscherpen van de indicatiestelling (binnen de reikwijdte van goede zorg). Dat kan tot het dilemma leiden dat er in de aanbeveling iets ingeleverd wordt op de kwaliteit van zorg, omdat de beschikbare capaciteit niet toereikend is om optimale kwaliteit te bieden.

Ook kan een overleg worden georganiseerd met vertegenwoordigers van instellingen en eventueel andere partijen om de knelpunten te bespreken en mogelijkheden te zoeken om deze knelpunten op te lossen. Daarbij kan een impactanalyse worden gedaan om de problematiek inzichtelijk te maken en een implementatieplan worden uitgewerkt.

Dragen de hierboven genoemde opties onvoldoende bij aan de oplossing van het capaciteitsknelpunt, dan komen er keuzes in beeld die leiden tot meer risico's en minder passende zorg. Dan ontstaat een dilemma van conflicterende waarden waarbij het de vraag is of we bereid zijn kwaliteit in te leveren ten gunste van de toegankelijkheid, betaalbaarheid of duurzaamheid. Dat kan leiden tot grote maatschappelijke druk om deze zorg toch te bieden, zonder kwaliteitsverlies.

Richtlijnen en richtlijngebruik
Richtlijnen geven aanbevelingen over klinische vragen, gebaseerd op knelpunten die zorgverleners en patiënten in de praktijk ervaren in het zorgproces van de patiënt. Naast medisch-inhoudelijke aanbevelingen kunnen ook aanbevelingen over de organisatie van zorg relevant zijn.

Hoewel de relatie tussen pakketbeheer en richtlijnen vooral gaat over hoe schaarste wordt betrokken bij het ontwikkelen en onderhouden van de richtlijnen, is het ook nodig om stil te staan bij het toepassen van richtlijnen in de praktijk.

Richtlijnen zijn bedoeld als vertrekpunt voor gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt (samen beslissen). Maar in de praktijk worden ze vaak normerend gebruikt (sturen, controleren). Hierdoor ervaren zorgprofessionals (en hun organisaties) vaak angst voor het tuchtrecht en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als ze afwijken van (onderdelen van) de richtlijnen, vooral als ze minder zorg leveren dan in de richtlijn staat. Dit is ook onderwerp in de IZA-regiegroep aanpak regeldruk, gekoppeld aan de IZA-Regiegroep Aanpak Regeldruk over regeldruk en arbeidsmarkt/werkplezier.

De werkgroep doet de suggestie om, samen met IGJ en tuchtrecht, te onderzoeken of het wenselijk is in te zetten op communicatie naar partijen over juist gebruik van de richtlijnen in de praktijk. Concreet betekent dit dat er een duidelijke lijn wordt geformuleerd over 1) hoe onderdelen van de richtlijnen in de praktijk worden gebruikt en 2) waarvoor richtlijnen al dan niet gebruikt kunnen worden. Alle partijen die direct of indirect gebruik maken van (onderdelen van) de richtlijnen als basis voor hun werk, moeten hierbij betrokken worden.

Kortom: Faciliteer en communiceer over juist gebruik van professionele standaarden.

Op dit moment ontbreekt een gelegitimeerde werkwijze (raamwerk) vanuit de overheid en samenleving om een uitspraak te kunnen doen over deze medisch-ethische vraagstukken en zo de knelpunten te adresseren. Met een dergelijk raamwerk kunnen aanbevelingen in richtlijnen worden geformuleerd die, net als pakketbesluiten, worden gekend, herkend en geaccepteerd in de samenleving.

Niveau 3. Keuzes als gevolg van schaarste op individueel niveau
Als er scherpere keuzes worden gemaakt én geïmplementeerd op het niveau van pakketbesluiten en richtlijnen, ontstaat een beter evenwicht tussen zorgvraag en -aanbod en zijn er minder ad hoc beslissingen nodig over wie wel of geen zorg krijgt. Dan is er dus sprake van een rechtvaardigere verdeling van schaarse zorg.

Op dit moment is het evenwicht echter verstoord en het is niet ondenkbaar dat dit in de toekomst zo blijft. Dat vereist een legitieme aanpak voor het maken van keuzes tussen patiënten waarvoor een interventie weliswaar passend is, maar die niet kan worden geleverd. In deze extreme gevallen gaat het niet meer over het leveren van passende zorg, maar over het verdelen van kritieke schaarste.

Dit vraagt om werkwijzen en processen, zoals beschreven in het signalement van het centrum voor Ethiek en Gezondheid (Code rood[3]). Omdat dergelijke keuzes niet gemaakt kunnen worden op basis van medisch-inhoudelijke argumenten, is het onwenselijk dat de politiek deze keuzes naar de spreekkamer dirigeert. De overheid heeft de verantwoordelijkheid om maatschappelijk richting te geven aan deze keuzes. De politieke discussie over het draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname tijdens fase 3 in de COVID-19-pandemie heeft duidelijk gemaakt hoe moeilijk het is om dit gesprek te voeren in de samenleving.

Verdringing op capaciteit; enkele voorbeelden

De volgende voorbeelden maken inzichtelijk voor welke keuzes nog geen goede aanpak bestaat. Ze laten zien dat de problemen zich voordoen in alle sectoren. Disclaimer: de voorbeelden komen niet volledig overeen met de praktijk en dienen slechts als illustratie.

Vroeggeboorte < 24 weken

Volgens de richtlijn Beleid bij vroeggeboorte wordt bij een dreigende vroeggeboorte actieve opvang geboden vanaf 24+0 weken zwangerschap. De beroepsgroep heeft besproken om deze ondergrens te verlagen naar 23+0 weken, maar hiervan afgezien, mede door het tekort aan ICN-verpleegkundigen. Dit probleem zal potentieel toenemen omdat deze kinderen vaak lang op de NICU liggen. Daarnaast hebben ze langdurige multidisciplinaire follow-up nodig (kinderarts, kinderfysiotherapeut en kinderpsycholoog) door de grote kans op ontwikkelingsproblematiek. Op dit moment zijn er al onvoldoende middelen om opvang te bieden aan extreem vroeggeboren kinderen, laat staan als deze groep groeit. Om de ondergrens te kunnen verschuiven, moet eerst dit arbeidsprobleem worden aangepakt.

Behandelcapaciteit voor de behandeling van complexe GGZ problematiek

Mensen met een complexe (GGZ-)zorgvraag moeten vaak lang wachten op zorg. Dat vraagt om meer behandelcapaciteit, maar dat is lastig door personele krapte. Een oplossing is het opnieuw prioriteren van de bestaande behandelcapaciteit. Om capaciteit vrij te spelen, zouden mensen met lichtere problematiek andere vormen van ondersteuning kunnen krijgen en/of kan de behandelduur van lichtere problematiek worden teruggebracht. Maar wat is lichtere problematiek? Een maatschappelijk gelegitimeerde aanpak kan bijdragen aan draagvlak in de samenleving.

Verdeling van capaciteit in de wijkverpleging

Omdat de overheid mensen stimuleert langer thuis te blijven wonen, groeit de vraag naar wijkverpleging. Hierdoor, en door vergrijzing en krapte op de arbeidsmarkt, staat de toegankelijkheid van wijkverpleging onder druk. Dit raakt vooral kwetsbare groepen, zoals ouderen en mensen met ernstige chronische aandoeningen. Met de beschikbare capaciteit moeten steeds meer mensen worden geholpen. Dit legt het vraagstuk op tafel wat een rechtvaardige verdeling is van de beschikbare zorg en wat van mensen zelf of van hun sociale omgeving kan worden gevraagd om in de zorgvraag te voorzien. Een maatschappelijk gelegitimeerde aanpak kan bijdragen aan draagvlak in de samenleving.

Omgaan met schaarste in de zorgpraktijk

Om bovenstaande onwenselijke situaties het hoofd te bieden en in de toekomst te voorkomen, is een maatschappelijk legitieme, transparante aanpak nodig op de verschillende niveaus waar keuzes worden gemaakt over de inzet van zorg. Die aanpak begint met het op nationaal (collectief) niveau maken van betere maatschappelijke overwegingen bij de samenstelling van het basispakket (pakketbesluiten) en het opstellen van richtlijnen. Met name knelpunten die bestaan omdat bepaalde waarden met elkaar conflicteren (bijvoorbeeld kwaliteit versus toegankelijkheid of versus houdbaarheid en duurzaamheid) vragen om een handelingsperspectief dat maatschappelijk gelegitimeerd is. Het gaat erom dat zorgverleners en patiënten niet het gevoel hebben dat het vraagstuk enkel op hún bordje ligt. Als er scherpere keuzes worden gemaakt over welke zorg uit het basispakket wordt vergoed en welke in richtlijnen wordt aanbevolen, vermindert dat de druk op de te leveren zorg en hoeft er minder vaak te worden gekozen tussen patiënten.

3 - Code rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg', Centrum voor Ethiek en Gezondheid (2023)

Schaarste en willekeur (Centrum voor Ethiek en Gezondheid)
'Om te voorkomen dat patiënten en zorgverleners bij de verdeling van schaarse zorg zijn overgeleverd aan willekeur en dat zorgverleners in de lastige positie komen dat zij ad-hoc beslissingen moeten nemen is het van belang een eerlijke besluitvormingsprocedure voor te bereiden. Een eerlijke en goed voorbereide procedure vergroot de kans op een eerlijke uitkomst en op de acceptatie van die uitkomst. Richtlijnen voor procedurele rechtvaardigheid zijn consistentie in de toepassing van standaarden, onpartijdigheid van besluitvormers, inspraak en akkoord van betrokkenen, waardige behandeling van betrokkenen, argumenten op basis van accurate informatie, heldere en transparante communicatie, mogelijkheden voor herziening of correcties en duurzaamheid en uitvoerbaarheid van procedures.'

Bron: Code Rood, Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg, Hoofdstuk 3 Procedurele rechtvaardigheid, Centrum voor Ethiek en Gezondheid

Het belang van een goede procedure voor een rechtvaardige uitkomst die wordt geaccepteerd door partijen wordt ondersteund door de kernboodschap van het rapport *Code Rood* van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (zie kader op pagina 19 '*Voorbeelden van maatschappelijke onderwerpen met veel impact voor de organisatie van zorg*').

Advies

Op grond van bovenstaande analyse komt de werkgroep tot het volgende advies: Ontwikkel een maatschappelijk gelegitimeerd samenhangend raamwerk dat partijen en zorgprofessionals helpt bij het maken van keuzes tussen conflicterende afwegingen op verschillende niveaus:

1. Op **collectief** niveau: een raamwerk voor het maken van keuzes over collectieve vergoeding van interventies op basis van alle relevante maatschappelijke overwegingen. Met deze werkwijze kan het Zorginstituut beter adviseren over het in- of uitstromen van zorg uit het basispakket vanuit het perspectief van arbeidsinzet (in samenhang met de overige pakketcriteria).
2. Op **groepsniveau** (richtlijnen): Richtlijnontwikkelaars en zorgprofessionals nemen bij de ontwikkeling van richtlijnen en het prioriteren van onderhoud maatschappelijke afwegingen mee. Daarbij is een werkwijze nodig voor het escaleren van keuzes die vanuit schaarste perspectief naar boven komen bij richtlijnontwikkeling/onderhoud, waarbij maatschappelijke ethische vraagstukken zich voordoen. Vaak betreft het keuzes door conflicterende afwegingen tussen kwaliteit en houdbaarheid (personele capaciteit, kosten, duurzaamheid).
3. Op **individueel niveau**: Op individueel niveau moet voorkomen worden dat de zorgprofessional vanuit perspectief van schaarste zorg zelf moet verdelen tussen patiënten die hiervoor binnen de richtlijnen een gelijke prioriteit van zorg hebben. Een raamwerk moet leiden tot het maken van juiste afwegingen en keuzes rondom schaarste. Hiermee wordt willekeur, wachtlijsten en daarmee mogelijk een onrechtvaardige verdeling van zorg tegengegaan.

De voorgestelde aanpak is als volgt:

- Veldpartijen en de overheid werken samen het hiervoor beschreven raamwerk uit.
- Hierbij wordt de ervaring meegenomen die de adviescommissie pakket (ACP) van het Zorginstituut heeft opgedaan met betrekking tot:
  1. afwegingen over de vergoeding van dure geneesmiddelen en het argumentenkader dat zij daartoe heeft opgesteld.
  2. maatschappelijk-ethische afwegingen tussen maatschappelijke waarden en advisering hierover.
- De uitwerking heeft een degelijke juridische en maatschappelijke borging. Onderdeel hiervan is een noodzakelijke dialoog met de samenleving (zie kader).
- De uitwerking gaat ook in op de effecten van keuzes in andere sectoren of domeinen. Schaarsteproblemen moeten vanuit een sectoroverstijgend perspectief worden beoordeeld. Het is daarbij van belang de sectoren te betrekken waar mogelijke effecten op zullen treden, zodat er geen problemen worden doorgeschoven naar andere sectoren.
- We betrekken het Centrum voor Ethiek en Gezondheid als gremium dat kennis heeft over het maken van rechtvaardige keuzes bij verdelingsvraagstukken in de zorg.

Maatschappelijke dialoog
Een goede gezondheid én gezondheidszorg zijn voor veel burgers een groot goed. Bij signalen dat de zorg die zij gewend zijn mogelijk zal verdwijnen of veranderen, ontstaat maatschappelijke onrust en soms ook weerstand. Daarom is het belangrijk om de samenleving mee te nemen in 'het eerlijke verhaal' dat dingen moeten veranderen om ook in de toekomst verzekerd te blijven van goede zorg. Dit is een belangrijke voorwaarde bij veel adviezen van de werkgroep, zoals die over een maatschappelijk legitieme aanpak voor de verdeling van schaarste.

Het aangaan van een maatschappelijke dialoog draagt bij aan de volgende doelen:

1. Bewustwording van de situatie in de zorg. De zorg zal veranderen, dat moeten burgers kunnen plaatsen en begrijpen, zonder dat ze nodeloos ongerust worden gemaakt.
2. Meer besef en eigen verantwoordelijkheid van wat burgers - voor zichzelf of hun naasten- kunnen doen om de zorg te ontlasten of te voorkómen dat zij een beroep moeten doen op de zorg. Denk daarbij aan de Zorgbelofte van de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) die aandacht besteedt aan wat patiënten van de zorg mogen verwachten en wat zij zelf kunnen bijdragen.
3. Burgers betrekken bij verdelingsvraagstukken. Om draagvlak en acceptatie te verwerven voor moeilijke keuzes in de zorg, moeten burgers zelf kunnen meebeslissen door kenbaar te maken welke argumenten zij belangrijk vinden. Dit kan met bijvoorbeeld vragenlijsten, burgerfora of een burgerberaad (zoals momenteel wordt georganiseerd rond klimaatbeleid).

3.2. Onderzoek en agendering

Het toetsen van de pakketwaardigheid van zorg is een belangrijk onderdeel van pakketbeheer en van belang voor de richtlijnontwikkeling en zorginkoop. Om deze toets goed uit te voeren is het van belang dat er (passend) wetenschappelijk bewijs voorhanden is, dat de vraag van pakketwaardigheid kan beantwoorden. Het gaat hierbij allereerst om effectiviteit, maar ook om andere pakketcriteria zoals kosteneffectiviteit, impact, arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid. Regelmatig ontbreekt het aan relevante wetenschappelijke informatie en is aanvullende onderzoek dus gewenst.

Partijen ervaren dat een gezamenlijke agenda voor onderzoek in relatie tot pakketbeheer voor veel sectoren ontbreekt, of dat het voorstellen, prioriteren en uitvoeren van onderzoek met de meest waardevolle impact op pakketbeheer niet goed lukt. Binnen de msz wordt al gewerkt aan gezamenlijk agenderen via het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG).

Advies

De werkgroep adviseert om per deelsector te komen tot een gedragen proces waarmee impactvol onderzoek structureel kan worden geagendeerd en uitgevoerd. Dit moet leiden in een wetenschappelijke meerjarige onderzoeksagenda (of continue onderzoeksagenda) voor elke deelsector. Veldpartijen ontwikkelen deze, onder coördinatie van het Zorginstituut of ZE&GG (msz-sector) en in samenspraak met alle relevante stakeholders (bijvoorbeeld onderzoeksfinanciers, zoals ZonMw[4], universiteiten of regionale samenwerkingsverbanden). Het huidige wetenschappelijk onderzoek sluit nog onvoldoende aan op kennisvragen die het meest relevant en urgent zijn voor het toetsen van de pakketwaardigheid van zorg en de ontwikkeling en onderhoud van richtlijnen. Deze agenda gaat antwoord geven op de meest urgente onderzoeksvragen met de grootste maatschappelijke impact. Dit betreft pakketbeheer en richtlijnontwikkeling en -onderhoud op het gebied van effectiviteit, kosteneffectiviteit, arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid. Daarnaast is het advies om op termijn (2027) ook tot een onderzoeksagenda met sectoroverstijgende onderwerpen te komen. Voor de msz-sector geldt daarnaast dat zij het plan van aanpak van ZE&GG met betrekking tot agendering en onderzoek uitvoeren. Vanzelfsprekend blijven wetenschappelijke verenigingen zelfstandig verantwoordelijk voor het vaststellen van hun eigen agenda ten behoeve van richtlijnontwikkeling.

4 - Waaronder het Kaderprogramma Passende Zorg: ZonMw werkt momenteel in opdracht van VWS aan het Kaderprogramma Passende Zorg (KPPZ). Het KPPZ is een subsidieprogramma dat – in alle sectoren van de Zvw – inzet op zowel het stimuleren van onderzoek naar de pakketwaardigheid van zorg als op de onderzoeksinfrastructuur die hier per sector voor nodig is. Voor het programma is gedurende de looptijd in totaal 290 miljoen euro beschikbaar. Het programma moet in 2025 van start gaan, waarbij zal worden gestart met een verkenning van de behoeften en randvoorwaarden per sector. In het programma ligt een grote nadruk op gericht onderzoek naar impactvolle kennisvragen (bij voorkeur in co-creatie uitgewerkt) dat door het Zorginstituut of veldpartijen wordt aangedragen.

Om vervolg te geven aan het advies kunnen veldpartijen, het Zorginstituut en alle overige relevante stakeholders samen aansluiting zoeken bij het maatschappelijk agenderingskader en de pakketagenda van het Zorginstituut. Ook kan voor de vormgeving van een proces voor de totstandkoming van de onderzoeksagenda gebruik worden gemaakt van de ervaringen met de Cirkel van Gepast Gebruik (CvGG) die in dit kader al zijn opgedaan in de medisch-specialistische zorg in het ZE&GG-programma. Uiteraard is het van belang dat universiteiten en onderzoeksinstituten worden betrokken bij de totstandkoming en de uitvoering van de onderzoeksagenda.

Daarnaast wordt aangesloten bij andere (lopende) IZA-afspraken, zoals de verkenning van het verbreden van de Cirkel van Gepast Gebruik (CvGG) naar andere sectoren en de kennisagenda's die van wetenschappelijke verenigingen in de msz.

3.3 Synergie pakketbeoordelingen en richtlijnen

Er zijn voorbeelden van pakketbeoordelingen door het Zorginstituut (SWP) en duidingen in de richtlijnen die niet op elkaar aansluiten. Dat is niet wenselijk. Daarom werken het Zorginstituut en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) samen in een traject om meer synergie te krijgen tussen pakketbeoordelingen en richtlijnen. De resultaten worden medio 2025 verwacht en besproken in een bestuurlijk overleg tussen het Zorginstituut en de Federatie. Daarna kan de samenwerking verder worden vormgegeven en geïmplementeerd.

In het IZA is afgesproken om de toets op het basispakket te verbreden naar sectoren buiten de msz, waaronder de ggz en de eerstelijnszorg. Ook dan is afstemming tussen pakketduidingen en (onderdelen van) de richtlijnen nodig. Andere sectoren en beroepsverenigingen kunnen leren van de uitkomsten van het traject tussen FMS en het Zorginstituut.

Advies

De werkgroep adviseert om vanaf Q3 2025 een startovereenkomst te ontwikkelen voor vergelijkbare traject voor sectoren buiten de msz om meer synergie te krijgen tussen pakketbeoordelingen en richtlijnen. Het is voor alle sectoren van belang aandacht te hebben of te houden voor het opnemen van aspecten van passende zorg in richtlijnen. Vanzelfsprekend moet er draagvlak zijn bij alle betrokken partijen in de betreffende sector om een dergelijk traject te doorlopen.

Het past bij de verbreding die het Zorginstituut heeft ingezet rondom pakketbeoordelingen in het open pakket om ook zorg buiten de msz te duiden. Tegelijkertijd is een aantal sectoren op dit moment minder bekend met het beoordelen van effectiviteit op basis van het Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk en met pakketbeheer in het algemeen. Dat komt mede omdat de kennisinfrastructuur minder ver ontwikkeld is (dan in de msz).

Hoewel het beoordelingskader geschikt is voor alle vormen van zorg kan in specifieke sectoren of vormen van zorg onduidelijk zijn hoe het kader moet worden toegepast. Daarom ontwikkelt het Zorginstituut handleidingen die partijen helpen bij het aantonen van effectiviteit/SWP.

3.4 Experttafel organisatie van passende zorg

Hoewel de criteria of zorg wordt vergoed wettelijk zijn verankerd, geldt dat niet voor de organisatie van zorg, terwijl die wel invloed kan hebben op de mate waarin wordt voldaan aan de verschillende pakketcriteria. Zo kan goed georganiseerde zorg leiden tot betere (kosten)effectiviteit, efficiëntere arbeidsinzet en minder impact op natuur en milieu (ecologische duurzaamheid). Ook kan de organisatie van zorg grote impact hebben en belangrijk zijn in het kader van 'zorg op de juiste plek', 'doelmatigheid' en 'arbeidsbesparing'. Hier wordt ook op ingezet vanuit bijvoorbeeld ZE&GG en Digizo.nu.

In de praktijk lijkt het beoordelen en toepassen van de organisatie van passende zorg vaak een onderwerp tussen individuele zorgaanbieders en de betreffende zorgverzekeraar, zoals bij de 'passende zorgpraktijken'. Door verschillende oorzaken is het landelijk opschalen van deze lokale en bilaterale overeengekomen afspraken ingewikkeld. Hierdoor blijft goed georganiseerde passende zorg vaak een ad hoc onderwerp van enkele partijen. Omdat het pakketbeheer gaat over de wat-vraag (wat is verzekerd) en niet over de hoe-vraag (hoe wordt de zorg geleverd) hebben vraagstukken rondom de organisatie van zorg op dit moment daarom ook geen plek op de pakketagenda. Hierdoor missen ze collectieve aandacht.

Via Regio- en 'Transformatieplannen kan de organisatie van passende zorg op grotere schaal worden opgepakt. Echter - net als bij de hiervoor genoemde passende zorgpraktijken - is daarmee nog niet gezegd dat dit ook daadwerkelijk gebeurt.

Voorbeelden van maatschappelijke onderwerpen met veel impact voor de organisatie van zorg

- Instroom van kwetsbare ouderen verlagen die onnodig op de eerste hulp komen. Meerdere partijen hebben hiervoor al initiatieven ontwikkeld. Deze evalueren, in kaart brengen wat nodig is om tot opschalen in landelijk verband te kunnen komen, is belangrijk.
- Passende zorg bij chronische pijn. Chronische pijn is een groot maatschappelijk probleem met veel medische en maatschappelijke kosten. Waar kan deze zorg bewezen effectief het beste worden georganiseerd?

Advies

Naast bovengenoemde initiatieven ziet de werkgroep een aantal grotere onderwerpen die toch buiten deze initiatieven vallen. Om die reden adviseert de werkgroep om te komen tot een 'landelijke experttafel organisatie van passende zorg'. Op deze experttafel kan een aantal grotere onderwerpen in de organisatie van zorg, al dan niet voortkomend uit passende zorgpraktijken, regioplannen en transformatieplannen, maar ook geheel nieuwe onderwerpen die buiten deze initiatieven vallen, uitgewerkt worden. Het gaat dan om prangende onderwerpen met een grote maatschappelijke impact en waarvan partijen landelijke uitrol wenselijk achten. Expliciet worden hier die onderwerpen bedoeld die al jaren "blijven steken" in goede bedoelingen en kleinschaligheid, maar waar maatschappelijk een groot knelpunt ligt.

In Q3 2025 wordt gestart met een verkenfase voor het opstellen van kaders. In Q2 2026 wordt de verkenning uitgewerkt tot een plan van aanpak waarin ook het startmoment wordt bepaald.

3.5 Planning adviezen en oplossingsrichtingen

Hier volgt een globale planning voor de komende twee jaar voor verdere uitwerking en implementatie van de hiervoor genoemde adviezen.

Adviezen rondom	Q2 ’25	Q3 ’25	Q4 ’25	Q1 ’26	Q2 ’26	Q3 ’26	Q4 ’26	Q1 ’27
Integrale aanpak bij keuzes rondom schaarste	Overheid en veldpartijen komen tot een duidelijke startovereenkomst.							
Onderzoek en agendering	Stakeholders komen -per (deel)sector- samen tot een gedragen proces waarmee impactvol onderzoek structureel kan worden geagendeerd en uitgevoerd.					Start: Opleveren wetenschappelijke meerjarige onderzoeksagenda voor elke deelsector.		Opleveren gezamenlijke sectoroverstijgende onderzoeksagenda.
Synergie pakketbeoordelingen en richtlijnen		Overheid en veldpartijen ontwikkelen een duidelijke startovereenkomst.						
Experttafel maatschappelijke vraagstukken		Start verkenfase voor opstellen kaders etc. Overheid en veldpartijen komen tot een duidelijke startovereenkomst.			Opleveren gezamenlijk plan van aanpak van partijen.	Het Zorginstituut doet periodiek uitvraag bij partijen voor relevante onderwerpen.		

4. Vervolg

Er liggen concrete verbeteracties. Nu is het de uitdaging om ze gezamenlijk te implementeren en elkaar als IZA-partijen daarbij te ondersteunen.

Externe steun

Het is belangrijk dat we als IZA-partijen gezamenlijk vervolg geven aan het implementeren van deze adviezen voor pakketbeheer. Dit vereist wel een aanzienlijke inzet van medewerkers van alle betrokken organisaties.

VWS heeft daarom besloten om opdracht te geven aan een extern bureau om te ondersteunen bij het nader uitwerken en implementeren van de adviezen. Ook nader onderzoek naar de haalbaarheid van (een deel van) de adviezen kunnen onderdeel zijn van de opdracht.

De genoemde oplossingen kunnen alleen succesvol zijn, - lees: bijdragen aan de strijd tegen schaarste - als aan de volgende **randvoorwaarden** is voldaan.

Mandaat: ja-zeggen = ja-doen
Het succes van de implementatie van de adviezen hangt af van het verkrijgen van mandaat en de daadwerkelijke naleving ervan. Het is essentieel dat iedereen de adviezen niet alleen ondersteunt, maar er ook actief naar handelt. Practice what you preach: zonder concrete actie van alle betrokken partijen blijft het bij mooie woorden en worden de verbeteringen niet gerealiseerd. Mandaat betekent dus meer dan toestemming; het impliceert ook de verantwoordelijkheid en de bereidheid om de aanbevelingen in de praktijk te brengen.

Uitvoerbaarheid
Om succesvol te zijn, moeten we efficiënt handelen en geen dingen dubbel doen. Lopende onderwerpen laten we op de tafels liggen waar ze thuishoren. Tegelijkertijd zoeken we actief aansluiting, houden we de regie en bewaken we de voortgang. Hierdoor zorgen we ervoor dat de werkzaamheden gestroomlijnd verlopen en we maximale impact bereiken.

Bij het uitwerken van de adviezen moet rekening gehouden worden met de beschikbare capaciteit van de betrokken partijen. Dit kan invloed hebben op de prioriteit en planning van de adviezen. Ook moeten de adviezen uitvoerbaar zijn voor partijen, denk aan de impact op de werklast voor zorginstellingen en professionals, en de beschikbare capaciteit om de adviezen uit te voeren.

Databeschikbaarheid en transparantie
Effectief pakketbeheer en sturen op passende zorg is alleen mogelijk als er data beschikbaar zijn die inzichtelijk en transparant maken dat de zorg passend is en op de juiste wijze wordt geleverd. Omdat dit onderwerp al uitgebreid op andere tafels wordt besproken, gaan we er in dit advies niet verder op in.

Betrokkenheid politiek
In het vervolgproces wordt ook de politiek betrokken. Zo moet er voldoende democratische legitimiteit zijn om het raamwerk rondom schaarste en de bijbehorende keuzes te kunnen maken.

Aansluiting bij de zorgakkoorden
Op het moment van uitbrengen van dit advies worden twee nieuwe hoofdlijnakkoorden voorbereid. Vooruitlopend op de inhoud daarvan moet bij de uitwerking van dit advies aansluiting gezocht worden bij de afspraken die partijen daarover hebben gemaakt.

Bijlage 1: Opdrachtomschrijving werkgroep Beter pakketbeheer (maart 2024)

Werkgroep Beter Pakketbeheer

IZA Thematafel Passende Zorg

Aanleiding

Pakketbeheer gaat over aanspraak op zorg en is daarmee de basis voor passende zorg. In het IZA zijn afspraken gemaakt over het versterken van het pakketbeheer, ook binnen het open pakket. Een onderdeel daarvan betreft het nader concretiseren van de rollen en verantwoordelijkheden van partijen bij de uitvoering van het pakketbeheer. De Thematafel Passende Zorg doet hierbij het voorstel om een werkgroep in te richten die hier invulling aan zal geven.

Inleiding

In de Werkagenda A. Passende zorg van het IZA zijn afspraken gemaakt over pakketbeheer. Hier wordt door VWS aan gewerkt binnen het programma VVTB. Er dienen scherpe keuzes te worden gemaakt welke zorg wel of niet wordt vergoed vanuit het basispakket. We moeten de beschikbare mensen en middelen in de zorg passend inzetten en alleen zorg vergoeden die waardevol is voor de patiënt, werkt, betaalbaar en duurzaam is.

Alle partijen onderschrijven de bedoeling dat zorg die niet of onvoldoende bijdraagt uit het pakket gaat, en juist de waardevolle zorg behouden blijft. Uitgangspunt voor pakketwaardigheid is dat zorg op de eerste plaats effectief is en voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk[1]. Daarbij erkennen partijen dat ander pakketbeheer nodig is om passende zorg te realiseren, en dat partijen t.b.v. het pakketbeheer ook nadrukkelijk hun verantwoordelijkheid nemen, elk vanuit hun eigen rol. VWS omschrijft de rol- en taakverdeling in overleg met alle bij de toets op het basispakket betrokken partijen[2].

Werkgroep Pakketbeheer

De werkgroep richt zich specifiek op de concrete invulling van rollen en verantwoordelijkheden zoals geschetst in het IZA. Het gaat daarbij om de uitvoering van het pakketbeheer door partijen in de dagelijkse praktijk. Het gaat hierbij uitdrukkelijk niet om de jaarlijkse systematiek van wijziging van de aanspraken via het Zorginstituut door de minister.

Met het instellen van deze werkgroep wil VWS zorgen voor optimaal gebruik van de kennis en kunde van alle IZA-partijen aan de Thematafel, en een afgewogen en gedragen eindresultaat van het proces. De voorgestelde kenmerken van de werkgroep worden weergeven in onderstaande tabel. Het beoogde eindresultaat is het komen tot concrete afspraken over de rollen en verantwoordelijkheden bij pakketbeheer, inclusief voorstellen om dit te bereiken. Bij het inventariseren van problemen en vervolgens het formuleren van oplossingen of oplossingsrichtingen heeft de werkgroep oog voor de andere domeinen, zoals de Wlz, WMO, sociaal domein, etc. Dit kan bijvoorbeeld door bij de inventarisatie van knelpunten specifiek te kijken naar de grensgebieden tussen deze domeinen, en bij het formuleren van oplossingsrichtingen ook de impact voor patiënten die ook te maken hebben met andere domeinen mee te nemen.

DOEL	Gezamenlijk uitwerken en vaststellen van rollen en verantwoordelijkheden van partijen voor beter en scherper pakketbeheer vanuit het oogpunt van passende zorg
OPDRACHT-FORMULERING	Werk de rollen en verantwoordelijkheden van partijen zoals benoemd in het IZA (zie **bijlage**) uit om te komen tot 'beter en verdiept pakketbeheer' waarmee scherpere keuzes kunnen worden gemaakt[3]. Gebruik daarbij - naast het IZA - het Kader Passende Zorg`en het argumentenkader van de ACP (evenals relevante

[1] IZA p.31
[2] IZA p.31
[3] IZA p.31: "Pakketuitspraken worden specifieker over welke zorg, op welke manier, voor welke (sub)indicatie effectief is".

	rapporten en literatuur) als uitgangspunt. Houdt bij de uitwerking rekening met de samenhang met de andere zorgsectoren en domeinen (o.a. Wlz, WMO, sociaal domein) Ga bij de nadere rolomschrijving en verantwoordelijkheidsverdeling in op de volgende punten: A. Wat zijn de belangrijkste beslispunten van- en tussen partijen in het proces van het – door partijen (gezamenlijk) uitgevoerde – pakketbeheer die van invloed zijn op het eindresultaat (passende verzekerde zorg); Beperk je daarbij niet tot de 'formele' pakketbeheerders, maar betrek alle genoemde partijen in het IZA (zie bijlage) die een relevante impact hebben op het eindresultaat van pakketbeheer. B. Wat zijn de (ervaren) knelpunten van partijen bij A. die een beter en verdiept pakketbeheer in de weg staan. C. Wat zijn mogelijke verbeterpunten hierin voor zowel het proces (de samenwerking van partijen bij het pakketbeheer) als de uitkomsten van het pakketbeheer; D. Wat zijn wenselijke of noodzakelijke afspraken tussen partijen en de juiste borging daarvan; E. Op welke wijze kan implementatie van uitkomsten plaatsvinden?
RANDVOORWAARDEN	- Bestuurlijk commitment op het instellen van de werkgroep en de voorgestelde opdrachtomschrijving; - Commitment op de inzet binnen de werkgroep zowel in personele als inhoudelijke zin (deelname, denkkracht en draagvlak) - Inhoudelijke ondersteuning en klankbordfunctie van de Thematafel Passende Zorg; - Procesmatige ondersteuning vanuit VWS.
SAMENSTELLING WERKGROEP	(Vertegenwoordiging van) partijen benoemd in het **IZA** bij onderdeel **A.** Passende Zorg, Hoofdstuk **2** Pakketbeheer, paragraaf **e** 'Rollen en verantwoordelijkheden t.a.v. de cyclus van gepaste zorg pakketbeheer'. Zie ook de bijlage.
TIJDPAD	Maart t/m sept 2024
MIJLPALEN	**I.** Tussentijdse resultaten (mei 2024); **II.** Strategische sessie (juni 2024) **III.** Eindoplevering (sept 2024).
REGIE	De werkgroep vindt plaats onder regie van- en met ondersteuning vanuit VWS.

Planning en afstemming

De werkgroep functioneert parallel aan de Thematafel Passende Zorg, en gebruikt de reeds geplande overlegmomenten van de Thematafel voor rapportage, bespreking van het proces en (voorlopige) uitkomsten. Daarnaast maakt de werkgroep gebruik van de geplande Bestuurlijke Overleggen, inclusief een Strategische sessie om dilemma's te bespreken en richting te geven voor definitieve afspraken. Het tijdpad is daarmee onder meer ingegeven door de geplande BO's in 2024. Onderstaand schema geeft de overlegmomenten van de Thematafel en BO's weer, inclusief de (mogelijke) inhoud van de terugkoppeling. Er wordt verwacht dat de werkgroep ongeveer 8 maal (deels digitaal, deels fysiek) daaromheen bijeenkomt, in sessies van 1,5 uur.

OVERLEG/TAFEL	INHOUD
TTPZ - 11/01	Bespreken werkgroep en proces
TTPZ - 30/01	Gezamenlijk vaststellen opdrachtomschrijving werkgroep
BO – 04/03	Bestuurlijk commitment werkgroep en opdracht
TTPZ – 02/04	Korte terugkoppeling werkgroep
TTPZ – 07/05	Bespreken voorlopige resultaten en voorbereiding BO
BO (*juni, mogelijk ander moment*)	Strategische sessie o.b.v. voorlopige resultaten
TTPZ – 02/07	Bespreking resultaten
BO september	Besluiten rondom uitkomsten werkgroep en implementatieproces.

Bijlage: Rollen en verantwoordelijkheden zoals benoemd in het IZA[4]

VWS	VWS is verantwoordelijk voor de (wettelijke) kaders van het pakketbeheer. VWS is er ook voor verantwoordelijk voor de politieke agendering en sondering bij (moeilijke) pakketbeslissingen.
ZORGINSTITUUT NEDERLAND:	Het Zorginstituut is als onafhankelijke partij medeverantwoordelijk voor het pakketbeheer in het algemeen belang: voor de methodiek van beoordelen en het doen van uitspraken bij geschillen. Het Zorginstituut concentreert zich op de uitvoering van de opdrachten die VWS geeft op basis van het coalitieakkoord en IZA ten behoeve van realisatie van de maatschappelijke opgaven voor zowel de korte als de lange termijn. Het Zorginstituut beheert daarvoor normatief, proactief en gestructureerd het basispakket, mede op basis van de principes van passende zorg. Het Zorginstituut draagt te allen tijde zorg voor door zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitvoerbare pakketuitspraken. Het Zorginstituut geeft daarbij zo concreet mogelijk aan welke zorg wel, niet of onder uitsluitend onder bepaalde leveringsvoorwaarden tot het verzekerd pakket behoort.
WETENSCHAPPELIJKE- EN BEROEPSVERENIGINGEN:	Het inzichtelijk maken van de onderbouwing van en de bewijslast voor passende zorg ligt bij de wetenschappelijke- en beroepsverenigingen. Deze onderbouwing wordt gebruikt voor het opstellen van richtlijnen. Omdat Passende zorg een breed perspectief heeft, waar ook de organisatie van zorg onderdeel van is, zoals weergegeven in de 12 uitgangspunten worden patiëntorganisaties en relevante zorgaanbieders betrokken bij de opstelling van richtlijnen. Waar zorg is geprioriteerd voor onderzoek, zijn de onderzoekers, onderzoeksinstellingen en zorgaanbieders verantwoordelijk voor correcte en tijdige opzet en uitvoering van het onderzoek en het monitoren en transparantie verlenen aan andere IZA-partijen. Zorginstellingen geven ruimte voor dit onderzoek en steunen implementatie van de gevonden inzichten.
ZORGAANBIEDERS/ZORGVERLENERS:	Zetten zich maximaal in om (doelmatigheids)onderzoek uit te voeren en patiënten te includeren ten behoeve van evaluatieonderzoek. Op het gebied van richtlijnontwikkeling zorgen zij voor inbreng betreffende organisatorische en financiële consequenties. Het voortvarend en transparant implementeren van passende zorg beslissingen en het de-implementeren van niet passende zorg.
ZORGVERZEKERAARS:	Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de rechtmatige uitvoering van de zorgverzekering. Zorgverzekeraars toetsen (risicogericht) in de uitvoering of zorg voldoet aan de pakketcriteria en passende zorg beslissingen, waaronder stand van wetenschap en praktijk en (kosten)effectiviteit en sturen hierop in de contractering en afspraken met zorgaanbieders. Tevens kunnen zij een signaalfunctie vervullen richting het Zorginstituut in het kader van het pakketbeheer. Zorgverzekeraars kunnen dat individueel aangeven aan het Zorginstituut. Voor specifieke onderwerpen kunnen zorgverzekeraars

[4] Voor deze tabel is een selectie gemaakt van de tekst in het IZA op basis van een algemene omschrijving van rollen en verantwoordelijkheden (en geen concrete IZA-afspraken). Voor de volledige tekst zie pag. 32-24

	samen ook een Zorg Advies Traject doorlopen en dat zo nodig bij het Zorginstituut agenderen voor duiding ten behoeve van pakketbeheer. Op het gebied van richtlijnontwikkeling zorgen zij voor inbreng betreffende organisatorische en financiële consequenties.
PATIËNTENORGANISATIES:	De transitie naar passende zorg vergt een gelijkwaardige positie van de patiënt. Dit betekent een omslag van 'zorgen voor mensen' naar 'zorgen met mensen', waarbij preventie, gezondheid en kwaliteit van leven centraal staat. Voor de ontwikkeling naar patiënt/cliëntgerichte passende zorg, en dus ook bij het (toekomstig) pakketbeheer, hebben patiënt- en cliëntvertegenwoordigers een belangrijke positie als volwaardige gesprekpartners. Ze brengen behoeften, verwachtingen en ervaringen van patiënten in en werken mee aan monitoring van het perspectief van de patiënt in de zorg. Patiëntenorganisaties hebben ook een rol bij het aangaan van het gesprek over gezond gedrag en in de bewustwording bij patiënten van schaarste (arbeid/financieel) in de zorg en dat niet bij alle zorgvragen een medisch antwoord het best passend is. En ook dat het iets kan betekenen voor de manier waarop de zorg wordt geleverd (bijvoorbeeld digitaal i.p.v. fysiek, of in het sociaal domein in plaats van het medisch domein).

Bijlage 2: Procesupdate IZA werkgroep beter pakketbeheer en vervolgvoorstel (september 2024)

Inleiding

Op 6 maart 2024 heeft het BO-IZA ingestemd met een IZA-werkgroep die zich buigt over de rollen en verantwoordelijkheden bij pakketbeheer[1], op initiatief van het VWS-programma VVTB. In het IZA is afgesproken dat het ministerie van VWS de rol- en taakverdeling omschrijft in overleg met alle bij de toets op het basispakket betrokken partijen[2]. Het doel van de werkgroep is het uitwerken en vaststellen van de rollen en verantwoordelijkheden van partijen voor beter en scherper pakketbeheer vanuit het oogpunt van passende zorg, zoals in maart 2024 is vastgelegd. Na het BO-besluit is een werkgroep geformeerd met deelnemers van de volgende organisaties[3]:

De werkgroep heeft gemerkt dat de reikwijdte en complexiteit van de opdracht te groot is om in eerder afgesproken termijn goed te kunnen beantwoorden. Daarom geeft de werkgroep voor nu een procesupdate en stelt zij een (concrete) vervolgopdracht voor op basis waarvan naar haar mening een grotere bijdrage kan worden geleverd aan de transitiedoelen met behulp van een verbeterd pakketbeheer.

1. Procesupdate

Alle partijen onderschrijven de bedoeling en de uitgangspunten van het pakketbeheer zoals die zijn beschreven in het IZA-akkoord. Dit is het vertrekpunt geweest van de werkgroep, waarbij eerst het doel en de definitie van pakketbeheer is geformuleerd binnen de scope van de opdracht. De werkgroep heeft geconstateerd dat pakketbeheer breder is dan alleen de activiteiten van de overheid hierin, zoals ook in het IZA staat. Ook het gebruik of toepassing van het pakket in de zorgpraktijk wordt gezien als onderdeel van pakketbeheer. Immers omdat het pakket grotendeels “open” is omschreven en de meeste zorg niet voor pakkettoelating wordt getoetst, bepaalt de facto de zorgpraktijk welke zorg wordt geleverd, gedeclareerd en uit collectieve middelen wordt vergoed.

[1] Zie bijlage 1
[2] Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg, p.31
[3] Naast deze partijen is de IGJ eenmaal aangesloten bij de werkgroep, en heeft de VNG aangegeven graag op de hoogte gehouden te willen worden.

De werkgroep concludeert dat pakketbeheer, en de rollen en verantwoordelijkheden van partijen, idealiter doorwerkt op verschillende niveaus. Op macroniveau stelt de overheid de kaders vast en bepaalt welke zorg in het pakket zit. Op mesoniveau vertaalt de praktijk deze kaders in praktische en toepasbare instrumenten die vervolgens op microniveau worden toegepast voor de individuele patiënt of cliënt. Dit leidt tot implementatie of de-implementatie van zorg.

Vervolgens heeft de werkgroep vanuit dit startpunt geïnventariseerd welke knelpunten partijen ervaren bij pakketbeheer, vanuit hun eigen rol en verantwoordelijkheid[4]. Daaruit zijn knelpunten naar voren gekomen, vanuit het zowel perspectief van de individuele partijen als vanuit het perspectief van het functioneren van het pakket(beheer)stelsel. Daarnaast is gekeken naar knelpunten die veel partijen herkennen. Het lijkt zinvol om als vervolgslag knelpunten verder te prioriteren op basis van hun impact op de noodzakelijke transitie naar passende zorg en het borgen van toegankelijkheid van zorg.

1.1 Overkoepelende onderwerpen

Door clustering van samenhangende en overlappende knelpunten is de werkgroep gekomen tot zeven overkoepelende onderwerpen. De werkgroep hanteert het perspectief van rollen en verantwoordelijkheden van partijen bij het oplossen van de bijbehorende knelpunten en het formuleren van oplossingsrichtingen. Dit is een aandachtspunt voor het vervolgtraject van de werkgroep.

Onderwerp	**Rode draad van dit onderwerpen en bijbehorende knelpunten**
1. Prioritering en coördinatie bij schaarste	Schaarste leidt tot een verdelingsvraagstuk dat vraagt om keuzes over het toewijzen van verzekerde zorg op collectief niveau (wat we nog wel en niet kunnen aanbieden en aan wie). Generieke criteria voor pakketbeslissingen voorzien niet in een dergelijke situationele context. Bovendien zijn beoordelingen in pakketbeheer nu aandoening-/interventiegericht met onbedoelde verdringing als gevolg. Er mist een breder kader van afweging en een breder domeinoverstijgend perspectief over de prioritering van inzet van middelen en menskracht in de zorg bij schaarste. Bovendien mist het ook een regierol.
2. Onderzoek en agendering	Het gaat hier om twee samenhangende knelpunten: • Om te kunnen toetsen op effectiviteit als pakketcriterium is het van belang dat er (passend) wetenschappelijk bewijs voorhanden is, dat daadwerkelijk de vraag van pakketwaardigheid kan beantwoorden. Dit is regelmatig niet het geval. • Partijen lopen ertegenaan dat een gezamenlijke agenda voor onderzoek in relatie tot pakketbeheer voor de meeste sectoren ontbreekt, of dat het voorstellen, prioriteren en uitvoeren van onderzoek met de meest waardevolle impact op pakketbeheer niet goed lukt.
3. Richtlijnen en verbinding/samenhang met pakket	Genoemde knelpunten door een of meerdere zorgpartijen gaan over onder andere: • Niet alle partijen voelen zich altijd even goed betrokken bij richtlijnontwikkeling. • Richtlijnontwikkeling door de beroepsvereniging en de pakketduiding door het Zorginstituut sluiten niet altijd goed op elkaar aan. • Andere aspecten van Passende Zorg naast bewezen effectiviteit, worden weinig geadresseerd in de richtlijnen, waaronder impact op toegankelijkheid van zorg en verdringingsrisico's.
4. Organisatie, instrumentarium en informatie	Genoemde knelpunten door een of meerdere zorgpartijen gaan over onder andere:

[4] Deze staan gedefinieerd in verschillende documenten, zoals het IZA en de publicatie 'Pakketbeheer in de praktijk 4: pakketbeheer als solide basis voor passende zorg' van het Zorginstituut.

	• Open aanspraak is lastig toezichtbaar; vanuit declaratiegegevens is maar beperkt zicht op de rechtmatigheid of passendheid van verleende zorg. • De wettelijke kaders zijn soms onvoldoende/te ruim om te sturen op passende zorg vanuit pakketbeheer.
5. Effectiviteit en impact van pakketbeheer	Genoemde knelpunten door een of meer zorgpartijen gaan over onder andere: • Zorg stroomt makkelijk in het (open) pakket, waarbij er weinig uitstroom plaatsvindt. Bij bestaande zorg in het pakket vindt vaak indicatieverruiming plaats, waardoor de toepassing veel breder wordt. Hier is vrijwel geen grip op. • Er zijn grote verschillen tussen zorgsectoren in de mate waarin cyclisch pakketbeheer wordt toegepast met als gevolg dat er nog veel zorg in het pakket zit, waarvan niet duidelijk is of deze aan de pakketcriteria voldoet. Het is onmogelijk voor het Zorginstituut om alle zorg te duiden.
6. Domein-overstijgende vraagstukken	Knelpunten die zijn genoemd bij domeinoverstijgende vraagstukken gaan met name over de GGZ. In de GGZ spelen veel domeinoverstijgende vraagstukken: Zvw – Wlz – Wmo – Jeugdwet en de verschillende financiers die hierbij horen. De knelpunten die hierdoor ontstaan maken dat men binnen de GGZ de rol en taken niet goed kan oppakken t.a.v. pakketbeheer.
7. (Inhoud van de) toets op pakketwaardigheid	Aanvullend op effectiviteit (SWP), waar passende bewijslast en praktijkervaringen onderdeel van uitmaken, is er ook behoefte aan een duidelijk kader waarin maatschappelijk afwegingen zijn opgenomen. Daarmee kan ook een meer gedifferentieerd instrumentarium voor pakketbeoordelingen ontstaan.

2. Vervolgopdracht

Uit de procesupdate blijkt dat de werkgroep nog niet aan de opdracht heeft voldaan, waardoor een vervolg nodig is. Het is uniek dat zoveel partijen met elkaar in onderling vertrouwen werken aan een beter en gezamenlijk pakketbeheer. Dat vormt een sterke basis voor het vervolg van deze werkgroep. Gezien de bevindingen van de werkgroep tot nu toe, is het voorstel om de werkgroep voort te zetten waarbij de gegeven opdracht – in aangepaste vorm – verder zal worden uitgewerkt. Het oorspronkelijke doel van de werkgroep blijft daarbij bestaan: Het gezamenlijk uitwerken en vaststellen van rollen en verantwoordelijkheden van partijen voor beter en scherper pakketbeheer vanuit het oogpunt van passende zorg. We doen dit aan de hand van geïnventariseerde knelpunten en onderwerpen. Hierbij pleit de werkgroep voor het volgende:

Uitgangspunt van de opdracht - De opdracht draagt bij aan de balans tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg waarbij de nadruk ligt op het waarborgen en verbeteren van toegankelijkheid, vanwege het feit dat deze publieke waarde het meest onder druk staat. Werk daarom per onderwerp de knelpunten rondom pakketbeheer uit vanuit het perspectief van toegankelijkheid van zorg en doe een voorstel voor wat ervoor nodig is om de betreffende knelpunten op te lossen. Betrek bij de uitwerking de rollen en verantwoordelijkheden van partijen: wat wordt van individuele partijen verwacht om knelpunten rondom pakketbeheer op te lossen, en waar zitten lacunes?

Generiek of sectorspecifiek - De werkgroep heeft de geïnventariseerde knelpunten gecategoriseerd in zeven onderwerpen. Hiervoor wil de werkgroep kijken of deze onderwerpen vragen om een sectoroverstijgende/generieke aanpak, een sectorspecifieke aanpak of juist om beide. Tijdens het uitwerken van de knelpunten moet nader gekeken worden of een sectorspecifieke analyse en/of oplossingsrichting gewenst is. Ook is het van belang in het oog te houden of bepaalde oplossingen kunnen gelden voor meerdere knelpunten.

Vorm - Het oppakken van verschillende knelpunten hoeft niet altijd binnen of met de gehele werkgroep plaats te vinden. Het verder brengen van de verschillende knelpunten vraagt soms om specifieke kennis, focus, commitment en/of integratie in bestaande initiatieven, gremia of overleggen. Overkoepelende thema's worden plenair opgepakt.

Eindproduct - Het eindproduct betreft een advies over de noodzakelijke acties om knelpunten te verhelpen, inclusief implementatieafspraken, zo mogelijk per partij. Tezamen biedt dit tevens de basis voor - waar nodig - uitgewerkte rollen en verantwoordelijkheden waarmee pakketbeheer kan bijdragen aan passende zorg.

Oplevering - De werkgroep verwacht de periode oktober – februari nodig te hebben om tot bovengenoemd eindproduct te komen. Daarbinnen faseert de werkgroep de activiteiten aan de hand van de eerder aangebrachte prioritering. Het advies wordt in maart 2025 voorgelegd aan het BO-IZA voor akkoord. Hierin staat welke partijen aan zet zijn en welke afspraken tussen partijen nodig zijn om de knelpunten op te kunnen lossen.

Benodigde capaciteit – Het voorstel is dat de werkgroep zes keer plenair samenkomt om de voortgang te bespreken en te bewaken en om voorstellen voor het BO-IZA te formuleren. Ondertussen werken partijen onderwerpen en petit comité uit. De precieze uitwerking van de benodigde capaciteit is nog een PM-post, deze wordt verder vormgegeven door de werkgroep.

2.2 Vervolgaanpak

Bij het vervolg streeft de werkgroep ernaar om bij het BO IZA in Q1 2025 de resultaten op te leveren, zijnde een advies om een aantal belangrijke knelpunten weg te nemen, inclusief routekaart naar implementatie. In eerste instantie zal de werkgroep zich beperken tot een aantal belangrijke centrale knelpunten per onderwerp. De betreffende partijen betrokken bij het respectievelijke onderwerp nemen hierbij het voortouw, en betrekken waar nodig aanvullende expertise. De werkgroep blijft de centrale vergadering voor coördinatie, klankbord en het formuleren van de adviezen.

Tenslotte is het van belang dat elke partij de eigen organisatie en achterban voldoende betrekt bij het vervolgproces. Er dient voldoende afstemming te zijn om daarmee ook de mandatering vorm te geven. Op deze manier benutten we alle kennis van partijen en komen we tot gedragen oplossingsrichtingen die bijdragen aan pakketbeheer voor passende zorg.

Vragen aan BO IZA

Op grond van bovenstaande vraagt de werkgroep Beter pakketbeheer het volgende aan het BO IZA:

- Gaat het BO akkoord met continuering van de werkgroep Beter pakketbeheer tot maart 2025?
- Gaat het BO akkoord met de genoemde onderwerpen en aangescherpte opdracht?

2 Bijlagen

Bijlage I: Opdrachtomschrijving Werkgroep Beter Pakketbeheer (maart 2024)

Aanleiding
Pakketbeheer gaat over aanspraak op zorg en is daarmee de basis voor passende zorg. In het IZA zijn afspraken gemaakt over het versterken van het pakketbeheer, ook binnen het open pakket. Een onderdeel daarvan betreft het nader concretiseren van de rollen en verantwoordelijkheden van partijen bij de uitvoering van het pakketbeheer. De Thematafel Passende Zorg doet hierbij het voorstel om een werkgroep in te richten die hier invulling aan zal geven.

Inleiding
In de Werkagenda A. Passende zorg van het IZA zijn afspraken gemaakt over pakketbeheer. Hier wordt door VWS aan gewerkt binnen het programma VVTB. Er dienen scherpe keuzes te worden gemaakt welke zorg wel of niet wordt vergoed vanuit het basispakket. We moeten de beschikbare mensen en middelen in de zorg passend inzetten en alleen zorg vergoeden die waardevol is voor de patiënt, werkt, betaalbaar en duurzaam is.

Alle partijen onderschrijven de bedoeling dat zorg die niet of onvoldoende bijdraagt uit het pakket gaat, en juist de waardevolle zorg behouden blijft. Uitgangspunt voor pakketwaardigheid is dat zorg op de eerste plaats effectief is en voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk[5]. Daarbij erkennen partijen dat ander pakketbeheer nodig is om passende zorg te realiseren, en dat partijen t.b.v. het pakketbeheer ook nadrukkelijk hun verantwoordelijkheid nemen, elk vanuit hun eigen rol. VWS omschrijft de rol- en taakverdeling in overleg met alle bij de toets op het basispakket betrokken partijen[6].

Werkgroep Pakketbeheer
De werkgroep richt zich specifiek op de concrete invulling van rollen en verantwoordelijkheden zoals geschetst in het IZA. Het gaat daarbij om de uitvoering van het pakketbeheer door partijen in de dagelijkse praktijk. Het gaat hierbij uitdrukkelijk niet om de jaarlijkse systematiek van wijziging van de aanspraken via het Zorginstituut door de minister.

Met het instellen van deze werkgroep wil VWS zorgen voor optimaal gebruik van de kennis en kunde van alle IZA-partijen aan de Thematafel, en een afgewogen en gedragen eindresultaat van het proces. De voorgestelde kenmerken van de werkgroep worden weergeven in onderstaande tabel. Het beoogde eindresultaat is het komen tot concrete afspraken over de rollen en verantwoordelijkheden bij pakketbeheer, inclusief voorstellen om dit te bereiken. Bij het inventariseren van problemen en vervolgens het formuleren van oplossingen of oplossingsrichtingen heeft de werkgroep oog voor de andere domeinen, zoals de Wlz, WMO, sociaal domein, etc. Dit kan bijvoorbeeld door bij de inventarisatie van knelpunten specifiek te kijken naar de grensgebieden tussen deze domeinen, en bij het formuleren van oplossingsrichtingen ook de impact voor patiënten die ook te maken hebben met andere domeinen mee te nemen.

[5] IZA p.31
[6] IZA p.31

DOEL	Gezamenlijk uitwerken en vaststellen van rollen en verantwoordelijkheden van partijen voor beter en scherper pakketbeheer vanuit het oogpunt van passende zorg
OPDRACHT-FORMULERING	Werk de rollen en verantwoordelijkheden van partijen zoals benoemd in het IZA (zie **bijlage**) uit om te komen tot 'beter en verdiept pakketbeheer' waarmee scherpere keuzes kunnen worden gemaakt[7]. Gebruik daarbij - naast het IZA - het Kader Passende Zorg`en het argumentenkader van de ACP (evenals relevante rapporten en literatuur) als uitgangspunt. Houdt bij de uitwerking rekening met de samenhang met de andere zorgsectoren en domeinen (o.a. Wlz, WMO, sociaal domein) Ga bij de nadere rolomschrijving en verantwoordelijkheidsverdeling in op de volgende punten: A. Wat zijn de belangrijkste beslispunten van- en tussen partijen in het proces van het – door partijen (gezamenlijk) uitgevoerde – pakketbeheer die van invloed zijn op het eindresultaat (passende verzekerde zorg); Beperk je daarbij niet tot de 'formele' pakketbeheerders, maar betrek alle genoemde partijen in het IZA (zie bijlage) die een relevante impact hebben op het eindresultaat van pakketbeheer. B. Wat zijn de (ervaren) knelpunten van partijen bij A. die een beter en verdiept pakketbeheer in de weg staan. C. Wat zijn mogelijke verbeterpunten hierin voor zowel het proces (de samenwerking van partijen bij het pakketbeheer) als de uitkomsten van het pakketbeheer; D. Wat zijn wenselijke of noodzakelijke afspraken tussen partijen en de juiste borging daarvan; E. Op welke wijze kan implementatie van uitkomsten plaatsvinden?
RANDVOORWAARDEN	- Bestuurlijk commitment op het instellen van de werkgroep en de voorgestelde opdrachtomschrijving; - Commitment op de inzet binnen de werkgroep zowel in personele als inhoudelijke zin (deelname, denkkracht en draagvlak) - Inhoudelijke ondersteuning en klankbordfunctie van de Thematafel Passende Zorg; - Procesmatige ondersteuning vanuit VWS.
SAMENSTELLING WERKGROEP	(Vertegenwoordiging van) partijen benoemd in het **IZA** bij onderdeel **A.** Passende Zorg, Hoofdstuk **2** Pakketbeheer, paragraaf **e** 'Rollen en verantwoordelijkheden t.a.v. de cyclus van gepaste zorg pakketbeheer'. Zie ook de bijlage.
TIJDPAD	Maart t/m sept 2024
MIJLPALEN	**I.** Tussentijdse resultaten (mei 2024); **II.** Strategische sessie (juni 2024) **III.** Eindoplevering (sept 2024).
REGIE	De werkgroep vindt plaats onder regie van- en met ondersteuning vanuit VWS.

Planning en afstemming

De werkgroep functioneert parallel aan de Thematafel Passende Zorg, en gebruikt de reeds geplande overlegmomenten van de Thematafel voor rapportage, bespreking van het proces en (voorlopige) uitkomsten. Daarnaast maakt de werkgroep gebruik van de geplande Bestuurlijke Overleggen, inclusief een Strategische sessie om dilemma's te bespreken en richting te geven voor definitieve afspraken. Het tijdpad is daarmee onder meer ingegeven door de geplande BO's in 2024. Onderstaand schema geeft de overlegmomenten van de Thematafel en BO's weer, inclusief de (mogelijke) inhoud van de terugkoppeling. Er wordt verwacht dat de werkgroep ongeveer 8 maal (deels digitaal, deels fysiek) daaromheen bijeenkomt, in sessies van 1,5 uur.

[7] IZA p.31: "Pakketuitspraken worden specifieker over welke zorg, op welke manier, voor welke (sub)indicatie effectief is".

OVERLEG/TAFEL	INHOUD
TTPZ - 11/01	Bespreken werkgroep en proces
TTPZ - 30/01	Gezamenlijk vaststellen opdrachtomschrijving werkgroep
BO – 04/03	Bestuurlijk commitment werkgroep en opdracht
TTPZ – 02/04	Korte terugkoppeling werkgroep
TTPZ – 07/05	Bespreken voorlopige resultaten en voorbereiding BO
BO (*juni, mogelijk ander moment*)	Strategische sessie o.b.v. voorlopige resultaten
TTPZ – 02/07	Bespreking resultaten
BO september	Besluiten rondom uitkomsten werkgroep en implementatieproces.

Bijlage II: Rollen en verantwoordelijkheden zoals benoemd in het IZA[8]

VWS	VWS is verantwoordelijk voor de (wettelijke) kaders van het pakketbeheer. VWS is er ook voor verantwoordelijk voor de politieke agendering en sondering bij (moeilijke) pakketbeslissingen.
ZORGINSTITUUT NEDERLAND:	Het Zorginstituut is als onafhankelijke partij medeverantwoordelijk voor het pakketbeheer in het algemeen belang: voor de methodiek van beoordelen en het doen van uitspraken bij geschillen. Het Zorginstituut concentreert zich op de uitvoering van de opdrachten die VWS geeft op basis van het coalitieakkoord en IZA ten behoeve van realisatie van de maatschappelijke opgaven voor zowel de korte als de lange termijn. Het Zorginstituut beheert daarvoor normatief, proactief en gestructureerd het basispakket, mede op basis van de principes van passende zorg. Het Zorginstituut draagt te allen tijde zorg voor door zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitvoerbare pakketuitspraken. Het Zorginstituut geeft daarbij zo concreet mogelijk aan welke zorg wel, niet of onder uitsluitend onder bepaalde leveringsvoorwaarden tot het verzekerd pakket behoort.
WETENSCHAPPELIJKE- EN BEROEPSVERENIGINGEN:	Het inzichtelijk maken van de onderbouwing van en de bewijslast voor passende zorg ligt bij de wetenschappelijke- en beroepsverenigingen. Deze onderbouwing wordt gebruikt voor het opstellen van richtlijnen. Omdat Passende zorg een breed perspectief heeft, waar ook de organisatie van zorg onderdeel van is, zoals weergegeven in de 12 uitgangspunten worden patiëntorganisaties en relevante zorgaanbieders betrokken bij de opstelling van richtlijnen. Waar zorg is geprioriteerd voor onderzoek, zijn de onderzoekers, onderzoeksinstellingen en zorgaanbieders verantwoordelijk voor correcte en tijdige opzet en uitvoering van het onderzoek en het monitoren en transparantie verlenen aan andere IZA-partijen. Zorginstellingen geven ruimte voor dit onderzoek en steunen implementatie van de gevonden inzichten.
ZORGAANBIEDERS/ZORGVERLENERS:	Zetten zich maximaal in om (doelmatigheids)onderzoek uit te voeren en patiënten te includeren ten behoeve van evaluatieonderzoek. Op het gebied van richtlijnontwikkeling zorgen zij voor inbreng betreffende organisatorische en financiële consequenties. Het voortvarend en transparant implementeren van passende zorg beslissingen en het de-implementeren van niet passende zorg.
ZORGVERZEKERAARS:	Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de rechtmatige uitvoering van de zorgverzekering. Zorgverzekeraars toetsen (risicogericht) in de uitvoering of zorg voldoet aan de pakketcriteria en passende zorg beslissingen, waaronder stand van wetenschap en praktijk en (kosten)effectiviteit en sturen hierop in de contractering en afspraken met zorgaanbieders. Tevens kunnen zij een signaalfunctie vervullen richting het Zorginstituut in het kader van het pakketbeheer. Zorgverzekeraars kunnen dat individueel aangeven aan het Zorginstituut. Voor specifieke onderwerpen kunnen zorgverzekeraars

[8] Voor deze tabel is een selectie gemaakt van de tekst in het IZA op basis van een algemene omschrijving van rollen en verantwoordelijkheden (en geen concrete IZA-afspraken). Voor de volledige tekst zie pag. 32-24

	samen ook een Zorg Advies Traject doorlopen en dat zo nodig bij het Zorginstituut agenderen voor duiding ten behoeve van pakketbeheer. Op het gebied van richtlijnontwikkeling zorgen zij voor inbreng betreffende organisatorische en financiële consequenties.
PATIËNTENORGANISATIES:	De transitie naar passende zorg vergt een gelijkwaardige positie van de patiënt. Dit betekent een omslag van 'zorgen voor mensen' naar 'zorgen met mensen', waarbij preventie, gezondheid en kwaliteit van leven centraal staat. Voor de ontwikkeling naar patiënt/cliëntgerichte passende zorg, en dus ook bij het (toekomstig) pakketbeheer, hebben patiënt- en cliëntvertegenwoordigers een belangrijke positie als volwaardige gesprekpartners. Ze brengen behoeften, verwachtingen en ervaringen van patiënten in en werken mee aan monitoring van het perspectief van de patiënt in de zorg. Patiëntenorganisaties hebben ook een rol bij het aangaan van het gesprek over gezond gedrag en in de bewustwording bij patiënten van schaarste (arbeid/financieel) in de zorg en dat niet bij alle zorgvragen een medisch antwoord het best passend is. En ook dat het iets kan betekenen voor de manier waarop de zorg wordt geleverd (bijvoorbeeld digitaal i.p.v. fysiek, of in het sociaal domein in plaats van het medisch domein).