



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

2025006953

Datum 21 mei 2025
Betreft Advies commissie arbeidsinzet en duurzaamheid

Zorginstituut Nederland
Ontwikkeling, Wetenschap &
Internationale Zaken

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

[Redacted contact person name]

Onze referentie
2025006953

Geachte mevrouw Agema,

Met gepaste trots bied ik u hierbij het advies "*Arbeidsinzet en duurzaamheid als criteria bij keuzen in de zorg: een advies over uitwerking en weging*" aan. Uw ambtsvoorganger heeft om dit advies gevraagd in een brief van 13 juli 2023¹. Ik heb een *tijdelijke commissie arbeidsinzet en duurzaamheid (Commissie Mackenbach)* ingesteld die zich het afgelopen anderhalf jaar met veel energie heeft gebogen over de vraag hoe arbeidsinzet en duurzaamheid een rol kunnen spelen bij pakketbesluiten. Daarbij kwam zij tot de ontdekking dat hier nog geen uitgewerkte methoden voor bestaan en ook geen voorbeelden uit andere landen waaruit zij kon putten. Dat betekende dat de commissie zelf voorstellen voor uitwerking en weging moest ontwikkelen voor beide criteria. Het advies is daarmee een belangrijk stuk pionierswerk geworden waarmee belanghebbenden en geïnteresseerden in binnen- en buitenland hun voordeel kunnen doen.

Beslissingen over de samenstelling van het basispakket hebben een grote maatschappelijke impact. Omdat Nederland grotendeels een open systeem kent waarbij (nieuwe) zorg via toepassing in de praktijk instroomt in het basispakket, richt de commissie zich in haar advies ook op de opstellers van professionele richtlijnen die bij deze flexibele instroom een belangrijke rol spelen. Dat sluit ook goed aan bij één van de doelstellingen van het programma Verbeteren en Verbreden van de Toets op het Basispakket (VVTB) dat zorgpartijen een meer actieve rol spelen bij het pakketbeheer. Dat is nodig om het systeem van flexibele instroom ook voor de toekomst te kunnen behouden. Daarmee wint het advies dus aan relevantie en sluit het aan bij de actualiteit. Zorgprofessionals zien zich namelijk steeds vaker geconfronteerd met het verschijnsel dat bepaalde aanbevelingen in een richtlijn niet haalbaar zijn, bijvoorbeeld omdat er onvoldoende (gekwificeerd) personeel is om de zorg te leveren. Door de toenemende zorgvraag wordt de kloof tussen het benodigde en beschikbare zorgpersoneel namelijk steeds groter. In het AZWA zijn transitiedoelen en bijbehorende maatregelen geformuleerd om hier iets aan te doen. Het advies van de commissie kan bijdragen aan deze transitiedoelen omdat het helpt om af te wegen welke impact aanbevelingen hebben op bijvoorbeeld de arbeidsinzet, vergelijkbaar met het raamwerk dat wordt gebruikt om pakketbeslissingen te nemen.

¹kenmerk 3636654-1051050-Z

Datum
21 mei 2025

Onze referentie
2025006953

De commissie stelt in haar advies methoden voor om het verschil in arbeidsinzet en milieu-impact tussen twee interventies te berekenen en te laten zien welk effect dit heeft op schaarste. Verder stelt zij voor deze uitkomsten in een deliberatief proces te wegen ten opzichte van andere relevante criteria, zoals dat nu ook al gebeurt in het pakketbeheer. Om na te gaan of de voorgestelde adviezen haalbaar en proportioneel zijn, stelt zij een proefperiode voor van drie jaar. In deze drie jaar kan op basis van toepassing op casuïstiek en verder onderzoek binnen het ZonMw kaderprogramma Passende Zorg een stap worden gezet richting implementatie. Draagvlakonderzoek onder inwoners van Nederland maakt hier ook onderdeel van uit.

Het Zorginstituut heeft de door de commissie voorgestelde proefperiode opgenomen in zijn werkprogramma en gaat hier de komende drie jaar mee aan de slag. Na 1,5 jaar zal een evaluatie plaatsvinden op basis van de ervaring die dan met de casuïstiek is opgedaan. De resultaten van deze evaluatie zullen worden besproken met VWS.

Het zetten van stappen in het meenemen van arbeidsinzet en duurzaamheid bij pakketbeslissingen en in professionele richtlijnen is nieuw, nuttig en nodig, maar zal vanwege de complexiteit niet eenvoudig zijn. Een zorgvuldig proces is van belang. Het Zorginstituut wil daarbij haar verantwoordelijkheid nemen om samen met partijen betere keuzen mogelijk te maken over de inzet van zorg in Nederland, nu en in de toekomst.

Hoogachtend,

M.J. Janssen
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Arbeidsinzet en duurzaamheid als criteria bij keuzen in de zorg

Een advies over uitwerking en
weging

Mei 2025

| Van goede zorg verzekerd |

Voorwoord

De gezondheidszorg loopt tegen steeds meer grenzen aan. We weten al vele jaren dat, als de groei van de zorg niet wordt afgeremd, de kosten zó hoog zullen worden, dat uitgaven aan andere publieke voorzieningen in het gedrang komen, en dat het lastig wordt de solidariteit in het stelsel tussen jong en oud en tussen rijk en arm vol te houden. Dat is de reden dat bij beslissingen over wat wel en niet door de zorgverzekering wordt vergoed, en over welke interventies in professionele richtlijnen worden aanbevolen, steeds vaker rekening wordt gehouden met de kosten, door behalve naar de effectiviteit ook naar de kosteneffectiviteit te kijken.

De noodzaak hiervan wordt breed onderschreven, maar inmiddels is duidelijk dat ook andere dan financiële grenzen in zicht komen. De gezondheidszorg heeft evenals andere maatschappelijke sectoren steeds vaker te kampen met personeelsschaarste, een probleem dat door de vergrijzing van de bevolking alleen maar verder zal toenemen. De gezondheidszorg is daarnaast verre van duurzaam in ecologische zin, waarbij onder meer de aanzienlijke uitstoot van broeikasgassen opvalt. Langzaam begint het besef door te dringen dat we ook hier met grenzen aan de zorg te maken hebben, en dat het noodzakelijk is het beroep van de gezondheidszorg op schaarse menskracht en de impact op het milieu terug te dringen.

Eén van de manieren waarop dat kan, is door bij beslissingen over welke behandelingen worden vergoed en in richtlijnen opgenomen, rekening te houden met de benodigde arbeidsinzet en de milieu-impact, zoals we nu al rekening houden met de financiële kosten. Dit rapport heeft de mogelijkheden om aan dit idee invulling te geven verkend, en komt met concrete voorstellen voor de meting van arbeidsinzet en milieu-impact als mogelijke nieuwe 'pakketcriteria'. Omdat de invoering hiervan het nodige pionierswerk zal vragen, wordt aanbevolen eerst in een proefperiode van drie jaar ervaring op te doen, zowel met de meting als met de weging van de nieuwe criteria.

De adviescommissie is zich ervan bewust, dat naast scherpere keuzes bij de introductie van nieuwe interventies nog veel meer maatregelen nodig zijn om personeelsschaarste en milieuschade van de gezondheidszorg tegen te gaan. Zij verwacht echter dat toepassing van deze nieuwe criteria een vliegwieleffect zal hebben, doordat ze het bewustzijn van deze nieuwe grenzen aan de zorg vergroten, en ertoe kunnen leiden dat al bij de vroege ontwikkeling van nieuwe interventies wordt nagedacht over manieren om zoveel mogelijk waarde voor patiënten toe te voegen tegen de laagst mogelijk inzet van personele middelen en met de kleinst mogelijke impact op het milieu. Wanneer dit het geval zal zijn, is de commissie in haar belangrijkste doelstelling met dit advies geslaagd.

Mei 2025

Johan Mackenbach

Voorzitter

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	5
1 Inleiding	9
2 Verkenning en afbakening van de opdracht	11
2.1 Een verbrede definitie van het pakketbeheer	11
2.1.1 Schaarste, pakketbeheer en passende zorg	11
2.1.2 Huidige beoordelingskader voor pakketbeheer	12
2.1.3 Het huidige wegingsproces bij pakketbeoordelingen en richtlijnen	13
2.1.4 Mogelijke scenario's voor het toevoegen van nieuwe criteria	15
2.2 Analyse en context van de vraag	17
2.2.1 Meer overwegingen meenemen al vroeg in het proces	17
2.2.2 Bijdrage aan systeemdoelen van kritischer keuzen maken	17
2.3 Vraagstelling en aanpak advies	18
2.3.1 Vraagstellingen van het advies	18
2.3.2 Aanpak van het advies	18
3 Uitwerking van het criterium arbeidsinzet	19
3.1 Verkenning van het probleem van arbeidsinzet	19
3.1.1 Omvang van (de relatieve) arbeidsschaarste en de gevolgen daarvan	19
3.1.2 Maatregelen om invloed uit te oefenen op de arbeidsinzet	22
3.2 Operationalisatie van het criterium arbeidsinzet	24
3.2.1 Stap 1: Het definiëren van arbeidsinzet	24
3.2.2 Stap 2: Het meten van arbeidsinzet	25
3.2.3 Stap 3: Arbeidsinzet uitdrukken in een getal	27
3.3 Mogelijke scenario's voor de weging	31
3.3.1 Buitenlandse voorbeelden	31
3.3.2 Integratie in de bestaande criteria (kosten) effectiviteit	32
3.3.3 Toevoegen aan de bestaande criteria als modifier	33
3.4 Drempel voor relevantie meewegen arbeidsinzet	35
3.5 Maatschappelijke perspectieven en belangen	35
3.6 Conclusies en aanbevelingen voor onderzoek	37
4 Uitwerking van het criterium ecologische duurzaamheid	41
4.1 Verkenning van het probleem van de ecologische crisis	41
4.1.1 Omvang van de ecologische crisis en de gevolgen daarvan	41
4.1.2 Maatregelen om de duurzaamheid in de zorg te vergroten	44
4.2 Operationalisatie van het criterium milieu-impact	45
4.2.1 Stap 1: Het definiëren van milieu-impact	45
4.2.2 Stap 2: Het meten van klimaatimpact	47

4.2.3	Stap 3: Klimaatimpact uitdrukken in een getal	49
4.3	Mogelijke scenario's voor weging	54
4.3.1	Buitenlandse voorbeelden	54
4.3.2	Integratie in bestaande criteria (kosten)effectiviteit	55
4.3.3	Toevoegen als nieuw criterium naast de bestaande criteria als modifier	56
4.4	Drempel voor relevantie meewegen van klimaatimpact	58
4.5	Maatschappelijke perspectieven en belangen	58
4.6	Conclusies en aanbevelingen voor onderzoek	60
	5 Synthese en voorstel voor implementatie	63
	6 Conclusies, consultatie en advies	67
6.1	Conclusies	67
6.2	Resultaten van de consultatie	67
6.3	Advies aan het Zorginstituut	70
	Colofon	71

Bijlagen:

1. Adviesvraag VWS
2. Samenstelling commissie
3. Reacties consultatie

Samenvatting

De zorg staat voor grote inhoudelijke opgaven. Er is immers al langer sprake van een toenemende zorgvraag en oplopende zorgkosten. Recent zijn daar andere maatschappelijke vraagstukken bij gekomen zoals het personeelstekort, de overbelasting van zorgpersoneel en de milieuschade die de zorg veroorzaakt. Om een antwoord te bieden op deze uitdagingen en zo de zorg toekomstbestendig te maken, hebben minister en partijen in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) afspraken gemaakt over een beweging naar passende zorg. De ambitie is dat in 2040 de zorg optimaal bijdraagt aan het gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland, in het besef dat daarvoor niet meer mensen en middelen beschikbaar zijn dan nu en dat dit gepaard moet gaan met de laagst mogelijke impact op klimaat en milieu.

Om dit doel te bereiken zijn samenhangende maatregelen nodig op verschillende terreinen, waaronder het pakketbeheer. Met pakketbeheer wordt bepaald welke zorg in de praktijk wordt vergoed als onderdeel van het basispakket van de zorgverzekering. Onder het IZA vallen afspraken over het "Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB)". Die gaan over het aanscherpen van de criteria voor pakkettoelating ("verbeteren") en over het toepassen van die criteria op een groter deel van de zorg ("verbreden"). De Minister van VWS heeft aan het Zorginstituut gevraagd om twee nieuwe pakketcriteria uit te werken: arbeidsinzet en duurzaamheid. Het Zorginstituut heeft een commissie ingesteld om deze vraag te beantwoorden. Dit advies is het resultaat van de inspanningen van deze commissie.

De commissie heeft zich allereerst afgevraagd welke bijdrage de toevoeging van deze nieuwe criteria zou kunnen leveren aan de oplossing van de arbeidsschaarste in de zorg en van de milieuschade die de zorg veroorzaakt. Hoewel de directe bijdrage van het formele pakketbeheer aan de gestelde doelen beperkt zal zijn (lang niet alle zorg wordt immers expliciet voor pakkettoelating getoetst), gaat er toch een krachtig signaal uit van het voornemen van de overheid om deze criteria in (vergoeding)besluiten mee te nemen. Hierdoor zullen deze criteria naar verwachting ook op andere plaatsen een rol gaan spelen, bijvoorbeeld bij de opstelling van professionele richtlijnen en in het kwaliteitsbeleid. Ook kan dit (markt)partijen ertoe aanzetten om al bij de ontwikkeling van een interventie, nog voordat deze in aanmerking wordt genomen voor opname in het basispakket of een richtlijn, te streven naar een zo gering mogelijke impact op arbeid en milieu. Zo kan er een vliegwieleffect ontstaan dat de beweging naar passende zorg optimaal ondersteunt.

De commissie bleek bij haar werkzaamheden niet te kunnen putten uit uitgebreide wetenschappelijke literatuur of buitenlandse voorbeelden over het meewegen van arbeidsinzet en duurzaamheid bij pakketbeslissingen. Daarom heeft zij een eerste verkenning uitgevoerd naar de mogelijkheden om deze criteria te definiëren, meten en analyseren en te bepalen hoe zij kunnen worden gewogen in het pakketbeheer. Daarbij richt het advies van de commissie zich niet alleen op formele pakketbeslissingen, maar ook op andere momenten dat een keuze tussen twee interventies moet worden gemaakt, zoals bij het opstellen van professionele richtlijnen.

De commissie is voor beide criteria hetzelfde te werk gegaan. Hoewel de aard van de problematiek en het niveau waarop uitkomsten moeten worden geanalyseerd heel verschillend is, ziet de commissie ook overeenkomsten in hoe het wegen van deze criteria kan bijdragen aan het maken van scherpere keuzen in de zorg. In beide gevallen is er immers sprake van een begrenzing waarbinnen een oplossing moet worden gevonden. Bij arbeidsinzet is die begrenzing de beschikbare capaciteit aan

zorgverleners. Bij duurzaamheid zijn dat de ecologische crises die drukken op de gezondheid van onze bevolking en de aarde en de afspraak dat we in 2050 klimaatneutraal zijn, ook in de gezondheidszorg.

Ondanks dat het beantwoorden van de vraagstellingen die de commissie heeft geformuleerd het nodige pionierswerk heeft gevergd, vindt de commissie dat de ernst van de vraagstukken om snelle actie vraagt. Daarom heeft zij zich ingespannen om te komen met eerste voorstellen voor de uitwerking en weging van deze criteria om daarmee richting te geven aan verdere uitwerking en ontwikkeling.

Arbeidsinzet

De commissie operationaliseert arbeidsinzet als de inzet van formele zorgverleners, onderscheiden naar de verschillende disciplines zoals verpleegkundigen, artsen, verzorgenden etc. De commissie heeft overwogen om ook de inzet van informele zorg mee te nemen, maar meent vanwege diverse praktische bezwaren dat het beter is het nieuwe pakketcriterium voorlopig tot de formele arbeidsinzet te beperken. Echter, waar dat relevant is moet de verwachte impact op informele zorg bij de deliberatieve weging van het pakketcriterium wel een rol kunnen spelen. Hetzelfde geldt voor de impact van de interventie op werkbeleving.

De commissie stelt voor te gaan werken met de volgende twee parameters:

- *Incrementele arbeidsinzet: het verschil in arbeidsinzet (in FTE) die per patiënt voor de uitvoering van de interventie nodig is, in vergelijking met de huidige zorg;*
- *Totale arbeidsinzet-impact: het verschil in arbeidsinzet (in FTE) die nodig is om alle patiënten die in aanmerking komen voor de nieuwe interventie te behandelen, in vergelijking met de huidige zorg.*

Wanneer er tussen de interventies een verschil is in effectiviteit, kan het informatief zijn om de eerste parameter niet (alleen) per interventie uit te drukken, maar (ook) als het verschil in arbeidsinzet dat nodig is om één QALY gezondheidswinst te bereiken. Voor de weging van de tweede parameter is het informatief om niet alleen met absolute aantallen te werken, maar om die absolute aantallen ook te relateren aan de beschikbare arbeidscapaciteit en, indien daar sprake van is, aan het bestaande tekort aan arbeidscapaciteit. De commissie stelt daarvoor de volgende aanvullende parameters voor:

- *Relatieve arbeidsinzet-impact: de totale arbeidsinzet-impact uitgedrukt als fractie van de beschikbare arbeidscapaciteit;*
- *Relatieve arbeidsinzet-schaarste-impact: de totale arbeidsinzet-impact uitgedrukt als fractie van het bestaande tekort aan arbeidscapaciteit.*

Om deze parameters te kunnen berekenen, moeten er voor de nieuwe en bestaande interventie gegevens zijn over de inzet in FTE per interventie per patiënt, over de effectiviteit van de interventie, over het aantal patiënten dat in aanmerking komt, over de totale beschikbare capaciteit per discipline en over een eventueel tekort aan capaciteit per discipline.

De commissie heeft met een voorbeeld laten zien dat het technisch mogelijk is deze parameters te berekenen. De gevonden waarden kunnen vervolgens worden afgewogen ten opzichte van de andere criteria die bij het pakketbeheer en bij het opstellen van richtlijnen worden gehanteerd.

Duurzaamheid

De commissie operationaliseert duurzaamheid als (een zo gering mogelijke) milieu-impact en spitst dat vervolgens toe op klimaatimpact, gemeten als de uitstoot van CO₂-equivalenten. Hoewel de commissie zich terdege realiseert dat de gezondheidszorg ook andere impact heeft op het milieu, is de broeikasgasuitstoot de factor waarover al de meeste gegevens zijn verzameld. Daarom kiest zij ervoor het nieuwe pakketcriterium voorlopig te beperken tot klimaatimpact. Het is van belang

aanvullend na te gaan of er belangrijke andere vormen van milieu-impact worden gemist die in de deliberatieve weging van het pakketcriterium dienen te worden meegewogen.

De commissie stelt voor te gaan werken met de volgende twee parameters:

- *Incrementeel klimaateffect: het verschil in broeikasgasuitstoot (in CO₂-equivalenten) die per patiënt nodig is om de interventie uit te voeren, in vergelijking met de huidige zorg;*
- *Totale klimaatimpact: verschil in broeikasgasuitstoot (in CO₂-equivalenten) die nodig is om alle patiënten die in aanmerking komen voor de nieuwe interventie te behandelen, in vergelijking met de huidige zorg.*

Wanneer er tussen de interventies een verschil is in effectiviteit, kan het informatief zijn om de eerste parameter niet (alleen) per interventie uit te drukken, maar (ook) als het verschil in broeikasgasuitstoot dat nodig is om één QALY gezondheidswinst te bereiken. Verder geldt evenals bij arbeidsinzet dat het ook voor klimaatimpact informatief is om bij de tweede parameter niet alleen met absolute waarden te werken, maar om de totale klimaatimpact ook te relateren aan de totale broeikasgasuitstoot van de gezondheidszorg. Gelet op de voor ons land gestelde klimaatdoelen waaraan ook de gezondheidszorg is gehouden, is het voor de weging verder informatief om de totale klimaatimpact van een interventie tevens uit te drukken ten opzichte van het resterende koolstofbudget. Deze parameter dient vooral om de urgentie van het vraagstuk te benadrukken. Daarom stelt de commissie de volgende aanvullende parameters voor:

- *Relatieve klimaatimpact: de totale klimaatimpact uitgedrukt als fractie van de broeikasgasuitstoot van de gehele gezondheidszorg;*
- *Relatieve klimaat-schaarste-impact: de totale klimaatimpact uitgedrukt als fractie van het resterende koolstofbudget van de gezondheidszorg.*

Om deze parameters te kunnen berekenen, moeten er voor de nieuwe en de bestaande interventie gegevens zijn over de broeikasgasuitstoot per interventie per patiënt, over de effectiviteit, over het aantal patiënten dat voor de interventie in aanmerking komt, over de totale broeikasgasuitstoot van de gezondheidszorg en over het resterende koolstofbudget van de gezondheidszorg.

Voor deze parameters heeft de commissie met een voorbeeld laten zien dat het technisch mogelijk is om ze te berekenen, al zijn niet alle gegevens die hiervoor zijn gebruikt even betrouwbaar of onomstreden. De gevonden waarden kunnen vervolgens afgewogen worden ten opzichte van de andere criteria die bij het pakketbeheer en bij het opstellen van richtlijnen worden gehanteerd.

De commissie heeft tot slot gekeken hoe beide criteria ten opzichte van elkaar en ten opzichte van andere criteria kunnen worden gewogen. Zij heeft daarbij onderzocht of integratie in de bestaande criteria effectiviteit of kosteneffectiviteit mogelijk is. Vanuit een oogpunt van consistentie is dat wellicht wenselijk omdat dubbeltelling daarmee zou worden voorkomen. Gezien het ontbreken van geschikte methoden waarmee dit zou kunnen worden uitgevoerd, is dit echter nog geen optie.

Wat resteert is de optie om de nieuwe criteria mee te wegen op dezelfde manier als nu gebeurt met de criteria noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid (bij professionele richtlijnen spreekt men vaak van haalbaarheid). Dat kan echter nog niet met vaste afkappunten zoals bijvoorbeeld de referentiewaarden die voor kosteneffectiviteit worden gehanteerd. Daarvoor moeten de nieuwe criteria nog verder worden ontwikkeld en moet er eerst meer ervaring mee worden opgedaan.

Dat betekent dat zowel arbeidsinzet als klimaatimpact moeten worden gewogen naast de andere criteria in een deliberatief proces. In dit proces wordt op een systematische

wijze het gesprek gevoerd over criteria en argumenten die voor of tegen vergoeding (in het basispakket) of aanbeveling (in een richtlijn) pleiten, leidend tot een conclusie waarbij de argumenten die men het zwaarst vindt wegen de doorslag geven.

De commissie realiseert zich dat het bepalen van deze nieuwe pakketcriteria extra inspanning zal vragen. Voor arbeidsinzet geldt overigens dat veel van de benodigde gegevens ook al moeten worden verzameld in het kader van de kostenberekening. In elk geval zal steeds moeten worden gezocht naar een goede balans tussen de extra inspanning en de potentiële opbrengst, dat wil zeggen de verwachte bijdrage aan het tegengaan van arbeidsschaarste en klimaatimpact. Uitgangspunt is proportionaliteit en passendheid: wat relevant is voor besluitvorming moet worden gemeten en gewogen.

Gezien de urgentie van de problematiek adviseert de commissie om met de voorgestelde methoden aan de slag te gaan in een ontwikkelperiode van drie jaar. Tijdens deze periode kan ervaring worden opgedaan met casuïstiek en kan verder onderzoek plaatsvinden. Het is van belang dat het Zorginstituut, zorgpartijen, kennisorganisaties en experts op het gebied van het meten van arbeidsinzet en klimaatimpact in de zorg hierbij samen optrekken. De inspanning van al deze partijen is nodig om de voorstellen uit dit advies verder te brengen. Om een dergelijk ontwikkeltraject succesvol te laten verlopen, beveelt de commissie aan dat:

1. Dit ontwikkeltraject wordt opgenomen in het werkprogramma van het Zorginstituut, inclusief de daarvoor benodigde financiële en personele middelen en met een externe begeleidingscommissie;
2. Dit ontwikkeltraject wordt ondersteund met onderzoek (verzameling en analyse van gegevens over de ingebrachte casuïstiek, evaluatie en aanpassing van de methodologie, draagvlakmeting, ...), bijvoorbeeld vanuit het kaderprogramma Passende zorg van ZonMw en de meerjarenonderzoeksagenda van het Zorginstituut. Daarbij moet worden geborgd dat nieuwe inzichten uit lopend en nieuw onderzoek snel worden ingebed in het ontwikkeltraject;
3. Onderdeel van het ontwikkeltraject is ook om te onderzoeken welke inspanning nodig is om invulling te geven aan de aanbevelingen van de commissie. Deze moet proportioneel zijn qua tijdsinvestering en opwegen tegen wat uiteindelijk de toegevoegde waarde zal zijn van het meewegen van deze criteria aan het nemen van betere besluiten over de inzet van zorg.

De commissie stelt voor halverwege de proefperiode, dus na anderhalf jaar, een tussenbalans op te maken.

Of en hoe deze nieuwe criteria bij keuzen in de zorg een plaats zullen krijgen, ligt niet alleen aan de methodologische uitwerking, maar ook aan het maatschappelijk draagvlak voor het toepassen van deze criteria. Dat draagvlak kan overigens verschillen per criterium. Vaststellen in hoeverre er maatschappelijk draagvlak is voor het toepassen van deze criteria is dan ook een belangrijk onderdeel van de proefperiode. Dat maakt het mogelijk om aan het einde hiervan een geïnformeerde beslissing te nemen over het vervolg. Gezien de huidige problemen in de gezondheidszorg stelt de commissie tenslotte de vraag of het wel houdbaar is om bij de keuze tussen twee interventies met verschillende effectiviteit altijd de voorkeur te geven aan de meest effectieve interventie, zoals nu gebruikelijk is. Te overwegen is om hierin meer nuance aan te brengen, zodat een (iets) geringere effectiviteit kan worden afgewogen tegen een (veel) gunstiger uitslag op een van de andere criteria, zoals arbeidsinzet of klimaatimpact.

Inleiding

Nederland kent een solidair zorgstelsel. Iedere volwassene die hier woont en werkt, betaalt een verplichte zorgpremie. Zo betalen alle burgers mee aan de zorgkosten die uit het basispakket worden vergoed: rijk en arm, jong en oud, gezond en ziek. Iedereen wil voor die opgebrachte premie kunnen rekenen op goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Dit staat echter in toenemende mate onder druk. De zorg staat voor een aantal grote opgaven. Sommige daarvan bestaan al langer, zoals de toenemende zorgvraag en kosten. Andere vraagstukken zijn meer recent, zoals het (urgente) personeelstekort en het toegenomen besef dat er iets moet worden gedaan aan de schade die de zorg veroorzaakt aan het milieu. Om de zorg toekomstbestendig te maken, hebben de overheid en de zorgsector afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA): 'Samen werken aan gezonde zorg'¹.

Uitgangspunt van de afspraken in het IZA vormt het Kader Passende Zorg² dat beschrijft wat er moet gebeuren om de zorg toekomstbestendig te maken. De ondertekenaars van het IZA hebben zich aangesloten bij de ambitieuze missie uit het Kader Passende Zorg: *"In 2040 draagt de zorg optimaal bij aan het gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland, in het besef dat daarvoor niet meer mensen en middelen beschikbaar zijn dan nu en dat dit gepaard moet gaan met de laagst mogelijke impact op klimaat en milieu."*

De aanpak van de problematiek in de zorg vergt een systemische aanpak van met elkaar samenhangende maatregelen op verschillende niveaus. Omdat het overgrote deel van onze zorg uit collectieve middelen wordt vergoed, vormt de besluitvorming over de omvang en toepassing van het basispakket, ook wel *pakketbeheer* genoemd, een belangrijk middel om invloed uit te oefenen op welke zorg (niet) wordt geleverd.

Het Zorginstituut heeft hierbij een formele rol als pakketbeheerder. Die bestaat uit het toetsen van zorg toetst aan de beoordelingskaders die het hiervoor heeft ontwikkeld. Deze kaders houden echter nog onvoldoende rekening met nieuwe maatschappelijke uitdagingen zoals arbeidsschaarste en klimaatverandering. Bovendien wordt slechts een deel van de zorg standaard voor toelating tot het basispakket getoetst.

Partijen hebben daarom in het IZA onder de noemer *Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB)*³ afspraken gemaakt om scherpere keuzes mogelijk te maken in de samenstelling van het basispakket. Die afspraken zijn:

- Zorgen dat de bestaande pakketcriteria worden uitgewerkt en een betere wettelijke verankering krijgen (verbeteren);
- Zorgen dat nieuwe criteria personeelsinzet en duurzaamheid worden toegevoegd (verbeteren);
- Toepassen van de verbeterde pakketcriteria over de volle breedte van de zorg (verbreden); dit houdt in dat er meer zorg aan de pakketcriteria wordt getoetst.

Om bovenstaande acties mogelijk te maken, heeft VWS het Zorginstituut een aantal verzoeken gedaan⁴. Een daarvan is om met behulp van een in te stellen commissie de criteria personeelsinzet en duurzaamheid uit te werken en voorstellen te doen voor de weging van deze criteria ten opzichte van de al bestaande pakketcriteria⁵.

Naar aanleiding van het verzoek van VWS heeft het Zorginstituut een tijdelijke commissie ingesteld, bestaande uit (ex)leden van de bestaande permanente adviescommissies van het Zorginstituut (Kwaliteitsraad, Wetenschappelijke Adviesraad en Adviescommissie Pakket), aangevuld met een onafhankelijk voorzitter en leden met specifieke deskundigheid op één of beide criteria⁶.

¹ Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl

² Kader Passende zorg | Advies | Zorginstituut Nederland

³ Kamerbrief verbeteren en verbreden toets op het basispakket | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl

⁴ Brief van VWS van 13 juli 2023 aan het Zorginstituut: "verzoek Zorginstituut inzake VVTB"

⁵ Zie bijlage 1 voor de adviesvraag

⁶ Zie bijlage 2 bij het advies voor de samenstelling van de commissie

In dit advies geeft deze commissie uitwerking aan de door VWS gestelde vragen.

Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk beschrijft de commissie de uitgangssituatie bij het maken van keuzen over vergoeding, aanbeveling en inzet van zorginterventies en reflecteert zij op wat dit betekent voor haar opdracht en de achtergronden daarvan. Het hoofdstuk eindigt met een afbakening van de opdracht, een formulering van de vraagstelling en een beschrijving van de door haar gevolgde aanpak. In de hoofdstukken 3 en 4 beantwoordt de commissie de door haar geformuleerde vragen afzonderlijk voor het criterium arbeidsinzet (hoofdstuk 3) en duurzaamheid (hoofdstuk 4). Deze afzonderlijke bevindingen komen weer in synthese samen in hoofdstuk 5 waarin algemene conclusies en aanbevelingen zijn geformuleerd. In het afsluitende hoofdstuk 6 bespreekt de commissie het maatschappelijk draagvlak, worden de resultaten van de consultatie weergegeven en formuleert de commissie haar advies aan de RvB van het Zorginstituut.

2 Verkenning en afbakening van de opdracht

Dit hoofdstuk gaat in op de achtergrond van de adviesvraag. Wat is de huidige situatie en wat is het probleem dat door toevoeging van twee pakketcriteria zou kunnen worden opgelost? Vanuit deze verkenning vertaalt de commissie haar adviesvraag naar een aantal concrete vraagstellingen.

2.1 Een verbrede definitie van het pakketbeheer

Er is toegenomen belangstelling voor het pakketbeheer als sleutel naar meer passende zorg. Dat komt doordat het overgrote deel van de geleverde zorg uit de collectief opgebrachte premies wordt betaald. Het onderhouden van dit totale pakket van verzekerde zorg heet pakketbeheer. Lang stond deze term synoniem voor het doen van pakketbeoordelingen door het Zorginstituut en zorgverzekeraars in hun formele rol als pakketbeheerder. Dergelijke beoordelingen vinden echter niet standaard voor pakkettoelating plaats. Ons stelsel is namelijk zo ingericht dat veel zorg niet formeel getoetst hoeft te worden door het Zorginstituut. De wetgever vertrouwt erop dat zorgpartijen zelf bewaken dat de zorg voldoet aan de wettelijke eisen waardoor deze zonder expliciete beoordeling deel gaat uitmaken van het basispakket. In dat geval zijn de professionele standaarden (waaronder richtlijnen) waar zorgprofessionals mee werken extra belangrijk. 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 de private partijen die de zorg leveren.

2.1.1 Schaarste, pakketbeheer en passende zorg

Vanuit het brede perspectief van de samenleving betekent schaarste dat we als samenleving zuinig moeten zijn op mensen (de gezondheid van patiënten, de inzetbaarheid van alle inwoners, en de inzet van zorgprofessionals), geld (anders dreigt verdringing van andere (publieke) uitgaven) en natuurlijke bronnen (sommige materialen raken op, en klimaatcrisis en milieuvervuiling bedreigen de planetaire gezondheid). Vanuit dat besef van schaarste en verdringing streven we als samenleving naar een zo zinvol mogelijke inzet van schaarse middelen om een zorgvraag te beantwoorden. Verdeling van schaarste vindt in de zorg plaats op drie niveaus:

1. Zorgen dat verzekerde zorg **collectief passend** is (goede zorg waar we collectief voor willen betalen, inclusief duidelijke handvatten voor indicatiestelling);
2. Zorgen dat de geleverde zorg **individueel passend** is (dit is een besluitvormingsproces tussen patiënt en zorgprofessional). Hierbij vervullen kwaliteitstandaarden en richtlijnen een brugfunctie;
3. Bij **kritieke schaarste**, waarbij voor individuen met vergelijkbare zorgvraag niet voldoende capaciteit beschikbaar is zorgen voor rechtvaardige verdelingsmechanismen zoals triageprotocollen e.d.

Hoewel het niveau van kritieke schaarste, net als de overweging welke verzekerde zorg collectief passend is, ook om een collectieve afweging vraagt, heeft deze een ander karakter. Het gaat hier immers over het kiezen tussen zorgvragers die gebruik willen maken van hetzelfde schaarse goed. Dat vergt overwegingen van medisch-ethische aard zoals die bijvoorbeeld tijdens de Covid-19 pandemie zijn gemaakt over de beschikbare IC capaciteit. Het nemen van betere besluiten op de eerste twee niveaus kan ervoor zorgen dat het derde niveau (nog) niet in zicht komt. Het meenemen van arbeidsinzet en duurzaamheid in de afwegingen helpt om een beter geïnformeerd besluit te nemen. Hier richt het advies van de commissie zich dan ook op.

2.1.2 Huidige beoordelingskader voor pakketbeheer

Toelating van zorg tot het basispakket vindt plaats na toetsing aan de zogenaamde pakketcriteria: effectiviteit, noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Deze criteria vinden hun oorsprong in de *trechter van Dunning*, een set van criteria die in 1991 op verzoek van de toenmalige Regering is ontwikkeld door de commissie Keuzen in de Zorg⁷. In het kader hieronder geven we een korte beschrijving van de huidige pakketcriteria.

Effectiviteit

Het pakketcriterium effectiviteit vormt het hart van het pakketbeheer en is in regelgeving vastgelegd als het criterium '*stand van de wetenschap en praktijk (SWP)*'. Het is het enige pakketcriterium met een *knock-out* karakter in wet- en regelgeving.

De werkwijze die het Zorginstituut voor de toetsing aan dit criterium volgt, is vastgelegd in het beoordelingskader SWP⁸. Deze werkwijze komt grotendeels overeen met de wijze waarop bijvoorbeeld klinische richtlijnen tot stand komen. Een belangrijk verschil is dat aan een SWP-beoordeling een vergoedingsbesluit is gekoppeld en aan een aanbeveling in een richtlijn niet.

Noodzakelijkheid

Het criterium noodzakelijkheid gaat zowel over ernst van een aandoening of ziekte voor de individuele patiënt (*ziektelast*)⁹ als over de noodzaak om een interventie uit collectieve middelen te vergoeden (*noodzakelijk te verzekeren*)¹⁰.

Kosteneffectiviteit

Bij kosteneffectiviteit staat de verhouding centraal tussen de gezondheidswinst die kan worden behaald en de meerkosten (minus de besparingen) die daarvoor moeten worden gemaakt. Het Zorginstituut heeft een richtlijn opgesteld hoe economische evaluaties in de gezondheidszorg moeten worden uitgevoerd¹¹ en heeft daarnaast een publicatie uitgebracht hoe met de uitkomst op dit criterium in de beoordeling wordt omgegaan¹².

Uitvoerbaarheid

Met het criterium uitvoerbaarheid wordt getoetst of het haalbaar en houdbaar is om een bepaalde zorgvorm in het basispakket op te nemen. Daarbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar de budgetimpact, maar ook naar organisatorische, ethische en juridische consequenties¹³.

Box 1: Beschrijving van de vier pakketcriteria

Hoewel het Zorginstituut deze pakketcriteria al lang hanteert en ze maatschappelijk geaccepteerd zijn, heeft alleen effectiviteit (SWP) een afdwingbare wettelijke basis. Omdat dit onvoldoende recht doet aan andere maatschappelijke overwegingen die in de huidige tijd van schaarste van belang zijn geworden, onderzoekt VWS hoe de andere drie pakketcriteria én de nieuwe criteria arbeidsinzet en duurzaamheid een minder vrijblijvende wettelijke borging kunnen krijgen. Een voorwaarde daarvoor is dat er eenduidige beoordelingskaders bestaan waaraan deze criteria kunnen worden getoetst. Daarom actualiseert het Zorginstituut momenteel alle beoordelingskaders van de pakketcriteria en werkt zij als sluitstuk aan een overkoepelend afwegingskader hoe de uitkomsten op de verschillende criteria ten opzichte van elkaar worden gewogen.¹⁴ Het advies van de commissie zal hierin een plaats krijgen.

Het toetsen van zorg voor het basispakket gebeurt op het niveau van

⁷ Kiezen en delen; rapport van de commissie Keuzen in de zorg (Commissie Dunning). Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1991.

⁸ Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023 | Publicatie | Zorginstituut Nederland

⁹ Ziektelast in de praktijk - De theorie en praktijk van het berekenen van ziektelast bij pakketbeoordelingen | Rapport | Zorginstituut Nederland

¹⁰ Rapport - Afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg | Rapport | Zorginstituut Nederland

¹¹ Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (versie 2024) | Publicatie | Zorginstituut Nederland

¹² Rapport - Beoordelingskader kosteneffectiviteit van zorg | Rapport | Zorginstituut Nederland

¹³ In het eerste kwartaal van 2025 zal het Zorginstituut een actualisatie uitbrengen van het beoordelingskader uitvoerbaarheid.

¹⁴ Dit overkoepelend afwegingskader is voorzien in het tweede kwartaal van 2025

afzonderlijke interventies (d.w.z. specifieke vormen van preventie, diagnostiek, behandeling, revalidatie etc.), in combinatie met specifieke indicaties. De interventie tezamen met de doelgroep waarvoor hij wordt toegepast, wordt ook wel de interventie-indicatiecombinatie genoemd¹⁵. Voorbeelden van dergelijke interventie-indicatiecombinaties zijn hartrevalidatie bij pijn op de borst en boezemfibrilleren, neuscorrectie bij chronische luchtwegblokkade en genexpressietesten bij vrouwen ouder dan 50 jaar in een vroeg stadium van borstkanker¹⁶.

Voor het overgrote deel van de zorg (ook wel “het open pakket genoemd”) vindt dus geen expliciete toetsing aan de pakketcriteria plaats, tenzij daar een concrete aanleiding voor is. Zodra deze zorg voldoet aan de eis van SWP, gaat deze tot de verzekerde zorg behoren. De wetgever gaat ervan uit dat dit geldt voor alle zorg die zorgverzekeraars uit de collectieve middelen vergoeden. De professionele richtlijnen van zorgverleners spelen hierbij een belangrijke rol. De commissie richt zich met dit advies daarom nadrukkelijk ook op richtlijnmakers en op de mensen die bezig zijn met de (vroeg) ontwikkeling van zorg. Het is de bedoeling dat in de toekomst ook meer zorg aan de (verbeterde) pakketcriteria wordt getoetst in het kader van het pakketbeheer. In dat licht moet het advies van de commissie worden gezien.

2.1.3 Het huidige wegingsproces bij pakketbeoordelingen en richtlijnen

Hoewel het de intentie is van het Zorginstituut om de pakketcriteria integraal te wegen, verhindert de *knock out* status van SWP dit. Dat maakt dat het Zorginstituut de overige pakketcriteria pas integraal weegt na een positieve uitkomst op het criterium effectiviteit. Is dat niet het geval, dan kan een interventie geen onderdeel uitmaken van het basispakket en stopt de beoordeling. Voldoet een interventie wel aan SWP, wordt vervolgens de kosteneffectiviteit gewogen wanneer daar gegevens bekend zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor dure geneesmiddelen waarvoor de fabrikant verplicht een economische evaluatie moet aanleveren¹⁷. Voor niet-geneesmiddelen geldt een dergelijke verplichting niet. Een van de voornemens van het Zorginstituut is om bij de beoordelingen in het open pakket (duidingen) ook vaker en risicogericht onderzoek te doen naar de kosteneffectiviteit van deze zorg.

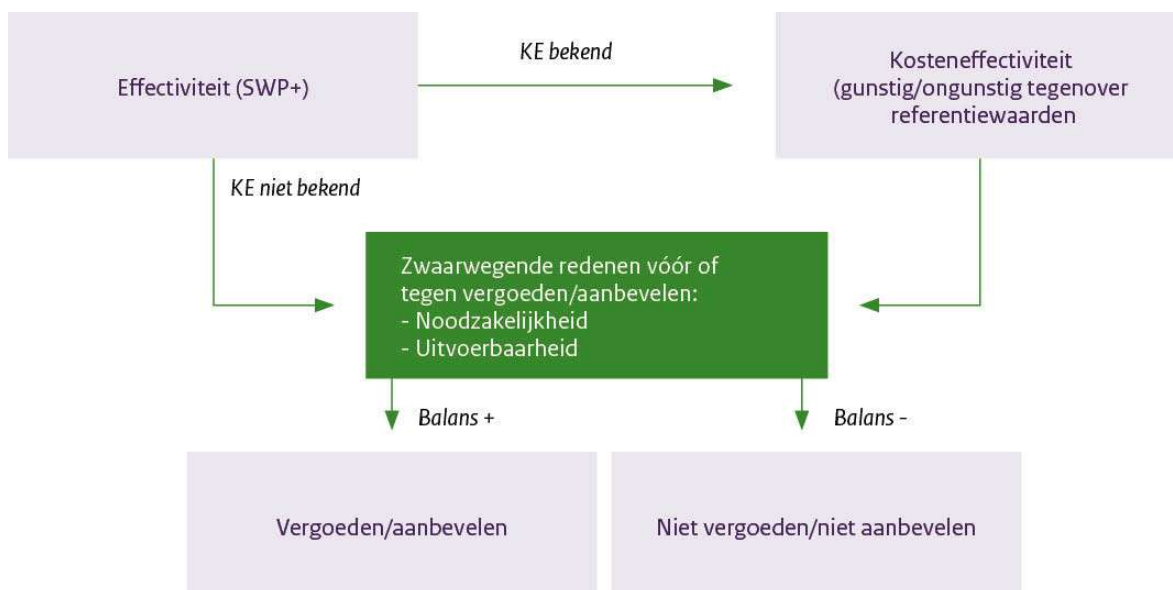
Van dure geneesmiddelen wordt de incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER) die in de economische evaluatie is berekend getoetst aan de referentiewaarden die het Zorginstituut gebruikt voor drie klassen van de voor de aandoening geldende ziektelast¹⁸. Is de kosteneffectiviteit gunstig, dan wordt in het deliberatieve proces verkend of er zwaarwegende argumenten zijn met betrekking tot de criteria noodzakelijkheid of uitvoerbaarheid om een negatief vergoedingsadvies te geven. Als de kosteneffectiviteit ongunstig is, dan wordt in het deliberatieve proces beschouwd of toetsing aan deze twee criteria zwaarwegende argumenten oplevert om toch een positief vergoedingsadvies te geven. Is de kosteneffectiviteit niet bekend dan kan deze dus niet worden gewogen. Hieronder is dit proces schematisch afgebeeld.

¹⁵ Beoordeling+Stand+van+de+Wetenschap+en+praktijk+2023.pdf

¹⁶ De eerste twee voorbeelden zijn beoordelingen die het Zorginstituut momenteel uitvoert (zie hiervoor: Werkagenda | Zorginstituut Nederland), het derde voorbeeld is een standpunt dat het Zorginstituut in 2023 heeft uitgebracht (zie hiervoor: Standpunt - MammaPrint en Oncotype DX vergoede zorg voor bepaalde groep vrouwen | Standpunt | Zorginstituut Nederland).

¹⁷ Voor extramurale geneesmiddelen weegt de kosteneffectiviteit mee wanneer de totale kosten (macrokostenbeslag) € 10 miljoen of meer per jaar bedragen of wanneer deze macrokosten liggen tussen de € 1 miljoen en € 10 miljoen per jaar én de kosten per patiënt per jaar van € 50.000 of meer bedragen. Voor dure intramurale geneesmiddelen die door de Minister in “de sluis”¹⁷ zijn geplaatst zijn de regels dat het € 20 miljoen of meer per jaar kost om het medicijn in heel Nederland te gebruiken bij 1 of meer nieuwe indicaties of dat de kosten van een medicijn bij 1 indicatie per jaar € 10 miljoen of meer bedragen én de kosten per patiënt per jaar € 50.000 of meer.

¹⁸ Naarmate een ziekte ernstiger is, worden hogere kosten per QALY geaccepteerd. Zie: Kosteneffectiviteit in de praktijk | Rapport | Zorginstituut Nederland



Figuur 1: Schematisch weergave afweging pakketbeoordeling

Het beoordelingsproces waarin aan de pakketcriteria wordt getoetst bestaat uit vier fasen;

- Verkennen van relevante argumenten, uitkomsten en informatiebehoefte bepalen (scoping);
- Verzamelen, presenteren en beoordelen van de relevante informatie (assessment);
- Relevante argumenten benoemen, bepalen en wegen (appraisal);
- Formuleren van een advies met ondersteuning van de argumenten.

Het Zorginstituut heeft drie commissies die hem in dit traject adviseren. Twee daarvan vinden hun oorsprong in de pakketbeheertaak van het Zorginstituut en één in de kwaliteitstaak. In de praktijk zien we dat de pakketbeoordelingen die voorliggen steeds vaker aspecten van zowel goede zorg als verzekerde zorg in zich dragen wat afstemming en samenwerking tussen deze drie commissies vraagt.

De Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) heeft een rol bij de assessment en de Adviescommissie Pakket (ACP) bij de appraisal. In die appraisal komen ook vaak aspecten naar voren die gaan over de uitvoeringspraktijk. Bijvoorbeeld over de aanwezigheid van een kwaliteitskader, over de benodigde organisatie van de zorg, over het bestaan van behandelregisters, over concentratie van een behandeling, over start- en stopcriteria van een behandeling, over bekwaamheidseisen van de zorgverlener, etc. Hierbij kan de Kwaliteitsraad (KR) die een taak heeft bij kwaliteitsbevordering en monitoring een belangrijke rol spelen. Dergelijke uitvoeringsaspecten hebben tot doel een interventie zo passend mogelijk in te zetten in de zorgpraktijk.

De appraisal heeft de vorm van een debat dat in openbaarheid plaatsvindt en waarbij belanghebbende partijen kunnen inspreken. Het is belangrijk om dit maatschappelijke debat inhoudelijk goed te structureren. Multi Criteria Decision Analysis (MCDA) is een techniek die hierbij kan helpen. Er zijn veel varianten van MCDA die uiteenlopen van een meer wiskundige vorm waarbij vaste gewichten aan criteria worden toegekend tot een meer deliberatieve vorm. De ACP gebruikt bij haar beraadslaging een deliberatieve vorm van MCDA¹⁹²⁰.

Zoals gezegd vinden formele pakketbeoordelingen volgens het hierboven geschetste proces nu nog heel beperkt plaats. Daarom richt dit advies zich ook op hoe aanbevelingen in professionele richtlijnen tot stand komen. Hoewel iedere beroepsgroep hier haar eigen proces in volgt, zal dat proces idealiter lijken op het gestructureerde proces dat bij een pakketbeoordeling wordt gevolgd. Aanbevelingen in bijvoorbeeld medisch-specialistische richtlijnen komen niet alleen tot stand op basis van wetenschappelijk bewijs op voor de patiënt relevante uitkomstmaten. Het

¹⁹ Børøe K., *Baltussen R. Legitimate Healthcare Limit Setting in a Real-World Setting: Integrating Accountability for Reasonableness and Multi-Criteria Decision Analysis. Public Health Ethics 2014, 1-14

²⁰ Zie voor meer informatie over dit proces en de argumentatie: Pakketadvies in de praktijk: wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket | Rapport | Zorginstituut Nederland

evidence-to-decision framework binnen de GRADE-methodiek²¹ (zie kader voor toelichting) neemt ook andere maatschappelijke overwegingen mee, 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.

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).

Box 2 : Evidence to decision framework GRADE

Wanneer de argumenten in het framework in een richtlijn groep via een proces van deliberatie worden gewogen, wijkt dat proces in opzet niet af van het formele traject dat wordt gevolgd bij een pakketbeoordeling.

Gezien de huidige problemen in de gezondheidszorg, waarin niet alleen financiële beperkingen maar ook arbeidsschaarste en milieu-impact steeds nadrukkelijker de aandacht vragen, vraagt de commissie zich af of het houdbaar is het criterium effectiviteit zo te blijven gebruiken als momenteel gebeurt. Nu gaat een interventie deel uitmaken van het basispakket zodra deze een aangetoonde meerwaarde heeft ten opzichte van de bestaande behandeling, ook al is dat verschil maar heel klein. De commissie vraagt zich af of een dergelijke dwingende uitleg van het criterium 'effectiviteit' nog wel past in het huidige tijdsgewricht van schaarste. Wellicht is een meer graduele benadering passender waarbij een (iets) geringere effectiviteit kan worden afgewogen tegen een (veel) gunstiger uitslag op een van de andere criteria, zoals arbeidsinzet of klimaatimpact.

2.1.4 Mogelijke scenario's voor het toevoegen van nieuwe criteria

In de huidige praktijk van pakketbeoordelingen weegt het criterium effectiviteit het zwaarst, gevolgd door het criterium kosteneffectiviteit. Dat komt mede doordat deze criteria het verst zijn uitgewerkt. Andere criteria zoals de pakketcriteria noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid worden toegepast als "modifiers" van een beslissing die op basis van (kosten)effectiviteit zou worden genomen. Dat lijkt ook te gelden voor de aanbevelingen in richtlijnen die op basis van het EtD-framework van GRADE worden geformuleerd.

Uitgaande van deze situatie heeft de commissie zich afgevraagd hoe het toevoegen van twee nieuwe criteria er *in theorie* uit zou kunnen zien. Daarbij ziet zij twee opties.

Integratie in (kosten)effectiviteit

Hierbij worden de nieuwe criteria 'arbeidsinzet' en 'milieu-impact' ingepast in de criteria die op dit moment het zwaarste wegen.

- a. Integratie in effectiviteit: Hierbij wordt de effectiviteit van de interventie 'gecorrigeerd' voor eventuele gezondheidseffecten als gevolg van arbeidsschaarste of milieu-impact. Wanneer voorzien kan worden dat door arbeidsschaarste niet de veronderstelde effectiviteit bereikt kan worden, of dat de milieu-impact negatieve gezondheidseffecten zal hebben, wordt de effectiviteit van de interventie, zoals deze uit het effectiviteitsonderzoek naar voren is gekomen, naar beneden bijgesteld. Het omgekeerde vindt plaats wanneer er juist sprake is van positieve effecten. Dit vergt wel een bepaalde modellering van de effectiviteit die op dit moment nog niet plaatsvindt.
- b. Integratie in kosten c.q. kosteneffectiviteit: Hierbij worden de kosten van de interventie 'gecorrigeerd' voor de extra kosten (of besparingen) die door arbeidsschaarste of milieu-impact worden veroorzaakt. Wanneer voorzien kan worden dat door arbeidsschaarste de werkelijke personeelskosten hoger zullen zijn dan geraamd, of dat de milieu-impact extra maatschappelijke kosten met zich mee zal brengen, worden de kosten van de interventie naar boven bijgesteld. Dit vereist uiteraard inzicht in deze effecten en de mogelijkheid om al deze effecten in geld uit te drukken.

De commissie ziet op voorhand belangrijke voordelen van integratie in deze bestaande criteria. Niet alleen wordt het belang van de nieuwe criteria daarmee geaccentueerd, ook bevordert het de consistentie van het beoordelingsproces, bijvoorbeeld door het vermijden van dubbeltellingen. Het is immers goed mogelijk dat een deel van de arbeidsschaarste en/of milieu-impact al is verdisconteerd in, bijvoorbeeld, de kostprijs van de interventie. Een nadeel is echter dat deze integratie hoge eisen stelt aan de beschikbare gegevens. Zo vereist bijvoorbeeld integratie van milieu-impact in de effectiviteit van de interventie, dat er niet alleen inzicht is in de milieu-impact van de interventie zelf, maar ook in de lange-termijn gezondheidseffecten van die milieu-impact op de patiënten zelf en op anderen.

Toevoegen van nieuwe criteria als "modifiers"

Hierbij worden de criteria 'arbeidsinzet' en 'milieu-impact' op dezelfde manier meegewogen als nu al geldt voor de andere criteria, niet zijnde (kosten)effectiviteit. Dit vereist dan wel regels of procedures met behulp waarmee wordt bepaald:

- of aan het criterium wordt voldaan;
- wat het relatieve gewicht van de nieuwe criteria is.

Hiervoor ziet de commissie de volgende opties.

- a. Wegen met vaste normen: Hierbij worden kwantitatieve normen vastgesteld voor de arbeidsinzet of milieu-impact die een interventie mag hebben, en worden interventies die niet aan deze normen voldoen in principe niet vergoed of aanbevolen. Deze normen kunnen diverse vormen aannemen. Denk bijvoorbeeld aan: bij overschrijding van een bepaalde verhouding tussen arbeidsinzet of milieu-impact enerzijds en effectiviteit anderzijds, wordt een interventie uitgesloten. Dit is ongeveer vergelijkbaar met de referentiewaarden die het Zorginstituut hanteert voor de kosteneffectiviteit, ook al is daar ruimte om af te wijken naar boven of naar beneden bij zwaarwegende argumenten. Een andere variant is dat in geval van gelijke effectiviteit van twee interventies de interventie met een grotere impact op arbeidsinzet of grotere milieu-impact niet in aanmerking komt.
- b. Meewegen in een deliberatief proces: Hierbij wordt de arbeidsinzet of milieu-impact van een interventie in een deliberatief proces, bijvoorbeeld in een panel van deskundigen en stakeholders, afgezet tegen andere criteria. Men zou zich hierbij bijvoorbeeld kunnen voorstellen, dat een groter effect op arbeidsinzet en/of grotere milieu-impact ertoe leidt, dat voor de andere criteria strengere eisen worden gesteld aan de interventie en *vice versa*. Wanneer de conclusie is dat, rekening houdend met alle argumenten, de arbeidsinzet of milieu-impact van een interventie te groot is, wordt deze in principe niet aanbevolen of vergoed.

De commissie ziet op voorhand als belangrijk voordeel van dit laatste scenario dat het ruimte biedt aan alle criteria en argumenten. Een nadeel is dat er veel verschillende argumenten op tafel komen die onderling kunnen samenhangen en/of met elkaar in conflict kunnen zijn, wat het lastig kan maken er op een consistente wijze besluiten over te nemen.

De commissie gaat in de hoofdstukken 3 en 4 de wenselijkheid en haalbaarheid na van verschillende scenario's voor respectievelijk de criteria arbeidsinzet en duurzaamheid.

2.2 Analyse en context van de vraag

In deze paragraaf komt de commissie, op basis van de eerder geschetste Ausgangssituatie en de bredere beleidscontext tot een eerste analyse van het probleem en de voorgestelde oplossing.

2.2.1 Meer overwegingen meenemen al vroeg in het proces

Door de tijd heen is het basispakket uitgebreid met nieuwe, effectieve interventies. Vaak zijn die echter duurder dan de interventies waar zij voor in de plaats zijn gekomen. Dit heeft ertoe geleid dat er vanuit de overheid behoefte is ontstaan om ook andere aspecten dan effectiviteit mee te wegen. In eerste instantie de kosten, maar inmiddels is er een nieuwe maatschappelijke realiteit waarbij arbeidsschaarste en de vervuulende effecten van zorg ook urgente vraagstukken zijn geworden. Met name de resultaten van arbeidsschaarste laten zich in veel sectoren van de zorg al voelen, terwijl er ook toenemende maatschappelijke ongerustheid is over de milieu-impact van de zorg. Dit vraagt dus om maatregelen, waarvan het betrekken van deze criteria bij het vergoeden en aanbevelen van zorg er één is.

De commissie beoogt met dit advies vooral om meer bewustwording te creëren om al in een vroege fase van het ontwikkelen van zorg rekening te houden met de impact die deze zal kunnen hebben op arbeidsinzet en duurzaamheid. Interventies met een gunstige impact kunnen dan prioriteit krijgen. Bij interventies met een ongunstige impact kan worden gewerkt aan maatregelen om deze ongunstige impact te verkleinen of om te kiezen voor arbeids- en milieuvriendelijkere opties. Maar het kan zijn dat toch besloten moet worden om een interventie die een zeer ongunstige impact heeft op de arbeidsinzet of het milieu niet te vergoeden of aan te bevelen. Hoewel de commissie hoopt dat dergelijke besluiten niet vaak nodig zullen zijn, zijn gezien de toenemende arbeidsschaarste en de zorgen over de milieu-impact van de zorg, lastige keuzes waarschijnlijk niet altijd te vermijden.

2.2.2 Bijdrage aan systeemdoelen van kritischer keuzen maken

Pakketbeheer is geen doel op zich, maar een middel dat door de overheid wordt ingezet om bepaalde systeemdoelen te bereiken. De commissie heeft zich daarom afgevraagd hoe het tegengaan van arbeidsschaarste en milieu-impact bijdraagt aan deze systeemdoelen. Ten eerste vindt de commissie dat het stellen van meer eisen aan te vergoeden of aan te bevelen zorg slechts één mogelijkheid is om iets te doen aan deze maatschappelijke vraagstukken. Gezien hun complexiteit vragen zij immers om meerdere, samenhangende maatregelen binnen en buiten de sector op zowel nationaal als internationaal niveau. Voor het terugdringen van de milieu-impact zijn bijvoorbeeld maatregelen nodig op het terrein van energiegebruik, gebouwen en mobiliteit. En voor het terugdringen van arbeidsschaarste zijn maatregelen nodig op het gebied van onderwijs en arbeidsmarktbeleid.

Deze maatschappelijke uitdagingen vragen om een systeembenadering die inspeelt op hun oorzaken. Die systeembenadering valt buiten de reikwijdte van de adviesvraag, maar de commissie plaatst haar adviesvraag nadrukkelijk wel in een deze bredere context. Dat betekent dat zij op verschillende plaatsen in haar advies kort in gaat op wat er in de literatuur bekend is over een systeemaanpak en wat hiervan al in de praktijk wordt gebracht.

Ondanks dat het meewegen van de criteria arbeidsinzet en duurzaamheid bij keuzen in de zorg slechts één van de oplossingsrichtingen is, en dat dit op zichzelf genomen slechts beperkt bijdraagt aan de oplossing, meent de commissie dat hiervan wel een belangrijk signaal uit kan gaan, dat andere maatregelen kan ondersteunen. Zo kan introductie van deze nieuwe criteria ertoe bijdragen dat al bij de ontwikkeling van een interventie, nog voordat deze in aanmerking wordt genomen voor opname in het basispakket of een richtlijn, een zo gering mogelijke impact op arbeidsinzet en milieu wordt nagestreefd. Door al vroeg in de levenscyclus aandacht te besteden aan een zo gering mogelijke impact op arbeid en/of milieu, kunnen de veranderingen die nodig zijn in de gezondheidszorg worden versneld.

2.3 Vraagstelling en aanpak advies

Op basis van de verkenning van de uitgangssituatie en haar eerste analyse van de adviesvraag en het achterliggende probleem is de commissie tot vraagstellingen en een aanpak gekomen van haar adviesvraag.

2.3.1 Vraagstellingen van het advies

De commissie heeft besproken of zij in de vraagstellingen en bij de aanpak van haar advies een onderscheid zou moeten maken tussen de beide criteria arbeidsinzet en duurzaamheid. Zij verschillen immers in oorzaak, context en ervaren gevolgen. En wellicht ook in de ervaren maatschappelijke urgentie. Toch heeft de commissie ervoor gekozen om voor beide criteria eenzelfde aanpak te volgen. Dit omdat het doel van dit advies voor beide criteria hetzelfde is, namelijk om te onderzoeken hoe zij een (grotere) rol kunnen gaan spelen bij keuzen in de zorg. De commissie heeft daarom een set vraagstellingen geformuleerd die geldend zijn voor beide criteria. Die zijn:

1. In hoeverre zijn arbeidsinzet/arbeidsschaarste en ecologische duurzaamheid/milieu-impact van de gezondheidszorg een probleem, welke oplossingsrichtingen zijn hiervoor beschreven, en welke rol kan een 'verbreed pakketbeheer' (d.w.z. alle keuzes over de inzet van zorginterventies, niet alleen formele pakketbeslissingen) hierbij spelen?
2. Hoe kunnen arbeidsinzet/arbeidsschaarste en ecologische duurzaamheid/milieu-impact worden geoperationaliseerd t.b.v. een verbreed pakketbeheer?
3. Welke gegevens zijn over arbeidsinzet/arbeidsschaarste en ecologische duurzaamheid/milieu-impact al beschikbaar, resp. zouden moeten worden verzameld, en wat zijn hiervoor geschikte bronnen?
4. Hoe verhouden arbeidsinzet/arbeidsschaarste en ecologische duurzaamheid/milieu-impact zich t.o.v. bestaande criteria die bij een verbreed pakketbeheer worden gebruikt, en hoe kunnen deze nieuwe criteria worden ingepast binnen en/of gewogen ten opzichte van de bestaande criteria?
5. Met welke ethische, juridische etc. overwegingen moet hierbij rekening worden gehouden, en is er draagvlak voor het rekening houden met arbeidsinzet/arbeidsschaarste en ecologische duurzaamheid/milieu-impact bij professionals, beleidsmakers, patiënten en burgers?

De commissie werkt deze vraagstellingen hierna voor ieder criterium apart uit in een apart hoofdstuk, zodat zij recht kan doen aan de specifieke context en omstandigheden van ieder criterium.

2.3.2 Aanpak van het advies

De commissie heeft in drie fasen gewerkt aan het advies: een oriëntatiefase, eerste uitwerking van het advies en een finale uitwerking van het advies. De oriëntatiefase bestond uit het verzamelen en analyseren van publicaties en het bevragen van buitenlandse organisaties. Daarnaast heeft de commissie een inloopsessie met partijen in de zorg georganiseerd waarin zij met deze partijen in gesprek is gegaan over hun gedachten rond de thema's die in dit advies centraal staan en om relevante publicaties en voorbeelden op het spoor te komen. De commissie en haar secretariaat hebben daarnaast contact gehad met diverse relevante kennisorganisaties in Nederland en in het buitenland.

In de fase van eerste uitwerking is gericht onderzoek gedaan naar de uitwerking van de vraagstelling voor de twee criteria, zijn experts bevroegd en zijn de eerste conceptteksten voor het advies uitgewerkt en besproken. Verder zijn opties de revue gepasseerd voor de weging van de nieuwe criteria ten opzichte van de bestaande criteria die bij het pakketbeheer en in de uitvoeringspraktijk worden gebruikt. De gedachten van de commissie zijn opgetekend in een conceptadvies dat aan partijen is voorgelegd. Na de consultatie is dit advies aangepast naar aanleiding van de ontvangen opmerkingen en heeft de commissie het advies vastgesteld en aangeboden aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut.

3 Uitwerking van het criterium arbeidsinzet

Dit hoofdstuk gaat in op de vraag of het mogelijk is een criterium 'arbeidsinzet' te gebruiken bij keuzen in de zorg, bijvoorbeeld in het kader van pakketbeoordelingen of richtlijnen van de beroepsgroep. Die keuzen gaan over het al dan niet inzetten van een specifieke zorginterventie bij een specifieke groep patiënten (indicatie-interventiecombinatie). De commissie volgt in dit hoofdstuk de vijf adviesvragen die zij in paragraaf 2.3.1 heeft geformuleerd.

3.1 Verkenning van het probleem van arbeidsinzet

Nederland heeft te maken met een groeiend tekort aan zorgverleners. In deze paragraaf komt aan de orde hoe groot het probleem is, wat de gevolgen daarvan zijn en wat mogelijk maatregelen zijn die genomen kunnen worden. Omdat het arbeidsvraagstuk zich zeker niet alleen op het niveau van het al dan niet inzetten van zorginterventies laat oplossen, komen er ook kort maatregelen aan de orde die buiten de adviesvraag aan de commissie vallen. De commissie verstaat in opzet onder arbeidsinzet niet alleen de inzet van professionele zorgverleners, maar ook die van informele zorgverleners. De vraag in hoeverre zorgvragers terug kunnen vallen op hun informele netwerk om in bepaalde, vaak laagcomplexere, zorg te voorzien, wordt immers met het oog op de arbeidskrapte in de zorg steeds vaker gesteld. Daarom is het op zich van belang om ook te kijken naar de ontwikkelingen rond vraag en aanbod van informele zorg.

3.1.1 Omvang van (de relatieve) arbeidsschaarste en de gevolgen daarvan

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg staat in toenemende mate onder druk vanwege een tekort aan personeel. Doordat de zorgvraag harder stijgt (en zal doorstijgen) dan het personeelsaanbod zal dit tekort toenemen. In 2021 concludeerde de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in het rapport "Kiezen voor houdbare Zorg"²², dat de tot dan toe gepresenteerde oplossingen onvoldoende zullen zijn om het schaarste probleem op te lossen en dat men zich moet voorbereiden op een toekomst waarin niet alle zorg die nodig is geleverd kan worden. In onderstaande tabel liet de WRR de lange termijnprojectie zien van vraag en aanbod van arbeid in de zorg, waarbij het tekort oploopt van bijna 4% in 2030 tot ruim 20% in 2060.

²² [Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak | Rapport | WRR](#)

	2019	2030	2040	2050	2060
Bevolking	17.282	18.354	19.072	19.482	19.830
Potentiele beroepsbevolking	12.221	12.524	12.284	12.620	12.974
Beroepsbevolking	9.267	9.440	9.259	9.512	9.779
Niet-actieve beroepsbevolking	2.954	3.084	3.025	3.108	3.195
Onbenut potentieel in personen	402	414	406	417	429
Arbeidsvraag zorg	1.485	1.873	2.342	2.897	3.574
Arbeidsaanbod zorg bij huidig aandeel	1.485	1.513	1.484	1.524	1.567
Totaal tekort bij huidig aandeel		360	858	1.373	2.007
Totaal tekort als % beroepsbevolking		3,8%	9,3%	14,4%	20,5%
Aandeel zorg in beroepsbevolking	16,0%	19,8%	25,3%	30,5%	36,5%

Tabel 1: Lange termijnprojectie van de beroepsbevolking en de arbeidsvraag in de zorg bij onveranderd participatie (in duizenden personen)

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft opdracht gegeven tot het ontwikkelen van het *Prognosemodel zorg en welzijn*²³ om landelijke en regionale partijen meer inzicht te geven in verwachte tekorten aan personeel in de sector zorg en welzijn. Onderstaande tabel uit dat Prognosemodel laat zien dat de tekorten niet over alle beroepsgroepen gelijk zijn verdeeld. Zo is de inschatting dat voor zorghulpverleners (mbo 1) nauwelijks arbeidsmarkttekorten zullen optreden, maar dat tekorten in de overige zorgberoepen zullen stijgen. In absolute zin spelen op nationaal niveau de grootste tekorten bij verzorgenden (mbo 3), verpleegkundigen (mbo-, hbo- en gespecialiseerd) en GGZ beroepen.

Beroep	aantal werknemers 2023	tekort 2023	tekort 2023 (%)
Specialist ouderengeneeskunde, AVG en ondersteuners	2.800	500	18%
GGZ beroepen Capaciteitsorgaan	25.400	4.400	17%
Gespecialiseerd verpleegkundige	25.400	2.100	8%
Huisartsen en ondersteuners	6.300	500	8%
Medisch ondersteunend personeel	15.700	1.000	6%
Verzorgende (niveau 3)	139.100	8.200	6%
Verpleegkundige (niveau 4)	96.600	5.500	6%
Verlos- en verpleegkundige (niveau 6)	59.200	3.000	5%
Pedagogisch werker (niveau 4)	17.500	800	5%
Pedagogisch werker (niveau 3)	23.200	1.000	4%
Maatschappelijke hulp en dienstverlening (niveau 7)	12.800	500	4%
Pedagogiek (niveau 6)	18.700	700	4%
Pedagogiek (niveau 7)	13.300	400	3%
Maatschappelijke hulp en dienstverlening (niveau 6)	90.800	2.700	3%
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau 4)	49.600	1.000	2%
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau 3)	40.400	800	2%

²³ <https://www.prognosemodelzw.nl/dashboard/stories-dashboard/2--zorg-en-welzijn--smal->

Sociaal werk (niveau 4)	17.000	300	2%
Doktersassistent (niveau 4)	31.500	500	2%
Psychologie (niveau 6 & 7)	24.700	300	1%
Helpende zorg & welzijn (niveau 2)	51.100	600	1%
Medisch specialisten	22.600	200	1%
Mondzorg	8.800	0	0%
Zorghulp (niveau 1)	156.300	0	0%

Bron: Prognosemodel Zorg en Welzijn (geraadpleegd op 15-8-2024), branche Zorg en Welzijn (smal)²⁴

Tabel 2: beschikbaarheid en tekorten zorgverleners

In relatieve zin is de schaarste het grootst van specialisten ouderengeneeskunde, AVG en ondersteuners (18%) en GGZ beroepen (17%), gevolgd door gespecialiseerde verpleegkundigen (8%), huisartsen en ondersteunend personeel (8%), medisch ondersteunend personeel (6%), verzorgenden niveau 3 (6%) en verpleegkundigen niveau 4 (6%).²⁵

Landelijke cijfers laten echter niet zien dat er ook tussen regio's verschillen zijn in de grootte van de tekorten. Zo kent Nederland enkele krimpregio's waar sprake is van een meer vergrijzing en een groter tekort aan zorgpersoneel.

Het toenemende tekort heeft gevolgen voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg. Door langere wachttijden kunnen zorgvragers niet altijd tijdig zorg krijgen. Dat leidt tot suboptimale zorg en meer druk op de mantelzorg. Omdat burgers een toegankelijke gezondheidszorg erg belangrijk vinden, ontstaat er onrust en onbegrip in de samenleving. Het vraagstuk heeft daarnaast een juridische kant. De overheid heeft namelijk een wettelijke plicht om de gezondheid van haar burgers te bevorderen en zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht naar hun verzekerden. Door het oplopende tekort aan zorgpersoneel wordt het steeds lastiger om aan dergelijke wettelijke verplichtingen te kunnen voldoen.

De WRR noemt de personele houdbaarheid inmiddels de meest urgente dimensie van de houdbaarheid van de zorg en concludeert dat er scherpere keuzes nodig zijn om de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te optimaliseren. Het gaat hierbij om zowel professionele zorgverleners als om mensen die informele zorg en ondersteuning bieden, bijvoorbeeld mantelzorgers. Momenteel is één op de zeven Nederlanders werkzaam in de zorgsector. Dat is meer dan er in andere publieke voorzieningen werken, zoals het onderwijs. De vraag naar personeel voor de zorg zou onder redelijke aannames kunnen toenemen naar meer dan een kwart van de beroepsbevolking in 2040 en zelfs naar ruim één op drie werkenden in 2060. Naast een stagnerende omvang van de beroepsbevolking, dragen de pensionering en een toenemende uittrede van zorgmedewerkers vanwege afnemende arbeidstevredenheid verder bij aan de arbeidskrapte in de zorg²⁶.

Door de stijgende zorgvraag zal er in de toekomst ook meer druk komen te staan op *informele zorgverleners*. Tussen 2018 en 2040 stijgt naar verwachting de omvang van de groep ontvangers van mantelzorg onder de zelfstandig wonende 75-plussers met bijna 70%: van 230.000 in 2018 naar bijna 390.000 personen in 2040. Het aantal mensen dat mantelzorg kan geven (van 4 uur of meer per week) aan 75-plussers neemt tussen 2018 en 2040 echter veel minder toe, namelijk met nog geen 7% (van 1,11 miljoen naar 1,18 miljoen). Dat betekent dat waar in 2018 tegenover elke oudere die mantelzorg ontvangt nog bijna vijf mogelijke mantelzorggevers staan, dit er in 2040 nog slechts drie zullen zijn²⁷. Bovendien zijn (formeel) zorgverleners meer dan gemiddeld ook mantelzorger. De combinatie van hoge werkdruk door arbeidsschaarste en het verlenen van mantelzorg bedreigt hun duurzame inzetbaarheid en

²⁴ Stories Dashboard - 2. Zorg en welzijn (smal) - Nederland (prognosemodelzw.nl)

²⁵ Sociaal-geneeskundigen (tekort 36%) zijn uit de tabel weggelaten omdat deze discipline niet of nauwelijks betrokken is bij interventies die in het kader van pakketbeheer of anderszins moeten worden beoordeeld.

²⁶ TNO-RIVM 2024-De impact van maatschappelijke ontwikkelingen op de psychosociale arbeidsbelasting van werkenden

²⁷ Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040 | Planbureau voor de Leefomgeving (pbl.nl)

vergroot de arbeidsschaarste.^{28,29} In Nederland verrichten 2 miljoen werkenden mantelzorg waarvan 27% moeite heeft met het combineren van mantelzorg met werk.³⁰

3.1.2 Maatregelen om invloed uit te oefenen op de arbeidsinzet

Het arbeidsvraagstuk in de zorg vraagt om een systemische aanpak. Niet alleen binnen de zorg, maar ook daarbuiten. De beroepsbevolking neemt immers over de hele linie af en dat vraagt om aanpassingen in de hele economie, dus niet alleen in de zorgsector. Maatregelen die zijn gericht op het aantrekken en behoud van personeel in de zorg hebben immers ook consequenties voor de beschikbaarheid van arbeid in andere sectoren. Dat betekent dat er samenhangende maatregelen nodig zijn op het gebied van:

- Het afremmen en terugdringen van de zorgvraag: veel maatregelen in het IZA gaan over het voorkómen van een zorgvraag en over de passende inzet van zorg, bijvoorbeeld door een scherpere indicatiestelling. Dat niet alles wat kan, hoeft. Het voorkómen van zorg, bijvoorbeeld door meer in te zetten op preventie, en het afzien van onnodige zorg hebben direct positieve effecten op arbeidskrapte én op de gezondheidstoestand van patiënten;
- Behoud en werving van personeel; zorginstellingen ontplooiën hier allerlei initiatieven zoals het aantrekken van personeel uit het buitenland, het uitkeren van bonussen bij het aanbrengen van nieuwe collega's en verbeteren van primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden. Het voordeel van het verbeteren van arbeidsvoorwaarden is tweeledig: het vergroot de aantrekkelijkheid van het werk waardoor meer werkzoekende solliciteren in de zorg en minder werkenden de zorg verlaten (motiverend effect) en het verbetert de mentale gezondheid van de werkenden zelf waardoor verzuim en presenteeism (het doorwerken met klachten waarbij men minder productief is) kunnen worden teruggebracht. Andere initiatieven die daaraan bijdragen zijn gericht op het verbeteren van de gezondheid en leefstijl van (zorg)personeel, bijvoorbeeld met betrekking tot meer bewegen, stoppen met roken, matig alcoholgebruik, afvallen in geval van overgewicht en het verbeteren van slaapkwaliteit.^{31,32,33} Al deze maatregelen kunnen ook een positieve invloed hebben op de arbeidsproductiviteit (zie hieronder).
- Vergroten van doelmatigheid en arbeidsproductiviteit; er is veel inspanning op het ontwikkelen van technologie die personeel kan vervangen of ondersteunen. Dat geldt ook voor het "ontzorgen" van zorgpersoneel zodat zij minder tijd hoeven te besteden aan administratieve handelingen en meer tijd krijgen voor direct patiëntencontact.^{34,35} Voorbeelden hiervan zijn het ondersteunen van de zorg met de inzet van digitale hulpmiddelen, bijvoorbeeld door de inzet van *Artificial Intelligence*. Zorgverzekeraars maken steeds vaker afspraken met zorgaanbieders over de inzet van digitale zorg en van medische technologie die zorgpersoneel kan ondersteunen of vervangen. Zij hebben ook een belangrijke rol bij het platform "Digizo.nu"³⁶ dat de IZA partijen samen hebben opgericht. Dit platform selecteert en beoordeelt gezamenlijk met alle partijen potentieel impactvolle processen met daarbinnen digitale toepassingen over de volle breedte van de zorg en ondersteuning.

De WRR betwijfelt echter of de genoemde maatregelen op het gebied van afremmen of terugdringen van zorgvraag, behoud en werving van personeel, en vergroten van doelmatigheid en arbeidsproductiviteit voldoende resultaat zullen hebben wat betreft het tegengaan van arbeidsschaarste. Ook geeft zij aan dat dat de politieke en maatschappelijke verleiding groot is om het inzetten op doelmatigheid als enige antwoord te zien en zo scherpe keuzes uit de weg te gaan. Zij vindt juist dat het maken van deze scherpe keuzes centraal moet staan in het politieke en maatschappelijke debat.

²⁸ <https://www.izz.nl/zorgorganisaties/een-op-de-drie-zorgmedewerkers-mantelzorger-en-andere-feiten>

²⁹ Boumans, N. P., & Dorant, E. (2014). Double-duty caregivers: healthcare professionals juggling employment and informal caregiving. A survey on personal health and work experiences. *Journal of advanced nursing*, 70(7), 1604-1615.

³⁰ Werk en mantelzorg in cijfers - MantelzorgNL

³¹ Picco, E., Gagnano, A., Daghini, A., & Miglioretti, M. (2022). Systematic review of intervention studies to foster sustainable employability core components: Implications for workplace promotion. *Sustainability*, 14(6), 3300.

³² Hazelzet, E., Picco, E., Houkes, I., Bosma, H., & de Rijk, A. (2019). Effectiveness of interventions to promote sustainable employability: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1985.

³³ https://www.han.nl/projecten/2019/wendbaar-aan-het-werk/Slotpublicatie_Wendbaar_aan_het_werk_Plus_Zuid-Nederland_december_2021.pdf

³⁴ 20171117_DEF Rapport-administratiedruk-specialisten.pdf (demedischspecialist.nl)

³⁵ Kamerstuk 29515, nr. 491 Aanpak regeldruk en administratieve lasten

³⁶ Over Digizo.nu - Digizo.nu

De commissie sluit hierbij aan en zij beschouwt de aan haar gestelde vraag over een mogelijk nieuw pakketcriterium 'arbeidsinzet' mede vanuit dit perspectief. Pakketbeslissingen, behandelrichtlijnen en andere beslismomenten over de inzet van zorg hebben immers een directe invloed op het zorggebruik en de inzet van zorgpersoneel. Zij vormen daarmee een belangrijk aangrijpingspunt voor het beïnvloeden van de arbeidsinzet op het niveau van individuele interventies. Dat de zorgpraktijk zich al geconfronteerd ziet met arbeidskrapte en daarop anticipeert in professionele richtlijnen, illustreren de volgende voorbeelden.

De WHO heeft een richtlijn "Gestational Diabetes mellitus (GDM) (WHO2013)" uitgebracht. Deze richtlijn gaat over de intensieve behandeling van zwangere vrouwen met milde hyperglykemie en heeft mogelijk grote impact op de arbeidsinzet omdat zij een nieuwe afkapwaarde introduceert in de diagnosestelling. Hierdoor krijgt een groep zwangere vrouwen met milde hyperglycemie nu ook de diagnose GDM. Men verwacht dat de groep daardoor 30% groter wordt. Dit is een groep vrouwen die nu in de eerste lijn wordt gezien, maar bij de diagnose GDM intensievere monitoring nodig heeft. Denk hierbij onder andere aan frequentere controles, consult van een diëtist, echoscopische follow-up, consult of overname in de tweede lijn.

Sinds het verschijnen van de WHO-richtlijn is die in een deel van de Nederlandse ziekenhuizen geïmplementeerd ondanks het feit dat bewijs uit onderzoek naar de (kosten)effectiviteit en naar eventuele nadelige effecten ontbreekt. De richtlijn heeft echter wel een aanzienlijke impact op de arbeidsinzet.

Op dit moment loopt er in Nederland binnen het programma ZEGG een zorgevaluatie (TANGO-DM) waarin wordt onderzocht of deze "milde" groep vrouwen baat heeft bij deze intensieve GDM-behandeling³⁷.

In de richtlijn "beleid bij vroeggeboorte" is nu het uitgangspunt dat actieve opvang wordt geboden vanaf 24+0 weken bij dreigende vroeggeboorte (spontaan of iatrogeen). Binnen de beroepsgroep is sprake geweest naar het verlagen van deze ondergrens naar 23+0 weken. Hiervan is afgezien, mede vanwege een gebrek aan personele capaciteit. In de richtlijn is dat als volgt verwoord:

Haalbaarheid en implementatie

"Op dit moment is er tekort aan ICN-verpleegkundigen. Bij een eventuele verschuiving van de ondergrens voor het aanbieden van actieve opvang van 24 naar 23 weken zal dit probleem potentieel groter worden omdat deze kinderen in het algemeen lang op de NICU opgenomen liggen. Daarnaast verdienen deze kinderen vanwege de grote kans op ontwikkelingsproblematiek langdurige follow-up op een multidisciplinaire polikliniek (kinderarts, kinderfysiotherapeut en kinderpsycholoog); op dit moment zijn er al onvoldoende middelen om hieraan te voldoen, laat staan als de groep extreem vroeggeboren kinderen nog groter wordt. Dit dient eerst aangepakt te worden voordat een verdere verschuiving van de ondergrens haalbaar is. Het verdient ook aandacht om het effect op de obstetrische capaciteit in kaart te brengen voor zowel prenatale counseling als voor de vaak daaropvolgende opname. In verband met het te verwachten beslag op middelen en de huidige capaciteitsproblematiek en mogelijke juridische knelpunten in relatie tot de Wet afbreking zwangerschap, is besloten de ondergrens in Nederland voor het aanbieden van actieve opvang op 24+0 weken geschatte zwangerschapsduur te houden".

Box 3: praktijkvoorbeelden tekort zorgpersoneel

Uit deze voorbeelden blijkt de relevantie van het systematisch overwegen van de impact op arbeidsinzet bij keuzen in de zorg én de noodzaak om hier als samenleving een goed kader voor te bieden. In de volgende paragrafen werkt de commissie uit hoe zo een kader eruit kan zien.

³⁷ <https://zorgevaluatienederland.nl/evaluations/tango-dm>

3.2 Operationalisatie van het criterium arbeidsinzet

Voor het operationaliseren van het criterium arbeidsinzet is een aantal overwegingen van belang. Ten eerste wat hier wel of niet toe moet worden gerekend. Internationale organisaties zoals de WHO en OECD rekenen bijvoorbeeld alle mensen die in de zorgsector werkzaam zijn, direct of meer indirect, tot de arbeidsinzet in de zorg. Dus ook medewerkers van de schoonmaak, beveiliging, catering etc. die in de zorgsector werkzaam zijn.³⁸ De commissie gaat in haar advies alleen uit van de directe zorgverleners die nodig zijn om een interventie te leveren. Wel maakt zij daarbij een onderscheid tussen de verschillende disciplines zoals verpleegkundigen, artsen, verzorgenden etc.

Een tweede overweging is of ook de informele zorg tot de arbeidsinzet zou moeten worden gerekend. Volgens de huidige richtlijn voor economische evaluaties in de gezondheidszorg moeten de kosten van de informele zorg expliciet worden meegenomen, alhoewel de systematische naleving van de richtlijn op dit punt aandacht behoeft.³⁹ Daarbij wordt echter geen rekening gehouden met een eventuele schaarste aan informele zorg. Daarom heeft de commissie overwogen of het mogelijk is hiermee afzonderlijk rekening te houden in een nieuw criterium arbeidsinzet. Daarvoor ziet de commissie op dit moment echter geen mogelijkheden, omdat de totale capaciteit aan mantelzorgers en een eventuele schaarste daarin zich niet eenduidig laat bepalen. Informele zorg heeft immers een heel ander karakter dan formele zorg: de inzet van mantelzorg is persoonsgebonden en niet verplichtend, en mantelzorgers zijn daarom niet zo breed inzetbaar als formele zorgverleners. Dat neemt echter niet weg dat, waar dat relevant is voor de besluitvorming, de verwachte impact van zorginterventies op mantelzorg zeker een plaats moet krijgen in de deliberatie.

De commissie doet hierna in dit advies een eerste aanzet van de uitwerking van het criterium arbeidsinzet aan de hand van vier stappen:

Stap 1: definiëren: het benoemen van de relevante aspecten van arbeidsinzet;

Stap 2: meten: het meten van de verschillende aspecten in hun natuurlijke eenheden

Stap 3: analyseren: het in één waarde uitdrukken van de uitkomsten op de verschillende aspecten

Stap 4: afwegen: het afwegen van de geïntegreerde waarde ten opzichte van andere criteria

De stappen 1 tot en met 3 worden hierna uitgewerkt. Stap 4 is uitgewerkt in de volgende paragraaf over de weging.

3.2.1 Stap 1: Het definiëren van arbeidsinzet

De commissie definieert arbeidsinzet t.b.v. de toepassing als pakketcriterium als *de incrementele inzet van directe formele zorgverleners (onderscheiden naar de verschillende disciplines zoals verpleegkundigen, artsen, verzorgenden etc.), die voor de uitvoering van een nieuwe interventie noodzakelijk is, in vergelijking met de bestaande situatie.*

Voor het in kaart brengen ervan zijn de volgende aspecten van belang:

- Het verschil in aantal benodigde uren van alle betrokken zorgverleners per discipline, tussen de voorgestelde interventie en de bestaande situatie;
- Beschikbaarheid/schaarste van deze zorgverleners: om te bepalen of daadwerkelijk in de geraamde inzet van zorgverleners kan worden voorzien, moet er inzicht zijn in de beschikbaarheid en tekorten van aantallen zorgverleners per discipline gedurende de tijdsperiode van de analyse. In de inleidende paragrafen kwam er ter sprake dat er een wisselend beeld is in de tekorten per discipline;
- Bij het ramen van de benodigde inzet van zorgverleners is het van belang ook rekening te houden met aspecten als werkbelasting en arbeidssatisfactie. Dit zijn immers factoren die ertoe kunnen leiden dat zorgverleners zich ziekmelden of zelfs de zorg verlaten, en die dus van invloed zijn op de arbeidskrapte. Denk hierbij ook aan administratieve werklast, digitalisering of het vervangen van zorgverleners door hulpmiddelen, allemaal maatregelen die invloed hebben op het karakter van de werkzaamheden.

³⁸ OECD 2022, Equipping Health Workers with the Right Skills : Skills Anticipation in the Health Workforce

³⁹ Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (versie 2024) | Publicatie | Zorginstituut Nederland

3.2.2 Stap 2: Het meten van arbeidsinzet

Een volgende stap is om te bepalen hoe de aspecten die hierboven zijn benoemd kunnen worden gemeten. Belangrijke keuzen die daarin moeten worden gemaakt zijn het **analytisch perspectief** en de **tijdshorizon** die worden gebruikt. Bij het analytisch perspectief staat centraal welke kosten, arbeidsinzet en uitkomsten op welke gebieden (bijvoorbeeld de gezondheidszorgsector, de bredere samenleving etc.) worden meegenomen. Bij de tijdshorizon gaat het om de periode die relevant is om uitkomsten te meten. In de richtlijn voor economische evaluaties in de gezondheidszorg en de kostenhandleiding van het Zorginstituut worden aanbevelingen gedaan zowel ten aanzien van het analytisch perspectief als van tijdshorizon. De commissie stelt voor om voor de meting van arbeidsinzet bij deze aanbevelingen aan te sluiten. Met betrekking tot arbeidsinzet focust de commissie zich in haar aanbevelingen op arbeidsinzet en -tekorten binnen de gezondheidszorg. Helaas is het zoals eerder al werd aangegeven, (nog) niet mogelijk om informele zorg op dezelfde voet als formele zorg mee te nemen. Dat geldt ook voor de arbeidsinzet in andere, aanpalende sectoren (bv sociale domein).⁴⁰ Dit is een belangrijke beperking, omdat er door de inzet van een nieuwe interventie verschuivingen van zorgpersoneel naar welzijnspersoneel of omgekeerd kunnen plaatsvinden. Om een eerste uitwerking nog niet te ingewikkeld te maken, lijkt het focussen op arbeidsinzet binnen de formele zorg voor nu echter het hoogst haalbare. Wel beveelt de commissie aan om deze twee aspecten (effecten op informele zorg resp. arbeidsinzet in andere sectoren), waar ze relevant zijn voor een beslissing (dit kan worden vastgesteld op basis van expert-opinie), als overweging mee te nemen in de deliberatie.

3.2.2.1 Meten van de benodigde uren arbeidsinzet

Voor het berekenen van de benodigde arbeidsinzet zijn in het kader van economische evaluaties standaardmethoden ontwikkeld. Hoewel die methoden meestal tot doel hebben om uiteindelijk de kostprijzen van arbeid te meten, ligt het startpunt bij het meten van de tijd die nodig is om de zorg te leveren. De meest nauwkeurige methode, die ook in de Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg wordt aanbevolen, is de bottom-up microcosting methode waarbij per individuele patiënt de ontvangen zorg wordt gemeten.⁴¹ Per zorgverlener wordt dan gemeten hoeveel tijd deze aan een individuele patiënt besteedt. Er hoeft hierbij geen onderscheid gemaakt te worden tussen verschillende soorten taken die de zorgverlener uitvoert. Dit kan gaan om taken als zorgverlening, voorbereiding, overleg of de administratieve taken die onderdeel kunnen zijn van de primaire zorg. Om de kosten te bepalen is het voldoende de totale tijd te meten dat een zorgverlener besteedt aan een individuele patiënt. Deze methodiek maakt gebruik van directe waarneming, is erg tijdrovend en wordt daarom niet vaak toegepast. Voor dit doel kan de laatste stap, het uitdrukken van de kosten in euro's, achterwege worden gelaten. De relevante uitkomst is immers de extra tijd of de tijdbesparing die per patiënt per (type) zorgverlener gerealiseerd wordt om de zorg te leveren. Gezien de arbeidsintensiviteit van de methode is het van belang goed na te gaan wanneer een dergelijke inspanning gevraagd mag worden. In de eerder genoemde Kostenhandleiding staat daarom ook aangegeven dat de benodigde inspanningen van de microcosting methode alleen gerechtvaardigd zijn voor eenheden (aantal uur inzet zorgverlener) met een relevante bijdrage aan de totale en de incrementele uren⁴².

Een methode die wordt toegepast wanneer de verschillen tussen individuele patiënten niet groot zijn, is om met behulp van expertraadpleging de zorg van de gemiddelde patiënt in kaart te brengen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van normtijden die nodig zijn om bepaalde procedures uit te voeren. In bepaalde gevallen worden deze normtijden door de beroepsgroep zelf onderhouden.⁴³ In dit geval wordt gesproken over een top-down microcosting aanpak.

⁴⁰ NB: Het gaat hier dus niet om het feit dat de patiënt niet inzetbaar is in het arbeidsproces, maar dat een interventie niet (tijdig) kan worden geleverd vanwege schaarste aan zorgverleners.

⁴¹ Zorginstituut - Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg: Methodologie en Referentieprijzen Herziene versie 2024.

⁴² Zorginstituut - Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg: Methodologie en Referentieprijzen Herziene versie 2024 – paragraaf 2.6 Waardering eenheden, stap 6 (pagina 15)

⁴³ FMS 2021 - Handreiking Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel 2021 en zie Bijv. <https://www.nvk.nl/themas/beroepsbelangen/financiering/normtijden>

Hoewel deze methode ten opzichte van de bottom-up microcosting methode tijd en inspanning bespaart, is zij ook minder nauwkeurig.

Kostprijsonderzoek zoals de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) uitvoert in het kader van het bepalen van maximumtarieven maakt gebruik van een 'modelmatige toewijzing van de som van kosten (zowel direct als indirect) die zijn gemaakt in een boekjaar'. Hierbij vraagt de NZa zorginstellingen periodiek en steekproefsgewijs naar informatie over de productie (volumes van door de NZa gedefinieerde prestaties), de jaarrekening, en de omvang van hun personeelbestand (fte). Met verdeelsleutels worden de directe en indirecte kosten (en fte's) verdeeld over de verschillende prestaties.^{44,45,46} Deze aanpak is meer in lijn met de top-down grosscosting methode zoals beschreven in de kostenhandleiding voor economische evaluaties⁴⁷. Zij lijkt de commissie echter minder geschikt omdat er geen relatie is met de directe inzet van zorgverleners op het niveau van een interventie.

De commissie concludeert dat arbeidsinzet binnen de huidige methodiek van kosteneffectiviteitsanalyses al wordt meegenomen, maar dat voor een pakketcriterium arbeidsinzet het volume (uren) apart inzichtelijk moet worden gemaakt. Hoewel de commissie de microcosting methode aanbeveelt als de meest nauwkeurige methode om te gebruiken, moet een uiteindelijke keuze worden gemaakt op grond van proportionaliteit en passendheid, waarbij argumentatie en legitimatie van de gemaakte keuzen van belang zijn. Dit is overigens geheel in lijn met de Kostenhandleiding, omdat ook daarin de mogelijkheid wordt geboden om beargumenteerd van de aanbevolen microcosting methode af te wijken.⁴⁸

3.2.2.2 Meten van beschikbare capaciteit

Er zijn meerdere bronnen beschikbaar voor gegevens over de beschikbaarheid en schaarste van Zorgpersoneel. Die gegevens zijn echter niet altijd betrouwbaar of bruikbaar. Zij worden namelijk niet verzameld voor het doel van dit advies. Zo is *Prognosemodel Zorg en Welzijn* van de overheid een belangrijke bron die inzicht geeft in de huidige situatie en de verwachte ontwikkeling van de arbeidsvraag en het personeelsaanbod voor de gehele sector zorg en welzijn. Het prognosemodel wordt jaarlijks geactualiseerd, waarbij naast de onderliggende gegevens ook de verschillende aannames achter het model aangepast worden. Een nadeel van het prognosemodel is dat het zelfstandigen niet meetelt, terwijl er binnen de zorg in toenemende mate zelfstandigen actief zijn⁴⁹. Dat betekent dat de gerapporteerde omvang van de tekorten een overschatting zullen zijn. Een ander nadeel is dat het prognosemodel nog in ontwikkeling is en dat de ramingen per jaar verschillen.

3.2.2.3 Meten van werkbeleving

Hoewel er instrumenten/vragenlijsten bestaan om werkbelasting en de consequenties daarvan in kwantitatieve zin te meten en die in de praktijk ook worden toegepast, is het lastig te bepalen welke betekenis zo een uitkomst moet hebben voor de overweging of een interventie zou moeten worden vergoed of aanbevolen. Werkbeleving is namelijk een breed concept, waarbij in de meeste modellen de ervaren werkdruk (te veel moeten doen in te weinig tijd) en het ervaren gebrek aan beslissingsruimte (te weinig invloed op hoe het werk mag worden uitgevoerd) als kernaspecten van werkbelasting worden gezien. Stressklachten, arbeidsontevredenheid, verzuim en verloop worden gezien als de belangrijkste consequenties van een negatieve werkbelasting. Ook een ervaren gebrek aan steun of sociale cohesie binnen een team (bijvoorbeeld omdat iedereen het te druk heeft) draagt bij aan hogere ervaren werkbelasting. Dit zijn echter aspecten die de hele werksituatie betreffen en die niet direct samenhangen met het leveren van een bepaalde interventie. Er is beperkt onderzoek naar werkbeleving met betrekking tot specifieke taken (Le Blanc et al)⁵⁰. Daarom stelt de commissie voor om te beginnen met een

⁴⁴ KPMG 2018 - Kostenonderzoek langdurige zorg 2018 (in opdracht van de NZa)

⁴⁵ Sira 2022 - Rapport kostprijsonderzoek huisartsenzorg (in opdracht van de NZa)

⁴⁶ Beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg - BR/REG-23152 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

⁴⁷ Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg | Over ons | Zorginstituut Nederland

⁴⁸ Zorginstituut - Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg: Methodologie en Referentieprijzen Herziene versie 2024 - paragraaf 2.6 Waardering eenheden, stap 6 (pagina 15)

⁴⁹ Door strengere handhaving door de Belastingdienst op "schijnzelfstandigheid", kan dit aantal ZZP'ers in de zorg wellicht gaan dalen.

⁵⁰ Le Blanc, P. M., De Jonge, J., De Rijk, A. E., & Schaufeli, W. B. (2001). Well-being of intensive care nurses (WEBIC): A job analytic approach. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 460-470.

inschatting of de werkbeleving in belangrijke mate verandert als gevolg van het leveren van een bepaalde interventie. Verandering van werkintensiteit (werkdruk, meer of minder moeten doen in meer of minder tijd) en verschuiving van operationele (kern-) taken naar administratieve taken zijn daarbij de belangrijkste indicatoren binnen de gezondheidszorg (zie ook Le Blanc et al.). Mochten deze verschuivingen het geval zijn, dan kan daar in de besluitvorming rekening mee worden gehouden.

3.2.3 Stap 3: Arbeidsinzet uitdrukken in een getal

Een volgende stap is om de arbeidsinzet uit te drukken in een of meer parameters die kunnen worden gebruikt als criterium bij pakketbeslissingen of aanbevelingen in een richtlijn, zoals de QALY wordt gebruikt voor de effectiviteit van een interventie, en de incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER) voor de kosteneffectiviteit. Met een dergelijke parameter kan dan worden nagegaan wat het effect zal zijn van de interventie op de arbeidsinzet. Wanneer een interventie extra arbeidsinzet vergt die niet beschikbaar is, of die in een onevenredige verhouding staat tot de opbrengst van de interventie, kan worden besloten de interventie niet in het basispakket of in een richtlijn op te nemen. Overigens reikt het nut van een dergelijke parameter verder dan dat. Zo kunnen, wanneer al in een eerder stadium van de ontwikkeling van een interventie naar de benodigde arbeidsinzet wordt gekeken, mogelijke besparingen op arbeid worden geïdentificeerd. Daarnaast kan gericht gezocht worden naar interventies waarmee schaarse arbeid het best kan worden ingezet.

De commissie heeft in de literatuur gezocht naar voorbeelden van een geïntegreerde maat voor arbeidsinzet. Een maat die als inspiratie heeft gediend voor de voorstellen van de commissie is de "*Time needed to treat (TNT)*" methode van Johansson et al.⁵¹

TNT is een methode om in kaart brengen hoeveel tijd van zorgverleners nodig zal zijn om een in de richtlijn aan te bevelen interventie uit te voeren. Met die kennis zouden richtlijnopstellers kunnen afwegen of een aanbeveling in het licht van schaarse capaciteit daadwerkelijk zou moeten worden gedaan. De benadering bevat de volgende elementen:

- Tijd die de zorgverlener nodig heeft om de interventie aan één patiënt te geven;
- Tijd die van alle zorgverleners nodig is om de aanbeveling te implementeren voor alle geïndiceerde patiënten (dit noemt men de "absolute TNT");
- Totale beschikbare tijd voor totale patiëntenzorg voor alle geïndiceerde patiënten

Door de tijd die nodig is voor het leveren van een bepaalde interventie aan alle patiënten te delen door de totale beschikbare tijd voor de zorg ontstaat een fractie: de "relatieve TNT".⁵² Naarmate die fractie groter is, legt de interventie een groter beslag op de capaciteit.

De auteurs illustreren de methode met behulp van het voorbeeld van de NICE richtlijn "*Physical activity: brief advice for adults in primary care*". Deze richtlijn schrijft voor dat huisartsen hun patiënten via een vragenlijst screenen op inactiviteit. Aan patiënten die onvoldoende bewegen volgens deze vragenlijst, moeten zij een kort advies geven ten aanzien van het bewegen. De auteurs stellen dat het implementeren van deze aanbeveling leidt tot een absolute TNT van 167 uur per huisarts per jaar (bij een praktijk van 2000 volwassenen). De relatieve TNT wordt berekend op 15% (167/1128), uitgaande van een werkweek van 40 uur, 47 weken per jaar waarvan 60% van de tijd beschikbaar is voor direct patiëntencontact.

Box 4: voorbeeld meetmethode arbeidsinzet

Hoewel de auteurs ook interessante voorstellen doen om de uitkomst van de TNT af te wegen tegen een aantal andere criteria, dient het voorbeeld hier om te laten zien hoe met deze methode concreet kan worden bepaald hoeveel zorgcapaciteit nodig is om een interventie te kunnen leveren. Omdat in het voorbeeld de nieuwe interventie geen bestaande zorg vervangt,

⁵¹ BMJ 2023;380:e072953: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2022-072953>

⁵² De Global Center for sustainable healthcare beschrijft een handleiding voor het meten van TNT op haar website⁵². Dit is een mondiaal samenwerkingsverband van onderzoekers, aanhangers van evidence-based zorg, artsen, patiënten vertegenwoordigers en beleidsmakers dat tot doel heeft de huidige geneeskunde tegen het licht te houden en te transformeren naar een meer duurzame gezondheidszorg.

staat de berekende arbeidsinzet gelijk aan de incrementele arbeidsinzet. In andere situaties zal, om een vergelijking te kunnen maken met het alternatief, ook daarvan de arbeidsinzet berekend moeten worden, zodat het verschil (meer of minder arbeidsinzet) kan worden bepaald. In veel gevallen zullen voor het leveren van een bepaalde interventie meerdere disciplines nodig zijn. Het optellen van uren over verschillende disciplines is uiteraard niet aan de orde omdat zij niet uitwisselbaar zijn. De arbeidsinzet dient dan ook voor alle relevante disciplines afzonderlijk bepaald te worden, wat de berekening natuurlijk wel complexer maakt.

Een belangrijke kanttekening hierbij betreft het risico op dubbeltellen. Bij arbeidstekorten gaat normaal gesproken na verloop van tijd de prijs (i.e. het loon) omhoog, en het is dan ook aannemelijk dat de schaarste die zich bij bepaalde beroepsgroepen voordoet, al gedeeltelijk is verdisconteerd in de loonkosten, en daarmee in de kosteneffectiviteit van een nieuwe interventie. Dit zal echter zeker niet volledig het geval zijn. Verschillen in beloning van zorgpersoneel zijn immers niet alleen een reflectie van feitelijke schaarste op de arbeidsmarkt, maar ook van bijvoorbeeld historisch gegroeide verschillen in beloning van hoger en lager opgeleiden. Bovendien vinden groeiende tekorten op de arbeidsmarkt niet meteen, maar pas met enige vertraging hun weerslag in de lonen. Mede gezien de urgentie van de arbeidstekorten en de noodzaak om hierop in de nabije toekomst een gepast antwoord te vinden, meent de commissie dan ook dat dit (voorlopig onvermijdelijke) risico op dubbeltellen aanvaardbaar is.

Met de gegevens over de benodigde tijd per discipline per patiënt per interventie en over het aantal patiënten dat voor de interventie in aanmerking komt, kunnen twee parameters worden berekend die in combinatie een goede basis voor verdere afweging vormen, en die de commissie aanbeveelt om te gaan gebruiken:

Incrementele arbeidsinzet

Dit is het verschil (meer of minder) in arbeidsinzet in FTE die per patiënt voor de uitvoering van de interventie nodig is, in vergelijking met de huidige zorg. Wanneer er tussen de interventies een verschil is in effectiviteit, kan het informatief zijn om deze parameter niet (alleen) per interventie uit te drukken, maar (ook) als het verschil in arbeidsinzet die nodig is om één QALY gezondheidswinst te behalen.

Totale arbeidsinzet-impact

Dit is het verschil in arbeidsinzet in FTE die nodig is om alle patiënten die in aanmerking komen voor de nieuwe interventie te behandelen, in vergelijking met de huidige zorg. Dit is een parameter die vergelijkbaar is met de budgetimpact die al wordt gebruikt in het pakketbeheer.

Het is voor de weging van de tweede parameter informatief om niet alleen met absolute aantallen te werken, maar om die absolute aantallen ook te relateren aan de beschikbare arbeidscapaciteit en, indien daar sprake van is, aan het bestaande tekort aan arbeidscapaciteit. De commissie stelt daarvoor de volgende aanvullende parameters voor:

Relatieve arbeidsinzet-impact

Dit is de totale arbeidsinzet-impact, uitgedrukt als fractie van de beschikbare arbeidscapaciteit;

Relatieve arbeidsinzet-schaarste-impact

Dit is de totale arbeidsinzet-impact, uitgedrukt als fractie van het bestaande tekort aan arbeidscapaciteit.

Naarmate dit laatste percentage hoger is, heeft de benodigde arbeidsinzet van de nieuwe behandeling een ongunstigere impact op de schaarste.

De commissie illustreert hieronder met een voorbeeld hoe de voorgestelde parameters kunnen worden berekend.

Uitwerking voorbeeld verzorgend wassen ten opzichte van "klassiek wassen" met water

Bij verzorgend wassen (ook wel wassen-zonder-water genoemd) wordt gebruik gemaakt van speciale, met vloeistof geïmpregneerde, washandjes of -doekjes, zodat er geen water nodig is. De vloeistof in de washandjes of -doekjes zorgt voor een pH-neutrale reiniging. Verzorgend wassen heeft voordelen voor de cliënt en voor de zorgverlener en levert bovendien een tijdsbesparing op⁵³.

Voor de uitwerking van dit voorbeeld heeft de commissie gebruik gemaakt van de volgende gegevens:

Gemiddelde tijd "klassiek wassen" per cliënt per wasbeurt: 23 minuten, gemiddeld 3 per week:
Per jaar 3588 minuten ($23 \times 3 \times 52$) = 59,8 uur = 0.032 FTE⁵⁴

Discipline: verzorgenden

Gemiddelde tijd verzorgend wassen: 14 minuten⁵⁵. Gemiddeld 3 per week: Per jaar 2184 minuten ($14 \times 3 \times 52$) = 36,4 uur = 0,019 FTE

Aantal zorgvragers in Nederland (2021): 88.000 (Zvw zorg)⁵⁶

Bestaande capaciteit in Nederland (verzorgenden): 49.850 FTE⁵⁷

Tekort aantal verzorgenden in Nederland: 2952 FTE⁵⁸

Met deze gegevens kunnen de voorgestelde parameters worden berekend:

Incrementele arbeidsinzet: verschil in arbeidsinzet in FTE per patiënt per interventie:

Klassiek wassen: 0.032 FTE per jaar

Verzorgend wassen: 0.019 FTE per jaar

Vershil: $0.032 - 0.019 = 0.013$ FTE per jaar

Omdat wordt uitgegaan van een (nagenoeg) vergelijkbare effectiviteit is het niet zinvol de incrementele arbeidsinzet per QALY te berekenen.

Totale arbeidsinzet- impact: verschil in arbeidsinzet per interventie per patiënt x aantal patiënten:

Klassiek wassen: $0,032 \times 88.000 = 2816$ FTE per jaar

Verzorgend wassen: $0,019 \times 88.000 = 1672$ FTE per jaar

Vershil: $2816 - 1672 = 1144$ FTE per jaar

Om te laten zien wat de impact is van het toepassen van de nieuwe interventie op de bestaande arbeidscapaciteit en op het bestaande arbeidscapaciteit tekort, zijn de twee aanvullende relatieve parameters berekend:

Relatieve arbeidsinzet -impact: verschil in totale arbeidsinzet-impact als fractie van beschikbare capaciteit:

Klassiek wassen: $2816 : 49850 = 5,7 \%$

Verzorgend wassen: $1672 : 49850 = 3,4 \%$

Vershil: $1144 : 49850 = 2,2 \%$

Relatieve arbeidsinzet-schaarste-impact: verschil in totale arbeidsinzet-impact als fractie van het bestaande tekort aan capaciteit:

Klassiek wassen: $2816 : 2952 = 95,5 \%$

Verzorgend wassen: $1672 : 2952 = 56,6 \%$

Vershil: $1144 : 2952 = 38,8 \%$

⁵³ Lees hierover meer op: <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/verzorgend-wassen>

⁵⁴ Tijden interventies zijn ontleend aan businesscaserapport regio plus: verwijzing toevoegen. Uitgegaan van 36-urige werkweek

⁵⁵ Verzorgend wassen in de thuissituatie "Een horizon is niets ander (zonmw.nl)

⁵⁶ Regio plus

⁵⁷ Bron: Prognosemodel zorg en welzijn aantal beschikbare verzorgenden omgerekend naar FTE's

⁵⁸ Bron: Prognosemodel zorg en welzijn aantal verzorgenden tekort omgerekend naar FTE's

Toelichting

Dit getallenvoorbeeld laat zien dat de tijdsbesparing van verzorgend wassen (ca. 9 minuten per zorgvrager per keer) voor alle zorgvragers samen, en gerekend over een heel jaar, optelt tot een aanzienlijke besparing op de arbeidsinzet van verzorgenden (overeenkomend met ruim 1100 FTE). Deze besparing is niet alleen groot in absolute zin, maar ook in relatieve zin. De besparing op de arbeidsinzet van verzorgend wassen komt namelijk overeen met ruim 2% van de totale arbeidscapaciteit van verzorgenden, en bijna 40% van het huidige tekort aan verzorgenden, en kan dus mogelijk een relevante bijdrage aan de oplossing van dit tekort leveren.

Box 5: technische uitwerking voorbeeldberekening voorgestelde parameters arbeidsinzet

Het voorbeeld laat zien dat het technisch mogelijk is deze berekeningen te maken. Daarbij heeft de commissie wel enkele aannames en vereenvoudigingen moeten doen. Zo is zij ervan uitgegaan dat het wassen gebeurt door verzorgenden. Vinden hier taakverschuivingen in plaats, bv naar helpenden of naar informele zorg, komt dit heel anders te liggen, zoals de commissie eerder in deze paragraaf al aangaf. Daarnaast heeft de commissie een "gemiddelde" zorgvrager genomen, terwijl in de praktijk daar veel diversiteit in is, en is zij alleen uitgegaan van "volledige wasbeurten" terwijl er in de praktijk ook delen daarvan plaatsvinden. Het voorbeeld dient om te laten zien dat kan worden uitgerekend wat het verschil is in arbeidsinzet-impact in absolute en relatieve zin en wat het kan doen op schaarste. In de uiteindelijke weging moet dan een afweging worden gemaakt tussen deze effecten en de effecten op gezondheid (is er een verschil in gezondheidswinst?), duurzaamheid (washandjes zijn minder duurzaam), uitvoerbaarheid et cetera.

Een ander punt waar deze methode geen rekening mee houdt is dat er sprake is van regionale verschillen in arbeidsschaarste. Dit is een belangrijk gegeven dat niet "op te lossen" valt in een methode die wordt gebruikt voor besluitvorming over de inzet van zorg voor alle burgers, ongeacht in welk gebied men woont. Oplossingen voor regionale verschillen moeten daarom vooral worden gezocht in het organiseren van de zorg, bijvoorbeeld door middel van concentratie en spreiding. In die gevallen dat duidelijk is dat regionale verschillen, taakverschuiving of andere (contextuele) aspecten van invloed zijn, kunnen die in de deliberatie wel nadrukkelijk een plaats krijgen. Vaak zullen zij onder het criterium "uitvoerbaarheid" vallen. Tenslotte gaat dit voorbeeld uit van huidige aantallen en tekorten en houdt daarmee geen rekening met verwachte ontwikkelingen in schaarste (in verschillende domeinen) of de gevolgen daarvan (o.a. stijgende lonen). Aangezien de tijdshorizon zou moeten aansluiten op die in de economische evaluatie en dubbeltellingen dienen te worden voorkomen, is verdere ontwikkeling hier nodig.

De commissie vat de methode die zij voorstelt in onderstaand kader samen.

Samenvatting methode uitwerking arbeidsinzet

Definitie:

- Benodigde inzet per discipline in FTE
- Beschikbaarheid/schaarste van betreffende zorgdiscipline
- Impact op informele zorg en werkbeleving meewegen op basis van expert-opinie, wanneer duidelijk is dat deze relevant zijn voor de besluitvorming

Meten:

Perspectief: gezondheidszorg

Tijdshorizon: levenslang, tenzij kortdurend effect

Methode: microcosting ureninzet tenzij kan worden beargumenteerd dat dit niet proportioneel en dus niet passend is

Voorgestelde parameters:

- *Incrementele arbeidsinzet*: verschil (meer of minder) in arbeidsinzet in FTE die per patiënt voor de uitvoering van de interventie nodig is, in vergelijking met de huidige zorg.
- *Totale arbeidsinzet-impact*: verschil in arbeidsinzet in FTE die nodig is om alle patiënten die in aanmerking komen voor de nieuwe interventie te behandelen, in vergelijking met de huidige zorg.

Wanneer er tussen de interventies een verschil is in effectiviteit, kan het informatief zijn om de eerste parameter niet (alleen) per interventie uit te drukken, maar (ook) als het verschil in arbeidsinzet die nodig is om één QALY gezondheidswinst te bereiken. Verder geldt dat het informatief is om bij de tweede parameter niet alleen met absolute waarden te werken, maar om de totale arbeidsinzet-impact ook te relateren aan de totale arbeidscapaciteit voor de betreffende discipline in de gezondheidszorg, en, indien er voor die discipline tekorten zijn, aan de omvang van die tekorten. Daarvoor stelt de commissie de volgende aanvullende parameters voor:

- *Relatieve arbeidsinzet-impact*: Totale arbeidsinzet-impact, uitgedrukt als fractie van beschikbare arbeidscapaciteit;
- *Relatieve arbeidsinzet-schaarste-impact*: Totale arbeidsinzet-impact, uitgedrukt als fractie van het bestaande tekort aan arbeidscapaciteit.

Benodigde gegevens

- *Benodigde gegevens*
- *Inzet FTE van interventie per patiënt*
- *Aantal patiënten*
- *Totale beschikbare capaciteit discipline*
- *Tekort aan capaciteit discipline*

Box 6: samenvatting uitwerking methode arbeidsinzet

Aangezien deze methode nog rudimentair is, moet zij nog verder worden ontwikkeld. Zo heeft de commissie al enkele tekortkomingen genoemd, zoals het risico op dubbeltelling, het werken met onzekere data over (toekomstige) arbeidstekorten, en het risico dat zorg verschuift naar aanbieders in het sociale domein of naar informele zorgverleners. Binnen het onderzoeksprogramma *HTA-methodologie van ZonMw* is inmiddels een achttal projectvoorstellen gehonoreerd die zijn gericht op “het (door)ontwikkelen of (verder) valideren van methodologie die (mede) bruikbaar is voor de evaluatie van technologie in de zorg op het aspect arbeidsinzet”.⁵⁹ Deze projecten gaan uiterlijk 1 maart 2025 van start. De commissie vindt het van belang dat de resultaten van deze projecten voeding geven aan de verdere ontwikkeling van de voorgestelde methode.

3.3 Mogelijke scenario's voor de weging

In deze paragraaf doet de commissie een voorstel voor het wegen van de uitkomst op arbeidsinzet ten opzichte van andere criteria. Zij noemde in hoofdstuk 2 daarvoor al enkele theoretische opties. In deze paragraaf worden deze scenario's getoetst op hun toepasbaarheid.

3.3.1 Buitenlandse voorbeelden

De commissie is eerst op zoek gegaan of er in andere landen voorbeelden zijn te vinden van het meewegen van de benodigde arbeidsinzet bij besluiten over de inzet van zorg. De arbeidsmarktproblematiek is immers niet alleen een Nederlands probleem.

De Engelse organisatie “NICE” die in dat land verantwoordelijk is voor de evaluatie van zorg en het uitbrengen van nationale richtlijnen heeft in 2022 een nieuwe richtlijn uitgebracht voor het uitvoeren van economische evaluaties. In deze geactualiseerde richtlijn is nu ook een korte passage gewijd aan de impact van een nieuwe interventie op de beschikbare zorgmiddelen. De richtlijn roept op in te gaan op mogelijke belemmeringen ten aanzien van capaciteit (aantallen en uren personeel, ondersteunende diensten zoals laboratoriumtesten en faciliteiten zoals

⁵⁹ Methodologie voor het meten en evalueren van arbeidsinzet | ZonMw

ziekenhuisbedden en diagnostische capaciteit) en te reflecteren op het effect dat dit kan hebben op de implementatietermijn van een aanbeveling⁶⁰.

Haute Autorité de Santé (HAS), een vergelijkbare organisatie als het Zorginstituut in Frankrijk, heeft in 2020 een richtlijn vastgesteld voor het meewegen van organisatorische aspecten⁶¹. Deze richtlijn is breder bedoeld dan alleen de impact op arbeidsinzet en gaat bijvoorbeeld ook over organisatorische aanpassingen die nodig zijn om nieuwe zorg (bv een nieuw diagnostische apparaat of nieuwe geneesmiddelen) te kunnen leveren.

Andere landen zoals als Canada en Zweden werken ook plannen uit om arbeidsinzet mee te wegen in beleidsbeslissingen. Zweden weegt op dit moment arbeidsinzet op ad hoc basis mee wanneer evident is dat de beschikbare capaciteit een breekpunt kan zijn.

Dat veel landen nog nadenken over hoe de overheid rekening kan houden met arbeidsinzet bij de inzet van zorg maakt dat er nog geen gebruiksklare, praktische voorbeelden zijn die Nederland zou kunnen gaan toepassen.

3.3.2 Integratie in de bestaande criteria (kosten) effectiviteit

In paragraaf 2.1.4 kwam aan de orde dat in de huidige praktijk effectiviteit een doorslaggevend criterium is bij het bepalen van de pakketwaardigheid of bij aanbevelingen in professionele richtlijnen. Voor kosteneffectiviteit geldt dat in iets mindere mate, al wordt dat bij pakketbeoordelingen van geneesmiddelen al wel vaker meegenomen dan in richtlijnen. Omdat op dit moment effectiviteit en kosteneffectiviteit het hart van de beoordeling vormen, komen deze twee criteria primair in aanmerking om arbeidsinzet in te integreren.

Integratie in effectiviteit

In dit scenario vindt een 'correctie' plaats op uitkomst op het criterium effectiviteit voor negatieve gezondheidseffecten als gevolg van de impact op arbeidsinzet. Wanneer voorzien kan worden dat door arbeidsschaarste niet of niet bij alle geïndiceerde patiënten de veronderstelde effectiviteit kan worden bereikt, wordt de effectiviteit die uit het effectiviteitsonderzoek naar voren is gekomen, naar beneden bijgesteld. Omdat hierover nog geen empirische gegevens zijn, is er nog geen indicatie voor een getal of percentage waarmee zou kunnen worden gecorrigeerd. De commissie meent daarom dat het integreren van impact op arbeidsinzet in het criterium effectiviteit geen reële optie is.

Integratie in kosteneffectiviteit

In dit scenario vindt er een 'correctie' plaats op kosten van de interventie voor de extra kosten die door arbeidsschaarste worden veroorzaakt. Wanneer voorzien kan worden dat door arbeidsschaarste de werkelijke personeelskosten als gevolg van de inzet van de interventie hoger zullen zijn dan geraamd, dan wel de loonkosten de werkelijke opportuniteitskosten niet volledig weergeven, worden de kosten van de interventie naar boven bijgesteld. In een dergelijke benadering zouden de incrementele kosten in de ICER toenemen naarmate er sprake is van een groter arbeidstekort. Dit concept sluit aan bij het theoretisch model van Van Baal et al.⁶² om tot een optimale allocatie van middelen te komen in geval van een beperkte beschikbaarheid van voldoende personeel. De achterliggende redenering in dit theoretisch model is dat in kosteneffectiviteitsanalyses vaak alleen rekening wordt gehouden met een beperkt gezondheidszorgbudget, terwijl er ook sprake kan zijn van andere beperkingen zoals een tekort aan zorgpersoneel. De auteurs stellen dat door het opnieuw wegen van bepaalde kostencategorieën betere beslissingen kunnen worden genomen en dat het theoretisch mogelijk is om in een kosteneffectiviteitsanalyse rekening te houden met meerdere beperkende factoren, maar dat er verder onderzoek nodig is naar de praktische toepassing van het model dat zij voorstellen.

De commissie vindt de gedachte logisch om de kosten voor arbeidsinzet naar boven bij te stellen in geval van arbeidsschaarste en daarmee in feite aan bepaalde kosten "een hoger gewicht" toe

⁶⁰ Economic evaluation | NICE health technology evaluations: the manual | Guidance | NICE

⁶¹ Haute Autorité de Santé - Organisational impact map for health technology assessment

⁶² Pieter van Baal, Alec Morton, Johan L. Severens, Health care input constraints and cost effectiveness analysis decision rules, Social Science & Medicine, Volume 200, 2018, Pages 59-64,

te kennen. De commissie heeft ook vastgesteld dat de in de kosten van arbeid de schaarste nu nog niet voldoende wordt meegenomen. Dat maakt dat de commissie voor nu de conclusie trekt dat er weliswaar argumenten zijn om de impact op arbeidsinzet in de toekomst te integreren in de kosteneffectiviteit, maar dat dit in deze fase nog geen realistisch scenario is.

3.3.3 Toevoegen aan de bestaande criteria als modifier

Nu integratie in effectiviteit of kosteneffectiviteit niet wenselijk of haalbaar is, resteert de mogelijkheid om de impact op arbeidsinzet mee te wegen als één van de criteria die een besluit op basis van de uitkomst op het criterium (kosten)effectiviteit kan veranderen (een zogenaamde modifier). Ook andere criteria in het pakketbeheer (noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid) en bij het opstellen van richtlijnen (bv haalbaarheid, duurzaamheid) fungeren als zodanig.

De arbeidsinzet kan hier als criterium worden toegevoegd, al dan niet als een onderdeel van het criterium uitvoerbaarheid. Het Zorginstituut werkt op dit moment aan een nadere uitwerking van het pakketcriterium uitvoerbaarheid, dat betrekking heeft op een aantal verschillende factoren die de haalbaarheid en houdbaarheid van implementatie van een interventie bepalen. Ook de benodigde arbeidsinzet is een factor die op de haalbaarheid en houdbaarheid van invloed is. De commissie beveelt het Zorginstituut daarom aan, om de vraag naar de relatie tussen arbeidsinzet en uitvoerbaarheid nader te bezien in de uitwerking van het criterium uitvoerbaarheid. Voor de weging van de arbeidsinzet ziet de commissie de volgende opties:

Meewegen volgens vaste normen

In dit scenario worden (kwantitatieve) normen vastgesteld voor de impact op arbeidsinzet die een interventie mag hebben. Interventies die niet aan deze normen voldoen worden in principe niet aanbevolen en niet vergoed. Deze normen kunnen diverse vormen aannemen, bijvoorbeeld:

- Bij overschrijding van een bepaalde verhouding tussen impact op arbeidsinzet enerzijds en effectiviteit anderzijds, wordt een interventie uitgesloten;
- Bij overschrijding van een bepaalde verhouding tussen de benodigde capaciteit en (niet) beschikbare capaciteit, wordt een interventie uitgesloten;
- Bij gelijke effectiviteit van twee interventies, wordt de interventie met een grotere impact op arbeidsinzet uitgesloten.

De norm dat bij de overschrijding van een bepaalde verhouding tussen impact op arbeidsinzet en effectiviteit een interventie wordt uitgesloten, lijkt op het scenario waarbij de impact op arbeidsinzet wordt gebruikt om de geschatte effectiviteit of kosteneffectiviteit te corrigeren. Het verschil is dat er sprake blijft van twee aparte criteria. In de tweede situatie wordt een interventie uitgesloten wanneer die een te groot beslag legt op arbeidsinzet. Een nadeel van een dergelijke absolute regel kan zijn dat er mogelijk sprake is van (veel) meer effectiviteit, wat een reden kan zijn om de beschikbare arbeidscapaciteit te herverdelen. De normen die hier worden geschetst zijn nieuw in het maatschappelijk debat, maar zijn onderdeel van een nieuwe werkelijkheid wanneer de arbeidstekorten blijven groeien. Bij gelijke effectiviteit kiezen voor de interventie met de minste arbeidsinzet is wellicht vanzelfsprekend, maar over de vraag of effectievere zorg niet beschikbaar zou zijn wanneer deze in vergelijking met het alternatief een te grote impact heeft op arbeidsinzet zal ongetwijfeld meer discussie zijn.

Er is casuïstiek nodig om dergelijke normen te testen en om een indruk te krijgen wanneer sprake is van een lage of hoge arbeidsinzet-impact, wat de range daarbinnen is en welke norm daarbij zou kunnen horen. Maar ook wanneer zo een norm te stellen is, vraagt de commissie zich af of het toepassen daarvan altijd wenselijk is. Dergelijke normen laten namelijk weinig tot geen ruimte voor uitzonderingen, terwijl een specifieke situatie kan vragen om flexibele toepassing van een norm. Daarnaast houden dergelijke vaste normen onvoldoende rekening met andere relevante criteria en overwegingen. Een voorbeeld daarvan is de norm om bij gelijke effectiviteit te kiezen voor de interventie met de laagste impact op arbeidsinzet. Het kan dan namelijk zo zijn dat deze interventie veel duurder of minder duurzaam is. Dergelijke argumenten worden met het toepassen van vaste regels buiten spel gezet.

Deze discussie roept overigens de vraag op of de vaste normen die het Zorginstituut al toepast in het pakketbeheer, nog wel passend zijn bij de huidige situatie. Bijvoorbeeld de norm die de

commissie al eerder noemde dat een interventie alleen wordt toegelaten of aanbevolen wanneer deze minimaal even effectief is als de vergelijkende interventie. Dit laat dus geen ruimte voor een iets minder effectieve behandeling die minder arbeidsinzet vraagt of minder duur of duurzaam is. De commissie komt op deze kwestie terug in het laatste hoofdstuk van dit advies.

Meewegen in een deliberatief proces

In dit scenario wordt de impact op de arbeidsinzet van een interventie in een deliberatief proces, bijvoorbeeld in een panel van deskundigen en stakeholders, afgezet tegen alle andere relevante criteria. Een uitwerking hiervan zou kunnen zijn dat een groter effect op arbeidsinzet ertoe leidt, dat voor de andere criteria strengere eisen worden gesteld aan de interventie, en *vice versa*. Wanneer de conclusie is dat, rekening houdend met alle argumenten, de arbeidsinzet van een interventie disproportioneel groot is, wordt deze in principe niet aanbevolen en vergoed. Het verschil met het wegen volgens vaste normen is dat alle relevante criteria in de unieke context van het advies in de afweging worden betrokken. Dit scenario biedt aan de ene kant meer maatwerk, maar kent ook een groter risico op overlap en inconsistenties. Dat betekent dat dit scenario hoge eisen stelt aan het proces en aan het consequent toepassen van alle criteria. Het meewegen van criteria zonder vaste normen komt overeen met de huidige werkwijze van het Zorginstituut bij het tot stand komen van pakketadviezen. Hierbij vervult de ACP de rol van een panel van deskundigen. In deze werkwijze zijn er relatief vaste afspraken hoe de effectiviteit en kosteneffectiviteit worden bepaald en genormeerd, en worden de uitkomsten op deze criteria vervolgens zonder vaste normen gewogen ten opzichte van de andere pakketcriteria. Een kosteneffectieve interventie kan bijvoorbeeld vanwege een lage noodzaak om te verzekeren toch niet worden vergoed. Andersom kan een niet-kosteneffectieve interventie om rechtvaardigheidsredenen toch worden vergoed. De commissie komt tot de conclusie dat op dit moment het toevoegen van het criterium arbeidsinzet aan deze "corrigerende" criteria het hoogst haalbare scenario is. Hier kunnen ook kwalitatieve aspecten aan de orde komen, bijvoorbeeld hoe het werk van personeel mogelijk verandert als gevolg van het toevoegen van de interventie en wat de mogelijke invloed is op informele zorg.

Gezien de urgentie van het vraagstuk, zou de commissie liever kiezen voor een scenario, waarbij het criterium arbeidsinzet meer naar voren opschuift in het beoordelingsschema. Dat kan echter pas wanneer het criterium verder is uitgewerkt en eenduidig kan worden toegepast. Tot die tijd is het wegen van de impact op arbeidsinzet naast de andere pakketcriteria zonder vaste regels het hoogst haalbare scenario. Een voordeel is dat een dergelijk proces al is ingericht bij het Zorginstituut en het toevoegen van een criterium relatief eenvoudig is.

Het Zorginstituut werkt momenteel aan een overkoepelend afwegingskader. Dit kader moet transparant maken hoe de uitkomsten op de verschillende criteria tegen elkaar worden afgewogen. Dit overkoepelde kader staat gepland voor het tweede kwartaal van 2025. Het Zorginstituut zal de adviezen van de commissie hierin verwerken.

In de oproep die ZonMw⁵⁹ heeft uitgezet voor het ontwikkelen van een meetmethode, is ook aan potentiële indieners gevraagd onderzoeksvoorstellen in te dienen over hoe arbeidsinzet kan worden gewogen. De commissie ziet uit naar de uitkomsten van dergelijk onderzoek.

De commissie adviseert om met de voorstellen die zij heeft gedaan voor de uitwerking en weging van het criterium arbeidsinzet zo snel mogelijk aan de slag te gaan. Dat kan door het bestuderen van casuïstiek. Door de voorstellen van de commissie voor definiëring, meting, analyse en weging van arbeidsinzet toe te passen op casuïstiek kunnen de eerste ervaringen worden opgedaan en kan de voorgestelde methode verder worden verbeterd. In hoofdstuk 5 schetst de commissie hoe een dergelijke ontwikkelperiode vorm zou kunnen krijgen.

Naarmate er in de toekomst meer ervaring zal worden opgedaan met de meting en weging van arbeidsinzet kan het criterium een meer prominente plaats krijgen in het beoordelingsschema, bijvoorbeeld naast of vóór kosteneffectiviteit. Dat past in het beleid om scherpere keuzen te maken om de zorg toekomstbestendig te houden.

3.4 Drempel voor relevantie meewegen arbeidsinzet

De vraag is nog niet aan de orde geweest wanneer de arbeidsinzet relevant genoeg is om mee te gaan wegen. Proportionaliteit is een belangrijk aspect van zorgevaluaties. Het doen van onderzoek vergt immers tijd, ook van zorgverleners. Naarmate de extra of te besparen arbeidsinzet voor het uitvoeren van een interventie groter is, wordt het criterium relevant om mee te wegen in een besluit om zorg te vergoeden of aan te bevelen.

Het bepalen van een drempelwaarde voor het meewegen van arbeidsinzet is lastig omdat er nog geen ervaring is opgedaan. Wat is veel en wat is weinig arbeidsinzet? Voor het bepalen of er een financieel risico is dat moet worden gewogen, werkt het pakketbeheer van geneesmiddelen bijvoorbeeld al langer met bedragen voor het minimale macrokostenbeslag⁶³. Dergelijke bedragen hebben echter geen samenhang met de arbeidsinzet, wat maakt dat de commissie geen rationale ziet om dergelijke waarden ook te hanteren als drempel voor het meewegen van arbeidsinzet.

De commissie heeft daarom de optie gezien om aan te sluiten bij de norm die in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) wordt genoemd voor het wegen van substantiële meerkosten van een kwaliteitsstandaard. Deze norm is destijds in de wet opgenomen nadat was gebleken dat de inschrijving in het register van het Zorginstituut van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg tot aanzienlijke collectieve meerkosten zou leiden omdat daarin een minimale personele bezettingsnorm was opgenomen. Sindsdien is wettelijk geregeld dat kwaliteitsstandaarden standaard worden getoetst aan bepaalde risicocriteria. Wanneer er sprake is van een toename van meer dan 5% van het aantal in te zetten voltijdsequivalenten aan zorgverleners ten opzichte van de op dat moment geldende standaard én wanneer deze standaard breed toepasbaar is (meer dan 40.000 patiënten), dient expliciete politieke besluitvorming plaats te vinden voordat de kwaliteitsstandaard kan worden ingeschreven in het register door het Zorginstituut. De getallen in de risicocriteria zijn ontleend aan de verhoudingsgetallen voor prevalentie en incidentie zoals die bijvoorbeeld worden gebruikt om te bepalen of er sprake is van een grote maatschappelijke ziektelast van een aandoening.

De Wkkgz-norm is op zich relevant omdat deze enige relatie heeft met de arbeidsinzet, maar ook met deze norm is nauwelijks ervaring in de praktijk. Zij is destijds zo gesteld dat er hooguit één of twee keer per jaar een kwaliteitsstandaard aan zou voldoen. Bovendien was het doel om een risico op hoge kosten te verkleinen, terwijl er hier ook sprake kan zijn van kansen wanneer een bepaalde interventie arbeid bespaart. Het aansluiten bij de Wkkgz-norm zou dus mogelijk betekenen dat interventies buiten het zicht blijven waarbij de weging van arbeidsinzet wel relevant is, bijvoorbeeld wanneer een interventie juist op arbeidsinzet kan besparen.

De commissie ziet te weinig basis in de opties die zij heeft verkend om een drempelwaarde te noemen waarmee kan worden gewerkt. In de ontwikkelperiode die zij voorstelt zou de aandacht vooral gericht moeten zijn op interventies waarin de arbeidsinzet evident in positieve (grote arbeidsbesparing mogelijk) of negatieve zin (grote toename van arbeidsinzet) een rol speelt. Op basis van deze ervaringen kan dan een indruk worden verkregen wat een goede drempelwaarde kan zijn om in de praktijk te gaan hanteren.

3.5 Maatschappelijke perspectieven en belangen

In de adviesvraag aan de commissie was het verzoek om verschillende maatschappelijke perspectieven en belangen te belichten van patiënten en cliënten, burgers, zorgaanbieders, zorgverleners, zorginkopers en adviesorganen.

Bij de start van haar adviestraject heeft de commissie een inloopsessie gehouden voor betrokken partijen en een aantal kennisorganisaties. Voor deze sessie waren ook fabrikanten uitgenodigd van (innovatieve) geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.

Tijdens deze sessie hebben leden van de commissie aan verschillende gesprekstafels de eerste gedachten van de deelnemers opgehaald. Hieronder noemt de commissie de belangrijkste punten:

⁶³ [Sluis voor dure geneesmiddelen | Over ons | Zorginstituut Nederland](#)

- De urgentie van dit onderwerp wordt breed door alle aanwezigen erkend. Bij sectoren als de wijkzorg, kraamzorg en GGZ speelt dit al;
- Het is belangrijk om te bepalen hoe je de verschillende aspecten meet;
- Het is van belang om ook werkbeleving (inclusief voorkómen van burn-out) van zorgpersoneel mee te nemen;
- Opties die zijn geopperd zijn om niet-effectieve zorg uit het pakket te halen en de zorg die wel beschikbaar is beter benutten;
- Maak nadrukkelijker bekend wat de arbeidsinzet (aantal uren en welke zorgverleners) is in de kosteneffectiviteitsanalyse;
- Probeer maatschappelijke problemen vroegtijdig buiten de zorg op te lossen, voordat het zorgvragen worden;
- Digitalisering en robotisering kunnen soms oplossingen zijn, maar niet altijd. Zij hebben ook hun keerzijde, bv ten aanzien van werkbeleving.

Omdat niet alle partijen eenzelfde perspectief hebben, benoemt de commissie hierna een aantal specifieke gezichtspunten op het meewegen van arbeidsinzet bij keuzen in de zorg.

Patiënten/cliënten/burgers

Burgers betalen gezamenlijk de zorgpremie waarvan de zorg wordt betaald. Maar zij komen ook op enig moment in de rol van patiënt of van een (vaak overbelaste) mantelzorger. Patiënten en hun naasten verwachten dat de zorg toegankelijk is, maar steeds vaker krijgt men met wachtlijsten te maken. Het besef dat de zorg minder toegankelijk wordt als gevolg aan arbeidskrapte, zorgt voor onrust in de samenleving. In de beweging naar passende zorg worden burgers aangesproken op wat zij zelf kunnen doen om gezond te blijven en om kleine zorgvragen zelf op te lossen. Patiëntenfederatie Nederland (PN: de koepel van de patiëntenorganisaties) heeft bijvoorbeeld een "zorgbelofte" uitgebracht waarin zij patiënten/burgers informeert wat zij van de zorg kunnen verwachten en wat patiënten zelf kunnen doen om minder beroep op zorg te hoeven doen. Verder heeft PN onderzoek gedaan onder haar leden welke zorg patiënten als "onnodig" ervaren.

De commissie heeft overwogen een onderzoek onder burgers te doen naar het draagvlak om arbeidsinzet mee te wegen bij keuzen in de zorg, maar omdat zij nog geen concreet voorstel heeft voor de wijze waarop dat zou kunnen, vond ze het hiervoor nog te vroeg. De commissie vindt het belangrijk dat dergelijk onderzoek wel plaatsvindt zodra bij burgers één of meer concrete opties kunnen worden getoetst.

Zorgaanbieders

Instellingen die zorg aanbieden kennen steeds vaker wachtlijsten omdat zij moeite hebben om aan voldoende gekwalificeerd personeel te komen. Er moeten allerlei gaten worden gevuld in personeelsplanning, soms met de inhuur van (duurdere) ZZP'ers. Daarnaast zoeken instellingen naar arbeidsbesparende opties zoals digitale zorg en de inzet van technische hulpmiddelen of passen zij zorgpaden aan, door intern of met andere zorgaanbieders in de regio anders te gaan werken met als doel zorg te voorkómen of om het zorgproces efficiënter in te richten. Sommige zorgaanbieders staat het water zo aan de lippen dat zij de overheid vragen om de aanspraak op zorg te beperken of dat zij voorstellen nieuwe interventies niet meer te beoordelen op hun kosten, maar alleen op het personeel dat ervoor nodig is⁶⁴.

Zorgverleners

Zorgverleners kennen een hoge werkdruk wat zorgt voor minder arbeidstevredenheid en uitval. Zij zien dat zij niet alle zorg kunnen leveren volgens de kwaliteit die zij nodig vinden. Soms zien zij zich gedwongen zorg achterwege te laten die zij wel zouden willen leveren en zien zij de noodzaak strikter te gaan indiceren. Doordat zij de directe patiëntencontacten hebben, krijgen zij ook te maken met de ongerustheid of boosheid van patiënten en hun familie over wachttijden. Opties die zorginstellingen zoeken om efficiënter te werken of om digitale zorg en technische hulpmiddelen in te zetten, veranderen het werk van zorgverleners niet altijd ten goede. Soms komen er andere taken bij, soms leidt technologie tot uitholling van het beroep waarvoor de zorgverlener ooit heeft gekozen. Zorgverleners hebben er daarnaast belang bij dat

⁶⁴ <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/12/27/het-operatieteam-kan-beter-acht-heupen-vervangen-op-een-dag-dan-een-grote-buikoperatie-doen-a4185373>

de druk voor het maken van keuzen niet op hun schouders rust, maar dat de overheid duidelijke kaders schept waar de zorg aan moet voldoen die vergoed en aanbevolen kan worden.

Zorginkopers

Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten voldoende zorg inkopen. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Met de toenemende personeelskrapte wordt het steeds moeilijker voldoende zorg in te kopen en er valt ook steeds minder te kiezen.

Zorgkantoren moeten de zorg inkopen die door het CIZ wordt geïndiceerd. Doordat er een tekort is aan bijvoorbeeld verpleeghuisbedden, staan er steeds meer mensen op de wachtlijst. Dit zijn dikwijls kwetsbare mensen die zichzelf niet meer kunnen redden. Dat leidt tot situaties waarbij kwetsbare mensen bijvoorbeeld op de SEH terecht komen, terwijl dat waarschijnlijk niet was gebeurd als zij tijdig in een verpleeghuis terecht hadden gekund.

Fabrikanten

Fabrikanten van geneesmiddelen en hulpmiddelen kunnen in positieve zin bijdragen aan het tekort aan personeel door toedieningsvormen te ontwikkelen waarvoor patiënten bijvoorbeeld niet hoeven te worden opgenomen in een ziekenhuis. Fabrikanten van medische hulpmiddelen kunnen ook producten ontwikkelen waarmee arbeid kan worden bespaard. Keerzijde van dergelijke ontwikkelingen is dat zij vaak zullen leiden tot meerkosten voor de samenleving, waardoor de verbetering van de toegankelijkheid ten koste kan gaan van de betaalbaarheid. Het zal belangrijk blijven hier een balans in te vinden.

Adviesorganen

Er zijn veel rapporten gepubliceerd door verschillende adviesorganen (e.g. WRR, SER) over de houdbaarheid van de zorg die in dit advies zijn aangehaald. Daarin worden sombere voorspellingen gedaan over de ontwikkelingen in het beschikbare zorgpersoneel. Al deze rapporten hebben gemeen dat zij aangeven dat niet kan worden volstaan met het zoeken van manieren om de productiviteit te verhogen (zoals digitalisering en het verminderen van administratieve lasten), maar dat er echt strengere keuzen moeten worden gemaakt. Het toevoegen van het criterium arbeidsinzet is hier een invulling van en helpt om die strengere keuzen beter (geïnformeerd) te kunnen maken.

Al deze perspectieven overziende, ziet de commissie een groot draagvlak bij alle partijen om arbeidsinzet een rol te geven bij keuzen in de zorg. Sommige partijen zijn bereid hier verder in te gaan dan anderen, bijvoorbeeld als het gaat om de afweging tussen arbeidsinzet en gezondheidswinst. Het vergt enige tijd voor een samenleving om te wennen aan nieuwe situaties. Het recht op gezondheidszorg is een groot goed en de mensen in Nederland hebben decennialang toegang gekregen tot een steeds breder basispakket. De schaarste van arbeid maakt echter dat de burger die rechten niet altijd meer kan verzilveren. Dat legt de noodzaak bloot om genuanceerder te toetsen of nieuwe en bestaande zorg moet worden of blijven vergoed of aanbevolen. Burgers zullen daar de gevolgen van ondervinden. Het is daarom belangrijk om in de samenleving het debat te voeren welk nieuw evenwicht nodig is om goede zorg te kunnen blijven bieden met de daarvoor beschikbare mensen en middelen.

3.6 Conclusies en aanbevelingen voor onderzoek

In dit hoofdstuk heeft de commissie een verkenning gedaan naar de context van het arbeidskrapttevraagstuk in de zorg en naar de mogelijkheid om arbeidsinzet als criterium te definiëren, te meten, in getal uit te drukken en mee te wegen bij keuzen in de zorg. Deze verkenning heeft geleid tot een aantal observaties en conclusies.

De schaarste van zorgpersoneel vormt een mondiale, maar zeker een nationale uitdaging. In de zorgsector wordt het probleem al als zeer urgent ervaren. Veel adviesorganen en zorgorganisaties zien het inmiddels als een grotere bedreiging voor de toekomstbestendigheid van de zorg dan de financiële houdbaarheid. Zij stellen daarom dat in de toekomst scherpe keuzes gemaakt moeten worden tussen verschillende vormen van zorg die we nodig vinden.

Het arbeidskrapttevraagstuk in de zorg vraagt om maatregelen op verschillende beleidsniveaus. Ten eerste is het belangrijk om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken en om het

huidige zorgpersoneel te behouden en te ondersteunen. Tegelijkertijd moet worden gekeken hoe de zorgvraag kan worden teruggebracht en hoe de arbeidsproductiviteit en efficiëntie in de zorg kan worden vergroot. Ten derde is het van belang strengere keuzen te maken in welke zorg moet worden vergoed of aanbevolen. Hier richt het advies van de commissie zich op. De commissie realiseert zich dat het meewegen van arbeidsinzet in zorgbeslissingen slechts één uitwerking is van het kritischer kiezen en dat dit ook maar beperkt kan bijdragen. Desalniettemin gaat er een belangrijk maatschappelijk signaal uit van het verzoek van de minister, en kan worden verwacht dat bij introductie van dit nieuwe criterium al bij de ontwikkeling van nieuwe interventies vaker met arbeidsinzet rekening zal worden gehouden. Om een bredere impact te kunnen hebben met dit advies, richt het zich op het maken van keuzen in de zorg in den brede, dus niet alleen op pakketbeslissingen. Het is immers van belang om ook in professionele richtlijnen en andere kwaliteitstandaarden het criterium arbeidsinzet mee te wegen.

De commissie heeft in de literatuur nog geen gebruiksklare methoden gevonden hoe bij richtlijnen en vergoedingsbeslissingen rekening kan worden gehouden met de impact op arbeidsinzet. Omdat zij het belangrijk vindt dat hier al wel zo snel mogelijk mee wordt begonnen, heeft zij op basis van wat er in de literatuur al wel beschikbaar een eerste "startmethode" uitgewerkt. De commissie heeft hierbij enkele concrete parameters voorgesteld die kunnen worden gebruikt, en die in onderlinge samenhang richting kunnen geven aan de beoordeling en weging van het effect op arbeidsinzet van zorginterventies. De commissie heeft aan de hand van een voorbeeld geïllustreerd dat het mogelijk is deze parameters te berekenen, daarbij opmerkend dat zij zich heeft moeten baseren op suboptimale bronnen en aanvullend enige aannames heeft moeten doen. De methode die zij heeft beschreven moet daarom zeker nog verder worden ontwikkeld. De commissie stelt voor dat te doen in een zogenaamde ontwikkelperiode waarin met casuïstiek ervaring kan worden opgedaan. Op basis van deze ervaringen en op basis van verder onderzoek kan de methode verder worden uitgewerkt en geschikt worden gemaakt voor toepassing. De haalbaarheid van een dergelijke "eindfase" hangt in hoge mate af van het maatschappelijke draagvlak in de samenleving om arbeidsinzet als criterium te prioriteren. Verder onderzoek naar dit draagvlak is van belang. Dat zou ook moeten plaatsvinden tijdens de ontwikkelperiode. In hoofdstuk 5 beschrijft de commissie hoe zo een ontwikkelperiode eruit kan zien.

Om de aanzet die de commissie in dit advies doet verder te brengen, is nader onderzoek nodig op tenminste de volgende punten:

- Standaardisatie van de voorgestelde methode om van zorginterventies de arbeidsinzet te bepalen, en onderzoek naar de mogelijkheid om de impact op (de schaarste van) informele zorg en de impact op werkbeleving hierbij te kwantificeren;
- Onderzoek hoe in de gebruikte methode beter rekening gehouden kan worden met toekomstige tekorten in arbeidscapaciteit;
- Onderzoek naar eventuele dubbeltellingen tussen de voorgestelde parameters voor arbeidsinzet enerzijds en de bestaande parameters voor effectiviteit, kosten en budgetimpact anderzijds, en naar de mogelijkheid arbeidsinzet te integreren met een van deze bestaande parameters;
- Ontwikkeling van een afwegingskader waarmee arbeidsinzet kan worden afgewogen tegen de andere criteria die bij het maken van keuzen in de zorg worden gebruikt;
- Onderzoek naar een drempelwaarde waarmee kan worden bepaald wanneer het bepalen van de arbeidsinzet van zorginterventies relevant wordt;
- Onderzoek naar het maatschappelijk draagvlak en preferenties voor het meewegen van arbeidsinzet bij keuzen in de zorg;
- Onderzoek naar de inspanning die nodig is om de voorgestelde parameters te berekenen en mee te wegen, en naar wat dit bijdraagt aan de oplossing van het arbeidskrapttevraagstuk in de zorg (proportionaliteit).

Momenteel werkt ZonMw aan de uitwerking van het kaderprogramma Passende Zorg. Dit is een onderzoeksprogramma dat is gelieerd aan het programma VVTB. Onderzoek dat nodig is om de pakketcriteria verder uit te werken en te wegen, heeft hier dus een plaats. Ook kan worden gezien of onderzoeksvragen die uit dit advies voortvloeien, kunnen worden ingepast in de eigen

meerjarenonderzoeksagenda van het Zorginstituut en/of in één van zijn of andere academische werkplaatsen. De commissie adviseert het Zorginstituut om samen met ZonMw, zorgpartijen en experts op het gebied van (het meten van) arbeidsinzet van zorg de bovenstaande aanbevelingen voor onderzoek te vertalen naar passende onderzoeksvragen.

4 Uitwerking van het criterium ecologische duurzaamheid

Dit hoofdstuk gaat in op vraag hoe het criterium 'ecologische duurzaamheid' gebruikt kan worden bij keuzen in de zorg, bijvoorbeeld in het kader van pakketbeoordelingen, richtlijnen van de beroepsgroep of anderszins. Het advies volgt hierbij dezelfde structuur als het hoofdstuk over arbeidsinzet.

4.1 Verkenning van het probleem van de ecologische crisis

Het wordt steeds meer duidelijk dat de gezondheidszorg in Nederland ook in belangrijke mate bijdraagt aan de ecologische crisis. In deze paragraaf beschrijven we op hoofdlijnen de omvang van dit probleem, wat de gevolgen daarvan zijn en wat mogelijk maatregelen zijn die al genomen zijn of nog genomen kunnen worden. Dit advies richt zich op afzonderlijke interventies, maar net als het arbeidsvraagstuk, vraagt ook het ecologische vraagstuk om een systemische aanpak. Hoewel dit buiten de scope van het advies van de commissie valt, gaat de commissie kort in op de benodigde systemische aanpak omdat die mede bepalend is voor de beleidscontext van dit advies.

4.1.1 Omvang van de ecologische crisis en de gevolgen daarvan

Onze gezondheid is afhankelijk van de omgeving waar we ons in bevinden: van de natuur, het klimaat, de ecosystemen waarin we leven. Deze ecosystemen zorgen voor een noodzakelijke basis voor gezondheid: schone lucht, schoon water, stabiele grond voor onze huizen en vruchtbare grond voor het verbouwen van ons voedsel. Hoewel de industriële revolutie heeft geleid tot een grote verbetering van de wereldwijde welvaart en gezondheid, is de keerzijde van de medaille dat zij onze ecosystemen langzaam maar zeker heeft ontwricht. Door de toenemende consumptie en productie putten (met name rijkere) landen de grondstoffen van de planeet uit en vervuilen zij de lucht door de uitstoot bij verbranding van fossiele brandstoffen. De ecologische crisis die hiervan het gevolg is treft miljoenen mensenlevens wereldwijd en vergroot de al bestaande ongelijkheid. Mensen die het hardst worden geraakt hebben immers vaak het minst bijgedragen aan klimaatverandering en de uitputting van de natuur⁶⁵.

De gezondheidszorg draagt ook bij aan de ecologische crisis. Alle activiteiten van het gezondheidszorgsysteem samen hebben aanzienlijke gevolgen voor het milieu. Die gevolgen betreffen onder meer:⁶⁶

- Afval van de gezondheidszorg: Gezondheidszorgsystemen behoren tot de sectoren die het meeste afval genereren. Tussen 75% en 90% van afval geproduceerd in de gezondheidszorg is qua samenstelling en gevolgen voor het milieu vergelijkbaar met huishoudelijk afval, maar het resterende gedeelte kan worden gekwalificeerd als 'gevaarlijke gezondheidszorgafval' en kan een breed scala aan milieu- en gezondheidsrisico's met zich meebrengen. Zo is bijvoorbeeld vastgesteld dat medisch afval hoge niveaus van zware metalen bevat, samen met variabele niveaus van andere verontreinigende stoffen. Daar komt bij dat ziekenhuisafval vaak op hogere temperaturen wordt verbrand, waardoor er relatief meer uitstoot van schadelijke stoffen en/of fijnstof vrij komt;
- Afvalwater: Zorginstellingen dragen via hun afvalwater ook bij aan waterverontreiniging. Veelvoorkomende verontreinigende stoffen in het afvalwater van ziekenhuizen zijn onder meer farmaceutische producten, micro-organismen, zware metalen, schoonmaakmiddelen en andere chemicaliën zoals organische halogenen of vrij chloor;
- Uitstoot van broeikasgassen: De zorgsector draagt bij aan de totale uitstoot van broeikasgassen in Nederland. Dit wordt met name veroorzaakt door uitstoot die samenhangt met de aangekochte goederen, het energieverbruik van zorginstellingen en door reisbewegingen van patiënten en personeel;
- Giftige chemicaliën: Behalve dat giftige chemicaliën via het afvalwater kunnen vrijkomen, kunnen ze ook direct in het milieu terecht komen. De zorgsector is een grote verbruiker van

⁶⁵ Passage ontleend aan "Groene plannet, groene zorg, over jouw impact als zorgprofessional blz 27/28: Groene Planeet, Groene Zorg - Groene Zorg Alliantie

⁶⁶ Environmentally sustainable health systems: a strategic document. World Health Organization 2017.

chemicaliën, waaronder een aantal waarvan bekend is dat ze ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid en het milieu;

- Consumptie van water en energie: met name het indirecte watergebruik van de zorg is hoog. Wat betreft het gebruik van energie is zowel het directe als het indirecte gebruik van de gezondheidszorg hoog;
- Verbruik van grondstoffen: de gezondheidszorg in Nederland verbruikt primaire abiotische grondstoffen, zoals metalen en mineralen. Al deze stoffen moeten worden gewonnen, waarbij lokaal veel milieuvervuiling ontstaat. Deze materialen worden nog nauwelijks teruggewonnen voor hergebruik⁶⁷.

Een manier om de ernst van mondiale milieuveranderingen aan te geven, is door ze af te zetten tegen de zogenaamde planetaire grenzen. Dit begrip is in 2009 geïntroduceerd in het wetenschappelijk tijdschrift *Nature*.⁶⁸ De auteurs stellen negen planetaire grenzen voor waarbinnen de mensheid moet navigeren om duurzaam gebruik te kunnen blijven maken van de hulpbronnen van de planeet Aarde. Het concept is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs dat menselijk handelen sinds de industriële revolutie de belangrijkste oorzaak is van wereldwijde milieudegradatie. Het overschrijden van één of meer planetaire grenzen kan schadelijk of zelfs catastrofaal zijn omdat dit niet-lineaire, abrupte veranderingen in het milieu op continentale of planetaire schaal veroorzaakt.⁶⁹

De negen planetaire grenzen zijn:

- Afbraak van ozon in de stratosfeer
- Verlies van biodiversiteit
- Chemische vervuiling
- Klimaatverandering
- Verzuuring van oceanen
- Zoetwaterverbruik en de wereldwijde hydrologische cyclus
- Verandering van landsystemen
- Stikstof- en fosforstromen op land en naar de oceanen

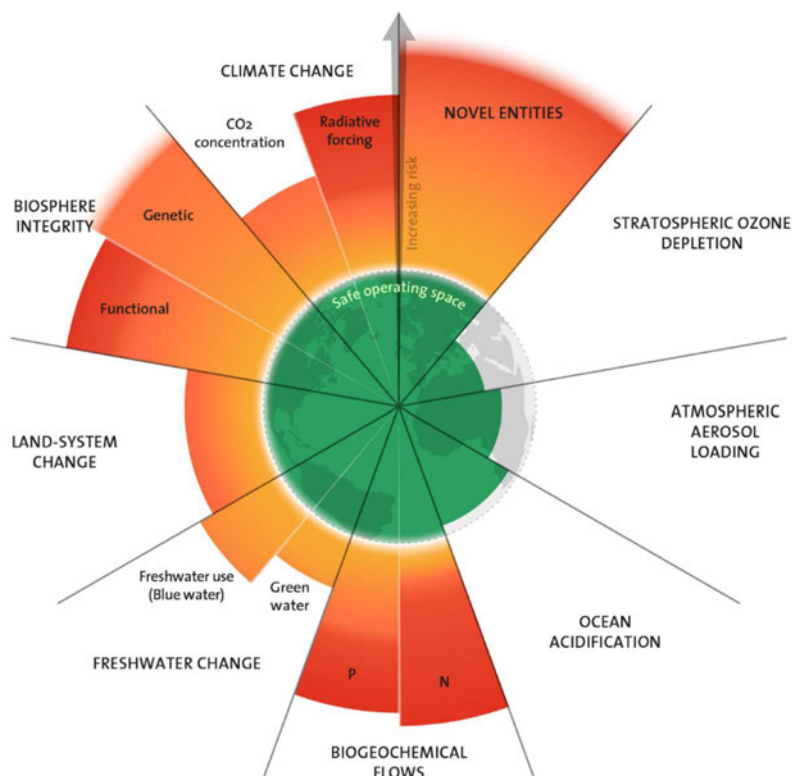
In onderstaande figuur worden deze negen planetaire grenzen weergegeven. Daarbij is te zien dat in 2023 zes grenzen al waren overschreden.⁷⁰

⁶⁷ Bron RIVM

⁶⁸ Rockström, J. et al (2009) 'A safe operating space for humanity', *Nature* **461**, 472-475 (23 september 2009)

⁶⁹ Rockström, Johan (2009). *Planetary Boundaries: Exploring the Safe Operating Space for Humanity*. *Ecology and Society* **14** (2). DOI: 10.5751/ES-03180-140232

⁷⁰ BRON: Planetary boundaries - Stockholm Resilience Centre]



Figuur 2: planetaire grenzen en overschrijdingen daarin

Wereldwijde milieuveranderingen hebben op hun beurt ook invloed op de volksgezondheid. Het is niet voor niets dat de groeiende beweging die werkt aan duurzaamheid in de zorg de klimaatcrisis ook een gezondheidscrisis noemt. Zo overlijden er meer mensen aan hittestress; ernstige droogte veroorzaakt op grote schaal hongersnood en sommige infectieziekten verspreiden zich naar gebieden waar ze eerder niet voorkwamen, om maar een paar voorbeelden te noemen. Hoewel deze problemen zich nu al voordoen, zullen de gezondheidseffecten in de toekomst naar verwachting nog veel groter worden als de wereldwijde milieuveranderingen in het huidige tempo doorgaan. Hierbij kan het gaan om directe gezondheidseffecten, bijvoorbeeld als gevolg van hittestress of overstromingen, maar ook om indirecte effecten, bijvoorbeeld door lagere voedselopbrengsten, de verspreiding en toename van infectieziekten, of migratie en conflicten. Deze effecten zullen niet alle landen even zwaar treffen. Waar rijkere landen de gezondheidseffecten van wereldwijde milieuveranderingen op de korte en middellange termijn waarschijnlijk wel kunnen opvangen, zijn de gezondheidsrisico's in het mondiale Zuiden veel groter. Ten eerste omdat dit gebied kwetsbaarder is voor deze milieuveranderingen, maar ook omdat het vaak niet over de nodige (financiële) middelen beschikt om maatregelen te nemen. Omdat de welvaart van de rijkere landen samenhangt met een al eeuwenlang grotere ecologische voetafdruk, zijn zij grotendeels verantwoordelijk voor milieuveranderingen elders in de wereld en de gevolgen daarvan voor de gezondheid⁷¹.

Er wordt geschat dat op dit moment ten minste 8% van de wereldwijde ziektelast al het gevolg kan zijn van milieuverontreiniging en klimaatverandering⁷², met extra druk op ons gezondheidszorgsysteem en de kosten daarvan als bijkomend gevolg.

Terug naar de impact die de Nederlandse zorg zelf heeft op het milieu. Uit studies blijkt dat de zorgsector in Nederland voor 6 tot 8% bijdraagt aan de nationale klimaatvoetafdruk⁷³. Dit

⁷¹ Uit: KNAW advies planetary health

⁷² Steenmeijer MA, Pieters LI, Warmenhoven N, Huiberts EHW, Stoelinga M, Zijp MC, et al. Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. Methode voor milieuvoetafdruk en voorbeelden voor een goede zorgomgeving. RIVM. 2022.

⁷³ The environmental impact of the Dutch health-care sector beyond climate change: an input-output analysis Steenmeijer, Michelle A et al. The Lancet Planetary Health, Volume 6, Issue 12, e949 - e957

percentage is vergelijkbaar met dat van andere Westerse landen. Maar de milieu-impact is breder dan alleen de uitstoot van broeikasgassen. Het RIVM heeft daarom in 2022 een methode ontwikkeld om ook andere factoren in beeld te brengen. Dit zijn, naast de broeikasgasuitstoot, extractie van abiotische grondstoffen, afvalproductie, zoetwaterconsumptie en landgebruik.

Het RIVM berekende met deze methode dat de zorg verantwoordelijk is voor 7,3% van de nationale broeikasgasuitstoot, 13,0% van het grondstoffengebruik (metalen en mineralen), 4,2% van de afvalproductie, 7,5% van het zoetwatergebruik en 7,2% van het landgebruik. In al deze categorieën vormen geneesmiddelen en andere chemische producten een substantieel aandeel, variërend van zo'n 40% voor CO₂-uitstoot tot zo'n 80% voor grondstoffengebruik. Met het leveren van zorg draagt de sector dus aanzienlijk bij aan de milieucrisis. Dat maakt dat het van belang is om ook in deze sector de milieu-impact terug te dringen. Het voornemen van de overheid om duurzaamheid als criterium mee te nemen bij pakketbeslissingen moet in die context worden gezien. Met dit advies wil de commissie een eerste invulling geven aan dit beleidsvoornemen, niet alleen bij pakketbeslissingen maar bij alle keuzen over de inzet van zorg.

4.1.2 Maatregelen om de duurzaamheid in de zorg te vergroten

Het tegengaan of voorkomen van milieueffecten is bij uitstek een vraagstuk dat vraagt om een systemische aanpak, zowel op nationaal als op internationaal niveau. Milieueffecten houden zich immers niet aan landsgrenzen en kunnen vaak op grote afstand van de bron nog grote gevolgen hebben. Bovendien zijn de productieketens van wat uiteindelijk consumenten (en patiënten) bereikt, vaak lang, en soms zelfs wereldomspannend.

Het Greenhouse Gas Protocol (GGP), de internationale standaard om broeikasgasuitstoot te kwantificeren, heeft een indeling ontwikkeld om de effecten op het klimaat te kwantificeren. Deze bestaat uit drie 'scopes': de scope 1, 2 en 3 emissies. Daarbij staat scope 1 emissie voor de directe uitstoot van een instelling bij productie van elektriciteit of warmte; scope 2 emissie voor alle indirecte uitstoot door ingekochte elektriciteit of warmte en scope 3 emissie voor de indirecte uitstoot die wordt veroorzaakt door gebruikers van het product of door toeleveranciers, bijvoorbeeld bij transport van en naar de instelling of bij de productie van gebruikte materialen. Er wordt geschat dat van alle uitstoot van broeikasgassen binnen de zorgsector ongeveer 7% valt onder scope 1, 11% onder scope 2 en 83% onder scope 3^{74,75}. Dit laatste percentage, dat onder meer de uitstoot omvat bij reisbewegingen van patiënten en personeel, en de uitstoot bij de productie van geneesmiddelen en apparatuur, laat goed zien hoe wijdvertakt en verstrekkend de milieueffecten van een vervuilende bron kunnen zijn.

Er zijn samenhangende maatregelen nodig op allerlei niveaus, zowel nationaal als mondiaal om milieueffecten aan te pakken. Zo worden er mondiaal klimaatafspraken gemaakt die vervolgens worden vertaald naar Europese wetgeving. Die zijn op hun beurt een basis voor landelijke afspraken, bijvoorbeeld in de vorm van zogenaamde Green Deals.⁷⁶

Deze mondiale, Europese en nationale afspraken om milieu-impact te verminderen zijn medebepalend voor welke specifieke maatregelen worden getroffen door de zorgsector. Deze maatregelen vallen buiten de reikwijdte van dit advies. Specifieke maatregelen van en voor de zorgsector, komen wel in dit advies aan de orde, hoewel die deels ook sectoroverstijgend zijn. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de elektrificatie van de energievoorziening, waar ook de gezondheidszorg duurzamer door zal worden. Andere maatregelen zijn wel weer sectorspecifiek, maar beperken zich weer niet tot de Nederlandse gezondheidszorg omdat ook in veel andere landen maatregelen worden getroffen in het kader van een klimaatneutraal zorgsysteem. Alle genoemde maatregelen moeten dan ook worden gezien in een internationale context.

De Nederlandse klimaatdoelen zijn vastgelegd in de nationale klimaatwet. Om de emissies van de zorgsector verder terug te dringen, heeft de toenmalige minister van VWS zich in 2021 op de internationale VN-klimaatop in Glasgow gecommitteerd aan emissiereductie-acties voor de zorgsector. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben de overheid en zorgpartijen deze

⁷⁴ Eckelman 2020

⁷⁵ We know Scope 1, 2 and 3 emissions. But what are Scope 4? | World Economic Forum (weforum.org)

⁷⁶ Met de Green Deal aanpak geeft de Rijksoverheid ruimte aan vernieuwende initiatieven uit de samenleving. Sinds de start in 2011 zijn er meer dan 230 Green Deals getekend die de overgang naar een duurzame economie versnellen. www.Greendeals.nl

afspraken uitgewerkt in concrete acties vanuit de ambitie om in te zetten op zorg met de laagst mogelijke impact op klimaat, milieu en leefomgeving⁷⁷.

De zorgsector werkt ook bottom up aan verduurzaming van de zorg. Dat gebeurt in de Green Deal 'Samen werken aan Duurzame Zorg'⁷⁸. Daarin trekken partijen gezamenlijk als sector op, maar ook als individuele partijen (beroepsverenigingen van zorgprofessionals, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de industrie). Bijvoorbeeld door duurzaamheid expliciet te noemen als criterium bij het opstellen van richtlijnen, door duurzaamheid te betrekken bij de inkoop van zorg, door onnodige zorg tegen te gaan of door de productie van genees- en hulpmiddelen te verduurzamen. Onderstaand voorbeeld laat zien hoe duurzaamheid een plaats kan krijgen bij klinische richtlijnen.

De Federatie Medisch Specialisten (FMS) heeft op initiatief van het landelijk netwerk groene OK een leidraad ontwikkeld voor de richtlijnen die op de OK van toepassing zijn:
Duurzaamheid in richtlijnen: Toevoegen van duurzaamheidsaspecten in richtlijnontwikkeling voor de operatiekamer. Omdat de adviezen in de leidraad algemeen zijn, zijn zij breder toepasbaar. Het doel van de leidraad is om richtlijncommissies en -adviseurs op een uniforme wijze te ondersteunen in het implementeren van duurzaamheid in medisch specialistische richtlijnen. In de leidraad wordt geadviseerd om duurzaamheid bij aanvang van de richtlijnontwikkeling aan bod te laten komen en om duurzaamheid mee te nemen bij het samenstellen van de werkgroep⁷⁹.

Box 7: voorbeeld duurzaamheid in klinische richtlijnen

Pakketbeslissingen, behandelrichtlijnen en andere beslismomenten hebben een directe invloed op het zorggebruik en ecologische duurzaamheid. Zij vormen daarmee, naast alle systemische maatregelen die in deze paragraaf zijn benoemd, een belangrijk aangrijpingspunt voor het beïnvloeden van de milieu-impact op het niveau van individuele interventies. Het is daarom belangrijk om de milieu-impact van zorginterventies ook systematisch mee te wegen in het pakketbeslissingen en richtlijnen. In de volgende paragrafen werkt de commissie uit hoe hier invulling aan kan worden gegeven.

4.2 Operationalisatie van het criterium milieu-impact

Het operationaliseren van het criterium ecologische duurzaamheid begint met het benoemen van een meetbare eenheid. De commissie gebruikt daarvoor de term milieu-impact. Zij werkt dit begrip in deze paragraaf verder uit aan de hand van de stappen die zij ook voor arbeidsinzet heeft beschreven, te weten:

- Stap 1: definiëren: het benoemen van de relevante aspecten van milieu-impact;
- Stap 2: meten: het meten van de verschillende aspecten in hun natuurlijke eenheden;
- Stap 3: analyseren: het in één waarde uitdrukken van de uitkomsten op de verschillende aspecten;
- Stap 4: wegen: het afwegen van de geïntegreerde waarde van milieu-impact ten opzichte van andere criteria

4.2.1 Stap 1: Het definiëren van milieu-impact

De commissie definieert milieu-impact als de incrementele impact op het milieu (onderscheiden naar verschillende milieuaspecten) die het gevolg is van de uitvoering van een bepaalde interventie, in vergelijking met een alternatief. Het kan hierbij gaan om een nieuwe interventie die wordt vergeleken met de bestaande situatie, maar ook om twee al bestaande interventies waartussen men op grond van de milieu-impact een keuze wil maken.

Milieu-impact omvat alle veranderingen in de natuurlijke of gebouwde omgeving, die direct of indirect voortvloeien uit een activiteit, en die nadelige gevolgen kunnen hebben voor de lucht, het land, het water en de natuur of voor de bewoners van het ecosysteem. Die veranderingen

⁷⁷ Integraal Zorg Akkoord. Samen werken aan gezonde zorg. 2022.

⁷⁸ Green Deal Samen werken aan duurzame zorg.

⁷⁹ Leidraad Duurzaamheid in richtlijnen: Toevoegen van duurzaamheidsaspecten in richtlijnontwikkeling voor de operatiekamer Deel A: Methodologische handreiking: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde; 2023. Website: https://richtlijnendatabase.nl/uploaded/docs/Duurzaamheid_-_Deel_A_-_Methodologische_handreiking_DEF.pdf?u=1bTnRs

kunnen worden gemeten aan de hand van verschillende uitkomsten, zoals opwarming van de aarde, uitputting van ozon, verzuring van bodem en water, aanwezigheid van voor mens en dier toxische stoffen, waterverontreiniging en luchtverontreiniging.

Er zijn steeds meer gegevens beschikbaar over de impact die de gezondheidszorg heeft op het milieu. Veel aandacht gaat daarbij uit naar klimaatverandering. Die wordt vooral veroorzaakt door het broeikaseffect: broeikasgassen zorgen ervoor dat warmte wordt vastgehouden in de atmosfeer en daardoor stijgt de temperatuur op aarde. Het verminderen van de uitstoot van broeikasgassen is daarom een centraal thema in (internationale) wetten en initiatieven. Ook de gezondheidszorg dient de uitstoot van broeikasgassen te reduceren. Daar is inmiddels veel aandacht voor, en dankzij die aandacht is de uitstoot van broeikasgassen vaak het enige milieueffect dat van zorginterventies is gekwantificeerd.

De commissie ziet daarom het meenemen van de uitstoot van broeikasgassen als het meest haalbare startpunt voor het meenemen van milieu-impact in beslissingen over vergoeding en aanbeveling van interventies. Het is belangrijk om er snel naar toe te werken dat ook andere vormen van milieu-impact kunnen worden meegenomen, niet alleen omdat die eveneens belangrijk zijn, maar ook omdat er trade-offs kunnen optreden wanneer de terugdringing van broeikasgasuitstoot juist zorgt voor meer grondstofuitputting of een afname van de biodiversiteit. De commissie beveelt dan ook aan, om in de komende jaren een aanpak te ontwikkelen waarmee ook andere impactcategorieën kunnen worden meegenomen. Intussen kan alvast kennis en ervaring worden opgedaan met het meewegen van klimaatimpact.

Broeikasgas is een verzamelnaam van een aantal gassen. Om de invloed van verschillende broeikasgassen bij elkaar te kunnen optellen, worden de uitstootcijfers veelal omgerekend naar CO₂-equivalenten (vaak afgekort als CO₂e)⁸⁰. De verschillende broeikasgassen die hierbij worden meegenomen zijn bijvoorbeeld koolstofdioxide (CO₂), lachgas (N₂O, distikstofoxide), methaan (CH₄) en diverse fluorhoudende gassen. De omrekening is gebaseerd op een internationale afspraak, het Global Warming Potential (GWP); dit is het aardopwarmingsvermogen van een broeikasgas vergeleken met dat van koolstofdioxide. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met het feit dat verschillende broeikasgassen een verschillende levensduur hebben in de atmosfeer. Het Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC)⁸¹, het orgaan van de Verenigde Naties dat verantwoordelijk is voor het toepassen van wetenschappelijke kennis met betrekking tot klimaatverandering, hanteert een periode van 100 jaar om het Global Warming Potential (GWP) van broeikasgassen te bepalen. De commissie sluit hierbij aan en stelt voor om de CO₂e te gebruiken als maat voor de bepaling van de klimaatimpact van zorginterventies.

De commissie is zich ervan bewust dat, door klimaatverandering als startpunt te nemen, vele andere vormen van milieu-impact nog niet worden meegenomen. Om te voorkómen dat er verkeerde keuzen worden gemaakt wanneer in bepaalde gevallen andere impactcategorieën buiten beschouwing blijven, stelt de commissie voor om bij beslissingen over vergoeding en aanbeveling van interventies hierop steeds een check uit te voeren op basis van expert-opinie. In sommige gevallen zal hierbij ook al bruikbare (kwantitatieve) informatie over andere vormen van milieu-impact beschikbaar zijn, bijvoorbeeld als uitvloeisel van de rapportageverplichtingen voor geneesmiddelen en hulpmiddelen zoals die in het Europese Corporate Sustainability Reporting Directive zijn vastgesteld.⁸² De commissie meent overigens dat het betrekken van één of meer experts in het beoordelingsproces om meerdere redenen nuttig is. Deze kunnen zowel advies geven over andere vormen van milieu-impact, als over het gebruik van de juiste methoden voor het meten van broeikasgasuitstoot.

⁸⁰ <https://www.milieucentraal.nl/klimaat-en-aarde/klimaatverandering/wat-is-het-broeikaseffect>

⁸¹ <https://www.ipcc.ch/about/>

⁸² Directive - 2022/2464 - EN - CSRD Directive - EUR-Lex

4.2.2 Stap 2: Het meten van klimaatimpact

Voor het op de juiste wijze meten van de broeikasgasuitstoot dienen nog verschillende nadere keuzes te worden gemaakt. Ten eerste over het **analytisch perspectief** dat moet worden gehanteerd. Hierbij gaat het erom welke broeikasgasuitstoot moet worden meegenomen, uitgaande van de beschrijving van de concrete zorginterventies (d.w.z. interventie-indicatiecombinaties) die voor opname in basispakket of richtlijn in aanmerking komen. In lijn met wat op dit gebied de wetenschappelijke consensus is, meent de commissie dat alle relevante emissies in de beschouwing moeten worden betrokken. Zij adviseert daarom om scope 1, 2 én 3 emissies mee te nemen in de analyse, en om hierbij de gehele levenscyclus van de gebruikte materialen en producten mee te nemen, van extractie van grondstoffen via productie en gebruik tot en met de verwerking van afval (cradle-to-grave).

Een volgende keuze is de **tijdshorizon**. Belangrijk is om die zo te kiezen dat alle gevolgen van de interventie, in dit geval alle broeikasgasuitstoot die de interventie direct of indirect veroorzaakt, in de analyse worden meegenomen. Wat dit inhoudt is afhankelijk van het type aandoening en interventie. Bij een operatie die een aandoening volledig kan genezen, zal de tijdshorizon bijvoorbeeld heel anders zijn dan bij een geneesmiddel dat levenslang moet worden ingenomen of toegediend. Waar er aanleiding is te veronderstellen dat zich nog broeikasgasuitstoot in de toekomst zal voordoen, moeten die effecten in elk geval worden meegenomen. In het geval van de zorg voor chronische aandoeningen of gezondheidssituaties zal dat sowieso het geval zijn.

De commissie heeft overwogen of men ook de emissies zou moeten meenemen die zich voordoen wanneer een patiënt langer blijft leven als gevolg van een behandeling. Of de emissies die zich bijvoorbeeld voordoen als gevolg van succesvolle vruchtbaarheidsbehandelingen waardoor nieuwe individuen weer zorggebruikers kunnen worden. Hoewel de commissie het zinvol vindt dit aspect te benoemen, stelt de commissie dat het verminderen van uitstoot nu en in de komende 0-20 jaar bij uitstek urgent is en dat dit legitimeert om vooralsnog een tijdshorizon te expliciteren.

Verder merkt de commissie op dat, in tegenstelling tot arbeidsinzet, uitstoot van broeikasgassen van een interventie vaak niet direct kan worden waargenomen. Men maakt dan gebruik van modelstudies, waarbij sprake is van een combinatie van enerzijds eigen metingen van bijvoorbeeld materiaalgebruik, en anderzijds standaardwaarden van de uitstoot per kilogram materiaalproductie. Die laatste gegevens zijn vaak gemiddelden, gebaseerd op metingen in een aantal fabrieken.

Zoals uit het bovenstaande al kan worden opgemaakt, zijn de uitdagingen die komen kijken bij het meten van de klimaatimpact van zorginterventies aanzienlijk. Enerzijds moeten de metingen alle relevante factoren meenemen, voldoende betrouwbaar zijn en tot resultaten leiden die onderling kunnen worden vergeleken. Anderzijds moeten ze passend en proportioneel zijn, in termen van complexiteit en de inspanning die benodigd is om ze toe te passen.⁸³

Een van de meest gebruikte methoden hiervoor is een levenscyclusanalyse (in Engels: *life cycle assessment* of LCA). Hiermee kan de milieu-impact van één of meerdere zorginterventies worden beoordeeld en vergeleken, op basis van de effecten die tijdens de gehele levenscyclus van de interventie optreden. Voor deze methode zijn verschillende gedetailleerde protocollen ontwikkeld, waaronder twee ISO-normen (ISO 14040 en ISO 14044), die een handvat bieden voor een betrouwbare uitvoering⁸⁴. In een LCA kunnen alle factoren die invloed hebben op de milieu-impact in kaart worden gebracht. Een LCA kan met verschillende doelen worden uitgevoerd, bijvoorbeeld om meerdere producten of diensten met elkaar te vergelijken. Een LCA leidt in principe tot een milieuprofiel: een soort scorelijst met een reeks van milieueffecten. Een LCA kan ook worden gebruikt om alleen de klimaatimpact van een zorginterventie te bepalen,

⁸³ Toolan M, Walpole S, Shah K, Kenny J, Jonsson P, Crabb N, et al. Environmental impact assessment in health technology assessment: principles, approaches, and challenges. *Int J Technol Assess Health Care*. 2023;39(1):e13.

⁸⁴ Andere voorbeelden van een vorm van LCA die in de literatuur zijn te vinden zijn: hybrid environmental lifecycle assessment, bilan carbon method, carbon footprint accounting analysis en component analysis. Bron: Kouwenberg LHJA, Cohen ES, Hehenkamp WJ, Snijder LE, Kampman JM, Küçükköles B, et al. The carbon footprint of hospital services and care pathways: a State-of-the-Science review. *Environmental Health Perspectives*. 2024;132(12). DOI 10.1289/EHP14754

resp. de klimaatimpact van twee interventies te vergelijken. Hieronder geeft de commissie daarvan een voorbeeld.⁸⁵

*Voorbeeld: LCA naar de klimaatimpact van alternatieve doseringsstrategieën van twee geneesmiddelen*⁸⁶

Pembrolizumab en nivolumab zijn beide geneesmiddelen die op grote schaal voor meerdere kankersoorten worden ingezet. Er wordt onderzoek gedaan naar het effect van alternatieve doseringsschema's op de verbetering van de kosteneffectiviteit, maar nog niet naar wat het effect is op de uitstoot van broeikasgassen. Daar richt dit onderzoek zich op. De gebruikte methode is een proces-gebaseerde LCA om de klimaat-impact (uitstoot van broeikasgassen) van pembrolizumab en nivolumab te kwantificeren en die van verschillende doseringsschema's te vergelijken. De functionele eenheid was 'het toedienen van een enkele dosis pembrolizumab of nivolumab'. Verschillende onderdelen werden meegenomen, waaronder de productie, transport en afvalverwerking van medicatie en verpakkingen, energieverbruik in het ziekenhuis, reisbewegingen van patiënten en personeel, en materiaalgebruik voor intraveneuze toediening. Broeikasgasuitstootgegevens van het ErasmusMC van 2022 werden gebruikt, alleen voor zover die gelinkt konden worden aan deze behandeling. Deze werden gecombineerd met de toediening gegevens over de beide geneesmiddelen in het ziekenhuis. De resultaten laten zien dat in 2022 de jaarlijkse CO_{2e} uitstoot die is gerelateerd aan pembrolizumab en nivolumab in het Erasmusziekenhuis 445 ton bedraagt, met een gemiddelde van 94 kg per dosering. Productie van het geneesmiddel was de belangrijkste veroorzaker van de behandeling-gerelateerde broeikasgasuitstoot (gemiddeld 92.9% van de totale uitstoot). Het toepassen van alternatieve doseringsschema's leidde tot reducties in uitstoot van respectievelijk 21–26% en 9–11% voor pembrolizumab en nivolumab. De onderzoekers concluderen dat de resultaten bijdragen aan meer bewustwording van het belang van het verder toepassen van alternatieve doseringsschema's voor deze en andere geneesmiddelen en van meer duurzame productieprocessen van geneesmiddelen.

Box 8: voorbeeld LCA in de zorg

Aan het uitvoeren van een LCA zitten echter nogal wat haken en ogen. Zo is het een arbeidsintensieve methode, waarvoor informatie moet worden verzameld uit meerdere, soms zelfs vele bronnen. Zeker als het gaat om complexe interventies, zoals hele zorgpaden, kan de benodigde inspanning aanzienlijk zijn. De commissie heeft daarom overwogen of het mogelijk is eenvoudiger methoden te gebruiken, zoals de zogenaamde hotspotanalyse⁸⁷. Hotspots zijn processen en activiteiten die een grote bijdrage leveren aan de totale milieu-impact van een interventie. Een hotspotanalyse bestaat uit een snelle beoordeling van een reeks informatiebronnen en wordt vaak als voorbereiding gebruikt bij het ontwikkelen van meer gedetailleerde informatie over de duurzaamheid of om de belangrijkste aangrijpingspunten voor een duurzamere productiewijze te identificeren⁸⁸. Omdat voor het doel van dit advies steeds een systematische vergelijking moet worden gemaakt tussen twee interventies, en een hotspot analyse niet noodzakelijkerwijs alle relevante verschillen tussen de interventies in beeld brengt, kan deze methode voor dit doel niet worden aanbevolen.

Dit geldt ook voor andere vereenvoudigde methoden, zoals *carbon footprinting* volgens het Greenhouse Gas Protocol⁸⁹. Deze methode beoogt het kwantificeren van klimaatimpact op bedrijfsniveau ten behoeve van de verantwoording. De *carbon calculator*⁹⁰ van de NHS, die is

⁸⁵ Joseph Cannon, Hiteshkumar Tailor, Catriona Douglas, Carbon footprint of tonsillectomy, The Surgeon, Volume 22, Issue 4, 2024, Pages 242-247,

⁸⁶ Ruben Malmberg, Jurrien H Loosveld, Hans-Peter Schilte, Alex Burdorf, Roelof W F van Leeuwe; Effect of alternative dosing strategies of pembrolizumab and nivolumab on health-care emissions in the Netherlands: a carbon footprint analysis; Lancet Planet Health 2024; 8: e915-23

⁸⁷ Hotspots Analysis. M. Barthel., J. Fava, K. James, A. Hardwick and S. Khan. An overarching methodological framework and guidance for product and sector level application. UN Environment, Economy Division 2017

⁸⁸ <https://curc3r.org/wp-content/uploads/2017/08/Hotspots-Publication.pdf>

⁸⁹ Product-Life-Cycle-Accounting-Reporting-Standard_041613.pdf (ghgprotocol.org)

⁹⁰ Care Pathway Carbon Calculator | Sustainable Healthcare Coalition

bedoeld als een versimpelde/versnelde methode, is echter niet zonder meer geschikt voor een betrouwbare vergelijking van twee interventies.

Alles overziende, lijkt de commissie de LCA-methode op dit moment het meest geschikt als methode voor het bepalen van de klimaatimpact van zorginterventies⁹¹. Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt, dat de methode op dit moment nog niet volledig is gestandaardiseerd, wat de vergelijkbaarheid van verschillende LCA-studies beperkt. Niet alleen zijn verschillende protocollen in gebruik, ook is er binnen die protocollen nog variatie mogelijk in bijvoorbeeld het afbakenen van de milieueffecten, de wijze van gegevensverzameling, de aannames die hierbij worden gedaan, en de manier waarop de methodologische keuzes en resultaten worden gerapporteerd. Er wordt daarom nog gewerkt aan nadere richtlijnen en afspraken die ervoor moeten zorgen dat LCA's van zorginterventies goed met elkaar kunnen worden vergeleken.

Toch meent de commissie dat deze methode al wel gebruikt kan worden voor de vergelijking van de klimaatimpact van zorginterventies in het kader van pakketbeheer en richtlijnontwikkeling, op voorwaarde dat één van de bestaande protocollen wordt gevolgd, zoals ISO 14040/44, en dat de klimaatimpact van de nieuwe en de huidige interventie op dezelfde wijze wordt bepaald. Hierbij is van belang dat steeds wordt geëvalueerd in hoeverre methodologische keuzes invloed kunnen hebben gehad op de resultaten, bijvoorbeeld wanneer bepaalde vormen van zorg zijn weggelaten uit de vergelijking, of wanneer data zijn gebruikt die niet representatief zijn voor de Nederlandse situatie. Voor deze evaluatie is een transparante rapportage van de gemaakte methodologische keuzes, gedane aannames en gebruikte data essentieel.

In veel gevallen zullen voor deze LCA's nieuwe gegevens moeten worden verzameld en nieuwe analyses moeten worden uitgevoerd. In sommige gevallen kan wellicht gebruik worden gemaakt van reeds beschikbare gegevens, al hebben die vaak hun beperkingen. Een voorbeeld van een reeds beschikbare bron is de *HealthcareLCA Database*, een open-access database van milieu-impact analyses in de gezondheidszorg.⁹² In de database zijn momenteel 185 studies samengebracht, voornamelijk op basis van peer-reviewed tijdschriftartikelen. Zij geven milieu-impact schattingen weer over ruim 1300 producten en processen in de gezondheidszorg. De database brengt het onderzoek samen dat de afgelopen twintig jaar op dit terrein heeft plaatsgevonden. Voordeel van de database is dat deze publiek toegankelijk is en dat men in de database kan zoeken, sorteren en filteren afhankelijk van de informatiebehoefte. Een groot nadeel is echter de methodologische heterogeniteit van de studies⁹³. Ook moet men bedacht zijn op de wereldwijde variabiliteit in klinische praktijk, inkooppraktijken en beschikbare energiebronnen, die de generaliseerbaarheid van de resultaten van LCA's beperkt⁹⁴.

4.2.3 **Stap 3: Klimaatimpact uitdrukken in een getal**

Een volgende stap in de uitwerking van het criterium is om te bepalen hoe de klimaatimpact kan worden uitgedrukt in een of meer parameters die kunnen worden gebruikt als criterium bij pakketbeslissingen of richtlijnen, zoals de QALY wordt gebruikt voor de effectiviteit van een interventie, en de incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER) voor de kosteneffectiviteit. Met een dergelijke parameter kan dan worden getoetst of implementatie van de interventie verstandig is, gegeven de klimaatimpact. Wanneer een interventie met veel extra broeikasgasuitstoot gepaard gaat, die in een onevenredige verhouding staat tot de opbrengst van de interventie, kan dan worden besloten de interventie niet in het basispakket of in een richtlijn op te nemen. Evenals in het geval van arbeidsinzet reikt het nut van dergelijke parameters echter verder dan dat. Zo kunnen, wanneer al in een eerder stadium van de ontwikkeling van een interventie naar de broeikasgasuitstoot wordt gekeken, wellicht productiewijzen worden gekozen die met minder klimaatimpact gepaard gaan. Dan kan gericht

⁹¹ Dit advies gaat in eerste instantie alleen over het meenemen van klimaatverandering bij beslissingen over vergoeding en aanbeveling van interventies. Wanneer op termijn andere onderdelen van de milieu-impact ook worden meegenomen, zoals de toxiciteit van medicijnresten, dan zal een passende methode worden gekozen om de bredere milieu-impact in kaart te brengen.

⁹² HealthcareLCA database

⁹³ HealthcareLCA: an open-access living database of health-care environmental impact assessments - The Lancet Planetary Health

⁹⁴ Sustainable and Resilient Health Care in the Face of a Changing Climate. J. D. Sherman, A. J. MacNeill, P. D. Biddinger, O. Ergun, R. N. Salas and M. J. Eckelman. *Annu Rev Public Health* 2023 Vol. 44 Pages 255-277.

worden gezocht naar interventies waarmee zo weinig mogelijk schade aan het klimaat wordt aangericht.

In de vorige paragraaf werd al aangegeven dat de broeikasgasuitstoot van een interventie kan worden uitgedrukt in CO₂-equivalenten. De CO₂e-uitstoot kan vervolgens omgerekend worden naar andere eenheden, om zo de klimaatgevolgen nog op een andere manier in kaart te brengen. Zo wordt het makkelijker om uitkomsten met elkaar te vergelijken en te wegen. Er zijn verschillende manieren voor dat omrekenen, maar die zijn niet allemaal even gebruikelijk en/of bruikbaar.

Een veel gebruikte manier is om de CO₂e-uitstoot om te rekenen naar monetaire waarden. Dit kan gebeuren aan de hand van de niet-verhandelde koolstofprijs (de vergoeding die bedrijven moeten betalen voor hun broeikasgasuitstoot), de verhandelde koolstofprijs (bedrijven kunnen onderling handelen in emissierechten) of de maatschappelijke kosten van koolstof (*social cost of carbon*, SCC). In de maatschappelijke kosten van koolstof worden, in tegenstelling tot de niet-verhandelde en verhandelde koolstofprijs, de geschatte kosten van de schade die wordt veroorzaakt door elke extra ton CO₂e meegenomen. De methode die ten grondslag ligt aan het schatten van maatschappelijke kosten van koolstof wordt door veel overheden gebruikt, maar wordt ook bekritiseerd omdat hij de kosten sterk zou onderschatten. Daarnaast lopen de schattingen van de maatschappelijke kosten van koolstof sterk uiteen omdat er geen consensus is over de wijze waarop deze kosten zouden moeten worden bepaald. Dit komt mede doordat de te verwachten maatschappelijke kosten van klimaatverandering slechts gedeeltelijk bekend zijn. Kennis hierover neemt nog steeds toe, en daardoor komen schattingen steeds hoger uit. Daarnaast worden in de huidige methode om de *social cost of carbon* te bepalen niet alle risico's meegenomen, en leidt deze mede daardoor tot conclusies die in strijd zijn met de afgesproken beleidsdoelstellingen. Bovendien is het nog onduidelijk wat een geschikte disconteringsvoet is, en doordat klimaatschade zich over vele jaren uitstrekt is juist de keuze van de disconteringsvoet van groot belang. Er wordt gewerkt aan alternatieve methoden om de CO₂e in monetaire waarden uit te drukken, maar die zijn nog niet beschikbaar. ⁹⁵⁹⁶

Een andere en tot nu toe weinig gebruikelijke manier is het omrekenen van de CO₂e naar Disability-Adjusted Life Years (DALY's). De DALY is een maat die het aantal verloren levensjaren en het aantal jaren geleefd met de ziekte samenbrengt. Hoe groter het aantal DALY's hoe meer levensjaren in goede gezondheid er verloren zijn gegaan. De DALY's per eenheid CO₂e kunnen worden geschat op basis van de verwachte temperatuurverandering en temperatuurafhankelijke ziektelast.⁹⁷ Het omrekenen naar DALY's brengt weliswaar een relevant gevolg van klimaatverandering in beeld, maar introduceert ook meer onzekerheid, omdat hiervoor veel aannames moeten worden gedaan.

Ook interessant zijn recent ontwikkelde maten die laten zien hoe de incrementele CO₂e zich verhoudt tot de effectiviteit (de *carbon footprint effectiveness ratio* (ICFER) of de kosten van de interventie (*incremental carbon footprint cost ratio* (ICFCR)). De interessantste van deze twee als basis voor een mogelijk pakketcriterium is de ICFER, die is gedefinieerd als de verandering in CO₂e (in kg CO₂e) per gewonnen QALY ten opzichte van de standaardbehandeling. Deze maat laat zien welke extra uitstoot nodig is om een QALY te winnen en kan daarmee informatief zijn voor besluitvorming. Hij lijkt op de incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER), een maat waar bij vergoedingsbeslissingen al mee wordt gewerkt.

Geïnspireerd door deze recent ontwikkelde maten heeft de commissie verder nagedacht over relevante parameters, vergelijkbaar met de wijze waarop zij dat heeft gedaan voor het criterium arbeidsinzet. Met gegevens over de CO₂e-uitstoot van de nieuwe en de bestaande interventie per patiënt per interventie en over het aantal patiënten dat voor de interventie in aanmerking komt, kunnen twee parameters worden berekend die in combinatie een goede basis voor verdere afweging vormen, en die de commissie aanbeveelt om te gaan gebruiken:

⁹⁵ Lamboli et al., Assessing the size and uncertainty of remaining carbon budgets. *Nature Climate Change* 2023;13:1360-1367.

⁹⁶ Plan Bureau voor de Leefomgeving. Wat zijn rechtvaardige en haalbare klimaatdoelen voor Nederland? PBL 2024.

⁹⁷ Het RIVM heeft een methode ontwikkeld om voor meerdere vormen van milieu-impact het gecombineerde DALY-verlies te berekenen ([LCIA: the ReCiPe model | RIVM](#)): Radboud Universiteit en Pre consultants hebben hier feed back op gegeven

Incrementeel klimaat-effect

Dit is het verschil in broeikasgasuitstoot die per patiënt nodig is om de interventie uit te voeren, in vergelijking met de huidige zorg. Een variant hierop is om het verschil te bepalen tussen beide interventies in hoeveel broeikasuitstoot nodig is om een QALY te winnen.

Totale klimaat-impact

Dit is het verschil in broeikasgasuitstoot die nodig is om alle patiënten die in aanmerking komen voor de nieuwe interventie te behandelen, in vergelijking met de huidige zorg.

Evenals bij arbeidsinzet geldt voor klimaat-impact dat het informatief is om bij de tweede parameter niet alleen met absolute waarden te werken, maar om de totale klimaatimpact ook te relateren aan de totale broeikasgasuitstoot van de gezondheidszorg. Omdat er voor ons land klimaatdoelen zijn gesteld waaraan ook de gezondheidszorg is gehouden, is het voor de weging verder informatief om de totale klimaatimpact van een interventie aan het behalen van die klimaatdoelen te relateren. De commissie stelt voor hierbij uit te gaan van het resterende 'koolstofbudget'. Dit is de hoeveelheid CO₂e die nog uitgestoten kan worden zonder dat de opwarming van de aarde een bepaald aantal graden overschrijdt. Vaak wordt hierbij de 1.5 graden doelstelling van het klimaatakkoord van Parijs gebruikt. Op basis van deze overwegingen, stelt de commissie de volgende aanvullende parameters voor:

Relatieve klimaat-impact

Dit is de totale klimaat-impact als fractie van de broeikasgasuitstoot van de gehele gezondheidszorg.

Relatieve klimaat-"schaarste"-impact

Dit is de totale klimaat-impact als fractie van het resterende koolstofbudget van de gezondheidszorg.

Om deze parameters te kunnen berekenen, moeten er voor de nieuwe en de bestaande interventie gegevens zijn over de broeikasgasuitstoot per interventie per patiënt, over het aantal patiënten dat voor de interventie in aanmerking komt, over de totale broeikasgasuitstoot van de gezondheidszorg, en over het resterende koolstofbudget van de gezondheidszorg. Voor dit laatste heeft de commissie een voorstel ontwikkeld dat in onderstaand kader wordt uitgelegd.

Voor de bepaling van het resterende koolstofbudget van de Nederlandse gezondheidszorg zouden de volgende gegevens en aannames kunnen worden gebruikt:

- (1) De hoeveelheid CO₂e die na het jaar 2023 nog kan worden uitgestoten om de opwarming tot de aarde met 50% zekerheid tot maximaal 1.5°C te beperken is 250 Gigaton wereldwijd⁹⁸;
- (2) Het Nederlandse aandeel hierin is gelijk aan het aandeel van de Nederlandse bevolking in de wereldbevolking, namelijk 0,22% (17,88 miljoen: 8 miljard);
- (3) Het aandeel van de gezondheidszorg in het resterende koolstofbudget van Nederland als geheel is gelijk aan het huidige aandeel van de gezondheidszorg in de nationale CO₂e-uitstoot (7%).

Dit leidt tot een schatting van het resterende koolstofbudget van $7\% \times 0.22\% \times 250$ gigaton = 38,5 miljoen ton.

De commissie tekent hierbij aan, dat al deze getallen voor discussie vatbaar zijn. Dat geldt in het bijzonder voor de aanname in punt (2): men zou ook kunnen beargumenteren dat Nederland genoeg zou moeten nemen met een kleiner aandeel in het wereldwijde koolstofbudget dan 0,22%. Evenals veel andere Westerse landen heeft Nederland immers in het verleden al voor veel uitstoot gezorgd, en wellicht zou het rechtvaardiger zijn wanneer aan landen in het Mondiale Zuiden een groter deel van het wereldwijde koolstofbudget zou worden toegerekend dan hun aandeel in de wereldbevolking. Omgekeerd is ook de aanname dat de gezondheidszorg niet meer dan 7% van het nationale CO₂e budget zou mogen

⁹⁸ Lamboli e.a., 2023

gebruiken voor discussie vatbaar: wellicht is te verdedigen dat de zorg, als een essentiële maatschappelijke institutie, meer ruimte zou moeten krijgen dan andere sectoren.

Ondanks deze onzekerheden geeft het geschatte resterende koolstofbudget van 38,5 miljoen ton, dat gelijk staat aan slechts tweemaal de jaarlijkse uitstoot van de Nederlandse gezondheidszorg, een goed idee van de grote urgentie van het terugdringen van de CO₂e-uitstoot van de gezondheidszorg. Ook als men andere aannames zou willen doen, zal de broeikasgasuitstoot van de gezondheidszorg in hoog tempo moeten worden gereduceerd.

Box 9: Uitleg berekening resterend koolstofbudget

In onderstaand voorbeeld laat de commissie aan de hand van een (eenvoudig) voorbeeld zien hoe de door haar voorstelde parameters kunnen worden berekend.

Uitwerking voorbeeld klimaatvriendelijke inhalatiemedicatie: vergelijking tussen aërosol-inhalator en poeder-inhalator bij patiënten met astma en COPD

Bij het voorschrijven van inhalatoren geeft de NHG-Standaard aan dat in overleg met de patiënt een toedieningsvorm moet worden gekozen waar de patiënt goed mee kan omgaan. Veel aspecten spelen een rol bij de keuze voor een inhalator, waaronder de kracht van de inademing en coördinatietechniek van een patiënt. De NHG-standaard van 2020 geeft aan dat ook rekening gehouden moet worden met het sterk milieubelastende broeikasgas dat aerosol-inhalatoren bevatten.

Voor de uitwerking van dit voorbeeld heeft de commissie gebruik gemaakt van de volgende gegevens:

Klimaatimpact per dosis dosisaerosol: 340 gram⁹⁹ CO₂-equivalent
Klimaatimpact per dosis poederinhalator: 9 gram CO₂-equivalent
Aantal doses per jaar in heel Nederland: 364 miljoen (2020) ¹⁰⁰
Aantal patiënten per jaar in heel Nederland: 1.4 miljoen¹⁰¹
Aantal doseringen per patiënt per jaar: 364: 1.4 = 260
Totale CO₂ uitstoot Nederlandse gezondheidszorg per jaar: 17,6 miljoen ton CO₂e
Resterende koolstofbudget Nederlandse gezondheidszorg: 38,5 miljoen ton CO₂e
Met deze gegevens kunnen de voorgestelde parameters worden berekend:

Incrementele klimaat-impact: verschil in klimaatimpact per interventie per patiënt

Dosisaerosol: 340 gr x 260 doseringen = 88,4 kg CO₂e per jaar
Poederinhalator: 9 gr x 260 doseringen = 2,3 kg CO₂e per jaar
Verschil: 88,4 – 2,3 = 86,1 kg CO₂e per jaar

Omdat wordt uitgegaan van een gelijke effectiviteit is het niet zinvol de benodigde uitstoot voor een gewonnen QALY per interventie te berekenen.

Totale klimaat-impact: incrementele klimaat-impact x aantal doseringen ten opzichte van de huidige zorg

Dosisaerosol: 340 gr x 364 miljoen = 123,8 duizend ton CO₂e per jaar
Poederinhalator: 9 gr x 364 miljoen = 3,3 duizend ton CO₂e per jaar
Verschil: 120,5 duizend ton CO₂e per jaar

Aanvullende parameters om relatieve impact te berekenen:

Relatieve klimaat-impact: verschil tussen nieuwe en bestaande interventie in totale klimaat-impact als fractie van de totale CO₂ uitstoot van de gezondheidszorg per jaar

Dosisaerosol: 123,8 duizend: 17,6 miljoen = 0,70 %
Poederinhalator: 3,3 duizend: 17,6 miljoen = 0,02 %
Verschil: 120,5 duizend: 17,6 miljoen = 0,68 %

⁹⁹ Hier heeft de commissie met een gemiddelde gewerkt. Er is echter een wijde range (20-697 gram) afhankelijk van het type inhalator.

¹⁰⁰ In totaal werden er 364 miljoen dagelijkse doses verstrekt, waarvan 49,6% dosisaerosolen. (BRON: Ten Have)

¹⁰¹ Ned Tijdschr Geneesk. 2022;166:D6718

Relatieve klimaat- "schaarste"-impact: verschil tussen nieuwe en bestaande interventie in totale klimaat-impact als fractie van het resterende koolstofbudget:

Dosisaerosol: 123,8 duizend: 38,5 miljoen = 0,32 %

Poederinhalator: 3,3 duizend: 38,5 miljoen = 0,01%

Verskil: 120,5 duizend: 38,5 miljoen = 0,31%

Toelichting

Dit getallenvoorbeeld laat zien dat het verschil in CO_{2e}-uitstoot tussen een dosis dosisaerosol en een dosis poederinhalator enorm is, namelijk meer dan 300 gram CO₂-equivalenten. Wanneer alle patiënten een poederinhalator i.p.v. een dosisaerosol zouden gebruiken, telt dit voor de hele Nederlandse bevolking op tot een verschil van ruim 120 duizend ton CO_{2e} per jaar. Dit komt overeen met een potentiële besparing van 0,68% op de totale CO_{2e}-uitstoot van de Nederlandse gezondheidszorg. Voor een enkele interventie is dit een bijzonder groot effect. Ook t.o.v. het resterende koolstofbudget van de Nederlandse gezondheidszorg gaat het om een relatief grote besparing, die suggereert dat overschakeling op een poederinhalator een relevante bijdrage kan leveren aan het behalen van de internationaal overeengekomen klimaatdoelstelling van maximaal 1.5 graden opwarming.

Box 10: uitwerking voorgestelde parameters klimaat-impact in een voorbeeld

De parameters die in dit voorbeeld zijn berekend, kunnen vervolgens in het deliberatieve proces worden afgewogen ten opzichte van andere criteria zoals effectiviteit, kosten en uitvoerbaarheid. En dat zou uiteindelijk kunnen resulteren in een aanbeveling om altijd of vaker te kiezen voor poederinhalatoren, of bij doelgroepen waarbij een keuze kan worden gemaakt alleen poederinhalatoren te vergoeden.

Bij het voorbeeld zijn diverse opmerkingen te maken over de betrouwbaarheid en aannemelijkheid van de gebruikte gegevens. Zo is er gerekend met een gemiddelde waarde voor de CO_{2e}-uitstoot van dosis-aerosolen, terwijl er in werkelijkheid een enorme range is in de uitstoot per type. Wanneer in werkelijkheid veel meer dosis-aerosol worden voorgeschreven van een type met een lagere uitstoot, is het verschil tussen de beide interventies veel kleiner. Maar het verschil kan ook juist veel groter zijn wanneer het tegenovergestelde het geval is. Zo is voor de bepaling van het resterende koolstofbudget van de Nederlandse gezondheidszorg uitgegaan van aannames die gunstig zijn voor Nederland. Maar zelfs dan levert de overschakeling op poederinhalator een relevante bijdrage aan de reductie van de CO_{2e}-uitstoot van de zorg. Ondanks deze kanttekeningen laat het voorbeeld zien dat het praktisch mogelijk is om de voorgestelde methode toe te passen, en dat er dus mee van start kan worden gegaan. De commissie vat in onderstaand kader de methode die zij voorstelt nog even kort samen.

Samenvatting methode uitwerking duurzaamheid

Definiëren:

- Klimaatimpact, te meten in CO₂-equivalenten broeikasgasuitstoot
- In relatie tot totale uitstoot gezondheidszorg en resterend koolstofbudget
- Andere aspecten van milieu-impact meewegen op basis van expert-opinie, wanneer duidelijk is dat deze relevant zijn voor de besluitvorming

Metten:

Perspectief: gezondheidszorg, scope 1, 2 en 3; gehele levenscyclus van een specifieke interventie-indicatie combinatie

Tijdshorizon: gehele duur van de interventie, zo nodig levenslang

Methode: LCA volgens een goed beschreven standaard-protocol

Voorgestelde parameters:

- *Incrementeel klimaat-effect:* verschil in broeikasgasuitstoot (in CO₂-equivalenten) die per patiënt nodig is om de interventie uit te voeren, in vergelijking met de huidige zorg;

- *Totale klimaat-impact*: verschil in broeikasgasuitstoot (in CO₂-equivalenten) die nodig is om alle patiënten die in aanmerking komen voor de nieuwe interventie te behandelen, in vergelijking met de huidige zorg.

Wanneer er tussen de interventies een verschil is in effectiviteit, kan het informatief zijn om de eerste parameter niet (alleen) per interventie uit te drukken, maar (ook) als het verschil in broeikasgasuitstoot dat nodig is om één QALY gezondheidswinst te bereiken. Verder geldt ook voor klimaatimpact dat het informatief is om bij de tweede parameter niet alleen met absolute waarden te werken, maar om de totale klimaat-impact ook te relateren aan de totale broeikasgasuitstoot van de gezondheidszorg. Gelet op de voor ons land gestelde klimaatdoelen waaraan ook de gezondheidszorg is gehouden, is het voor de weging verder informatief om de totale klimaat-impact van een interventie tevens uit te drukken ten opzichte van het resterende koolstofbudget.

Daarvoor stelt de commissie de volgende aanvullende parameters voor:

- *Relatieve klimaat-impact*: totale klimaat-impact als fractie van de broeikasgasuitstoot van de gehele gezondheidszorg;
- *Relatieve klimaat-"schaarste"-impact*: totale klimaat-impact als fractie van het resterende koolstofbudget van de gezondheidszorg.

Benodigde gegevens

- CO₂e uitstoot per interventie per patiënt
- Effectiviteit van de interventie (als er een verschil wordt verwacht)
- Aantal patiënten
- Totale CO₂e-uitstoot gezondheidszorg per jaar
- Resterende koolstofbudget gezondheidszorg per jaar

Box 11: samenvatting uitwerking criterium duurzaamheid

Net als voor arbeidsinzet geldt dat de voorgestelde methode op basis van onderzoek en praktijkervaringen verder moet worden ontwikkeld. Ook voor dit onderwerp kan het ZonMw kaderprogramma Passende Zorg een belangrijke katalysator zijn.

4.3 Mogelijke scenario's voor weging

In deze paragraaf doet de commissie een voorstel voor het wegen van de uitkomst op klimaatimpact ten opzichte van andere criteria. De commissie benoemde in hoofdstuk 2 daarvoor al enkele theoretische opties. In deze paragraaf worden deze scenario's getoetst op hun toepasbaarheid op dezelfde wijze als in het vorige hoofdstuk is gedaan voor arbeidsinzet.

4.3.1 Buitenlandse voorbeelden

De commissie heeft eerst gekeken of er andere landen zijn die milieu-impact meewegen in besluiten over de inzet van zorg. Andere landen hebben immers ook doelstellingen om naar een klimaatneutrale gezondheidszorg te gaan¹⁰².

Er zijn internationaal voorbeelden van HTA-organisaties die eerste stappen zetten met het meewegen van duurzaamheid bij pakketbeoordelingen. Zo is in de richtlijn van de Medical Services Advisory Committee (MSAC), een onafhankelijke wetenschappelijke commissie die de Australische minister van Volksgezondheid adviseert over de vergoeding van zorg uit publieke middelen, de volgende passage opgenomen: 'Als er bijzondere zorgen zijn over de milieueffecten van de voorgestelde gezondheid technologie, of een belangrijk voordeel in de manier waarop de voorgestelde technologie de impact op het milieu vermindert vergeleken met de comparator, kunnen deze worden geschetst (bijvoorbeeld als er sprake is van een

¹⁰² Commitments to climate change and health (who.int)

vermindering van de hoeveelheid gegenereerd radioactief afval, of een vermindering van de emissies gerelateerd aan transport of het productieproces)¹⁰³.

In Canada voert de *Common Drug Review* (CDR) pakketbeoordelingen uit. Zij is onderdeel van Canada's Drug Agency (CDA, tot mei 2024 de Canadian Agency for Drugs and Technologies (CADTH)). CDA doet momenteel onderzoek naar criteria die als leidraad kunnen dienen wanneer een milieubeoordeling onderdeel moet zijn van het besluitvormingsproces voor een gezondheidstechnologie¹⁰⁴.

In Engeland wordt de beoordeling van nieuwe medische interventies uitgevoerd door The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Momenteel onderzoekt NICE de haalbaarheid van het evalueren van de milieueffecten van concurrerende geneesmiddelen of medische interventies die min of meer dezelfde effectiviteit en kosten hebben. In dergelijke omstandigheden kan eventueel de voorkeur worden gegeven aan de minst milieubelastende optie. Wanneer een geschikte aanpak is geïdentificeerd zal er een pilotstudie worden uitgevoerd¹⁰⁵.

De commissie concludeert dat veel landen nadenken over hoe ze duurzaamheid bij beslissingen over de inzet en vergoeding kunnen meenemen, maar dat zij hierin nog geen concrete stappen hebben gezet die als voorbeeld kunnen dienen. Deze conclusie wordt bevestigd in een recent (februari 2025) "white paper" dat een aantal HTA experts uit verschillende landen onder de vlag van INAHTA, een landelijk netwerk van HTA-organisaties, over dit onderwerp heeft uitgebracht. In dit document wordt aangegeven dat veel landen het meenemen van duurzaamheid in HTA weliswaar in hun strategische plannen hebben opgenomen, maar dat de uitvoering daarvan nog aanpassing vergt van beoordelingskaders¹⁰⁶. Navraag bij HTA-organisaties uit bijvoorbeeld Canada, Engeland en Zweden heeft geleerd dat zij hier knelpunten bij ondervinden, zoals bijvoorbeeld:

- a) Het gebrek aan data en de methodologische uitdagingen;
- b) De te formuleren grenzen voor de duur van de levenscyclus van een product waarvan de milieu-impact zou moeten worden gemeten;
- c) Geen consensus over welke milieufactoren mee zouden moeten worden genomen;
- d) Geen richting voor wat de overheid over heeft voor bijvoorbeeld een eenheid CO₂-reductie;
- e) Twijfel over het maatschappelijk draagvlak om de voordelen voor het milieu eventueel zwaarder te laten wegen dan de waarde van een behandeling voor patiënten.

Omdat er nog geen gebruiksklare, praktische voorbeelden zijn uit het buitenland voor het meewegen van milieu-impact, vergt dit dus ook voor dit criterium nog denkwerk.

4.3.2 Integratie in bestaande criteria (kosten)effectiviteit

Eerder in dit advies beschreef de commissie al op meerdere plaatsen dat de criteria effectiviteit en, in iets mindere mate, kosteneffectiviteit de meest gestandaardiseerde criteria zijn en daarmee het hart van de beoordeling vormen voor pakketbeslissingen en richtlijnen.

Integratie in effectiviteit

In dit scenario wordt de effectiviteit van de interventie 'gecorrigeerd' voor negatieve gezondheidseffecten als gevolg van de klimaatimpact. Wanneer voorzien kan worden dat door klimaatimpact niet de veronderstelde effectiviteit bereikt kan worden, wordt de effectiviteit die uit het effectiviteitsonderzoek naar voren is gekomen, naar beneden bijgesteld. Om dat te kunnen doen, moet bekend zijn wat het gezondheidsverlies is dat het gevolg is van de klimaatimpact.

Voor het integreren van klimaatimpact in effectiviteit ziet de commissie als belangrijk bezwaar dat de klimaatveranderingen die de gezondheidszorg teweegbrengt, veel meer effecten hebben

¹⁰³ [http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/E0D4E4EDDE91EAC8CA2586E0007AFC75/\\$File/MSAC%20Guidelines-complete-16-FINAL\(18May21\).pdf](http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/E0D4E4EDDE91EAC8CA2586E0007AFC75/$File/MSAC%20Guidelines-complete-16-FINAL(18May21).pdf)

¹⁰⁴ Criteria for conducting Environmental Assessments in CADTH HTAs | CDA-AMC

¹⁰⁵ <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/sustainability>

¹⁰⁶ INAHTA White Paper-Advancing Environmental Sustainability Through HTA.pdf

dan op de menselijke gezondheid alleen: ook andere aspecten van menselijk welzijn worden aangetast, en ook andere levende wezens ondervinden hier schade van. Bovendien beperken de effecten zich niet tot Nederland, en al helemaal niet tot de patiënten bij wie in Nederland de interventies worden toegepast. Dit geldt overigens ook voor andere aspecten van milieu-impact. Bij het bepalen van de effectiviteit wordt nu met dergelijke effecten geen rekening gehouden. Dat alleen al zorgt ervoor dat de commissie het integreren van klimaatimpact in het pakketcriterium effectiviteit niet ziet als een mogelijk scenario.

Integratie in kosteneffectiviteit

In dit scenario worden de kosten van de interventie 'gecorrigeerd' voor de extra kosten die door klimaatimpact worden veroorzaakt. Wanneer kan worden voorzien dat door hoge klimaatimpact de werkelijke kosten van een interventie hoger zullen zijn dan geraamd, worden de kosten van de interventie naar boven bijgesteld. Een dergelijke integratie geeft meer mogelijkheden om af te wegen of de inzet van een meer vervuilende interventie opweegt tegen het incrementele effect dat daarmee kan worden bereikt.

Los van het gebrek aan praktische voorbeelden, ziet de commissie het bezwaar dat de te verwachten maatschappelijke kosten van klimaatverandering slechts gedeeltelijk bekend zijn en dat in de huidige methode om de *social cost of carbon* te bepalen niet alle risico's worden meegenomen (zie paragraaf 4.2.3). Daarmee doet het converteren van de milieu-impact naar monetaire waarden nog onvoldoende recht aan de aard van de milieuproblematiek. Zolang dit het geval is, vindt de commissie het daarom niet wenselijk om ecologische duurzaamheid te integreren in het pakketcriterium kosteneffectiviteit. Wellicht ontstaan hier in de toekomst wel goede mogelijkheden voor.

4.3.3 Toevoegen als nieuw criterium naast de bestaande criteria als modifier

Nu integratie in effectiviteit of kosteneffectiviteit niet wenselijk of haalbaar is, resteert de mogelijkheid om de klimaatimpact mee te wegen als één van de criteria die een besluit op basis van de uitkomst op het criterium (kosten)effectiviteit kan veranderen (een zogenaamde modifier). Ook andere criteria in het pakketbeheer (noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid) en bij het opstellen van richtlijnen (bv haalbaarheid, duurzaamheid) fungeren als zodanig. De klimaatimpact kan hier als criterium worden toegevoegd, al dan niet als een onderdeel van het criterium uitvoerbaarheid. Het Zorginstituut werkt op dit moment aan een nadere uitwerking van het pakketcriterium uitvoerbaarheid, dat betrekking heeft op een aantal verschillende factoren die de haalbaarheid en houdbaarheid van implementatie van een interventie bepalen. Omdat de klimaatimpact ook een factor is die invloed heeft op de houdbaarheid, beveelt de commissie het Zorginstituut daarom aan, om de vraag naar de relatie tussen klimaatimpact (en andere aspecten van milieu-impact) en uitvoerbaarheid nader te bezien in de uitwerking van het criterium uitvoerbaarheid. Voor de weging van de klimaatimpact ziet de commissie de volgende opties:

Meewegen volgens vaste normen

In dit scenario worden (kwantitatieve) normen vastgesteld voor de klimaatimpact van een interventie, en worden interventies die niet aan deze normen voldoen in principe niet aanbevolen en niet vergoed. Deze normen kunnen diverse vormen aannemen, bijvoorbeeld:

- Bij gelijke effectiviteit van twee interventies, wordt de interventie met een kleinere klimaatimpact vergoed en aanbevolen;
- Bij overschrijding van een bepaalde verhouding tussen klimaatimpact enerzijds en effectiviteit anderzijds, wordt een interventie niet vergoed en niet aanbevolen;
- Wanneer de totale klimaatimpact van de interventie, opgesteld voor alle patiënten die in aanmerking komen voor een interventie, een bepaalde grens overschrijdt, dan wordt de interventie niet vergoed of aanbevolen;
- Bij overschrijding van een gewogen som van gewichten die tevoren zijn bepaald door het belang dat beleidsmakers aan bepaalde aspecten toekennen (MCDA) wordt een interventie niet vergoed of aanbevolen.

Zolang er sprake is van gelijke effectiviteit, zal het kiezen voor de meest duurzame optie voor de hand liggen, zoals in het voorbeeld van de astma-inhalers dat de commissie gebruikte om de

methode voor uitwerking van klimaatimpact te illustreren. Het is logisch een dergelijke norm toe te passen, tenzij dit gaat conflicteren met andere criteria. Zolang de meest duurzame optie ook de meest doelmatige is én de minste arbeidsinzet vergt, wijzen alle uitkomsten in dezelfde richting. Zijn de uitkomsten op deze criteria verschillend, dan gaat het gebruik van vaste normen dat echter niet oplossen.

Een voorbeeld van de norm om een interventie niet te vergoeden of aan te bevelen bij een onevenredige verhouding tussen klimaatimpact en effectiviteit is om een grens te stellen aan de door de commissie voorgestelde parameter 'incrementeel klimaat-effect', bijvoorbeeld aan de hoeveelheid CO₂e die extra uitgestoten mag worden voor één gewonnen QALY, in vergelijking met de standaardbehandeling. Dit zou er dan toe kunnen leiden dat zorg die relatief veel CO₂ uitstoot en relatief weinig QALY's oplevert niet wordt vergoed of niet wordt aanbevolen. Net als voor arbeidsinzet is het echter ook voor klimaatimpact op dit moment nog lastig om een dergelijke norm te bepalen, omdat met de berekening en beoordeling van dergelijke maten nog geen ervaring is opgedaan. Het opdoen van ervaring met casuïstiek zal hier mogelijk verandering in brengen.

Een voorbeeld van de norm om een interventie niet te vergoeden of aan te bevelen bij een te hoge totale klimaatimpact van de interventie, berekend over alle patiënten die in aanmerking komen, is om een grens te stellen aan het beslag dat de interventie legt op het resterende koolstofbudget van de gezondheidszorg. Interventies waarvan de totale klimaatimpact boven een bepaalde fractie van het resterende koolstofbudget komt, komen dan niet in aanmerking voor vergoeding of aanbeveling. Ook hiervoor geldt dat een dergelijke norm, nog afgezien van de bovengenoemde onzekerheden bij de berekening van het resterende koolstofbudget, op dit moment nog niet goed kan worden bepaald. Om dat wel mogelijk te maken, zou in de loop van de tijd een database aangelegd kunnen worden met de totale klimaatimpact van de meest voorkomende interventies. Hieruit zal een bepaalde verdeling blijken, waaruit wellicht een norm kan worden afgeleid. Over interventies die boven deze norm zitten, moet dan discussie plaatsvinden over wat nodig is om onder de norm te komen. Als daar geen mogelijkheden voor worden gezien, kan dat leiden tot een besluit de interventie niet te vergoeden of aan te bevelen.

Hoewel het toepassen van een vaste norm dus theoretisch kan, zijn er voor de weging van klimaatimpact volgens vaste normen op dit moment nog onvoldoende praktische mogelijkheden. Daarnaast geldt hier hetzelfde bezwaar als voor het toepassen van arbeidsinzet volgens vaste normen: andere criteria die van toepassing zijn (zoals arbeidsinzet) blijven buiten beschouwing. Dat geldt ook voor andere aspecten van milieu-impact dan de CO₂e-uitstoot. Daarom komt de commissie ten aanzien van de weging van klimaatimpact volgens vaste normen tot dezelfde conclusie als bij arbeidsinzet: zolang er nog onvoldoende ervaring is met de weging van de klimaatimpact van zorginterventies, is de enige mogelijkheid om de klimaatimpact mee te wegen in een deliberatief proces.

Meewegen in een deliberatief proces

In dit scenario wordt de klimaatimpact van een interventie in een deliberatief proces, bijvoorbeeld in een panel van deskundigen en stakeholders, afgezet tegen andere pakketcriteria zoals effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid, etc. Een uitwerking hiervan zou kunnen zijn dat een groter klimaateffect ertoe leidt, dat voor de andere criteria strengere eisen worden gesteld aan de interventie, en *vice versa*. Wanneer de conclusie is dat, rekening houdend met alle argumenten, de klimaatimpact van een interventie disproportioneel is, dan wordt deze in principe niet aanbevolen en vergoed.

In het hoofdstuk over arbeidsinzet gaf de commissie al aan dat deze werkwijze aansluit bij het huidige afwegingsproces bij het Zorginstituut, waarbij de ACP de rol van panel van deskundigen vervult. Wat in die paragraaf werd gesteld over de voor- en nadelen van deze werkwijze en de eisen die aan het deliberatieve proces worden gesteld, is voor het wegen van klimaatimpact zonder vaste normen niet anders.

Net als voor arbeidsinzet, vindt de commissie het scenario van het naast elkaar wegen van criteria zonder vaste normen het meest voor de hand liggend. Een nadeel daarvan is dat de

urgentie van het criterium hier minder tot haar recht komt. Daarvoor is echter nodig dat het criterium eerst verder is uitgewerkt en eenduidig kan worden toegepast.

Zoals eerder in dit advies is aangegeven, werkt het Zorginstituut momenteel aan een overkoepelend afwegingskader dat transparantie moet bieden hoe de uitkomsten op de verschillende criteria tegen elkaar worden afgewogen.

De commissie adviseert om met de voorstellen die zij in dit hoofdstuk heeft gedaan voor de uitwerking en weging van het criterium klimaatimpact zo snel mogelijk aan de slag te gaan. Dat kan door de voorgestelde methode toe te passen op casuïstiek. Op basis van de ervaringen die worden opgedaan, kan de voorgestelde methode verder worden verbeterd. Daarnaast kunnen dan in de loop van de tijd de vorderingen met harmonisatie en standaardisatie van LCA's worden meegenomen. In hoofdstuk 5 schetst de commissie hoe een dergelijke ontwikkelperiode voor zowel arbeidsinzet als duurzaamheid vorm zou kunnen krijgen.

4.4 Drempel voor relevantie meewegen van klimaatimpact

Voor het meewegen van klimaatimpact geldt de eis van proportionaliteit. Een belangrijke vraag is daarom vanaf welke waarde voor de CO₂-uitstoot van een interventie relevant wordt om mee te wegen. De commissie heeft gezocht naar handvatten om een dergelijke drempelwaarde te markeren. Bijvoorbeeld door uit te gaan van eenzelfde verhouding als de drempelwaarde van de budgetimpact (bij een budgetimpact van meer dan €10 miljoen per jaar is een economische evaluatie verplicht) tot het totale zorgbudget (92,8 miljard euro). Dat zou dan uitkomen op een drempelwaarde van 0,01% van de huidige uitstoot. De commissie kan echter op dit moment niet zeggen of dit een reële drempelwaarde is. De drempelwaarde voor budgetimpact is inmiddels gebaseerd op vele jaren ervaring. Die ervaring is er in dit geval nog niet. Bovendien zal de grens voor CO₂-uitstoot van de zorg over de jaren omlaaggaan, aansluitend bij de doelstelling van de green deal (in 2050 klimaatneutraal).

De commissie komt op basis van deze overwegingen tot de conclusie dat het bepalen van een drempelwaarde op dit moment nog niet mogelijk is. Net als voor arbeidsinzet stelt zij ook hier voor te beginnen met interventies waar de klimaatimpact evident een overweging zal zijn. Om dit te kunnen beoordelen is de betrokkenheid van experts noodzakelijk omdat niet verwacht kan worden dat deze expertise bij zorgpartijen zelf aanwezig is.

4.5 Maatschappelijke perspectieven en belangen

In de adviesvraag aan de commissie was er verzoek om verschillende maatschappelijke perspectieven en belangen te belichten van patiënten en cliënten, burgers, zorgaanbieders, zorgverleners, zorginkopers en adviesorganen.

Bij de start van haar adviestraject heeft de commissie een inloopsessie gehouden voor betrokken partijen en een aantal kennisorganisaties. Voor deze sessie waren ook fabrikanten van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen uitgenodigd. Tijdens deze sessie hebben leden van de commissie aan verschillende gesprekstafels de eerste gedachten van de deelnemers opgehaald. Hieronder noemt de commissie de belangrijkste punten die zij van hen heeft gehoord met betrekking tot het meewegen van het criterium milieu-impact.

- De meest duurzame optie past niet altijd binnen het systeem, bijvoorbeeld vanwege patiëntenpreferenties, financiële prikkels of sturing op doelmatigheid door zorgverzekeraars;
- Het is belangrijk om te kijken wat je hierin meeneemt en waar de kosten neerslaan;
- Het is belangrijk dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit/gezondheidswinst voor de patiënt;
- Minder zorg verlenen is meestal duurzamer, dus haal niet-effectieve zorg uit het pakket;
- Belangrijk is dat er internationaal harmonisatie komt van methoden, indicatoren en normen voor duurzaamheid;
- Kijk niet alleen naar interventies, maar ook op organisatie- of afdelingsniveau. En naar perverse prikkels. Bijvoorbeeld spillage in het ziekenhuis.

Omdat niet alle partijen eenzelfde perspectief hebben, benoemt de commissie hierna een aantal specifieke gezichtspunten op het meewegen van milieu-impact bij keuzen in de zorg.

Patiënten/cliënten/burgers

Hoewel er in de samenleving een toenemend maatschappelijk draagvlak lijkt te zijn voor het verduurzamen van onze samenleving en dus ook van de verduurzaming van de gezondheidszorg, kan dit anders komen te liggen wanneer zich conflicterende belangen voordoen. Zoals in het geval dat een interventie veel gezondheidswinst brengt tegen grote milieu-impact. Dan is er wellicht minder bereidheid om deze interventie niet te gaan toepassen. Dat geldt mogelijk ook voor het kiezen voor een iets minder effectieve interventie die veel minder milieu-impact heeft.

Aan het maatschappelijk draagvlak moet blijvend worden gewerkt. Een onderzoek van het Nivel¹⁰⁷ liet zien dat mensen bereid lijken te zijn iets “in te leveren” voor duurzame zorg. Zo antwoordde 11% tot 13% van de ruim 1000 mensen van een consumentenpanel dat zij meer duurzame zorg willen ontvangen, ook als die zorg voor henzelf minder effectief zou zijn. Bovendien gaf 62% aan bereid te zijn om een hogere zorgverzekeringspremie te betalen voor duurzamere zorg. Wanneer het NIVEL mensen met een chronische of een lichamelijke beperking bevroeg, bleek 42% bereid om zorg te ontvangen waarbij rekening wordt gehouden met het milieu; ruim 1 op de 5 geeft zelfs de voorkeur aan medicatie die zeer milieuvriendelijk is¹⁰⁸. De Patiëntenfederatie Nederland (PN) deed ook onderzoek onder haar achterban naar haar opvattingen over duurzaamheid in de zorg. Onderstaande figuur laat zien dat een aanzienlijk aantal van de 9000 respondenten bereid is duurzaamheid mee te wegen in de zorgkeuze¹⁰⁹.



Figuur 3: onderzoek NP onder patiënten naar meewegen duurzaamheid

De vraag kan worden gesteld of dit draagvlak zal blijven groeien bij de huidige politieke verhoudingen. Mogelijk dat burgers hier anders over gaan denken wanneer er vanuit de overheid een minder stimulerend beleid is ten aanzien van verduurzaming in de zorg (en daarbuiten).

Zorgaanbieders

Zorgaanbieders hebben vooral te maken met maatregelen voor verduurzaming van gebouwen, apparatuur en materialen waar zij veel in moeten investeren. Het aanbieden van duurzame zorginterventies heeft wellicht voor hen nog minder prioriteit. Wel ziet de commissie zorgaanbieders maatregelen treffen in het kader van minder arbeidsinzet die ook positief bijdragen aan de duurzaamheid. Bijvoorbeeld door het stoppen van overbodige zorg en het vervangen van fysieke zorg door digitale zorg. Al is het zo dat digitale zorg ook impact heeft op het milieu en goed moet worden gekeken welke hulpmiddelen worden gebruikt om een goede afweging te kunnen maken.

¹⁰⁷ Deel zorggebruikers zegt klimaatimpact te willen meewegen bij zorgkeuze. R. A. Verhaar, B. J. Knottnerus, A. E. M. Brabers and C. Wagner. Nivel 2022

¹⁰⁸ Een deel van de mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking staat open voor milieuvriendelijke zorg R. A. Verhaar, J. Menting and B. J. Knottnerus. Nivel 2023

¹⁰⁹ Rapport: Verduurzaming van de zorg. Patiëntenfederatie Nederland. 2024

Zorgverleners

Er is een groeiende groep zorgverleners en beroepsgroepen die zich bewust is van de schadelijke milieueffecten van de zorg en die zoekt naar milieuvriendelijke alternatieven. Zo hebben 55 commissies uit verschillende beroepsgroepen en 180 green teams zich verenigd in de Groene Zorg Alliantie. Zij zoeken naar allerlei manieren om de zorg te verduurzamen zoals het wegen van duurzaamheid van interventies in richtlijnen en het zoeken naar duurzame locaties om zorg te verlenen (bijvoorbeeld de groene GGZ).

Zorginkopers

Zorginkopers hebben de taak voldoende goede zorg in te kopen voor hun verzekerden. Doelmatigheid is daar al lang een belangrijk aspect van. Het meenemen van duurzaamheid is nog redelijk nieuw en ook lastig omdat daar nog niet zo veel gegevens over bekend zijn.

Industrie

Het verduurzamen van productieproces van genees- en hulpmiddelen is een belangrijk speerpunt bij de verduurzaming van de zorg. Uiteindelijk zal dit eraan bijdragen dat de CO₂-uitstoot van een interventie lager wordt.

Adviesorganen

In verschillende beleidsrapporten wordt zorg uitgesproken over de toekomstbestendigheid van de zorg. De grootste zorg betreft het tekort aan zorgpersoneel, maar ook de duurzaamheid wordt als een belangrijk punt gezien.

Al deze perspectieven overziende, ziet de commissie draagvlak bij alle partijen om milieu-impact een rol te geven bij keuzen in de zorg, maar lijkt dit over de hele linie minder groot dan voor het meewegen van arbeidsinzet. Dat is ook wel logisch, want het arbeidsvraagstuk is al heel manifest aanwezig zodat burgers daar al de gevolgen van ondervinden. Voor de milieu-impact van de zorg lijkt dat nog niet zo, ook al ondervinden groepen mensen in Nederland al last van klimaatverandering, zoals hittestress in woningen, overstromingen door hevige regenval etc. Het is belangrijk om in de samenleving het debat te voeren welk nieuw evenwicht nodig is om goede zorg te kunnen blijven bieden met de daarvoor beschikbare mensen en middelen, met zo min mogelijk schade voor het milieu.

4.6 Conclusies en aanbevelingen voor onderzoek

In dit hoofdstuk heeft de commissie een verkenning uitgevoerd naar de context van het duurzaamheidvraagstuk in de zorg en naar de mogelijkheid om duurzaamheid als criterium te definiëren, te meten, in een hanteerbaar getal uit te drukken, en mee te wegen bij keuzen in de zorg. Deze verkenning heeft geleid tot een aantal observaties, conclusies en voorstellen. De ecologische crisis en de gevolgen die dat heeft voor mens en milieu vormen een grote mondiale uitdaging. Veel mensen in de wereld ervaren hier al de gevolgen van, ook in ons land. Denk daarbij bijvoorbeeld aan hittestress in woningen en overstromingen als gevolg van hevige regenval en de toename van bepaalde ziektebeelden, ook in Nederland¹¹⁰. Omdat de zorg ook substantieel bijdraagt aan de ecologische crisis is het van belang om ook in deze sector maatregelen te nemen.

Die maatregelen moeten in samenhang plaatsvinden en op verschillende beleidsniveaus en dat gebeurt ook. Op mondiaal, Europees en nationaal niveau worden afspraken gemaakt om op allerlei gebieden, ook in de zorg, te verduurzamen. Het meewegen van de duurzaamheid als criterium in het pakketbeheer draagt hier slechts beperkt aan bij. Desalniettemin gaat er een belangrijk maatschappelijk signaal uit van het verzoek van de minister, en kan worden verwacht dat bij introductie van dit nieuwe criterium al bij de ontwikkeling van nieuwe interventies vaker met duurzaamheid rekening zal worden gehouden. Om een bredere impact te kunnen hebben met dit advies, richt het zich op het maken van keuzen in de zorg in den brede, dus niet alleen op pakketbeslissingen. Het is immers van belang om ook in professionele richtlijnen en andere kwaliteitstandaarden het criterium duurzaamheid mee te wegen.

¹¹⁰ <https://www.ntvg.nl/artikelen/klimaatverandering-en-infectieziekten-wereldwijd>

De commissie heeft in de literatuur nog geen beschrijving gevonden van gebruiksklare methoden waarmee dit zou kunnen. De commissie vindt het belangrijk hier zo snel mogelijk een start mee te maken en heeft op basis van wat er in de literatuur al wel beschikbaar is een eerste opzet uitgewerkt. Daarbij definieert zij duurzaamheid als milieu-impact, toegespitst op klimaatimpact en gemeten in CO₂e-uitstoot. De reden daarvoor is dat klimaatimpact een belangrijk aandeel heeft in de milieu-impact, en dat hierover de meeste gegevens beschikbaar zijn. De commissie realiseert zich dat zo in bepaalde gevallen mogelijk andere belangrijke aspecten buiten beschouwing blijven en adviseert een expert te betrekken bij de vraag of er sprake kan zijn van dergelijke trade-offs. De LCA-methode die in de literatuur wordt beschreven en die ook in diverse sectoren al wordt toegepast om de CO₂e-uitstoot te bepalen, biedt voldoende aanknopingspunten om bij wijze van proef mee te beginnen.

De commissie heeft enkele concrete parameters voorgesteld die hierbij kunnen worden gebruikt, en die in onderlinge samenhang richting kunnen geven aan de beoordeling en weging van het klimaateffect van zorginterventies. De commissie heeft aan de hand van een voorbeeld geïllustreerd dat het technisch mogelijk is deze berekeningen te maken. De methode die in dit advies is beschreven moet echter zeker nog verder worden ontwikkeld. De commissie stelt voor dat te doen in een proefperiode waarin met casuïstiek ervaring kan worden opgedaan. Op basis hiervan en op basis van verder onderzoek kan de methode verder worden uitgewerkt en geschikt worden gemaakt voor meer routinematige toepassing, onder meer door de samenstelling van een handleiding voor meting van klimaatimpact van zorginterventies, naar analogie van de bestaande kostenhandleiding van het Zorginstituut. De commissie verwacht dat voor het criterium duurzaamheid, meer dan voor het criterium arbeidsinzet, het accent in de proefperiode zal liggen op het ontwikkelaspect. Toch sluit zij niet uit dat in gevallen waarin verschillen tussen interventies in klimaatimpact groot en overduidelijk zijn, deze klimaatimpact al tijdens de proefperiode kan meewegen in besluiten over opname in basispakket of richtlijnen.

De haalbaarheid van een routinematige toepassing van klimaatimpact als pakketcriterium hangt ook af van het maatschappelijke draagvlak in de samenleving om duurzaamheid als criterium te hanteren bij beslissingen over de inzet van zorginterventies. Verder onderzoek naar draagvlak is dus van belang. Dat zou ook moeten plaatsvinden tijdens de proefperiode. In hoofdstuk 5 beschrijft de commissie in meer detail hoe een proefperiode eruit kan zien.

Om de aanzet die de commissie in dit advies doet verder te brengen, is nader onderzoek nodig op tenminste de volgende punten:

- Standaardisatie van LCA-gebaseerde methoden om van zorginterventies de klimaatimpact te bepalen, en onderzoek naar de mogelijkheid om bestaande methoden te vereenvoudigen met behoud van voldoende betrouwbaarheid;
- Ontwikkeling van gestandaardiseerde en praktisch toepasbare methoden om van zorginterventies ook andere aspecten van milieu-impact te kwantificeren;
- Onderzoek naar eventuele dubbeltellingen tussen de voorgestelde parameters voor klimaatimpact enerzijds en de bestaande parameters voor effectiviteit, kosten en budgetimpact anderzijds, en naar de mogelijkheid klimaatimpact te integreren met een van deze bestaande parameters;
- Ontwikkeling van een afwegingskader waarmee klimaatimpact kan worden afgewogen tegen de andere criteria die bij het pakketbeheer worden gebruikt;
- Onderzoek naar een drempelwaarde waarmee kan worden bepaald wanneer het bepalen van de klimaatimpact van zorginterventies relevant wordt;
- Onderzoek naar het maatschappelijk draagvlak en preferenties voor het meewegen van duurzaamheid bij keuzen in de zorg;
- Onderzoek naar de inspanning die nodig is om de voorgestelde parameters te berekenen en mee te wegen, en naar wat dit bijdraagt aan de oplossing van het duurzaamheidsvraagstuk in de zorg (proportionaliteit).

Momenteel werkt ZonMw het kaderprogramma Passende Zorg uit. Dit is een onderzoeksprogramma dat is gelieerd aan het programma VVTB. Onderzoek dat nodig is om de pakketcriteria verder uit te werken en te wegen, heeft hier dus een plaats. Ook kan worden gezien of onderzoeksvragen die uit dit advies voortvloeien, kunnen worden ingepast in de eigen meerjarenonderzoeksagenda van het Zorginstituut en/of in één van zijn of andere academische

werkplaatsen. De commissie adviseert het Zorginstituut om samen met ZonMw, zorgpartijen en experts op het gebied van (het meten van) duurzaamheid van zorg de bovenstaande aanbevelingen voor onderzoek te vertalen naar passende onderzoeksvragen.

5 Synthese en voorstel voor implementatie

In de vorige twee hoofdstukken heeft de commissie beschreven hoe de criteria arbeidsinzet en duurzaamheid zouden kunnen worden uitgewerkt. In dit hoofdstuk brengt de commissie de resultaten hiervan samen om zo een aantal algemene conclusies te kunnen trekken die ook van toepassing kunnen zijn buiten de context van het pakketbeheer. Hoewel beide criteria van elkaar verschillen in herkomst, achtergrond, analyseniveau en in de mate waarin ze in de samenleving worden beleefd, ziet de commissie overeenkomsten in het werk dat gedaan moet worden om:

- Goede methodologieën te (door)ontwikkelen om de beide criteria te meten;
- Te bepalen welke operationalisaties en methoden het meest bruikbaar zijn voor het maken van keuzes over de inzet van zorg;
- Onderzoek te doen naar het maatschappelijk draagvlak om deze criteria mee te wegen bij beslissingen over de inzet van zorg en waar grenzen liggen in de bereidheid hiertoe;
- Een indruk te krijgen wanneer het relevant wordt om deze criteria mee te nemen;
- Een transparante en consistente manier van wegen te ontwikkelen van deze criteria ten opzichte van elkaar en ten opzichte van andere criteria.

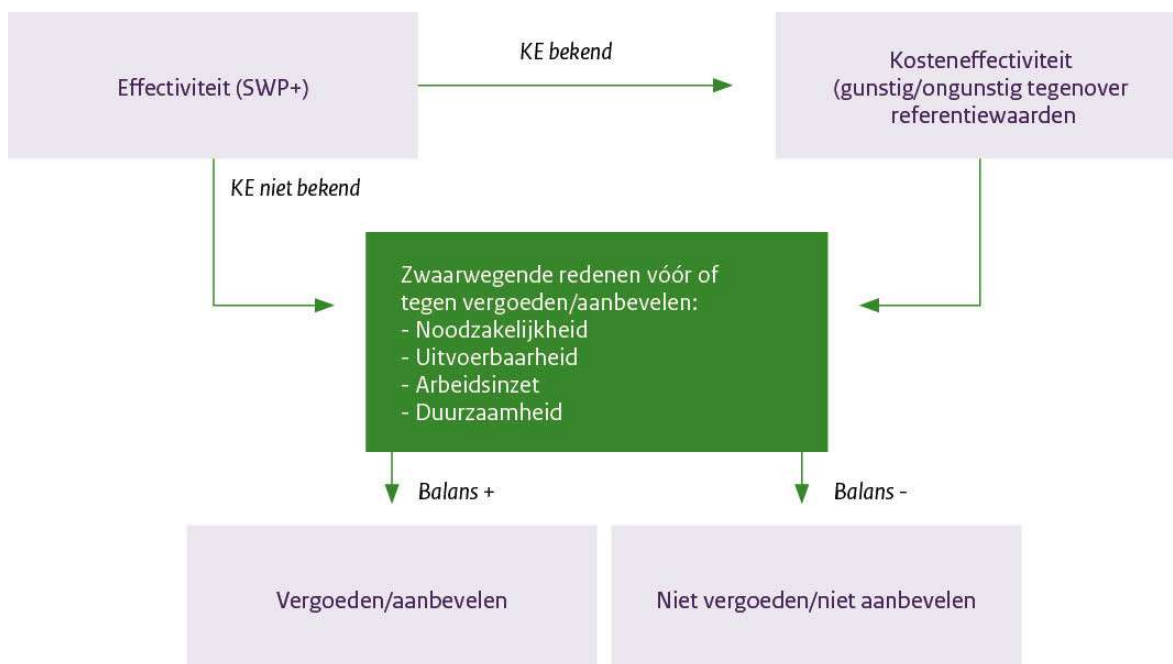
Voor beide criteria is er ook een beleidsmatige urgentie, al wordt deze mogelijk niet overal in de samenleving voor beide criteria hetzelfde beleefd. Deze urgentie maakt echter dat niet kan worden gewacht totdat allerlei aspecten zijn ontwikkeld. Er moet gewoon worden begonnen.

De ervaring leert immers dat er veel tijd kan zitten tussen het eerste voornemen om een criterium te gaan toepassen en de daadwerkelijke implementatie daarvan. De eerste richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek dateren bijvoorbeeld al van 1999, terwijl zij pas in 2006 daadwerkelijk leidend werden voor alle vergoedingsaanvragen van geneesmiddelen. De periode daartussen was een overgangperiode waarin op vrijwillige basis farmaco-economische dossiers konden worden ingediend waarmee aanvragers en beoordelaars ervaring konden opdoen. Daarna heeft het nog tot 2015 geduurd dat de huidige referentiewaarden voor kosteneffectiviteit zijn ingevoerd en nu wordt anno 2024 binnen het VVTB-programma onderzocht of en hoe kosteneffectiviteit in wet- en regelgeving kan worden verankerd.

Dat het zo lang heeft geduurd om het criterium kosteneffectiviteit een grotere rol te laten spelen in pakketbeoordelingen, heeft ook als reden dat de samenleving hiernaartoe moest groeien. Lang was de publieke opinie dat kosten geen rol zouden mogen spelen bij besluiten over het vergoeden van zorg. Inmiddels lijkt wel breed geaccepteerd dat de samenleving hier niet meer om heen kan.

Nieuwe maatschappelijke uitdagingen vragen nu om aanvullende afwegingen. De urgentie van die uitdagingen staat niet toe dat dit ook zo lang gaat duren. Daarom stelt de commissie voor zo snel mogelijk aan de slag te gaan met het toepassen van de criteria arbeidsinzet en duurzaamheid in een ontwikkelperiode en die te gebruiken om de benodigde kennis en ervaring op te doen. Deze ervaring kan worden verkregen door het uitvoeren van "proeftoetsen" op ingebrachte casuïstiek. Naarmate er meer ervaring wordt opgedaan, kan zo een de proeftoets gaandeweg het karakter van een volledige "schaduw-beoordeling" krijgen waarvan een maatschappelijke weging een onderdeel is. Daarbij moet de term "beoordeling" ruim worden gezien. Het gaat hierbij dus bijvoorbeeld ook over een besluit om een interventie aan te bevelen in een professionele richtlijn. Als de gegevens hierover van voldoende kwaliteit zijn, moet het ook al tijdens de ontwikkelperiode mogelijk zijn om op basis van deze schaduwbeoordeling een besluit te nemen om zorg te vergoeden of aan te bevelen.

Voor dit doel kan het beoordelingsschema dat op dit moment al wordt toegepast in het pakketbeheer worden uitgebreid met de nieuwe criteria zoals afgebeeld in onderstaande figuur. De commissie geeft het Zorginstituut hierbij in overweging bij de actualisatie van het beoordelingskader uitvoerbaarheid ook de relatie tot de nieuwe criteria arbeidsinzet en duurzaamheid te bezien.



Figuur 4: nieuwe criteria toegevoegd aan beoordelingsschema

De commissie stelt een proefperiode voor van drie jaar, waarbij het Zorginstituut, zorgpartijen, kennisorganisaties en experts op het gebied van het meten van arbeidsinzet en klimaatimpact in de zorg samen optrekken. De inspanning van al deze partijen is nodig om de voorstellen uit dit advies verder te brengen. Om een dergelijk ontwikkeltraject succesvol te laten verlopen, beveelt de commissie aan dat:

1. Dit ontwikkeltraject wordt opgenomen in het werkprogramma van het Zorginstituut, inclusief de daarvoor benodigde financiële en personele middelen, en met een externe begeleidingscommissie;
2. Er voldoende financiering komt voor benodigd onderzoek tijdens de proefperiode (verzameling en analyse van gegevens per casus, evaluatie en aanpassing van de methodologie, draagvlakmeting, et cetera). Hiertoe zou dit onderzoek bijvoorbeeld kunnen worden ondergebracht in het kaderprogramma Passende Zorg van ZonMw en de meerjarenonderzoeksagenda van het Zorginstituut, al dan niet in combinatie met één van zijn of andere academische werkplaatsen.

Qua activiteiten ziet de commissie voor het Zorginstituut een aanjagende en faciliterende rol, waaraan zij als volgt invulling kan geven.

- Het aanmoedigen en faciliteren dat er casuïstiek wordt aangedragen, bijvoorbeeld door partijen in de zorg (zoals richtlijnopstellers en hun organisaties) of uit de onderzoekswereld. Dit kan het Zorginstituut bijvoorbeeld doen door informatie beschikbaar te stellen en bronnen en ervaringen te delen via een website, het organiseren van seminars of andere bijeenkomsten, spreken op bijeenkomsten en dergelijke. Ook kan zij zelf geschikte vergoedingsdossiers inbrengen;
- Samen met aandragende partijen en relevante experts bepalen of het criterium voldoende relevant is om mee te nemen en hen helpen om tot de goede berekeningen te komen. Het kan gaan over casuïstiek waarbij één van deze twee criteria relevant is, maar het kan ook zijn dat beide criteria van toepassing zijn;
- Dossiers voorleggen voor een maatschappelijke weging aan de ACP en/of de KR wanneer de metingen en berekeningen die zijn gedaan voldoende valide zijn. Een optie is om gebruik te maken van het samenwerkingsproces dat is opgesteld voor de advisering door deze twee

- commissies wanneer een kwaliteitstandaard voldoet aan de risicocriteria voor mogelijk substantiële meerkosten. Om te bepalen of metingen en berekeningen voldoende valide zijn, kan de WAR om advies worden gevraagd. Deze commissies moeten voor deze taak wel ondersteuning hebben van experts omdat zij deze expertise nu niet of beperkt hebben;
- Samen met aandragende partijen de resultaten van de weging bespreken en overleggen wat dit betekent voor een eventuele beslissing. Dat vergt ook een ethische reflectie op trade-offs die ontstaan, zoals de vraag hoe om te gaan met situaties waarin een veel duurzamer alternatief wat minder effectief is dan bestaande zorg. Daarbij zijn natuurlijk ook de partijen betrokken die bij de “gebruikelijke” besluitvorming betrokken zijn zoals patiënten, zorgverzekeraars, fabrikanten, zorgprofessionals en de zorginstellingen die de zorg leveren waarover het gaat;
 - Lopende de proefperiode de resultaten van onderzoek verwerken in de methoden en de informatie daarover verspreiden. De commissie beveelt in dit verband aan om, op basis van verder onderzoek en de opgedane ervaringen, voor de meting van klimaatimpact in het kader van pakketbeheer een gedetailleerde handleiding op te stellen, naar analogie van de kostenhandleiding die wordt gebruikt voor kosteneffectiviteitsanalyses.

De commissie stelt voor halverwege de proefperiode na anderhalf jaar de tussenbalans op te maken om te kijken wat goed gaat en wat minder goed en waar eventueel versnelling of aanpassing op nodig is. Op dat moment kunnen zo nodig ook de voorgestelde criteria aangepast of verfijnd worden. Na drie jaar kan de eindbalans van de ontwikkelperiode worden opgemaakt. Op basis van hetgeen onderzoek heeft opgeleverd en op basis van de ervaringen met casuïstiek, kan op dat moment worden bepaald wat nodig is om een volgende stap te zetten in de implementatie van deze twee criteria. Het is ook mogelijk dat de conclusie is dat dit niet voor allebei de criteria hetzelfde is

6 Conclusies, consultatie en advies

6.1 Conclusies

De commissie heeft in dit advies een verkenning uitgevoerd naar de mogelijkheden om arbeidsinzet en duurzaamheid te operationaliseren en te bepalen hoe zij kunnen worden gewogen in het pakketbeheer. Zij is hierbij uitgegaan van het “verbrede pakketbeheer” dus van alle momenten dat er keuzen tussen twee interventies worden gemaakt. Op die manier heeft haar advies, zo is de verwachting, een groter effect. Dat effect wordt nog groter wanneer de adviezen van de commissie niet alleen worden gebruikt om een keuze te maken tussen twee interventies, maar ook al bij de ontwikkeling van zorg en bij beslissingen op het niveau van de zorgorganisatie. Om dat te bevorderen kan het Zorginstituut de adviezen van de commissie ook gebruiken bij zijn andere wettelijke taken zoals het bevorderen van kwaliteitsverbetering en het signaleren van belangrijke ontwikkelingen in de zorgpraktijk of in de zorgkosten.

De commissie vond dat zowel voor arbeidsinzet als voor duurzaamheid nog nauwelijks methoden zijn beschreven die toepasbaar zijn voor het doel van dit advies. Andere landen lijken daar ook niet verder mee te zijn. Dat maakt dat er nog geen voorbeelden zijn om uit te putten. Er is dus nog verder onderzoek nodig; de commissie doet hier een aantal aanbevelingen voor. Toch vindt zij het van belang om niet te gaan zitten wachten op dit onderzoek. De vraagstukken zijn urgent en vragen om daadkracht. De commissie doet daarom in dit advies voor beide criteria voorstellen hoe zij nu al toegepast kunnen worden. Dit zijn de ingrediënten voor een ontwikkelperiode waarin ervaring kan worden opgedaan met casuïstiek. Onderdeel daarvan is ook een maatschappelijke weging van alle criteria. Omdat beide criteria nog volop in ontwikkeling zijn, zijn ze nog niet eenduidig uitgewerkt en vindt de toetsing ervan plaats naast de andere criteria zonder vaste normen.

Hoewel arbeidsinzet en duurzaamheid urgente vraagstukken zijn, hebben zij in de voorgestelde weging nog niet hetzelfde bepalende karakter als bijvoorbeeld de effectiviteit of de kosteneffectiviteit. Naarmate de beide criteria beter worden uitgewerkt (gekwantificeerd en genormeerd) kan dat wellicht veranderen. Dat ligt echter niet alleen aan de gewenste methodologische uitwerking, maar ook aan het maatschappelijk draagvlak voor het toepassen van deze criteria. Het kan zijn dat dit verschilt per criterium, wat kan leiden tot een gedeeltelijke of een gefaseerde implementatie van dit advies. Onderzoek naar het draagvlak voor het toepassen van deze criteria is daarom van belang tijdens de proefperiode. Dat maakt het mede mogelijk om aan het einde van de ontwikkelperiode een geïnformeerde beslissing te nemen over het vervolg.

6.2 Resultaten van de consultatie

Het conceptadvies is op 6 december 2024 voorgelegd aan betrokken partijen, kennisorganisaties en experts. De commissie heeft op deze uitnodiging 29 reacties gekregen uit kringen van belanghebbende partijen (zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgprofessionals en fabrikanten), (kennis)organisaties van de overheid en de academie. De commissie waardeert de moeite die zij allen hebben genomen om, soms uitgebreid, op het conceptadvies te reageren.

De overgrote meerderheid van de partijen die heeft gereageerd, steunt de voorstellen van de commissie van harte. Wel hebben zij soms vragen of opmerkingen bij de toepassing ervan. De commissie heeft voor zichzelf de gemaakte opmerkingen grofweg ingedeeld naar: opmerkingen over de toegevoegde waarde van het advies; opmerkingen over de keuzes die de commissie in het advies heeft gemaakt ten aanzien van de uitwerking van de beide criteria; en kleinere tekstsuggesties. Omdat het, gezien het grote aantal reacties, niet doenlijk is om aan te geven welke partij welke punten heeft ingebracht, geeft de commissie hierna in algemene bewoordingen de naar haar mening belangrijkste punten weer en geeft zij aan tot welke wijzigingen in het advies die opmerkingen hebben geleid. In bijlage 3 bij dit advies is een overzicht van alle reacties bijgevoegd met de onderliggende individuele reacties.

Opmerkingen over de toegevoegde waarde van het advies

Hoewel in veel reacties de in het advies voorgestelde richting wordt onderschreven, heeft de commissie ook reacties gekregen waarin de toegevoegde waarde en/of de uitvoerbaarheid van het advies wordt betwijfeld. Daarvoor worden de volgende argumenten genoemd:

- Het is belangrijk dat er voor duurzaamheid en arbeidsinzet heldere kaders komen, maar die moeten niet worden gezocht in gedetailleerde beoordelingsstructuren. Dat zorgt er bovendien voor dat patiënten later toegang krijgen tot zorg;
- Het tempo waarin de veranderingen zich in de maatschappij voltrekken c.q. nodig zijn, staat in geen verhouding tot de tijd die nodig zou zijn om de voorgestelde criteria te ontwikkelen en in den brede toe te passen;
- De bijdrage van pakketbeheer is maar bescheiden; maatregelen op een hoger abstractieniveau zijn effectiever;
- In het verlengde van het vorige punt: het advies gaat om een vergelijking tussen twee interventies en is dus geen integrale afweging over welke zorg wel of niet geleverd moet worden gegeven de schaarste;
- De voorstellen van de commissie leiden tot veel werk voor een sector waar al veel op af komt. Is er geen pragmatischer aanpak denkbaar?

Reactie commissie

De commissie begrijpt de twijfel die in deze reacties wordt geuit. Niet voor niets geeft zij in haar advies aan dat het wegen van arbeidsinzet en duurzaamheid moet worden ingebed in een samenhangend geheel van maatregelen, waarvan sommige ook al in gang zijn gezet. Waar daarop kan worden versneld, moet zeker worden doorgepakt. Maar ondanks dat het pakketbeheer, en dus ook dit advies, zich richt op een vergelijking van twee interventies en niet op een integrale afweging welk totale pakket aan (verzekerde) zorg zou moeten worden geleverd in tijden van schaarste, vindt de commissie dat van het meewegen van arbeidsinzet en duurzaamheid in pakketbesluiten en richtlijnen toch een belangrijk signaal uit gaat. Tegen deze achtergrond ziet zij dan ook het belang om de vraag die de Minister van VWS over de uitwerking en weging van deze criteria heeft gesteld, te beantwoorden, met een zo breed mogelijke werking. Daarbij realiseert de commissie zich dat er met implementatie van de adviezen een langere tijd gemoeid kan zijn, maar adviseert zij tevens om aan de slag te gaan met wat er al wel kan om zo snel mogelijk de vruchten te kunnen plukken van deze aanpak. Deze punten stonden al in het advies, maar de commissie heeft dit op een aantal plekken nog eens extra benadrukt. Ook heeft de commissie toegevoegd dat tijdens de ontwikkelperiode ook onderzoek moet worden gedaan naar de inspanning die nodig is om de voorgestelde parameters te berekenen, en naar wat deze daadwerkelijk bijdragen aan besluitvorming in het pakketbeheer en in richtlijnen (proportionaliteit). Daarbij merkt de commissie op dat, hoewel zij in het advies soms bewerkelijke methoden voorstelt, dat niet wil zeggen dat die altijd volledig moeten worden gevolgd. Uitgangspunt moet steeds proportionaliteit en passendheid zijn: wat relevant is voor besluitvorming moet worden gemeten en gewogen, en keuzes die daarin worden gemaakt moeten goed worden beargumenteerd. De aanbevelingen zijn op dit punt aangepast.

Opmerkingen met betrekking tot de door de commissie gemaakte keuzen.

Met betrekking tot de keuzen die de commissie heeft gemaakt in de uitwerking van de criteria arbeidsinzet en duurzaamheid heeft een aantal geconsulteerde partijen de volgende opmerkingen gemaakt:

- Heroverweeg de keuze om de inzet van informele zorg en van de werkbeleving bij het criterium arbeidsinzet alleen in kwalitatieve zin mee te nemen. Partijen geven aan dat dit onlogisch is omdat in de richtlijnen voor economische evaluaties informele zorg al wel kwantitatief wordt meegenomen in de kosten. Bovendien is de verschuiving van formele zorg naar informele zorg juist een beweging die in veel beleid wordt nagestreefd en daarom ook gemeten zou moeten worden. Dat geldt ook voor de werkbeleving die een belangrijke factor is voor ziekteverzuim of voor het verlaten van de zorg en daarmee medebepalend is voor de beschikbare capaciteit. Overigens heeft de commissie ook een reactie gekregen waarin het meenemen van werkbeleving juist ontraden wordt omdat dit een te subjectieve factor zou zijn.
- De microcosting methode om de arbeidsinzet te meten is erg arbeidsintensief, terwijl wellicht andere methoden volstaan. Bijvoorbeeld door aan te sluiten bij de methode voor

kostprijsonderzoek van de NZa of door te werken met standaardwaarden. Naar dat laatste gaat onderzoek plaatsvinden.

Reactie commissie

De commissie onderschrijft het belang van informele zorg, ook in het kader van pakketbeheer, maar ziet zoals in hoofdstuk 3 aangegeven praktische belemmeringen om informele zorg op dezelfde voet als formele zorg op te nemen in een nieuw pakketcriterium arbeidsinzet. Waar verschuiving van formele zorg naar informele zorg als gevolg van een interventie aan de orde is, moet dat natuurlijk worden meegewogen. Daarom stelt de commissie voor dit aspect, al dan niet kwantitatief gemeten, mee te nemen in de deliberatie. Datzelfde geldt voor de werkbeleving, wanneer die verandert als gevolg van de introductie van een interventie. Wat betreft de aanbeveling van de microcosting methode blijft de commissie van mening dat deze het meest nauwkeurig is. Wanneer een andere methode proportioneel en passend is, kan die worden gebruikt, mits dit goed kan worden beargumenteerd. De aanbeveling van de commissie is op dit punt aangepast.

- Heroverweeg de keuze om te kiezen voor klimaatimpact als kwantitatieve maat voor het meten van milieu-impact en neem ook andere impactcategorieën mee, niet alleen in kwalitatieve zin zoals de commissie voorstelt voor het geval belangrijke aspecten worden gemist of dat er trade off plaatsvindt tussen impactcategorieën. Men waarschuwt dat een focus op CO₂ emissiereductie zou kunnen leiden tot *carbon tunnel vision* omdat andere effecten dan op de achtergrond raken.

Reactie commissie

De commissie begrijpt de zorg van partijen. Zij is zelf ook van mening dat zo snel mogelijk moet worden toegewerkt naar de situatie dat alle relevante impactcategorieën worden meegenomen, maar om redenen van haalbaarheid die zij in het advies ook heeft uitgelegd, stelt zij voor met de klimaatimpact te beginnen. Met het voorstel in het advies om met behulp van experts te bekijken of belangrijke aspecten worden gemist, denkt de commissie het risico op tunnelvisie te ondervangen. Op verschillende plaatsen in het advies heeft de commissie de teksten die hierover gaan verder aangescherpt om dit naar voren te brengen.

- Heroverweeg om de criteria arbeidsinzet en duurzaamheid als modifiers mee te nemen in het deliberatieve proces. Daarmee wordt dit proces zwaar belast, terwijl het, in ieder geval voor arbeidsinzet, al goed mogelijk is om dit te integreren in de kosteneffectiviteit.

Reactie commissie

De commissie onderkent dat het toevoegen van meer criteria aan een deliberatief proces risico's oplevert voor een consistente afweging en dat dit dus hoge eisen stelt aan het proces. Dit heeft zij ook in het advies benoemd. Zij ziet echter nog niet hoe *schaarste* van arbeidsinzet (in tegenstelling tot arbeidsinzet als zodanig) op adequate wijze kan worden geïntegreerd in de kosteneffectiviteit. Hoewel zij er zelf ook de voorkeur aan zou geven om arbeidsinzet (en duurzaamheid) in de kosteneffectiviteit mee te wegen, meent de commissie dat dit op dit moment nog niet haalbaar is.

- Van verschillende kanten is gereageerd op de opmerking in het rapport dat de centrale rol van het criterium effectiviteit wellicht zou moeten worden heroverwogen. Deze partijen geven aan dat effectiviteit altijd voorop zou moeten staan.

Reactie commissie

De commissie onderschrijft het grote belang van het criterium 'effectiviteit': een interventie moet om te beginnen bewezen effectief zijn. Maar op dit moment is het zo dat een interventie in het basispakket komt zodra deze meer effect heeft dan de interventie waarmee is vergeleken. Die meerwaarde kan echter erg gering zijn, waarbij je de vraag zou kunnen stellen of dit de inzet van meer personeel of meer impact op het milieu wel rechtvaardigt. Daarom zou de commissie willen pleiten voor een genuanceerder gebruik van dit criterium, waarbij de mogelijkheid wordt opengehouden dat de voorkeur wordt gegeven aan een (iets) minder effectieve interventie met een (veel) gunstiger effect op arbeidsinzet of milieu. Zij heeft de

formuleringen in het advies op dit punt aangepast, en meer context gegeven aan haar opmerkingen hierover.

Verder waren er opmerkingen over de keuze voor het resterende koolstofbudget als relatieve maat en over hoe de mate van gedetailleerdheid van de voorstellen zich verhoudt tot de opmerking van de commissie dat er nog veel moet worden ontwikkeld en tot het onderzoek dat op de korte termijn ook al gaat plaatsvinden. De commissie geeft in het advies nu meer uitleg over hoe de keuze voor het resterende koolstofbudget moet worden gezien en hoe de commissie deze heeft berekend. Ook benadrukt zij in het advies dat de (gedetailleerde) voorstellen die zij doet, zijn bedoeld om richting te geven aan de ontwikkeling en dat nieuwe inzichten uit onderzoek zo snel mogelijk in dit ontwikkelproces moeten worden verwerkt.

Tot slot hebben partijen veel tekstsuggesties gedaan waarvan de commissie er een aantal heeft over genomen. Het voert te ver om die aanpassingen hier allemaal te beschrijven.

6.3 Advies aan het Zorginstituut

De commissie adviseert het Zorginstituut om haar advies door te geleiden naar de Minister van VWS met een reactie hoe het de voorstellen van de commissie wil gaan implementeren.

De voorzitter van de commissie

Prof. Dr. Johan Mackenbach

Colofon

Volgnummer	2024005440
Auteurs	Jacqueline Zwaap, Ilse van Beusekom, Kees Luykx en Saskia Knies
Contactpersoon	Jacqueline Zwaap +31615054945
Afdeling	Zorg
Uitgebracht aan	RvB Zorginstituut