

Externe evaluatie

programma DoelmatigheidsOnderzoek 2006-2017



Externe evaluatie programma DoelmatigheidsOnderzoek 2006-2017

12 juli 2018



Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdpdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma DoelmatigheidsOnderzoek kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail doelmatigheidsonderzoek@zonmw.nl of telefoon 070-3495260 .

Datum: 12 juli 2018

Oplagenummer: 100/07/2018/DO

ZonMw

Laan van Nieuw Oost-Indië 334


Postbus 93245

2509 AE Den Haag

Tel. 070 349 51 11

Fax 070 349 53 58

www.zonmw.nl

 info@zonmw.nl

Inhoud

1	Inleiding.....	7
2	Werkwijze van de externe evaluatiecommissie	9
3	Reflectie naar aanleiding van het rapport van SiRM	11
4	Samenstelling externe evaluatiecommissie.....	15

Bijlagen

- A SiRM Rapport 'Benut potentieel. Evaluatie programma DoelmatigheidsOnderzoek 2006-2017'
- B Bijlagen SiRM Rapport 'Benut potentieel. Evaluatie programma DoelmatigheidsOnderzoek 2006-2017'
- C Brief – reactie commissie DoelmatigheidsOnderzoek (CDO)

1 Inleiding

VWS heeft bij de opdrachtverlening van het ZonMw programma DoelmatigheidsOnderzoek 2019-2021 ZonMw verzocht het programma DoelmatigheidsOnderzoek (DO) te laten evalueren. Het doel van de evaluatie voor VWS was het op waarde schatten van de impact van het programma DO. Levert het programma inderdaad een bijdrage aan gepast gebruik van zorg? Met andere woorden: kunnen waardevolle (innovatieve) doelmatige interventies (sneller) een weg vinden naar de praktijk en wordt het gebruik of de introductie van bewezen ondoelmatige interventies ontmoedigd?

De externe evaluatie commissie is ingesteld door ZonMw. De commissie kreeg tot taak om het extern uit te voeren evaluatieonderzoek van programma DO 2006-2017 te begeleiden. Het externe onderzoek is uitgevoerd door SiRM.

In deze reflectie markeert de externe evaluatiecommissie een aantal bevindingen uit het evaluatieonderzoek uitgevoerd door SiRM (zie bijlage B voor de samenstelling van deze commissie). De proces- en impactevaluatie, neergelegd in het rapport '*Benut potentieel. Evaluatie programma DoelmatigheidsOnderzoek 2006-2017*' is opgenomen in bijlage A. Bijlage C bevat de reactie van de commissie DoelmatigheidsOnderzoek op het evaluatierapport.

2 Werkwijze van de externe evaluatiecommissie

De startbijeenkomst van de externe evaluatiecommissie was op 17 oktober 2017. Op deze bijeenkomst zijn de *'terms of reference'* voor de evaluatie vastgesteld. Hierna is een offerte verzoek uitgegaan naar vijf externe bureaus. De ontvangen offertes voor uitvoering van de evaluatie zijn op 14 december 2017 beoordeeld, waarbij de opdracht werd gegund aan SiRM. Op de derde bijeenkomst op 15 januari 2018 zijn de doelstellingen en werkwijze van de evaluatie in meer detail met SiRM besproken. In de twee volgende bijeenkomsten (27 februari en 24 april 2018) is de voortgang van de evaluatie geagendeerd, waarna op 29 mei 2018 de conceptversie van het rapport is besproken en vastgesteld. Hierna heeft de externe evaluatiecommissie haar reflectie geformuleerd en is het voorliggend evaluatierapport vastgesteld.

3 Reflectie naar aanleiding van het rapport van SiRM

De externe evaluatiecommissie spreekt haar waardering uit voor de werkwijze, verrichte analyses en rapportage door SiRM. Het ZonMw-programma DO financiert al sinds 1999 wetenschappelijk onderzoek dat diagnostische procedures en medische behandelingen evalueert op effecten en kosten. De kennis uit dit programma draagt bij aan de onderbouwing van professionele richtlijnen, risicogericht pakketbeheer en overheidsbeleid gericht op gepast gebruik van zorg.

De evaluatie van programma DO 2006-2017 laat zien dat onderzoek naar gepast gebruik van zorg een grote waarde kent. Het evaluatierapport schetst een goed beeld van de impact die het ZonMw-programma DO genereert. Naast de grote maatschappelijke en wetenschappelijke opbrengst is ook het bewustzijn betreffende het leveren van doelmatige zorg vergroot. Het programma DoelmatigheidsOnderzoek heeft in de afgelopen jaren het belang van dit soort onderzoek op de kaart gezet. Daarnaast heeft het programma bijgedragen aan de ontwikkeling en het gebruik van wetenschappelijke instrumenten om doelmatigheid te meten.

Ten aanzien van de procesevaluatie concludeert SiRM dat de geïnterviewden voor de selectie van subsidieaanvragen ZonMw als de aangewezen partij zien. Er wordt gesproken van een zeer gedegen systeem van subsidiebeoordeling.

Het programma bestaat uit open en sinds 2013 uit gerichte financieringsrondes. Het onderzoek van SiRM wijst erop – met name door de korte looptijd - dat het nog te vroeg is om conclusies te trekken over de gerichte rondes en om het effect van deze ingezette koers te bepalen.

Ten aanzien van de impactevaluatie is de externe evaluatiecommissie onder de indruk van de grote wetenschappelijke opbrengst. Driekwart van de projecten leidde tot een publicatie waarvan 90 procent in gerenommeerde internationale tijdschriften. Van ongeveer 30 procent van de projecten zijn de onderzoeksresultaten verwerkt in een richtlijn. SiRM merkt hierbij op dat er veel potentieel onbenut is gebleven, omdat de implementatie van de resultaten achterblijft. Het betreft zowel het implementeren van bewezen zinnige zorg als het deïmplementeren van bestaande zorg die bewezen niet zinvol is. De externe evaluatiecommissie onderschrijft de bevindingen van SiRM dat er nog veel winst valt te behalen als wordt ingezet op het beter implementeren van de onderzoeksresultaten.

Onevenredige verdeling naar specialisme

De onderzoeksgelden zijn niet gelijkmatig verdeeld over de verschillende disciplines. Er ligt geen duidelijke relatie tussen de omvang van een medische discipline en de omvang van het toegekende onderzoeksbudget. Ouderenzorg omvat bijvoorbeeld een relatief groot aandeel van de zorg en heeft een relatief klein aandeel van de subsidies. Dit zou te maken kunnen hebben met verschillen in onderzoekstradities tussen de vakken. Ook kunnen bepaalde doelmatigheidsonderzoeken uit andere ZonMw-programma's zijn gefinancierd. Daarnaast is het de vraag of het wenselijk is dat ZonMw-gefinancierd DO onderzoek evenredig uitspreidt over de disciplines. Wellicht is de vraag waar de meeste impact te halen is nog relevanter dan de omvang van een vakgebied. De invoering van de gerichte rondes met het opstellen van kennisagenda's per vakgroep kan hierin nog een rol gaan spelen. De commissie vindt het nog te vroeg om conclusies te trekken.

Juiste zorg op de juiste plek

De externe evaluatiecommissie vraagt aandacht voor de opgave om de resultaten van onderzoek ook daadwerkelijk een verandering te weeg te laten brengen in de praktijk. De afgelopen jaren is gebouwd aan een goede onderzoeksinfrastructuur. Het onderzoek doen naar doelmatigheid is sterk ontwikkeld en de gebruikte methoden voor kosteneffectiviteitsonderzoek zijn verbeterd. Deze cultuuromslag juicht de commissie toe. De volgende stap in het proces van komen tot doelmatige zorg is dat onderzoeksresultaten actiever moeten worden opgepakt.

Dit sluit aan bij het recent verschenen Hoofdlijnen akkoord Medische Specialistische Zorg 2019-2022: 'Door geïntensiveerde samenwerking en investeringen maken partijen gezamenlijk een continu proces van zorgevaluatie mogelijk en dragen er zorg voor dat uitkomsten van wetenschappelijke evaluatie worden opgenomen in richtlijnen/kwaliteitsstandaarden en dat snelle implementatie van die richtlijnen/kwaliteitsstandaarden in de praktijk plaatsvindt. Dit continue proces vraagt om goede regie, begeleiding en structurele financiering.'¹

Sneller bij de patiënt

Het duurt lang voordat kennis over doelmatige zorg ook daadwerkelijk zijn plek vindt in de zorgpraktijk. De externe evaluatiecommissie spoort VWS en de veldpartijen aan om te zoeken naar manieren waarop niet alleen meer maar ook snellere implementatie plaatsvindt. In het rapport van SiRM worden al enkele bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie beschreven. Minister Bruins heeft recent een nieuwe regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating aangekondigd: *‘Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt’*.² Met deze regeling roept de minister op een cultuurverandering na te streven van meer inzet op evaluatie van de meerwaarde van zorg. En om het implementeren van bewezen zinnige zorg en de implementeren van zorg die bewezen niet zinvol is te versnellen.

De evaluatie van SiRM heeft laten zien, hoewel het programma DO aanzienlijke impact genereert, er ook nog aanzienlijk onbenut potentieel is. De externe evaluatiecommissie is van mening dat bovenstaande ontwikkelingen een goede stap op weg zijn om de opgedane kennis door het programma beter zijn weg te laten vinden in de zorg.

Stakeholders participatie

Onderzoek doen vergt andere vaardigheden dan het implementeren van de onderzoeksresultaten. De commissie is van oordeel dat de verantwoordelijkheid voor implementatie niet bij de onderzoekers kan liggen en vraagt dan ook aandacht voor een bredere verantwoordelijkheid voor implementatie. Ze onderschrijft de conclusie van SiRM dat om de implementatie te vergroten regulerende instanties en marktpartijen een actievere rol moeten gaan spelen. Dat vergt onder andere het aangaan van verplichtingen aan de voorkant van het proces. Belangrijke stakeholders dienen gedurende het hele proces aangehaakt zijn en zo nodig bij de start van het onderzoek al te garanderen dat de onderzoeksresultaten in de zorgpraktijk zullen worden geïmplementeerd.

Ook hierin zijn al stappen gezet. Zo wordt in het recent gesloten hoofdlijnenakkoord gesproken over een nog op te stellen plan van aanpak.¹ Hierin zal de wijze waarop onderzoek naar bestaande zorg het beste vormgegeven kan worden om gepast gebruik te bevorderen worden beschreven. Het plan van aanpak zal ingaan op de vraag hoe de verbeteragenda voor de kwaliteitscyclus en gepast gebruik door een publiek-private samenwerking kan worden vormgegeven en wat de rollen en verantwoordelijkheden van partijen hierin zijn.¹ Het Zorginstituut Nederland heeft bij het maken en uitvoeren van dit plan van aanpak een rol als voorzitter en facilitator.¹ De commissie juicht deze ontwikkelingen toe en ziet een belangrijke rol weggelegd voor het programma DO van ZonMw.

¹ Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022, 4 juni 2018 (Kamerstuk 29 248, nr. 309)

² Kamerbrief bij Herziening Zorgstelsel en Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 21 mei 2018 (Kamerstukken 29 689 en 32 620, nr. 905)

4 Samenstelling externe evaluatiecommissie

Leden van de commissie zijn op persoonlijke titel benoemd. De commissie bestaat uit deskundigen uit het veld, die op grond van hun wetenschappelijke of maatschappelijke positie oog hebben voor het betreffende aandachtsgebied. Zij functioneren als deskundigen zonder last of ruggenspraak. De benoeming is voor de duur van de opdracht waarvoor de commissie is ingesteld.

prof. dr. F.C. (Ferry) Breedveld (voorzitter)	emeritus hoogleraar Reumatologie LUMC, voorheen vz RvB LUMC
mr. J.F.M. (Jos) Aartsen	vz RvB UMCG
prof. dr. P.P.G. (Peter Paul) van Benthem	vz van de Raad Wetenschap en Innovatie FMS, hoogleraar KNO LUMC
prof. dr. D.H. (Douwe) Biesma	vz St. Antonius Ziekenhuis, vz Santeon + value added care programma STZ
prof. dr. N.H. (Niels) Chavannes	hoogleraar Huisartsgeneeskunde LUMC
drs. J.P.J. (Joris) van Eijck MBA	directeur Zorg, Menzis
prof. dr. M.A. (Manuela) Joore	hoogleraar HTA, MUMC+
drs. G.J.M. (Frida) van den Maagdenberg	lid RvB AMC
dr. M.P.T. (Maarten) de Wit	stichting Tools
dr. S.J.W. (Sylvia) Kunst (secretaris)	wetenschappelijk adviseur Gezondheidsraad
<i>Waarnemers</i>	
P.P. (Patrick) Kruger	beleidsmedewerker VWS
Mariëlle Snijders Stijn Tersmette	coördinator programma DO secretaris programma DO



> Benut potentieel

Evaluatie programma
DoelmatigheidsOnderzoek 2006-2017

Utrecht, 15 juni 2018
dr. Steef Baeten
ir. Jolien de Haas
Myrte Tjoa, Bsc
ir. Saskia van der Erf

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

Summary	2
Managementsamenvatting	5
1 Inleiding	8
1.1 Programma DO	8
1.2 Aanleiding en onderzoeksvraag	9
1.3 Leeswijzer	11
2 Onderzoeksaanpak	12
2.1 Bronnen	12
2.2 Analyse impact programma DO	15
3 Procesevaluatie programma DO	23
3.1 Programmeren	23
3.2 Selecteren	30
3.3 Monitoren	40
3.4 Stimuleren	41
4 Impactevaluatie programma DO	45
4.1 Wetenschappelijke opbrengsten	45
4.2 Maatschappelijke opbrengsten	50
4.3 Gezondheidswinst en monetaire opbrengsten	57
5 Conclusies	65
5.1 Procesevaluatie programma DO	65
5.2 Impactevaluatie programma DO	67
6 Aanbevelingen	70
6.1 ZonMw	70
6.2 Zorgaanbieders	72
6.3 Zorgverzekeraars	72
6.4 Patiëntvertegenwoordigers	73
6.5 ZIN	73
6.6 VWS	74

Summary

Since 1999, the Efficiency Studies (DO) programme by ZonMw (The Netherlands Organisation for Health Research and Development) funds research on efficiency and effectiveness of healthcare. ZonMw developed the programme on behalf of the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS). As part of the commissioning to continue DO for 2019-21, VWS requested ZonMw to evaluate DO's process and impact. ZonMw appointed an external evaluation committee to oversee the evaluation. This independent committee consists of representatives from stakeholders (patients, researchers, policy makers and healthcare providers, institutions and insurers). It has asked the support of consultancy firm Strategies in Regulated Markets (SiRM) to execute the evaluation.

Research method

The evaluation is based on insights from interviews, a focus group, desk research and an online questionnaire for leaders of research projects previously supported by the DO programme. SiRM consulted over 60 experts, project leaders and other stakeholders. We performed desk-research for the process and impact evaluation. We enriched our findings with an online questionnaire for the latter.

Health gains and economic returns – both part of the impact evaluation – were calculated for a selection of 24 high-potential projects. We consulted the project leaders of all these high-potential projects.

Process evaluation DO programme

DO's review committee and strategic committee, and the focus group participants would like the programme to resume supporting research on the organization of healthcare. They point out that this kind of research, for example on substitution and task reallocation in healthcare, can contribute considerably to efficient healthcare. Since 2014, the DO programme does not support research on organization of healthcare, because it requires different research methods and a different composition of the review committee.

Since 2013, the DO programme also includes targeted calls, on top of the open calls for projects. For the open calls, the budget of subsidised projects with research in specialised medical services, mainly in a hospital setting, was relatively high compared to the share of spending on such services. Conversely, the budget of subsidised projects focused on elderly care was relatively small. It is too soon to draw conclusions about the targeted calls of DO because that part of the programme has not been active long enough. The subsidies for the targeted calls are earmarked for specific topics. The process of how policy makers select and budget for these topics of research is still developing.

Interviewees regard ZonMw as the appropriate party to select project proposals for subsidies. They hold a positive opinion about the way ZonMw assesses research proposals.

Almost all of the interviewees indicate that the implementation of research findings is insufficient, in spite of ZonMw's increasingly concrete conditions and assessment criteria regarding implementation. Interviewees indicate that market players and regulatory authorities need to take on a more active role to increase implementation.

Impact evaluation DO programme

The scientific returns of the DO programme are high. Three-quarters of the subsidised projects resulted in a scientific publication, of which 90% in international scientific journals, most of which belong to the top 25% impact factor in their scientific field.

The social returns appear to be considerable as well: public attention for healthcare efficiency has increased over the last ten years. Results of approximately 30% of the projects are implemented in guidelines.

The projects approved by the DO programme yielded high health gains and economic returns. The programme yielded nearly 7,500 quality-adjusted life years (QALY's) and estimated economic returns of € 1.1 billion, of which € 0.3 billion as monetized QALY's. The calculation of health gains and economic returns is based on 24 high-potential projects selected by SiRM. € 480 million of the economic returns were cost savings, of which € 280 million on healthcare spending and the remaining € 200 million on social costs. We were unable to verify the actual impact of the programme on healthcare expenditure. Cost savings in healthcare generated by DO were likely used to cover other healthcare costs.

The health gains and economic returns SiRM calculated could be an underestimation and possibly an overestimation:

- An underestimation because they were calculated on only 24 high potential projects (out of a total of 308 finished projects) using conservative assumptions, such as a maximum duration of 10 years for effects of an intervention.
- A possible overestimation because we allocate project yields fully to the DO programme, we extrapolate yields from a research setting and we estimate implementation rates of interventions based on interviews with project leaders and desk-research.

SiRM notes that the yields of the DO programme could have been much higher: There is untapped potential as many positive research findings were not fully implemented. With ambitious yet realistic levels of implementation, the health gains could have been 13,000 QALY's and the economic returns € 4.1 billion.

Recommendations

SiRM recommends ZonMw and VWS to resume supporting research on the organization of healthcare. ZonMw would have to consider if the current review committee is adequately equipped to review this type of research projects, or if an extra committee would have to be appointed.

Other recommendations aim to strengthen the role of market players and regulatory authorities in the implementation of research findings:

- The Dutch Federation of Medical Specialists (FMS) and the scientific associations of medical specialists could collaborate more closely with ZonMw to ensure that research findings are incorporated in guidelines and implemented in practice. SiRM recommends scientific associations to inform physicians (more) actively on research findings, especially findings on evaluations of healthcare practise.
- Healthcare insurers can play a more active role in the implementation of research findings. When financial constraints prevent implementation, healthcare insurers and providers should work together to find a solution, for example with shared savings contracts. Insurers need access to detailed project information in order to fulfil their role
- Patient representatives can influence implementation of research findings. Increased involvement of patient representatives in the design and execution of projects is an important step to commit them to the research findings. In addition, the patient representatives need tailored project information from ZonMw.
- The National Healthcare Institute (ZIN) can stimulate the implementation of research findings. This would fit in her programme Zinnige Zorg (appropriate care). ZIN has stated that it intends to focus more on evaluations of healthcare practice.

SiRM recommends ZonMw to set up an information system with (management) information for involved parties. This system should also contain information on whether research findings are implemented in guidelines and/or in clinical practice. Furthermore, SiRM recommends ZonMw to disseminate research findings more actively. Either by giving presentations in person or by alerting involved parties and stakeholders of interesting research findings via the aforementioned information system.

Lastly, we recommend evaluating the targeted calls of the DO programme in three to five years.

Managementsamenvatting

Het ZonMw programma DoelmatigheidsOnderzoek (DO) financiert sinds 1999 onderzoek dat kennis over doelmatigheid in de curatieve zorg oplevert.

VWS verzocht ZonMw bij de opdrachtverlening van DO 19-21 het programma te laten evalueren op zowel het proces als de impact van het programma. ZonMw heeft daarvoor een externe evaluatiecommissie ingesteld. Deze onafhankelijke commissie bestaat uit deelnemers die samen een afspiegeling van de stakeholders van het programma vormen (patiënten, onderzoekers, zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers). De commissie heeft SiRM gevraagd om hen bij de evaluatie te ondersteunen.

Onderzoeksaanpak

De evaluatie is gebaseerd op inzichten uit interviews, een focusgroep, desk research en een online vragenlijst aan projectleiders. SiRM heeft voor de evaluatie ruim 60 experts, projectleiders en andere stakeholders van het programma geraadpleegd. We hebben desk research uitgevoerd voor de proces- en de impactevaluatie. Voor de impactevaluatie hebben we de uitkomsten uit het desk research verrijkt met de resultaten van een online vragenlijst.

De gezondheidswinst en monetaire opbrengsten – onderdeel van de impact – heeft SiRM berekend op basis van 24 geselecteerde high potential projecten. We spraken hiervoor met alle 24 projectleiders.

Procesevaluatie programma DO

De beoordelings- en strategische commissies van het programma DO en de deelnemers aan de focusgroep vinden dat het programma weer onderzoek naar de organisatie van zorg zou moeten subsidiëren. Zij geven aan dat onderzoek naar bijvoorbeeld substitutie en taakherschikking bij uitstek bij kunnen dragen aan het doelmatig leveren van zorg in Nederland. Vanaf 2014 subsidieert het programma DO geen onderzoek meer naar de organisatie van zorg omdat dit vaak een ander type onderzoek vereist en om een andere samenstelling van de beoordelingscommissie vraagt.

Naast open subsidierondes, bestaat het programma DO sinds 2013 ook uit gerichte subsidierondes. In de open subsidierondes is het aandeel van subsidies voor projecten in de MSZ relatief hoog, vergeleken met het aandeel van MSZ van de totale zorguitgaven, terwijl ouderenzorg juist een relatief laag aandeel subsidies krijgt. Het is – met name door de korte looptijd – te vroeg om conclusies te trekken over de gerichte subsidierondes van het programma DO. Binnen de gerichte rondes is budget geoormerkt voor door beleidspartijen geagendeerde onderwerpen. Het proces van agendering door beleidspartijen is nog volop in ontwikkeling.

Voor de selectie van subsidieaanvragen zien geïnterviewden ZonMw als de aangewezen partij. Zij spreken van een gedegen systeem van subsidiebeoordeling.

Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat de implementatie van onderzoeksresultaten onvoldoende tot stand komt, ondanks het steeds concreter invullen van subsidievoorwaarden en beoordelingscriteria met betrekking tot implementatie door ZonMw. Zij geven aan dat regulerende instanties en marktpartijen een actievere rol moeten spelen om de implementatie te vergroten.

Impactevaluatie programma DO

De wetenschappelijke opbrengsten van het programma DO zijn hoog. Driekwart van de onderzoeken leidde tot een publicatie waarvan circa 90% in internationale tijdschriften, vooral in tijdschriften die tot de top 25% van hun vakgebied behoren.

Ook de maatschappelijke opbrengsten lijken aanzienlijk te zijn: De aandacht voor doelmatigheid(sonderzoek) is het afgelopen decennium toegenomen. Circa 30% van de onderzoeksresultaten is in een richtlijn terechtgekomen.

De door het programma DO gesubsidieerde projecten hebben hoge gezondheidswinst en monetaire opbrengsten opgeleverd. Het programma heeft ruim 7.500 levensjaren in volledige gezondheid (QALY's) opgeleverd en de behaalde geschatte netto opbrengsten¹ zijn € 1,1 miljard, waarvan € 0,3 miljard gemonetariseerde QALY winst. Het betreft de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten van 24 door SiRM geselecteerde high potential projecten gesubsidieerd door het programma DO. € 480 miljoen van de netto opbrengsten zijn kostenbesparingen, waarvan € 280 miljoen op zorgkosten en de overige € 200 miljoen op maatschappelijke kosten.² Wij hebben niet na kunnen nagaan wat de daadwerkelijke impact van de besparingen op uitgaven aan de zorg is. De verwachting is dat de financiële ruimte die ontstaan is, opgevuld is door andere zorgactiviteiten.

De gezondheidswinst en monetaire opbrengsten zoals SiRM deze berekend heeft, betreffen enerzijds een onderschatting en anderzijds mogelijk een overschatting:

- Een onderschatting omdat slechts voor 24 high potential projecten (van de 308 afgeronde projecten) de monetaire opbrengsten zijn berekend met conservatieve aannames, zoals dat een interventie nooit langer dan tien jaar besparingen oplevert.
- Een mogelijke overschatting omdat we de opbrengsten van de projecten geheel toeschrijven aan het programma DO, de opbrengsten uit een onderzoeksetting extrapoleren en de implementatiegraad van een interventie inschatten op basis van interviews met projectleiders en desk research.

SiRM constateert dat de opbrengsten van het programma DO veel hoger hadden kunnen zijn: er is nog een groot onbenut potentieel omdat de implementatie van resultaten achterblijft. Met ambitieus realistische implementatiegraden had de gezondheidswinst 13.000 gewonnen levensjaren in volledige gezondheid geweest en hadden de netto opbrengsten € 4,1 miljard kunnen zijn.

¹ Behaald omdat we het gebruik van de interventie in de Nederlandse praktijk hebben kunnen achterhalen bij de projectleiders. Geschat omdat we de uitkomsten van de interventie, die we in onze berekeningen gebruiken, hebben overgenomen uit de eindverslagen.

² Zoals besparingen op absentisme (afwezigheid van werk) en presenteïsme (gereduceerde effectiviteit op werk).

Aanbevelingen

SiRM adviseert ZonMw om – in overleg met VWS – met het programma DO weer onderzoek naar de organisatie van zorg te subsidiëren. ZonMw zal hierbij moeten nagaan of de huidige beoordelingscommissie voldoende geëquipeerd is om dergelijk onderzoek te beoordelen, of dat hiervoor beter een nieuwe commissie kan worden ingesteld.

De andere aanbevelingen richten zich met name op het versterken van de rol van marktpartijen en regulerende instanties bij de implementatie van onderzoeksresultaten:

- De Federatie Medisch Specialististen (FMS) en de wetenschappelijke verenigingen (WV-en) kunnen (nog) intensiever optrekken met ZonMw om te waarborgen dat onderzoeksresultaten in richtlijnen terechtkomen en dat zij geïmplementeerd worden. SiRM adviseert de WV-en daarnaast om artsen actief voor te lichten over de onderzoeksresultaten, met name van Zorgevaluatie projecten.
- Zorgverzekeraars kunnen een actievere rol spelen bij de implementatie. Als sprake is van financiële belemmeringen, zouden zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat samen moeten oplossen, bijvoorbeeld door shared savings contracten te sluiten. Om hun rol goed op te pakken, hebben zorgverzekeraars wel informatie op projectniveau nodig.
- Patiëntvertegenwoordigers kunnen invloed uitoefenen op de implementatie van onderzoeksresultaten. Grotere daadwerkelijke betrokkenheid bij de opzet en uitvoering van onderzoek is van belang om patiëntvertegenwoordigers in de juiste positie te brengen en het commitment bij hen te creëren. Daarvoor hebben patiëntvertegenwoordigers, net als zorgverzekeraars, op hen toegesneden informatie vanuit ZonMw nodig.
- ZIN kan implementatie van onderzoeksresultaten aanjagen. Dit past ook binnen haar programma Zinnige Zorg. ZIN heeft aangegeven zich actief te willen richten op Zorgevaluatie.

SiRM adviseert ZonMw om een informatiesysteem op te zetten met (sturings)informatie voor betrokkenen. Dit systeem zou ook informatie moeten bevatten over het al dan niet terechtkomen van onderzoeksresultaten in een richtlijn en waar de onderzoeksresultaten in de praktijk geïmplementeerd zijn/worden. Daarnaast beveelt SiRM ZonMw aan om de onderzoeksresultaten actiever te verspreiden. Dit kan 'live' door bijvoorbeeld presentaties te houden, maar ook door via het informatiesysteem marktpartijen – die belang hebben bij implementatie van onderzoeksresultaten – te attenderen op voor hen interessante projecten.

Tenslotte adviseren we om over drie tot vijf jaar een evaluatie uit te voeren naar het functioneren van de gerichte rondes van het programma DO.

De titel van dit rapport is met opzet ambigu. Enerzijds is 'benut' te lezen als een voltooid deelwoord; het programma DO heeft ruim 7.500 levensjaren in volledige gezondheid (QALY's) en € 1,1 miljard netto opbrengsten opgeleverd; **benut potentieel**. Anderzijds is 'benut' ook te lezen als gebiedende wijs. We constateren dat de opbrengsten van het programma DO veel hoger hadden kunnen zijn en roepen partijen op om het potentieel aan gezondheidsverbetering en kostenbesparing meer te benutten; **benut potentieel!**

I Inleiding

Het ZonMw programma DoelmatigheidsOnderzoek (DO) financiert sinds 1999 onderzoek dat kennis over doelmatigheid oplevert. VWS verzocht ZonMw bij de opdrachtverlening van DO 19-21 het programma te laten evalueren op zowel het proces als de impact van het programma. ZonMw heeft daarvoor een externe evaluatiecommissie ingesteld. Deze onafhankelijke commissie bestaat uit deelnemers die samen een afspiegeling van de stakeholders van het programma vormen (patiënten, onderzoekers, zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleid). De commissie heeft SiRM gevraagd om hen bij de evaluatie te ondersteunen.

In dit hoofdstuk beschrijven we het programma DoelmatigheidsOnderzoek (DO) op hoofdlijnen en komt de aanleiding van de evaluatie aan de orde. We sluiten het hoofdstuk af met een leeswijzer voor het rapport.

1.1 Programma DO

Het ZonMw programma DO financiert sinds 1999 onderzoek dat kennis over doelmatigheid oplevert. De primaire doelstelling van DO is om via praktijkgericht programmeren van onderzoek een bijdrage te leveren aan kwalitatief hoogstaande patiëntenzorg tegen aanvaardbare kosten voor de samenleving. Het programma is erop gericht om onderzoeksresultaten te genereren die bijdragen aan de onderbouwing van professionele richtlijnen, risicogericht pakketbeheer en overheidsbeleid gericht op gepast gebruik van zorg.

ZonMw subsidieert onderzoek via programma's. ZonMw voert deze programma's in veertien clusters uit. Het doelmatigheidsprogramma vormt als programma tevens één van de clusters. Doelmatigheidsonderzoek naar geneesmiddelen valt in het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG)³. Andere relevante programma's in het kader van doelmatigheidsonderzoek zijn bijvoorbeeld het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) en Geestelijke gezondheidszorg. Het kan voorkomen dat ZonMw ook doelmatigheidsonderzoek vanuit één van deze programma's subsidieert.

De subsidieaanvragen worden beoordeeld door de commissie EEK (Effecten en Kosten), de beoordelingscommissie. De strategische koers van het programma wordt overzien door de commissie DoelmatigheidsOnderzoek (DO), de strategische commissie.

³ Circa 50 projecten zijn – na honorering binnen DO – inhoudelijk (niet financieel) overgedragen aan GGG.

Het programma DO bestaat uit open en gerichte subsidierondes. Het grootste deel van het budget is gereserveerd voor de open rondes. Binnen de gerichte rondes is budget geormerkt voor door beleidspartijen geagendeerde onderwerpen.

1.1.1 Open rondes

De open rondes bestaan uit drie deelprogramma's, waarvan de derde (IMP) is stopgezet in 2014:

- 1 EEK (Effecten en kosten): Onderzoek naar doelmatigheid van interventies.
- 2 VEMI (Vroege evaluatie van medische innovatie): Onderzoek naar nieuwe interventies waarvan een bijdrage aan de doelmatigheid van de gezondheidszorg wordt verwacht.
- 3 IMP (Implementatie): Onderzoek om kennis te verzamelen over implementatieprocessen en om het gebruik van relevante resultaten te bevorderen in beleid en zorgpraktijk.

1.1.2 Gerichte rondes

Binnen de gerichte rondes worden het volgende soort projecten gesubsidieerd:

- VT (Voorwaardelijke toelating): Zorg die (nog) niet voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' kan sinds 1 januari 2012 tijdelijk worden toegelaten. Met voorwaarde dat onderzoeksgegevens worden verzameld over de (kosten)effectiviteit van de behandeling.
- Zorgevaluatie: Klinisch evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van bestaande zorg. Hiermee kan het klinisch handelen onderbouwd worden en kunnen richtlijnen worden aangescherpt. In de periode die wij evalueren gaat het om twee programma's in de gerichte rondes die een relatie hebben met Zorgevaluaties⁴:
 - Stimuleer Effectieve en Elimineer Niet-Effectieve Zorg (SEENEZ).
 - 30 aandoeeningen Kwaliteits- & Doelmatigheidsagenda (K&D).
- Overig: Verschillende typen zoals evaluaties van eigen DO-programma en ontwikkeling kwaliteit DO-onderzoek.

Een uitgebreidere toelichting bij de gerichte rondes treft u in hoofdstuk 1 van de bijlage.

1.2 Aanleiding en onderzoeksvraag

De evaluatie is uitgevoerd op verzoek van VWS en is erop gericht om na te gaan of ZonMw de primaire doelstelling van het programma DO heeft bereikt. We beschrijven in de volgende paragrafen de aanleiding en onderzoeksvraag uitgebreider.

1.2.1 Aanleiding

VWS heeft bij de opdrachtverlening van het ZonMw programma DO19-21 ZonMw verzocht het programma DO te laten evalueren. Het doel van de evaluatie voor VWS is het op waarde schatten van de impact van het programma DO. Levert het programma inderdaad een bijdrage aan gepast gebruik van zorg? Met andere woorden: kunnen waardevolle (innovatieve) doelmatige interventies

⁴ In de open rondes is eveneens ruimte voor Zorgevaluaties en wordt vanaf 2015 expliciet aandacht gevraagd voor Zorgevaluaties middels een geormerkt budget.

(sneller) een weg vinden naar de praktijk en wordt het gebruik van bewezen ondoelmatige interventies ontmoedigd?

ZonMw heeft een externe evaluatiecommissie gevraagd de evaluatie uit te voeren. Deze onafhankelijke commissie bestaat uit deelnemers die samen een afspiegeling van de stakeholders van het programma vormen (patiënten, onderzoekers, zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleid). De commissie heeft SiRM gevraagd om hen bij de evaluatie te ondersteunen.

Er zijn drie eerdere evaluaties geweest van (een deel van) het programma DO:

- 1 In 2006 heeft RAND Europe onderzocht of het DO01-04 programma leidde tot verbetering van de gezondheidszorg en gezondheid in Nederland.⁵ De studie ging ook in op de manier waarop de impact van doelmatigheidsonderzoek het beste in kaart gebracht kan worden. De onderzoekers concludeerden dat het zogenaamde 'payback framework' een goed raamwerk biedt om de impact in kaart te brengen. Het bleek nog te vroeg om conclusies te trekken over de impact van DO01-04.
- 2 Zorgmarktadvies heeft in 2013 berekend dat het programma DO in een voorzichtig scenario een zeer hoog (minimaal) rendement van ruim 300% laat zien. Zorgmarktadvies heeft hiervoor de kosten van het programma (DO01-DO15) vergeleken met de verwachte kostenbesparing in de zorg voortkomend uit de gesubsidieerde onderzoeken binnen het programma.
- 3 In 2015 heeft Nivel het deelprogramma implementatie geëvalueerd. Nivel heeft in kaart gebracht in welke mate de projecten binnen het deelprogramma implementatie erin geslaagd zijn de voorgenomen projectdoelen te realiseren. Zij hebben daarnaast gekeken naar de project-overstijgende lessen ten aanzien van (nieuwe) implementatiestrategieën en de contextfactoren die een rol spelen bij de implementatie. Nivel concludeert onder andere dat het deelprogramma een relevante bijdrage heeft geleverd aan de verbetering van de kwaliteit van zorg in Nederland door verbeterde implementatie van ten minste 31 (kosten)effectieve interventies of richtlijnen op lokaal of regionaal niveau.

1.2.2 Onderzoeksvraag

De centrale vraag bij de evaluatie is in hoeverre het programma DO de primaire programmadoelstelling heeft gerealiseerd. Daarnaast dient de evaluatie aanbevelingen voor verbetering op te leveren.

De primaire doelstelling van DO is om via praktijkgericht programmeren van onderzoek een bijdrage te leveren aan kwalitatief hoogstaande patiëntenzorg tegen aanvaardbare kosten voor de samenleving. Aan de hand van bruikbare onderzoeksresultaten uit het programma DO dienen (innovatieve) interventies wetenschappelijk onderbouwd (sneller) een weg te kunnen vinden naar de praktijk en het gebruik van bewezen ondoelmatige interventies te worden ontmoedigd.

⁵ Project 94515001 The returns from Healthcare Efficiency Research in the Netherlands.

De externe evaluatiecommissie heeft SiRM gevraagd om zowel een proces- als een impactevaluatie uit te voeren:

- Procesevaluatie: De evaluatiecommissie vraagt SiRM om inzichtelijk te maken:
 - In hoeverre de beleidsmatige aansturing van VWS effectief is.
 - Wat wel en wat niet werkt in het sturingsproces, de zogenaamde programmeercyclus.
- Impactevaluatie: De commissie vraagt SiRM om met de impactevaluatie zichtbaar te maken:
 - Welke wetenschappelijke en maatschappelijke opbrengsten het programma DO heeft opgeleverd in termen van publicaties en opname in richtlijnen.
 - Wat de bijdrage van het programma DO is aan de kwaliteitsverbetering in de patiëntenzorg tegen aanvaardbare kosten. De focus ligt hierbij op een economische analyse van de impact van het programma geïllustreerd met casuïstiek.
 - Wat de waardering van stakeholders is van het (strategisch) belang van het programma en de impact in de praktijk.

1.3 Leeswijzer

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hebben wij het rapport als volgt opgebouwd:

- In hoofdstuk 2 beschrijven wij de onderzoeks aanpak.
- Hoofdstuk 3 betreft de evaluatie van het proces. We gaan in op de vier fases van het proces dat ZonMw bij de uitvoering van het programma DO doorloopt.
- De evaluatie van de impact van het programma komt aan bod in hoofdstuk 4. We beschrijven achtereenvolgens de wetenschappelijke en maatschappelijke opbrengsten en de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten van het programma in Nederland.
- In hoofdstuk 5 en 6 beschrijven wij de conclusies en aanbevelingen.

2 Onderzoeksaanpak

De evaluatie is gebaseerd op inzichten uit interviews, een focusgroep, desk research en een online vragenlijst aan projectleiders. SiRM heeft voor de evaluatie in totaal ruim 60 experts, projectleiders en andere stakeholders van het programma geraadpleegd. We hebben desk research uitgevoerd voor de proces- en de impactevaluatie. Voor de impactevaluatie hebben we daarnaast een online vragenlijst uitgezet. De gezondheidswinst en monetaire opbrengsten – onderdeel van de impact – heeft SiRM berekend op basis van 25 geselecteerde high potential projecten. We spraken hiervoor met alle 25 projectleiders.⁶

In dit hoofdstuk beschrijven we de manier waarop we het onderzoek hebben aangepakt:

- We geven in paragraaf 2.1 aan welke bronnen we hebben geraadpleegd.
- Vervolgens gaan we in 2.2 in op de manier waarop we de impact van het programma in kaart hebben gebracht: de wetenschappelijke en maatschappelijke opbrengsten en de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten.

2.1 Bronnen

In Figuur 1 geven we schematisch weer welke bronnen we hebben gebruikt voor de procesevaluatie en voor de impactevaluatie. De figuur toont de belangrijkste bronnen. We beschrijven de bronnen in meer detail hieronder.



Figuur 1. Schematische weergave van gebruikte bronnen

⁶ Deze 25 interviews zijn opgenomen in het totaal van 60.

2.1.1 Interviews en focusgroep

We hebben voor de evaluatie in totaal ruim zestig experts, projectleiders en andere stakeholders van het programma geraadpleegd. Dit hebben we gedaan door interviews met hen te voeren en door een focusgroep te organiseren.

Interviews

We hebben verschillende soorten interviews gevoerd:

- Acht interviews met stakeholders om inzichten te verzamelen voor de evaluatie van het proces en de impact van het programma. Het betrof gesprekken met de Patiëntenfederatie Nederland, het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), projectleiders werkzaam bij ziekenhuizen, het programma Leading the Change (LtC), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het ministerie van VWS (VWS), ZIN en ZonMw. We zijn de evaluatie gestart met deze interviews en hebben op basis van de gesprekken met stakeholders hypothesen geformuleerd die we vervolgens hebben getoetst in een focusgroep en door desk research.
- Twee interviews met de commissie EEK en de commissie DO (CDO), vooral in het kader van de procesevaluatie van het programma DO. De commissie EEK is verantwoordelijk voor de beoordeling van de subsidieaanvragen en de CDO adviseert ZonMw over de strategie van het programma DO.
- 30 interviews met projectleiders van geselecteerde projecten voor de kwantificering van de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten en voor case study beschrijvingen. Tijdens deze gesprekken zijn wij dieper ingegaan op het project om gegevens te verzamelen voor de kwantificering en de beschrijving van de case studies.
- Vijf interviews met individuele leden van de externe evaluatiecommissie. De gesprekken waren met name gericht op de inhoudelijke uitwerking van de onderzoeksvragen en de aanpak.
- Twee interviews met medewerkers van vergelijkbare programma's in respectievelijk België en het Verenigd Koninkrijk: één met een senior onderzoeker en één met de adjunct-directeur 'aanvragen en financieringen'.

In hoofdstuk 2 van de bijlage treft u een overzicht van de personen die wij gesproken hebben.

Focusgroep

We hebben een focusgroep met projectleiders en andere stakeholders van het programma georganiseerd. De focusgroep was gericht op de procesevaluatie van het programma DO. De deelnemers aan de focusgroep waren patiëntvertegenwoordigers, projectleiders, regulerende instanties en ZonMw. Tijdens de focusgroep hebben we de hypothesen ten aanzien van het proces getoetst die we hadden geformuleerd op basis van de interviews met de stakeholders van het programma.

In hoofdstuk 2 van de bijlage treft u een overzicht van de personen die deelnamen aan de focusgroep.

2.1.2 Desk research en online vragenlijst

Desk research vormde een belangrijke bron van informatie voor de evaluatie:

- De eindverslagen van afgeronde projecten vormden het startpunt. Deze informatie hebben we verrijkt door alle projectleiders een online vragenlijst te sturen.
- We hebben de Richtlijndatabase⁷ van de FMS gebruikt om te bepalen welke onderzoeksresultaten in de richtlijn terecht zijn gekomen.
- We hebben informatie van ZonMw ontvangen over de toegekende projecten gedurende de evaluatieperiode.
- Ook hebben we documenten over het programma DO bestudeerd en relevante rapporten over bijvoorbeeld eerdere evaluaties of studiedesign.

In hoofdstuk 2 van de bijlage treft u een volledig overzicht van alle gebruikte bronnen.

Eindverslagen en resultaten online vragenlijst

We zijn de evaluatie gestart met het opbouwen van een database per project op basis van de eindverslagen van de 308 afgeronde projecten in de evaluatieperiode 2006-2017. De database bevat meer dan 150 kenmerken per project onderverdeeld in de volgende vier clusters:

- Kenmerken van de subsidie zoals de naam van de projectleider, waar deze werkzaam is, het toegekende subsidiebedrag, het aantal en het soort wetenschappelijke publicaties en of de onderzoeksresultaten in de richtlijn terecht zijn gekomen.
- Algemene kenmerken van het project zoals de studieopzet, het type interventie, de sector en het specialisme.
- Specifieke kenmerken van het project zoals de interventie, de standard of care, de kosten per onderzoeksarm en de gezondheid per onderzoeksarm.
- Eventuele vervolgsubsidies behorende bij het project zoals voor een simulatiemodel voor de kostenbesparingen en/of onderzoek naar nieuwe HTA-methoden of een subsidie om de onderzoeksresultaten te implementeren (VIMP).

De database bevat 308 projecten:

- 160 EEK projecten met een totaal toegekend subsidiebedrag van € 60,7 miljoen.⁸
- 71 VEMI projecten met een totaal toegekend subsidiebedrag van € 8,5 miljoen.
- 65 IMP projecten met een totaal toegekend subsidiebedrag van € 19,5 miljoen.
- 12 projecten in de gericht ronde met een totaal toegekend subsidiebedrag van € 2,0 miljoen, waarvan 4 Voorwaardelijke toelating projecten.

In hoofdstuk 2 van de bijlage treft u een overzicht met de kenmerken die per project zijn opgenomen in de database.

Omdat de eindverslagen niet altijd de nieuwste informatie bevatten, hebben wij de projectleiders van de 308 projecten een korte online vragenlijst gestuurd. We hebben hen gevraagd of na het verschijnen van het eindverslag:

- Nieuwe wetenschappelijke artikelen zijn gepubliceerd op basis van de onderzoeksresultaten.

⁷ Opgericht in 2012.

⁸ Dit is inclusief eventuele vervolgsubsidies voor HTA-onderzoek of VIMP.

- Onderzoeksresultaten in de richtlijn terecht zijn gekomen.
- Vervolgonderzoek heeft plaatsgevonden naar aanleiding van het project.

145 van de 308 projectleiders hebben gereageerd op de online vragenlijst (141 in de open ronde en 4 in de gerichte ronde). U treft de online vragenlijst en een overzicht van de respons op de vragenlijst in hoofdstuk 2 van de bijlage. We hebben de database per afgerond project verrijkt met de informatie die wij hebben ontvangen naar aanleiding van de online vragenlijst.

De eindverslagen bevatten niet altijd informatie over voor hoeveel patiënten de onderzochte interventie in aanmerking komt. We hebben de database daarom aangevuld met deze aantallen, uit informatie van wetenschappelijke of patiëntverenigingen.

Richtlijndatabase en NHG standaarden

Het Kennisinstituut van de FMS is in 2016 in samenwerking met ZonMw voor afgeronde projecten van 2011-2015 nagegaan of de onderzoeksresultaten terecht zijn gekomen in een richtlijn. Zij hebben hiervoor de Richtlijndatabase van de FMS geraadpleegd en zo nodig contact gezocht met de Wetenschappelijke Verenigingen (WV-en). SiRM heeft deze analyse geüpdatet voor projecten die zijn afgerond sinds 2016.

Daarnaast is SiRM nagegaan of onderzoeksresultaten van projecten in de huisartsenzorg terecht zijn gekomen in NHG standaarden.

Informatie over aantallen en bedragen toegekende projecten

Wij baseren het overgrote deel van de evaluatie op afgeronde projecten. Daarnaast hebben wij in het kader van de procesevaluatie de aantallen en toegekende bedragen ontvangen van ZonMw voor de toegekende projecten binnen de open en gerichte rondes. Het gaat om projecten die gedurende de evaluatieperiode toegekend zijn.

Documenten programma DO en relevante rapporten

Voor de evaluatie van het proces van het programma DO hebben wij de volgende documenten geanalyseerd:

- Jaarplannen en jaarverslagen ZonMw
- Programmavoorstellen en voortgangsrapportages ZonMw
- Goedkeuringsbrieven VWS
- Subsidieoproepen programma DO.

Daarnaast hebben we voor de evaluatie relevante rapporten geraadpleegd over vergelijkbare internationale evaluaties en over onderwerpen als de impact van wetenschappelijk onderzoek en studiedesign.

2.2 Analyse impact programma DO

Voor de procesevaluatie hebben wij gebruik gemaakt van desk research, interviews en een focusgroep. Deze hebben wij hierboven beschreven. Voor de impactevaluatie hebben wij gebruik gemaakt van desk research, interviews en een online vragenlijst. In deze paragraaf zetten we

uiteen welk inhoudelijk kader we hebben gebruikt om de impact van het programma te analyseren. Om de opbrengsten van gezondheidsonderzoek te bepalen kunnen financiers gebruik maken van het Payback framework⁹. Het is één van de weinige gevalideerde modellen. Dit framework bestaat uit zeven fases, die beschrijven op welke manieren opbrengsten uit onderzoek gemeten kunnen worden:

- Fases 0, 1 en 2 gaan over het proces van de uitvoering van het onderzoek.
- Fase 3 betreft de eerste opbrengsten van onderzoek, namelijk de wetenschappelijke opbrengsten. We beschrijven de manier waarop we deze opbrengsten in kaart hebben gebracht in paragraaf 2.3.1.
- Fases 4 en 5 gaan over de maatschappelijke opbrengsten van onderzoek: het gebruik van de onderzoeksresultaten door beleidsmakers en in de praktijk. ZonMw definieert productieve interacties ook als maatschappelijke opbrengsten.¹⁰ Met productieve interacties doelt ZonMw op relationele factoren die (tussentijdse) kennisbenutting bevorderen en waarop je bewust kunt sturen in het programmeerproces. Dit vraagt om interactieve kennisprogrammering, met (toenemende) betrokkenheid van stakeholders uit de praktijk en beleid bij de totstandkoming, uitvoering en evaluatie van onderzoek. In paragraaf 2.3.2 komt de manier waarop wij de maatschappelijke opbrengsten in kaart hebben gebracht aan bod.
- Fase 6 betreft de gezondheidswinst en de eventuele besparingen die het onderzoek oplevert. De methode die wij gehanteerd hebben om de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten te berekenen beschrijven we in paragraaf 2.3.3.

2.2.1 Wetenschappelijke opbrengsten

We meten de wetenschappelijke opbrengsten op basis van:

- de kennisbijdrage die de projecten hebben geleverd die zijn afgerond gedurende de evaluatieperiode,
- de wetenschappelijke publicaties,
- en eventueel vervolgonderzoek dat heeft plaatsgevonden.

Kennisbijdrage

Op basis van de eindverslagen van de 308 projecten hebben we een inschatting gemaakt van de kennisbijdrage van de afgeronde projecten. Per project zijn we nagegaan of ze de kosten- en/of gezondheidseffecten van één of meer interventies in kaart hebben gebracht. Voor de projecten waar uit de eindverslagen bleek dat ze geen kennis over een interventie hadden bijgedragen, zijn we nagegaan of ze dat wel deden in een wetenschappelijke publicatie. Voor de resterende projecten hebben we in kaart gebracht waarom ze geen kennis bijdroegen. Hierbij hebben we onderscheid gemaakt tussen projecten die wel een interventie onderzochten en projecten die dat niet deden.

⁹ Donovan C. & Hanney S., The 'Payback Framework' explained, 2011.

¹⁰ ZonMw Handreiking – Aantonen van impact, februari 2018.

Wetenschappelijke publicaties

Voor de analyse op de wetenschappelijke publicaties hebben we gebruik gemaakt van verschillende bronnen:

- Wetenschappelijke publicaties uit de eindverslagen
- Wetenschappelijke publicaties uit de productmatrix van ZonMw, waarin alle producten die door de projectleiders in ProjectNet zijn ingevuld staan.
- Antwoorden van projectleiders op onze online vragenlijst

Om de publicaties uit de eindverslagen te extraheren hebben we het statistische programma R gebruikt. Vervolgens hebben we deze gegevens handmatig bruikbaar gemaakt voor analyse en aangevuld met de andere twee bronnen. Daarna zijn de publicaties die in meerdere bronnen voorkwamen ontdudd.

Om iets te kunnen zeggen over de kwaliteit van de gepubliceerde artikelen hebben we gebruik gemaakt van de Scientific Journal Ranking (SJR) uit 2016. In dit bestand staat de impactfactor per tijdschrift vermeld. Dit is een maat die het totaal aantal citeerbare publicaties in het tijdschrift deelt door het totaal aantal citaten naar deze publicaties. De impactfactor is berekend over een periode van 2 jaar. Ook deelt de SJR tijdschriften in kwadranten in, waarbij het tijdschrift met de hoogste ranking in zijn vakgebied terecht komt in het hoogste kwadrant. Deze ranking is gebaseerd op het aantal citaten. Voor onze analyse hebben we de kwadranten uit de SJR gebruikt^{11,12}.

In hoofdstuk 2 van de bijlage wordt de onderzoeks aanpak van de analyse op de wetenschappelijke publicaties uitgebreider toegelicht.

Vervolgonderzoek

In de online vragenlijst hebben we gevraagd of naar aanleiding van het project vervolgonderzoek heeft plaatsgevonden en wat voor vervolgonderzoek. De antwoorden op deze vragen hebben we gebruikt om het deel van de projecten dat tot vervolgonderzoek heeft geleid te bepalen en tot wat voor soort vervolgonderzoek. Deze analyse is dus uitgevoerd op 140 van de 308 projecten.

2.2.2 Maatschappelijke opbrengsten

We meten de maatschappelijke opbrengsten door:

- Te bekijken of de aandacht voor doelmatigheidsonderzoek is veranderd in Nederland.
- Te analyseren of de onderzoeksresultaten in de richtlijnen terecht zijn gekomen.
- Na te gaan of de onderzoeksresultaten in beleid worden gebruikt. We hebben in kaart gebracht in hoeverre ZIN de onderzoeksresultaten heeft gebruikt bij het opstellen van een standpunt¹³.

¹¹ Description of Scimago Journal Rank Indicator, 2007

¹² De tijdschriften zijn ingedeeld per vakgebied, binnen een vakgebied is een tijdschrift ingedeeld in een kwadrant. De tijdschriften binnen een vakgebied met de hoogste ranking, behoren tot het eerste kwadrant etc. Een kwadrant bestaat steeds uit 25% van het totaal aantal tijdschriften binnen het vakgebied.

¹³ Een standpunt doet een uitspraak over de vergoeding van de geneeskundige zorg uit het basispakket bij geschillen of onduidelijkheden.

Aandacht voor doelmatigheidsonderzoek

Gedurende de interviews met de stakeholders en op basis van desk research, hebben we bekeken of de aandacht voor doelmatigheidsonderzoek in Nederland is veranderd over de afgelopen jaren. We hebben zo de activiteiten omtrent doelmatigheid van andere regulerende instanties en marktpartijen in de zorg in kaart gebracht. Het is daarbij niet mogelijk om een causaal verband aan te tonen tussen het ZonMw programma DO en de activiteiten van andere partijen.

Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen

Het Kennisinstituut van de FMS is in 2016 in samenwerking met ZonMw voor afgeronde projecten van 2011-2015 nagegaan of de onderzoeksresultaten terecht zijn gekomen in een richtlijn. Deze analyse van het Kennisinstituut van de FMS heeft SiRM als basis gebruikt om te achterhalen of de onderzoeksresultaten in de richtlijnen terecht zijn gekomen. Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van:

- informatie over richtlijnen in het eindverslag;
- antwoorden op de vraag over richtlijnen in de online vragenlijst;
- desk research.

Het FMS-ZonMw project is aangevuld met informatie uit bovenstaande bronnen voor projecten die na 2015 zijn afgerond, projecten uit de huisartsenzorg (NHG standaarden) en projecten uit de GGZ (GGZ richtlijnen). Daarnaast is SiRM de projecten uit het FMS-ZonMw project nogmaals nagegaan als:

- De bijbehorende richtlijn is geüpdatet na de analyse van het Kennisinstituut van de FMS (2015).
- Er een nieuwe richtlijn was opgesteld na de analyse van het Kennisinstituut van de FMS (2015).
- Het project nog lopend was ten tijde van het onderzoek van het Kennisinstituut van de FMS.

Voor deze analyse hebben we alleen gekeken naar projecten die na 2010 zijn afgerond, omdat de meeste richtlijnen na 2010 opnieuw zijn geüpdatet en oudere onderzoeksresultaten waarschijnlijk niet meer terug te vinden zijn in de huidige richtlijnen. In totaal zijn dit 174 projecten. Voor twintig van deze projecten is het niet van toepassing of de onderzoeksresultaten in de richtlijnen terecht komen.

Voor projecten waarvan de projectleider aangeeft dat de onderzoeksresultaten in de richtlijnen terecht zijn gekomen, zijn de desbetreffende richtlijnen nagegaan. Als de bijbehorende richtlijn niet was geüpdatet na de einddatum van het project, hebben we de projecten geclassificeerd als: 'onderzoeksresultaten zullen volgens projectleider in richtlijnen terecht komen'. Vervolgens zijn we voor alle projecten die in de richtlijnen terecht zijn gekomen, nagegaan of de onderzoeksresultaten in de literatuurreferenties van de richtlijnen terug te vinden zijn.

In hoofdstuk 2 van de bijlage wordt de onderzoeks aanpak van de analyse op de richtlijnen uitgebreider toegelicht.

Gebruik onderzoeksresultaten in de praktijk

Om in kaart te brengen welke onderzoeksresultaten door ZIN zijn gebruikt voor het opstellen van standpunten, zijn wij de Voorwaardelijke toelating projecten nagegaan. Dit zijn in totaal vier projecten, die alle vier tot een standpunt hebben geleid na het aflopen van de Voorwaardelijke toelating. Uit interviews met de 33 projectleiders weten we dat zes andere projecten ook tot een standpunt van ZIN hebben geleid. ZIN brengt enkel standpunten uit als er onduidelijkheid bestaat of zorg wel of niet in het basispakket valt. Jaarlijks zijn dit 30 tot 35 standpunten, die met name farmaceutische zorg betreffen.

2.2.3 Gezondheidswinst en monetaire opbrengsten

SiRM heeft het totaal aantal gewonnen levensjaren in volledige gezondheid (QALY's) en de netto opbrengsten van het programma DO berekend. Voor het berekenen van de netto opbrengsten zijn we nagegaan of de geschatte besparingen en de gemonetariseerde gezondheidswinst van het programma DO opwegen tegen de investeringen in het programma.

We gaan er bij het kwantificeren van de netto opbrengsten vanuit dat een selectie van high potential projecten voldoende opbrengt om de investeringskosten van het programma terug te verdienen. Om deze reden hebben we van de 308 afgeronde projecten 27 high potential projecten geselecteerd. Voor deze projecten hebben wij de gezondheidswinst en de bruto opbrengsten berekend. Voor de andere 281 projecten hebben we dit niet gedaan. Om de netto opbrengsten te berekenen hebben we de bruto opbrengsten vervolgens afgezet tegen de investeringen in het gehele programma gedurende de periode 2006-2017.

We hebben de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten berekend volgens de volgende stappen:

- Selecteren van high potential projecten met een mogelijk hoge gezondheidswinst en/of kostenbesparing¹⁴.
- In kaart brengen van gebruik van de onderzochte interventie in de Nederlandse praktijk.
- Berekenen van de behaalde geschatte gezondheidswinsten en kostenbesparingen in de Nederlandse praktijk.
- In kaart brengen van investeringen in programma DO gedurende evaluatieperiode.

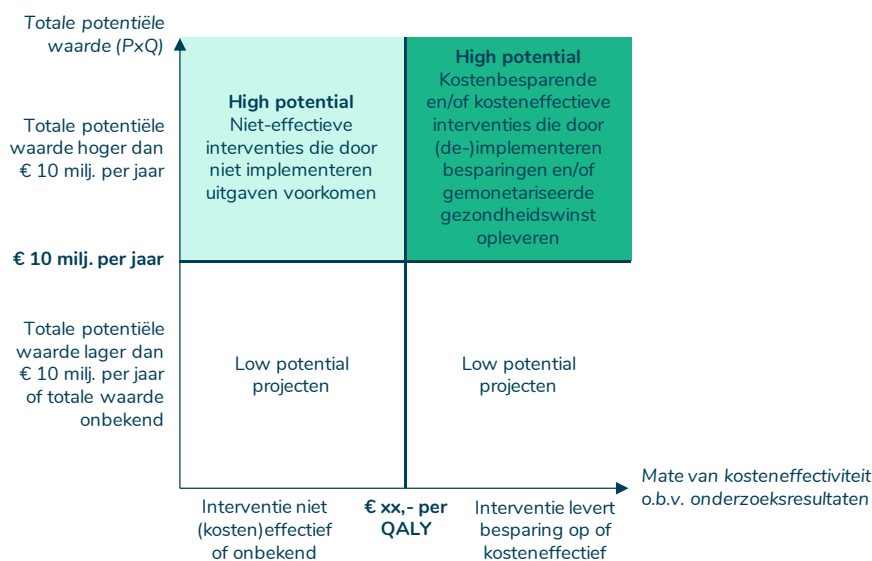
Selecteren high potential projecten kwantificering

We hebben 27 high potential projecten geselecteerd, waarvan we voor 24 de bruto opbrengsten hebben berekend¹⁵. De selectie heeft plaatsgevonden op basis van informatie over de onderzoeksresultaten uit de eindverslagen en aanvullend desk research over patiëntaantallen. We onderscheiden de volgende high potential projecten (zie Figuur 2):

¹⁴ We kijken in de impactevaluatie naar de effecten op kosten van een interventie vanuit het maatschappelijk perspectief. Dit betekent dat we bijvoorbeeld ook de kostenbesparingen van gereduceerd ziekteverzuim meenemen. Hiermee sluiten we aan bij de richtlijnen van ZIN voor doelmatigheidsonderzoek. Als een eindrapportage de maatschappelijke kosten niet geeft, gebruiken we de schatting van de kosteneffecten voor de zorgsector.

¹⁵ Op basis van de eindverslagen heeft SiRM 27 projecten geselecteerd. Met twee van deze 27 projectleiders is het niet gelukt om een interview te houden, voor één van de projecten bleek de interventie niet tot voldoende significante kostenbesparingen te leiden.

- **Kostenbesparende interventies.** Projecten die aantonen dat een (nieuwe) interventie significant goedkoper is dan de bestaande zorg, met gelijkblijvende of betere gezondheidsuitkomsten. Afwachtend beleid kan ook de interventie zijn. We hebben alleen de projecten geselecteerd die – op basis van de geschatte besparingen en het aantal patiënten dat voor de interventie in aanmerking komt – een jaarlijkse besparing opleveren van ten minste € 10 miljoen per jaar.
- **Kosteneffectieve interventies.** Projecten die aantonen dat een (nieuwe) interventie significante gezondheidswinst oplevert – gemeten in Quality Adjusted Life Years (QALY's) – ten opzichte van de bestaande zorg. De gezondheidswinst gaat ofwel gepaard met besparingen, ofwel de investeringen wegen op tegen de QALY winst. We hanteren voor het moneteriseren van QALY winst een ziekteafhankelijke drempel zoals gebruikt door ZIN.
- **Niet-effectieve interventies.** Projecten die een nieuwe interventie onderzochten die vergeleken met bestaande zorg geen significante gezondheidswinst aantoonde, met gelijkblijvende of hogere kosten. We hebben alleen de projecten geselecteerd die jaarlijks ten minste € 10 miljoen per jaar zouden voorkomen door de geschatte kosten van de interventie te vermenigvuldigen met het aantal patiënten dat voor de interventie in aanmerking zou zijn gekomen.



Figuur 2. Schematische weergave van geselecteerde projecten om bruto opbrengsten te berekenen¹⁶

In kaart brengen gebruik onderzochte interventie in de Nederlandse praktijk

We hebben de ontwikkeling van de onderzochte interventies sinds de afronding van het project in kaart gebracht. Hiervoor hebben we met alle projectleiders van high potential projecten een telefonisch interview gehouden. Voor twee geselecteerde projecten is het niet gelukt om de projectleider te spreken. Deze projecten hebben wij daarom alsnog niet meegenomen in de kwantificering.

¹⁶ PxQ = besparing of gewonnen aantal QALY's of voorkomen kosten per patiënt (P) vermenigvuldigd met het aantal patiënten waar de interventie betrekking op heeft (Q).

We hebben de volgende onderwerpen besproken tijdens het interview:

- Het aantal patiënten in Nederland dat jaarlijks gebruik zou maken van de interventie.
- De mate waarin de interventie is geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk.
- Hoe lang de interventie naar verwachting gebruikt zal worden in de dagelijkse praktijk.

Berekenen behaalde geschatte gezondheidswinst en kostenbesparingen

Om per project te berekenen wat de bruto opbrengst is, hebben we van de volgende gegevens gebruik gemaakt:

- Effecten op kosten en gezondheid (QALYs) per patiënt. We hebben de geschatte effecten op de gemaakte kosten en QALYs uit de eindverslagen gebruikt. Enkel significante ($\alpha = 0,05$) besparingen en gezondheidseffecten nemen we mee in de berekening. Meerkosten bij kosteneffectiviteitsstudies nemen we in alle gevallen mee. Deze salderen we met de door de investering behaalde gezondheidswinst uitgedrukt in gemonetariseerde QALY's. We hebben de kosten vanuit het perspectief van de maatschappij gebruikt als deze voorhanden zijn (bijvoorbeeld de kosten van arbeidsverzuim), als dit niet het geval is hebben we de zorgkosten gebruikt. Zowel kosten als QALY's hebben we voor de verstreken tijd sinds het afronden van het project gecorrigeerd. Door de uitkomsten conform de richtlijnen van ZIN tegen 1,5% (QALYs) of 4,0% (besparingen) per jaar te verdisconteren, zorgen we ervoor dat de situatie ontstaat alsof alle projecten in 2018 afgerond zijn. De QALYs hebben we op basis van de willingness-to-pay (WTP) drempel van ZIN¹⁷, die rekening houdt met de ziektelast van de onderzochte groep patiënten, gemonetariseerd.
- Het aantal patiënten dat jaarlijks in aanmerking komt voor de interventie. We hebben het aantal patiënten gebaseerd op de informatie uit interviews met de projectleiders in combinatie met informatie uit de eindverslagen en openbare bronnen zoals www.volksgezondheidenzorg.info. Het aantal patiënten betreft afhankelijk van de onderzochte interventie incidente of prevalentie gevallen. In het eerste geval ontvangt elk jaar een nieuwe groep patiënten de interventie. In het tweede geval, ontvangen chronische patiënten structureel de behandeling.
- De implementatiegraad van de interventie. We hebben voor de implementatiegraad met name informatie uit interviews met de projectleiders gebruikt, maar in sommige gevallen ook informatie uit OpenDis. De implementatiegraad verschilt per jaar. De huidige implementatie zal immers niet direct na afronding van het project behaald zijn. We gaan ervan uit dat de groei van de implementatiegraad lineair verloopt.
- De levensduur van de technologie. We hebben aangenomen dat de levensduur van de technologie maximaal tien jaar is, of korter als de projectleider dat aangaf. Alle opbrengsten behaald na het eerste jaar hebben we verdisconteerd tegen 1,5% (QALY's) of 4,0% (besparingen) per jaar.

¹⁷ Zorginstituut Nederland. 2015. *Kosteneffectiviteit in de praktijk*

In kaart brengen investeringen in programma DO

We hebben de bruto opbrengsten van de 24 projecten vervolgens vergeleken met het totaal verstrekte subsidiebedrag in de periode 2006-2017 en de in die periode gemaakte programmakosten. De programmakosten betreffen investeringen in het gehele programma: subsidies voor onderzoeksprojecten, communicatie- en implementatiekosten en commissie- en bureaunkosten.

2.2.4 Geleerde lessen uit de praktijk

Naast beschrijvende statistieken en berekeningen heeft SiRM de geleerde lessen omtrent de impact van de projecten in verhalende zin in kaart gebracht door case studies uit te werken. We hebben de projectleiders van de geselecteerde case studies gevraagd naar de succesfactoren en verbeterpunten bij het genereren van maatschappelijke opbrengsten en implementatie van de onderzoeksresultaten.

SiRM heeft aan ZonMw gevraagd om case studies aan te dragen op basis waarvan lessen geleerd kunnen worden over het al dan niet behalen van impact door afgeronde DO-projecten. SiRM heeft ZonMw hierbij gevraagd om naar vier soorten projecten te kijken:

- 1 Projecten waarbij hoge kosteneffectiviteit/kostenbesparing zijn te behalen en die daadwerkelijk succesvol zijn geïmplementeerd.
- 2 Projecten waarbij hoge kosteneffectiviteit/kostenbesparing zijn te behalen, maar die niet zijn geïmplementeerd.
- 3 Projecten waarbij hoge kosteneffectiviteit/kostenbesparing zijn te behalen bij de- implementatie van een interventie.
- 4 Projecten waarbij de interventie niet effectief was, maar die toch zijn geïmplementeerd.

SiRM heeft zeven projecten uit de selectie van ZonMw gekozen om als case study te beschrijven. Daarnaast heeft SiRM nog zes projecten geselecteerd waarin tijdens het interview met de projectleider duidelijke lessen voor implementatie naar voren kwamen.

Op basis van een telefonisch interview met de projectleider hebben we voor iedere case study een overzicht gemaakt. Het overzicht bevat succesfactoren en/of verbeterpunten voor opname in richtlijnen en/of beleid, en het gebruik van de onderzochte interventie in de huidige praktijk. Ook zijn de succesfactoren en/of verbeterpunten voor de implementatie in dit overzicht weergegeven. U treft deze overzichten in hoofdstuk 3 van de bijlage.

3 Procesevaluatie programma DO

De commissies van het programma DO vinden dat het programma weer onderzoek naar de organisatie van zorg zou moeten subsidiëren. Naast open subsidierondes, bestaat het programma DO sinds 2013 uit gerichte subsidierondes. Het is te vroeg om conclusies te trekken over het proces omtrent de gerichte subsidierondes. Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat de implementatie van onderzoeksresultaten uit beide subsidierondes onvoldoende tot stand komt, ondanks het steeds concreter invullen van voorwaarden en criteria door ZonMw. Zij geven aan dat marktpartijen en regulerende instanties een actievere rol moeten spelen.

In dit hoofdstuk staat de procesevaluatie van het programma DO centraal. We evalueren het proces aan de hand van de vier fases die ZonMw bij de uitvoering van het programma DO doorloopt (zie Figuur 3).



Figuur 3. Vier fases van het proces dat ZonMw bij de uitvoering van het programma DO doorloopt

In zijn algemeenheid blijkt dat de geïnterviewden nauwelijks informatie hebben over de uitkomsten van de verschillende fases in het proces. Dit punt kwam vooral aan de orde tijdens de interviews met de Patiëntenfederatie, zorgverzekeraars, de commissie EEK, meerdere projectleiders en tijdens de focusgroep. Veelgenoemde vragen die betrokkenen hebben zijn:

- Welke impact heeft de beoordeling van de patiënt referent? Hoe verloopt de patiëntparticipatie tijdens het project?
- Hoe succesvol is het toekenbeleid van de commissie EEK?
- In hoeverre komen de onderzoeksresultaten terecht in een richtlijn?
- Welke afgeronde projecten zouden breed geïmplementeerd moeten worden? Gebeurt dit?

3.1 Programmeren

In deze paragraaf gaan we in op de eerste stap van het proces. Het betreft het programmeren, het bepalen en invullen van de doelen en thema's van het programma DO (zie Figuur 4).



Figuur 4. Fase programmeren van proces DO

De belangrijkste bevindingen ten aanzien van de fase programmeren zijn:

- De commissies EEK en DO vinden dat het programma DO weer onderzoek naar de organisatie van zorg zou moeten subsidiëren en zich niet alleen zou moeten beperken tot onderzoek naar professioneel handelen. Ook de deelnemers aan de focusgroep waren deze mening toegedaan. Vanaf 2014 subsidieert het programma DO geen onderzoek meer naar de organisatie van zorg. ZonMw en VWS zagen geen ruimte meer voor onderzoek naar de organisatie van zorg, dat vaak een ander type onderzoek vereist en om een andere samenstelling van de beoordelingscommissie EEK vraagt.
- In de open subsidierondes is het aandeel van subsidies voor projecten in de MSZ relatief hoog, vergeleken met het aandeel van MSZ van de totale zorguitgaven terwijl ouderenzorg juist een relatief laag aandeel subsidies krijgt.
- De ambities van VWS en ZIN, om actuele doelmatigheidsvragen uit het veld te beantwoorden en onderzoek te subsidiëren dat ZIN ondersteunt bij het uitvoeren van haar taak, worden nog niet gerealiseerd. Het vrijgemaakte budget voor de gerichte rondes wordt niet volledig toegekend, met name voor Voorwaardelijke toelating projecten blijft de toekenning achter. SiRM heeft niet onderzocht wat de redenen hiervoor zijn. Daarnaast is het, gezien de startdatum van de gerichte rondes (2013), te vroeg om conclusies te trekken.
- Geïnterviewden zijn verdeeld over de wenselijkheid van top down themabepaling van de gerichte rondes. De leden van de commissie EEK geven aan dat zij weinig positief staan tegenover de gerichte rondes omdat de kwaliteit van de ingediende aanvragen minder hoog ligt dan bij de open subsidierondes. Het Kennisinstituut van de FMS en ZIN zijn juist positief over de gerichte rondes, vooral omdat zij verwachten dat projecten die subsidie ontvangen binnen de gerichte subsidierondes tot snellere implementatie leiden.

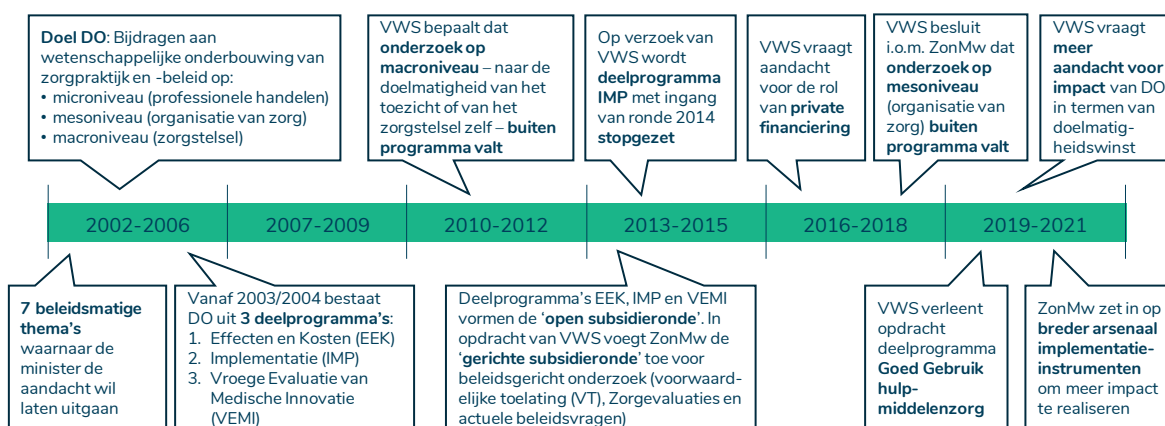
We bespreken eerst de aansturing van het programma DO door de opdrachtgever VWS. Vervolgens gaan we in op de manier waarop ZonMw samen met de stakeholders van het programma deze doelen invult. Ten slotte staan we stil bij de financiering van doelmatigheidsonderzoek in Nederland.

3.1.1 Beleidsmatige aansturing door VWS

VWS heeft ZonMw in de loop der jaren aanwijzingen gegeven over de scope van het programma DO, waardoor deze veranderd is. In 2013 heeft VWS ZonMw verzocht om de gerichte rondes te introduceren voor onderzoek naar actuele beleidsrelevante doelmatigheidsvragen die kunnen worden geagendeerd door beleidspartijen zoals VWS en ZIN. De aansturing van het programma DO vanuit VWS verloopt vanuit drie directies.

Scope programma DO

VWS heeft – in overleg met ZonMw – de scope van het programma DO vanaf begin jaren 2000 versmald naar alleen onderzoek op microniveau, dat wil zeggen professioneel handelen (zie Figuur 5). Eerder omvatte het programma ook onderzoek op meso- (organisatie van zorg) en macroniveau (zorgstelsel).^{18,19} ZonMw en VWS bespraken in 2014 dat onderzoek naar de organisatie van zorg vaak een ander type onderzoek vereist en dat zij daarvoor geen ruimte zien in het toch al krappe budget van het programma DO. Bovendien is de commissie EEK die de vragen beoordeelt onvoldoende ingericht voor de beoordeling van onderzoek naar de organisatie van zorg.



Figuur 5. Schematische weergave van aansturing programma DO door VWS (Bron: Trendanalyse ZonMw, opdrachtbriefen VWS en gespreksverslag VWS en ZonMw 2014)

De commissies EEK en DO en de deelnemers aan de focusgroep geven aan dat onderzoeken naar de organisatie van zorg onderdeel uit zouden moeten maken van het programma DO. Onderzoek naar bijvoorbeeld substitutie en taakherschikking kunnen bij uitstek bijdragen aan het doelmatig leveren van zorg in Nederland. De leden van de commissie DO geven aan dat het programma DO ook ruimte zou moeten bieden voor onderzoek naar het zorgstelsel.

Gerichte subsidierondes

In 2013 heeft VWS ZonMw verzocht een deel van de open subsidieronde in te richten als gerichte subsidieronde. VWS wil dat het programma DO ruimte biedt voor meer beleidsgericht onderzoek. De gerichte rondes bieden subsidie voor projecten die passen binnen thema's die 'top down' bepaald zijn door landelijke partijen.

Vanaf 2013 wordt 10-30% van het totale subsidiebedrag van programma DO besteed in gerichte subsidierondes. Het is daarmee niet gelukt om de door VWS gewenste bedragen toe te kennen. Het betreft met name de voorgenomen bedragen voor Voorwaardelijke toelating die achterblijven: in DO13-15 wordt 35% van € 3,6 miljoen toegekend en in DO16-18 29% van € 10,2 miljoen. Het aantal ingediende aanvragen valt tegen en van de ingediende aanvragen valt nog een aanzienlijk

¹⁸ Goedkeuringsbrief programma DO 2010-2012, Directeur-Generaal van de Volksgezondheid 13 maart 2008.

¹⁹ Opdrachtbrief programma DO 2010-2012, Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, 7 februari 2007.

deel af. SiRM heeft niet onderzocht wat de redenen hiervoor zijn. We gaan verder in op de slagingskans in paragraaf 3.2.

Ook de vergelijkbare programma's in België (KCE) en Engeland (NETSCC) subsidiëren projecten die 'top down' bepaald zijn:

- In Engeland is het budget 50/50 verdeeld over de open en gerichte ronde. Onderzoekers kunnen zelf thema's suggereren voor subsidies uit de gerichte ronde. De prioritering van de thema's gebeurt door een panel, dat een vertegenwoordiging van de maatschappij is.
- In België hebben ze dit systeem in eerste instantie overgenomen. Ze gaan het echter in 2017/2018 niet herhalen, omdat het niet succesvol was. In België is de open ronde populairder bij aanvragers.

Aansturing programma DO vanuit VWS

De aansturing van het programma DO vanuit VWS verloopt vanuit drie directies, namelijk:

- Geneesmiddelen en Medische technologie (GMT) als algemeen aanspreekpunt voor het programma DO.
- Curatieve Zorg (CZ) voor Zorgevaluaties (gerichte ronde).
- Zorgverzekeringen (Z) voor onderzoeksdeel van Voorwaardelijke toelating.

Algemene aansturing vanuit GMT lijkt, vanaf het moment dat het programma DO geen onderzoek naar geneesmiddelen meer subsidieert (2011), minder voor de hand liggend. De doelstelling van de directie GMT is om de toegankelijkheid te waarborgen van medische producten, die effectief en veilig zijn tegen een maatschappelijk aanvaardbare prijs, aan de eisen van de tijd voldoen en doelmatig worden gebruikt. Onder producten vallen geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, bloedproducten, menselijke weefsels en organen, radiotherapie.²⁰ Tegelijkertijd geeft ZonMw aan dat de aandacht binnen de directie GMT voor onderzoek wel waardevol is voor het programma DO.

De aansturing vanuit drie directies wordt soms als lastig ervaren door ZonMw, omdat zij vanuit hun perspectief andere opvattingen over de koers van het programma kunnen hebben: GMT in zijn algemeenheid over het programma DO, CZ en Z over de gerichte rondes. Politieke prioriteiten hebben geleid tot een overheveling van beschikbaar budget van de open ronde naar de gerichte ronde (€ 9 miljoen voor 30 aandoeningen Kwaliteits- & Doelmatigheidsagenda). Het subsidiebudget dat overbleef uit de gerichte rondes is tot nu toe terug geheveld naar de open ronde. Hoewel de aansturing soms als lastig wordt ervaren ziet ZonMw de meerwaarde van de betrokkenheid van de drie directies van VWS bij het programma DO.

3.1.2 Invulling beleidsmatig kader

ZonMw beschrijft de manier waarop zij invulling geeft aan de beleidsopdracht van VWS in een programmavoorstel. Per DO-ronde biedt ZonMw VWS een voorstel aan met daarin onderwerpen beschreven zoals de eventuele geprioriteerde thema's, de beoordeling en toekenning, de voortgangsbewaking en evaluatie en financiële aspecten. VWS bevestigt de opdracht vervolgens

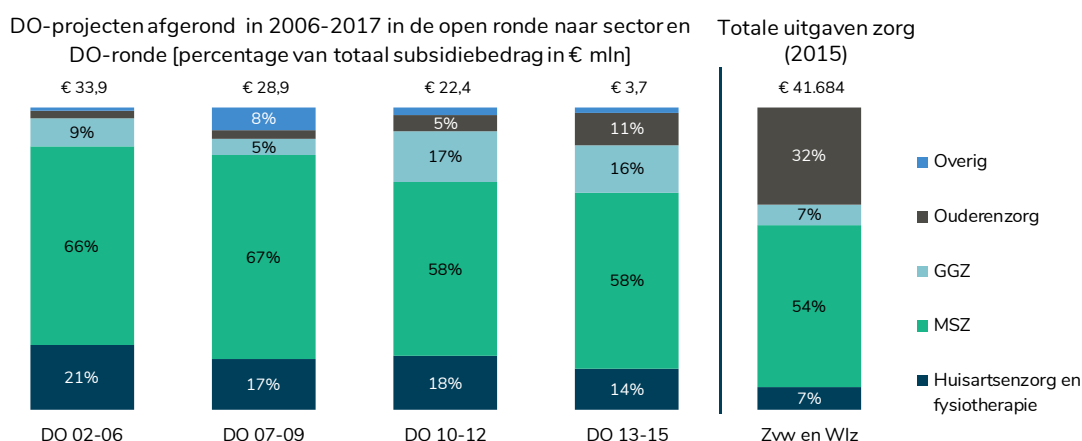
²⁰ Bron: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgesondheid-welzijn-en-sport/organisatie/organogram/dg-curatieve-zorg>.

met een goedkeuringsbrief. ZonMw brengt jaarlijks een subsidieoproep uit voor de open rondes van het programma DO. Gerichte rondes zijn over het algemeen op uitnodiging.

Open rondes

De open rondes betreffen 'bottom up' rondes waarbij de aanvrager vrij is om een onderzoeksonderwerp te kiezen, mits het voldoet aan gestelde randvoorwaarden in de subsidieoproep. Aanvragen concurreren onderling op relevantie én kwaliteit voor beschikbare subsidies in de open ronde. De commissie EEK, die de subsidieoproepen beoordeelt, draagt bij de toekenning zorg voor een evenwichtige spreiding over de verschillende disciplines / ziektebeelden.

Uit onze analyse van de eindverslagen blijkt dat het aandeel van subsidies voor projecten²¹ in de MSZ groter is dan het aandeel MSZ van de totale zorguitgaven in Nederland, vooral in de eerdere DO-rondes (zie Figuur 6). Daarnaast valt op dat ouderenzorg een relatief kleine plek inneemt ten opzichte van de uitgaven daaraan in Nederland. Dit wordt deels verklaard doordat een ander ZonMw programma, het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), ook doelmatigheidsonderzoek heeft gesubsidieerd.²²



Figuur 6. Aandeel van toegekend subsidiebedrag naar DO-ronde afgezet tegen uitgaven zorg in Nederland²³
(Bron: Analyse SiRM o.b.v. eindverslagen van afgeronde projecten en RIVM Kosten van ziekten²⁴)

Uit onze analyse blijkt daarnaast dat de specialismen obstetrie en gynaecologie (O&G) en psychiatrie in totaal het hoogste subsidiebedrag ontvingen naast huisartsenzorg (zie Figuur 7). Op basis van desk research en interviews lijken redenen hiervoor te zijn:

- De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft met behulp van subsidiegeld uit het programma DO het NVOG consortium opgebouwd. Bij dit consortium, of research netwerk, zijn inmiddels circa 70 ziekenhuizen aangesloten. Met ondersteuning

²¹ Met 'projecten' doelen we in het gehele rapport op projecten die zijn afgerond tijdens de evaluatieperiode, namelijk in 2006 – 2017.

²² Voorbeelden 'Zorg en welzijnstandaard voor kwetsbare ouderen', 'Programma geïntegreerde ouderenzorg', 'Van zorg naar welzijn vanuit eigen kracht', 'Transmurale zorgbrug' en 'Om u, een overzicht van iemand die meedenkt'.

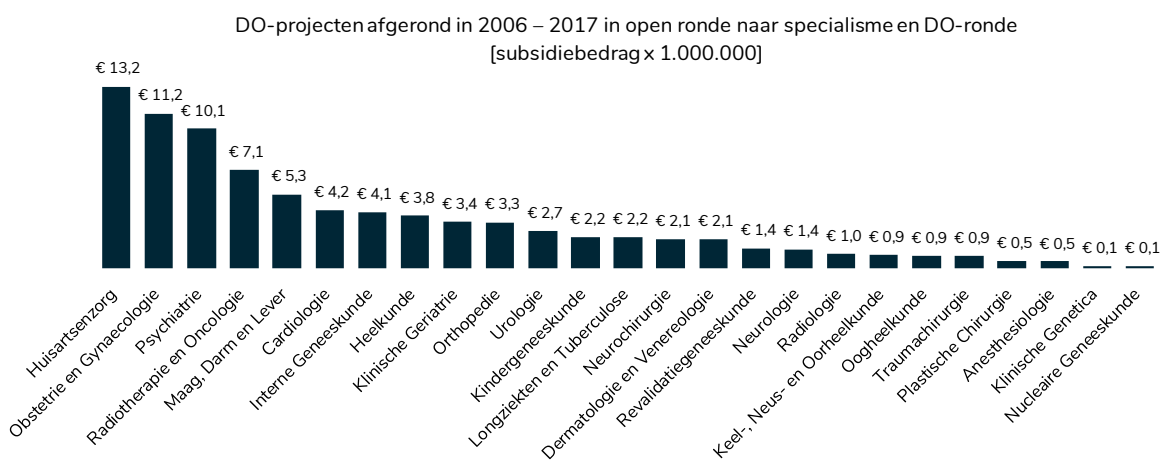
²³ Opmerkingen: Afgeronde projecten in de ziekenhuispsychiatrie en ziekenhuisgeriatrie zijn respectievelijk ingedeeld in sector GGZ en Ouderenzorg.

²⁴ Zvw is exclusief geneesmiddelen (€ 3441 miljoen), overige eerstelijnszorg (mondzorg, verloskundepraktijken en overige eerstelijnszorg) (€ 2199 miljoen) en beheerorganisaties (€ 1203 miljoen); Wlz is exclusief gehandicaptenzorg (€ 6687 miljoen).

vanuit het consortium worden onderzoekers binnen O&G beter in staat gesteld om kwalitatief goede aanvragen in te dienen.

- ZonMw heeft psychische stoornissen als enige ziekte specifieke thema expliciet benoemd in programmavoorstel DO10-12. In de programmavoorstellen daarna staan geen ziekte specifieke prioriteiten benoemd. Daarnaast kan de ondersteuning van het Trimbos instituut bij het aanvragen van subsidie hebben bijgedragen aan het relatief hoge subsidiebedrag voor psychiatrie.

De relatief lagere bedragen voor oncologie en cardiologie kunnen een gevolg zijn van beschikbare onderzoeksgelden bij KWF Kankerbestrijding en de Hartstichting.



Figuur 7. Aandeel van toegekend subsidiebedrag naar medisch specialisme²⁵

Gerichte rondes

Er is gedurende de looptijd van het programma in toenemende mate aandacht gekomen voor het subsidiëren van projecten die aansluiten bij de kennisbehoefte vanuit praktijk en beleid, het zogenaamde praktijkgericht programmeren. Praktijkgericht programmeren is vanaf ronde 2013 expliciet tot één van de drie kerncriteria van het programma DO benoemd en heeft betrekking op zowel de open als gerichte rondes. ZonMw hoopt op deze manier de implementatie van de onderzoeksresultaten te vergroten. Mede in het kader van deze ZonMw-brede visie zijn de gerichte rondes in 2013 gestart.²⁶

De gerichte rondes hebben tot doel om:

- Actuele doelmatigheidsvragen uit het veld te beantwoorden (Zorgevaluaties). Tijdens de evaluatieperiode betrof het twee groepen van vragen in de gerichte ronde:
 - SEENEZ²⁷. Zeven wetenschappelijke verenigingen hebben met patiënten en zorgverzekeraars een top 5 van kennishiaten²⁸ opgesteld. De kennishiaten met de

²⁵ Per project is het subsidiebedrag toebedeeld aan één specialisme; In hier gepresenteerde totaalbedrag zijn de projecten, waarvan indeling naar specialisme niet mogelijk is, niet meegenomen.

²⁶ Praktijkgericht programmeren is een van de beleidsspeerpunten binnen het ZonMw Beleidsplan 2016-2020.

²⁷ Stimuleer Effectieve en Elimineer Niet-Effectieve Zorg.

²⁸ Voor verrichtingen in de zorg waar geen of weinig wetenschappelijk bewijs is dat de gehanteerde aanpak de meest effectieve en/of de meest kosteneffectieve aanpak is.

hoogste prioriteit zijn uitgewerkt tot een onderzoeksvraag bij ZonMw. Dit heeft geleid tot zes toegekende projecten.

- K&D: In het hoofdlijnenakkoord MSZ 2014-2017 zijn de Patiëntenfederatie en branche- en beroepsorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars overeengekomen dat betrokken partijen gezamenlijk een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda opstellen. Het doel is om zorginhoudelijke verbetering te realiseren binnen een beperkte financiële groeiruumte. Dit heeft inmiddels geleid tot 23 toegekende projecten voor 22 van de 30 geselecteerde aandoeeningen.
- Onderzoek te subsidiëren dat het Zorginstituut Nederland (ZIN) ondersteunt bij het uitvoeren van haar taak:
 - Onderzoek dat gekoppeld is aan de Voorwaardelijke toelating van geneeskundige zorg uit het basispakket.
 - Onderzoek dat elementen biedt voor advies – zogenaamde standpunten – over de vergoeding van de geneeskundige zorg uit het basispakket bij geschillen of onduidelijkheden. Onderzoek dat gekoppeld is aan Voorwaardelijke toelating leidt in ieder geval tot een standpunt.

Geïnterviewden zijn verdeeld over de wenselijkheid van top down themabepaling:

- De meeste projectleiders en leden van de commissie EEK geven aan dat zij weinig positief staan tegenover de gerichte rondes. Zij zijn in ieder geval van mening dat het percentage van het beschikbare subsidiebedrag niet boven de 30% van het totale programmabudget uit zou moeten stijgen. De belangrijkste reden voor de reserves van de commissie EEK is dat de kwaliteit van de ingediende aanvragen minder hoog ligt dan bij de open subsidierondes omdat voorgedragen indieners weten dat als de aanvraag van minimaal voldoende kwaliteit is en als relevant wordt beoordeeld, de studie gehonoreerd zal worden. Projectleiders vinden de voorgeschreven vraagstellingen een probleem. Zij denken dat onderzoekers minder gemotiveerd zijn als zij niet zelf met de onderzoeksvraag zijn gekomen. De gerichte subsidierondes kosten het projectsecretariaat van ZonMw verhoudingsgewijs veel tijd. Het betreft met name afstemtijd met stakeholders. In het geval van de Voorwaardelijke toelating bijvoorbeeld, beoordeelt de Wetenschappelijke Adviesraad van het ZIN de relevantie van een project en de commissie EEK de kwaliteit.
- Het Kennisinstituut van de FMS en ZIN geven aan dat juist een groter deel van het beschikbare programmabudget zou moeten gaan naar de gerichte rondes.²⁹ Deze geïnterviewden verwachten dat projecten die subsidie ontvangen binnen de gerichte subsidierondes tot snellere implementatie leiden. Bij de SEENEZ-projecten bijvoorbeeld, hebben de WV-en vooraf afgesproken dat de onderzoeksresultaten direct in de landelijke Richtlijnendatabase³⁰ terechtkomen, zodat snelle implementatie in de praktijk mogelijk is.

Het is te vroeg om conclusies te trekken over de gerichte rondes binnen DO. De beoogde bedragen worden weliswaar (nog) niet toegekend, maar de gerichte rondes zijn pas 5 jaar geleden

²⁹ Het Kennisinstituut van de FMS is bijvoorbeeld van mening dat structureel geld vrijgemaakt zou moeten worden voor afspraken binnen de hoofdlijnen akkoorden. Daarnaast pleiten zij ervoor dat de ingediende onderzoeksonderwerpen gebaseerd zouden moeten zijn op de benoemde thema's in de kennisagenda's van WV-en.

³⁰ Opgericht in 2012.

gestart. De ervaring leert dat samenwerking tussen verschillende stakeholders tijd nodig heeft om te rijpen.

3.1.3 Financiering doelmatigheidsonderzoek in Nederland

De minister geeft in 2014 in een brief aan de Tweede Kamer aan dat de bereidheid van financiering door private partijen voor haar een belangrijke factor is in haar toekomstige besluiten over de financiering van doelmatigheidsonderzoek door de overheid.³¹ Zij geeft aan dat het van belang is verder te zoeken naar de samenhang van de investeringen die de overheid doet in doelmatigheidsonderzoek en de rol die veldpartijen daarin moeten nemen vanuit hun rol in het stelsel.

ZN financiert zorgevaluatieprojecten, klinisch evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van bestaande zorg:

- De branchevereniging financiert de helft van de SEENEZ³² projecten waar het Kennisinstituut van de FMS in 2015 mee is gestart als onderdeel van het programma DO.
- ZN financiert de Stichting Zorgevaluatie Nederland. Een onafhankelijke stichting waarin artsen, patiënten, en zorgverzekeraars samenwerken aan Zorgevaluatie. De stichting is in 2016 gestart met Leading the Change (LtC). LtC financiert en begeleidt Zorgevaluaties door wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. Een meer gedetailleerde beschrijving van LtC treft u in paragraaf 4.2.

Daarnaast co-financieren zorgverzekeraars soms DO-projecten. Het is echter niet zeker dat ZN en zorgverzekeraars dergelijke investeringen in doelmatigheidsonderzoek structureel zullen doen.

3.2 Selecteren

In deze paragraaf gaan we in op de tweede stap van het proces. Het betreft het selecteren, het beoordelen van de relevantie en de kwaliteit van ingediende projecten en het prioriteren van de projecten (zie Figuur 8).



Figuur 8. Fase selecteren van proces DO

In zijn algemeenheid geven geïnterviewden aan dat er in Nederland geen andere organisatie is die subsidies op een zelfde degelijke manier kan beoordelen als ZonMw. Zij spreken van een gedegen systeem van subsidiebeoordeling en een zorgvuldige manier van het behandelen van bezwaren van indieners.

³¹ Kamerbrief 'Doelmatigheidsprogramma's binnen ZonMw', 18 juli 2014.

³² Stimuleer Effectieve en Elimineer Niet-Effectieve Zorg.

De overige belangrijkste bevindingen ten aanzien van de fase selecteren zijn:

- In paragraaf 3.1 constateerden we dat het vrijgemaakte budget voor de gerichte rondes niet volledig toegekend wordt, met name voor Voorwaardelijke toelating projecten blijft budget over. In 2017 en 2018 zijn alle 9 ingediende aanvragen voor Voorwaardelijke toelating afgewezen door de wetenschappelijke adviesraad van ZIN op basis van onvoldoende relevantie. SiRM heeft niet onderzocht wat de redenen hiervoor zijn. De minister van VWS heeft begin 2017 aangegeven voornemens te zijn om de huidige voorwaardelijke pakkettoelating te vervangen door een beter toegankelijke en meer effectieve subsidieregeling.³³
- Vanaf DO13-15 vult ZonMw de randvoorwaarden en relevantiecriteria steeds concreter in, met name om de implementatiegraad van de onderzoeksresultaten in de praktijk te vergroten:
 - Randvoorwaarden. Vanaf DO 19-21 is het multicenter samenwerkingsverband een randvoorwaarde, eerder was het een relevantie criterium. Het aantal multicenter aanvragen met meer dan 2 ziekenhuizen neemt fors toe in DO 16-18. Ruim 40% is in die ronde ingediend door een multicenter samenwerkingsverband van meer dan 8 ziekenhuizen. STZ-ziekenhuizen participeren steeds meer in de samenwerkingsverbanden.
 - Relevantiecriteria. Vanaf DO 13-15 spreekt de subsidieoproep voor het eerst expliciet van een implementatieplan en een implementatiedeskundige. Vanaf DO 19-21 verwijst de subsidieoproep voor het eerst concreet naar de Richtlijndatabase en NHG-standaarden.
- Projectleiders zijn over het algemeen werkzaam bij een UMC. Het Kennisinstituut van de FMS en een deel van de commissies EEK en DO vragen zich af of dit tot minder aandacht voor basiszorg zou kunnen leiden en/of wellicht een lagere implementatiegraad van de onderzoeksresultaten. Het aandeel van projecten in de MSZ die een complexe zorginterventie onderzoeken is in DO 13-15 echter slechts 13% (32% in DO 02-06).

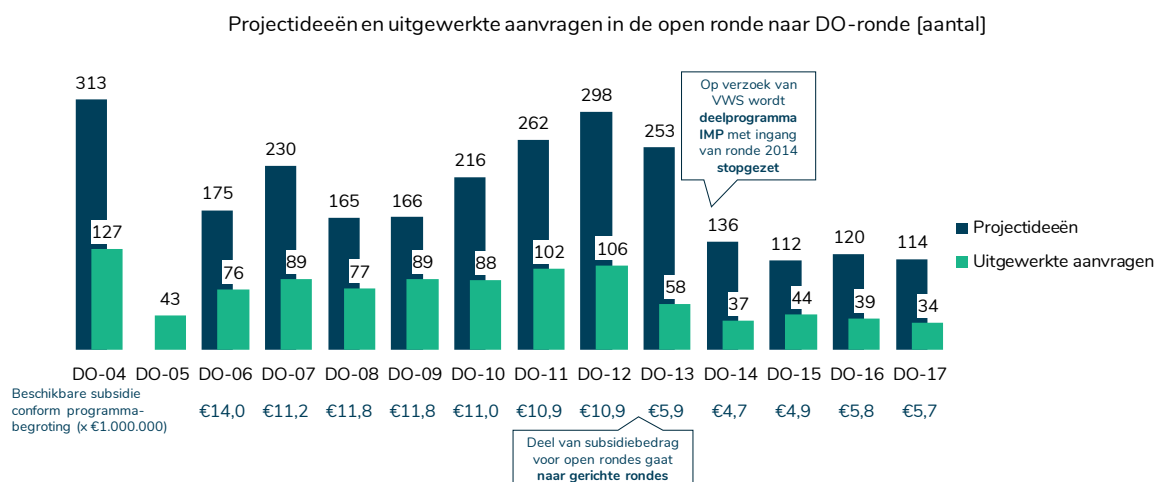
We gaan eerst kort in op de resultaten van het selecteren, dat wil zeggen het aantal ingediende en toegekende projecten per soort project. Vervolgens beschrijven we de beoordeling en de prioritering van projecten.

3.2.1 Aantal aanvragen en slagingskans

We observeren binnen de open rondes van 2013 naar 2014 een aanzienlijke afname van het aantal ingediende project-ideeën en een iets minder grote afname van het aantal uitgewerkte aanvragen (zie Figuur 9). Geïnteresseerde onderzoekers dienen bij het programma DO eerst een projectidee in. Als het projectidee positief beoordeeld is, mogen de onderzoekers een uitgewerkte aanvraag indienen. De afname van het aantal projectideeën en uitgewerkte aanvragen is deels het gevolg van het stopzetten van het deelprogramma IMP. ZonMw geeft daarnaast aan dat het

³³ Brief van minister Schippers aan TK 'Herinrichting van de regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating', 21 februari 2017.

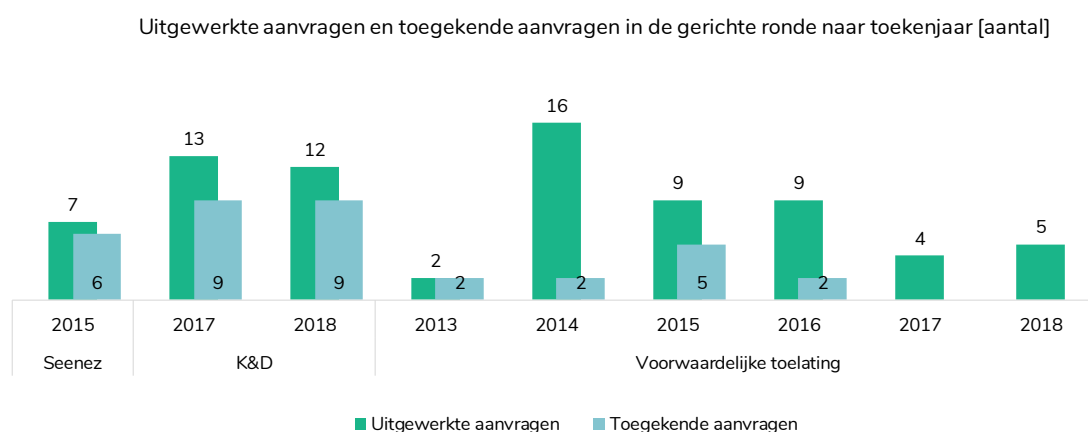
programmamakader stringenter is geworden en dat zij relevantiecriteria scherper zijn gaan formuleren en hanteren.



Figuur 9. Aantal projectideeën en uitgewerkte aanvragen in de open subsidierondes
(Bron: Analyse SiRM o.b.v. door ZonMw verstrekte informatie over aantallen en beschikbare subsidie)

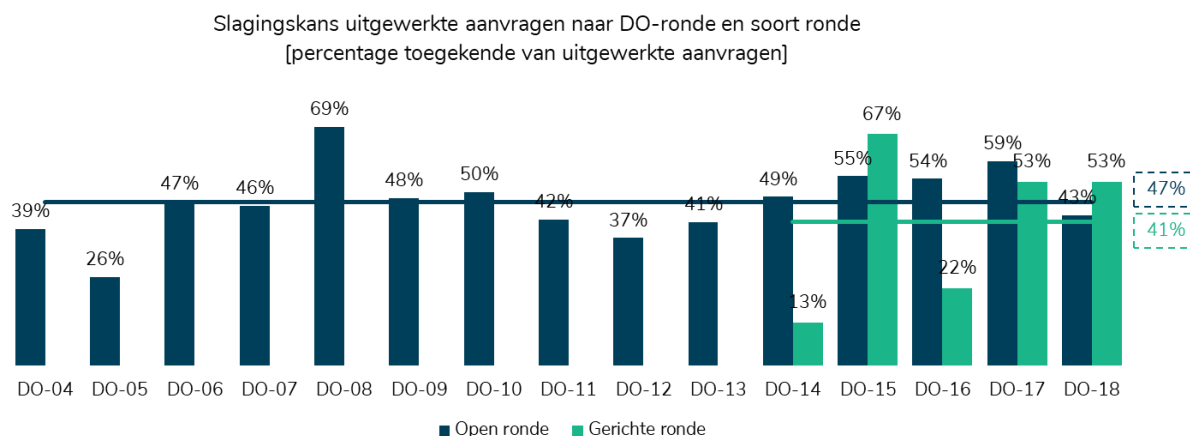
Focusgroepeelnemers en leden van de commissies EEK en DO geven aan dat het veel werk is om een projectidee in te dienen. Omdat het budget van een uitgewerkte aanvraag slechts 15% mag verschillen van het budget van een projectidee, moeten de indieners van een projectidee al een vrij gedetailleerd onderzoeksplan opstellen. Het indienen van een uitgewerkte aanvraag is nog omvangrijker. Zeker als het een multicenter onderzoek betreft. Leden van de commissies EEK geven aan dat de formats wellicht iets ingeperkt kunnen worden, maar dat het overgrote deel nodig is om een goede beslissing te nemen.

Wat betreft de gerichte rondes is het aantal uitgewerkte aanvragen voor Zorgevaluaties in 2017 en 2018 respectievelijk 13 en 12 (zie Figuur 10). Het betreft projecten op uitnodiging met een gereserveerd bedrag. Voor de gerichte rondes hoeft de aanvrager niet eerst een projectidee in te dienen. De uitgewerkte aanvragen voor Voorwaardelijke toelating zijn in 2018 vanaf 2014 met bijna 70% afgenomen. Deze afname staat in schril contrast met het beschikbare budget dat juist in de jaren 2016, 2017 en 2018 is verhoogd.



Figuur 10. Aantal uitgewerkte en toegekende aanvragen in de gerichte rondes
(Bron: Analyse SiRM o.b.v. door ZonMw verstrekte informatie over aantallen)

De gemiddelde slagingskans van een uitgewerkte aanvraag in de open ronde ligt met 47% iets hoger dan in de gerichte ronde (41%, zie Figuur 11). Maar gezien het kleine aantal aanvragen in de gerichte rondes betreft het geen significant verschil. De slagingskans van een projectidee tot een toegekende aanvraag in de open ronde ligt op circa 15%.



Figuur 11. Slagingskans uitgewerkte aanvragen binnen open en gerichte rondes
(Bron: Analyse SiRM o.b.v. door ZonMw verstrekte informatie over aantallen)

De slagingskans van IMP-aanvragen lag over het algemeen boven die van EEK- en VEMI-aanvragen.

De slagingskans binnen de gerichte rondes is het laagst voor de Voorwaardelijke toelating aanvragen: in 2017 en 2018, zelfs 0 van de 9. De wetenschappelijke adviesraad van ZIN heeft deze aanvragen afgewezen op basis van onvoldoende relevantie. Mede op basis van deze ervaringen heeft ZonMw geadviseerd om ook voor de gerichte rondes een voorselectie op basis van projectideeën te introduceren. De minister van VWS heeft in februari 2017 aangegeven voornemens te zijn om de huidige voorwaardelijke pakkettoelating te vervangen door een beter toegankelijke en meer effectieve subsidieregeling gericht op onderzoek naar nieuwe, veelbelovende en pakketwaardige interventies.³⁴

3.2.2 Beoordelen projecten

De commissie EEK beoordeelt alle aanvragen op relevantie en kwaliteit. Aanvragen moeten daarnaast voldoen aan een aantal randvoorwaarden. In de jaarlijkse DO subsidieoproepen staat beschreven op basis van welke criteria de commissie relevantie en kwaliteit meet en aan welke randvoorwaarden het onderzoek moet voldoen. De teksten van de subsidieoproep evolueren over de jaren heen. Vanaf DO16-18 vult ZonMw de randvoorwaarden en relevantie- en kwaliteitscriteria steeds concreter in, met name om de implementatiegraad van de onderzoeksresultaten in de praktijk te vergroten. In de paragrafen hieronder komen de randvoorwaarden en criteria aan bod zoals zij in de laatste subsidieoproep voor DO19 zijn omschreven.

³⁴ Brief van minister Schippers aan TK 'Herinrichting van de regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating', 21 februari 2017.

Bij de beoordeling van de aanvragen betreft de commissie de beoordeling van wetenschappelijke en patiënt referenten. Het patiëntenpanel van de Patiëntenfederatie heeft vanaf 2014 bijna 500 projectideeën en uitgewerkte aanvragen beoordeeld. De circa 27 patiëntreferenten hebben ervaring met wetenschappelijk onderzoek en zijn in staat zijn om ziekte-overstijgend te denken. Uit onderzoek van APE in 2016 blijkt de inzet van het patiëntenpanel bij de beoordeling slechts een beperkt effect te hebben.³⁵ Het is voor ZonMw niet (eenvoudig) te achterhalen wat het huidige effect van het patiëntenpanel is. Het beoordelen van de aanvragen door het patiëntenpanel vraagt een aanzienlijke tijdsinvestering van de leden van het panel en het bureau van de Patiëntenfederatie.

ZonMw vraagt daarnaast ZIN om de projectideeën te beoordelen. ZIN gaat na of de te onderzoeken interventie verzekerde zorg betreft of zorg die ooit in het verzekerde pakket toegelaten kan worden. Als dit niet het geval is, adviseert ZIN de commissie EEK om het onderzoek niet te subsidiëren.

Randvoorwaarden

Om in aanmerking te komen voor subsidie vanuit het programma DO dienen onderzoeken onder andere aan de volgende voorwaarden te voldoen:^{36, 37}

- Basispakket en langdurige zorg. Het gaat om onderzoek naar interventies die behoren tot het basispakket Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz)-zorgpakket of daar in de toekomst toe kunnen gaan behoren.
- Multicenter samenwerkingsverband. Het onderzoek moet ingediend, opgezet en uitgevoerd worden door een multicenter samenwerkingsverband waarbinnen in ieder geval twee niet-universitaire centra participeren die de interventie zelfstandig uitvoeren.³⁸
- Cofinanciering. Cofinanciering is verplicht en dient definitief geregeld te zijn bij het indienen van de subsidieaanvraag. Van de totale kosten van het project dient voor DO19-21 tenminste 10% te bestaan uit cofinanciering³⁹.

Vanaf DO19-21 is het multicenter samenwerkingsverband een randvoorwaarde omdat ZonMw en betrokken partijen dit aspect zien als één van de succesfactoren voor een hoge implementatiegraad van de onderzoeksresultaten. In de subsidieoproepen van DO16-18 en daarvoor was het nog onderdeel van het relevantiecriteria implementeerbaarheid.

Het aantal multicenter aanvragen neemt fors toe in DO 16-18, al was deze in DO 10-12 ook al vrij hoog (zie Figuur 12). Toen betrof het echter vaker twee ziekenhuizen, in DO 16-18 is ruim 40% van de aanvragen ingediend door een multicenter samenwerkingsverband van meer dan acht ziekenhuizen. Dat er toch projecten zijn met slechts één enkel ziekenhuis in DO 16-18 komt

³⁵ Bron: Vier jaar ervaring met het patiëntenpanel, Onderzoek naar de eerste effecten van het betrekken van een patiëntenpanel in het ZonMw subsidiebeoordelingsproces, APE, juli 2006.

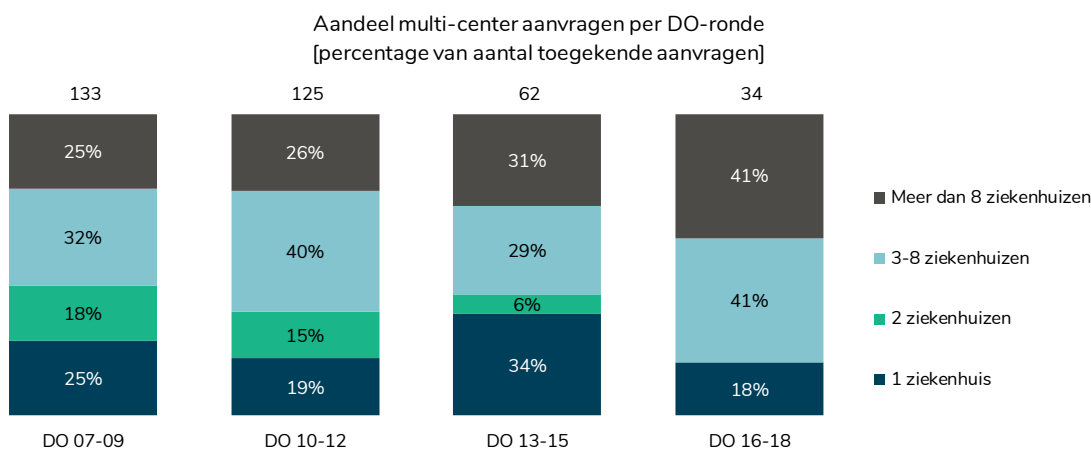
³⁶ We beschrijven hier de meest relevante voorwaarden in het kader van de procesevaluatie. Voor een volledig overzicht zie subsidieoproep tekst.

³⁷ Bron: Subsidieoproep DO19, ZonMw, december 2017.

³⁸ Bij hoge uitzondering kan bij eerste effectiviteitsonderzoeken hiervan afgeweken worden, mits goed onderbouwd.

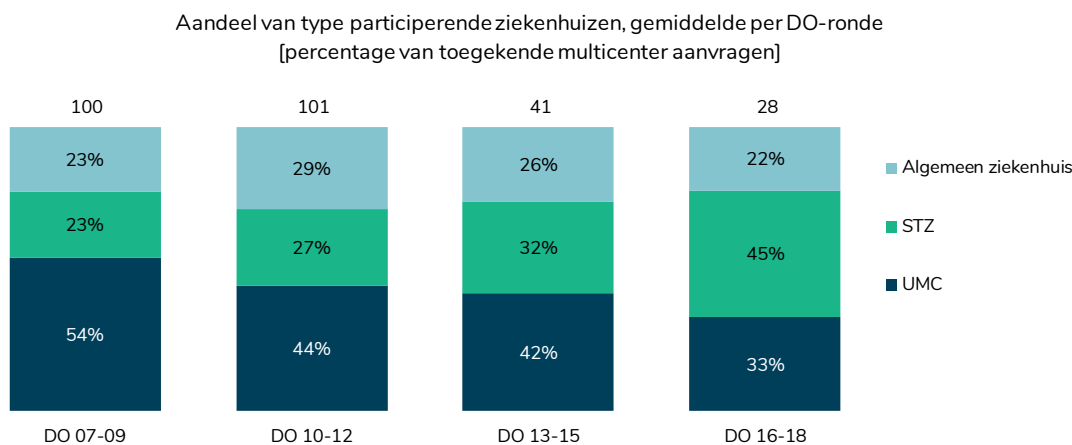
³⁹ De analyse van de cofinanciering is gebaseerd op door ZonMw aangeleverde gegevens per project. Cofinanciering bestaat uit een bijdrage aan het onderzoek door verzekeraars, (semi-) overheidspartijen, patiëntenvereniging en fondsen, private organisaties met of zonder winstoogmerk.

doordat samenwerking met ander type instellingen, zoals huisartsenpraktijken of GGZ-instellingen, in deze analyse niet is meegenomen.



Figuur 12. Aandeel multicenter aanvragen van toegekende aanvragen gedurende evaluatieperiode (Bron: Analyse SiRM o.b.v. informatie ZonMW over de uitgewerkte aanvragen)

Binnen de multicenter samenwerkingsverbanden neemt het aandeel van UMC's af (zie Figuur 13). STZ-ziekenhuizen participeren in toenemende mate in de samenwerkingsverbanden. Het aandeel van algemene ziekenhuizen blijft vrij constant over de DO-rondes.



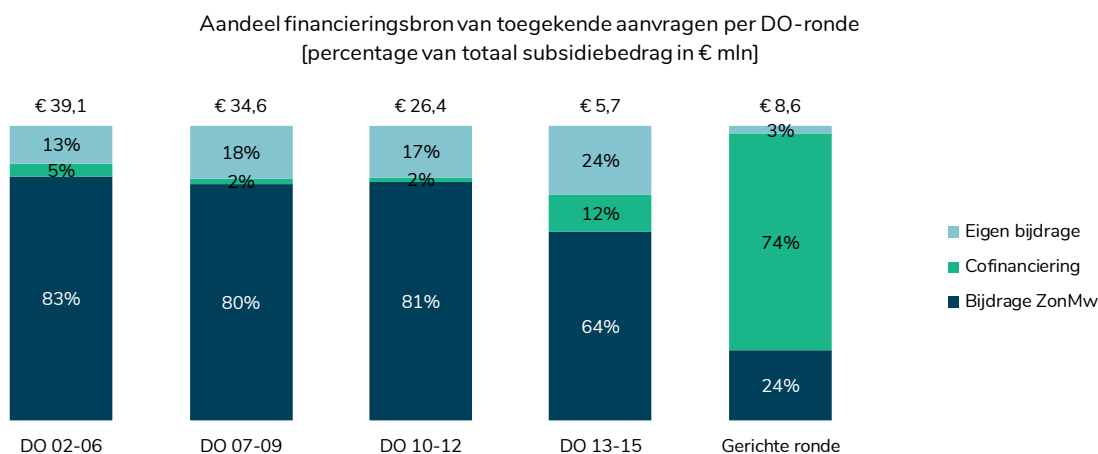
Figuur 13. Ontwikkeling aandeel UMC's, STZ- en algemene ziekenhuizen van totale aantal participerende ziekenhuizen in toegekende projecten⁴⁰ (Bron: Analyse SiRM o.b.v. informatie ZonMW over de uitgewerkte aanvragen)

Vóór DO 13-15 vroeg ZonMw al een eigen bijdrage⁴¹ van gemiddeld 10-20%. Cofinanciering is vanaf DO 13-15 voor het gehele programma DO verplicht voor iedere aanvraag. Voor VEMI was cofinanciering vanaf 2005 verplicht. De eigen bijdrage was voor VEMI altijd minimaal 50%. Financiering van een project door meerdere partijen verhoogt de kans op implementatie van de onderzoeksresultaten. ZonMw subsidieert vanaf DO 13-15 een kleiner deel van het totale

⁴⁰ Enkel toegekende aanvragen met minstens één ziekenhuis dat patiënten includeert.

⁴¹ Financiële bijdrage van de instellingen in het multicenter samenwerkingsverband.

projectbudget: de eigen bijdrage is fors toegenomen (24%) en de cofinanciering⁴² is voor het eerst gemiddeld meer dan 10% van het totale projectbudget (zie Figuur 14). De financiering van projecten gesubsidieerd vanuit de gerichte ronde bestaat voor driekwart van het totale projectbudget uit cofinanciering.⁴³ Van de 12 afgeronde projecten in de gerichte ronde, ontvingen er drie cofinanciering. 95% van de totale cofinanciering in de gerichte ronde betrof financiering van behandelkosten door VWS voor het Voorwaardelijke toelating project 'Heideheuvel'.



Figuur 14. Opbouw financiering toegekende projecten in open en gerichte ronde⁴⁴
(Bron: Analyse SiRM o.b.v. informatie ZonMw uit de uitgewerkte aanvragen en eindafrekeningen)

Relevantiecriteria

ZonMw definieert relevantie van een voorgesteld onderzoek als volgt:³⁷

- Potentie van doelmatigheidswinst. De subsidieaanvraag dient te onderbouwen dat de te onderzoeken interventie doelmatig is ten opzichte van de standaardzorg in Nederland. Daarnaast dient de omvang van de populatie die in aanmerking komt beschreven te worden.
- Praktijkgerichtheid. Het onderzoek moet gericht zijn op het genereren van ontbrekende doelmatigheidsgegevens die bruikbaar zijn voor praktijk en/of beleid van de Nederlandse gezondheidszorg. Voor MSZ geldt dat de onderzoeksresultaten bruikbaar zijn voor een richtlijn uit de Richtlijndatabase⁴⁵ en voor huisartsenzorg voor een NHG-standaard.
- Patiëntparticipatie. Uit de subsidieaanvraag moet blijken dat een patiëntenorganisatie (of ervaringsdeskundige) de onderzoeksvraag relevant en de voorgestelde aanpak vanuit patiëntenperspectief haalbaar vindt. Ook moet duidelijk zijn hoe de onderzoeksopzet voorziet in het betrekken van patiënten / ervaringsdeskundigen.
- Implementeerbaarheid van projectresultaten. De onderzoeksresultaten dienen landelijk toepasbaar te zijn en een grote kans op toepassing in de praktijk te hebben. Bij de

⁴² Een derde van de cofinanciering in de open ronde is afkomstig van zorgverzekeraars. Drie type organisaties zijn elk verantwoordelijk voor een vijfde tot een vierde deel van de cofinanciering: patiëntenverenigingen/fondsen (o.a. KWF), non-profit organisaties en commerciële partijen.

⁴³ Het ministerie van VWS is de belangrijkste cofinancier geweest in de gerichte ronde, doordat ze binnen het Heideheuvel project (170992001) de behandelkosten vergoed hebben.

⁴⁴ DO 16-18 is buitenbeschouwing gelaten, omdat deze analyse gebaseerd is op de eindafrekening van afgeronde projecten en er nog geen projecten afgerond zijn uit deze ronde.

⁴⁵ Opgericht in 2012.

subsidieaanvraag moet een implementatieplan ingediend, en een implementatiedeskundige betrokken worden.

Vanaf DO19-21 verwijst de subsidieoproep voor het eerst concreet naar de Richtlijndatabase en NHG-standaarden om te zorgen dat zorgverleners in de praktijk gebruik gaan maken van de onderzoeksresultaten. Vanaf DO 13-15 spreekt de subsidieoproep voor het eerst expliciet van een implementatieplan en een implementatiedeskundige. Ervaringen met het uitblijven van implementatie leren dat onderzoekers zich over het algemeen minder bezighouden met implementatie van onderzoeksresultaten. Zij richten zich vaak liever op een nieuw onderzoek.

Kwaliteitscriteria

ZonMw definieert de kwaliteit van een voorgesteld onderzoek als volgt:^{46 37}

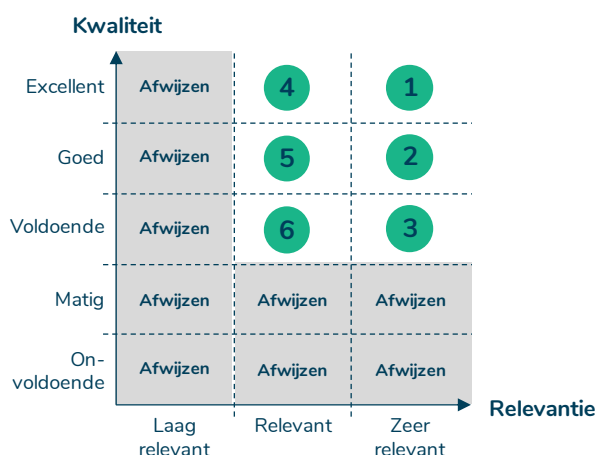
- Onderzoeksdesign. Het type onderzoeksdesign dient aan te sluiten bij de vraagstelling. ZonMw vraagt in dat kader extra aandacht voor alternatieven voor RCT's. Het programma DO legt geen beperking op in welk type onderzoeksdesign wordt toegepast.
- Uitkomstmaten. Het patiëntenbelang oftewel de gezondheidswinst, moet altijd blijken uit de beschreven primaire en secundaire uitkomstmaten. Voor de kosteneffectiviteitsanalyse geldt dat Quality Adjusted Life Years (QALY's) als uitkomstmaat meegenomen dienen te worden.
- Haalbaarheid. Het project dient haalbaar te zijn binnen de opgegeven looptijd en budget. Hierbij dient tevens rekening gehouden te worden met reeds lopende studies binnen de deelnemende centra.

Vanaf DO13-15 legt ZonMw de nadruk op een onderzoeksdesign dat passend is bij de onderzoeksvraag. Passend onderzoeksdesign is vooral een speerpunt om te zorgen dat het beoogde aantal patiënten geïnccludeerd kan worden binnen de looptijd van het project.

3.2.3 Prioriteren projecten

Wanneer er meer honorabele aanvragen zijn dan beschikbaar budget, maakt de commissie EEK een prioritering om de projecten te selecteren die subsidie krijgen. De commissie prioriteert op basis van de matrix in Figuur 15. Het betreft de prioriteringsmatrix zoals de commissie EEK deze vanaf DO13-15 hanteert. De relevantie van projecten is bij prioritering van groter belang dan de kwaliteit. Daarnaast let de commissie op de spreiding per specialisatie.

⁴⁶ We beschrijven hier de meest relevante kwaliteitscriteria in het kader van de procesevaluatie.



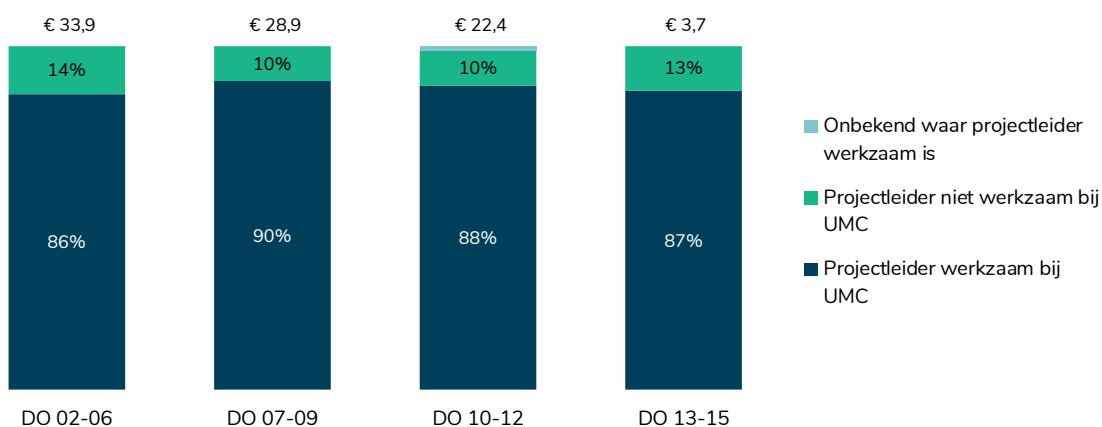
Figuur 15. Prioriteringsmatrix zoals de commissie EEK deze vanaf DO 13-15 hanteert (Bron: Analyse SiRM van teksten subsidieoproepen voor DO 07-09 tot en met DO 19-21)

Ook in België en Engeland worden projectaanvragen eerst op relevantie getoetst, daarna volgt een beoordeling van het studiedesign:

- In Engeland krijgen onderzoekers tegenwoordig meer tijd om een aanvraag te schrijven, wat de kwaliteit van de aanvragen heeft verbeterd.
- In België kunnen onderzoekers herhaaldelijk de methodologie van de aanvraag verbeteren op verzoek van de subsidieverstrekker. Een aanvraag wordt vaak 3 tot 4 keer verbeterd voordat deze wordt goedgekeurd.

Projectleiders van de afgeronde projecten tijdens de evaluatieperiode zijn over het algemeen werkzaam bij een UMC: 85 tot 90% van het subsidiebedrag per DO-ronde is toegekend aan projecten waarbij de projectleider van een UMC is (zie Figuur 16).

DO-projecten afgerond in 2006 – 2017 in de open ronde naar affiliatie projectleider en DO-ronde [percentage van totaal subsidiebedrag in € mln]

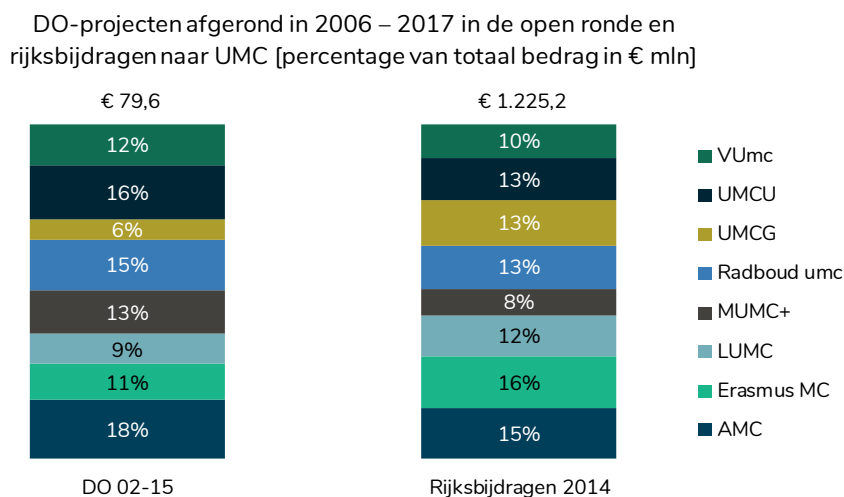


Figuur 16. Percentage van toegekend subsidiebedrag per DO-ronde naar soort affiliatie van projectleider^{47,48} (Bron: Analyse SiRM o.b.v. eindverslagen)

⁴⁷ Ook voor de gerichte ronde geldt dat de projectleider over het algemeen werkzaam is bij een UMC (87% van subsidiebedrag).

⁴⁸ DO 16-18 is buitenbeschouwing gelaten, omdat deze analyse gebaseerd is op afgeronde projecten en er nog geen projecten afgerond zijn uit deze ronde.

Alhoewel de verschillen klein zijn, ontving het MUMC+ relatief veel subsidie in verhouding tot het aandeel van dit UMC in de rijksbijdragen. Het UMCG en Erasmus MC ontvingen relatief weinig subsidie in verhouding tot hun aandeel in de rijksbijdragen (zie Figuur 17). Geïnterviewden geven aan dat dit met de verschillende profielen van UMC's zou kunnen samenhangen.



Figuur 17. Percentage van toegekend subsidiebedrag per DO-ronde naar UMC ten opzichte van rijksbijdragen (Bron: Analyse SiRM o.b.v. eindverslagen en NFU rapport Feiten & cijfers De Nederlandse universitair medische centra (2014))

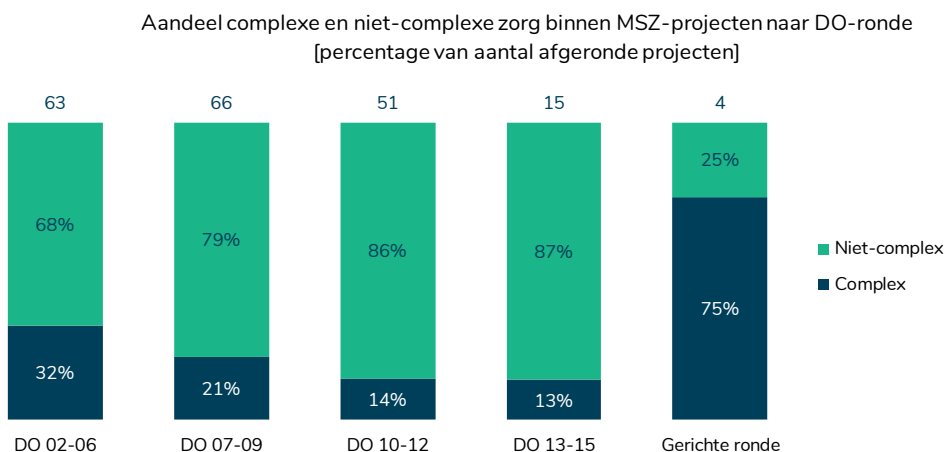
Projectleiders bij UMC's zijn beter gepositioneerd om aanvragen van goede kwaliteit in te dienen en om projecten uit te voeren binnen het programma DO:

- Het hoort bij hun functie om naast het verlenen van zorg en het geven van onderwijs, zich bezig te houden met onderzoek.
- Zij kunnen gebruik maken van een research infrastructuur. Dit helpt zowel bij het opstellen van een kwalitatief goede en haalbare aanvraag, als bij het uitvoeren van de studie. Zij kunnen bijvoorbeeld gebruik maken van methodologische kennis binnen het UMC of van research verpleegkundigen bij de uitvoering van de studie.
- Zij zijn in loondienst en ondervinden daarom geen eventuele financiële consequenties van de uitkomsten van doelmatigheidsonderzoek. Als uit een onderzoek bijvoorbeeld blijkt dat afwachten beter is dan interveniëren, heeft het implementeren van deze resultaten voor hen nauwelijks financiële impact.

Het Kennisinstituut van de FMS en een deel van de commissies EEK en DO erkennen dat aanvragers bij UMC's beter gepositioneerd zijn. Zij vragen zich tegelijkertijd af of het ook nadelige gevolgen kan hebben voor het programma DO. Zij denken daarbij aan minder aandacht voor basiszorg en een lagere implementatiegraad van onderzoeksresultaten. De interesse in het doen van Zorgevaluaties – klinisch evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van bestaande zorg – is mogelijk lager bij onderzoekers in UMC's. Juist deze Zorgevaluaties kunnen grote doelmatigheidsimpact hebben.

Uit de analyse van afgeronde projecten naar soort zorg blijkt niet dat de aandacht van het programma DO vooral uitgaat naar complexe zorg. Het aandeel van projecten in de MSZ die een complexe zorginterventie onderzoeken, neemt af per DO-ronde (zie Figuur 18). In DO 13-15 was

het aandeel complexe zorg 13%. De afname kan te maken hebben met de eerder geconstateerde toename van multicenter aanvragen, waarin STZ-ziekenhuizen steeds meer participeren. In de gerichte ronde betrof driekwart van de afgeronde MSZ-projecten complexe interventies. Dit volgt uit het karakter van de Voorwaardelijke toelating projecten, die het grootste deel vormen van de afgeronde projecten in de gerichte ronde. Ook kan het kleine aantal afgeronde MSZ-projecten (4) in de gerichte ronde een rol spelen.



Figuur 18: Ontwikkeling aandeel complexe zorg in aantal afgeronde MSZ-projecten naar DO-ronde (Bron: Analyse SiRM op basis van indeling complexe zorg door artsen werkzaam bij AMC en SiRM)

3.3 Monitoren

In deze paragraaf zetten we de derde stap van het proces uiteen. Het betreft het monitoren van de projecten die een subsidie hebben ontvangen (zie Figuur 19).



Figuur 19. Fase monitoren van proces DO

ZonMw monitort projecten vanaf de honorering tot de subsidievaststelling. De monitoring bestaat uit de volgende hoofdactiviteiten:

- Na de honorering informeert ZonMw de projectleider dat het project kan starten en over de toetsing van de onderzoeksanpak bij de medisch ethische toetsingscommissie (METc).
- Halverwege de projecttijd (uiterlijk na 18 maanden) vraagt ZonMw om een voortgangsverslag. Tussen het moment van toekennen en het opvragen van het voortgangsverslag stuurt ZonMw de projectleider drie keer een bericht, onder andere om afwijkingen in tijdsplanning en plan van aanpak direct bij ZonMw te melden. Bij projecten gesubsidieerd binnen de gerichte ronde bespreken ZonMw en de projectleider het voortgangsverslag vaak in een voortgangsbespreking. ZonMw gebruikt het voortgangsverslag om problemen in een vroeg stadium te signaleren en mogelijk aan te pakken en om inzicht te krijgen in vroegtijdige kansrijke resultaten, opbrengsten en ontwikkelingen.

- Bij afronding van het project (drie maanden na de einddatum) vraagt ZonMw om een eindverslag. Aan de hand van het eindverslag toetst ZonMw of aan de afspraken uit de gehonoreerde aanvraag is voldaan, en of de subsidieontvanger het subsidiebedrag, geheel of gedeeltelijk, definitief kan ontvangen.

ZonMw geeft aan dat twee aandachtspunten vaker terugkomen bij de bespreking van het monitoringsproces, namelijk:

- Tijdsinvestering vanuit de projectleider en ZonMw in de monitoring. Het is van belang dat de monitoring zo efficiënt mogelijk plaatsvindt, zodat het doel van het monitoren in verhouding blijft tot de werkdruk en tijdsinvestering van beide kanten.
- Vertragingen die ontstaan gedurende het project. Projectleiders geven aan dat zij vooral vertragingen ervaren bij METc en bij lokale uitvoerbaarheidsprocedures voordat zij het project kunnen starten. Ook de inclusie van patiënten verloopt vaak minder voorspoedig dan gepland.

De Patiëntenfederatie geeft daarnaast aan dat zij, en ook het patiëntenpanel, graag meer zicht krijgen op de patiëntparticipatie tijdens het project. Ze stellen zich de vraag of patiënten daadwerkelijk in het onderzoek participeren zoals aangegeven stond in de subsidieaanvraag.

3.4 Stimuleren

In deze paragraaf komt de laatste stap in het proces aan de orde, het stimuleren van de implementatie van de onderzoeksresultaten en het meten van de impact (zie Figuur 20).



Figuur 20. Fase stimuleren van proces DO

De belangrijkste bevindingen ten aanzien van de fase stimuleren zijn:

- Vrijwel alle geïnterviewden en focusgroepeelnemers geven aan dat, ondanks de inspanningen van ZonMw, implementatie van onderzoeksresultaten onvoldoende tot stand komt. Zij zijn over het algemeen van mening dat niet ZonMw als subsidieverstrekker, maar vooral marktpartijen en regulerende instanties een actievere rol moeten spelen om te zorgen dat implementatie tot stand komt.
- ZonMw meet niet op systematische wijze de impact van afgeronde projecten. Dit is ook niet expliciet onderdeel van de opdracht aan ZonMw. De Patiëntenfederatie, de commissies EEK en DO en zorgverzekeraars geven aan dat zij meer inzicht willen in de onderzoeksresultaten en de implementatie ervan in Nederland. Met deze informatie kunnen marktpartijen en regulerende instanties hun rol beter oppakken bij de implementatie van de onderzoeksresultaten.

We gaan eerst in op de manier waarop ZonMw implementatie van de onderzoeksresultaten aanmoedigt en vervolgens komt het meten van de impact van onderzoeken aan bod.

3.4.1 Aanmoedigen implementatie

ZonMw besteedt in toenemende mate aandacht aan implementatie. Minister Schippers zette het onderwerp in 2014 scherper op de agenda door in een brief aan de Tweede Kamer te constateren dat de doorgeleiding van onderzoeksresultaten uit programma's als DO naar de praktijk onvoldoende goed verliep.⁴⁹

ZonMw stimuleert implementatie op verschillende manieren:

- ZonMw voert van 2004 tot en met 2013 het deelprogramma IMP uit.
- Onderdeel van het deelprogramma IMP was de oprichting van een implementatie fellow infrastructuur.
- ZonMw verstrekt zogenaamde Verspreidings- en implementatie impulsen (VIMP's) tot een bedrag van € 50.000,-.

Implementatie van onderzoeksresultaten kan verschillende vormen hebben:

- De implementatie van een nieuwe kosteneffectieve interventie.
- Het bewust niet implementeren van een interventie omdat onderzoek uitwijst dat de interventie niet kosteneffectief is.
- De-implementatie van bestaande zorg die niet kosteneffectief blijkt.

Vrijwel alle geïnterviewden en focusgroepeelnemers geven aan dat implementatie van onderzoeksresultaten onvoldoende tot stand komt, ondanks de inspanningen van ZonMw en andere betrokken partijen zoals de FMS. De prikkels in de gereguleerde zorgmarkt leiden volgens hen onvoldoende tot implementatie. Zij zijn over het algemeen van mening dat marktpartijen en regulerende instanties een actievere rol moeten spelen om te zorgen dat implementatie tot stand komt. ZonMw speelt hier als subsidieverstrekker wat hen betreft een bescheiden rol.

In België en Engeland zijn de programma's onderdeel van organisaties die zorgbeleid formuleren. Dit helpt bij de implementatie van de onderzoeksresultaten:

- Bijna 80% van de onderzoeksresultaten komt in richtlijnen of protocollen terecht in Engeland. Dit hoge percentage is waarschijnlijk te danken aan de directe link van het programma met NICE. Daarnaast is in Engeland een breed netwerk opgezet met 'implementatie connecties', personen binnen lokale overheden of de NHS die de implementatie van onderzoeksresultaten bevorderen.
- In België is implementatie een onderdeel van het programma. In het bestuur ervan zitten de belangrijkste stakeholders uit de zorgsector. Voordat een subsidie wordt goedgekeurd committeren de stakeholders zich aan het implementeren van de resultaten van het onderzoek bij afronding ervan.

Deelprogramma IMP

Het deelprogramma IMP bevatte vooral projecten die de kosteneffectiviteit van implementatiestrategieën onderzochten (55 van de in totaal 79 gesubsidieerde projecten).⁵⁰ Het overgrote deel van deze IMP projecten was niet gekoppeld aan een EEK / VEMI project.

⁴⁹ Brief van minister Schippers aan TK 'Doelmatigheidsprogramma's binnen ZonMw', 18 juli 2014.

⁵⁰ Bron: Evaluatie van het ZonMw Deelprogramma Implementatie, Implementatie van doelmatige interventies vraagt kennis van de praktijk, aandacht voor de context en flexibiliteit, Nivel 2015.

In 2014 is het deelprogramma IMP gestopt, met name door een krappere beschikbaar budget voor het programma DO. De meeste projectleiders en focusgroepeelnemers kunnen zich hierin vinden. Zij geven aan dat meer onderzoek naar de effectiviteit van implementatiestrategieën de implementatiegraad van onderzoeken waarschijnlijk niet gaat verhogen. De vraag is of men niet weet hoe te (de-)implementeren of dat men de juiste prikkels niet voelt om te (de-)implementeren?

Bij het stopzetten van IMP heeft ZonMw bij het relevantiecriteria implementeerbaarheid opgenomen dat bij de subsidieaanvraag een implementatieplan wordt ingediend en een implementatiedeskundige betrokken wordt.

Implementatie fellow infrastructuur

Met ondersteuning van ZonMw zijn de afgelopen jaren tien implementatie fellows opgeleid om in (academische) ziekenhuizen een extra impuls te geven aan implementatie en implementatieonderzoek. Zij beschikken over kennis vanuit de wetenschappelijke literatuur over succesvolle implementatiestrategieën en hebben veel ervaring opgebouwd in praktijksituaties. De implementatie fellows worden vaak betrokken bij subsidieaanvragen als implementatiedeskundige.

VIMP's

Meerdere projectleiders geven aan dat de VIMP's een goede manier zijn om het implementatieaspect onder de aandacht te brengen bij de onderzoekers. Zij kunnen er bijvoorbeeld een implementatiedeskundige voor inhuren. Onderzoekers zijn in veel gevallen niet de aangewezen personen om de implementatie tot stand te brengen. Het maximale bedrag van € 50.000,- per project is vrij klein en wordt daardoor vooral gezien als een aanmoediging. Van de afgeronde projecten tijdens de evaluatieperiode heeft circa 10% een VIMP ontvangen. ZonMw benadert high potential projecten sinds kort actief voor het aanvragen van een VIMP.

Zowel tijdens de focusgroep als het interview met de commissie DO kwam de farmaceutische industrie als voorbeeld voor succesvolle implementatie aan de orde. Deze is in staat om de implementatie van nieuwe geneesmiddelen relatief snel tot stand te brengen. Deze bedrijven hebben grote marketing en sales afdelingen die samenwerken om dit voor elkaar te krijgen en bovendien een duidelijke prikkel hebben om dit te doen. Zowel de menskracht als de prikkels ontbreken vaak bij de implementatie van resultaten van doelmatigheidsonderzoek.

3.4.2 Meten impact

ZonMw heeft de impact van de projecten binnen het programma DO op verschillende momenten gemeten:

- Bij eerdere evaluaties van het programma door RAND, Zorgmarktadvies en Nivel (deelprogramma IMP), zie voor meer detail paragraaf 1.2.1.
- Bij het opstellen van het rapport 'Beter af met doelmatigheidsonderzoek'. Het rapport presenteert vijftien succesvolle onderzoeksprojecten uit het programma DO.
- Bij het identificeren van de zogenaamde parelprojecten. ZonMw heeft vier DO-projecten die zijn afgerond tijdens de evaluatieperiode uitgeroepen tot parelproject.

Daarnaast vindt ad hoc monitoring van de impact van DO-projecten plaats. ZonMw meet echter niet op systematische wijze de impact van afgeronde projecten. Ook niet van high potential projecten. Dit is ook geen expliciete opdracht aan ZonMw van VWS, de opdrachtgever van het programma DO.

De Patiëntenfederatie, de commissies EEK en DO en zorgverzekeraars geven aan dat zij meer inzicht willen in de onderzoeksresultaten en de implementatie ervan in Nederland. Informatie over projecten met veelbelovende onderzoeksresultaten en de implementatie daarvan, helpt marktpartijen (zoals patiënten en zorgverzekeraars) en regulerende instanties (zoals ZIN en VWS). Met deze informatie kunnen zij het gesprek aangaan met de zorgaanbieders om te zorgen dat de implementatie van de onderzoeksresultaten tot stand komt.

4 Impactevaluatie programma DO

De wetenschappelijke opbrengsten van het programma DO lijken hoog te zijn.⁵¹ Driekwart van de onderzoeken leidde tot een publicatie waarvan circa 90% in internationale tijdschriften, vooral in tijdschriften die tot de top 25% van hun vakgebied behoren. Ook de maatschappelijke opbrengsten lijken aanzienlijk: de aandacht voor doelmatigheid(sonderzoek) is toegenomen. Circa 30% van de onderzoeksresultaten is in richtlijnen terechtgekomen.⁵² Het programma heeft ruim 7.500 levensjaren in volledige gezondheid opgeleverd en de behaalde geschatte netto opbrengsten zijn € 1,1 miljard. Er is wel veel potentieel onbenut gebleven omdat de implementatie van resultaten achterblijft.

In dit hoofdstuk staat de impactevaluatie van het programma DO centraal. We evalueren de impact door de wetenschappelijke en maatschappelijke opbrengsten in kaart te brengen en de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten te kwantificeren (zie Figuur 21).



Figuur 21. De verschillende soorten opbrengsten die gezamenlijk de impact van het programma DO bepalen

4.1 Wetenschappelijke opbrengsten

In deze paragraaf gaan we in op de eerste stap van het genereren van impact, de wetenschappelijke opbrengsten van het programma (zie Figuur 22). We presenteren welke kennis de afgeronde projecten hebben opgeleverd, hoeveel en wat voor soort wetenschappelijke publicaties het programma heeft opgeleverd en of het tot vervolgonderzoek heeft geleid.



Figuur 22. Eerste stap van impact, de wetenschappelijke opbrengsten

⁵¹ We hebben de opbrengsten echter niet af kunnen zetten tegen een vergelijkbaar programma en weten daarmee niet of deze hoger of lager zijn dan je verwacht van een dergelijk programma.

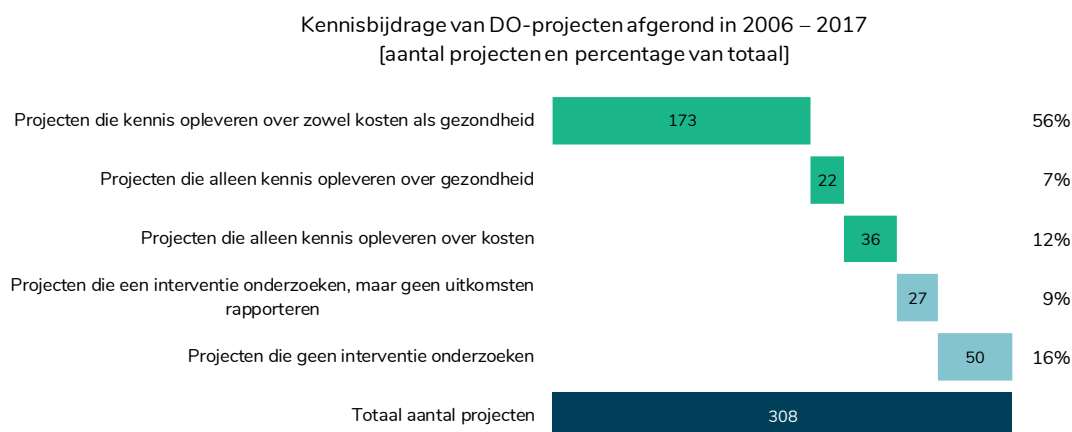
⁵² Daarnaast komt 15% nog in de richtlijn volgens de projectleider.

De wetenschappelijke opbrengsten van het programma DO zijn hoog.⁵¹

- Driekwart van de projecten die zijn afgerond gedurende de evaluatieperiode, heeft kennis opgeleverd over gezondheid en/of kosten van interventies.
- Ruim driekwart van de projecten leidde tot minstens één wetenschappelijke publicatie.
- De overgrote meerderheid (circa 90%) betreft publicaties in internationale tijdschriften, vooral in tijdschriften die tot de top 25% van hun vakgebied behoren.
- Uit de resultaten van de online vragenlijst onder projectleiders blijkt dat ruim twee derde van de projecten leidt tot vervolgonderzoek. Het betreft vaak andere studiepopulaties (25%) of een andere onderzoeksopzet (20%). Ook gaat het regelmatig om implementatieonderzoek (22%).

4.1.1 Kennisbijdrage

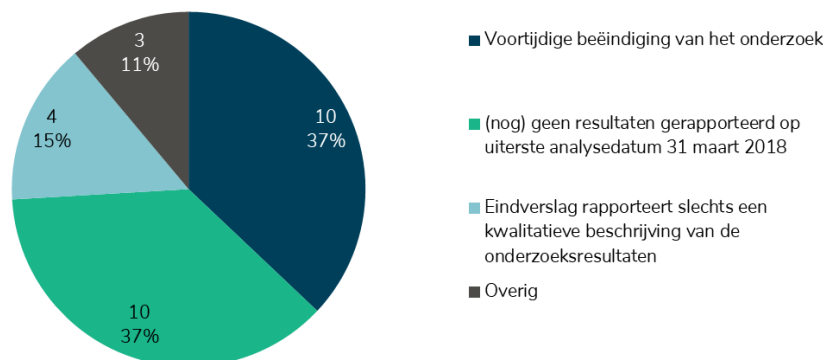
Van de 308 projecten die afgerond zijn gedurende de evaluatieperiode heeft 56% cijfermatige kennis gegenereerd over zowel kosten als gezondheid (zie Figuur 23). Daarnaast heeft bijna 20% van de afgeronde projecten bijgedragen aan kennis over ofwel gezondheidseffecten, ofwel kostenverschillen tussen vergeleken interventies.



Figuur 23. Mate waarin afgeronde projecten kennis hebben bijgedragen
(Bron: Analyse SiRM op basis van eindverslagen en resultaten online vragenlijst)

Ruim één derde van de projecten die een interventie onderzochten maar waarvoor geen cijfermatige uitkomsten zijn gerapporteerd, doet dit niet omdat het project voortijdig beëindigd is (zie Figuur 24). Van nog ruim één derde waren (nog) geen cijfermatige resultaten gepresenteerd op het moment dat wij de analyse afronden op 31 maart 2018.

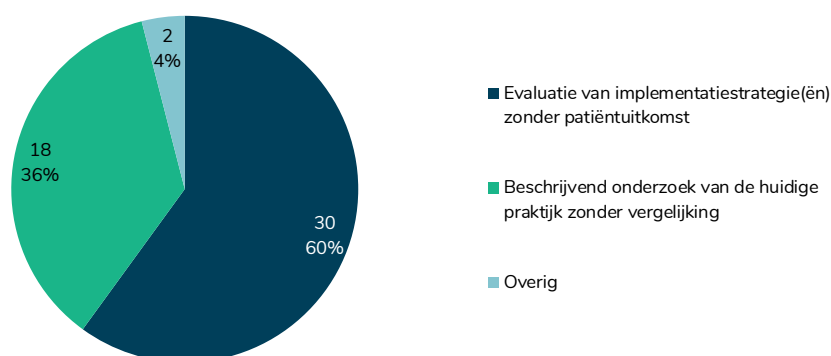
Projecten die een interventie onderzoeken maar geen cijfermatige uitkomsten rapporteren, naar reden [aantal projecten en percentage van totaal]



Figuur 24. Aandeel van reden voor het niet rapporteren van cijfermatige uitkomsten (Bron: Analyse SiRM op basis van eindverslagen en resultaten online vragenlijst)

Zestig procent van de 50 projecten die geen interventie hebben onderzocht, betrof een evaluatie van een implementatiestrategie (zie Figuur 25). Deze projecten zijn gesubsidieerd onder het deelprogramma Implementatie. Ruim één derde van de projecten die geen interventie onderzochten waren beschrijvende onderzoeken.

Projecten die geen interventie onderzoeken, naar reden [aantal projecten en percentage van totaal]



Figuur 25. Aandeel van reden voor het niet onderzoeken van een interventie (Bron: Analyse SiRM op basis van eindverslagen en online vragenlijst)

4.1.2 Wetenschappelijke publicaties

Ruim drie kwart van de afgeronde projecten gedurende de evaluatieperiode heeft ten minste één publicatie opgeleverd.⁵³ Van de 12 projecten die subsidie hebben ontvangen vanuit de gerichte ronde, zijn er vijf projecten die tot een publicatie zouden kunnen leiden. Drie van deze projecten hebben tot publicaties geleid.

⁵³ Het betreft een onderschatting aangezien we als bron de eindverslagen hebben gebruikt en de online vragenlijst. Publicaties die na het eindverslag zijn verschenen, van projecten waarvan de projectleider niet heeft gereageerd op de online vragenlijst, zijn niet meegenomen in de analyse.

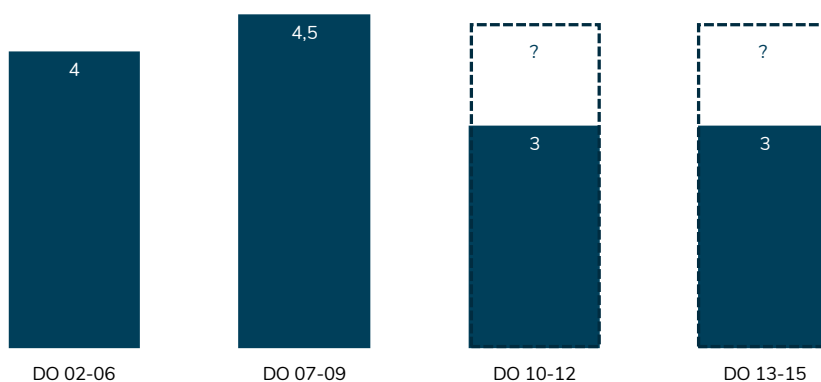
Voorbeeld publicatie in BMJ: Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections: open randomised controlled trial

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21896611> (BMJ. 2011 Sep 6;343:d5154. doi: 10.1136/bmj.d5154.)
Geciteerd door 36.

De effectiviteit van adenoidectomie bij kinderen met herhaalde bovenste luchtweginfecties is onderzocht in 11 perifere ziekenhuizen en twee academische ziekenhuizen in Nederland. Een direct chirurgisch beleid is vergeleken met een afwachtend beleid. De primaire uitkomstmaat is het aantal bovenste luchtweginfecties gedurende 24 maanden follow-up. Na complete follow-up, bleek het aantal episodes van bovenste luchtweginfecties niet significant verschillend tussen de twee groepen. Een direct chirurgisch beleid behaalt geen klinisch relevante resultaten ten opzichte van een afwachtend beleid.

De mediaan van het aantal publicaties per afgerond project met minstens één publicatie, ligt rond de vier publicaties per project (zie Figuur 26). Voor de laatste DO-rondes ligt de mediaan vooralsnog lager, maar de verwachting is dat er nog publicaties volgen over de resultaten van deze projecten.

Mediaan van aantal publicaties per afgerond project met minstens één publicatie, per DO-ronde [mediaan van aantal publicaties per project]



Figuur 26. Mediaan van aantal publicaties per afgerond project in de open ronde (Bron: analyse SiRM op basis van eindverslagen en resultaten online vragenlijst)

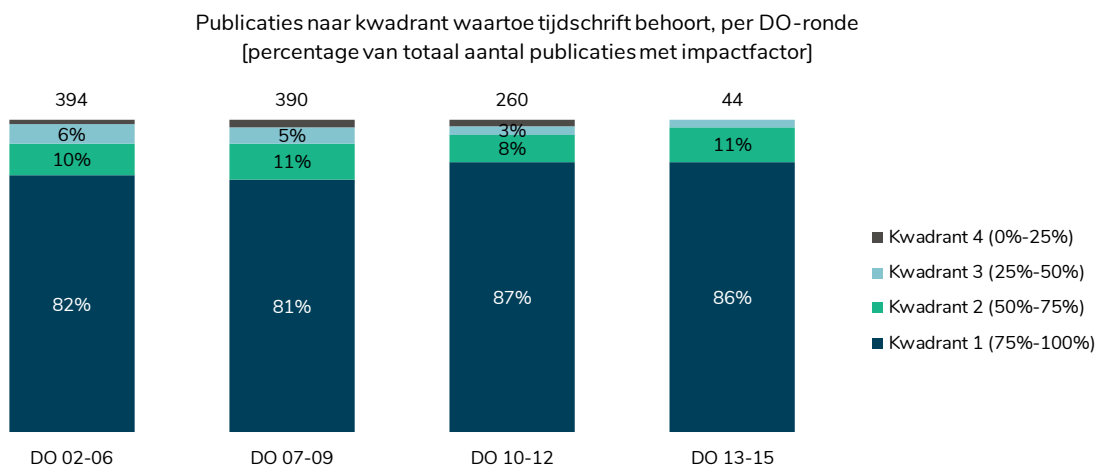
Voorbeeld publicatie in New England: Micrometastases or Isolated Tumor Cells and the Outcome of Breast Cancer. the Dutch MIRROR study

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0904832> (N Engl J Med 2009; 361:653-663. DOI: 10.1056/NEJMoa0904832) Geciteerd door 447.

De associatie tussen geïsoleerde tumorcellen of micrometastasen in regionale lymfeknopen en de 5-jaars ziektevrije overleving bij vrouwen met borstkanker in een vroeg stadium is onderzocht. Drie verschillende cohorten werden met elkaar vergeleken. Uit de resultaten blijkt dat micrometastasen of geïsoleerde tumorcellen in de regionale lymfeknopen geassocieerd zijn met een absolute reductie in de 5-jaars ziektevrije overleving van 10%. Bij patiënten met een systemische adjuvante therapie (hormonale- of chemotherapie) was de 5-jaars ziektevrije overleving significant verbeterd, met een absolute winst van 10%. Concluderend kan de aanwezigheid van tumorcel(-afzetting) in lymfeknopen de potentie van de primaire tumor om te metastaseren reflecteren.

Ruim 90% van de publicaties betreft artikelen in internationale tijdschriften. Dit beeld blijft gelijk over de verschillende DO-rondes. Onderzoekers publiceren vooral in tijdschriften die tot de top

25% van hun vakgebied behoren: ruim 80% van de publicaties is verschenen in een tijdschrift dat valt in kwadrant 1 (zie Figuur 27). Tijdschriften in kwadrant 1 zijn tijdschriften met de hoogste impact binnen het vakgebied, zoals berekend door Scientific Journal Ranking (SJR), gebaseerd op het aantal citaten.



Figuur 27. Verdeling van publicaties met een impactfactor naar kwadrant tijdschrift
(Bron: analyse SiRM op basis van eindverslagen, resultaten online vragenlijst en SJR)

Voorbeeld publicatie in The Lancet: 2 year neurodevelopmental and intermediate perinatal outcomes in infants with very preterm fetal growth restriction (TRUFFLE): a randomised trial

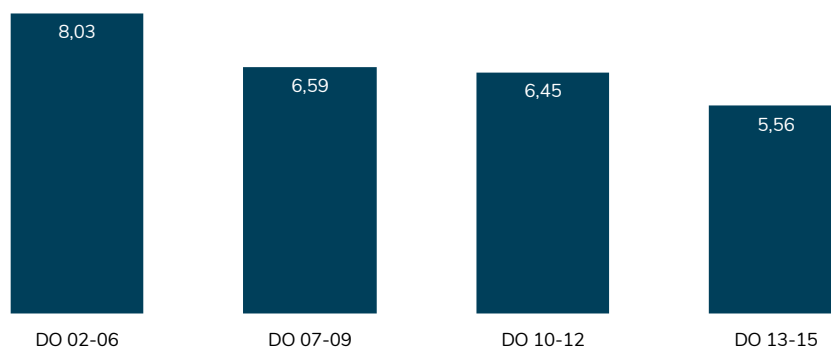
[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)62049-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)62049-3.pdf) (Published: 04 March 2015 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62049-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62049-3)) Geciteerd door 118.

In deze studie is onderzocht of veranderingen in de foetus ductus venosus Doppler-golfvorm (DV) gebruikt kunnen worden als een indicatie voor het opwekken van de bevalling, in plaats van cardiotocografie kortetermijnvariatie (STV) bij vrouwen met een foetus tussen de 26-32 weken met een ernstige vroegtijdige groeirestrictie. Hoewel het verschil in het aandeel van kinderen die overleefden zonder neurostimulatie niet significant was, kan de timing van de bevalling op basis van het onderzoeksprotocol gebruik makend van late wijzigingen in de DV golfvorm tot een verbetering in ontwikkelingsresultaten op 2-jarige leeftijd leiden.

De maximale impactfactor per project was het hoogst voor ronde DO 02-06 (zie Figuur 28). We hebben in deze analyse gekeken naar de hoogste impactfactor die per project met een gepubliceerd artikel behaald is. We hebben vervolgens het gemiddelde genomen van deze maximale scores per project om tot een impactfactor per DO-ronde te komen. Het is niet verbazingwekkend dat de score in de laatste ronde het laagst is. Projecten leiden vaak in eerste instantie tot publicaties in minder vooraanstaande tijdschriften omdat het bijvoorbeeld om de resultaten van een voorbereidende literatuurstudie gaat, of om tussentijdse resultaten.

Overigens is het lastig om het getal te interpreteren, aangezien de waardering van de impactfactor verschilt per specialisme. De verdeling van de publicaties naar de kwadranten waartoe het tijdschrift behoort, zoals hierboven beschreven, geeft meer inzicht in de kwaliteit van de publicaties.

Gemiddelde maximale impactfactor per DO-project met minstens één publicatie, per DO-ronde [gemiddelde impactfactor per ronde]

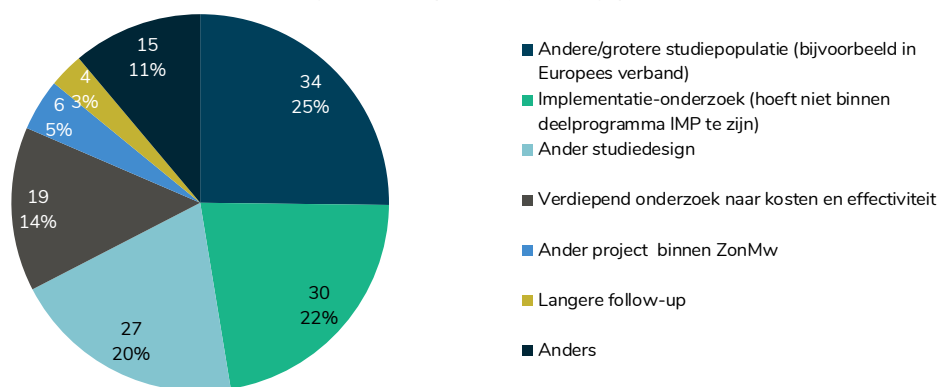


Figuur 28. Gemiddelde per DO-ronde van maximale impactfactor per project (Bron: analyse SiRM op basis van eindverslagen, resultaten online vragenlijst en SJR)

4.1.3 Vervolgonderzoek

Van de 137 projecten waarvoor de online vragenlijst is ingevuld en antwoord hebben gegeven op de vraag over vervolgonderzoek, geeft de projectleider in ruim 2/3 van de projecten aan dat het project heeft geleid tot vervolgonderzoek. Een kwart van het vervolgonderzoek is gericht op een andere of grotere studiepopulatie, bijvoorbeeld vervolgonderzoek in Europees verband (zie Figuur 29). In ruim 20% gaat het om implementatieonderzoek, vaak niet binnen het deelprogramma Implementatie van ZonMw.

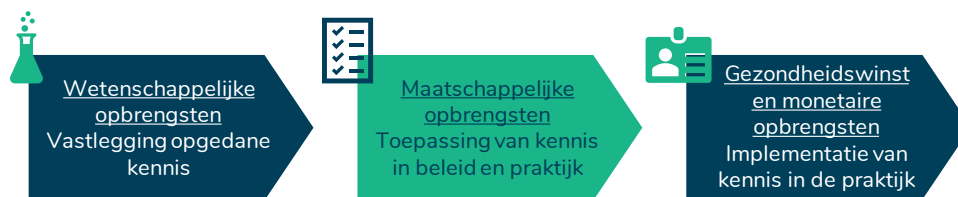
DO-projecten afgerond in 2006-2017 waarvan de projectleider de vragenlijst heeft ingevuld naar soort vervolgonderzoek [aantal, percentage]



Figuur 29. Verdeling van soort vervolgonderzoek (N.B. één project kan tot meerdere vervolgonderzoeken geleid hebben) (Bron: Analyse SiRM op basis van resultaten online vragenlijst)

4.2 Maatschappelijke opbrengsten

We gaan vervolgens in op de tweede stap van het genereren van impact van het programma, de maatschappelijke opbrengsten (zie Figuur 30). We bespreken op welke manier het programma DO de aandacht voor doelmatigheidsonderzoek in Nederland heeft beïnvloed, in welke mate de onderzoeksresultaten opgenomen zijn in richtlijnen en op welke manier de onderzoeksresultaten gebruikt zijn door beleidsmakers.



Figuur 30. Tweede stap van impact, de maatschappelijke opbrengsten

De belangrijkste bevindingen ten aanzien van de maatschappelijke opbrengsten van het programma DO zijn:

- De aandacht voor doelmatigheid en doelmatigheidsonderzoek is het afgelopen decennium in Nederland toegenomen. Deze toename is in bepaalde mate toe te schrijven aan het programma DO.
- Circa 30% van de onderzoeksresultaten is in een richtlijn terechtgekomen en 15% komt nog in een richtlijn volgens de projectleider. Veertig procent van de onderzoeksresultaten die in richtlijnen terecht zijn gekomen, is expliciet vermeld in de referentielijst van de richtlijn.
- Van ten minste tien projecten hebben de onderzoeksresultaten tot een standpunt van ZIN geleid, waarvan drie tot een negatief standpunt.

4.2.1 Aandacht voor doelmatigheidsonderzoek in Nederland

Geïnterviewden geven aan dat de aandacht voor doelmatigheid en doelmatigheidsonderzoek in Nederland is het afgelopen decennium toegenomen.

Dat doelmatigheid meer aandacht heeft, blijkt ook uit de activiteiten die verschillende partijen – zoals ZIN, De FMS, ZN en de NFU – hebben ontplooid om de levering van ondoelmatige zorg terug te dringen. We beschrijven de activiteiten hieronder. Het is positief dat er meer aandacht is voor doelmatigheid. Aandachtspunt is dat er een bepaalde mate van afstemming plaats dient te vinden tussen de activiteiten om helderheid te creëren voor het veld en om te voorkomen dat activiteiten dubbel uitgevoerd worden.

De activiteiten van ZIN, De FMS, ZN en de NFU op het gebied van doelmatigheid zijn veelal in samenwerking met het ZonMw programma DO. ZonMw richt zich de afgelopen jaren steeds nadrukkelijker op praktijkgericht programmeren, onder andere met de gerichte rondes. De toename in aandacht voor doelmatigheid in het afgelopen decennium kan daarmee in bepaalde mate toegeschreven worden aan het programma DO.

ZIN - Zinnige zorg

ZIN is in 2013 gestart met het programma Zinnige Zorg: een systematische doorlichting van het verzekerde basispakket. Met het programma onderzoekt ZIN systematisch of diagnostiek en (therapeutische) interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet en wat nodig is om de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en onnodige kosten te vermijden.

FMS - Zorgevaluatie

Zorgevaluatie – klinisch evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van bestaande zorg – is één van de vier pijlers van de campagne ‘Verstandig Kiezen’ van de FMS. De FMS ondersteunt met de campagne ‘Verstandig Kiezen’ medisch specialisten en hun patiënten bij het nemen van gezamenlijke beslissingen over gepast gebruik van zorg.

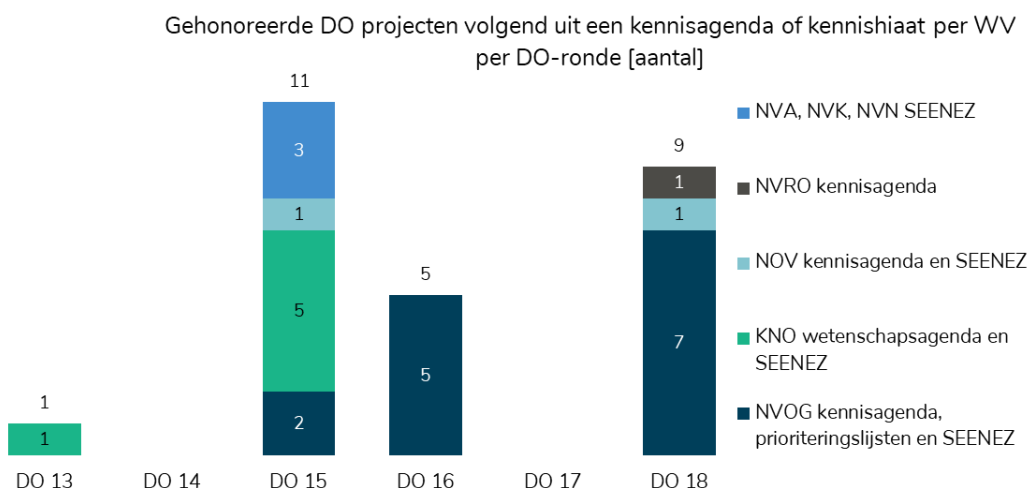
Er zijn verschillende initiatieven die de basis hebben gelegd voor structurele Zorgevaluatie⁵⁴:

- Gynaecologisch consortium: De gynaecologen zijn in 2003 gestart met structurele evaluatie van gangbare behandelingen in de gynaecologie. De NVOG heeft vervolgens in 2014 en 2015 prioriteringslijsten gemaakt waaruit ZonMw projecten zijn gevolgd.
- KNO-wetenschapsagenda: De KNO-artsen hebben in 2013 een wetenschapsagenda opgezet. Zij hebben samen met patiëntenverenigingen behandelingen geïnventariseerd en geprioriteerd waarvan de effectiviteit niet vaststaat op basis van wetenschappelijk onderzoek. Uit deze onderwerpen is een top tien vastgesteld, waarvan vijf tot een ZonMw project hebben geleid.
- SEENEZ: Het Kennisinstituut van de FMS is in 2015 gestart met SEENEZ⁵⁵ - als onderdeel van het programma DO - om Zorgevaluatie in het medisch-specialistisch domein een verdere impuls te geven. Zeven WV-en hebben, in afstemming met patiënten en zorgverzekeraars, een top-5 opgesteld met kennishiaten. De kennishiaten met de hoogste prioriteit zijn uitgewerkt tot een onderzoeksvraag bij ZonMw. Dit heeft geleid tot zes toegekende projecten gefinancierd door ZonMw en ZN (zie Figuur 31).

Zorgevaluatie start met het opstellen van een kennisagenda met de kennishiaten per specialisme. Inmiddels hebben 12 WV-en een kennisagenda opgesteld en 13 zijn bezig met het opstellen van een kennisagenda. Vier van de 12 kennisagenda's hebben geleid tot gehonoreerde ZonMw projecten (zie Figuur 31). De NVOG heeft al meerdere Zorgevaluatie projecten lopen.

⁵⁴ Adviesrapport Zorgevaluatie, Van project naar proces. Stuurgroep zorgevaluatie, 28 oktober 2016.

⁵⁵ Stimuleer Effectieve en Elimineer Niet-Effectieve Zorg.



Figuur 31. Gehonoreerde DO-projecten volgend uit een kennisagenda of kennishiaat (SEENEZ project)⁵⁶

ZN – Stichting Zorgevaluatie Nederland

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) financiert de Stichting Zorgevaluatie Nederland. Een onafhankelijke stichting waarin artsen, patiënten, en zorgverzekeraars samenwerken aan Zorgevaluatie. De stichting is in 2016 gestart met Leading the Change (LtC). LtC financiert en begeleidt Zorgevaluaties door wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. Daarnaast werkt LtC samen met artsen, patiënten, wetenschappers, verzekeraars en overheid om de kennis uit Zorgevaluaties te verspreiden. LtC wordt gefinancierd door ZN en in de werkgroep die het project stuurt zijn de FMS, ZN en de Patiëntenfederatie vertegenwoordigd. LtC maakt gebruik van de onderzoeksexpertise en netwerk van ZonMw voor het beoordelen van de kwaliteit van de voorgestelde Zorgevaluaties en voor het adviseren over de monitoring van de projecten.

NFU – Beter-niet-doen lijst

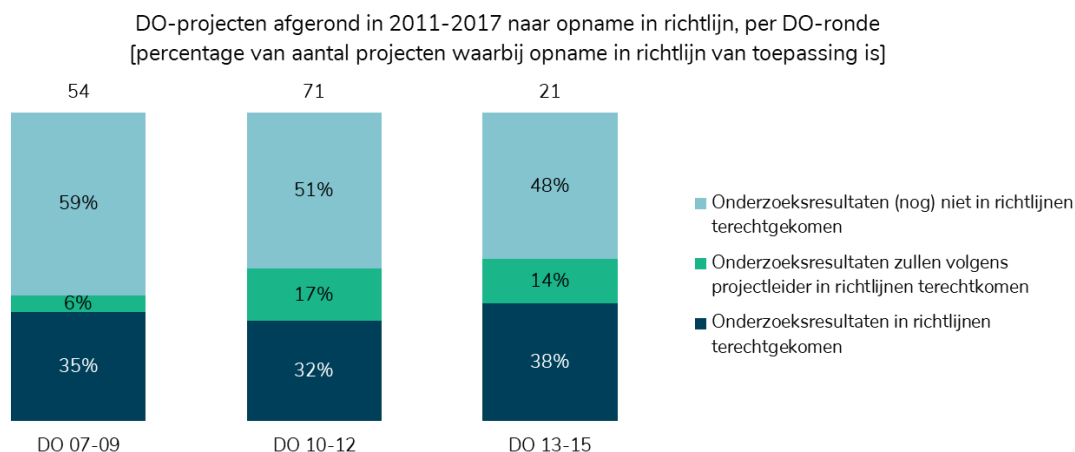
Eind 2016 publiceerde de NFU, op basis van onderzoek binnen het ZonMw programma Citrienfonds,⁵⁷ de 'Beter-niet-doen lijst' met niet effectieve medische handelingen. In het kader van het programma 'Doen of laten? Terugdringen van onnodige zorg' heeft de NFU in kaart gebracht welke interventies in de Nederlandse zorgpraktijk geen meerwaarde hebben of beter terughoudend kunnen worden toegepast. In vervolg op de 'beter-niet-doen lijst' zijn, gecoördineerd door de acht UMC's, projecten gestart om deze handelingen in de praktijk te 'deïmplementeren'.

⁵⁶ Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (KNO), Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN).

⁵⁷ Het Citrienfonds helpt duurzame en breed inzetbare verbeteringen in de gezondheidszorg te ontwikkelen. De UMC's werken via het Citrienfonds samen met stakeholders aan duurzame en breed inzetbare verbeteringen in de zorg vanuit hun maatschappelijke rol als innovators van de gezondheidszorg. ZonMw voert de kwaliteitsbeoordeling en monitoring uit van projecten die binnen het fonds lopen en de evaluatie (bron: website ZonMw).

4.2.2 Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen

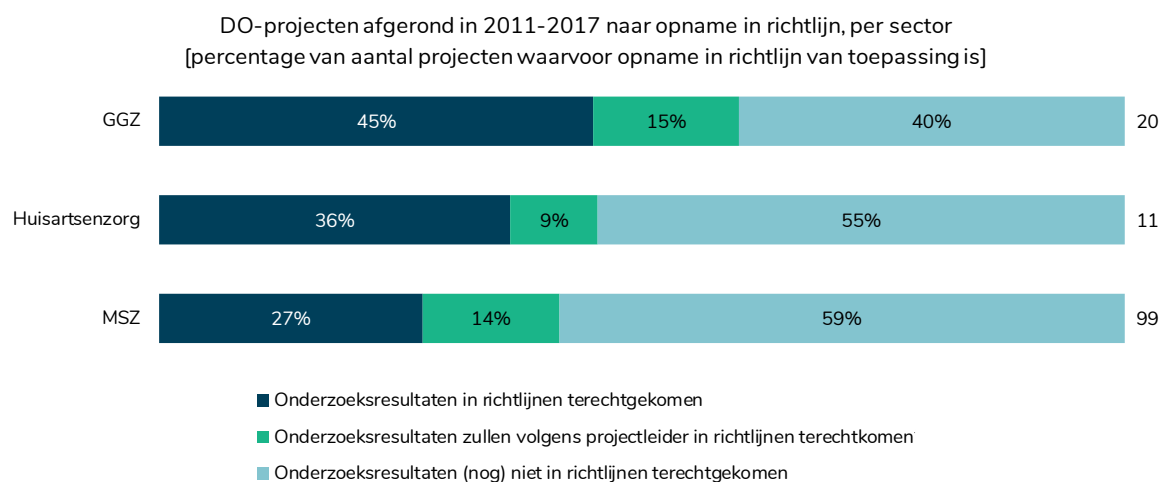
Voor 30 tot 40% van de projecten zijn de onderzoeksresultaten in een richtlijn terecht gekomen (zie Figuur 32). Voor circa 15% van de projecten heeft de projectleider geantwoord op de online vragenlijst dat de onderzoeksresultaten nog in een richtlijn komen. De bijbehorende richtlijn is echter nog niet geüpdatet sinds de einddatum van het project.



Figuur 32. Aandeel projecten in open ronde waarvan onderzoeksresultaten in de richtlijn terecht zijn gekomen⁵⁸
(Bron: Aanvullende analyse SiRM van eerder uitgevoerde analyse van het Kennisinstituut van de FMS en ZonMw, resultaten online vragenlijst)

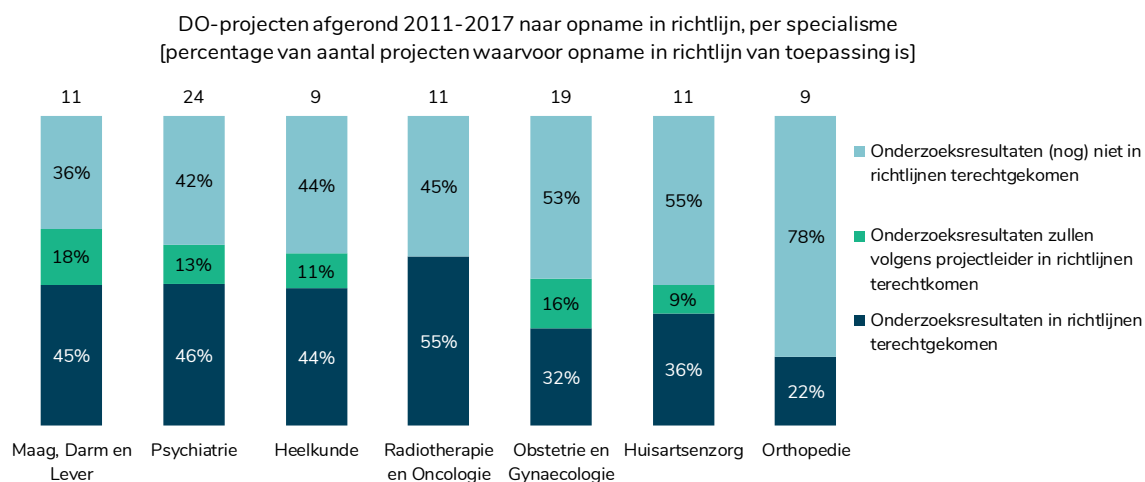
Voor negen van de projecten in de GGZ (45%) zijn de onderzoeksresultaten in een richtlijn opgenomen, voor drie projecten zal dit nog gebeuren volgens de projectleider (zie Figuur 33). Opname van onderzoeksresultaten in een richtlijn gebeurde voor ruim een kwart van de projecten in de MSZ, voor bijna 15% van de projecten gebeurt het nog volgens de projectleider. We hebben niet nader onderzocht waarom deze percentages verschillen, maar een mogelijke verklaring voor het hogere percentage in de GGZ kan de meer centrale richtlijnontwikkeling met ondersteuning door het Trimbos zijn.

⁵⁸ Het betreft projecten in de open ronde. Voor twee van de vijf projecten uit de gerichte ronde zijn de onderzoeksresultaten in de richtlijn terechtgekomen en van één project komen ze nog volgens projectleider. Er zijn drie projecten uit DO 2002-2006 die in 2011 of later zijn afgerond. Voor één van deze projecten zijn de onderzoeksresultaten in de richtlijn terechtgekomen.



Figuur 33. Aandeel projecten waarvan onderzoeksresultaten in de richtlijn terecht zijn gekomen per sector⁵⁹
(Bron: Aanvullende analyse SiRM van eerder uitgevoerde analyse van het Kennisinstituut van de FMS en ZonMw, resultaten online vragenlijst)

Per specialisme verschilt het percentage van de projecten waarvoor de onderzoeksresultaten opgenomen zijn in een richtlijn. Onderzoeksresultaten van projecten binnen de specialismes MDL, psychiatrie en heelkunde komen vaakst in richtlijnen terecht. Gezien de kleine aantallen kunnen we hieruit geen harde conclusies trekken. We hebben niet nader onderzocht waarom deze verschillen er zijn.



Figuur 34. Aandeel projecten waarvan onderzoeksresultaten in een richtlijn terecht zijn gekomen per specialisme
(Bron: Aanvullende analyse SiRM van eerder uitgevoerde analyse van het Kennisinstituut van de FMS en ZonMw, resultaten online vragenlijst)

Voor 40% van de projecten waarvan de onderzoeksresultaten in richtlijnen terecht zijn gekomen, zijn de gepubliceerde onderzoeksresultaten expliciet vermeld in de referentielijst van de richtlijn. In de andere gevallen zijn de onderzoeksresultaten wel terug te vinden in de richtlijn, maar is er niet expliciet verwezen naar de wetenschappelijke publicatie(s) van de onderzoeksresultaten.

⁵⁹ Voor tien van de 19 projecten in de overige sectoren zijn de onderzoeksresultaten opgenomen in de richtlijn. In deze grafiek zijn de projecten uit de gerichte ronde opgenomen, deze behoren tot MSZ.

4.2.3 Gebruik onderzoeksresultaten in beleid

Van ten minste tien projecten hebben onderzoeksresultaten tot een standpunt van ZIN geleid, waarvan drie tot een negatief standpunt (zie Tabel 1). In zeven gevallen concludeert ZIN op basis van de onderzoeksresultaten dat de onderzochte interventie voldoet aan 'stand van de wetenschap en praktijk (W&P)'. Dit betekent dat de behandeling te verzekeren zorg betreft en vergoed wordt vanuit het basispakket.

Tabel 1 Projecten die hebben geleid tot een standpunt van ZIN

Project-nummer	Type	Titel project	Standpunt ZIN
94506252	EEK	Exercise therapy in patients with peripheral arterial disease: The costs and effectiveness of physiotherapeutic supervision	Voldoet aan stand van de W&P
94506257	EEK	FOAM-study. Cost minimization study comparing surgery versus duplex guided foam sclerotherapy of varicose veins	Slechts een deel van de behandelingen voldoet aan stand van de W&P en wordt vergoed. De afbakening is gemaakt aan de hand van de richtlijn Varices
94506351	EEK	Percutaneous vertebroplasty in the treatment of osteoporotic vertebral fractures	Voldoet niet aan stand van de W&P, in tegenstelling tot de positieve resultaten van het project. ZIN, indertijd het CVZ, oordeelde dat het onderzoek door de opzet ervan onvoldoende bewijs leverde.
94507715	EEK	The cost-effectiveness of multidisciplinary management of Tinnitus at a specialised Tinnitus Center	Voldoet aan stand van de W&P
170992402	EEK	Cost-effectiveness of exercise therapy added to general practitioner care for osteoarthritis of the hip	Voldoet aan stand van de W&P
171001011	VEMI	Toric intraocular lenses: a cost-effective treatment for astigmatism in cataract surgery?	Voldoet aan stand van de W&P
171101008	VEMI	Bronchoscopic lungvolume reduction (BLVR) for patients with severe COPD	Voldoet aan stand van de W&P. Ook is door beroepsgroep een waarborgendocument opgesteld voor gepast gebruik.
837004005	GR-VoTo	Multicenter randomized clinical trial of endovascular treatment for acute ischemic stroke in The Netherlands – The Mr Clean study	Voldoet aan stand van de W&P
837004006	GR-VoTo	SYMPATHY. Renal sympathetic denervation as a new treatment for therapy of resistant hypertension	Voldoet aan stand van de W&P
837004007	GR-VoTo	Autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten met de ziekte van Crohn	Voldoet niet aan stand van de W&P, positieve effecten wegen niet op tegen de negatieve effecten van behandeling.
837004009	GR-VoTo	Transluminal ENdoscopic step-up approach versus Surgical step-up approach in patients with infected pancreatic Necrosis: TENSION	Voldoet aan stand van de W&P

4.3 Gezondheidswinst en monetaire opbrengsten

Ten slotte brengen we de derde stap van het genereren van impact in kaart, de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten van het programma (zie Figuur 35). We presenteren de impact van het programma in termen van totale gewonnen QALY's voor de patiënt en netto behaalde geschatte opbrengsten. We staan stil bij het onbenut potentieel en gaan in op de geleerde lessen om de implementatie van onderzoeksresultaten te vergroten.



Figuur 35. Derde stap van impact, de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten

De geschatte gezondheidswinst en netto opbrengsten van het programma DO op basis van 24 high potential projecten zijn aanzienlijk. Implementatie van resultaten blijft desondanks achter:

- Het programma heeft ruim 7.500 levensjaren in volledige gezondheid (QALY's) opgeleverd en de behaalde geschatte netto opbrengsten van het programma zijn € 1,1 miljard (waarvan € 0,3 miljard gemonetariseerde QALY winst).
- Er is wel veel potentieel onbenut gebleven omdat de implementatie van resultaten achterblijft. Met ambitieus realistische implementatiegraden had de gezondheidswinst 13.000 gewonnen levensjaren in volledige gezondheid en hadden de netto opbrengsten € 4,1 miljard kunnen zijn.
- Uit de case studies leren we dat de kansen en risico's voor implementatie vóór aanvang beter in kaart gebracht kunnen worden. Ook hebben we geobserveerd dat het belangrijk is om betrokkenen actief voor te lichten over de onderzoeksresultaten. Tenslotte dienen partijen samen op te trekken om financiële belemmeringen voor implementatie te ondervangen.

De gezondheidswinst en monetaire opbrengsten zoals wij deze berekend hebben betreffen enerzijds een onderschatting en anderzijds mogelijk een overschatting.

Onderschatting

Om de impact van het programma in termen van gezondheidswinst en monetaire opbrengsten te berekenen, beperken we ons tot high potential projecten omdat we ervan uitgaan dat deze projecten de investeringen in het programma ruimschoots terugverdienen (zie paragraaf 2.2).

We hebben 27 high potential projecten geselecteerd op basis van de onderzoeksresultaten, waarvan er 24 opgenomen zijn in de berekening van gezondheidswinst en monetaire opbrengsten. Er zijn bij de selectie van high potential projecten, projecten afgevallen die mogelijk wel gezondheidswinst en/of besparingen opleveren:

- We hebben alleen projecten meegenomen die significante effecten lieten zien op gezondheid of kosten. Interventies met niet significante effecten kunnen alsnog zijn geïmplementeerd en leveren mogelijk gezondheidswinst en/of monetaire opbrengsten.

- We hebben bij de selectie van high potential projecten een minimale grens gehanteerd voor de verwachte kostenbesparingen. De onderzochte interventie moest – op basis van de geschatte besparingen en het aantal patiënten dat voor de interventie in aanmerking komt – een jaarlijkse besparing op kunnen leveren van ten minste € 10 miljoen per jaar (kostenbesparende interventies) of ten minste € 10 miljoen per jaar kunnen voorkomen (niet-effectieve interventies). Naast de 27 geselecteerde high potential projecten identificeerden we 21 projecten waarbij de interventie een significante kostenbesparing liet zien die naar verwachting minder dan € 10 miljoen per jaar op zou leveren en acht niet-effectieve interventies die minder dan € 10 miljoen per jaar zouden kunnen voorkomen (zie hoofdstuk 2 van de bijlage). Deze projecten zijn niet meegenomen in de berekening van de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten.
- Van twee projecten die door ons zijn geselecteerd als high potential hebben wij de projectleider na herhaaldelijke pogingen niet kunnen bereiken voor een interview. We hebben de opbrengsten van deze projecten daardoor niet mee kunnen nemen in de berekening.

Tenslotte hebben wij over het algemeen conservatieve aannames gedaan. Zo gaan we er vanuit dat een interventie nooit langer dan tien jaar besparingen oplevert.

Overschatting

Tegelijkertijd zijn er aspecten die ervoor zorgen dat wij de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten mogelijk overschatten:

- Ten eerste is het de vraag of we de opbrengsten van de projecten geheel toe mogen schrijven aan het programma DO. We weten immers niet wat er gebeurd zou zijn zonder het DO-project, de zogenaamde ‘counterfactual’. Zou de interventie ook onderzocht of ge(de)implementeerd zijn zonder het DO-project? Daarnaast speelt dat de opbrengsten van de high potential projecten niet alleen het gevolg zijn van de investeringen vanuit het ZonMw programma DO. Ook andere partijen hebben financieel bijgedragen aan de ontwikkeling van de onderzochte interventies, bijvoorbeeld directe subsidies van behandelkosten door VWS.
- We extrapoleren de opbrengsten uit een onderzoeksetting door op basis van de eindverslagen de effecten op gezondheid en kosten per patiënt te schatten. Het is echter onzeker of de onderzochte interventie in een ‘real-life’ setting dezelfde gezondheidswinst en monetaire opbrengsten oplevert.⁶⁰
- SiRM is in het eindverslag, bij de projectleider en via desk research nagegaan wat het aantal patiënten is dat jaarlijks voor de interventie in aanmerking komt. We hebben vervolgens op basis van gesprekken met de projectleiders en waar mogelijk op basis van declaratiegegevens⁶¹ een inschatting gemaakt van de implementatiegraad van de interventie. De inschatting van de projectleider is het meest betrouwbaar als het aantal patiënten die voor

⁶⁰ Overigens kan het ook zijn dat de opbrengsten in de ‘real-life’ setting hoger zijn en het juist zorgt voor een onderschatting van de opbrengsten van het programma DO.

⁶¹ Het bleek overigens nauwelijks mogelijk om de implementatiegraad te bepalen op basis van declaratiegegevens. De onderzochte interventies vallen over het algemeen binnen een bredere verrichting en/of DBC. Voor project 94507901 (“Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections”) hebben wij wel op basis van declaratiegegevens kunnen constateren dat er een daling plaats heeft gevonden van het aantal adenotomieën (zorgactiviteit 032330).

de interventie in aanmerking komen en het aantal behandelaren beperkt is. Naarmate de zorg minder geconcentreerd is, is er waarschijnlijk meer praktijkvariatie en is het zicht van de projectleider op de implementatie beperkter.

4.3.1 Behaalde geschatte opbrengsten

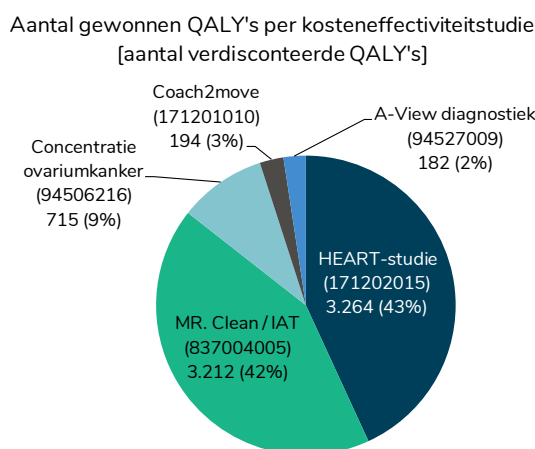
We presenteren hieronder de behaalde geschatte opbrengsten van het programma DO. Behaald omdat we het gebruik van de interventie in de Nederlandse praktijk hebben achterhaald bij de projectleiders en waar mogelijk op basis van declaratiegegevens. Geschat omdat we de uitkomsten van de interventie, die we in onze berekeningen gebruiken, hebben overgenomen uit de eindverslagen. We gebruiken de uitkomsten in termen van gezondheid en kosten uit de onderzoeksetting en niet uit de praktijk.

Van de 24 high potential projecten bleken op basis van de interviews met de projectleiders de onderzoeksresultaten van drie projecten niet geïmplementeerd te zijn in de praktijk. Het betrof twee van de 12 kostenbesparende interventies en één van de zes kosteneffectieve interventies. De geschatte opbrengsten voor deze interventies hebben wij niet meegenomen in de berekening van de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten. De opbrengsten die wij in deze paragraaf presenteren zijn daarmee de opbrengsten van 21 projecten.

Gezondheidswinst

Het programma DO heeft ruim 7.500 QALY's opgeleverd. Bij vijf van de 21 high potential projecten die (gedeeltelijk) geïmplementeerd zijn was sprake van een significante QALY winst door de onderzochte interventie.

Twee van de vijf projecten zijn samen verantwoordelijk voor 85% van de gezondheidswinst in termen van QALY's (zie Figuur 36). Het betreft de HEART studie (gebruik van HEART score bij patiënten met pijn op de borst op de eerste hulp) en de Mr. Clean studie (intra-arteriële trombectomie bij het acute herseninfarct).



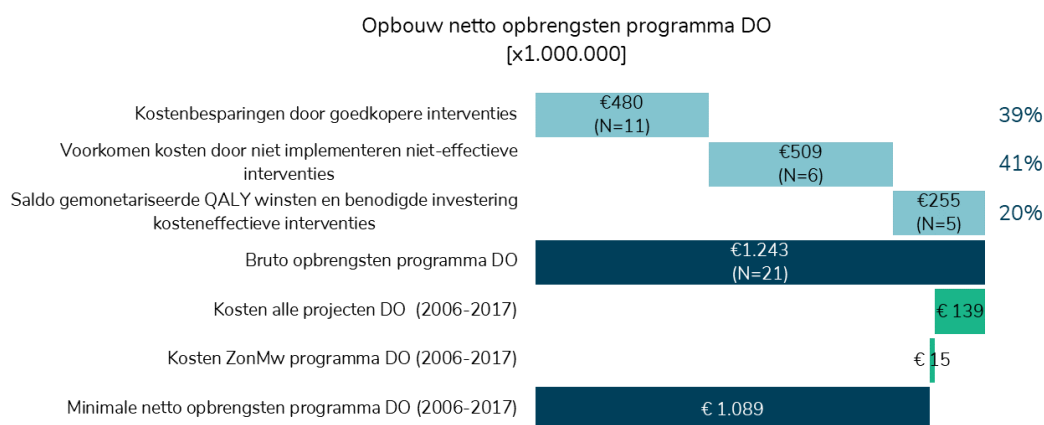
Figuur 36. Aantal verdisconteerde gewonnen QALY's van kosteneffectieve high potential projecten

Monetaire opbrengsten

De netto behaalde geschatte opbrengsten van het programma DO zijn € 1,1 miljard (zie Figuur 37):

- **Kostenbesparingen.** Bijna 40% van de bruto opbrengsten betreft kostenbesparingen door goedkopere interventies met gelijkblijvende of betere gezondheidsuitkomsten van 11 projecten. Het betreft kostenbesparingen van tien high potential projecten waaruit bleek dat de onderzochte interventie meer dan € 10 miljoen per jaar zou kunnen besparen. Daarnaast levert één van de vijf (gedeeltelijk) geïmplementeerde kosteneffectieve interventies naast QALY winst ook kostenbesparingen op. Wij hebben niet na kunnen nagaan wat de daadwerkelijke impact van de besparingen op uitgaven aan de zorg is. De verwachting is dat de financiële ruimte die ontstaan is, opgevuld is door andere zorgactiviteiten.
- **Voorkomen kosten.** Ruim 40% van de bruto opbrengsten is het gevolg van het niet implementeren van zes niet-effectief gebleken interventies. Door het uitvoeren van het door DO gesubsidieerde onderzoek is gebleken dat de interventie niet effectief is. Het niet implementeren van deze niet-effectieve interventies voorkomt kosten.
- **Gemonetariseerde QALY winsten.** Twintig procent van de bruto opbrengsten betreft tenslotte gemonetariseerde QALY winsten van vijf (gedeeltelijk) geïmplementeerde kosteneffectieve interventies. Voor één van deze interventies vraagt het behalen van de QALY's om een investering in de interventie van ruim € 4 miljoen.⁶² Dit bedrag is afgetrokken van de gemonetariseerde QALY winsten.

De bruto opbrengsten van de 21 (gedeeltelijk) geïmplementeerde high potential projecten zijn afgezet tegen het totale verstrekte subsidiebedrag in de periode 2006-2017 en de in die periode gemaakte programmakosten door ZonMw. Dit levert de netto behaalde geschatte opbrengsten.



Figuur 37. Netto behaalde geschatte opbrengsten programma DO⁶³

⁶² De andere vier kosteneffectieve interventies waren dominant, waarvan één met significante besparingen. Dit bedrag is meegenomen in de kostenbesparingen, zie eerste punt van opsomming.

⁶³ De N's in de lichtblauwe balkjes tellen op tot 22 omdat één van de kosteneffectieve interventies zowel kosten bespaart als QALY's oplevert. Deze interventie is twee keer meegenomen in de figuur.

Bijna 60% van de kostenbesparingen van € 480 miljoen zijn besparingen op zorgkosten. Ruim 40% (€ 200 miljoen) betreft besparingen op maatschappelijke kosten, zoals absenteïsme (afwezigheid van werk) en presenteïsme (gereduceerde effectiviteit op werk).

Twee-derde van de totale bruto opbrengsten wordt opgebracht door vijf van de 21 (gedeeltelijk) geïmplementeerde high potential projecten. Het betreft twee kostenbesparende interventies, één kosteneffectieve (én kostenbesparende) interventie en twee niet-effectieve interventies (zie Tabel 2).

Tabel 2. Vijf projecten met hoogste bruto opbrengsten

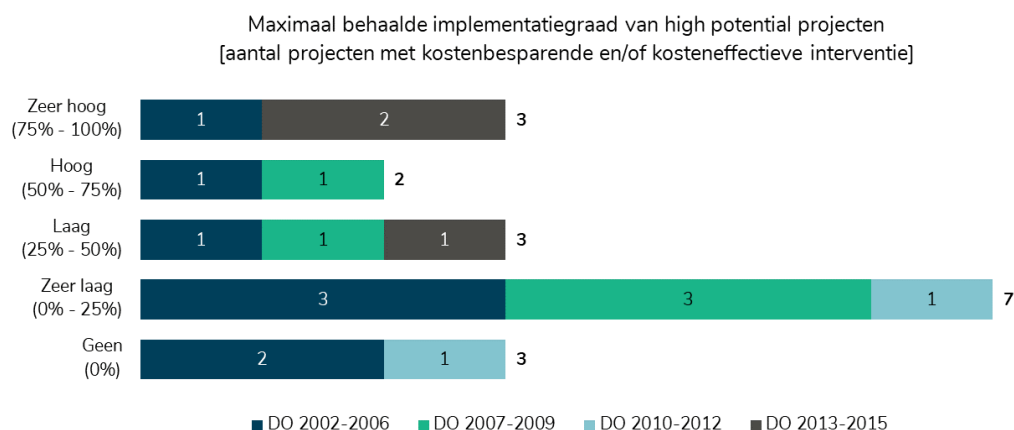
Project-nummer	Titel	Bruto opbrengsten (milj.)	Type	Sector	Reden selectie
94502024	Evaluation of Vascular care in Alzheimer's disease (EVA)	€ 213	EEK	MSZ	Niet-effectief
837004005	Long term follow-up, cost effectiveness and budget impact analysis in patients randomised in a multicenter randomized clinical trial of endovascular treatment for acute ischemic stroke in The Netherlands – The Mr Clean study	€ 161	VT	MSZ	Kosten-effectief
170992402	Cost-effectiveness of exercise therapy added to general practitioner care for osteoarthritis of the hip	€ 160	EEK	Fysiotherapie	Kostenbesparend
837001401	Cognitive Behavioural Therapy focussing on Social Activation in Patients with Recent Onset Schizophrenia	€ 146	VEMI	GGZ	Niet-effectief
94504357	Efficiency of physiotherapeutic care in Parkinson's disease	€ 128	EEK	Fysiotherapie	Kostenbesparend

4.3.2 Onbenut potentieel

Ook al zijn de berekende netto opbrengsten van het programma hoog, zij zouden veel hoger kunnen zijn. Voor een aanzienlijk deel van de high potential projecten zijn de onderzoeksresultaten niet of nauwelijks geïmplementeerd.

Voor tien van de 18 high potential projecten waarvoor de implementatie van onderzoeksresultaten gewenst is, zijn de resultaten niet of zeer weinig geïmplementeerd (zie Figuur 38). Het gaat om high potential projecten die aantoonden dat de interventie kostenbesparend of kosteneffectief is.

Er is – mede door de kleine aantallen – niet duidelijk te zien dat 'nieuwere' projecten een hogere implementatiegraad behalen. Dit zou wel de verwachting zijn, gezien de toenemende aandacht in de subsidieoproepen voor implementatie over de afgelopen jaren.



Figuur 38. Verdeling van high potential projecten naar implementatiegraad

We hebben berekend dat wanneer alle high potential projecten een ambitieus realistische implementatiegraad⁶⁴ behalen:

- De netto opbrengsten van het programma DO € 4,1 miljard zouden zijn. Dit is een factor 4 hoger dan de huidige behaalde geschatte opbrengsten.
- Het programma DO 13.000 gewonnen levensjaren in volledige gezondheid op zou leveren. Dit is bijna het tweevoud van de huidige 7.500 gewonnen QALY's.

4.3.3 Geleerde lessen om implementatie te vergroten

Uit de 13 case studies komen een aantal implementatiebevorderende en -beperkende factoren naar voren. De cases studies staan in detail beschreven in hoofdstuk 3 van de bijlage. We vatten hieronder de belangrijkste punten samen.

Kansen en risico's voor implementatie kunnen vóór aanvang beter in kaart gebracht worden

Bij de honorering van een project zou een inschatting gemaakt moeten worden over hoe hoog de kans op implementatie is. Veel kansen en risico's voor implementatie zijn al bij het indienen van een projectaanvraag te herkennen.

Onderzoeksopzet

De verwachte implementatiegraad is hoger als een bepaalde studieopzet wordt gekozen. Onderzoeken met veel participerende centra of bijvoorbeeld een stepped wedge design⁶⁵, zoals in de HEART-studie, zorgen ervoor dat na afronding van de studie al veel behandelaren bekend zijn met de nieuwe interventie. Daarnaast zijn interventies waarvoor een kleine groep patiënten in aanmerking komt én met een klein aantal behandelaren makkelijker te implementeren dan interventies waarvoor veel patiënten in aanmerking komen met veel verschillende behandelaren.

⁶⁴ Hiermee bedoelen we een implementatiegraad die weliswaar ambitieus is, maar op basis van de interviews met projectleiders wel haalbaar zou zijn.

⁶⁵ Bij een stepped wedge design voeren verschillende clusters (bijvoorbeeld ziekenhuizen) stapsgewijs de interventie in. Dit betekent dat het tweede cluster bijvoorbeeld 6 weken na het eerste cluster begint met het behandelen volgens de nieuwe methode. Een dergelijk design is wenselijk als geen van de clusters tot de controle groep wil behoren.

De implementatie van concentratie van ovariumkankeroperaties verliep bijvoorbeeld sneller dan van een zorgprogramma voor gestandaardiseerde diabeteszorg in de huisartsenpraktijk.

Netwerk projectleider

Onderzoeksresultaten van projecten die geleid worden door opinion leaders binnen het vakgebied, maken een grotere kans op implementatie. Ook als projectleiders geen opinion leader zijn, helpt het als zij goede contacten onderhouden met collega behandelaren en de WV-en. De uitkomsten van een project dat de frequentie van diabetescontrole in de huisartsenpraktijk onderzocht, zijn bijvoorbeeld breed geïmplementeerd, mede dankzij het voorzitterschap van de projectleider van de NHG-richtlijnencommissie diabetes.

Het blijkt kwetsbaar te zijn als het onderzoek te afhankelijk is van enkele personen. Bij succesvolle onderzoeksresultaten is het van belang dat meerdere personen of organisaties zich geroepen voelen om de resultaten te implementeren. Een voorbeeld waarbij een veelbelovende interventie helemaal niet geïmplementeerd is, is de E-health interventie Return@work. Betrokken personen bij het onderzoek vertrokken kort na het afronden van het project naar andere posities.

Onderzoekers zouden elk van de geïdentificeerde kansen en risico's in het implementatieplan van de uitgewerkte aanvraag expliciet moeten beschrijven.

Het is belangrijk om betrokkenen actief voor te lichten over de onderzoeksresultaten

Als uit Zorgevaluaties blijkt dat de effectiviteit van bestaande zorg niet voldoet, is het van belang om patiënten en behandelaren hier goed over te informeren. Als dit onvoldoende gebeurt, verwachten patiënten dat zij de – niet effectief gebleken – behandeling blijven ontvangen. Voorbeelden van dergelijke Zorgevaluaties zijn het knippen van de amandelen of een herniaoperatie. In het geval van de herniaoperatie heeft samenwerking met de Patiëntenfederatie de verwachtingen van patiënten bij kunnen stellen.

Ook het informeren van artsen over de onderzoeksresultaten is van belang. Een aan MRI gelijkwaardige maar goedkopere diagnosemethode voor leverafwijkingen wordt bijvoorbeeld nog maar weinig gebruikt. Mogelijk zou deze methode gangbaarder zijn als er in de opleiding van MDL-artsen aandacht was voor de voordelen van deze methode.

Partijen dienen samen op te trekken om financiële belemmeringen voor implementatie te ondervangen

Het blijkt lastig om zorgvernieuwende projecten, zoals bijvoorbeeld ParkinsonNet, na afloop van de onderzoeksperiode te continueren of op te schalen. De traditionele vormen van bekostiging bieden vaak onvoldoende mogelijkheden voor de vergoeding van dergelijke vormen van zorg. Zij blijven hierdoor afhankelijk van projectfinancieringen. Door eerdere en betere samenwerking met verzekeraars en regulerende instanties zoals de NZa en ZIN zouden nieuwe vormen van bekostiging sneller tot stand kunnen komen.

Daarnaast zorgen schotten in de zorg ervoor dat behandelaren niet altijd belang hebben bij de implementatie van onderzoeksresultaten. Een voorbeeld hiervan is volgens de projectleider de diagnostiek van embolieën bij hartoperaties, waar de diagnostische kosten binnen de hart-DBC

vallen, maar de besparingen van een voorkomen herseninfarct ergens anders terechtkomen. Een ander voorbeeld is Coach2move, waar fysiotherapie bij kwetsbare ouderen tot significante kostenbesparingen leidt in de gezondheidszorg, maar tot extra kosten bij de fysiotherapeut. Door bijvoorbeeld shared savings afspraken te maken met ziekenhuizen kunnen zorgverzekeraars de nadelige financiële gevolgen van de implementatie van een dergelijke diagnostische interventie voor het ziekenhuis deels wegnemen.

Implementatie activiteiten van ZonMw blijken nuttig

Uit de case studies blijkt dat de activiteiten van ZonMw om de implementatie te verbeteren nuttig zijn. Zo hebben de VIMP's en parelstatus van ParkinsonNet geholpen bij de implementatie en het krijgen van projectgelden voor verdere opschaling.

5 Conclusies

We presenteren in paragraaf 5.1 de conclusies ten aanzien van de procesevaluatie en in paragraaf 5.2 de impactevaluatie van het programma DO.

5.1 Procesevaluatie programma DO

SiRM heeft het proces geëvalueerd aan de hand van de vier fases die ZonMw bij de uitvoering van het programma DO doorloopt (zie Figuur 39).



Figuur 39. Vier fases proces dat ZonMw bij de uitvoering van het programma DO doorloopt

Een algemene conclusie ten aanzien van het proces is dat stakeholders en betrokkenen van het programma zoals de Patiëntenfederatie, de commissie EEK, zorgverzekeraars en projectleiders nauwelijks informatie hebben over (tussentijdse) uitkomsten. Dit heeft een aantal gevolgen:

- Het is voor de Patiëntenfederatie en de commissie EEK niet mogelijk om het effect van hun rol bij de selectie van de projecten te bepalen.
- De Patiëntenfederatie heeft geen zicht op de daadwerkelijke patiëntparticipatie gedurende de looptijd van een project.
- Patiëntenvertegenwoordigers kunnen de implementatiegraad van projecten met potentieel grote impact niet bevorderen.
- Zorgverzekeraars kunnen niet sturen op implementatie van projecten met potentieel grote impact.

We presenteren in de volgende paragrafen de conclusies per fase van het proces.

5.1.1 Programmeren

De commissies EEK en DO vinden dat het programma DO weer onderzoek naar de **organisatie van zorg** zou moeten subsidiëren en zich niet alleen zou moeten beperken tot onderzoek naar professioneel handelen. Ook de deelnemers aan de focusgroep waren deze mening toegedaan. Zij geven aan dat onderzoek naar bijvoorbeeld substitutie en taakherschikking bij uitstek bij kunnen dragen aan het doelmatig leveren van zorg in Nederland. SiRM heeft niet onderzocht of dit het geval is. ZonMw en VWS bepaalden in 2014 dat onderzoek naar de organisatie van zorg vaak een ander type onderzoek vereist en dat zij daarvoor geen ruimte zien in het toch al krappe budget van het programma DO. Bovendien is de commissie EEK die de vragen beoordeelt onvoldoende ingericht voor de beoordeling van onderzoek naar de organisatie van zorg.

In de open subsidierondes is het **aandeel van subsidies** voor projecten in de **MSZ relatief hoog**, vergeleken met het aandeel van MSZ van de totale zorguitgaven, terwijl ouderenzorg juist een relatief laag aandeel subsidies krijgt.

Het is te vroeg om conclusies te trekken over het organiseren van **gerichte subsidierondes** naast de open subsidierondes binnen het programma DO. De gerichte rondes zijn bedoeld om actuele doelmatigheidsvragen uit het veld te beantwoorden en onderzoek te subsidiëren dat ZIN ondersteunt bij het uitvoeren van haar taak.

We observeren dat de ambities van VWS en ZIN nog niet worden gerealiseerd. Het vrijgemaakte budget voor de gerichte rondes wordt niet volledig toegekend, met name voor Voorwaardelijke toelating projecten blijft de toekenning achter: In 2017 en 2018 zijn alle 9 ingediende aanvragen voor Voorwaardelijke toelating afgewezen door de wetenschappelijke adviesraad van ZIN op basis van onvoldoende relevantie. SiRM heeft niet onderzocht wat de redenen hiervoor zijn. Zowel het proces van Voorwaardelijke toelating, als het ontwikkelen van kennisagenda's die leiden tot Zorgevaluaties is volop in ontwikkeling.

Geïnterviewden zijn verdeeld over de wenselijkheid van top down themabepaling van de gerichte rondes. De leden van de commissie EEK en de meeste projectleiders geven aan dat zij weinig positief staan tegenover de gerichte rondes. De commissie EEK geeft aan dat de kwaliteit van de ingediende aanvragen minder hoog ligt dan bij de open subsidierondes. Projectleiders vinden de voorgeschreven vraagstellingen een probleem. Zij denken dat onderzoekers minder gemotiveerd zijn als zij niet zelf met de onderzoeksvraag zijn gekomen. Het Kennisinstituut van de FMS en ZIN zijn juist positief over de gerichte rondes, vooral omdat zij verwachten dat projecten die subsidie ontvangen binnen de gerichte subsidierondes tot snellere en vollediger implementatie leiden. Gezien het kleine aantal afgeronde projecten dat vanuit de gerichte rondes is gefinancierd heeft SiRM niet kunnen onderzoeken of dit zo is.

5.1.2 Selecteren

Voor de selectie van subsidieaanvragen zien geïnterviewden ZonMw als de **aangewezen partij**. Zij geven aan dat er in Nederland geen andere organisatie is, die subsidies op een zelfde degelijke manier kan beoordelen als ZonMw. Zij spreken van een gedegen systeem van subsidiebeoordeling en een zorgvuldige manier van het behandelen van bezwaren van indieners.

ZonMw richt zich het afgelopen decennium steeds meer op het vergroten van de kans op implementatie van onderzoeksresultaten in de praktijk. Zij doet dit door de **randvoorwaarden en relevantiecriteria** die betrekking hebben op implementatie voor selectie van de projecten steeds concreter in te vullen. Dit observeren we met name vanaf subsidieronde DO 13-15. Voorbeelden zijn dat subsidie aangevraagd dient te worden door een multicenter samenwerkingsverband (randvoorwaarde vanaf DO 19-21) of dat de projectaanvraag een implementatieplan en een implementatiedeskundige moet bevatten (relevantie criterium vanaf DO 13-15).

We observeren dat projectleiders over het algemeen **werkzaam zijn bij een UMC**. Het Kennisinstituut van de FMS en een deel van de commissies EEK en DO vragen zich af of dit tot minder aandacht voor basiszorg zou kunnen leiden en/of wellicht tot een lagere

implementatiegraad van de onderzoeksresultaten. De vrees dat projectleiders van UMC's minder interesse zouden hebben in basiszorg lijkt niet gegrond: Het aandeel van projecten in de MSZ die een complexe zorg interventie onderzoeken is 13% in DO 13-15 (32% in DO 02-06). SiRM heeft niet kunnen onderzoeken of projecten waarbij de projectleider van een UMC is tot een lagere implementatiegraad leiden.

5.1.3 Monitoren

De Patiëntenfederatie geeft aan dat zij, en ook het patiëntenpanel, graag meer zicht krijgen op de **patiëntparticipatie tijdens het project**. Ze stellen zich de vraag of patiënten daadwerkelijk in het onderzoek participeren zoals aangegeven stond in de subsidieaanvraag.

Projectleiders geven aan dat zij vertragingen ervaren bij **METC- en lokale uitvoerbaarheid procedures** voordat zij een toegekend project kunnen starten. Ook de inclusie van patiënten verloopt vaak minder voorspoedig dan gepland.

5.1.4 Stimuleren

Vrijwel alle geïnterviewden en focusgroepeelnemers geven aan dat, ondanks de inspanningen van ZonMw, **implementatie van onderzoeksresultaten** onvoldoende tot stand komt. Zij zijn over het algemeen van mening dat niet ZonMw als subsidieverstrekker, maar vooral regulerende instanties en marktpartijen een actievere rol moeten spelen om te zorgen dat implementatie tot stand komt.

ZonMw **meet niet op systematische wijze de impact** van afgeronde projecten. Dit is ook niet expliciet onderdeel van de opdracht aan ZonMw. De Patiëntenfederatie, de commissies EEK en DO en zorgverzekeraars geven aan dat zij meer inzicht willen in de onderzoeksresultaten en de implementatie ervan in Nederland. Met deze informatie kunnen regulerende instanties en marktpartijen hun rol beter oppakken bij de implementatie van de onderzoeksresultaten.

5.2 Impactevaluatie programma DO

SiRM heeft de impact van het programma DO geëvalueerd door de wetenschappelijke en maatschappelijke opbrengsten in kaart te brengen en de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten te kwantificeren (zie Figuur 40).



Figuur 40. De verschillende soorten opbrengsten die gezamenlijk de impact van het programma DO bepalen

We presenteren in de volgende paragrafen de conclusies per soort opbrengst. We geven hierbij waardeoordelen over de opbrengsten van het programma. We moeten hierbij wel opmerken dat SiRM de opbrengsten niet af heeft kunnen zetten tegen een vergelijkbaar programma. We weten

daarom niet of de opbrengsten hoger of lager zijn dan je zou mogen verwachten van een dergelijk programma.

5.2.1 Wetenschappelijke opbrengsten

SiRM concludeert dat de wetenschappelijke opbrengsten van het programma DO hoog zijn:

- Uit onze analyse blijkt dat drie kwart van de afgeronde projecten gedurende de evaluatieperiode, **kennis** heeft opgeleverd over gezondheid en/of kosten van interventies.
- Driekwart van de onderzoeken leidde tot een **wetenschappelijke publicatie** waarvan circa 90% in internationale tijdschriften, vooral in tijdschriften die tot de top 25% van hun vakgebied behoren.
- Uit de resultaten van de online vragenlijst onder projectleiders blijkt dat ruim twee derde van de projecten leidt tot **vervolgonderzoek**. Het betreft vaak andere studiepopulaties (25%) of een andere onderzoeksopzet (20%). Ook gaat het regelmatig om implementatieonderzoek (22%).

5.2.2 Maatschappelijke opbrengsten

SiRM concludeert dat ook de maatschappelijke opbrengsten van het programma DO aanzienlijk lijken te zijn:

- De **aandacht voor doelmatigheid** en doelmatigheidsonderzoek is in Nederland het afgelopen decennium toegenomen. Dit blijkt onder andere uit de activiteiten die verschillende partijen – zoals ZIN, de FMS, ZN en de NFU – hebben ontplooid om de levering van ondoelmatige zorg terug te dringen. Deze activiteiten zijn veelal in samenwerking met het programma DO. ZonMw richt zich de afgelopen jaren steeds nadrukkelijker op praktijkgericht programmeren, bijvoorbeeld met de gerichte rondes. De toename in aandacht voor doelmatigheid in het afgelopen decennium kan daarmee in bepaalde mate toegeschreven worden aan het programma DO.
- Uit de analyse van het Kennisinstituut van de FMS en ZonMw, aangevuld door SiRM blijkt dat circa 30% van de onderzoeksresultaten **in een richtlijn terechtgekomen** is. Op basis van de resultaten van de online vragenlijst komt 15% nog in een richtlijn volgens de projectleider. Veertig procent van de onderzoeksresultaten die in richtlijnen terecht zijn gekomen, zijn expliciet vermeld in de referentielijst van de richtlijn.
- Het programma DO heeft bijgedragen aan de **taakuitvoering van ZIN** door input te leveren voor ten minste tien standpunten. Met een standpunt doet ZIN een uitspraak over de vergoeding van de geneeskundige zorg uit het basispakket bij geschillen of onduidelijkheden.

5.2.3 Gezondheidswinst en monetaire opbrengsten

SiRM concludeert dat de gezondheidswinst en de monetaire opbrengsten van het programma DO hoog zijn. Wij signaleren tegelijkertijd dat er veel onbenut potentieel is doordat implementatie onvoldoende tot stand komt.

Het programma heeft ruim **7.500 levensjaren in volledige gezondheid (QALY's)**, opgeleverd en de behaalde geschatte **netto opbrengsten**⁶⁶ van het programma zijn **€ 1,1 miljard**, waarvan € 0,3 miljard gemonetariseerde QALY winst. Het gaat om de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten van 24 door SiRM geselecteerde high potential projecten gesubsidieerd door het programma DO.⁶⁷ € 480 miljoen van de netto opbrengsten zijn kostenbesparingen, waarvan € 280 miljoen op zorgkosten en de overige € 200 miljoen op maatschappelijke kosten.⁶⁸ Wij hebben niet na kunnen gaan wat de daadwerkelijke impact van de besparingen op uitgaven aan de zorg is. De verwachting is dat de financiële ruimte die ontstaan is, opgevuld is door andere zorgactiviteiten.

De gezondheidswinst en monetaire opbrengsten zoals SiRM deze berekend heeft betreffen **enerzijds een onderschatting en anderzijds mogelijk een overschatting:**

- Een onderschatting omdat slechts voor 24 high potential projecten (van de 308 afgeronde projecten) de monetaire opbrengsten zijn berekend met conservatieve aannames, zoals dat een interventie nooit langer dan tien jaar besparingen oplevert.
- Een mogelijke overschatting omdat we de opbrengsten van de projecten geheel toeschrijven aan het programma DO, de opbrengsten uit een onderzoeksetting extrapoleren en de implementatiegraad van een interventie inschatten op basis van interviews met projectleiders en desk research.

Er is **veel potentieel onbenut gebleven** omdat de implementatie van resultaten achterblijft. Met ambitieus realistische implementatiegraden had de gezondheidswinst 13.000 gewonnen levensjaren in volledige gezondheid en hadden de netto opbrengsten € 4,1 miljard kunnen zijn.

SiRM heeft een aantal lessen geïdentificeerd over het **bevorderen van implementatie** van de onderzoeksresultaten. De belangrijkste lessen zijn:

- De kansen en risico's voor implementatie kunnen vóór aanvang van het project beter in kaart gebracht worden.
- Het is belangrijk om betrokkenen actief voor te lichten over de onderzoeksresultaten, vooral als het gaat om Zorgevaluatie projecten (klinisch evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van bestaande zorg).
- Marktpartijen en regulerende instanties dienen samen op te trekken om financiële belemmeringen voor implementatie te ondervangen.

⁶⁶ Behaald omdat we het gebruik van de interventie in de Nederlandse praktijk hebben kunnen achterhalen bij de projectleiders. Geschat omdat we de uitkomsten van de interventie, die we in onze berekeningen gebruiken, hebben overgenomen uit de eindverslagen.

⁶⁷ Waarvan 21 projecten (gedeeltelijk) geïmplementeerd en 3 projecten waarvan de onderzochte interventie niet geïmplementeerd bleek in de praktijk.

⁶⁸ Zoals besparingen op absentisme (afwezigheid van werk) en presenteïsme (gereduceerde effectiviteit op werk).

6 Aanbevelingen

De aanbevelingen richten zich met name op het versterken van de rol van marktpartijen en regulerende instanties bij de implementatie van onderzoeksresultaten. De FMS en de WV-en kunnen (nog) intensiever optrekken met ZonMw om te waarborgen dat onderzoeksresultaten in richtlijnen terecht komen en dat zij geïmplementeerd worden. Zorgverzekeraars kunnen een actievere rol moeten spelen bij de implementatie. Ook ZIN en patiëntvertegenwoordigers kunnen implementatie aanjagen. Partijen hebben hiervoor wel informatie op projectniveau nodig. ZonMw zou in dat kader een informatiesysteem op moeten zetten dat (sturings)informatie biedt.

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanbevelingen die SiRM doet op basis van de bevindingen en conclusies van de proces- en impactevaluatie van het programma DO. We beschrijven de aanbevelingen per partij voor wie de aanbeveling geldt.

6.1 ZonMw

Uit de case studies blijkt dat de activiteiten van ZonMw om de implementatie te verbeteren nuttig zijn. Zo hebben de VIMP's en parelstatus van ParkinsonNet geholpen bij de implementatie en het krijgen van projectgelden voor verdere opschaling. SiRM adviseert ZonMw om door te gaan met deze activiteiten. SiRM beveelt ZonMw daarnaast aan om het programma DO te verbreden naar het subsidiëren van onderzoek naar de organisatie van zorg. Daarnaast adviseert SiRM ZonMw om een informatiesysteem in te richten voor betrokkenen. Tenslotte doet SiRM aanbevelingen voor het versterken van implementatie door ZonMw.

6.1.1 Verbreden programma DO

SiRM adviseert ZonMw om – in overleg met VWS – weer onderzoek naar de **organisatie van zorg te subsidiëren** vanuit het programma DO en het programma niet alleen te beperken tot onderzoek naar professioneel handelen. ZonMw zal hierbij moeten nagaan of de commissie EEK voldoende geëquipeerd is om dergelijk onderzoek te beoordelen, of dat hiervoor beter een nieuwe commissie kan worden ingesteld.

SiRM beveelt aan om over drie tot vijf jaar een **evaluatie plaats te laten vinden** die specifiek gericht is op de **gerichte rondes**. Het is nu nog te vroeg om conclusies te trekken over de gerichte subsidierondes van het programma DO.

6.1.2 Vormgeven informatiesysteem

SiRM adviseert ZonMw daarnaast om een **informatiesysteem op te zetten** dat (sturings)informatie biedt voor betrokkenen bij het selecteren en monitoren van projecten en het stimuleren van implementatie van onderzoeksresultaten. Betrokkenen kunnen dan via een gebruikersvriendelijk dashboard de projecten door de verschillende stappen heen volgen. Afhankelijk van de rol van de betrokkene krijgen zij tot bepaalde informatie wel of geen toegang. Het systeem bevat bijvoorbeeld:

- **Selecteren.** Het oordeel van referenten en de commissie EEK over projectideeën en uitgewerkte aanvragen en of een uitgewerkte aanvraag is toegekend.
- **Monitoren.** Hoe de uitvoering van het onderzoek verloopt: de uitkomst van de METC- en lokale uitvoerbaarheid procedures en het aantal geïncludeerde patiënten. De betrokkenheid van patiënten bij de uitvoering van het onderzoek.
- **Stimuleren.** De onderzoeksresultaten en tot welke wetenschappelijke publicaties deze geleid hebben. In welke richtlijn de onderzoeksresultaten terecht zijn gekomen. Waar de onderzoeksresultaten in de praktijk geïmplementeerd zijn/worden.

Het informatiesysteem dient vormgegeven te worden op basis van de vraag naar informatie die er bestaat bij de betrokken partijen. SiRM adviseert ZonMw om eerst systematisch bij alle partijen na te gaan wat de informatiebehoefte is.

Over een groot deel van deze informatie beschikt ZonMw al. Echter, ZonMw houdt nog niet systematisch voor de projecten bij of de onderzoeksresultaten in een richtlijn terecht zijn gekomen en in welke. Ook gaat ZonMw niet systematisch na of (veelbelovende) onderzoeksresultaten in de praktijk worden geïmplementeerd en waar dit gebeurt. Wij bevelen ZonMw aan om deze **informatie systematisch te verzamelen** zodat het informatiesysteem voor betrokkenen up to date is. Op dit moment maakt het systematisch meten van opbrengsten geen expliciet onderdeel uit van de opdracht van VWS aan ZonMw. SiRM adviseert VWS dit wel expliciet op te nemen.

6.1.3 Versterken implementatiegraad

SiRM beveelt ZonMw aan om op de volgende punten het **proces van selecteren en monitoren aan te scherpen** om de implementatiegraad van onderzoeksresultaten te verhogen:

- **Selecteren.** ZonMw zou in de subsidieoproep explicieter op kunnen nemen dat onderzoekers de kansen en risico's voor implementatie helder in kaart brengen in de projectaanvraag. Bij het beoordelen van de aanvragen dient de commissie EEK hier nadrukkelijk aandacht aan te besteden en de onderzoekers eventueel aanwijzingen te geven om de risico's voor implementatie te mitigeren.
- **Monitoren.** ZonMw kan overwegen om een laatste deel van het subsidiebedrag pas uit te keren aan de onderzoekers als het afgeronde project de mogelijke maatschappelijke opbrengsten heeft behaald, zoals dat de onderzoeksresultaten terecht zijn gekomen in een richtlijn. ZonMw zou ook als verwacht eindresultaat kunnen stellen dat de onderzoeksresultaten ergens buiten de onderzoeksetting geïmplementeerd zijn. In plaats van het resterende deel van subsidie kan ZonMw ook overwegen een bonus uit te keren. Dat heeft geen negatieve impact op onderzoeken die geen positief resultaat vinden.

Naast de activiteiten die ZonMw al onderneemt – de VIMPS en het netwerk van implementatie fellows – zou ZonMw de (veelbelovende) **onderzoeksresultaten actiever kunnen verspreiden**. Dit kan ‘live’ door bijvoorbeeld presentaties te houden voor verschillende betrokken partijen. Maar ook het op te richten informatiesysteem kan hierin in rol spelen. Via het systeem kunnen marktpartijen die belang hebben bij implementatie van onderzoeksresultaten geïnteresseerd worden op voor hen interessante projecten. Gebruikers zouden in het informatiesysteem bijvoorbeeld moeten kunnen aangeven in welke specialismes zij geïnteresseerd zijn. Zij krijgen vervolgens via hun dashboard of per email alerts wanneer voor hen relevante onderzoeksresultaten gepubliceerd worden.

6.2 Zorgaanbieders

SiRM beveelt de FMS en de WV-en aan om (nog) **intensiever op te trekken** met ZonMw om te waarborgen dat onderzoeksresultaten herkenbaar in richtlijnen terechtkomen en dat zij geïmplementeerd worden. De samenwerking geldt zowel voor de open als de gerichte subsidierondes. Projectleiders zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het organiseren van opname in richtlijnen. Daarnaast dienen WV-en voor hen relevante informatie over afgeronde projecten te ontvangen vanuit ZonMw (zie paragraaf 6.1). Projecten gesubsidieerd vanuit de gerichte rondes volgen regelmatig uit door WV-en opgestelde kennisagenda’s. In die gevallen is er al nauwere betrokkenheid van de WV.

SiRM adviseert WV-en om **artsen actief voor te lichten** over de onderzoeksresultaten, met name van Zorgevaluatie projecten. Het kan voor hen lastig zijn om te vernemen dat zorg die zij al jaren leveren, niet effectief blijkt te zijn. Vertrouwen in de onderzoeksresultaten is in dat geval van groot belang. Artsen moeten ervan overtuigd zijn dat de onderzoeksresultaten ook voor hun praktijk gelden. Ziekenhuizen en andere zorginstellingen zouden zich moeten richten op **voorlichting** van de onderzoeksresultaten **aan patiënten**.

Als in de praktijk blijkt dat het implementeren van onderzoeksresultaten niet tot stand komt door **financiële belemmeringen**, beveelt SiRM zorgaanbieders zoals ziekenhuizen aan om samen op te trekken om deze belemmeringen **op te lossen**. Wanneer het gaat over (nieuwe vormen van) zorg die over de schotten heen geleverd wordt, kan een nieuwe betaaltitel nodig zijn, op te stellen door de NZa. Als het een interventie betreft waarvan de besparingen opwegen tegen de investering, maar deze ergens anders terecht komen, kan een ziekenhuis een shared savings contract op proberen te stellen met de zorgverzekeraar.

6.3 Zorgverzekeraars

SiRM adviseert zorgverzekeraars om een **actievere rol** te spelen bij de implementatie van de onderzoeksresultaten. Zij hebben hiervoor wel informatie op projectniveau nodig vanuit ZonMw (zie paragraaf 6.1).

Zorgverzekeraars dienen na te denken over **de manier waarop en op welk moment** zij het implementeren van doelmatigheidsonderzoek **agenderen**. De potentiële besparingen vanuit één onderzoek zijn vaak relatief klein ten opzichte van de bedragen waar de contractonderhandelingen over gaan. Zorgverzekeraars zouden het implementeren van doelmatigheidsonderzoek in zijn algemeenheid kunnen agenderen, of specifieke projecten kunnen kiezen die wat hen betreft van

belang zijn om te implementeren. Deze projecten kunnen ook een katalysator zijn om het gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder meer te laten gaan over kwaliteit.

SiRM beveelt zorgverzekeraars daarnaast aan om zich actief te richten op het **wegnemen van financiële belemmeringen** bij implementatie. Om het ontwikkelen van een innovatieve betaaltitel aan te vragen bij de NZa, dienen zorgverzekeraars de aanvraag te ondersteunen. Shared savings contracten kunnen de behandelaren of instellingen die dienen te investeren in een kostenbesparende of kosteneffectieve interventies bewegen tot implementatie. Zij ontvangen een deel van de besparingen van de interventie die op andere plaatsen in het zorgsysteem vallen.

Zorgverzekeraars kunnen tenslotte overwegen om met VWS en ZonMw in gesprek te gaan over **betrokkenheid bij het selecteren van projecten**. Dit zorgt voor grotere betrokkenheid van zorgverzekeraars bij het programma: Zorgverzekeraars zijn op deze manier op de hoogte van de onderzoeken die plaatsvinden en zijn betrokken bij de keuze van onderzoeksonderwerpen. Op deze manier zullen zij zich meer geïmpliceerd voelen om te sturen op implementatie van onderzoeksresultaten.

6.4 Patiëntvertegenwoordigers

SiRM adviseert patiëntvertegenwoordigers om een **actieve rol** op zich te nemen bij het **stimuleren** van het **in de praktijk gebruiken** van de onderzoeksresultaten. We denken dat patiënten een drijvende kracht kunnen zijn achter de implementatie van onderzoeksresultaten. Als patiënten goed op de hoogte zijn van de resultaten zullen zij deze mogelijk ter sprake brengen in de spreekkamer.

Grotere daadwerkelijke betrokkenheid bij de opzet en uitvoering van onderzoek is van belang om patiëntvertegenwoordigers in de juiste positie te brengen en het commitment bij hen te creëren. Om te monitoren of dit gebeurt kan ZonMw projectleiders bijvoorbeeld vragen om een beschrijving van de werkelijk gerealiseerde patiëntparticipatie in het tussen- / eindverslag op te nemen. Daarnaast hebben patiëntvertegenwoordigers, om een actieve rol te spelen, op hen toegesneden informatie vanuit ZonMw nodig over de afgeronde projecten (zie paragraaf 6.1).

Goede **voorlichting aan patiënten** over de onderzoeksresultaten is tenslotte van belang, zeker in het geval van Zorgevaluaties. Als dit onvoldoende gebeurt, verwachten patiënten dat zij de – niet effectief gebleken – behandeling blijven ontvangen. Voorbeelden van dergelijke Zorgevaluaties zijn het knippen van de amandelen of een herniaoperatie. In het geval van de herniaoperatie heeft samenwerking met de Patiëntenfederatie de verwachtingen van patiënten bij kunnen stellen.

6.5 ZIN

SiRM adviseert ZIN om – vanuit haar taak om de pijlers kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het gezondheidssysteem te versterken – een **aanjangende rol** te spelen bij de implementatie van onderzoeksresultaten. Dit past ook binnen haar programma Zinnige Zorg. ZIN heeft aangegeven zich actief te willen richten op Zorgevaluatie. In het rapport 'De juiste zorg op de juiste plek' van de Tasforce staat dat 'ZIN een rol dient te ontwikkelen als voorzitter en facilitator van een platform waar belanghebbende partijen in de zorg plaatsnemen. Het doel van dit platform

is om Zorgevaluatie naar een hoger plan te tillen, met een geharmoniseerde agenda en aanpak. Kernvraag voor dit platform is hoe bij bestaande zorg de kwaliteit en gepaste inzet kunnen worden bevorderd. Op deze manier dragen kwaliteitsbeleid, Zorgevaluatie en pakketbeheer bij aan zorg met aangetoonde meerwaarde, die daadwerkelijk wordt geïmplementeerd.⁶⁹

6.6 VWS

SiRM beveelt aan dat VWS als opdrachtgever van het programma DO bespreekt met ZonMw op welke manier het programma DO weer onderzoek naar de **organisatie van zorg** zou kunnen subsidiëren.

SiRM adviseert VWS daarnaast om de **aanbevelingen** aan ZonMw **expliciet op te nemen in de opdracht** aan ZonMw. Het gaat om:

- Het vormgeven van een informatiesysteem dat (sturings)informatie biedt voor betrokkenen bij het selecteren en monitoren van projecten en het stimuleren van implementatie van onderzoeksresultaten. Via het systeem kunnen marktpartijen die belang hebben bij implementatie van onderzoeksresultaten geïnteresseerd worden op voor hen interessante projecten.
- Het systematisch verzamelen van informatie over of de onderzoeksresultaten in een richtlijn terecht zijn gekomen en in welke en of (veelbelovende) onderzoeksresultaten in de praktijk worden geïmplementeerd en waar dit gebeurt.

Tenslotte adviseert SiRM VWS om over drie tot vijf jaar **opdracht te geven** om een **evaluatie** uit te voeren naar het functioneren van de **gerichte rondes** binnen het programma DO. SiRM heeft geconcludeerd dat het te vroeg is om conclusies te trekken over de gerichte subsidierondes binnen het programma DO. SiRM observeert wel dat de ambities van VWS en ZIN, om actuele doelmatigheidsvragen uit het veld te beantwoorden en onderzoek te subsidiëren dat ZIN ondersteunt, nog niet worden gerealiseerd.

⁶⁹ De juiste zorg op de juiste plek, Wie durft? Taskforce, 2018.

Bijlagen



> Benut potentieel

Evaluatie programma

DoelmatigheidsOnderzoek 2006 - 2017

Utrecht, 15 juni 2018
dr. Steef Baeten
ir. Jolien de Haas
Myrte Tjoa, BSc.
ir. Saskia van der Erf

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

1	Programma DO	2
1.1	Open rondes	2
1.2	Gerichte rondes	3
2	Onderzoeksaanpak	5
2.1	Bronnen	5
2.2	Analyse impact programma DO	16
3	Gezondheidswinst en monetaire opbrengsten	26
3.1	Behaalde geschatte opbrengsten	26
3.2	Onbenut potentieel	35
3.3	Geleerde lessen om implementatie te vergroten	37

I Programma DO

Het doelmatigheidsprogramma van ZonMw bestaat uit open en gerichte subsidierondes. In de open subsidierondes kunnen onderzoekers diverse voorstellen indienen voor onderzoek naar doelmatigheid. 70% van het beschikbare budget van het programma gaat naar deze rondes. De overige 30% gaat naar de gerichte rondes. In de gerichte rondes worden vragen uitgezet die zijn ingediend door beleidspartijen zoals het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en het Zorginstituut Nederland (ZIN) of vragen voortkomend uit zorgakkoorden. De rondes bestaan uit verschillende deelprogramma's. In deze bijlage lichten we de verschillende rondes en deelprogramma's toe.

1.1 Open rondes

Wij betrekken in onze evaluatie voornamelijk projecten uit de open rondes. Zij maken het overgrote deel uit van de projecten die zijn afgerond tijdens de evaluatieperiode van 2006 - 2017: 296 van de 308 projecten. De open rondes bestaan uit drie deelprogramma's:

- EEK: Effecten en Kosten
- VEMI: Vroege evaluatie van medische innovatie
- IMP: Implementatie

Daarnaast zijn er ook de VIMP (Verspreidings- en implementatie Impuls) projecten. Het betreft subsidie voor projecten die een vervolg zijn van een eerder project uit één van de deelprogramma's.

1.1.1 EEK (Effecten en Kosten)

Binnen het deelprogramma EEK staat wetenschappelijk onderzoek naar doelmatigheid van interventies centraal. Het is de kern van het DO-programma. Het deelprogramma EEK bevat dan ook de meeste projecten. Het doel van dit deelprogramma, zoals beschreven in het jaarplan van DO 03-06, is het leveren van informatie voor de onderbouwing van het beleid voor relevante doelmatigheidsproblemen in de gezondheidszorg. Dit gebeurt door wetenschappelijk onderzoek te subsidiëren. Maar ook door de voortgang van projecten in de gaten te houden, de onderzoeksresultaten te beoordelen, aanbevelingen te formuleren en implementatie te stimuleren¹.

1.1.2 VEMI (Vroege evaluatie van medische innovatie)

ZonMw subsidieert binnen het deelprogramma VEMI vooral onderzoek naar relevante (nieuwe) interventies (startjaar 2004). Het gaat om interventies waarvan een bijdrage aan de doelmatigheid van de gezondheidszorg wordt verwacht. Het doel van dit deelprogramma is om wetenschappelijke onderbouwing te verkrijgen over de effectiviteit van de nieuwe interventie en

¹ Jaarplan 2004 - DO2003-2006, ZonMw

om aan te geven hoe een mogelijk vervolgtraject verloopt voor verder onderzoek naar de doelmatigheid van deze interventie².

1.1.3 IMP (Implementatie)

Op verzoek van VWS is het deelprogramma IMP ontwikkeld (startjaar 2003) met het idee dat doelmatigheid alleen gerealiseerd kan worden als resultaten van onderzoeken ook geïmplementeerd worden. Het doel van het deelprogramma is om te onderzoeken hoe interventies die kosteneffectief zijn in te voeren. Daarnaast ook om kennis te verzamelen over implementatieprocessen van zorginnovatie. Het deelprogramma is in 2013 afgerond².

1.1.4 VIMP (Verspreidings- en implementatie Impuls)

Voor VIMP projecten is maximaal € 50.000,-. Op deze manier geeft ZonMw een impuls om de resultaten van onderzoek te verspreiden, te implementeren of verder te onderzoeken. Op uitnodiging van ZonMw kunnen projectleiders bij afronding van een project een verzoek indienen voor het doen van een VIMP-project.

1.2 Gerichte rondes

De overige 12 (van de 308) afgeronde projecten zijn gesubsidieerd uit de gerichte rondes van het programma DO. De onderwerpen waarop onderzoekers aanvragen in kunnen dienen bij de gerichte rondes worden top down bepaald.

De gerichte rondes bestaan uit Zorgevaluaties, Voorwaardelijke toelating projecten en overige projecten. Omdat de Zorgevaluaties en Voorwaardelijke toelating projecten nog niet zo lang geleden zijn gestart, zijn veel van deze projecten nog niet afgerond. Daarom zijn in de evaluatie slechts 12 projecten uit de gerichte rondes meegenomen: vier Voorwaardelijke toelating en acht 'overige projecten'. Hieronder volgt een korte toelichting van de verschillende programma's binnen de gerichte rondes.

1.2.1 Zorgevaluatie

Zorgevaluaties onderzoeken of bestaande behandelingen effectief en/of kosteneffectief zijn. Bij interventies waar meerdere behandelingen mogelijk zijn, wordt onderzocht naar welke behandeling de voorkeur uitgaat. In de periode die wij evalueren gaat het om twee programma's in de gerichte rondes die een relatie hebben met Zorgevaluaties³:

- Stimuleer Effectieve en Elimineer Niet-Effectieve Zorg (SEENEZ)
- 30 aandoeeningen Kwaliteits- & Doelmatigheidsagenda (K&D agenda)

² Jaarverslag 2005, ZonMw

³ In de open rondes is eveneens ruimte voor Zorgevaluaties en wordt vanaf 2015 expliciet aandacht gevraagd voor Zorgevaluaties middels een geormerkt budget.

Stimuleer Effectieve en Elimineer Niet-Effectieve Zorg (SEENEZ)

SEENEZ is ontwikkeld om evaluatie in de medische specialistische zorg een impuls te geven. Zeven wetenschappelijke verenigingen hebben met patiënten en zorgverzekeraars een top-5 van kennishiaten opgesteld. De kennishiaten met de hoogste prioriteit zijn uitgewerkt tot een onderzoeksvraag. Voor deze onderzoeksvragen zijn zeven projectaanvragen ingediend bij ZonMw, waarvan er zes zijn toegekend door ZonMw. Er is nog geen van deze projecten afgerond.

30 aandoeeningen Kwaliteits- & Doelmatigheidsagenda (K&D agenda)

Ondertekenaars van het hoofdlijnakkoord medisch specialistische zorg hebben de K&D agenda ontwikkeld voor verbetering van de kwaliteit van zorg voor 30 aandoeeningen. De K&D agenda is in samenspraak met de verschillende partijen in de zorg samengesteld, patiënten, zorgaanbieders, verzekeraars en VWS. ZonMw subsidieert projecten die de kennislacunes uit de 30 aandoeeningen K&D agenda onderzoeken. Er zijn in 2017 en in 2018 beide negen K&D projecten toegekend. Er is nog geen van deze projecten afgerond.

1.2.2 Voorwaardelijke toelating

Zorg die als effectief wordt beschouwd, ofwel die voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk', kan de minister toelaten tot het basispakket. Toch kan zorg die niet voldoet aan dit criterium sinds 1 januari 2012 tijdelijk worden toegelaten. De voorwaarde hiervoor is dat er, in het tijdsbestek dat het is toegelaten, onderzoekgegevens worden verzameld over de (kosten)effectiviteit van de behandeling. Het betreft een procedure van ZIN.

Binnen het programma DO is budget beschikbaar gesteld voor dit soort onderzoeken. Na de tijdelijke toelatingsperiode wordt op basis van onderzoeksgegevens bepaald of de zorg vast onderdeel wordt van het basispakket. De commissie EEK van ZonMw beoordeelt de kwaliteit van de aanvragen voor Voorwaardelijke toelating projecten. De beoordeling van de relevantie van de aanvragen vindt plaats door de Wetenschappelijke Adviesraad van ZIN. Een succesvol voorbeeld is het Mr CLEAN onderzoek waarbij de IAT-behandeling voor patiënten met een herseninfarct na het onderzoek is toegelaten tot het basispakket.

1.2.3 Overig

Naast de Zorgevaluaties en de Voorwaardelijke toelating is er nog een aantal op zichzelf staande projecten dat tot de gerichte rondes behoort. Voorbeelden van dit soort projecten zijn een evaluatie van het deelprogramma IMP en een project waarin een gedragen leidraad wordt ontwikkeld door ParkinsonNet om netwerkzorg vorm te geven voor andere netwerken.

2 Onderzoeksaanpak

Inzichten uit interviews, een focusgroep, desk research en een online vragenlijst aan projectleiders vormen de basis van de evaluatie. We bespreken de verschillende bronnen in de eerste paragraaf van deze bijlage. Vervolgens zetten we de manier waarop we de impact van het programma in kaart hebben gebracht uiteen.

2.1 Bronnen

Een belangrijke bron voor de evaluatie betreft de inzichten van betrokkenen die we hebben opgehaald uit interviews en een focusgroep met stakeholders en projectleiders. Onze conclusies en aanbevelingen zijn daarnaast gebaseerd op desk research, verrijkt met de resultaten van een online vragenlijst onder alle projectleiders.

2.1.1 Interviews en focusgroep



We hebben voor de evaluatie in totaal ruim zestig experts, projectleiders en andere stakeholders van het programma geraadpleegd. Dit hebben we gedaan door interviews met hen te voeren en door een focusgroep te organiseren.







Interviews


Voor de evaluatie hebben we verschillende stakeholders geïnterviewd. Ook hebben we meerdere keren met leden van de externe evaluatiecommissie gesproken om onze aanpak en resultaten te toetsen. Voor het bepalen van de gezondheidswinst en besparingen hebben we 30 projectleiders geïnterviewd. Welke personen we per organisatie hebben gesproken staat in onderstaande tabellen weergegeven.

Stakeholders

Tabel 1 Geïnterviewde stakeholders per organisatie

Organisatie	Naam	Functie
 Patiëntenfederatie Nederland <small>samen de zorg beter maken</small>	Klaartje Spijkers	Senior-beleidsmedewerker
 Federatie Medisch Specialisten	Teus van Barneveld Dieuwke Leereveld	Directeur Kennisinstituut Adviseur Kennisinstituut
Leading the change	Sjoerd Repping Maya Kruijt	Projectleider Leading the Change Coördinator trialbureau

Organisatie	Naam	Functie
	Geertjan Mellema	Medisch adviseur
	Patrick Kruger	Beleidscoördinator, Directie GMT
	Mona Wets Marthein Gaasbeek Nicole Boluyt	Manager pakketadvies/kwaliteit gespecialiseerde zorg Expert medisch adviseur Medisch adviseur
	Sjaak Wijma Nicole Boluyt	lid RvB ZIN Medisch adviseur
	Hannie Bonink Mariëlle Snijders Marleen Bink Karen van Liere Stijn Tersmette	Directeur Programma's Programmacoördinator Programmasecretaris DO Programmasecretaris DO Programmasecretaris DO
	Dirk Ruwaard	(Voorzitter CDO)
	Commissie EEK	
	Commissie DO	
	Frank van den Biggelaar (projectleider)	Stafmedewerker Kwaliteit en Innovatie
	Suzanne Cannegieter (projectleider)	Hoogleraar Klinische Epidemiologie
	Jessika van Kammen	Manager Research Support
	Frank Hulstaert	Senior researcher

Organisatie	Naam	Functie
 National Institute for Health Research	Sarah Puddicombe	Assistent directeur

Leden van de externe evaluatiecommissie

Tabel 2 Geïnterviewde leden van de externe evaluatiecommissie per organisatie

Organisatie	Naam	Functie
	Joris van Eijck	Directeur Zorg
	Manuela Joore	Professor CAPHRI
	Frida van den Maagdenberg	RvB AMC

Projectleiders geselecteerde projecten

Tabel 3 Geïnterviewde projectleiders per affiliatie van projectleider

Toenmalige affiliatie projectleider	Naam
	Prof. dr. B.W.J. Mol
	J. Kraal
	Prof. dr. Y.B.W.E.M. Roos
	Prof. dr. W.A. van Gool
	J.M. Binnekade
	Prof. dr. J.A.M. van der Post

	Prof. dr. M.A. Boermeester ⁴
	N.F. Schirmbeck
	Dr. J.A.F. Huirne
	Prof. dr. G. Nijpels
	Prof. dr. ir. J.C. Seidell
	Drs. W.C. Peul
	Prof. dr. E.J. Kuipers MD
	Drs. P. Taimr
	S. Bierma-Zeinstra
	Dr. J.S.A.G. Schouten
	Drs. N. Shadid
	Prof. dr. R.M.M.A. Nuijts
	Dr. F. Vernooij
	Dr. H.J.J. Verhaar
	A.P. Nierich
	J.M. Poldervaart & J.B. Reitsma
	Prof. dr. A.G.M. Schilder
	Prof. dr. F.L.J. Visseren
	Prof. dr. G.E.H.M. Rutten








⁴ Alleen per mail gereageerd

 Radboudumc	Prof. dr. M.W.G. Nijhuis-Van der Sanden
	M. Munneke
 umcg	Dr. M.G. van Pampus
 Sanquin	Dr. J.A. van Hilten
 Trimbos instituut	D. Volker

Focusgroep

Naast de interviews hebben we een focusgroep gehouden op 14 februari 2018. De focusgroep was gericht op de programmeercyclus, de aanvraagprocedure en de aansturing van het programma. Deelnemers van de focusgroep waren projectleiders en stakeholders van het programma (zie Tabel 4).

Tabel 4 Deelnemers van de focusgroep per organisatie

Organisatie	Naam	Functie
 Patiëntenfederatie Nederland samen de zorg beter maken	Anique ten Brinke Cathalijne van Doorne René Luigies	Junior beleidsmedewerker Lid patiëntenpanel Lid patiëntenpanel
 Federatie Medisch Specialisten	Dieuwke Leereveld	Adviseur Kwaliteitsinstituut
 Zorginstituut Nederland	Hans Paalvast Ilse Verstijnen	Programma-manager Zinnige Zorg Adviseur
 amc	Brent Opmeer	Senior Research Fellow
 Maastricht UMC+	Brigitte Essers	Senior onderzoeker
 Radboudumc	Marieke Zegers	Senior onderzoeker
 ZonMw	Marleen Jonker	Projectsecretaris DO

2.1.2 Desk research en online vragenlijst

We hebben gebruik gemaakt van verschillende bronnen voor het desk research. We hebben de bronnen verrijkt met de resultaten van een online vragenlijst uitgezet onder alle projectleiders van afgeronde projecten.

Verkregen documenten

Voor de evaluatie hebben we informatie gebruikt uit verschillende documenten die we veelal hebben verkregen via ZonMw:

- Eindverslagen van alle 308 afgeronde projecten
- Informatie uit ingevulde vragenlijst
- Informatie verkregen via interviews en focusgroep
- Informatie over multicenteraanvragen
- Projectfinanciering inclusief cofinanciering
- Contactgegevens van projectleiders
- Producten uit ProjectNet
- Goedkeuringsbrieven
- Jaardocumenten (jaarplannen, jaarverslagen en voortgangsrapportages)
- Programmavoorstellen
- Subsidieoproepen
- Richtlijndatabase FMS
- NHG-standaarden
- GGZ-richtlijnen

Eindverslagen

De database die we op basis van de 308 afgeronde projecten hebben gemaakt bestaat uit verschillende kenmerken per project. In Tabel 5 staan de verschillende kenmerken per project weergegeven. Een deel van de projecten heeft tot een vervolgsubsidie geleid. Voor deze vervolgsubsidies zijn dezelfde kenmerken genoteerd in de database.

Tabel 5 Kenmerken per project

Variabele	Omschrijving	Waardes
<u>Kenmerken van de subsidie</u>		
id	Unieke ZonMw-identificer voor project	
Projecttitel	Officiële titel van het project	
Projectleider	Naam van de projectleider	
Projectleider affiliatie	Affiliatie (werkgever) van de projectleider	
Type affiliatie	Wat is het type affiliatie van de projectleider	UMC, Ziekenhuis overig, Universiteit overig, UMC / Universiteit buitenland, (semi-)overheid, privaat
Start datum	Datum ingang subsidie	dd-mm-jjjj
Eind datum	Datum einde subsidie	dd-mm-jjjj

Variabele	Omschrijving	Waardes
Subsidieronde	Subsidieronde	
Subsidie type	Type project	EEK, VEMI, IMP, VIMP, GR
Subsidiebedrag	Zowel toegekend bedrag als gehonoreerd bedrag	
<u>Algemene kenmerken</u>		
Studie opzet	Hoe is de studie opgezet	RCT (enkel of dubbel blind), RCT overig, quasi-experimenteel, observationeel, beschrijvend, anders
Sector	Binnen welk deel van de zorg vindt de studie plaats	Huisartsenzorg, MSZ, GGZ, thuiszorg/wijkverpleging, intramurale ouderenzorg, fysiotherapie, overig
Sector overig	Indien sector overig, welke?	
Ziektegebied	Welk ziektegebied is het belangrijkste binnen het onderzoek	Allergologie, Anesthesiologie, Cardiologie, Dermatologie en Venereologie, Heelkunde, Interne Geneeskunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde, Kindergeneeskunde, Klinische Geriatrie, Klinische Genetica, Longziekten en Tuberculose, Maag, Darm en Lever, Medische Microbiologie, Neurochirurgie, Neurologie, Nucleaire Geneeskunde, Obstetrie en Gynaecologie, Oogheelkunde, Orthopedie, Pathologie, Plastische Chirurgie, Psychiatrie, Radiologie, Radiotherapie en Oncologie, Reumatologie, Revalidatiegeneeskunde, Thoraxchirurgie, Urologie, Traumachirurgie
Ziekte	Welke ziekte/aandoening betreft het	
Type interventie	Wat voor type interventie is onderzocht	Diagnostische interventie, ingreep/behandeling, medicijn, hulpmiddel, organisatorische interventie
Patiënten	Aantal potentiële patiënten in Nederland	
<u>Specifieke kenmerken</u>		
Arm interventie	Korte omschrijving welke interventie bekeken is	
Arm controle ⁵	Korte omschrijving van welke vergelijkingsbehandeling is gebruikt	
n_interventie	Aantal met interventie behandelde patiënten	
n_controle	Aantal met vergelijkingsbehandeling behandelde patiënten	
Tijdshorizon ⁶	Meetmoment van uitkomsten	
Kosten interventie	Schatting kosten interventie bij tijdshorizon	

⁵ Ook voor eventuele tweede en derde controlearm met bijbehorende kenmerken.

⁶ Eventueel ook tweede en derde tijdshorizon met bijbehorende kenmerken.

Variabele	Omschrijving	Waardes
Kosten controle	Schatting kosten controle arm bij tijdshorizon	
Kostenbesparing	Schatting kostenbesparing t.o.v. controle arm bij tijdshorizon	
Soort kosten	Bekend type kosten	Alleen betreffende sector, gehele gezondheidszorg, gehele maatschappij
Gezondheid eenheid	Ingevulde eenheid voor gezondheid indien beschikbaar. [Laagste optie van waarde selecteren]	QALY, kwaliteit van leven, levensjaren / percentage nog levend, anders
Gezondheid anders	Welke gezondheidsmaat is gebruikt als 'gezondheid eenheid' anders is	
Gezondheid interventie	Schatting gezondheid interventie bij tijdshorizon	
Gezondheid controle	Schatting gezondheid controle arm bij tijdshorizon	
Gezondheidswinst	Schatting gezondheidswinst t.o.v. controle arm bij tijdshorizon	
Kostenbesparing	Algemene conclusie studie over kostenbesparing	Niet kostenbesparend, wel kostenbesparend
Gezondheidswinst	Algemene conclusie studie over gezondheidseffect	Geen gezondheidswinst, wel gezondheidswinst

Online vragenlijst

We hebben een online vragenlijst gestuurd naar alle projectleiders van de 308 afgeronde projecten gedurende de evaluatieperiode. In deze vragenlijst hebben wij vragen gesteld over:

1. Nieuwe wetenschappelijke artikelen (t.o.v. wat er in het eindverslag staat)
2. Of de onderzoeksresultaten van het project in richtlijnen terecht zijn gekomen
3. Of het project tot vervolgonderzoek heeft geleid en tot welk soort vervolgonderzoek

We hebben alle projectleiders voor deze uitvraag onderstaande mail gestuurd. De vragenlijst hebben wij met behulp van Google Forms gemaakt. De vragen uit de vragenlijst staan in Tabel 6 weergegeven.

Gestuurde mail

Geachte heer/mevrouw,

Op verzoek van VWS, de opdrachtgever van het ZonMw programma DO, wordt het programma DO over de periode 2006-2017 geëvalueerd onder leiding van een externe evaluatiecommissie. De externe evaluatiecommissie heeft SiRM – Strategies in Regulated Markets – geselecteerd als onafhankelijk adviesbureau om de evaluatie uit te voeren.

We brengen in het kader van de evaluatie de wetenschappelijke en maatschappelijke opbrengsten in kaart om te bepalen of de investeringen in het programma DO leiden tot voldoende opbrengsten. We maken voor het in kaart brengen van de opbrengsten in eerste instantie gebruik van de eindverslagen. We realiseren ons dat er sinds het afronden van het project nieuwe opbrengsten kunnen zijn. Graag willen wij deze opbrengsten ook betrekken bij de evaluatie van de opbrengsten van het programma.

Voor project [projectnaam] (met projectnummer: [projectnummer]) is de volgende informatie al bij ons bekend:

De publicaties die in het eindverslag worden genoemd

- De wetenschappelijke artikelen die in ProjectNet staan vermeld, deze staan weergegeven in de bijlage
- Dat de resultaten van uw project in de richtlijnen terecht zijn gekomen/niet in een richtlijn zijn gekomen of dat het niet bij ons bekend is

Wij vragen u vriendelijk om dit overzicht, in deze link: [link vragenlijst] aan te vullen met de volgende informatie:

- Nieuwe wetenschappelijke artikelen naar aanleiding van het project
- Als dit nog niet bij ons bekend is: of de projectresultaten in een richtlijn terecht zijn gekomen
- Of er vervolgonderzoek heeft plaatsgevonden

De uitkomst van de evaluatie is bepalend voor de toekomst van het programma DO en daarmee voor het beschikbaar blijven van middelen voor dit type onderzoek. We stellen uw medewerking zeer op prijs. Als u geen aanvullingen heeft, zou u dit dan ook aan ons kunnen laten weten door deze mail te beantwoorden?

Daarnaast nog het vriendelijk verzoek van ZonMw om eventuele nieuwe producten ook in ProjectNet te uploaden (bij publicaties volstaat het invullen van de DOI-code).

Het kan zijn dat u deze mail eerder heeft ontvangen omdat u projectleider bent van meerdere projecten. Wij vragen u vriendelijk om per project op de link te klikken en de vragen in te vullen. Wij verwerken de informatie per project.

Voor vragen of opmerkingen kunt u mij mailen. Graag ontvangen wij uw reactie zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk 27 februari 2018. Mocht een ander lid van het projectteam beter in staat zijn om het formulier in te vullen, dan kunt u de mail doorsturen.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

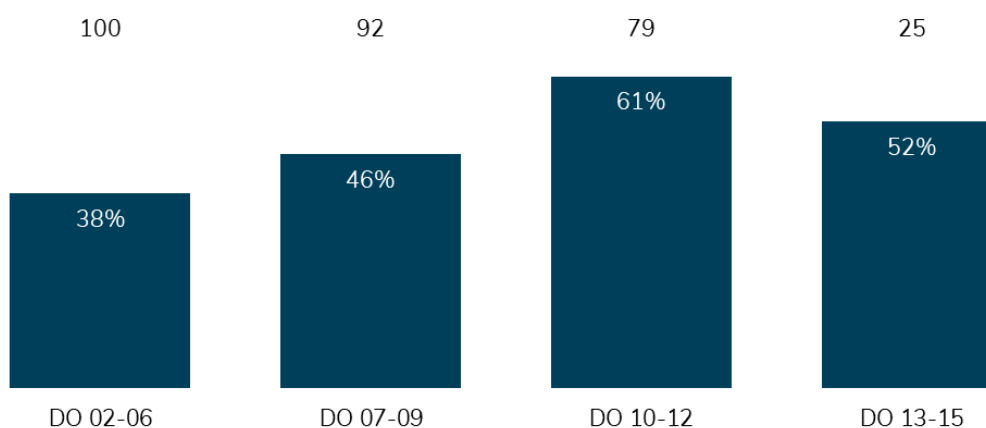
Tabel 6 Vragen uit de online vragenlijst

Vragen	Antwoordmogelijkheden
Wat is de titel van het project?	
Wat is het ZonMw projectnummer?	
Wie is de projectleider van het project?	
Zijn de projectresultaten in een richtlijn terecht gekomen?	<ol style="list-style-type: none"> 1 Ja 2 Nee 3 Niet van toepassing
Zo ja, in welke richtlijn(en)?	
Heeft het project tot (een) vervolgstudie(s) geleid?	<ol style="list-style-type: none"> 1 Ja 2 Nee
Zo ja, wat voor soort onderzoek? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)	<ol style="list-style-type: none"> 1 Andere/grotere studiepopulatie (bijvoorbeeld in Europees verband) 2 Ander studiedesign 3 Implementatieonderzoek 4 Verdiepend onderzoek naar kosten en effectiviteit 5 Anders...
Titel wetenschappelijk artikel 1	
Tijdschrift wetenschappelijk artikel 1	
Titel wetenschappelijk artikel 2	
Tijdschrift wetenschappelijk artikel 2	
...	
Titel wetenschappelijk artikel 10	
Tijdschrift wetenschappelijk artikel 10	
Heeft uw project meer dan 10 gepubliceerde wetenschappelijke artikelen opgeleverd? (naast de artikelen die staan vermeld in het eindverslag)	<ol style="list-style-type: none"> 1 Ja 2 Nee
Zo ja, hoeveel?	
Zo ja, graag hieronder voor het 11e, 12e etc. artikel de titel en het tijdschrift aangeven	

Respons vragenlijst

Van de 296 projecten van de open ronde heeft circa 50% gereageerd op de online vragenlijst (of per email). De respons van de projectleiders in DO 10-12 is het hoogste (zie Figuur 1). De respons is het hoogst binnen de sector huisartsen en fysiotherapie (zie Figuur 2). Binnen de specialismes is de respons meer dan 50% bij Orthopedie en Heelkunde (zie Figuur 3).

DO-projecten afgerond in 2006-2017 waarvan projectleider online vragenlijst heeft ingevuld naar DO-ronde [percentage van totaal aantal]



Figuur 1. Respons projectleiders op de online vragenlijst (of per email) per DO-ronde⁷
(Bron: Analyse SiRM o.b.v. online vragenlijst)

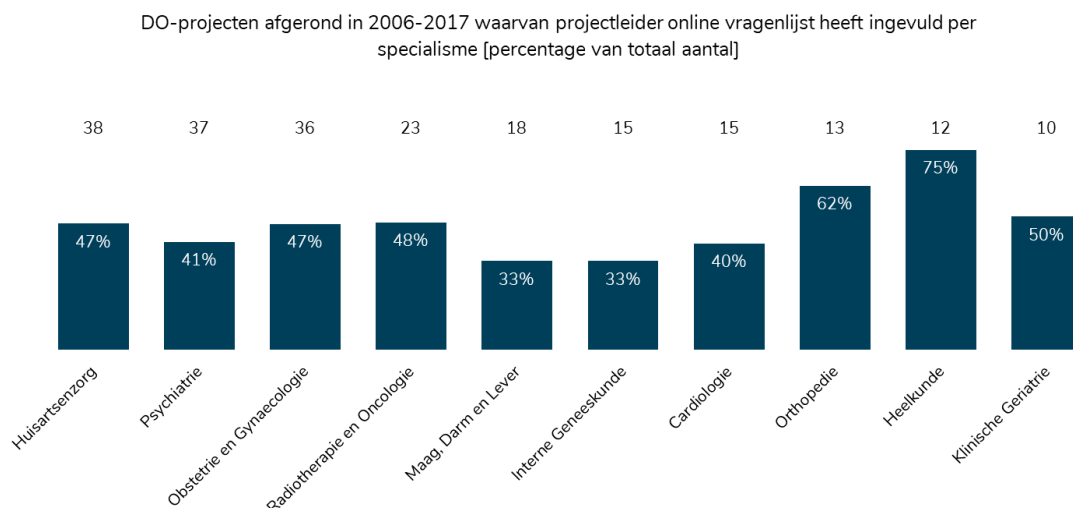
DO-projecten afgerond in 2006-2017 waarvan projectleider online vragenlijst heeft ingevuld per sector [percentage van totaal aantal]



Figuur 2. Respons projectleiders op de online vragenlijst (of per mail) per sector⁸
(Bron: Analyse SiRM o.b.v. online vragenlijst)

⁷ Binnen de gerichte ronde hebben vier van de 12 projectleiders gereageerd op de online vragenlijst.

⁸ De sector ouderenzorg is niet weergegeven, Zes van de negen projectleiders binnen deze sector hebben gereageerd.



Figuur 3. Respons projectleiders op de online vragenlijst (of per mail) per specialisme. Alleen de specialismes met negen projecten of meer zijn weergegeven. (Bron: Analyse SiRM o.b.v. online vragenlijst)

2.2 Analyse impact programma DO

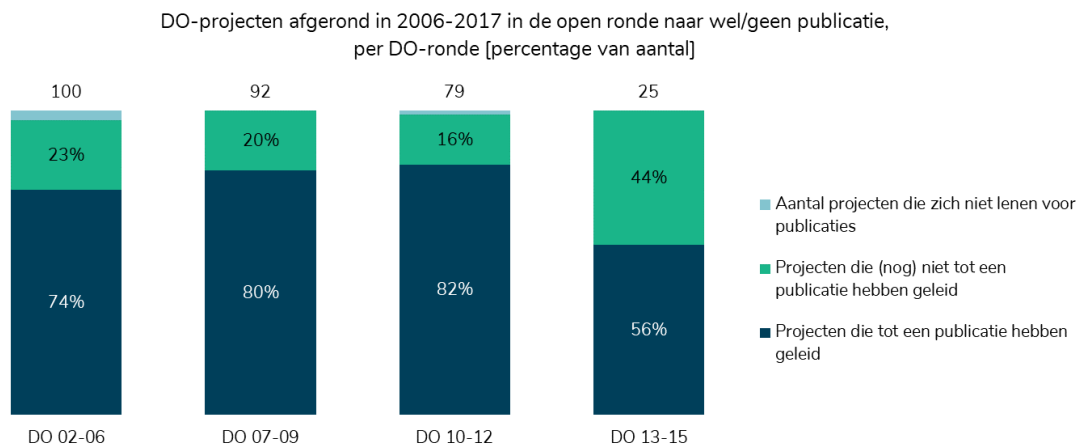
In deze paragraaf lichten we de onderzoeks aanpak van de wetenschappelijke opbrengsten, maatschappelijke opbrengsten, gezondheidswinst en besparingen en de geleerde lessen uit de praktijk uitgebreider toe dan in hoofdstuk 2 van het rapport.

2.2.1 Wetenschappelijke opbrengsten

In deze paragraaf gaan we gedetailleerder in op de analyse omtrent wetenschappelijke publicaties die zijn voortgevloeid uit de afgeronde projecten. We hebben voor deze analyse gebruik gemaakt van:

- Wetenschappelijke publicaties die in de eindverslagen zijn gerapporteerd.
- Wetenschappelijke publicaties uit ProjectNet.
- Wetenschappelijke publicaties uit de online vragenlijst.

We hebben de publicaties uit de eindverslagen geëxtraheerd met behulp van statistische programma R. Vervolgens hebben we handmatig de gegevens bruikbaar gemaakt voor analyse. Publicaties die in beide bronnen voorkwamen zijn ontdebeld. Daarnaast hebben we alleen de publicaties die zijn gepubliceerd én waarvan het tijdschrift is gespecificeerd meegenomen in de analyse. Uiteindelijk hebben we 1261 publicaties meegenomen in onze analyse en hebben 230 van de 308 projecten tot publicaties geleid (zie Figuur 4). Elf van de 308 projecten lenen zich niet voor publicatie en van de overige 67 projecten hebben we geen publicaties ontvangen. Dit wil niet zeggen dat deze projecten niet tot publicaties hebben geleid. De projectleiders van deze projecten hebben ten tijde van het eindverslag geen publicaties opgegeven en deze ook niet in ProjectNet verwerkt. Van projecten waarvan projectleiders ook niet op de online vragenlijst hebben gereageerd, weten we de status niet.



Figuur 4. Projecten die tot publicaties hebben geleid⁹

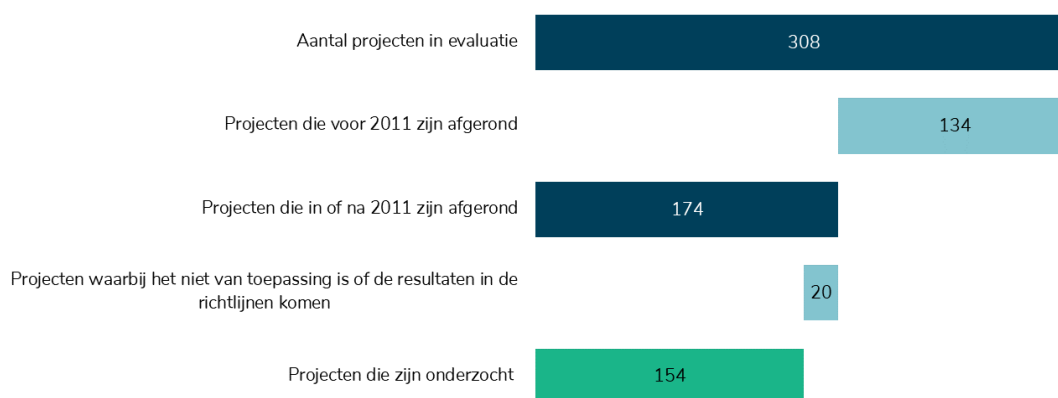
Voor het bepalen van de impactfactor van het tijdschrift waarin is gepubliceerd hebben we gebruik gemaakt van de Scientific Journal Ranking (SJR) uit 2016. Ieder tijdschrift is gekoppeld aan een impactfactor. Met behulp van Excel hebben we onze dataset gekoppeld aan de dataset van SJR. Een aantal tijdschriften was niet in deze SJR vermeld (ongeveer 10% van alle publicaties). De artikelen uit deze tijdschriften zijn niet meegenomen in de analyses over de impactfactor.

Daarnaast heeft SJR alle tijdschriften per categorie in kwantilen ingedeeld, waarbij het hoogste kwantiel de best scorende tijdschriften binnen hun vakgebied zijn. Deze kwantilen hebben wij overgenomen voor onze analyse, zodat we per DO-ronde iets over de kwaliteit van de tijdschriften kunnen zeggen.

2.2.2 Maatschappelijke opbrengsten

Voor de analyse van de maatschappelijke opbrengsten hebben we onderzocht of de onderzoeksresultaten van de afgeronde projecten in richtlijnen terecht zijn gekomen. Voor deze analyse bekeken we de 174 projecten (zie Figuur 5) die in of na 2011 zijn afgerond. We hebben voor dit tijdsbestek gekozen, omdat de meeste richtlijnen na 2010 opnieuw zijn geüpdatet en oudere onderzoeksresultaten waarschijnlijk niet meer terug te vinden zijn in de huidige richtlijnen. Bij 20 van de 174 projecten is opname van de resultaten in de richtlijnen niet van toepassing. Daarom hebben we onze analyse uiteindelijk voor 154 projecten uitgevoerd.

⁹ Zeven van de 12 afgeronde projecten gesubsidieerd vanuit de gerichte rondes lenen zich niet voor publicatie, drie van de overige vijf projecten hebben tot publicaties geleid.



Figuur 5. Projecten die zijn meegenomen in richtlijnenanalyse

Voor deze analyse is gebruik gemaakt van verschillende bronnen:

- De analyse die door het Kennisinstituut van de FMS en ZonMw is uitgevoerd. Zij hebben in kaart gebracht welke ZonMw projecten, afgerond in 2011-2015, in richtlijnen terecht zijn gekomen.
- De eindverslagen en de resultaten van de online vragenlijst.

Projecten die volgens het eindverslag of volgens de projectleider niet in de richtlijnen terecht zijn gekomen zijn niet verder onderzocht. Ook als het Kennisinstituut van de FMS een project niet heeft kunnen vinden in de richtlijnen en de betreffende richtlijn niet meer is geüpdatet na het onderzoek van de FMS, is deze niet verder onderzocht.

Voor de andere afgeronde projecten zijn we via verschillende bronnen nagegaan of de onderzoeksresultaten van het project in richtlijnen terecht zijn gekomen. We hebben gezocht in de Richtlijnendatabase van de FMS, in NHG standaarden en de GGZ richtlijnen. Bij het zoeken naar de onderzoeksresultaten in richtlijnen zijn de bijlagen en voetnoten van de richtlijnen ook meegenomen. Zo is bijvoorbeeld bij de NHG standaarden in het gehele document gezocht en niet alleen in de beknopte informatie die op de webpagina staat weergegeven.

Het vinden van onderzoeksresultaten in de richtlijnen was geen eenvoudig proces, omdat het niet altijd duidelijk is of onderzoek en richtlijn over precies dezelfde toepassing gaan. Tevens zijn de richtlijnen voor medici geschreven, wat het interpreteren van de richtlijn soms lastig maakt.

Als het onderwerp van een project in de richtlijnen terug te vinden is, is het nog niet zeker of de onderzoeksresultaten van het ZonMw project zijn gebruikt voor de richtlijn. Daarom hebben wij gekeken of de projectleider met een artikel over het onderwerp van het ZonMw project in de referentielijst terug te vinden is. We hebben in eerste instantie de betreffende projectleider in de referentielijst van de richtlijn opgezocht. Als de projectleider in de referentielijst gevonden werd zijn we nagegaan of het een publicatie betrof over hetzelfde ontwerp en of deze publicatie ten tijde of na het ZonMw project gepubliceerd is.

2.2.3 Gezondheidswinst en monetaire opbrengsten

We gaan er bij het kwantificeren van de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten vanuit dat een selectie van high potential projecten voldoende opbrengt om de investeringskosten van het programma terug te verdienen.

Om deze reden hebben we van de 308 afgeronde projecten 27 high potential projecten geselecteerd. Voor deze projecten hebben wij de gezondheidswinst en de bruto opbrengsten berekend. Voor de andere 281 projecten hebben we dit niet gedaan.

Om de netto opbrengsten te berekenen hebben we de bruto opbrengsten vervolgens afgezet tegen de investeringen in het gehele programma gedurende de periode 2006-2017.

We hebben de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten berekend volgens de volgende stappen:

- Selecteren van high potential projecten met een mogelijk hoge gezondheidswinst en/of kostenbesparing.
- In kaart brengen van gebruik van de onderzochte interventie in de Nederlandse praktijk.
- Berekenen van de behaalde geschatte gezondheidswinsten en kostenbesparingen in de Nederlandse praktijk.
- In kaart brengen van investeringen in programma DO gedurende evaluatieperiode.

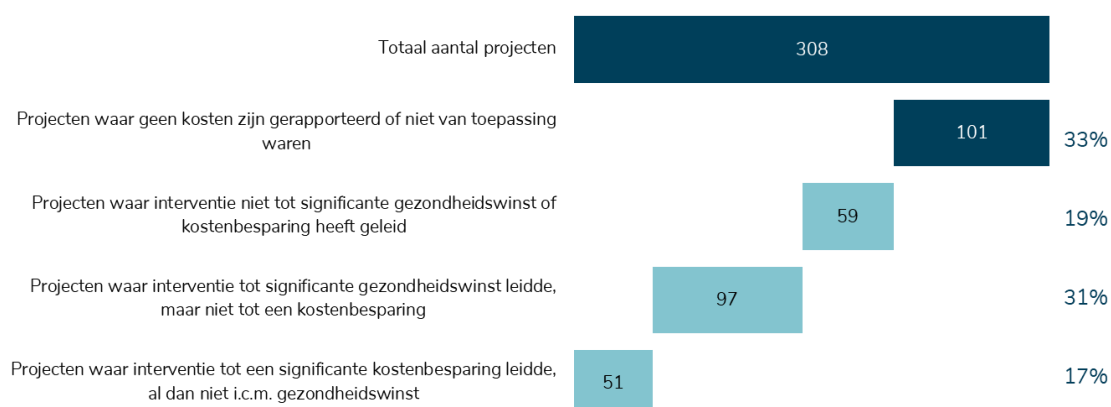
In deze bijlage beschrijven we de eerste drie stappen in meer detail dan in het hoofdrapport.

Selecteren high potential projecten kwantificering

Op basis van de eindverslagen en desk research hebben we 27 projecten geselecteerd die om verschillende redenen high potential zouden kunnen zijn. We onderscheiden daarbij drie soorten high potential projecten:

- Niet-effectieve interventies. Projecten die een nieuwe interventie onderzochten die vergeleken met bestaande zorg geen significante gezondheidswinst aantoonde, met gelijkblijvende of hogere kosten.
- Kostenbesparende interventies. Projecten die aantonen dat een (nieuwe) interventie significant goedkoper is dan de bestaande zorg, met gelijkblijvende of betere gezondheidsuitkomsten. Afwachtend beleid kan ook de interventie zijn.
- Kosteneffectieve interventies. Projecten die aantonen dat een (nieuwe) interventie significante gezondheidswinst oplevert – gemeten in Quality Adjusted Life Years (QALY's) – ten opzichte van de bestaande zorg. De gezondheidswinst gaat ofwel gepaard met besparingen, ofwel de investeringen wegen op tegen de QALY winst.

We hebben eerst de projecten die geen kosten rapporteren af laten vallen (Figuur 6). 101 projecten vergelijken geen kosten tussen een bestaande en een nieuwe interventie. Deze projecten komen niet in aanmerking als high potential project.



Figuur 6. Indeling projecten op basis van eindverslagen

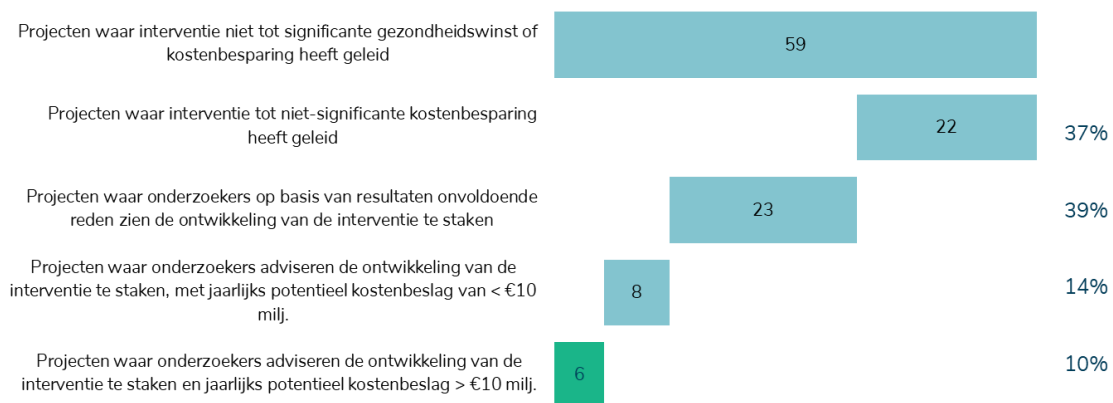
Voor de andere drie categorieën projecten maken we een sub-selectie van de projecten met de hoogste potentiële waarde. De potentiële waarde hangt af van de waarde per patiënt (in termen van gezondheidswinst of besparingen) en het aantal patiënten dat in aanmerking komt. Dit noemen we de PxQ-berekening.

Niet-effectieve interventies

In 59 projecten leidde de interventie niet tot significante gezondheidswinst of kostenbesparing. Het project heeft daarmee aangetoond dat het om een niet-effectieve interventie gaat, die niet geïmplementeerd zou moeten worden.

Om de potentiële waarde van het niet implementeren van deze niet-effectieve interventies te bepalen hebben we de PxQ bepaald. We hebben alleen een PxQ berekend als het project een (niet-) significante kostenstijging toonde én volgens de onderzoekers aanleiding was om van implementatie of doorontwikkeling af te zien (zie Figuur 7). Voor zes van de 14 niet-effectieve interventies met een PxQ berekening zijn de geschatte voorkomen kosten meer dan €10 miljoen per jaar.¹⁰ Deze zes high potential projecten met niet-effectieve interventies includeren we in de selectie van 27 projecten.

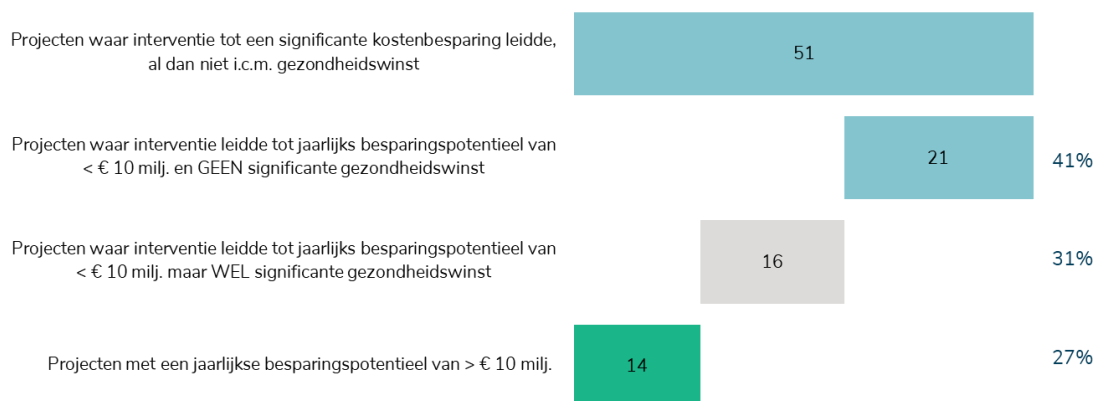
¹⁰ In de PxQ berekening gebruiken we de geschatte effecten uit het eindverslag als P en hebben we o.b.v. het eindverslag of een internetsearch het aantal potentiële patiënten bepaald. Voor de geselecteerde high potential projecten schatten we de Q later nauwkeuriger o.b.v. een interview met de projectleider.



Figuur 7. Selectie high potential niet-effectieve interventies

Kostenbesparende interventies

In aanvulling op de zes high potential niet-effectieve interventies includeren we ook 14 high potential kostenbesparende interventies in de selectie (Figuur 8). Dit zijn de 51 potentieel kostenbesparende projecten uit Figuur 6 minus de projecten waarvan de verwachte jaarlijkse besparing op basis van de PxQ berekening minder dan €10 miljoen is. 16 van de 37 afgevalen projecten komen nog wel in aanmerking om op basis van kosteneffectiviteit meegenomen te worden in de selectie (zie volgende paragraaf). Alhoewel de besparing van deze projecten onder de gestelde grenswaarde ligt, levert introductie van de interventie wel extra gezondheidswinst op.

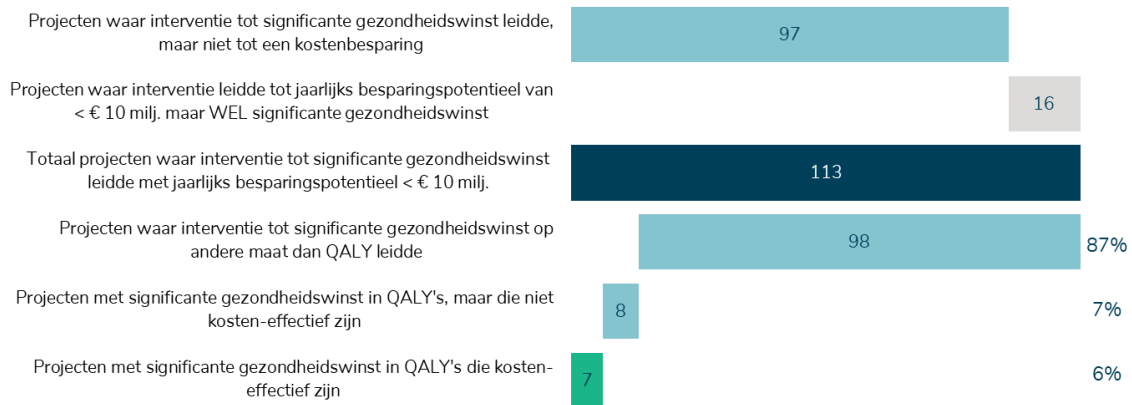


Figuur 8. Selectie high potential projecten kostenbesparende interventie

Kosteneffectieve interventies

De laatste groep high potential projecten levert gezondheidswinst op tegen een aanvaardbare investering. Deze zeven kosteneffectieve interventies (Figuur 9) zijn geselecteerd uit de 97 mogelijk kosteneffectieve projecten (Figuur 6) en de 16 kostenbesparende (PxQ < €10 milj.) waarbij een gezondheidswinst is behaald (Figuur 8). De projecten waarbij de gezondheidswinst is behaald met een andere maat dan de QALY (98) komen niet in aanmerking als high potential kosteneffectieve projecten, omdat het niet mogelijk is om de in deze projecten behaalde

gezondheidswinst onderling vergelijkbaar te maken.¹¹ Voor de resterende 15 projecten vergelijken we de Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) uit het eindverslag met de willingness-to-pay-drempel (WTP-drempel) voor de ziektelast binnen de onderzochte patiëntengroep.¹² Hierdoor vallen nog acht projecten af die wel gezondheidswinst opleveren maar tegen een te hoge investering.



Figuur 9. Selectie high potential kosteneffectieve interventies

In kaart brengen gebruik onderzochte interventie in de Nederlandse praktijk

Voor de 27 high potential projecten hebben we contact gezocht met de projectleider om na te gaan wat het gebruik van de onderzochte interventie is in de Nederlandse praktijk. Met 25 van hen hebben wij een interview kunnen plannen en voor 24 hebben we de bruto besparingen berekend. De belangrijkste parameters die we tijdens deze interviews hebben achterhaald zijn:

- **Het aantal voor de interventie in aanmerking komende patiënten in Nederland:** De maximaal haalbare bruto opbrengsten per project hangen af van het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor de interventie. Deze hebben we indien beschikbaar uit de eindverslagen gehaald en anders aan de projectleider gevraagd. Wanneer de projectleider niet wist om hoeveel patiënten het ging, hebben we een schatting gemaakt aan de hand van openbare bronnen.
- **De implementatiegraad:** Voor de implementatiegraad zijn we niet alleen nagegaan welk deel van de in aanmerking komende patiënten nu de interventie krijgen, maar ook hoe hoog dit percentage lag in het verleden en of het aannemelijk is dat dit nog doorgroeit in de komende jaren.
- **De levensduur van technologie:** Ook de onderzochte interventies zullen ingehaald worden door nieuwere technologieën. We kunnen er daarom niet vanuit gaan dat we de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten oneindig lang door kunnen laten lopen. Daarom heb-

¹¹ We merken op dat onze benadering van gezondheidswinst economisch is. Dit betekent dat we kijken of de effecten van de onderzochte interventies tot meer utiliteit voor de patiënten leiden. We realiseren ons dat we hiermee andere gezondheidseffecten, zoals klinisch relevante verbeteringen of positieve gezondheid volgens Machteld Huber, buiten beschouwing laten. Voor het berekenen van bruto opbrengsten is het echter noodzakelijk gezondheidseffecten te kunnen vergelijken tussen ziektegebieden en de effecten te kunnen monetariseren. Hiervoor is gebruik van de QALY het meest geschikt.

¹² Zorginstituut Nederland. 2015. *Kosteneffectiviteit in de praktijk*

ben we gevraagd wat de verwachting van de projectleider voor de toekomst van de interventie was. We zijn in de berekeningen er nooit van uit gegaan dat de levensduur van de technologie langer dan 10 jaar is, zodat we in elk geval de bruto opbrengsten niet overschatten.

Berekenen behaalde geschatte gezondheidswinst en kostenbesparingen

Voor de berekening van de behaalde geschatte opbrengsten van de projecten berekenen we de bruto opbrengst per project. In het hoofdrapport staat de hiervoor gehanteerde methode op hoofdlijnen beschreven. In deze bijlage gaan we in op een aantal details van de berekening:

- Onzekerheid effecten. We hebben geen schatting gemaakt van de onzekerheid rondom de kosten- en gezondheidseffecten, omdat de gerapporteerde betrouwbaarheidsintervallen hoogstens een schijnzekerheid zouden tonen. De onzekerheid rondom andere inputwaarden, zoals de implementatiegraad, heeft namelijk meer invloed op de berekende bruto opbrengsten. Om toch zo min mogelijk onzekerheid rondom de geschatte netto opbrengsten te hebben, doen we daar waar nodig altijd een conservatieve schatting.
- Periodes implementatiegraad. In de doorrekening onderscheiden we per project maximaal drie perioden met verschillende implementatiegraden. Zo houden we rekening met de tijd die het heeft gekost om de huidige implementatiegraad te bereiken. We gaan er bovendien van uit dat de huidige implementatiegraad lineair tot stand is gekomen, tenzij de projectleider aangaf dat dit niet zo was.
- Implementatiegraad niet-effectieve interventies. De implementatiegraad van niet-effectieve interventies betreft een aanname. Aangezien deze interventies (terecht) niet geïntroduceerd zijn in de dagelijkse praktijk, moeten we schatten wat de implementatiegraad geweest zou zijn. Hierbij zijn we ervan uitgegaan dat belangrijkste bekende voorspellers voor de implementatiegraad het aantal behandelaars en behandelde patiënten is. We nemen aan dat als beide hoog zijn, de implementatiegraad niet hoger dan 25% zou zijn. In het geval slechts een van de twee hoog is nemen we aan dat de implementatiegraad 50% zou zijn. Zijn beide laag, dan gaan we uit van een 75% implementatiegraad.
- Bruto opbrengsten niet-effectieve interventies. De berekening van de bruto opbrengsten van niet-effectieve interventies verschilt ook van de andere projecten doordat we enkel de kosten van de interventie zelf meenemen en niet van behandelingen elders in de keten. We nemen hier dus noch een maatschappelijk, noch een gezondheidszorg perspectief. Op deze manier proberen we een conservatieve schatting te maken van de voorkomen kosten, omdat besparingen elders in de keten alleen plaats zouden vinden als er wel een gezondheidseffect zou zijn geweest.

2.2.4 Geleerde lessen uit de praktijk

We hebben 13 van de 24 geselecteerde projecten voor kwantificering ook als case study geselecteerd. We zijn voor de case studies dieper ingegaan op de maatschappelijke opbrengsten en de mate waarin en de manier waarop implementatie vorm heeft gekregen. De 13 case studies (Tabel 7) hebben we op basis van twee criteria geselecteerd:

- 1 High potential projecten die volgens ZonMw breed geïmplementeerd zijn (N=7)¹³
- 2 High potential projecten waarin tijdens het interview met de projectleider duidelijke lessen voor implementatie naar voren kwamen (N=6)

Tabel 7. Geselecteerde case studies

Project-nummer	Projecttitel	Subsidie-type	Sector	Type high potential project
High potential project dat volgens ZonMw breed geïmplementeerd is (N=7)				
94502035	A randomised cost-effectiveness study on the surgical versus conservative treatment of sciatica ¹⁴	EEK	MSZ	Kosteneffectiviteit
94504357	Efficiency of physiotherapeutic care in Parkinson's disease	EEK	Fysiotherapie	Besparing
94506257	FOAM-study. Cost minimization study comparing surgery versus duplex guided foam sclerotherapy of varicose veins: a randomized controlled study	EEK	MSZ	Besparing
94506553	Pregnancy-induced hypertension and pre-eclampsia after 36 weeks: induction of labour versus expectant monitoring. A comparison of maternal and neonatal outcome, maternal quality of life and costs?	EEK	MSZ	Besparing
170992904	Towards a more cost-effective diabetes control in primary care: six-monthly monitoring compared with three-monthly monitoring in type 2 diabetes mellitus.	EEK	Huisartsenzorg	Besparing
171001011	Toric intraocular lenses: a cost-effective treatment for astigmatism in cataract surgery?	VEMI	MSZ	Niet-effectief
171202015	More cost-effective management of chest pain patients presenting in the emergency room: application of a validated rule	EEK	MSZ	Kosteneffectiviteit
High potential projecten met duidelijke lessen voor implementatie (N=6)				
94506216	Is top-level care for ovarian cancer patients more cost-effective than regular care?	EEK	MSZ	Kosteneffectiviteit
94507901	Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections	EEK	MSZ	Besparing
94527009	Diagnostic value of an innovative non-invasive diagnostic to determine the grade of atherosclerosis before sternotomy in patients scheduled for cardiac surgery.	VEMI	MSZ	Kosteneffectiviteit

¹³ Met twee projectleiders is het niet gelukt om een telefonische afspraak te maken.

¹⁴ Project 94502035 was in eerste instantie geselecteerd als high potential project, maar op basis van het interview toch niet opgenomen in de doorrekening.

Project-nummer	Projecttitel	Subsidie-type	Sector	Type high potential project
170991010	The detection of focal liver lesions with contrast enhanced ultrasound	VEMI	MSZ	Besparing
171002403	Cost effectiveness of an E-health module on Return to Work embedded in collaborative occupational health care for depressive disorders	EEK	GGZ	Besparing
171201010	Coach2move: a problem-oriented patient-centered physiotherapy intervention focusing on self management and physical activity by alleviating mobility problems in community dwelling elderly.	VEMI	Fysiotherapie	Kosteneffectiviteit

Voor elke geselecteerde case study hebben we gesproken met de projectleider. In deze gesprekken hebben we gevraagd naar de verschillende maatschappelijke opbrengsten, zoals richtlijnen, standpunten van ZIN, gebruik door wetenschappelijk verenigingen of in samenwerkingsoverleggen. Daarnaast zijn we dieper ingegaan op de implementatie. We hebben onder andere besproken hoe vaak de interventie nu gebruikt wordt in de praktijk en ook waarom de interventie niet vaker of minder vaak wordt gebruikt.

3 Gezondheidswinst en monetaire opbrengsten

In dit hoofdstuk van de bijlage geven we uitgebreidere informatie over de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten van de 24 geselecteerde projecten. We gaan eerst in op de behaalde geschatte opbrengsten van de projecten. Vervolgens bespreken we het onbenut potentieel van het programma DO en tenslotte geven we een korte beschrijving per case study.

3.1 Behaalde geschatte opbrengsten

In totaal leiden de 24 high potential projecten gezamenlijk tot behaalde geschatte bruto opbrengsten van €1.243 miljoen. In deze bijlage gaan we in op hoe en hoeveel elk van deze high potential projecten bij heeft gedragen aan dit totaal. De volgende onderdelen komen aan bod:

- De 24 high potential projecten in de drie categorieën – kostenbesparende interventies, kosteneffectieve interventies en niet-effectieve interventies – naar type project, sector en ziektegebied.
- Per project de effecten in termen van gezondheid en kosten per patiënt en de schatting van het aantal patiënten dat jaarlijks in aanmerking komt voor de interventie.
- De schatting van de maximaal behaalde implementatiegraad en de bruto besparing per project.

24 high potential projecten naar type project, sector en ziektegebied

In de onderzoeksaanpak beschrijven we dat we de high potential projecten om drie verschillende redenen geselecteerd hebben. De helft (12) van de 24 geselecteerde projecten betreffen kostenbesparende interventies. De selectie bevat zes kosteneffectieve en zes niet-effectieve interventies. De projecten zijn uitgevoerd in verschillende sectoren, zoals huisartsenzorg, fysiotherapie en MSZ (zie Tabel 8). Het valt op dat wij vooral EEK en VEMI projecten hebben geselecteerd. De selectie bevat geen IMP projecten. Eén van de 27 oorspronkelijk geselecteerde high potential projecten betrof een IMP project, maar het is niet gelukt om met de projectleider van dit project een interview te plannen.

Tabel 8. 24 high potential projecten waarvoor gezondheidswinst en monetaire besparingen zijn berekend

Projectnummer	Titel	Type	Sector	Ziektegebied
<u>Kostenbesparende interventies (N=12)</u> ¹⁵				
94504308	Optimization of diagnostic imaging use in patients with acute abdominal pain: cost-effectiveness analysis of imaging strategies (OPTIMA study)	EEK	MSZ	Interne Geneeskunde
94504357	Efficiency of physiotherapeutic care in Parkinson's disease	EEK	Fysiotherapie	Geriatric
94506214	Cost-effectiveness of care for patients with type 2 diabetes, an evaluation of an innovative shared diabetes care model	EEK	Huisartsenzorg	Interne Geneeskunde
94506257	FOAM-study. Cost minimization study comparing surgery versus duplex guided foam sclerotherapy of varicose veins: a randomized controlled study	EEK	MSZ	Plastische Chirurgie
94506553	Pregnancy-induced hypertension and pre-eclampsia after 36 weeks: induction of labour versus expectant monitoring. A comparison of maternal and neonatal outcome, maternal quality of life and costs?	EEK	MSZ	Obstetrie/ Gynaecologie
94507728	Nurse-endoscopy of the colon; a randomized trial on accuracy, patient experiences and costs	EEK	MSZ	Maag, Darm en Lever
94507901	Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections	EEK	MSZ	Longziekten
170991010	The detection of focal liver lesions with contrast enhanced ultrasound	VEMI	MSZ	Maag, Darm en Lever
170992302	Costs and effects of fibronectin as a triage in women with threatened preterm labour.	EEK	MSZ	Obstetrie/ Gynaecologie
170992402	Cost-effectiveness of exercise therapy added to general practitioner care for osteoarthritis of the hip	EEK	Fysiotherapie	Orthopedie

¹⁵ Er zijn twee kostenbesparende projecten afgefallen, één omdat we de projectleider niet hebben kunnen bereiken en de andere omdat de kosteneffecten uiteindelijk niet significant bleken. De projectleider van het project met een goedkopere interventie 'Introduction of a breast cancer care programme in ultra short stay (ambulatory/24 hour stay setting) in 4 early adopter centres: implementation and evaluation' (94514411) hebben we niet kunnen bereiken voor een interview. De besparende effecten die het project 'Towards a more cost-effective diabetes control in primary care: six-monthly monitoring compared with three-monthly monitoring in type 2 diabetes mellitus.' (170992904) aantoonde bleken op basis van het onderliggende proefschrift niet significant. Op basis van tabellen en grafieken in het proefschrift schat SiRM in dat de kans dat de interventie kosten bespaart ongeveer 70% is, in plaats van 95%..

Projectnummer	Titel	Type	Sector	Ziektegebied
171002403	Cost effectiveness of an E-health module on Return to Work embedded in collaborative occupational health care for depressive disorders	EEK	GGZ	Psychiatrie
171102015	The cost-effectiveness of a transmural peri-operative care program for gynaecology	EEK	MSZ	Revalidatie

Kosteneffectieve interventies (N=6)¹⁶

94506216	Is top-level care for ovarian cancer patients more cost-effective than regular care?	EEK	MSZ	Radiotherapie
94506351	Percutaneous vertebroplasty in the treatment of osteoporotic vertebral fractures	EEK	MSZ	Orthopedie
94527009	Diagnostic value of an innovative non-invasive diagnostic to determine the grade of atherosclerosis before sternotomy in patients scheduled for cardiac surgery.	VEMI	MSZ	Cardiologie
171201010	Coach2move: a problem-oriented patient-centered physiotherapy intervention focusing on self management and physical activity by alleviating mobility problems in community dwelling elderly.	VEMI	Fysiotherapie	Geriatric
171202015	More cost-effective management of chest pain patients presenting in the emergency room: application of a validated rule	EEK	MSZ	Cardiologie
837004005	Long term follow-up, cost effectiveness and budget impact analysis in patients randomised in a multicenter randomized clinical trial of endovascular treatment for acute ischemic stroke in The Netherlands – The Mr Clean study	Gericht	MSZ	Neurologie

Niet-effectieve interventies (N=6)

94502024	Evaluation of Vascular care in Alzheimer's disease (EVA)	EEK	MSZ	Geriatric
94504103	Costs and effects of strategies to prevent oversedation in Intensive Care patients	EEK	MSZ	Anesthesiologie
170882103	Is it cost-effective to treat all patients undergoing CABG surgery with fibrin sealant?	EEK	MSZ	Heelkunde
171001011	Toric intraocular lenses: a cost-effective treatment for astigmatism in cataract surgery?	VEMI	MSZ	Oogheelkunde

¹⁶ Er is één kosteneffectief project afgefallen. We hebben de projectleider van het project met een kosteneffectieve interventie genaamd 'LEG TEST. Multi centre testing of the Lively Legs program for promoting compliance with compression therapy and prescribed exercise in leg ulcer patients' (94504058) niet kunnen bereiken.

Projectnummer	Titel	Type	Sector	Ziektegebied
171102012	Hypertension and Preeclampsia Intervention Trial in the Almost Term Patient (HYPITAT-2 study)	EEK	MSZ	Obstetrie/ Gynaecologie
837001401	Cognitive Behavioural Therapy focussing on Social Activation in Patients with Recent Onset Schizophrenia.	VEMI	GGZ	Psychiatrie

Effecten op gezondheid en kosten per patiënt en aantal patiënten dat in aanmerking komt voor interventie

Op basis van de eindverslagen hebben we de effecten op gezondheid en kosten per patiënt voor elk high potential project geschat. Vervolgens zijn we in het eindverslag, bij de projectleider en via desk research nagegaan wat het aantal patiënten is dat jaarlijks voor de interventie in aanmerking komt (Tabel 9). Deze getallen vormden de basis voor de bruto opbrengsten berekening.

Tabel 9. Schatting van de effecten per patiënt en het totale aantal voor de behandeling in aanmerking komende patiënten per jaar voor de 24 high potential projecten

Projectnummer	Gebruikt kosteneffect per patiënt (alle gemeten kostensoorten)	Kosteneffect per patiënt (enkel kosten binnen gezondheidszorg) ¹⁷	Gebruikt QALY-effect per patiënt	Potentieel aantal patiënten (x1.000) per jaar	Toelichting aantal patiënten
<u>Kostenbesparende interventies (N=12)</u>					
94504308	-€ 94	-€ 94	0,000	153	Schatting projectleider dat elke SEH per jaar 3.000-10.000 van deze patiënten ziet. Er zijn 51 SEH's in Nederland: 3.000 x 51=153.000
94504357	-€ 727	-€ 718	0,000	50	Schatting projectleider tijdens interview
94506214	-€ 815	-€ 636	0,000	499	Op basis van www.volksgezondheidszorg.info 1.084.100 patiënten met diabetes, waarvan 91% met type 1. Effect behaald bij patiënten met langer dan vijf jaar diabetes. In studie betrof dit 128 van de 253 patiënten: 1.084.100 x 91% x (128/253) ≈ 499.000

¹⁷ In de analyse zijn de kosteneffecten voor de gezondheidszorg en de maatschappij (indien beschikbaar) meegenomen. Deze kolom geeft aan welk deel van het effect binnen de gezondheidszorg plaatsvindt. Projecten met gelijke kosteneffecten in beide kolommen rapporteren geen maatschappelijke kosteneffecten.

Projectnummer	Gebruikt kosteneffect per patiënt (alle gemeten kostensoorten)	Kosteneffect per patiënt (enkel kosten binnen gezondheidszorg) ¹⁷	Gebruikt QALY-effect per patiënt	Potentieel aantal patiënten (x1.000) per jaar	Toelichting aantal patiënten
94506257	-€ 1.081	-€ 1.081	0,000	16	Volgens CBS ¹⁸ waren er in 2012 20.032 ziekenhuisopnamen voor varices, volgens projectleider betreft 70% stamvarices: 20.032 x 70% ≈ 16.000
94506553	-€ 831	-€ 861 ¹⁹	0,000	10	Volgens CBS ²⁰ waren er 172.520 levendgeborenen in 2016. Op basis van eindverslag komt 6-8% van de zwangerschappen in aanmerking voor inleiding vanwege zwangerschapshypertentie: 172.520 x 6% ≈ 10.000. We negeren hier babysterfte en meerlingen.
94507728	-€ 24	-€ 24	0,000	99	Jaarlijks worden volgens projectleider 2,2 miljoen mensen uitgenodigd voor bevolkingsprogramma darmkanker. 75% neemt deel en 6% daarvan heeft een positieve uitslag en moet een colonoscopie ondergaan: 2.200.000 x 75% x 6% = 99.000
94507901	-€ 542	-€ 649 ¹⁹	0,000	7	Schatting ZonMw bij berekening potentiële kostenbesparing o.b.v. 12.450 adenotomieën waarvan 40% ook bij afwachtend beleid alsnog geopereerd wordt: 12,450 x 60% ≈ 7.000
170991010	-€ 452	-€ 452	0,000	5	Grove schatting op basis uitspraak projectleider dat het duizenden per jaar betrof. Projectleider durfde geen hardere uitspraak te doen.
170992302	-€ 800	-€ 800	0,000	5	Schatting projectleider

¹⁸ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71860ned/table?dl=A4F4>.

¹⁹ De besparingen op de zorgkosten zijn hoger dan het netto kosteneffect omdat het implementeren van de interventie een investering met maatschappelijke kosten vergt.

²⁰ <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37259ned&D1=1&D2=0&D3=0&D4=50-56&HDR=G3,G1&STB=G2,T&VW=T>.

Projectnummer	Gebruikt kosteneffect per patiënt (alle gemeten kostensoorten)	Kosteneffect per patiënt (enkel kosten binnen gezondheidszorg) ¹⁷	Gebruikt QALY-effect per patiënt	Potentieel aantal patiënten (x1.000) per jaar	Toelichting aantal patiënten
170992402	-€ 607	-€ 98	0,000	297	Prevalentie heupartrose volgens www.volksgezondheidenzorg.info ²¹ 396.000 waarvan volgens projectleider 25% een heupprothese heeft en niet in aanmerking komt: 396.000 x 75% = 297.000
171002403	-€ 4.210	€ 234 ²²	0,000	80	Uit publicatie 'Rendeert zorgonderzoek in de ggz' met daarin een beschrijving van dit project: "Volgens het CBS telde de Nederlandse beroepsbevolking 6.694.000 personen in 2013, waarvan 47,7% verzuimden (3.193.000), waarvan 7% langer dan zeven werkdagen achtereen verzuimden (223.500), waarvan 35,8% verzuimden vanwege psychische redenen (80.000 personen).
171102015	-€ 1.440	-€ 286	0,000	20	Uit eindverslag
<u>Kosteneffectieve interventies (N=6)</u>					
94506216	€ 899	€ 899	0,130*	0.7	Uit eindverslag met correctie voor aandeel patiënten dat al in gespecialiseerd ziekenhuis behandeld werd (40%). 1.100 x (100% - 40%) ≈ 700
94506351	€ 2.450	€ 2.450	0,108**	16	Uit eindverslag
94527009	€ 0	€ 0	0,040**	12	Volgens projectleider komt 70% van de 17.000 hartoperaties per jaar in aanmerking: 17.000 x 70% ≈ 12.000
171201010	-€ 849 ²³	-€ 849	0,020**	450	Volgens projectleider

²¹ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/artrose/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-en-aantal-nieuwe-gevallen-van-artrose>.

²² Het implementeren van deze interventie vraagt een investering in zorgkosten om besparingen te realiseren op maatschappelijke kosten.

²³ Het Coach2move project is geselecteerd op basis van de kosteneffectiviteit, maar toonde ook een significante kostenbesparing. Deze is daarom ook meegenomen.

Projectnummer	Gebruikt kosteneffect per patiënt (alle gemeten kostensoorten)	Kosteneffect per patiënt (enkel kosten binnen gezondheidszorg) ¹⁷	Gebruikt QALY-effect per patiënt	Potentieel aantal patiënten (x1.000) per jaar	Toelichting aantal patiënten
171202015	€ 0	€ 0	0,007*	200	Uit eindverslag
837004005	€ 0	€ 0	0,198**	2	Volgens projectleider komen nu jaarlijks 2.000 patiënten per jaar in aanmerking
Inschatting ziektelast: *Laag, WTP = €20.000/QALY, **Gemiddeld, WTP = €50.000/QALY					
<u>Niet-effectieve interventies (N=6)</u>					
94502024	-€ 758	N.v.t. voor niet-effectieve interventies zijn enkel de kosten meegenomen van de behandeling zelf. Deze vallen dus in geheel al binnen de gezondheidszorg.	0,000	80	Uit call met projectleider
94504103	-€ 80		0,000	69	Volgens NICE zijn er in Nederland jaarlijks 80.000 IC-opnamen. Daarvan wordt volgens projectleider 80% gesedeerd: 80.000 x 80% = 69.000
170882103	-€ 822		0,000	9.000	Volgens de projectleider vinden in Nederland 9.000 tot 10.000 CABG-operaties plaats
171001011	-€ 1.007		0,000	15	Volgens projectleider vinden er in Nederland jaarlijks 150.000 staaroperaties plaats. Daarvan heeft 70% een cilinderafwijking en krijgt nu alsnog 0,84% een torische lens om medische redenen: 150.000 x 70% x 99,16% ≈ 15.000
171102012	-€ 272		0,000	10	Zelfde patiëntenpopulatie als HYPITAT-I studie (94506553).
837001401	-€ 1.580		0,000	36	Uit eindverslag

Maximale implementatiegraad en bruto opbrengsten per project

De bruto opbrengsten per project hangen af van de implementatiegraad van de onderzochte interventie. Per project hebben we op basis van gesprekken met de projectleiders een inschatting gemaakt van de implementatiegraad van de interventie. Op basis van deze implementatiegraad hebben we de behaalde geschatte bruto opbrengsten berekend (Tabel 10).

Tabel 10. Maximaal behaalde implementatie en bruto besparingen per high potential project

Projectnummer	Max. implementatie	Bijdrage aan bruto opbrengsten (x €1.000.000)	Toelichting
<u>Kostenbesparende interventies (N=12)</u>			
94504308	80%	€ 51	Volgens projectleider. Implementatie is pas op gang gekomen sinds in 2013 publicatie van de richtlijn 'diagnostiek van acute buikpijn' verscheen (NVvH/NVR/NIV).
94504357	50%	€ 128	Volgens projectleider is momenteel 5% van de Nederlandse fysiotherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet en behandelen zij samen 50% van de patiënten met Parkinson.
94506214	1%	€ 48	Volgens het eigen 'Maatschappelijk Jaarverslag 2016' behandelde Keten zorg West-Friesland, de enige zorggroep waar diabetespatiënten volgens dit model behandeld worden, 8.572 patiënten. Dit is 0,9% van alle diabetespatiënten in Nederland.
94506257	0%	€ 0	Stamvarices werden direct na afronding van deze studie al behandeld met laser en niet met het onderzochte FOAM. De onderzochte behandeling is nooit opgenomen in de richtlijn als standard of care.
94506553	9%	€ 9	Op basis van publicatie HYPITAT-I studie ²⁴ steeg de inleiding van deze groep zwangere vrouwen van 58,3% van vóór de studie naar 67,1% ná de studie.
94507728	19%	€ 3	Volgens de laatste gegevens bekend bij de projectleider worden colonoscopieën in 15 ziekenhuizen door getrainde verpleegkundigen uitgevoerd. Volgens www.volksgezondheidenzorg.info ²⁵ zijn er 79 ziekenhuizen in Nederland 15/79 = 19%.
94507901	49%	€ 16	Op basis van Oratie Prof.dr. P.P.G. van Benthem in 2014 een 39% reductie. Sindsdien o.b.v. NZa werden er in 2017 (80% vulling OpenDis database) 12.501 adenotomieën uitgevoerd t.o.v. 18.848 in 2014. $39\% + (18.848 / (12.501/80\%))/18.848 = 49\%$.
170991010	5%	€ 1	Globale inschatting van projectleider.
170992302	51%	€ 14	Volgens de projectleider blijkt uit een vragenlijst die is verstuurd naar alle klinieken in Nederland dat 29 klinieken (34%) de fibronectinetest gebruiken. Nog 15 klinieken (17%) zijn bezig met implementatie. $34\%+17\%=51\%$
170992402	12%	€ 160	Volgens projectleider tonen verschillende studies verschillende implementatiegraden. O.b.v. huisartsenregistraties ontvangt 20% van de patiënten met heupartrose fysiotherapie, terwijl Bartens (2015) zegt dat het 4% betreft. Vanaf 2018 valt de fysiotherapie behandeling in het basispakket. De projectleider verwacht dat dit tot een verdubbeling van het aantal patiënten zal leiden. We nemen aan dat de helft van de verdubbeling in

²⁴ Van der Tuuk, K., et al. "Impact of the HYPITAT trial on doctors' behaviour and prevalence of eclampsia in the Netherlands." BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 118.13 (2011): 1658-1660.

²⁵ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/aanbod#node-aantal-instellingen-voor-medisch-specialistische-zorg>

Projectnummer	Max. implementatie	Bijdrage aan bruto opbrengsten (x €1.000.000)	Toelichting
			gerealiseerd kan worden binnen drie jaar (horizon model). $(20\%+4\%)/2 * 2 = 12\%$
171002403	0%	€ 0	De ontwikkeling van Return@work is gestaakt direct na afloop van het onderzoek. Wordt niet in de praktijk meegenomen.
171102015	80%	€ 69	Volgens de projectleider wordt het werkhervattingsprogramma momenteel doorontwikkeld met voorbereiding naar andere type operaties dan gynaecologische ingrepen. Daardoor is het nog niet aangeboden aan ziekenhuizen, maar er is wel al veel interesse. Verwachting is dat bij beschikbaar stellen van het programma 80-90% van de ziekenhuizen participeert.
<u>Kosteneffectieve interventies (N=6)</u>			
94506216	71%	€ 10	Op basis van publicatie over registratiedata van behandeling van ovariumkanker in Nederland ²⁶ . 71,1% van de patiënten gediagnosticeerd in een niet specialistisch ziekenhuis werd verwezen voor debulking in een gespecialiseerd ziekenhuis.
94506351	0%	€ 0	In 2010 heeft het zorginstituut een negatief advies gegeven (standpunt) en wordt het inspuiten van cement bij Osteoporose niet vergoed. De behandeling is dan ook niet beschikbaar voor patiënten.
94527009	3%	€ 9	Volgens de projectleider gebruikt slechts één ziekenhuis in Nederland de A-View® methode. Dit ziekenhuis behandelt 300 van de 11.900 patiënten in Nederland. $300/1.100 = 2,52\%$
171201010	0%	€ 17	Verwachting op basis van het eindverslag was dat na drie jaar 20% van de geriatriefysiotherapeuten getraind zouden zijn in Coach2move. Daarnaast verwachtte men op basis van een procesanalyse dat zij in 77% van de patiënten zich aan de voorschriften van Coach2move zouden houden. Momenteel vergoed alleen DSW de behandeling met Coach2move. Het marktaandeel van DSW is 3% ²⁷ . $20\% \times 77\% \times 3\% = 0,46\%$.
171202015	29%	€ 65	Door stepped wedge design gebruikten aan eind van het onderzoek al 10 ziekenhuizen de HEART-score. Sindsdien zijn daar 25 ziekenhuizen bij gekomen. $35/79 = 29\%$
837004005	80%	€ 161	Verwachting van projectleider is dat komend jaar 1,400 patiënten met IAT behandeld worden ($1,400/2.000 = 70\%$). Het afgelopen jaar waren dat er nog 1.200. De verwachting is dat het aantal behandelde patiënten daarna nog iets doorgroeit. Aanname dat dat naar 80% is.

²⁶ Timmermans, Maite, et al. "Centralization of ovarian cancer in the Netherlands: Hospital of diagnosis no longer determines patients' probability of undergoing surgery." *Gynecologic oncology* 148.1 (2018): 56-61.

²⁷ Vektis. Zorgthermometer. Verzekerden in beeld 2017.

Niet-effectieve interventies (N=6)

94502024	25%	€ 213	Voor de niet-effectieve interventies hebben we eigen aannames gedaan voor de implementatiegraad die behaald zou zijn als het onderzoek niet was uitgevoerd en de interventie wel in de praktijk was geïmplementeerd. Voor deze aannames keken we naar het aantal patiënten en het aantal behandelaren. In de gevallen dat beide hoog waren, namen we aan dat een implementatie van 25% maximaal was geweest. Als slechts een van de twee hoog was, gingen we uit van 50%. In geval van een klein aantal patiënten en een klein aantal behandelaren kozen we voor 75%. Deze laatste combinatie kwam niet voor.
94504103	50%	€ 38	
170882103	25%	€ 7	
171001011	50%	€ 97	
171102012	25%	€ 8	
837001401	25%	€ 146	

3.2 Onbenut potentieel

We hebben eveneens berekend wat de bruto opbrengsten bij ambitieus realistische implementatiegraden. We hebben voor ieder project afzonderlijk een inschatting gemaakt van een ambitieus realistische implementatiegraad (zie Tabel 11).

Tabel 11. Schatting van het onbenutte potentieel per project

Projectnummer	Aanname ambitieus realistische implementatiegraad	Toelichting
<u>Kostenbesparende interventies (N=12)</u>		
94504308	80%	De huidige implementatie is dusdanig hoog, dat een hogere implementatie onwaarschijnlijk is.
94504357	60%	De implementatie van ParkinsonNet is al hoog. Een hogere implementatie was wellicht mogelijk geweest, maar we nemen een beperkt potentie voor verbetering aan, omdat gegeven het grote aantal patiënten en behandelaren de maximaal haalbare implementatie waarschijnlijk beduidend lager dan 100% is.
94506214	10%	De interventie schrijft een strikt 'Stalinistisch' behandeling van Diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk voor. We schatten daarom dat het niet reëel is dat veel patiënten en huisartsen zouden kiezen voor dit zorgprogramma.
94506257	0%	Doordat er een beter alternatief voor handen is voor de behandeling van stamvarices, is het terecht dat de FOAM-behandeling niet verder is geïmplementeerd.
94506553	20%	Doordat al meer dan 50% van deze vrouwen de interventie voor de studie al kregen, is de ruime voor verbetering beperkt. We gaan uit dat een twee keer zo hoge implementatie mogelijk was geweest.
94507728	50%	Colonoscopieën laten uitvoeren door verpleegkundigen is een taakverschuiving binnen het ziekenhuis. Doordat de studie ook toonde dat zij vaker hulp van een specialist nodig hadden, is

Projectnummer	Aanname ambitieus realistische implementatiegraad	Toelichting
		het waarschijnlijk dat een substantieel deel van de ziekenhuizen niet zou kiezen voor deze taakverschuiving. We schatten daarom in dat 50% haalbaar was geweest.
94507901	90%	Doordat het aantal in aanmerking komende patiënten al rekening houdt met de patiënten die alsnog een adenotomie nodig hebben, was een veel sterker reductie mogelijk geweest.
170991010	50%	Alhoewel de projectleider de huidige implementatie moeilijk in te schatten vond, gaf hij aan dat het merendeel van de CT- en MRI-scans vervangen had kunnen worden door CEUS.
170992302	75%	Momenteel wordt interventie door 34% van de instellingen al gebruikt en gaat 15% dat nog doen. We nemen aan dat beide 50% hoger had kunnen zijn.
170992402	25%	We schatten in dat de huidige implementatie 12% is. De projectleider verwacht dat de implementatie verdubbelt nu de fysiotherapie bij heupartrose vergoed wordt sinds 2018. Bij eerdere aanpassing van de bekostiging was 25% dus haalbaar geweest.
171002403	10%	We verwachten dat het gebruik van een E-health interventie als Return@work altijd relatief laag zal zijn, omdat deze over werkhervatting gaat en een nieuw type zorg betreft. We schatten daarom dat 10% haalbaar was geweest als de interventie was doorontwikkeld.
171102015	80%	De in het model gebruikte 80% is een schatting voor de toekomst op basis van de verwachting van de projectleider. Bij deze verwachting is nog geen rekening gehouden met eventuele barrières bij de implementatie. We schatten daarom dat 80% ook een maximum is.

Kosteneffectieve interventies (N=6)

94506216	100%	Op basis van strengere (handhaving) van volumennormen hadden niet gespecialiseerde ziekenhuizen geen ovariumkanker patiënten meer moeten behandelen.
94506351	50%	Indien ZIN geen negatief standpunt over het gebruik van cement bij de behandeling van osteoporose had uitgebracht, schatten we dat door het relatief kleine aantal behandelaren een aanzienlijk implementatie mogelijk was geweest. We denken daarom dat de implementatie 50% had kunnen zijn.
94527009	75%	De A-view® methode voorkomt sterfte en wordt toegepast bij hartoperaties. De impact is dus mogelijk groot en het aantal behandelaren klein. We denken daarom dat het mogelijk was geweest om deze diagnostiek sterk verkankerd te krijgen in de richtlijnen.
171201010	15%	Coach2move wordt nu alleen vergoed door DSW. Het marktaandeel van DSW is 3%. We verwachten daarom dat een 33 keer zo hoge implementatie mogelijk was geweest. Doordat de onderzoekers zelf aangeven dat ze niet verwachten dat meer dan 20% van de fysiotherapeuten op korte termijn getraind zal zijn in de methoden en de gemiddelde adherentie 77% was, schatten we het maximum op 15%

Projectnummer	Aanname ambitieus realistische implementatiegraad	Toelichting
171202015	50%	Door de impact van de HEART-score op de professionele autonomie van de arts verwachten we dat de maximaal haalbare implementatie niet hoog zal zijn. Toch is er verbetering mogelijk in het aantal ziekenhuizen dat de score gebruikt en het volgen van de beslisregels o.b.v. de HEART-score. We schatten dat 50% implementatie haalbaar was geweest.
837004005	100%	Momenteel worden in Nederland nog aanpassingen gedaan in regionale spoedketens om te zorgen dat alle patiënten op tijd bij een ziekenhuis zijn om IAT te ontvangen. We gaan ervan uit dat met deze afspraken alle patiënten behandeld zouden worden.
<u>Niet-effectieve interventies (N=6)</u>		
94502024	25%	Aangezien de implementatie van de niet-effectieve projecten een schatting was gebaseerd op het aantal patiënten en behandelaren, hebben we ervoor gekozen geen alternatief maximum te definiëren.
94504103	50%	
170882103	25%	
171001011	50%	
171102012	25%	
837001401	25%	

3.3 Geleerde lessen om implementatie te vergroten

Uit de 13 case studies komt een aantal implementatie bevorderende en beperkende factoren naar voren. Deze staan beschreven in het hoofdrapport. Deze paragraaf bevat een nadere beschrijving van de 13 case studies. Elke beschrijving bestaat uit een deel algemene gegevens, het gebruik van de onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid, de implementatie van de onderzoeksresultaten in de praktijk en de lessen voor implementatie.

A randomised cost-effectiveness study on the surgical versus conservative treatment of sciatica

Projectnummer	EEK – 94502035
Naam geïnterviewde	Prof. dr. W.C. Peul
Affiliatie	Leids Universitair Medisch Centrum
Toegekende subsidiebedrag	€998.318
Specialisme	Neurochirurgie
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	RCT

Achtergrond: Begin deze eeuw was er veel praktijkvariatie bij de behandeling van hernia met uitstraling naar de benen. Zo was het beleid in Nederland om snel te opereren, terwijl in het Verenigd Koninkrijk zes maanden afgewacht werd. Uit het onderzoek bleek dat langer (12 weken) wachten dan gebruikelijk was in Nederland niet tot slechtere gezondheidsuitkomsten leidde. Door de reductie in het aantal operaties, concludeerden de onderzoekers dat een afwachtend beleid de voorkeur heeft. Wel was er een gezondheidseconomisch voordeel van vroege operatie door snellere werkherleving (maatschappelijke kosten) en gezondheidseffecten op de EQ-5D die niet zichtbaar waren op de primaire uitkomstmaat (Roland Disability Questionnaire)

Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid: In de richtlijn Lumbosacraal radiculair syndroom is opgenomen dat 18 weken afwachten de voorkeur verdient boven direct opereren. Samen met de NPCF en ZonMw is een keuzehulp ontwikkeld om de vertaalslag van medische terminologie naar het publiek te maken. Mede dankzij deze keuzehulp is eenvoudiger aan patiënten uit te leggen dat niet opereren de beste optie kan zijn, ook al zien zij een operatie vaak als een oplossing voor hun probleem.

Gebruik in de praktijk: Ondanks dat de onderzoeksresultaten opgenomen zijn in de richtlijn, resteert er binnen Nederland nog veel praktijkvariatie. Dit heeft te maken met verschillen in opvattingen tussen artsen, maar ook met de houding van patiënten. Artsen werkzaam in ZBC's hebben vaker de neiging om wel te opereren. Patiënten kiezen ook vaak voor behandeling in Duitsland of België waar vroeg opereren nog wel de standaard is.

Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk: De opname in de richtlijn was onder andere mogelijk doordat er meer (internationaal) onderzoek was dat een afwachtend beleid ondersteunde. Daarnaast heeft de ontwikkeling van de keuzehulp bijgedragen aan de acceptatie van patiënten. Dit bleek effectiever dan een eerdere poging de implementatie te verhogen door middel van audits.

Efficiency of physiotherapeutic care in Parkinson's disease

Projectnummer	EEK – 94504357
Naam geïnterviewde	dr. M. Munneke
Affiliatie	Radboudumc
Toegekende subsidiebedrag	€ 476.911
Specialisme	Cardiologie
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	Cluster Randomized Trial

- **Achtergrond:** ParkinsonNet levert netwerkzorg aan patiënten met de ziekte van Parkinson. In Nederland hebben 50.000 patiënten die aan deze ziekte lijden baat bij fysiotherapie. Van de 20.000 fysiotherapeuten werkzaam in Nederland zijn er 1.000 bij ParkinsonNet aangesloten. De doelstellingen van ParkinsonNet zijn: (1) Het leveren van steun op zowel individueel-, zorgverleners-, als regio-niveau; (2) Verbetering van de samenwerking van betrokken partijen binnen de regio; (3) Monitoren van kwaliteit van zorg (4) In kaart brengen van kwaliteit van zorg en bij eventuele ondermaatse prestatie, verwijdering van participatie in het netwerk; en (5) Het coördineren van verbetering van het niveau van zorg.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De resultaten van ParkinsonNet zijn zowel opgenomen in richtlijnen als gebruikt door ZIN. De multidisciplinaire richtlijn Parkinson heeft ParkinsonNet een jaar na afronding van het project, als aanbeveling opgenomen (ter vergroting van de kwaliteit van zorg). Ook andere beroepsspecifieke richtlijnen benoemen ParkinsonNet als aanbeveling. ZIN noemt ParkinsonNet in het pakketadvies 2012, vier jaar na afronding van het project. Daarnaast past ParkinsonNet binnen het programma Zinnige Zorg van ZIN.
- **Gebruik in de praktijk:** Door heel Nederland wordt circa 50% van alle patiënten met de ziekte van Parkinson momenteel behandeld door een bij ParkinsonNet aangesloten fysiotherapeut. De implementatie is stapsgewijs verlopen sinds afronding van het project in 2018. Dus ongeveer 5%-punt hogere implementatie per jaar
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** ParkinsonNet heeft baat gehad bij de implementatie ondersteunende activiteiten van ZonMw. Het aanwijzen als parel-project vereenvoudigde financiering door andere partijen en de VIMP's droegen bij aan implementatie. Zorgverzekeraars hebben ook een positieve rol gespeeld bij de implementatie. Door financiering uit onder andere innovatiebudgetten is bredere implementatie mogelijk geweest. Nog altijd stimuleren meerdere verzekeraars het gebruik van bij ParkinsonNet aangesloten fysiotherapeuten. ParkinsonNet ontwikkelt de inhoud van zorg voortdurend door. Hierdoor blijft de animo onder fysiotherapeuten hoog. De grootste barrière voor structurele implementatie is de manier waarop de zorg bekostigd wordt. Doordat ParkinsonNet zelf geen zorg levert, kan ze niet betaald worden per geleverde behandeling. Financiering bestaat daardoor tot nog toe uit losse projectbudgetten. ZIN en de verzekeraars erkennen dat de huidige bekostiging onvoldoende handvatten biedt om coördinatie van zorg te bekostigen.

Is top-level care for ovarian cancer patients more cost-effective than regular care?

Projectnummer	EEK - 94506216
Naam geïnterviewde	dr. F. Vernooij
Affiliatie	Universitair Medisch Centrum Utrecht
Toegekende subsidiebedrag	€314.337,-
Specialisme	Obstetrie en Gynaecologie
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	Retrospectieve cohortstudie

- **Achtergrond:** De behandeling door gynaecologisch oncologen van patiënten met een ovariumcarcinoom verbetert als deze plaatsvindt in (semi-) gespecialiseerde ziekenhuizen. Dit effect van specialisatie is onderzocht bij alle patiënten gediagnosticeerd van 1996-2003 met een ovariumcarcinoom in Nederland. Uit de resultaten bleek dat de overleving van ovariumcarcinoom-patiënten slechter is in algemene ziekenhuizen dan in (semi-) gespecialiseerde ziekenhuizen. De effectiviteit van de behandeling neemt toe met het specialisatie-niveau van het behandelend ziekenhuis.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** In de eerste update van de richtlijn na afronding van het project werd geadviseerd om patiënten in gespecialiseerde ziekenhuizen te opereren, maar behandeling in algemene ziekenhuizen kon nog plaatsvinden, omdat er geen concrete getallen in de richtlijn stonden. In 2012 werden volume- en andere normen opgesteld door de werkgroep oncologische gynaecologie. Deze zijn in de loop der jaren steeds scherper gesteld.
- **Gebruik in de praktijk:** De onderzoeksresultaten zijn inmiddels breed geïmplementeerd. De operatie wordt alleen nog uitgevoerd in UMC's en grote (vooral STZ) ziekenhuizen. Doordat er ook volumennormen opgesteld zijn, is het voor basisziekenhuizen niet langer haalbaar deze operatie uit te voeren. Er vindt steeds verdere centralisatie plaats, door nieuwe complexere behandelingen.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** Een belangrijke reden voor de succesvolle concentratie van zorg is dat er tussen regionale kankercentra afspraken gemaakt zijn over de organisatie van zorg in de regio. Hierdoor werd het mogelijk om de strenge normen te stellen en na te komen. Daarnaast was het van belang dat de uitkomsten erg duidelijk waren op een harde uitkomstmaat als sterfte. Ten slotte maakte het relatief kleine aantal patiënten concentratie in enkele centra mogelijk.

FOAM-study. Cost minimization study comparing surgery versus duplex guided foam sclerotherapy of varicose veins: a randomized controlled study

Projectnummer	EEK – 94506257
Naam geïnterviewde	dr. N. Shadid
Affiliatie	Haaglanden Medisch Centrum (voorheen: MUMC+)
Toegekende subsidiebedrag	€398.100,-
Specialisme	Dermatologie
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	RCT

- **Achtergrond:** Spataderen zijn een veel voorkomend probleem en kunnen klachten veroorzaken. Ten tijde van het onderzoek konden stamvarices behandeld worden door middel van chirurgie of schuimsclerotherapie onder echogeleide (ESCT). De FOAM-studie onderzocht welke methode kosten-effectiever is. ESCT bleek goedkoper dan chirurgie bij gelijke behandelresultaten. Echter, in dezelfde periode kwam ook lasertherapie (EVLA) beschikbaar dat wel tot betere gezondheidsuitkomsten leidt.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De onderzoeksresultaten zijn opgenomen in de richtlijn, maar niet als gouden standaard. ESCT behoort nog wel tot de behandel mogelijkheden.
- **Gebruik in de praktijk:** Door de komst van EVLA is de rol van ESCT in de behandeling van stamvarices beperkt. De behandeling wordt slechts gebruikt bij contra-indicaties voor lasertherapie.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** Bij de behandeling van de onderzoeksaanvraag in de commissie EEK was reeds bekend dat er een veelbelovend alternatief beschikbaar kwam. Een horizonscan had vooraf duidelijk kunnen maken dat het onderzoeken van ESCT ten opzichte van chirurgie niet zo nuttig zou zijn.

Pregnancy-induced hypertension and pre-eclampsia after 36 weeks: induction of labour versus expectant monitoring. A comparison of maternal and neonatal outcome, maternal quality of life and costs?

Projectnummer	EEK – 94506553
Naam geïnterviewde	dr. M.G. van Pampus
Affiliatie	OLVG (Voorheen: Universitair Medisch Centrum Groningen)
Toegekende subsidiebedrag	€292.896,-
Specialisme	Obstetrie en Gynaecologie
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	RCT

- **Achtergrond:** Zwangerschapshypertensie (PIH) en pre-eclampsie (PE) zijn veelvoorkomende zwangerschapscomplicaties. De maternale uitkomst na inleiding van de baring is bij meer dan 36 weken zwangere vrouwen met PIH en PE in de a terme periode, vergeleken met een afwachtend beleid. Inleiding van de baring bleek kostenbesparend in vergelijking met een afwachtend beleid, zonder dat het risico op een sectio caesarea wordt verhoogd.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De onderzoeksresultaten zijn niet in gynaecologie richtlijnen terecht gekomen. De onderzoeksresultaten zijn wel vrijwel overal in de ziekenhuis protocollen terecht gekomen.
- **Gebruik in de praktijk:** Het inleiden van de baring bij deze groep vrouwen is breed geïmplementeerd in Nederland. Voorafgaand aan het onderzoek was er meer praktijkvariatie: in een aantal ziekenhuizen werden deze vrouwen al ingeleid, terwijl anderen pas later dit beleid zijn gaan volgen.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** De succesvolle implementatie van inleiding van de baring bij PIH en PE na 36 weken heeft twee belangrijke oorzaken. Allereerst sloot het nieuwe beleid aan bij wat internationaal al gebeurde. In Nederland werd de interventie in sommige ziekenhuizen ook al uitgevoerd. Daarnaast bevorderde het NVOG consortium een snelle verspreiding van de onderzoeksresultaten.

Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections

Projectnummer	EEK - 94507901
Naam geïnterviewde	Prof. dr. A.G.M. Schilder
Affiliatie	University College London (Voorheen: UMCU)
Toegekende subsidiebedrag	€400.000,-
Specialisme	Keel- Neus- en Oorheelkunde
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	RCT

- **Achtergrond:** Traditioneel worden bij kinderen met recidiverende of chronische bovenste luchtweginfecties de amandelen geknipt (adenotomie). Een afwachtend beleid blijkt gelijke gezondheidsuitkomsten te hebben als een ingreep. Dit betekent dat er een mogelijk grote besparing mogelijk is.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De onderzoeksresultaten zijn opgenomen in de richtlijn Ziekten van Adenoïd en Tonsillen. Deze schrijft een afwachtend beleid bij recidiverende bovenste luchtweginfecties voor.
- **Gebruik in de praktijk:** Adenotomie komt in de Nederlandse praktijk nog vaker voor bij kinderen dan op basis van de onderzoeksresultaten verwacht zou mogen worden. Er is wel een daling zichtbaar in het aantal uitgevoerde ingrepen.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** In de ogen van de projectleider zijn er twee hoofdredenen waarom de implementatie van de onderzoeksresultaten suboptimaal is: culturele factoren en weinig sturing op implementatie van onderzoeksresultaten door ZonMw. Cultureel spelen enerzijds verwachtingen van ouders van kinderen een rol. Ook verwijzen huisartsen patiënten nog vaak door, omdat niet opereren tot extra behandeling in de eerste lijn leidt. Volgens de projectleider had, met name ZonMw daarnaast bij de start van het onderzoek meer aandacht moeten besteden aan de implementatie van onderzoeksresultaten. De projectleider gaf aan dat zij geholpen zou zijn geweest door bij de start van het project een betrouwbare methodologie en strategie voor implementatie van onderzoeksresultaten te ontvangen van ZonMw. Dit zou kunnen bestaan uit: het betrekken van patiënten, identificeren van obstakels en maken van een implementatieplan. Dit zijn onderdelen die ontbraken bij de start van dit onderzoek in 2008, maar die ZonMw inmiddels wel aanbiedt.

Diagnostic value of an innovative non-invasive diagnostic to determine the grade of atherosclerosis before sternotomy in patients scheduled for cardiac surgery.

Projectnummer	VEMI- 94527009
Naam geïnterviewde	Dr. A. Nierich
Affiliatie	Isala
Toegekende subsidiebedrag	€123.522,-
Specialisme	Anesthesiologie
Sector	MSZ
Studie opzet	Dwarsdoorsnede diagnostisch onderzoek

- **Achtergrond:** De A-View® methode voorkomt postoperatieve herseninfarcten na hartchirurgie door mogelijke embolieën te detecteren voor sternotomie m.b.v. een met water gevulde ballonkatheter. De uitkomsten van het onderzoek tonen dat deze extra diagnostiek tot minder sterfte leidt. De resultaten zijn bevestigd in een vervolg cohortstudie onder 8.500 patiënten.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De resultaten zijn volgens de projectleider niet in een richtlijn terecht gekomen. Wel is de A-View® methode onderdeel van de Isala Safety Check, dat onderdeel is van Meetbaar Beter van IGJ.
- **Gebruik in de praktijk:** Momenteel wordt alleen in het Isala de A-View® methode gebruikt.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** De projectleider geeft aan dat de implementatie van de methode erg beperkt is vanwege financiële belemmeringen en de houding van anesthesiologen tegenover de nieuwe diagnostiek. De bespaarde kosten door het voorkomen van een embolie komen volgens de projectleider ergens anders in de zorgketen terecht, niet op de plek waar de kosten voor de interventie gemaakt worden. Daarnaast komen algemeen anesthesiologen relatief minder vaak in aanraking met openhartchirurgie, waardoor ze de problematiek minder goed herkennen. Zij zijn volgens de projectleider onvoldoende overtuigd door de onderzoeksresultaten.

The detection of focal liver lesions with contrast enhanced ultrasound

Projectnummer	VEMI - 170991010
Naam geïnterviewde	drs. P. Taimr
Affiliatie	Institut klinické a experimentální medicíny (voorheen: Erasmus MC)
Toegekende subsidiebedrag	€122.985,-
Specialisme	Maag- Darm- en Leverziekten
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	Prospectieve studie

- **Achtergrond:** Leverafwijkingen kunnen eenvoudiger in beeld gebracht worden door gebruik te maken van contrast enhanced ultrasounds (CEUS). Dit onderzoek toonde aan dat de diagnostische betrouwbaarheid van CEUS hoog is en dat de kosten beduidend lager zijn dan als er gebruik wordt gemaakt van een CT- of MRI-scan. Leverafwijkingen komen veel voor in de bevolking, maar zijn vaak niet kwaadaardig. De potentiële besparingen door het gebruik van CEUS zijn dan ook hoog.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** CEUS is nog niet opgenomen in de richtlijn, maar dat gebeurt mogelijk nog wel.
- **Gebruik in de praktijk:** Tot op heden is CEUS een weinig gangbare afbeeldingstechniek bij leverafwijkingen. Nog veel MDL-artsen zijn onervaren met deze techniek en vallen terug op CT- en MRI-scans. Mogelijk verbetert dit in de toekomst als meer artsen de techniek tijdens hun opleiding geleerd hebben.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** De implementatie van CEUS is met name nog laag vanwege menselijke factoren, de inrichting van de opleiding voor MDL-artsen en de bekostiging van zorg. De projectleider geeft aan dat veel artsen geneigd zijn om de meer geavanceerde technieken, zoals MRI, in te zetten, ook al zijn deze niet altijd nodig en wel duurder. Doordat de opleiding van artsen gecentreerd is in academische centra verspreidt de kennis over nieuwe technieken niet snel naar MDL-artsen in andere ziekenhuizen. Mede doordat MDL nog een relatief nieuw specialisme is, vinden nieuwe inzichten uit onderzoek nog minder snel hun weg naar de opleiding en nascholing van MDL-artsen. Ten slotte, heeft het lang geduurd voordat de interventie vergoed werd. Hierdoor was het voor het ziekenhuis goedkoper om een dure MRI uit te voeren dan om een CEUS te gebruiken.

Towards a more cost-effective diabetes control in primary care: six-monthly monitoring compared with three-monthly monitoring in type 2 diabetes mellitus

Projectnummer	EEK - 170992904
Naam geïnterviewde	Prof. dr. G.E.H.M. Rutten
Affiliatie	Universitair Medisch Centrum Utrecht
Toegekende subsidiebedrag	€397.976,-
Specialisme	Interne Geneeskunde
Sector	Huisartsenzorg
Studie opzet	Gerandomiseerde equivalentie trial met patient preference study

- **Achtergrond:** In dit onderzoek is een driemaandelijkse diabetescontrole vergeleken met een zesmaandelijkse controle bij patiënten die goed ingesteld zijn op hun medicatie, gedurende 18 maanden. Uit de resultaten blijkt, dat een zesmaandelijkse controle in plaats van een driemaandelijkse controle leidt tot een minder zorggebruik en betere patiëntervaringen, zonder negatieve gezondheidseffecten.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** Ongeveer een jaar na afloop van het project, is de NHG-standaard diabetes geüpdatet en zijn de onderzoeksresultaten opgenomen in de standaard. De snelle verwerking in de richtlijn was mogelijk doordat de projectleider voorzitter was van de NHG-richtlijnencommissie Diabetes.
- **Gebruik in de praktijk:** Net als in het onderzoeksdesign hebben diabetespatiënten nu de mogelijkheid om zelf een voorkeur aan te geven voor de controlefrequentie. Mede door het project kiest nu ongeveer 75% van de goed ingestelde diabetespatiënten voor een halfjaarlijkse controle. De trend naar minder periodieke controles zet ondertussen door. Er zijn inmiddels studies onderweg naar het effect van jaarlijkse controles.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** Een goede aansluiting bij een richtlijnencommissie bevordert de implementatie. Daarnaast hield het onderzoek – en nu de praktijk – sterk rekening met de behandelvoorkeuren van patiënten. Hierdoor sluiten onderzoek en praktijk goed op elkaar aan. Ten slotte, hebben huisartsen belang bij het implementeren van deze onderzoeksresultaten: het vermindert hun werkdruk zonder dat zij er financiële consequenties van ondervinden doordat er sprake is van populatiebekostiging in de huisartsenzorg.

Toric intraocular lenses: a cost-effective treatment for astigmatism in cataract surgery

Projectnummer	VEMI - 171001011
Naam geïnterviewde	dr. R. Nuijts
Affiliatie	Maastrichts Universitair Centrum +
Toegekende subsidiebedrag	€124.897,-
Specialisme	Oogheekunde
Sector	Medisch Specialistische sector
Studie opzet	RCT

- **Achtergrond:** Het onderzoek naar het gebruik van torische lenzen bij cataractoperaties toonde aan dat de 'kwaliteit van zien' en tevredenheid met de behandeling niet verbeterden door het gebruik van deze lenzen. De gezondheidseffecten van de interventie wogen dan ook niet op tegen de meerkosten van de lens ten opzichte van het gebruik van een bril. Dit was wereldwijd het eerste kosteneffectiviteitsonderzoek naar dit onderwerp.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De laatste update van de richtlijn Cataract was in 2013. Hierin zijn de gezondheidseffecten van de torische lens opgenomen. In de volgende update zal tevens de kosteneffectiviteit opgenomen worden. Daarnaast heeft ZIN een standpunt uitgebracht over het gebruik van torische lenzen bij cataractoperaties. Hierin stelt ZIN dat torische lenzen alleen tot vergoede zorg behoren voor patiënten met cornea astigmatisme of keratoconus, een kleine subgroep van alle patiënten.
- **Gebruik in de praktijk:** Door het standpunt van ZIN ontvangen alleen patiënten met cornea astigmatisme, keratoconus of patiënten die bereid zijn bij te betalen een torische lens.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** Aangezien dit een niet-effectieve interventie betreft, is een lage implementatiegraad het doel. Het project laat zien dat een standpunt van ZIN grote impact kan hebben op de behandelpraktijk.

Cost effectiveness of an E-health module on Return to Work embedded in collaborative occupational health care for depressive disorders

Projectnummer	EEK - 171002403
Naam geïnterviewde	dr. D. Volker
Affiliatie	Trimbos Instituut
Toegekende subsidiebedrag	€501.130,-
Specialisme	Psychiatrie
Sector	Geestelijke Gezondheidszorg
Studie opzet	RCT

- **Achtergrond:** Return@work is een internettoolcursus voor werknemers met geestelijke problemen. De methode richt zich op werkhervatting met beslisondersteuning per email voor de bedrijfsarts. Per werknemer is een investering nodig, maar deze leidde tot een 33% snellere werkhervatting. Waardoor de kosten voor de werkgever een stuk lager uitvielen.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De resultaten zijn niet opgenomen in een richtlijn.
- **Gebruik in de praktijk: Return@work bestaat niet meer.** Na de onderzoeksperiode wordt de methode niet meer aangeboden aan bedrijven of werknemers. Er zijn wel nog pilots uitgevoerd, maar de doorontwikkeling staakte nog voor de methode in de dagelijkse praktijk ingebed kon worden.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** De belangrijkste les op basis van Return@work is dat het kwetsbaar blijkt te zijn als het onderzoek te afhankelijk is van enkele personen. Na afronding van dit project wisselden verschillende betrokkenen (projectleider, promovendus en contactpersoon bij verzekeraar) van baan. De noodzakelijke aspecten voor opschaling van het programma (borging privacy en training bedrijfsartsen) werden daardoor door niemand opgepakt.

Coach2move: a problem-oriented patient-centered physiotherapy intervention focusing on self management and physical activity by alleviating mobility problems in community dwelling elderly.

Projectnummer	VEMI - 171201010
Namen geïnterviewden	Prof. dr. M.W.G. Nijhuis-van der Sanden en dr. T.J. Hoogeboom
Affiliatie	Radboudumc
Toegekende subsidiebedrag	€120.711,-
Specialisme	Klinische geriatrie
Sector	Ouderenzorg
Studie opzet	RCT

- **Achtergrond:** Dit project onderzoekt fysiotherapie voor kwetsbare ouderen. Coach2move richt zich op het stellen van heldere doelen tijdens langere intake en shared decision making. De resultaten van het onderzoek tonen aan dat ouderen die op deze manier behandeld worden minder gezondheidsproblemen hebben en ook minder kosten elders in de keten maken.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** ZIN adviseerde negatief over dit project, omdat het fysiotherapie betreft en dus geen onderdeel van het basispakket is. De gerealiseerde besparingen komen wel terecht bij disciplines die vanuit de Zvw vergoed worden. Er is een facultatieve prestatie gedefinieerd door de NZa om deze zorg te bekostigen. De resultaten zijn nog niet opgenomen in een richtlijn.
- **Gebruik in de praktijk:** Momenteel worden maar weinig patiënten buiten de onderzoeksetting behandeld volgens Coach2move. Binnen het programma DO heeft het onderzoek wel een vervolg gekregen om verdere implementatie te stimuleren.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** De implementatie van deze behandeling is beperkt. De (bereidheid tot) implementatie bij behandelaren is er wel. Veel fysiotherapeuten willen werken met deze methode, omdat deze goed aansluit op de praktijk maar wel ontworpen is vanuit de theorie. De grootste barrière is de bekostiging. Doordat de methode een initieel consult bij de fysiotherapeut van een heel in plaats van een half uur vraagt, is extra financiering nodig. Deze is mogelijk via de facultatieve prestaties, maar wordt nog niet gecontracteerd door zorgverzekeraars.

More cost-effective management of chest pain patients presenting in the emergency room: application of a validated rule

Projectnummer	EEK – 171202015
Namen geïnterviewden	dr. J. Poldervaart en dr. H. Reitsma
Affiliatie	Universitair Medisch Centrum Utrecht
Toegekende subsidiebedrag	€ 595.081
Specialisme	Cardiologie
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	Stepped-wedge design

- **Achtergrond:** In de HEART-studie is de introductie van een vragenlijst op de SEH onderzocht voor patiënten met pijn op de borst. De HEART-score geeft een indicatie of deze patiënten een dreigend hartinfarct hebben. Zonder deze beslisondersteuning worden patiënten vaker onnodig opgenomen. De resultaten tonen dat het gebruik van de HEART-score veilig is, doordat er weinig fout negatieve scores zijn. Deze laag-risico patiënten zouden zonder verder aanvullend onderzoek of ziekenhuisopname naar huis kunnen. Het effect op kosten bleek nog klein, doordat artsen nog terughoudend waren in het daadwerkelijk naar huis laten gaan van laag-risico patiënten. De onderzoekers verwachten dat meer ervaring met de HEART-score wel zal leiden tot een reductie in kosten.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De resultaten zijn niet opgenomen in een richtlijn. De onderzoekers geven aan dat dit niet de belangrijkste reden is dat de HEART-score nog niet breder gebruikt wordt. Belangrijker is dat het voor artsen moeilijk is om op een vragenlijst te vertrouwen dan op hun eigen ervaring.
- **Gebruik in de praktijk:** De HEART-score wordt inmiddels in 35 ziekenhuizen gebruikt. Bij de start van het project waren dit er al tien. Er is dus duidelijk interesse in de HEART-score door artsen in deze maar ook in andere ziekenhuizen. Toch nemen artsen vaak nog geen behandelbesluit op basis van de HEART-score. Een belangrijke reden is dat er geen consensus is over hoe laag het risico op een hartinfarct moet zijn om een patiënt naar huis te kunnen sturen.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** De HEART-studie toont tegelijkertijd bevorderende en beperkende factoren voor implementatie. De HEART-score werd, mede doordat de studieopzet een stepped-wedge design betrof, aan het einde van het onderzoek in alle participerende ziekenhuizen gebruikt. Beperkende factoren voor de implementatie zijn dat het gebruik van de score de autonomie van de arts beïnvloedt – de score bepaalt mede welke besluiten genomen worden – en dat het implementeren negatieve financiële consequenties kan hebben voor het ziekenhuis. Als patiënten op basis van de HEART-score naar huis mogen, kan het ziekenhuis voor deze patiënten geen opname dag in rekening brengen.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer Mr. drs. B.J. Bruins
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
www.zonmw.nl
info@zonmw.nl

Dossiernummer
80-84300-20
Ons kenmerk
2018/20104/ZONMW

Onderwerp

Externe evaluatie ZonMw programma DoelmatigheidsOnderzoek 2006-2017

Datum

12 juli 2018

Geachte heer Bruins,

Contactpersoon

Mariëlle Snijders
Telefoon 070 349 51 81
snijders@zonmw.nl

In de vergadering van 3 juli jongstleden heeft de commissie DoelmatigheidsOnderzoek (CDO) zich beraden op het rapport *'Benut potentieel. Evaluatie programma DoelmatigheidsOnderzoek 2006-2017'* van onderzoeksbureau SiRM en de reflectie van de externe evaluatiecommissie op dit rapport.

De CDO is verheugd met de positieve uitkomsten van de evaluatie. Deze zijn het resultaat van jarenlange investeringen en een gedegen onderzoeksprogrammering. De evaluatie laat volgens de evaluatiecommissie zien dat de wetenschappelijke opbrengsten uit het programma DoelmatigheidsOnderzoek (DO) hoog zijn. Zij leveren een bijdrage aan het versnellen van innovatie, aan gepast gebruik van zorg in de praktijk en aan het beheersbaar houden van de zorgkosten. Ook de maatschappelijke opbrengsten zijn aanzienlijk. Circa 30% van de onderzoeksresultaten is in een richtlijn terecht gekomen en de gezondheidswinst en de monetaire opbrengsten van het programma DO zijn hoog. Tegelijkertijd is gesignaleerd dat de opbrengsten nog hoger kunnen zijn als het potentieel aan gezondheidsverbetering en kostenbeheersing beter wordt benut door partijen.

Vanaf 1999 is geïnvesteerd in een infrastructuur om kennisontwikkeling en innovatie op het terrein van doelmatigheid in de zorg een vaste basis te bieden en te verankeren. Het programma DO had aanvankelijk een bottom-up karakter, gericht op het bijdragen aan de wetenschappelijke onderbouwing van zorgpraktijk en -beleid. Vanaf 2007 heeft VWS als vertrekpunt meegegeven dat diegenen die de resultaten van DoelmatigheidsOnderzoek nodig hebben voor hun beleid verantwoordelijkheid moeten gaan dragen voor de onderzoeksagenda. Vanaf 2013 is de focus komen te liggen bij praktijkgericht programmeren. Hierbij wordt nauw samengewerkt met kennisgebruikers om de maatschappelijke impact van het programma in termen van doelmatigheidswinst te vergroten. Het financieren van maatschappelijk relevant en kwalitatief goed onderzoek, vanuit de behoeften van praktijk en beleid en uitmondend in wetenschappelijke en maatschappelijke opbrengsten, staat nu centraal. Dat vraagt om vroegtijdige afstemming en samenwerking tussen onderzoek, beleid en praktijk (waaronder zorgprofessionals, -aanbieders, patiënten, verzekeraars en overheidsgerelateerde instanties); zowel in de open als de gerichte rondes. Dat vraagt voor de uitvoer van het onderzoek ook om samenwerking tussen universitair medische centra, topklinische en algemene ziekenhuizen, hetgeen volgens het SiRM rapport gerealiseerd is.

In 2006 is in de tussentijdse evaluatie geconstateerd, dat continuïteit van het programma DO een essentiële voorwaarde is voor kwaliteit en duurzaamheid. Dit lijkt nu te worden bevestigd. Alleen binnen een structureel programma kan een voortgaande, nauwe dialoog tussen opdrachtgever, onderzoekers en gebruikers ontstaan. Deze dialoog vormt de noodzakelijke vertrouwensbasis voor zinvolle, effectieve samenwerking die resulteert in een blijvende investering in de doelmatigheid van de zorg. Het SiRM rapport laat zien dat de aandacht voor doelmatigheid in de zorg en voor doelmatigheidsonderzoek in het afgelopen decennium is toegenomen en dat de maatschappelijke impact van het programma DoelmatigheidsOnderzoek groot is. Continuering van de samenwerking met een lange termijn programmering van onderzoek is nodig om ook de vruchten van recent afgeronde en nog lopende projecten te kunnen plukken. Daarbij dient een goede balans tussen open en gerichte rondes te worden bewaakt. De in het SiRM rapport beschreven opbrengsten zijn alle gerealiseerd door DO projecten uit de open rondes. Gepast gebruik van zorg is niet alleen gebaat bij implementatie en deïmplementatie op basis van zorgevaluatie van bestaande zorg, maar evenzeer bij innovatie. Open rondes doelmatigheidsonderzoek hebben laten zien dat innovatieve ideeën van gedreven onderzoekers, niet gebonden door kennisagenda's, een belangrijke bijdrage leveren aan vernieuwing in de zorg.

Het is nog te vroeg om de betekenis van de gerichte rondes op waarde te kunnen schatten. In tegenstelling tot de gerichte rondes worden in de open rondes projecten beoordeeld in competitie. Dit verhoogt de wetenschappelijke kwaliteit van de onderzoeksvoorstellen aanzienlijk en biedt de beste kansen op kwalitatief goede en bruikbare resultaten om de praktijk te verbeteren.

Gepast gebruik van zorg is vooral gebaat bij het beantwoorden van de meest maatschappelijk relevante onderzoeksvragen. De verdeling van onderzoeksgelden naar rato van de omvang van medische disciplines, zoals gesuggereerd door de evaluatiecommissie, acht de CDO minder relevant. De CDO steunt het voorstel uit het SiRM rapport, om het doelmatigheidsonderzoek breder te trekken dan alleen de medisch specialistische zorg en ook de organisatie van zorg te includeren.

Een belangrijke uitkomst van de evaluatie is dat de implementatie van de resultaten van onderzoek nog onvoldoende is en dat de impact nog groter kan zijn. Een beroep wordt gedaan op marktpartijen en regulerende instanties om het potentieel aan gezondheidsverbetering en kostenbeheersing beter te benutten. ZonMw realiseert zich dat zij onderdeel uitmaakt van de zogenoemde kwaliteits(verbeter)cyclus voor goede en betaalbare zorg. ZonMw zal daarom de aanbevelingen uit het SiRM rapport concretiseren in actiepunten. ZonMw zal concrete afspraken maken met de andere partijen die een rol spelen in de kwaliteitscyclus. Zowel over de implementatie van onderzoeksresultaten als over de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden die daarbij horen.

Reactie CDO op aanbevelingen van het SiRM onderzoeksbureau

ZonMw zal de aanbevelingen van SiRM ter verbetering van het eigen functioneren ter harte nemen. Daarnaast ziet de CDO vooral de uitdaging in het beter op elkaar afstemmen van activiteiten die de verschillende partijen ontplooien om het potentieel aan maatschappelijke opbrengsten optimaal te benutten. Dit draagt bij aan de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord MSZ 2019-2022, aan de gewenste transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek en aan het initiatief om zorgevaluatie naar een hoger plan te tillen. Stakeholdersparticipatie met duidelijkheid over ieders rol en verantwoordelijkheid en commitment vanaf de formulering van de onderzoeksvraag tot en met implementatie in de praktijk, draagt bij aan het verbeteren en versnellen van de kwaliteitscyclus. Met als uiteindelijk resultaat dat de patiënt zo snel mogelijk voordeel heeft van het onderzoeksresultaat.

1. ZonMw

Vormgeven informatiesysteem

De CDO is het eens met deze aanbeveling. De toegankelijkheid van (sturings)informatie voor betrokkenen bij het programmeerproces en het ontsluiten en ter beschikking stellen van de opgeleverde kennis zijn essentieel bij (het stimuleren van) implementatie. ZonMw zal nader uitwerken welke informatiebehoefte er leeft en op welke wijze deze informatie systematisch en up-to-date beter toegankelijk te maken is. Vertrekpunt zal transparantie en een efficiënte registratie zijn. Deels kunnen het nieuwe IT-systeem, dat het subsidieprogrammeerproces ondersteunt, en de ZonMw website hierin voorzien. Het verlangt ook nauwere samenwerking met informatieplatforms van kennisgebruikers.

Versterken implementatiegraad

Deze aanbeveling is in lijn met het ZonMw beleidsspeerpunt 'Impact versterken' en heeft continu de aandacht van ZonMw. De rol van ZonMw is de verbinding te leggen tussen praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs. Dat begint bij de vraagsturing vanuit praktijk en beleid, verbinding met richtlijnontwikkeling, het stimuleren van multicenter studies om draagvlak in het veld te vergroten en aansluiting zoeken bij (onderzoeks)netwerken en consortia voor verspreiding en opschaling. Koppeling van het ZonMw informatiesysteem met de Richtlijndatabase FMS (Federatie Medisch Specialisten), de NHG-standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de V&VN databank Richtlijnen van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland bevordert implementatie. Passende onderzoeksdesigns met aandacht voor de context van de praktijk dragen eveneens bij aan implementeerbaarheid. Het implementatieplan en betrokkenheid van een implementatie-expert maken al onderdeel uit van de beoordeling. In de monitoringsfase gaat de commissie projectleiders maar ook betrokken zorgprofessionals, zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars gericht aanspreken op toegezegd commitment ten aanzien van (de)implementatie. Ten aanzien van de aanbeveling om resultaten actiever te verspreiden ziet de CDO een rol voor zowel ZonMw als de betrokken partijen, te beginnen bij de onderzoekers, zorgprofessionals en hun wetenschappelijke verenigingen / beroepsgroepen, maar ook op het mesoniveau van de zorgaanbieders. Uiteindelijk is en blijft het toepassen van de onderzoeksresultaten in de praktijk de verantwoordelijkheid van veldpartijen.

2. Patiëntvertegenwoordigers

De CDO ondersteunt de aanbeveling aan patiëntvertegenwoordigers om een actieve rol te spelen bij de opzet en uitvoering van onderzoek, bij het stimuleren van het in de praktijk gebruiken van de onderzoeksresultaten en bij voorlichting geven aan patiënten over de onderzoeksresultaten. Patiëntparticipatie is essentieel en verlangt doorontwikkeling. Het programma DO is gestart met patiëntparticipatie in de fase van selecteren van onderzoek. Een patiëntenpanel is betrokken bij de beoordeling en het patiëntperspectief is vertegenwoordigd in de beoordelende EEK (Evaluatie van Effecten en Kosten) commissie en de strategische CDO. Eerste stappen gaan gezet worden in het betrekken van patiënten in de fase van monitoren. Nieuwe uitdagingen voor patiëntvertegenwoordigers zijn het publiceren van bruikbare publiekssamenvattingen van onderzoeksresultaten en patiëntversies van richtlijnen. ZonMw stemt deze activiteiten graag af met Patiëntenfederatie Nederland. ZonMw gaat in overleg met hen over de rollen die beide partijen hierin spelen. Helder is dat een goede balans tussen de toegevoegde waarde ten opzichte van de gevraagde inspanningen voor patiëntvertegenwoordigers voorop dient te staan.

3. Zorgaanbieders

Federatie Medisch Specialisten en wetenschappelijke verenigingen

Vanaf 2013 zet ZonMw in op betere betrokkenheid van zorgprofessionals en op samenwerking met de FMS om te waarborgen dat onderzoeksresultaten beter in richtlijnen terecht komen en toepassing vinden op de werkvloer. De uitdaging is via modulaire update van richtlijnen resultaten herkenbaar en versneld in richtlijnen te

laten landen. De betrokkenheid van de wetenschappelijke verenigingen (WV-en) is zichtbaar in de ruimte voor kennisagenda's in de onderzoeksprogrammering, met de intentie dat de WV-en de implementatie van onderzoeksresultaten in de praktijk borgen. Op voorhand commitment van de WV-en is de uitdaging. ZonMw ondersteunt de aanbeveling dat WV-en artsen actief voorlichten vanaf de prioritering van onderzoeksvragen. En die voorlichting voortzetten tijdens de uitvoer van onderzoeken, inclusief sturing bij inclusie problemen en het bespreken van de mogelijke consequenties van de resultaten voor de werkvloer. En tenslotte artsen deelgenoot maken van de onderzoeksresultaten.

Zorginstellingen

Ziekenhuizen en andere zorginstellingen kunnen op mesoniveau de kwaliteitscyclus versnellen. Dat kunnen zij door het helpen oplossen van inclusieproblemen in de onderzoeksfase. Ook hebben zij mogelijkheden om voorlichting te geven aan patiënten over lopend onderzoek en onderzoeksresultaten met betrekking tot het zorgaanbod. Zij kunnen sturen op snelle implementatie van nieuwe richtlijnen en het wegnemen van financiële belemmeringen bij implementatie. Ten slotte zijn zij in staat om onderzoeksresultaten en best practices in te zetten bij de contractering. Initiatieven om langs de lijnen van value based health care te contracteren zijn hiervoor onder meer buitengewoon geschikt. Daarvoor is nodig dat zorginstellingen inzicht hebben in resultaten uit o.a. het programma DoelmatigheidsOnderzoek en bestaande best practices.

Om resultaten op gepast gebruik binnen 5 jaar te realiseren, zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord, is sturing op het niveau van de Raad van Bestuur en de medische staf onontbeerlijk. Ziekenhuizen zouden bijvoorbeeld jaarlijks een integraal mesoplan op kunnen stellen met verbeterplannen om doelmatigheid in de instelling te bevorderen.

4. Zorgverzekeraars

De CDO ondersteunt de aanbeveling van SiRM aan zorgverzekeraars om een actievere rol te spelen bij de implementatie van onderzoeksresultaten, maar ook bij de selectie van te honoreren projecten. Zorgverzekeraars kunnen zo nodig belemmeringen bij inclusieproblemen wegnemen en de implementatie bevorderen door het maken van specifieke inkoopafspraken.

5. Zorginstituut Nederland

In lijn met de aanbeveling uit de tussentijdse evaluatie in 2006 heeft ZonMw de samenwerking met het Zorginstituut vanaf 2012 geïntensiveerd. Enerzijds om het gebruik van de resultaten van doelmatigheidsonderzoek bij pakketbeslissingen en bij het programma Zinnige Zorg te bevorderen, anderzijds om de inbreng van relevante onderzoeksvragen vanuit het Zorginstituut ten behoeve van de programmering van ZonMw te vergroten. ZonMw ziet het belang in van een actieve rol van het Zorginstituut bij het tot stand brengen van versnelling van de kwaliteitscyclus en het bevorderen van gepast gebruik. Prioriteit zou gegeven moeten worden aan implementatie van de al beschikbare doelmatigheidskennis.

6. VWS als opdrachtgever

Verbreden programma DO

De commissie onderschrijft de aanbeveling om in aanvulling op het huidige programma DO weer ruimte te realiseren voor onderzoek naar de doelmatigheid van de organisatie van zorg van het professioneel handelen. Deze ontwikkeling sluit aan bij de door de Taskforce geschetste beweging 'De juiste zorg op de juiste plek'. Dichtbij en eenvoudig als het kan en verder weg met grotere medische inzet als het nodig is. Substitutie en taakherschikking kunnen belangrijke bijdragen leveren aan doelmatiger handelen. De inrichting van het programma om de vragen adequaat te kunnen beantwoorden en de samenstelling van een bijbehorende commissie verlangen verdere uitwerking.

Evaluatie gerichte rondes

Het is nog te vroeg om uitspraken te kunnen doen over de opbrengsten van de gerichte rondes zorgevaluatie en Voorwaardelijke toelating. De impactmeting in het huidige evaluatierapport is volledig gebaseerd op de resultaten uit de open rondes doelmatigheidsonderzoek. Indien gewenst kan VWS over 3-5 jaar opdracht geven de huidige evaluatie aan te vullen met een evaluatie van de gerichte rondes.

Tot slot willen wij nogmaals benadrukken dat de CDO zich bewust is van het belang van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg voor de Nederlandse patiënt. De commissie onderschrijft de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord MSZ 2019-2022. Op basis van de aanbevelingen uit het SiRM rapport en in samenwerking met de stakeholders gaat de commissie het programma DoelmatigheidsOnderzoek verder optimaliseren om zo de realisatie van gepast gebruik van zorg te helpen realiseren.

Namens de commissie,



Prof. dr. D. Ruwaard
Voorzitter Commissie DoelmatigheidsOnderzoek

ZonMw stimuleert gezondheids-
onderzoek en zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl

