

Methodiek Beoordeling Doelmatigheidsinitiatieven

Commissie Doelmatigheid & Duurzaamheid van de NVMO, NVALT en NVZA

Versie 1, maart 2026

1. Achtergrond en Doel

De **Commissie Doelmatigheid & Duurzaamheid (CieDD)** stelt namens de NVMO, NVALT en NVZA adviezen op die zorgprofessionals richting en houvast bieden bij het doelmatig en duurzaam inrichten van de oncologische zorg in Nederland. Deze adviezen, gepubliceerd via de beroepsverenigingen, voorzien in een behoefte: ze worden in het veld gezien als richtinggevend kader voor zowel doelmatig (soms offlabel) gebruik van geneesmiddelen als voor een efficiënte en verantwoorde inzet van andere activiteiten zoals bijvoorbeeld diagnostiek en inzet van personeel. Adviezen omtrent doelmatig gebruik van geneesmiddelen kunnen verschillende onderdelen betreffen zoals bijvoorbeeld infusieduur, behandelduur, behandel frequentie, etc.

Dergelijke doelmatigheidsadviezen passen niet alleen bij het visiedocument van de NVMO 2022-2026 ⁽¹⁾ waarin doelmatigheid een van de strategische thema's is, maar ook bij landelijke initiatieven in onderzoek (bijvoorbeeld de SONIA trial, Safe stop trial, Dedication trial) en landelijk beleid. Het Zorginstituut wilde aansluiten bij landelijke doelmatigheidsinitiatieven en mede richting geven, en publiceerde in 2024 een rapport "doelmatigheidsinitiatieven dure geneesmiddelen, adviezen over off label gebruik" ⁽²⁾. Het Zorginstituut adviseert dat bij doelmatigheidsinitiatieven de beroepsgroep duidelijke adviezen formuleert, bij voorkeur in samenwerking met ziekenhuisapothekers en gebaseerd op literatuur.

Om het werk van CieDD te professionaliseren, is er in 2025 een huishoudelijk reglement opgesteld en geaccordeerd door de NVMO, NVALT en NVZA en zijn de commissieleden formeel gemandateerd namens hun verenigingen.

De CieDD gaat in het kader van professionalisering vanaf 2026 een uniforme en transparante methodiek hanteren voor het opstellen van adviezen. In dit document wordt deze beoordelingsmethodiek beschreven. Deze systematische aanpak is gebaseerd op bestaande werkwijzen van adviescommissies van de NVMO, NVALT en KNMP (waaronder de beoordeling van geneesmiddelimpact, interacties en farmacogenetica) en is aangevuld met methodiek die gebruikt wordt in internationale beleidsdocumenten.^{3,4} Deze methodiek stelt de commissie in staat medische interventies, al dan niet gerelateerd aan geneesmiddelengebruik, gestructureerd, proportioneel en transparant te beoordelen. Daarbij worden de gevolgen voor patiënt, organisatie en financiering meegewogen, en waar mogelijk ook de impact op het milieu. Het resultaat is een praktische beslisstructuur waarin wetenschappelijke bewijskracht, risico's en impact worden geïntegreerd. Zo kan een laag-risico interventie met een beperkt bewijs maar met een hoge impact, leiden tot een advies voor implementatie omdat dit voordeel op kan leveren voor de patiënt, het zorgsysteem of de maatschappij. De adviezen van CieDD worden zo geformuleerd dat risico, bewijslast en impact duidelijk zijn en dat ze implementeerbaar zijn in de oncologische praktijk.

De CieDD wil benadrukken dat de beschreven methodiek na verloop van tijd wellicht verder verfijnd en aangepast kan worden ("work in progress").

2. Kernprincipes

De methodiek van de commissie Doelmatigheid & Duurzaamheid rust op vijf kernprincipes die samen richting en consistentie bieden bij de beoordeling van doelmatigheidsinitiatieven:

1. **Proportionaliteit:** De vereiste onderbouwing en evaluatie worden afgestemd op het risicoprofiel van de interventie. Voor interventies met een hoger risicoprofiel geldt een zwaardere toetsing. Waar mogelijk sluit de commissie aan bij bestaande nationale en internationale beoordelingskaders.
2. **Transparantie:** Alle aannames, bronnen, scores en afwegingen worden systematisch en volledig vastgelegd, zodat toetsbaarheid, vergelijkbaarheid en herhaalbaarheid gewaarborgd zijn.
3. **Doelmatigheid en Duurzaamheid:** Alle aspecten van doelmatigheid en duurzaamheid worden (indien bekend) beschreven. Hierbij komen zowel belasting voor de patiënt, belasting voor het zorgsysteem, financiële aspecten als ecologische duurzaamheid aan de orde. Daarbij wordt aansluiting gezocht bij relevante kaders en initiatieven, zoals het IZA, ZiNL-advies Arbeidsinzet en Duurzaamheid (mei 2025) en de Green Deal Zorg.
4. **Modulariteit:** Adviezen zijn modulair opgebouwd. Eén adviesdocument kan meerdere interventies omvatten, die afzonderlijk worden beoordeeld en, indien nodig, worden opgesplitst in deeladviezen.
5. **Iterativiteit:** De beoordelingsmethodiek is ontworpen als een 'levend instrument'. Zowel de systematiek als de scores kunnen worden aangepast op basis van nieuw wetenschappelijk bewijs, herziene richtlijnen of een veranderende zorgcontext.

3. Stappenplan – met toelichting

Tabel 1. Overzicht van het stappenplan voor de beoordeling en besluitvorming rond implementatie van interventies, van risico-inventarisatie tot eindrapportage (zie ook **bijlage 1**).

Stap	Doel	Werkwijze	Output
1) Decompositie	Onderscheid maken tussen afzonderlijke interventies binnen één advies.	Analyseer elk advies op meerdere handelingen of wijzigingen. Noteer overlappings in doelgroep of uitvoering.	Lijst met interventies (i1, i2...)
2) Risicoclassificatie	Inschatten van het potentiële risico voor de patiënt bij implementatie. Deze risico-inschatting is gebaseerd op de mening van de CieDD, en op literatuur en ervaring van de commissieleden	Voer een risico-inventarisatie uit en classificeer per interventie met de NFU-risicomatrix (kans × schade) tot verwaarloosbaar, matig of hoog risico.	Per interventie: Risicoprofiel verwaarloosbaar, matig of hoog risico
3) Bewijsscore Van de voorgestelde (component) van de interventie	Vaststellen van het niveau van bewijs voor de voorgestelde interventie	Gebruik het beoordelingskader voor het scoren van het bewijs, zie paragraaf 5 .	Per interventie: . Kwaliteitscore bewijs (0–4)
4) Impactbeoordeling van de voorgestelde (component) van interventie	In kaart brengen van verwachte effecten op patiënt uitkomsten, kosten, CO ₂ -uitstoot, zorgcapaciteit.	Bepaal per domein de impact; hoogste score bepaalt het eindoordeel, tenzij dit onevenredig of niet verdedigbaar is.	Per interventie: Impactcategorie (A-D)
5) Afweging-Beslismatrix	Koppelen van risico, bewijs en impact tot een proportioneel besluit.	Gebruik de beslismatrix; splits adviezen indien nodig.	Aanbeveling per interventie of geaggregeerd advies
6) Rapportage & Review	Vastleggen van afwegingen en organiseren van kwaliteitsborging.	Vul het overzicht in, plan publicatie (intern/extern), en raadpleeg bij hoog risico de betrokken verenigingen.	Definitief adviesdocument

4. Risicoclassificatie

De commissie heeft gekozen om de NFU systematiek voor risico-inventarisatie te gebruiken⁵. Hierbij worden risico's ingeschat als de uitkomst van kans (op een event) × schade (door het event).

Alleen risico's die voortkomen uit de voorgenomen implementatiestap worden beoordeeld. De commissie bespreekt de risico's deze tijdens de vergadering en classificeert ze volgens de NFU-matrix (**Tabel 2**) in 3 groepen: verwaarloosbaar risico, matig risico of hoog risico, afhankelijk van de combinatie van kans (klein, matig, groot) en de mogelijke omvang van schade (licht, matig, ernstig). De risico inschatting is de groeps mening van de commissie.

Tabel 2. NFU-risicomatrix

Grootte van kans/ Mate van schade	Lichte schade	Matige schade	Ernstige schade
Kleine kans	Verwaarloosbaar risico	Verwaarloosbaar risico	Matig risico
Matige kans	Verwaarloosbaar risico	Matig risico	Hoog risico
Grote kans	Matig risico	Hoog risico	Hoog risico

Voor **Toetsingscriteria** zie punt 5.

5. Scoren van bewijs – Score en Toelichting

Het scoren van het bewijs van een beoogde interventie/advies gaat vooral over effectiviteit en veiligheid. Echter, farmaco-economische studies en/of studies over CO2 footprint mogen ook toegevoegd worden maar tellen hiërarchisch minder zwaar dan studies omtrent effectiviteit en veiligheid.

De onderbouwing wordt door de commissie tijdens de vergadering per advies doorgenomen en gescoord.

Score	Definitie	Toelichting
0	Zeer laag, expert-opinie, data on file, geen data	Opinie, narratief artikel
1	Incomplete, gepubliceerde case-reports. Goed gedocumenteerde case-reports die niet voldoen aan de voorwaarden voor publicatie ² vallen ook onder deze score	Case series zonder controlegroep
2	Goed gedocumenteerde, gepubliceerde ² case-reports met relevante kinetische of klinische eindpunten. 1 goed gedocumenteerde case-serie en een goed gedocumenteerde theoretische onderbouwing vallen ook onder deze score.	² Publicatie dient te zijn in peer-reviewed tijdschrift, waarbij het tijdschrift is aangemerkt als vertrouwenswaardig, op basis van de checklist op thinkchecksubmit.org . Bij voorkeur 2 of meer bronnen.
3	Een gepubliceerde, bij voorkeur prospectieve, studie van matige/voldoende kwaliteit ³ ter onderbouwing van de onderzoeksvraag. De studie dient uitgevoerd te zijn binnen de beoogde patiëntenpopulatie en resultaten te geven op harde eindpunten ⁴ . Meerdere goed uitgevoerde kleine studies of meerdere case series kunnen ook onder deze score vallen. Meta-analyses die niet voldoen aan alle van de onder punt 4 gestelde voorwaarden vallen ook onder deze score.	³ Onder matige/voldoende kwaliteit wordt verstaan dat de studie niet voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld onder ⁴ (zie onder).
4	Gecontroleerde, gepubliceerde, bij voorkeur prospectieve, studie van goede kwaliteit ⁵ ter onderbouwing van de onderzoeksvraag. De studie dient uitgevoerd te zijn binnen de beoogde patiëntenpopulatie en resultaten te geven op harde eindpunten ⁴ . Meta-analyses waarbij het protocol prospectief is aangemeld of waarbij een transparante zoek en selectiestrategie is toegepast en waarbij kwaliteitsbeoordeling van de geïnccludeerde onderzoeken en beoordeling van de selectiebias heeft plaatsgevonden vallen ook onder deze score.	<p>⁵Onder goede kwaliteit wordt verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De studie is gerandomiseerd uitgevoerd. Bij zeldzame indicaties is bij het ontbreken van randomisatie minimaal een indirect vergelijk met andere studies van goede kwaliteit gemaakt. - Patiëntkarakteristieken zijn beschreven en komen overeen met real-world data en/of registratiedata. - De statistische analyse is beschreven en adequaat uitgevoerd. - De groepsgrootte is voldoende om de hypothese te testen ($\alpha \geq 0.8$ en $\beta \leq 0.05$). - De behandeling in de studie- of controle arm is vergelijkbaar met de huidige klinische werkwijze. - Publicatie in een tijdschrift dat is aangemerkt als vertrouwenswaardig, op basis van de checklist op thinkchecksubmit.org. <p>⁴Onder harde eindpunten wordt verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Totale overleving (OS) of minimaal progressie vrije (PFS) in geval van palliatieve setting bij effectiviteitsstudies - Klinisch relevantie farmacokinetische parameters (Verandering in AUC, AUC, Cmin, Cmax, etc) bij farmacokinetische studies <p>Conclusies op basis van een in de geldende Nederlandse richtlijn geaccepteerde biomarker of diagnostische test.</p>

SmPCs, EPARs, expert opinions en consensusrapporten worden per keer beoordeeld en krijgen een score tussen 0 en 2, afhankelijk van de kwaliteit en onderbouwing van de onderliggende rationale. Posters of abstracts van wetenschappelijke bijeenkomsten worden ook per keer beoordeeld en krijgen een score tussen de 0 en 1.

6. Impactbeoordeling

Impact van het Advies

De **hoogst scorende kolom** bepaalt het eindoordeel, tenzij dit aantoonbaar onevenredig of niet te verdedigen is (bijvoorbeeld bij een score D). Soms kunnen effecten ook tegengesteld zijn (bijvoorbeeld efficiënter maar vervuilender). Dit zal dan in de tekst bij het advies beschreven worden.

Score	Omschrijving	Toelichting
A	Grote¹ impact van het advies op doelmatige en/of duurzame inzet van zorgactiviteiten (inclusief geneesmiddelen), waarbij de veiligheid en effectiviteit van de huidige behandeling minimaal gehaald wordt.	¹ Onder grote impact wordt verstaan: <ul style="list-style-type: none"> - De invoering van het advies is snel en makkelijk lokaal uit te rollen. - Het advies beantwoordt aan de doelstellingen beleidslijnen uit de FMS, NVMO, NVALT, en/of NVZA - Het advies heeft een grote positieve financiële impact of het advies heeft een aantoonbare positieve impact op de efficiëntie van het zorgstelsel en kent een financiële dekking van eventuele aanvullende zorgkosten in de keten; of het advies heeft een aantoonbare positieve impact op de CO ₂ footprint van het zorgstelsel en kent een financiële dekking van eventuele aanvullende kosten in de zorgketen' of geeft een duidelijke vermindering van belasting voor patiënt, de behandelingsduur (in frequentie of duur) is meer dan gehalveerd, en of geeft duidelijk minder toxiciteit (naar het oordeel van de commissie)
B	Beperkte² impact van het advies op doelmatige en duurzame inzet van zorgactiviteiten (inclusief geneesmiddelen), waarbij de veiligheid en effectiviteit van de huidige behandeling minimaal gehaald.	² Onder beperkte impact wordt verstaan: <ul style="list-style-type: none"> - Het advies voldoet niet aan alle voorwaarden voor een grote impact¹. - De invoering van het advies is lokaal uit te rollen; - Het advies heeft een beperkte financiële impact. of het advies heeft een theoretisch positieve impact op de efficiëntie van het zorgstelsel en kent geen tot minimale negatieve financiële gevolgen voor de zorgkosten in de keten of het advies heeft een theoretisch positieve impact op de CO ₂ uitstoot van het zorgstelsel en kent geen tot minimale negatieve financiële gevolgen voor de zorgkosten in de keten; of het advies geeft enige vermindering van de belasting voor de patiënt, de behandelingsduur of frequentie is met ongeveer 25% afgenomen of geeft iets minder bijwerkingen (naar het oordeel van de commissie)
C	Minimale³ impact van het advies op doelmatige en duurzame inzet van zorgactiviteiten (inclusief geneesmiddelen), waarbij de veiligheid en effectiviteit van de huidige behandeling minimaal gehaald.	³ Onder minimale impact wordt verstaan: <ul style="list-style-type: none"> - Het advies voldoet niet aan alle voorwaarden voor een beperkte impact². of De invoering van het advies is lokaal uit te rollen; of Het advies heeft een neutrale financiële impact of het advies kan een mogelijk positieve impact hebben op de efficiëntie van het zorgstelsel en kent geen tot minimale negatieve financiële gevolgen voor de zorgkosten in de keten; of Het advies kan een mogelijk positieve impact hebben op de CO ₂ uitstoot van het zorgstelsel en kent geen tot minimale negatieve financiële gevolgen voor de zorgkosten in de keten of het advies geeft weinig vermindering van impact op de patiënt.
D	Geen impact⁴ van het advies op doelmatige en duurzame inzet van zorgactiviteiten (inclusief geneesmiddelen), waarbij de veiligheid en effectiviteit van de huidige behandeling minimaal gehaald.	⁴ Onder geen impact wordt verstaan: <ul style="list-style-type: none"> - Het advies voldoet niet aan alle voorwaarden voor een minimale impact³.

7. Afweging – Beslismatrix

Risico	Bewijs ≥ 3	Bewijs = 2	Bewijs = 1	Bewijs = 0
Verwaarloosbaar	A/B/= ✓ Implementeren C = ► lokaal afwegen D = ✗ Niet implementeren	A/B/ = ✓ Implementeren C = ► lokaal afwegen D = ✗ Niet implementeren	A/B/ = ✓ Implementeren C = ► lokaal afwegen D = ✗ Niet implementeren	A/B/C = ► Lokaal afwegen D = ✗ Niet implementeren
Matig	A/B/ = ✓ Implementeren C = ► lokaal afwegen D = ✗ Niet implementeren	A/B/ = ✓ Implementeren C = ► lokaal afwegen D = ✗ Niet implementeren	✗ Niet implementeren	✗ Niet implementeren
Hoog	A/B = ✓ Implementeren C = ► lokaal afwegen D = ✗ Niet implementeren	A/B = ► lokaal afwegen C/D = ✗ Niet implementeren	✗ Niet implementeren	✗ Niet implementeren

Toelichting: Deze matrix voorkomt dat interventies zonder voldoende bewijs of met disproportionele risico's te snel worden geïmplementeerd.

Legenda aanbevelingen:

- ✓ **Overall Implementeren:** direct toepassen in de praktijk, eventueel met lichte monitoring.
- **Lokaal afwegen,** proberen om pilots of lokale registraties te doen
- ✗ **Niet implementeren:** Advies om reguliere werkwijze te handhaven wegens minimale impact en/of onderbouwing.

De synthese wordt door de commissie tijdens de vergadering per advies doorgenomen en gescoord.
De aanbeveling kan van een "vrijetekst" implementatienotitie worden voorzien o.b.v. advies van de CieDD.

8. Rapportage & Review

Interventies Groeperen & Besluiten

In veel CieDD adviezen worden meerdere interventies of voorstellen samengenomen. Dit vergt een zorgvuldige aanpak bij het scoren, vergelijken en adviseren, om het risico van over-simplificatie of foutieve generalisatie te voorkomen.

8.1 Interventies individueel blijven beoordelen

- Elke interventie krijgt in chronologische volgorde een eigen **1) Risicoclassificatie 2) Bewijscore 3) Impactbeoordeling**.
- Noteer voor elke interventie expliciet welke aannames gelden en welke uitkomstmaten zijn geëvalueerd in de hiervoor bestemde vrije tekst.
- Vul per interventie afzonderlijk de **4) Beslismatrix** in.
- Bovenstaande stappen zullen per advies (en deeladvies) tijdens de vergadering van de commissie worden besproken en vastgelegd. Het geschreven rapport en de score wordt door de leden van de commissie beoordeeld en wordt in de volgende vergadering vastgesteld.

8.2 Besluitvormingsstrategieën

Er zijn drie besluitstrategieën bij meervoudige interventies:

1. **Gesplitst advies:** Elk onderdeel krijgt een eigen aanbeveling (✓/▶/✗). Dit is aan te raden bij duidelijke verschillen in bewijs of impact.
2. **Gecombineerd advies “conservatief”:** De zwaarste score (hoogste risico of laagste bewijs/impact) is leidend. Gebruik dit bij sterke onderlinge afhankelijkheid tussen de interventies.
3. **Gecombineerd advies “gedifferentieerd”:** In de hoofdtekst één gezamenlijke conclusie, met nuances en interventie-afhankelijkheid in voetnoot, bijlage of toelichting (bijvoorbeeld: “deeladvies A kan zonder B worden geïmplementeerd”).

Na besluitvorming gaat de CieDD een publicatie schrijven waarin alle bovengenoemde stappen overzichtelijk en transparant in een tabel worden weergegeven.

9. Bronnen en Referenties

1. NVMO strategie document 2022-2026. Beschikbaar via <https://www.nvmo.org/nvmo/strategie-2022-2026/>
2. Zorginstituut Nederland. Doelmatigheidsinitiatieven dure geneesmiddelen. Beschikbaar via <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2024/10/08/notitie-off-labelgebruik-bij-doelmatigheidsinitiatieven-dure-geneesmiddelen>
3. KNMP. Besliskaart beoordeling geneesmiddelinteracties. Beschikbaar via: <https://www.knmp.nl/media/112> (Geraadpleegd september 21, 2025).
4. NVMO. PASKWIL-criteria 2023. Beschikbaar via: <https://www.nvmo.org/over-de-adviezen/>. (Geraadpleegd september 21, 2025).
5. NFU. Richtlijn kwaliteitsborging mensgebonden onderzoek — update september 2023. Beschikbaar via: https://www.nfu.nl/sites/default/files/2023-09/23.01358_Richtlijn_Kwaliteitsborging_Mensgebonden_Onderzoek_2023.pdf. (Geraadpleegd 21 september 2025).

10. Bijlage 1: Flowchart

Commissie Doelmatigheid en Duurzaamheid Methodiek beoordeling doelmatigheidsinitiatieven

