



Oproep tot aandragen kennisvragen voor Doorlopende Ronde programma ZE&GG – Ronde 3

Datum geplaatst: 16 december 2025

Deadline indiening kennisvraag: 4 mei 2026, 10:00 uur

Het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) opent een nieuwe oproep voor impactvolle kennisvragen uit de medisch specialistische zorg (MSZ). Het programma ZE&GG is een gezamenlijk initiatief van alle partijen in de MSZ (zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en overheid). Het ministerie van VWS is opdrachtgever en Zorginstituut Nederland (ZiN) en ZonMw zijn strategische partners van het programma ZE&GG.

Structureel proces

Het ZE&GG-programma heeft in 2025 de stap gezet naar het inrichten van een continu en structureel proces om kennisvragen vanuit de MSZ op te halen. Jaarlijks zijn hiervoor twee momenten gekomen voor het aandragen van impactvolle kennisvragen. Een selectie van deze impactvolle kennisvragen zal vervolgens in co-creatie uitgewerkt worden tot, door de MSZ-partijen gedragen, zorgevaluaties die de kennisvraag beantwoorden zodat patiënten de bewezen beste zorg krijgen. De nadruk ligt daarbij op kennisvragen met grote maatschappelijke impact. Daarbij gaat het om grote gezondheidswinst voor de patiënt, grote kostenbesparing, kleinere negatieve impact op klimaat en milieu, en vermindering van inzet van schaarse zorgprofessionals. Kennisvragen kunnen uit verschillende bronnen komen zoals kennisagenda's (al dan niet op basis van een kennisvraag uit een richtlijn) of pakketbeheer en moeten voldoen aan de gestelde voorwaarden ([bijlage 1](#)).

Deze oproep, gericht aan de FMS, V&VN, het Zorginstituut en ZN, is onderdeel van dit halfjaarlijkse proces. In deze oproep worden het proces en de voorwaarden toegelicht. Het proces bestaat uit de volgende fases:

- Aandragen kennisvragen;
- Selectie impactvolle kennisvragen voor co-creatie;
- Werving en selectie projectleider en -groep;
- Co-creatie tot gedragen onderzoeksprotocol;
- Beoordeling en honorering van de in co-creatie uitgewerkte onderzoeksprotocollen.

Hieronder wordt beschreven waar kennisvragen aan moeten voldoen en hoe deze vervolgens worden beoordeeld en geselecteerd voor co-creatie om te komen tot een uitgewerkt projectvoorstel. Het proces van het selecteren van een projectleider en co-creatie wordt tevens kort toegelicht. Een uitgebreide beschrijving van de processen is bijgevoegd ([bijlage 2](#)). Informatie over het co-creatietraject staat op de [website](#) van ZE&GG. Aanvullende informatie over de co-creatie en het indienen van het uiteindelijk onderzoeksprotocol worden later bekend gemaakt.



Aandragen kennisvragen

De volgende partijen kunnen kennisvragen aandragen: FMS, V&VN, ZiN en ZN. De kennisvragen kunnen, zoals hierboven uitgelegd, uit verschillende bronnen komen, mits ze voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Het gaat om medisch specialistische zorg, bekostigd vanuit de zorgverzekeringswet.
 - Uitgesloten zijn kennisvragen over intramurale dure geneesmiddelen. ZE&GG heeft voor deze vragen de [Gerichte Procedure Dure Geneesmiddelen](#);
- De kennisvraag is geformuleerd als onderzoeksvraag en heeft een duidelijke en strak afgebakende PICO. Dat wil zeggen dat helder is omschreven welke patiënten (P) het betreft, wat de interventie (I) is en met welke controle (C) interventie deze vergeleken wordt en welke uitkomsten (O) daarbij belangrijk zijn;
- De kennisvraag is helder en objectief onderbouwd o.b.v. de gestelde criteria ([bijlage 1](#)) en voorzien van een systematische onderbouwing vanuit de literatuur (o.b.v. de PICO) die, bij indiening, niet ouder is dan 2 jaar;
- Het onderzoek levert onderzoeksresultaten op die direct na afronding van het onderzoek in de professionele kwaliteitsstandaarden en richtlijnen worden opgenomen;
- Alle bij de kennisvraag betrokken wetenschappelijke verenigingen én patiëntenorganisaties¹ onderschrijven het belang van de kennisvraag middels een steunverklaring en zeggen tevens toe actief betrokken te zullen zijn bij het in co-creatie uitwerken van het onderzoeksvoorstel. Gebruik hiervoor de verplichte bijlage 3b en 3c.

Een uitgebreide beschrijving van de voorwaarden en de criteria zijn te vinden in [bijlage 1](#).

Selectie meest impactvolle kennisvragen

Aangedragen kennisvragen worden getoetst op de voorwaarden door de ZE&GG-projectorganisatie. Kennisvragen die voldoen aan de voorwaarden worden voorgelegd aan een afvaardiging van de MSZ-partijen verenigd in ZE&GG en het Zorginstituut; de ZE&GG-selectiecommissie. De selectiecommissie zal de ingediende kennisvragen schriftelijk beoordelen op kwaliteit en impact (laag impactvol, impactvol, impactvol met voorwaarden, niet te beoordelen-mogelijk laag impactvol, niet te beoordelen- potentieel impactvol of een afwijzing op voorwaarden van de ronde).

Onder begeleiding van een onafhankelijke voorzitter selecteert² de selectiecommissie tijdens een vergadering de kennisvragen die in co-creatie uitgewerkt gaan worden. ZonMw is waarnemer tijdens deze vergadering.

¹ Patiëntenorganisaties of -verenigingen die namens een achterban spreken en de belangen van de gehele doelgroep behartigen. Kijk welke patiëntenorganisatie betrokken is bij de autorisatie van de richtlijn waar de uitkomsten van het onderzoek in terugkomen. Voor advies of wat te doen als er geen patiëntenorganisatie voor de doelgroep is, kan contact gezocht worden met Patiëntenfederatie Nederland (l.diepeveen@patientenfederatie.nl).

² Meer informatie over het selectieproces vindt u in [bijlage 2](#).



Hierbij wordt rekening gehouden met:

- De criteria
 - Gezondheidswinst
 - Kostenbesparing
 - Arbeidsinzet
 - Ecologische duurzaamheid
- Urgentie³
- Spreiding (over patiëntgroepen/specialisme en over indienende partij)
- Het beschikbare budget

Kennisvragen die niet geselecteerd zijn voor uitwerking in co-creatie, maar ‘impactvol’ zijn bevonden, worden opgenomen op de [Landelijke Medisch Specialistische Zorg \(MSZ\) Kennisagenda](#). Deze Landelijke MSZ-Kennisagenda bevat de door alle MSZ partijen als impactvol beoordeelde kennisvragen die vanuit de diverse partijen zijn aangeleverd (vaak vanuit bestaande discipline-specifieke kennisagenda’s zoals de kennisagenda’s van de wetenschappelijke verenigingen van de FMS en V&VN) en die voldoen aan de criteria. Kennisvragen die beoordeeld worden als ‘laag impactvol’ komen niet op de Landelijke MSZ-Kennisagenda en kunnen niet geselecteerd worden voor co-creatie. Kennisvragen op de Landelijke MSZ-Kennisagenda worden in de volgende selectieronde weer meegenomen bij de selectie van kennisvragen voor co-creatie. Daarbij zullen deze kennisvragen moeten concurreren met de dan nieuw ingediende kennisvragen. Kennisvragen blijven maximaal 3 jaar op de Landelijke MSZ-Kennisagenda staan, mits de kennisvraag inmiddels niet is beantwoord dan wel opgepakt wordt via een ander subsidieprogramma. Hier zal een korte check op plaats vinden.

Aantal te selecteren kennisvragen

In totaal kunnen er deze ronde maximaal 15 kennisvragen geselecteerd worden voor co-creatie.

Uitwerking in co-creatie

Na de selectie zal in samenspraak met de bij de co-creatie betrokken partijen een projectleider en projectgroep geselecteerd worden ([bijlage 2](#)). Vervolgens wordt de kennisvraag door de projectgroep in samenwerking met de MSZ-partijen binnen het programma ZE&GG uitgewerkt tot een uitgewerkt onderzoeksprotocol. Belangrijke thema’s in het co-creatieproces zijn: passend studiedesign (waar mogelijk gebruikmakend van bestaande data/registraties), minimaal aan te tonen (kosten-) effectiviteit, haalbaarheid van het onderzoek, patiëntenparticipatie en de begroting. De studieopzet moet van een dusdanige zeggingskracht zijn dat de resultaten leiden tot een sterke aanbeveling in de relevante richtlijn. Daar waar het Zorginstituut optreedt als pakketbeoordelaar moet de studieopzet tevens van dusdanige zeggingskracht zijn dat het leidt tot de beantwoording van de vraag of de onderzochte zorg

³ Urgentie kan gegeven worden aan kennisvragen naar zorg waar geen tot weinig alternatieven voor zijn of voor pakketvragen waar een duiding gevraagd is.



voldoet aan het criterium ‘[Stand van de wetenschap en Praktijk](#)’ en dus voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking komt. Meer over het co-creatieproces en de stappen in [bijlage 2](#).

Tijdslijnen

De selectiecyclus start in mei 2026 en heeft de volgende belangrijke data:

Deadline indienen kennisvragen	4 mei 2026 vóór 10:00 uur
Selectie kennisvragen	Medio juni 2026
Kick-off co-creatie	<i>Nader te bepalen</i>
Co-creatie fase 1	Periode oktober – november 2026
Tussentijdse toets	Periode november – februari 2027
Co-creatie fase 2	Periode februari – april 2027
Indiening uitgewerkt voorstel bij ZonMw	Mei 2027

N.B. In uitzonderlijke gevallen -en in samenspraak met ZE&GG - kan het indienen van het uitgewerkte onderzoeksprotocol eenmalig doorgeschoven worden naar een volgend indieningsmoment, bijvoorbeeld wanneer er meer tijd nodig is om tot een volledig uitgewerkt en gedragen projectvoorstel te komen.

Indienen

De deadline voor indiening is 4 mei 2026, 10:00 uur. De onderstaande documenten zijn van toepassing bij het indienen van de kennisvraag:

- 3a. Indieningsformulier kennisvraag doorlopende ronde 3
- 3b. Getekende steunverklaring wetenschappelijke vereniging(en)
- 3c. Getekende steunverklaring patiëntenorganisatie(s)

Let op: Alleen de FMS, V&VN, ZiN en ZN kunnen indienen. Deze partijen kunnen eigen interne deadlines stellen zodat zij tijdig bij ZE&GG in kunnen dienen. Informeer bij deze partijen voor hun procedure.

Contact

Voor vragen kunt u contact opnemen met het team Agenderen & Evalueren, via agenderen@zorgevaluatiegepastgebruik.nl



Bijlage 1: Toelichting voorwaarden en criteria

Hieronder vindt u toelichting op de onderdelen van het indieningsformulier om een kennisvraag aan te leveren.

1. Algemene voorwaarden

- Alleen de FMS, V&VN, ZiN en ZN kunnen kennisvragen aandragen passend bij de oproep doorlopende ronde (**deadline 4 mei 2026, 10:00 uur**);
- De onderbouwing is geschreven in het Nederlands;
- U gaat akkoord met het in co-creatie uitwerken van de kennisvraag met de andere MSZ-partijen en ZiN;
- De kennisvraag betreft medisch specialistische zorg die bekostigd wordt vanuit de zorgverzekeringswet;
 - Kennisvragen over intramurale dure geneesmiddelen zijn uitgesloten. ZE&GG heeft voor deze vragen de [Gerichte Procedure Dure Geneesmiddelen](#).
- Het onderzoek levert onderzoeksresultaten op die direct na afronding van het onderzoek in de professionele kwaliteitsstandaarden en/of richtlijnen opgenomen worden, of waar een richtlijn(-module) voor ontwikkeld kan worden;
- Alle direct bij de kennisvraag betrokken wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties⁴ onderschrijven het belang van de kennisvraag middels een verklaring en zeggen tevens toe actief betrokken te zullen zijn bij het in co-creatie uitwerken van het onderzoeksprotocol.

2. Opstellen PICO

Patiënt (P): U beschrijft de patiëntenpopulatie die in het onderzoek onderzocht zal worden met heldere in- en exclusiecriteria. U onderbouwt duidelijk waarom deze patiëntenpopulatie is gekozen en zet helder uiteen waarom de in- en exclusiecriteria zijn gekozen.

Interventie (I): U licht toe welke zorg wordt onderzocht en hoe deze wordt toegepast in de praktijk. Geef daarbij een heldere beschrijving van het behandelprotocol.

Comparator (C): U licht toe met welke zorg de bij (I) interventie beschreven zorg wordt vergeleken en hoe deze wordt toegepast in de praktijk (het kan daarbij ook gaan om afwachtend beleid/geen interventie). Geef, indien van toepassing, een heldere beschrijving van het behandelprotocol.

Outcome (O): Het patiëntenbelang c.q. de gezondheidswinst moet altijd blijken uit de uitkomstmaten. De uitkomstmaten worden geformuleerd op patiëntniveau (gezondheid of kwaliteit van leven). Indien voorhanden moet gebruik worden gemaakt van zogenaamde Core Outcome Sets of PROMs, uitkomstmaten die met en door patiënten gedefinieerd zijn als zijnde

⁴ Patiëntenorganisaties of -verenigingen die namens een achterban spreken en de belangen van de gehele doelgroep behartigen. Kijk welke patiëntenorganisatie betrokken is bij de autorisatie van de richtlijn waar de uitkomsten van het onderzoek in terugkomen. Voor advies of wat te doen als er geen patiëntenorganisatie voor de doelgroep is, kan contact gezocht worden met Patiëntenfederatie Nederland (l.diepeveen@patientenfederatie.nl).



belangrijk voor het nemen van een overwogen besluit (zie [ICHOM: Patient-centred outcomes through value-based healthcare](#) en [COMET Initiative | Home](#)).

Zie ook: [Beoordeling Stand Wetenschap & Praktijk](#) blz. 18-20 met adviezen voor het opstellen van een PICO.

3. Hoe is de huidige praktijk?

U beschrijft de huidige praktijk o.b.v. de ingediende PICO. Waarbij u duidelijk maakt hoe vaak er nu wordt gehandeld conform de comparator en de interventie. Daarnaast omschrijft u of, en zo ja in welke mate, er sprake is van praktijkvariatie en in hoeveel zorginstellingen de te vergelijken behandelingen worden aangeboden. Tevens vragen wij u om toe te lichten of er behandelvoorkeuren zijn vanuit patiënten en/of professionals en of mogelijk andere barrières in de praktijk een rol spelen, die uitvoer van het onderzoek in de weg staan. Als laatste vragen we u of er (onderzoeks-)netwerken actief zijn op dit gebied.

4. Toelichting impact criteria

Er zijn vier criteria op basis waarvan de impact wordt beoordeeld: gezondheidswinst (voor de patiënt), kostenbesparing, arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid (voor de maatschappij). Daarnaast wordt u gevraagd om aan te geven hoeveel patiënten in Nederland de zorg omschreven in de PICO ontvangen, daarmee wordt de maatschappelijke impact in zijn totaal duidelijk.

U onderbouwt, kwantitatief, hoe het oplossen van de kennisvraag gaat bijdragen aan betere zorg, lagere kosten, vermindering van arbeidsinzet en/of vermindering van impact op het klimaat/milieu ten opzichte van het huidige gebruik van de te vergelijken interventie(s) in Nederland.

Zowel milieu- en klimaatimpact als arbeidsinzet worden in het Integraal Zorgakkoord (IZA) benoemd als belangrijk aspecten in het maken van keuzes in de zorg. Momenteel is voor beiden nog geen goed rekenmodel beschikbaar, u wordt wel gevraagd om een eerste inschatting met toelichting te geven welke impact het oplossen van de kennisvraag kan hebben op arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid.

- a) **Gezondheidswinst:** de mogelijk te behalen winst op voor patiënten relevante uitkomstenmaten (klinische uitkomstmaten, 'Patient Reported Outcome Measures' (PROMs), 'Patient Reported Experience Measures' (PREMs)) en de winst die de interventie kan hebben op de ziektelast (bijvoorbeeld in de vorm van 'Disability-Adjusted Life Years' (DALY) of Quality Adjusted Life Years (QALY). De ziektelast ('Burden of Disease') is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door de ziekte. Onderbouw zoveel mogelijk kwantitatief.
- b) **Kostenreductie:** U geeft een inschatting van de kosten vanuit twee perspectieven: het maatschappelijk perspectief en het gezondheidszorgperspectief. Indien beschikbaar baseert u deze onderbouwing op eerder onderzoek. U wordt daarbij gevraagd om de kosten uit te splitsen naar effecten op eventuele personeelskosten, materiële kosten en overige kosten. Omdat het uiteindelijk om het totale kostenplaatje gaat, dient u ook verschuivingen in kosten mee te nemen. Bijvoorbeeld: een patiënt kan eerder ontslagen worden uit het ziekenhuis (kostenbesparing), maar dit betekent wel dat er meer kosten



gemaakt worden voor de thuiszorg. Houd bij uw inschatting ook rekening met het effect op de gedeclareerde kosten in het kader van de Zvw en Wlz.

- c) Arbeidsinzet:** Is er tussen de te onderzoeken interventies sprake van verschil in tijdsinvestering van de verschillende typen zorgprofessionals? Geef het verwachte verschil in inzet per betrokken zorgprofessional (arts, verpleegkundige, laborante etc.) tussen de interventie en de controlehandeling in uren of fte.
- d) Ecologische duurzaamheid** (klimaat- en milieu-impact): Is er een verschil in klimaat- en/of milieu-impact te verwachten tussen de te onderzoeken interventies? Denk hierbij aan de pijlers van de Greendeal en onderbouw kwantitatief waar mogelijk:
- Terugdringen broeikasgasuitstoot (bijvoorbeeld door vermindering in het gebruik van een OK, aantal vervoersbewegingen of, aantal opnamedagen);
 - Zuiniger gebruik van grondstoffen (bijvoorbeeld door een vermindering in de hoeveelheid afval, of contrast- & geneesmiddelengebruik);
 - Minder water- en/of landgebruik (in m³ en/of m²);
 - Minder medicijnresten in het water (bijvoorbeeld door het gepast voorschrijven en verstrekken van noodzakelijke medicijnen);

Aantal patiënten: U onderbouwt de omvang van de populatie (prevalentie/incidentie) in lijn met de PICO, het aantal patiënten, het aantal behandelingen en/of het aantal testen in Nederland waarop de kennisvraag betrekking heeft. Dit moet zo goed mogelijk in kaart worden gebracht en onderbouwd worden met data. Daarbij kan worden gedacht aan Vektis-data, DHD-data, DIS-data, kwaliteitsregistraties, of een eigen inventarisatie op basis van patiëntendossiers. Zie hiervoor ook de bronnen aan het [einde](#) van dit document.

5. Toelichting systematisch literatuuronderzoek

Het oplossen van de kennisvraag moet gericht zijn op het genereren van ontbrekende kennis die direct bruikbaar is voor praktijk en/of beleid. Met het onderzoek van de literatuur onderbouwt u dat er een toegevoegde waarde is van het oplossen van de kennisvraag.

Hoe is het literatuuronderzoek uitgevoerd?

Duidelijk moet worden dat een systematische en brede verkenning van de literatuur heeft plaatsgevonden, waarbij via een transparant beoordelingsproces selecties zijn gemaakt. Aangegeven dient te worden op welke wijze nagegaan is of beschikbare evidentie niet reeds voorhanden is (zoekstrategie, zoektermen, geraadpleegde databases), hoe de bevindingen geselecteerd zijn en wat het onderzoek heeft opgeleverd (zowel kwantitatief als kwalitatief). Zie voor de specifieke vereisten het indieningsformulier (bijlage 3a).

Het systematische literatuuronderzoek wordt standaard geaccepteerd als deze is opgesteld of geaccordeerd door: het Zorginstituut (als onderdeel van een duidingsproces) of het Kennisinstituut van de FMS (als onderdeel van een richtlijnmodule). Indien de kennisvraag niet uit een richtlijn of duiding komt, dan wordt het literatuuronderzoek na indiening beoordeeld door de projectorganisatie van ZE&GG. In dit geval dient het ingediende systematische literatuuronderzoek te voldoen aan de voorwaarden zoals omschreven in de [toelichting Systematische review](#), opgesteld door het ZonMw.



Overzicht van beschikbare bronnen voor de onderbouwing van de kosten en het volume

Landelijke databases

CBS

Informatiebron voor algemene statistische gegevens over bijvoorbeeld zorggebruik

www.statline.cbs.nl

RIVM

Een bron met informatie over ontwikkelingen in de gezondheid van de Nederlandse bevolking en met betrekking tot ziekte, risicofactoren en preventie. Verder ook informatie van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg

www.volksgezondheidenzorg.info

[Opgaven voor volksgezondheid en zorg op weg naar 2050. Vooruitblik Volksgezondheid Toekomstverkenning 2024 | RIVM](#)

Zorginstituut

www.zorginstituutnederland.nl

www.zorginzicht.nl

Nivel

www.nivel.nl

Dutch Hospital Data

www.dhd.nl

NZa

Kerncijfers MSZ

<https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/kerncijfers-msz>

DBC-informatie

Specificiteit van DBC-informatie is vaak niet hoog genoeg om het als enige bron te gebruiken, maar in combinatie met andere bronnen, zoals wetenschappelijke literatuur, kan het tot redelijk tot goede inschatting leiden van de werkelijke onderzoekspopulatie. Opendisdata is een openbare verzameling van landelijke DBC-informatie.

Opendistata – www.opendisdata.nl

Databases van specialismen

Sommige specialismen houden zelf databases bij die voor volume inschattingen erg handig zijn. Ze zijn meestal specifiek en precies.

Bijvoorbeeld:

Oncologie – Integraal kankercentrum Nederland – www.ikn.nl/

Nefrologie – Nefrovisie - www.nefrovisie.nl/

[Zorginstituut richtlijnen voor het uitvoeren van economische evaluaties](#)



Een goede bron voor de referentieprijzen voor economische evaluaties. Bijvoorbeeld de gemiddelde kosten voor diagnostiek worden hier vernoemd, die gebruikt kunnen worden voor de kosteninschatting van de subsidieaanvragen. Een handige bron om te gebruiken als diagnostiek, werkuren etc. berekend moeten worden.

Zorginstituut Nederland [Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg](#) | [Over ons](#) | [Zorginstituut Nederland](#)

Specifieke financiële informatie van het ziekenhuis

Daadwerkelijke kosten kunnen worden opgevraagd bij de financiële afdeling van het ziekenhuis. Dit is vaak een hele nauwkeurige inschatting van de gemaakte kosten, de enige concessie is dat de berekening voor een ziekenhuis wordt gemaakt en deze inschatting daarna geëxtrapoleerd wordt voor de gehele populatie in Nederland.



Bijlage 2: Procesbeschrijving doorlopende ronde ZE&GG

a) Prioritering en selectie

Aangedragen kennisvragen worden door de ZE&GG-projectorganisatie (ZE&GG-PO) beoordeeld of aan alle gestelde voorwaarden (zie oproep) is voldaan en het indieningsformulier volledig is ingevuld. Mocht er informatie missen of stukken ontbreken, dan kan door de ZE&GG-PO worden verzocht om deze informatie alsnog aan te leveren. Deze informatie moet binnen twee werkdagen na opvragen worden aangeleverd.

De inhoudelijke beoordeling en selectie wordt uitgevoerd door de ZE&GG-selectiecommissie, bestaande uit afgevaardigden van de bij ZE&GG betrokken MSZ-partijen en het Zorginstituut. Indien het aangeleverde literatuuronderzoek niet uit een richtlijn module van het Kennisinstituut of vanuit het Zorginstituut komt dan zullen methodologen van ZE&GG beoordelen of het literatuuronderzoek aan de voorwaarden voldoet en geven een oordeel (voldoende of onvoldoende) wat als advies aan de commissie wordt meegegeven. De selectiecommissie wordt voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter en de mogelijke belangen van de leden en de voorzitter worden vooraf in kaart gebracht. Hierbij wordt de [Code omgang met persoonlijke belangen van ZonMw](#) gehanteerd. ZonMw is tijdens de vergadering aanwezig als waarnemer.

De selectiecommissie beoordeelt de kennisvragen die voldoen aan de voorwaarden op kwaliteit en op basis van de gestelde impactcriteria: gezondheidswinst, kostenbesparing, arbeidsinzet, ecologische duurzaamheid. Daarnaast beoordeelt de commissie of de indiening past bij het doel van de oproep en het programma ZE&GG. De selectiecommissie beoordeelt schriftelijk de kwaliteit van de onderbouwing (zowel van de PICO als de criteria) en de impact van de kennisvraag in zijn totaliteit en geeft een beoordeling (laag impactvol, impactvol, niet te beoordelen, mogelijk laag impactvol, niet te beoordelen, potentieel impactvol). Op basis van de individuele beoordelingen zullen de commissieleden in de selectievergadering in consensus één oordeel geven per kennisvraag; 1) impactvol, 2) impactvol met voorwaarden voordat gestart kan worden met co-creëren, 3) laag impactvol 4) niet te beoordelen - potentieel impactvol, 5) niet te beoordelen - mogelijk laag impactvol, 6) voldoet niet aan de voorwaarden. Wanneer het niet lukt om consensus te bereiken zal er gestemd worden.

De impactvolle onderwerpen komen op de landelijk MSZ-Kennisagenda. Vanuit de landelijke MSZ-Kennisagenda selecteert de commissie de kennisvragen die het beste aansluiten bij de oproep voor co-creatie. Bij de aanvang van de selectievergadering wordt aan de hand van het beschikbare budget bepaald hoeveel kennisvragen er maximaal geselecteerd kunnen worden. De commissie houdt bij het selecteren van kennisvragen rekening met, beschikbare onderzoekscapaciteit, spreiding over disciplines en/of ziektebeelden en het beschikbare subsidiebudget/het aantal co-creatieplekken. Voorrang kan bijvoorbeeld gegeven worden aan kennisvragen die relateren aan zorg waar weinig tot geen alternatieven voor zijn of voor pakketvragen waar een duiding gevraagd wordt.



De indieners van de in consensus door de selectiecommissie geselecteerde kennisvragen worden uitgenodigd voor de co-creatiefase.

Kennisvragen die 'impactvol' scoren, maar niet geselecteerd zijn voor co-creatie, worden opgenomen op de Landelijke MSZ-Kennisagenda. De Landelijke MSZ-Kennisagenda bevat dus de door alle MSZ partijen als impactvol beoordeelde kennisvragen die vanuit de diverse partijen zijn aangeleverd (vaak vanuit bestaande discipline-specifieke kennisagenda's zoals de kennisagenda's van de wetenschappelijke verenigingen van de FMS en V&VN) en die voldoen aan de criteria. Kennisvragen die als 'niet te beoordelen, potentieel impactvol' worden beoordeeld kunnen in een volgende ronde opnieuw indienen. Kennisvragen die gescoord worden als 'laag impactvol' of 'niet te beoordelen, mogelijk laag impactvol' worden niet aan de landelijke MSZ-Kennisagenda toegevoegd.

Kennisvragen op de Landelijke MSZ-Kennisagenda worden in de volgende selectieronde weer meegenomen in de prioritering, mits de kennisvraag inmiddels niet is beantwoord, subsidie heeft verkregen of in onderzoek is. Hiervoor zal een check bij de indiener plaatsvinden. Deze vragen zullen vervolgens concurreren met de dan nieuw ingediende kennisvragen. Kennisvragen blijven maximaal 3 jaar op de Landelijke MSZ-Kennisagenda staan, tenzij de kennisvraag inmiddels is beantwoord dan wel opgepakt is via een ander subsidieprogramma. De Landelijke MSZ-Kennisagenda wordt gepubliceerd op de [website van ZE&GG](#).

b) Selectie projectleider en projectgroep

Na de selectie van de kennisvraag wordt, in afstemming met de direct betrokken wetenschappelijke verenigingen of V&VN, een projectleider geselecteerd. Hiervoor zet ZE&GG een vacature op met een functieprofiel welke door de betrokken wetenschappelijke verenigingen(en)/V&VN en de zorgaanbieders (NVZ, UMCNL en waar relevant ZKN) verspreid zal worden. ZE&GG zal de oproep en vacature tevens openbaar delen. Na ontvangst van de gemotiveerde aanmeldingen zullen de betrokken wetenschappelijke verenigingen(en) en de WO van ZE&GG om advies gevraagd worden ten aanzien van de kandidaten, de nadruk ligt daarbij op draagvlak van de kandidaten. Op basis van de brief, de adviezen en het gesprek maken de PO en WO van ZE&GG de keuze voor de projectleider.

Het is mogelijk dat gezien de aard van het onderwerp er meerdere projectleiders nodig zijn. Dat is bv. wanneer een onderwerp multidisciplinair is met even grote betrokkenheid van één of meerdere wetenschappelijke verenigingen of MSZ-partijen. Als bepaald is dat meerdere projectleiders nodig zijn zal vanuit elke partij waar een projectleider van nodig is het bovenstaande proces gevolgd worden. Bij het motivatiegesprek zal de onderlinge samenwerking en rolverdeling besproken worden.

De geselecteerde projectleider(s) is zich bewust van het feit dat de co-creatie tijd en werk kost, voor deze extra inzet is een tegemoetkoming beschikbaar.

Samen met de projectleider en de betrokken MSZ-partijen zal een evenwichtige projectgroep samengesteld worden.



De projectgroep bestaat uit verschillende leden waaronder in elk geval een 1) een hoofdaanvrager; 2) een bestuurlijk verantwoordelijke (vanuit dezelfde instelling als hoofdaanvrager); 3) een projectleider/penvoerder (dezelfde persoon als hoofdaanvrager, tenzij er een tweede persoon is die samen met de hoofdaanvrager verantwoordelijk is voor het project); 4) vertegenwoordiger van de betrokken beroepsgroep(en); 5) patiëntvertegenwoordiger; 6) methodoloog; 7) HTA-expert; en 8) verpleegkundige (bij verpleegkundige onderwerpen). Hierbij zal zorg worden gedragen voor zoveel mogelijk diversiteit in de instellingen die betrokken zijn (minimale vereiste: vertegenwoordiging van zowel academische als niet academische zorgaanbieders).

c) Co-creatie

Het doel van de co-creatie is een zorgevaluatie op te zetten die de kennisvraag beantwoordt en leidt tot een sterke aanbeveling in de richtlijn en (indien relevant) antwoord geeft op de vraag of de zorg pakketwaardig is. Door het gezamenlijk opstellen van het juiste onderzoek zorgen we ervoor dat de uitkomsten ook door alle MSZ-partijen en het Zorginstituut gesteund worden en deze partijen ook de verantwoordelijkheid nemen voor de snelle uitvoer van de zorgevaluatie en aansluitende duiding en implementatie in de praktijk. Het opzetten van de zorgevaluatie doen we samen: de projectgroep ontwikkelt, begeleid door ZE&GG, samen met patiëntvertegenwoordigers, wetenschappelijke verenigingen, V&VN, zorgverzekeraars, het Zorginstituut, het Kennisinstituut van FMS en V&VN en methodologen het onderzoeksprotocol. Ook de zorgaanbieders sluiten in het tweede deel aan en beoordelen de haalbaarheid van de studie-opzet. Door deze intensieve samenwerking ontstaat steun van alle relevante partijen en worden zorgevaluaties gestart die echt een bijdrage leveren aan passende zorg. De verwachting is: als alles aan de voorkant goed geregeld is, dan resulteert dit in een voorspoedig verloop van de zorgevaluatie en snelle duiding en implementatie van de nieuwe kennis.

De co-creatie bestaat uit gemiddeld vier bijeenkomsten verdeeld over twee fasen die elk ongeveer drie maanden duurt, met halverwege een tussentijds toets moment voor alle MSZ-partijen en het Zorginstituut. Vooraf wordt in kaart gebracht wat er voor de specifieke kennisvraag verwacht wordt aan bijeenkomsten en inzet.

Fase 1

In de eerste fase van de co-creatie zal de nadruk liggen op het gezamenlijk verder specificeren en vaststellen van de PICO, het vaststellen van de patiënt relevante uitkomstmaten, het klinisch relevante verschil, de studieopzet en de haalbaarheid. Tijdens deze eerste fase moet duidelijk worden welke studie de partijen nodig achten om de kennisvraag te beantwoorden.

Van de projectgroep wordt verwacht dat zij in de periode tussen de bijeenkomsten het onderzoeksvoorstel steeds verder uitwerken.

Tussentijdse toets

Op basis van het voorstel uit de eerste fase zal aan alle MSZ-partijen en een gedeelde commissie van ZonMw en het Zorginstituut voorgelegd worden of ze akkoord zijn met het in co-creatie vormgegeven studievoorstel of dat zij nog zwaarwegende bezwaren hebben. Alle



partijen en de ZonMw-Zorginstituut commissie hebben hier de mogelijkheid om de achterban te raadplegen en de co-creatie van adviezen te voorzien.

Als er zwaarwegende bezwaren zijn zullen deze in de co-creatiegroep met alle MSZ-partijen en eventueel het Zorginstituut, zonder de projectgroep, worden besproken. Mochten de bezwaren onoverkomelijk zijn dan kan besloten worden de co-creatie te stoppen. De kennisvraag komt dan niet terug op de landelijke MSZ-Kennisagenda en moet opnieuw voorgedragen worden.

Fase 2

Wanneer er geen zwaarwegende bezwaren komen uit de tussentijdse toets kan gestart worden met de tweede fase van de co-creatie. Deze fase richt zich op de verdere, gedetailleerde, uitwerking van het onderzoeksprotocol. Onderdeel hiervan zijn o.a. de verdere uitwerking van het plan van aanpak, het verwerken van de adviezen uit de tussentijdse toets, het patiëntparticipatieplan, het toetsen van de uitvoerbaarheid en de begroting.

De co-creatie resulteert in een uitgewerkte subsidieaanvraag die bij ZonMw ingediend moet worden. De studie, indien door ZonMw gehonoreerd, zal kunnen rekenen op de steun van alle samenwerkende MSZ-partijen en het Zorginstituut binnen het programma ZE&GG.

Meer informatie over de ZE&GG co-creatie werkwijze is te vinden op www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl