



INHOUD

- 3** HOE PSYCHOLOGEN EN PSYCHIATERS TE BETALEN VOOR EEN DBC IN DE CURATIEVE GGZ? **Rudy Douven en Minke Remmerswaal**
- 7** DE RELATIE TUSSEN EIGEN BETALINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG EN GEBRUIK VAN GGZ, GEDWONGEN BEHANDELING EN ACUTE GGZ
Bastian Ravesteijn
- 11** SLIM MET KOSTEN EN BATEN WERKEN VOOR BETERE ZORG AAN KINDEREN
Peter Dijkshoorn
- 13** MACHINE LEARNING VOOR EEN DOELMATIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG **Joran Lokkerbol, Filip Smit, Ben Wijnen**
- 16** HTA-ONDERZOEK IN DE GGZ; EEN MOEILIJKE MOUW OM AAN TE PASSEN
Silvia Evers en Leona Hakkaart-van Roijen
- 21** TERUGBLIK OP EEN SUCCESVOL LOLAHESG 2019
- 24** AANKONDIGING VGE CONGRES 2020, HEALTH ECONOMICS IN THE LOW LANDS: ROOTS AND TRENDS EN AANKONDIGING JOB MARKET
- 25** NIEUW: VGE APP!
- 25** EUHEA CONFERENCE 2020
- 26** SPONSOREN, COLOFON

Het voorjaarsnummer van 2020 heeft als thema 'Health Economics in the Low Lands: Roots and Trends'. Wilt u een bijdrage leveren aan dit nummer, laat het ons vóór 1 december weten via een email aan bulletin@gezondheidseconomie.org! Zie voor meer informatie pagina 27.

VOORWOORD

In 2018 ging 6,6 miljard euro van de totale zorguitgaven van 100 miljard euro naar de geestelijke gezondheidszorg. Uitgesplitst naar diagnose gaat ruim 20% van de zorguitgaven naar psychische stoornissen. Dit maakt de geestelijke gezondheidszorg een interessante bron van onderzoek voor gezondheidseconomen, zowel op het gebied van de financiering als op het gebied van HTA.

In dit bulletin vindt u bijdragen vanuit deze verschillende perspectieven. Daarnaast vindt u het verslag van alweer een succesvolle LolaHESG bijeenkomst en de aankondiging van het VGE congres gecombineerd met een job market voor promovendi op vrijdag 6 maart 2020. Mocht u willen reageren op één van de bijdragen in het bulletin dan nodigen we u van harte uit om uw reactie (max 150 woorden) voor 31 januari 2020 naar bulletin@gezondheidseconomie.org te sturen.

De redactie wenst u veel leesplezier!

HOE PSYCHOLOGEN EN PSYCHIATERS TE BETALEN VOOR EEN DBC IN DE CURATIEVE GGZ?

Rudy Douven en Minke Remmerswaal

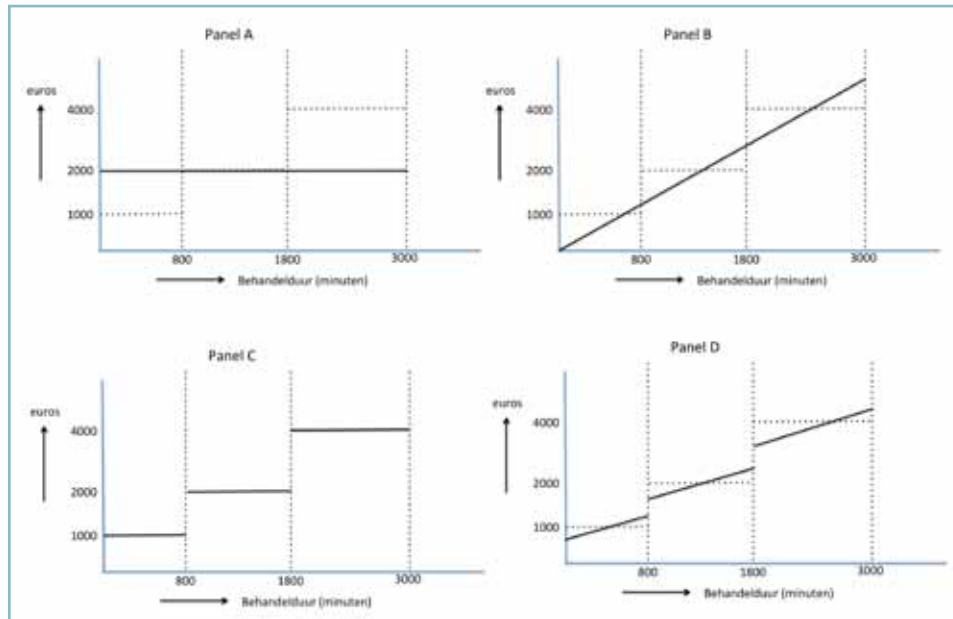
De tweedelijns curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (cGGZ) kent sinds 2008 prestatiebekostiging, waarbij psychologen en psychiaters vergoed worden op basis van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) die ze hebben uitgevoerd. Er is echter behoefte om deze betaalsystematiek te wijzigen vanwege financiële prikkels in het systeem die tot ongewenste gevolgen leiden. Maar wat is wel een goede betaalsystematiek voor een DBC in de cGGZ?

In de ideale betaalsystematiek wordt een psycholoog of psychiater betaald voor de kwaliteit van de behandeling die hij of zij levert. Hoe beter de behandeling, hoe hoger de betaling, en visa versa. De kwaliteit van een behandeling is echter moeilijk te meten, met name in de cGGZ. Voor vormen van curatieve zorg is dat meestal makkelijker. Dat komt bijvoorbeeld omdat voor het plaatsen van een nieuwe heup of knie het bijvoorbeeld (redelijk) duidelijk is wat de behandeling precies behelst en wanneer de behandeling geslaagd is. Dat is niet het geval in de GGZ: het is moeilijk te voorspellen hoe lang een patiënt behandeld moet worden en wat zal werken. Zo hebben sommige patiënten genoeg aan een behandeling van enkele sessies, terwijl andere patiënten wekelijks, jaar in jaar uit, behandeld worden en in totaal wel 20 tot 30 uur per jaar worden behandeld. Daarnaast is het ook moeilijk voor zowel de behandelaar als de patiënt om te bepalen wanneer

de behandeling geslaagd is en wanneer de patiënt genezen is. Deze kenmerken maken het lastig om prestatiebekostiging succesvol in te richten in de cGGZ. Door deze onzekerheid is in de cGGZ het risico op moreel gevaar groot. Dat wil zeggen dat er veel ruimte voor psychologen en psychiaters is om hun patiënten langer of korter te behandelen dan optimaal is vanuit een patiënt of medisch perspectief. Verschillen in de vormgeving van de betaalsystematiek kunnen dan tot verschillend gedrag leiden. We beschrijven in dit artikel vier verschillende vormgevingen en illustreren de mogelijke consequenties van de systemen op behandelgedrag van psychologen en psychiaters in de cGGZ.

Het eerste voorbeeld van een betaalsystematiek is één vast bedrag per DBC, onafhankelijk van de behandelduur (panel A in Figuur 1 op pagina 4). Deze betaalsystematiek geldt bijvoorbeeld voor DBC's in ziekenhuizen. In de cGGZ is deze betaal-

HOE PSYCHOLOGEN EN PSYCHIATERS TE BETALEN VOOR EEN DBC IN DE CURATIEVE GGZ



Figuur 1. Betaalsystematieken op basis van behandelduur in de curatieve GGZ

systematiek echter niet opportuun. Een psychiater of psycholoog krijgt dan voor een korte behandeling van bijvoorbeeld 300 minuten, hetzelfde betaald als voor een lange behandeling van bijvoorbeeld 3000 minuten. Behandelaars die veel patiënten met zware diagnoses en ern-

stige problematiek behandelen, en dus gemiddeld langer behandelen, zouden dan onderbetaald worden, terwijl behandelaars met veel patiënten met minder ernstige problematiek en korte behandelduur worden overbetaald. Daarnaast kent deze betaalsystematiek financiële

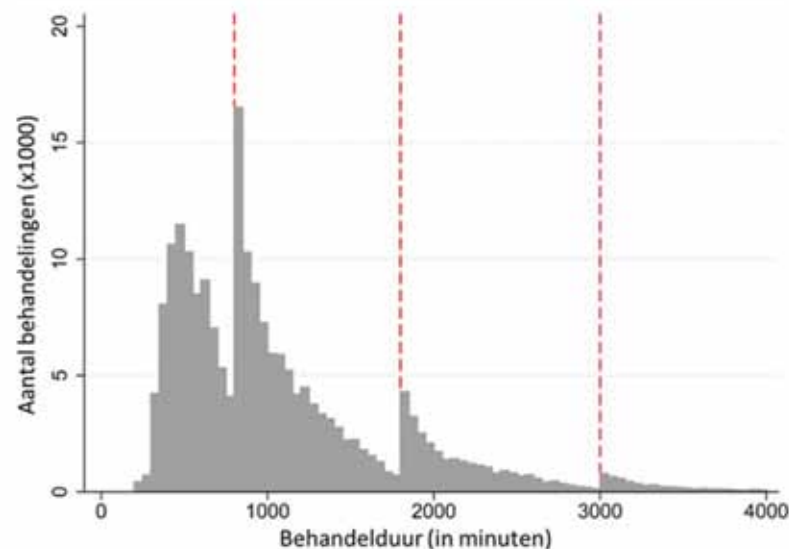
prikkels tot onderbehandeling. Psychologen en psychiaters worden gestimuleerd om behandelingen zo kort mogelijk te houden, omdat ze niet worden betaald voor langer behandelen.

Een betalingssystematiek waarin behandelaars een hogere vergoeding krijgen naarmate ze langer behandelen lijkt dus zinvol. In de betaalsystematiek in panel B in Figuur 1 worden de artsen betaald voor elke minuut die ze hebben behandeld. Dit wordt in de literatuur ook wel een "fee-for-service" systeem genoemd. Het nadeel van deze betaalsystematiek is het risico op overbehandeling. Psychologen en psychiaters ondervinden een financiële prikkel om langer door te behandelen, omdat de marginale opbrengsten van een extra minuut behandelen groter zijn dan de marginale kosten. Dat komt omdat er naast variabele kosten ook vaste kosten, zoals kosten voor de praktijk en administratie, worden verrekend in de vergoeding per minuut. Hierdoor zijn de opbrengsten (gebaseerd op zowel de vaste als

de variabele kosten) van een minuut langer doorbehandelen groter voor een psycholoog of psychiater dan de kosten (gebaseerd op alleen de variabele kosten); de vaste kosten zijn immers al betaald. Merk op dat prikkels voor langer behandelen ook een effect kunnen hebben op de gezondheid van patiënten die op een wachtlijst staan. Deze worden dan minder snel geholpen.

In de huidige betaalsystematiek in de cGGZ, te zien in panel C in Figuur 1, hangt de hoogte van de betaling voor een behandeling ook af van de lengte van de behandelduur, maar stapsgewijs. Om het figuur te vereenvoudigen zijn de bedragen op de verticale as afgerond op duizenden euro's en is de horizontale as afgekapt tot 4000 minuten. Dit houdt in dat een psycholoog of psychiater dezelfde vergoeding krijgt voor een behandeling van 300 minuten als een behandeling van 600 minuten. De vergoeding springt omhoog na de tariefgrenzen van 800 minuten (en 1800 en 3000 minuten).

Deze trapsgewijze betaalsystematiek is eigenlijk een mix van de twee hiervoor genoemde betaalsystemen in panels A en B. Psychologen en psychiaters ondervinden financiële prikkels om zowel langer als korter te behandelen. Stel dat de optimale behandelduur vanuit patiënt perspectief bijvoorbeeld 700 minuten is, dan is het voor een behandelaar financieel aantrekkelijk om nog 100 minuten door te behandelen, omdat de betaling bij de tariefgrens van 800 minuten met 1000 euro toeneemt. Stel dat de optimale behandelduur echter 900 minuten is, dan zal de behandelaar mogelijk stoppen na 800 minuten, omdat zij of hij geen extra vergoeding krijgt voor de laatste 100 minuten. Douven et. al. ¹⁻³ laten zien dat de betaalsystematiek in de cGGZ daadwerkelijk leidt tot deze effecten bij vrijgevestigde psychiaters en psychologen. Figuur 2, overgenomen uit Douven et. al. ², laat de verdeling van de behandelduur zien van zorgaanbieders gedurende 2008-2010. De meeste behandelingen hebben een behandelduur van ongeveer 800,



Figuur 2. Verdeling behandelduur vrijgevestigde artsen gedurende 2008-2010 (behorende bij betaalsystematiek Panel C in Figuur 1)

1800 en 3000 minuten en zijn dus afgekap na de tariefgrenzen. Het voorbeeld laat dus duidelijk zien dat (een deel van de) artsen reageren op financiële prikkels.

Elk van de drie betaalsystematieken kent dus financiële prikkels voor ongewenst

gedrag van zorgaanbieders. McGuire ⁴ stelt dat om overbehandeling te voorkomen de opbrengsten van langer behandelen lager moeten zijn dan de kosten daarvan. Dat kan worden gerealiseerd door behandelaars zowel een vaste als een variabele vergoeding te geven per

DBC, waarbij de variabele vergoeding lager is dan de variabele kosten. In dat geval zullen artsen alleen behandelen als dit bijdraagt aan de gezondheid van de patiënt. In Nederland geldt zo'n betaalsystematiek al voor huisartsen. Huisartsen krijgen een vast bedrag (het inschrijftarief) voor iedere persoon die ingeschreven is in hun praktijk plus een vast bedrag per consult. Zo ontvangt een huisarts voor een consult van 5 tot 20 minuten ongeveer 10 euro⁵. Dat is aanzienlijk lager dan in de betaalsystematiek in panel B, waarin een psycholoog of psychiater ongeveer 30 euro krijgt voor 20 minuten behandelingsduur. Een psycholoog of psychiater in panel B heeft dus een grotere financiële prikkel dan een huisarts om een patiënt langer te behandelen.

Het betaalsysteem in panel D is een mix van elk van de betaalsystemen in panels A, B en C. De betaling neemt toe met de lengte van de behandeling, maar deze vergoeding is lager dan de marginale kosten. Daarnaast neemt de betaling

HOE PSYCHOLOGEN EN PSYCHIATERS TE BETALEN VOOR EEN DBC IN DE CURATIEVE GGZ?

met een vast bedrag toe op elk van de drie grenzen op 800, 1800, 3000 minuten, maar dit vast bedrag is lager dan in panel A. Deze systematiek kan vervolgens verder uitgewerkt worden, bijvoorbeeld waar plaatsen we de tariefgrenzen en hoe hoog zijn de variabele en vaste componenten? Daarnaast zou men een afnemende vergoeding bij langer behandeluren kunnen introduceren. Behandelaren krijgen dan een hogere vergoeding voor een langere behandeling, maar de vergoeding per extra minuut is lager voor langere behandelingen dan voor korte behandelingen. Dit komt overeen met bevindingen in de literatuur dat langer behandelen niet altijd tot betere uitkomsten voor de patiënt leidt (zie bijvoorbeeld Barkham et. al. ⁶).

Onlangs bracht de NZa een advies voor een nieuw bekostigingssysteem in de cGGZ ⁷. De NZa stelt voor om alle GGZ-aanbieders per consult te betalen, waarbij een consult bestaat uit treden van 15 minuten, 15, 30, 45, 60 of 75 minuten.

Dit systeem lijkt dus nog het meest op het systeem in panel C, een betaling per minuut. Dit systeem zal zich in de praktijk moeten bewijzen, maar zoals we eerder gezien hebben, en de NZa ⁷ zelf ook aangeeft, blijven hier de financiële prikkels voor overbehandeling bestaan. De bijbehorende betalingen per 15 minuten zijn echter nog niet bekend en die betalingsstructuur hoeft niet lineair te zijn in het aantal minuten. Wanneer men ook financiële prikkels wil invoeren om korter te behandelen zou men ook kunnen denken aan een vaste en variabele component, maar een consult van maximaal 75 minuten lijkt te kort om te werken met een vast en een variabel bedrag.

Een goede betalingsstructuur in de GGZ is lastig te ontwerpen zeker zolang we onvoldoende informatie hebben over de optimale behandeling, behandelduur en de kwaliteit van een behandeling. Daarnaast spelen bij de grote instellingen ook budgetafspraken en andere afspraken omtrent de zorginkoop die zorgaanbie-

ders jaarlijks met verzekeraars maken een belangrijke rol. De bovenstaande discussie moet dus gezien worden als een eerste aanzet voor een bredere discussie naar een geschikte betalingsstructuur in de GGZ.

Rudy Douven is als gezondheidseconoom werkzaam bij het Centraal Planbureau en de Erasmus Universiteit Rotterdam. Minke Remmerswaal is wetenschappelijk medewerker op het gebied van de gezondheidszorg bij het Centraal Planbureau en promovendus bij de Tilburg Universiteit.

Referenties

1. Douven R, Remmerswaal M, Mosca I. Unintended effects of reimbursement schedules in mental healthcare. *Journal of Health Economics* 2015; 42: 139-150.
2. Douven R, Remmerswaal M, Zoutenbier R. Do altruistic providers have better treatment outcomes? *Journal of Human Resources*. 2019; 54: 310-341.
3. Douven R, Remmerswaal M, Vervliet T. Treatment responses of mental health

care providers after a demand shock. CPB Discussion Paper, 10 september 2019, Centraal Planbureau.

4. McGuire TG. Physician Fees and Behavior: Implications for Structuring a Fee Schedule. In Sloan and Kasper (Eds.) *Incentives and Choice in Health Care*. The MIT Press 2018, 263-288.
5. NZA. Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019, Te vinden op rijksoverheid.nl.
6. Barkham M, Connell J, Stiles WB. Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006; 74: 160-167.
7. NZA. Advies zorgprestatie model GGZ en fz. Te vinden op rijksoverheid.nl.

DE RELATIE TUSSEN EIGEN BETALINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG EN GEBRUIK VAN GGZ, GEDWONGEN BEHANDELING EN ACUTE GGZ

Bastian Ravesteijn

Op 1 januari 2012 werd de eigen bijdrage voor de GGZ geïntroduceerd. Patiënten die vanaf die dag een behandeling (Diagnose Behandeling Combinatie, afgekort DBC) in de specialistische GGZ startten, betaalden naast het eigen risico een extra bedrag uit eigen zak. Uit onze studie, gepubliceerd in JAMA Psychiatry¹, blijkt dat het aantal patiënten met milde en ernstige stoornissen vervolgens afnam, met name in armere buurten. In totaal leidde dit tot netto besparingen, maar voor patiënten met een psychotische of bipolaire stoornis was de eigen bijdrage geassocieerd met kostbare stijging van het aantal DBC's dat werd geopend vanwege gedwongen behandeling en acute (crisis) GGZ.

ARGUMENTEN VOOR EN TEGEN EIGEN BETALINGEN IN DE ZORG

Hogere eigen betalingen in de gezondheidszorg leiden tot lagere zorgkosten omdat mensen geneigd zijn om minder zorg te gebruiken als ze een deel van de kosten moeten betalen^{2,3}. In de wetenschappelijke literatuur over zorgverzekeringen wordt gesteld dat, als de vraag naar een bepaalde zorgvorm sterk daalt als de prijs stijgt, zoals bijvoorbeeld bij tandartszorg en fysiotherapie het geval is, hieruit blijkt dat patiënten weinig waarde hechten aan dergelijke zorg^{4,5}. Omdat is gebleken dat de vraag naar geestelijke gezondheidszorg (GGZ) sterk reageert op prijsveranderingen, hebben sommige onderzoekers gesteld dat er een efficiëntie-argument is om eigen betalingen voor de GGZ hoger te maken dan voor andere zorgvormen⁶.



DE RELATIE TUSSEN EIGEN BETALINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG EN GEBRUIK VAN GGZ, GEDWONGEN BEHANDELING EN ACUTE GGZ

Echter, uit empirische studies blijkt dat patiënten als gevolg van eigen betalingen niet alleen gebruik van zorg met lage waarde verminderen, maar ook minder zorg met hoge waarde gebruiken^{7,8}. Dit kan tot gevolg hebben dat invoering van eigen betalingen in de zorg voor bepaalde aandoeningen leidt tot onwenselijke gevolgen, met downstreamkosten die mogelijk hoger zijn dan de besparingen^{9,10}. Voor de patiënt kunnen deze breed gedefinieerde kosten bestaan uit slechtere gezondheid vanwege vermeden behandeling en meer gebruik van downstreamzorg, zoals gedwongen behandeling en acute GGZ. Voor de samenleving kunnen deze kosten bestaan uit de hogere zorgkosten van downstreamzorg voor ziekere patiënten.

Uit de literatuur rijzen een aantal vragen. Is de negatieve associatie tussen hogere eigen betalingen en het gebruik van GGZ verschillend voor patiënten met verschillende kenmerken, zoals sociaal-economische status en diagnose? Is het lagere

gebruik van GGZ geassocieerd met een stijging van de downstreamkosten voor de patiënt of de samenleving in het algemeen? En zo ja, zouden eigen betalingen voor bepaalde patiënten lager moeten zijn dan voor andere patiënten?

EVALUATIE VAN DE GEVOLGEN VAN DE EIGEN BIJDRAGE IN 2012

We hebben deze vragen onderzocht door middel van een quasi-experimenteel studieontwerp in Nederland, waar in 2012 de verplichte eigen betalingen voor specialistische GGZ werden verhoogd, met unieke data over de DBC's van 87% van de Nederlandse GGZ-patiënten van 2010 tot 2012. Onze studie onderzocht of, na de invoering van de eigen bijdrage, minder volwassen patiënten extra- of intramurale GGZ ontvingen. We keken of deze verschillen varieerden tussen inkomensgroepen en per diagnosegroep, inclusief patiënten met ernstige stoornissen die mogelijk veel baat hebben bij GGZ¹¹. Aangezien de eigen bijdrage niet gold voor jongeren, vormen zij een na-

tuurlijke, onaangetaste controlegroep om de gevolgen van de eigen bijdrage op het gebruik van de GGZ door volwassenen te onderzoeken. Vervolgens onderzochten we of de eigen bijdrage geassocieerd was met meer gedwongen behandelingen en crisis-GGZ onder volwassenen en hoe de daaruit voortvloeiende kosten zich verhielden tot de besparingen vanwege verminderd gebruik van reguliere zorg, apart voor elk van de diagnosegroepen.

DE HOOGTE VAN DE EIGEN BIJDRAGE IN 2012

In 2011 was het jaarlijkse eigen risico 170 euro. Om de sterke stijging van GGZ-kosten tegen te gaan besloot het kabinet om eigen betalingen voor ambulante specialistische GGZ voor volwassenen te laten stijgen met 100 euro voor het openen van een DBC en nog eens 100 euro als patiënten tenminste 100 behandelminuten ontvingen. Voor intramurale GGZ gold voor volwassen patiënten een eigen betaling van 145 euro per maand.

Een DBC werkte als volgt. De behandel- laar startte een DBC op het moment dat de behandeling van een patiënt begon, en een DBC bevatte alle zorg voor de betreffende patiënt bij dezelfde GGZ-aan- bieder gedurende maximaal 365 dagen na opening van de DBC. Na 365 dagen werd een DBC automatisch gesloten en om zorg te blijven ontvangen moest een nieuwe DBC geopend worden. Dien- tengevolge hoefden patiënten alleen de eigen bijdrage te betalen als hun DBC geopend was in 2012. Het kabinet besloot om de eigen bijdrage met ingang van 1 januari 2013 af te schaffen.

GEBRUIK VAN GGZ VOOR EN NA DE INVOERING VAN DE EIGEN BIJDRAGE

Figuur 1 toont het aantal geopende DBC's per dag, conditioneel op dag van de week, dag van het jaar, en vakantie- en feestdagen.

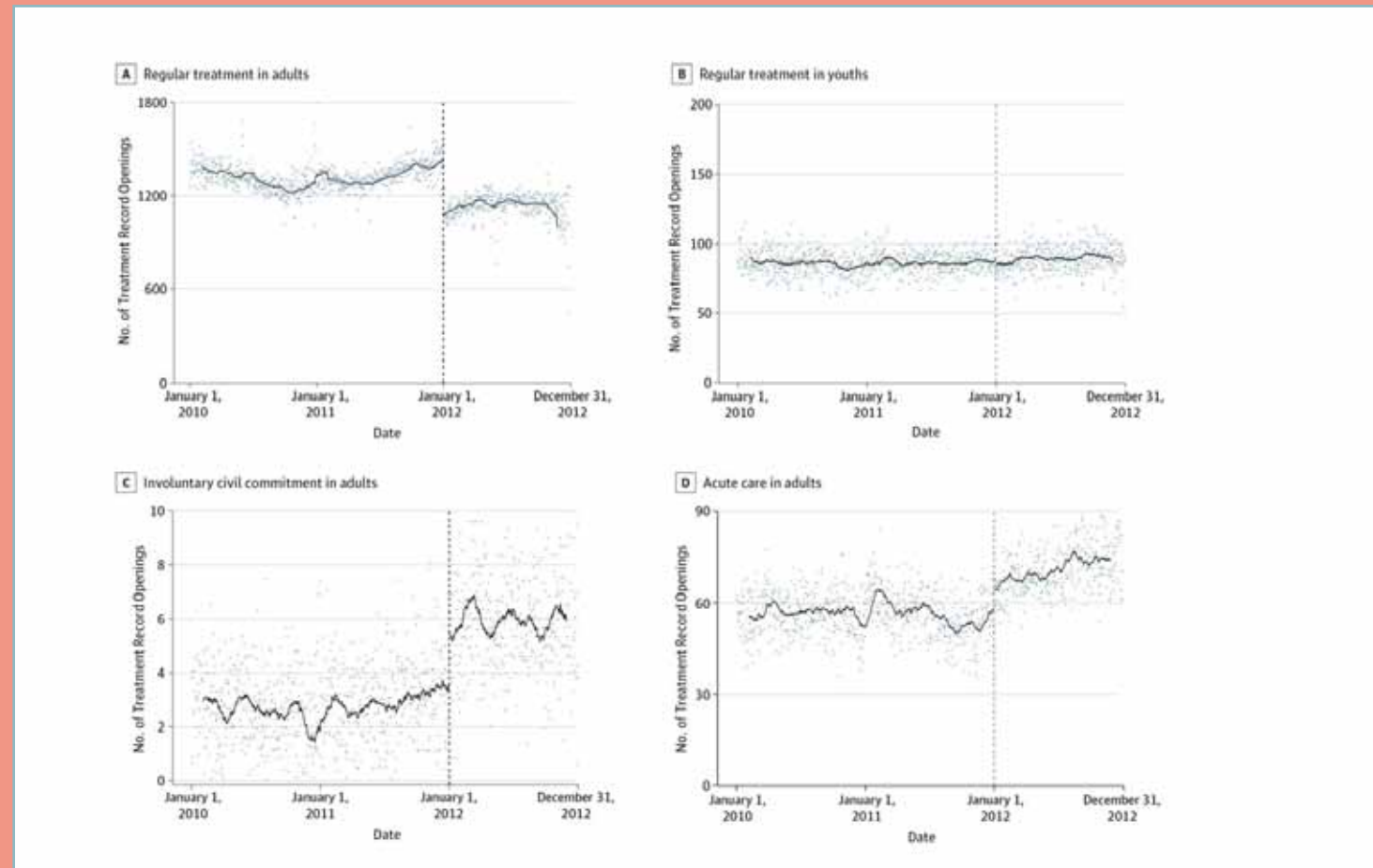
Panel 1A laat zien dat het aantal dage- lijke openingen van reguliere DBC's voor volwassenen in 2012 13.4% lager was dan

in 2011. De daling was abrupt en persistent.

Panel 1B laat zien dat het aantal dagelijkse openingen van reguliere DBC's voor jongeren tussen 15 en 17 jaar oud gedurende dezelfde periode nagenoeg onveranderd bleef.

Panel 1C laat zien dat het aantal DBC's voor gedwongen behandelingen in het kader van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen verdubbelde, en panel 1D laat zien dat het aantal crisis-DBC's met 25% toenam.

De daling in reguliere DBC's voor volwassenen was het grootst in het laagste inkomensdeciël (-16.3%) en het kleinst in de hoogste inkomensdeciëlen (ongeveer -11%). De daling betrof niet enkel de twee grote en relatief milde diagnosegroepen depressieve stoornis (-13.8%) en angststoornis (-13.1%) maar ook de ernstige diagnosegroepen psychotische stoornis (-10.6%) en bipolaire stoornis (-6.5%). De stijging in het aantal gedwongen behandelingen werd grotendeels veroorzaakt



Herdukt van "Association of Cost Sharing With Mental Health Care Use, Involuntary Commitment, and Acute Care", door Ravesteijn, B. et al., 2017, JAMA Psychiatry, 74, p. 935. Copyright 2017 door American Medical Association.

DE RELATIE TUSSEN EIGEN BETALINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG EN GEBRUIK VAN GGZ, GEDWONGEN BEHANDELING EN ACUTE GGZ

door de twee diagnosegroepen waarin gedwongen behandeling ook voor 2012 veel voorkwam: psychotische en bipolaire stoornis.

EFFECTEN OP TOTALE ZORGCOSTEN EN IMPLICATIES VOOR BELEID

De geschatte kosten voor reguliere GGZ daalden in 2012 met 70.4 miljoen euro ten opzichte van 2011. Echter stegen de geschatte kosten voor onvrijwillige behandeling en crisis-GGZ met 57.0 miljoen euro, waardoor de totale geschatte besparingen uitkomen op 13.4 miljoen euro. Geschatte netto besparingen waren het hoogst voor depressieve stoornis en angststoornis met respectievelijk 15.3 en 9.8 miljoen euro. De totale geschatte kosten voor psychotische en bipolaire stoornissen stegen echter met respectievelijk 19.5 en 6.0 miljoen euro.

Dit suggereert dat eigen betalingen in de zorg voor mensen met dergelijke ernstige klachten geen goed idee zijn. Hoewel de eigen bijdrage is afgeschaft moeten patiënten met een psychotische of bi-

polaire stoornis ook in 2019 tot 385 euro uit eigen zak betalen vanwege het eigen risico. Op basis van onze resultaten valt te concluderen dat dergelijke aandoeningen uitgezonderd zouden moeten worden van eigen betalingen.

Bastian Ravesteijn is assistant professor aan de Erasmus School of Economics, onderzoekprogramma Applied Economics.

Referenties

1. Ravesteijn B, Schachar EB, Beekman AT, Janssen RT, Jeurissen PP. Association of cost sharing with mental health care use, involuntary commitment, and acute care. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(9), 932-939.
2. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev*. 1963;53(2):941-973.
3. Zweifel P, Manning WG. Moral hazard and consumer incentives in health care. In: Culyer A, Newhouse J, eds. *Handbook of Health Economics*. Vol 1. Amsterdam, the Netherlands: Elsevier Science BV;2000.
4. Cutler DM, Zeckhauser RJ. The anatomy of health insurance. In: Culyer A, Newhouse J, eds. *Handbook of Health Economics*. Vol 1. Amsterdam, the Netherlands: Elsevier Science BV; 2000.
5. Zeckhauser R. Medical insurance: a case study of the tradeoff between risk spreading and appropriate incentives. *J Econ Theory*. 1970;2(1):10-26.
6. Frank RG, McGuire TG. Economics and mental health. In: Culyer A, Newhouse J, eds. *Handbook of Health Economics*. Vol 1. Amsterdam, the Netherlands: Elsevier Science BV; 2000.
7. Brot-Goldberg ZC, Chandra A, Handel BR, Kolstad JT. What does a deductible do? The impact of cost-sharing on health care prices, quantities, and spending dynamics. *Quart J Econ*. 2017;132(3):1261-1318.
8. Newhouse JP; The Insurance Experiment Group. *Free for All? Lessons From the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1993.
9. Baicker K, Goldman D. Patient cost-sharing and healthcare spending growth. *J Econ Perspect*. 2011;25(2):47-68.
10. Chandra A, Gruber J, McKnight R. Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly. *Am Econ Rev*. 2010;100(1):193-213.
11. J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophr Bull*. 2009;35(4):696-703.

SLIM MET KOSTEN EN BATEN WERKEN VOOR BETERE ZORG AAN KINDEREN

Peter Dijkshoorn

Er was een tijd dat in de zorg praten over geld bijna onfatsoenlijk was. Mensen hebben recht op zorg, dus praat je niet over kosten, je betaalt. Toch werd ook in die tijd natuurlijk wel degelijk over geld gepraat, want er zat een grens aan budgetten. Inmiddels zijn we doorgeslagen en lijkt praten over geld niet alleen volkomen normaal, maar gaan we de kant op dat er in de jeugdhulp meer gepraat wordt over geld dan dat hulpverleners tijd besteden aan kinderen en gezinnen. Bijvoorbeeld de tijd die besteed wordt aan wat wel en niet betaald gaat worden, hoeveel uren ergens aan besteed mogen worden en vervolgens de controlesystemen hierop vragen een veel te hoog percentage van het geld wat we als samenleving beschikbaar hebben voor jeugdhulp. Een recent onderzoek van Berenschot (september 2019) laat zien dat inmiddels 29% van het jeugdhulp-budget besteed wordt aan coördinatie en controle.

Bijzonder is dat de drijfveer achter dit alles is dat we minder geld willen uitgeven aan jeugdhulp en dat we dat doen met een paard achter de wagen: van het kleinere budget zetten we steeds meer geld in voor beheerssystemen die het netto beschikbare bedrag voor jeugdhulp nog veel verder verkleinen. En dan hebben we misschien ook nog een onzichtbaar paard achter die wagen. We willen minder geld uitgeven aan zorg en proberen dat te bereiken met maatregelen die snel geld kunnen opleveren. En hier kunnen gezondheidseconomen een belangrijke rol spelen. Of beter hier kan samenwerking tussen samenleving/financier, zorg en gezondheidseconomie een belangrijke rol spelen. Want weten we zeker dat we met deze besparingen op den duur niet duurder uit zijn? Wie zegt ons dat we niet net zoiets doen als met drie jaar geen uitgaven aan wegonderhoud? Drie jaar besparen en daarna veel meer ongelukken. Die onzekerheid willen we niet

en daarom moeten we deskundigheid inschakelen om dat te weten te komen.

Mijn praktijkervaring als kinderpsychiater is dat er nu minder drukke kinderen van school af gaan dan 20 jaar geleden. Als dat waar is en het komt mede door de zorg vanuit de GGZ dan is er reden die zorg nog beter te ontwikkelen. Het is mijn ervaring, maar is het ook echt waar? Daar kunnen gezondheidseconomen antwoord op helpen geven. Een ander voorbeeld. Is een behandeling van gezinnen van meer dan €1000 per dag duur? Is het té duur? Wat kost het de komende 10, of 20 jaar als je door deze behandeling een kind niet uit huis haalt? En wordt een kind daar beter van? Is het duur? Of kost het veel geld, maar levert het op termijn veel meer op? Die gezinsbehandeling is gericht op de situatie in en om het gezin. Onlangs constateerden we bij toeval dat er ouders zijn die na de gezinsbehandeling voor het eerst van hun leven aan het

werk gaan. Is die behandeling dan nog steeds duur? Los van welbevinden kun je zeggen dat deze mensen in een aantal jaren door hun werk middels belasting hun eigen behandeling al weer terug betaald hebben. Een laatste voorbeeld is dat van angst. We weten dat volwassenen met angst gemiddeld per jaar 2 weken meer verzuimen dan mensen zonder angst. Is het moeilijk te bedenken dat als angstbehandeling ongeveer €1500 kost en bij de huidige stand van de kennis bij 70% van de mensen goed werkt, dat angstbehandeling dan wel een heel erg profijtelijke "investering" is? En als je die behandeling op basisschoollleeftijd biedt, is de opbrengst nog veel groter. Het scheelt bijvoorbeeld lichamelijke ziektes, het scheelt schoolverzuim en doublures en het scheelt later verslavingsproblematiek.

Samenwerking van gezondheidseconomen en jeugdhulpprofessionals kan tot prachtige resultaten leiden. Jeugdhulp-

SLIM MET KOSTEN EN BATEN WERKEN VOOR BETERE ZORG AAN KINDEREN



Inschatting van coördinatiekosten binnen de Jeugdwet

professionals willen hun werk altijd weer wat beter doen. Gezondheidseconomen zijn bij uitstek de mensen die kunnen aantonen wat het effect van zorg in de samenleving is. Ze zijn ook in staat om modellen te ontwikkelen, waarmee we kunnen zien dat de ene methode van behandelen meer oplevert dan de andere en soms dat niks doen meer oplevert dan wel wat doen. Daarmee bieden ze jeugdhulpprofessionals en hun wetenschappelijk onderzoekers de kans op een goede effectmaat en dus een middel om de kwaliteit van zorg gericht te ontwikkelen. Nog mooier is het natuurlijk dit te doen in de driehoek van financier, zorgaanbieder en zorg econoom. Samen op zo'n slim mogelijke manier, tegen de laagste kosten met de hoogste lange termijn opbrengsten vragen uit de samenleving oppakken: minder kindermishandeling, minder uit huisplaatsingen, minder schoolverzuim, meer kinderen die als volwassenen voor zich zelf kunnen zorgen,

Ik nodig gezondheidseconomen uit te gaan werken in jeugdhulp en GGZ en

vandaaruit belangrijke kennis en vaardigheden in de samenleving in te zetten en verder te ontwikkelen.

Peter Dijkshoorn is kinder- en jeugdpsychiater en bestuurder van Accare, Ambassadeur lerend jeugdhulpstelsel voor de VNG

MACHINE LEARNING VOOR EEN DOELMATIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Joran Lokkerbol, Filip Smit, Ben Wijnen

Machine learning wordt steeds vaker genoemd in het kader van het streven naar een meer effectief, doelmatig en gepersonaliseerd zorgsysteem¹. De gedachte is daarbij dat wanneer we voor elke specifieke patiënt de optimale behandeling kunnen identificeren, de geboden zorg effectiever en doelmatiger wordt. Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bestaat in toenemende mate aandacht voor deze aanpak en zijn er soms hoge verwachtingen omtrent wat machine learning kan bijdragen aan 'personalized psychiatry'. Een soms ontoereikend begrip over de mogelijkheden en beperkingen van machine learning-achtige methodieken staan een constructief gebruik van deze aanpak ter verbetering van de doelmatigheid van de zorg echter nog vaak in de weg. Steeds meer GGZ-instellingen kiezen er daarom voor om zich te verdiepen in de mogelijkheden die machine learning biedt bij het verbeteren van de klinische praktijk.

EFFECT VERSUS PREDICTIE / CLASSIFICATIE

Het streven naar meer doelmatige zorg is niet nieuw. Wel nieuw is dat in deze context steeds vaker wordt gekeken naar de inzet van machine learning, meestal toegepast op observationele data verzameld in de klinische praktijk. In deze context rijst vaak de vraag hoe machine learning zich verhoudt tot meer reguliere onderzoeksmethoden, zoals bijvoorbeeld een *randomized controlled trial*.

Kort gezegd beantwoorden beide aanpakken een ander soort vraag. Randomized controlled trials (en vergelijkbare onderzoeksdesigns die als doel hebben om een specifieke effectparameter te isoleren) beantwoorden een effectvraagstuk: in welke mate veroorzaakt een X-variabele (een behandeling) een effect (op de gezondheid van een patiënt). Bij machine learning gaat het daarentegen

om een predictie- of classificatievraagstuk ten aanzien van een uitkomst Y (bijv. wat is de kans dat een patiënt opknapt).

Statistisch gezien richten effectvraagstukken zich dus op het schatten van beta's (de coëfficiënten van de X-variabelen) en richten predictie- of classificatievraagstukken zich op het schatten van Y_i 's (de afhankelijke variabele, oftewel de 'uitkomst').

We diepen het onderscheid tussen een focus op X_i of Y_i variabelen nog wat verder uit. Effectvraagstukken worden beantwoord door een onderzoeksdesign op te stellen waarmee een beta horend bij X_i wordt geïsoleerd. Uit het onderzoeksdesign volgt de analyse waarmee een zo goed mogelijke schatting wordt verkregen van de, in werkelijkheid onbekende, beta. Predictie- of classificatievraagstukken zijn een heel ander soort vraagstuk,

MACHINE LEARNING VOOR EEN DOELMATIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

met name doordat (in geval van een zogenaamd supervised learning vraagstuk) de werkelijke uitkomst, Y_i , bekend is. Het doel is daarbij om het specifieke algoritme te vinden dat zo goed mogelijk in staat is om de, in werkelijkheid bekende, uitkomst Y_i te schatten, specifiek op data waarop je machine learning algoritme niet is getraind (door gebruik te maken van onder andere cross-validatie). Dit leidt tot een zoektocht naar het best mogelijke algoritme, waardoor supervised machine learning ook wel functional form fitting wordt genoemd.

ECONOMISCHE EVALUATIES EN MACHINE LEARNING

Het genereren van evidentie ter verbetering van de doelmatigheid gebeurt veelal door (model-based of trial-based) economische evaluaties. Met deze type studies worden effectvraagstukken beantwoord (bijv. wat is het effect van een interventie op de kosten en gezondheid). Machine learning projecten gericht op het verbeteren van de doelmatigheid

van zorg doorlopen typisch een andere route: niet via het inschatten van een gepersonaliseerd effect zoals wel eens wordt gedacht, maar door het maken van een gepersonaliseerde en klinisch relevante predictie of classificatie. De vraag wordt dus (als we ons richten op predictie): wat is in het kader van gezondheid en/of kosten, relevant om eerder aan te zien komen? Bijvoorbeeld: bij wie gaat first-line treatment waarschijnlijk niet werken (en kan overwogen worden om direct met second-line treatment te starten); wie heeft een grote kans om in de komende drie maanden een depressie te ontwikkelen (en komt dus in aanmerking voor kosteneffectieve depressiepreventie); bij wie is de kans klein dat laag intensieve behandeling in de basis GGZ voldoende gaat zijn (en kan overwogen worden om eerder op te schalen naar de meer intensieve specialistische GGZ). Aan elk van deze voorbeelden is te zien dat een predictievraagstuk (bij wie kunnen we een bepaalde uitkomst verwachten) natuurlijkerwijs wordt opgevolgd door een

effectvraagstuk (en wat kunnen we doen om dit te veranderen). Soms kunnen we daarbij een beroep doen op beschikbaar effectonderzoek (zoals in het geval van het aanbieden van effectieve depressiepreventie) en soms kan dit niet en zullen behandelaars moeten ontdekken hoe om te gaan met een bepaalde risicogroep (bijvoorbeeld patiënten waarvan voorspeld wordt dat ze een grote kans hebben om vroegtijdig hun behandeling af te breken).

De economische waarde van de implementatie van een machine learning toepassing is daarmee uit te rekenen als het verschil tussen de kosten en baten die het gevolg zijn van acteren op de voorspelling van een machine learning algoritme (bijv. starten met second-line treatment wanneer first-line treatment voorspeld wordt niet te werken), waarbij rekening gehouden moet worden met het feit dat machine learning algoritmen fouten maken (en een deel van de patiënten dus onterecht first-line treatment wordt ont-

houden). De kosten en baten van juiste en onjuiste beslissingen als gevolg van de inzet van het machine learning algoritme zijn veelal niet empirisch af te leiden en zullen moeten worden onderbouwd met aannamen. De economische evaluatie van een machine learning toepassing is in die zin dus meer verwant met een model-based economische evaluatie dan met een trial-based economische evaluatie.

Een interessante uitzondering hierop betreft de toepassing van machine learning op data van een randomized controlled trial, zoals beschreven in bijvoorbeeld DeRubeis et al. 2014². In deze specifieke context worden de behandeluitkomsten (Y_i 's) voor patiënten voorspeld met behulp van machine learning, en biedt randomisatie bovendien de mogelijkheid om de beta van je gerandomiseerde conditie causaal te interpreteren. Voor een patiënt kan dan geschat worden wat de voorspelde behandeluitkomst is in beide condities, en kan gekozen worden voor de conditie die voor deze specifieke pa-

tiënt naar verwachting leidt tot de beste verhouding tussen gezondheidswinst en kosten.

LESSONS LEARNED

GGZ-instellingen zijn in toenemende mate bezig om te verkennen wat machine learning op hun observationele data voor mogelijkheden biedt. In 2019 volgden / volgen 20 verschillende GGZ-instellingen de opleiding machine learning in de klinische praktijk op het Trimbos instituut, waarbij deelnemers leren wat geschikte machine learning projecten zijn en hoe een machine learning project op basis van de eigen data van A tot Z wordt doorlopen. Instellingen keken daarbij bijvoorbeeld naar het voorspellen van zorgkosten, het voorspellen van suïcidepogingen, het voorspellen van behandelingsucces of het voorspellen van vroegtijdige uitval van patiënten. Dit soort pilotprojecten zijn arbeidsintensief en laten zien dat een structureel data-gedreven aanpak veel vraagt van een zorginstelling in termen van de toegankelijkheid en kwaliteit van

data. De pilotprojecten lieten vaak zien dat informatie tot en met de intake van een patiënt weinig voorspellende kracht heeft over het verdere beloop van de patiënt, zelfs als die intake relatief uitgebreid is (al zijn dit soort observaties natuurlijk anekdotisch). Daarnaast leek machine learning goed in staat om zogenaamde 'ultrahoog risicogroepen' te selecteren, waarbinnen relatief veel patiënten zitten die bijvoorbeeld vroegtijdig hun behandeling afbreken. Verder onderzoek moet uitwijzen welke soort informatie benodigd is om tot steeds betere voorspellingen te komen.

CONCLUSIE

GGZ-instellingen hebben steeds meer interesse in het toepassen van machine learning ter verbetering van de klinische praktijk. In deze fase bieden praktijkgerichte opleidingen een goede plek voor instellingen om gericht stappen te zetten, maar ook om te leren van projecten van andere GGZ-instellingen. Met het ontstaan van dit soort voorbeelden

ontstaat tegelijkertijd een sterke behoefte aan richtlijnen over de manier waarop wordt gerapporteerd over de methode en bevindingen van machine learning projecten. Het verschijnen van de richtlijnen omtrent de uitvoer en rapportage van economische evaluaties^{3,4} droeg sterk bij aan het beter op waarde kunnen schatten van toegepaste methoden en resultaten van dit soort studies. Vergelijkbare richtlijnen op het gebied van machine learning projecten moet voorkomen dat veel van de energie die nu wordt gestoken in machine learning projecten door een gebrek aan goede rapportage uiteindelijk slechts beperkt bijdraagt aan de kennisaccumulatie op dit gebied.

Joran Lokkerbol is gezondheidseconoom en data scientist bij het Trimbos Instituut. Hij is hoofddocent bij de opleiding Machine learning in de klinische praktijk (zie www.trimbos.nl voor meer informatie). Filip Smit is Chief Scientist bij het Trimbos Instituut en hoogleraar Publiek Geestelijke Gezondheid aan de AMCs, locatie VUmc. Ben Wijnen is

gezondheidseconoom bij het Trimbos Instituut en post-doctoraal onderzoeker bij het Maastricht Universitair Medisch Centrum+.

Referenties

1. Doupe P, Faghmous J, Basu S. Machine Learning for Health Services Researchers. *Value in Health*. 2019; 22: 808-815
2. DeRubeis RJ, Cohen ZD, Forand NR, et al. The Personalized Advantage Index: Translating Research on Prediction into Individualized Treatment Recommendations. A Demonstration. *PLOS ONE*. 2014; 9: e83875.
3. Drummond MF, Jefferson TO. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. The BMJ Economic Evaluation Working Party. *BMJ* 1996; 313: 275-83.
4. Husereau D, Drummond M, Petrou S, et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS)--explanation and elaboration: a report of the ISPOR Health Economic Evaluation Publication Guidelines Good Reporting Practices Task Force. *Value in Health*. 2013; 16: 231-50.

HTA-ONDERZOEK IN DE GGZ; EEN MOEILIJKE MOUW OM AAN TE PASSEN

Silvia Evers en Leona Hakkaart-van Roijen

Weinig is zo belangrijk als een goede gezondheid, dat geldt ook voor de mentale gezondheid. De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is één van de belangrijkste sectoren binnen de Nederlandse gezondheidszorg, als gevolg van de hoge prevalentie van psychische stoornissen, de grote ziektelast en de hoge maatschappelijke kosten^{1,2}. De mentale gezondheid is van invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn omgeving, op de kosten van de gezondheidszorg, maar ook op de uitgaven in andere sectoren, zoals uitgaven voor de patiënt en zijn familie, onderwijs, justitie en productiviteitsverliezen voor betaald en onbetaald werk³⁻⁵.

Door deze impact zijn Health Technology Assessment (HTA) en economisch evaluatieonderzoek binnen de GGZ in toenemende mate belangrijk, waarbij te concluderen valt dat zorgonderzoek in de GGZ ook in economische opzicht rendeedt⁶. De HTA-onderzoekers binnen de GGZ stuiten echter op een aantal uitdagingen. Dit heeft deels te maken met de specifieke kenmerken van de GGZ-sector zelf. Daarnaast, worstelen gezondheidseconomen binnen de GGZ met het probleem dat de HTA-methoden, waar ook de Nederlandse HTA richtlijnen op zijn gebaseerd⁷, voornamelijk zijn ontwikkeld en verfijnd vanuit de medische curatieve sector. Door deze HTA-methoden zonder enige aanpassingen of aanvullingen toe te passen binnen de GGZ, wordt onderzoek binnen GGZ-sector moeilijker uitvoerbaar en wellicht ook minder valide. In dit artikel willen we een overzicht geven van de

specifieke kenmerken van de GGZ-sector, en de belangrijkste methodologische HTA-uitdagingen voor onderzoek binnen de GGZ beschrijven en mogelijke oplossingen aanstippen.

TYPISCH GGZ, MAAR NIET UNIEK...

De hierna vernoemde (methodologische) uitdagingen zijn niet uniek voor de GGZ, maar binnen de GGZ komen een aantal kenmerken eerder samen voor, waardoor HTA-onderzoek binnen deze sector vaak complexer is dan gezondheidseconomisch onderzoek binnen andere sectoren. De volgende aspecten zijn dus typisch voor de GGZ, maar niet exclusief, ook andere sectoren, bijvoorbeeld de jeugd- en ouderen zorgsector, worstelen deels met dezelfde uitdagingen⁸.

Allereerst is de incidentie van veel psychische stoornissen vaak al op een jonge

leeftijd en hebben de aandoeningen ook dikwijls een chronisch, dus langdurig, beloop. Daarnaast is de negatieve impact van psychische stoornissen op het welbevinden en functioneren van de betrokkene vaak heel groot in vergelijking met andere aandoeningen¹. Vervolgens is het ziekte-inzicht niet bij alle mensen met psychische problemen aanwezig, waardoor de noodzaak tot behandeling niet persé wordt gedragen door de patiënten. Behandelingen zijn daarom niet altijd vrijwillig, wat de therapietrouw niet ten goede komt. Verder is bij chronische patiënten met psychische problemen de behandeling noodgedwongen niet (altijd) gericht op volledig herstel, maar op omgaan met de psychische problematiek. Ten slotte, hebben sommige patiëntengroepen binnen de GGZ te maken met cognitieve problemen, waardoor het moeilijk is om een mening te uiten, bij het invullen van bijvoorbeeld vragenlijsten, die veelal standaard worden gebruikt binnen HTA-onderzoek.

UITDAGINGEN EN OPLOSSINGEN

In tabel 1 is een overzicht gegeven van de diverse uitdagingen kijkend naar HTA-onderzoek in de sector GGZ, waarachter ook een mogelijke oplossingsrichting is aangegeven.

Als eerste zouden wij willen dat er meer aandacht komt voor het identificeren, meten en waarderen van de kosten en opbrengsten buiten de gezondheidszorg. Veel GGZ-behandelingen hebben ook gevolgen voor andere niet gezondheidszorgsectoren, denk bijvoorbeeld aan de

invloed van de psychische gezondheid op deelgebieden als sociale zaken en werkgelegenheid, onderwijs en justitie. De huidige richtlijnen voor economisch evaluatieonderzoek⁹ richten zich voornamelijk op de gezondheidszorg en worden deze brede intersectorale kosten en baten

Aspect	Knelpunt Ggz	Oplossing
Kosten	Relatief veel kosten en baten buiten de gezondheidszorg	Meer aandacht voor intersectorale kosten en baten, zowel wat betreft identificeren, meten en waarderen, in huidige methodologie en richtlijnen
Uitkomsten	Externe (utiliteits) effecten voor een bredere groep dan patiënt met (zware) psychische problemen. Voorgeschreven uitkomstmaten zoals de EuroQol (EQ-5D-5L) zijn niet altijd valide om een verbetering in de GGZ problematiek vast te stellen	Instrumenten, methodologieën en richtlijnen over het meenemen van externe effecten in een kosteneffectiviteitsanalyse. Naast de EQ-5D-5L andere utiliteitsmaten als standaard toelaten, zoals ReQoL en MHQoL
Organisatie en financiering van de zorg	Diverse professionals (binnen en buiten de zorg) zijn betrokken bij de hupverlening, waarbij de gemeente een steeds belangrijker rol speelt. Financiering van deze zorg uit zeer diverse bronnen.	Verdere standaardisatie gepaard gaan met scholing van relevante belanghebbenden op gemeentelijk niveau en de vertaling van deze richtlijnen naar hun context en begrip. De vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG) kan hierbij een belangrijke partner zijn.
Onderzoek	Het opzetten van een RCT is niet altijd mogelijk. Zelfrapportage is niet altijd mogelijk, waardoor proxy metingen noodzakelijk zijn.	Alternatieve onderzoeksdesigns in plaats van de RCT, die zoveel mogelijk biasvrij zijn. Ontwikkelen van en meer onderzoek naar validiteit van proxymaten.

Tabel 1: Knelpunten voor HTA-onderzoek in de GGZ en mogelijke oplossingen

HTA-ONDERZOEK IN DE GGZ; EEN MOEILIJKE MOUW OM AAN TE PASSEN

nog relatief onderbelicht. Hoewel er op nationaal ^{10,11} en internationaal ¹² niveau, hiervoor steeds meer aandacht is, is er nog niet sprake van een alomvattende handleiding om deze elementen te identificeren, meten en waarderen, waardoor de kosten en opbrengsten van de GGZ worden onderschat. Verdere ontwikkelingen op dit gebied zijn gewenst.

Kijkend naar de uitkomsten is het belangrijk om te realiseren dat interventies in de GGZ ook positieve (externe) effecten hebben voor een bredere populatie dan de patiënt met (zware) psychische problemen zelf, bijvoorbeeld op familieleden, burenvrienden en collega's. In de huidige methodiek is er geen consensus hoe deze externaliteiten, bijvoorbeeld verbetering in utiliteiten bij de naaste, kan worden meegenomen economische evaluatiestudies. Over hoe we deze externe effecten kunnen meenemen in HTA-onderzoek bestaat noch geen alomgeaccepteerde methodiek, noch een richtlijn.

Utiliteiten binnen het HTA-onderzoek dienen (verplicht) altijd te worden gemeten door middel van een generieke kwaliteit van leven instrument zoals de EQ-5D-5L ⁷, waarbij aandacht wordt besteed aan vijf aspecten van gezondheid te weten mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn en andere klachten, en stemming. Ondanks dat de EQ-5D-5L voor verschillende diagnosegroepen binnen de GGZ als valide instrument is beoordeeld, zijn er diagnosegroepen waarbij dit niet is gebleken. Bovendien ontvangen wij vanuit het veld regelmatig signalen dat bij de EQ-5D-5L cruciale dimensies ontbreken welke voor personen met psychische problemen belangrijk zijn, waaronder eigenwaarde, zelfvertrouwen, welbevinden en zelfredzaamheid. Inmiddels is een aantal ontwikkelingen gestart welke aan deze tekortkomingen tegemoet wil komen. In Engeland is de Recovering Quality of Life (ReQoL) ontwikkeld ¹³. In Nederland wordt momenteel gewerkt aan de Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL). Beide instrumenten



dekken de domeinen welke belangrijk zijn bevonden bij mensen met psychische problematiek. Bovendien wordt voor beide instrumenten momenteel gewerkt aan een waarderingsset om te komen tot utiliteiten, waardoor ze geschikt zijn voor HTA-onderzoek.

Wat betreft de organisatie en de financiering van de zorg; psychische problemen gaan relatief vaak gepaard met problemen in het sociale domein (schulden, echtscheiding, burenruzies). Dit leidt ertoe dat diverse professionals betrokken zijn bij de gezondheids- en de maatschappelijke zorg van patiënten met psychische problemen, waarbij de gemeente een steeds belangrijkere rol speelt. De huidige richtlijnen voor HTA-onderzoek zijn ontwikkeld in samenwerking met het Zorginstituut, omdat dit orgaan een centrale rol spelen in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Voor voorzieningen die buiten deze wetten vallen, is er daarom geen sprake van standaardisatie

van de HTA-methodologieën. Daarnaast hebben relevante belanghebbenden, op bijvoorbeeld gemeentelijk niveau, over het algemeen, een beperkte kennis op het gebied van HTA. De vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG) kan mogelijk een belangrijke partner zijn om inzicht in het HTA-onderzoek verder te ontwikkelen in een bredere groep van belanghebbenden.

Ten slotte, onderzoek binnen de GGZ kent vaak vele andere hordes. Het doen van onderzoek binnen een Randomised Controlled Trial is niet altijd mogelijk binnen de GGZ. Alternatieve onderzoeksdesign in plaats van de RCT, die zoveel mogelijk biasvrij zijn, moeten daarom verder worden ontwikkeld en onderzocht. Al eerder is vermeld dat vanwege het gebrek aan ziekte-inzicht en cognitieve problemen het gebruik van zelf-rapportage instrumenten zoals die gebruikelijk zijn bij het meten van kosten¹⁴ en de EQ-5D-5L¹⁵ niet altijd mogelijk zijn binnen populaties van patiënten met psychische

problemen, waardoor proxy metingen noodzakelijk zijn. Zowel nationaal als internationaal is er weinig onderzoek gedaan naar de validiteit van proxymaten binnen deze doelgroep.

CONCLUSIE

HTA-onderzoek binnen de GGZ kampt met diverse uitdagingen, die deels te maken hebben met de aard van de problematiek, maar ook worden veroorzaakt door het gegeven dat de huidige HTA-richtlijnen, die als standaard worden voorgeschreven, zijn ontwikkeld en verfijnd vanuit de medische curatieve sector. In deze bijdrage hebben we een overzicht willen geven van de belangrijkste knelpunten en oplossingsrichtingen. Zowel nationaal als internationaal is een verdere ontwikkeling van het HTA-onderzoek binnen deze sector gewenst. Gezamenlijke initiatieven, zoals het opstarten van een Special Interest Groep on Mental Health Economics, zoals deze recentelijk is geïnitieerd door de International Health Economics Association, kan hiervoor een

impuls geven. Op nationaal niveau zou een HTA-methodologie programma kunnen bijdragen aan het oplossen van deze uitdagingen, die nu door geldgebrek niet kunnen worden opgepakt.

Silvia Evers is hoogleraar Public Health Technology Assessment aan de Universiteit Maastricht en onderzoeker bij het Trimbos-instituut te Utrecht. Leona Hakkaart-van Roijen is universitair hoofdocent bij Erasmus School of Health Policy & Management van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Referenties

1. de Graaf R, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking; NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos Instituut; 2010.
2. Plasmans MHD, Slobbe LCJ. Voorlopige toewijzing kosten van ziekten 2015; Kosten van ziekten notities 2016-1. Bilthoven: RIVM; Centrum Kennisintegratie Volksge-

- zondheid en Zorg; 2016.
3. Paulus AT, Drost RM, Ruwaard D, Evers SM. Intersectorale kosten en baten van geestelijke (on)gezondheid. *Tijdschr Psychiatr.* 2016;58(10):688-94.
 4. Reeuwijk KG, Robroek SJ, Hakkaart L, Burdorf A. How work impairments and reduced work ability are associated with health care use in workers with musculoskeletal disorders, cardiovascular disorders or mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation.* 2014;24(4):631-9.
 5. Schawo S, Bouwmans C, van der Schee E, Hendriks V, Brouwer W, Hakkaart L. The search for relevant outcome measures for cost-utility analysis of systemic family interventions in adolescents with substance use disorder and delinquent behavior: a systematic literature review. *Health and quality of life outcomes.* 2017;15(1):179.
 6. Lokkerbol J, Lokman S, Janssen R, Evers S, Smit F. Rendeert zorgonderzoek in de GGZ? Utrecht: Trimbos Instituut: Centrum voor Economische Evaluatie; 2016.
 7. Zorginstituut Nederland. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg. Diemen: ZiNL; 2016.
 8. Dirksen C, Evers S. Broad consultation as part of the standardization of economic evaluation research in the youth sector. Maastricht/ Utrecht: Maastricht University/ Trimbos Instituut; 2016.
 9. Hakkaart-van Roijen L, van der Linden N, Bouwmans C, Kanters T, Tan SS. Kostenhandleiding: methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Diemen: ZiNL; 2016.
 10. Drost RM. Intersectoral costs and benefits of health interventions: A change of perspective in economic evaluation. Maastricht: Maastricht University: PhD thesis; 2016.
 11. Drost RMWA, Paulus ATG, Ruwaard D, Evers SMAA. Handleiding intersectorale kosten en baten van (preventieve) interventies: Classificatie, identificatie en kostprijzen. Maastricht: Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences CAPHRI, Care and Public Health Research Institute, Department of Health Services Research; 2014.
 12. <https://pecunia-project.eu/>.
 13. Keetharuth AD, Brazier J, Connell J, Bjorner JB, Carlton J, Taylor Buck E, et al. Recovering Quality of Life (ReQoL): a new generic self-reported outcome measure for use with people experiencing mental health difficulties. *Br J Psychiatry.* 2018;212(1):42-9.
 14. <https://www.imta.nl/questionnaires/>.
 15. Versteegh MM, Vermeulen KM, Evers SMA, de Wit GA, Prenger R, E.A. S. Dutch Tariff for the Five-Level Version of EQ-5D. *Value Health.* 2016;19(4):343-52.

TERUGBLIK OP EEN SUCCESVOL LOLAHESG 2019

Hoewel LolaHESG traditiegetrouw elk jaar op een andere locatie plaatsvindt, vond deze 11e editie, evenals de 5e editie, plaats in het karakteristieke Ehzerwold te Almen. Nadat er door de organisatie zes locaties bezocht zijn en kritisch tegen elkaar afgewogen, sprong deze locatie er toch weer met kop en schouders bovenuit, en zijn we opnieuw naar de prachtige Achterhoek afgereisd.

Zoals ieder jaar worden de deelnemers aan dit congres uitgenodigd om hun concept artikel in te dienen dat, na acceptatie, dan wordt gepresenteerd door een collega onderzoeker. Dit geeft onderzoekers een unieke kans om de kwaliteit van hun artikel te verbeteren en daarmee de kans op succesvolle publicatie te vergroten. Bovendien bevorderen de interactie en constructieve discussies de kwaliteit van gezondheidseconomisch onderzoek in Nederland en België.

De organisatie van LolaHESG 2019 was in handen van de afdeling Health Evidence en de afdeling Operatiekamers van het

Radboudumc in Nijmegen en van de vakgroep Health Technology & Services Research van de Universiteit Twente. Het enthousiasme van de achtkoppige organisatie heeft goed uitgepakt en met 118 inschrijvingen, zowel nationaal als internationaal, werden de verwachtingen ruimschoots overtroffen. Vanwege het overweldigende aantal van 60 ingediende abstracts, en een maximale capaciteit van 50 abstracts gedurende 10 parallelsessies, was de organisatie zelfs genoodzaakt enkele abstracts af te wijzen.

Op donderdag 23 mei werd iedereen van harte welkom geheten door dr. Janneke Grutters en dr. Erik Koffijberg, na een korte introductie van de rijke geschiedenis van de congreslocatie, variërend van ziekenhuis, sanatorium, opleidingscentrum tot de huidige bestemming als hotel en congreslocatie. Hierop volgde de keynote verzorgd door prof. dr. ir. Erwin Hans, hoogleraar Operations Management in Healthcare aan de Universiteit Twente en medeoprichter van het onderzoekscentrum CHOIR (Centre for Healthcare



Operations Improvement & Research). In zijn presentatie introduceerde Erwin aan het publiek zijn onderzoek naar capaciteitsmanagement en planning in de zorg, een onderwerp dat hand in hand kan gaan met kosteneffectiviteitsonderzoek. Hierop volgend werd gestart met een parallelsessie, variërend in thema van toegepaste kosteneffectiviteitsstudies en

business modellen tot methodieken omtrent economische evaluaties en kwaliteit van leven vragenlijsten.

Na een uitgebreid lunchbuffet op het zonnige terras volgden die middag vier parallelsessies. Gedurende de eerste twee parallelsessies lag de nadruk op methodieken omtrent het gebruik en

TERUGBLIK OP EEN SUCCESVOL LOLAHESG 2019



modelleren van trial data in kosteneffectiviteitsstudies, en kwamen daarnaast onderwerpen als shared decision-making en onderzoek naar screeningsintervallen in oncologie aan bod. De congresdag werd inhoudelijk afgesloten met parallelsessies over onder andere uitdagingen omtrent economische evaluaties, beslissingen omtrent vergoedingen, en methodieken voor het kwantificeren van medische kosten in de toekomst.

Na afloop van de sessies was er gelegenheid om in te checken en op te frissen, waarna het programma werd vervolgd met een borrel op het terras. Na het maken van de traditionele groepsfoto werd de barbecue aangestoken, welke afgesloten werd met, zoals één van de deelnemers aangaf in het evaluatieformulier: "het meest uitgebreide dessertbuffet ever!" Tijd om uit te rusten was er niet, want het programma werd vervolgd met de allereerste LolaHESG pubquiz, inclusief een speciale LolaHESG ronde. Met een minimale voorsprong van 0.5

punten ging het team van de Vissen er met de winst vandoor. Deze activiteit was een groot succes en na de prijsuitreiking barstte het feest los met DJ Maxim. Hoewel een groot deel van de deelnemers, evenals de DJ, het om 01.00 uur voor gezien hielden, waren de barmannen van Ehzerwold bereid om de rol van DJ op zich te nemen waardoor het feest tot in de vroege uurtjes voortgezet kon worden.

Maar, zoals dat hoort bij LolaHESG zat iedereen de volgende ochtend weer (min of meer) fris en fruitig aan het ontbijt! En dat was maar goed ook, want vrijdagochtend 24 mei werd het programma voortgezet met drie achtereenvolgende parallelsessies. Gedurende deze sessies werd onder andere aandacht besteed aan socio-economische aspecten van gezondheid en het meten van voorkeuren van patiënten en medisch specialisten. Na (opnieuw) een zonovergoten lunch op het terras waren er gedurende middag nog twee parallelsessies over, onder an-

dere, de gezondheidsimpact van mantelzorg, en kosteneffectiviteitsstudies op het gebied van oncologie.

De dag werd afgesloten met de vlagoverdracht aan dr. Veerle Coupé, dr. Thea van Asselt en dr. Talitha Feenstra, die namens Amsterdam UMC - Vrije Universiteit, UMC Groningen, en de Universiteit Groningen de organisatie van LolaHESG 2020 op zich zullen nemen. Wij wensen hen hiermee heel veel succes en plezier toe! Na het bedanken van de organisatie, de locatie, sponsors, en alle deelnemers die LolaHESG 2019 tot een succes hebben gemaakt werd nog één keer geproost.

Met een gemiddeld eindcijfer van 8,3 kijken we terug op een erg geslaagde 11e editie van LolaHESG en we hopen jullie allen weer te mogen ontmoeten bij de 12e editie!

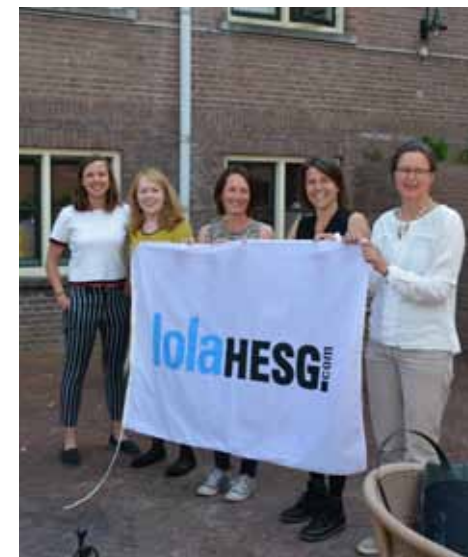
Namens de organisatoren

Universiteit Twente: Erik Koffijberg, Michelle Kip, Michiel van de Ven, en Ingrid de Kaste-

Krisman

Radboudumc: Janneke Grutters, Eddy Adang, Sejal Patel, en Mirre Scholte.

LolaHESG 2019 werd mede mogelijk gemaakt door de afdeling Health Evidence en de afdeling Operatiekamers van het Radboudumc in Nijmegen en de vakgroep Health Technology & Services Research van de Universiteit Twente.



HEALTH ECONOMICS IN THE LOW LANDS: ROOTS AND TRENDS

DATUM: VRIJDAG 6 MAART 2020
LOCATIE: JAARBEURS MEETUP
UTRECHT

Inschrijving vanaf 1 november via:
www.gezondheidseconomie.org

Gezondheidseconomie heeft zich wereldwijd ontwikkeld tot een volwassen wetenschappelijk discipline die sterk is verweven met beleid en praktijk. Tijdens dit congres staan we uitgebreid stil bij de ontwikkeling van dit vakgebied in Nederland en België. In een plenair ochtendprogramma zullen dr. Robert Vonk, prof. Eddy Houwaart en prof. Tom van der Grinten aftrappen met een presentatie over hun onderzoek naar de geschiedenis van de gezondheidseconomie in Nederland. Wie waren de gezondheidseconomen van het eerste uur? Met welke onderwerpen hielden zij zich bezig en door welke internationale collega's lieten zij zich inspireren? Hoe is hun werk van invloed geweest op beleid en praktijk, en

vice versa? Aansluitend vindt een plenaire discussie plaats over recente ontwikkelingen en verwachte trends. Een panel van vooraanstaande gezondheidseconomen zal reflecteren op de geschiedenis van de gezondheidseconomie en verwachtingen uitspreken over de toekomst. Wat zijn belangrijke vraagstukken voor de komende tien jaar? Hoe kunnen gezondheidseconomen daar een bijdrage aan leveren? Uiteraard krijgt het publiek gelegenheid om te reageren en aan te vullen!

Het middagprogramma biedt ruimte aan 2x2 sessies van 75 minuten over actuele thema's. Hiervoor kunnen tot 1 december onderwerpen en voorstellen worden ingediend. Heb je een vraagstuk of onderzoek dat je graag eens uitgebreid zou bespreken met gezondheidseconomen vanuit wetenschap, beleid en praktijk? Pak dan je kans en dien vóór 1 december een voorstel in via congres@gezondheidseconomie.org! Beschrijf daarin kort het onderwerp, de sprekers en opzet van de

sessie zoals je die voor ogen hebt. Vanuit de organisatie zien we graag dat de sessie ruimte biedt voor interactie met het publiek. De sessie mag in het Nederlands plaatsvinden of in het Engels.

NB: voor promovendi vindt 's middags een 'job market' plaats. Meer informatie daarover staat in het kader hieronder. Promovendi hoeven zich niet apart in te schrijven voor het ochtendprogramma.

AANKONDIGING JOB MARKET

DATUM: VRIJDAG 6 MAART 2020
LOCATIE: JAARBEURS MEETUP UTRECHT

Allereerste Nederlands-Vlaamse gezondheidseconomie banenmarkt, gericht op de eerste carrièrestappen na een promotieonderzoek van (afgestudeerde) promovendi. Een dag die begint met inspirerende plenaire sessies op het gebied van gezondheidseconomie (zie aankondiging op deze bladzijde), met na de lunch netwerksessies om potentiële nieuwe werkgevers te ontmoeten, en doorlopend de kans om te praten met vertegenwoordigers van verschillende organisaties en inzicht te krijgen in hun vacatures. Afsluitend een informele borrel.

Inschrijving voor deelnemers en bedrijven is open! Voor deelnemers hanteren we tot 1 november een early-bird tarief. Voor bedrijven is er dit jaar een eerste-editie korting van 50% op een statafel of stand. Voor meer informatie kunt u mailen naar jobmarket@gezondheidseconomie.org. De organisatie is in handen van de VGE samen met de Nederlandse ISPOR-student-chapters.

NIEUW: VGE APP!

1 november lanceert de VGE een eigen app, exclusief voor leden! Waarom? Omdat we onze doelen daarmee beter en gemakkelijker kunnen bereiken! Zo maakt de app het mogelijk voor leden om een profiel aan te maken en informatie te delen met andere leden. Hierdoor wordt het makkelijker om anderen te laten zien waar jij je precies mee bezig houdt. Tegelijkertijd krijg je als lid een beter overzicht van de achtergrond en aandachtsgebieden van andere leden. Daarnaast maakt de app het mogelijk voor de VGE-redactie om nieuwsberichten, publicaties en aankondigingen direct naar leden door te zetten. We kunnen onze leden daarmee beter op de hoogte houden van interessante ontwikkelingen in wetenschap, beleid en praktijk. Ten slotte maakt de app het makkelijker om je als lid aan te melden voor activiteiten zoals het congres in maart. Nadere informatie en instructies volgen eind oktober per email!



EUHEA CONFERENCE 2020



Health economics for sustainable welfare systems **Oslo, 7–10 July 2020**

EUHEA CONFERENCE 2020

Health economics for sustainable welfare systems **Oslo, 7–10 July 2020**

ORGANIZATION AND VENUE

EuHEA conference 2020 will be organized by the Department of Health Management and Health Economics in cooperation with the Frisch Centre. The conference venue is the Blindern Campus, University of Oslo.

ABSTRACT SUBMISSION AND CONFERENCE FEES

Information about abstract submission and conference registration will be made available on the conference website.

IMPORTANT DATES

Conference: 7 – 10 July 2020
Abstract Deadline: 21 January 2020
Notification of Acceptance: 15 March 2020

For further information concerning registration, sponsorship, exhibitors, etc.:
www.euhea.eu/conference-2020.html



SPONSOREN



Erasmus School of
Health Policy
& Management



Radboud Universiteit



Radboudumc

Uw logo ook hier? Neem voor meer informatie contact op met de redactie van het VGE Bulletin (bulletin@gezondheidseconomie.org).



UNIVERSITEIT TWENTE.



COLOFON

REDACTIE

Elske van den Akker-van Marle

Erik Koffijberg

Kayleigh van Winssen

Redactieadres: bulletin@gezondheidseconomie.org

Ontwerp en vormgeving: Yfke Vreugdenhil, Y-werk

Het VGE bulletin is een uitgave van de Vereniging voor Gezondheidseconomie. Het bulletin verschijnt tweemaal per jaar. Wilt u het VGE bulletin blijvend ontvangen, wordt dan lid van de Vereniging voor Gezondheidseconomie, en profiteer tegelijkertijd van de andere voordelen die het lidmaatschap van de vereniging u biedt (zie www.gezondheidseconomie.org)!

Het volgende bulletin heeft als thema '**Health Economics in the Low Lands: Roots and Trends**'. Dit bulletin zal verschijnen op 6 maart 2020, tegelijk met het gelijknamige congres. Zou je graag een bijdrage leveren over de ontwikkeling van een specifiek onderwerp binnen de gezondheidseconomie? Wil je reflecteren op de ontwikkeling van het vakgebied als geheel? Of heb je wellicht een ander idee voor dit themanummer? Laat het ons vóór 1 december weten via een email aan bulletin@gezondheidseconomie.org! Beschrijf daarin kort het onderwerp dat je in gedachten hebt en de opzet van een mogelijke bijdrage. De redactie neemt vervolgens snel contact met je op. De uiteindelijke bijdrage dient uiterlijk 31 januari 2020 te worden aangeleverd en bestaat in beginsel uit 500-1000 woorden. De redactie ziet graag dat de uiteindelijke bijdrage een figuur, tabel of illustratie bevat.



