

AANDACHTSGEBIED

Op weg naar gepaste geestelijke gezondheidszorg

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) was het lange tijd taboe om kosten en effecten met elkaar in relatie te brengen. De wijze waarop de GGZ bekostigd wordt, verandert ingrijpend en bij alle behandelingen wordt routinematig het effect gemeten. Daarmee wordt het in de GGZ steeds gemakkelijker om kosten en effecten met elkaar in verband te brengen en zou de GGZ wel eens een voorbeeld voor de gehele curatieve zorg kunnen worden als het gaat om het in praktijk brengen van gepaste zorg.

RICHARD JANSSEN

Hoogleraar aan de Universiteit van Tilburg en bestuurder bij Altrecht

JAN VAN BUSSCHBACH

Hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en unithoofd bij De Viersprong

Het denken in termen van kosteneffectiviteit zoals voorgestaan door economen als Frans Rutten (Brouwer en Rutten, 2006), is de afgelopen tijd schoorvoetend de GGZ binnen getreden. De ingang werd gevonden via de vergoedingsaanvragen van nieuwe medicatie voor bijvoorbeeld schizofrenie en depressie, waar formele kosteneffectiviteitsanalyses al langer gebruikelijk zijn. Belangrijke stappen zijn vervolgens gezet in de praktijk van de psychotherapie bij behandeling van depressie (Veer-Tazelaar *et al.*, 2010; Hakkaart-van Roijen *et al.*, 2006) en persoonlijkheidsstoornissen (Soeteman *et al.* 2011; Van Asselt *et al.*, 2008). Daarbij werden kos-

teneffectiviteitsanalyses uitgevoerd conform de richtlijn voor dit soort analyses (CVZ, 2006). Silvia Evers (Evers *et al.*, 1997) heeft er eerder op gewezen dat de beperkte toepassing van kosteneffectiviteitsanalyses in de GGZ te maken heeft met de moeilijke operationalisatie van de uitkomsten van therapieën in dit deel van de zorg. Een andere reden kan zijn dat de kosteneffectiviteitsanalyses binnen de GGZ nog niet verplicht zijn bij vergoedingsbesluiten, zoals dat wel het geval is bij geneesmiddelen. Het veld beweegt wel in een richting die het relateren van kosten aan de effecten steeds gemakkelijker gaat maken. De introductie van diagnose-behandelcombinaties (DBC's) en de verplichting van *routine outcome monitoring* (ROM) maakt het mogelijk dat verzekeraars de bekostiging in de toekomst zullen baseren op *added value*-principes, het onderliggende principe van kosteneffectiviteitsanalyses.

Het praten over kosten in de zorg en het maken van keuzes in de zorg mede op basis van kosten roept snel negatieve emoties op. Dat kan een reden zijn waarom in gezondheidszorgbeleid 'kosteneffectiviteit' vaak wordt aangeduid met eufemismen als 'doelmatigheid' en 'gepaste zorg'. Gepaste zorg wordt omschreven als zorg die niet te duur is en van goede kwaliteit, en dat de patiënt niet over- of onderbehandeld wordt. Kortom, zorg die voor de gebruiker ervan effectief, doelmatig en noodzakelijk is (Brouwer, 2012). Gepast gebruik kan zowel aan de vraagzijde als aan de aanbodzijde bevorderd worden (RVZ, 2004).

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

Waar het gaat om die aanbodzijde kent Nederland een sterk regulerende traditie. In de naoorlogse periode is er in de zorg vooral via capaciteitsplanning geprobeerd het aanbod te beperken, respectievelijk te reguleren. De gereguleerde schaarste aan aanbod heeft tot lange wachtlijsten geleid. Dat was een belangrijke reden in de jaren negentig van de vorige eeuw om op basis van het rapport van de commissie-Dekker (Ministerie WVC, 1987) een weg in te slaan van marktwerking en sturing op afstand. Deze marktwerking leidde ertoe dat het aantal ziektekostenverzekeraars werd gereduceerd tot vier dominante spelers in deze markt. Mede als antwoord op de opschaling en concentratie in de zorgverzekeringmarkt deed zich ook een concentratie voor bij het bestaande GGZ-aanbod (figuur 1). Een andere reden voor de concentratie van het bestaande GGZ-aanbod was de uitbreiding van de AWBZ, die in de jaren zeventig en begin jaren tachtig gebruikt is om de toen nog gefragmenteerde GGZ in een eenduidig en samenhangend bekostigingsstelsel onder te brengen. De invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 werd aangegrepen om de curatieve GGZ hierin onder te brengen. Dit heeft in 2008 plaatsgevonden. Daarbij werd afgesproken om

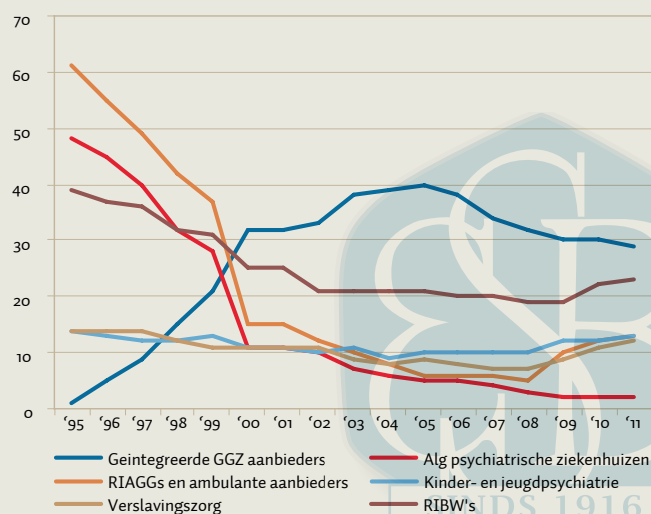
de bekostiging in een vergelijkbare systematiek te laten plaatsvinden als die van de ziekenhuizen, namelijk op basis van DBC's. Het perspectief is dat de verzekeraars deze zorg binnen het kader van de Zvw gaan inkopen en daarbij ook risicodragend worden. Deze prestatiebekostiging zal, zoals het er nu naar uitziet, met ingang van 2013 worden ingevoerd en het oude bekostigingsstelsel vervangen. Daarmee komt een groot deel van de regulering in handen van de verzekeraars. De langdurende GGZ, langer dan een jaar, blijft vanuit de AWBZ bekostigd worden.

Met de overgang naar de Zvw in 2008 kwamen er diverse nieuwe toetreders die zich specialiseren. Dit in tegenstelling tot de geïntegreerde instellingen, die een breed assortiment aan GGZ-voorzieningen aanbieden. De nieuwe toetredende GGZ-aanbieders ambiëren geen breed aanbod, inclusief klinische zorg, zoals de geïntegreerde instellingen. Zij weten op basis van spreiding van identieke vestigingen behoorlijke schaalvoordelen te behalen met het aanbieden van voornamelijk ambulante zorg. Door ook gebruik te maken van franchise-achtige constructies creëren zij kritische massa ondanks hun specifieke aanbod. De segmentatie vanaf 2008 van het aanbod aan GGZ kan men ook zien als een reactie op de behoefte aan differentiatie aan de vraagzijde, na de concentratie en convergentie in de jaren daarvoor (Geudens *et al.*, 2010).

Het is maar de vraag in hoeverre enerzijds de concentratie van GGZ-instellingen en verzekeraars en anderzijds de segmentatie door nieuwe aanbieders heeft geleid tot meer gepast gebruik van de GGZ. Daarbij komt nog dat de vraag boven de markt hangt in hoeverre er niet sprake is van een sterke onderbehandeling van mentale problemen: één op de drie Nederlanders krijgt in zijn leven te maken met een psychische stoornis, maar niet een op drie Nederlanders wordt in zijn leven geholpen door de GGZ (De Graaf *et al.*, 2010). In elk geval is er voldoende reden om te zoeken naar gepast gebruik van de GGZ.

Overzicht van aantal instellingen binnen de GGZ-sector

FIGUUR 1



Bron: GGZ Nederland

BELONINGSTELSEL

Ellis en Miller (2009) onderscheiden bij de financiering van zorgaanbieders informatie die betrekking heeft op de aanbieder, op de geleverde dienst of op de patiënt, dan wel een combinatie van die drie. Bij een vergoeding gebaseerd op de salariskosten van het ingezette personeel, onafhankelijk van het zorgvolume, wordt alleen informatie van de medewerker gebruikt. Bij een vergoedingssysteem per verrichting wordt

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

informatie van de aanbieder en dat wat hij levert gebruikt, bijvoorbeeld consulten, verpleegdagen of laboratoriumonderzoeken. Wanneer de financiering gekoppeld is aan de patiënt, wordt de financiering gekoppeld aan het resultaat, namelijk het verhelpen van 'de klacht'. In Nederland komen al deze systemen voor en bij bekostiging op basis van de DBC combineert men deze drie dimensies. Dit komt neer op het typeren van diensten en het daaraan verbinden van prijzen. Deze systematiek wordt ook wel 'casemix' genoemd. De term 'casemix' refereert aan de verzameling van verschillende typen patiënten die door een ziekenhuis of specialisme worden behandeld. DBC's zijn te beschouwen als vergoedingsvormen waarbij rekening wordt gehouden met de casemix. Er wordt rekening gehouden met de zwaarte en omvang van de zorgvraag en veronderstelt dat deze invloed zal hebben op de hoeveelheid en aard van de geleverde diensten, evenals het opleidingsniveau van de hulpverlener. De complexiteit van de zorgvraag wordt als het ware verbonden met de inzet van de hoeveelheid en de kwaliteit van mensen en middelen.

Werken met een casemix, zoals dat gebeurt bij het gebruik van DBC's, moet leiden tot meer prikkels voor gepaste, en dus kosteneffectieve zorg. Dat is goed te zien wanneer we gebruikmaken van het model van Ellis. Ellis (2001) onderscheidt verschillende manieren waarop een ziekenhuis bekostigd kan worden en beschrijft daarbij de prikkel tot gepast gebruik (figuur 2). Het meest simpele systeem is om ziekenhuizen te bekostigen op basis van feitelijke kosten. Voorbeeld hiervan is een budgetstelsel. In figuur 2 is te zien dat het model van Ellis voorspelt dat een bekostigingssysteem op basis van feitelijke kosten ziekenhuizen geen prikkel geeft om de kosten te bewaken: alle kosten worden immers vergoed. Dit systeem is dan ook uiterst links op de as-verdeling van Ellis te vinden. Daarnaast geeft het systeem ook weinig tot geen prikkels om de inspanningen te verhogen om zodoende meer patiënten aan te trekken. De vergoeding voor het ziekenhuis is immers niet afhankelijk van de prestaties, maar van de gemaakte kosten. Een dergelijk systeem kent over het algemeen wachtende patiënten, die toegang willen tot het aanbodsysteem.

Aan het andere uiterste van de as-verdeling staat het bekostigingssysteem van vergoeding per verzekerde. Hierbij ontvangen de ziekenhuizen een vergoeding op basis van de verwachte kosten voor een patiënt (Van de Ven en Ellis 2000). De bekostigingseenheid is de

Bekostigingssystemen voor zorgaanbieders

FIGUUR 2



Bron: Van de Ven en Ellis, 2000

patiënt, of beter gezegd de 'verzekerde'. Bij dit systeem wordt vooraf een vergoeding per patiënt per tijdseenheid (bijvoorbeeld: jaar) vastgesteld, waarbij de patiënten worden opgedeeld in vooraf gedefinieerde patiëntgroepen. Een voorbeeld van een patiëntgroep is de diabetespopulatie in het verzorgingsgebied van een ziekenhuis. Ook de Nederlandse huisartsen zijn lang op basis van een dergelijk systeem beloofd: een vast bedrag per ingeschreven patiënt. Uitgangspunt bij dit systeem is dat de aanbieder van zorg akkoord gaat met een vaste vergoeding per patiënt uit een vooraf gedefinieerde patiëntgroep. In ruil voor deze vergoeding gaat de aanbieder van zorg akkoord met het leveren van alle benodigde zorg voor deze patiënt voor een vastgestelde periode. De vergoeding voor een patiënt uit een bepaalde patiëntpopulatie wordt vooraf vastgesteld. Wanneer de behandeling van een patiënt lagere kosten met zich meebrengt dan vooraf verwacht was, geeft dit een positief resultaat voor het ziekenhuis. Dit systeem geeft het ziekenhuis dan ook een maximale prikkel om de kosten goed te bewaken.

Tussen de twee extremen van bekostiging ligt nog een aantal andere bekostigingssystemen. Deze systemen verschillen in de mate waarin de zorgactiviteiten, waar een vergoeding tegenover staat, geclusterd worden. Het bekostigingssysteem op basis van beloningen ('fees') geeft het ziekenhuis een vergoeding per verrichte zorgactiviteit. Het ziekenhuis krijgt na het verrichten van de zorgactiviteit de kosten hiervan (inclusief

een winstpercentage) vergoed. De bekostiging vindt achteraf plaats en wordt dan ook een retrospectieve bekostiging genoemd. Net als onder het systeem van feitelijke kosten geeft ook dit systeem weinig tot geen prikkels om de kosten goed te bewaken. De ziekenhuizen krijgen immers alle kosten van de zorgactiviteiten vergoed. In het bekostigingssysteem op basis van dagen ('per diem') krijgt het ziekenhuis een vaste vergoeding per verpleegdag, onafhankelijk van de zwaarte van de behandeling van een patiënt. Zijn de patiënten van het

De combinatie van DBC en ROM lijkt een nuttige poging om meer grip te krijgen op de kosten-effectiviteit van gepaste zorg

specialisme gynaecologie erg 'lichte' patiënten en de patiënten van het specialisme neurologie erg 'zwaar', dan krijgt het ziekenhuis toch voor beide specialismen per verpleegdag een zelfde verpleegdagprijs vergoed.

Tot slot wordt een bekostigingssysteem onderscheiden waarbij DBC's als basis voor een vergoeding worden gebruikt. In dit systeem krijgen de ziekenhuizen een vast bedrag per klinische behandelperiode van een patiënt. De bekostigingbasis in dit systeem is gebaseerd op output en de bekostigingseenheid is een DBC. In dit type bekostigingssystemen wordt een prikkel gegeven om de kosten die per DBC gemaakt worden, goed in bedwang te houden. Andere effecten van deze systemen zijn het uitvoeren van meer DBC's dan noodzakelijk. Meer DBC's leiden immers tot meer opbrengsten voor het ziekenhuis. Daarnaast is er een prikkel tot selectie van 'gunstige' patiënten, aan wie meer verdiend kan worden dan aan 'ongunstige' patiënten, hetgeen ertoe kan leiden dat lichtere patiënten te veel en zware patiënten te weinig zorg krijgen vanuit het perspectief van 'gepaste' zorg.

Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat het niet zo eenvoudig is om tot een vergoedingssysteem voor zorgaanbieders te komen, dat het leveren van ge-

paste zorg in termen van doelmatige en effectieve zorg bevordert. In de GGZ heeft de bekostiging op basis van DBC's vorm gekregen. Hieraan ligt de redenering ten grondslag dat de zorgaanbieder adequater vergoed kan worden op basis van de zorgvraag, de diagnose, omvang en kwaliteit van de in te zetten menskracht en andere middelen.

BEKOSTIGING OP BASIS VAN DBC'S

De landelijke DBC-werkgroep geeft de volgende definitie aan een DBC: "Het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist dat voortvloeit uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert." (Van Ginneken *et al.*, 2004). De DBC geeft dus de relatie weer tussen de zorgvraag en de activiteiten en verrichtingen die uitgevoerd worden door de zorgaanbieder om aan de zorgvraag tegemoet te komen. De DBC kan gezien worden als een dienst die een zorgaanbieder levert aan de patiënt. Het proces dat gepaard gaat met de bekostiging op basis van DBC's valt in drie stappen onder te verdelen, namelijk de registratie, de validatie en de declaratie/facturatie van de DBC's (Janssen en Soeters, 2010).

Registratie

Het landelijke DBC-informatiesysteem (DIS) ontvangt en beheert alle informatie over DBC's. Het bevat gegevens uit de basisregistratie van zorgaanbieders over wat zij aan zorg geleverd en gedeclareerd hebben. De Nederlandse zorgaanbieders zijn eigenaar van de data.

Validatie

Als er enige tijd DBC's geregistreerd zijn, is het voor de zorgaanbieder mogelijk om het gemiddelde zorgprofiel per DBC vast te stellen. Hierdoor wordt inzicht verkregen in de hoeveelheid zorg die een patiënt met een bepaalde diagnose en behandeling gemiddeld ontvangt. Door het berekenen van gemiddelde zorgprofielen is het mogelijk om aan DBC's met verschillende diagnoses en verschillende behandelingen prijskaartjes te hangen. Een voorbeeld van dit proces wordt in figuur 3 weergegeven.

Declaratie en facturatie

In het beoogde model gaan onderhandelingen plaatsvinden tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders. De DBC's ofwel de 'producten' vormen de basis voor deze onderhandelingen. Er wordt onderhandeld

over de hoeveelheid DBC's die gedeclareerd kan worden bij de zorgverzekeraars en de prijs van deze DBC's. De verzekeraar kan, aan de hand van de DBC's, de zorginstellingen onderling vergelijken.

ROUTINE OUTCOME MONITORING

Het is de insteek van de onderhandelingen over DBC's dat er naast de prijs ook gekeken wordt naar de inhoud van de DBC en naar de kwaliteit ervan. Daarmee komt de DBC-aanpak dicht bij het oorspronkelijk idee van kosteneffectiviteitsanalyses. Het is dan wel noodzakelijk dat de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling inzichtelijk is. In de GGZ is een experiment gaande wat betreft het verkrijgen van deze inzichtelijkheid, dat zijns gelijke in de somatische zorg niet kent. Het is de bedoeling dat van alle DBC's er begin- en eindmetingen op uitkomsten worden gedaan, de zogenoemde routinematige uitkomstenmeting (ROM). In de GGZ betekent dit dat de patiënten aan het begin van de behandeling en achteraf vragenlijsten invullen die hun klachten en symptomen, en de ernst daarvan, vastleggen. Op deze manier wordt niet alleen de gemiddelde prijs van een DBC gekend, maar ook de gemiddelde kwaliteit in termen van effectiviteit. De verzekeraar kan dan zowel de prijs als de kwaliteit van geleverde DBC's in zijn onderhandelingen meenemen.

Als de combinatie DBC+ROM in de GGZ slaagt, wordt een grote sprong in transparantie gemaakt. Met behulp van die transparantie kan de marktwerking de

kosteneffectiviteit opstuwten. Het een en ander is wel afhankelijk van de validiteit van de informatie, zowel van de kosten per DBC, als van de kwaliteit van die DBC via de ROM. Wat betreft het eerste is er veel discussie geweest, maar er is uiteindelijk toch overeenstemming bereikt. Dat is onder meer mogelijk geworden door niet de gehele GGZ onder de DBC-bekostiging te brengen. Maar we moeten nog wachten op de eerste resultaten van de routinematige uitkomstenmeting. Daarbij doen zich twee grote problemen voor. Ten eerste blijkt het buitengewoon lastig voldoende vervolgmetingen te realiseren. Wanneer het einde van de behandeling nadert, wordt ook de band met de patiënt losser en blijkt het moeilijk te zijn de patiënt bereid te vinden om een vragenlijst in te vullen. De respons op de vervolgmetingen is daarom vaak beperkt (onder de veertig procent). Ten tweede worden er bij langere behandelingen vaak meerdere DBC's achter elkaar geopend, zodat het onduidelijk is wat de betekenis is van de uitkomst van de effectmeting die bij deze DBC's hoort. Toch lijkt de combinatie van DBC en ROM een nuttige poging om meer grip te krijgen op de kosteneffectiviteit van gepaste zorg, en dus op de zorg zelf.

DBC-typering-zorgprofiel-kostprijs

FIGUUR 3

DBC-typering	Zorgprofiel DBC	Kostprijs DBC
Zorgtype: Reguliere zorg	1 uur intake	1 x 140 = € 140,-
Diagnose as I: depressie, eenmalige episode, licht	3 uur psychiatrisch onderzoek	3 x 200 = € 600,-
Diagnose as II: geen	1 uur lichamelijk onderzoek	1 x 200 = € 200,-
Diagnose as III: geen	12 uur follow up	12 x 100 = € 1200,-
Diagnose as IV: geen	behandelcontact	
Diagnose as V: GAF-score	16 uur psychotherapie	16 x 200 = € 3200,-
begin 30, eind 70	5 uur begeleidingscontact	5 x 80 = € 400,-
	40 uur creatieve vaktherapie	40 x 50 = € 2000,-
		Totaal € 7740,-

Bron: Janssen en Soeters, 2010

LITERATUUR

Asselt, A.D. van, C.D. Dirksen, A. Arntz, J.H. Giesen-Bloo, R. van Dyck, P. Spinhoven, W. van Tilburg, I.P. Kremers, M. Nadort en J.L. Severens (2008) Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 450–457.

Brouwer, W.B.F. (2012) Het complexe dossier van gepaste zorg. *ESB*, 97(4644S), 6–14.

Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2006) De afbakening van het basispakket. In: RVZ. *Zicht op zinnige en duurzame zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

CVZ (2006) *Richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek, geactualiseerde versie*. Publicatie op www.cvz.nl, maart.

Ellis, R.P. (2001) Formal risk adjustment by private employers. *Inquiry*, 38(3), 299–309.

Ellis, R.P. en M.M. Miller (2009) Provider payment and provider incentives. In: Carrin, G., K. Buse, H.K. Heggenhougen, S.R. Quah (red.) *Health systems policy, finance and organization*. New York: Elsevier (herdruk van Encyclopedia of Public Health, 2008).

Evers S.M., A.S. van Wijk en A.J. Ament (1997) Economic evaluation of mental health care interventions. A review. *Health Economics*, 6(2), 161–177.

Geudens, I., R. Janssen en L. van Santbrink (2010) Strategisch positioneren, de GGZ als markt in ontwikkeling. *ZM Magazine*, 7, 12–15.

Ginneken, E. van, E. Kerzman en R. Janssen (2004) Transparantie van DBC's (on)gewenst? *ZM Magazine*, 6, 2–6.

Graaf, R. de., M. ten Have en S. van Dorsselaer (2010) De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. *Nemesis*, 2.

Hakkaart-van Roijen L.H., A. van Straten, M. Al, F. Rutten en M. Donker (2006) Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 323–329.

Janssen, R. en P. Soeters (2010) DBC's in de GGZ, een herstellende of ontwrichtende werking? *GZ-psychologie*, 7(5), 36–45.

Jong, K. de (2012) *A change for change: building an outcome monitoring feedback system for outpatient mental health care*. Proefschrift, Universiteit Leiden.

Ministerie van WVC (1987) *Bereidheid tot verandering*. Den Haag: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

RVZ (2004) *Rapport Gepaste zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

Soeteman D.I., R. Verheul, A.M. Meerman, U. Ziegler, B.V. Rossum, J. Delimon, P. Rijnierse, M. Thunnissen, J.J. Busschbach en J.J. Kim. Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster C personality disorders: a decision-analytic model in the Netherlands. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 51–59.

Veer-Tazelaar, P. van 't, F. Smit, H. van Hout, P. van Oppen, H. van der Horst, A. Beekman en H. van Marwijk (2010) Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(4), 319–325.

Ven, W.P.M.M. van de, en R.P. Ellis (2000) Risk adjustment in competitive health plan markets. In: Culyer, A.J. en J.P. Newhouse (red.) *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier Science, 755–845.

CONCLUSIE

Bij gepaste zorg gaat het om kosteneffectieve zorg. Een manier om grip te krijgen op wat kosteneffectieve zorg is, zijn formele kosteneffectiviteitsanalyses. Een alternatief is om de transparantie van prijs en kwaliteit voor de verzekeraar te vergroten, zodat deze scherper kan onderhandelen met de zorgaanbieders. De GGZ is met de introductie van diagnosebehandelcombinaties (DBC's) en routinematige uitkomstenmeting (ROM) een nieuwe weg ingeslagen die ongekende nieuwe mogelijkheden schept om de kosteneffectiviteit in de GGZ te vergroten. Daarmee zou het wel eens een voorbeeld voor de gehele curatieve zorg kunnen worden. De introductie gaat echter gepaard met een grotere administratieve last en is afhankelijk van de validiteit van de verzamelde gegevens. De extra kosten van deze administratieve inspanningen worden dragelijker wanneer de uitkomsten van de ROM ook een routinematige rol krijgen in de behandeling zelf. Onderzoek wijst uit dat individuele terugkoppeling de kwaliteit van de behandeling aantoonbaar beter maakt (De Jong, 2012). Daar ligt een multidisciplinaire uitdaging voor therapeuten en gezondheidseconomen gezamenlijk, evenals voor de betrokken opleidingen.