



# NVTAG

Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Gezondheidszorg

Jaargang 21  
Nummer 1  
April 2016

## Inhoudsopgave

---

Van de bestuursafel	1
Agenda 2016	2
Nieuw bestuurslid NVTAG	3
Jong-NVTAG event	3
Verslag presentatie Nederlandse FE richtlijnen	4
Zomersymposium en NVTAG prijs	8
HTA in Nederland	9
Samenvatting Proefschrift Noor Tromp	9

## Van de bestuursafel

---

### Van de bestuursafel, NVTAG nieuws april 2106

Over de actualiteit van ons onderzoek behoeft geen discussie te bestaan. De debatten over wat therapieën in het algemeen en geneesmiddelen in het bijzonder mogen kosten, worden bijna dagelijks in de media behandeld. Als NVTAG hebben we een uitnodiging ontvangen van KWF Kankerbestrijding om een pitch te houden op 27 juni a.s. in Amsterdam. KWF Kankerbestrijding organiseert dan samen met Bruggink Communicatie een middagsymposium getiteld: "*Samenwerken aan modellen om geneesmiddelen toegankelijk te houden*". We willen hier graag aan meewerken. Op deze middag wil men middels een korte "pitch" van een aantal relevante stakeholders naar alternatieve business modellen zoeken die ook in de toekomst de toegankelijkheid van geneesmiddelen moeten waarborgen. De directeur Generaal Curatieve Zorg van het ministerie van VWS, de heer Bas van Dungen, zal ook aan deze verkenning deelnemen en de verschillende modellen die gepresenteerd zullen worden, in ontvangst nemen. Mede aanleiding van dit verzoek is het vorig jaar verschenen KWF Signaleringsrapport. Hierin werd gesignaleerd dat de toekomst-bestendigheid van nieuwe innovatieve middelen tegen kanker op dit moment niet gegarandeerd kan worden. Middels dit symposium is er een oproep aan het veld om samen na te denken en proactief te komen met nieuwe alternatieve (business) modellen voor een toekomstbestendig bestel. Andere partijen die uitgenodigd zijn, zijn Nefarma, NVZ, ZN en NVMO.

Graag nodig ik u als NVTAG lid uit hierover mee te denken en ideeën hierover op te sturen naar ons secretariaat (Caroline van der Meijden: [secretaris@nvtag.nl](mailto:secretaris@nvtag.nl)). De bijlage behorend bij dit verzoek kunnen we u indien gewenst toesturen.

Verder is het eigenlijk best jammer dat we het veel over kosten hebben en dat we de waarde van deze nieuwe behandelingsmogelijkheden soms wel eens vergeten. Dit geldt wellicht mindere mate voor andere medisch technologieën dan geneesmiddelen. Verder spelen soms ook andere HTA aspecten opeens een rol. Ik denk dan aan bijvoorbeeld de

humaan papillomavirus (HPV)-vaccinatie. In 2008 werd reeds HPV-vaccinatie al in het Rijksvaccinatie programma opgenomen. Meisjes van 12 jaar en ouder kwamen hiervoor in aanmerking. De kosteneffectiviteitsstudies lieten gunstige ratio's zien, maar toch bleek door allerlei oorzaken het programma niet het gewenste succes te hebben. Het implementeren verliep toch anders. Eén van de oorzaken bij deze casus was dat vele ouders weigerden hun dochters te laten vaccineren. Redenen waren onder andere onwetendheid over wat HPV is, over de effectiviteit van het HPV-vaccin en over de mogelijke bijwerkingen van het vaccin. Recent is echter gebleken dat ook jongens gevaccineerd zouden kunnen worden. HPV kan namelijk ook bij hen tumoren veroorzaken. Het is wel de vraag of dat ook kosteneffectief zou zijn. Immers als alle meisjes zouden worden gevaccineerd, dan zouden zij echter worden beschermd. Dit geldt dan alleen niet voor homoseksuele mannen. Behalve medische effectiviteit en kosteneffectiviteit spelen hier dus ook andere HTA aspecten een prominente rol. Denk bijvoorbeeld aan het ethische element in deze discussie. We willen op ons najaarssymposium dit onderwerp behandelen. Als u hierover mee wilt denken, bent u bij deze hier van harte voor uitgenodigd.

Er zijn nog meer activiteiten voor dit jaar gepland, ook van jong-NVTAG. Deze kunt u elders in deze Nieuwsbrief lezen en/of zal via de mail tot u komen.

Carin Uyl-de Groot,  
Voorzitter NVTAG

## Agenda 2016

---

10-14 mei	HTAi congres, Tokyo, Japan
20 mei	Transferability HTA Results (iBMG/iMTA)
26-27 mei	lolaHESG, VGE
10 juni	Indirect Medical Costs: Theory and Practice (iBMG/iMTA)
24 juni	Introduction Discrete choice experiments (iBMG/iMTA)
29 okt -2 nov	ISPOR 19 <sup>e</sup> Europese congres, Wenen, Oostenrijk

## Nieuw bestuurslid NVTAG

---

### Nieuw bestuurslid: Marloes van der Maas



Hoi allemaal!

Mijn naam is Marloes van der Maas. Vorig jaar ben ik begonnen in de werkgroep jong-NVTAG, en sinds begin dit jaar heb ik het voorzitterschap van deze werkgroep van Michiel van Vliet overgenomen. Vanuit deze rol zit ik dan ook sinds kort in het bestuur van de NVTAG.

Ik heb gezondheidswetenschappen gestudeerd aan de Universiteit Twente, waar ik vooral tijdens de master Health Sciences bekend ben geworden met HTA. Als vervolg hierop ben ik in Enschede gaan werken bij het HTA adviesbureau Panaxea, waar ik als consultant heb gewerkt en verschillende onderzoeken heb kunnen uitvoeren. Inmiddels ben ik naar Den Haag

verhuisd, waar ik bij het programma DoelmatigheidsOnderzoek van ZonMw werk.

Ik hoop dat we met de (jong-)NVTAG het contact tussen (young) professionals in HTA kunnen bevorderen, door het organiseren van inhoudelijke activiteiten waarbij ook voldoende gelegenheid is om met andere mensen uit het veld in contact te komen.

Hopelijk tot ziens bij één van onze NVTAG activiteiten!

## Jong-NVTAG

---

### Jong NVTAG event: Dure geneesmiddelen

Afgelopen donderdag 7 april vond het JongNVTAG event plaats over dure geneesmiddelen. Ongeveer een jaar na het allereerste JongNVTAG event werd er weer een bijeenkomst georganiseerd in Café Otje in Utrecht. Met de ongeveer 35 aanwezigen hebben we een heel interessante avond gehad, waarin de vergoedingssystematiek van dure geneesmiddelen vanuit verschillende invalshoeken werd belicht. Ilse Roubos (NZa), Maarten Loof (VGZ), Nynke Dragt (ZIN) en Huib Kooijman (VWS) gaven ons interessante inzichten over de problematiek rondom de vergoeding van deze geneesmiddelen, en de mogelijke oplossingen. Naderhand was er tijdens de borrel nog genoeg gelegenheid tot discussie. Het was een geslaagde avond, wij kijken al uit naar het volgende evenement!

## Verslag presentatie Nederlandse FE richtlijnen

Op 16 februari 2016, presenteerden het iMTA en het Zorginstituut de nieuwe Farmaco-Economische (FE) richtlijnen aan belanghebbenden. Na een hartelijk welkom in het Novotel te Amsterdam, beten **Maarten Ijzerman** (voorzitter commissie richtlijnherziening) en **Maureen Rutten** (professor iBMG/iMTA) de spits af. Zij hebben toegelicht dat deze nieuwe richtlijnen ter verduidelijking en verdieping zijn. Het is de bedoeling om deze breder toepasbaar te laten zijn, voor meerdere vormen van zorg en disciplines. Verder zijn dit enkel de methoden welke los staan van procedures.

**Saskia Knies** (projectleider FE richtlijnen, ZIN) gaf vervolgens een rode draad over wat er al was (gebaseerd op een Canadese richtlijn) en hoe drie richtlijnen nu in één document zijn opgenomen. De nieuwe richtlijn bestaat uit één hoofddocument met hierbij verdiepingmodules die als bijlagen zijn toegevoegd. Kostenonderzoek is nu geen aparte handleiding meer maar een onderdeel van de richtlijn. De leidraad uitkomstenonderzoek is grotendeels vervallen.

Voor de totstandkoming van deze richtlijnen is gebruikt gemaakt van de volgende bronnen: ervaring, vragenlijsten, ISPOR richtlijnen, EUnetHTA, ZonMW, MKBA, en feedback van belanghebbenden. Onderdelen die zijn veranderd ten opzicht van de vorige richtlijnen zijn:

**Tabel 1: Overzicht wijzigingen nieuwe richtlijn ten opzichte van de oude richtlijnen**

	Oude richtlijnen	Nieuwe richtlijn
<b>Inhoud</b>		
Tijdshorizon	Zodanig dat er een geldige en betrouwbare uitspraak kan worden gedaan	Bij voorkeur levenslange tijdshorizon
PICOT scoping	-	Scoping vooraf met relevante partijen
Type economische evaluatie	KUA/KEA/KMA	Altijd een KUA
Kosten	Kosten: indeling direct versus indirect en medische versus niet-medisch	Kosten: indeling zoals beschreven in Drummond et al. 2005
	Indirecte medische kosten niet meenemen	Meenemen zorgkosten in gewonnen levensjaren (indirecte medische kosten)
KvL en QALY	Generieke maat voorkeur EQ-5D	EQ-5D-5L met Nederlandse waardering
Budget impact analyse	-	Beschreven in hoofdstuk 5
<b>Modules</b>		
Kostenhandleiding	-	Hoofdstuk met referentieprijzen van veelvoorkomende zorgeenheden
	-	Excel bestand met overzicht referentieprijzen van veelvoorkomende zorgeenheden: online beschikbaar

In de onderstaande tabel is een overzicht gegeven van de standaardanalyse.

Onderdeel	Standaardanalyse	Zie richtlijn
Perspectief	Maatschappelijk perspectief	1.2
PICOT	P: Populatie in de Nederlandse praktijk	1.3
	C: Standaard en/of meest gebruikelijke behandelingen in Nederland	
	T: Levenslang	
	Scoping vooraf met relevante partijen	1.4
Type economische evaluatie	Kostenutiliteitsanalyse (KUA)	2.1.1
Disconteren	Kosten 4% en effecten 1,5%	2.2
Onzekerheid- en gevoeligheidsanalyse	Univariaat, probabilistische gevoeligheidsanalyse en scenario's	2.3
Effectiviteit	Systematische review	3.1
Kosten	Alle kosten binnen de gezondheidszorg, patiënt en familie, en andere sectoren. Productiviteitsverliezen: frictiekostenmethode. Gebruik voor referentieprijzen waar mogelijk de module 'kostenhandleiding'	3.2
Effecten	Uitgedrukt in QALY, tenminste de EQ-5D-5L met Nederlandse waarderingen en indien relevant ook gewonnen levensjaren	3.3
Rapporteren resultaten	Totale kosten en effecten, incrementele kosten en effecten, incrementele kosteneffectiviteitsratio	4.2
	Univariate gevoeligheidsanalyse: Tornado diagram en tabel Scenarioanalyse: tabel Probabilistische gevoeligheidsanalyse: CE-plane en CEAC	4.3

Mogelijke overige ontwikkelingen kunnen zijn dat naast een maatschappelijk perspectief, ook een gezondheidsperspectief wordt gehanteerd. En dat een andere disconteringsvoet wordt gehanteerd net als nu bij preventie in de kostenbatenanalyses wordt toegepast. Ook is er discussie geweest over de 'human capital methode'.

Aangezien de effectmaat voor langdurige zorg onduidelijk is, is deze nog niet meegenomen. In de toekomst is 'patientlevelmodeling' denkbaar, zodat 'medicine' echt 'personalized' kan worden. De uitkomst van kosteneffectiviteitsonderzoek hoeft niet doorslaggevend te zijn, uiteindelijk neemt ZIN op basis van voorliggende argumenten een besluit.

Het eerste exemplaar van de richtlijn werd tijdens de bijeenkomst overhandigd aan **Arnold Moerkamp** (voorzitter Zorginstituut Nederland). Bij deze ontvangst benadrukte de heer Moerkamp het belang van een betrouwbare en voorspelbare kosteneffectiviteit. Dit is de stand van nu, er zal natuurlijk doorontwikkeling plaatsvinden. Ontwikkelingen staan niet stil, maar we gaan er mee verder.

**Jacqueline Zwaap** (secretaris Adviescommissie Pakket, ZIN) is auteur van het rapport 'Kosteneffectiviteit in de praktijk' en gaf een presentatie over dit rapport. Het rapport is

opgesteld naar aanleiding van een opdracht van VWS om het criterium kosteneffectiviteit verder uit te werken en te kijken wat we kunnen leren van NICE.

De beoordelingen van middelen voor de aandoeningen van Pompe en Fabry hebben aangetoond dat een norm nodig is. Het rapport stelt drie referentiewaarden voor de kosten per QALY (20.000, 50.000, en 80.000 Euro). Dit zijn geen afkapwaarden, maar referenties of zorg wel of niet kosteneffectief is. Bij niet-effectieve zorg kunnen oplossingen zijn dat meer onderzoek moet worden uitgevoerd, of dat er afspraken komen over uitkomsten, of financiële afspraken over prijs, budget of prijs/volume. Uiteindelijk willen we voor elke geïnvesteerde euro zoveel mogelijk gezondheidswinst. Het is van belang om een balans op te maken tussen belangen van de populatie en die van individuen. Daarom is onderzoek uitgezet om verdringing in kaart te brengen (dit onderzoek wordt uitgevoerd door zowel het iBMG als het Radboud). Een afwegingskader (ernst, noodzaak iets te verzekeren, spreiding van het effect, etc.) kan helpen met het maken van keuzen. Daarom zal dit voorjaar een concept voor een 'multi decision criteria analysis' (MDCA) komen. Uiteraard kunnen er altijd verlichtende of verzwarende argumenten zijn.

Het rapport stelt verder dat kosteneffectiviteit zou moeten worden meegenomen in de richtlijnen van medisch specialisten. De federatie medisch specialisten (FMS) toont al veel initiatieven in deze richting. Eind dit jaar komt er ook een rapport over ziektelast en rechtvaardigheidsopvattingen die hier mee te maken hebben. Zoals de 'end of life' discussie en of de 'proportional shortall' methode wel rechtvaardig is voor jongeren (aangezien deze ouderen lijkt bevoornden).

**Martin van der Graaf** (secretaris Wetenschappelijke Adviesraad, ZIN) gaf een presentatie over de lange weg van Pompe naar Perjeta. Hierin stelt hij dat ziekenhuizen steeds grotere problemen hebben met uitgaven.

Tot 2005 werd door het Zorginstituut alleen een oordeel geveld dat of een ICER wel of niet voldoende onderbouwd was. Maar toen bij Pompe wel een uitspraak werd gedaan over kosteneffectiviteit, stak er veel discussie op en kwam er veel kritiek richting de overheid.

In de tussentijd heeft Karl Claxton onderzocht dat een gemiddelde interventie in de UK ongeveer 13.000 pond kost per QALY. Als we niet naar verdringingskosten kijken, dan gaat de gezondheidszorg bepaald worden door budgetten in plaats van waarde (value). Het is van belang om met behulp van start en stopcriteria zinnige en zuinige zorg te bevorderen. Context (feiten) die in de ACP is gebruikt:

- Een behandeling kost 54.000 Euro per patiënt
- De totale kosten zijn 29 miljoen Euro per jaar
- De waarschijnlijkheid dat het middel kosteneffectief is, is 2 tot 3%

ZIN zal zich steeds assertiever opstellen; harder op inhoud, zachter bij oplossingsrichtingen. ZIN ziet zichzelf minder als een scheidsrechter en meer als een makelaar die partijen verbindt.

**Leona Hakkaart** (iBMG) gaf aan dat de kostencategorieën nu beter aansluiten bij internationale standaarden. Deze zijn nu:

1. in gezondheidszorg, (huidige kosten en indirecte medische kosten)
2. patiënten en familie,
3. kosten in andere sectoren (productiviteitsverliezen, juridische kosten, speciaal onderwijs etc.)

Verder heeft er een versimpeling plaatsgevonden en is er een update van de methodologie. De referentieprijzen zijn geijkt op 2014. Daarnaast is er een Excel bestand gecreëerd om mee te werken.

De onderwerpen 'dagbehandeling' en 'praktijkondersteuner somatiek' behoeven nog aandacht. Tot slot zou het mooi zijn als er een online library gerealiseerd zou worden voor kostenonderzoek.

**Maiwenn Al** (iMTA) gaf een presentatie over de 'value of information analysis' (VOI). Deze geeft inzage in de spreiding rondom een gemiddelde en de consequenties van die spreiding. Meer informatie hierover is te vinden op de volgende website:

<http://savi.shef.ac.uk/SAVI/>.

Een VOI is niet altijd relevant. Een model kan methodologische onvolkomenheden hebben (bijvoorbeeld de disconteringsvoet), er kan een heterogene populatie zijn (waarbij subgroepanalyses van belang zijn), er kunnen structurele punten zijn (waarbij scenarioanalyses aan de orde zijn). Echter, wanneer parameter onzekerheid aan de orde is, dan kan dit in kaart worden gebracht met een probabilistic sensitivity analyses (PSA), een VOI, of een real options model. De richtlijnen gaan uit van een 'adapted version of framework' op basis van het werk van Chalkidou et al. Vragen die hierbij een rol spelen zijn: Hoe groot is de kans dat ik verkeerde beslissing neem? Wat zijn de consequenties van de verkeerde beslissing? Wat is de waarde van extra onderzoek? Je kunt nu nadenken over consequenties van onzekerheid en bij meer onderzoek, dan wat is de tijdsperiode en wat zijn dan de acties? Het is de vraag hoe hoog de 'EVPI' moet zijn om te besluiten dat het de moeite waard is om extra onderzoek te doen. Een commissie doelmatigheid van ZonMW doet momenteel een onderzoek naar de kosten van het doen van onderzoek.

**Pieter van Baal** (iBMG) gaf een presentatie over indirecte medische kosten in gewonnen levensjaren. Dit is een wijziging van de oude praktijk waarin alleen gerelateerde kosten werden meegenomen. Het is onduidelijk wat gerelateerd of niet- gerelateerd is (dementie dankzij stoppen met roken gerelateerd? Dit lijkt een arbitraire scheidslijn). Er zijn ook ethische bezwaren (we bestraffen interventies die levens verlengen). Echter, het doel van een kosteneffectiviteitsanalyse is een optimale besteding van het zorgbudget. Als we weten hoeveel we aan de zorg willen uitgeven dan maximaliseren we de gezondheid en welvaart. Het is ook consistent, aangezien overleving ook wordt meegenomen. En het maakt behandelingen onderling beter vergelijkbaar.

Voor meer informatie zie: <http://www.imta.nl/paid>.

Hoe lager de kwaliteit van leven, des te groter zal de impact zijn van het meenemen van indirecte kosten. Daarnaast is een gewonnen levensjaar op jonge leeftijd goedkoper dan op hoge leeftijd. De conclusie was dat door meer kosten mee te nemen meer gezondheid en welvaart kan worden bereikt. Het publiek vroeg zich af of je de extrapoleerde onzekerheid zo niet groter maakt en of we niet voor de muziek uitlopen aangezien dit over de grens ook niet wordt gedaan.

**Elly Stolk** (EuroQoL) presenteerde het kwaliteit van leven onderdeel. Terwijl voorheen meerdere instrumenten gehanteerd mochten worden, wordt nu in de base-case de EQ-5D-5L van Euroqol geëist. Alternatieven mogen gepresenteerd worden, maar deze dienen wel gevalideerd te zijn. Het is logisch om enkel de EQ5D-5L te vragen, aangezien hier Nederlandse waarderingen voor beschikbaar zijn.

De volgorde van voorkeur na de EQ5D5L (bovenaan is OK, onder is liever niet)

Generiek,

Domeinspecifiek,

Ziektespecifiek,

Mapping,

Waarderen van toestanden vanuit een economisch model

Waarderingen uit de literatuur

Wij lopen voor op Engelse richtlijnen, met deze richtlijn is Nederland internationaal een koploper.

Het blijft moeilijk om bij care (i.p.v. cure) de welzijnsuitkomsten te definiëren. Instrumenten meten vaak veel te breed. Binnen Euroqol wordt hier nog veel onderzoek naar gedaan. Voor mantelzorg wordt Careqol geadviseerd. Positieve effecten zijn namelijk niet meetbaar met de EQ5D. Verder blijft het de vraag hoe je dit bij kinderen kunt meten (bijvoorbeeld bij vaccinaties).

**Marcel Dijkgraaf** (klinisch onderzoek en statistiek, AMC) belichtte de budgetimpactanalyse (BIA). Hierbij draait het om de financiële consequenties voor budgethouders (overheid, verzekeraar, zorgaanbieder). De BIA gaat uit van substitutie en is in ieder geval transparant. De standaard is dynamisch op basis van aggregatie. Verder dient zal overheidsperspectief (Budgettair kader zorg ZVW en wet langdurige zorg) met name worden gehanteerd.

Afhankelijk van welke bronnen je gebruikt kunnen er verschillen in uitkomst optreden. Een tip is dat BIA's zonder bias zouden moeten zijn. Verder kwamen de volgende punten voorbij: Volg standaard t.b.v. aggregatie, wees realistisch in schatters en keuzes, en ben transparant over bronnen en datavaliditeit. Budgethouder, ga niet op je bips zitten (budget, impact, potential scan), stel je eigen bronnen beschikbaar, en stel je kennis beschikbaar. Stimuleer gebruik van alle kennis, stuur op samenwerking, en denk tijdens programmering ook aan de langere termijn. Niet alleen technisch modelleren maar ook overleggen over wat reëel is.

Aan het eind van de dag werden de deelnemers getrakteerd op een kopie van de richtlijn en de bijlage. En de dag werd afgesloten met een feestelijke borrel.

## Zomersymposium en NVTAG prijs

---

Het afgelopen jaar heeft de werkgroep onderzoek met succes een zomersymposium georganiseerd. Wegens de grote interesse in deze bijeenkomst, heeft de NVTAG besloten dat dit event voor herhaling vatbaar is. Ook dit jaar wil de NVTAG een zomersymposium organiseren. Hiervoor zal nog een 'call for abstracts' worden uitgeschreven. Leden van de NVTAG vullen dit symposium helemaal zelf in met korte presentaties over een breed scala aan onderwerpen. De presentaties zullen zowel in het Engels als in het Nederlands plaatsvinden.

Verder zal deze middag ook in het teken staan van de NVTAG prijs voor de beste paper gepubliceerd in 2014. Een deskundige jury zal de inzendingen beoordelen en drie artikelen nomineren. De auteurs van deze drie papers worden uitgenodigd om op deze middag een korte presentatie over hun onderzoek te houden en zowel de jury als ook het publiek zullen stemmen over de beste inzending.

Heb je onderzoek of publicaties die hiervoor geschikt zijn? Dan ben je van harte welkom om je aan te melden voor een van beide gelegenheden. Meer informatie hierover volgt binnenkort.



## HTA in Nederland

---

### Research at iMTA

Het institute for Medical Technology Assessment (iMTA) speelt sinds 1988 een belangrijke rol in HTA onderzoek binnen en buiten Europa. iMTA doet onderzoek naar kosten-effectiviteit van geneesmiddelen en medische interventie. Daarnaast is iMTA geëngageerd aan zorgvuldig gebruik van kosten-effectiviteitsgegevens bij pakketbeheer en richtlijnontwikkeling. iMTA heeft ongeveer 40 onderzoekers in dienst die samen een multidisciplinair team vormen bestaande uit economen, artsen, psychologen, epidemiologen, wiskundigen en econometristen. iMTA maakt zich al jaren hard voor het hanteren van het [maatschappelijk perspectief](#). Ook speelde het instituut een belangrijke rol in de gezondheidseconomie door de introductie van de [frictiekostenmethode](#), [CEACs](#), meenemen van [indirecte medische kosten](#) in gewonnen levensjaren, [value of information analysis](#) en het [Nederlandse tarief van de EQ-5D-5L](#).

## Samenvatting Proefschrift

---

### Priority setting in HIV/AIDS control: the use of multi criteria decision analysis in Indonesia and South Africa

Promovendus: Noor Tromp  
 Promotor: Prof. dr. Gert Jan van der Wilt  
 Co-promotor: Dr. Rob Baltussen

Dit proefschrift beschrijft de ontwikkeling van een methode om keuzes in de HIV/AIDS bestrijding te verbeteren door het gebruik van multiple criteria en principes van fairness. De hiv/aids-bestrijding heeft wereldwijd de laatste jaren grote vooruitgang geboekt. Desondanks werden er in 2014 twee miljoen mensen geïnfecteerd met het hiv-virus en leefden er in totaal 37 miljoen mensen met hiv/aids. UNAIDS heeft als doel gesteld om de hiv/aids-epidemie in 2030 wereldwijd te beëindigen. Er zijn op dit moment echter onvoldoende financiële middelen beschikbaar om alle hiv/aids-interventies op grote schaal te implementeren. Het maken van keuzes en het daardoor stellen van prioriteiten in de hiv/ aids-bestrijding is daarom van essentieel belang.

Er bestaan verschillende methoden om beleidsmakers te ondersteunen bij het maken van keuzes in de zorg. Kosten-effectiviteitsanalyse wordt veelvuldig gebruikt maar schiet tekort omdat in besluitvorming ook vaak andere overwegingen een rol spelen, zoals ethische overwegingen en verwachte barrières voor het implementeren van interventies. Multi criteria decision analysis (MCDA) is een methode die meerdere criteria in kaart brengt en interventies vergelijkt op basis van wetenschappelijk bewijs. Ondanks de veelvuldige toepassing wordt MCDA bekritiseerd vanwege het technocratische karakter en het niet waarborgen van een fair besluitvormingsproces. Het Accountability for Reasonableness (AFR) raamwerk, gebaseerd op deliberatieve democratie, biedt kaders voor het vormgeven van een zo'n fair besluitvormingsproces.

De hoofdvraag van dit proefschrift luidt als volgt:  
 Hoe kunnen keuzes in de HIV/AIDS bestrijding verbeterd worden in Indonesië en Zuid-Afrika door het gebruik van multiple criteria en principes van fairness?

Deze hoofdvraag is opgesplitst in vier deelvragen:

1. Wat is het huidige besluitvormingsproces binnen de hiv/aids-bestrijding in Indonesië? (Hoofdstuk 2)
2. Wat zijn belangrijke criteria voor het maken van keuzes in de hiv/aids-bestrijding? (Hoofdstuk 3,4)
3. Wat is het wetenschappelijke bewijs van verschillende hiv/aids-interventies op deze criteria? (Hoofdstuk 5-7)
4. Kan een geïntegreerde benadering van multi criteria decision analysis en accountability for reasonableness gebruikt worden voor de ontwikkeling van strategische plannen binnen de hiv/aids-bestrijding? (Hoofdstuk 8, 9)

Dit proefschrift bevat voornamelijk studies uit Indonesië. Twee hoofdstukken gaan over Zuid-Afrika. **H1** beschrijft de introductie van dit proefschrift. In **H2** evalueren we met behulp van het Accountability for Reasonableness (AFR) raamwerk het huidige proces van het maken van keuzes in de hiv/aids-bestrijding in Indonesië. In **H3**, hebben we op basis van de literatuur een overzicht gemaakt van 31 criteria die mogelijk een rol zouden kunnen spelen bij het maken van keuzes tussen gezondheidszorginterventies. In **H4**, hebben we een survey uitgevoerd onder vier belanghebbende partijen in de hiv/aids bestrijding om te onderzoeken welke criteria zij belangrijk vinden. In **H5-7**, hebben we bekeken hoe hiv/aids-interventies scoren op verschillende criteria, namelijk de kosten, de kosteneffectiviteit en equity overwegingen. **H8**, beschrijft een theoretisch kader voor het maken van keuzes in the hiv/aids-bestrijding in Zuid-Afrika door de integratie van de MCDA- en AFR-raamwerken. De benadering bestaat uit 5 stappen: 1) het vormen van een 'consultatie panel' met alle relevante partijen 2) het selecteren van een set van criteria, 3) het verzamelen van wetenschappelijk bewijs en analyseren van de performance van interventies op de criteria, 4) het organiseren van een deliberatief proces over de keuzes 5) de implementatie van de gemaakte keuzes en evaluatie. **H9** beschrijft de eerste implementatie van de geïntegreerde benadering (beschreven in H8) tijdens de ontwikkeling van de 5 jaren strategie (2014-2018) voor de hiv/aids-bestrijding in provincie West Java in Indonesië. **H10** beschrijft de discussie van het proefschrift.

Datum promotie: 3 november 2015, Radboud universiteit Nijmegen  
Contactgegevens: [noortromp@gmail.com](mailto:noortromp@gmail.com)