

Inhoud

Redactioneel	2
Piet de Bekker	
Opiniërende recensie: "Een neuro is geen zeuro"	3
Johan Polder	
Proefschrift: "Investeren in interventies om ziekteverzuim of presentisme aan te pakken – slim of niet?"	6
Cindy Noben	
Proefschrift: "De kosteneffectiviteit van diverse behandelopties bij epilepsie op een rij gezet"	8
Reina de Kinderen	
Opinie: "Meer ouderenzorg met gelijk budget door selectieve voorrang voor langdurige en dure zorg"	10
Ignace Leus	
Impressie: "IolaHESG 2015"	13
Ron Handels en Niels Janssen	
Aankondiging: "IolaHESG 2016"	14
Activiteit in onze LinkedIn groep	15
Vereniging voor gezondheidseconomie	
Mededelingen	16
Vereniging voor gezondheidseconomie	

Redactioneel

Piet de Bekker

Het gebeurt niet iedere dag dat ik als hoofd- en eindredacteur de verantwoordelijkheid draag om een VGE bulletin het licht te doen zien. Sterker nog, dit is de eerste en hoogstwaarschijnlijk laatste keer. De VGE bestuursleden hebben verschillende taken verdeeld, en de eindredactie was en wordt elders belegd. Maar voor deze ene keer mag ik als vliegende keep dit doelpunt scoren.

De VGE is volop in beweging. U merkt daar mogelijk niet veel van. Toch wil ik graag van de gelegenheid gebruik maken om enkele belangrijke veranderingen de revue te laten passeren.

Bestuurswisselingen

In 2016 mogen we inmiddels drie nieuwe bestuursleden verwelkomen. Dat heeft te maken met het vertrek van drie personen uit het bestuur. Langs deze route willen we Johan Polder, Silvia Evers en Joost Trienekens hartelijk bedanken voor vele jaren trouwe inzet. Door het vertrek van Johan kwam tevens de voorzitterspositie vacant, en we kunnen dan ook met gepaste trots melden dat Richard van Kleef bereid is gevonden de voorzittershamer over te nemen. We heten bij deze ook onze nieuwelingen Erik Koffijberg, Mickaël Hiligsmann en Daniëlle Duijmelinck van harte welkom.

Professionalisering, automatisering en digitalisering

Een andere interne aangelegenheid betreft een proces dat zich langzaam aan voltrekt binnen onze gelederen. Zo werken we achter de schermen aan een verandering van de lay-out van het vertrouwde VGE-bulletin (dat voor zover het er nu naar uitziet wel op papier blijft verschijnen), en hebben we u geïnformeerd dat we in de loop van 2016 overgaan naar een systeem van automatische incasso, tenminste voor leden die daar prijs op stellen. Tevens bouwen we gestaag aan een bestand met emailadressen, zodat u beter en sneller geïnformeerd kunt worden over nieuws en relevante evenementen. Kortom: we staan niet stil en proberen ons service- en activiteitsniveau verder op te trekken. U gaat dat hopelijk meer en meer ervaren.

Betrokkenheid van leden

We proberen het gezondheidseconomisch gedachtengoed nieuwe impulsen te geven, bijvoorbeeld via discussies op onze LinkedIn groep. Leden kunnen berichten plaatsen en reageren op elkaar. Een andere vorm van betrokkenheid zien we terug in de werkgroep die zich bezig houdt met de organisatie van het VGE-congres in 2016. Zodra we daar meer informatie over kunnen geven, ontvangt u direct bericht! Wilt u actief worden voor de vereniging, schroom niet – we kunnen altijd mensen met goede ideeën en inzet gebruiken.

Bulletin

Last but not least: er ligt weer een bulletin voor uw neus. Door omstandigheden hebben sommige artikelen enige tijd "op de plank gelegen". De stukken zijn echter nog steeds de moeite van het lezen waard. En we nodigen alle lezers van harte uit om zelf artikelen, boekrecensies of samenvattingen van een proefschrift in te zenden. Zodat we in 2016 weer kunnen zorgen voor drie goed gevulde VGE-bulletins op uw deurmat!

Ik wens u veel leesplezier, en hoop u binnenkort fysiek (bij een evenement), digitaal (op LinkedIn) of op papier (via een artikel) tegen te komen!

Opiniërende recensie

“Een neuro is geen zeuro”

Johan Polder

“Bad money always drives out good money.”
Wet van Gresham

Topdrukte werd er verwacht, een jaar of drie geleden, op de Oudlaan in Utrecht waar het hoofdkantoor van Actiz is gevestigd. Lange files met durfkapitalisten, banken, private equity financiers en alle anderen die wat meer rendement uit hun euro's willen halen dan de schamele percentages die de banken bieden. Want, zo had de brancheorganisatie niet zonder trots en met veel publiciteit gemeld: “iedere euro in jeugdgezondheidszorg levert 11 euro op.” Een rendement van duizend procent, kom daar meer eens om in tijden van economische crisis! De Nederlandse Vereniging van Diëtisten deed er nog een schepje bovenop: “Dieetadvisering levert de maatschappij tot 2,3 miljard euro op. Voor elke euro die wordt besteed aan dieetbehandeling krijgt de maatschappij netto 14 tot 63 euro terug.” Bij zulke rendementen, oplopend tot meer dan zesduizend procent, kan een run op de diëtisten natuurlijk niet uitblijven!

Maar die run op de diëtisten bleef wel uit. En ook op de Utrechtse Oudlaan viel geen bijzondere verkeersdrukte waar te nemen. Kennelijk klopten die rendementsberichten dus niet, want als er iemand een fijne neus heeft voor sluimerende winsten dan is het wel de durfkapitalist. Wat is er aan de hand? Kloppen deze Maatschappelijke Kosten Baten Analyses (MKBA) wel? En als ze kloppen, wat kun je er dan mee?

In een MKBA worden ongelijksoortige zaken onder dezelfde noemer gebracht, de noemer van de euro. Daaraan ontlenen MKBA's hun sterkte. Maar het is ook hun zwakte. Want de ene euro is de andere niet. Rendementszoekers en durfkapitalisten zullen daardoor zo gedesoriënteerd raken dat ze nimmer bij de diëtist of de jeugdgezondheidszorg aankomen. Maar voor hen zijn de MKBA's ook niet bedoeld!

Wat is het geval? In de MKBA Diëtetiek werd becijferd dat 56 van de 63 euro die dieetadvisering per geïnvesteerde euro oplevert op het conto van gezondheidswinst geschreven kan worden. Door de adviezen van de diëtist vallen mensen af, voelen ze zich gezonder en neemt hun kwaliteit van leven over een periode van vijf jaar met 0,3 QALY's toe. En omdat een Quality Adjusted Life Year een grote waarde vertegenwoordigt, zo'n honderdduizend euro, is het rendement van dieetadvisering enorm groot. Daar lijkt geen speld tussen te krijgen. En toch gaat er iets mis.

Wat hier misgaat, is dat de verschillende functies van geld door elkaar worden gebruikt. We kennen geld vooral als ruilmiddel. Het gaat dan over de euro's in onze portemonnee waarvoor we iets kunnen kopen, bijvoorbeeld een taart, boeken, een vakantie en dus ook dieetadviezen. Los hiervan heeft geld ook de functie van rekeneenheid. Geld is een handige manier om van nature onvergelijkbare dingen toch een beetje vergelijkbaar te maken. Het monetariseren van gezondheidswinst helpt ons als we moeten kiezen of we onze altijd schaarse (ruil)euro aan de zorg of aan iets anders uitgeven. Wat levert de zorgeuro, of kortweg zeuro, op aan levenskwaliteit, geluk of nut in vergelijking met andere bestedingsmogelijkheden? Door alles in geld uit te drukken krijgen we daar een beetje grip op. Maar de euro's die we op deze manier binnenhalen zijn natuurlijk geen euro's die we opnieuw kunnen uitgeven. Ze zitten niet in onze portemonnee, maar tussen onze oren. Ze vertalen nut in geld.

Het zijn geen ruileuro's maar nut-euro's, of kortweg neuro's. Met euro's kunnen we betalen en met neuro's kunnen we vergelijken. Met (z)euro's kunnen we neuro's kopen, maar het omgekeerde kan helaas niet. Een betaalmiddel is wel een rekeneenheid, maar een rekeneenheid is geen betaalmiddel. Voor een neuro kun je niets kopen, ook geen zorg. Een neuro is geen zeuro.

Rendementszoekers snappen dat als geen ander, en het zou naïef zijn om van hen extra zeuro's te verwachten. We kunnen dit relativerend afdoen in de trant van jammer van de energie en helaas, baat het niet dan schaadt het niet, maar de vraag is of MKBA's wel zo onschuldig zijn. Thomas Gresham heeft de economische wetenschap een wet nagelaten die, vrij vertaald, er op neerkomt dat we niet verschillende waarden in één munteenheid kunnen stoppen. Dat geeft gezeur. Denk maar aan de gouden munten die vroeger precies even veel waard waren als het gewicht aan goud. Er waren dan altijd mensen die stiekem wat van het goud afvijlden om dat los te verkopen, en de kleiner geworden munten toch voor de waarde die erop afgedrukt stond in het handelsverkeer te gebruiken. Wanneer zoiets de praktijk van alle dag wordt, verdwijnen volgens Gresham de zuivere munten uit roulatie. Als de onzuivere munten door iedereen geaccepteerd worden, is het immers voordeliger om daarmee te betalen, en de zuivere munten om te smelten. Het geld dat eigenlijk minder waard is dan de munteenheid ('bad money') verdrijft het andere geld ('good money'). Deze wet is al eeuwen oud, maar nog steeds actueel. Denk maar aan Griekenland? Hoe onvermijdelijk is de Grexit? Hoe lang zullen Duitsland en andere landen nog bereid zijn om zijn harde noordelijke euro's (neuro) nog te mengen met de zachte zuidelijke euro's (zeuro)?

In preventie en zorg is het precies andersom. Daar zijn de zeuro's (zorgzeuro's) hard en de neuro's (nut euro's) zacht. Maar dat geconstateerd hebbende, rijst onmiddellijk de vraag of MKBA's ook niet onderworpen zijn aan de Wet van Gresham. Bereiken zij niet het tegenovergestelde van wat ze beogen: een diskwalificatie van de zorguitgaven omdat de in het vooruitzicht gestelde maatschappelijke baten alleen maar tussen de oren blijken zitten en op geen enkele wijze sporen met de ruilwaarde van de euro?

Recent verscheen een nieuw boek van Cass R. Sunstein dat de titel draagt: "Valuing life." De auteur is bekend van zijn eerdere boek "Nudge" dat hij samen met Richard Thaler schreef. Van 2009 tot 2012 was hij ook adviseur van president Obama als hoofd van het White House Office of Information and Regulatory Affairs. Vanuit die ervaringen schreef hij zijn nieuwe boek dat gelezen kan worden als een warm pleidooi voor de maatschappelijke kosten baten analyse. Letterlijk schrijft hij: "At the present time, cost-benefit analysis – a form of political algebra – is the best way we have of accounting for the consequences of regulation." Maar het is wel nodig dat de MKBA wat menselijker wordt. Daarover gaat zijn boek. Sunstein vindt het belangrijk dat we ons niet blindstaren op de abstracte getallen. MKBA's zijn niet bedoeld om allerlei belangrijke kwalitatieve verschillen weg te poetsen, maar juist om deze te identificeren en zo bij te dragen aan een zorgvuldige weging van de belangrijke "trade-offs". Daarbij moeten we echter wel altijd blijven beseffen dat er ook waarden zijn die je niet kunt kwantificeren. Sunstein noemt menselijke waardigheid en rechtvaardigheid als belangrijkste voorbeelden. In de MKBA wereld moeten manieren worden bedacht om hier mee om te gaan. Dat geldt ook voor de zogeheten gedragseffecten. Veelal gaan MKBA's uit van mensen die rationele keuzen maken, terwijl dat in de praktijk niet zo is. We moeten daarom, ook in kosten baten analyses, veel meer dan tot nu toe rekening houden met de menselijke factor. Ook als het gaat om de inschatting van risico's. Wanneer mensen bijvoorbeeld een ongefundeerde angst hebben voor elektromagnetische straling of voor e-nummers of waar je ook maar angst voor kunt hebben, dan zal in een MKBA die angst afzonderlijk als kostenpost moeten worden meegenomen. Eenvoudig is dat allemaal niet, "but if we seek to value life, we cannot proceed without cost-benefit analysis as a form of political algebra."

Geen exit voor de MKBA, derhalve. Maar ook geen ondoordachte toepassing. Een MKBA is niet bedoeld voor durfkapitalisten en rendementsdenkers. Een MKBA geeft geen rendementsprognose. Een MKBA biedt een afwegingskader dat kan helpen om de maatschappelijke gevolgen van belangrijke beslissingen te inventariseren en tegen elkaar af te wegen. Daarmee zijn MKBA's vooral bedoeld voor overheden en allen die op zoek zijn naar de beste instrumenten om integere en zorgvuldige afwegingen te maken die in dienst staan van mens en maatschappij, van gezondheid en leefomgeving. Zover zijn we nog niet. Nodig is dat het instrumentarium van de MKBA verder wordt ontwikkeld en menselijker wordt gemaakt. Nodig is ook dat het instrumentarium aansluit op de behoeften van overheden en andere besluitvormers, zodat ze er ook echt iets mee kunnen. Aansluitend zijn goede voorbeelden en succesvolle implementaties van belang. Nodig is ten slotte ook dat er manieren van communicatie worden bedacht die wat verder gaan dan "één euro dit of dat levert zoveel euro op". Zodat er wel topdrukte ontstaat. Op de juiste plaats, en bij de juiste personen. Zodat we over de Wet van Gresham verder niet meer hoeven te zeuren.

Referentie

Cass R. Sunstein, Valuing life – humanizing the regulatory state, The University of Chicago Press. ISBN-13: 978-0-226-78017-7. Chicago, 2014.

Prof. dr. J.J. (Johan) Polder bijzonder hoogleraar 'Economische aspecten van gezondheid en zorg' aan de Universiteit van Tilburg, departement Tranzo. Daarnaast is hij als Chief Science Officer Gezondheidseconomie verbonden aan het RIVM.

Proefschrift

“Investeren in interventies om ziekteverzuim of presenteïsme aan te pakken – slim of niet?”

Cindy Noben

Noben's onderzoek bekijkt verzuimaanpak vanuit economisch oogpunt. Daarmee is het een zeer pertinent proefschrift waarop onder andere beleidsmakers en werkgevers zich kunnen baseren om al dan niet te beslissen om te investeren in verzuiminterventies. Het promotieonderzoek is bovendien één van de weinigen dat niet enkel verzuim maar ook presenteïsme onder de loep neemt. Onder presenteïsme wordt verstaan het aanwezig zijn op de werkvloer maar met verminderde productiviteit.

Langer werken, ook met gezondheidsklachten

De boodschap van beleidsmakers luidt dat we met zijn allen langer zullen gaan werken. Duurzame inzetbaarheid van werknemers, ook van werknemers met gezondheidsklachten, krijgt dan ook veel maatschappelijke aandacht. Noben's onderzoek sluit daar mooi op aan. De door Noben aangewende studiepopulatie omvat werknemers die tijdelijk of definitieve belemmeringen ondervinden in hun functioneren op het werk. De belemmeringen vloeien voort uit gezondheidsproblemen, opnieuw al dan niet van tijdelijke aard. Een gevolg van het verminderde werkvermogen door gezondheidsproblemen is een wijziging in de arbeidsproductiviteit zoals ziekteverzuim of presenteïsme.

De business case achter de interventies

Is het interessant om te investeren in interventies om verzuim of presenteïsme aan te pakken? Dat is de hamvraag van de dissertatie.

In Nederland nemen werkgevers en werknemers samen een sleutelrol op om aanhoudend verzuim om te zetten in werkhervatting. Werkgevers zijn voornamelijk geïnteresseerd omdat zij minimaal 70% van het loon van de verzuimende werknemer voor maximaal twee jaar dienen door te betalen. Om de kosten te drukken en re-integratie te bevorderen bieden verscheidende ondersteunende instanties zoals arbodiensten maar ook re-integratiebureaus hun diensten aan. Re-integratiebureaus en arbodiensten ondersteunen met inzetbaarheidsinterventies.

Maar zijn de interventies die zij aanbieden wel zinvol vanuit economisch standpunt? Heeft een werkgever die investeert in dergelijke interventies daar wel baat bij? Noben onderzocht het met verschillende vormen van economische evaluaties: cost-benefit, cost-effectiveness, cost-utility. In essentie komt het telkens op hetzelfde neer: als je de kostprijs van de interventie afweegt ten opzicht van de winst van de interventie – winst in de vorm van verbeterde gezondheid of inzetbaarheid – is de balans dan positief?

Zoektocht naar betrouwbare instrumenten om verzuim en presenteïsme te meten

In een eerste fase in het onderzoek werden tal van bestaande instrumenten om 'inzetbaarheid' te meten geïnventariseerd en kritisch geëvalueerd. De resultaten, gepubliceerd in een review-artikel, tonen aan dat er drie vragenlijsten aanbevolen mogen worden: de Work Limitations Questionnaire, de Stanford Presenteeism Scale en de Productivity and Disease Questionnaire. Deze drie vragenlijsten zijn onderling niet inwisselbaar maar bieden alle drie handvaten om de gewijzigde arbeidsproductiviteit te meten. Ook een tool voor het beoordelen van het meten van zorggebruik wordt aangeboden in dit proefschrift.

Welke verzuiminterventies hebben een positieve business case?

In een tweede fase zijn verschillende inzetbaarheidsinterventies geëvalueerd op hun verhouding tussen investering en winst: de resultaten van economisch evaluatieonderzoek. De twee inzetbaarheidsinterventies waarbij samenwerking centraal staat leveren het beste resultaat.

Concreet gaat het dan om interventies gericht op preventie en vroege opsporing van werk gerelateerde gezondheidsklachten door een actieve rol van de bedrijfsarts. Ook interventies gericht op de samenwerkingscomponent werkgever-werknemer en de mogelijke toegevoegde waarde van een 'mediator' om het re-integratie proces te begeleiden blijkt kosteneffectief. Vanuit het perspectief van de werkgever, hebben dergelijke interventies een positieve business case. De Return on Investment op een korte tijdspanne van 6 maanden, bedroeg al 5 tot 11 euro per geïnvesteerde euro.

Op basis van de publicaties uit dit promotieonderzoek kan de implementatie van interventies gericht op actieve samenwerking vanuit economisch standpunt aanbevolen worden.

Boodschap voor bedrijfsartsen

De belangrijkste boodschap voor bedrijfsartsen, arbodiensten en re-integratiebureaus is dat bedrijfsartsen die inzetten op samenwerking, en samenwerking centraal stellen in interventies om verzuim of presenteïsme te voorkomen of op te lossen, voortaan economische argumenten hebben om de werkgever te overtuigen van de gekozen strategie.

***Dr. Cindy Y.G. Noben** is op 6 juli 2015 gepromoveerd aan de Universiteit Maastricht. De titel van het proefschrift was "Investing in Employability Interventions? Methodological Challenges and Economic Evaluation Results". Het proefschrift kan opgevraagd worden via c.noben@maastrichtuniversity.nl*

Proefschrift

“De kosteneffectiviteit van diverse behandelopties bij epilepsie op een rij gezet”

Reine de Kinderen

Stijgende zorgkosten maken een goede afweging tussen kosten, klinische effecten en kwaliteit van leven noodzakelijk. Dit proefschrift beschrijft onderzoek naar kwaliteit van leven van epilepsiepatiënten, voorkeuren ten aanzien van epilepsiediagnostiek, kosten van bijwerkingen en de kosteneffectiviteit van het ketogeen dieet.

Inleiding

Epilepsie is een aandoening van de hersenen waarbij mensen, door een elektrische ontregeling, aanvallen krijgen. Bij ongeveer 30% van de mensen met epilepsie werken medicijnen niet of onvoldoende, het ketogeen dieet kan dan een optie zijn.

Het ketogeen dieet

In een RCT hebben we de kosteneffectiviteit van het ketogeen dieet bij kinderen (1-18 jaar) met refractaire epilepsie onderzocht. Om ouders en kinderen te ondersteunen bij het volgen van het dieet is een speciale 'receptenwebsite' (www.ketogeenmenu.nl) ontwikkeld. Na een studieperiode van vier maanden daalde bij de helft van de kinderen die het dieet volgden de aanvalsfrequentie met meer dan 50%. In de controlegroep behaalde slechts 18,2% dit resultaat. Naast deze significante aanvalsreductie werd er ook een afname van de ernst van de aanvallen gemeten in de interventiegroep. Verder rapporteerden ouders rapporteerden gedragsmatige, cognitieve en/of emotionele verbeteringen, maar deze verschillen werden niet opgemerkt door onze kwaliteit van leven instrumenten. Doordat er geen verschil in kwaliteit van leven werd gemeten, werd er geen onomstotelijk bewijs gevonden voor de kosteneffectiviteit van het ketogeen dieet.

Vergelijking van behandelopties

In een modelleringstudie hebben we vervolgens het ketogeen dieet en de nervus vagus stimulator (NVS) vergeleken met anti-epileptica, met een follow-up van 12 maanden en 5 jaar. NVS is een pacemakerachtig apparaatje wat onder de huid wordt ingebracht. Via een electrode die verbonden is aan de nervus vagus worden stroomstootjes afgegeven aan deze hersenzenuw. Hierdoor worden signalen afgegeven aan de hersenen en deze kunnen aanvallen verminderen. De resultaten suggereren dat het KD kosteneffectief is wanneer deze wordt vergeleken met NVS na 12 maanden. Na 5 jaar is de NVS juist kosteneffectief vergeleken met KD. Wanneer de behandelopties worden vergeleken met anti-epileptica, zijn deze beide niet kosteneffectief; de behandelopties zijn effectiever en duurder, wat wederom resulteert in onwenselijke hoge kosten per QALY.

Ernst van aanvallen en algehele kwaliteit van leven wegen het zwaarst

In het proefschrift worden daarnaast aanbevelingen gedaan op basis van de Time Trade Off studie naar kwaliteit van leven van epilepsiepatiënten. De uitkomsten suggereren dat er minder belang gehecht moet worden aan het meten van het aantal aanvallen, maar meer aan de ernst van de aanvallen en de algehele kwaliteit van leven van een patiënt. Verder zal er meer onderzoek uitgevoerd moeten worden naar de manier waarop kwaliteit van leven wordt gemeten. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat de bijwerkingen van anti-epileptica niet alleen een grote last zijn voor de patiënt maar dat deze ook grote economische gevolgen hebben.

In een Discrete Choice Experiment (DCE) ten slotte, werden de voorkeuren van epilepsiepatiënten op een kwantitatieve manier gemeten. De uitkomsten tonen aan dat de MEG (magnetoencefalografie) niet per definitie meer patiëntvriendelijk is dan routine EEG en dat patiënten een sterke voorkeur hebben voor 24-uurs EEG ten opzichte van EEG na slaapdeprivatie.

Dr. R.J.A. (Reina) van Bilsen-de Kinderen is op 22 mei 2015 gepromoveerd aan de Universiteit Maastricht. De titel van het proefschrift was "Health Technology Assessment in epilepsy; economic evaluations and preference studies". De studies beschreven in dit proefschrift zijn gefinancierd door ZonMw en uitgevoerd in het Academisch Centrum voor Epileptologie Kempenhaeghe/Maastricht UMC+ en Maastricht University.

Opinie

“Meer ouderenzorg met gelijk budget door selectieve voorrang voor langdurige en dure zorg”

Ignace Leus

Hoe de komende jaren kwaliteitszorg aanbieden aan de sterk groeiende groep van ouderen? En dat tegen een betaalbare prijs? De uitdagingen voor de Vlaamse ouderenzorg zijn enorm. In dit artikel reik ik een eenvoudige maar radicale oplossing aan voor de bestaanszekerheid van oudere zorgbehoevenden. Er is ook een begin van oplossing mogelijk voor de verdere sociale uitbouw van zorgdiensten. Met dezelfde middelen als vandaag. Gewoon door herschikking van bestaande budgetten. Meer bestaanszekerheid, minder armoede en meer zorggarantie door selectiviteit

Inleiding

De Belgische totale uitgaven aan sociale zekerheid zijn enorm omvangrijk en opgelopen tot 118 miljard euro. Sommigen zeggen dat de grens wat te gemeenschap wil betalen en herverdelen bereikt is. Maar ondanks die massa middelen leeft nog 15% van de bevolking in bestaansonzekerheid. We kunnen daarover schaamte voelen, maar velen zijn blijkbaar onvoldoende bewust dat er veel sociaal kostendekkend geld naar gezinnen en personen gaat, die het niet nodig hebben om bestaanszeker te blijven. En dit terwijl vele gezinnen, langdurig zieken, ouderen, gehandicapten geconfronteerd worden met hoge kosten, die hun gezinsbudget te sterk blijven belasten. De vraag is meestal of de ziekteverzekering de hoge kosten van zeer dure medicamenten moet betalen. Maar betalen we niet juist te veel aan lage kosten, die in feite de bestaanszekerheid van de betalende niet bedreigen?

Meer doelmatigheid: nodig en mogelijk?

Landen zoals Denemarken, Duitsland, Nederland, Frankrijk besteden nog meer aan sociale uitgaven dan ons land. Maar het gebeurt er op een meer herverdelende, meer solidaire wijze via de progressieve belastingen. Vakbonden, ziekenfondsen, armoedeorganisaties en het middenveld moeten blijven ijveren om meer middelen rechtvaardiger te herverdelen voor het globale sociale beleid. Maar het is ook onze blijvende taak om na te gaan of de al ingezette middelen niet rationeler kunnen ingezet worden. Kunnen we door herschikking niet betere resultaten bereiken in de strijd voor meer bestaanszekerheid voor nog meer mensen? Ik opteer er resoluut voor om de échte risico's voor de burgers die ziek, zorgbehoevend, gehandicapt worden te bestrijden.

Er wordt veel gepraat over de medische kosten door ziekte voor de patiënt, maar in feite zijn het vooral de niet-medische zorgkosten die een zware last betekenen. Bij de erkende zorgbehoevenden in de Vlaamse zorgverzekering (VZV) is de medische kost voor de patiënt gemiddeld 25 euro per maand, terwijl de verzorgingskosten gemiddeld oplopen tot 117 euro.

Voor de dekking van deze kosten werd de Vlaamse zorgverzekering opgericht, waarbij eenzelfde bedrag van 130 euro wordt toegekend aan alle zorgbehoevenden. In realiteit is de spreiding van de zorgkosten echter zeer ongelijk verdeeld: 70 procent van de patiënten heeft kosten onder 130 euro per maand, een beperkte groep heeft kosten die beduidend hoger zijn dan die 130 euro. Er gaat dus enorm veel geld naar een zeer kleine groep van zieken met zeer hoge kosten, die zelf nog veel moet blijven betalen.

Maar er worden ook vele miljoenen besteed aan burgers met uitgaven terwijl zij helemaal niet bedreigd worden in hun bestaansonzekerheid, zelfs niet in hun levensstandaard. Laat ons het concreet maken: vorig jaar had ik een griepje en meende daarvoor de huisarts te moeten raadplegen. Die vroeg me 24,48 euro. Ik kreeg hier voor van de ziekteverzekering 20,48 euro terug. Mijn eigen bijdrage in 2014 was 4 euro. Meer dan 2,8 miljoen Belgen (25%) hebben vorig jaar van de ZIV minder dan 59 euro teruggerekregen (en dat jaar zelf als remgeld slechts 17 euro moeten betalen). Is het geen gezond verstand om de ZIV-gelden bij voorrang te gebruiken om zieken te helpen met hoge kosten?

1,5 miljard verschuiven voor echte sociale risico's bij langdurige en chronische zorg

Laten we ons concentreren op de situatie van de sterkst groeiende groep van kwetsbare burgers in ons land, de zwaar zorgbehoevende oudere, die zeer afhankelijk is van derden voor hulp. Het risico is reëel en gekend dat we op hoge leeftijd met zeer hoge zorgkosten geconfronteerd worden. Meer dan 40% van de vrouwen eindigt in een rustoord. De persoonlijke kost van zo'n opname ligt beduidend hoger dan het ontvangen pensioen. Het is dan ook merkwaardig dat velen wel een hospitalisatieverzekering hebben, maar geen rustoordverzekering kunnen afsluiten, een kost die veel hoger ligt.

Het grootste deel van de 25 miljard van het geld van de ziekteverzekering wordt gebruikt om de bestaanszekerheid te vrijwaren voor zieken met hoge kosten. De kost voor de ZIV verbonden aan de top 5 van de Belgen met de hoogste kosten (554.176 Belgen) bedroeg in 2013 12,7 miljard. Zelf betaalden die gemiddeld nog 1.438 euro remgelden en supplementen, nadat de ZIV gemiddeld per persoon voor 22.944 euro tussenkwam. Aan 180.000 chronisch zieken met een zorgforfait betaalde de ZIV 4,3 miljard euro, met een gemiddelde tussenkomst van 24.220 euro (de top 5 tot 89.000 euro), en een eigen kost van 1.347 euro.

Tabel 1 Terugbetalingen ZIV per deciel (cumulatief) in €

Aandeel %	Aantal rechthebbenden	Totale uitgaven ZIV	Gemiddelde kost ZIV	Gemiddelde eigen kost
5	554.176	0	0	0
10	1.108.352	6.634.886	6	3
25	2.770.897	163.230.573	59	17
50	5.541.758	980.406.833	177	48
75	8.312.637	3.325.187.311	400	99
90	9.975.164	7.703.579.089	772	162
95	10.529.340	11.423.493	1.085	202
top 5	554.176	12.715.268.418	22.944	1.438
totaal	11.083.516	24.138.490.911	2.178	264

Door selectiviteit meer en toegankelijker ouderenzorg in vlaanderen

Ook in de Vlaamse gemeenschap zijn er kansen om doelmatiger met sociaal geld te werken, in het bijzonder in de ouderenzorg. Terwijl het budget voor het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap oploopt tot 1,4 miljard, waarmee 45.000 personen geholpen worden, moet de rustoordsector werken met 1,7 miljard voor 69.000 ouderen. Daarnaast gaat nog 650 miljoen naar de thuiszorgdiensten. Gebruikers betalen voor deze dienstverlening residentieel en ambulante persoonlijke bijdragen, die in rustoord op jaarbasis kunnen oplopen tot 18.000 à 22.000 euro per jaar.

Naast de rechtstreekse financiering van deze ouderenzorgvoorzieningen bestaat er ook nog de Vlaamse Zorgverzekering (VZV) met een budget van 330 miljoen euro. Het is juist door de gedeeltelijke heroriëntering van dit budget dat er zich een enorme kans aanbiedt. Het aantal zorgbehoevende ouderen stijgt de komende jaren zeer sterk.

Per jaar moeten er minstens 10 rustoorden van 150 bedden bijkomen om de extra zorg voor deze ouderen te kunnen leveren. Ook het aantal uren in de gezinszorg en thuiszorg moet in dezelfde verhouding stijgen. Terwijl de laatste jaren de inkomenssituatie van ouderen is verbeterd, is de situatie voor ouderen, die geconfronteerd worden met zorgnood met dus bijkomende kosten, niet rooskleurig.

Enorme kans voor de Vlaamse ouderenzorg door selectief beleid

De overdracht van bevoegdheden biedt een enorme kans, om allé ouderen met grote zorgbehoefte en een bescheiden inkomen in staat te stellen om hun hoge kosten te blijven betalen. Enerzijds bestaat er de Vlaamse Zorgverzekering (VZV) met een budget van 330 miljoen voor de ouderen, en anderzijds het tot recent federaal stelsel Tegemoetkomingen voor Hulp aan Bejaarden (THAB) met een budget van 433 miljoen. Beide sociale systemen hebben als doel oudere zorgbehoevende personen financieel te helpen.

Het voorstel dat ik wil geven is eenvoudig, maar ook radicaal efficiënt. Door de beide systemen te integreren in de THAB en de twee budgetten samen te voegen tot 652 miljoen euro, verhoog je de middelen van de tegemoetkomingen THAB significant. Er ontstaat een enorme administratieve vereenvoudiging voor de oudere en een systeem dat echt de armoede bij zorgbehoevende oudere radicaal vermindert, tot opheft.

Conclusie

De vraag moet niet zijn: zijn de huidige uitgaven voor individuele tussenkomsten te hoog? De vraag is: dekken we met de voorhanden zijnde middelen niet té lage risico's? Of nog: kunnen we de middelen niet efficiënter inzetten voor de echte zware kosten van verzorging?

Het is duidelijk dat selectiviteit en herschikking van de ingezette middelen de situatie van mensen met langdurige en zware kosten serieus kunnen verbeteren. Zijn we bereid deze herschikkingen door te voeren en prioriteit te geven aan de echte noden? Dat houdt concreet in dat we kleine kosten niet meer vergoeden. Dat we absoluut voorrang geven aan mensen met bescheiden inkomens of mensen met zeer hoge kosten zonder dat de bestaansonzekerheid van de anderen bedreigd wordt.

Ignace Leus is een actieve oudere, ex-directeur van de CM Zorgkas Vlaanderen en Voorzitter van het Verwijzersplatform.

Impressie

"lolaHESG 2015"

Ron Handels en Niels Janssen

Gelegen in een bosrijke omgeving werd het tweedaagse LolaHESG 2015 in Kasteel Vaeshartelt te Maastricht gehouden op 28 en 29 mei 2015, waar alle ruimte was voor presentatie en discussie.

Het welkomst woord werd gehouden door Silvia Evers en Carmen Dirksen die startten met een 'trip down memory lane'; daar waar het allemaal begonnen is. Het gaat goed met LolaHESG, volgend jaar wordt het zelfs uitgebreid naar Gent/Brussel. In totaal werden 33 papers bediscussieerd door 70 participanten afkomstig uit 20 verschillende instellingen en instituten.

Tijdens de ochtendsessie stond kosteneffectiviteit analyses middels beslismodellen centraal. In een sessie over next-generation sequencing werd de kosteneffectiviteit van diagnostische testen onderzocht.

Na de lunch kwamen onder andere de uitdagingen van surrogaat uitkomstmaten en het identificeren van spillover effecten bij griep vaccinatie aan bod. Daarnaast werd ook het meten van (preferenties van) gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven besproken. Er vond een verhitte discussie plaats naar de validatie van een online time-trade off methode om een interviewer-methode te vervangen. Alle sessies hadden met elkaar gemeen dat de stof complex was en in volle gang debat werd gevoerd. Na de sessies werd buiten onder het genot van een koel drankje nog het e.e.a. nabesproken alvorens te dineren.

Wat het hele concept zo interessant maakte, is dat onderzoekers tijdens de verschillende sessies hun artikel niet zelf presenteerden, maar dit gedaan werd door een discussiant. De discussiant nam in de presentatie van het artikel een aantal discussiepunten mee ter bespreking, welke voor de auteur(s) weer handvaten gaven tot verbetering van het artikel. 's Avonds werd het feest op gang gedreund door de DJ en, in combinatie met keuze uit verscheidene drankjes, werd er volop gedanst.

De volgende ochtend presenteerde Dr. Knies vanuit Zorginstituut Nederland de herziening kosten-effectiviteitsrichtlijn en de handleiding kostenonderzoek.

Gedurende de ochtendsessies passeerden trial-based economische evaluaties, cost containment en enkele modelmatige economische evaluaties de revue. In een latere sessie ontstond discussie over de vele checklists die het veld telt, en hoe nieuwe inzichten een meerwaarde kunnen bieden.

's Middags werden voorspellers van zorg, de kosteneffectiviteit van diagnostische interventies en de manier waarop kosteneffectiviteit resultaten worden omgezet tot beleid besproken. Wij proefden tevredenheid bij auteurs en discussianten die met constructief commentaar de puntjes op de 'i' kunnen zetten om hun werk te verbeteren. Met dat positieve gevoel en een borrel werd LolaHESG 2015 tot een succesvol einde gebracht. Op naar de volgende editie in Gent!

Ron Handels is post-doc onderzoekers aan de Universiteit Maastricht. **Niels Janssen** is Research Master and Applied Psychologist en ten tijde van LolaHESG verbonden aan de Universiteit Maastricht

Aankondiging

"lolaHESG 2016"

Na 7 succesvolle edities van de "lowlands Health Economics' Study Group" (lolaHESG), zal het lola congres voor het eerst doorgaan in België! De bijeenkomst wordt georganiseerd door het Interuniversity Centre for Health Economics Research (I-CHER), een alliantieonderzoeksgroep tussen Universiteit Gent en de Vrije Universiteit Brussel.

Wanneer?

26 en 27 mei 2016

Waar?

Het Pand, Gent

Waar ging het ook alweer om?

- LolaHESG stimuleert de ontwikkeling en uitwisseling van gezondheidseconomische ideeën door middel van discussie over verschillende concept artikelen.
- Elk conceptartikel wordt onder leiding van een gespreksleider gedurende een sessie van 45 minuten besproken.
- Het doel is de auteurs op een constructieve manier te helpen bij de verdere uitwerking en afronding van hun artikel.
- Een discussiant bespreekt het concept artikel en presenteert een aantal discussiepunten.
- De auteur/indiener van het concept artikel krijgt aan het einde van de sessie de gelegenheid om op de discussie te reageren.
- Tijdens het programma zal er altijd een parallel sessie in het Engels gehouden worden.

Wil je meer weten over lolaHESG 2016 in Gent, neem dan een kijkje op www.gezondheidseconomie.org of contacteer ons via lolahesg@ugent.be.

Deadline voor registratie is 15 april.

We hopen jullie allemaal te mogen verwelkomen op LolaHESG op 26 en 27 mei in Gent.

Activiteit in onze LinkedIn groep

Vereniging voor gezondheidseconomie

Laten we het woord marktwerking failliet verklaren!

René Groot Koerkamp, directie- en bestuursadviseur bij ZN, bestuurslid VGE

"We kunnen stellen dat de marktwerking in de thuiszorg doorgeschooten is." Het is zomaar een uitspraak die ik de afgelopen dagen op Twitter voorbij zag komen. Het was een reactie op de financiële problemen die verschillende thuiszorgorganisaties op dit moment ondervinden. Maar wat werd hiermee bedoeld? Gesuggereerd wordt dat dit de schuld is van marktdynamiek. Maar is dit wel terecht?

Laten we dit voorbeeld op Twitter eens onder de loep nemen. In dit geval zijn de consequenties voor de thuiszorgorganisaties het rechtstreekse gevolg van publieke beslissingen op nationaal en lokaal niveau:

1. De politieke keuze van de rijksoverheid om minder geld beschikbaar te stellen voor de thuiszorg.
2. De wijze waarop de gemeenten omgaan met de verantwoordelijkheid die zij hebben gekregen.

Het is een herkenbaar patroon, het lijkt wel eens dat er voor alle misstanden en problemen in de zorg maar één schuldige is: marktwerking. Dé oorzaak van al het kwaad. Onzin natuurlijk. Van het begrip 'marktwerking' wordt een karikatuur gemaakt voor eigen gewin. Niet om de feiten te laten spreken, maar om achterdocht met emotie te voeden.

Voor mij het bewijs voor de stelling dat 'marktwerking' niet bestaat. Daar waren ze in het buitenland al achter: er is namelijk geen enkel ander land dat een equivalent kent voor dit woord. Ik roep daarom op het woord 'marktwerking' failliet te verklaren. Geef geen systeem de schuld, maar benoem feitelijk waar de knelpunten door worden veroorzaakt. Dat bekt niet zo lekker op Twitter, maar beschrijf wel beter waar het wél - en niet - om gaat.

Reactie van Frank Conijn:

Voor marktwerking bestaat wel een Engelse term, zoals in 'free-market economy' (markteconomie), maar het is inderdaad waar dat de term in de Nederlandse zorgdiscussie te pas te onpas gebruikt wordt. Ook klopt het wat u zegt dat de problemen in de ouderenzorg voor een belangrijk deel, misschien wel verreweg het grootste deel, veroorzaakt worden door de extramuralisatie (i.c. veel strengere eisen voor een plaats in een WLZ-zorginstelling), gelijktijdige straffe WMO-bezuiniging en onkunde/onwil van gemeenten om de nieuwe taken behoorlijk uit te voeren.

Maar in plaats van de term failliet te verklaren (niet meer te gebruiken) zou ik voorstellen dat we politici en het publieke duidelijk maken dat de bovengenoemde zaken, evenals o.a. het eigen risico, niets met marktwerking te maken hebben. Dat onder - echte - marktwerking slechts de volgende drie dingen vallen:

1. Concurrentie op prijs en kwaliteit tussen (semi)private zorgverzekeraars.
2. Concurrentie op prijs en kwaliteit tussen zorgaanbieders.
3. De bedrijfsvorm van zorgaanbieders (publiek/privaat).

Heeft u ook een stelling, interessant artikel, aankondiging van een evenement of ander bericht dat u graag wilt delen met een gezondheidseconomische community van inmiddels 469 leden?

U bent van harte welkom op onze LinkedIn groep!

Mededelingen

Vereniging voor gezondheidseconomie

Aankondiging:

European Union Health Economics Association Conference 2016

De VGE is lid van de European Union Health Economics Association (<http://www.euhea.com>). Iedere twee jaar organiseert de EUHEA een grote internationale conferentie voor gezondheidseconomen. De conferentie van 2016 vindt plaats van 13-16 juli in Hamburg bij het 'Hamburg Center for Health Economics'. Het thema is 'Know the Ropes – Balancing Costs and Quality in Health Care'.

Meer informatie vindt u op <https://www.euhea2016.eu/>.

Aankondiging:

European Union Health Economics Association: PhD Student-Supervisor Workshop

The Universitat Internacional de Catalunya (Barcelona) is pleased to announce that it will be hosting the 3rd European Health Economics Association (EuHEA) PhD Student-Supervisor and Early Career Researcher (ECRs) Conference from the 7th-9th September 2016.

The conference represents a unique opportunity for those beginning their careers in health economics to network and receive detailed feedback on their research.

Informatie: http://www.aes.es/euhea-conference-2016/pdfs/EuHEA_Conference_2016.pdf

Pre-aankondiging:

VGE Congres 2016: gedragseconomie

Een speciale werkgroep is hard aan de slag met de organisatie van het volgende VGE congres. Het congres staat gepland voor najaar 2016. De definitieve datum wordt zo spoedig mogelijk bekend gemaakt. Het congres zal dit keer in het thema staan van de gedragseconomie. Het belooft weer een zeer mooi programma te worden met de nieuwste inzichten voor zowel wetenschap, beleid als praktijk.

Meer informatie volgt. Hou <http://www.gezondheidseconomie.org> in de gaten!

Communicatie

Verzoek: geef uw e-mailadres door aan de VGE

Om u als lid van de VGE nog beter van dienst te zijn vragen wij u om – op vrijwillige basis uiteraard – uw e-mailadres door te geven via info@gezondheidseconomie.org. Zodat wij u nog sneller op de hoogte kunnen stellen van de nieuwste inzichten, activiteiten, verenigingsnieuws en uitnodigingen voor onze activiteiten. Alvast hartelijk dank!