



INHOUD

Het voorjaarsnummer van 2025 heeft nog geen vastgesteld thema. U wordt van harte uitgenodigd om mee te denken. Heeft u suggesties, neem dan voor 10 februari contact met ons op via secretariaat@gezondheidseconomie.org om uw idee te bespreken.

- 3** ARBEIDSSCHAARSTE IN DE ZORG: THEORETISCH MODEL EN PRAKTISCHE OPLOSSINGEN **Angelique de Rijk, Aggie Paulus, Ruben Drost, Manuela Joore en Silvia Evers**
- 8** DUURZAME ZORG EN DE ROL VAN DE ZORGVERZEKERAAR: STAAN ALLE SEINEN OP 'GROEN'? **Jeroen Struijs, Anne-Lou Simonis, Marlin Leemhuis**
- 12** EVALUATIE VAN REGIONALE SAMENWERKING IN DE ZORG: COMPLEX MAAR NOODZAKELIJK **Robin Peeters en Daan Westra**
- 15** VERBREIDING VAN HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA) NAAR HET GEHELE BASISPAKKET **Joost Enzing en Saskia Knies**
- 19** VERSLAG VGE CONGRES 2024 **Chantal Pereira en Bram Wouterse**
- 22** INTERVIEW MET MEREDITH ROSENTHAL, ANDREW DREYPHUS EN JEROEN STRUIJS: EXPLORING VALUE-BASED PAYMENT MODELS IN HEALTHCARE: EXPERT INSIGHTS AND PRACTICAL TAKEAWAYS **Tadjo Gigengack**
- 25** VGE EN NTVAG SAMEN IN GESPREK MET ZONMW OVER HTA-METHODOLOGIE **Bram Wouterse**
- 26** SPONSOREN
- 26** COLOFON

VOORWOORD

Geheel in lijn met de voorjaarseditie is ook de najaarseditie van 2024 te laat bij u bezorgd. Laten we hierbij het (goede) voornemen uitspreken om in 2025 daadwerkelijk in het voorjaar en in het najaar het bulletin uit te brengen. Met nieuwe aanwas in het bestuur, want per 1 januari zijn Fiona Koster en Anoukh van Giessen toegetreden, gaat de VGE hoe dan ook een mooi jaar tegemoet. Maar laten we ook terugkijken. In oktober 2024 organiseerden we een zeer geslaagd VGE congres met als thema 'Gezondheidseconomie in de breedte: naar waarde-gedreven en duurzame zorg'. Het thema van voorliggend bulletin is gelijknamig en een aantal sprekers op het congres hebben ook een bijdrage geleverd aan deze editie van het bulletin. Zo vindt u artikelen over oplossingsrichtingen bij de arbeidsschaarste in de zorg en het meenemen van duurzaamheid bij de contractafspraken tussen verzekeraar en aanbieder. Ook kunt u lezen over de evaluatie van netwerken in de zorg en verbreding van de HTA naar het gehele basispakket. Verder vindt u een verslag van het congres en een interview met de Meredith Rosenthal (de keynote) en haar (kersverse) echtgenoot Andrew Dreyphus. Deze editie sluit af met een verslag van onze voorzitter Bram Wouterse over de betrokkenheid van de VGE en de NTVAG met het HTA-methodologieprogramma. Kortom, weer een interessante en goedgevulde editie van het VGE bulletin.

Het was voor mij een eer om aan het congres én aan het bulletin te mogen bijdragen. Op een mooi 2025!

Eline de Vries
Penningmeester/bestuurslid VGE

ARBEIDSSCHAARSTE IN DE ZORG: THEORETISCH MODEL EN PRAKTISCHE OPLOSSINGEN

Angelique de Rijk, Aggie Paulus, Ruben Drost, Manuela Joore en Silvia Evers

AANLEIDING

In 2033 zal er een personeelstekort zijn in de zorg van 190.000 fte, 11% van het zorgpersoneel.¹ Dit tekort zal verder toenemen door vergrijzing en ontgroening van de bevolking. Net als in andere sectoren kent de gezondheidszorg een jaarlijks verloop van 10%. Van die groep stroomt echter slechts 13% uit vanwege pensionering en maar liefst 41% vanwege overstap naar een andere sector. Omdat de sector zo groot is, verliest de zorg jaarlijks 25.000 zorgverleners.² Van het zittende personeel neemt de productiviteit af door een toename van burn-outklachten en van ziekteverzuim, dat in Nederland maximaal twee jaar kan duren.³ Het arbeidsaanbod in de zorg slinkt dus drastisch. Tegelijkertijd neemt de zorgvraag toe door vergrijzing. Met een wettelijke verplichting om zorg te leveren vormt arbeidsschaarste in de zorg dan ook een steeds groter probleem. Een belangrijke stap naar grip op dit probleem is het inzichtelijk maken van strategieën om arbeidsschaarste te beïnvloeden. Dit inzicht is ook nodig om de effecten van interventies om dit probleem aan te pakken, goed te kunnen meten.⁴

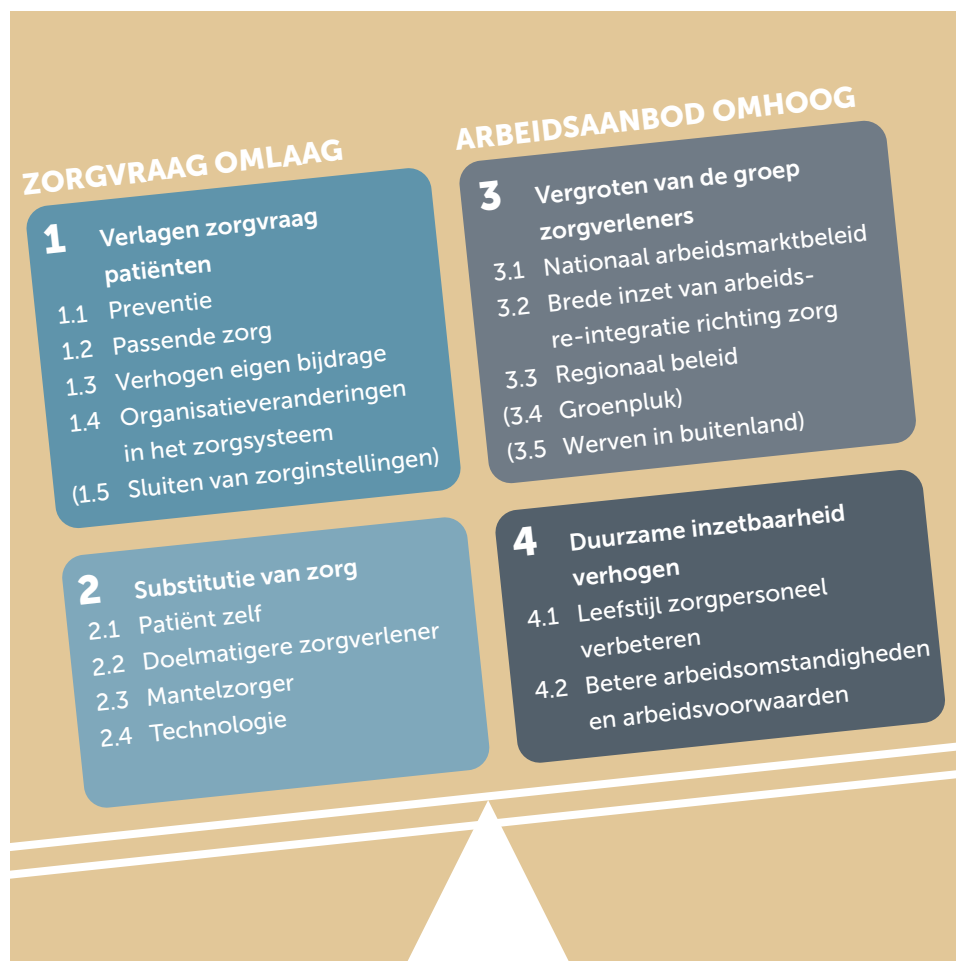
NAAR EEN MODEL VOOR BEÏNVLOEDING VAN ARBEIDSSCHAARSTE IN DE ZORG

In deze bijdrage presenteren we een transdisciplinair model voor de beïnvloeding van arbeidsschaarste in de zorg, dat duidelijk maakt aan welke knoppen we kunnen draaien om aan de zorgplicht te blijven voldoen. Naast gezondheidseconomie, putten we uit onder andere de arbeids- en organisatiepsychologie, arbeids- en verzekeringsgenees-

kunde, en arbeidsmarkt economie. We onderscheiden enerzijds strategieën die de vraag naar inzet van professionele zorg en anderzijds strategieën die het arbeidsaanbod in de zorg beïnvloeden. Dan kan theoretisch aan vier “knoppen” gedraaid worden (Figuur 1), maar niet alles is praktisch wenselijk of haalbaar, zoals hieronder wordt toegelicht.



ARBEIDSSCHAARSTE IN DE ZORG: THEORETISCH MODEL EN PRAKTISCHE OPLOSSINGEN



Figuur 1: Model voor beïnvloeding van arbeidsschaarste in de zorg.

1. VERMINDEREN VAN DE VRAAG NAAR ZORGINZET: VERLAGING VAN DE ZORGVRAAG VAN PATIËNTEN

Een eerste strategie om de zorgvraag in de curatieve zorg te verminderen, is preventie: voorkomen dat mensen ziek(er) worden en daardoor (meer) zorg vragen. Op de korte termijn hebben screening- en vaccinatieprogramma's effect, zoals we bijvoorbeeld tijdens de Covid-19 pandemie hebben gezien. Verbetering van leefstijl heeft vooral een langetermijneffect door afname van chronische ziekten.⁵ Een tweede strategie om de zorgvraag terug te dringen betreft Passende Zorg, dat is werkzame zorg tegen een redelijke prijs, waar mogelijk dicht bij de patiënt georganiseerd, waar samen over besloten is, en met aandacht voor wat iemand nog wel kan. Het Integraal Zorg Akkoord (IZA) presenteert Passende Zorg nadrukkelijk als oplossing voor het arbeidsschaarste probleem⁶ maar er zijn nog geen effectstudies beschikbaar. Een derde strategie is het verhogen van een eigen bijdrage, ook wel remgeld genoemd. Het effect hiervan lijkt beperkt.^{7,8} Een vierde strategie vormen organisatieveranderingen in het zorgsysteem. Met bijvoorbeeld sociotechnische principes kan uitwisseling tussen mens (de werkende, de patiënt) en systeem efficiënter worden gemaakt,⁹ bijvoorbeeld door standaard zorgpaden te ontwikkelen die door de meerderheid van de patiënten gevolgd kunnen worden. Een vijfde en cynische strategie tenslotte, is het sluiten van gezondheidszorginstellingen zonder dat er realistische alternatieven (andere instellingen met betaalbare bereikbaarheid en directe beschikbaarheid) zijn.

2. VERMINDEREN VAN DE VRAAG NAAR ZORGINZET: SUBSTITUTIE VAN ZORG

De vraag naar zorg verleend door betaalde zorgverleners kan ook verminderd worden door deze zorg te substitueren door iemand of door een technologie. Er zijn vier vormen van substitutie, die ook in combinatie kunnen voorkomen. Ten eerste kan de patiënt zelf de zorg verrichten. Ten tweede kan de zorg overgenomen worden door een andere zorgverlener, wat winst oplevert als de alternatieve zorgverlener de zorg doelmatiger en daardoor sneller en/of tegen een lager salaris verleent. Bijvoorbeeld een maatschappelijk werker die iemand begeleidt bij schuldsanering of een re-integratiecoach van de gemeente die naar werk begeleidt, in plaats van een psycholoog die de depressie als gevolg van de financiële problemen behandelt. Ten derde kan zorg overgenomen worden door mantelzorgers. Inmiddels is een op de vier werkenden al mantelzorger en verricht bijna een half miljoen meer dan een dag per week (essentiële) mantelzorg. Vrouwen en zorgmedewerkers zijn oververtegenwoordigd. De rek lijkt dus nu al uit substitutie naar mantelzorg.¹⁰ Ten vierde kan zorgpersoneel geheel of gedeeltelijk vervangen worden door technologie, iets wat de laatste jaren enorm in opmars is in vrijwel alle beroepen.¹¹ De verwachtingen van digitale technologieën zijn hoog. De Gezondheidsraad verwacht bijvoorbeeld dat Artificiële Intelligentie (AI) borstkankerscreening binnen enkele jaren kan verbeteren (scheelt 6 minuten per vrouw).¹² Er is echter nog weinig onderzoek naar effecten van digitale technologie op arbeidsinzet; beschikbare onderzoeken richten zich vooral op subjectieve inschattingen.^{13,14} Substitutie wordt vaak in combinatie toegepast, bijvoorbeeld een hulpmiddel om steunkousen zelf aan te trekken in plaats van door de thuiszorgmedewerker of thuiszorg.nl raadplegen in plaats van de huisarts.

3. HET ARBEIDSAANBOD VERGROTEN: VERGROTEN VAN DE GROEP ZORGVERLENERS

Via nationaal arbeidsmarktbeleid, inclusief scholingsbeleid, is een eerste manier om de groep zorgverleners te vergroten. Een onderdeel daarvan kan zijn dat de zorg als essentiële sector gedefinieerd wordt, met dito aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden als salaris en keuze in werktijden. McKinsey adviseert om 'een keten van baantransities' te creëren met bijpassende omscholingsmogelijkheden.¹⁵ Een boer kan een zorgboerderij gaan managen; de zorgmanager schoolt zich om tot verpleegkundige. Ten tweede kan een brede en tegelijk gerichte aanpak van arbeidsre-integratiebegeleiding ingezet worden. Breed qua doelgroep: dus zowel mensen met milde beperkingen, langdurige werkloosheid, herintreders, vluchtelingen als statushouders. Gericht, door focus op re-integratie in de zorg. In samenwerking met UWV, gemeentes, MBO en HBO kan deze brede doelgroep het huidige zorgpersoneel ontlasten door deeltaken uit bestaande banen over te nemen. Dit heet "job crafting." Ten derde zou regionaal beleid ingezet kunnen worden bij lokaal tekort aan zorgverleners. Bij een regionaal contract werkt de zorgverlener op de locatie binnen een regio waar op dat moment het tekort is. Dat vergt goede voorbereiding van zorgpersoneel om inzetbaar te kunnen zijn op verschillende locaties en goede voorwaarden voor woon-werk verkeer.¹⁶ Ook Passende Zorg draagt bij aan efficiëntere inzet van zorgverleners.⁶

In de praktijk worden nog twee andere strategieën gehanteerd om het arbeidsaanbod te vergroten, die niet verantwoord of duurzaam zijn. Bij "groenpluk" worden studenten van het MBO en HBO "geplukt" voordat ze een diploma hebben. Ook kan personeel actief in het buitenland geworven worden. Beide groepen hebben een kwetsbare arbeidsmarktpositie met vergrote kans op uitbuiting.

ARBEIDSSCHAARSTE IN DE ZORG: THEORETISCH MODEL EN PRAKTISCHE OPLOSSINGEN

4. HET ARBEIDSAANBOD VERGROTEN: DUURZAME INZETBAARHEID VERGROTEN

De laatste categorie van strategieën is de duurzame inzetbaarheid van huidig zorgpersoneel verhogen. Dat is hard nodig. Nederland is kampioen met veruit de langste arbeidsloopbaan van Europa (gemiddeld 43,7 jaar versus 36,9 in de Europese Unie¹⁷). Duurzame inzetbaarheid - gezond, productief en langdurig blijven werken - kan ten eerste verhoogd worden door de leefstijl van de zorgmedewerker te verbeteren (fysiek actief zijn, stoppen met roken en overmatig alcoholgebruik, gezond eten, tijd voor rust en opladen (ook onder werktijd) en slaapkwaliteit verbeteren).¹⁸ Sommige ziekenhuizen hebben vitaliteitsloketten met voorrang voor zorgpersoneel. Ten tweede kan de duurzame inzetbaarheid vergroot worden door betere arbeidsomstandigheden (minder administratief werk, meer autonomie, meer tijd voor kerntaken), en betere arbeidsvoorwaarden (goed salaris, passende werktijden, genoeg tijd voor recuperatie tussen diensten).¹⁸⁻²⁰ Ook flexibele kinderopvang en pakketbezorging op het werk zijn opties. Het vergroten van de duurzame inzetbaarheid van het huidige zorgpersoneel verhoogt hun productiviteit en vermindert hun ziekteverzuim, dus met dezelfde mensen gaat het arbeidsaanbod omhoog (en vermindert uitstroom uit de zorg).

CONCLUSIE

De schaarste van zorgpersoneel vraagt om balans tussen zorgvraag en arbeidsaanbod. Daarvoor ontwikkelden we een transdisciplinair model (Figuur 1), met meer strategieën dan andere auteurs opperen.^{16,22} Balans in het streven naar gezondheid en duurzaamheid voor allen is belangrijk.^{23,24} Volgens ons model is een aanpak gericht op gezondheid van zowel patiënt als zorgpersoneel - zoals in "Magnet hospitals"²¹ - plus arbeidsmarktbeleid, het meest effectief. Goed onderzoek naar de bedoelde en onbedoelde effecten is echter noodzakelijk.

Angelique de Rijk, Aggie Paulus, Ruben Drost, Manuela Joore en Silvia Evers zijn onderzoekers bij Care and Public Health Research Institute (CAPHRI) in Maastricht op het gebied van respectievelijk arbeid en gezondheid, gezondheidseconomie en health technology assessment. Angelique de Rijk en Manuela Joore zijn lid van tijdelijke commissie 'Arbeidsinzet en duurzaamheid bij pakketbeslissingen' van het Zorginstituut Nederland.

REFERENTIES

1. WRR. Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. 2021
2. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2024/uitstroom-zorg-en-welzijn-is-klein-wel-veel-wisselingen-binnen-bedrijfstak>
3. SZW. Burn-out: oorzaken, gevolgen en Risico-groepen. 2021
4. ZiN. Opdracht tijdelijke commissie arbeidsinzet en duurzaamheid bij pakketbeslissingen. 2024
5. <https://www.rivm.nl/onderwerpen/kosteneffectiviteit-van-preventie>
6. Rijksoverheid. Integraal Zorg Akkoord – samen werken aan gezonde zorg. 2024
7. Swartz K. Cost-sharing: effects on spending and outcomes. The Synthesis Project. Research Synthesis Report. 2010
8. CPB. Hogere eigen bijdrage remt gebruik thuiszorg minder dan gedacht. 2016
9. <https://www.mantelzorg.nl/professionals/onderwerpen/wat-is-mantelzorg/werk-en-mantelzorg-in-cijfers/>
10. <https://www.movisie.nl/artikel/mantelzorg-verschillen-tussen-mannen-vrouwen>
11. Berkers, et al. The role of robotization in work design: A comparative case study among logistic warehouses. Int J Hum Resource Manag 2023, 34(9):1852-1875.
12. <https://www.gezondheidsraad.nl/onderwerpen/bevolkingsonderzoek/alle-adviezen-over-bevolkingsonderzoek/verbetermogelijkheden-voor-het-bevolkingsonderzoek-borstkanker>
13. Drost et al. Tijdbesparende technologieën in de ouderenzorg. 2021
14. Van der Leeuw et al. Tijdbesparende technologieën in de ouderenzorg: macro-economische verdieping. 2021
15. McKinsey. Bouwen aan een toekomstbestendige arbeidsmarkt. 2024
16. <https://www.zorgvisie.nl/blog/ opinie-er-zijn-wel-oplossingen-voor-het-zorgpersoneels-tekort/>
17. [https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230920-1#:~:text=In%202022%2C%20the%20usual%20working,and%20Bulgaria%20\(40.2%20both\).](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230920-1#:~:text=In%202022%2C%20the%20usual%20working,and%20Bulgaria%20(40.2%20both).)
18. Hazelzet E, et al. Effectiveness of interventions to promote sustainable employability: A systematic review. Int J Environ Res Public Health 2019, 16(11):1985.
19. Nguyen Van H et al. A systematic review of effort-reward imbalance among health workers. Int J Health Planning Manag 2018,, 33(3):e674-e695.
20. Peters V et al Which resources moderate the effects of demanding work schedules on nurses working in residential elder care? A longitudinal study. Int J Nursing Studies 2016, 58:31-46.
21. Svensson I, et al. Laying the foundations for implementing Magnet principles in hospitals in Europe: A qualitative analysis. Int J Nursing Studies 2024, 154:104754.
22. CPB. Krappe arbeidsmarkt vraagt om keuzes. 2024
23. WHO. Economics and health for all. 2024
24. CICL. Competitive Sustainability Index 2024: Shaping a new model of European competitiveness 'beyond Draghi'. 2024

DUURZAME ZORG EN DE ROL VAN DE ZORGVERZEKERARAAR: STAAN ALLE SEINEN OP 'GROEN'?

Jeroen Struijs, Anne-Lou Simonis, Marlin Leemhuis

AANLEIDING

De zorg draagt bij aan het verbeteren van de gezondheid van mensen, maar maakt hierbij gebruik van veel energie en grondstoffen¹. In Nederland wordt geschat dat de zorgsector verantwoordelijk is voor ongeveer 7% van de totale CO₂-uitstoot. Dat is meer dan de uitstoot door luchtvaart of scheepvaart². Daarnaast neemt de zorg 4% van het afval en 13% van het gebruik van grondstoffen, zoals metalen en mineralen, voor zijn rekening³. Het gebruik van fossiele brandstoffen draagt bij aan extreme hitte, tropische stormen, droogte, bosbranden, overstromingen en verminderde luchtkwaliteit. Dit leidt tot ondervoeding, infectieziekten en hittestress. De Wereldgezondheidsorganisatie schat dat vanaf 2030 jaarlijks zo'n 250.000 mensen extra overlijden als direct gevolg van klimaatverandering, met name in ontwikkelingslanden⁴.

Waar andere sectoren duurzaamheid hebben benaderd als een 'weg' naar economische groei – vaak gestimuleerd door de vraag vanuit consumenten en/of investeerders – heeft de zorgsector tot voor kort haar ecologische voetafdruk grotendeels genegeerd. Dit werd deels veroorzaakt door andere (acute) crises, die alle aandacht van de sector vroegen, waaronder de COVID-19-pandemie en het groeiend personeelstekort. Echter, in de afgelopen jaren is er ook in de zorgsector steeds meer aandacht voor verduurzaming, in eerste instantie voornamelijk geïnitieerd door intrinsiek gemotiveerde zorgprofessionals. Een voorbeeld hiervan is de zogenoemde Green Deal Duurzame Zorg waarin veldpartijen in samenwerking met de landelijke overheid afspraken hebben gemaakt over het verduurzamen van de zorg¹. De doel-

stellingen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 zijn gericht op vijf thema's, namelijk actievare inzet op gezondheidsbevordering, het vergroten van kennis en bewustzijn over het verduurzamen van de zorg, het verlagen van CO₂-uitstoot, het terugdringen van primair grondstofgebruik en restafval, en het terugbrengen van milieubelasting door medicatiegebruik. Daarnaast zijn er op Europees niveau richtlijnen opgesteld die ook van toepassing zijn op de zorgsector, zoals de CSRD ('Corporate Sustainability Reporting Directive')⁵, die bedrijven verplicht tot verslaglegging over hun duurzaamheidsprestaties over de gehele keten. Hoewel een toenemend aantal zorgaanbieders bezig is met de verduurzaming van de zorg – bijvoorbeeld door het beperken van hun uitstoot, het reduceren van afval en het vergroten van capaciteit voor groene energie – is er meer nodig om de transitie naar duurzame zorg verder te stimuleren en de doelstellingen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 te realiseren.

De aandacht voor de rol van zorgverzekeraars hierin is in de afgelopen jaren toegenomen. Dit vanwege de unieke positie van zorgverzekeraars in ons zorgstelsel: zij sluiten contracten met zorgaanbieders over de te leveren zorg. De doelstellingen van zorgverzekeraars – het waarborgen van een kwalitatief hoogstaand, toegankelijk en betaalbaar zorgsysteem – komen, op minst gedeeltelijk, overeen met de doelstellingen op het gebied van duurzame zorg. Gezien de urgentie van het reduceren van de ecologische voetafdruk en de centrale rol van de zorgverzekeraar in ons zorgstelsel, is het van belang om inzicht te krijgen in hoe zorgverzekeraars hun rol zien en hoe zij dit 'doorvertalen' naar hun zorginkoopbeleid.

In deze bijdrage gaan wij op in de volgende vragen:

- 1) Hoe zien zorgverzekeraars hun rol bij het verduurzamen van de zorg?
- 2) Hoe hebben zorgverzekeraars het verduurzamen van de zorg vormgegeven in hun zorginkoopbeleid en de bekostiging?

De inhoud van deze bijdrage is gebaseerd op inzichten verkregen uit elf interviews met twaalf contactpersonen van zeven zorgverzekeraars, gehouden in de zomer van 2024. Deze interviews werden uitgevoerd als onderdeel van een masterscriptie van de opleiding Population Health Management aan de Universiteit Leiden⁶.



HOE ZIEN ZORGVERZEKERAARS HUN ROL BIJ HET VERDUURZAMEN VAN DE ZORG?

Er bestaat brede consensus onder de geïnterviewden (hierna: zorgverzekeraars) dat zij een prominente rol spelen bij het verduurzamen van de zorg. De ondertekening van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 illustreert hun betrokkenheid en zorgverzekeraars geven ook aan dat de invoering van de CSRD hierbij een belangrijke rol speelt. Als gevolg hiervan heeft een aantal zorgverzekeraars het verduurzamen van de zorg prominent op hun strategische agenda staan. Momenteel wordt dit door zorgverzekeraars vooral vormgegeven in de vorm van het faciliteren van en ruchtbaarheid geven aan allerlei duurzaamheidsinitiatieven en het instellen van 'green teams'.

Over hoe de toekomstige rol van zorgverzekeraars moet worden vormgegeven, verschillen de zorgverzekeraars in opvatting. Zo geeft een aantal zorgverzekeraars aan dat zij in de toekomst een meer sturende rol willen vervullen door in onderhandelingen met zorgaanbieders een grotere nadruk te leggen op duurzaamheid. Echter, andere zorgverzekeraars geven aan hier terughoudender tegenover te staan. Zij zien de zorginkoop en contractering wel degelijk als een mogelijk instrument, maar wijzen ook op diverse praktische bezwaren, zoals uitdagingen rond het meten, administratieve lasten, handhaven en belonen, en ook de druk die de veldpartijen momenteel sowieso al ervaren. Zorgverzekeraars geven hierom aan de toch al complexe onderhandelingen niet verder te willen bemoeilijken door een ingewikkeld thema als duurzaamheid aan te snijden. Daarnaast bestaat er onduidelijkheid over of de huidige strategie van faciliteren en ondersteunen niet net zo effectief kan zijn als het stimuleren van duurzame zorg via de zorginkoop, omdat dit laatste mogelijk negatieve gevolgen heeft voor de intrinsieke motivatie van de zorgprofessionals.

DUURZAME ZORG EN DE ROL VAN DE ZORGVERZEKERAAR: STAAN ALLE SEINEN OP 'GROEN'?

HOE HEBBEN ZORGVERZEKERAARS HET VERDUURZAMEN VAN DE ZORG VORMGEGEVEN IN HUN ZORGINKOOPBELEID EN HUN BEKOSTIGING?

Alle zorgverzekeraars hebben verduurzaming van de zorg geïntegreerd in hun zorginkoopbeleid. Het onderwerp is “non-concurrentieel” verklaard, wat betekent dat zij niet met elkaar concurreren op het thema duurzaamheid, maar dit in samenwerking ‘oppakken’ via Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De keuze voor deze samenwerking tussen zorgverzekeraars is tweeledig. Ten eerste geven zorgverzekeraars aan dat zij in gezamenlijkheid beter in staat zijn om de beoogde duurzaamheidsdoelen te realiseren. Ten tweede verwachten zij dat ze de administratieve lasten voor de zorgaanbieders op deze manier minimaliseren.

ZN zet verschillende initiatieven in gang, waaronder het publiceren van succesvolle ‘groene’ initiatieven. Daarnaast hebben zorgverzekeraars gezamenlijke teksten opgesteld die in de contracten van alle zorgaanbieders zijn opgenomen. Via deze contractuele passages conformeren de zorgaanbieders zich, na ondertekening, onder andere (nogmaals) aan de doelstellingen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0.

ZIJN DUURZAAMHEIDSASPECTEN ONDERDEEL VAN DE BEKOSTIGING?

Tot nu toe hebben zorgverzekeraars het instrument van de bekostiging slechts heel beperkt ingezet. Wij hebben twee voorbeelden van contracten kunnen achterhalen waarin de ‘groenere’ optie leidt tot een hoger tarief voor de zorgaanbieders. Zo is in 2024 in de contracten van zorgverzekeraar a.s.r. met de door hen gecontracteerde openbare apotheken een duurzaamheidsmodule opgenomen. Door deze duurzaamheidsmodule krijgen apothekers een hoger tarief als zij voldoen aan de specifieke duurzaamheidscriteria (duurzame bezorging, aansluiting en gebruikmaken van Kijksluiter, aansluiting bij PharmaSwap en maken van afspraken over demedicaliseren)⁷. Andere zorgverzekeraars hebben varianten van deze duurzaamheidsmodule opgenomen in hun zorginkoopbeleid voor 2025. Daarnaast stimuleert zorgverzeke-

raar VGZ zorgaanbieders in de langdurige zorg die bezig zijn met verduurzaming met een eenmalige vergoeding wanneer zij het certificaat van de Milieuthermometer Zorg behalen⁸.

HOE VERDER?

Hoewel er consensus bestaat onder zorgverzekeraars dat zij een prominente rol vervullen in de transitie naar duurzame zorg, blijven enkele belangrijke vraagstukken onopgelost. Een van de grootste uitdagingen is het duidelijk afbakenen van de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken partijen. In de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 is weliswaar een regiegroep benoemd waarin meerdere partijen deelnemen en waar de regierol is belegd, maar zijn hun taken niet daadkrachtig, maar meer als ‘faciliterend’ en ‘ondersteunend’ geformuleerd. Ondanks dat de regiegroep in de afgelopen (opstart)periode goed heeft gefunctioneerd⁹, is er geen duidelijke keuze gemaakt over wie er op de lange termijn de regie neemt in de transitie naar duurzame zorg. Zolang hierover onduidelijkheid blijft bestaan, bestaat het risico dat de inspanningen vrijblijvend blijven en dat de voortgang vooral afhankelijk is van de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals en beleidsmakers zelf bij zowel het ministerie als de zorgverzekeraars. De dagelijkse urgentie van het aanpakken van urgenter gevoelde problemen, zoals personeelstekorten of oplopende wachtlijsten, bemoeilijkt het om duurzaamheid structureel hoog op de agenda te houden. Een mogelijke oplossing zou liggen in het integreren van de doelstellingen van de Green Deal Duurzame Zorg in het toekomstige Integraal Zorg en Welzijn Akkoord (IZWA), waar veldpartijen en de overheid momenteel gezamenlijk aan werken. Hier spelen uiteraard ook vele andere, urgenter gevoelde problemen dan duurzaamheid. Toch biedt een dergelijke verbinding tussen het IZWA en de Green Deal Duurzame Zorg een kans om een evenwicht te vinden tussen het aanpakken van de uitdagingen op de korte termijn en het realiseren van duurzame zorg op de lange termijn.

Daarnaast lijkt het aloude adagium van ‘meten is weten’ ook in de context van duurzame zorg van toepassing. Zonder een goed functionerend monitoringssysteem wordt het realiseren van de doelstellingen lastig. Momenteel zijn de stappen in deze richting nog beperkt. Het RIVM heeft wel de opdracht gekregen vanuit het ministerie van VWS om de ecologische voetafdruk van de gehele zorg te monitoren, maar er is weinig zicht op de voortgang en de effecten van de verduurzaming voor individuele instellingen. Opnieuw blijven er belangrijke vragen onbeantwoord: wie neemt de verantwoordelijkheid voor het opzetten en onderhouden van een dergelijk systeem? Om effectief te kunnen monitoren, moeten uniformering en standaardisering van de meetmethoden in een vroegtijdig stadium worden opgepakt. De ervaring op andere dossiers leert echter dat dit niet vanzelf gaat en op korte termijn geregeld zal zijn. Daarnaast brengt monitoring onvermijdelijk vraagstukken met zich mee op het gebied van de administratieve lasten, terwijl een reductie van de administratieve lasten in de zorg juist een speerpunt is in het nieuwe regeerakkoord.

TOT SLOT

Het verduurzamen van de zorg is cruciaal om ons zorgsysteem zowel op korte als lange termijn toegankelijk en betaalbaar te houden. Zorgverzekeraars erkennen hun rol en verantwoordelijkheid in dit proces en werken samen aan het bevorderen van duurzame zorg. Op dit moment worden de instrumenten van contractering en bekostiging echter zeer beperkt ingezet. Er bestaat nog geen consensus onder zorgverzekeraars over de uitwerking van hun rol op de lange termijn. In de komende jaren zal blijken hoe zij hun bijdragen aan het verduurzamen van de zorg verder zullen vormgeven. Het is van groot belang dat hierbij ook de perspectieven van zorgaanbieders en de overheid worden meegenomen. Het realiseren van duurzame zorg vraagt om een heldere, breed gedragen visie op de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden van zowel zorgaanbieders en zorgverzekeraars als de overheid.

Jeroen Struijs is Chief Economist bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en is als bijzonder hoogleraar Population Health Economics verbonden aan de Health Campus Den Haag, onderdeel van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).

Anne-Lou Simonis is masterstudent Population Health Management aan Health Campus Den Haag, LUMC en Universiteit Leiden (UL).

Marlin Leemhuis is als onderzoeker verbonden aan de Health Campus Den Haag, LUMC.

REFERENTIES

1. Green Deal Samen Werken aan Duurzame Zorg 3.0 2022. <https://www.greendeals.nl/green-deals/green-deal-samen-werken-aan-duurzame-zorg-green-deal-30>
2. EU. Factsheet Emissions from planes and ships: facts and figures 2019. <https://www.europarl.europa.eu/topics/en/article/20191129STO67756/>
3. Steenmeijer M. A., et al. The Lancet Planetary Health 2022. 6(12), e949–e957. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(22\)00244-3](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00244-3)
4. WHO. Factsheet Climate Change 2023 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
5. SER. CSRD: EU-duurzaamheidsrapportage 2024. <https://www.ser.nl/nl/thema/duurzaamheid/eu-duurzaamheidsrapportage>
6. Simonis, A. C. J. Universiteit Leiden 2024.
7. a.s.r. Inkoopbeleid Farmacie 2024. <https://www.asr.nl/zakelijk/zorgaanbieder/farmacie>
8. VGZ. Inkoopbeleid Langdurige Zorg 2024. <https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/contracteren/contractering-en-inkoop-2025>
9. Bureau Bartels. Evaluatie Green Deal Duurzame zorg 2021. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-103fee63df128367a757ab380a227e22721274ac/pdf>

EVALUATIE VAN REGIONALE SAMENWERKING IN DE ZORG: COMPLEX MAAR NOODZAKELIJK

Robin Peeters en Daan Westra

Samenwerken. Het is een behoorlijk buzz-word geworden in zowel wetenschap, beleid en praktijk. Vanuit overheden over de hele wereld wordt domein-overstijgend samenwerken in netwerken van drie of meer organisaties aangemoedigd om de grote problemen binnen zorg en welzijn op te lossen en zo onze zorgsystemen duurzaam te houden. Kijk bijvoorbeeld naar recentere beleidsontwikkelingen in Nederland zoals het Integraal ZorgAkkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Er ontstaan daarom ook steeds meer van dit soort netwerken. Zo illustreerden Van der Woerd en collega's (2023)¹ dat een ziekenhuis in Nederland in wel 141 netwerken met andere ziekenhuizen participeert. Let op: alleen met andere ziekenhuizen.

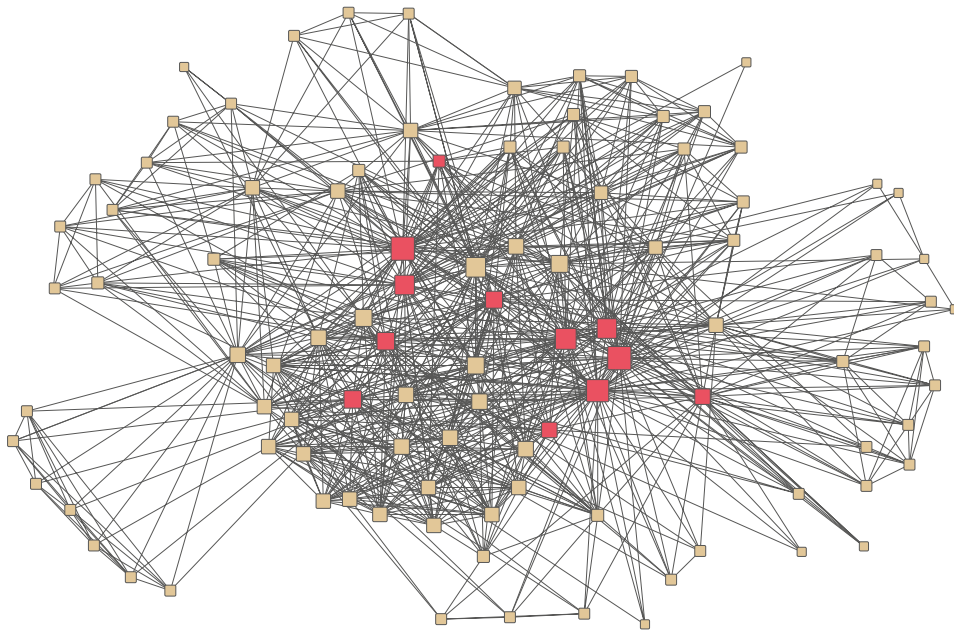
Gezien het domein-overstijgende karakter van netwerken kan dit nog wel eens een serieuze onderschatting zijn van het daadwerkelijke aantal. Zo blijkt ook uit ons eigen onderzoek dat organisaties in een regio ontzettend vaak samenkomen en de relaties sterk met elkaar vervlochten zijn (zie Figuur 1),² en dit wordt ook geïllustreerd door de hoeveelheid netwerken dat zichzelf heeft aangemeld op de Samenwerkingsverkenner van ROS Robuust.³

Gezien het stijgende aantal netwerken in de praktijk, het feit dat er veel middelen aan en in deze netwerken worden besteed⁴ en de verwachting dat deze netwerken gaan bijdragen aan de grote problemen in de zorg, is het van belang dat deze netwerken ook effectief zijn. Toch laat de wetenschap zien dat er weinig verandering plaatsvindt in organisaties die deelnemen aan netwerken,⁵ laat staan bij de mensen in die organisaties,⁶ en dat het netwerken ontbreekt aan significante impact op gezondheids-

uitkomsten.⁷ Ook deelnemers aan netwerken geven aan dat het meten van netwerkeffectiviteit ontzettend moeilijk is.⁸ Het duurt bijvoorbeeld jaren voordat de gezondheid van een populatie verbetert. Daarnaast zijn er ook nog veel bijkomende effecten die niet op voorhand geanticipeerd zijn, en is het moeilijk om causaliteit aan te tonen tussen de activiteiten van het netwerken en de uitkomsten. Er zijn veel factoren die invloed kunnen hebben op uitkomsten zoals zorgkosten en gezondheid en het is niet mogelijk een dergelijk experiment in een gecontroleerde omgeving uit te voeren met controlegroep, wat het aantonen van een causaal verband belemmert.

Ook in de wetenschap blijkt netwerkeffectiviteit veelbesproken maar lastig in kaart te brengen. Studies hebben vaak kleine samples doordat het onderzoeken van netwerken arbeidsintensief is, en wordt er weinig longitudinaal en vergelijkend werk gedaan.⁴ Daarnaast is er weinig aandacht voor de complexiteit van deze organisatievorm waarin veel dynamieken (zowel in het netwerk als in de externe omgeving) een rol spelen.^{9,10} Tevens is er geen gouden standaard om netwerken te evalueren, wat ertoe leidt dat verschillende, vaak ongevalideerde, instrumenten worden gebruikt waardoor meta-analyses niet mogelijk zijn.¹¹

Wat weten we dan wel? De wetenschap laat zien dat netwerk effectiviteit een complex begrip is. Zo kan het op minimaal drie niveaus gemeten worden: dat van de populatie (denk aan (een deel van) de bevolking en de politiek waarin belangrijke uitkomstmaten de totale zorgkosten zijn en het welbevinden van een populatie); het hele netwerk (het geheel van de organisaties die deelnemen in het netwerk en de financiers, waarin uitkomstmaten de kosten van het netwerk of de relaties in het net-



Figuur 1: Relaties (lijnen) tussen organisaties (vakken) in een regio. Hoe groter het vak, hoe vaker een organisatie samenwerkt met een andere organisatie in een initiatief of project.

werk kunnen zijn), en de individuele organisaties (denk aan bestuurders, werknemers en cliënten, waarin cliëntenuitkomsten en de toegankelijkheid van zorg parameters kunnen zijn).¹² Hoewel de cliënten/patiënten hier in het laatste niveau, dat van de individuele organisaties, wordt meegenomen, beargumenteren wij dat de cliënt/patiënt wel degelijk als aparte groep zou moeten worden gerekend. De uitkomsten die voor een cliënt belangrijk zijn kunnen immers enorm verschillen van de uitkomsten waar

een organisatie het grootste belang aan hecht. Daarnaast is het ook belangrijk het interventie- of projectniveau mee te nemen. Waar het lastig is concrete uitkomsten te meten op netwerkniveau en aan te tonen dat er een causaal verband is tussen de uitkomsten en het netwerk, is dit op interventieniveau makkelijker te realiseren.

Binnen deze drie niveaus heeft netwerk effectiviteit ook nog vier elementen: de processen (samenwerkingsprocessen zoals vertrouwen, conflictmanagement, en leren als netwerk), de structuur (wie neemt het deel aan het netwerk en welke governancestructuur gebruikt het netwerk), de context (wet- en regelgeving, beschikbaarheid aan middelen), en de uitkomsten (de gecreëerde impact zoals een verlaging van kosten).⁹ Omdat het meten van de uitkomsten zo moeilijk is, blijft men vaak vasthouden aan de processen, structuur en context als determinanten of tussentijdse resultaten. Het meten van determinanten is belangrijk om te kunnen leren waarom sommige netwerken effectief worden en andere niet. Echter, dit geeft geen garantie dat de uitkomsten ook daadwerkelijk volgen. Het is daarom cruciaal om de drie niveaus en de vier elementen te combineren waarbij longitudinaal wordt gekeken naar verschillende netwerken waarin naar de combinatie van de determinanten van netwerk effectiviteit met gevalideerde instrumenten worden gemonitord (netwerkniveau),¹¹ brede economische evaluaties worden uitgevoerd om de impact te monitoren (interventieniveau), uitkomsten op cliëntniveau zoals ervaren kwaliteit van zorg en kosten (cliëntniveau), en verschillende databronnen zoals het CBS en verzekeringsdata worden ingeschakeld om trends zoals de gezondheid van een populatie te visualiseren (populatie niveau). Door het meten van zowel determinanten als uitkomsten op de verschillende niveaus zorgt ervoor dat we weten wat de complete impact van netwerken is en vooral hoe ze die impact kunnen bewerkstelligen. Gezien de complexiteit van het monitoren van netwerk effectiviteit behoeft monitoring van samenwerking wellicht ook samenwerking tussen kennis- en expertisecentra om een goed beeld van effectieve netwerken te krijgen.

EVALUATIE VAN REGIONALE SAMENWERKING IN DE ZORG: COMPLEX MAAR NOODZAKELIJK

Uiteindelijk is het belangrijk dat evaluatie van netwerken passend en zinvol is. Dat zou volgens ons moeten behelzen dat netwerken in staat worden gesteld om te leren (van zichzelf maar ook van andere netwerken), te verbeteren, en ook worden aangemoedigd impact te creëren zonder direct afgerekend te worden wanneer iets niet werkte zoals verwacht. Zulke afrekening is minder passend gegeven de grote, onvoorspelbare opdrachten waar netwerken in de zorg voor staan. Afrekening kan immers de innovatiekracht verminderen, en we hebben juist innovatieve oplossingen nodig. Enkel leren is ook onvoldoende – de geleerde lessen moeten immers ook in de praktijk worden gebracht om verbetering teweeg te brengen. Evaluatie en financiering van netwerken zouden daarmee goede prikkels kunnen vormen, mits juist ingezet, om niet alleen samenwerking aan te moedigen, maar ook het gezamenlijk behalen van resultaten en creëren van impact.

Robin Peeters is als Postdoc onderzoeker betrokken bij Maastricht University, vakgroep Health Services Research.

Daan Westra is als Universitair Docent betrokken bij Maastricht University, vakgroep Health Services Research.

REFERENTIES

1. van der Woerd O, et al. Public Manag. Rev. 2023;26(5):1299-1321. doi:10.1080/14719037.2023.2171093
2. Peeters R, et al. TSG. 2024/04/24 2024;doi:10.1007/s12508-024-00432-2
3. Ros Robuust. Samenwerkingsverkenner. <https://www.rosrobust.nl/wat-we-doen/projecten-en-programma-s/samenwerken/regiobeeldnaartransformatieplan/tools>
4. Hearld LR, et al. Adv Health Care Manag; 2023:111-132.
5. Hearld LR, et al. Health care manag rev. 2012 Jul-Sep 2012;37(3):267-279. doi:10.1097/hmr.0b013e31822aa443
6. Schruijer S. Oxford University Press; 2021.
7. Perkins N, et al. J Health Serv Res Policy. Aug 28 2019;1355819619858374. doi:10.1177/1355819619858374
8. Peeters R, et al. Soc Sci Med. 2023/05/01/ 2023;325:115911. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115911>
9. Peeters R, et al. Med Care Res Rev. 2022;10775587221118156.doi:10.1177/10775587221118156
10. Raab J, et al. Emerald. 2013:225-253.
11. Peeters R, et al. Forthcoming.
12. Provan KG, Milward HB. Public Adm Rev. 2001;61(4):414-423.

VERBREIDING VAN HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA) NAAR HET GEHELE BASISPAKKET

Joost Enzing en Saskia Knies

Welke uitdagingen spelen voor HTA-organisaties zoals Zorginstituut Nederland wanneer ze HTA gebruiken voor ondersteuning van pakketbeslissingen voor andere zorgvormen dan geneesmiddelen?

EEN ANALYSE REDENEREND VANUIT GENEESMIDDELEN

De zorgkosten in Nederland stijgen en vragen om verantwoorde besteding¹. Daarnaast leggen personeelscapaciteit en milieu grenzen op aan wat er mogelijk is in de zorg. Nieuwe zorg komt dan ook niet zomaar in het basispakket. Het bepalen van wat er in het basispakket hoort, is een verantwoordelijkheid van de minister voor Volksgezondheid. Deze krijgt daarvoor advies van Zorginstituut Nederland. Het beslissen of bepaalde zorg in het basispakket hoort (en onder welke voorwaarden) kan erg lastig zijn. Daarvoor is dan ook een besluitvormingskader ontwikkeld. Dit besluitvormingskader is gebaseerd op een proces dat bekend staat als health technology assessment (HTA). Zoals te zien in Figuur 1 gaat dit proces over de selectie van zorginterventies voor beoordeling, over het beoordelen van de verschillende aspecten van die zorginterventie, het afwegen van die aspecten en de te nemen beleidsbeslissing (zie Figuur 1). Het bestaan van dit besluitvormingskader helpt om transparant te zijn over hoe besluiten tot stand komen, en zorgt ervoor dat besluiten

op uniforme wijze tot stand komen én dat de dingen die de samenleving belangrijk vindt, betrokken worden bij het besluit. Zoals solidair zijn met de meest zieken.

Binnen het besluitvormingskader vormen de vier pakketcriteria een belangrijk component. Dat zijn aspecten van de te beoordelen zorg die worden bekeken bij elke beoordeling: Is de zorg noodzakelijk, en is het noodzakelijk de zorg te verzekeren? (Noodzakelijkheid) Doet de zorg wat je ervan mag verwachten, is de zorg effectief? (Effectiviteit) Staat die effectiviteit in verhouding tot de kosten? (Kosteneffectiviteit) En is het uitvoerbaar, is het haalbaar om de zorg te gaan vergoeden uit het basispakket? (Uitvoerbaarheid)

Elk besluit dat genomen wordt leidt tot een rapport. Wat opvalt is dat die rapporten vaak gaan over geneesmiddelen en minder vaak over een operatie of een interventie in de geestelijke gezondheidszorg of ouderenzorg. Die interventies komen veelal zonder toets door het Zorginstituut in het pakket. Dat de meeste besluiten over geneesmiddelen gaan, komt niet doordat het basispakket vooral bestaat uit geneesmiddelen of doordat het meeste budget aan geneesmiddelen wordt besteed. In geneesmiddelen die via de apotheek verstrekt worden ("extramurale genees-



Figuur 1: Fases van het besluitvormingsproces.

VERBREIDING VAN HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA) NAAR HET GEHELE BASISPAKKET

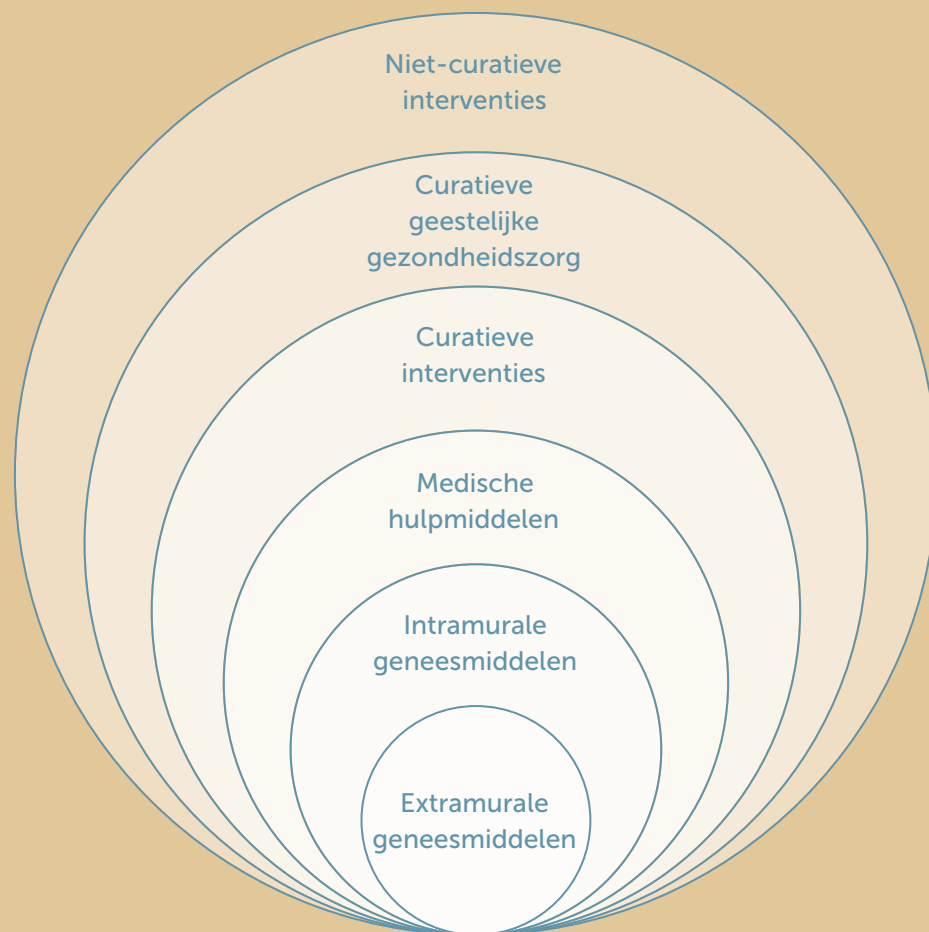
middelen”) gaat jaarlijks zo’n €5,3 miljard om, maar het gehele basispakket is meer dan 16 keer groter². Het is dan ook de ambitie van het Zorginstituut om een groter deel van dat hele basispakket te beoordelen aan de hand van het besluitvormingskader en de vier pakketcriteria.

Maar tegen welke uitdagingen loopt het Zorginstituut aan wanneer het besluitvormingskader zoals dat bij extramurale geneesmiddelen wordt ingezet, bij andere zorgvormen wordt ingezet? Het is lastig om deze vraag volledig te beantwoorden omdat er naast geneesmiddelen veel andere soorten zorg bestaan met elk weer andere eigenschappen. Daarom zijn we gestart met het verkennen van de uitdagingen bij het verbreden naar een selectie van zorgvormen: medische hulpmiddelen (MedTech), curatieve ingrepen, niet-farmaceutische curatieve geestelijke gezondheidszorg en langdurige zorg, waaronder langdurige ouderenzorg.

Om de te verwachten uitdagingen te achterhalen hebben we gekeken naar welke eigenschappen ervoor zorgen dat extramurale geneesmiddelen relatief eenvoudig te beoordelen zijn. Deze analyse leverde vijf belangrijke eigenschappen van extramurale geneesmiddelen op. Voor de hierboven genoemde zorgvormen hebben we vervolgens gekeken in hoeverre deze op die eigenschappen van extramurale geneesmiddelen afwijken en welke uitdagingen dat oplevert. De gevonden eigenschappen van extramurale geneesmiddelen waren (I) het gesloten vergoedingssysteem, (II) de afwezigheid van alternatieve beleidsmaatregelen zoals een ziekenhuisbudget, (III) het bestaan van een systeem van markttoelating, (IV) aanwezigheid van een identificeerbare en aanspreekbare marktpartij en (V) specifieke productkenmerken.

Andere zorgvormen wijken (in verschillende mate) af van deze eigenschappen (zie Figuur 2). Bijvoorbeeld, waar geneesmiddelen worden aangeboden door aanspreekbare marktpartijen die vanwege het vergoedingssysteem een belang hebben mee te werken en die wetenschappelijk onderzoek kunnen laten uitvoeren, is dat bij de andere zorgvormen vaak niet het geval. Waar geneesmiddelen gestandaardiseerde producten zijn waarvan de werking relatief onafhankelijk is van de zorgverlener, ligt dat anders bij andere zorgvormen, wat onderzoek lastiger maakt. Deze en andere verschillen maken het beoordelen van deze zorgvormen uitdagend. Dit heeft betrekking op alle fasen van het besluitvormingsproces. Onder meer op de noodzaak van de identificatie van te beoordelen zorginterventies voor beoordeling, het niet beschikbaar zijn van bewijs (onderzoeksresultaten) en verschillende specifieke methodologische uitdagingen met betrekking tot de (kosten)effectiviteit. Belangrijk is dat bij sommige zorgvormen meer en grotere uitdagingen worden verwacht dan bij andere. Voor een aantal uitdagingen bestaan mogelijke oplossingen, variërend van horizon scanning (inventarisatie van interventies die op de markt verwacht worden), de invoering van een “sluis” (opschorten van vergoeding tot de minister een besluit heeft genomen) voor medische hulpmiddelen en overheidsfinanciering van onderzoek, tot het ontwikkelen van alternatieve, meer adaptieve HTA-processen.

Wat kunnen we uit dit alles concluderen? Als het Zorginstituut het besluitvormingskader wil toepassen op een groter deel van het basispakket, dan moet dat kader en de onderliggende methodologie worden aangepast. Omdat die uitdagingen zo complex en zo verschillend per zorgsoort zijn, moet er geprioriteerd worden. Dit temeer omdat sommige uitdagingen bij de verbreding lastiger op te lossen zijn dan andere.



Figuur 2: Illustratie van verschillende zorgvormen en hun relatieve afstand van extramurale geneesmiddelen.

*While a bumpy road may lay ahead,
a conscious planning may ease the travel,
and the destination certainly is worthwhile.*

Bovenstaande tekst is gebaseerd op "Broadening the application of health technology assessment in the Netherlands: a worthwhile destination but not an easy ride?"³ dat de auteurs schreven met Werner Brouwer en Bert Boer.

HUIDIGE BELEIDSONTWIKKELINGEN

In 2023 startte het programma Verbeteren en Verbreden van de Toets op het Basispakket (VVTB). Dit is een gezamenlijk programma van het ministerie van VWS en Zorginstituut Nederland⁴. Het programma VVTB is onder meer gericht op het vervullen van de ambitie om pakketbeheer in Nederland breder toe te passen. Hieraan wordt via verschillende deelprojecten gewerkt. Een deelproject betreft het ontwikkelen van een beoordelingskader specifiek voor pakketbeoordelingen in de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz betreft met name zorg voor ouderen en gehandicapten en de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Bij dit deelproject gaat het zowel om de vraag voor welke typen interventies binnen de langdurige zorg toepassing van het beoordelingskader 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' (SWP; de toets op effectiviteit) passend is, als om te kijken naar de toepassing van de andere pakketcriteria. Een ander deelproject van VVTB betreft het vergroten van het aantal beoordelingen van niet-geneesmiddelen, met specifiek focus op de geestelijke gezondheidszorg en de langdurige zorg.

VERBREIDING VAN HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA) NAAR HET GEHELE BASISPAKKET

Eveneens gaat er een nieuw meerjarig subsidieprogramma starten: het ZonMw kaderprogramma Passende Zorg. Een belangrijk doel van dit programma is het stimuleren en faciliteren van kennisontwikkeling over HTA binnen alle zorgsectoren om zo een bijdrage te leveren aan het pakketbeheer.

Met de resultaten van VVTB en de resultaten van de onderzoeksprojecten vanuit het ZonMw programma Passende zorg zal de ambitie om HTA te verbreden om zo beslissingen over de inhoud van het gehele basispakket te kunnen ondersteunen een stap dichterbij komen. Dit helpt om transparant beslissingen te nemen, gebaseerd op dat wat wij als samenleving belangrijk vinden.

Joost Enzing en Saskia Knies zijn beleidsadviseurs bij Zorginstituut Nederland en gastonderzoekers bij de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM). Het inzicht en meningen geuit in dit artikel zijn van de individuele auteurs en kunnen niet worden toegeschreven aan specifieke organisaties.

REFERENTIES

1. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021) Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak, wrr-Rapport 104, Den Haag: wrr
2. <https://www.zorgcijfersdatabank.nl> op basis geraamde kosten 2023 Zvw en Wlz
3. Enzing JJ, et al. Health Econ Policy Law. 2021 Oct;16(4):440-456.
4. Kamerbrief 'Voortgang Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB) - voorjaar 2024'

GEZONDHEIDSECONOMIE IN DE BREEDTE: NAAR WAARDEGEDREVEN EN DUURZAME ZORG

Chantal Pereira en Bram Wouterse

Op 9 oktober 2024 vond weer een succesvolle editie van het tweejaarlijkse VGE Congres plaats. Dit jaar ging het evenement over het gezondheidseconomisch perspectief op maatschappelijke vraagstukken zoals duurzame en waardegedreven zorg ten tijde van financiële en personele krapte. Wetenschappers, beleidsmakers en experts uit het bedrijfsleven kwamen bijeen om de discussie te voeren over hoe de gezondheidseconomie kan bijdragen aan de 'sextuple aim': kwaliteit, gezondheid, werkplezier, toegankelijkheid, betaalbaarheid en duurzaamheid.

WAARDEGEDREVEN BEKOSTIGING: KANSEN EN UITDAGINGEN

Meredith Rosenthal, professor of Health Economics and Policy (Harvard T.H. Chan School of Public Health), nam de aanwezigen in haar keynote mee langs de ontwikkeling van waardegedreven bekostiging in de VS. Innovatie in de bekostiging startte daar in de ziekenhuiszorg. Volumeprikkels in de bekostiging leidden ertoe dat de zorguitgaven stegen en de zorg niet altijd was gericht op kwaliteit. In de VS zijn kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuiszorg publiek toegankelijk, zoals bijvoorbeeld heropnames kort na ontslag, waardoor deze konden worden gekoppeld aan financiële incentives. De huisartsenzorg kende een andere ontwikkeling. Daar werd een bonus-malus systeem op basis van de geleverde kwaliteit, zorggebruik en innovatie- en informatie initiatieven, geïntroduceerd. Waar waardegedreven bekostiging aanvankelijk over zorgpaden ging, verschoof deze in latere jaren naar de populatie. Binnen Accountable Care Organizations werden zorgaanbieders gezamenlijk verantwoordelijk voor de gezondheid van een gedefinieerde groep verzekerden en werden daarover bijvoorbeeld Shared Savings afspraken gemaakt. Zorgorganisaties moeten daarvoor wel

voldoende risicodragend kunnen zijn en de kwaliteitsverbetering moet binnen hun invloedssfeer liggen. Meredith Rosenthal benadrukte dat deelnemen aan waardegedreven bekostigingshervormingen door zorgaanbieders vaak op vrijwillige basis was, waardoor er niet voor alle zorgaanbieders voldoende incentive is om mee te doen.

Jeroen Struijs, chief economist (NZa), vulde in zijn reactie aan dat in Nederland niet vooraf bepaald is wanneer waardegedreven bekostiging als een succes kan worden bestempeld. Daardoor gebruiken 'believers' en 'non-believers' de resultaten om hun punt te maken. Een gedeelde visie over het verbeterpotentieel van zorgprocessen en -uitkomsten én het bekostigingsmodel is daarom belangrijk. Desondanks laten de resultaten in Nederland wel zien dat het introduceren van andere prikkels voor zorgaanbieders leidt tot ander gedrag. Kwaliteit van zorg wordt in de eerste plaats gerealiseerd door de intrinsieke motivatie van zorgverleners en het bekostigingssysteem dient met name dat te stimuleren. Daarbij moeten we ons ook realiseren dat geen systeem perfect is. Dit werd bevestigd door een reactie uit de zaal. In Leiden slaagden verzekeraars en zorgaanbieders er in om het aantal consulten bij de huisarts met 20 procent te verminderen, zonder dat patiënten en zorgverleners minder tevreden waren. Geld was daar niet de prikkel om betere kwaliteit te leveren, het weghalen van de negatieve prikkel wel.

Take home message was dat waardegedreven bekostiging potentie heeft om een positieve invloed te kunnen hebben op de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg, maar dat structurele inbedding in het stelsel nodig is om echt impact te kunnen hebben.

GEZONDHEIDSECONOMIE IN DE BREEDTE: NAAR WAARDEGEDREVEN EN DUURZAME ZORG

NIEUWE THEMA'S VOOR DE GEZONDHEIDSECONOMIE

Angelique de Rijk (Maastricht University), Rhiannon Reissing (Maastricht University) en Maïke Tietschert (Erasmus Universiteit Rotterdam) gingen in de deelsessie 'Duurzaamheid en arbeidsinzet in de gezondheidseconomie' onder leiding van Joost Enzing (Zorginstituut Nederland) in op twee nieuwe thema's voor de gezondheidseconomie: hoe gaan we om met de effecten van zorg op inzetbaarheid en het milieu? Deze sessie werd georganiseerd in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Zorg (NVTAG).

Professor De Rijk ontvouwde in haar bijdrage een model om de personeelstekorten in de zorg te lijf te gaan. Zij schetste de uitdagingen waar de zorg voor staat: een groeiende vraag naar zorg en personeel, achterblijvende arbeidsproductiviteit en een hoge uitval. Het verkleinen van het arbeidsmarkttekort kan door het arbeidsaanbod te vergroten, de zorgvraag te verlagen, het zorgaanbod te verplaatsen (bijvoorbeeld naar andere professionals of mantelzorgers), en door het verbeteren van de inzetbaarheid van zorgmedewerkers. Het model laat zien dat het vraagstuk van het personeelstekort in de zorg vaak te eenzijdig wordt bekeken: op alle terreinen liggen mogelijkheden om iets aan het personeelstekort te doen.

Maïke Tietschert ging in op de vraag hoe gezondheidseconomie en gezondheidseconomen een rol kunnen spelen bij een ecologisch houdbare zorg. Zij liet zien dat de ecologische voetafdruk van de zorg substantieel is; in Nederland is de zorg bijvoorbeeld verantwoordelijk voor 7 procent van de CO₂ emissies. Vanuit het idee van het optimaal gebruik van beperkte middelen kunnen gezondheidseconomen een bijdrage leveren aan de ecologische houdbaarheid te vergroten. Hier liggen zowel aan de aanbod- als vraagkant van de zorg belangrijke uitdagingen. Het meenemen van milieueffecten in value-based health care is een concreet aanknopingspunt. Een andere is het expliciet meenemen van milieueffecten in kosteneffectiviteitsanalyses. Ook is het

belangrijk om win-win situaties (co-benefits) te identificeren waar betere ecologische uitkomsten hand-in-hand gaan met beter gezondheids- en financiële besparingen.

Rhiannon Reising ging tot slot dieper in op de verschillende manieren waarop de ecologische impact zou kunnen worden meegenomen in HTA. Op basis van interviews en focusgroepen met stakeholders in Nederland besprak ze vier manieren waarop dit zou kunnen, van het separaat aanbieden van informatie over de ecologische impact van een nieuwe technologie tot een volledig geïntegreerde evaluatie. Ook kwam het lopende onderzoeksproject CAREFREE aan de orde, waarin het verminderen van de ecologische impact van de zorg in een concrete casus wordt toegepast, namelijk de 'green operating room'. In samenwerking met verschillende ziekenhuizen in Nederland wordt ingezet op het verminderen van het terugdringen van verspilling en het vergroenen van de processen in de operatiekamer. Hierbij spelen economische analyses een belangrijke rol.

SAMENWERKING IN DE REGIO: WETEN OF HET WERKT

In de deelsessie 'Evaluatie van regionale samenwerking' gaven Daan Westra, Robin Peeters (Maastricht University) en Wiro Gruisen (CZ) een inzicht in de werking van regionale zorgnetwerken. Het publiek werd eerst wegwijs gemaakt in de veelheid van termen die gebruikt worden om netwerken in de zorg te beschrijven. De literatuur maakt onderscheid tussen emergente netwerken, die onbewust ontstaan, en georganiseerde netwerken, die doelbewust worden opgezet door meerdere autonome organisaties met een gedeeld doel. Deze laatste richten zich vaak op complexe, moeilijk oplosbare vraagstukken, zogenaamde "wicked problems".

Wiro Gruisen lichtte de ontwikkeling van netwerkzorg in Zuid-Limburg toe. Waar zorgverzekeraars en zorgaanbieders eerder vaak tegenover elkaar stonden, werd vanaf 2013 de zorgverzekeraar in deze regio steeds meer een partner in de regionale

samenwerking. Vanuit het gedachtegoed van Triple Aim en positieve gezondheid werd gezamenlijk gewerkt aan gezondheidsverbetering in de regio en ontstond een soort 'IZA avant la lettre'. Door deze lange ervaring met samenwerking kon Wiro de aanwezigen enkele geleerde lessen meegeven, zoals 'werk alleen samen als je het alleen niet voor elkaar krijgt' en 'zorg voor leidende principes' en 'heb een brede scope; een deel van de oplossingen ligt buiten de zorg'.

In hoeverre slagen netwerken erin om de "wicked problems" in de zorg op te lossen? Robin Peeters lichtte op basis van wetenschappelijke literatuur toe dat dat geen eenvoudige vraag is om te beantwoorden. De context van het netwerk en de structuur en processen binnen het netwerk zijn de determinanten van de uitkomsten en kunnen worden gemeten. Het meten van de uitkomsten zelf wordt weinig gedaan omdat het vaak lastig is om een controlegroep te definiëren en resultaten alleen over lange periodes verwacht kunnen worden. Door een combinatie van netwerkevaluatie en evaluatie van bijvoorbeeld de interventies binnen het netwerk, kan echter wel inzicht worden gekregen in het succes van de samenwerking.

AFSLUITING

Het VGE-congres 2024 sloot af met een borrel waarin de aanwezigen, onder het genot van een hapje en een drankje, elkaar opzochten of de stands van bedrijven bezochten. Hoewel niet zonder uitdagingen, bleek op deze middag dat de gezondheidseconomie een belangrijke bijdrage kan leveren aan de uitdagingen van de samenleving.

Chantal Pereira is bestuursadviseur IZA bij het Maastricht University Medical Center, **Bram Wouterse** is universitair hoofddocent bij Erasmus School of Health Policy and Management.



EXPLORING VALUE-BASED PAYMENT MODELS IN HEALTHCARE: EXPERT INSIGHTS AND PRACTICAL TAKEAWAYS

Tadjo Gigengack

Value-based payment models are transforming healthcare, encouraging providers to deliver care that maximizes overall value. But defining “value” and designing payment systems to support this is no easy feat. To shed light on this topic, I interviewed three leading experts: Prof. Dr. Meredith Rosenthal, a Harvard health economist whose research has reshaped payment models in public and private sectors; Andrew Dreyfus, former CEO of Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, where he led efforts to enhance healthcare quality and access; and Prof. Dr. Jeroen Struijs, Chief Economist at the Dutch Healthcare Authority (NZA), and a prominent researcher in alternative payment models in the Netherlands.

Our conversation tackled what “value” means in healthcare, whether an ideal payment model exists, and gathered advice for early career researchers working in this emerging field. Here’s an accessible summary of their insights and my key takeaways.

WHAT IS ‘VALUE’ IN HEALTHCARE?

Defining “value” in healthcare isn’t simple. As Dr. Rosenthal explained, from an economic standpoint, value is often seen as “health output per unit of cost.” Yet, even “health output” is nuanced—while clinical measures like blood pressure are straightforward, more subjective outcomes like patient satisfaction or overall well-being are far harder to quantify.

Dreyfus underscored the importance of Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). He believes that patients’ own reports on their health and functionality, particularly in terms of functional improvements, should be central in evaluating value. However, he warned against expanding the definition too much. Integrating social factors like housing or food security into healthcare’s value measure could dilute its focus, placing undue responsibility on healthcare providers.

Adding a European perspective, Dr. Struijs noted that in the Netherlands, “value” often aligns with broader goals like the “triple aim” (better patient experiences, better health outcomes, lower costs) or the “quadruple aim” (adding provider well-being). For him, true value-based models shouldn’t center solely on cost and efficiency. Improvements across multiple dimensions are necessary. As he put it, “If it doesn’t improve health, just stop and focus on initiatives that can.”

Disagreements over what constitutes value also complicate implementation. Rosenthal observed that payment models often reflect political or market compromises more than theoretical ideals. Structured to satisfy various stakeholders, these models may lack clarity, leading to post-implementation conflicts over success criteria. Different stakeholders—finance teams, clinicians, administrators—often prioritize outcomes differently, sometimes sparking tensions that were left unaddressed in the design phase.

Takeaway: Reaching a shared understanding of “value” is essential before rolling out new payment models. Misalignment among stakeholders over what success looks like can lead to disputes after implementation. Explicitly defining goals and aligning expectations before implementing the payment reform can help to minimize such conflicts.

IS THERE A “PERFECT” UNIVERSAL PAYMENT MODEL?

Wouldn’t it be ideal if there was a universal payment model offering the right incentives in any healthcare setting? Unfortunately, according to these experts, achieving such a model is unlikely.

Dreyfus suggested that an ideal payment model would involve primary care physicians managing a 'global' budget, encompassing a wide range of health providers and services. However, he also emphasized the need for flexibility within this model, allowing for sub-capitations or bundled payments for specific services. He pointed out that a global payment structure can contain costs while allowing tailored sub-payments to address different healthcare needs, such as mental health or maternity care.

Dr. Rosenthal, though intrigued by this model, emphasized that its feasibility depends on healthcare infrastructure. A single, overarching model might work well in large, integrated systems with management capabilities, but in fragmented systems, adapting a single model becomes unrealistic. She sees potential in mixed models, suggesting that primary care providers could be paid on a fee-for-service basis to promote access, while specialists might receive salaries control utilization.

Dr. Struijs highlighted the conflicts that arise with mixed models in the Netherlands. In some hospitals, specialists operate as salaried employees, while others work as independent contractors, leading to discussion about competing incentives. These conflicts, he said, make it challenging to align goals across providers. Struijs acknowledged that no payment model is without flaws or unintended consequences. However, he emphasized that global payment models hold promise, provided there is stronger trust and collaboration between hospitals, insurers, and primary care providers. He also stressed that successful payment models must leverage the intrinsic motivation of providers.

Takeaway: The best payment model may vary depending on the healthcare setting. Flexibility in tailoring models to each system's needs can promote collaboration and success, suggesting that the focus should be less on finding a "perfect" model and more on achieving balance within each unique context.

ADVICE FOR EARLY CAREER RESEARCHERS: FOCUS, COLLABORATE, AND STAY FLEXIBLE

Our experts offered valuable advice for early career researchers, emphasizing the importance of passion, focus, and collaboration.

Dr. Rosenthal advised early researchers to pursue topics that inspire them. Specializing in a specific area can establish a strong reputation, "but avoid becoming too niche." Having a secondary skill or interest, she said, can keep a career adaptable and interesting.

Dr. Struijs highlighted the importance of "working with people you enjoy working with." His years of collaboration with kind and supportive colleagues in academia and policy have enriched his work and amplified its impact. He believes that a safe and enjoyable work environment, where everyone likes what they are doing, is just as essential as technical skills. Only in such teams can individuals truly learn and build meaningful careers.

Dreyfus recommended crossing traditional academic boundaries, engaging with policymakers and healthcare organizations. As healthcare becomes more complex, there's an increasing need for interdisciplinary expertise, particularly as AI and data science create new tools for evaluating payment models. He emphasized the importance of joining the broader conversation on healthcare reform, as the most impactful changes happen when research directly informs policy.

Takeaway: Developing expertise is important, but building a network of supportive colleagues and collaborators is equally valuable. Combining these connections with interdisciplinary skills can open pathways for impactful research and a fulfilling career.

EXPLORING VALUE-BASED PAYMENT MODELS IN HEALTHCARE: EXPERT INSIGHTS AND PRACTICAL TAKEAWAYS

CONCLUSION:

PERSPECTIVES ON THE PATH FORWARD

This conversation offered me fresh insights into the challenges and potential of value-based payment models. Defining “value” isn’t just a philosophical exercise. It influences how we measure outcomes, assess costs, and ultimately design models to serve diverse needs. The ideal model remains elusive, but a flexible approach that considers a broad range of trade-offs can help systems adapt to their unique context.

For early-career researchers like me, these experts’ insights emphasized the importance of building meaningful connections, staying flexible, and keeping an eye on the bigger picture. While academic work often feels abstract, grounding it in real-world applications and policy discussions can make a lasting impact. As I continue my journey in health economics, I’m inspired to think critically about the balance between idealistic goals and practical constraints, contributing to a system that, while imperfect, continuously strives for improvement.

Tadjo Gigengack is als PhD student verbonden aan de Erasmus School of Health Policy and Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.



VGE EN NTVAG SAMEN IN GESPREK MET ZONMW OVER HTA-METHODOLOGIE

Bram Wouterse, Voorzitter VGE

De missie van de VGE is om het gedachtengoed van de gezondheidseconomie te versterken en te verspreiden. Doorgaans doen we dit door het organiseren van congressen en symposia, het uitgeven van ons bulletin en de VGE update, maar soms moeten we ook uit een ander vaatje tappen om de belangen van de gezondheidseconomie te behartigen. Onze inzet om samen met de NVTAG het HTA-methodologieprogramma te versterken is hier een goed voorbeeld van.

Al een aantal jaren bestaat er onder HTA-onderzoekers een breed gedeelde indruk dat het door ZonMW gefinancierde programma HTA-methodologie niet voldoende ruimte biedt voor de brede methodologieontwikkeling die nodig is om belangrijke vragen in de toepassing van HTA te beantwoorden. Er zijn methodologische vragen die cruciaal zijn voor passende zorg en doelmatig pakketbeheer. Bijvoorbeeld, hoe kunnen maatschappelijke baten in verschillende sectoren consistent in kosteneffektiviteitsanalyses worden meegenomen? Welke budgetgrenzen en referentiewaarden voor de drempelwaarde dienen te worden gebruikt, en hoe kunnen maatschappelijke voorkeuren hierin het beste worden meegenomen? De manier waarop de calls binnen het methodologieprogramma zijn ingestoken (het onderzoek moet gericht zijn op een specifieke technologie, het werken met cases, het betrekken van verschillende stakeholders, de beperkte looptijd en budget) passen niet altijd bij het type onderzoek dat nodig is om dit soort methodologische vragen te beantwoorden.

De besturen van de VGE en de NVTAG hebben daarom het initiatief genomen tot een brief gericht aan ZonMW waarin de zorgen over het huidige HTA-methodologieprogramma uiteen worden gezet en concrete voorstellen worden gedaan voor een beter passende vormgeving van toekomstige programma's. Op 16 mei is een eerste concept van deze brief besproken tijdens de HTA-tafel op het LOLAhesg congres. De brief is uiteindelijk getekend door de voorzitters van beide verenigingen en 29 vertegenwoordigers van alle HTA-groepen in Nederland.

Op 11 juni is de brief verstuurd aan Prof. Dr. Arfan Ikram, de voorzitter van ZonMW. Een afschrift van de brief is verstuurd aan VWS.

Zowel voor als na versturing van de brief heeft er constructief overleg plaatsgevonden tussen de voorzitters van beide verenigingen en ZonMW. Op 17 september is een officiële reactie vanuit ZonMW verstuurd aan de VGE en NVTAG. ZonMW heeft van het ministerie van VWS-opdracht gekregen voor het vormgeven van een nieuw kaderprogramma Passende Zorg. Binnen dit nieuwe kaderprogramma is er ook een focus op het beschikbaar en toepasbaar maken en (door)ontwikkelen van HTA-gerelateerde onderzoeksdesigns, analysetechnieken en uitkomstmaten op basis waarvan passend onderzoek kan plaatsvinden en de toets op het basispakket verder kan worden verbeterd in de verschillende zorgsectoren. Daarnaast zullen in dit programma waarschijnlijk ook bredere vragen op het gebied van HTA-methodologie aan bod komen.

Tijdens alle contacten met ZonMW is gebleken dat er een belangrijke mate van overeenstemming is over de maatschappelijke vraagstukken waaraan HTA-methodologie een bijdrage zou moeten leveren. ZonMW heeft ook aan de voorzitters van de VGE en NTVAG de mogelijkheid gegeven om input te leveren op de concepttekst van het programmavoorstel voor het kaderprogramma Passende Zorg. Tegelijk wijst ZonMW op haar eigen rol en verantwoordelijkheden bij het vormgeven onderzoeksprogramma's, waarbij niet alleen de wensen van specifieke groepen leidend kunnen zijn. Vanuit de VGE zijn we blij met de open en constructieve houding van ZonMW en zien we veel aanknopingspunten voor relevant HTA-methodologieonderzoek in het nieuwe programma Passende Zorg. De ervaring leert dat de manier waarop algemene uitgangspunten worden uitgewerkt in programmateksten en calls cruciaal is. We zullen samen met de NVTAG dan ook proberen om zoveel mogelijk een vinger aan de pols te houden.

Bram Wouterse is voorzitter van de VGE en universitair hoofddocent bij de Erasmus School of Public Health and Management.

SPONSOREN



Erasmus School of
Health Policy
& Management



rijksuniversiteit
 groningen

Radboud Universiteit



Radboudumc



UNIVERSITEIT TWENTE.



ERASMUS CENTRE
FOR HEALTH ECONOMICS
ROTTERDAM

EsCHER



umcg

HEALTH ECONOMICS RESEARCH AMSTERDAM (HERA)

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

COLOFON

REDACTIE

Eline de Vries

Redactieadres: secretariaat@gezondheidseconomie.org

Vormgeving: Graphiqa, Den Haag

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)!

VGE UPDATE

De VGE stuurt ook meerdere malen per jaar een digitale nieuwsbrief uit – de VGE Update. Hierin wordt o.a. verwezen naar nieuwe activiteiten en nieuwe literatuur. Wij verspreiden deze nieuwsbrief onder de VGE leden, maar voelt u vrij om deze nieuwsbrief met anderen te delen! Ontvangt u als lid de VGE Update niet? Controleer dan uw spam-folder en neem contact op via secretariaat@gezondheidseconomie.org.

Heeft u nieuws over bijvoorbeeld symposia, cursussen, literatuur, oraties, promoties, vacatures, of webinars? Stuur dit naar secretariaat@gezondheidseconomie.org en wij nemen het op in de nieuwsbrief.



