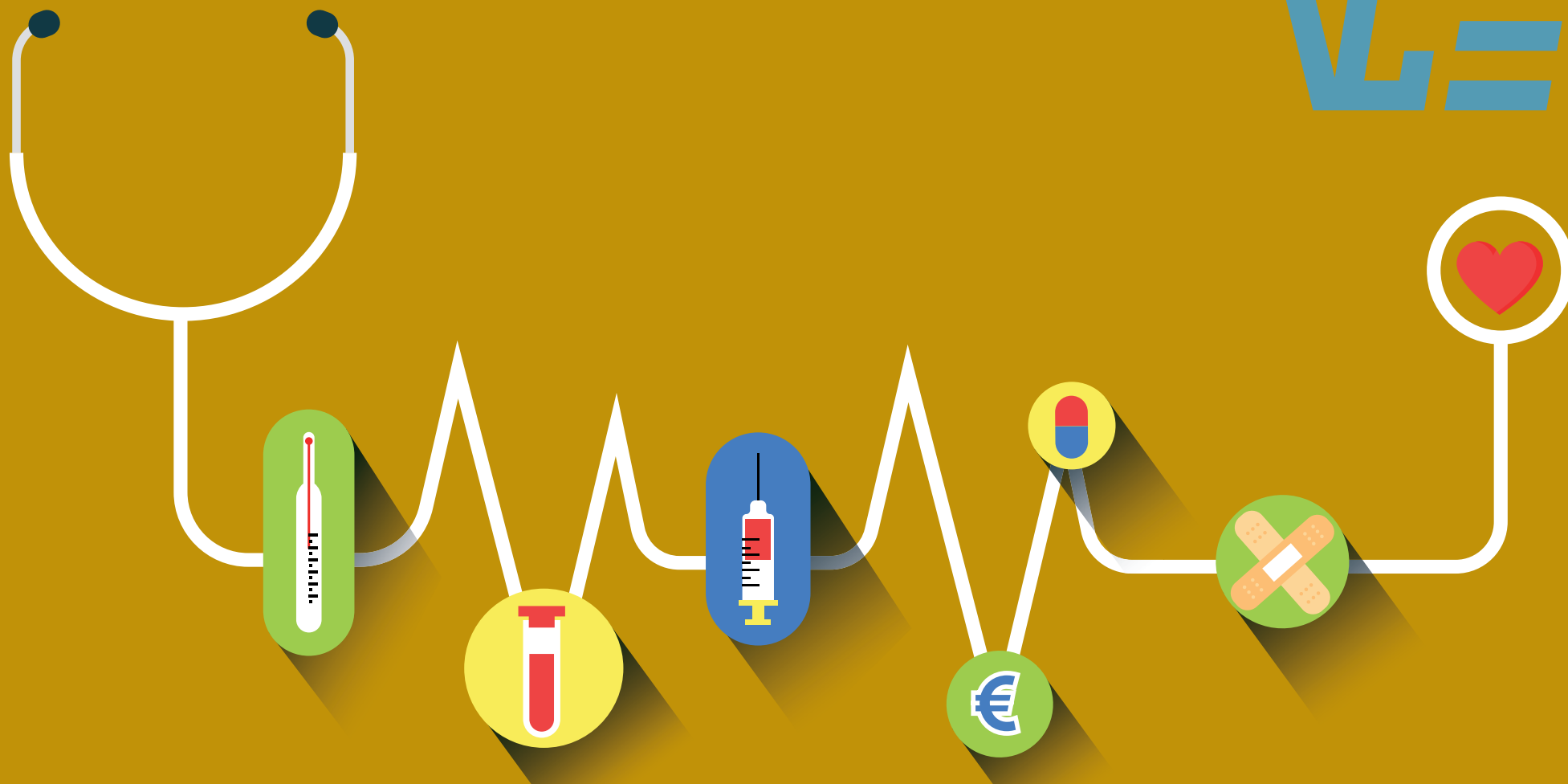




3	NAAR EEN NIEUW CONCEPT VOOR DE PRIJS VAN GENEESMIDDELEN: VALUE INFORMED AND AFFORDABLE PRICES, Lieven Annemans
6	ZORGEXPERIMENT EIGEN RISICO, Richard van Kleef, Rudy Douven en Joseph Newhouse
8	HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM: 'NEVER CHANGE A WINNING TEAM!'; Geert Messiaen
11	EVIDENCE-BASED POLITICS: EEN CONTRADICTIO IN TERMINIS, Maartje J. van der Aa
14	Verslag VGE-MASTERCLASS MET PROFESSOR JOSEPH NEWHOUSE, Richard van Kleef, René Groot Koerkamp en Piet de Bekker
18	Op bezoek bij een “collega”-vereniging: EEN KIJKJE IN DE KEUKEN BIJ DE NVTAG, Piet de Bekker
21	Samenvatting proefschrift DETERMINANTS OF THE DEMAND FOR HEALTH INSURANCE COVERAGE, Kayleigh van Winssen
22	SAVE THE DATE: EUHEA CONFERENCE 2018
23	SPONSOREN, COLOFON

VOORWOORD

Voor u ligt het vernieuwde VGE bulletin. En niet alleen het uiterlijk van het VGE bulletin is vernieuwd, maar ook de opzet. Zoals aangekondigd in het vorige bulletin zal elk bulletin een thema hebben en een aantal artikelen bevatten over dit thema. We hebben u in het vorige bulletin uitgenodigd om een bijdrage te leveren over politieke thema’s gerelateerd aan gezondheidseconomie en zijn verheugd dat we deze hebben ontvangen. Het thema van het najaarsnummer is ‘Big data’. Ook voor dit thema nodigen wij u uit om een bijdrage te schrijven, gerelateerd aan de gezondheidseconomie. Daarnaast blijven ook andere bijdragen aan het bulletin, zoals samenvattingen van proefschriften van harte welkom. U kunt uw bijdragen voor het najaarsnummer sturen aan bulletin@gezondheidseconomie.org. De kopijdatum is 15 september 2017.

NAAR EEN NIEUW CONCEPT VOOR DE PRIJS VAN GENEESMIDDELEN:

VALUE INFORMED AND AFFORDABLE PRICES

Lieven Annemans

“the importance, worth, or usefulness of something”

Tijdens de recente OESO meeting van ministers van gezondheid met als ambitieuze titel ‘Next Generation of Health Reforms’ (17 januari 2017), herhaalden de ministers de vaststelling dat de nieuwe generaties geneesmiddelen in diverse ziektedomeinen enerzijds een grote doeltreffendheid vertonen maar anderzijds ook zeer duur zijn en daardoor een significante impact hebben op het gezondheidsbudget.¹

Velen zoeken naar oplossingen voor het dilemma, en sommigen argumenteren daarbij dat de prijzen van geneesmiddelen veel beter de kosten van onderzoek en ontwikkeling moeten reflecteren, een logica die wel eens “cost plus pricing” wordt genoemd. Op het eerste gezicht lijkt dit niet meer dan logisch: “beste industrie, vertel ons wat je kosten zijn, en je wordt ervoor vergoed”, einde verhaal. Maar dit concept heeft een aantal belangrijke nadelen. Ten eerste geeft het verkeerde prikkels: de efficiëntie van het onderzoek zal er alleszins niet mee

verbeteren, want hoe meer de industrie uit geeft aan onderzoek hoe beter ze beloond wordt. Erger, wanneer een bedrijf veel gefaalde ontwikkelingen heeft (veel medicijnen die het uiteindelijk niet halen om allerlei redenen, zoals toxiciteit of gebrek aan effect) dan zou dat bedrijf in theorie deze kosten kunnen afschrijven en daardoor een hogere prijs kunnen vragen voor het geneesmiddel dat wel de markt haalt. En tenslotte is er geen stimulans om waarde te creëren: of het nieuwe geneesmiddel nu heel veel of slechts een beetje bijbrengt voor onze patiënten maakt niet uit. De ontwikkelingskosten wordt toch vergoed.

Daarom is het beter om te vertrekken van het principe van ‘value based pricing’, waarbij een hogere meerwaarde ook beter vergoed wordt. De waarde van een innovatie kan men daarbij definiëren als “the importance, worth, or usefulness of something”.² Eigenlijk volgt dit principe de aloude economische logica dat de prijs van een nieuw goed of

product een waardemeter is voor wat dat nieuw product bijbrengt ten opzichte van wat de huidige producten kunnen bieden.³ In de gezondheidszorg is een hoge waarde van een innovatie toe te schrijven aan bijvoorbeeld veel betere resultaten ten opzichte van de huidige standaardbehandeling. Maar niet alleen betere resultaten bepalen de waarde van die innovatie. Denk maar aan het werk van de Noor Erik Nord, waaruit duidelijk bleek dat de betalingsbereidheid voor nieuwe behandelingen sterk afhangt van de ernst van de toestand die behandeld wordt. Hoe erger een ziekte, hoe meer we een nieuwe behandeling verwelkomen en hoe meer we bereid zijn te betalen voor gezondheidswinst.⁴ De waarde van een nieuw geneesmiddel hangt dus af van zowel de karakteristieken van het geneesmiddel als die van de ziekte waarvoor het werd ontwikkeld.⁵

En uiteraard betekent waarde niet hetzelfde als ‘waar voor zijn geld bieden’. Bij beslissingen rond de prijs en de

VALUE INFORMED AND AFFORDABLE PRICES



terugbetaling door de zorgverzekering van een geneesmiddel willen we er als maatschappij zeker van zijn dat het geld goed besteed is en dat er dus een aanvaardbare verhouding is tussen de kosten van de innovatie en de baten ervan (eerste les gezondheidseconomie). Daarom is het zo belangrijk om de kosteneffectiviteit van een geneesmiddel te kennen. Het valt overigens op dat we daarbij vaak aan beleidsmakers moeten uitleggen dat de kosten-dimensie wel degelijk het netto resultaat is van de extra kosten van het geneesmiddel en de impact van datzelfde geneesmiddel op het zorgsysteem (bv. vermeden hospitalisaties). Velen staren zich blind op de prijs, maar uiteindelijk vormt die slechts één element in de ganse benadering. Nu, zodra men de kosteneffectiviteit kent, komt onherroepelijk de vraag naar boven of we met een goed of slecht resultaat te maken hebben. Om kosteneffectiviteit te kunnen interpreteren hebben we dus grenswaarden nodig. Maar niet zomaar een grenswaarde. Hoeveel we bereid zijn

te betalen voor gezondheidswinst hangt van een aantal factoren af. De ernst van het ziektebeeld is er alleszins één van, dat weten we intussen. Bovendien kunnen we ook niet blind zijn voor de impact op het budget. Zelfs als een innovatie kosteneffectief blijkt te zijn kan het best zijn dat we ze als maatschappij gewoonweg niet kunnen betalen omdat we er het budget niet voor hebben.⁶ Het is een duidelijk geval van opportuniteitskosten: te veel geld in één mandje ontnemt ons de opportuniteit om al de andere dingen in de zorg te kunnen doen die we ook zo graag zouden willen doen om mensen te helpen. Degelijke budget impact analyses zijn dus nodig om na te gaan of de investering haalbaar is en op welke manier. Merk op dat we ook hier weer van een netto impact moeten spreken, en dus rekening houden met eventuele besparingen in de zorg.⁷

Als je al het bovenstaande samenbrengt, betekent dit dat onze grenswaarden

die aangeven hoeveel we bereid zijn te betalen voor de gezondheidswinst die innovaties opleveren niet alleen in functie moeten zijn van de ziektelast, zoals Zorginstituut Nederland in 2015 al voorstelde⁸ maar ook in functie van de budgetaire impact.⁹ Dus, voor een nieuwe behandeling in een domein met een zeer hoge ziektelast en lage budget impact ligt onze grens veel hoger, terwijl in het geval van een lage ziektelast en hoge budget impact onze betalingsbereidheid voor gezondheidswinst veel kleiner is.¹⁰ En daartussen kunnen nog meerdere combinaties voorkomen natuurlijk. Uiteraard zullen specifieke kenmerken van een land zoals het niveau van welvaart, epidemiologische, culturele aspecten en maatschappelijke waarden hierbij ook een rol spelen.

Het is essentieel dat beleidsmakers expliciet zijn over hun maatschappelijke grenzen (wel degelijk in het meervoud), en hoe deze gemoduleerd worden in functie van ziektelast en budget impact.

Dan is het signaal naar de industrie duidelijk: 'we hebben jullie innovaties nodig, en ze zijn zeer welkom, maar weet dat er grenzen zijn aan wat we kunnen betalen, en dit zijn die grenzen'. En die grenzen zijn bepaald door de ziektelast en de budgetaire impact. Deze aanpak kunnen we benoemen als value informed and affordable prices: de waarde bepaalt niet maar informeert onze betalingsbereidheid en deze wordt gemoduleerd opdat alles betaalbaar zou blijven.

Lieven Annemans is Gewoon Hoogleraar in de gezondheidseconomie aan de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Gent. Hij is o.a. auteur van 'Je geld of je leven in de gezondheidszorg' (Van Halewyck, september 2016)

1. Ministerial Statement 'The next generation of health reforms'. OECD Health Ministerial Meeting 17 January 2017
2. <https://en.oxforddictionaries.com/definition/value>
3. Taylor D and Craig T. Value based pricing

for NHS medicines: magic bullet, counterfeit treatment or the mixture as before? Health Economics, Policy and Law (2009), 4: 515–526

4. Nord E. Concerns for the worse off: fair innings versus severity. Social Science & Medicine (2005); 60: 257–63

5. Annemans L et al. Recommendations from the European Working Group for Value Assessment and Funding Processes in Rare Diseases. OJRD 2017 accepted for publication.

6. Birch S, Gafni A; Information created to evade reality (ICER): things we should not look to for answers. Pharmacoeconomics (2006); 24(11):1121-31

7. Niezen et al. Finding legitimacy for the role of budget impact in drug reimbursement decisions. Int J Technol Assess Health Care. 2009 Jan;25(1):49-55

8. Zorginstituut Nederland (ZIN). Kosteneffectiviteit in de praktijk (cost-effectiveness in practice); 26 June 2015

9. Griffiths EA et al. Acceptance of health technology assessment submissions with incremental cost-effectiveness ratios above

the cost-effectiveness threshold. Clinicoecon Outcomes Res. 2015 Aug 31;7:463-76

10. Paulden M et al. Value-Based Reimbursement Decisions for Orphan Drugs: A Scoping Review and Decision Framework. Pharmacoeconomics (2015) 33:255–269

4 VGE BULLETIN - MEI 2017

5

ZORGEXPERIMENT EIGEN RISICO

Richard van Kleef, Rudy Douven en Joseph Newhouse

Het eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is voor politieke partijen een belangrijk verkiezingsonderwerp. Zoals blijkt uit Tabel 1, lopen de ideeën hierover sterk uiteen. Waar VVD en D66 het verplicht eigen risico willen handhaven, stellen CDA, CU, SGP en VNL een verlaging voor. PvdA, SP, GL, DENK en VP willen het verplicht eigen risico geheel afschaffen. SP en GL willen daarnaast ook een einde maken aan het vrijwillig eigen risico. Voorstanders van het verplicht eigen risico stellen vaak dat dit het gebruik van onnodige zorg ontmoedigt en de doelmatigheid van het zorgstelsel bevordert. Tegenstanders stellen juist dat het eigen risico een rem zet op het gebruik van noodzakelijke zorg en leidt tot een verslechtering van de volksgezondheid. Maar hoe zit het nu precies? In hoeverre leidt het eigen risico in de Zvw tot een remeffect? In hoeverre heeft dit remeffect betrekking op noodzakelijke zorg en in hoeverre op onnodige zorg? En wat is het effect op gezondheid? In een uitgebreidere versie van dit artikel geven wij een overzicht van relevante onderzoeken op dit terrein (Van Kleef, Douven en Newhouse, 2017)¹. Hoewel die onderzoeken belangrijke inzichten hebben voortgebracht over de effecten van een eigen risico op zorggebruik wordt de vertaalbaarheid naar het verplicht eigen risico in de Zvw bemoeilijkt door beperkingen van de onderzoeksopzet en/of cruciale verschillen tussen de onderzoeksetting en de huidige Zvw-context. De enige manier om duidelijkheid te verschaffen over de effecten van het verplicht eigen risico in de Zvw is een experiment met een gerandomiseerde, representatieve interventie- en controlegroep. In deze bijdrage zullen wij kort ingaan op de contouren van zo'n zorgexperiment.

Het experiment kan er als volgt uitzien: trek een random steekproef uit de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder en scheld het verplicht eigen risico voor de betreffende groep kwijt. Vervolgens kan het remeffect worden bepaald door de zorgkosten van deze groep te vergelijken met de rest van de bevolking van 18 jaar en ouder.

Tabel 1. Plannen met betrekking tot het eigen risico in de Zorgverzekeringswet

	Verplicht eigen risico*	Afschaffen vrijwillig eigen risico
VVD	430	Nee
PvdA	0	Nee
SP	0	Ja
CDA	325	Nee
D66	430	Nee
CU	330	Nee
GL	0	Ja
SGP	330	Nee
DENK	0	Nee
VNL	380	Nee
VP	0	Nee

* Dit betreft het verplicht eigen risico in 2021 van de partijen waarvoor het Centraal Planbureau de verkiezingsprogramma's heeft doorgerekend (CPB, 2017)². Het CPB gaat bij haar berekeningen uit van een verplicht eigen risico van 430 euro (constante prijzen) in 2021. PVV, PvdD en 50PLUS hebben hun verkiezingsprogramma niet laten doorrekenen door het CPB; uit hun verkiezingsprogramma's blijkt dat zij het verplicht eigen risico willen afschaffen.

Mocht het eigen risico in de komende kabinetsperiode worden afgeschaft dan kan de omgekeerde weg worden bewandeld: handhaaf het verplicht eigen risico voor mensen in de steekproef. In het laatste geval is het wel belangrijk om deelnemers vooraf te compenseren voor een (eventueel) financieel nadeel.

Voor een adequate vergelijking van de twee groepen in het experiment is informatie nodig over het zorggebruik van verzekerden en de kosten die daarmee gepaard gaan. Deze informatie is reeds beschikbaar in het kader van de risicoverevening, het systeem dat zorgverzekeraars compenseert voor voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden. Voor de uitvoering van de risicoverevening worden jaarlijks het zorggebruik en een groot aantal persoonskenmerken van alle mensen met een zorgverzekering geregistreerd. Een vergelijking van zorgkosten tussen de twee groepen in het experiment geeft een inschatting van het remeffect. Door selecties te maken van behandelingen die doorgaans noodzakelijk of juist minder-noodzakelijk zijn, kan tevens worden bepaald in hoeverre een eventueel remeffect (on)gewenst is.

Het experiment geeft niet alleen inzicht in het remeffect maar biedt tevens mogelijkheden om het effect hiervan op gezondheid te meten. De gegevens die worden gebruikt in het kader van de risicoverevening worden elk jaar opnieuw verzameld en hebben daarmee een longitudinaal karakter. Patronen in zorggebruik kunnen tot ver na het experiment in kaart worden gebracht. Als blijkt dat de groep die tijdens het experiment een hoog eigen risico had na verloop van tijd meer (minder) noodzakelijke zorg gaat gebruiken dan de groep die tijdens het experiment een laag eigen risico had, kan dat wijzen op een verslechtering (verbetering) van de gezondheid.

Voorts bieden de gegevens goede mogelijkheden om de effecten uit te splitsen naar zowel zorgvormen als persoonskenmerken zoals leeftijd, geslacht, inkomen en gezondheid. Als blijkt dat het eigen risico voor specifieke zorgvormen of bevolkingsgroepen tot ongewenste effecten leidt dan kan dat aanleiding geven om het eigen risico gedifferentieerd toe te passen.

Uiteraard moet goed worden nagedacht over de precieze vormgeving van het experiment. Belangrijke aandachtspunten daarbij zijn bijvoorbeeld de benodigde omvang van de steekproef (om een remeffect statistisch te kunnen aantonen), het werven van de steekproef (verplicht of vrijwillig en onder de gehele bevolking of bij één verzekeraar), eventuele complicaties vanwege het vrijwillig eigen risico en herverzekering van het verplicht eigen risico, de benodigde duur van het onderzoek (ter voorkoming van anticiperend gedrag van verzekerden door zorggebruik uit te stellen of juist naar voren te halen) en tenslotte het borgen van de privacy van deelnemers en praktische aspecten zoals de communicatie naar verzekerden en verzekeraars.

Inzicht in de effecten van het eigen risico is niet alleen cruciaal voor een komend kabinet maar vooral ook voor de verdere toekomst. De verwachting is dat de zorg een steeds groter deel van het nationaal inkomen gaat opeisen. Het eigen risico is en blijft een krachtig instrument om het zorggebruik te beïnvloeden. Ter bepaling van de hoogte van het eigen risico (per zorgvorm of bevolkingsgroep) is inzicht in het remeffect (voor die zorgvorm of bevolkingsgroep) cruciaal. Thans is dit inzicht te beperkt. Het hier geschetste zorgexperiment kan uitkomst bieden.

1. Van Kleef, Douven en Newhouse (2017). Pleidooi voor een experiment met eigen risico in de zorg. Te verschijnen in Economisch Statistische Berichten.
2. CPB (2017), Keuzes in Kaart 2018-2012, Een analyse van elf verkiezingsprogramma's, Centraal Planbureau.
3. CPB (2015), Zorgkeuzes in Kaart: Technische uitwerking van alle afzonderlijke beleidsopties, Centraal Planbureau.
4. Van de Ven, W.P.M.M. en F.T. Schut (2010). Is de Zorgverzekeringswet een succes? TPEdigitaal 4(1): 1-24.

‘NEVER CHANGE A WINNING TEAM!’

Geert Messiaen



Begin 2016 legde het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), in samenwerking met het RIZIV en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, met het driejaarlijkse rapport over de Belgische gezondheidszorg, de vinger op enkele pijnpunten. Alsof die er helemaal niet waren, ging de besparingswoede van de regering onverminderd verder, zodat in oktober alle Belgische ziekenfondsen de begroting voor geneeskundige verzorging voor 2017 verwierpen.

GEEN ONGEBREIDELDE BESPARINGEN

Voor alle duidelijkheid: meer dan drie kwart van de Belgische bevolking is best tevreden over de gezondheidszorg, maar volgens het KCE kan het toch op heel wat vlakken beter... En dat zeggen de ziekenfondsen al meerdere jaren! Recent bleek nog uit de *European Health Consumer Index (EHCI)* 2016 dat de Belgische gezondheidszorg op Europees vlak nog altijd bij de vier beste scoort. Eén belangrijk voorbehoud: de gegevens van de EHCI dateren van enkele jaren geleden en houden dus geen rekening met de besparingen die inmiddels nog werden doorgevoerd.

Hoewel er wettelijk een groeinorm voor de uitgaven voor geneeskundige verzorging is voorzien van 1,5% bovenop de inflatie – wat op zich al veel te laag is om de gezondheidsnoden te dekken – heeft de Regering die in oktober eenzijdig verlaagd tot een schamele 0,5%. Dat is absoluut onvoldoende, waardoor er voor 900 miljoen euro extra besparingen nodig zijn

en er geen ruimte overblijft voor nieuwe initiatieven.

In januari nog waarschuwde Frank Van Massenhove, voorzitter van het directiecomité van de FOD Sociale Zekerheid, ervoor dat na negen jaar lineaire besparingen ‘het mes niet meer door het vet gaat, maar recht door vlees en bot’. Het mantra dat we ‘meer moeten doen met minder’ botst zowel op ethische als op economische grenzen. Willen we een warme en solidaire samenleving? Dan moeten we stoppen met het doemdenken dat de gezondheidszorg onbetaalbaar is!

België is weliswaar gebonden door Europese regels inzake het begrotingsevenwicht, maar die vormen wel een ernstige bedreiging voor de solidariteit. We pleiten zeker niet voor minder Europa, maar wel voor een breed maatschappelijk debat om Europa weer socialer te maken. Niet alleen de patiënten en de verstrekkers delen in de klappen, maar ook de ziekenfondsen zelf kijken aan tegen een ‘inspanning’ van 100 miljoen euro tussen

2016 en 2018, waardoor de uitvoering van hun taken in het gedrang kan komen. Ziekenfondsen zijn immers niet alleen uitbetalingsorganismen, maar in de onderhandelingen met de verstrekkers komen ze op voor de belangen van de patiënten en zorgen ze mee voor het in de hand houden van de uitgaven door op te treden tegen misbruiken en verspillingen.

Onze gezondheidszorg staat nog voor andere, zware uitdagingen. Zo moeten de mensen, door onze hogere levensverwachting, gemiddeld langer een beroep doen op de gezondheidszorg. Wat zeker zou moeten gebeuren, is onze zorg meer oriënteren naar chronische patiënten: verschillende ziekten die vroeger stevast dodelijk waren, zoals kanker en diabetes, evolueren naar chronische ziekten. Daarbij komt dat steeds meer mensen, naarmate ze ouder worden, aan verschillende aandoeningen tegelijkertijd lijden. Er is ook een gebrek aan o.m. huisartsen, geriateren, kinderartsen en psychiaters. Daarom pleit ik ervoor om artsen tijdens

hun universitaire opleiding al voor te bereiden op de keuze van hun latere praktijk in plaats van eerst op het einde van hun studies. En uiteraard ook voor een correcte verloning van de zogenaamde ‘intellectuele prestaties’. Als ziekenfondsen bieden we uiteraard het nodige weerwerk: zo hebben we er enkele jaren geleden mee voor kunnen zorgen dat de zorg- en sociale diensten uit de Europese dienstenrichtlijn zijn gebleven en ze daardoor de nodige bescherming genieten tegenover commerciële bedrijven. Gelijkaardig weerwerk hebben we geboden tijdens de onderhandelingen over het vrijhandelsverdrag met Canada (CETA) en met de VS (TTIP). Die onderhandelingen verliepen in het grootste geheim tot o.a. de Belgische ziekenfondsen begin 2015 aan de alarmbel hebben getrokken.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
Een ander probleemveld is de geestelijke gezondheidszorg, volgens mij dé uitdaging in de 21ste eeuw. Ons hoog aantal

sterfgevallen door zelfdoding en de vele onvrijwillige opnames op psychiatrische ziekenhuisafdelingen wijzen op een onvoldoende toegankelijkheid van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Reeds in 2010 kenden de Liberale Mutualiteiten als één van de eersten een tussenkomst toe voor de psychologische begeleiding van jongeren en van kankerpatiënten en voor de thuisopvang van Alzheimerpatiënten. We ijverden er al veel langer voor dat de hulp door psychologen zou terugbetaald worden door de verplichte ziekteverzekering, maar helaas is dat nog steeds niet het geval. Nochtans is een goede psychische gezondheid niet los te zien van een goede lichamelijke gezondheid.

DE ZIEKTEVERZEKERING NIET REGIONALISEREN - GEZONDHEIDSZORG VERDER OPSPLITSEN ?

Wat men ook moge beweren, de kosten voor de gezondheidszorg liggen in België met gemiddeld € 2.403 per persoon in 2014 niet overdreven hoog, zelfs iets

‘NEVER CHANGE A WINNING TEAM!’

lager dan het Europees gemiddelde van € 2.550.

De onderlinge verschillen die achter deze cijfers schuilgaan situeren zich niet zozeer tussen Vlaanderen en Wallonië, maar wel tussen de leeftijdscategorieën: jongeren tussen 10 en 19 jaar verbruikten op jaarbasis slechts € 750 tegenover € 13.319 voor 90-plussers.

Het regionaliseren van delen van de Belgische gezondheidszorg zal die er niet efficiënter op maken, wel integendeel. Niet alleen tast een regionalisering de fundamenteën van de solidariteit aan, maar je hebt ook dubbel zo veel overlegorganen nodig, een nog ingewikkelder kluwen van regelgevingen en nog meer administratie. Trouwens: als 78% van de bevolking aangeeft tevreden te zijn over de gezondheidszorg, waarom zou die dan moeten gesplitst worden?

TE WEINIG AANDACHT VOOR PREVENTIE

Die cijfers, zowel op Belgisch als op Europees niveau, leggen wel een ander

pijnpunt bloot. Tegenover de € 2.550 die in de hele EU per persoon per jaar wordt besteed aan curatieve gezondheidszorg staan nauwelijks € 75 voor preventie of € 0,20 per dag!

Gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO) door de ziekenfondsen en preventie, evenals het onderzoek naar de bedreigingen voor de volksgezondheid en naar de ongelijke toegang, behoren dan ook tot de basisfuncties van het gezondheidsbeleid. Alle ziekenfondsen in dit land – en zelfs over de gewest- en landsgrenzen heen – zouden op het vlak van preventie hun krachten moeten bundelen.

Een goed preventiebeleid wordt daarom best op federaal – en nog beter zelfs op Europees – niveau georganiseerd. In de plaats daarvan koos de huidige regering ervoor om op federaal niveau voor de subsidiëring van de ziekenfondsen geen rekening meer te houden met hun GVO-werking, dus met de inspanningen die ze leveren om te voorkomen dat mensen ziek worden.

We zijn er ons uiteraard van bewust dat een gezonde levensstijl niet alleen afhangt van wat je als individu doet of juist niet doet, maar evenzeer ook van het leefmilieu. Daarom heb ik in 2010 het initiatief genomen om met alle Belgische ziekenfondsen samen een werkgroep milieuziekten op te richten en ons, in de schoot van de internationale koepelorganisatie AIM (Association Internationale de la Mutualité), ook aan te sluiten bij een werkgroep op Europees niveau.

ONZE SOCIALE ZEKERHEID GAAT IEDEREEN AAN

Onze gezondheidszorg en, bij uitbreiding, onze sociale zekerheid, gaat iedereen aan. Daarom moeten alle onderwijstakken daar absoluut aandacht aan besteden, zodat iedereen er van jongs af aan het belang van inziet. Een geïnformeerde burger is immers een weerbare burger en de jongeren van vandaag zullen immers de maatschappij van morgen dragen. Om onze gezondheidszorg performant te houden moet ook de werking van de ziekenfondsen evolueren. Door de informatisering zullen tegen 2018 ook de doktersbriefjes verdwijnen. In de plaats van het papierwerk voor de ziekenfondsen komen andere taken. Zoals minister Maggie De Block bij de opmaak van het Toekomstpact voor de ziekenfondsen liet verstaan – en op dat punt treed ik haar volledig bij – moeten de ‘zieken’-fondsen evolueren naar ‘gezondheids’-fondsen, die zich meer zullen toeleggen op preventie. Ze krijgen een informatieve en begeleidende rol als gezondheidscoachen die de leden met raad en daad bijstaan.

Laten we wel wezen: voor mij is de gezondheidszorg niet ‘kostelijk’, maar de mens is wel ‘kostbaar’.

Geert Messiaen is Secretaris-generaal van de Landsbond van Liberale Mutualiteiten

EVIDENCE-BASED POLITICS:

EEN CONTRADICTIO IN TERMINIS

Maartje J. van der Aa (op persoonlijke titel)

De gezondheidszorg is onderwerp van het politiek strijdtoneel. In de aanloop naar de Tweede Kamerverkiezingen toont elke partij zich bewust van het belang van de zorgstandpunten om de kiezer aan zich te binden. Van links tot rechts staan ze in de partijprogramma's en in de campagnes wordt het thema 'zorg' strategisch ingezet. Niet zelden verwijzen politici hierbij naar wetenschappelijk onderzoek. Dit wordt over het algemeen toegejuicht door ons, onderzoekers. Het leidt namelijk tot betere zorg en is tegelijkertijd een verantwoording naar burgers toe. Immers, iedereen wil het beste zorgsysteem, toch?

In deze bijdrage wil ik laten zien dat deze goedbedoelde visie op het gebruik van wetenschappelijk bewijs uiteindelijk een gevaar is voor de onafhankelijkheid ervan. Ik zal dat doen aan de hand van het thema zorgfinanciering en de claims die hieromtrent gedaan worden met betrekking tot solidariteit.

SOLIDARITEIT IN ZORGFINANCIERING

Solidariteit is een begrip dat gebruikt wordt om de verbondenheid tussen

mensen aan te duiden. In de zorgfinanciering betekent solidariteit dat de verantwoordelijkheid voor zorgkosten collectief gedragen wordt. In Nederland is dat geregeld door middel van de Zorgverzekeringswet. Hierin is vastgelegd dat bepaalde zorgkosten onder bepaalde voorwaarden op een specifieke wijze gespreid worden over een bepaalde groep. Deze beschrijving vraagt duidelijk om een nadere invulling. Dit is de taak van de politiek. Zij beslist bijvoorbeeld wie en wat er is verzekerd onder welke omstan-

digheden (dekking) en welke bijdrage van verschillende verzekerden gevraagd wordt (financiering). Al die factoren samen zeggen iets over de vormgeving van solidariteit in onze zorgverzekering (tabel 1).

HET CONCEPT SOLIDARITEIT IN DE POLITIEK

De multidimensionale en descriptieve benadering van het concept ‘solidariteit’ is zeer wetenschappelijk. Dit staat in sterk contrast met de politieke benadering

Tabel 1. Wetenschappelijke benadering van het concept solidariteit in de zorgverzekering

Functie zorgverzekering	Dimensie solidariteit	Relevante vragen
Dekking	Verzekerdenkring	Wie zijn er verzekerd?
	Pakket	Welke behandelingen en hulpmiddelen komen in aanmerking voor vergoeding?
	Hoogte vergoeding	Is er sprake van een eigen bijdrage?
	Voorwaarden	Is zorg uit het pakket toegankelijk bij medische indicatie of is toestemming nodig van de verzekeraar?
Financiering	Inkomensgerelateerdheid	Dragen mensen met hoge inkomens meer bij dan mensen met lage inkomens? Hoeveel meer?
	Risicogerelateerdheid	Worden er hogere premies geheven voor mensen die meer kans hebben op zorgkosten?

EEN CONTRADICTIO IN TERMINIS

van het begrip ‘solidariteit’, welke vaak unidimensioneel en normatief is en betrekking heeft op de toekomst. Het CDA wil bijvoorbeeld het eigen risico verlagen om meer solidair te zijn met mensen die veel gebruik maken van zorg¹. Marijke Linthorst (PvdA) vindt dat korting op het eigen risico bij geselecteerde zorgverleners de solidariteit ondermijnt². De SP wil zowel snijden in het eigen risico als de invoering van inkomensafhankelijke zorgpremies. Tijdens de laatste Algemene Politieke Beschouwingen gaf Halbe Zijlstra (VVD) juist aan dat de solidariteit ver opgerekt is, op basis van zijn visie op de huidige inkomensoverdrachten³. Hoewel er natuurlijk over deze meningen en uitspraken getwist kan worden, wordt duidelijk dat politici vaak verwijzen naar wensen op een van de solidariteitsdimensies. De politiek en de wetenschap benaderen het concept solidariteit dus vanuit een ander discours: unidimensionaal versus multidimensionaal, normatief versus descriptief en toekomstplannen versus de

huidige situatie. Daarnaast is er nog een belangrijk verschil tussen beide perspectieven: de wetenschap haalt het onderwerp solidariteit uit haar context, terwijl politici het juist afwegen tegen andere waarden, zoals privacy, efficiëntie en keuzevrijheid. Een gevolg van het politieke discours is dat het concept solidariteit veelvuldig gebruikt wordt, maar dat iedereen er iets anders onder verstaat.

EVIDENCE-BASED POLITICS?

De visie die elke partij heeft op die zelfgedefinieerde solidariteit wordt in partijprogramma’s en uitspraken van politici regelmatig ondersteund door wetenschappelijk bewijs. Er wordt bijvoorbeeld genoemd dat de invoering van een eigen risico effectief is in het omlaag brengen van onnodig zorggebruik. Of dat dezelfde maatregel juist een toename in zorgmijders veroorzaakt. Er wordt ook verwezen naar bronnen die aantonen dat burgers niet in staat zijn het juiste pakket te kiezen om tegen de zorgverzekeringsmarkt te pleiten, terwijl voorstanders bewijzen

zien in dalende kosten. Hieruit blijkt dat er nogal wat bewijs voorhanden is.

Wetenschappelijk bewijs heeft voor alle politici eenzelfde betekenis, namelijk dat ze ondersteunt in het overbrengen van hun visie op een beter zorgsysteem. De wetenschap heeft hier echter geen direct bewijs voor. De verschillen tussen politiek en wetenschap, zoals hierboven uiteengezet, laten namelijk zien dat de wetenschap niet kan bepalen wat “beter” is omdat dit een normatief begrip is. De wetenschap kan onderzoeken welke zorg kosteneffectief is, wat de invloed van een bepaalde maatregel is op de toegang van zorg of welke inkomensoverdrachten er plaats vinden. Ze kan echter geen normatieve uitspraken doen over welke uitkomsten beter zijn. De wetenschap is daarmee slechts een informant van de politiek, welke de descriptieve bewijzen van interpretatie voorziet.

Dit leidt soms tot frustratie van onderzoekers, omdat kosteneffectieve leefstijladv

visering bijvoorbeeld niet wordt vergoed omdat ze de keuzevrijheid beïnvloedt, terwijl andere niet-kosteneffectieve ingrepen wel in het pakket zitten. Deze frustratie is begrijpelijk, omdat de wetenschapper doorgaans een idealistische instelling heeft en gelooft in zijn/haar onderzoek. Het staat politici echter vrij om de wetenschappelijke bewijzen unidimensionaal te interpreteren en af te wegen tegen andere waarden. Het is dan ook een contradictio in terminis dat wetenschappelijk bewijs (descriptief) zonder meer de basis vormen van politieke keuzes (normatief).

GOEDE BEDOELINGEN

De verhouding tussen politiek en wetenschap is reeds vanaf de oprichting van universiteiten een onderwerp van discussie geweest. In 2012 heeft het Rathenau instituut een verkenning gedaan met betrekking tot die delicate verhouding. Daarbij werden een aantal politici en wetenschappers geïnterviewd. Het Rathenau instituut concludeerde op basis van die

interviews dat het bewonderenswaardig is dat politici hun beleid willen baseren op feiten, maar dat wetenschappelijk bewijs het democratisch proces niet kan vervangen. De verwetenschappelijking van de politiek kent dus grenzen. De vraag is echter: waar liggen die?

Wat mij betreft is het zaak dat de wetenschap en de politiek zich bewust zijn van hun verschillend discours en dat zij zich dan ook daartoe beperken. Dit betekent dat de wetenschap zich bezighoudt met het verzamelen van descriptieve bewijzen en dat het de politiek vrij staat deze te interpreteren. Het is daarbij niet te voorkomen dat onderzoeksresultaten selectief gebruikt worden. Het lijkt mij echter niet wenselijk dat de wetenschap de politiek desgewenst voorziet van bewijs op een specifieke solidariteitsdimensie, terwijl zij weet dat het solidariteitsdebat veel breder is. Er liggen namelijk bepaalde aannames onder het verkrijgen van dergelijke data. Neem als voorbeeld het actuele debat rondom het eigen risico. Het zou als een bijdrage gezien kunnen worden om te

onderzoeken wat het effect is van de hoogte van de eigen bijdrage op zorgmijden. Wanneer een onderzoek echter met deze enige uitkomstmaat wordt opgezet, is een effect op elke andere mogelijke factor al bij voorbaat uitgesloten. Daarmee is de multidimensionaliteit van het wetenschappelijk discours niet in acht genomen. Bovendien schuilt er een gevaar in het gehoor geven aan politieke vragen en/of op basis van onderzoeksresultaten normatieve uitspraken te doen (in functie als wetenschapper): de actieve deelname aan de verwetenschappelijking van de politiek kan zo leiden tot een politisering van de wetenschap en bijgevolg het aanzien van de wetenschap als geheel schaden.

SCHOENMAKER, BLIJF BIJ JE LEEST

Dit betekent volgens mij niet dat er geen rol is weggelegd voor de wetenschap in de politiek. Ten eerste informeert ze de politiek natuurlijk met onafhankelijk onderzoek, dat gekenmerkt wordt door het multidimensionale en descriptieve

discours. Dit levert zeer genuanceerde resultaten op. Juist als politici deze afwegen tegen andere waarden of er een dimensie uitlichten – zoals het eigen risico – misstaat het de wetenschapper niet om de wetenschappelijke nuance te benadrukken.

Het wetenschappelijk discours kan bovendien zelfs bijdragen aan een diepgaander solidariteitsdebat, waar nu vaak langs elkaar heen wordt gepraat omdat een eenduidige opvatting van het concept ontbreekt. De tabel in deze bijdrage kan daartoe bijdragen – al is dit een model dat nog open staat voor wetenschappelijke discussie. Het is het evident dat politieke meningen over solidariteit verschillen en een dergelijke onderligger is een neutraal uitgangspunt waardoor meningen en meningsverschillen inzichtelijker worden. Op basis daarvan kan een discussie over de kernwaarde gevoerd worden (solidariteit in het systeem) in plaats van daar omheen te draaien en louter specifieke beleidsmaatregelen – zoals het eigen risico – te bespreken.

Immers, hoe diepgaand kan een debat over solidariteit zijn als ieder er iets anders onder verstaat? De nuance in het wetenschappelijk bewijs kan daarmee juist het debat faciliteren. Het mag paradoxaal zijn, maar de politiek en wetenschap hebben volgens mij het meest aan elkaar als de wetenschapper zich strikt beperkt tot het eigen wetenschappelijk discours.

Dankwoord Hoewel deze bijdrage is geschreven op persoonlijke titel ben ik dank verschuldigd aan Silvia Evers, Saskia Klosse, Hans Maarse en Aggie Paulus, die mij met hun ideeën en advies hebben geholpen om tot dit schrijven te komen.

1. www.cda.nl/zorg-voor-elkaar/
2. www.skipt.nl/actueel/id21392-pvda-senator-zorgplan-ondergraaft-solidariteit.html
3. www.nrc.nl/nieuws/2016/09/29/lage-inkomens-betalen-20-euro-per-maand-aan-zorg-4524556-a1523996

VGE-MASTERCLASS MET PROFESSOR JOSEPH NEWHOUSE

Richard van Kleef, René Groot Koerkamp en Piet de Bekker



Op woensdag 7 december 2016 heeft de VGE in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland een Masterclass georganiseerd met professor Joseph Newhouse. De Masterclass vond plaats op het kantoor van Zorgverzekeraars Nederland en had als titel “Gereguleerde concurrentie in de zorg: Ervaringen uit de Verenigde Staten en lessen voor Nederland”. Hieronder volgt een beknopte profielschets van professor Newhouse en een verslag van de bijeenkomst.

PROFIELSCHETS PROFESSOR NEWHOUSE

Joseph Newhouse is hoogleraar “Health Policy and Management” aan de universiteit van Harvard. Bij diezelfde universiteit is hij tevens werkzaam voor de “Harvard Kennedy School” en de “Harvard School of Public Health”. Daarnaast bekleedt hij tal van andere posities. Zo is hij bestuurder bij een grote zorgverzekeraar en onderzoeker bij het “National Bureau of Economic Research” (de Amerikaanse equivalent van het Centraal Planbureau); voor een volledig overzicht zie www.hcp.med.harvard.edu/faculty/core/joseph-newhouse-phd. Professor Newhouse is vooral bekend als ontwerper en regisseur van het “RAND Health Insurance Experiment”, een ongeëvenaard experimenteel onderzoek naar de effecten van eigen betalingen en “managed care” op het zorggebruik en de gezondheid van mensen. Hoewel de resultaten van dit onderzoek inmiddels meer dan 30 jaar oud zijn worden deze nog steeds beschouwd als de gouden standaard. Professor Newhouse is de “founding editor” van de “Journal of Health Economics”, een toonaangevend wetenschappelijk tijdschrift op het terrein van gezondheidseconomie. In de afgelopen 30 jaar zijn in dit tijdschrift honderden invloedrijke artikelen gepubliceerd. Newhouse heeft zelf ook een grote hoeveelheid publicaties op zijn naam staan, onder andere over gereguleerde concurrentie, “managed care”, eigen betalingen, risicoselectie en honorering van zorgaanbieders.

INHOUD MASTERCLASS EN BELANGRIJKSTE DISCUSSIEPUNTEN

Vanuit zijn onderzoek naar zorgsystemen en ervaringen met stelselherzelingen in de Verenigde Staten is professor Newhouse in zijn presentatie ingegaan op drie voor Nederland actuele thema’s, te weten 1) het wantrouwen van consumenten en zorgaanbieders jegens zorgverzekeraars, 2) de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg en 3) de vraag of gereguleerde concurrentie werkt. Vervolgens hebben twee hoogleraren van eigen bodem, professor Ab Klink en professor Wynand van de Ven, op de presentatie van Newhouse gereflecteerd. Aansluitend daarop volgde een plenaire discussie met de circa 90 deelnemers. Hieronder worden de belangrijkste discussiepunten kort samengevat.

Het vertrouwensprobleem: “If you cannot beat them, join them”

Volgens professor Newhouse is het vertrouwensprobleem diepgeworteld. Hij verwijst naar een Amerikaans onderzoek waarin aan respondenten de volgende vraag is gesteld: “Als u van een bepaalde bron informatie kreeg over de kwaliteit van zorgaanbieders, in hoeverre zou u die bron dan vertrouwen?”. De uitkomsten laten zien dat als de informatie komt van zorgverzekeraars nog geen 20 procent van de respondenten de informatie vertrouwt. Komt de informatie echter van hun eigen dokter dan ligt dit percentage op bijna 50 procent. Dit geeft artsen een zekere machtspositie. Volgens professor Van de Ven is dat ook in Nederland het geval. Daar komt bij dat veel zorgaanbieders niet zitten te wachten op invloed van de zorgverzekeraar, ondanks bewijzen dat de kwaliteit van zorg soms duidelijk verbeterd kan worden. In het verleden is zowel in de Verenigde Staten als in Nederland meermalen gebleken dat zorgaanbieders en patiënten samen een sterke coalitie vormen en veel invloed hebben op het publieke debat. Dat belemmert zorgverzekeraars om hun rol als zorginkoper effectief te kunnen oppakken. Om het vertrouwensprobleem op te lossen is het volgens

VGE-MASTERCLASS MET PROFESSOR JOSEPH NEWHOUSE

professor Newhouse cruciaal de belangen van de zorgaanbieder en die van de zorgverzekeraar samen te brengen. Onder het mom van “if you cannot beat them, join them” vindt in de Verenigde Staten in toenemende mate verticale integratie en risicodeling tussen verzekeraars en zorgaanbieders plaats. Verticale integratie kan betekenen dat de twee partijen opgaan in één organisatie die zowel de functie van “zorgverzekeraar” als “zorgaanbieder” vervult. In sommige gevallen zijn het de artsen zelf die hiertoe het initiatief nemen. Binnen zo’n organisatie verdwijnt de belangenkloof. Een andere – minder ingrijpende – manier om deze kloof te overbruggen is risicodeling. Voorbeelden daarvan zijn de zogenaamde “Accountable Care Organizations” in de Verenigde Staten. Dit zijn groepen van zorgaanbieders die een vast bedrag per verzekerde ontvangen waarmee de (eventuele) zorgvraag van die verzekerde moet worden beantwoord. Dit bedrag is gecorrigeerd voor case-mix en tevens afhankelijk van de kwaliteit van zorg. Ook dit is een manier om de belangen van zorgaanbieders in lijn te brengen met de belangen van zorgverzekeraars, met name waar het gaat om de doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Professor Klink geeft aan dat zorgverzekeraars in Nederland deze weg graag zouden inslaan maar dat daarvoor nog wel een aantal belemmeringen moet worden weggenomen. Hij tekent overigens aan dat hij in zijn tijd als Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet had verwacht dat het wanvertrouwen tegen zorgverzekeraars anno 2016 zo hardnekkig zou zijn. Concluderend wordt gesteld dat risicodeling en verticale integratie mogelijk ook in Nederland cruciale stappen zijn voor het wegnemen van het vertrouwensprobleem.

Afschaffen hinderpaalcriterium cruciaal voor slagen van beoogde en gewenste zorginkooprol

Professor Van de Ven benadrukt hoe belangrijk “selectief contracteren” is voor het welslagen van gereguleerde concurrentie. Dit instrument geeft zorgverzekeraars

de mogelijkheid om uitsluitend zorg in te kopen bij doelmatige en kwalitatief goede zorgaanbieders (waardoor zorgaanbieders worden geprikkeld tot doelmatigheids- en kwaliteitsverbetering). Dit principe werkt echter alleen als zorgverzekeraars hun verzekerden kunnen sturen naar gecontracteerde aanbieders. Een substantieel lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg is daarbij onontbeerlijk. In de Memorie van Toelichting op de Zorgverzekeringswet staat echter dat deze vergoeding niet zo laag mag zijn dat verzekerden hinder ondervinden bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg, het zogenaamde hinderpaalcriterium. Over de hoogte van de minimale vergoeding doet de wetgever geen uitspraak, dat is – wanneer hier geschillen over ontstaan – uiteindelijk aan de rechter. Voor mensen met een laag inkomen kan een kleine eigen bijdrage voor niet-gecontracteerde zorg al een belemmering vormen. Als de rechter in een voorkomend geval inderdaad zo oordeelt, verliest het instrument van selectief contracteren zijn kracht. Volgens professor Van de Ven is het daarom cruciaal om het hinderpaalcriterium af te schaffen. In plaats daarvan moet de wetgever duidelijkheid scheppen over de minimale vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Om het stelsel te laten werken dient deze minimale vergoeding substantieel lager te zijn dan de vergoeding voor gecontracteerde zorg. Dit is precies wat de Nederlandse regering in 2014 heeft voorgesteld. Echter, door de oppositie van artsen (die relatief veel vertrouwen genieten van patiënten, zie hierboven) is dit voorstel door de Eerste Kamer verworpen. Professor Newhouse laat zien dat selectief contracteren in de Verenigde Staten op grote schaal wordt toegepast; met uitzondering van acute zorg wordt doorgaans geen vergoeding geboden voor niet-gecontracteerde zorg. Er zijn polissen met een smal en met een ultra smal netwerk van zorgaanbieders. Uit diverse onderzoeken blijkt dat zorgverzekeraars die selectief contracteren gemiddeld een lagere premie hanteren dan zorgverzekeraars die dit niet doen, zonder een verlies aan kwaliteit. Dit onderstreept de potentiële kracht van selectief contracteren als instrument voor het

bevorderen van efficiënte zorg. Hoog tijd dus dat selectief contracteren ook in Nederland als de standaard wordt gezien, inclusief een substantieel lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, aldus professor Van de Ven. Het huidige hinderpaalcriterium vormt een belemmering voor zorgverzekeraars om hun rol als inkoper van zorg effectief te vervullen.

Werkt gereguleerde concurrentie? Het is niet eenvoudig maar het kan!

Tenslotte wordt stilgestaan bij de vraag of gereguleerde concurrentie werkt. Professor Newhouse verwijst hierbij naar het “Medicare” programma in de Verenigde Staten, een zorgverzekering voor ouderen. Binnen dit programma kunnen verzekerden kiezen uit twee opties. De eerste optie is “Traditional Medicare”. Deze variant wordt uitgevoerd door de overheid, werkt met centraal vastgestelde tarieven, en biedt verzekerden een min of meer vrije keuze van zorgaanbieder. De tweede optie is “Medicare Advantage”. Deze variant wordt uitgevoerd door private verzekeraars die slechts een beperkt aantal zorgaanbieders contracteren. Newhouse laat zien dat steeds meer mensen op vrijwillige basis kiezen voor “Medicare Advantage”. Een lagere premie (zonder verlies aan kwaliteit) is daar debet aan. Dit is een duidelijk signaal dat gereguleerde concurrentie kan werken. Professor Klink en professor Van de Ven geven aan dat in Nederland nog een aantal knelpunten bestaat om gereguleerde concurrentie tot een succes te maken. Naast een gebrek aan de juiste (keuze-, kwaliteits-, zorginkoop-) informatie en het vertrouwensprobleem, is de zorg volgens professor Klink nog teveel gefragmenteerd. Zo kan een besparing op de ene zorgvorm leiden tot een kostenstijging bij een andere zorgvorm. Substitutie van ziekenhuiszorg naar zorggroepen leidt niet tot afbouw van capaciteit, maar steevast tot nieuwe “opvulzorg” in het ziekenhuis. Professor Van de Ven benadrukt dat bepaalde groepen van chronisch zieken voorspelbaar verliesgevend zijn/waren voor verzekeraars. Dit ontmoedigt zorgverzekeraars om in te spelen

op de wensen van chronisch zieken. Een groep waarvoor dat overigens niet het geval is zijn diabetespatiënten. Voor deze groep ontvangen zorgverzekeraars in Nederland een passende vereveningsbijdrage. Professor Newhouse laat zien dat dit ook in de Verenigde Staten het geval is. Daar worden inmiddels aantrekkelijke verzekeringsproducten aangeboden voor diabetespatiënten. Van de Ven geeft aan dat hier ook voor Nederlandse zorgverzekeraars een grote kans ligt: doordat deze groep gemiddeld hoge kosten heeft, is de potentiële doelmatigheidswinst groot, mede ook gegeven de mogelijkheden voor het beter organiseren van diabeteszorg. En als zorgverzekeraars in het najaar 2017 met een aantrekkelijke verzekeringspolis voor diabetespatiënten op de markt komen dan zou dat weleens een flinke boost kunnen geven aan het vertrouwen van consumenten in zorgverzekeraars als inkopers van zorg!

EEN KIJKJE IN DE KEUKEN BIJ ... DE NVTAG

Piet de Bekker

Op donderdag 9 maart 2017 sprak ik met Carmen Dirksen – voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Gezondheidszorg (NVTAG). Carmen is hoogleraar HTA (specialisatie klinische interventies) en werkt in het Maastricht UMC+ als hoofd van de afdeling Klinische Epidemiologie en Medical Technology Assessment (KEMTA). Ze heeft een lange geschiedenis bij de NVTAG, waar ze in 2006 startte als secretaris. Na een korte periode als “gewoon” bestuurslid heeft ze in september 2016 de voorzittershamer overgenomen van Carin Uyl-de Groot.

EERSTE SCHETS: TECHNOLOGY ASSESSMENT EN DE NVTAG

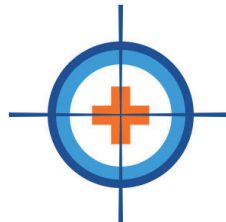
Op de website van de NVTAG (www.nvtag.nl) is enige achtergrondinformatie te vinden over het vakgebied en de vereniging die in 1995 is opgericht voor iedereen met interesse in de evaluatie van technologie in de gezondheidszorg. Het is een vrij breed vakgebied, dat zowel gaat over harde science, rekenmodellen

en discontovoeten, als over beleidsmatige consequenties en ontwikkelingen (nationaal/internationaal). “De NVTAG stimuleert onderzoek en onderwijs op het gebied van het evalueren van medische, maatschappelijke en economische gevolgen van het gebruik van technologieën in de gezondheidszorg om daarmee het optimaal toepassen van deze technologieën te bevorderen. De vereniging draagt bij aan de kwaliteit en de implementatie van zulk onderzoek. Verder stelt de vereniging actuele onderwerpen aan de orde, zoals richtlijnen voor evaluatieonderzoek, subsidiëring van doelmatigheidsonderzoek en opleiding en registratie van onderzoekers.” Daarmee zoekt de NVTAG een actieve rol in actuele discussies en bij overheidsbeleid met betrekking tot evaluatieonderzoek in de gezondheidszorg.

WIE VORMEN DE NVTAG?

Leden

De NVTAG is vereniging voor en door leden. De vereniging biedt een platform,



NVTAG

Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Gezondheidszorg

een fysieke of virtuele plek waar mensen bijeenkomen. Geïnteresseerden, dus alle mensen die zich aangesproken voelen tot het onderwerp, kunnen elkaar ontmoeten. Dit gebeurt volgens Carmen al jaren vrij succesvol.

Er lijkt sinds kort een iets grotere instroom dan uitstroom te zijn. Lange tijd lag het ledental stabiel rond de 250 personen, maar de recente intensivering van activiteiten lijkt een aanzuigende werking te hebben. Er zijn inmiddels in totaal zo’n 300 leden. Daarmee is de NVTAG iets groter dan de VGE. Er lijkt overigens best wat overlap te zijn van mensen die zowel van de NVTAG als van de VGE lid zijn.

Bestuur

Het bestuur bestaat momenteel uit 7 personen, met daarin een voorzitter,

secretaris (Caroline van der Meijden), penningmeester (Wilbert van den Hout) en leden (Ardine de Wit, Leona Hakkaart, Marloes van der Maas, Joost Enzing). In het bestuur is het aantal mensen uit de wetenschap nog iets oververtegenwoordigd, maar er is nu toch een goede mix van disciplines ontstaan. Er is een bestuurslid vanuit de farma-hoek, iemand die bij het Zorginstituut werkt, en iemand vanuit ZonMw.

Het bestuur vergadert ongeveer eens per zes weken. De ene keer is dat een fysieke bijeenkomst, de andere keer is een vergadering telefonisch of via Skype. De rolverdeling in het bestuur bij de organisatie van activiteiten is doorgaans pragmatisch: men kijkt wie ergens enthousiast van wordt, dus wie zin en tijd heeft om dingen op te pakken. Bestuursleden heb-

ben een hands-on mentaliteit, en doen bijvoorbeeld ook zelf alle noodzakelijke administratieve taken.

WAT DOET DE NVTAG EN HOE DOEN ZE DAT?

De NVTAG organiseert activiteiten die doorgaans toegankelijk zijn voor leden en voor niet-leden. Als er bredere belangstelling is en de activiteit wordt georganiseerd in samenwerking met een andere partij (en dat gebeurt geregeld, zoals het symposium Value Based Health Care en kosteneffectiviteit: keerzijden van dezelfde euro? met de VGE op 11 april), dan staat zo’n activiteit zeker open voor externen.

Oud-bestuurslid (Michel van Agthoven) was een paar jaar geleden samen met oud-voorzitter Carin Uyl een belangrijke aanjager van de intensivering van een aantal zaken. Er werd op dat moment geconstateerd dat de communicatie beter kon, zowel vanuit bestuur richting de leden, als tussen de leden onderling (bruik-

bare netwerken). Op basis van een leden enquête in 2013 is een aantal thema’s gedefinieerd en zijn meer gestructureerd zaken opgepakt, geïntensiveerd. Doel én middel was om leden meer betrekken bij organiseren van allerlei zaken, zodat ze van passieve afnemers zouden veranderen in actieve coproducten en deelnemers.

Werkgroepen

Een interessante ontwikkeling bij de NVTAG is het gebruik maken van werkgroepen. Deze werkgroepen zijn een uitvloeisel van de intensivering van werkzaamheden. Een belangrijk doel van de werkgroepen is leden activeren, betrekken bij de vereniging. De voorzitters van de werkgroepen zijn leden van het NVTAG-bestuur, en iedere werkgroep heeft een eigen thema/aandachtsgebied, waaronder onderwijs, onderzoek, patiënt participatie, communicatie/actualiteiten. Nog niet alle werkgroepen zijn al actief geweest maar een start is gemaakt.

Jong NVTAG

Jong NVTAG is eigenlijk een bijzondere werkgroep, een subvereniging. Er geldt een leeftijdsgrens (tot 35 jaar). Jong NVTAG biedt een eigen platform voor jonge HTA-professionals met als doel

onderlinge motivatie, van elkaar leren en ervaringen uitwisselen. Marloes van der Maas is het bestuurslid met als aandachtsgebied Jong-NVTAG. Het netwerk bestaat momenteel uit ruim 80 jonge leden binnen de NVTAG.



EEN KIJKJE IN DE KEUKEN BIJ ... DE NVTAG

Symposia

De NVTAG organiseert wetenschappelijke symposia met presentaties van onderzoek en gedachteswisseling over actuele thema's. Voorheen lukte het niet altijd om het minimale aantal van twee symposia per jaar neer te zetten. Na de heroriëntatie en intensivering haalt de NVTAG dit zelf opgelegde doel wel. Soms is het een groter symposium, soms kleiner, afhankelijk van het thema dat centraal staat. Zo heeft de vereniging recent een abstract symposium van een halve dag georganiseerd met een kleine 40 deelnemers.

Communicatie: nieuwsbrieven

De NVTAG heeft geen eigen magazine of bulletin zoals de VGE, maar heeft wel een digitale nieuwsbrief waarmee ze de leden informeren. In het 'NVTAG nieuws' leest men over nationale en internationale ontwikkelingen en komende activiteiten. De frequentie is omhoog gebracht naar zo'n vier nieuwsbrieven per jaar.

Contributie

Voor reguliere individuele leden is de contributie €50 per jaar. Studenten, AIO's en OIO's kunnen gebruik maken van een lidmaatschap tegen gereduceerd tarief (€20 per jaar). Activiteiten zijn vervolgens in principe gratis toegankelijk voor de leden.

TERUGKERENDE INHOUDELIJKE ACTIVITEITEN

NVTAG-prijs

Elk jaar organiseert de NVTAG een competitie voor de NVTAG prijs (ook wel bekend als de MTA prijs). De jaarlijkse 'NVTAG-prijs' voor jonge, veelbelovende onderzoekers. Om in aanmerking te komen voor de prijs, dienen jonge onderzoekers gepubliceerde artikelen in. Het gaat daarbij niet om allerlei toegepaste studies, maar om onderzoek dat op originele wijze bijdraagt aan de verdere ontwikkeling van onderzoeksmethoden in het vakgebied. Er zijn meestal tussen de vijf en tien deelnemers/artikelen per jaar. Een jury draag

drie genomineerden voor. Deze drie genomineerden mogen hun artikel pitchten tijdens een symposium. Aansluitend is er zowel een stemming door de publieksjury, als een expert opinion van de jury. De winnaar krijgt aandacht voor het onderzoek, eeuwige roem en een geldbedrag €1.000. De prijs wordt al enkele jaren gesponsord door Pharmerit.

Cursussen

De NVTAG heeft door de jaren heen een aantal interessante cursussen verzorgd. Zo is er jaarlijks een cursus methodologie door een prominente (buitenlandse) onderzoeker. De laatste workshop over budgetimpact analyse is samen met het Maastrichtse ISPOR student chapter georganiseerd.

TOT SLOT

Sinds jaar en dag bestaat er een warme band tussen de VGE en de NVTAG. Meerdere van de huidige VGE-bestuursleden zijn lid van de NVTAG en een omvangrijke groep VGE-leden beweegt zich op het

domein van kosteneffectiviteit, evaluatieonderzoek en doelmatigheidsonderzoek. We blijven elkaar de komende jaren opzoeken!

Drs. P.J.G.M. (Piet) de Bekker is partner bij Zorgvuldig Advies en onderzoeker aan de Vrije Universiteit (Talma Instituut). Hij is sinds 2007 bestuurslid van de VGE.



DETERMINANTS OF THE DEMAND FOR HEALTH INSURANCE COVERAGE

Kayleigh van Winssen

Nederland behoort wereldwijd tot de landen met de hoogste zorgverzekeringsdekking. Dit is terug te zien in het feit dat in 2016 maar liefst 84 procent van de Nederlanders koos voor een uitbreiding van de basisverzekeringsdekking in de vorm van een aanvullende zorgverzekering en tegelijkertijd slechts 12 procent koos voor een beperking van de verzekeringsdekking in de vorm van een vrijwillig eigen risico. Vanuit de economische literatuur kan dit gedrag mogelijk verklaard worden door risico-aversie. Echter, gezien het feit dat de risicovermindering van het niet kiezen voor een vrijwillig eigen risico en van het kopen van een aanvullende verzekering beperkt lijkt, stelt dit proefschrift de vraag of risico-aversie de enige verklaring is voor de vraag naar hoge zorgverzekeringsdekking (en dus de lage vraag naar het vrijwillig eigen risico en de hoge vraag naar de aanvullende verzekering).

De resultaten in het proefschrift laten zien dat het kiezen voor een vrijwillig eigen risico achteraf gezien financieel voordeel zou opleveren voor 48 procent van de verzekerden. Daarnaast laat onderzoek zien dat slechts 70 procent van de individuen met een aanvullende verzekering daadwerkelijk een rekening indient bij de verzekeraar. Hierdoor wordt de suggestie gewekt dat andere factoren dan het financiële profijt (en risico-aversie) mogelijk ook een rol spelen bij het kiezen voor een hoge zorgverzekeringsdekking. Dit proefschrift heeft daartoe zeven gedragseconomische factoren geïdentificeerd.

Ten eerste kan verliesaversie een rol spelen, omdat verzekerden het mogelijke financiële verlies van het eigenrisicobedrag of de zorgkosten die anders vergoed hadden kunnen worden door een aanvullende verzekering, als onprettig ervaren. Ten tweede kan, omdat de kansverdeling van zorgkosten grotendeels onbekend is,



ambiguitaversie een rol spelen. Dit houdt in dat mensen de voorkeur geven aan keuzesituaties waarin zij de kansen kennen ten opzichte van keuzesituaties waarin deze kansen onbekend zijn. Ten derde kan schuldaversie ervoor zorgen dat verzekerden een hoge zorgverzekeringsdekking vragen, omdat de gemaakte kosten onder het vrijwillig eigen risico of onder de (niet-aangeschafte) aanvullende verzekering pas worden betaald nadat de zorg genuttigd is. Ten vierde is het mogelijk dat verzekerden, doordat zij het nemen van (lastige, financiële) beslissingen vermijden, hun huidige zorgverzekering automatisch vernieuwen zonder kritisch te kijken of ze een vrijwillig eigen risico willen en of ze daadwerkelijk een aanvullende zorgverzekering nodig hebben. Ten vijfde zou de vraag naar hoge zorgverzekeringsdekking het gevolg kunnen zijn van beperkte kennis over het vrijwillig eigen risico en de aanvullende zorgverzekering waardoor verzekerden niet goed weten waar ze zich voor verzekeren en wat de kosten voor de verschillende zorgvormen zijn. Ten zesde

kunnen liquiditeitsbeperkingen een rol spelen in de vraag naar hoge zorgverzekeringsdekking, omdat mogelijk een substantieel bedrag uit eigen zak betaald moet worden. Tenslotte is het mogelijk dat verzekerden, door sociale vergelijking, simpelweg geen vrijwillig eigen risico en juist wel een aanvullende verzekering nemen omdat vrienden en familie dat ook doen.

Wanneer de factoren aangedragen in dit proefschrift inderdaad de vraag naar zorgverzekeringsdekking beïnvloeden, is het interessant om te bekijken hoe deze inzichten de vormgeving van het vrijwillig eigen risico en de aanvullende verzekering kunnen beïnvloeden en hoe het keuzeproces van de verzekerde het best ondersteund kan worden. Verder onderzoek naar het effect van deze determinanten op de vraag naar zorgverzekeringsdekking en de implicaties daarvan voor de vormgeving van zorgverzekeringen en het ondersteunen van het keuzeproces van verzekerden blijft echter noodzakelijk.



SAVE THE DATE: 11 – 14 July 2018

12th European Conference on health Economics, Maastricht

Universiteit Maastricht en het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ zullen het 12^{de} European Conference on Health Economics (EuHEA) organiseren in 2018. Het congres zal plaatsvinden van 11 juli tot en met 14 juli 2018.

Het doel van het EuHEA is om samenwerking tussen nationale en internationale verenigingen en werkgroepen in Europa op het gebied van gezondheidseconomie te stimuleren.

Meer informatieve m.b.t. het indienen van abstracts en overige zaken zal binnenkort bekend gemaakt worden.

We hopen u volgend jaar te mogen verwelkomen in Maastricht!

Vriendelijke groet,

Organisatiecommissie van Universiteit Maastricht en het Maastricht Universitair Medisch Centrum+

info@euhea2018.com
www.euhea2018.eu

WWW.EUHEA2018.EU

EUHEA CONFERENCE 2018
Shaping the future: the role of health economics
Join us 11-14 July 2018 in Maastricht!

SPONSOREN



UNIVERSITEIT TWENTE.



Radboud Universiteit



Radboudumc

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

COLOFON

REDACTIE

Elske van den Akker-van Marle
Erik Koffijberg
Jeroen Trybou
Daniëlle Willemse-Duijmelinck

Redactieadres: bulletin@gezondheidseconomie.org
Kopijdatum: 15 september 2017

Ontwerp en vormgeving:
Yfke Vreugdenhil, Y-werk

