



INHOUD

- 3** INTERVIEW KOEN VAN DER SWALUW (GASTREDACTEUR) **Roel Freriks**
- 6** GEDRAGSECONOMIE EN ZIEKTEPREVENTIE: DIAGNOSE EN THERAPIE **Henriette Prast**
- 9** GEDRAGSECONOMIE EN FINANCIËLE PRIKKELS BIJ DE BEKOSTIGING VAN ZORGAANBIEDERS **Arthur Hayen, Koen van der Swaluw en Jeroen Struijs**
- 13** GEDRAGSECONOMIE EN ECONOMISCHE EVALUATIE **Stefan Lipman**
- 17** HET NEDERLANDSE CORONABELEID ALS SOCIAAL DILEMMA **Merel van Hulsen, Kirsten Rohde en Job van Exel**
- 20** NUDGES VOOR HET BEVORDEREN VAN GEZOND GEDRAG **Denise de Ridder en Lars Tummers**
- 23** NVTAG/VGE Symposium verslag DE VELE DIMENSIES VAN GEZONDHEID
- 26** AANKONDIGING CONTRIBUTIEVERHOGING
- 26** NIEUWE BESTUURSLEDEN GEZOCHT
- 27** SPONSOREN, COLOFON

Het voorjaarsnummer van 2021 heeft als thema "COVID-19 & gezondheidseconomie". Wilt u een bijdrage leveren aan dit nummer, neem dan voor 1 december 2020 contact met ons op via bulletin@gezondheidseconomie.org om uw idee te bespreken. De uiteindelijke kopijdatum voor de bijdragen is 15 maart 2021.

VOORWOORD

Hoe keuzes het best te onderzoeken, voorspellen en sturen zijn, blijken zowel binnen de gedragseconomie als de gezondheidseconomie centrale vragen. Enkele antwoorden komen in dit bulletin van een mooie mix aan talent en veteranen, die veelal opereren op het snijvlak van beide disciplines. Er wordt ingegaan op de implicaties van een gedragseconomische bril bij gezondheidsbeleid en de kansen en beperkingen van nudges. Het gebruik van psychologie bij de inrichting van prikkels in de zorg en het scherper berekenen van QALY's wordt ook besproken. Vanzelfsprekend ontbreekt de pandemie niet, die laat zien -ook in dit bulletin- dat tegengaan van ziekte een sterk sociaal karakter kent. Mocht u willen reageren op één van deze artikelen dan nodigen we u van harte uit om uw reactie (max 150 woorden) voor 15 maart naar bulletin@gezondheidseconomie.org te sturen. De redactie wenst u veel leesplezier!

INTERVIEW KOEN VAN DER SWALUW (GASTREDACTEUR)

Roel Freriks

Voor dit nummer met als thema 'Gedragseconomie & zorg' hebben we Dr. Koen van der Swaluw uitgenodigd als gastredacteur. Van der Swaluw is werkzaam bij het departement Kwaliteit van Zorg en Gezondheidseconomie van het RIVM. Roel Freriks stelde Koen in een interview de volgende vragen:

WELKE LINK HEEFT HET VAKGEBIED GEDRAGSECONOMIE MET GEZONDHEID?

Gedrag is een enorm relevante determinant van gezondheid. Roken, dieet, alcoholconsumptie en beweging verklaren voor een substantieel deel de incidentie van ziekten als diabetes type 2, kanker en hart- en vaatziekten. Dat daarnaast infectieziekten nog altijd onze gezondheid kunnen bedreigen zien we met de huidige pandemie, waarvan de bestrijding in afwezigheid van een medicijn of vaccin ook weer grotendeels afhangt van menselijk gedrag. Als je gezondheid nastreeft, is een kernvraag dus: waarom kiezen mensen voor het een of het ander?

Veel economen namen standaard aan (en een deel nog steeds) dat het antwoord op bovenstaande vraag het best te beantwoorden is met het rationele keuzemodel, waarin onder meer aangenomen wordt dat mensen stabiele voorkeuren hebben, tijd stabiel verdisconteren en



HOE HET BEGON. DE INTREDE VAN ECONOMEN IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG

emoties vooral beslissingsruis zijn. De gedragseconomie is het hiermee oneens en is daarom in eerste instantie een discipline van met psychologie bewapende betweters, die gegroeid is door bewijzen tegen het rationele keuzemodel.

Gedragseconomie gaat over het zo goed mogelijk proberen te begrijpen, voorstellen en verklaren van keuzes door gebruik te maken van psychologische inzichten. Dat mensen soms irrationeel gedrag vertonen was al bekend, maar dat de afwijkingen van rationaliteit gangbaar en systematisch zijn was nieuw en dit heeft tot indrukwekkende inzichten en vernieuwingen geleid. Dat tegenwoordig niet langer wordt aangenomen dat mensen perfect rationeel zijn, maar dat emoties, temporele bijziendheid, sociale contexten, framing, referentiepunten en vuistregels ook beslissingen sturen, maakt dat voorspellingen over menselijk gedrag telkens beter worden. Hiermee kan vervolgens kansrijker gezondheidsbeleid gemaakt worden.

WAAR IS DE OVERLAP TUSSEN GEDRAGSECONOMIE EN GEZONDHEIDSECONOMIE?

Allereerst zijn beide disciplines min of meer tegelijk ontstaan omdat eigenwijze economen signaleerden dat traditionele economische modellen tekortschoten. In essentie gaat economie om doelmatige inzet van schaarse middelen. Deze inzet verloopt bij gezondheid alleen anders dan bij 'normale' markten: prijsmechanismen, vraag en aanbod en solidariteitsoverwegingen hebben andere effecten dan in reguliere markten. In het paper *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* (1963)¹, wat ook wel wordt gezien als de start van gezondheidseconomie als separaat vakgebied, schrijft Kenneth Arrow al "It is clear from everyday observation that the behavior of sellers of medical care is different from that of businessmen in general" (p.949). Het is rond dezelfde tijd dat psychologisch georiënteerde economen als Herbert Simon, ondanks de scepsis van neoklassieke economen als Milton



Friedman, de economische wetenschap fundamenteel proberen te verrijken met psychologische inzichten. Met wisselend succes ontardt deze beweging uiteindelijk in de opkomst van onder meer Kahneman en Tversky, die aan de basis staan van de hedendaagse gedragseconomie.

De andere overlap tussen de disciplines zit voor een belangrijk deel in de thema's die worden bestudeerd: risico-inschattingen en preventie, solidariteit, gezondheidswaardering, moral hazard, en het effect van financiële prikkels zijn slechts enkele voorbeelden. Het voert te ver om op deze plaats de rest van de relevante

inzichten toe te lichten, maar het is mooi te signaleren dat (min of meer) tegelijk ontstane economische subdisciplines elkaar steeds meer ontmoeten, waaronder in dit Bulletin.

WELK BELANG HEEFT GEDRAGSECONOMIE VOOR DE ONTWIKKELING EN UITVOERING VAN BELEID?

Eerst de ontwikkeling van beleid: daarbij kunnen gedragseconomische inzichten bestaande beleidstools versterken. Om zoveel mogelijk gezondheid uit een euro te krijgen (quote: Johan Polder) moeten financiële prikkels bijvoorbeeld zo slim mogelijk worden ingericht, omdat we weten dat het voor het effect uitmaakt hoe en wanneer een financiële prikkel wordt aangeboden en hoe zichtbaar die prikkel is. Zo weten we uit Nederlands onderzoek dat het eigen risico een sterker remmende werking heeft op zorguitgaven dan een no-claim korting van dezelfde omvang. We willen daarnaast ook geen verspilling in de zorg en daarom

moeten we kijken naar de keuzecontext van patiënten en artsen, omdat we weten dat sociale en fysieke context enorm van invloed kunnen zijn. Amerikaans onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat een merkloos medicijn als default aanvinken in het bestelsysteem miljoenen kan besparen, maar ook dat sociale vergelijkingen in onnodig voorschrijfgedrag tussen artsen het aantal onnodige antibioticakuren kan verminderen.

Op de site www.gedragseconomie.nl staan meer van zulke voorbeelden.

Bij de uitvoering van beleid kan rekening gehouden worden met hoe mensen daadwerkelijk tot een keuze komen en niet hoe ze zouden moeten kiezen volgens het rationele model. Mensen zijn bijvoorbeeld geneigd tot temporele bijziendheid; we overwaarden het heden. Als je dit inzicht accepteert als gangbaar menselijk gedrag, dan zou je kunnen proberen om je beleid meer direct belonend te maken, in plaats van in de toekomst. Als laatste zou ik ervoor willen pleiten om

gewenste en welzijnsverhogende keuzes voor verzekeraar, arts en patiënt zo makkelijk mogelijk te maken, maar vooral toegangsdrempels tot regelingen en interventies actief op te sporen. Ga er vanuit dat de aandacht en energie van mensen en organisaties verdeeld moet worden over tal van op korte termijn belangrijkere zaken dan jouw beleidsmaatregel en dat iedere extra (administratieve) drempel de kans vermindert dat deze het optimale effect bereikt.

Roel Freriks is als directeur verbonden aan Asc Academics en als onderzoeker werkzaam bij de RUG

1. Arrow K. Am Econ Rev 1963;53:941-73.

GEDRAGSECONOMIE EN ZIEKTEPREVENTIE: DIAGNOSE EN THERAPIE

Henriette Prast

Mensen zijn voorspelbaar irrationeel in hoe ze met informatie omgaan en tot keuzes komen¹. Deze gedragseconomische ‘diagnose’ heeft grote gevolgen voor de “therapie”- het leefstijlbeleid. Huidig beleid gaat uit van de keten informatie - bewustwording- intentie - gedrag, en wil dus informeren, bewustmaken en overreden.² Het zijn echter vooral gewoontegedrag en gebrek aan zelfcontrole in combinatie met een obesogene omgeving die ertoe leiden dat mensen zich minder gezond gedragen dan ze zelf willen. Het goede nieuws is dat juist de gevoeligheid van mensen voor de keuze-architectuur de mogelijkheid biedt ze te helpen keuzes te maken die aansluiten bij hun eigen doelen.

DIAGNOSE

De beleidsreceptuur van informatie over voedingswaarde, voorlichting over gezond eten, en het belang van bewegen heeft er niet toe geleid dat overgewicht

en obesitas zijn afgenomen². Tussen 2007 en 2018 is overgewicht onder Nederlandse mannen toegenomen van 44 naar ruim 50%, en onder vrouwen van 40 naar 47%, waarbij de groei vooral zit in obesitas. Deze cijfers zijn nog geflatteerd, want gebaseerd op zelfverklearde lengte en gewicht³. Vanuit wetenschappelijk oogpunt verbazen de schamele beleidsresultaten niet, want er is nauwelijks onderzoek dat een gunstig effect van informatie op leefstijl aantoonst^{4,5}. De meeste studies zijn van te lage kwaliteit om conclusies te kunnen trekken, bijvoorbeeld omdat ze niet gedrag, maar intenties meten^{6,7}. Weinig leefstijlinterventies in de EU zijn achteraf geëvalueerd, en meestal is alleen gekeken naar het effect op kennis en intentie, niet naar dat op gedrag. Waar dat laatste wel gebeurt is de conclusie dat er niet of nauwelijks gedragsverandering optreedt^{8,9}. Sommige studies laten een averechts effect zien van verplichte calorie-informatie op

gedrag¹⁰, of tonen aan dat er alleen een gunstig gedragseffect is bij mensen met een BMI lager dan 25¹¹. Gezondheidslogo's hebben een averechts effect omdat mensen “gezond” met “niet lekker” associëren^{12,13}. Vooral bij mensen met overgewicht leidt een “vers-en-duurzaam” label tot sterke onderschatting van het aantal calorieën¹⁴. Ook het gedragseffect van waarschuwingen over roken ontbeert een wetenschappelijke onderbouwing, en afschrikwekkende plaatjes kunnen, vooral bij jongeren, averechts werken. Voor de Verenigde Staten is gebleken dat vooral laagopgeleide rokers het ongezonde effect van roken sterk overschatten¹⁵⁻¹⁷. Het geven van informatie kan dus contra-productief zijn en de gezondheidskloof vergroten.

Rond veertig jaar geleden introduceerden Thaler en Shefrin¹⁸ een economisch model van zelfbeheersing met een ‘planner’ en een ‘doener’ tussen onze oren. De

planner wil korte- en langetermijndoelen verwezenlijken - in lijn met de theorie van nutsmaximalisatie over de levensloop - , de doener is een eendagsvlieg en maximaliseert alleen huidig nut. De planner wil de doener disciplineren, en is bereid daarvoor te betalen. De praktijk onderstreept dat. Nederlanders gaven tussen 2010 en 2017 63 miljoen euro uit aan dieetboeken¹⁹, “light” producten en kleine verpakkingen zijn duurder maar worden gekocht, en het grote aantal mensen dat een jaarabonnement op de sportschool neemt, maar vervolgens nauwelijks gaat, onderstreept zowel de intentie om meer te bewegen als het gebrek aan wilskracht om dat te doen^{9, 20,21}. De behavioral industrial organization literatuur²² laat zien hoe bedrijven via hun prijs- en contractstructuur doelbewust inspelen op de goede voornemens en de zelfoverschatting van de consument om omzet en marge te verhogen. De traditionele aanpak voor consumentenbescher-

ming -marktwerking, informatie-^b biedt hiervoor geen oplossing. Informatie kan de planner zelfs in de weg zitten. Mensen hebben een beperkte cognitieve capaciteit, het verwerken van informatie legt daar beslag op ²³, en maakt de planner 'te moe' om de doener in bedwang te houden ²⁴.

THERAPIE

De gedragseconomie onderscheidt sophisticates en naïevelingen. Sophisticates weten dat ze een gebrek aan zelfcontrole hebben en zoeken manieren om de doener beperkingen op te leggen, bijvoorbeeld door in te tekenen op zelfbindingsarrangementen. Van der Swaluw et al. ²⁵ creëren een kunstmatige deadline om mensen die meer willen bewegen te helpen. Deelnemers krijgen een lot, maar de winnaar van de loterij krijgt de prijs alleen als hij of zij in de periode tot de trekingsdag erin slaagt vaker naar de gym te gaan. Deze prikkel om bewegen niet uit

te stellen speelt in op spijtaversie²⁶. De "beweegloterij" is effectief, want deelnemers gaan vaker naar de sportschool dan de controlegroep.^c Bedrijven die hun werknemers willen helpen gezonde voornemens in gedrag om te zetten kunnen dit benutten, maar doen dat nog niet. Een financiële prikkel door overheid en/of zorgverzekeraar zou ze wellicht over de streep trekken. Naïevelingen willen net als sophisticates hun gedrag veranderen, maar overschatten zichzelf: ze denken dat ze er 'morgen' mee kunnen beginnen en geen zelfbindingsmechanisme nodig te hebben. Ze kunnen wel – net als sophisticates trouwens- profiteren van een keuze-architectuur die leidt richting de gezonde keus. Aantrekkelijke omschrijvingen van gezonde gerechten leiden ertoe dat mensen die vaker kiezen én achteraf als lekkerder beoordelen ^{13,27}. De praktijk is dat gezonde gerechten juist minder aantrekkelijk omschreven worden ²⁸. Zolang bedrijven meer verdie-

nen (omzet, marge) aan de verkoop van ongezond voedsel zullen ze niet vrijwillig overgaan tot het aantrekkelijker maken van gezonde producten. Een lagere BTW op gezond, en een hogere op ongezond voedsel kan wellicht helpen. Ook voor de overheid zijn er goedkope instrumenten die niet ingrijpen in de vrijheid van de burger. Beshears et al.²⁹ opperen de mogelijkheid van de introductie van een tabaks-chipknip die nodig is om sigaretten te kunnen kopen. Daarmee kunnen rokers zelf hun maandrantsoen bepalen. Alternatief is een tabaks-id die eens per jaar (bij voorkeur in december) kan worden aangevraagd, en na een jaar verloopt tenzij verlenging wordt aangevraagd. Alleen wie in het bezit is van deze pas kan sigaretten kopen. Rokers die willen stoppen laten hun kaart verlopen, van-harterokers kunnen zo veel roken als ze willen. Terwijl leefstijlbeleid nog geënt is op het achterhaalde gedragsmodel, zijn er al publieke organisaties die gedragsecono-

misch geïnspireerd beleid toepassen. Veel universiteiten en grote gemeenten in ons land hebben vegetarisch als standaard geïntroduceerd voor de maaltijden die ze aanbieden, en de VN deed daartoe recent een oproep aan universiteiten wereldwijd. ³⁰ Sophisticates en naïevelingen kunnen ook profiteren van dwang door organisaties. Deadlines zijn een goed voorbeeld: iedereen is gebaat bij dit "private paternalisme" ³¹ ter aanvulling op liberaal paternalisme ³².

CONCLUSIE

Huidige beleidsinterventies op het gebied van gezondheidsbevordering zijn nauwelijks gebaseerd op wetenschappelijk betrouwbaar onderzoek, en ook evaluaties achteraf laten geen overtuigend effect op gedrag. Er zijn zelfs aanwijzingen dat informatie, waarschuwingen, voedingslabels en gezondheidslogo's een averechts effect hebben bij mensen met een ongezonde leefstijl. Er zijn nauwelijks

GEDRAGSECONOMIE EN ZIEKTEPREVENTIE: DIAGNOSE EN THERAPIE

interventies die werk maken van gedragseconomische inzichten, hoewel die effectief zijn, niet veel hoeven te kosten, en de vrijheid niet beperken. Een overheid die niets doet aan een ongezonde keuze-architectuur accepteert manipulatie van de consument. Dat besef is nodig om te begrijpen dat gedragseconomisch geïnspireerde interventies juist niet betuttelen.

Henriette Prast is hoogleraar persoonlijke financiële planning aan de Universiteit van Tilburg

- a. Dat geldt ook voor financieel gedrag³³. Hoewel er geen bewijs is voor het effect van financiële educatie zijn er plannen om dit in het lesprogramma op scholen op te nemen: <https://www.nibud.nl/beroepsmatig/financiele-educatie-moet-in-school-curriculum/>
- b. De Autoriteit Consument en Markt heeft dit als mandaat, <https://www.acm.nl/nl/organisatie/missie-visie-strategie/onze-missie>

- c. Veldexperimenten naar hetzelfde mechanisme om het stoppen met roken te vergemakkelijken zijn momenteel in voorbereiding.

Referenties

1. Dellavigna S. J Econ Lit 2009; 47:315–72
2. <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht>
3. Gorber et al. Obesity Rev 2007; 8: 307-26
4. Grunert KG, Wills JM. J Publ Health 2007; 15: 385–99
5. Riet J van 't. Publ Health Nutr 2012;16:418–29
6. Harnack I, French SA. Int J Behav Nutr Phys Act 2008; 5: 414–26
7. Swartz JJ et al. Int J Behav Nutr Phys Act 2011; 8: 2–8
8. Pérez-Cueto FJA et al. Publ Health Nutr 2011; 15, 159–64
9. Prast H. ESB 2013; 98: 230-3
10. Downs JS et al. Am Econ Rev 2009;99:159–164
11. Wisdom J et al. Am Econ J Appl Econ 2010; 2: 164-78
12. Raghunathan R et al. J Marketing 2006; 70: 170-84
13. Turnwald BP, Crum AJ. Prev Med 2019; 119: 7-13
14. Chernev A, Gal D. J Marketing Res 2010; 47: 738-47
15. Peters GJY et al. Health Psych Rev 2012; 1: 1–24
16. Viscusi WK, Hakes JK. Econ Inquiry 2008; 46: 45-59
17. Khwaja A et al. J Health Econ 2009; 2: 385–97
18. Thaler RH, Shefrin HM. J Political Econ 1981; 89: 392-406.
19. Swaluw, K van der. Commitment lotteries: Overcoming procrastination of lifestyle Improvement with regret aversion. Tilburg University 2018.
20. Dellavigna S, Malmendier U. Quarterly J Econ 2004;19: 353–402
21. DellaVigna S, Malmendier U. Am Econ Rev 2006; 96: 694–719
22. Gabaix, X, Laibson D. Quarterly J Econ 2008;121: 505-40
23. Simon H. In Martin Greenberger (red) Computers, Communications, and the Public Interest. Johns Hopkin Press 1971; 37-52
24. Baumeister RF. Self and Identity 2020;1:129–36
25. Swaluw K et al. Ann Behav Med 2018;XX: 1-10
26. Zeelenberg M, Pieters R. Org Behav Human Decis Proces 2004;93:155–68.
27. Turnwald BP et al. JAMA Internal Med 2017;177:1216-18
28. Turnwald BP et al. Health Psych 2017; 36:1034–37
29. Beshears J et al. Swed Econ Pol Rev 2005;12: 41–60
30. <https://www.unenvironment.org/news-and-stories/press-release/unep-launches-green-nudges-programme-universities>
31. Laibson D. Am Econ Rev Papers Proc 2018;108: 1-21
32. Thaler R, Sunstein C. Am Econ Rev 2003;93:175–9
33. Prast H. Netspar Brief 2017:10

GEDRAGSECONOMIE EN FINANCIËLE PRIKKELS BIJ DE BEKOSTIGING VAN ZORGAANBIEDERS

Arthur Hayen, Koen van der Swaluw en Jeroen Struijs

Ook tijdens 'de tweede golf' blijft de zorgsector voor grote uitdagingen staan. Zo zijn er patiënten voor wie de uitgestelde behandeling moet worden ingehaald en zijn er ziekenhuizen die reguliere zorg opnieuw afschalen. De huidige zorgcapaciteit is op plaatsen lastig uit te breiden, zo laat bijvoorbeeld de discussie over het opschalen van IC-bedden ons zien. Het is daarmee van groot belang om de huidige zorgcapaciteit optimaal te benutten. Naast preventie – het voorkomen van zorg – liggen er kansen in het anders organiseren van zorg – het verplaatsen van zorg-, bijvoorbeeld door de zorg dichterbij huis te laten plaatsvinden of zelfs digitaal - het vervangen van zorg-.

Een andere organisatie van zorg vereist een bekostigingsmodel dat preventie, substitutie en digitalisering van zorg stimuleert maar niet ten koste gaat van de kwaliteit van zorg en de gezondheidsuitkomsten. En hier zit op dit moment

een knelpunt. 'De zorg is teveel een verdienmodel geworden', schreef de Nederlandse Zorgautoriteit eind juni 2020¹, waarmee zij bedoelde dat het huidige bekostigingsmodel vooral productie belooft; zorgaanbieders worden veelal betaald per verrichting. Wanneer zij initiatieven ondernemen die leiden tot minder of goedkopere verrichtingen, zoals bij digitalisering van zorg, dragen zij hier zelf de financiële gevolgen van. Een ander bekostigingsmodel kan dat mogelijk voorkomen, en daarmee bijdragen aan een meer blijvend karakter van alle initiatieven die op dit vlak worden ondernomen.

Onderzoek naar de vormgeving van alternatieve vormen van bekostiging is al jaren in volle gang. Nederland is zelfs een van de koplopers voor wat betreft het experimenteren van *bundled payment* – een vorm van integrale bekostiging waarbij er niet voor een enkele



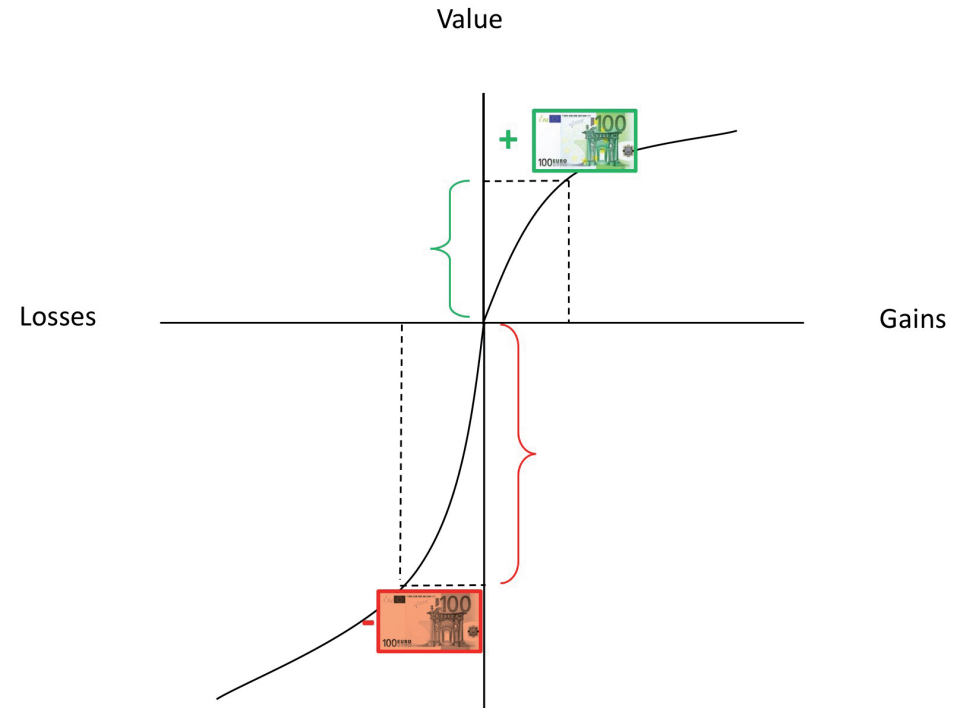
GEDRAGSECONOMIE EN FINANCIËLE PRIKKELS BIJ DE BEKOSTIGING VAN ZORGAANBIEDERS

verrichting apart, maar in één keer voor een compleet zorgtraject wordt betaald, inclusief mogelijke nazorg, revalidatie en complicaties. Vanuit het integrale bekostigingsmodel gaat een stimulans om de zorgcapaciteit doelmatig in te zetten: de eventueel gerealiseerde besparingen mogen de zorgaanbieders zelf (gedeeltelijk) houden. Daarmee wordt doelmatigheid beloond, in plaats van bestraft. Bovendien kan een eigen investering in verbeterde doelmatigheid worden terugverdiend.

Naast het uitdenken van het bekostigingsmodel is ook het inbedden hiervan in het huidige declaratiesysteem een experiment op zich. Vaak is de wet- en regelgeving hier nog niet op bedacht. We zien twee uiterste vormen: een aparte prestatiecode voor een compleet zorgtraject, die vooraf door een zorgaanbieder wordt gedeclareerd – de ‘directe manier’; en een continuering van de reguliere losse-verrichtingen-systematiek, met een verrekening achteraf – de ‘indirecte manier’. Voorbeelden van de

directe manier zijn de multidisciplinaire zorgprogramma’s voor patiënten met diabetes, COPD, astma of een risico op hart- en vaatziekten. De indirecte vorm vindt men voornamelijk in de ziekenhuiszorg. Globaal declareren artsen hier op de gebruikelijke wijze, en wordt er aan het eind van het traject verrekend met het bedrag zoals overeengekomen in het integrale bekostigingsbedrag.

Financieel gezien zit er geen verschil in beide vormen – de betaling in beide gevallen is even hoog. Rationeel bezien zouden de behandelkeuzes van de betrokken artsen dan ook hetzelfde moeten zijn. Interessant is nu juist dat we vanuit de gedragseconomie weten, dat mensen deels irrationeel op financiële prikkels reageren. Eén van de meest prominente theorieën in de gedragseconomie is de Prospect Theory². Deze stelt dat mensen sterker op een verlies reageren dan op een misgelopen winst. En daar onderscheiden beide vormen van de integrale bekostiging zich mogelijk:



Figuur 1. Bron: Kahneman D, Tversky A. *Econometrica* 1979;47:263-91.

wanneer een arts vooraf het integrale tarief krijgt voor een zorgtraject, zullen de kosten die voortvloeien uit een onnodige extra verrichting waarschijnlijk voelen

als een verlies. Wanneer de verrekening pas achteraf plaats vindt, zullen dezelfde onnodige zorgkosten mogelijk voelen als een misgelopen winst.

Hieronder gaan we dieper in op de Prospect Theory en staven we onze hypothesen ten aanzien van de bundelbetaling met eerder uitgevoerde experimenten.

PROSPECT THEORY: HET VERSCHIL TUSSEN WINST EN VERLIES

De Prospect Theory beschrijft hoe mensen kiezen uit alternatieve scenario's, met ieder hun eigen realisatie of set aan mogelijke realisaties. De theorie stelt dat het niet zozeer de verwachte eindopbrengst is waartegen een scenario wordt aangehouden, maar de gevolgen ten opzichte van een referentiepunt. Dit is eenvoudig te illustreren aan de hand van twee voorbeelden. Patiënt X ondergaat een behandeling van €1000 en biedt zijn arts twee opties aan: 'óf ik betaal de behandeling, óf we gooien een muntje op, waarbij 'kop' betekent dat ik niets betaal, en bij 'munt' betaal ik het dubbele'. Hoewel de verwachte eindopbrengst onder beide scenario's gelijk is (+€1000), voorspelt Prospect Theory dat de arts voor optie 1 kiest en de gok niet aan gaat. In voorbeeld 2 is

het de arts die patiënt X twee opties aan biedt: 'of je betaalt €1000, óf ik gooi een muntje op waarbij 'kop' betekent dat je de behandeling gratis krijgt, maar bij 'munt' betaal je het dubbele'. Ook hier is de verwachte eindopbrengst van beide opties voor de patiënt gelijk (-€1000), maar hier verwacht de theorie dat de patiënt de gok wel aan gaat.

Samengevat stelt de theorie dat wanneer we geconfronteerd worden met verliezen ten opzichte van een referentiepunt – zoals bijvoorbeeld onze huidige financiële situatie – we geneigd zijn om meer risico te nemen om dit verlies te voorkomen, dan dat we willen nemen om een winst te vergroten. We doen dit, omdat we een verlies zwaarder wegen dan een verloren winst. Bij het ontwerpen van financiële prikkels kan men dit inzicht gebruiken, dat zich vertaalt in een andere framing van de prikkel.

Een interessante studie in dit opzicht is die van Fryer et al.³ waarin docenten een

bonus konden verdienen wanneer hun studenten goed presteerden. De ene groep docenten kreeg het maximumbedrag aan het begin van het studiejaar uitbetaald, en moesten dit bedrag terugbetalen voor zover de prestaties van hun studenten onder de maximumscore lagen. De andere groep kreeg de bonus aan het eind van het jaar, direct verrekend met de prestaties van hun studenten. Hoewel ook hier het eindbedrag dus hetzelfde is bij gelijke prestaties, zit het verschil ook hier in de framing. Het terug moeten betalen van een bedrag dat eerder ontvangen is, voelt als een verlies, terwijl een lagere bonus aan het eind van het jaar voelt als een verloren winst. Fryer en collega's vinden dat de eerste groep docenten aanzienlijk beter presteert dan de docenten in de tweede groep.

Hoewel er in meer sectoren bewijs te vinden is voor de Prospect Theory, worden dit soort experimenten nog nauwelijks voor de zorgsector gedaan. Een uitzondering hierop zijn twee recente

onderzoeken van Nederlandse bodem. Remmerswaal et al.⁴ en Hayen⁵ onderzoeken het verschil in keuzegedrag bij verzekerden onder een eigen risico en een no-claim. Beide prikkels zijn ook hier financieel gelijk: een no-claim teruggave wordt immers bekostigd uit een hogere maandelijkse premie. De prikkels verschillen echter in de manier van framing. Ook hier is de parallel te maken met verliezen en verloren winsten. Een eigen risico betaalt een verzekerde direct uit eigen zak, dat daarmee voelt als een verlies ten opzichte van zijn huidige financiële situatie (zijn referentiepunt). Onder een no-claim betaalt een verzekerde een hogere maandelijkse premie, en vindt aan het eind van het jaar pas een verrekening plaats met de kosten van de genoten zorg. De hogere maandelijkse premies zijn dan al betaald en vormen het nieuwe referentiepunt van een verzekerde. Ten opzichte van dit referentiepunt kan een verzekerde alleen maar geld terugkrijgen of niet. Het mislopen van een no-claim, door zorg te gebruiken, voelt daarmee als

GEDRAGSECONOMIE EN FINANCIËLE PRIKKELS BIJ DE BEKOSTIGING VAN ZORGAANBIEDERS

een misgelopen winst ten opzichte van het referentiepunt. Beide studies rapporteren een groot verschil in werking tussen beide vormen: het remeffect van een eigen risico is twee keer zo sterk als een no-claim van gelijke grootte. Deze bevindingen zijn in lijn met Prospect Theory.

UITVOERING INTEGRALE BEKOSTIGING: WEL DEGELIJK BELANGRIJK?

De Prospect Theory is ook toe te passen op integrale bekostiging. Wanneer deze op de directe manier bekostigd wordt – middels een prospectief bedrag – komen verrichtingen ten laste van dit budget, en zal een (extra) verrichting als een verlies worden ervaren. Wordt de integrale bekostiging op een indirecte manier bekostigd, dan vormen, naar verwachting, slechts de opbrengsten van de losse verrichtingen het referentiepunt waartegen een verrekening zal worden geëvalueerd. De neutraal scorende aanbieder zal de verrekening evalueren als een misgelopen winst, de ondoelmatige aanbieder als

een klein verlies.

Net als in bovenstaande empirische voorbeelden is te verwachten dat de verschillen in framing artsen aanzetten tot ander gedrag en daarmee andere resultaten. In het werk van Daniel Kahneman en Amos Tversky krijgt deze reactie ook meer kleur: we krijgen sneller een alles-of-niets-gevoel wanneer we met 'verlies' als framing geconfronteerd worden en nemen meer risico's op de werkvloer. Het is interessant om te bestuderen wat dit dan concreet betekent in de behandelkamer.

Aangezien zorgverzekeraars en –aanbieders in sommige gevallen genoodzaakt zijn om de bundel op de indirecte wijze te bekostigen, is dit ook meteen de belangrijkste boodschap aan het veld: sta niet alleen alternatieve bekostiging toe – om te prikkelen tot de reorganisatie van zorg – maar besteed net zoveel aandacht aan framing. Ruimte voor zorgverzekeraars en –aanbieders om te experimenteren met alternatieve bekostiging waarbij ook de directe prospectieve bekostiging

tot de mogelijkheden behoort lijkt van belang. Het introduceren van 'bundel'-prestatiecodes in de ziekenhuiszorg via de invoering van de zogeheten facultatieve prestatiecode, zou deze experimenteerterruimte kunnen faciliteren.

Dit stuk is gebaseerd op een eerder schrijven van dezelfde auteurs: Struijs JN, Hayen HP, van der Swaluw K. When designing bundled payments, don't ignore the lessons of behavioral economics. www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20180420.640240/full/

Arthur Hayen is Senior Intelligence Analyst bij Menzis en Senior Lecturer bij het LUMC. Koen van der Swaluw werkt als gedragswetenschapper bij het RIVM. Jeroen Struijs is als associate professor werkzaam bij het LUMC en als senior onderzoeker bij het RIVM.

1. <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/06/22/toezichthouder-nza-de-zorg-is-te-veel-een-verdienmodel-geworden-a4003707>

2. Kahneman D, Tversky A. *Econometrica* 1979;47:263-91.
3. Fryer Jr et al. National Bureau of Economic Research 2012; Working Paper 18237.
4. Remmerswaal M et al. *J Publ Econ* 2019; 170: 83-97.
5. Hayen A. Shared savings and patient cost sharing in the Dutch health care system. Ipskamp 2018.

GEDRAGSECONOMIE EN ECONOMISCHE EVALUATIE

Stefan Lipman

Veel gezondheidseconomen in Nederland bezigen zich met de methodologie van en/of het uitvoeren van economische evaluaties voor gezondheidstechnologie. Een goed voorbeeld hiervan is het vorige themanummer 'Health Economics in the Lowlands: Roots and Trends' in het VGE bulletin, waar meer dan de helft van de bijdragen expliciet ging over de kosten(effectiviteit) van zorg en geneesmiddelen. Maar wat is de waarde van inzichten uit de gedragseconomie voor economische evaluaties?

Er lijkt op het eerste oog weinig overlap te zijn tussen de 'doelstelling' van gedrags-economisch onderzoek en economische evaluaties. Gedragseconomisch onderzoek ontstond, kort door de bocht, omdat de economische theorie over besliskunde, die ten grondslag ligt aan veel micro- en macro-economisch onderzoek, op een aantal fundamentele aspecten te kort schoot. Er bleek dat mensen en organisaties zich slecht lieten omschrijven door theorie die aanneemt dat zij rationeel maximaliseren (dat wil zeggen in termen van nut of welzijn) gegeven bestaande begrenzingsen. Economische evaluatie voor gezondheidstechnologie heeft, daarentegen, (grotendeels) als doel om informatie te verschaffen over wat binnen de grenzen van het gezondheidsbudget de meest (kosten-)effectieve manier is om middelen in te zetten. De twee onderzoeksvelden overlappen echter op één belangrijk aspect: ze zijn allebei gestoeld op (het meten van) voorkeuren.

Informatie over voorkeuren is één van de belangrijkste componenten van economische evaluatie. Voorkeursinformatie ligt namelijk (grotendeels) ten grondslag aan het meten en vergelijken van gezondheidsuitkomsten in economische evaluaties. Gezien gezondheidsuitkomsten worden verkregen uit empirisch onderzoek waarin mensen keuzes maken, verken ik in dit stuk welke inzichten uit gedragseconomisch onderzoek kunnen helpen die keuzes beter te begrijpen

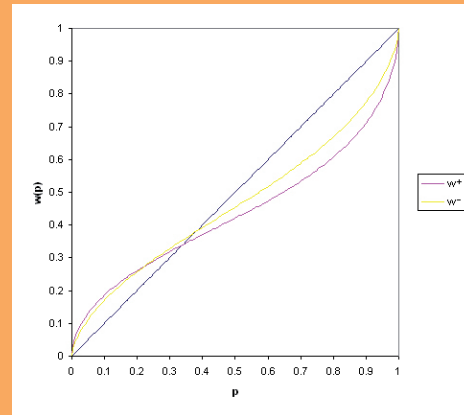
PROSPECT THEORIE: KANSWEGING EN VERLIESAFKEER

Één van de grootste succesverhalen uit de gedragseconomie is de ontwikkeling van prospect theorie door Kahneman en Tversky¹. In hun onderzoek lieten zij zien dat menselijke beslissingen zich niet als rationeel laten beschrijven. In plaats daarvan presenteerden zij een alternatieve theorie gestaafd met psychologische inzichten, waarvan kansweging en verliesafkeer de belangrijkste zijn. Kansweging is gerelateerd aan

GEDRAGSECONOMIE EN ECONOMISCHE EVALUATIE

risico en onzekerheid en omschrijft het psychologische inzicht dat mensen sommige kansen meer gewicht toekennen in hun beslissingen dan op basis van de wetten van kansrekening logisch zou zijn. Zo kunnen kleine veranderingen in kans een grote invloed hebben. Als, bijvoorbeeld, uw kans om vandaag te overlijden met 1% vergroot wordt, dan is die 1% een stuk betekenisvoller als uw kans hiervoor 0% (naar 1%) was of 99% (naar 100%) ten opzichte van een kans van 32% (naar 33%). Voor veel mensen geldt daarnaast dat zij kleine kansen overschatten en grote kansen onderschatten.

Verliesafkeer beschrijft het psychologisch inzicht dat iets verliezen meer weegt dan hetzelfde winnen (figuur 1). Bijvoorbeeld, stelt u zich voor dat u een biljet van 50 euro vindt op straat. Goed nieuws natuurlijk, het is fijn om plotseling 50 euro rijker te zijn. Maar stelt u zich nu eens uw humeur voor dat u zelf een biljet van 50 euro zou verliezen. Voor veel mensen weegt het verloren biljet veel zwaarder



Figuur 1. Wegingsfunctie voor winst (w+) en verlies (w-). Bron: Tversky A, Fox CR. Psych Rev 1995;102:269-83

op hun humeur dan het gevonden biljet. Een belangrijk inzicht uit prospect theorie dat aan verliesafkeer ten grondslag ligt is het belang van een referentiepunt, want dit bepaalt wat we zien als verliezen en winsten. Meestal wordt de huidige situatie als het referentiepunt genomen, bijvoorbeeld ons huidige inkomen of de huidige gezondheid. Als we dus iets moeten opgeven ten opzichte van het referentie-

punt, weegt hetgeen opgegeven zwaarder door verliesafkeer.

PROSPECT THEORIE EN GEZONDHEIDSUITKOMSTEN

Ondanks de interesse en focus op bredere uitkomstmaten, blijven op dit moment quality-adjusted life-years (QALYs) één van de belangrijkste uitkomstmaten in economische evaluaties van gezondheidstechnologie. Wellicht ten overvloede, maar QALYs worden geschat door de duur van een gezondheidswinst te vermenigvuldigen met een gewicht dat de gewonnen kwaliteit van leven beschrijft. Dientengevolge is economische evaluatie afhankelijk van gezondheidswaardering, d.w.z. het uitdrukken van de waarde van gezondheidstoestanden in gewichten (of 'utilities') die het berekenen van QALYs faciliteren. Het waarderen van gezondheidstoestanden gebeurt bijna uitsluitend met methodes waar men verschillende hypothetische gezondheidstoestanden beschreven krijgt en daarover keuzes maakt. Bijvoorbeeld, stelt u zich

voor dat u vanaf vandaag nog 10 jaar in een rolstoel zou leven en een keuze moet maken over uw gezondheid. De verschillende methodes die gebruikt worden om het gewicht van leven in een rolstoel te schatten stellen daar een alternatief tegenover.

In de zogenaamde standard gamble (SG) methode kiest men tussen leven in een rolstoel en is het alternatief een risicovolle behandeling, die ofwel tot 10 jaar leven zonder gezondheidsproblemen leidt of tot direct overlijden. Vaak wil men maar een kleine kans op overlijden riskeren om niet in een rolstoel te leven, maar voor ernstigere toestanden zijn grotere kansen op overlijden te overwegen. In de berekening van het gewicht van de gezondheidstoestand wordt perfecte kansrekening verondersteld. Het is echter evident dat kansweging in dit type keuzes een belangrijke rol kan spelen, als bijvoorbeeld een kleine kans op direct overlijden veel zwaarder weegt in beslissingen. Kansweging zorgt er voor dat gewichten

geschat met standard gamble vaak te hoog zijn². Dit zou problematisch kunnen zijn voor economische evaluaties, gezien dit de geschatte gezondheidswinst beïnvloedt.

Een andere vaak gebruikte methode is de time trade-off (TTO) waar het alternatief dat wordt vergeleken met 10 jaar in een rolstoel leven een korter leven is in volledige gezondheid. Er wordt dus gevraagd hoeveel jaar in de rolstoel men bereid is op te geven voor een leven in perfecte gezondheid. In deze methode zou verliesafkeer een belangrijke invloed kunnen hebben: als men verliesafkerig is dan worden de jaren in de rolstoel immers met tegenzin opgegeven. In het berekenen van de gewichten met TTO wordt normaliter geen rekening gehouden met de mate waarin de opgegeven jaren zwaarder wegen dan de gewonnen kwaliteit van leven, en dit kan tot vertekening in de uitkomsten van TTO kan leiden².

GEDRAGSECONOMIE IN DE PRAKTIJK: EEN CORRECTIEVE AANPAK VOOR GEZONDHEIDSWAARDERING

De berekening van QALYs in de praktijk gebeurt vaak op basis van gewichten ontleend aan instrumenten waarmee veel gezondheidstoestanden kunnen worden omschreven, zoals EQ-5D³. Gewichten worden geschat met zogenaamde waardesets⁴, die gebaseerd zijn op voorkeursinformatie verkregen in een representatieve steekproef. Als waardesets gebaseerd zijn op SG of TTO kunnen vertekeningen ten gevolge van kansweging en verliesafkeer dus economische evaluatie in de praktijk beïnvloeden⁵. In mijn promotieonderzoek hebben we mogelijke oplossingen voor dit probleem verkend, waarbij gedragseconomische inzichten centraal stonden. Zo lieten we zien dat SG en TTO inderdaad tot vertekeningen leiden, althans volgens de respondenten die de methodes doorliepen⁶, maar kwamen we er achter dat collectieve besluitvorming in TTO en SG deze vertekeningen niet verhielp⁷.



Is er een manier om vertekening in SG en TTO te verhelpen? In mijn proefschrift ontwikkelden we hiervoor een 'correctieve aanpak', waar we vertekening in gewichten voor QALYs op individueel niveau corrigeerden⁸. Zoals eerder beschreven wordt normaliter in toepassingen van SG en TTO geen rekening gehouden met inzichten zoals kansweging en verliesafkeer, er wordt dus verondersteld dat eenieder redeneert volgens kansrekening en winsten en verliezen gelijk beschouwt. In de correctieve aanpak brachten wij voor alle deelnemers de mate van kansweging en verliesafkeer

GEDRAGSECONOMIE EN ECONOMISCHE EVALUATIE

in kaart en daarnaast waardeerden zij enkele gezondheidstoestanden. Vervolgens namen we in de schatting van gewichten (voor het berekenen van QALYs) deze gedragseconomische inzichten mee. Gezien we vertekening probeerden weg te nemen, noemden we dit proces 'correctie'. Waar de uitkomsten van SG en TTO zonder gedragseconomische inzichten meegenomen (i.e. geschat zoals gebruikelijk) sterk van elkaar verschilden, was er tussen de 'gecorrigeerde gewichten' van beide methodes geen verschil meer te zien. Dit resultaat interpreterden wij, ondanks meerdere nog openstaande vragen, als bemoedigend, omdat de verschillen tussen SG en TTO vaak aan o.a. kansweging en verliesafkeer worden verweten. Met een correctieve aanpak zou dus de mogelijke invloed van vertekeningen op economische evaluatie kunnen worden voorkomen.

CONCLUSIE

Ik hoop dat mijn bijdrage een stukje inzicht heeft gegeven in de waarde van gedragseconomie voor economische evaluatie. De kern van mijn bijdrage betrof dat het beter begrijpen van beslissingen van belang kan zijn in voorkeursmeting in de context van gezondheidswaardering. Ondanks dat uit pragmatisch oogpunt het te begrijpen is dat in het berekenen van gewichten voor QALYs impliciet aangenomen wordt dat voorkeuren rationeel zijn, is het niet de enige optie! Er zijn alternatieven beschikbaar, zoals bijvoorbeeld de 'correctieve aanpak'. Gezien het belang van voorkeursinformatie in economische evaluaties denk ik dat het nodig is dat we deze informatie met de best beschikbare methoden en theorie proberen te begrijpen. Meer toepassing van gedragseconomische inzichten in economische evaluaties lijkt een stap voorwaarts. Ik nodig lezers van VGE van harte uit daar een bijdrage aan te leveren.

Stefan A. Lipman is Assistant Professor aan de Erasmus School of Health Policy & Management. Hij verdedigde zijn proefschrift op 15 oktober 2020.

Referenties

1. Kahneman D, Tversky A. *Econometrica* 1979; 263-91.
2. Bleichrodt H. *Health Econ* 2002;11: 447-56
3. Zorginstituut Nederland. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg. Diemen 2015: Zorginstituut Nederland
4. Versteegh MM et al. *Value Health* 2016;19:343-52.
5. Lipman S et al. *Value in Health* 2019;22: 816-21.
6. Lipman S et al. *Health Economics* 2020; doi: 10.1002/hec.4131.
7. Attema AE et al. *Eur J Health Econ* 2020:1-9.
8. Lipman S et al. *Health Economics* 2019; 28:843-54.

HET NEDERLANDSE CORONABELEID ALS SOCIAAL DILEMMA

Merel van Hulsen, Kirsten Rohde en Job van Exel

In maart 2020 werd Nederland geconfronteerd met een snelle stijging van het aantal COVID-19 besmettingen en waren er zorgen over de toenemende druk op de gezondheidszorg. Nu, september 2020, loopt het aantal besmettingen weer op en lijkt de vraag niet of maar eerder wanneer er een tweede piek van ziekenhuisopnames komt. De Nederlandse regering heeft sinds het begin van de pandemie sterk ingezet op de eigen verantwoordelijkheid van burgers bij het indammen van het coronavirus, door hen te vragen een aantal gedragsregels na te leven. Vergeleken met de maatregelen in andere landen is dit beleid tamelijk uniek en relatief vrijblijvend. Dit roept nationaal en internationaal de vraag op of dit beleid voldoende effect heeft op het gedrag van burgers. Met andere woorden, door wie worden dergelijke aanbevolen gedragsregels nageleefd? Daar gaan we in dit stuk op in.

Toen het coronavirus afgelopen maart ook Nederland in zijn greep kreeg, nam de druk op de gezondheidszorg snel toe, werd veel reguliere zorg verdrongen door de voorkeursbehandeling van mensen met COVID-19, en moest de capaciteit aan intensive care-bedden snel worden uitgebreid om een tekort te voorkomen. Daarnaast nam de Nederlandse overheid maatregelen om de verspreiding van het virus in te dammen. In plaats van een strikte lockdown zoals in de meeste andere landen, waarbij iedereen verplicht thuis moet blijven, koos de regering voor wat zij een 'intelligente lockdown' noemden. Thuisblijven werd met klem geadviseerd, maar was niet verplicht. Buiten moest anderhalve meter afstand gehouden worden, maar dit werd niet heel streng gehandhaafd. Het naleven van de gedragsregels werd dus aan het oordeel en de verantwoordelijkheid van burgers overgelaten.

Het naleven van de gedragsregels kan voor individuele mensen aanzienlijke financiële en sociale consequenties hebben. Daartegenover staat dat het risico op ernstige ziekteverschijnselen als gevolg van besmetting voor veel mensen gering is, maar voor ouderen en mensen met een kwetsbare gezondheid kunnen de ziekteverschijnselen zeer ernstig uitpakken. Bij het vertragen van de verspreiding van het virus stond de Nederlandse bevolking dus voor een zogenaamd sociaal dilemma, waarin ze een afweging moeten maken tussen het eigen belang en het collectieve belang, namelijk het beschermen van de gezondheid van anderen. Bovendien was het voor de effectiviteit van dit beleid belangrijk dat een groot deel van de bevolking zich hierbij coöperatief zou opstellen. De noodzaak hiertoe werd ook sterk benadrukt door de regering, met berichtgeving zoals "samen komen we deze moeilijke periode te bo-

ven" en "alleen samen krijgen we corona onder controle".

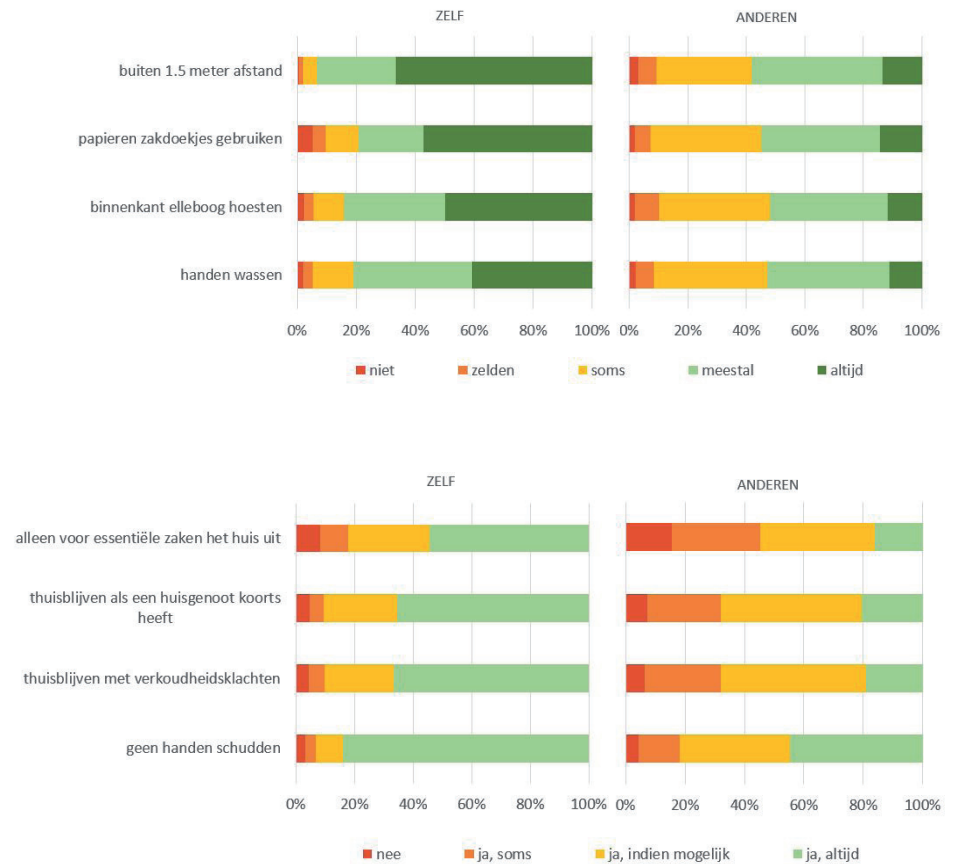
Volgens de zogenaamde broad independence theory, is de kans dat een collectief doel bereikt wordt het grootst als mensen bij hun acties de sociale en lange-termijn gevolgen van hun acties in overweging nemen¹. Uit de literatuur blijkt dat mensen die pro-sociaal gedrag vertonen de collectieve gevolgen van hun gedrag belangrijker vinden, terwijl mensen die egoïstisch gedrag vertonen meer belang hechten aan hun eigen, korte-termijn gewin²⁻⁵. Daarnaast blijkt dat mensen die de consequenties van hun gedrag op de toekomst belangrijker vinden, meer preventieve acties ondernemen ten behoeve van hun gezondheid^{6,7,8}. De vraag is of ook in de context van de huidige pandemie, mensen die meer belang hechten aan de consequenties van hun gedrag voor anderen en voor de toekomst, deze

HET NEDERLANDSE CORONABELEID ALS SOCIAAL DILEMMA

gedragsregels beter naleven. Om dit te onderzoeken, hebben we tussen 27 en 30 maart 2020 duizend volwassen Nederlanders, representatief voor de bevolking in termen van leeftijd, geslacht en opleiding, gevraagd online een vragenlijst in te vullen. In deze vragenlijst werd onder andere gevraagd in welke mate zij en andere Nederlanders acht door de overheid geadviseerde gedragsregels naleven: 1) handen regelmatig gedurende minimaal 20 seconden met zeep wassen, 2) in binnenkant van elleboog hoesten en niezen, 3) papieren zakdoekjes gebruiken, 4) anderhalve meter afstand houden van anderen indien buiten, 5) geen handen schudden, 6) thuisblijven bij verkoudheidsklachten, 7) thuisblijven als een huisgenoot koorts heeft, 8) alleen het huis verlaten voor essentiële zaken (zoals boodschappen, apotheek). Daarnaast bevatte de vragenlijst diverse psychologische schalen, waaronder twee schalen die, respectievelijk, de mate waarin mensen de consequenties van hun acties voor anderen (Consideration

of others scale⁹) en voor de toekomst (Consideration of future consequences scale^{10,11}) meten.

Figuur 1 laat zien dat de meeste mensen aangeven de gedragsregels goed na te leven. Dit is conform ander onderzoek in Nederland in dezelfde periode^{12,13}. Bijna iedereen is bijvoorbeeld gestopt met het schudden van handen (88.8%) en de meeste mensen houden voldoende afstand van anderen (66.5% houdt altijd afstand en 26.7% meestal). De meeste mensen zijn echter wel positiever over hun eigen gedrag dan over het gedrag van andere mensen in Nederland. Uit regressieanalyses blijkt dat zowel sociale als tijdspreferenties positief gerelateerd waren aan het naleven van de gedragsregels. Mensen die de consequenties van hun acties voor anderen of voor de lange termijn belangrijker vinden, gaven aan de gedragsregels beter na te leven. Het effect van sociale preferenties was daarbij sterker dan het effect van tijdspreferenties¹⁴.



Figuur 1. Naleven gedragsregels

Daarnaast bleken nog een aantal andere variabelen belangrijk in deze analyse. Ten eerste, mensen die denken dat zij een hoger risico lopen om besmet te raken en ziek te worden of te overlijden vanwege besmetting met COVID-19 gaven aan de gedragsregels beter na te leven. Dit gold ook, en zelfs in sterkere mate, voor mensen die deze risico's hoger inschatte voor andere mensen. Ten tweede, mensen die denken dat andere Nederlanders de gedragsregels beter naleven, doen dit zelf ook. Ten derde, mensen die de reactie van de overheid op de uitbraak van het coronavirus in Nederland onvoldoende vonden leefden de gedragsregels het best na, gevolgd door mensen die de reactie passend vonden, terwijl mensen die de reactie van de overheid overdreven vonden de gedragsregels het slechts naleefden. Daarnaast gaven vrouwen en oudere mensen vaker aan de gedragsregels goed na te leven.

De vragenlijst bevatte ook open vragen naar de beleving van de situatie. Uit deze

kwalitatieve data komt vooral het sociale aspect sterk naar voren. Als het moeilijkste aan de situatie in maart noemde een groot deel van de respondenten het thuisblijven en het verminderde sociale contact. Als positieve aspecten van de situatie kwamen de impact op het milieu van minder reizen en een sterker gevoel van saamhorigheid naar voren. Daarnaast noemden veel mensen dat ze meer tijd over hadden en daardoor tot rust konden komen, en meer tijd voor het gezin en hobby's hadden.

Het beleid van de Nederlandse overheid doet een sterk beroep op het verantwoordelijkheidsgevoel van de bevolking. Wij vonden dat eind maart een aanzienlijk deel van de bevolking de geadviseerde gedragsregels vrijwillig naleefde, en dat dit in hogere mate gold voor mensen die de consequenties van hun gedrag voor anderen en voor de toekomst belangrijk vinden. Met andere woorden, het naleven van de gedragsregels doen mensen uit preventief oogpunt, met name ten

behoefte van anderen. Hiermee lijkt het gedrag van de Nederlandse bevolking tijdens deze coronacrisis dus in lijn met eerder onderzoek naar sociale dilemma's. Een beroep doen op saamhorigheid en het beschermen van de gezondheid van kwetsbare anderen, zoals de Nederlandse regering herhaaldelijk doet in de context van haar 'intelligente lockdown' beleid, lijkt dus een effectieve strategie om het collectieve doel -indammen van het coronavirus- te bereiken.

Merel van Hulsen is promovendus en Kirsten Rohde en Job van Exel zijn beide hoogleraar aan de Erasmus School of Economics van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dank aan Erasmus Trustfonds en Erasmus Research Institute of Management voor het financieren van de dataverzameling.

Referenties

1. Kelley HH, Thibaut JW. (1978). *Interpersonal relations: A theory of interdependence*. John Wiley & Sons, 1978.

2. Balliet D et al. *Group Process Intergr Relat* 2009; 12: 533-47.
3. Charness G, Rabin M. *QJE* 2002; 117: 817-69.
4. Englmaier F, Gebhardt G. *J Econ Behav Organ* 2016; 128: 85-96.
5. Gueye M et al. *J Econ Behav Organ* 2020; 173: 26-54.
6. Crockett RA *Psychology and Health* 2009; 24: 333-50.
7. Dorr N et al. *AIDS Educ Prev* 1999; 11: 14-27.
8. Orbell S et al. *Health Psychology* 2004; 23: 388-96.
9. Weinberger DA, Schwartz GE. *J Pers* 1990; 58: 381-417.
10. Joireman J et al. *Pers Soc Psych Bull* 2012; 38: 1272-87.
11. Strathman A et al. *J Pers Soc Psych* 1994; 66: 742.
12. Kuiper ME et al. SSRN 3598215.
13. Folmer et al. SSRN 3624959.
14. van Hulsen et al. Tinbergen Institute Discussion Paper No. 20200047.

NUDGES VOOR HET BEVORDEREN VAN GEZOND GEDRAG

Denise de Ridder en Lars Tummers

GEZOND GEDRAG IS LASTIG

Nederlanders zijn steeds vaker te zwaar. In 1990 had ongeveer één op de drie volwassenen overgewicht. In 2019 was dit gestegen tot 50 procent. Veel mensen willen graag iets aan hun overgewicht doen, en proberen bijvoorbeeld minder suiker en vet te eten. Ook de overheid wil graag dat mensen gezonder eetgedrag vertonen. En daar blijft het niet bij. In het Preventie Akkoord uit 2018¹ staat expliciet geformuleerd dat mensen ook meer zouden moeten bewegen, minder alcohol drinken, en niet roken.

Een van de manieren waarop de overheid het probleem van een ongezonde leefstijl kan aanpakken is het introduceren van zogeheten 'nudges'. Nudges zijn een beleidsinstrument om gewenste keuzes te bevorderen zonder opties te verbieden of de kosten die ermee gemoeid aanzienlijk te veranderen². In termen van instru-

menten die de overheid kan inzetten om het gedrag van burgers te sturen, nemen nudges een middenpositie in tussen enerzijds het opleggen van keuzes met geboden en verboden (bijvoorbeeld geen alcohol voor minderjarigen) of financiële prikkels (bijvoorbeeld de sugar tax in het Verenigd Koninkrijk) en anderzijds het vrij laten van keuzes waarbij mensen geacht worden zelf verantwoordelijkheid te dragen voor verstandige beslissingen.

Nudges zijn een alternatief voor gezondheidseducatie waarbij mensen worden aangespoord om zich gezonder te gedragen maar waarbij er geen rekening mee wordt gehouden dat de goede wil het vaak aflegt tegen ingesleten gedragspatronen. Nudges worden, anders dan voorlichtingscampagnes, aangeboden op het moment van keuze en helpen zo de gewenste keuze gemakkelijker te maken. Een typisch voorbeeld van een nudge is gezonde producten meer in het

zicht te leggen, bijvoorbeeld in een kiosk op het station^{3, 4} of in de supermarkt⁵. Dit verbiedt niets en brengt geen hogere kosten met zich mee, maar kan er wel voor zorgen dat mensen meer gezonde producten kopen.

De afgelopen jaren zijn er vele honderden publicaties verschenen over nudges die onmogelijk zijn samen te vatten in een kort overzichtsartikel. Een meer uitputtend overzicht is te vinden in De Ridder en Tummers⁶. Hier beperken we ons tot twee typische voorbeelden van nudges en een korte bespreking van wanneer nudges effectief, legitiem en implementeerbaar zijn⁷.

SOCIALE NORMEN: DE MEESTE MENSEN ROKEN NIET

De stelling 'de meeste mensen roken niet' is een sociale norm. Mensen vinden het erg belangrijk wat andere mensen denken en doen en houden daarmee rekening in

hun eigen gedrag. Maar soms is onduidelijk wat de meeste mensen doen. Je kan bijvoorbeeld wel zien dat een aantal collega's op de stoep staat te roken, maar denkt er niet over na over hoeveel mensen er eigenlijk in het gebouw werken, en dat de rokers een minderheid vormen.

Het expliciteren van de sociale norm kan dan helpen om je perceptie – en je gedrag – te veranderen. Zo laat een Amerikaanse studie onder 12-17 jarigen zien dat het benadrukken van het feit dat "de meeste mensen niet roken" ervoor zorgde dat jongeren minder vaak begonnen met roken⁸. Er zijn verschillende soorten sociale normen. Een beschrijvende sociale norm zegt iets over wat de meeste mensen doen, terwijl een voorschrijvende sociale norm iets zeg over wat anderen vinden dat je zou moeten doen⁹. "De meeste mensen roken niet" is een voorbeeld van een beschrijvende norm, terwijl "negen van de tien mensen vinden dat je

minder suiker moet eten” een voorbeeld is van een voorschrijvende sociale norm. Voorschrijvende normen werken beter als de beschrijvende norm laag is. Hetzelfde geldt voor zogeheten dynamische sociale normen waarmee wordt aangegeven dat een bepaald gedrag toe- of afneemt, zoals bijvoorbeeld: “steeds meer mensen vinden dat traktaties op school en op het werk gezond moeten zijn”.

DE STANDAARD: VEGETARISCHE LUNCH OP HET WERK

Naast sociale norm nudges zijn er vele andere soorten. Een van de bekendste is het wijzigen van de standaard of ‘default’. De standaard is de optie die je krijgt als je geen expliciete keuze maakt. Als je bij de Universiteit Utrecht een lunch bestelt, is die standaard vegetarisch. Je kunt dat wijzigen als je graag vlees wilt, maar veel mensen doen dit niet.

Een standaard vega-optie maakt dat mensen minder vlees eten. Zo laat een recente studie zien dat maar liefst 87%

de vegetarische optie koos als dit de standaard was, terwijl maar 6% voor vega opteerde als dat niet zo was¹⁰. Sommige mensen denken dat defaults goed werken omdat mensen ‘cognitief lui’ zijn maar het lijkt erop dat ze effectief zijn omdat mensen defaults zien als een impliciete aanbeveling¹¹, waardoor het bijna als een sociale norm werkt.

Het aanpassen van de standaard werkt in de meeste gevallen heel goed¹². Er zijn echter een paar gevallen waar het niet helpt in het bevorderen van gezond gedrag. Het introduceren van een opt-out systeem voor een preventieve colonoscopie, een screening op de aanwezigheid van darmkanker, bleek slechter te werken dan een opt-in systeem waarbij mensen zichzelf moeten aanmelden¹³. De onderzoekers wijten dit aan de belastende procedure die angst kan opwekken en waardoor mensen minder geneigd zouden zijn om het opt-out systeem te accepteren.



Meer in het algemeen zijn nudges behoorlijk effectief, maar niet altijd. Soms werken ze niet of werken ze zelfs averechts. De effectiviteit van nudges is onder meer gerelateerd aan transparantie over de bedoeling van de nudge en de voorkeuren die mensen hebben¹⁴⁻¹⁶. Anders dan vaak gedacht wordt hangt het effect van nudges niet samen met langzaam of snel denken¹⁷: ook als mensen in staat zijn om goed te reflecteren op hun keuzes, hebben nudges effect^{14,18}. Om

de effectiviteit van nudges goed in kaart te brengen, is het belangrijk om veldexperimenten te doen waarbij niet alleen gekeken wordt of de nudge werkt in vergelijking met een controlegroep maar waarbij ook de context goed in kaart wordt gebracht. Wat in de ene situatie werkt bij een bepaalde groep mensen of een specifiek gedrag, werkt soms niet in een andere situatie bij andere mensen als het om een ander soort gedrag gaat.

NUDGES VOOR HET BEVORDEREN VAN GEZOND GEDRAG

VOORUITZICHTEN

Nudges zijn een veelbelovend beleidsinstrument om keuzes over gezond gedrag op een 'zachte' manier te sturen. In beleidskringen zijn nudges populair omdat ze doorgaan voor effectief, goedkoop en gemakkelijk te implementeren¹⁹. Toch is er ook discussie, met name als het gaat om mogelijke slinkse beïnvloeding waar mensen geen weet van hebben^{20,21}.

Uit recent onderzoek blijkt echter dat de ethische bezwaren over manipulatie meevallen. Zo denken sommige ethici zelfs dat nudges kunnen bijdragen aan autonomie omdat mensen met een beetje hulp van een nudge beter in staat zijn te kiezen overeenkomstig hun voorkeuren^{7, 15, 22}. Aan de andere kant zijn nudges juist veel minder gemakkelijk te implementeren dan vaak wordt verondersteld omdat de principes van gedragsverandering niet goed passen binnen de cyclus van beleidsvorming⁷. Nudges zijn dan ook geen panacee voor het bevorderen van de gezonde keuze. Naast nudging is soms

ook strengere regelgeving nodig om bijvoorbeeld de 'obesogene' samenleving aan te pakken zodat goedkoop gezond eten minder makkelijk te verkrijgen is. Maar soms ook moeten mensen zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun gezonde keuzes. Nudges kunnen in dat geval helpen om die verantwoordelijkheid te dragen.

Denise de Ridder hoogleraar psychologie aan de Universiteit Utrecht. Lars Tummers is hoogleraar bestuurs- en organisatiewetenschap aan de Universiteit Utrecht.

Referenties

1. Nationaal Preventieakkoord <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>
2. Thaler RH, Sunstein, CS. Nudge. Improving decisions about health, wealth, and happiness. Penguin Books 2008.
3. Kroese FM et al. J Public Health 2015; 38: 133-7.

4. Van Gestel et al. Psych & Health 2018; 33: 800-9.
5. Salmon SJ. Food Quality and Preference 2015; 45: 113-120.
6. De Ridder DTD, Tummers LG. Nudging: Makkelijke oplossing voor moeilijke keuzes. Amsterdam: Prometheus 2019.
7. De Ridder DTD et al. Behavioral Public Policy 2020, 1-19.
8. Linkenbach JW, Perkins, HW. In H.W. Perkins (Ed.). The social norms approach to preventing school and college age substance abuse: A handbook for educators, counselors, and clinicians, (p. 224-234). Jossey-Bass/Wiley 2003.
9. Schultz PW et al. Psychological Science 2007; 18: 429-434.
10. Hansen PG et al. J Publ Health 2019; fdz154.
11. McKenzie CR et al. Psych Sci 2006; 17: 414-20.
12. Jachimowicz JM et al. Behav Publ Policy 2019; 3: 159-86.
13. Narula T et al. Health Psych 2013; 33: 1426-29.
14. De Ridder DTD et al. Nudgeability: Mapping conditions of susceptibility to nudge influence. Persp Psychl Sci. [in press]
15. Venema AG et al. Food Qual Pref 2019; 78: 103744.
16. Wachner J et al. Compreh Res Soc Psych 2020. doi: 10.1080/23743603.2020.1808782.
17. Kahneman D. Thinking, fast and slow. Farrar, Straus & Giroux 2011.
18. Van Gestel L et al. Compreh Res Soc Psych 2020. doi: 10.1080/23743603.2020.1808456
19. Benartzi S et al. Psych Sci 2017; 28: 1041-55.
20. Bovens L. In T. Grüne-Yanoff & S.O. Hansson (Eds.), Preference change: Approaches from philosophy, economics and psychology, (pp. 207-219). Springer 2009.
21. Tummers LG. Publ Admin Rev 2019; 79: 925-30.
22. Vugts A et al. Behav Publ Pol 2018; 2: 1-16.

DE VELE DIMENSIES VAN GEZONDHEID

Donderdag 10 september 2020 vond het online NVTAG/VGE Symposium “De vele dimensies van gezondheid” plaats. Onderwerp was verder kijken dan je uitkomstmaat (lees: de QALY) lang is. Een belangrijk onderwerp, want hoewel de QALY in veel situaties voldoende houvast biedt, wringt deze algemene uitkomstmaat in andere situaties. Symposiumvoorzitter Maureen Rutten (EUR) opende de bijeenkomst, waarna de bestuursvoorzitters van de VGE (Richard van Kleef) en de NVTAG (Judith Bosmans) de deelnemers verwelkomden. Fijn om weer bij elkaar te zijn.

Jan van Busschbach (Advies Commissie Pakket; EUR) trapte, op persoonlijke titel, inhoudelijk af met een verhaal over het door de ACP (een adviescommissie van het Zorginstituut) meewegen van argumenten aanvullend op de incrementele kosten per gewonnen QALY. Daarbij bestaat een onderscheid tussen argumenten die te maken hebben met de kostprijs van het interventie en argumenten die gaan over de waarde van de interventie voor patiënt en maatschappij. Er zijn verschillende pogingen gedaan om aanvullende argumenten structureel mee te laten wegen, maar doordat argumenten met elkaar kunnen interacteren, doordat omstandigheden veranderen en doordat de argumenten vaak alleen worden ingezet bij het pleiten voor een hogere prijs, is het lastig gebleken om deze argumenten modelmatig te laten meewegen. Als bij de rechtvaardiging voor de inzet van verschillende argumenten niet kan worden terugverwezen naar een uitgewerkt model, hecht de ACP waarde aan het beschrijven van de afweging, een zogenaamde Multi Decider Argumentive Analysis.

Maureen Rutten (EUR) vervolgde met een toelichting namens het SELFIE consortium over hun onderzoek naar de voorkeuren van patiënten en andere belanghebbenden als het gaat om uitkomsten van integrale zorg voor mensen met multimorbiditeit. Daarbij vergeleken ze deze voorkeuren tussen verschillende Europese landen, en binnen landen tussen de verschillende soorten belanghebbenden (patiënten, mantelzorgers, zorgprofessionals, financiers en beleidsmakers), zie figuur 1. Vanuit de onderzoeksresultaten concludeerde Maureen onder meer dat patiënten en zorgprofessionals het vaakst van mening verschilden over het belang dat ze hechten aan bepaalde uitkomsten. Professionals kenden een veel groter gewicht toe aan ‘persoonsgerichtheid’ dan patiënten, terwijl patiënten een veel groter gewicht gaven aan ‘lichamelijk functioneren’ dan professionals.

Results: Relative DCE preferences of patients across countries

	NL	NO	UK	DE	AT	ES	HR	HU
Enjoyment of life	1	1	1	1	1	2	1	2
Continuity of care	5	5	6	2	4	7	2	1
Psychological well-being	2	3	2	5	5	1	4	7
Physical functioning	3	2	3	3	3	3	7	5
Resilience	4	6	4	4	2	5	3	4
Social relationships & partici	6	4	5	6	6	4	6	6
Person-centeredness	7	7	7	8	8	6	5	3
Total costs	8	8	8	7	7	8	8	8

Rutten-van Mülken et al., BMJ Open 2020 (in press)



Figuur 1. "Op grote lijnen komen die voorkeuren overeen tussen landen."

De derde presentatie werd gegeven door Leona Hakkaart – van Roijen (EUR). Ze richtte zich op het meten van de gehele kwaliteit van leven bij personen met psychische problematiek. Want ook in de GGZ wordt nationaal en internationaal erkend dat hoewel symptoomreductie een wenselijke uitkomst is van de behandeling, het tevens van belang is te evalueren hoe het herstel zich vertaalt naar het dagelijks leven van cliënten en hun persoonlijke beleving daarvan. Ondanks de veelheid aan beschikbare kwaliteit van leven vragenlijsten, suggereert recent onderzoek dat de beschikbare instrumenten ongeschikt zijn voor gebruik in de GGZ. Leona liet de zoektocht naar een passend kwaliteit van leven instrument zien en de ontwikkeling en validatie van een nieuw instrument dat geschikt zal zijn voor gebruik in economische evaluaties bij

personen met psychische problemen: de Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL). (figuur 2)



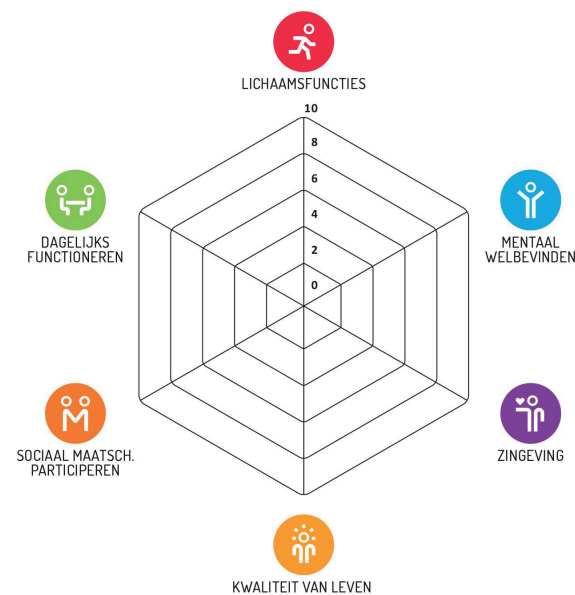
Figuur 2. "Er is al veel werk verzet."

Na een korte pauze vervolgde Judith Bosmans (VU) het symposium met een toelichting op het onderzoek naar wat kwaliteit van leven is voor ouderen, het ASCOT-NL project. De ASCOT is een instrument dat kwaliteit van leven vanuit een breder perspectief beoogt te meten dan gezondheid. Gezondheid is zelfs geen domein in de ASCOT. In het project is literatuurstudie gedaan om domeinen van kwaliteit van leven te identificeren die belangrijk zijn voor ouderen. Ook zijn interviews afgenomen bij thuiswonende Nederlandse ouderen om na te gaan welke domeinen van kwaliteit van

leven voor hen belangrijk zijn en hoe verschillende vormen van zorg bijdragen aan hun kwaliteit van leven. Op basis van deze resultaten zijn een aantal aanvullende domeinen voor de ASCOT geformuleerd. Tenslotte is een preferentiestudie uitgevoerd onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking, om uiteindelijk te komen tot de Nederlandse ASCOT: de ASCOT-NL.

Marja van Vliet (LUMC/instituut voor Positieve Gezondheid) sloot hierop aan met een presentatie over Positieve Gezondheid als brede kijk. Bij deze kijk staan veerkracht en gezondheid centraal in plaats van ziekte en gebrek. Gezondheid omvat daarbij zes aspecten, namelijk de lichamelijke, mentale, spiritueel/existentiële en de sociale dimensie, kwaliteit van leven, en algemeen dagelijks levensvaardigheden (figuur 3). Verschillende belanghebbenden kijken verschillend aan tegen het belang van elke aspect, zo geven patiënten de spirituele dimensie een hogere score dan dat beleidsmakers dat doen. Naast aan het reeds beschikbare hulpmiddel om met patiënten te praten over hun brede gezondheid, wordt gewerkt aan een manier om gezondheidseffecten te kunnen gaan evalueren vanuit deze brede gezondheidsopvatting.

Gedurende het symposium kwamen verschillende vragen vanuit de virtuele zaal (bestaande uit zo'n 68 verschillende woon-, slaap en studeerkamers) aan de orde. Om te eindigen in een discussie waarin het belang van verder kijken dan je uitkomstmaat lang is, niet werd betwist, maar waarin wel de vraag werd gesteld of het een publieke verantwoordelijkheid is om kwaliteit van leven op alle dimensies te bevorderen. Is dat kopje koffie iets dat we samen willen betalen, wanneer dit ten koste gaat van andere zorg of van een andere publieke uitgave? Vanwege omstandigheden ontbrak de afsluitende borrel, waardoor deze vraag voorlopig nog open staat.



Figuur 3. "Voor het bevorderen van 'veerkrachtig en betekenisvol leven'."

Alle presentatoren, deelnemers en facilitators van het RIVM, nogmaals bedankt namens de symposiumorganisatie,

Elske van den Akker – van Marle, Anita Suijkerbuijk en Joost Enzing (verslag).

AANKONDIGING CONTRIBUTIEVERHOOGING

Het zal u niet zijn ontgaan dat de VGE in de afgelopen jaren flink aan de weg heeft getimmerd. Zo zijn diverse bijeenkomsten georganiseerd waaronder het congres over de historie en toekomst van de gezondheidseconomie in de lage landen (maart 2020) waaraan liefst 150 mensen hebben deelgenomen. Andere voorbeelden zijn de discussiemiddag over risicoverevening (2019) in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland, het congres over ouderenzorg (2018) met o.a. professor David Grabowski, het congres over recht op zorg (2017) in samenwerking met de Vereniging voor Gezondheidsrecht, de masterclass met professor Joseph Newhouse (2016). Dergelijke bijeenkomsten bieden een uitstekende mogelijkheid om te netwerken én vormen een belangrijk platform om bruggen te slaan tussen wetenschap, beleid en praktijk.

Tijdens de Coronacrisis blijft de VGE activiteiten organiseren. Waar dat niet offline kan, wordt uitgeweken naar online. Een geslaagd voorbeeld is het recente symposium over 'de vele dimensies van gezondheid' (september 2020) in sa-

menwerking met de NVTAG. Door zowel deelnemers als sprekers werd deze online bijeenkomst gewaardeerd als 'uitstekend' en 'voor herhaling vatbaar'.

Een zichtbare vernieuwing op ander terrein is ons halfjaarlijkse bulletin: dit heeft een nieuw jasje én een nieuw format gekregen. Sinds 2017 wordt per nummer een specifiek thema aan de orde gesteld waarop experts vanuit gezondheidseconomisch perspectief hun licht laten schijnen. Thema's tot nu waren 'Big data', 'Politiek & gezondheidseconomie', 'Dure geneesmiddelen', 'Mededinging in de zorg', 'Zorg voor hoog-risicogroepen' en 'Geestelijke gezondheidszorg'.

Op het gebied van interne en externe communicatie zijn mooie stappen gezet. Leden ontvangen regelmatig een 'VGE-update' (per email) waarin we relevante nieuwsberichten delen en interessante activiteiten onder de aandacht brengen. In 2019 is de website compleet vernieuwd en lanceerden we de 'VGE-leden App'. Via de app blijven leden op de hoogte van nieuws en kunnen zij zich gemakkelijk aanmelden voor activiteiten. Leden kun-

nen binnen de app een profiel aanmaken waardoor het makkelijker wordt met andere leden in contact te komen. Bovenstaande activiteiten en vernieuwingen leveren een belangrijke bijdrage aan de missie van de VGE: 'Het verbinden van mensen met een interesse in gezondheidseconomie en het bieden van een platform om het gedachtengoed van de gezondheidseconomie te versterken en te verspreiden.'

Met de vernieuwingen zijn de jaarlijkse kosten van de VGE iets opgelopen, waardoor wij genoodzaakt zijn de contributie (die sinds 2002 op 35 euro per jaar staat) te verhogen. Per 2021 wordt de contributie vastgesteld op 40 euro per jaar bij automatische incasso en 45 euro per jaar bij handmatige overschrijving. Met deze prijsdifferentiatie hoopt de penningmeester meer leden over de streep te trekken om over te gaan op automatisch incasso. Handmatige overschrijving brengt aanzienlijk meer werk met zich mee. Als economen steken we die tijd en energie uiteraard liever in andere zaken. Automatische incasso kan overigens op elk moment makkelijk worden stopgezet.

Wij hopen op uw begrip voor de contributieverhoging en bedanken u voor het vertrouwen dat u in ons stelt. Gegeven de grote economische vraagstukken op het terrein van gezondheid en zorg, zijn wij ervan overtuigd dat de VGE ook de komende decennia in een belangrijke behoefte zal voorzien!

NIEUWE BESTUURSLEDEN GEZOCHT!

De VGE is op zoek naar versterking van het bestuur. Lijkt het jou leuk om mee te denken over de toekomst van de VGE? Stuur dan een korte motivatiebrief naar secretariaat@gezondheidseconomie.com! Specifieke terreinen waar we extra handen kunnen gebruiken zijn de redactie van het VGE-bulletin, de financiële- en ledenadministratie, en de interne en externe communicatie via website, app en sociale media. Heb jij affiniteit met deze onderwerpen en kun je een paar uurtjes per maand vrijmaken? Laat het ons weten!

SPONSOREN



Erasmus School of
Health Policy
& Management



Radboud Universiteit



Radboudumc

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



UNIVERSITEIT TWENTE.



COLOFON

REDACTIE

Koen van der Swaluw (gastredacteur)
Elske van den Akker-van Marle
Erik Koffijberg
Redactieadres: bulletin@gezondheidseconomie.org

Ontwerp en vormgeving: Yfke Vreugdenhil, Y-werk

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 APP

Naast het bulletin heeft de VGE een app voor leden. Deze app maakt het mogelijk voor leden om een profiel aan te maken en informatie te delen met andere leden. Daarnaast wordt de app door de VGE-redactie ingezet om nieuwsberichten en aankondigingen direct naar leden door te zetten. Ten slotte maakt de app het makkelijker om je aan te melden voor activiteiten. Meld je aan voor de app via 'app@gezondheidseconomie.org'.

