



# INHOUD

Het najaarsnummer van 2023 heeft als thema 'Overstapeseizoen zorgverzekeringen'. Wilt u een bijdrage leveren aan dit nummer, neem dan voor 1 juli 2023 contact met ons op via [bulletin@gezondheidseconomie.org](mailto:bulletin@gezondheidseconomie.org) om uw idee te bespreken. De uiteindelijke kopijdatum voor de bijdragen is 15 september 2023.

- 3** ZORGMIJDING VANWEGE FINANCIËLE REDENEN **Marloes Meijer, Anne Brabers en Judith de Jong**
- 6** PROBLEMATISCHE SCHULDEN GAAN SAMEN MET HOGERE GGZ-UITGAVEN **Anne-Fleur Roos en Maaïke Diepstraten**
- 9** DE ZORGTOESLAG: EEN WAARBORG VOOR BETAALBAARHEID MET VEEL TEKORTKOMINGEN **Erik Schut**
- 12** DE WANBETALERSREGELING HELPT OM DIENSTVERLENING DICHTER BIJ DE BURGER TE BRENGEN **Rémi Langenberg en Piet de Bekker**
- 15** NIEUW BESTUURLID GEZOCHT
- 16** HOE COÖPERATIE VGZ HELPT BIJ BETAALPROBLEMEN **Dagmara Schellekens, Hilde Mussche, Arjan Knegt, Marianne van Thiel en Sabine Goddijn**
- 20** INTERVIEW MET AFTREDEND VGE-VOORZITTER RICHARD VAN KLEEF
- 22** ALTERNATIEVE BEKOSTIGING VAN ZORG: EEN REACTIE **Guus van Montfort**
- 24** SAMENVATTING PROEFSCHRIFT EVALUEREN EN VERBETEREN VAN DE RISICOVEREVENING MET INFORMATIE UIT EEN GEZONDHEIDSENQUÊTE **Anja Withagen-Koster**
- 25** SAMENVATTING PROEFSCHRIFT INTERNET-BASED TREATMENT FOR EATING DISORDERS: BRIDGING THE TREATMENT GAP **Pieter Rohrbach**
- 26** SUMMARY OF THESIS HEALTH ECONOMIC MODELLING IN THE FIELD OF OBESITAS **Bjoern Schwander**

## VOORWOORD

Dat de toegankelijkheid, kwaliteit en de betaalbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel onder druk staat, is bekend. Maar hoe staat het met de individuele betaalbaarheid van zorg? Dat belichten we in dit bulletin vanuit diverse invalshoeken: in hoeverre mijden mensen zorg vanwege financiële redenen? Of neemt het zorggebruik dan juist toe? Wat doet de overheid om individuele betaalbaarheid te waarborgen, en is er ook een rol weggelegd voor de zorgverzekeraar? U leest het in dit nummer!

Dit bulletin bevat ook een interview met de scheidend voorzitter van de VGE, Richard van Kleef, en in verband daarmee ook een vacature voor een nieuwe voorzitter. Kent of bent u een geschikte nieuwe voorzitter voor de VGE, laat het ons weten! Maar ook op andere plekken in het bestuur en/of de redactie is er nog plek!

# ZORGMIJDING VANWEGE FINANCIËLE REDENEN

Marloes Meijer, Anne Brabers en Judith de Jong

In Nederland is iedereen van 18 jaar en ouder verplicht om een basisverzekering af te sluiten bij een zorgverzekeraar naar keuze. Voor de basisverzekering moet premie worden betaald. Daarnaast betalen verzekerden het eerste deel van de kosten zelf wanneer zij gebruik maken van zorg die in het basispakket zit. Dit is het eigen risico. Het verplicht eigen risico is 385 euro. Het is daarnaast mogelijk om een vrijwillig eigen risico af te sluiten van maximaal 500 euro. Dit komt bovenop het verplicht eigen risico. Voor een aantal vormen van zorg, zoals zorg door de huisarts, geldt geen eigen risico<sup>1</sup>. Met het eigen risico probeert de overheid verzekerden meer bewust te maken van de kosten van hun zorggebruik. De verwachting is dat dit leidt tot lagere zorgkosten<sup>1</sup>. Het kan er echter ook voor zorgen dat mensen afzien van noodzakelijke zorg, omdat ze het eigen risico niet kunnen betalen. Door de gestegen kosten voor levensonderhoud als gevolg van de inflatie en energiecrisis bestaan zorgen dat meer mensen zorg zullen mijden. Dit kan gezondheidsschade voor de patiënt en hogere zorgkosten op een later moment tot gevolg hebben<sup>2</sup>. Daarom is in november 2022 door middel van een vragenlijst onder 1.500 leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg<sup>3</sup> onderzocht of mensen hebben afgezien van zorg en in hoeverre kosten hierbij een rol speelden (44% respons, N=660).

## EÉN OP DE TIEN MENSEN HEEFT IN 2022 AFGEZIEN VAN MEDISCHE ZORG VANWEGE EIGEN RISICO

Het (vrijwillig) eigen risico was voor ongeveer één op de tien mensen (9%) een reden waarom zij in 2022 minder gebruik hebben gemaakt van medische zorg. Van de 48 mensen die minder gebruik maakten van zorg vanwege het eigen risico, gaven 20 mensen aan dat ze minder vaak naar de huisarts zijn gegaan (Tabel 1). Dit is opvallend, omdat er voor huisartsenzorg geen eigen risico betaald hoeft te worden. Mogelijk waren deze mensen hier niet van op de hoogte of waren ze bang voor de kosten van eventuele vervolgzorg, waarvoor het eigen risico wel geldt. Een ongeveer even grote

groep gaf aan minder vaak naar de fysiotherapeut te zijn geweest of het gebruik van zorg te hebben uitgesteld (in beide gevallen 19 van de 48). Daarnaast zijn vijftien mensen minder vaak naar het ziekenhuis of de tandarts geweest.

**Tabel 1 Aantal antwoorden op de vraag 'Op welke manier heeft u in 2022 minder gebruik gemaakt van medische zorg?\*' (N=48\*\*)**

	N
Ik ben minder vaak naar de huisarts geweest	20
Ik ben minder vaak naar de fysiotherapeut geweest	19
Ik heb gebruik van zorg uitgesteld	19
Ik ben minder vaak naar het ziekenhuis (medisch specialist) geweest	15
Ik ben minder vaak naar de tandarts geweest	15
Ik heb de (huis)arts gevraagd minder vaak medicijnen voor te schrijven	6
Ik heb de (huis)arts gevraagd goedkopere medicijnen voor te schrijven	1
Anders	7

\* Deze vraag is alleen gesteld aan mensen die hebben aangegeven dat ze in 2022 minder gebruik hebben gemaakt van medische zorg vanwege het eigen risico.

\*\* Meerdere antwoorden mogelijk.

Uit cijfers van Independer blijkt dat in 2023 meer mensen hebben gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Mogelijk hebben zij dit gedaan omdat de premie voor de basisverzekering is gestegen en een vrijwillig eigen risico gepaard gaat met een premiekorting<sup>4</sup>. Dit betekent echter ook dat zij een groter deel van de kosten zelf moeten betalen wanneer ze gebruik maken van zorg. Zo'n twee derde van de mensen die zeiden hun eigen risico te willen verhogen, gaven aan dat ze het geld dat ze besparen door de

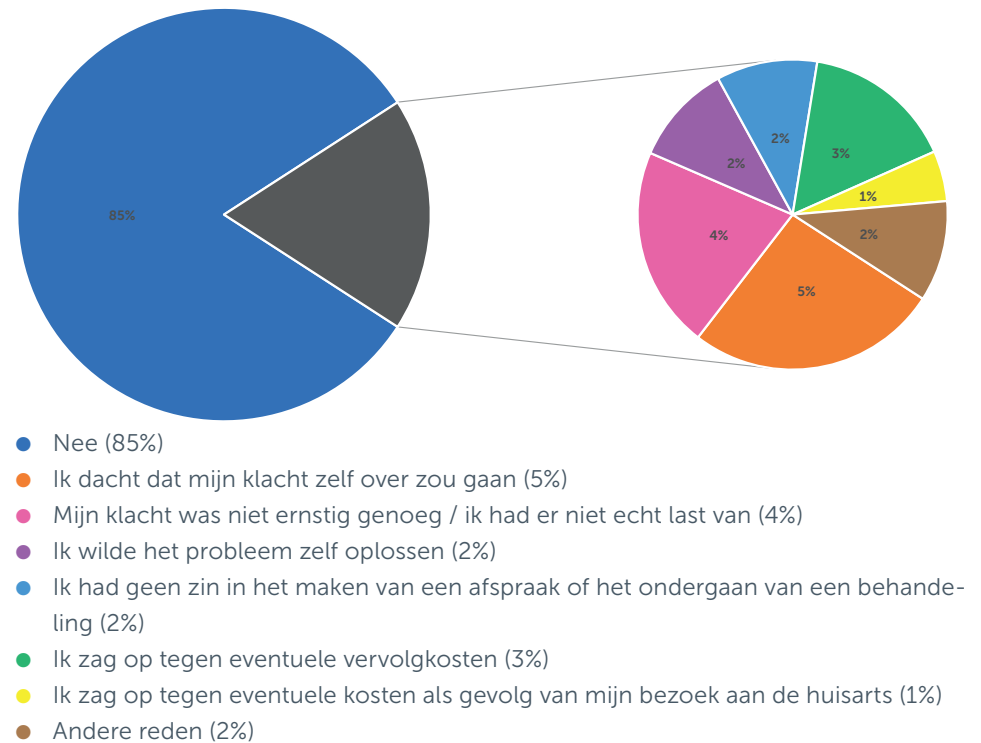
# ZORGMIJDING VANWEGE FINANCIËLE REDENEN

lagere premie niet opzij zetten voor het betalen van hun eventuele hogere zorgkosten<sup>4</sup>. Hierdoor bestaat het risico dat zij hun zorgkosten niet kunnen betalen wanneer ze zorg nodig hebben. Mogelijk zullen er dit jaar daardoor meer mensen afzien van medische zorg vanwege het (vrijwillig) eigen risico.

## AFZIEEN VAN HUISARTSENZORG VANWEGE KOSTEN LIJKT NEGATIEVE GEVOLGEN VOOR GEZONDHEID TE HEBBEN

Naast het afzien van medische zorg in het algemeen vanwege het eigen risico hebben we specifiek gekeken naar het afzien van huisartsenzorg. Eén op de zeven mensen (15%) heeft in de zes maanden voorafgaand aan ons onderzoek overwogen om naar de huisarts te gaan, maar is niet gegaan (Figuur 1). Een deel van hen heeft de huisarts niet bezocht omdat ze verwachtten dat hun klachten vanzelf over zouden gaan (5% van de totale groep respondenten), ze hun klacht niet ernstig genoeg vonden / er niet echt last van hadden (4%) of omdat ze het probleem zelf wilden oplossen (2%). In deze gevallen lijkt het niet bezoeken van de huisarts niet zorgwekkend. Anderen hebben echter afgezien van een huisartsbezoek omdat ze opzagen tegen eventuele kosten als gevolg van het bezoek (1%) of tegen eventuele vervolgcosten (3%). Deze percentages zijn vergelijkbaar met eerder Nivel onderzoek uit 2015, waaruit bleek dat 3% afzag van een bezoek vanwege de (eventuele) (vervolg)kosten<sup>2</sup>. De groep die om financiële redenen zorg van de huisarts heeft gemedend, lijkt dus niet te zijn toegenomen. Ook uit ander onderzoek van het Nivel blijkt dat het percentage mensen dat afziet van zorg vanwege de kosten de laatste jaren stabiel is<sup>5</sup>. Toch is het mijden van zorg vanwege de kosten zorgwekkend. Doordat hier niet de aard van de klacht maar financiële overwegingen de doorslag geven voor het niet bezoeken van de huisarts, kan zorgmijding in deze gevallen negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid van de patiënt. Dit lijkt ook het geval te zijn: veertien van de negentien mensen die hebben afgezien van

**Figuur 1** Is het in de afgelopen 6 maanden voorgekomen dat u hebt overwogen naar uw huisarts te gaan, maar toch niet bent gegaan? (N=626\*)



\*Respondenten konden meerdere redenen geven waarom zij niet naar de huisarts zijn gegaan. De percentages met redenen tellen daardoor op tot een percentage groter dan 15%.

een huisartsbezoek vanwege de kosten gaven aan dat het achteraf gezien voor hun gezondheid geen goede beslissing was om niet naar de huisarts te gaan. Onder de groep die om een andere reden dan de kosten heeft afgezien van een bezoek aan de huisarts gaf een kwart (24 van de 93) aan dat dit geen goede beslissing was.

## TOT SLOT

Vanwege de gestegen kosten voor levensonderhoud heeft een groeiende groep mensen moeite met het betalen van hun zorgkosten<sup>6</sup>. Hierdoor bestaat het risico dat zij noodzakelijke zorg zullen mijden. Uit ons onderzoek blijkt dat in 2022 3% van de mensen heeft afgezien van een huisartsbezoek omdat ze opzagen tegen eventuele vervolgcosten. 1% zag af van een bezoek uit angst voor eventuele kosten als gevolg van het bezoek zelf. Ons onderzoek laat zien dat afzien van huisartsenzorg vanwege de kosten negatieve gevolgen lijkt te hebben voor de gezondheid. Daarnaast heeft 9% van de mensen in 2022 minder gebruik gemaakt van medische zorg vanwege het eigen risico. Vanaf 2025 wil het kabinet het verplicht eigen risico aanpassen. Hierdoor betalen verzekerden maximaal €150 per behandeling in de medisch-specialistische zorg. Nu is het nog mogelijk dat zij hun verplichte eigen risico van €385 in één keer kwijt zijn. Door een maximumdrag in te stellen voor het eigen risico wordt de financiële drempel voor de toegang tot ziekenhuiszorg verlaagd<sup>7</sup>. Dit bevordert de individuele betaalbaarheid van zorg.

Dit onderzoek is uitgevoerd met behulp van een vragenlijst onder een representatieve steekproef (N=1500) van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. De vragenlijst is ingevuld door 660 respondenten (44% respons). De meest kwetsbare groepen, die vaker zorg mijden, zijn ondervertegenwoordigd in het panel. Hierdoor kunnen de in dit onderzoek gevonden percentages van zorgmijding een onderschatting zijn.

**Marloes Meijer is junior onderzoeker Zorgstelsel en Sturing bij het Nivel. Anne Brabers is senior onderzoeker Zorgstelsel en Sturing bij het Nivel. Judith de Jong is hoofd onderzoeksafdeling Organisatie en Sturing in de Zorg en programmaleider Zorgstelsel en Sturing bij het Nivel en bijzonder hoogleraar Zorgstelsel en Sturing CAPHRI, Universiteit Maastricht**

## REFERENTIES

1. Ministerie VWS. Het Nederlandse Zorgstelsel 2016.
2. Van Esch TEM et al. Inzicht in zorgmijden. Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken. Nivel 2015.
3. Brabers AEM et al. Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. Basisrapport met informatie over het panel 2022. Nivel 2022.
4. <https://weblog.independer.nl/persbericht/nederlanders-kiezen-massaal-voor-hoger-eigen-risico-zorgpremie/>
5. Holst L et al. 6% van de burgers in Nederland geeft in 2022 aan af gezien te hebben van een doktersbezoek vanwege kosten. Nivel 2023.
6. De Groot N. Meer betalingsachterstanden bij zorgverzekeraars: 'Eerste signalen van schulden door inflatie'. AD 14-10-2022.
7. Rijksoverheid. Vanaf 2025 maximaal 150 euro eigen risico per behandeling in medisch-specialistische zorg. Rijksoverheid.nl 2023.

# PROBLEMATISCHE SCHULDEN GAAN SAMEN MET HOGERE GGZ-UITGAVEN

Anne-Fleur Roos en Maaïke Diepstraten

Er is veel vraag naar geestelijke gezondheidszorg (GGZ), en de wachtlijsten zijn lang<sup>1</sup>. Mogelijk kan schuldhulpverlening helpen om de druk op de GGZ te verlichten, want problematische schulden gaan samen met een slechtere mentale gezondheid. Dat blijkt uit ons onderzoek 'When financials get tough, life gets rough?'<sup>2</sup>.

Ruim één op de twaalf Nederlandse huishoudens kampt met problematische schulden<sup>3</sup>. Een nog grotere groep loopt het risico om in schulden te geraken. Het hebben van schulden heeft mogelijk grote consequenties. Voor de schuldenaar, maar ook voor schuldeisers en bijvoorbeeld werkgevers. Zo gaat het hebben van schulden vaak samen met ziekte en productiviteitsverlies<sup>4</sup>. Ook wordt er vaak een relatie tussen schulden en mentale gezondheid verondersteld. Maar hoe ziet die relatie eruit? Zorgen schulden nu voor mentale problemen of is er vooral sprake van de omgekeerde relatie? De literatuur is er niet eenduidig over. We onderzochten in ons paper of mensen na het ontstaan van problematische schulden vaker en meer gebruik maken van geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

## RELATIE SCHULDEN EN ZORG-UITGAVEN

Het niet kunnen betalen van rekeningen brengt stress met zich mee. Mensen maken zich zorgen over hoe ze de eindjes aan elkaar kunnen knopen en ervaren een gebrek aan controle over de situatie. Deze stress kan zorgen voor psychische problemen<sup>5</sup>. Andersom kunnen mentale problemen ook zorgen voor schulden. Wie door zijn mentale gezondheidstoestand bijvoorbeeld niet meer kan werken, heeft mogelijk minder te besteden en een grotere kans om in de schulden te geraken. Kortom, we verwachten te vinden dat mensen met problematische schulden vaker en meer

gebruik maken van geestelijke gezondheidszorg dan andere mensen.

Het beeld dat sociaaleconomische status en gezondheid met elkaar samenhangen, wordt breed gedeeld, maar er bestaat weinig onderzoek naar de samenhang tussen schulden en zorguitgaven. De studies die bestaan zijn vaak niet causaal van aard omdat de meeste studies cross-sectioneel zijn. Bovendien zijn veel onderzoeken op dit terrein niet in staat om te differentiëren tussen het hebben van schulden en problematische schulden. Dat laatste is belangrijk omdat niet alle schulden problematisch zijn. Denk bijvoorbeeld aan een hypotheekschuld. Als mensen in de betaalverplichting voor de hypotheekschuld kunnen voldoen, is er weliswaar sprake van een schuld, maar dit is geen problematische schuld. Hoewel causaliteit op basis van de bestaande literatuur moeilijk vast te stellen is, lijken de paar beschikbare meta-analyses op een negatieve relatie tussen problematische schulden en gezondheidsstatus te wijzen<sup>6,7,8</sup>.

## WANBETALERSREGELING OM PROBLEMATISCHE SCHULDEN TE IDENTIFICEREN

In Nederland bestaat er geen algemene registratie van alle individuele schulden. Om toch een beeld te krijgen van de relatie tussen problematische schulden en zorguitgaven, kijken we naar het niet kunnen voldoen aan de zorgverzekeringspremie. Iedereen in Nederland is via de Zorgverzekeringswet (Zvw) verplicht verzekerd voor een basisverzekering. Mensen die langer dan zes maanden niet aan hun premieverplichting voldoen, komen terecht in de Regeling Wanbetalers van het Centraal Administratiekantoor (CAK). Deze mensen behouden toegang tot zorg, maar moeten een veelal hogere administratieve premie met boete betalen. Zij mogen de regeling pas verlaten als de schulden zijn afbetaald. Het aantal mensen dat zes maanden of

langer niet aan hun zorgpremie kunnen voldoen, ligt in de periode 2011-2015 tussen 298.000 tot 326.000<sup>9</sup>. Daarmee is dit één van de meest voorkomende problematische schulden in Nederland. Mensen met een zorgverzekeringsschuld hebben bovendien vaak moeite om aan andere financiële verplichtingen te voldoen<sup>10,11</sup>.

## MENTALE GEZONDHEID

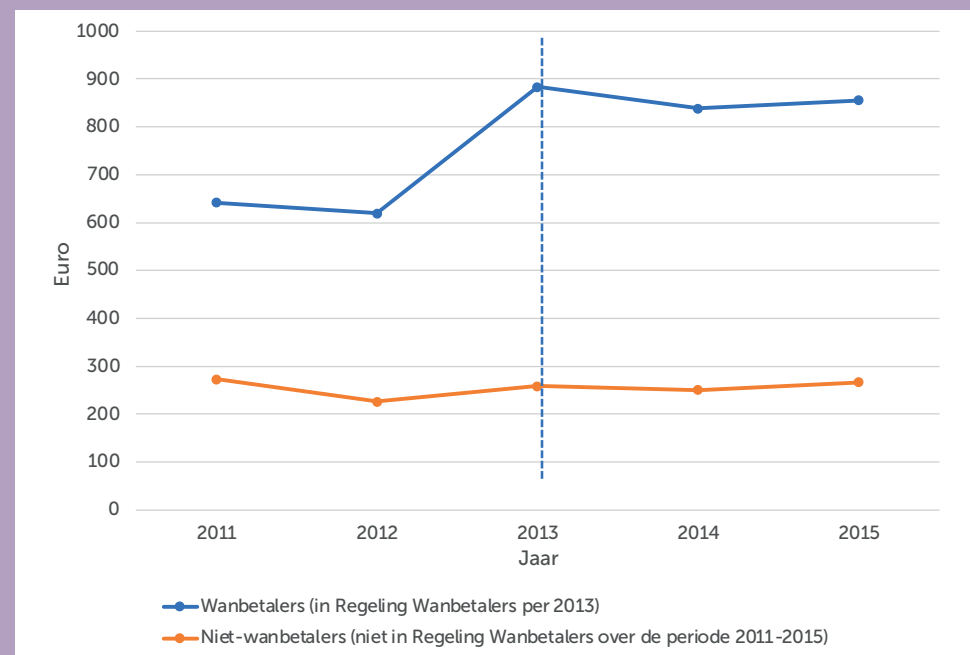
Via de Zvw is iedereen in Nederland ook verzekerd voor mentale gezondheidsuitgaven. Om mentale gezondheid te meten, gebruiken we in dit onderzoek de jaarlijkse uitgaven aan eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (sinds 2014: generalistische basis en specialistische GGZ) op individueel niveau. De aard en ernst van klachten bepalen of iemand eerste- of tweedelijns zorg (generalistische basis of specialistische GGZ) krijgt: eerstelijnszorg wordt geleverd aan patiënten met lichte tot matig ernstige stoornissen. Tweedelijnszorg is specialistischer van aard en vindt plaats als sprake is van zwaardere psychische problemen. Wanneer mensen de zorgpremie niet betalen, en in de wanbetalersregeling terechtkomen, blijven zij wel verzekerd tegen zorguitgaven. We veronderstellen daarom dat mensen zorg niet zullen mijden bij financiële problemen. Mocht dat wel het geval zijn, dan zijn onze bevindingen onderschattingen van de werkelijkheid.

## METHODEN

Om de relatie tussen schulden en zorguitgaven te onderzoeken, werden data gebruikt die de zorguitgaven en problematische schulden van Nederlanders op individueel niveau in kaart brengen voor de jaren 2011-2015. Er werd specifiek gekeken naar mensen die in 2013 in de Regeling Wanbetalers terecht kwamen. Dat zijn de mensen

die in 2013 zes maanden of langer niet meer aan hun zorgpremie voldeden. Hun zorggebruik in de jaren 2011-2015 werd vergeleken met het zorggebruik van mensen die in dezelfde periode geen zorgverzekeringsschuld hadden.

**Figuur 1. Gemiddelde uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg voor wanbetalers en niet-wanbetalers 2011-2015**



# PROBLEMATISCHE SCHULDEN GAAN SAMEN MET HOGERE GGZ-UITGAVEN

## RESULTATEN

Figuur 1 toont de gemiddelde uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg voor mensen die in 2013 in de Regeling Wanbetalers terecht kwamen en mensen waarvoor dat niet geldt. De figuur laat zien dat de mensen die in 2013 in de Regeling Wanbetalers kwamen al voor 2013 hogere GGZ-uitgaven hadden dan mensen zonder zorgverzekeringsschulden. Nadat mensen in 2013 in de Regeling Wanbetalers terechtkwamen, nam het verschil in individuele GGZ-uitgaven met nog eens ongeveer 200 euro toe. Dat komt overeen met een stijging van zo'n dertig procent in GGZ-uitgaven en het effect houdt ook na het eerste jaar nog aan.

Ook de kans op gebruik van GGZ nam toe voor mensen die langer dan 6 maanden niet aan hun premieverplichting konden voldoen. Zo neemt de kans op GGZ-gebruik met 7% toe bij mensen met problematische schulden.

## WISSELWERKING

Financiële problemen hangen dus negatief samen met de (mentale) gezondheid van mensen. GGZ-kosten stijgen sterker nadat mensen in financiële problemen terechtkomen. Verder laat de publicatie zien dat mensen met schulden al voordat zij in de schulden kwamen hogere geestelijke gezondheidszorguitgaven hadden dan mensen zonder schulden. Er lijkt dus sprake van een wisselwerking tussen de twee effecten. Als mentale problemen ontstaan door schulden, dan kan beleid dat problematische schulden voorkomt een dubbel effect hebben: minder schuldenproblematiek, lagere zorguitgaven en dus een verlichting van de druk op de GGZ.

## TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Hoewel ons onderzoek gebruik maakt van longitudinale data, een duidelijke maat hanteert voor problematische schulden en inzichtelijk weet te maken dat er een wisselwerking plaatsvindt tussen mentale gezondheid en financiële problemen, blijven er ook vragen onbeantwoord. Zo lag de focus van dit onderzoek vooral op mensen met

een problematisch schuld en hun GGZ gebruik, en zou toekomstig onderzoek zich kunnen richten op de omgekeerde relatie. De relatie tussen het hebben van mentale gezondheidsproblemen en GGZ-gebruik op de kans dat mensen in schulden geraken is het onderwerp van onderzoek door Dijk & Roos (tba).

Verder laat het onderzoek de vraag open hoe GGZ-gebruik zich verhoudt tot andere sociaaleconomische variabelen, zoals inkomen en werkloosheid. Deze en andere variabelen worden meegenomen in het onderzoek dat Lambregts, Hofland & Roos (tba) uitvoeren.

**Anne-Fleur Roos is programmaleider Zorg bij het Centraal Planbureau (CPB) en gastonderzoeker bij de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM). Maaike Diepstraten was ten tijde van het onderzoek werkzaam bij het Centraal Planbureau (CPB).**

## REFERENTIES

1. Vektis. Factsheet Wachtlijninformatie GGZ 2022
2. Roos AF et al. 'When financials get tough, life gets rough? Problematic debts and ill health' CPB 2021
3. CBS. Schuldenproblematiek in beeld 2021
4. NIBUD. Financiële problemen 2023
5. Ten Have M et al. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2021; 48:810-820.
6. Richardson T et al. Clin Psych Rev 2013;33:1148-1162.
7. Turunen E & Hiilamo H. BMC Public Health 2014;14(1):489.
8. Fitch C et al. Mental Health Rev J 2011;16(4):153-166.
9. VWS. VWS-Verzekerenmonitor 2018.
10. Posthumus H et al. Verkenning geregistreerde problematische schulden CBS 2019.
11. Jungmann N. & Werksma M. Wanbetaling zorgkosten: voorkomen is beter dan genezen. BS&F and Social Force 2019.



# DE ZORGTOESLAG: EEN WAARBORG VOOR BETAALBAARHEID MET VEEL TEKORTKOMINGEN

Erik Schut

## ACHTERGROND

De zorgtoeslag is binnen het zorgstelsel een belangrijk instrument om de betaalbaarheid van zorg te kunnen waarborgen voor burgers met een laag en middeninkomen. In 2006 is de zorgtoeslag tegelijkertijd ingevoerd met de Zorgverzekeringswet (Zvw) en kent met de Wet op de Zorgtoeslag (WZt) een aparte wettelijke grondslag. Voormalig ziekenfondsverzekerden werden door de invoering van de Zvw geconfronteerd met fors hogere premielasten omdat het gedeelte van de zorguitgaven dat betaald werd door middel van inkomensafhankelijke zorgpremies werd verlaagd van 85% naar 50% van de zorguitgaven. Een inkomensafhankelijke zorgtoeslag moest voor hen de sterk stijgende nominale premielasten compenseren. Volgens de Memorie van Toelichting bij de WZt moet de zorgtoeslag waarborgen dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan ziektekostenpremie

hoeft te betalen dan wat op grond van de wet als aanvaardbaar wordt beschouwd.

## HOE WORDT DE ZORGTOESLAG BEPAALD?

De zorgtoeslag wordt bepaald per huishouden als het verschil tussen de zogenaamde standaardpremie (de gemiddelde nominale premie plus het gemiddeld eigen risico) en een normatief bedrag waarvan het aanvaardbaar wordt geacht dat een huishouden dit zelf moet betalen aan zorgpremie. Dit normatieve bedrag wordt bepaald als een normpercentage van het minimumloon plus een afbouwpercentage van het inkomen boven het minimumloon (oplopend tot 100% bij een bepaald inkomensniveau). Maatgevend voor de zorgtoeslag zijn dus niet de feitelijke, door de burger betaalde premies, maar het gemiddelde van de premies zoals die zich in de markt voordoen. Het idee daarachter is dat burgers op deze

wijze worden gestimuleerd om kritisch te zijn ten aanzien van de (premies van de) aangeboden verzekeringspolissen.

## GEBRUIK, HOOGTE EN KOSTEN VAN DE ZORGTOESLAG

In 2022 kregen ca. 4,6 miljoen huishoudens een zorgtoeslag. De hoogte van de zorgtoeslag bedroeg maximaal €1336 per jaar voor eenpersoonshuishoudens met een jaarinkomen tot €22.000 om met

het stijgen van het inkomen geleidelijk af te lopen naar €0 bij een inkomen van €32.000 en hoger. Voor meerpersoonshuishoudens varieerde de zorgtoeslag van maximaal €2553 per jaar tot €0 bij een huishoudinkomen van €41.000 en hoger. Alleenstaanden met een maximale zorgtoeslag moesten in 2022 bij een gemiddelde premie per saldo 413 euro per jaar aan zorgkosten betalen, oftewel 24% van de standaardpremie (zie Tabel 1).

**TABEL 1:** Nominale premie, standaardpremie en zorgtoeslag (in euro per jaar)

	2022	2023
Gemiddelde nominale premie (per volwassene)	1514	1649
Gemiddeld betaalde verplicht eigen risico (max €385)	235	232
Standaardpremie (= gemiddelde nominale premie plus eigen risico)	1749	1881
Maximale zorgtoeslag eenpersoonshuishouden	1336	1850
Maximale zorgtoeslag meerpersoonshuishouden	2553	3166

Bron: Rijksbegroting 2023<sup>1</sup>

# DE ZORGTOESLAG: EEN WAARBORG VOOR BETAALBAARHEID MET VEEL TEKORTKOMINGEN

Naast inkomen speelt ook het vermogen een rol bij de toekenning van een zorgtoeslag. In 2022 kwamen eenpersoonshuishoudens met een vermogen (o.a. spaargeld) van meer dan ca. €120.000 niet in aanmerking voor een zorgtoeslag. Voor meerpersoonshuishoudens lag deze drempel op ca. €152.000.

## FORSE STIJGING IN 2023

In 2023 is de zorgtoeslag eenmalig sterk verhoogd. Deze verhoging is niet zozeer veroorzaakt door een sterke stijging van zorgpremies, maar doordat de zorgtoeslag door het kabinet is ingezet als instrument voor algehele steunoperatie om de negatieve effecten van de inflatie voor de koopkracht van lage en middeninkomens te compenseren<sup>1</sup>. Hoewel de zorgtoeslag hier niet voor bedoeld is, achtte het kabinet deze maatregel noodzakelijk vanwege de urgente koopkrachtproblematiek.

De eenmalige verhoging werd bereikt door de normpercentages die de hoogte van de zorgtoeslag bepalen bij zowel

één- als meerpersoonshuishoudens incidenteel in 2023 te verlagen met 1,8 procentpunt. Bovendien leidde ook de verhoging van het wettelijk minimumloon met 7,5% tot een verhoging van de inkomensgrens (tot € 25.070) voor een maximale zorgtoeslag. Door deze twee maatregelen en de toename van de zorgpremies stijgt de maximale zorgtoeslag voor alleenstaanden met een minimuminkomen met €514 tot €1850 (zie Tabel 1). Gegeven de geraamde standaardpremie van €1881 wordt het bedrag dat alleenstaanden met een minimuminkomen gemiddeld zelf moeten betalen voor de zorgverzekering eenmalig sterk teruggebracht van €413 tot €31 per jaar. Voor huishoudens met een hoger inkomen neemt de zorgtoeslag zelfs nog sterker toe (tot maximaal €912 per jaar bij een inkomen van €32.000) omdat het inkomen waar vanaf de afbouw van de zorgtoeslag begint hoger komt te liggen.

Een ander gevolg van de verhoging van het minimumloon is dat meer huishou-

dens recht krijgen op zorgtoeslag. Dit komt omdat maximuminkomensgrens tot waar men aanspraak kan maken op een zorgtoeslag aanzienlijk hoger komt te liggen (€38.500 voor eenpersoonshuishoudens en €48.500 voor meerpersoonshuishoudens).

Per saldo zullen de totale kosten van de zorgtoeslag in 2023 naar verwachting toenemen met 42% van 5,8 tot 8,3 miljard euro om vervolgens in 2024 weer af te nemen tot 6,7 miljard euro.<sup>1</sup>

## TEKORTKOMINGEN VAN DE ZORGTOESLAG

Een belangrijke tekortkoming van de zorgtoeslag is dat de regeling veel verantwoordelijkheid legt bij de individuele burger, terwijl deze ingewikkeld en lastig te doorgronden is. Zo zijn burgers zelf verantwoordelijk om veranderingen door te geven die van invloed kunnen zijn op de hoogte van de zorgtoeslag, zoals wijzigingen in inkomen, vermogen of huishoudsamenstelling. Die complexi-

teit vergroot het risico dat burgers geld moeten terugbetalen of ten onrechte geen toeslag ontvangen omdat zij zich er niet van bewust zijn dat zij daar recht op hebben. Ongeveer 10 procent van huishoudens die recht hebben op een zorgtoeslag maakte hier in 2015 geen gebruik van<sup>2</sup>. Naar schatting laten 250.000 huishoudens een volledige zorgtoeslag liggen. De meest genoemde reden hiervoor is de angst voor terugvorderingen<sup>3</sup>. Hoewel sinds 1 januari 2023 veel meer Nederlanders voor een zorgtoeslag in aanmerking komen, bleek uit een peiling van ouderenorganisatie ANBO onder 5.400 deelnemers van 65 jaar en ouder dat 34 procent van de ondervraagden niet bekend was met de nieuwe regels rondom zorgtoeslag<sup>4</sup>. Het valt daarnaast te verwachten dat wanneer de zorgtoeslag in 2024 weer omlaaggaat, dit op veel onbegrip zal stuiten omdat dit de premielasten voor veel burgers weer aanzienlijk zal verhogen.

Naast de complexiteit voor de burger is de zorgtoeslag ook uitvoeringstechnisch ingewikkeld (o.a. door de controle van aanvragen, terugvorderingen en fraudebestrijding) en kostbaar. Zo werden de uitvoeringskosten geraamd op ruim €70 miljoen<sup>2</sup>. Bovendien leidt het achteraf compenseren van premielasten tot het rondpompen van vele miljarden euro's. Tenslotte is een belangrijke tekortkoming van de zorgtoeslag dat deze niet noodzakelijk besteed hoeft te worden aan de zorgverzekering. Wanneer de zorgtoeslag aan andere zaken wordt uitgegeven – wat in 2023 zelfs uitdrukkelijk de bedoeling van het kabinet is – kan niet worden gegarandeerd dat de zorg voor iedereen ook daadwerkelijk betaalbaar is. Zo ontvingen in 2021 ruim 100.000 (62,5%) van de circa 160.000 officieel geregistreerde wanbetalers een zorgtoeslag<sup>5</sup>.

### **ALTERNATIEF VOOR DE ZORGTOESLAG**

Een eenvoudig alternatief voor de zorgtoeslag dat niet gepaard gaat met

de besproken tekortkomingen is het sterker inkomensafhankelijk maken van de zorgpremie, zoals in de voormalige ziekenfondsverzekering. Een verhoging van de inkomensafhankelijke premiedeel uitvoeringstechnisch veel eenvoudiger en voor de burgers veel minder belastend. Bovendien wordt dan ook wanbetaling minder aantrekkelijk omdat het nominale premiedeel navenant wordt verlaagd. Dit alternatief stond ooit in het regeerakkoord van kabinet Rutte II (2012) maar is toen gesneuveld op vermeende inkomenshervereidingseffecten<sup>6</sup>. Dit is een gemiste kans, want het alternatief kan worden gerealiseerd zonder noemenswaardige inkomenseffecten<sup>7</sup>. Gelet op de toeslagencrisis en de uitgesproken ambitie van het huidige kabinet om het ingewikkelde toeslagenstelsel te versimpelen, wordt het tijd voor een herkansing.

**Erik Schut is hoogleraar Health Economics and Health Policy aan de Erasmus School of Health Policy and Management (ESHPM).**

### **REFERENTIES**

1. VWS. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2023, 2022.
2. MinFin. Eenvoud of maatwerk: Uitrusten binnen het bestaande toeslagenstelsel. IBO Toeslagen Deelonderzoek 1. 2019.
3. Van Dijk JJ & Ziesemer V. Noodzakelijke versimpeling van de toeslagen komt in gevaar. Me Judice, 27 februari 2023.
4. ANBO. Ouderen slecht op de hoogte van ruimere regels zorgtoeslag 2023
5. CBS. Zorgverzekeringswet; wanbetalers met een zorgtoeslag per 31 december, <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/81065ned>
6. Schut FT & Van de Ven WPMM. Plan zorgpremie gemiste kans, ESB 2012;97(4648): 690-693.
7. Van de Ven W & Schut E. Schaf zorgtoeslag af, zonder inkomenseffecten, Me Judice, 12 maart 2020.

# DE WANBETALERSREGELING HELPT OM DIENST- VERLENING DICHTER BIJ DE BURGER TE BRENGEN

Rémi Langenberg en Piet de Bekker

## AANLEIDING

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 zijn alle ingezetenen verplicht een zorgverzekering af te sluiten. De nominale premie werd – naast een inkomensafhankelijk deel – direct een stuk hoger dan ten tijde van de Ziekenfondswet. Ondanks een aanzienlijke inkomenscompensatie via de Zorgtoeslag voor grote delen van de bevolking, is de individuele betaalbaarheid van de zorgverzekering altijd een aandachtspunt geweest.

Al snel ontstonden er grote betalingsachterstanden. Zorgverzekeringen zijn privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomsten, dus verzekeraars kunnen polissen beëindigen bij wanbetaling. Daarmee kwam solidariteit onder druk. Om deze onwenselijke situatie te stoppen, werd in 2009 de wanbetalersregeling zorgpremie (Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) ingevoerd.

## WANBETALERSREGELING

Na zes maanden betalingsachterstand – een bedrag van circa €750 – konden zorgverzekeraars hun wanbetalers aanmelden bij het CAK (toen nog CVZ) om de premie-inning over te nemen. Mensen bleven vervolgens wel verzekerd. De wet had drie nevensgeschikte doelen:

1. Voorkomen dat mensen wanbetaler worden (preventie): de zorgverzekeraar informeert de verzekerde regelmatig over de gevolgen van het niet betalen en hoe aanmelding bij het CAK voorkomen kan worden.
2. Zorgen dat wanbetalers toch premie betalen: het CAK kan de hogere premie inhouden op het inkomen.
3. Stimuleren dat wanbetalers terugkeren naar een normaal patroon van premiebetaling.

## PERIODE VAN OPBOUW

Vanaf september 2009 werden groepen wanbetalers stapsgewijs aangemeld. In 2011 evalueerde Zorgvuldig Advies de regeling voor de eerste keer<sup>1</sup>. Daaruit bleek dat de instroom geslaagd was: bijna 300.000 mensen waren bij het CAK aangemeld en verzekerd gebleven. Succesvolle premie-inning was echter nog beperkt en ook de uitstroom moest nog op gang komen. Daarvoor waren zowel een actieve houding van zorgverzekeraars als intensieve samenwerking met het sociaal domein van groot belang. Door 'kort op de bal' te zitten, kon men erger voorkomen. Daarbij was al snel duidelijk dat brieven maar zeer beperkt leken te werken – juist actieve en vroege signalering door echt met mensen in contact te komen had een duidelijk groter effect.

## TUSSENTIJDSE VERBETERINGEN

De wanbetalersregeling bleek doeltreffend: mensen blijven verzekerd voor zorg en daarmee is de toegankelijkheid tot zorg geborgd. Er was echter meer instroom dan uitstroom van wanbetalers. Sinds de invoering zijn op meerdere momenten maatregelen genomen om het aantal wanbetalers te verminderen en financieel kwetsbaren te helpen. Daarnaast werd het vanaf 2013 mogelijk om de zorgtoeslag rechtstreeks om te leiden van de Belastingdienst naar het CJIB, zodat een (groot) deel van de premie succesvol werd geïnd.

In 2016 zijn nieuwe verbeteringen doorgevoerd, en aansluitend zijn in 2018 aanvullende maatregelen genomen. De belangrijkste maatregelen waren (1) verlagen van de (opslag in de) bestuursrechtelijke premie; (2) tussentijds beëindigen van de wanbetalerspremie zodra er een betalingsregeling met de zorgverzekeraar is afgesproken,

en (3) kwijtschelden van de resterende openstaande rekening voor de verschuldigde bestuursrechtelijke premie na een definitieve afmelding bij het CAK. In 2019 evalueerde Zorgvuldig Advies de regeling opnieuw, om te zien of de doorgevoerde verbeteringen effect hadden <sup>2</sup>. Dit bleek inderdaad het geval – al was de constatering ook dat er sprake was van veel “knipperlicht gevallen”, de inning van de premie nog altijd niet optimaal verliep, en er grote variatie zat in de mate waarin lokale initiatieven ontplooid werden om met burgers in contact te komen.

## HUDIGE STAND VAN ZAKEN

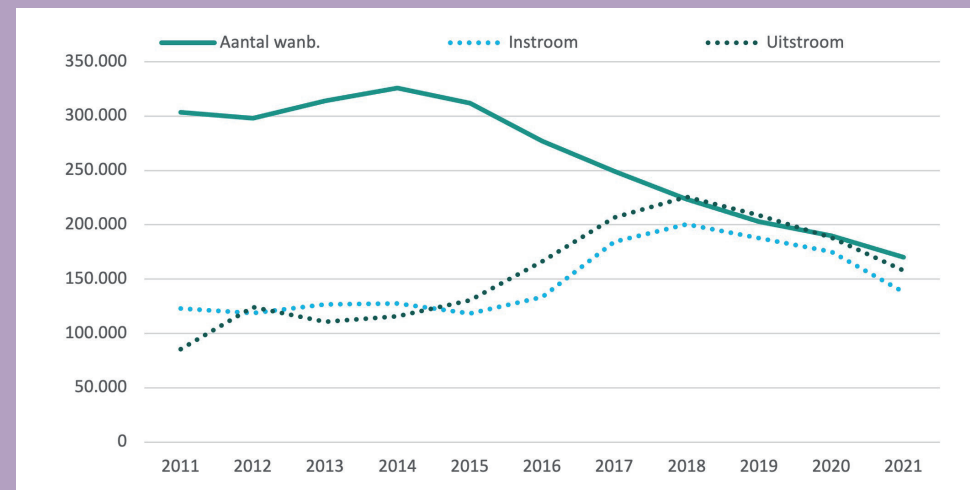
Als we bekijken hoe de ontwikkelingen zijn geweest sinds de start van de regeling, dan kunnen we constateren dat veel mensen in beeld zijn bij zowel zorgverzekeraars als de (landelijke en gemeentelijke) overheid. Het aantal én aandeel wanbetalers was ten tijde van de Ziekenfondswet (Zfw) aanzienlijk groter dan nu, ondanks de hogere nominale premie.

Na een periode van instroom is sinds ongeveer 2014/2015 een uitstroom tot stand gekomen die de instroom overtrof. Daardoor is het saldo van het aantal wanbetalers aanmerkelijk teruggelopen van bijna 325.000 eind 2014 naar circa 170.000 eind 2022. Nog altijd stromen veel mensen maandelijks in (circa 12.500 in 2021), maar iedere maand lukt het ook veel mensen om een betalingsregeling te treffen, waarna ze terugkeren naar het reguliere premieregime.

Dit goede resultaat is mede te danken aan intensieve samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en het CAK. Verschillende lokale initiatieven bekijken de schuldenproblematiek inmiddels vanuit meerdere domeinen in samenhang, waarbij ook

betaalachterstanden bij wonen, energie, zorgverzekering en water in kaart worden gebracht. De wanbetalersregeling geeft handvatten en instrumenten om het lokale steunsysteem met de juiste informatie te voeden. Zo levert het CAK op verzoek van gemeenten een lijst aan met de wanbetalers in die gemeente inclusief de hoogte van de schuld, de duur in de regeling en enkele persoonsgegevens. Het grootste deel van de wanbetalers op deze lijst waren eerder nog niet in beeld bij schuldhulp. De lijst is een waardevol signaal voor het in beeld brengen van (bredere) schuldenproblematiek.

**Figuur 1: Aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime, per ultimo**



Bron: Verzekerdenmonitor VWS (meerdere Jaarne)

# DE WANBETALERSREGELING HELPT OM DIENST-VERLENING DICHTER BIJ DE BURGER TE BRENGEN

## ACTUELE ONTWIKKELINGEN

We hebben recent een paar erg bijzondere jaren achter de rug. In 2020 en 2021 is er Nederland getroffen door een grote crisis als gevolg van de Corona-pandemie, waarna in 2022 – mede door de oorlog in Oekraïne – stijgende energieprijzen hebben gezorgd voor een sterk oplopende inflatie en toenemende armoede.

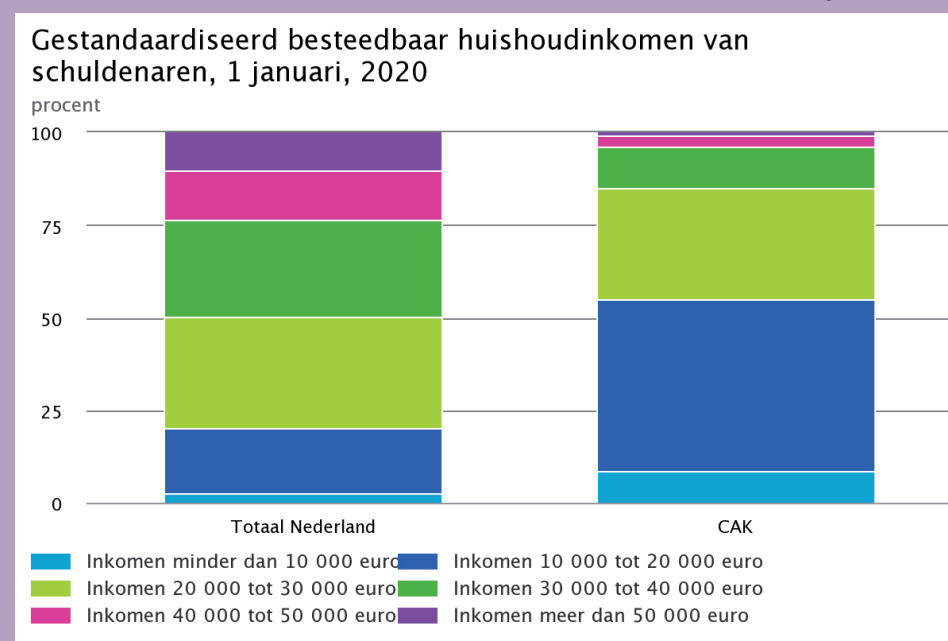
Hoewel iedereen met vrees uitkeek naar de gevolgen voor de meest kwetsbaren, en beleidsmakers rekening hielden met opnieuw een sterke stijging van het aantal wanbetalers, bleek juist het tegenovergestelde het geval. We zijn de laatste drie jaar met buitengewone ontwikkelingen geconfronteerd op het gebied van betaalgedrag van burgers. Ten tijde van de Corona-crisis zijn veel mensen via uitgebreide inkomenspakketten ondersteund bij hun vaste lasten en namen de consumptieve bestedingen sterk af vanwege de grootschalige lockdowns. Tegelijkertijd werden we collectief met de neus op de feiten gedrukt wat betreft het belang van een toegankelijke zorg, iets dat we in Nederland realiseren via het betalen van de zorgverzekeringspremie.

Burgers bleken in de afgelopen jaren steeds beter hun vaste lasten te voldoen. Ondanks de afbouw van de steunpakketten en toenemende armoede in 2022, bleef het aantal wanbetalers zeer stabiel op circa 170.000. Dit doet vermoeden dat de betalingsdiscipline die is ontstaan tijdens de Corona-periode een structureel karakter heeft gekregen, in ieder geval tot op heden. Sinds 2023 is bovendien door het kabinet een aanvullend groot pakket aan maatregelen doorgevoerd, met een sterke stijging van zowel het minimumloon, energietegemoetkomingen en een aanzienlijke verhoging van de zorgtoeslag.

## VERBETERINGEN VOOR DE (NABIJE) TOEKOMST

De wanbetalersregeling – en specifiek de opslag in de bestuursrechtelijke premie – kent al jarenlang veel politieke en maatschappelijke aandacht. De groep wanbetalers bevindt zich grotendeels in de lage inkomensklassen en wijkt daarmee af van de groep niet-wanbetalers.

### Gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen van schuldenaren, 1 januari 2020



Bron: CBS, betalingsachterstanden bij uitvoeringsorganisaties

Daarbij voelt het ongemakkelijk dat juist de groep mensen waarvan we weten dat ze moeite hebben met betalen door de opbouw van de premieachterstand bij de zorgverzekeraar, vervolgens een regeling instroomt waarmee ze met een hogere rekening worden geconfronteerd.

Aan de andere kant staat de inschatting dat de dreiging met een hogere bestuursrechtelijke premie kan helpen om mensen te prikkelen die het wél kunnen betalen, maar het niet willen of geen goede betaaldiscipline hebben.

Daarom stuurde minister Kuipers van VWS in november 2022 een brief naar de Tweede Kamer naar aanleiding van een motie om te onderzoeken welke (financiële) effecten het afschaffen van de opslag uit de Regeling wanbetalers heeft en welke aanvullende maatregelen genomen kunnen worden om geconstateerde negatieve effecten weg te nemen. Het onderwerp van de individuele betaalbaarheid staat daarmee – ondanks bijna 15 jaar ervaring met de wanbetalersregeling – opnieuw hoog op de politieke en maatschappelijke agenda.

**Rémi Langenberg is strategisch adviseur bij het CAK en Piet de Bekker is partner van Zorgvuldig Advies.**

## REFERENTIES

1. Zorgvuldig Advies/Berenschot, Eindrapportage evaluatie van de wanbetalersregeling: “Kort op de bal”, VWS, 2011
2. Zorgvuldig Advies, Evaluatie van de wanbetalersregeling in de Zorgverzekeringswet: “Onschuldig aan schuld”, VWS, 2019

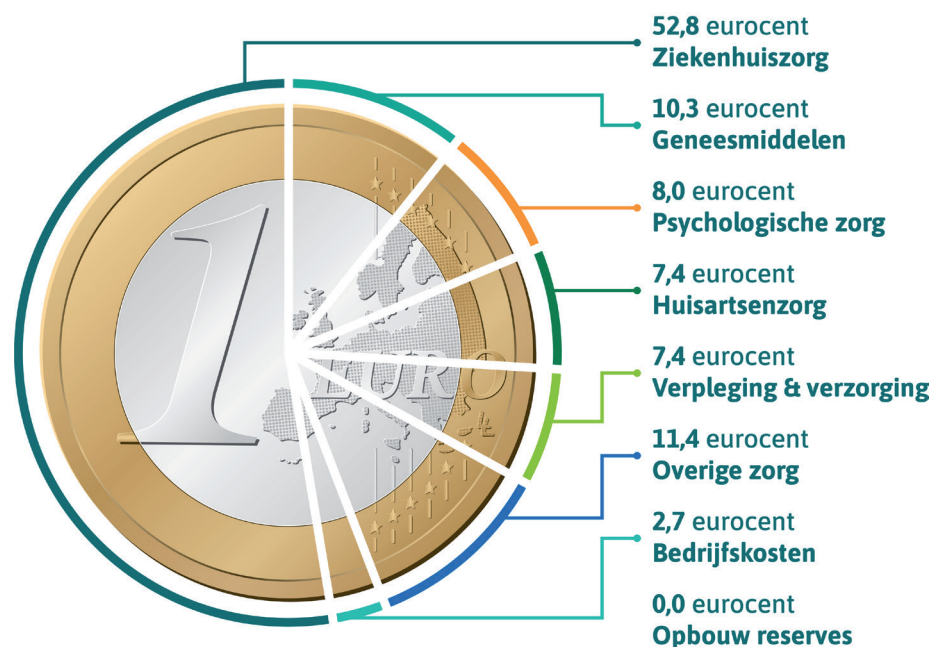
## NIEUW BESTUURSLID/REDACTIELID GEZOCHT!

*De VGE is op zoek naar versterking van het bestuur. Specifiek zijn we op zoek naar extra handen bij de redactie van het VGE-bulletin. De werkzaamheden hiervoor bestaan uit het bedenken van thema's voor het bulletin en mogelijke auteurs hierbij (in samenwerking met de rest van het bestuur), het redigeren van aangeleverde bijdragen en het controleren van de drukproeven. Wil je hier aan bijdragen en daarnaast meedenken over de andere activiteiten van de VGE of alleen redactielid worden? Stuur dan een korte motivatiebrief naar [secretariaat@gezondheidseconomie.com](mailto:secretariaat@gezondheidseconomie.com)!*

# HOE COÖPERATIE VGZ HELPT BIJ BETAALPROBLEMEN

Dagmara Schellekens, Hilde Mussche, Arjan Knegt, Marianne van Thiel en Sabine Goddijn

*Een veelbesproken onderwerp: stijgende kosten. Ook in de zorg. Dit is ook terug te zien in de maandelijkse premie van je zorgverzekering. Maar hoe zit het ook alweer precies met een zorgverzekering? Waar betaal je eigenlijk voor? En wat doet een zorgverzekeraar voor mensen die moeite hebben met betalen? Coöperatie VGZ vertelt.*



Bron: Jaarverslag 2021, Coöperatie VGZ<sup>1</sup>

## EEN ZORGVERZEKERING VOOR IEDEREEN

In Nederland is een basisverzekering voor zorg verplicht voor iedereen die hier woont of werkt. De overheid bepaalt de inhoud van het basispakket. De zorgverzekeraars, waaronder VGZ, hebben een acceptatieplicht als het gaat om deze basiszorg. Zij mogen dus niemand weigeren. Leeftijd en gezondheid spelen hierin geen rol.

## GOEDE EN BETAALBARE ZORG VOOR IEDEREEN

Als zorgverzekeraar is het onze taak om de zorg betaalbaar te houden. Zo krijgen verzekerden niet te maken met onnodig hoge zorgkosten, en zo houden wij de premie zo laag mogelijk. Van elke euro aan premie die wij ontvangen, gaat 97,3% direct naar de zorg. Op de afbeelding is te zien hoe wij elke euro van de zorgpremie besteden.

## MEEDENKEN BIJ GELDZORGEN, DAT STAAT BIJ ONS VOOROP.

Het leven is de afgelopen tijd merkbaar duurder geworden. Dit leidt bij steeds meer mensen tot geldzorgen. Die geldzorgen beïnvloeden onze psychische én lichamelijke gezondheid. Mensen hebben daardoor meer zorg nodig, waardoor de (zorg)kosten nog meer stijgen. Wij willen onze verzekerden met geldzorgen helpen. Allereerst door stress over geld te voorkomen. Ontstaan er toch betalingsproblemen? Dan bieden we passende hulp. Om zoveel mogelijk mensen te bereiken zetten we verschillende kanalen in met een passend aanbod. Daarbij gebruiken we gegevens, zoals de betaalgesciedenis. Zo krijgt bijvoorbeeld iemand die voor de 1<sup>e</sup> keer een betaling mist een andere brief dan iemand die regelmatig pas betaalt bij de aanmaning.

Bij VGZ hebben we een speciale afdeling voor verzekerden met betaalproblemen. Als een verzekerde contact zoekt, wordt hij door het systeem automatisch gekoppeld aan de meest passende afdeling. Dat noemen we routeren. Dit doen we onder andere door te kijken naar de betaalgesciedenis van verzekerden. Zo komen zij direct terecht



## OVER COÖPERATIE VGZ

Als coöperatie zonder winstoogmerk is VGZ er om heel Nederland te helpen. Coöperatie VGZ werd in 1741 opgericht en heeft nu bijna 4 miljoen verzekerden. We voeren de zorgverzekering uit voor ons hoofdmerk VGZ en voor nog 8 andere merken: VGZbewuzt, de IZZ Zorgverzekering door VGZ, IZA, UMC Zorgverzekering, UnitedConsumers, Univé zorg, ZEKUR en Zorgzaam. Als coöperatie willen we dat iedereen gelijke kansen heeft op goede gezondheid en zorg. Want jou helpen gezonder te leven. Dat staat bij ons voorop. Dit doen we ook door de zorg te blijven verbeteren. Maar bijvoorbeeld ook door klaar te staan voor verzekerden met geldzorgen.

bij de service-experts die speciaal opgeleid zijn voor hulp bij betaalproblemen. Samen met verzekerden zoeken we dan naar een passende oplossing. We brengen de verschillende mogelijkheden voor hulp bij betaalproblemen zo laagdrempelig mogelijk onder de aandacht. Denk bijvoorbeeld aan een passend hulpaanbod in een aanmaning. Dat wordt aangeboden op basis van de betaalgegevens van een verzekerde. Of korte, gerichte meldingen in de persoonlijke digitale omgevingen en onze apps om in actie te komen. Zo willen we ervoor zorgen dat mensen weten dat er meer mogelijk is dan zij denken.

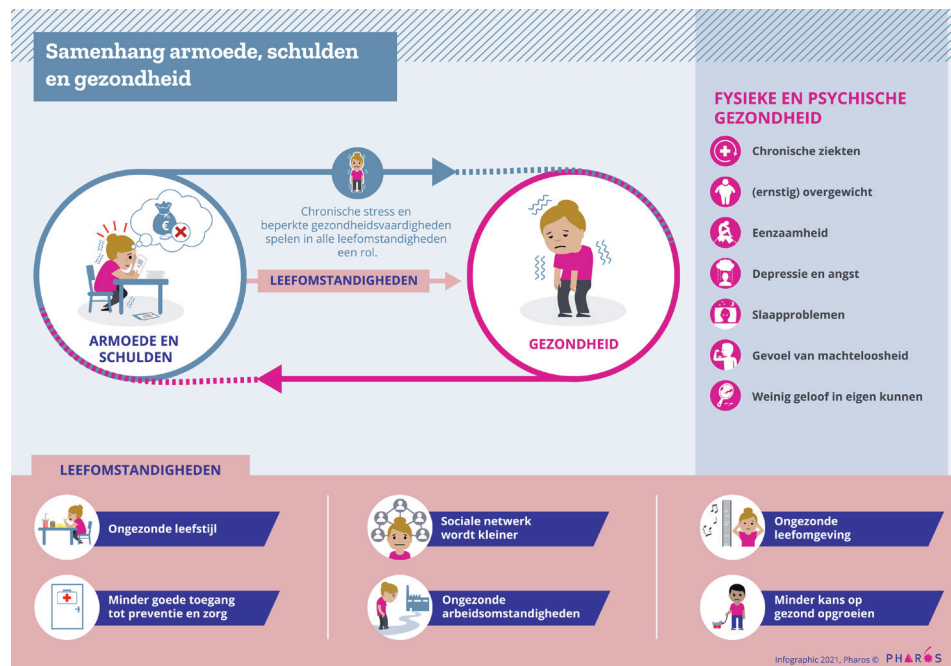
## TOEGANKELIJK VOOR IEDEREEN

Als coöperatie vinden we het belangrijk dat iedereen alle digitale mogelijkheden kan gebruiken. Ook als je bijvoorbeeld slechtziend bent. Of de telefoon minder goed kunt bedienen. We stimuleren zo veel mogelijk digitaal contact, maar bieden kwetsbare

doelgroepen ook nadrukkelijk de mogelijkheid ons te bellen. Ook schrijven we al onze communicatie op B1-taalniveau. Dat betekent: eenvoudig Nederlands. Dit taalniveau is voor (bijna) iedereen makkelijk te begrijpen. Waar dat mogelijk is, ondersteunen we onze teksten met afbeeldingen.

## VOORKOMEN VAN FINANCIËLE PROBLEMEN

Natuurlijk willen we geldproblemen het liefst voor zijn. Daarom is het belangrijk om te



Bron: Samenhang armoede, schulden en gezondheid, Pharos<sup>2</sup>

# HOE COÖPERATIE VGZ HELPT BIJ BETAALPROBLEMEN

*“We merken dat verzekerden het gesprek vaak gespannen ingaan en uiteindelijk opgelucht afronden. Ze zijn verrast dat er wél meegedacht wordt. En dat er wél oplossingen zijn die bij hun mogelijkheden passen. En dat maakt de stress minder! Door deze positieve ervaring zoeken mensen in het vervolg eerder contact. En daardoor voorkomen we dat er nieuwe problemen ontstaan. Of dat een klein probleem uitgroeit tot iets groots.” Bron: Sabine Goddijn, expert Klantdialoog*

weten wat er leeft bij mensen met financiële problemen. We doen regelmatig onderzoek naar specifieke doelgroepen. Bijvoorbeeld onze jonge verzekerden, die in verhouding vaker en meer moeite hebben met betalen dan andere leeftijdsgroepen. Ook bieden we op verschillende manieren hulp om bewuster met geld om te gaan of tijdelijk wat ademruimte te creëren.

Denk aan een betalingsregeling. Of het gespreid betalen van het eigen risico. Met deze regeling betalen verzekerden hun verplicht eigen risico van € 385 in 10 delen. Het eigen risico dat niet verbruikt is, krijg je aan het eind van het jaar terug. Zo weet je precies waar je aan toe bent. En dat is belangrijk. Want juist onverwachte, hoge rekeningen veroorzaken vaak grote problemen.

Verder verwijzen we naar initiatieven die kunnen helpen bij (grip op) je geldzaken. Bijvoorbeeld met onze partner Dat doen we bijvoorbeeld met onze partner Geldfit. Geldfit is onderdeel van de Nederlandse Schuldhulproute (NSR)<sup>3</sup>. Geldfit biedt hulp en een luisterend oor bij geldzorgen. Wij verbinden mensen door met Geldfit, en vertellen hun verhaal kort als ze dat willen. Zo hoeven ze zelf niet steeds alles uit te leggen. Of we wijzen hen op de makkelijke, korte test van Geldfit. Daarin zie je meteen hoe je geholpen kan worden. En welke hulp beschikbaar is in jouw regio of gemeente. We geven ook tips gericht op het beperken van zorgkosten. Bijvoorbeeld in een nieuwsbrief of in onze apps. Denk bijvoorbeeld aan de stijging van de zorgtoeslag. En de verhoging van het maximale inkomen waarmee je zorgtoeslag kunt krijgen. Uit

onderzoek van het NIBUD<sup>4</sup> blijkt dat veel mensen niet weten dat ze recht hebben op zorgtoeslag. We wijzen onze verzekerden er daarom actief op dat ze mogelijk zorgtoeslag kunnen aanvragen.

Tot slot zetten we voor het voorkomen van betaalproblemen ook belrobots in. Deze belrobots gebruiken we als laatste stap voordat we iemand overdragen aan een incassobureau. De belrobot belt een verzekerde nog 1 keer met een herinnering dat er een bedrag openstaat. De verzekerde krijgt de uitnodiging om hiervoor een betalingsregeling met ons af te sluiten. We zien dat verzekerden dankzij deze belrobots eerder contact met ons opnemen om het samen op te lossen. Daardoor voorkomen we samen hoge incassokosten.

## SAMENWERKING MET GEMEENTEN VOOR TIJDIGE HULP BIJ FINANCIËLE PROBLEMEN

De Wet gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs) schrijft voor dat de gemeente te hulp moet schieten als het een inwoner niet lukt om een rekening op tijd te betalen. Om snel hulp te kunnen bieden, krijgen aangesloten gemeenten een seintje van woningcorporaties, energieleveranciers en zorgverzekeraars als het (even) niet lukt om de huur, energie of zorgverzekering te betalen. Dat wordt Vroegsignalering<sup>5</sup> genoemd. Het gaat dan om verzekerden die een betalingsachterstand hebben van 30 tot 100 dagen. Dankzij de Vroegsignalering kunnen gemeenten helpen voorkomen dat betalingsproblemen uit de hand lopen. Elke gemeente heeft haar eigen aanbod hierin. Bijvoorbeeld een maatjesproject of schuldhulpverlening. Wij werken hier graag aan mee. We begrijpen namelijk goed dat het soms lastig kan zijn om alle rekeningen te betalen. En dat geldzorgen een grote invloed kunnen hebben op het dagelijks leven.

## OPLOSSINGEN OP MAAT

Zijn er toch betaalproblemen ontstaan? Dan zoeken we samen met de verzekerde

naar een oplossing. We vinden het belangrijk dat onze oplossingen perfect passen bij de verzekerde en goed aansluiten bij bepaalde behoeften en situaties. Zo kunnen we bijvoorbeeld aanbieden om de aanvullende verzekering weer te activeren, wanneer deze eerder door een betalingsachterstand gestopt is. Dat is natuurlijk alleen nuttig als iemand de zorg nodig heeft die door een aanvullende verzekering vergoed wordt. Daarom bespreken we de opties altijd goed met de verzekerde en gaan we voor oplossingen op maat.

Wanneer iemand 6 maanden premieachterstand heeft, wordt de verzekerde aangemeld bij het CAK. Deze verzekerden betalen op dat moment de premie niet meer aan ons, maar aan het CAK. Deze premie wordt verhoogd met een boete. Dat is een wettelijke afspraak. Ook dan blijven we actief meedenken over hoe we deze persoon weer bij ons aan boord kunnen krijgen. Dat is in het belang van de verzekerde. Want door de boete zijn de maandelijkse kosten hoger, terwijl de schuld niet minder wordt. Wij maken liever afspraken over een betalingsregeling. Dan zijn de kosten gelijk of wat lager, en wordt de schuld afgelost. Win-win voor iedereen!

Maar goede hulp gaat niet alleen over financiële oplossingen. Bij geldproblemen heb je vaak met veel verschillende partijen te maken. Dit helpt niet om (weer) grip te krijgen op je geldzaken. Daarom zijn we voor verzekerden met ingewikkelde betaalproblemen een pilot gestart met vaste contactpersonen. De verzekerde heeft dan één aanspreekpunt bij ons. Samen zetten zij stapjes om een afgesproken doel te bereiken. Zoals 'het op orde krijgen van de betalingen' of 'het starten met een schuldhulpverleningstraject'. Deze pilot laat zien dat een vast contactpersoon voor rust en overzicht zorgt. De verzekerden komen daardoor eerder en gericht in actie. We onderzoeken nu hoe we deze pilot standaard in onze werkwijze kunnen opnemen.

## **SAMENWERKEN MET ANDEREN VOOR ONZE VERZEKERDEN**

Zijn er meerdere schuldeisers? Dan is het onvoldoende om alleen met ons een regeling af te spreken. We wijzen dan op de mogelijkheden voor schuldhulpverlening via

gemeenten. En we werken uiteraard mee aan een verzoek voor een schuldregeling, zoals een MSNP<sup>6</sup> (minnelijke schuld regeling) of WSNP<sup>7</sup> (wet schuldsanering natuurlijke personen). Hierover bestaat een overeenkomst tussen Zorgverzekeraars Nederland en de NVVK.

## **SOCIAAL INCASSEREN**

We kunnen helaas niet altijd voorkomen dat we een betaalachterstand moeten overdragen aan het incassobureau. Maar als dit gebeurt, doen we dit zo menselijk en zo sociaal mogelijk. Hoe communiceren we hierover? Is het begrijpelijk? Kunnen we nog iets doen om dit te voorkomen? Bieden we voldoende hulp? Naar bovenstaande vragen doen wij momenteel onderzoek. Want meedenken over geld(zorgen) en duurzame oplossingen bieden, dat staat bij ons voorop.

**Dagmara Schellekens en Hilde Mussche zijn expert Merk & Content binnen Coöperatie VGZ. Arjan Knegt is missieleider "Samenwerken aan een schuldenzorg vrij, gezonder Nederland". Marianne van Thiel is clusterleider Moeite met Betalen. Sabine Goddijn is expert Klantdialoog in het cluster Moeite met Betalen binnen Coöperatie VGZ.**

## **REFERENTIES**

1. Jaarverslag Coöperatie VGZ 2021, Coöperatie VGZ
2. <https://www.pharos.nl/kennisbank/samenhang-armoede-schulden-en-gezondheid/>
3. <https://geldfit.nl/welkom/vgz/>
4. <https://www.nibud.nl/dossiers/inkomensondersteuning-door-de-overheid/>
5. <https://www.nvbk.nl/kennisbank-detail/2021/04/04/Landelijk-Convenant-Vroegsignalering>
6. <https://www.nvbk.nl/ons-werkveld/minnelijke-schuldhulpverlening>
7. <https://www.nvbk.nl/kennisbank-detail/2022/02/25/Toelating-tot-de-Wsnp>

# INTERVIEW MET AFTREDEND VGE-VOORZITTER RICHARD VAN KLEE

## WANNEER BEN JE AANGETREDEN ALS VOORZITTER VAN DE VGE EN WAAROM?

Voor het volledige verhaal moeten we terug naar 2012. In dat jaar ben ik toegetreden tot het bestuur van de VGE. Ik ben vroeger veel betrokken geweest bij lokale evenementen en het leek mij leuk om activiteiten te gaan organiseren bij de VGE. En dat bleek een goede match. Eén van de activiteiten die ik in mijn eerste VGE jaren samen met andere bestuursleden heb opgepakt was het congres over "Uitkomstbepaling in de zorg". Met 150 deelnemers en een interessant inhoudelijk programma was dat een groot succes. Persoonlijk vond ik vooral de voorbereiding interessant zoals het benaderen en begeleiden van sprekers. Het organiseren van dit congres smaakte naar meer. In de jaren die volgden was ik betrokken bij verschillende congressen en seminars. Toen Johan Polder in 2015 aangaf dat hij het stokje als voorzitter wilde overdragen, heb ik mij kandidaat gesteld voor het voorzitterschap. Ik was nog niet klaar met de VGE en zag het wel zitten om het roer over te nemen. Met instemming van het toenmalige bestuur, ben ik op 1 januari 2016 aangetreden als voorzitter, dat is inmiddels dus al meer dan zeven jaar geleden!

## WAAR BEN JE HET MEEST TROTS OP ALS JE TERUGKIJKT OP JOUW BESTUURSPERIODE?

Ik ben erg trots op de vernieuwingen die de afgelopen jaren zijn doorgevoerd zoals de grondige verbouwing van de website, de invoering van de VGE-update (onze digitale nieuwsbrief), de vernieuwing van het bulletin (zowel inhoudelijk als qua lay-out) en de introductie van de VGE-job market in combinatie met het VGE-congres. Daarnaast ben ik trots op de andere activiteiten zoals de seminars, webinars en masterclasses. Daarvoor hebben we regelmatig internationale keynote sprekers naar Nederland gehaald

zoals Joseph Newhouse, Thomas McGuire, Timothy Layton, David Grabowski en Dana Gelb Safran. Maar het meest trots ben ik op de inzet van de bestuursleden en VGE-leden die al deze activiteiten mogelijk hebben gemaakt. Die inzet geschiedt op vrijwillige basis en gebeurt doorgaans naast een drukke baan; daar heb ik enorm veel waardering voor!!!

## HOE ZIE JE DE TOEKOMST VAN DE VGE?

De VGE bestaat ruim 40 jaar. Hoewel ik mij niet waag aan een voorspelling voor de toekomst, ben ik ervan overtuigd dat de VGE nog steeds een sterk bestaansrecht heeft. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het aantal leden dat – ondanks instroom en uitstroom – al jaren stabiel rond de 250 ligt. Bovendien laat de opbouw van het ledenbestand zien dat we erin slagen om jonge gezondheidseconomen aan te trekken. Activiteiten als de job market dragen daar uiteraard aan bij. Wel is het belangrijk om te blijven nadenken over de doelen van de VGE. Zo hebben we met het bestuur een aantal jaar geleden onze missie weer eens tegen het licht gehouden met de conclusie dat de meerwaarde van de VGE vooral zit in 'het met elkaar in contact brengen van gezondheidseconomen' en 'het creëren van een onafhankelijk platform voor kennisuitwisseling tussen wetenschap, beleid en praktijk'.



## WAT ZOU JE DE NIEUWE VOORZITTER WILLEN MEEGEVEN?

De afgelopen jaren hebben we naast de bovenstaande vernieuwingen ook de backoffice aangepakt, bijvoorbeeld door een nieuw systeem voor de ledenadministratie in te voeren en de financiële processen te stroomlijnen. Dat heeft het fundament van de vereniging versterkt. Wat dat betreft komt de nieuwe voorzitter in een gespreid bedje. Maar dat betekent niet dat er geen uitdagingen meer zijn. Een eerste uitdaging die de nieuwe voorzitter zou kunnen aangrijpen is het aantrekken van nieuwe leden. In Nederland en België slagen jaarlijks honderden mensen voor een Masteropleiding gezondheidseconomie (dan wel een multidisciplinaire opleiding met aandacht voor gezondheidseconomische onderwerpen). Dit cijfer vertelt mij dat er nog flink wat potentiële leden rondlopen in de Lage Landen. Een tweede uitdaging is het actiever betrekken van leden. Hoewel we de afgelopen jaren regelmatig leden van buiten het bestuur hebben betrokken bij het organiseren van activiteiten, zou het mooi zijn als leden de vereniging meer als 'middel' gaan zien. De VGE biedt bijvoorbeeld uitstekende mogelijkheden om op neutraal terrein seminars en discussiesessies te organiseren rond actuele thema's met inbreng vanuit wetenschap, beleid en praktijk. Het zou mooi zijn als de nieuwe voorzitter er samen met het bestuur voor kan zorgen dat leden zich bewuster worden van deze mogelijkheden. Idealiter brengt dat een motortje op gang waarin leden meer bottom-up invulling geven aan de VGE. Een vereniging voor en door leden!

*De VGE is op zoek naar een nieuwe voorzitter die in staat is om 1) op constructieve wijze leiding te geven aan het bestuur, 2) verbindingen te leggen tussen wetenschap, beleid en praktijk, 3) mee te denken en mee te helpen met de invulling van activiteiten en 4) gemiddeld 8 uur paar maand vrij te maken voor de VGE. Pas jij in dit profiel en lijkt het jou interessant om samen met het bestuur na te denken over de koers van de VGE, de versterking van het VGE-netwerk en de invulling van activiteiten? Stuur dan een motivatiebrief en een CV naar [secretariaat@gezondheids-economie.org](mailto:secretariaat@gezondheids-economie.org). Heb je vragen over het voorzitterschap? Neem dan even contact op met de huidige voorzitter.*

# ALTERNATIEVE BEKOSTIGING VAN ZORG: EEN REACTIE

Guus van Montfort

*Het VGE-bulletin over bekostigingsmodellen van oktober 2022 laat zien dat de gezondheidseconomie een belangrijke bijdrage levert aan het debat over ontwikkelingen in de zorg, de betaalbaarheid, de solidariteit, de effectiviteit en efficiency. Ik wil echter een aantal kanttekeningen plaatsen bij de gekozen invalshoeken. De vraag die ik mij hierbij stel is: in welke mate deze invalshoeken nu al in de praktijk worden gehanteerd.*

## DRIE BELANGRIJKE KARAKTERISTIEKEN

Ik licht dit toe aan de hand van drie karakteristieken van de zorgpraktijk die mijns inziens in deze discussie belangrijk zijn. Ten eerste hebben vrijwel alle zorgsectoren budgetachtige bekostigingssystemen. Het gaat hier feitelijk om “verdeelsystemen” ingepast in macrobudgetten met omzet- en volumeplafonds. In de tweede plaats is de concurrentie tussen zorgverzekeraars beperkt. De premieverschillen voor de basisverzekering tussen de zorgverzekeraars zijn gering en worden in veel grotere mate bepaald door verschillen in de inzet van vermogen dan door verschillen in zorginkoopresultaten. Tot slot is de gezondheidszorg een “attributie-economie” die veeleer gestuurd wordt door macrobudgettering dan door de “activiteiten c.q. prestaties” c.q. “stuks-prijs-economie”.

## HOE WERKT HET IN DE PRAKTIJK?

Hoe werkt dat? Op het macro-niveau wordt het macrobudget uitonderhandeld tussen de overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten, etc. Uitgangspunt hierbij zijn de CPB-ramingen en het overheidsbeleid. Deze afspraken zijn een kader voor het meso-niveau, waar de bekostigers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) met zorgaanbieders onderhandelen over tarieven en volumina, ofwel de “allocatie” van middelen. Op microniveau worden de individuele onderhandelingsresultaten getotaliseerd en zijn uitgangspunt voor de interne verdeling van de middelen, de “aanwending”.

Met de invoering van prestatiebekostiging voor de ziekenhuizen is geprobeerd om vanuit het macroniveau de interne verdeling op microniveau te regelen. Hierdoor is de ruimte voor de patiënt en de zorgprofessional geheel ingeklemd



door de macro-regelgeving. Maar deze prestatiesbekostiging is middels omzet- en volumeplafonds in de praktijk feitelijk in een budgetsysteem uitgewerkt. Je kan je dus afvragen of hier werkelijk prestaties worden beloond.

## HET GEBEURT OP DE WERKVLOER!

De innovatie en kwaliteitsverbetering vindt plaats op de werkvloer. Patiënten en zorgprofessionals hebben in de huidige budgetachtige bekostiging hun verantwoordelijkheid genomen. De allocatie en aanwending van middelen zijn in de praktijk gescheiden en dat heeft geleid tot een zeer sterke effectiviteitsverbetering, efficiency-verhoging, innovatie en kwaliteitsverbetering. Waar komt die controledrang van overheid en zorgverzekeraars dan vandaan? Waarom hebben we nieuwe bekostigingsmodellen nodig? Het wordt mijns inziens gevoed door het beeld dat de werkvloer in de zorg alleen maar meer en meer wil en geen intrinsieke drang voelt voor een grotere effectiviteit en een hogere efficiency. Als je daar van uitgaat, dan is de drang naar nog meer control- en beheersachtige beleidsmaatregelen niet meer dan logisch.

## DE WERKVLOER IS AUTONOOM

We kunnen constateren dat de dynamiek op de werkvloer een autonoom karakter heeft ten opzichte van het beleid van de overheid en zorgverzekeraars en, zij het in iets mindere mate, ook vice versa zorgbestuurders. Dit zal door een steeds persoonsgerichtere (precisie)geneeskunde en een steeds beter geïnformeerde burger nog verder toenemen.

Mijns inziens is het belangrijk dat men in het beleid van de overheid en zorgverzekeraars deze dynamiek als vertrekpunt neemt, en niet blijft proberen met steeds meer control- en beheersmaatregelen deze ontwikkelingen te "bedwingen". Zorgverzekeraars zouden veel meer impact kunnen hebben als zij hun institutionele rol sterker zouden invullen. Dat betekent meer focus op de beschikbaarheid van zorgvoorzieningen, op de samenwerking daartussen, enz. Dus geen geringere rol, maar een andere.

Een uitgebreider toelichting en literatuurverwijzingen kunnen worden opgevraagd bij [ghvanmontfort@casema.nl](mailto:ghvanmontfort@casema.nl) en zie Guus van Montfort: "De Zorg is van de Patiënten en de Zorgprofessionals!!". 2022.

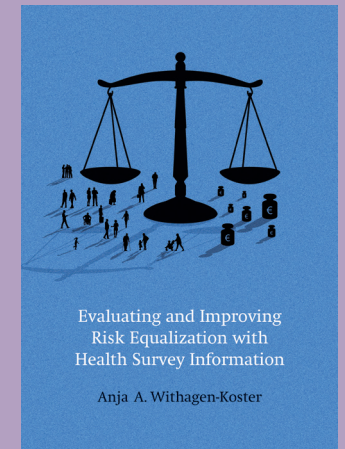
# EVALUEREN EN VERBETEREN VAN DE RISICO-VEREVENING MET INFORMATIE UIT EEN GEZONDHEIDSENQUÊTE

Anja Withagen-Koster

Net als in diverse andere landen, is in het Nederlandse zorgstelsel een belangrijke rol weggelegd voor zorgverzekeraars. Zij fungeren als inkopers van zorg en worden geacht de beste zorg in te kopen tegen een gunstige prijs. Op dit moment ervaren zorgverzekeraars echter onvoldoende prikkels om te investeren in zorg voor chronisch zieken. De reden hiervoor is dat chronisch zieken voorspelbaar verliesgevend zijn, terwijl gezonde mensen voorspelbaar winstgevend zijn. Deze voorspelbare winsten en verliezen zouden moeten worden weggenomen door het risicovereveningssysteem. Hoewel het Nederlandse risicovereveningssysteem tot de beste ter wereld behoort, werkt het nog niet goed genoeg.

Het proefschrift 'Evalueren en verbeteren van de risicoverevening met informatie uit een gezondheidsenquête' onderzoekt mogelijke verbeteringen van het Nederlandse risicovereveningssysteem. In het eerste deel gaan we in op de evaluatie van de risicoverevening en laten we zien dat de informatie uit de gezondheidsenquête in staat is om nog iets van de voorspelbare winsten en verliezen te verklaren. Ook laten we in dit deel zien dat de meeste groepen chronisch zieken gemiddeld genomen over meerdere jaren voorspelbaar verliesgevend zijn, terwijl gezonde groepen gemiddeld genomen over meerdere jaren voorspelbaar winstgevend zijn. Dit impliceert dat risicoselectie prikkels mogelijk sterker zijn dan initieel gedacht. Tenslotte laten we zien dat – zelfs onder geavanceerde risicoverevening – kosten in de laatste levensfase bijdragen aan voorspelbare verliezen voor specifieke chronische aandoeningen.

In het tweede deel richten we ons op mogelijke verbeteringen van de risicoverevening in Nederland op basis van de informatie uit de gezondheidsenquête. De eerste optie die we hebben onderzocht is een alternatieve methode om het model te schatten, namelijk constrained regression (CR). In tegenstelling tot de huidige methode, kunnen er bij CR restricties gelden voor de geschatte coëfficiënten van het model. Onze bevindingen zijn dat CR de uitkomsten (i.e. winsten/verliezen) voor sommige groepen kan verbeteren, maar voor andere groepen kan verslechteren. Wel laten we zien dat CR tot betere uitkomsten kan leiden dan de huidige schattingsmethode. De tweede optie betreft hoge risico verevening (HRV), waarbij we mensen met hoge voorspelbare verliezen aan een aparte pool toewijzen en extra compenseren. Onze analyses laten zien dat HRV een aanzienlijk deel van de prikkels voor risicoselectie kan verminderen, ten koste van een relatief kleine afname van de prikkels voor kostenbeheersing. Echter, zowel CR als HRV kennen nadelen. Voor de verdere verbetering van de risicoverevening in Nederland is het daarom belangrijk voor de overheid om de verschillende effecten van aanpassingen in de risicoverevening zorgvuldig tegen elkaar af te wegen.





# INTERNET-BASED TREATMENT FOR EATING DISORDERS: BRIDGING THE TREATMENT GAP

Pieter Rohrbach

Mentale stoornissen gaan gepaard met hoge kosten voor de maatschappij. Internet-interventies worden vaak als kosteneffectief alternatief voor gebruikelijke zorg (care as usual) gezien, omdat ze bijvoorbeeld zorgpersoneel kunnen ontlasten en door veel mensen tegelijkertijd gebruikt kunnen worden. De wetenschappelijke onderbouwing van de economische voordelen van internetinterventies voor mentale stoornissen is echter nog beperkt. Bovendien zijn er methodologische uitdagingen bij economische evaluaties van dergelijke interventies, bijvoorbeeld over welke generieke kwaliteit van leven vragenlijst het meest passend is voor welke doelgroep. Dit proefschrift leert ons drie lessen over de kosteneffectiviteit van internetinterventies voor de geestelijke gezondheid.

### 1. Internet interventies voor mentale stoornissen zijn waarschijnlijk kosteneffectief ten opzichte van gebruikelijke zorg.

Uit een meta-analyse met 37 studies en 14.946 deelnemers bleek dat internet interventies voor mentale stoornissen ongeveer even effectief waren (kwaliteit van leven) en evenveel kostten (gezondheidszorg en maatschappelijke kosten) als gebruikelijke zorg. Desondanks werden de actieve interventies kosteneffectief bevonden ten opzichte van controlegroepen met een incrementele nettowinst van \$255. Enige voorzichtigheid is geboden, maar de resultaten suggereren dat het waardevol is om te investeren in laagdrempelige internet interventies voor mentale stoornissen.

### 2. De zoektocht naar het meest geschikte kwaliteit-van-leven instrument in de context van geestelijke gezondheid is nog niet klaar.

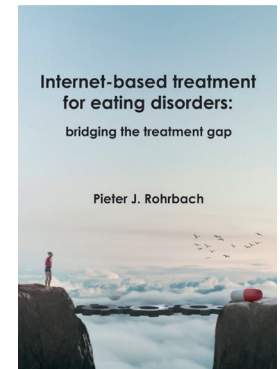
Een psychometrische evaluatie van de ICECAP-A toonde dat deze deels overlapt met de EQ-5D, maar vooral gerelateerd is aan welzijn en een gevoel van vrijheid. Het

instrument lijkt daarom vooral waardevol in evaluaties van interventies buiten een ziekenhuiscontext. Het tarief voor de ICECAP-A voor de algemene Nederlandse bevolking dat in dit proefschrift is ontwikkeld, kan daarbij gebruikt worden. Echter, de zoektocht naar het meest geschikte instrument blijft. Zo bleek er bij de economische evaluatie van een internet interventie voor eetstoornissen geen verschil tussen het gebruik van de ICECAP-A en de EQ-5D.

### 3. Het aanbieden van een laagdrempelige online zelfhulp interventie voor eetstoornissen zou honderdduizenden euro's aan zorgkosten kunnen besparen.

In een gerandomiseerd onderzoek met 355 deelnemers met (symptomen van) een eetstoornis bleek dat 43% van hen nog nooit een eetstoornisbehandeling had gehad, ondanks ernstige klachten met een gemiddelde duur van 10 jaar. Daaruit blijkt dat laagdrempelige internet interventies een groep kunnen bereiken die de reguliere zorg niet bereikt. Daarnaast bleek uit een budget impact analyse dat het aanbieden van de online zelfhulp interventie (genaamd Featback) gedurende 1 jaar aan 100 mensen tussen de 0,5 en 1 miljoen euro aan zorgkosten zou kunnen besparen.

Duurzame implementatie van internetinterventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen blijkt nog een uitdaging, deels door bestaande financiële structuren en deels door de houding van zorgprofessionals en potentiële gebruikers tegenover eHealth. Desondanks blijkt uit dit proefschrift dat het omarmen van innovatieve internetinterventies vruchten af zal werpen.



# HEALTH ECONOMIC MODELLING IN THE FIELD OF OBESITAS

Bjoern Schwander

According to the World Health Organization, overweight and obesity are major risk factors for a number of chronic diseases, including cardiovascular diseases such as heart disease and stroke, which are the leading causes of death worldwide. This dissertation evaluates, replicates and validates the current structural modelling landscape in obesity. Due to the chronic nature of obesity-associated diseases, long-term intervention studies would be the optimal solution to investigate the clinical impact of specific obesity prevention or therapy measures. However, such studies would require massive funds and a long-term horizon to obtain a decision on the best strategy. As time and funds are limited, commonly short-term clinical studies are performed, and as a decision on the best strategy needs to be made as soon as possible, health economic models are often applied. Outcomes of such obesity models are used in many healthcare settings to

decide whether an intervention is to be funded. For such adoption decisions, decision makers & payers need to rely on (trust) the results of such health economic models. Modelers can impact such trust and enhance model credibility by transparency of model reporting and by model validation, which were two key aspects investigated in this thesis.

A three-step process was followed. First a systematic review was performed to determine commonly applied health economic modelling approaches. Second a replication of high-quality health economic models was performed and evaluated. Third, using the successfully replicated models, we performed an external validation and health economic result comparison using state of the art methods.

Of 87 included papers reflecting health economic obesity models, 69 (79%) applied unique modelling approaches, but only for a minority (14%) an external vali-

dation was performed. Most commonly simulated obesity associated events were coronary heart disease (83%), type 2 diabetes (74%) and stroke (65%).

The most commonly event simulation approaches for these three key events were either using specific risk equations (influenced by various risk factors), or body-mass-index (BMI) based approaches, either using BMI-related relative risks (RR) or using risk function that includes BMI as central variable. The risk equation approaches are more complex to be applied and are requiring more data, as all risk factors need to be simulated over time. In contrast the BMI-based approaches are a simplification, as only BMI data is required over time. Hence one key question investigated was how complex an obesity modelling approach must be to adequately predict clinical events and health economic outcomes.

We were able to successfully reproduce the results of three models reflecting

those three main approaches. In the external event validation, looking at the clinical validity, the risk function approach showed the best results, followed by the BMI-related RR risk and the BMI-function approaches. With regard to the health economic results, there was no statistically significant difference identified between the approaches, although a variation in the mean and median incremental cost effectiveness ratio was identified. In conclusion, a complex event modelling approach is required for adequate event prediction, but not to adequately predict the incremental cost-effectiveness ratios. An impact of this finding is that health economists and decision makers have better guidance on how a specific modelling approach might influence clinical and health economic model outcomes. This might lead to increased trust into health economic modelling results and potentially to a faster adoption of (innovative) prevention and therapy methods in the context of obesity

# 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](mailto:bulletin@gezondheidseconomie.org)).



UNIVERSITEIT TWENTE.



# COLOFON

## REDACTIE

Elske van den Akker-van Marle

Raf van Gestel

Robert Vonk

Redactieadres: [bulletin@gezondheidseconomie.org](mailto: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](http://www.gezondheidseconomie.org))!

## VGE UPDATE

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

Heeft u nieuws over bijvoorbeeld symposia, cursussen, literatuur, oraties, promoties, vacatures, of webinars? Stuur dit naar [update@gezondheidseconomie.org](mailto:update@gezondheidseconomie.org) en wij nemen het op in de nieuwsbrief.

