



# INHOUD

- 3** PRIORITAIRE GROEPEN VOOR COVID-19 VACCINATIE: DE BELGISCHE PUBLIEKE OPINIE **Jeroen Luyten, Sandy Tubeuf en Roselinde Kessels**
- 7** VACATUREPENNINGMEESTER VGE
- 8** COVID-CRISIS IN DE ZORG: ONZEKERHEID VERZEKERD **Mieke Reuser en Suzanne van Veen**
- 12** GEZONDHEIDSECONOMIE VAN VACCINATIES: VAN HUIDIGE PRAKTIJK NAAR PERSPECTIEVEN VOOR DE TOEKOMST **Cornelis Boersma en Maarten J. Postma**
- 15** OPINIE SOCIAALECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN TEN TIJDE VAN COVID **Erik Buskens**
- 19** FINANCIËLE IMPACT VAN COVID-19 EN DE TOEKOMST VAN ONS ZORGSTELSEL **Piet de Bekker**
- 21** VGE SEMINARREEKS 2021
- 22** **SAMENVATTING PROEFSCHRIFT FACILITEREN VAN SAMEN BESLISSEN OVER MEDICIJNEN VOOR MULTIPLE SCLEROSE** **Ingrid Kremer**
- 23** **NWO VIDI BEURS CORRECT VOORSPELLEN VAN KEUZEGEDRAG IN DE GEZONDHEIDSZORG** **Esther de Bekker-Grob**
- 24** VGE-APP
- 25** INGEZONDEN BRIEF
- 27** SPONSOREN, COLOFON

Het najaarsnummer van 2021 heeft als thema 'Early Health Technology Assessment (eHTA)'.

Wilt u een bijdrage leveren aan dit nummer, neem dan voor 1 augustus 2021 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 2021.

## VOORWOORD

Nu alle media nog onverminderd bol staan van COVID 19 gerelateerd nieuws, kan het VGE bulletin niet achterblijven, maar natuurlijk wel zoals gezien door een gezondheidseconomische bril.

U vindt een variëteit aan bijdragen in dit bulletin van de financiële impact van de pandemie, via prioritaire groepen voor vaccinatie en kosten-effectiviteit van vaccinatie tot sociaal economische gezondheidsverschillen ten tijde van COVID. We hopen dat het bij het verschijnen van dit nummer weer mogelijk is om dit bulletin in het zonnetje op een terras te lezen. De redactie wenst u veel leesplezier!

Mocht u willen reageren op één van deze artikelen dan nodigen we u van harte uit om uw reactie (max 150 woorden) voor 15 september naar: [bulletin@gezondheidseconomie.org](mailto:bulletin@gezondheidseconomie.org) te sturen.

# PRIORITAIRE GROEPEN VOOR COVID-19 VACCINATIE: DE BELGISCHE PUBLIEKE OPINIE

Jeroen Luyten, Sandy Tubeuf en Roselinde Kessels

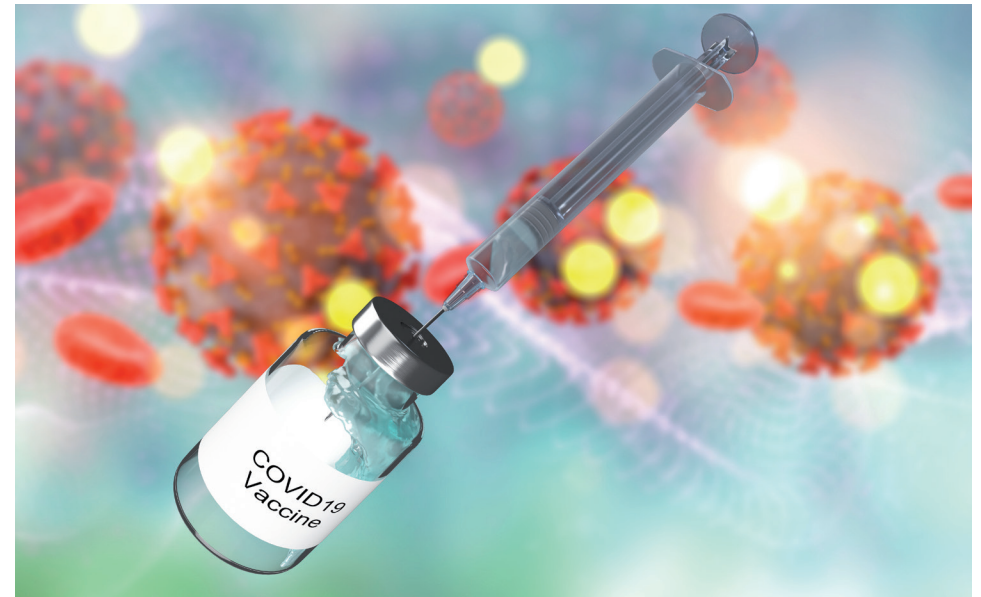
## RECHTVAARDIGE VERDELING VAN EEN LEVENSSREDDEND VACCIN

Eén jaar later in een ongekende volksgezondheids crisis zijn intussen verschillende vaccins beschikbaar die bescherming bieden tegen Sars-CoV-2. Maar, zoals verwacht, verloopt de uitbreiding van de productiecapaciteit traag en overtreft de wereldwijde vraag ruimschoots het beschikbare aanbod. Daardoor stelt zich het probleem hoe de vaccins internationaal verdeeld moeten worden, maar ook hoe ze binnen elk land verspreid moeten worden over de bevolking. Niet iedereen kan onmiddellijk gevaccineerd worden en bijgevolg moeten er prioriteiten gesteld worden. Ook al beseft niet iedereen dit, het gaat hier over een levensbelangrijk goed.

De meeste landen hebben in overleg met experts gekozen om de meest kwetsbare groepen eerst te beschermen: zij die het grootste risico lopen om te overlijden of om ernstig ziek te worden. Dit zijn de ouderen en mensen met onderliggende aandoeningen zoals hartpatiënten, diabetici, mensen met chronische luchtweg- of longproblemen, etc. Daarnaast wordt ook voorrang gegeven aan gezondheidswerkers. Deze beroepsgroep wordt meer blootgesteld aan het virus en indien zij (op grote schaal) ziek zouden worden heeft dat ook implicaties voor de overlevingskansen van anderen. Jonge, gezonde mensen komen doorgaans laatst in de rangschikking.

Deze prioriteitenstelling vertrekt van het principe dat we in de eerste plaats het aantal doden en ernstig zieken moeten minimaliseren, rechtstreeks door de meest kwetsbaren te vaccineren en onrechtstreeks door diegenen die het zorgsysteem in stand houden (de gezondheidswerkers) te beschermen.

Er zijn echter ook andere verdeelprincipes denkbaar. Men zou de vaccins bijvoorbeeld

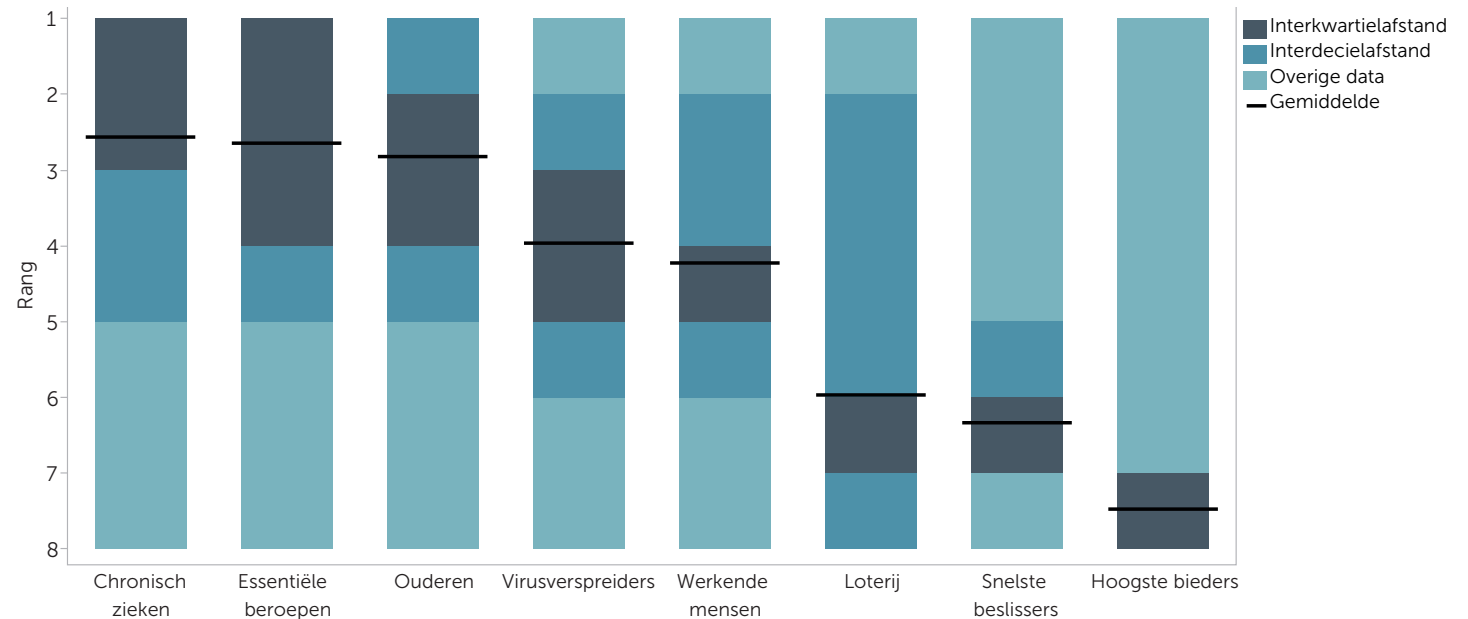


zo kunnen inzetten dat ze vooral levensjaren redden (in plaats van levens) en dus meer gewicht geven aan overlijdens bij jongere leeftijdscategorieën. Als we vooral bezorgd zouden zijn over de impact van het virus op de economie en de samenleving zouden we nog andere onderscheidingen kunnen aanbrengen tussen mensen. De actieve bevolking is bijvoorbeeld belangrijker voor de economie en hen voorrang geven zou de economische impact van de pandemie kunnen beperken. Maar zelfs wanneer we vastleggen welk doel we willen nastreven, staat het ook niet vast wat de beste

# PRIORITAIRE GROEPEN VOOR COVID-19 VACCINATIE: DE BELGISCHE PUBLIEKE OPINIE

manier is om dat doel te bereiken. Een vaccin heeft immers twee functies: bescherming van de gevaccineerde en verbreking van de transmissieketen. Hierdoor kan de te vaccineren groep soms verschillen van de groep die we eigenlijk vooral willen beschermen. Om de zwaksten (de ouderen) te beschermen zou het bijvoorbeeld kunnen dat we de sterksten (de jongeren) moeten vaccineren.

Er zijn nog andere opties. In plaats van prospectief te kijken naar wat er te winnen valt bij de vaccinatie van verschillende doelgroepen zou ook retrospectief gekeken kunnen worden naar de mate waarin iemand een vaccin 'verdient'. Gezondheidswerkers (of andere beroepen) die hun leven riskeerden om anderen te helpen tijdens de crisis zouden dan meer 'recht' kunnen hebben op een vaccin, terwijl pakweg mensen die zich niet aan de maatregelen hielden minder verdienste hebben. Indien we van oordeel zijn dat iedereen strikt evenveel recht heeft op een vaccin en niemand voorrang zou mogen krijgen zouden we vaccins ook kunnen verloten onder de bevolking. Nog een andere optie is om vaccins onmiddellijk voor iedereen beschikbaar te stellen en aan te bieden aan diegenen die eerst in de rij staan ('first come, first served') of via opbod te verkopen



Figuur 1: Rangschikking van alternatieve strategieën voor Covid-19 vaccinatie, gaande van 'meest geschikt (rang 1) tot 'minst geschikt' (rang 8)

op de markt en dus voorrang te geven aan diegenen die er het meeste geld voor over hebben. Dergelijke strategieën zouden allicht de kleinst mogelijke inmenging van de overheid in onze keuzevrijheid impliceren.

Er zijn dus verschillende antwoorden mogelijk op de vraag wie er voorrang moet krijgen op een schaars, levensreddend middel zoals een Covid-19 vaccin. Wij hebben

onderzocht hoe de Belgische publieke opinie aankijkt tegenover deze prioriteitenstelling<sup>1</sup>. We hebben dit op twee manieren gedaan: door mensen rechtstreeks te vragen wat zij een faire strategie vinden en door hen een aantal concrete keuzesituaties voor te leggen en onrechtstreeks te observeren welke kenmerken tot prioriteit leiden. We hebben gebruik gemaakt van een nationaal representatief panel (volgens leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en provincie) van 2060 Belgen die tussen 6 en 16 oktober 2020 een online vragenlijst invulden. Dit was nog voor de eerste berichten (begin november) verspreid werden dat het Pfizer-BioNTech vaccin effectieve bescherming biedt.

### RECHTSTREEKSE BEVRAGING VAN VOORKEURSTRATEGIEËN

Respondenten werd eerst gevraagd om acht vaccinatiestrategieën te rangschikken van 'meest geschikt' tot 'minst geschikt': voorrang geven aan (1) mensen met een ernstige onderliggende ziekte (bv. hartaandoeningen), (2) 60-plussers, (3) mensen die het virus disproportioneel veel verspreiden, (4) essentiële beroepen (bv. gezondheidswerkers), (5) de actieve bevolking, (6) niemand voorrang geven (verdeling via een loterij), (7) vaccins aanbieden aan diegenen die eerst in de rij staan om gevaccineerd te worden ('first come, first served') en (8) voorrang geven aan zij die het meest willen betalen voor het vaccin.

De rangschikking in Figuur 1 geeft aan dat mensen inderdaad de door experts voorgestelde prioriteiten ondersteunden maar ook dat er niet één duidelijk 'beste' scenario was. De strategieën om zowel chronisch zieken, ouderen en essentiële beroepen voorrang te geven werden gezien als meest geschikt. Ongeveer 75% van de mensen vond dat een van deze drie groepen dé prioritaire groep was en dat elk van deze

strategieën een top 3 strategie was. Minder populair was de strategie om werkende mensen of virusverspreiders prioriteit te geven. Onderaan de rangschikking stonden de drie strategieën 'loterij', 'first come, first served' of verdeling via een marktsysteem. De loterijstrategie gaf bijzondere resultaten. Ze was erg onpopulair (79% vond het één van de drie slechtste strategieën) maar toch was ze voor 10% van de mensen de beste of tweede beste strategie. De voorstanders van een loterij waren vooral jonger (tussen 18 en 64 jaar), Franstalig, lager geschoold, en maakten minder deel uit van een risicogroep voor Covid-19.

### INDIRECTE METING VAN VOORKEURSTRATEGIEËN DOOR OBSERVATIE VAN KEUZES

Aan de hand van een discreet keuze-experiment hebben we de respondenten vervolgens tien keuzesituaties voorgelegd, telkens tussen twee individuen die onderling concurreerden voor een Covid-19 vaccin. Deze individuen verschilden op vijf vlakken: (1) hun leeftijd, (2) of ze een onderliggende ziekte hadden met extra risico's voor Covid-19, (3) of ze een essentieel beroep uitoefenden, (4) of ze een groot of een klein risico vormden om het virus verder te verspreiden en (5) of de economische impact eerder groot of klein zou zijn in geval van ziekte.

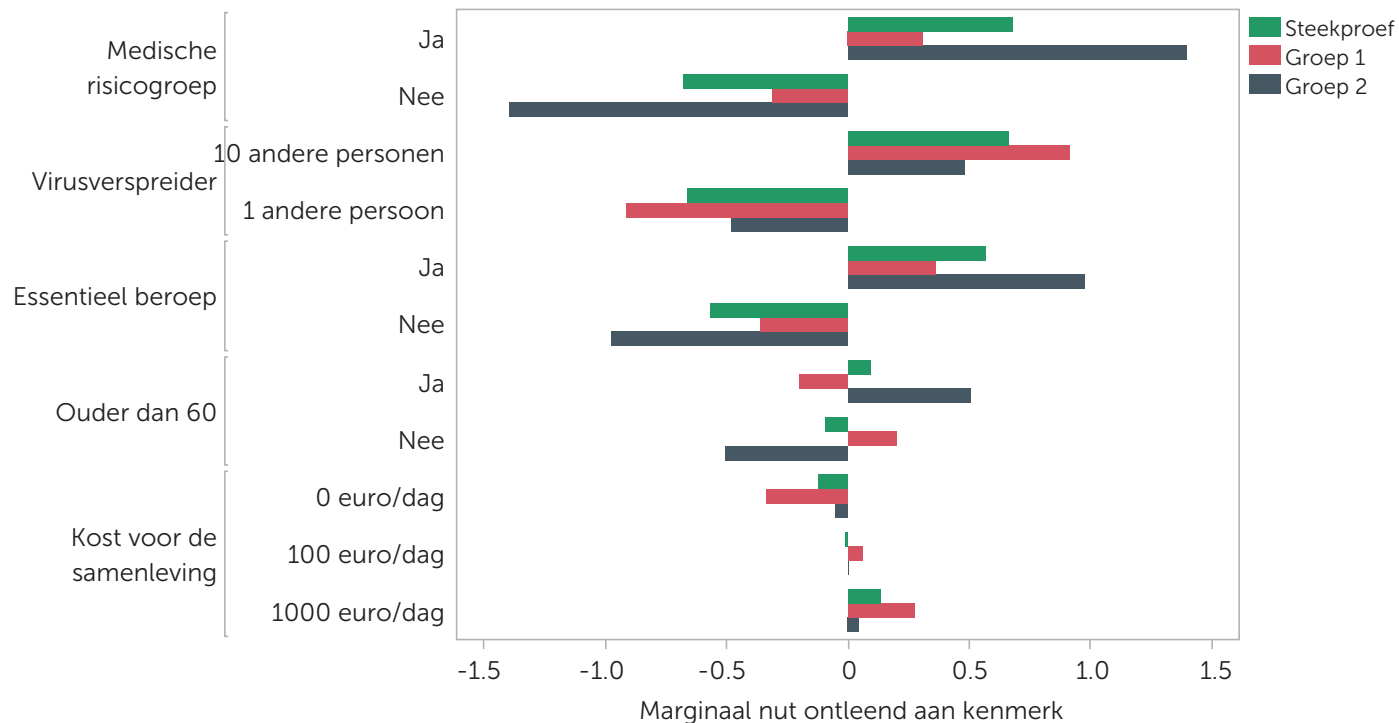
Een analyse van 19440 keuzes (van in totaal 1944 respondenten) gaf ons een inzicht in het relatieve belang van alle vijf kenmerken bij het stellen van vaccinatiënprioriteiten. Zoals de geschatte voorkeuren voor deze steekproef in Figuur 2 (de groene staven) laten zien, was geen enkel kenmerk echt dominant. Wel waren drie kenmerken ongeveer even belangrijk: tot een risicogroep behoren door onderliggende ziekte, een essentieel beroep uitoefenen en een grote virusverspreider zijn. Zowel leeftijd als economische impact werden minder belangrijk bevonden wanneer een keuze tus-

# PRIORITAIRE GROEPEN VOOR COVID-19 VACCINATIE: DE BELGISCHE PUBLIEKE OPINIE

sen twee concrete kandidaten gemaakt moest worden.

De steekproef was echter niet homogeen in de voorkeuren voor de vijf kenmerken. We konden namelijk twee groepen onderscheiden, wiens voorkeuren ook afgebeeld zijn in Figuur 2 (de rode en blauwe staven). De ene groep (54%) koos voor een meer instrumentele strategie en vond vooral de vaccinatie van virusverspreiders belangrijk. De andere groep (46%) koos meer voor een rechtstreekse bescherming van de zwaksten en vond vooral de vaccinatie van mensen met onderliggende aandoeningen prioritair. Beide groepen vonden het uitvoeren van een essentieel beroep het tweede belangrijkste kenmerk. Terwijl oude leeftijd wél van tel was in de tweede groep was dit minder het geval in de eerste groep.

Tenslotte konden we bepaalde kenmerken associëren met de groep 1 en 2 respondenten. Vergeleken met de groep 2 respondenten waren deze van groep 1 eerder Franstalig, twijfelachtig of ze zich zouden laten vaccineren tegen Covid-19, werkloos,



Figuur 2: Geschatte voorkeuren voor de volledige steekproef (1944 respondenten), groep 1 (1058 respondenten) en groep 2 (886 respondenten)

meer geneigd om prioriteiten door de bevolking te laten stellen dan door de overheid en hadden ze een hogere kans om een Covid-19 infectie gehad te hebben die niet met een test bevestigd was. Er was geen verschil m.b.t. leeftijd, het al dan niet uitvoeren van een essentieel beroep, opleidingsniveau of andere variabelen in de vragenlijst.

## CONCLUSIE

Slechts weinig Belgen lijken te vinden voor een verdeling van Covid-19 vaccins aan de hand van een loterij of een markt. Wanneer ze rechtstreeks gevraagd werden naar hun voorkeurstrategie, was voor de meeste mensen de momenteel gebruikte (maar toen nog niet bepaalde) strategie om eerst de zwaksten (ouderen en zieken) en gezondheidswerkers te vaccineren de beste aanpak. Wanneer ze concrete keuzes moesten maken tussen individuen bepaalden onderliggende ziekte en het uitvoeren van een essentieel beroep nog steeds in belangrijke mate de prioriteit. Het aspect leeftijd verdween naar de achtergrond terwijl de mate waarin iemand het virus kan verspreiden belangrijker werd. De keuze tussen vaccins instrumenteel inzetten zodat ze de transmissie maximaal doorbreken, of ze inzetten om eerst de zwaksten te beschermen is een fundamenteel dilemma in een vaccinatiebeleid. In de huidige context stelt het dilemma zich echter minder aangezien we tot op heden (nog) niet weten in welke mate de beschikbare vaccins naast bescherming ook verspreiding beletten. Het is op dit moment namelijk nog onduidelijk of een instrumentele vaccinatiestrategie wel effectief zou zijn als schild tegen Covid-19. Een schrale troost, maar het maakt de discussie over wie er eerst gevaccineerd moet worden alvast iets eenvoudiger.

**Jeroen Luyten is hoofddocent gezondheidseconomie aan de KU Leuven, Sandy Tubeuf is hoogleraar gezondheidseconomie aan UCLouvain, en Roselinde Kessels is docent gezondheidseconometrie aan de Universiteit Maastricht.**

## REFERENTIES

1. Luyten J, Tubeuf S, Kessels R. CEPR Covid Economics 2020, 57:1-19.

## VAN HET BESTUUR

### VACATUREPENNINGMEESTER VGE

Het bestuur van de VGE zoekt een nieuwe penningmeester. Heb je ervaring met financiële verantwoordelijkheden en vind je het leuk om onze vereniging een handje te helpen? Dan zijn we op zoek naar jou! De rol van penningmeester is niet groot, maar wel belangrijk. Het takenpakket is overzichtelijk: je zorgt voor betalingen (alles gaat via mobiel bankieren), verwerkt facturen in de financiële administratie, maakt jaarlijks een update van de compacte begroting en laat - door een extern bureau - na afloop van het boekjaar een jaarrekening opstellen.

Tot slot ben je verantwoordelijk voor het (laten) uitvoeren van de jaarlijkse contributie-inning. Qua tijdbesteding kun je denken aan gemiddeld een dagdeel per maand. Uiteraard denken de andere bestuursleden met jou mee en springen waar nodig bij. De huidige penningmeester kan in de loop van het jaar zorgen voor een warme overdracht. Heb je belangstelling, neem dan contact op met onze voorzitter via [vankleef@eshpm.eur.nl](mailto:vankleef@eshpm.eur.nl).

# COVID-CRISIS IN DE ZORG: ONZEKERHEID VERZEKERD

Mieke Reuser en Suzanne van Veen

*De COVID-19 crisis legt een enorme druk op onze gezondheidszorg. Hoewel er vele miljoenen omgaan in extra zorg voor COVID, is de zorgpremie voor 2021 beperkt gestegen. Hoe kan dat? Hoe wordt de COVID-crisis in de curatieve zorg eigenlijk betaald? Wat betekent dit voor de toekomstige betaalbaarheid van de zorg?*

De COVID-19 crisis zorgde voor grote druk op de continuïteit van onze gezondheidszorg, zowel voor COVID-patiënten als reguliere patiënten. Voor de COVID-zorg is met spoed extra beademingsapparatuur en beschermingsmateriaal zoals handschoenen, schorten en mondkapjes aangeschaft en IC-units zijn opgeschaald, waarvan de bezetting landelijk werd gecoördineerd om de druk op de IC-units te verdelen. Daarbij werd de reguliere zorg in verschillende gradaties afgeschaald: niet-spoedeisende behandelingen werden uitgesteld om capaciteit te behouden voor COVID-zorg. Tevens vermeden patiënten artsbezoeken, onder andere in de huisartsenzorg.

Deze COVID-crisis veroorzaakte grote financiële onzekerheden, met weinig zicht op hoe de crisis zich zou voortzetten. Het Ministerie van Financiën heeft bepaalde kosten, zoals beademingsapparatuur direct betaald. Zorgverzekeraars<sup>a</sup> hebben met zorgaanbieders landelijke afspraken gemaakt over vergoeding van extra

kosten van COVID-zorg (waaronder voor de IC- en verpleegdagen) en continuïteitsbijdragen. Een continuïteitsbijdrage is een vergoeding aan zorgaanbieders voor gederfde inkomsten van de zorgaanbieder ter compensatie van doorlopende kosten. Deze afspraken zorgden voor duidelijkheid en zekerheid over de financiën bij zorgaanbieders, zodat de zorg gecontinueerd kon worden.

Figuur 1 geeft een overzicht van de kosten, regelingen en afspraken in verband met COVID en wie wat betaalt.

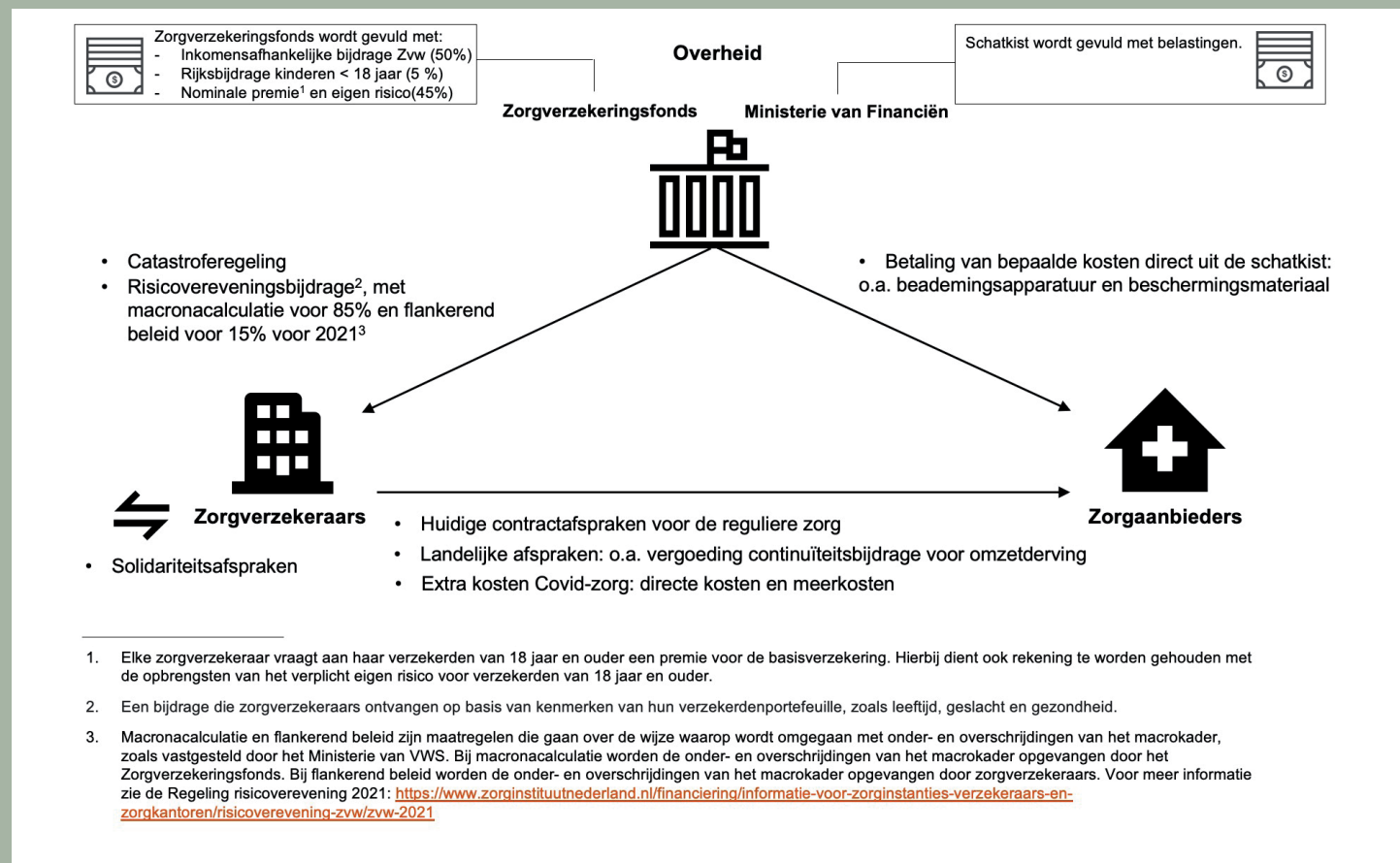
## **COVID-KOSTEN EN EEN COMPENSATIE VANUIT DE CATASTROFEREGELING**

De Zorgverzekeringswet kent een catastrofereregeling om financiële risico's van zorgverzekeraars te mitigeren als gevolg van een natuurramp, pandemie of kernexplosie (artikel 33 Zvw). De catastrofereregeling bepaalt dat zorgverzekeraars een extra bijdrage ontvangen ter dekking



van een deel van de kosten in verband met een catastrofe. Op het moment dat de Wereld Gezondheidsorganisatie de COVID-pandemie uitriep, is deze regeling in werking getreden.

De COVID-kosten die in aanmerking komen voor de catastroferegeling zijn te verdelen in directe COVID-kosten en COVID-meerkosten<sup>1</sup> (Beleidsregel catastroferegeling, 2020). Directe COVID-kosten zijn patiëntgebonden kosten voor COVID-patiënten, waaronder reguliere ziekenhuis-DBC's en add-ons voor IC-opnames. Ook zijn reguliere tarieven van zorg buiten het ziekenhuis opgehoogd, zoals bij huisartsen en ambulancezorg<sup>2</sup>. COVID-meerkosten zijn kosten in verband met COVID, die niet specifiek aan een patiënt toe te wijzen zijn. Het gaat hier bijvoorbeeld om kosten voor het werken met extra (en duurder) beschermingsmateriaal, het inzetten van extra personeel en het beschikbaar houden van zorgcapaciteit. De directe COVID-zorg én de COVID-meerkosten worden door



Figuur 1: Overzicht van de kosten, regelingen en afspraken in verband met COVID (vereenvoudigd)

# COVID-CRISIS IN DE ZORG: ONZEKERHEID VERZEKERD

zorgverzekeraars betaald op basis van de afspraken met zorgaanbieders. De continuïteitsbijdragen vallen niet onder de catastroferegeling.

Zorgverzekeraars ontvangen een extra bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds als de COVID-kosten in het catastrofejaar (2020) en het daaropvolgende kalenderjaar (2021) tezamen, voor een zorgverzekeraar hoger zijn dan een drempel: 4% van de vereveningsbijdrage<sup>b</sup> (dit is omgerekend circa € 1 miljard landelijk). Boven de drempel van 4% heeft de zorgverzekeraar recht op een extra bijdrage ter grootte van 5/3 van de COVID-kosten boven de drempel. Bij COVID-kosten van 10% tot 20% van de vereveningsbijdrage worden de volledige COVID-kosten gedekt (dit is omgerekend circa € 2,6 tot € 5,2 miljard landelijk). Bij meer dan 20% van de vereveningsbijdrage komen de COVID-kosten boven deze drempel volledig voor rekening van de zorgverzekeraar.

De catastroferegeling geldt voor individuele zorgverzekeraars. Iedere zorgverzekeraar dient zelf een verzoek in te dienen om aanspraak te maken op een bijdrage uit de catastroferegeling, rekening houdend met de drempel van 4%.

De catastroferegeling voorkomt echter niet een ongelijke verdeling van de impact van COVID over zorgverzekeraars. Om deze reden hebben zorgverzekeraars onderling solidariteitsafspraken gemaakt.<sup>3</sup>

## **REGELINGEN VOOR REGULIERE ZORG EN ONDERLINGE SOLIDARITEIT ZORGVERZEKERAARS**

Uitzonderlijk aan deze COVID-crisis is dat er naast de extra COVID-kosten ook minderkosten zijn als gevolg van uitval en uitstel van de reguliere zorg, in ieder geval in 2020. Bij veel zorgvormen: ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, wijkverpleging en geestelijke gezondheidszorg, zijn behandelingen en consulten geannuleerd of uitgesteld, dan wel in bepaalde vorm op afstand geleverd<sup>4</sup>. Een deel van de

uitgestelde zorg zal verdampen, bijvoorbeeld zorg in de wijkverpleging die niet ingehaald kan worden. Een ander deel van de uitgestelde zorg zal worden ingehaald in 2021 (of later), mogelijk in zwaardere vorm doordat de behandeling is uitgesteld of de diagnose later is gesteld dan normaal<sup>4,5</sup>. De zorgkosten in 2020 zijn hierdoor lager uitgevallen, waarbij er grote onzekerheid is over de effecten hiervan op de zorgkosten in 2021 en volgende jaren. Voor 2021 is macrona-calculatie ingevoerd voor 85% en flankerend beleid voor 15% (in plaats van 100% flankerend beleid in voorgaande jaren). Dit betekent dat overschrijdingen van het macrokader voor de zorgkosten voor 85% worden betaald uit het Zorgverzekeringsfonds<sup>c</sup> en voor 15% voor rekening komen van zorgverzekeraars; onderschrijdingen van het macrokader (bijvoorbeeld als gevolg van vraaguival) vloeien voor 85% terug naar het Zorgverzekeringsfonds en blijven voor 15% behouden voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben regelingen

getroffen met zorgaanbieders over de vergoeding van gedeerde omzet om de continuïteit van de zorg te borgen. In opvolging daarvan hebben zorgverzekeraars onderling afspraken gemaakt over de verdeling van onevenwichtige effecten als gevolg van COVID. Naast het verdelen van de COVID-kosten en bijdragen uit de catastroferegeling, zorgen de onderlinge afspraken ook voor een solidaire verdeling van de impact op de reguliere zorg, waarbij de reguliere concurrentieposities zoveel mogelijk in stand blijven. Vanwege de uitzonderlijke situatie van deze crisis in combinatie met het maatschappelijk belang voor een evenwichtige zorgverzekeringsmarkt zijn deze solidariteitsafspraken voor 2020 door de Autoriteit Consument & Markt goedgekeurd<sup>3</sup>.

## **HOE PAKKEN ALLE REGELINGEN UIT VOOR 2020 EN 2021 EN VERDER?**

Voor een goed beeld over 2020 moeten de zorgkosten uitgedeclareerd zijn en alle

regelingen administratief zijn afgehandeld; dit is nu nog niet volledig het geval. Een recente schatting geeft aan dat de COVID-kosten ten minste € 1,7 miljard voor 2020 en 2021 bedragen<sup>6</sup>. Landelijk wordt de 4%-drempel van de catastrofereregeling behaald. Zorgverzekeraars kunnen een bijdrage uit deze regeling ontvangen. De hoogte van deze bijdrage hangt af van de verdere ontwikkeling van de COVID-crisis in 2021. Daarnaast zijn de reguliere zorgkosten in 2020, zelfs rekening houdend met continuïteitsbijdragen, meegevallen door de uitval en uitstel van zorg. Deze effecten in combinatie met de getroffen regelingen in 2020 hebben er aan toe bijgedragen dat de premie voor de basisverzekering voor 2021 zeer beperkt is gestegen.

Echter, welke financiële effecten de COVID-crisis heeft voor de premie voor 2022 en daaropvolgende jaren is nu niet goed te overzien. De impact hiervan is sterk afhankelijk van de verdere ontwikkeling van de COVID-crisis en in welke mate

de reguliere zorg wordt gecontinueerd en daarbij juist inhaalzorg wordt geleverd (en wachtlijsten worden weggewerkt). Momenteel zet de COVID-crisis zich voort, waarbij onder vele betrokken partijen het besef is dat forse uitval van reguliere zorg veel gezondheidsschade voor de burger en maatschappij oplevert.

### **EÉN ZEKERHEID IN DE COVID-CRISIS**

De COVID-crisis brengt naast de dreiging voor onze gezondheid, veel onzekerheden met zich mee voor de continuïteit, de organisatie en de betaalbaarheid van onze gezondheidszorg. Deze crisis geeft één zekerheid: de COVID-crisis drukt een historische stempel op onze gezondheidszorg, waarvan de gevolgen nog lang te merken zullen zijn.

**Mieke Reuser werkt als coördinator risicoverevening bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en als universi-**

**tair docent aan de Erasmus Universiteit bij ESHPM. Suzanne van Veen werkt als manager bij PwC en adviseert partijen in de gezondheidszorg over financierings- en strategische vraagstukken.**

- a. Zorgverzekeraars hebben gezamenlijk landelijke afspraken gemaakt met ziekenhuizen en met andere zorgaanbieders<sup>7</sup>, met uitzondering van EUCARE. EUCARE maakt zelfstandig afspraken.<sup>8</sup>
- b. Vereveningsbijdrage is de compensatie die zorgverzekeraars ontvangen uit het zorgverzekeringsfonds op basis van kenmerken van hun verzekerdenpopulatie zoals leeftijd, geslacht en gezondheid.
- c. Het Zorgverzekeringsfonds wordt gevuld met een inkomensafhankelijke bijdrage door iedere burger (belasting), een rijksbijdrage voor kinderen (via de belasting) en de nominale premie (de premie die de zorgverzekeraar aan iedere verzekerde vraagt voor de basisverzekering).

### **REFERENTIES**

1. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/besluit/2020/12/17/beleidsregels-catastrofereregeling-2020-en-2021-covid-19-corona>
2. <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/04/17/nza-verwerkt-corona-afspraken-tussen-zorgverzekeraars-en-huisartsenorganisaties-in-regelgeving>
3. <https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/reactie-acm-verdeling-coronakosten-zorgverzekeraars-2020.pdf>
4. [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_623605\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_623605_22/1/)
5. <https://www.kwf.nl/pers/daling-van-het-aantal-kankerdiagnoses-door-corona>
6. <https://www.zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=5845680128>
7. <https://www.zn.nl/corona/corona>
8. <https://www3.aevitae.com/nieuws/2020/individuele-afspraken-ziekenhuizen-1/>

# GEZONDHEIDSECONOMIE VAN VACCINATIES: VAN HUIDIGE PRAKTIJK NAAR PERSPECTIEVEN VOOR DE TOEKOMST

Cornelis Boersma en Maarten J. Postma

## KOSTENEFFECTIVITEIT VACCINS

Bij de beoordeling van vaccins en vaccinatieprogramma's zijn door de gezondheidsraad een aantal criteria opgesteld waarbij – net als bij geneesmiddelen – een duidelijke rol voor kosteneffectiviteit bestaat.<sup>1,2</sup> Toch spelen bij vaccinaties aspecten een rol die specifiek zijn voor infectieziekten en de toepassing van vaccins. Zo gaan de kosten van vaccinaties veelal voor de baten uit, is de verspreiding van een infectie een complex en belangrijk aspect mede te beïnvloeden door vaccinatie, kan er sprake zijn van groepsimmunitet, is het niet altijd duidelijk wat het risico op een uitbraak is en is inherent onzeker wat het daadwerkelijke effect van een vaccinatie is waardoor monitoring op bevolkingsniveau noodzakelijk is. Ondanks dat we weten dat innovatie voor wat betreft infectieziekten preventie naast hygiëne maatregelen in de top van meest effectieve medische innovaties staat, hanteren we in tegenstelling tot bij geneesmiddelen voor vaccins strikt het laagste gangbare willingness-to-pay afkappunt van €20.000 per voor kwaliteit gecorrigeerd levensjaar.<sup>1,2</sup>

## DE (BREDE) WAARDE VAN VACCINS

De uitbraak van de COVID-19 pandemie heeft duidelijk gemaakt hoe enorm verstrekkend de impact van een dergelijke infectieziekte kan zijn voor de zorg, de maatschappij en de economie. Met de beschikbaarheid van vaccins is het enige wat telt dat we zo snel mogelijk alle mensen gevaccineerd hebben. In deze fase van de pandemie zal

er weinig aandacht zijn voor de kosteneffectiviteit van vaccins, maar dat zal anders zijn op het moment we in rustiger vaarwater komen en mogelijk naar een jaarlijkse COVID-19 vaccinatie gaan, vergelijkbaar met de influenza. Er zal dan bijvoorbeeld over boosters en hervaccinaties en meer expliciet over typen vaccins moeten worden beslist. Het is evident dat kosteneffectiviteitsanalyses een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan dergelijke discussies.<sup>3</sup> Tevens maakt de COVID-19 pandemie duidelijk op welke schaal infectieziekten impact kunnen hebben, ook op macro-economisch niveau, hetgeen de reeds bestaande discussie versterkt over de noodzaak voor een bredere reikwijdte van de kosteneffectiviteitsanalyse om de consequenties van vaccinaties adequaat te includeren en de volledige waarde van vaccins te rechtvaardigen.<sup>4</sup>

Een gedetailleerde beschouwing van de waarde van vaccins leert ons dat diverse aspecten in conventionele kosteneffectiviteitsanalyse niet standaard meegenomen worden.<sup>5</sup> Allicht is het Nederlandse maatschappelijke perspectief al aanzienlijk ruimer dan het gezondheidsperspectief als gehanteerd door bijvoorbeeld de Joint Committee of Vaccination & Immunization in het Verenigd Koninkrijk, maar toch ontbreken er nog een aantal zaken als ook al wel eerder in de literatuur gespecificeerd.<sup>6</sup> Hierbij kan worden gedacht aan de effecten op kwaliteit van leven bij gezins- en familieleden van personen met infectieziekten, bijvoorbeeld bij partner of kind(eren). Daarnaast is er het feit dat als je kind bijvoorbeeld is gevaccineerd tegen meningokokken B dat een bepaalde gemoedsrust geeft. Dus naast effecten op kwaliteit van leven bij gezinnen

die te maken hebben met de ziekte zijn er ook belangrijke effecten voor ouders van beschermde kinderen!

### RAAMWERK VOOR INFECTIEZIEKTEN MODELLERING

De overwegingen die nu eminent zijn in het beheersen van COVID-19, de economische gevolgen, specifieke kosteneffectiviteitsmethoden, het R-getal, real-world-data schattingen, discontering van lange termijn kosten en effecten en transmissiemodelering zijn niet nieuw. Waar deze overwegingen de afgelopen tientallen jaren al, zij het minder pregnant, een rol hebben gespeeld bij bijvoorbeeld griep zal hier meer en meer de aandacht op moeten worden gevestigd. Griep geeft allicht een zinvol raamwerk voor COVID-19 en simultane jaarlijkse vaccinatie tegen COVID-19 en griep is niet slechts denkbeeldig voor de komende jaren. Sinds de start van de COVID-19 pandemie zijn er overeenkomsten met het griepvirus - zowel voor wat betreft verspreiding als ook de potentiële pandemische aard. Tevens zijn controlestrategieën voor de ene (bijvoorbeeld COVID-19) van invloed op andere respiratoire infecties zoals griep/influenza, maar ook respiratoir syncytieel virus, pneumokokkeninfecties en kinkhoest. Dergelijke infecties lijken overigens tevens elkaar te versterken of mitigeren, zoals momenteel wordt geanalyseerd binnen het EU-project 'Vaccine and Infectious Diseases in the Aging Population' (VITAL; EU-project #806776).

### DE ROL VAN GEZONDHEIDSECONOMIE IN EEN VERANDEREND VACCINLANDSCHAP

Met bovenstaande in gedachten kunnen we de recente ontwikkelingen op influenzavaccinatie zien als de potentiële toekomst voor de Health Technology Assessment



voor COVID-19 vaccins. Gezondheidseconomie heeft bijvoorbeeld een grote rol gespeeld in de recente discussie over het optimaal controleren van griep in de bevolking. Zo is recentelijk in diverse landen besloten te switchen naar nieuwere, duurdere maar

# GEZONDHEIDSECONOMIE VAN VACCINATIES: VAN HUIDIGE PRAKTIJK NAAR PERSPECTIEVEN VOOR DE TOEKOMST

ook betere influenzavaccins. Zowel quadrivalente en hoge-dosis vaccins bleken uiterst kosteneffectief bij ouderen.<sup>7,8</sup> Tevens zijn nieuwe vaccinatiestrategieën onderzocht, zoals het vaccineren van kinderen om onbeschermden indirect te beschermen (reeds jaren geleden ingevoerd in het Verenigd Koninkrijk). Recentelijk werd de gunstige kosteneffectiviteit ook voor Nederland aangetoond.<sup>9,10</sup> Ook zijn er COVID-19 vaccins voor kinderen in ontwikkeling en is implementatie van een dergelijke strategie straks niet slechts denkbeeldig.

## ANTICIPEREN EN INVESTEREN

Tenslotte, zien we microbiële resistentie wereldwijd toenemen en behandeling van respiratoire infecties speelt hierin een grote rol. Het mechanisme waarmee vaccins via twee routes een belangrijke rol kunnen spelen in de controle van dit probleem is recent beschreven.<sup>11</sup> Het betreft zowel een directe route in het voorkomen van bacteriële infecties en gerelateerde huisartsbezoeken en voorschriften als wel een indirecte route waarbij mogelijk "onterechte" voorschriften voor antibiotica kunnen worden voorkomen (Value-Dx; EU-project #820755). Het maakt de vaccins allicht alleen nog maar meer kosteneffectief. De druk op samenlevingen door de maatschappelijke en immense economische impact van COVID-19, verhoogt de druk op het snel implementeren van effectieve en veilige vaccinatie strategieën. Echter, besluitvorming rondom toekomstige vaccinatie strategieën zal niet altijd gedreven worden door de directe impact van infectieziekten. Dit maakt dat we alleen weten welke mogelijke gezondheidswinst we hebben laten liggen door het niet implementeren van vaccinaties. Juist daarom is het zo ontzettend van belang dat we onder meer de potentiële gevolgen van infectieziekten, de heterogeniteit van populaties, de verspreiding van virussen, het doel van een vaccinatie (bv. populatie of individuele bescherming) en

de onderlinge afhankelijkheden tussen infectieziekten, zo optimaal mogelijk meenemen in het bepalen van de kosteneffectiviteit van vaccinaties. Kosteneffectiviteit zal in toenemende mate belangrijk zijn voor wat betreft de besluitvorming over toekomstige investeringen in vaccinaties ten behoeve van de publieke en individuele gezondheid.

**Cornelis Boersma is bijzonder hoogleraar Duurzame Zorg en Innovatie aan de Open Universiteit en gezondheidseconoom aan het UMC Groningen en de Rijksuniversiteit Groningen. Maarten Postma is hoogleraar Farmaco-economie aan het UMC Groningen en de Rijksuniversiteit Groningen.**

## REFERENTIES

1. Gezondheidsraad. Beoordelingskader voor vaccinaties. Den Haag, 2020.
2. Zorginstituut Nederland. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg. Diemen, 2015.
3. <https://htai.org/hta-support-for-covid-19/position-statements-and-hta-reads>
4. Ultsch B, et al. *Pharmaceutics*. 2016;34(3):227–244.
5. Bärnighausen T, et al. *Lancet Global Health*. 2014;2(5):e251–e252.
6. Annemans L, et al. *Value Health*. 2021;24(1):105–111
7. Zeevat F, et al. *Value Health*. 2021;24(1):3–10.
8. Joint Committee of Vaccination and Immunization. Statement on influenza vaccines 2021-2022. <https://app.box.com/s/t5ockz9bb6xw6t2mrrzb144njplimfo0/file/737845224649>
9. Dolk FCK, et al. *Value Health*. 2021;24(1):11–18.
10. de Boer PT, et al. *Value Health*. 2021;24(1):19–31.
11. Atkins KE, et al. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(6):e204–e213.

# SOCIAALECONOMISCHE GEZONDHEIDS- VERSCHILLEN TEN TIJDE VAN COVID

Erik Buskens

*De gezondheidszorg zoals die zich de afgelopen eeuw heeft ontwikkeld zorgt feitelijk niet voor gezondheid, maar heeft zich erop toegelegd te reageren op ziekte. Er heeft zich een revolutie voltrokken, waarbij enorme progressie is geboekt op het terrein van diagnostiek en behandeling. De nadruk is ook steeds meer op medische expertise en ziekenhuiszorg komen te liggen. Daar is (bijna) alles op ingericht, daar gaat het meeste geld naartoe, en daaraan wordt vandaag de dag veel geld verdiend.*

Het is nog niet eens heel lang geleden dat Ignaz Semmelweis in 19e eeuw Wenen ontdekte dat een destijds zeer gevreesde aandoening met hoge sterfte tot wel 25%, de zogenaamde kraamvrouwenkoorts, kon worden voorkomen met simpele handhygiëne voorafgaand aan een verloskundige handeling.<sup>1</sup> Destijds werd zijn ontdekking door zijn tijds- en ambtsgenoten niet serieus genomen, hetgeen tot gevolg had dat bevallingen in de handen van medici pas decennia later veiliger werden.

Een tijdsgenoot die wellicht vandaag de dag meer bekendheid geniet is John Snow.<sup>2</sup> Snow was huisarts in Londen tijdens de grote cholera-epidemie (1854), en ontdekte het verband tussen (schoon) drinkwater en deze ziekte, die overigens ook vandaag de dag nog steeds vele slachtoffers maakt. Al tijdens zijn leven werd zijn ontdekking erkend, en hij wordt dan ook wel als een grondlegger van de epidemiologie en public health gezien.

Het moet je met grote ontdekkingen ook een beetje meezitten.

Waarom is dit stukje medische historie nu zo interessant? Omdat destijds het verschil in overleving en gezonde levensloop tussen arm en rijk hoog en laag opgeleid nauwelijks bestond. Of je nu hofdame was of pauper, kraamvrouwenkoorts was een serieus risico rondom de bevalling. Of je nu een edelman was of een arbeider in de stad, cholera kon je treffen. Nu was het natuurlijk wel zo dat de beter gesitueerden zich konden terugtrekken op hun riante buitenverblijven om zich te onttrekken aan de zomerse stank in de steden, en daarmee beschikten over schoon drinkwater waarmee men aan de grote epidemieën kon ontkomen, maar dat was dan ook wel het belangrijkste verschil. Als ziekte je trof dan was het mis. Kindersterfte was hoog (regionaal wel meer dan 30%) en de levensverwachting mede daardoor hooguit 45 – 50 jaar, ongeacht

afkomst.<sup>3</sup> Data uit kerkregisters etc. uit die tijd uit Noord-Nederland bevestigen het beeld dat arbeiders en herenboeren in dat opzicht niet van elkaar verschilden (niet gepubliceerde data).

Vervolgens werd een groot deel van de wereldbevolking in eerste helft van de 20e eeuw natuurlijk geteisterd door grote recessies, WO I, Spaanse griep en WO II, en die hebben er wat betreft overleving en ziektelast ook nog flink ingehakt, maar nog steeds niet met de grote verschillen tussen groeperingen vanuit sociaaleconomisch andere achtergronden zoals wij die vandaag de dag zien.

Universele maatregelen als aanleg van een drinkwaterleiding net, een rioleringsstelsel, vaccinatieprogramma's en het op grote beschikbaar komen van penicilline heeft de (Westerse) wereld in de eerste helft van de 20e eeuw in belangrijke mate verlost van infectieziekten, en

# SOCIAALECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN TEN TIJDE VAN COVID

niet te vergeten van een grote Syphilis epidemie.<sup>4</sup> Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) waren tot die tijd redelijk onbeduidend in ieder geval vanuit demografisch epidemiologisch perspectief.

Vanaf midden 20e eeuw gaat het hard met medische doorbraken en krijgen wetenschappers steeds meer inzicht in en grip op tot dan toe veelal fatale aandoeningen als kanker, hart- en vaatziekten en diabetes. Dit vertaalt zich in steeds betere diagnostiek (en screening) en behandeling zodat de in de 19e eeuw ingezette stijging van de levensverwachting onverminderd door kon gaan. Intussen worden Nederlanders gemiddeld 80 jaar of meer en dit zal in de 21e eeuw oplopen naar ruim boven de 90.<sup>5</sup> Let wel dit is gemiddeld, en dat betekent dat het bereiken van een leeftijd van 100 jaar niet uitzonderlijk zal zijn.

Intussen heeft zich wel een andere ontwikkeling voltrokken die al vele de-

cennia als een groot probleem van de volksgezondheid wordt gezien.<sup>6</sup> Met een toenemende welvaart en economische groei hebben velen in de samenleving zich kunnen ontwikkelen. Betere opleidingen, hogere inkomens, toegang tot luxegoederen (waaronder tabak) en voedsel dat voorheen was voorbehouden aan de rijkere in de samenleving. Voedselschaarste behoort in dit deel van de wereld tot het verleden en intussen is de fysieke inspanning die geleverd moet worden tijdens arbeid of om voedsel te vergaren tot een minimum beperkt. Een disbalans tussen energie inname en energiegebruik tekent zich af en in dit geval zal er net als bij de handel sprake van een overschot, een toename van reserves zijn. Prettig om wat magerder jaren door te komen, maar in het geval van een lijf dat jarenlang ballast mee moet torsen krijgen slaat de balans door. We krijgen massaal last van de reserves die een stressor zijn en vele fundamentele processen en balansen verstoren.<sup>7</sup> Tel daarbij ruime en te goedkope beschikbaarheid van tabak,

alcohol en meer externe stressoren als bestaansonzekerheid op, en het wordt duidelijk dat het lijf van individuen overvraagd kan worden. Als zich dit op grote schaal onder de gehele bevolking voltrekt ontstaat er dus een epidemie van de (niet voor niets) zogenaamde welvaartsziekten. Wat de moderne tijd onderscheidt, en wat hieraan zo bijzonder en hardnekkig blijkt te zijn is het feit dat met name de lager opgeleiden en mensen met een lager inkomen door deze epidemie getroffen worden. Et voilà, daar heb je SEGV. Theorieën, en evenzovele pogingen het tij te keren te over, maar keer op keer slagen we er niet in hier een doorbraak zoals met kanker en hart- en vaatziekten, en heel actueel met het corona vaccin, wel is gelukt te forceren.

Even een zijstapje naar een hobby onderwerp. Denk aan een oldtimer auto. Wat gebeurt er als je zuinig op je bezit ieder roestplekje steeds weer bijpunt om het uiterlijk in goede conditie houden. Daarnaast misschien een keer een uitlaat,

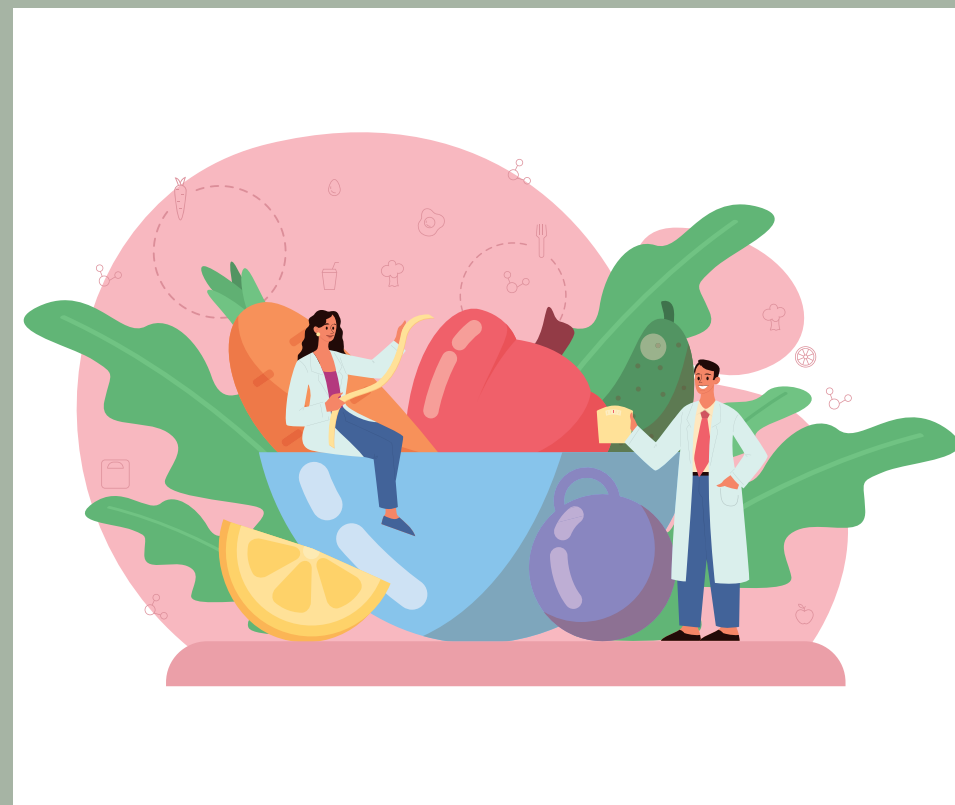
remschoen of schokbreker vervangt, maar de olie nooit ververs. Dan sta je op gegeven moment definitief stil omdat je geen preventief onderhoud hebt gepleegd, en kun je jouw auto ofwel naar de sloop afvoeren of je zet er een nieuw motorblok in. Dat laatste is bij de mens helaas zelden mogelijk, en dan nog heb je te maken met heel kostbare "afdankertjes". Het wordt ook nooit meer zoals het was. Het devies: Zo'n auto moet je netjes onderhouden op alle fronten. Regelmatig onderhoud, olie en andere vloeistoffen, droog stallen en goede kwaliteit benzine erin. Dan kun je er lang van genieten en heel veel plezier beleven. Doe je dat niet, dan wordt je oldtimer een enorme kostenpost en al snel schroot.

Wat zegt dit nu over SEGV, preventie en de opdracht voor volksgezondheid? Het antwoord is daarop nog niet met 100% zekerheid te geven, maar het wordt steeds duidelijker dat het gaat om keuzen, normen en waarden, datgene wat men bij wijze van spreken al met de paplepel bin-



nenkrijgt, en uiteraard de omgeving die gezonde keuzen al dan niet bemoeilijken. Binnen gezinnen en gemeenschappen kent men gebruiken en normen ten aanzien van "normaal" en gewenst gedrag, en daarmee is uiteraard op zich helemaal niets mis. Als mens in een vrije maatschappij mag je geloven wat je wilt, lezen wat je wilt, leren wat je wilt, eten, drinken en roken wat je wilt, en daarmee ligt de wereld (aan mogelijkheden) in principe open. Echter, als het van huis uit niet de norm is om onderwijs "te genieten", respectvol met elkaar en andere meningen om te gaan, te sporten of actief te zijn, genoeg groenten en fruit en geen of weinig vlees te eten, en tabak af te zweven, dan staan mensen met tenminste 1-0 achter. Tot op heden stelde de liberale overheid daar niets tegenover onder het mom van eigen verantwoordelijkheid en een kleine niet betuttelende overheid. Tel daarbij op dat de fysieke omgeving vaak niet uitnodigt tot het gewenste gezonde en actieve gedrag, huizen klein en van mindere kwaliteit kunnen zijn, en dat de

middelen om aan sport te doen voor een flink deel van de samenleving te kort schieten en de stand komt op 2-0 achter. Gemeenten zouden hier een rol kunnen pakken maar hebben gebrek aan kennis en het water staat aan de lippen. Dan is daar nog de commerciële wereld van de voedselvoorziening, de alcohol lobby en de tabakslobby, die erop gericht zijn om hun producten zo aantrekkelijk mogelijk te maken en daarmee zo veel mogelijk en zo jong mogelijk mensen aan hun meest winstgevendende producten te krijgen en de stand komt op 3-0 achter. Geen liberale overheid die deze ondernemers een strobreed in de weg heeft gelegd. Eigenlijk is de wedstrijd daarmee voor de meesten die zo opgroeien dus wel verloren. Al snel torsen zij extra kilo's, is roken de norm, en alcohol een onschuldige vreugd verhogende toevoeging aan water. Hoe SES de wedstrijd kan kantelen wordt daarmee ook duidelijk. Andere normen en verwachtingen, hoger onderwijs, andere huizen, groenere wijken, meer middelen, meer sport, beter eten etc., en in de arena



maak je tegen de krachten van de commercie tenminste een redelijke kans. Dit fenomeen werkt het leven lang door,

en ook als een ziekte dan toeslaat maakt men een grotere kans op een goede afloop als het lijf goed verzorgd is. Denk

# SOCIAALECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN TEN TIJDE VAN COVID

aan de oldtimer. Die kan best nog op zijn start getrapt worden als die goed is onderhouden, maar zou wel eens totaal kunnen vastlopen als dat werd verzuimd.

Daarmee komen we op de verklaring van het directe verband tussen SEGV en covid. Stond je ooit 3-0 achter en heb je intussen een chronische aandoening ontwikkeld dan kan het covid virus net de druppel zijn. Heb je nog geen chronische aandoening ontwikkeld, maar is de staat van onderhoud niet goed dan is dat ook een flink risico.<sup>8</sup> Covid vraagt veel van het lijf en als daar al heel veel van wordt gevraagd door slecht onderhoud is de kans op een minder goede afloop aanzienlijk hoger.

Daarnaast zijn er de preventieve maatregelen die zijn genomen om de pandemie te beteugelen en de effecten op de gezondheid (szorg) in te dammen. Het openbare leven is vrijwel tot stilstand gekomen en vele bedrijven en straks ook banen staan op de tocht. Een econo-

mische crisis die zijn weerga niet kent tekent zich af. Allerhande sectoren krijgen enorme klappen, het onderwijs haalt bij lange haar doelstellingen niet, sporten en andere activiteiten liggen aan banden, en de gemeenschappen die kleiner behuist zijn en het mentaal al moeilijk hadden komen onder hoogspanning. Het valt eenvoudig op de vingers na te tellen dat in de reservetijd van Rutte III velen intussen 4-0 achter zijn gekomen!

Na 17 maart ligt er een enorme opgave, en de voortekenen dat men serieus naar preventie en gezondheid gaat kijken lijken niet eens zo slecht. Van links naar rechts; iedereen onderkent dat het beleid op het terrein van preventie en gezondheid van de afgelopen drie kabinetten desastreus of op zijn best nalatend is geweest. De woordkeuze zal ter rechterzijde meer omfloerst zijn maar ook daar is er besef. De vraag wordt natuurlijk of de verkoop van tabak nu inderdaad serieus zal worden afgeremd, of er suikertaks komt, of er betere en meer betaalbare kinderopvang

komt, of er gezondheidsonderwijs komt, of er gezonde maaltijden zullen worden geserveerd op school, of ieder kind in staat zal worden gesteld te sporten, of gemeenten wijken tot gezonde wijken met voldoende woningaanbod ontwikkelen, of men bereid zal zijn te proberen de vleesconsumptie te verminderen en de bioindustrie op te heffen, etc. De korte opsomming is maar een begin, en signaleert het ontbreken van een totaalvisie op gezondheid die een plek verdient in ieder beleidsdomein. Preventie is niet van VWS alleen maar ook van OCW, EZ, SZ om er maar een paar te noemen.

Concluderend: het is hoog tijd werk te maken van "Health in All Policies" om SEGV te kunnen oplossen, en een volgende crisis als covid gewoon de baas te kunnen als ware het inderdaad "slechts een griepje".<sup>9</sup> Ik hoop van harte dat men de moed en visie heeft, en mijn stem wordt erdoor bepaald.

**Erik Buskens is hoogleraar Health Technology Assessment aan de Aletta Jacobs School of Public Health (UMC Groningen en Rijksuniversiteit Groningen)**

## REFERENTIES

1. [https://en.wikipedia.org/wiki/Ignaz\\_Semmelweis](https://en.wikipedia.org/wiki/Ignaz_Semmelweis)
2. [https://en.wikipedia.org/wiki/John\\_Snow](https://en.wikipedia.org/wiki/John_Snow)
3. Treffers PE. NTVG 2008;152:2788-94
4. Tampa M et al. J Med Life. 2014; 7: 4-10.
5. <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84883NED>
6. WRR-Policy Brief 7 Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.
7. [https://nl.wikipedia.org/wiki/Metabool\\_syndroom](https://nl.wikipedia.org/wiki/Metabool_syndroom)
8. Stefan N, et al Nature Reviews Endocrinology. 2021; 17:135-149(2021).
9. <https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>

# FINANCIËLE IMPACT VAN COVID-19 EN DE TOEKOMST VAN ONS ZORGSTELSEL

Piet de Bekker

*Op 28 januari 2021 vond een webseminar plaats, georganiseerd door de Rijkacademie voor Financiën, Economie en Bedrijfsvoering. Drie experts reflecteerden over de financiële impact van COVID-19 en gaven hun visie op de toekomst van ons zorgstelsel. Dit artikel geeft een compact verslag van die bijeenkomst.*

Het webinar onder leiding van Florian Kruse was verdeeld in vier blokken: (1) De impact van COVID-19 op de zorgkosten; (2) Allocatie van de zorg; (3) Financiële weerbaarheid van zorgaanbieders en (4) Advies aan een nieuwe regering.

## **IMPACT VAN COVID-19 OP DE ZORGKOSTEN**

Xander Koolman beet het spits af met een compacte presentatie over de vraag “wat wordt de rekening van deze pandemie?” Om deze vraag in perspectief te zetten, begint Xander met een terugblik op de afgelopen vijftien jaar. Hoewel de zorguitgaven van 2012 tot en met 2017 onder controle bleven, is het beeld over de totale periode dat zorguitgaven sterker groeiden dan het bruto binnenlands product (BBP). Het effect van vergrijzing is daarbij beperkt, en door de stijgende

zorgkosten is er in 2021 geen sprake van een verdere daling van de collectievelas-tendruk<sup>1</sup>.

We zien dat de uitgaven aan COVID-19 hoog waren in 2020, maar tegenover de meerkosten staan tegelijkertijd enorme minderkosten vanwege uitstel én afstel van zorg. Hoe het per saldo uitpakt is lastig te zeggen. De totale hoeveelheid zorg die we kunnen leveren wordt immers beperkt door de (schaarse) capaciteit aan arbeidskrachten. Zorgpersoneel kan niet opeens dubbel worden ingezet. Een enorme inhaalslag van niet-geleverde zorg is dan ook niet te verwachten. De twee andere sprekers, Marco Varkevisser en Patrick Jeurissen, delen de verwachting dat er door COVID-19 geen grote extra kostenpost zal zijn.

We geven in Nederland relatief veel uit aan langdurige zorg in vergelijking met andere westerse landen. En de uitgavenstijging wordt ook vooral verklaard door de langdurige zorg, aldus Patrick. Als we inzoomen op de curatieve zorg, dan is er – behalve bij de ziekenhuissector – eerder sprake van onderschrijdingen. Daarbij geeft Patrick aan dat er dankzij COVID-19 een trendbreuk is wat betreft gebruik van e-health. Digitale zorg is een werkbaar alternatief gebleken en wordt op veel zorglocaties inmiddels geaccepteerd door zorgverleners en patiënten. Daarnaast wordt er rationeler nagedacht over wat noodzakelijke zorg is, waarmee onzinnige zorg vermindert.

## **ALLOCATIE VAN ZORG**

Het onderwerp verschuift naar de vraag:

# FINANCIËLE IMPACT VAN COVID-19 EN DE TOEKOMST VAN ONS ZORGSTELSEL

moeten we extra capaciteit inbouwen? En is dit financieel houdbaar? Marco wijst in dit verband op het risico dat er vanuit de politiek druk komt om de IC-capaciteit structureel te verhogen om calamiteiten en pandemieën op te kunnen vangen. En ziet dat de reflex van hogere lonen op de loer ligt. Dat zorgt voor meer uitgaven zonder dat er extra zorg tegenover staat, dus gaat ten koste van de doelmatigheid. Patrick beaamt dat omgaan met Baumola en de kosten van arbeid in de zorg een uitdaging zijn. Veel is bovendien nu 'single disease' geïntegreerd, terwijl er aandacht nodig is voor toenemende multimorbiditeit.

Tegelijkertijd is de roep om opschaalbare zorg groot. Hoe kunnen we de beschikbaarheid van reservecapaciteit organiseren? En welke reserves zijn nodig? Tijdens de eerste golf zag je een krapte op IC's, de tweede golf van eind 2020 betrof meer de klinische opnames op verpleegafdelingen. Sommige andere landen (zoals Zuid-Korea) zijn erin geslaagd om snel

kleine en flexibele ziekenhuizen neer te zetten. Daar kunnen we van leren. Maar zoals Xander opmerkt: we bereiden ons altijd voor op de vorige crisis. Dus ook hij pleit er vooral voor om na te denken hoe we slagvaardig kunnen optreden bij een volgende crisis.

Corona laat ons nu zien hoe kosteneffectief een investering in publieke gezondheid is (of eigenlijk omgekeerd: wat het maatschappelijk kost als je publieke gezondheid decennialang onvoldoende middelen hebt gegeven). Bovendien blijkt allocatie een grote opgave voor een minister die te maken heeft met zelfstandige ziekenhuisorganisaties die een grote hindermacht kunnen vormen. Marco vult aan: de overheid moet niet weglopen voor die uitdaging, maar kan via wettelijke instrumenten als een beschikbaarheidsbijdrage zorgen voor meer potentiële calamiteiten ziekenhuizen, net zoals we doen bij traumacentra. Dat voorkomt spelletjes tijdens de crisis.

## FINANCIËLE WEERBAARHEID ZORGAANBIEDERS

De Zorgverzekeringswet kent een zogeheten Catastroferegeling voor kosten als gevolg van een catastrofe. Het Zorginstituut voert deze regeling uit en heeft beleidsregels opgesteld om verzoeken die zorgverzekeraars doen af te handelen, zodat zij een extra bijdrage ontvangen in verband met de COVID-19-pandemie in 2020 en 2021. Zorgaanbieders kunnen op hun beurt een continuïteitsbijdrage aanvragen voor omzetsdaling door COVID-19. Dit geeft financiële continuïteit tijdens de coronacrisis en borgt de beschikbaarheid van de zorginfrastructuur ook na de crisis.

Toch bevestigt Patrick op aangeven van Florien dat de reserves bij zorgaanbieders een belangrijk en onderschat onderwerp zijn. Zorginstellingen zijn erg goed gekapitaliseerd, dat is één van de sterktes van het Nederlandse zorgstelsel. Enkele decennia geleden was een solvabiliteit van 5% gebruikelijk, inmiddels is het 30% bij ziekenhuizen. Maar ook zorgverzekeraars

hebben hun reserves verhoogd. hadden zij voor de Zvw een solvabiliteit van circa 8%, inmiddels is dat opgelopen tot zo'n 17% en DNB berekent daarbovenop nog een voorzichtigheidsmarge van 40%. Die verhoging is weliswaar een gevolg door toegenomen eisen aan financiële instellingen vanuit EU, doorvertaald door DNB, maar het gaat toch om vele miljarden die als onzichtbare efficiëntieslag zijn opgebouwd.

Het weerstandsvermogen bij zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders is door (of ondanks) Corona niet of nauwelijks aangetast. Dat maakt de vraag legitiem: "Als we met deze pandemie reserves al niet aanspreken, wanneer dan wel?" Marco heeft zich in dat opzicht verbaasd over de in zijn ogen zeer ruimhartige continuïteitsbijdrage voor zorgaanbieders. Basis was een normatieve benadering voor het bepalen van meer- of minderkosten door Corona. Maar als een ziekenhuis aantoonbaar hogere COVID-19 meerkosten had dan normatief bepaald, gold

een hardheidsclausule om te voorkomen dat een ziekenhuis in de rode cijfers zou komen.

### ADVIES AAN EEN NIEUWE REGERING

Het webinar sluit af met een bespreking wat de geleerde lessen uit deze pandemie zijn om de zorgsector weerbaar te maken of te houden. Marco trapt af met zijn vaker geuite boodschap dat het onwenselijk zou zijn om opeens alle heil en zegen te verwachten van coördinatie door de overheid. De werkelijkheid is immers complex. Tijdens een pandemie is flexibiliteit gewenst, bijvoorbeeld door tijdelijke crisisorganisaties in te richten. Maar voor reguliere zorg is het model van gereguleerde marktwerking een bewezen succes.

Xander merkt op dat bij vernieuwende initiatieven zoals populatiebepaling al snel risico's ontstaan dat iedere dynamiek wordt uitgeschakeld. Bestuurders tekenen

in zo'n situatie graag een vredesverdrag, waarbij een vast budget per aanbieder wordt afgesproken.

Een nieuw kabinet zal echter wel het automatisch doorgroeien van zorguitgaven moeten beteugelen. Extra uitgaven aan zorg zijn niet persé een probleem, zo lang het maar bewuste keuzes zijn die (meer)waarde opleveren. De openstaande vraag voor beleid makend Den Haag is daarom: is een extra euro aan zorg de beste besteding?

Alle drie de sprekers concluderen dat de COVID-19 pandemie weinig concrete suggesties oplevert als advies aan de nieuwe regering. Natuurlijk is er veel te verbeteren op het gebied van prikkels en bekostiging, van preventie, van transparantie, van reductie van administratieve lasten, van coördinatie in de regio. Maar al die zaken zijn binnen het huidige stelsel op te pakken.

**Piet de Bekker is partner bij Zorgvuldig Advies, als adviseur betrokken bij het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG)**

1. Dit verwijst naar de zogeheten wet (soms: ziekte) van Baumol. De prijs van arbeidsintensieve diensten zoals zorgverlening stijgt relatief sneller als lonen wel meestijgen van andere economische sectoren, maar de groei van de arbeidsproductiviteit achterblijft.

### VGE SEMINARREEKS 2021

Helaas zit een fysiek symposium of congres er nog even niet in... Maar niet getreurd! Als alternatief organiseert de VGE in 2021 een online seminarreeks waarin onderzoekers, beleidsmakers en professionals met elkaar in discussie kunnen treden over actuele onderwerpen. Heb jij onlangs een relevant onderzoek afgerond dat je graag eens zou delen met gezondheidseconomen uit beleid en praktijk? Of worstel jij met een beleidsvraagstuk waarover je graag eens zou sparren met wetenschappers? Dan is dit je kans! Stuur een berichtje naar [congres@gezondheidseconomie.org](mailto:congres@gezondheidseconomie.org) en deel jouw idee. Samen kijken we dan hoe we een sessie over jouw onderwerp het beste kunnen insteken. Qua lengte van de sessie gaan we uit van 60-120 minuten. Het format laten we afhangen van het specifieke doel van de sessie. In lijn met de missie van de VGE, moet de sessie uiteraard wel een brug slaan tussen wetenschap, beleid en praktijk!

# FACILITEREN VAN SAMEN BESLISSEN OVER MEDICIJNEN VOOR MULTIPLE SCLEROSE

Ingrid Kremer

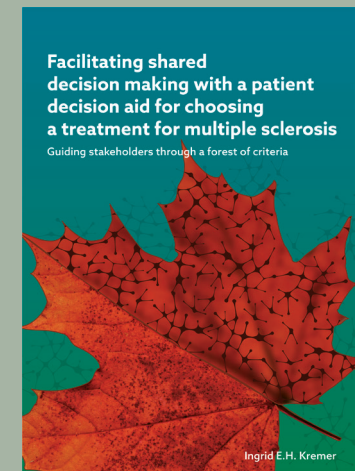
Door ontwikkelingen in de behandelingen voor multiple sclerose (MS) zijn er momenteel 12 medicijnen beschikbaar. Met een toenemend aantal medicijnen wordt de keuze voor een medicijn complex, gezien elk medicijn zijn voor- en nadelen heeft en iedere persoon deze aspecten anders waardeert. Daarom is Samen Beslissen tussen patiënt en zorgverlener belangrijk om de voorkeuren van de patiënt mee te nemen in de keuze voor een MS-medicijn. Hierbij is informeren van de patiënt over de aandoe-ning en de behandelmogelijkheden van belang, net als het stimuleren van de patiënt om voorkeuren te ontwikkelen voor de behandelmogelijkheden én het in overweging nemen van deze voorkeuren bij de uiteindelijke keuze. Keuzehulpen, in papieren vorm of digitaal, ondersteunen Samen Beslissen.

Het proefschrift beschrijft de methode en uitdagingen van de ontwikkeling van een prototype keuzehulp voor patiënten met MS. In de ontwikkeling gebruikten we veelgebruikte methoden binnen de gezondheidseconomie. Zo maakt de keuzehulp gebruik van de principes van MCDA. Hierbij identificeerden we eerst middels een best-worst scaling onder patiënten en zorgverleners welke eigenschappen van de MS-medicijnen de keuze beïnvloeden. In de MCDA-keuzehulp geeft de patiënt aan hoe zeer elke eigenschap meeweegt in de eigen keuze. Deze gewichten combineert de keuzehulp met hoe de verschillende medicijnen presteren op de eigenschappen in kaart gebracht middels literatuuronderzoek, en daarna rangschikt de keuzehulp de medicijnen van meest tot minst passend bij de persoonlijke voorkeuren van de patiënt. Pilot testen van de keuzehulp met MS-patiënten en zorgverleners liet het potentieel zien om het proces van Samen Beslissen te ondersteunen en droeg bij aan de verbetering van o.a. de inhoud en verwoording en de presentatie van de rangschikking van medicijnen. De

ontwikkeling bracht echter ook een aantal uitdagingen aan het licht die nog verdere aandacht nodig hebben, zoals hoe om te gaan met onzekerheid en een gebrek aan bewijs voor effecten, en de benodigde gezondheidsvaardigheden die nodig zijn om de keuzehulp te doorlopen.

Samen Beslissen kan mogelijk leiden tot verbeterde therapietrouw. In een vroege economische evaluatie modelleerden we hoe o.a. een verwachte vermindering in het missen van doses en het langer volhouden van de gekozen behandeling de maatschappelijke kosten en kwaliteit van leven beïnvloedden. In vergelijking met reguliere zorg, resulteerde Samen Beslissen in een afname van productiviteitsverlies en gezondheidszorgkosten, en in een toename van medicijnkosten en kwaliteit van leven. Hoewel de medicijnkosten meer stegen dan dat andere kosten daalden, bleef de kosteneffectiviteitsratio onder de drempelwaarde van €50.000 per QALY.

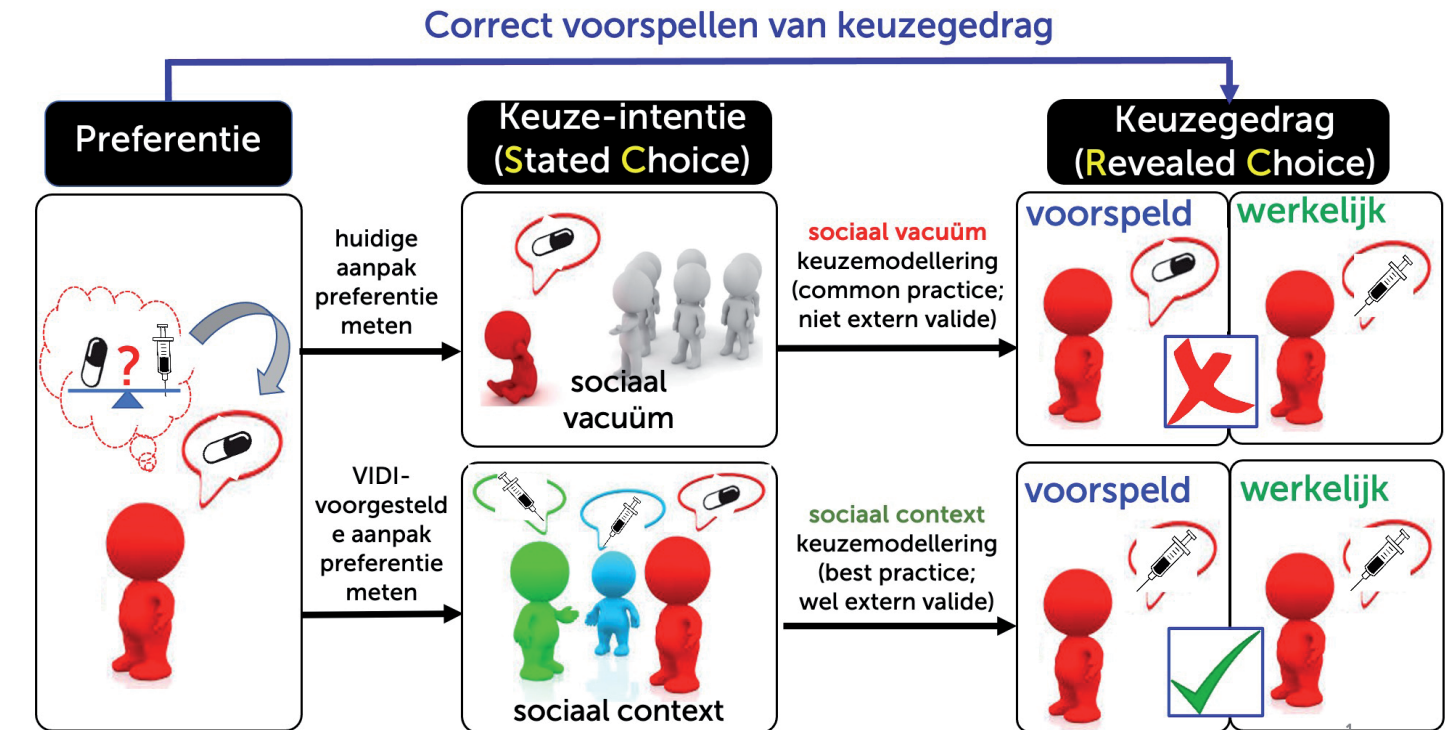
Verdere ontwikkeling van de keuzehulp en aandacht voor implementatie in de praktijk is nu nodig. De bevindingen in dit proefschrift kunnen bijdragen aan het vergroten van de draagkracht onder zorgverleners en beleidsmakers om Samen Beslissen uiteindelijk te implementeren, en kan zo bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en therapietrouw aan MS-medicatie.



# CORRECT VOORSPELLEN VAN KEUZEGEDRAG IN DE GEZONDHEIDSZORG

Esther de Bekker-Grob

Hadden we kunnen voorspellen dat vele mensen zonder klachten zich afgelopen zomer zouden laten testen op corona? En daarmee al snel een tekort aan testcapaciteit dreigde? En waar was het aantal van 500,000 extra ingekochte griepvaccins voor Nederland vorig jaar op gebaseerd? Zouden er wel zoveel meer mensen voor een grieprik kiezen? En als keuzegedrag van burgers zo allesbepalend is voor het verloop van de pandemie, waarom zit keuzegedrag dan niet als een betrouwbare schatting in de modellen om het aantal benodigde COVID IC-opnames te bepalen, maar slechts als een 'best guess'? Wat tot grote voorspellingsonzekerheid van uitkomsten leidde en leidt. Zomaar een paar voorbeelden, die aantonen dat als we keuzegedrag van patiënten en burgers accuraat zouden kunnen voorspellen, we daarmee slechte beleidsbeslissingen, gissen-en-missen implementaties en vraag-en-aanbod disbalans voorkomen. Maar is keuzegedrag in de zorg wel cor-



rect voorspelbaar? Mijn VIDI-beurs richt zich op deze relevante en urgente vraag.

Het goede nieuws is: ja, keuzegedrag lijkt in de zorg voorspeld te kunnen

worden middels keuzemodellering. Met mijn VENI-beurs heb ik hiervoor eerste



belangrijke stappen gezet, maar toonde in verloop van die studie ook aan dat de huidige methodiek in vele gevallen te kort schiet. Namelijk: huidige modellen analyseren keuzes alsof zij geheel onafhankelijk zijn van invloeden van anderen. Maar de meeste keuzes in de zorg worden niet gemaakt in een sociaal vacuüm!

Het doel van mijn VIDI-beurs is dan ook om in de komende vijf jaar samen met twee promovendi en wetenschappers van verschillende (inter)nationale universiteiten keuzetheorie en methodiek (verder) te ontwikkelen, die wel rekening kunnen houden met de sociale context, om zo keuzegedrag in de zorg correct te kunnen voorspellen. Hiervoor zullen er drie samenhangende projecten uitgevoerd worden, waarbij de inzichten van drie Nobelprijswinnaars (McFadden, 2000; Kahneman, 2002; en Thaler 2017) samengebracht worden en daarnaast het sociale vacuüm opengetrokken wordt: Project I zal theorie ontwikkelen welke rekening houdt met de sociale con-

text, met als hoofddoel om tot correcte voorspellingen van keuzegedrag in de gezondheidszorg te komen; Project II vertaalt deze theorie in methodiek: ofwel hoe moeten keuze-intenties gemeten en gemodelleerd worden om tot correcte voorspellingen van keuzegedrag in de gezondheidszorg te komen?; En Project III test dit nieuwe keuzeparadigma via empirische onderzoeken in vier verschillende medische velden (prostaatcancerbehandeling, geboortezorg, griepvaccinatie, heup-knie protheses). Het voorgestelde onderzoek is uitdagend en innovatief, waarbij een goede koppeling tussen gedrags-, econometrische en medische wetenschappen cruciaal is. Het onderzoek zal een reeks aan baanbrekende bijdragen moeten leveren, waarbij – indien succesvol – een belangrijke stap gezet wordt om onder andere verspilling in de gezondheidszorg tegen te gaan.

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





# INGEZONDEN BRIEF

*Beste redactie, beste auteurs van VGE bulletin 37/2 (november 2020) - Gedragseconomie & Zorg,*

*Met genoegen heb ik het bulletin gelezen. De homo economicus krijgt zo meer menselijke trekken. Ik blijf wel met een vraag zitten, zowel naar aanleiding van het artikel van Hayen, Van der Swaluw en Struijs als het artikel van Van Hulsen, Rohde en Van Exel. In beide artikelen mis ik aandacht voor de sociaal-economische positie van in het eerste geval de arts en de patiënt en het tweede geval van de Nederlander.*

*De patiënt bij Hayen c.s. zou de gok wel aangaan bij de kans op een gratis behandeling, met het risico dat hij het dubbele moet betalen. Die patiënt zou daarbij mijns inziens echter toch de vraag (moeten) betrekken of hij in staat is het dubbele bedrag te betalen. En dat kan iemand met een hoog inkomen of vermogen zich veel makkelijker veroorloven dan iemand die die € 2000 niet heeft liggen. Betekent dit dat het referentiepunt inkomensafhankelijk is? Zou het vermogen om risico te nemen een rol moeten spelen in de theorie?*

*Over de arts in dit voorbeeld maak ik me minder zorgen. De meesten kunnen zo'n gokje wel aan. Maar dat terzijde.*

*Bij het artikel van Van Hulsen c.s. komt bij mij onmiddellijk op dat de mogelijkheid tot het naleven van de gedragsregels mede afhankelijk is van de sociaal-economische positie van de burger. Het is voor mij als hoogopgeleide pensioentrekker makkelijker om aan de gedragsregels te voldoen dan voor veel anderen. Ik begrijp en ondersteun de regels, kan alternatieven vinden en mijn inkomen is niet afhankelijk van de vraag of ik al of niet voldoe aan de regels. Ik kan ze omarmen omdat ik ze (redelijk) makkelijk kan opvolgen.*

*Ik veronderstel dat in zijn algemeenheid de tijdspreferenties en sociale preferenties van de burger een verband kennen met sociaal-economische status. Moet dit niet doorklinken in het oordeel over de effectiviteit van de Nederlandse regering? Langzamerhand wordt toch ook wel duidelijk dat er bevolkingsgroepen zijn waarbij de intelligente lockdown niet erg effectief lijkt?*

*Ik wens u allen veel genoegen en succes bij de verdere verdieping van de theorie.*

Met vriendelijke groet, **Gert Hylkema**

## **REACTIE 1**

Geachte heer Hylkema,

Bedankt voor uw interesse in ons stuk in het VGE Bulletin en uw reactie daarop.

Als mensen worden geconfronteerd met een verlies ten opzichte van hun status quo – hun 'welvaart' – dan zijn ze bereid meer risico te nemen dan normaliter. Mensen doen er méér aan om een verlies te voorkomen, dan om een winst te kunnen innen. Dit heeft bijzondere consequenties. Problemen kun je vaak op verschillende manieren 'framen' en door simpelweg met woorden te spelen, kun je mensen een andere reactie ontlokken.

In het voorbeeld wordt een patiënt geconfronteerd met een verlies, €1000 aan behandelkosten, dat sowieso verwezenlijkt wanneer hij niet gokt. In zo'n situatie zijn mensen sneller geneigd om te gokken, dan in een situatie waar een winst op het spel staat. In onderzoek zie je natuurlijk niet dat iedereen dan ook de gok aangaat maar dat, gemiddeld genomen, meer mensen dat wel doen. De heer Hylkema geeft voorbeelden van

terechte vragen die een patiënt zich zou kunnen stellen. Terecht, ook hier, vanuit de 'homo economicus'. Ieder weldenkend mens zou zich moeten afvragen of hij of zij zich het negatieve scenario wel kan veroorloven. De Prospect Theory stelt juist dat dit soort rationele overwegingen een stuk naar de achtergrond verdwijnen, omdat de mens irrationeel op verlies reageert.

Een welvarende arts kan deze gok natuurlijk wel betalen. Toch verwacht de theorie niet dat de arts deze gok neemt: de extra €1000 die hij kan verdienen wanneer de gok goed uitpakt, waardeert hij lager dan de eerste €1000 die hij op het spel zet. Economisch bezien is de verwachte opbrengst van de gok €1000 (50% €0 en 50% €2000), maar zo voelt het dus niet, omdat de €2000 als minder gewaardeerd wordt. De verwachte opbrengst komt in dat geval lager uit dan de €1000 die de arts sowieso al zou krijgen. Om de arts te laten gokken zou men het bedrag in het positieve scenario kunnen verhogen naar bijvoorbeeld €2100.

Ook dat is onderdeel van de theorie: iedere extra euro zorgt nog wel voor 'geluk' maar steeds een beetje minder, net als dat iedere extra verloren euro nog wel pijn doet, maar steeds een beetje minder. Om een gok aantrekkelijk te maken, moet je hiervoor een vergoeding geven.

Met vriendelijke groet, **Koen van der Swaluw en Arthur Hayen**

## REACTIE 2

Geachte heer Hylkema,  
Bedankt voor uw interesse in ons stuk in het VGE Bulletin en uw reactie daarop.

We zijn het met u eens dat het naleven van de gedragsregels afhankelijk is van ver-

schillende demografische aspecten. In een uitgebreider working paper (van Hulsen et al. Tinbergen Institute Discussion Paper No. 20200047.), waarop de bijdrage in het VGE bulletin gebaseerd is, hebben we verschillende regressies uitgevoerd om dit te onderzoeken. Hieruit bleek dat geslacht, leeftijd, mening over de reactie van de overheid en mening over de effectiviteit van de maatregelen een significant effect hadden op het navolgen van de maatregelen. Opleidingsniveau was echter niet significant. De relatie tussen het naleven van de gedragsregels en het belang dat mensen hechten aan anderen (sociale oriëntatie) en aan de toekomst (tijdsvoorkeur), zoals besproken in onze bijdrage, blijft in de regressie gecorrigeerd voor deze demografische variabelen overeind.

We vinden dat vrouwen significant hoger dan mannen scoren op sociale oriëntatie, maar er is geen relatie met opleidingsniveau of leeftijd gevonden. Voor tijdsvoorkeur vinden wij geen verschil tussen mannen en vrouwen, maar wel een negatieve relatie met leeftijd en een positieve relatie met opleidingsniveau. Als u geïnteresseerd bent in de precieze verhoudingen, verwijzen wij u graag naar ons working paper. Daarnaast willen wij benadrukken dat wij geen claims maken over de effectiviteit van de maatregelen. Wij hebben slechts onderzocht in welke mate de algemene coronaregels opgevolgd worden, en welke kenmerken en attitudes hier potentieel mee samenhangen. De (wederkerige) relatie tussen de effectiviteit van maatregelen en individueel gedrag lijkt ons in deze context overigens een boeiend onderwerp voor verder onderzoek. Daarnaast verwachten wij dat er verschillen zullen zijn tussen het gedrag tijdens de eerste piek, zoals wij het in onze bijdrage observeren, en gedrag en gedragsregels in de daaropvolgende periode. Tijdens de eerste piek was er de verwachting (of hoop) dat het voor korte duur zou zijn, terwijl inmiddels de meeste mensen corona-moe zijn.

Met vriendelijke groet, **Job van Exel, Kirsten Rohde en Merel van Hulsen**

# 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

Erik Koffijberg

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.

