



THEMA: OVERSTAPSEIZOEN ZORGVERZEKERINGEN VGE BULLETIN

VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSECONOMIE - JAARGANG 40, NUMMER 2, NOVEMBER 2023

# INHOUD

- 3** WAARDE VAN MEERJARIGE POLISSEN  
VOOR PREVENTIE **Peter Makai, Ron Kemp en Frank Pellikaan**
  
- 6** NEGATIEVE EFFECTEN VAN RISICOSELECTIE: RISICOVEREVENING KAN DIE  
(NOG?) NIET PAREREN **Piet Stam en Gerrit Hamstra**
  
- 11** PATIËNT EN ZORGVERZEKERING KIEZEN? VERBETER DE INFORMATIE OVER  
VERGOEDING VAN (NIET-)GECONTRACTEERDE ZORG **Winy Toersen en Marita  
Hassels Monning**
  
- 15** DE ZORGVERZEKERINGSMARKT EN OVERSTAPPERS **Jeen Van Hijum**
  
- 19** LOLAHESG 2023 **Bram Wouters**
  
- 20** WEBINAR VGE/NVTAG:  
ONCOLYTICA IN THE REAL WORLD **Chantal Pereira**
  
- 22** OSTEOPOROSIS, (BONE) FRACTURES AND FRACTURE LIAISON SERVICES:  
HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE, CLINICAL AND ECONOMIC OUTCOMES  
**Nannan Li**
  
- 23** SPONSOREN
  
- 23** COLOFON

Het voorjaarsnummer van 2024 heeft als thema 'Ouderenzorg'. Wilt u een bijdrage leveren aan dit nummer, neem dan voor 1 december 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 februari 2024.

## VOORWOORD

Op het moment dat dit nummer van het VGE-bulletin bij u op de deurmat valt, beginnen de eerste reclamecampagnes die mensen moeten aanzetten tot het overstappen naar een andere zorgverzekeraar. De mogelijkheid om een nieuwe zorgverzekering te kiezen is een essentieel onderdeel van het systeem van gereguleerde marktwerking. Achter dit ogenschijnlijk simpele gegeven, gaat een wereld schuil van ingewikkelde regelgeving en beleidsmaatregelen, tegenstrijdige consumentenvoorkeuren en 'verkeerde prikkels' in de risicoverevening. In dit nummer laten de auteurs hier hun licht over schijnen. Verder vindt u in dit nummer een verslag van de recente lolaHESG-bijeenkomst en het VGE-webinar over oncolytica en real world data, en zoals gebruikelijk een samenvatting van een proefschrift op gezondheidseconomisch gebied.

De redactie

# WAARDE VAN MEERJARIGE POLISSEN VOOR PREVENTIE

Peter Makai, Ron Kemp en Frank Pellikaan

Het overstapseizoen van 2022/2023 was het eerste jaar dat verzekeraars geen korting meer konden geven op de basispolis aan collectiviteiten. Het afschaffen van de korting via collectiviteiten heeft er mede toe geleid dat in 2023 8,5%<sup>1</sup> van de verzekerden zijn overgestapt. Uit het ACM-consumentenonderzoek van 2023 bleek dat in 70% van de gevallen de prijs van de zorgverzekering de reden was voor de overstap.<sup>2</sup> Beide cijfers wijken af van het langdurige gemiddelde, van 6,2-7,2%<sup>1</sup> respectievelijk 50-60%.<sup>2</sup> Verzekerden zijn de afgelopen tijd dus gevoeliger geworden voor prijs. Hoezeer verzekerden dat ook zullen wensen<sup>2</sup>, een lage premie is niet haalbaar door de stijgende zorgkosten, vooral door vergrijzing<sup>3</sup>. Grootschalige investeringen in preventie zouden de stijging in zorgvraag en zorgkosten kunnen verminderen en daarmee tot een licht dalende premie kunnen leiden. Het kost echter tijd voordat investeringen in preventie zich uitbetalen in lagere zorgkosten. Samen met het beperkte belang dat overstappers hechten aan preventie (2%<sup>2</sup>) zorgt dit ervoor dat verzekeraars terughoudend zijn met investeringen in preventie. De mogelijkheid voor zorgverzekeraars om meerjarige polissen aan te bieden zou investeringen in preventie kunnen stimuleren.

Zorgverzekeraars spelen, als financier, een belangrijke rol<sup>4</sup> om preventie te bevorderen. Zij zouden de prikkel moeten hebben om duurdere zorg in de toekomst in financieel opzicht te willen voorkomen door nu in bepaalde vormen van preventie te investeren<sup>5</sup>. Er zijn mondjesmaat voorbeelden van zulke preventie-initiatieven, zoals bij a.s.r., waar verzekerden een smartwatch met stappenteller of kortingen op het polisbedrag kunnen verdienen als zij voldoende bewegen. Zorgverzekeraars lijken preventie echter vooral aan te bieden vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Er zijn onvoldoende prikkels voor de verzekeraars om grootschalig in preventie te investeren.

In het verleden zijn er vanuit verzekeraarskant drie argumenten gegeven om beperkt in preventie te investeren<sup>6</sup>:



1. Preventie is niet rendabel, omdat het onzeker is of de investeringen in preventie wel terugverdiend kunnen worden onder andere omdat verzekerden kunnen overstappen;
2. Voor preventie worden verzekeraars gestraft door de risicoverevening;
3. Meerjarige polissen zijn wettelijk niet toegestaan door de Zvw omdat die de concurrentie tussen zorgverzekeraars afzwakken<sup>7</sup>.

Wat het eerste argument betreft, de overstapcijfers per jaar zijn beperkt, maar op een termijn van 6 jaar wisselden 31% van de verzekerden van zorgverzekeraar.<sup>1</sup> Hoewel

# WAARDE VAN MEERJARIGE POLISSEN VOOR PREVENTIE

vooral verzekerden die weinig zorg gebruiken overstappen, zijn ook veel-gebruikers van zorg overstappers.<sup>2</sup> Zeker over een langere periode is dit een grote groep waarin een zorgverzekeraar wel (preventie)kosten voor maakt, maar vervolgens niet de baten van plukt in termen van een lagere zorgvraag. Daarom is de terugverdientijd van preventieve activiteiten cruciaal voor verzekeraars. Er is korte-termijn preventie, zoals valpreventie waarbij het effect binnen enkele maanden al zichtbaar is<sup>8</sup>. Deze kosten zijn daardoor mogelijk terug te verdienen binnen de tijdshorizon van eenjarige polissen. Aan de andere kant zijn er vormen van lange termijn preventie die pas financieel rendabel worden voor de verzekeraar na decennia, of wellicht zelfs nooit, zoals stoppen met roken (ook al bieden zorgverzekeraars deze programma's wel aan).<sup>9</sup> En er is preventie op middellange termijn, waarbij zowel gezondheidseffecten als financiële resultaten binnen enkele jaren zichtbaar zijn.

Juist bij preventie op middellange termijn zouden meerjarige polissen een uitkomst kunnen bieden. Stel dat zorgverzekeraars polissen zouden kunnen aanbieden aan verzekerden voor een periode van 3-5 jaar. Een polis met deze tijdsperiode kan verzekeraars de zekerheid bieden dat de preventie-investering terugverdiend kan worden doordat verzekerden voor deze periode gebonden zijn aan deze zorgverzekeraar. Voor verzekerden kan een dergelijke polis eveneens interessant zijn omdat de zorgverzekeraar verwachte besparingen samenhangend met preventie aan de voorkant (deels) kan teruggeven via een korting op de premie, zoals ooit de gedachte was achter het aanbieden van collectiviteiten.

Er zijn voorbeelden van secundaire preventie, preventie bij patiënten om ergere ziekten te voorkomen, die een effect hebben binnen 3-5 jaar. Daarmee is het voor verzekeraars mogelijk om hun initiële kosten voor preventie binnen enkele jaren terug

te verdienen. Een voorbeeld is secundaire preventie bij hersenbloeding. Volgens een recente review zullen 23% van deze hersenbloeding patiënten een tweede hersenbloeding krijgen. Het is mogelijk om dit cijfer met 80% te verlagen.<sup>10</sup> Volgens dezelfde review krijgen maar 40% van de patiënten adequate secundaire preventie. Gezien het feit dat een tweede hersenbloeding een belangrijke voorspeller is voor later te maken zorgkosten<sup>11</sup> en dat veel belangrijke voorspellers (van een tweede hersenbloeding)<sup>12,13</sup> behandelbaar zijn<sup>10</sup>, zou de zorgverzekeraar door de introductie van meerjarige polissen een sterkere prikkel (moeten) hebben om ervoor te zorgen dat de eigen patiënten met deze aandoening de juiste preventieve behandeling krijgen.

Door de focus op secundaire preventie is het beter mogelijk om met tekortkomingen van het risicovereveningssysteem om te gaan. Het risicovereveningssysteem werkt preventie nu nog tegen<sup>14</sup> Als diabetespatiënten door leefstijlverbeteringen bijvoorbeeld van de diabetes afraken, krijgt de zorgverzekeraar een lagere vergoeding voor deze patiënten, ook al heeft de zorgverzekeraar investeringen moeten doen om dit te realiseren. Bij secundaire preventie krijgen de verzekeraars het bedrag per patiëntengroep nog wel, terwijl hun kosten enkele jaren later lager liggen. Met meerjarige polissen worden verzekeraars niet zoals bij eenjarige polissen gestraft voor het inzetten van secundaire preventie, omdat ze binnen de tijdshorizon van de meerjarenpolis hun kosten kunnen drukken.

Wat betekenen meerjarige polissen voor de mededinging? Bij de totstandkoming van de Zvw zijn eenjarige contracten opgenomen om de concurrentie te bevorderen<sup>7</sup>. In andere sectoren, zoals in de telecom of energie zijn meerjarige contracten tussen de consument en een leverancier echter gangbaar. In de energiesector kunnen meerjarige contracten op retailniveau gekoppeld worden aan meerjarige contracten

op wholesale-niveau. Voor langere tijd energie heeft een meer evenwichtige meerjaarsportefeuilleëffect. In de telecomsector zijn tweejaarscontracten goedkoper dan eenjaars- en variabele contracten omdat meerjaarscontracten de aanbieder meer zekerheid bieden over de vraag en daarmee het capaciteitsgebruik van het netwerk. Meerjarige contracten zijn in andere sectoren welvaart verhogend en worden door consumenten gewaardeerd, zeker in de concurrerende mobile telefoniemarkt. Ook binnen de zorgverzekeringsmarkt kan het aanbieden van meerjarige polissen welvaart verhogend zijn en hoeven ze de mededinging niet te verstoren zolang deze naast eenjarige polissen worden aangeboden. Meerjarige polissen in de zorg kunnen samen gaan met kostenbesparingen en een lagere premie. Om dit mogelijk te maken is wel een wijziging van de Zvw nodig.

## CONCLUSIE

Als verzekeraars door de opbrengsten van preventie verzekerden met een lagere premie kunnen motiveren om deze polissen af te sluiten, kunnen meerjarige polissen als vliegwiel fungeren voor zorgverzekeraars om meer in preventie te investeren. Zorgverzekeraars krijgen een sterkere prikkel om in preventie te investeren waarvan de baten binnen een tijdschhorizon van 3-5 jaar opwegen tegen de kosten, in geval van secundaire preventie zelfs zonder dat dit het vereveningsbedrag negatief beïnvloedt. Ook hoeven meerjarenpolissen niet negatief uit te pakken voor de mededinging, zolang deze naast eenjarige polissen worden aangeboden.

**Peter Makai, Ron Kemp en Frank Pellikaan zijn senior (gezondheids)economen binnen de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Peter Makai is tevens Universitair Docent bij ESHPM, en Ron Kemp is ook geaffilieerd met ESHPM.**

**Dit artikel is geschreven op persoonlijke titel en kan de ACM op geen enkele wijze binden. De auteurs bedanken diverse medewerkers van de ACM voor hun opmerkingen bij eerdere versies van dit artikel.**

## REFERENTIES

1. Vektis. Inzicht in het overstapseizoen. 2023:1-32.
2. Van der Grient R et al. Consumentenonderzoek zorgverzekeringsmarkt. Motivaction i.o.v. ACM 2022.
3. Hilderink H, Verschuuren M. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese. 2018.
4. VWS. GALA-Gezond-en-Actief-Leven-Akkoord. 2023:1-53.
5. Skipr Redactie. <https://www.skipr.nl/nieuws/blokhuis-bij-zorgverzekeraars-investering-in-preventie-komt-niet-van-de-grond/>.
6. ACM, NZa. Ruimte voor onderscheid tussen zorgverzekeraars. 2017.
7. ZVW Memorie van Toelichting. 2004(2003-2004 29 763).
8. Faber MJ, Bosscher RJ, Paw MJCA, van Wieringen PC. Arch Phys Med Rehabil. 2006, 87(7):885-896.
9. Hoogendoorn M, Galekop M, van Baal P. iabetes, Obesity and Metabolism. 2023.
10. Lucas-Noll J, Clua-Espuny JL, Lleixà-Fortuño M, et al. Health Economics Review. 2023,13(1):1-18.
11. Luengo-Fernandez R, Gray AM, Rothwell PM. Stroke. 2012, 43(12):3343-3351.
12. Vodencarevic A, Weingärtner M, Caro JJ, et al. Stroke. 2022, 53(7):2299-2306.
13. de Graaf JA, Wondergem R, Kooijmans EC, et al. Disabil Rehabil. 2023, 45(17):2787-2795.
14. Kanters TA, Brouwer WB, van Vliet RC, van Baal PH, Polder JJ. Soc Sci Med. 2013;76:150-158.

# NEGATIEVE EFFECTEN VAN RISICOSELECTIE: RISICO-VEREVENING KAN DIE (NOG?) NIET PAREREN

Piet Stam en Gerrit Hamstra

## INTRODUCTIE

Uit recent onderzoek van Equalis blijkt dat er sprake is van een hoge dynamiek op de jaarlijkse overstapmarkt.<sup>1</sup> Die leidt ertoe dat voorspelbaar winstgevend gezonde verzekerden zijn oververtegenwoordigd in polissen met beperkende voorwaarden en voorspelbaar verlieslatende ongezonde verzekerden in restitutiepolissen. In theorie zou de risicoverevening deze voorspelbare gezondheid gerelateerde winsten en verliezen moeten mitigeren. In dit onderzoek kon voor het eerst empirisch worden aangetoond dat er sprake is van een probleem van risicoselectie, doordat de in- en uitstroom op polisniveau konden worden geanalyseerd.

De risicoverevening moet de negatieve effecten van risicoselectie op doelmatigheid, risicosolidariteit en gelijk speelveld tegengaan, maar dat lukt onvoldoende in de huidige polismarkt. Hoewel dat vraagt om andere methoden, is men terughoudend met bijvoorbeeld het toevoegen van kenmerken die (deels) op gerealiseerde zorgkosten of verzekeringsrisico's zijn gebaseerd, vanwege hun negatieve effect op de prikkel tot doelmatigheid. Terwijl daar (nochtans ongemeten) positieve effecten tegenover kunnen staan als deze methoden risicoselectie verminderen, die mogelijk zwaarder wegen dan de negatieve effecten.<sup>2</sup>

## DE THEORIE

Zorgverzekeraars concurreren om de gunst van iedere verzekerde. De bedoeling hiervan is dat zorgverzekeraars adequaat inspelen op de voorkeuren van verzekerden en namens hen de benodigde zorg organiseren. Deze organisatie van zorg komt vervolgens tot uitdrukking in de polissen die zorgverzekeraars aanbieden. Verzekerden

oefenen druk uit op zorgverzekeraars door jaarlijks te stemmen met de voeten.

Het gewenste effect van de concurrentiestrijd om de verzekerden is dat dit ten goede komt aan de toegang, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. De optelsom van deze drie effecten duiden gezondheidseconomen met "doelmatigheid" aan. Echter, zonder aanvullende maatregelen veroorzaakt concurrentie ook ongewenste effecten. Bijvoorbeeld, de premie van een polis zal voor een ongezonde verzekerde hoger uitpakken dan voor een gezonde verzekerde.

De overheid wil juist de premie van de basisverzekering voor iedere Nederlander betaalbaar houden, of die nou gezond is of ongezond. Om dat af te dwingen heeft de overheid daarom premiedifferentiatie en acceptatiebeleid verboden. Door deze verboden ontstaan echter ongewenste financiële prikkels. Immers, een zorgverzekeraar die wettelijk gezien voor een polis één en dezelfde premie aan al haar verzekerden moet vragen, ziet in haar administratie dat een gezonde verzekerde (voorspelbaar) winst oplevert en een ongezonde verzekerde (voorspelbaar) verlies.

Deze ongewenste financiële prikkels kunnen vervolgens tot ongewenst gedrag van zorgverzekeraars en verzekerden leiden met negatieve effecten op de doelmatigheid en risicosolidariteit. De bedoeling van de risicoverevening is om deze verkeerde prikkels van marktwerking om te buigen. De in de praktijk waargenomen acties van zorgverzekeraars en verzekerden tonen aan dat dat nog onvoldoende lukt.

## DE PRAKTIJK

Zowel de overheid als de zorgverzekeraars zijn ontevreden over hoe het polisaanbod

zich ontwikkeld heeft, met name vanwege de toegenomen risicoselectie. We definiëren risicoselectie als volgt: "acties door zowel zorgverzekeraars als verzekerden met als doel of gevolg dat de (beoogde) risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd".<sup>3</sup>

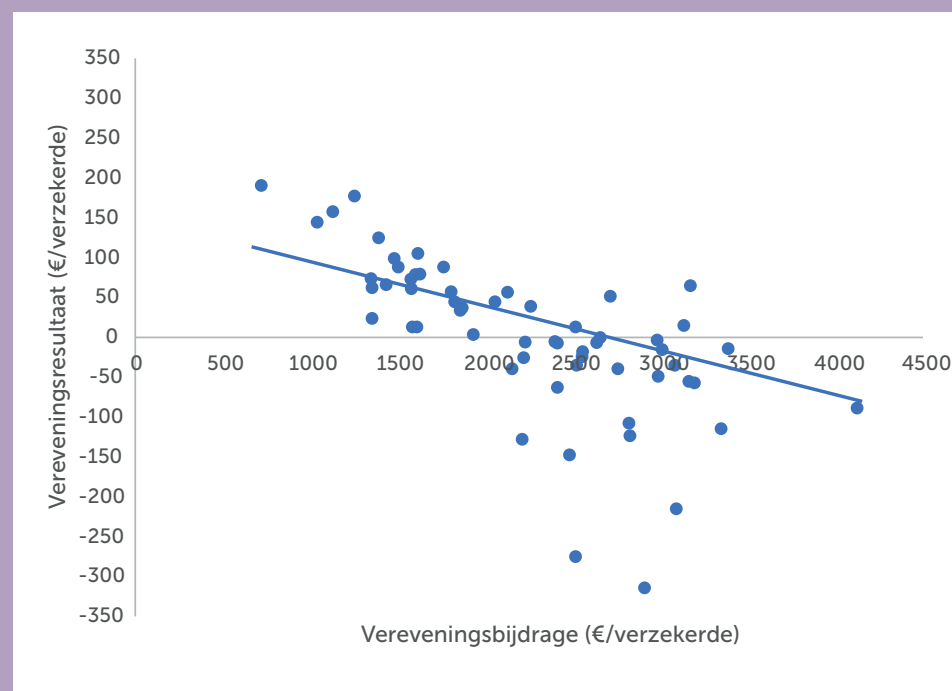
In lijn met de groeiende internationale literatuur over selectie door zorgverzekeraars, zagen we de afgelopen jaren diverse signalen dat zorgverzekeraars lijken te reageren op de financiële prikkels tot risicoselectie. Voorbeelden van deze signalen zijn het aanbod van tweelingpolissen, campagnes gericht op hoog opgeleide verzekerden en buitenlandse seizoenwerkers en een waarschuwing aan de politiek van de grootste zorgverzekeraar dat zij ontmoedigd worden om te investeren in zorg voor kwetsbare groepen. Eveneens in lijn met internationaal onderzoek, zagen we ook signalen dat laag- en hoog-risicoverzekerden zich in verschillende verzekeringsproducten sorteren. Voorbeelden hiervan zijn risicosegmentatie tussen zorgverzekeraars en polissen, marktsegmentatie via collectiviteiten en de poliskeuzes van risicogroepen zoals zwangere vrouwen.<sup>2</sup>

## HET ONDERZOEK

Om het effect van risicoselectie op de risicosolidariteit vast te stellen heeft onderzoeksbureau Equalis een analyse uitgevoerd naar de vereveningsresultaten op polisniveau, waar de acties van risicoselectie plaatsvinden.<sup>1</sup> In figuur 1 is elke polis geplott met op de horizontale as de gemiddelde voorspelde uitgaven in 2022 (als maat voor verwachte gezondheid) en op de verticale as het gemiddelde vereveningsresultaat in 2022. De regressielijn geeft een (statistisch significant) negatief verband aan tussen gezondheid en vereveningsresultaat per polis. Met een regressiecoëfficiënt van  $-0,055$

betekent een €100 euro hogere vereveningsbijdrage gemiddeld genomen dat er sprake is van een (economisch relevant) lager vereveningsresultaat van €5,50.

**Figuur 1. Relatie tussen vereveningsresultaat en -bijdrage voor polissen (verzekeringjaar 2019, model 2022)**



# NEGATIEVE EFFECTEN VAN RISICOSELECTIE: RISICOVEREVENING KAN DIE (NOG?) NIET PAREREN

Uit de kolom met het selectie-effect in tabel 1 blijkt dat de positieve vereveningsresultaten zich concentreren bij polissen met beperkende voorwaarden, polissen met lage premies en polissen met hoge premiekortingen voor vrijwillig eigen risico. Uit de overige kolommen blijkt op die polissen sprake van veel (zeer winstgevende) instromers en (zeer verlieslatende) uitstromers, wat beide dus het vereveningsresultaat van de polis in grote mate versterkt. Het beeld bij de restitutiepolissen is omgekeerd: die trekken zeer onrendabele nieuwkomers aan en zien (beperkt) winstgevende verzekerden vertrekken. Daardoor vinden we negatieve vereveningsresultaten met name terug bij restitutiepolissen.

Uit separate analyses blijken de positieve vereveningsresultaten na 2 à 3 jaar sterk af te nemen als de portefeuillesamenstelling gelijk zou blijven. Dit toont aan dat de zeer positieve vereveningsresultaten alleen haalbaar zijn met jaarlijkse in- en uitstroom. Verder is opmerkelijk dat bij deze overstapdynamiek de meeste mensen in de loop van drie jaar maar één keer overstappen. Daarbij lijken ze gericht informatie te gebruiken over hun toekomstige gezondheidstoestand (beter of slechter worden).

De vereveningsresultaten van de polistypen zijn zeer stabiel over de jaren 2020, 2021 en 2022 (cijfers hier niet getoond), ondanks de jaarlijkse aanpassingen van het risicovereveningsmodel. Deze analyseresultaten duiden erop dat de selectieacties van

**Tabel 1. Resultaat per verzekerde (€) van in- en uitstroom op polisniveau per type polis (verzekeringsjaar 2019, model 2022)**

Type polis	Aantal instromers	Percentage		Resultaat (€/verz.)		Resultaat Portefeuille (€/verz.)		
		Instroom	Uitstroom	Instroom	Uitstroom	Blijvers + uitstroom.	Selectie-effect	Blijvers + instroom
<b>Beperkende voorwaarden</b>	451.918	21%	18%	120	-166	26	53	79
<b>10% laagste premies</b>	275.986	37%	21%	150	-251	-11	93	83
<b>Korting ER &gt; €250</b>	355.844	15%	14%	127	-104	5	33	39
<b>Restitutiepolissen</b>	313.535	9%	11%	-327	36	-12	-36	-48
<b>Overige</b>	582.215	6%	7%	-91	-28	-1	-3	-4
<b>Totaal</b>	1.578.260	9%	9%	-50	-50	0	0	0

zorgverzekeraars (via polisaanbod) en verzekerden (via zelfselectie) het verwachte effect sorteren.

## CONCLUSIE

De populatiesamenstelling van specifieke polissen in de onderzochte jaren is zeer selectief ten aanzien van gezondheidsrisico's, wat een systematische impact heeft op de financiële resultaten van deze polissen. De kenmerken van polissen hebben een grote invloed op het ontstaan van selectieve portefeuilles. De overstappers reageren daarop sterk selectief: grote verschillen in resultaten tussen polissen worden vooral veroorzaakt door selectieve in- en uitstroom van (on)gezonde verzekerden, waarbij de risicoverevening niet volledig compenseert voor verschillen in gezondheidsrisico's tussen polistypen.



Het ontwerpen van polissen gericht op gezonde verzekerden en het financiële resultaat daarvan leiden af van de maatschappelijke opdracht van zorgverzekeraars om polissen te ontwerpen die zorginhoudelijke meerwaarde bieden aan chronisch zieke en kwetsbare verzekerden. Echter, zolang sprake is van een ongelijk speelveld op de zorgverzekeringsmarkt, zijn zorgverzekeraars genoodzaakt hieraan geld en middelen te verkwalen, ook al past dat niet bij hun missie. Dit gaat ten koste van de doelmatigheid.

Voor zover dit ongelijke speelveld wordt doorvertaald in de premiestelling van zorgverzekeraars wordt de beoogde risicosolidariteit ook niet behaald. Dit betekent dat ongezonde verzekerden meer betalen dan gezonde verzekerden, zonder dat daar zorginhoudelijke meerwaarde tegenover staat. De inzet van historisch opgebouwde reserves bij de premiestelling dempen dit effect op de risicosolidariteit enigszins, maar deze reserves zijn eindig. De NZa maakt zich dan ook terecht zorgen over het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt.

## OPLOSSINGSRICHTINGEN

Negatieve effecten van risicoverevening kunnen mogelijk worden verminderd door verbeteringen van de ex ante risicoverevening, zoals toevoeging van vernieuwende vereveningskenmerken (bijv. gevalsnormering) of het toepassen van een andere schattingsmethode (bijv. constrained regression (wordt in 2024 ingevoerd) of machine learning). Echter, de zelfselectieacties van verzekerden lijken deels ingegeven door persoonlijke informatie van verzekerden over verwachte gezondheidsverandering, maar daarvan kan de overheid geen gebruik maken voor verbetering van de risicoverevening.



Om de potentiële positieve effecten van risicoverevening te bereiken moet daarom niet worden uitgesloten dat ex post compensaties noodzakelijk zijn. Denk hierbij aan de (her)invoering van vormen van ex post risicodeling, zoals een bandbreedterege-ling, hoge kosten-/risicoverevening of het beperken van het vereveningsresultaat van overstappers. Laatstgenoemde maatregel is ingrijpender, maar daarmee vervalt de prikkel voor zorgverzekeraars om een kortetermijnstrategie te voeren en worden zij uitgenodigd verzekerden te binden die op langere termijn rendabel zijn (bijvoorbeeld via betere zorginkoopafspraken). Dit komt ook het voortbestaan van de restitutiepolis ten goede.

# NEGATIEVE EFFECTEN VAN RISICOSELECTIE: RISICOVEREVENING KAN DIE (NOG?) NIET PAREREN

Een andere oplossingsrichting om positieve effecten te sorteren is het beperken van de selectietools i.p.v. de selectieprikkels. Denk hierbij aan verdere standaardisatie van polisaanbod, regulering van de marketing of van vergelijkingssites, zoals een verbod om keuzeinformatie gerelateerd aan de aanvullende verzekering als keuzeinformatie in te zetten.

Een voorbeeld van een oplossingsrichting waarbij zowel de selectietool als selectieprikkel wordt beperkt is het beperken van de jaarlijkse overstapmogelijkheid. Als verzekerden bijv. eens per drie jaar mogen overstappen, dan speelt hun kennisvoorsprong over hun gezondheid van het jaar erop een minder belangrijke rol bij hun poliskeuze en neemt de winstgevendheid van de overstap af. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars een lange termijn inkooprelatie aangaan met hun verzekerden, waarbij de vruchten kunnen worden geplukt van het inspelen op hun voorkeuren en er ruimte ontstaat om meerjarige zorgcontracten onderdeel van

de polis te maken. Wij bevelen aan om genoemde oplossingsrichtingen nader te onderzoeken.

**Piet Stam en Gerrit Hamstra zijn werkzaam bij gezondheidseconomisch adviesbureau Equalis, onderdeel van de Vintura groep, respectievelijk als associate partner en senior consultant. Piet Stam is tevens gastonderzoeker aan de Vrije Universiteit en lid van het Risk Adjustment Network.**

## REFERENTIES

1. Hamstra G, et al. Restrisico's 2: Vereveningsresultaat van zorgverzekeraars en polissen (WOR 1074), 2022.
2. Van Kleef RC, et al. Positive and negative effects of risk equalization and risk sharing in regulated competitive health insurance markets (EsCHER Working Paper Series), 2022.
3. NZa. Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt, 2016.

# PATIËNT EN ZORGVERZEKERING KIEZEN? VERBETER DE INFORMATIE OVER VERGOEDING VAN (NIET-)GE-CONTRACTEERDE ZORG

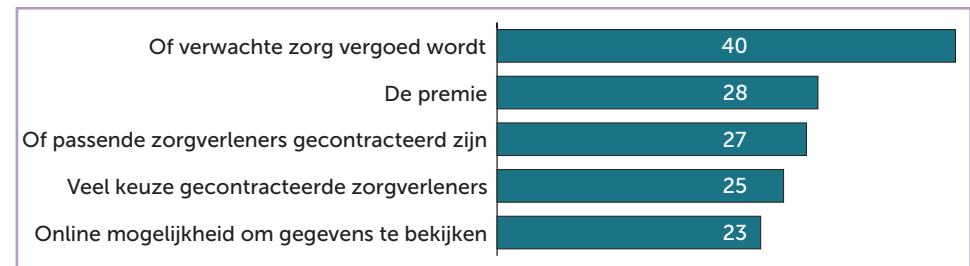
Winy Toersen en Marita Hassels Monning

Er was in het overstapseizoen 2022 – 2023 veel te doen rondom het kiezen van de zorgverzekering. Eén van de kwesties betrof het gebrek aan duidelijkheid over welke zorgverleners wel of geen contract hadden met de zorgverzekeraar. En welke gevolgen dat dan had voor verzekerden. De aandacht hiervoor in de media maakte dat de keuze voor een zorgverzekering extra onder druk kwam te staan, zeker voor mensen die zorg nodig hebben.

Voor Patiëntenfederatie Nederland waren deze gebeurtenissen aanleiding om bij deelnemers van ons panel na te vragen of deze ontwikkelingen en andere ontwikkelingen zoals de kostenstijgingen van invloed zijn geweest op de keuze van hun zorgverzekering voor 2023.<sup>1</sup> In hoeverre zijn deelnemers zich gaan oriënteren op zorgverzekeringen en hebben ze veranderingen doorgevoerd? Wat hielp hen daarbij, en wat niet? En als ze zorg nodig hebben, letten ze dan op of hun zorgverlener(s) worden vergoed? Wat zijn de ervaringen van deelnemers met niet-gecontracteerde zorg? Was dit een bewuste keuze of werden ze achteraf verrast door de rekening? Deze en andere vragen hebben we februari 2023 voorgelegd aan de ruim 23.000 deelnemers van ons zorgpanel. Uiteindelijk hebben 12.173 mensen de vragenlijst ingevuld. Deze groep is niet volledig representatief voor de Nederlandse bevolking. Jonge mensen zijn ondervertegenwoordigd en deelnemers zijn iets vaker hoog opgeleid. Daarnaast hebben relatief veel mensen een chronische aandoening.

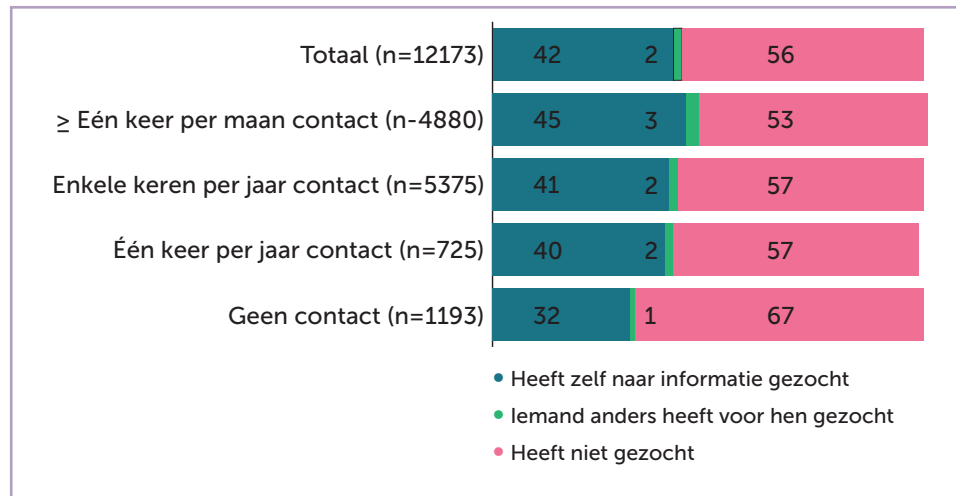
## WETEN OF ZORG VOLLEDIG, NIET OF DEELS WORDT VERGOED IS VOOR PATIËNTEN OOK BELANGRIJK

Deelnemers blijken bij hun keuze voor een zorgverzekering naast pakket en premie, ook te kijken naar of passende zorgverleners zijn gecontracteerd. Dat gold in ieder geval voor ruim een kwart van de deelnemers (figuur 1). Patiënten zijn relatief vaker dan andere verzekerden in behandeling bij één of meer zorgverleners. Hun belang bij betrouwbare, tijdige en toegankelijke contractinformatie is groter. Uit het onderzoek blijkt dat deelnemers met (veel) contact met een zorgverlener, vaker zochten naar informatie over de zorgverzekering. (figuur 2, pagina 11).



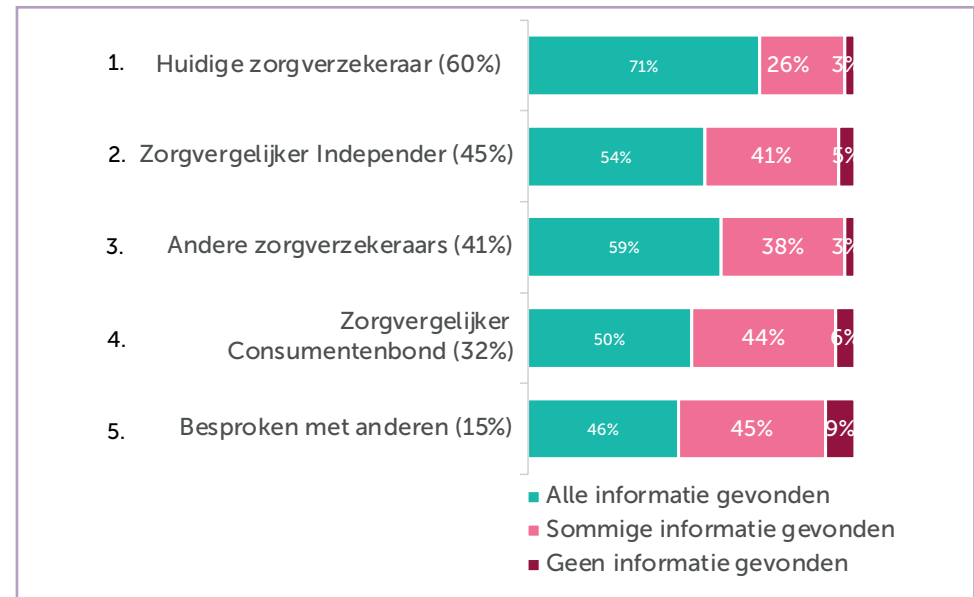
Figuur 1. Top 5 aspecten waarom gekozen is voor huidige zorgverzekering (n=12173)

# PATIËNT EN ZORGVERZEKERING KIEZEN? VERBETER DE INFORMATIE OVER VERGOEDING VAN (NIET-)GECONTRACTEERDE ZORG



**Figuur 2. Contact met zorgverlener(s) in 2022 en zoeken naar informatie voor zorgverzekering in 2023**

Was de informatie voor de deelnemers die op zoek gingen behulpzaam en voldoende? Voor het merendeel van de deelnemers die op zoek gingen, had de informatie 'enigszins of veel' geholpen bij het kiezen. Voor het vinden van 'alle' informatie scoort de eigen zorgverzekeraar het beste (71%), gevolgd door andere zorgverzekeraars (59%), en de zorgvergelijkers van Independer (54%) en de Consumentenbond (50%) (figuur 3, pagina 12). Maar ongeveer 2 op de 5 deelnemers geeft aan niet alle informatie die ze zochten te hebben gevonden. Uit de toelichtingen van deelnemers die niet vonden wat ze zochten, bleek het veelal te gaan over onduidelijkheid rondom vergoeding van (niet-)gecontracteerde zorg.



**Figuur 3. Top 5 bronnen waar mensen zoeken naar informatie (n=5068)**

## HET GAAT MIS ALS MENSEN NIET TIJDIG OP DE HOOGTE ZIJN VAN (NIET-) GECONTRACTEERDE ZORG

Deelnemers is ook gevraagd naar ervaringen met (niet-)gecontracteerde zorg over de jaren 2020, 2021 en 2022. De focus is daarbij gelegd op medisch specialistische zorg (MSZ), GGZ en wijkverpleging.

Van de deelnemers die bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder terecht kwamen, wist bijna de helft (49%) dat niet vooraf. Bij 79% van deze groep werd pas tijdens of na afloop van de behandeling duidelijk dat het om niet-gecontracteerde zorg ging. Bijna de helft van de groep die niet vooraf op de hoogte was, moest (bij) betalen voor deze zorg (47%). Het ging

met name om bedragen tussen de € 100 en € 500 euro. De groep die vooraf niet wist dat ze gebruik maakten van niet-gecontracteerde zorg, gaf beduidend vaker aan de volgende keer een andere keuze te maken, 39%, tegenover 12% van de groep die hier wel vooraf van op de hoogte was (figuur 4). Kortom, op tijd weten waar je aan toe bent, doet er toe bij

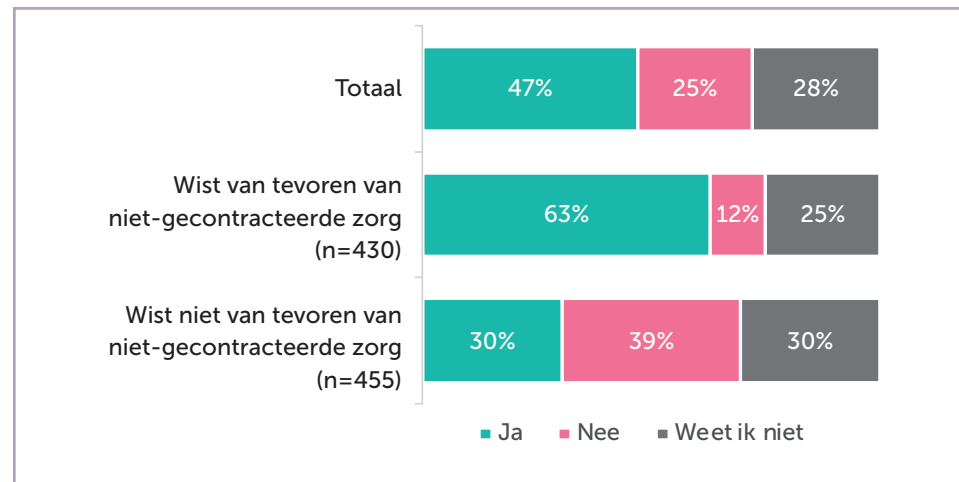
het maken van een keuze. Dat geldt zeker voor de keuze van een zorgverlener, maar voorafgaand daaraan ook voor de keuze van een zorgpolis.

### MENSEN VOORAF BETER INFORMEREN OP VERSCHILLENDE PLEKKEN

Zorgverleners, en zeker verwijzers, spelen een belangrijke rol bij de informatieverstrekking over niet-gecontracteerde zorg. Een zorgverlener moet zelfs informatie beschikbaar stellen met welke zorgverzekeraars/zorgpolissen er contracten zijn. Maar die informatie bereikt nu nog niet altijd de patiënt of pas aan de late kant. Het zou wenselijk zijn als patiënten bij de oriëntatie op de keuze van een zorgverlener eenvoudig worden meegenomen in of er wel of geen contract is en wat de bijbehorende risico's zijn. Voor het kiezen van een zorgpolis is de zorgverlener minder geschikt. Die weet immers doorgaans niets van andere, voor de verzekerde relevante, onderdelen van een zorgpolis. Het merendeel van de deelnemers in ons

onderzoek, zoekt voor het kiezen van een zorgpolis naar informatie bij de huidige zorgverzekeraar, andere zorgverzekeraars en zorgvergelijkers. Op die plekken is het wenselijk om al bij de start van het overstapseizoen eenduidige informatie te verstrekken over polissen met gecontracteerde zorg, met welke zorgaanbieders er contracten zijn, en wat de financiële consequenties zijn als je toch naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat.

Kortom, de kunst is om op verschillende plekken waar veel mensen komen voor informatie over zorgverzekeringen of waar mensen op zoek gaan naar een zorgverlener, betrouwbare eenduidige en makkelijk toegankelijke informatie beschikbaar te stellen. Dat is voor de zorgpolis dus bij zorgverzekeraars en zorgvergelijkers. En vervolgens, bij het kiezen van een zorgverlener, bij zorgverleners, liefst al via verwijzers, en bij Zorgkaart Nederland. Daar zoeken veel mensen naar een zorgaanbieder in combinatie met informatie over wachttijden.



**Figuur 4. In toekomst weer gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg?**

# PATIËNT EN ZORGVERZEKERING KIEZEN? VERBETER DE INFORMATIE OVER VERGOEDING VAN (NIET-)GECONTRACTEERDE ZORG.

## TOT SLOT

De zorgpolis is het ticket voor de zorg. Mensen raken teleurgesteld en soms wanhopig als op het festivalterrein blijkt dat ze eindeloos moeten wachten, als dat waar ze voor kwamen er toch niet is, of als ze alsnog moeten bijbetalen terwijl ze al binnen zijn. Oplossen van deze kwesties stuit nog al eens op de vastzittende discussie over het systeem. Wellicht wordt die discussie de komende tijd weer losgetrokken. Maar daarop wachten is niet wenselijk en niet nodig. Zorgverzekeraars en zorgverleners, inclusief verwijzers, kunnen nu al aan de slag. Door samen te zorgen dat op plaatsen waar veel mensen zoeken naar een zorgverlener en plaatsen waar mensen een keuze maken voor hun zorgpolis, eenduidige betrouwbare en goed toegankelijke informatie verkrijgbaar is over (niet-)gecontracteerde zorg en de vergoeding daarvan. Dat kan morgen al helpen om onbedoeld en onbewust gebruik van niet-gecontracteerde zorg terug te dringen of zelfs te voorkomen.

**Winnie Toersen en Marita Hassels Mönning**  
zijn werkzaam als respectievelijk senior adviseur patiëntenbelang en data analist bij **Patiëntenfederatie Nederland**.

## REFERENTIE

1. Patiëntenfederatie Nederland. Zorgverzekering kiezen. [www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/onderzoeken/vragenlijst-zorgverzekering-kiezen](http://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/onderzoeken/vragenlijst-zorgverzekering-kiezen)

# DE ZORGVERZEKERINGSMARKT EN OVERSTAPPERS

Jeen Van Hijum

*Bij de totstandkoming van het huidige zorgstelsel werd aan de consument een belangrijke rol toebedeeld. De gedachte was dat verzekeraars als gevolg van de concurrentie om verzekeren een prikkel hebben om zo goed mogelijke zorg in te kopen en zich zo te onderscheiden van hun concurrenten. Dit zou moeten leiden tot lagere premies en betere kwaliteit van zorg. In dit artikel ga ik in op de vraag of dit doel wordt bereikt en wat dat kan betekenen voor het Nederlandse zorgstelsel.*

## **DRIE PARTIJEN DIE ELKAAR IN EVENWICHT MOETEN HOUDEN**

Op de zorgverzekeringsmarkt zijn er drie partijen die elkaar in balans moeten houden: de zorgaanbieder, de consument in de rol als patiënt en verzekerde en de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder levert de zorg aan patiënten. Hij heeft als gevolg van zijn medische expertise een forse informatievoorsprong richting zijn patiënten. De patiënt is hierdoor gedeeltelijk afhankelijk van de zorgaanbieder. Ook verkeert de zorgbehoefte patiënt vaak in een kwetsbare situatie. Een zorgvraag komt bijna altijd onverwacht en daardoor is een patiënt zeker in een acute situatie niet in staat om een goede zorgaanbieder te zoeken. Bovendien heeft de individuele patiënt nauwelijks inkoopmacht om tegen een goede prijs zorg in te kopen. Hier kan de zorgverzekeraar tegenwicht bieden. Hij koopt de zorg voor al zijn verzekeren in één keer in. Op die manier kan de inkoopmacht van alle individuele verzekeren door de zorgverzekeraar worden gebundeld. De zorgverzekeraar

kan dan goede afspraken maken over de prijs en de kwaliteit van de zorg die hij inkoop. De zorgverzekeraar wordt door zijn verzekerden geprikkeld om de zorg zo goed mogelijk in te kopen, zijn kunnen immers stemmen met hun voeten.

## **DE ZORGVERZEKERINGSMARKT IN DE PRAKTIJK**

Tot zo ver de theorie. In de praktijk ontstaat een iets ander beeld. Zorgaanbieders leveren inderdaad zorg aan hun patiënten en zorgverzekeraars kopen inderdaad zorg in. De vraag is alleen waardoor die zorginkoop wordt gestuurd.

We zien een grote groep trouwe verzekeren die al jaren niet overstapt. Uit het consumentenonderzoek zorgverzekeringsmarkt<sup>1</sup> blijkt bijvoorbeeld dat een kleine 30% nooit zou overstappen en 46% dat alleen zou doen als de overstap voldoende besparing oplevert. Andere redenen om niet over te stappen kunnen zijn dat de verzekerde tevreden is over zijn huidige zorgverzekeraar, of dat infor-

matie over gecontracteerd zorgaanbod te laat beschikbaar is en dat kwaliteitsinformatie moeilijk of niet vindbaar is. Ook is er soms sprake van (gepercipieerde) administratieve drempels. Soms horen we ook dat verzekerden bang zijn niet te worden geaccepteerd voor de (aanvullende) verzekering.

Dit is vaak ook de groep die de meeste zorg nodig heeft. Een goede zorginkoop is voor deze groep van groot belang. Juist voor hen kan een overstap naar de best passende zorgverzekering lonen. Het potentiële resultaat van scherpe inkoop door zorgverzekeraars is voor deze groep hoger dan voor verzekeren die weinig zorg gebruiken. De groep inerte verzekeren zou zorgverzekeraars zodoende kunnen prikkelen tot een goede zorginkoop.

## **MARKT VOORAL GERICHT OP JONGE GEZONDE OVERSTAPPERS EN FOCUS OP PRIJS**

De groep verzekeren die wel overstapt

# DE ZORGVERZEKERINGSMARKT EN OVERSTAPPERS

is al jaren relatief jong en gezond. Deze groep verzekerden maakt relatief weinig gebruik van zorg. Zij blijken een goede inschatting te kunnen maken van hun verwachte zorgkosten op de korte termijn. Dit zien we ook bij de keuze voor vrijwillig eigen risico en de keuze om wel of geen aanvullende verzekering te nemen.

Jonge en gezonde overstappers zijn voor zorgverzekeraars winstgevend in de risicoverevening. Het is daarom interessant voor zorgverzekeraars om te selecteren op deze groep verzekerden. Uit de monitor Zorgverzekeringmarkt<sup>2</sup> blijkt ook dat de concurrentie op de polismarkt zich vooral op dit segment richt. Dit doen zorgverzekeraars bijvoorbeeld door polissen aan te bieden met beperkingen in het gecontracteerd aanbod en een lage vergoeding voor niet gecontracteerde zorg. Deze polissen zijn voornamelijk interessant voor verzekerden die geen zorg verwachten.

Ook sturen sommige zorgverzekeraars op het maximaal vrijwillig eigen risico. Tenslotte worden uitgebreide aanvullende verzekeringen (die vooral aantrekkelijk zijn voor consumenten die zorg gebruiken) hoofdzakelijk bij de duurdere basispolissen aangeboden. Bij de goedkopere polissen is er veel beperkter aanbod aan aanvullende verzekeringen beschikbaar.

Vergelijkende informatie over zorgverzekeringen is vooral te vinden op vergelijkingssites als Independer, Zorgkiezer en Pricewise. Deze (keuze)informatie richt zich naast de prijs vooral op informatie over het gecontracteerde aanbod en vergoedingen voor niet gecontracteerde zorg. Uit informatie van de prijsvergelijkers blijkt dat verzekerden ook vooral in deze informatie geïnteresseerd zijn. Vanuit het veld komt het signaal dat vergelijkingssites de prikkel tot premieconcurrentie versterken, doordat de zorgpremies prominent worden vergeleken en er maar beperkt andere informatie wordt gegeven.



Zorgverzekeraars en vergelijkingssites zijn in gesprek om ook andere vergelijkingsinformatie te verstrekken aan overstappers.

Al met al zien we een overstapmarkt die zich vooral richt op jong en gezond met de focus op prijs en minder op de inkoop van kwalitatief goede zorg. De vraag is wat dit betekent voor het functioneren

van de zorgmarkt. Overstappen is vooral gebaseerd op financiële overwegingen. Dit lijkt zich ook te vertalen naar de zorginkoopmarkt. De NZa wil al jaren dat zorgverzekeraars meer inkopen op kwaliteit en knelpunten in de toegankelijkheid beter oppakken. De NZa heeft in een aantal onderzoeken<sup>3</sup> geconstateerd dat zorgverzekeraars zich bij het aan-



pakken van knelpunten weinig proactief opstellen. Zo is het inkopen van zorg voor (chronisch) zieken is op dit moment financieel gezien niet interessant omdat dit tot meerkosten leidt voor een zorgverzekeraar ten opzichte van zijn concurrenten.

Zorgverzekeraars lopen een te groot risico als ze een polis aanbieden voor specifieke doelgroepen, zoals diabetici, omdat ze daarmee vooral een relatief ongunstige groep verzekerden aantrekken. Voor relatief lichte patiënten is een specifieke polis vaak minder interessant, waardoor er voor zorgverzekeraars nauwelijks een haalbare propositie te maken is.

We zien dat zorgverzekeraars steeds verder interen op de kwaliteit van hun zorginkoop. Er wordt gedrukt op de beheerskosten om zo een concurrerende premie te kunnen bieden. Het is de vraag of zorgverzekeraars er hierdoor nog toe in staat zijn om voldoende inhoudelijke zorginkoopafspraken te maken.

### **CONSTRAINED REGRESSION IN DE RISICOVERVENING EN REGIONAAL GEORGANISEERDE ZORGINKOOP**

De focus op jonge en gezonde overstappers heeft in de praktijk geleid tot een steeds meer gesegmenteerde polismarkt tussen enerzijds relatief goedkope polissen voor jonge en gezonde verzekerden en anderzijds een segment duurdere polissen voor verzekerden met relatief hoge zorgkosten. Dit dreigt de solidariteit op de zorgverzekeringsmarkt aan te tasten. Mede daarom is besloten om in te grijpen in de risicoverevening en constrained regression in te voeren. Dit moet het voor zorgverzekeraars minder interessant maken om zich te richten op jonge en gezonde verzekerden. Die worden naar verwachting namelijk minder winstgevend in de risicoverevening. Dit wordt bereikt door in de risicoverevening te bepalen dat er voor de groep verzekerden die geen meerjarige farmaceutische kosten hebben ook geen positief resultaat mag zijn. Deze voorwaarde leidt tot een bijstelling van alle andere parameter-

bedragen in de risicoverevening, waardoor de overcompensatie van jonge en gezonde verzekerden en de ondercompensatie van chronisch zieken aanzienlijk worden verkleind. Deze maatregel kent ook nadelen, vooral omdat juist de jonge en gezonde verzekerden overstappen. Het risico bestaat dat het voor deze groep verzekerden minder interessant wordt om over te stappen, waardoor de concurrentieprikkel op de zorgverzekeringsmarkt kan afnemen, met als gevolg minder scherpe premies.

We zien ook dat het voor de zorgverzekeraars moeilijker wordt om zich te onderscheiden van concurrenten. Denk aan de landelijke aanpak van complexe topklinische zorg en traumacentra. Hier worden gecentraliseerd afspraken gemaakt over waar de zorg kan worden geleverd. Ook de focus op regionale inkoop van zorg en toepassing van bijbehorend volgebeleid is een voorbeeld van een ontwikkeling die hieraan bijdraagt. Deze trend wordt versterkt door de afspraken over onder meer impactvolle transformaties uit het

Integraal Zorg Akkoord (IZA). Hier worden namelijk door twee zorgverzekeraars in representatie afspraken gemaakt over grote zorgtransformaties, waardoor het voor individuele zorgverzekeraars niet meer mogelijk wordt om zich te onderscheiden en afwijkende afspraken te maken.

### **CONCLUSIE**

Werkt het systeem zoals oorspronkelijk is bedoeld? Leidt overstappen tot een goede bijsturing van zorgverzekeraars? Enerzijds wel. Een zorgverzekeraar die te duur is wordt door een overstapper direct afgestraft. In de monitor zorgverzekeringsmarkt<sup>4</sup> zien we een enorm hoge prijsgevoeligheid van overstappers en forse overstapwinsten op de zorgverzekeringsmarkt. Tegelijkertijd zien we dat er te weinig terecht komt van inhoudelijke zorginkoop, dat er een steeds meer gesegmenteerd polislandschap ontstaat, en dat het voor zorgverzekeraars moeilijker wordt om zich van elkaar te onderscheiden.

# DE ZORGVERZEKERINGSMARKT EN OVERSTAPPERS

Het is de vraag of verzekerden daadwerkelijk geïnteresseerd zijn in een goede zorginkoop. Informatie is nauwelijks vindbaar en moeilijk vergelijkbaar. Bovendien zien we dat overstappers relatief weinig zorg gebruiken. Voor die groep lijkt zorginkoop op kwaliteit dus minder relevant te zijn. Het gaat hen vooral om de premie en een breed gecontracteerde zorgaanbod in combinatie met de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg.

Mogelijk zal de focus op prijs met de invoering van constrained regression veranderen. Dan worden jonge en gezonde verzekerden minder interessant voor zorgverzekeraars. Vraag hierbij is wel of er dan nog wel een doelgroep is voor zorgverzekeraars om zich op te richten. Het zou jammer zijn als deze ontwikkeling enkel tot een minder scherpe concurrentie leidt op de polismarkt zonder dat er sprake is van positieve effecten.

Op basis van deze analyse ben ik van mening dat zorgverzekeraars door con-

currentie op de polismarkt onvoldoende geprikkeld worden om kwalitatief goede zorg in te kopen. Dit vormt een aanzienlijk risico voor een goede werking van het Nederlandse zorgstelsel. Ik wil daarom aandringen op een discussie over de vraag hoe we op een andere manier de werking van het Nederlandse zorgstelsel kunnen verbeteren en de toegankelijkheid van zorg ook naar de toekomst toe te kunnen borgen.

**Jeen Van Hijum is expert zorgverzekeringen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hij schrijft deze bijdrage op persoonlijke titel**

## RERENTIES

1. Van der Grient R et al. Consumentenonderzoek zorgverzekeringsmarkt. Motivaction i.o.v. ACM 2022.
2. NZa. Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2021. NZa 2021; NZa. Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2022. NZa 2022.
3. NZa, onderzoek zorgplicht uitgestelde zorg, brief aan zorgverzekeraars. 7-10-2022.
4. NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2022.

# lolaHESG 2023

## Bram Wouterse

Op 25 en 26 mei vond de 15e editie van de jaarlijkse lowlands Health Economists' Study Group (lolaHESG) plaats in Egmond aan Zee. Dit jaar werd het congres georganiseerd door het Erasmus Centre for Health Economics Rotterdam (EsCHER). Tijdens het lolaHESG-congres wordt onderzoek van veelal beginnende onderzoekers besproken door senior collega's en samen met de andere deelnemers in de zaal bediscussieerd. Het geven van constructief commentaar staat daarbij centraal. Daarnaast is het congres ook de uitgelezen gelegenheid om, al dan niet onder het genot van een hapje en een drankje, met collega-onderzoekers uit de lage landen bij te praten.

Dit jaar ontving de conferentie een recordaantal van 101 abstracts. Dit resulteerde in een uitverkocht evenement en zelfs een wachtlijst. Uit de inzendingen werden door de wetenschappelijke commissie 50 abstracts geselecteerd. Een kleine vernieuwing was dat dit jaar de sessies werden ingedeeld in verschil-



lende stromen (gezondheidseconomie, gezondheidsuitkomsten, economische evaluaties, gezondheidszorgsystemen en verzekeringen, gedragseconomie) om zo de afstemming tussen onderzoek, discussianten en publiek te verbeteren. De wetenschappelijke discussies op de eerste dag werden gevolgd door de enthousiaste lezing van Johannes Spinnewijn, hoogleraar economie aan de London School of Economics. Met behulp van gedetailleerde microdata uit Nederland gaf hij inzicht in de oorzaken van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Na dit inspirerende verhaal

genoten de deelnemers op het strand van een drankje en diverse strandspelletjes. De dag werd afgesloten met een heerlijk diner, gevolgd door een heuse lolaHESG pubquiz en een feest (voor velen het traditionele hoogtepunt van het congres).

Op de tweede dag werden de resterende papers besproken. De relevantie van de gezondheidseconomie voor de beleidspraktijk kwam aan bod in de tweede plenaire sessie. Hierin gaf Amarens Geuzinge van het Zorginstituut Nederland (ZIN) een update over de herziening van de Nederlandse richtlijn voor economische

evaluaties, waarbij ook de experts in de zaal actief werden betrokken.

Zoals gebruikelijk werd aan het eind van het congres het stokje, of beter gezegd de lolaHESG-vlag, overgedragen aan de volgende organisatoren, de Health Economics Research groep (HERA) van de Vrije Universiteit Amsterdam. Zet 23 en 24 mei 2024 dus vast in de agenda voor de 16e editie van dit mooie evenement!

**Bram Wouterse is universitair hoofddocent aan de Erasmus School of Health Policy & Management in Rotterdam**

# WEBINAR VGE/NVTAG: ONCOLYTICA IN THE REAL WORLD

**Chantal Pereira**

De kosten van de oncologische zorg stijgen hard. Dit wordt vooral veroorzaakt door snelle ontwikkelingen in het geneesmiddelenaanbod. Onder andere de verbreding van indicatiegebieden, een hogere incidentie en prevalentie, langere behandelduur en combinatietherapieën zorgen ervoor dat oncolytica een steeds groter beslag leggen op het ziekenhuisbudget en andere zorg dreigen te verdringen. Tegelijkertijd is het niet altijd duidelijk wat deze middelen aan gezondheidswinst opleveren na toelating tot het verzekerde pakket. De patiëntenpopulatie in de trials is bijvoorbeeld veelal jonger en fitter dan de populatie aan wie deze middelen uiteindelijk worden verstrekt. Dit roept vragen op als: Werken middelen voor deze laatste groep net zo goed als in de trial? Kan Real World Data helpen om betere inschattingen van de (kosten)effectiviteit van geneesmiddelen in de oncologie te verkrijgen? Hierover organiseerde de VGE in samenwerking met de NVTAG op 13 september 2023 het webinar 'Oncolytica in the real world'. Rond de 40 geïnteresseerden sloten aan bij dit webinar.

De eerste spreker, Mattias Neyt, senior expert aan het Belgische KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg), lichtte toe dat er na het uitvoeren van randomized controlled trials (RCT's) vaak nog veel onzekerheid is over de uiteindelijke overleving binnen een patiëntengroep. Om inzichtelijk te maken, liet hij zien dat in België tussen 2004 en 2007 bij de helft van de kankersoorten een (lichte) verbetering in de overall survival te zien is, maar in de andere helft niet. Wel stegen bij bijna alle kankersoorten de totale kosten en de kosten per behandeling aanzienlijk. Het gebruik van Real World Data (RWD) is niet zondermeer de oplossing, daar het lastig is om op basis van RWD het relatieve behandeldeffect te bepalen. Wel heeft RWD toegevoegde waarde bij het meten van de veiligheid en valideren van de in de RCT's gebruikte

surrogaatuitkomsten. Middelen zouden dan bijvoorbeeld geen definitieve goedkeuring kunnen krijgen op basis van de resultaten van enkel de RCT, maar wel op voorwaarde dat RWD na een langere follow up-periode ook goede resultaten laat zien.

Haiko Bloemendal - internist-oncoloog, voorzitter Centrum voor Oncologie bij Radboudumc en hoogleraar Netwerken in de oncologie - schetste een wetenschappelijk glijdende schaal: van de ontwikkeling van RCT's naar steeds meer non-randomised studies (NRS). Het Zorginstituut Nederland, zorgverzekeraars en de commissie Beoordeling Oncologische Middelen (CieBOM) van de beroepsgroep NVMO, beoordelen deze studies op (kosten)effectiviteit en klinische meerwaarde. De doorlooptijd van deze beoordelingen – en dus ook tijd tot toegang tot deze middelen voor patiënten – neemt steeds meer toe. Daarom is voor zeldzame indicaties het DRUG Access Protocol ontwikkeld. Hierin krijgen patiënten, in afwachting van toelating van het geneesmiddel tot het verzekerde pakket, toch het nieuwe geneesmiddelen en wordt tegelijkertijd RWD verzameld voor meer inzicht in de (kosten)effectiviteit. De verzameling en het gebruik van RWD wordt op dit moment nog sterk belemmerd door versnippering van het landschap en privacywetgeving.

Ook de derde en laatste spreker, Wim Goettsch, hoogleraar Health Technology Assessment of Pharmaceuticals aan de Universiteit Utrecht en verbonden aan het Zorginstituut Nederland, belichtte de beschikbaarheid van RWD als vraagstuk. Hij wees er tevens op dat veel nieuwe middelen met beperkte informatie over de (kosten) effectiviteit op de markt komen. Vervolgens worden deze middelen ook op allerlei andere manieren ingezet dan die ene specifieke manier die in de RCT is onderzocht.

Dat vraagt om cyclisch pakketbeheer met behulp van RWD. Binnen het programma Regie op registers is daarom ervaring op gedaan met het bijeenbrengen van data uit verschillende bronnen om de praktijkeffecten van dure geneesmiddelen te volgen. Bij darmkanker zijn de resultaten van encorafenib uit de RCT vergeleken tussen patiënten in de praktijk die zowel wel als niet in de trial zouden passen. In het HTx-project wordt momenteel gekeken hoe met de integratie van RWD, ook de (kosten)effectiviteit van bijvoorbeeld combinaties van behandelingen inzichtelijk kan worden gemaakt.

Aan het einde van dit webinar was de conclusie vooral dat het onderwerp om nog veel meer discussie vraagt.

**Chantal Pereira is senior adviseur bij IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) en bestuurslid van de VGE.**

# OSTEOPOROSIS, (BONE) FRACTURES AND FRACTURE LIAISON SERVICES: HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE, CLINICAL AND ECONOMIC OUTCOMES

Nannan Li

Osteoporosis is the most common bone (non-communicable) disease in humans, which could further cause fragility fractures, representing a major public health problem. This dissertation entitled 'Osteoporosis, (bone) fractures and fracture liaison services: Health-related quality of life, clinical and economic outcomes' aims to summarize current evidence relevant to osteoporosis management (and fracture prevention) and to study the clinical and economic outcomes of fracture liaison service (FLS). The FLS is a post-fracture program, initiated by the international osteoporosis foundation in 2012, which is advocated as the most appropriate and effective approach for secondary fracture prevention, including case finding, risk evaluation, education, treatment and long-term monitoring.

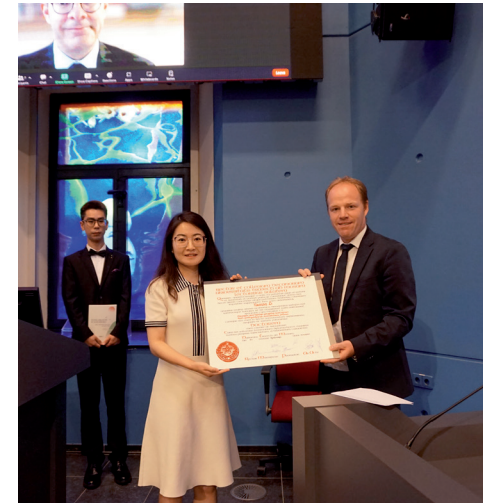
For osteoporosis management, this dissertation suggests anti-osteoporosis medications are a good way of alloca-

ting resources given revealed health-economic benefits. Sequential therapy (compared to monotherapy) is associated with additional health benefits and potential cost-effectiveness in very high risk population. And it seems not necessary to differentiate men and women in the process of decision-making given similar cost-effectiveness findings. In addition, it also highlights the necessity of increasing awareness of osteoporosis in both lay and healthcare spheres, the importance of effective communication (using a patient-centered approach) such as using visual aids and simplified language (avoidance of clinical or statistical jargon), adapting numeric data to the numeracy and literacy level of patients to make them understand their fracture risk and better adhere to therapy.

For secondary fracture prevention, this dissertation suggests the FLS is effective (in reducing subsequent fracture and

mortality risk) and cost-effective, indicating both clinical and economic benefits, supporting the deployment of FLS should be increased and positive initiatives should be reinforced. In addition, a clear and efficient fracture pathway is essential for case-finding, which would further minimize the time gap between fracture and FLS visit.

Overall, this dissertation contributes to optimize osteoporosis (bone fracture) management and in particular the knowledge on clinical effectiveness and economic value of the FLS. The information provided by this dissertation would be useful for decision makers (can be payers, politicians, clinicians or other member of decision-making boards) in the health-care setting to introduce some positive initiatives in clinical practice to identify more patients at risk of fracture and get more patients treated and adhered to therapy, to stimulate policy or financial



incentives aiming to support and optimize the osteoporosis management and FLS implementation, and finally in turn to lower the fracture risk and reduce the burden clinically and financially.

**Nannan Li completed her PhD on the 12th of September 2023 in the Health Services Research Department of Maastricht University.**

# SPONSOREN



Erasmus School of  
Health Policy  
& Management



rijksuniversiteit  
 groningen

Radboud Universiteit



Radboudumc

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



UNIVERSITEIT TWENTE.



ERASMUS CENTRE  
FOR HEALTH ECONOMICS  
ROTTERDAM

EsCHER



umcg

# COLOFON

## REDACTIE

Elske van den Akker-van Marle

Raf van Gestel

Robert Vonk

Redactieadres: bulletin@gezondheidseconomie.org

Ontwerp en vormgeving: Yfke Vreugdenhil, Y-werk

Het VGE bulletin is een uitgave van de Vereniging voor Gezondheidseconomie. Het bulletin verschijnt tweemaal per jaar. Wilt u het VGE bulletin blijvend ontvangen, wordt dan lid van de Vereniging voor Gezondheidseconomie, en profiteer tegelijkertijd van de andere voordelen die het lidmaatschap van de vereniging u biedt (zie [www.gezondheidseconomie.org](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.

