



INHOUD

- 3** PREVENTIEBELEID: VAN INDIVIDUELE LEEFSTIJL NAAR SOCIALE LEEFOMGEVING. NOODZAKELIJKE UITDAGING VOOR BELEIDSMAKERS EN GEZONDHEIDSECONOMEN **Richard Heijink, Robert Vonk en Jet Bussemaker**
- 7** MAG HET EEN ONSJE MEER ZIJN? DE ROL VAN GEZONDHEIDSECONOMEN IN HET PREVENTIEDEBAT **Luc Hagens, Karine van 't Land en Bram Wouterse**
- 12** MULTIDISCIPLINAIR ONDERZOEK NAAR PREVENTIE IN SMARTER CHOICES FOR BETTER HEALTH **Stefan Lipman, Lili Kókai, Kirsten Rohde, Hans van Kippersluis, Georg Granic, Joost Oude Groeniger**
- 16** KIEZEN VOOR KWALITEIT: FEIT OF FICTIE? **Marlies Bär, Wouter Vermeulen, Marco Varkevisser en Bram Wouterse**
- 20** SAMENVATTING PROEFSCHRIFT MENTALE GEZONDHEID OVER DE LEVENSLOOP **Hermien Dijk**
- 21** AANKONDIGING CONGRES
- 22** SAMENVATTING PROEFSCHRIFT GETTING THE INCENTIVES RIGHT **Daniëlle Cattel**
- 24** WEBINAR KIEZEN VOOR HOUDBARE ZORG
- 37** SPONSOREN, COLOFON, VGE UPDATE

Het najaarsnummer van 2022 heeft als thema "alternatieve bekostiging van de gezondheidszorg". Wilt u een bijdrage leveren aan dit nummer, neem dan voor 1 augustus 2022 contact met ons op via bulletin@gezondheidseconomie.org om uw idee te bespreken. De uiteindelijke kopijdatum voor de bijdragen is 15 september 2022.

VOORWOORD

Dit themabulletin verschijnt tegelijk met het VGE-congres 2022 en gaat uitgebreid in op "Gezondheidseconomie & Preventie". Met het Nationaal Preventieakkoord en recente rapporten zoals 'Samenwerken aan passende zorg' en 'Kiezen voor houdbare zorg' is de aandacht voor preventie sterk toegenomen. Alle partijen zijn het erover eens dat gezondheidszorg niet alleen moet gaan over het behandelen van aandoeningen maar vooral ook over het voorkomen ervan. Onduidelijk is echter hoe deze ambitie moet worden doorvertaald naar beleid en praktijk. Wat is de beste rolverdeling tussen overheid, werkgevers, verzekeraars, zorgaanbieders en burgers? Welke instrumenten hebben deze partijen tot hun beschikking en zijn die instrumenten toereikend? Welke belemmeringen worden ervaren en hoe kunnen die worden weggenomen? In dit bulletin laten verschillende auteurs vanuit wetenschap, beleid en praktijk hier hun licht over schijnen. De redactie wenst u veel leesplezier!

PREVENTIEBELEID: VAN INDIVIDUELE LEEFSTIJL NAAR SOCIALE LEEFOMGEVING. NOODZAKELIJKE UITDAGING VOOR BELEIDSMAKERS EN GEZONDHEIDSECONOMEN

Richard Heijink, Robert Vonk en Jet Bussemaker

Binnen het huidige debat over de financiële houdbaarheid van de gezondheidszorg is preventie één van de toverwoorden. Immers, zo lijkt de gedachte, 'voorkomen is beter dan genezen – en nog goedkoper ook'. De vraag is of dit smalle houdbaarheidskader preventie niet tekort doet. Sorteren we daarmee niet voor op onze eigen teleurstelling? De kostenbesparing die aan preventie wordt toegeschreven in het maatschappelijke en politieke debat, zien we immers niet altijd terug in gezondheidseconomische studies over preventie.¹ De vraag is: ligt dat aan de aard van preventie? Ligt het aan de manier waarop we preventie in economisch opzicht onderzoeken? Of ligt het aan de doelen waarmee we (preventie)beleid vormgeven?

In dit artikel betogen we dat:

1. we in het maatschappelijke en politieke, maar misschien ook wel economische debat preventie te smal definiëren;
2. een bredere kijk op (de waarde van) preventie ook ander onderzoek en een andere onderbouwing en opzet van beleid vergt.

WAT IS PREVENTIE?

Over wat precies preventie is, lopen de meningen uiteen. Wij beantwoorden deze vraag in drie stappen, waarbij de scope van preventie steeds breder wordt.

In de dagelijkse praktijk, wordt preventie vaak begrepen als gezondheidsbevordering: het spreekwoordelijke appeltje (snoep verstandig!) en de hardloopschoenen. Kortom, het gaat dan om interventies die het gedrag en de leefstijl van mensen ten goede

veranderen. Bijvoorbeeld door voorlichting (publiekscampagnes), maar ook door interventies (stoppen-met-roken-programma's) en steeds vaker ook door middel van nudging, gebaseerd op de inzichten van de gedragseconomie en sociaal-cognitieve modellen. Dat is belangrijk! Maar het is ook een beperkte manier van kijken naar de factoren die gezondheid beïnvloeden: individueel gericht met het idee dat als we mensen helpen het goede te doen, ze dit ook doen. Bovendien dreigt preventie hierdoor te medicaliseren, met als bijkomend risico dat leefstijlinterventies nog meer inzet van zorgprofessionals vragen in een nu al krappe arbeidsmarkt.

Deze smalle blik op preventie is in het preventiebeleid van de rijksoverheid lange tijd leidend geweest: het aanpakken van ongezond gedrag, waarbij de individuele verantwoordelijkheid steeds sterker op de voorgrond kwam te staan. Maar we zien het vandaag de dag nog steeds, zoals in het nieuwe Coalitieakkoord.² Hoewel de laatste jaren de blik op preventie zich - ook in het beleid - aan het verbreden is, zien we dat het Nationaal Preventieakkoord uit 2018 nog sterk geënt is op deze lijn. In het Preventieakkoord staan afspraken tussen meer dan 70 verschillende organisaties, uit de zorg, het bedrijfsleven, gemeenten en onderwijsinstellingen, om roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik tegen te gaan.

PREVENTIE IN DE PUBLIC HEALTH

Binnen de wereld van de public health verbreedt men preventie met ziektepreventie en gezondheidsbescherming.³ Bij ziektepreventie is het doel specifieke ziekten en

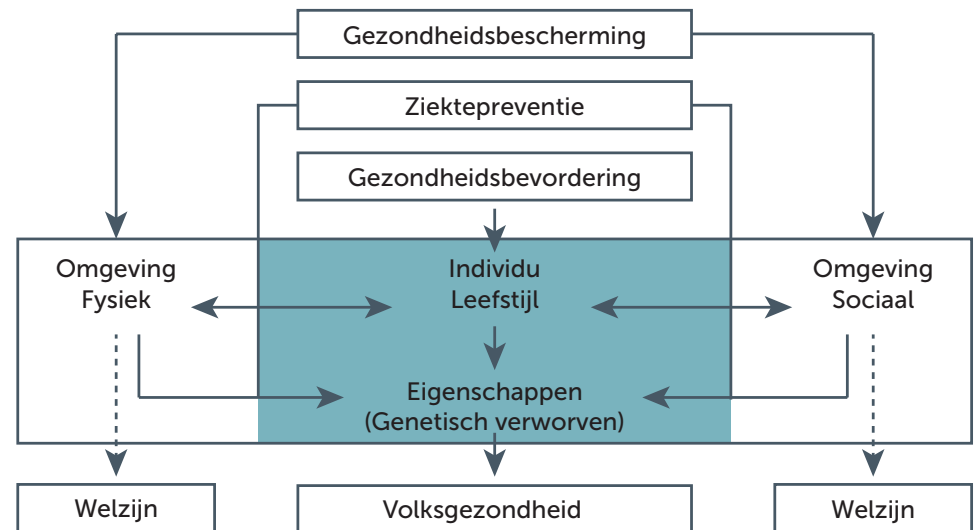
PREVENTIEBELEID: VAN INDIVIDUELE LEEFSTIJL NAAR SOCIALE LEEFOMGEVING. NOODZAKELIJKE UITDAGING VOOR BELEIDSMAKERS EN GEZONDHEIDSECONOMEN

aandoeningen te voorkomen of vroeg te signaleren, denk aan gebitscontroles, vaccinaties, bevolkingsonderzoeken en preventieve medicaties, bijvoorbeeld tegen hart- en vaatziekten. Gezondheidsbescherming richt zich op het beschermen van de bevolking tegen gezondheidsbedreigende factoren in de fysieke of sociale omgeving, bijvoorbeeld de bewaking van de kwaliteit van drink- en zwemwater, huisvesting of voeding, afvalverwijdering, verkeersveiligheid en arbowetgeving. Veel gezondheidsbeschermende maatregelen vallen buiten het domein van de gezondheidszorg en zijn er nu nog nauwelijks mee geassocieerd.

De verschillende vormen van preventie hangen met elkaar samen. Zo zijn omgevingsfactoren zowel direct als indirect via leefstijl van invloed op de volksgezondheid (zie Figuur 1). Als we op deze manier kijken, geven we in Nederland best veel uit aan preventie: zo'n 12,5 miljard euro.⁴

COMPLEXE ONGELIJKHEID: BREDER KIJKEN NAAR PREVENTIE

In het essay Gezondheidsverschillen voorbij⁵ en Een eerlijke kans op gezond leven⁶ betoogt de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving om nog breder naar preventie te kijken. Dan hebben we het over beleid dat ook de sociale determinanten van gezondheid raakt, zoals inkomen, arbeid, onderwijs, huisvesting en sociale relaties. Want het promoten van een gezonde leefstijl en het opsporen van aandoeningen is goed, maar zonder het aanpakken van bredere determinanten van gezondheid, bestrijden we vooral het symptoom en niet de kwaal. Het vermogen van mensen om eigen verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid wordt immers ook en misschien wel meer bepaald door omstandigheden waarin ze leven, werken, leren, wonen en ouder worden. Die omstandigheden kunnen de gezondheid direct bedreigen, daar is gezondheidsbescherming op gericht, maar ook direct bevorderen.⁷



Figuur 1. Gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering in onderlinge samenhang. Bron: Polder et al.³

Wat de RVS betreft wordt bij preventie de aandacht verlegd en verbreed naar deze sociale determinanten én de omgeving waarin gezondheid tot stand komt. Meer aandacht voor de oorzaken achter de oorzaken. Veel mensen hebben namelijk maar beperkt invloed op deze oorzaken en het beroep doen op hun eigen verantwoordelijkheid – zoals nu in preventiebeleid nog vaak gebeurt – werkt alleen daarom al contraproductief. De oorzaken beïnvloeden elkaar bovendien en ongelijkheden in verschillende levensdomeinen stapelen zich veelal op. Dit vergt een andere aanpak, doorzettingsvermogen, moed en een lange adem.

WAT BETEKENT DIT VOOR DE GEZONDHEIDSECONOMIE?

Een brede kijk op preventie past naar ons idee bij het vakgebied van de gezondheidseconomie. We zien dat gezondheidseconomen aandacht besteden aan onder andere de invloed van sociale en economische omstandigheden op gezondheid (en vraag naar zorg). Ook worden in analyses van gezondheidsinterventies steeds vaker maatschappelijke effecten meegenomen.

Tegelijk schept het mogelijk een aantal nieuwe uitdagingen. Preventie is voor de gezondheidseconoom geen gemakkelijk object van studie gebleken. Een vóórkomen ziekte is immers moeilijker in maat en getal te vangen dan een behandelde ziekte. Bovendien gaat de investering ver voor de baat uit en komen er verderop in het leven weer 'andere kosten' voor in de plaats. Baten zijn ook niet altijd direct aan de interventie te koppelen, waardoor er altijd een mate van onzekerheid bestaat over effecten en causaliteit. Bij specifieke en beperkte interventies is dit met slimme aannames nog goed te ondervangen. Het wordt een heel ander verhaal als we ook al deze maatschappelijke randvoorwaarden mee moeten wegen.

Toch is dit nodig, want onze gezondheid wordt mede bepaald door de samenleving waarin we leven. Zoals de arts Marmot het ooit zei: 'why treat people and send them back to the conditions that made them sick?'.⁸ Moeten we dan niet ook de maatschappij behandelen? Dit betekent dat we niet alleen gezondheidsinterventies moeten analyseren, maar juist ook inzicht nodig hebben in de effecten van ingrepen in de leefomgeving, onderwijs, bestaanszekerheid of huisvesting op gezondheid(sverschillen). Op deze wijze kan het gezondheidseconomisch onderzoek een belangrijke bijdrage leveren aan beleid dat recht doet aan de complexiteit van hedendaagse gezondheidsvraagstukken. Tegelijk komen we er niet alleen met een bredere opzet van onderzoek. We zullen ook meer in gesprek moeten met beleidsmakers en politiek om daadwer-

kelijk tot ander beleid te komen. Ook op dat vlak kunnen gezondheidseconomen volgens ons een rol spelen. We lichten er kort een tweetal mogelijke – naar ons idee belangrijke – gespreksonderwerpen uit:

1: beleidskeuzes op het gebied van gezondheid en zorg, worden nog altijd gedomineerd door een financieel-economisch perspectief. Kostenbeheersing, op macroniveau maar ook per domein (wet) en per sector (binnen een wet), is het meest dominante criterium voor het toetsen van beleidsvoorstellen.⁹ Dat blijkt onder andere uit de grote rol die doorrekeningen op zorguitgaven spelen in partijprogramma's, een coalitieakkoord of in het jaarverslag van het ministerie. Dit vormt een stevig probleem voor preventieve interventies die eerst investeringen vragen en mogelijk onzekere opbrengsten hebben die op langere termijn gerealiseerd worden. Bovendien is dit fruikend voor het introduceren van nieuwe (preventieve) manieren van werken in zorg en sociaal domein waarbij financiële en personele middelen – afhankelijk van de behoefte van burgers en patiënten – flexibel moeten kunnen schuiven tussen sectoren en domeinen.

2: de opzet van onze stelsels voor zorg en ondersteuning. Volgens het coalitieakkoord staan de stelsels van zorg en ondersteuning niet ter discussie.² Ook al begrijpen we dat stelselaanpassingen kostbaar kunnen zijn en veel impact hebben, mogen we fundamentele discussies niet op deze manier uit de weg gaan. Vanuit het perspectief van burgers en samenleving zijn er namelijk wel degelijk knelpunten die op z'n minst meer debat verdienen. De opzet en afbakening van de verschillende stelsels (Wlz, Zvw, Wmo, Jeugdwet, Wpg) en de wijze waarop we zorg en ondersteuning organiseren en betalen, is niet gebaseerd op een brede kijk op gezondheid en gezondheidsverschillen.

PREVENTIEBELEID: VAN INDIVIDUELE LEEFSTIJL NAAR SOCIALE LEEFOMGEVING. NOODZAKELIJKE UITDAGING VOOR BELEIDSMAKERS EN GEZONDHEIDSECONOMEN

Juist kwetsbare burgers met complexe zorgvragen krijgen te maken met verschillende regelingen, vormen van aanspraak, financiers en zorgorganisaties.¹⁰ Prikkels om te investeren in preventie zijn er nog altijd onvoldoende en zorgaanbieders concurreren meer op volume dan op waarde. Gezondheidseconoom Jochen Mireau deed al eens het interessante voorstel om gezondheidsdoelen in de wet vast te leggen.¹¹ Hierdoor wordt het behalen ervan minder vrijblijvend; overheid en uitvoeringsorganisaties moeten ermee aan het werk. Wellicht kan een dergelijke wettelijke verantwoordelijkheid stimuleren dat we ook fundamenteeler durven na te denken over welk stelsel bij dergelijke doelen past.

TOT SLOT

Hoe gezond we zijn of kunnen worden, hangt voor een groot deel af van de manier waarop we met elkaar samenleven. Preventie is alleen daarom al een collectieve verantwoordelijkheid waarin we breed moeten durven kijken, net als bij het brede welvaartsbegrip dat de laatste jaren steeds meer ingang vindt binnen de economische wetenschap én beleid. De gezondheidseconomie speelt daarbij een essentiële rol. Breed kijken, betekent ook dat we preventie moeten bevrijden uit het smalle keurslijf van kostenbesparing en stelsels. Want, om de Engelse epidemioloog Geoffrey Rose te parafraseren: 'Het is beter gezond te zijn dan ziek of dood. Dat is het begin en eind van het enige echte argument voor preventie. En dat is genoeg'.¹²

Richard Heijink is senior adviseur bij de RVS (Raad voor Volksgezondheid & Samenleving).

Robert Vonk is senior adviseur bij de RVS en visiting fellow bij de Erasmus School of Health

Policy & Management. Jet Bussemaker is voorzitter van de RVS en hoogleraar bij het LUMC en de Universiteit Leiden.

Referenties

1. Wouterse B. Economic Consequences of Healthy Aging. Tilburg University, 2013.
2. VVD, D66, CDA en Christenunie . Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst. Coalitieakkoord 2021 – 2025. Den Haag, 2021.
3. Polder JJ et al. Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie, in: F.T Schut en M. Varkevisser (red.), Een economisch gezonde gezondheidszorg. KVS preadviezen, 2012.
4. Van Gils PF et al. Nederlandse preventie-uitgaven onder de loep. TSG, 2020.
5. RVS. Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. Den Haag, 2020.
6. RVS. Een eerlijke kans op gezond leven. Den Haag, 2021.
7. Marmot M et al. Fair society, healthy lives: the Marmot review; strategic review of health inequalities in England post-2010. London, 2010.
8. Marmot M. The health gap. The challenge of an unequal world. New York, 2015.
9. RVS. Opnieuw akkoord? Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg. Den Haag, 2021.
10. Nationale ombudsman. Zorgen voor burgers. Onderzoek naar knelpunten die burgers ervaren bij de toegang tot zorg. Den Haag, 2018.
11. Mireau JO en Toebees BCA. TSG 2021;99:70-4.
12. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford, 1992.

MAG HET EEN ONSJE MEER ZIJN? DE ROL VAN GEZONDHEIDSECONOMEN IN HET PREVENTIEDEBAT

Luc Hagens, Karine van 't Land en Bram Wouterse

INTRODUCTIE

Een ons preventie kan meer opleveren dan een pond zorg¹. Toch is het gewicht van het Nederlandse preventiebeleid nog steeds beperkt. Tijd om de inzet van economen op dit thema op de weegschaal te leggen.

Economen zijn niet de zuinige kruideniers, waarvoor anderen ze weleens uitmaken, maar kunnen juist bijdragen aan doelmatiger preventie-beleid gericht op een zo groot mogelijke maatschappelijke welvaart. Wel verschillen economische uitgangspunten vaak met die van andere disciplines, de praktijk en het beleid. Men begrijpt elkaar daardoor vaak niet.

Door consequenter het uitgangspunt van brede maatschappelijke welvaart te hanteren, door meer aandacht te besteden aan de uitgangspunten van anderen, en door meer oog te hebben voor de (politieke) context waarin preventiebeleid tot stand komt kunnen economen hun bijdrage vergroten. We lichten de rol van

economen en hun blinde vlekken in het preventiedebat toe door ze te confronteren met een aantal andere 'stereotype' spelers: de epidemioloog, de boekhouder, de ethicus en de politicus.

Deze stereotypen baseren we op onze eigen ervaring in wetenschap en beleid, en ze zijn bewust scherp neer-gezet. Uiteraard is de positie van individuele spelers in de praktijk genuanceerder. Uit de confrontatie trekken we een aantal conclusies.

EEN ECONOMO, EPIDEMIOLOOG, ETHICUS EN EEN POLITICUS KOMEN EEN (SAP)BAR BINNEN

Net als de Belg, de Duitser en de Nederlander in de bekende moppen bekijken de verschillende spelers in het preventiedebat hetzelfde probleem met een andere blik. In het beste geval levert dat goed onderbouwd en breed gedragen beleid op, in het slechtste geval leidt het tot verwarring en geen beleid. Wat is de

rol van de econoom en hoe verhoudt hij zich tot de anderen?

De econoom

De econoom heeft in het preventiedebat twee sterke punten. Ten eerste denkt de econoom vanuit het uitgangspunt van algeheel welzijn. Verder is de econoom krachtig in het denken in termen van afruilen, ofwel de waardering van de kosten en baten van bijvoorbeeld gezondheidsmaatregelen. Voor de econoom zijn een goede gezondheid of zo laag mogelijke zorgkosten geen doel op zich. Hoe belangrijk vinden mensen deze thema's in vergelijking met andere? Dát is de vraag. Preventiebeleid is voor de econoom daarom ook nooit gratis: maatregelen voor een betere gezondheid gaat altijd ten koste van iets anders, zoals geld, tijd of plezier. De econoom laat de weging van kosten en baten ook het liefst over aan de mensen zelf, via 'de markt'. Dat betekent niet dat economen blind zijn

voor marktfalen. Er is juist steeds meer aandacht voor de kosten voor anderen (externaliteiten) of voor zichzelf (internaliteiten) die mensen in hun keuzes rondom gezondheid onvoldoende meenemen. Wel zal de econoom altijd benadrukken dat beleid om het marktfalen op te lossen zelf ook weer kosten heeft, en dus proportioneel en doelmatig moet zijn.

De epidemioloog

Het economische argument dat ongezond gedrag baten kan hebben, en meer gezondheid dus niet altijd beter is, wordt door de epidemioloog met gefrons onthaald. Een zo goed mogelijke volksgezondheid is immers het doel van de studie naar de volksgezondheid. De preventieparadox is daarbij een bekend uitgangspunt: de meeste gezondheidswinst wordt vaak geboekt via maatregelen die individuen maar een beetje gezonder maken, maar die wel voor hele populaties gelden. Bijvoorbeeld wan-

MAG HET EEN ONSJE MEER ZIJN? DE ROL VAN GEZONDHEIDSECONOMEN IN HET PREVENTIEDEBAT

neer de hele populatie iets minder zout binnenkrijgt. Veel epidemiologen hebben nog een tweede doel: het verkleinen van gezondheidsverschillen. Mensen met een praktische opleiding leven jaren korter dan mensen met een theoretische². Geen wonder dat een deel van de epidemiologen het verkleinen van gezondheidsverschillen via 'proportioneel universeel' beleid als heilige graal ziet. Daarmee wordt beleid bedoeld dat grote groepen of de hele bevolking bereikt, maar relatief meer effect heeft bij mensen met een grotere gezondheidsachterstand. De praktijk is eerder andersom: inzet op individueel gedrag heeft hoger op de maatschappelijke ladder doorgaans meer effect. Epidemiologen zijn daarom niet per se enthousiast over leefstijlinterventies die vaak vooral de gezondheid van hoger opgeleiden verbeteren.

De econoom kan de epidemioloog ondersteunen door aandacht te schenken aan afruilen en proportionaliteit. Hoe waardeert de samenleving de soms

conflicterende doelen van een betere volksgezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen? De economische lens komt ook van pas bij het uitwerken van proportionele maatregelen. Volledig uitbannen van ongezond gedrag zoals de consumptie van vet en suiker kan de volksgezondheid verbeteren, maar is geen reële optie en zal vanuit nutsmaximalisatie gedacht ook niet proportioneel zijn. Dan is het de vraag wat wel proportioneel is. Praktisch vertaald: de epidemioloog kan onderbouwen dat een suiker- en vettaks leidt tot een betere volksgezondheid, juist onderaan de maatschappelijke ladder; de econoom kan helpen onderbouwen hoe hoog zo'n taks moet zijn en hoe die het beste kan worden geheven.

De econoom kan juist leren van de epidemiologische inzichten in hoe individuele voorkeuren worden gevormd door de maatschappelijke omgeving, en in de interacties tussen risicofactoren op verschillende niveaus. Economen kunnen

heel goed individuele interventies gericht op één specifieke risicofactor doorrekenen. Bij preventie gaat het echter vaak om een samenhang tussen allerlei verschillende maatregelen, die ieder voor zich beperkt effectief zijn, maar gezamenlijk tot een betere gezondheid leiden. Een econoom die daar iets zinnigs over moet zeggen staat vaak met de mond vol tanden. De manier waarop het CPB de effecten van gezondheidsbeleid in de evaluatie van de verkiezingsprogramma's doorrekent is hiervan een goed voorbeeld³.

Daarnaast kan het sterke rechtvaardigheidsgevoel van veel epidemiologen voor economen een bron van inspiratie zijn. De positie van kwetsbare groepen wordt niet beter met beleid dat zich richt op gemiddelden. Epidemiologen voorzien deze patronen als geen ander en geven een stem aan mensen die maar weinig stem hebben.

De boekhouder

De verantwoordelijkheid voor het pu-

blieke belang wordt, zeker in Nederland, grotendeels gedelegeerd naar allerlei organisaties met een specifieke doelstelling en deelbelang. De boekhouder moet zich houden aan de eigen specifieke taak en budget en heeft dus geen belang, kennis, of zelfs mogelijkheden, om zich met baten en kosten daarbuiten rekening te houden. Buiten de eigen silo voelt de boekhouder zich als een olifant in een porseleinkast. Juist bij volksgezondheid, waar zowel de determinanten als de kosten en baten voor een groot deel buiten de zorg liggen, gelden "wrong pocket" problemen: beleid komt niet tot stand omdat de investerende partij zelf niet de baten ontvangt (financiële wrong pocket), of beleid komt niet tot stand omdat niemand er verantwoordelijk voor is (bestuurlijke wrong pocket).

Voor de econoom zijn er twee tegenstelde gevaren. Enerzijds is dat te veel meegaan in de silo van de boekhouder. Zo worden er enorme stapel kosteneffectiviteitsstudies naar medische tech-

nologie geproduceerd. Dit staat in schril contrast tot de aandacht voor de kosteneffectiviteit van gezondheidsbeleid buiten de zorg. Dat terwijl juist inzet op de maatschappelijke oorzaken van de directe oorzaken van ziekten en ongezond gedrag een grote impact op de volksgezondheid heeft. Dit type gezondheidsbeleid vergt echter een integrale, sectoroverstijgende aanpak met een veel complexere rekensom. Hier past de slogan “alleen een algemeen econoom is een goede gezondheidseconoom”.

De econoom zal anderzijds onder ogen moeten zien dat de beperkingen van de boekhouders vaak reëel zijn en dat institutionele verhoudingen een delicate balans vormen die niet zomaar verandert. Dat betekent dat de econoom goed moet luisteren naar de overwegingen van boekhouders in verschillende silo's. Waar zijn de mogelijkheden, hoe klein ook? Hoe sluiten ze op elkaar aan? Creativiteit, doorzettingsvermogen en soepel netwerken zijn hier belangrijke kwaliteiten.

Wanneer de silo's een first-best optie onmogelijk maken, is gaan voor de second-best een effectievere bijdrage aan beleid dan de houding 'first-best of niets'.

De ethicus

Ethici hebben niet als doel om tot één waarheid te komen, maar proberen systematisch na te denken waarom iets 'goed' is. Op het vlak van preventie spelen veel ethische dilemma's: de rol van eigen verantwoordelijkheid in gezond gedrag, hoeveel mag de individuele vrijheid worden beperkt voor een betere volksgezondheid, in welke mate hebben achtergestelde groepen recht op extra aandacht en middelen, mogen mensen of bedrijven met de financiële consequenties van hun keuzes worden geconfronteerd, in welke mate maken mensen überhaupt weloverwogen eigen keuzes, en in hoeverre mag de overheid de sociale norm beïnvloeden? Vanuit deze redenering bekritisieren ethici bijvoorbeeld vaak een eenzijdige focus op individuele leefstijl als paternalistisch of zelfs discriminatoir, wanneer

de bredere leefomstandigheden niet in ogenschouw worden genomen. Veel mensen met obesitas gaan bijvoorbeeld aantoonbaar gebukt onder de gevolgen van stigma. Zij kunnen de zoveelste campagne voor gezonde voeding als pijnlijk ervaren.

Economen kunnen van ethici vooral leren dat hun sterk op utilisme gestoelde welvaartsperspectief ook maar een van de vele wegen naar sociale rechtvaardigheid vertegenwoordigt. Beleidsmakers kunnen op basis van andere legitieme perspectieven andere keuzes maken. Economen zijn hier overigens niet helemaal blind voor, zoals bijvoorbeeld het werk in navolging van de capability benadering van Nussbaum en Sen laat zien⁴. Hier kunnen algemeen economen juist veel leren van de gezondheidseconomie, waar al veel werk is verzet om 'extra-welfarist' perspectieven te includeren in kosten-baten analyses⁵.

De politicus

De econoom werkt in een lineair kader: proberen om met feiten de optimale oplossing te bedenken voor een specifiek probleem. Het kader van de politicus is een stuk dynamischer. Naast feiten worden ook waarden en belangen afgewogen in een chaotisch proces, waarbij problemen normatieve representaties van de werkelijkheid vormen, in plaats van objectief af te pellen situaties. Ook gaat beleidsvorming met horten en stoten: gevestigde belangen zorgen er vaak voor dat beleidsvorming langdurig doormoderen is met kleine aanpassingen. Dit wil niet zeggen dat er nooit iets verandert. Af en toe ontstaat er, meestal door onvoorziene omstandigheden, ruimte voor fundamentele verandering van beleid⁶.

Economen zouden in hun rol meer begrip van en voor complexiteit in het beleidsproces rond preventie moeten hebben. Het gaat er niet alleen over dat 'truth to power' gesproken wordt, maar dat voor beleidsmakers tijdige en nut-

MAG HET EEN ONSJE MEER ZIJN? DE ROL VAN GEZONDHEIDSECONOMEN IN HET PREVENTIEDEBAT

tige kennis wordt gegenereerd. Dat kan bijvoorbeeld door de zoeklampen van economisch onderzoek te richten op gebieden waar meer wederzijds begrip tussen actoren met een verschillende perceptie op de werkelijkheid mogelijk is. Economen kunnen bijvoorbeeld laten zien dat volksgezondheid en economie twee kanten van dezelfde medaille zijn. Nu worden zij vaak voorgesteld als tegengestelde entiteiten, wanneer specifieke gezondheidsmaatregelen een deelbelang van een economische sector schaden. Economen moeten zich verder realiseren dat hun onderzoek altijd meer faciliterend dan doorslaggevend zal zijn bij de beslissingen van de beleidsmaker. Dit vergt meer 'boundary work', waarbij onderzoekers zelf betrokken zijn in een beleidsproces, zonder de wetenschappelijke autonomie te verliezen. De timing van (publiciteit over) onderzoek is bijvoorbeeld cruciaal voor beleidsimpact, maar goede timing lukt niet als wetenschappers en beleidsmakers totaal los van elkaar opereren. Daarnaast moet 'klein

beleid' meer geapprecieerd worden. Het is van belang dat vooruitgang, hoe klein ook, herkend wordt en dat in evaluaties vooral gezocht wordt naar lessen die terug kunnen vloeien in het beleidsproces, in plaats van reductionistische 'werkt wel/niet' analyses op complexe vraagstukken zoals de obesitasepidemie.

LESSEN UIT DE CONFRONTATIES

Zoeken naar de overeenkomsten

Nu staan vaak de verschillen tussen perspectieven centraal, waarbij het lijkt alsof het ene perspectief moet 'winnen' van het andere. Voor de maatschappij is het veel productiever wanneer de verschillende deelnemers aan het preventiedebat op zoek gaan naar de snijvlakken van hun perspectieven, en naar de paden die nog onbegaan zijn.

Bepaald beleid is vanuit zowel het economische en gezondheidsperspectief gewoon een goed idee. Toch geldt voor preventie dat deze zogenaamde no-brainers niet automatisch worden ingevoerd,

omdat er vaak niet één duidelijke partij is met belang bij een preventiemaatregel. Een voorbeeld is valpreventie. Tot het huidige kabinet stond valpreventie nooit echt op de agenda ondanks groeiend bewijs van effectiviteit. De potentiële besparingen door valpreventie zijn echter moeilijk 'uit de zorg' te halen, want het ziekenhuisbed dat niet meer nodig is voor een oudere met een fractuur wordt door de financiële prikkels in de zorg wel weer door iemand anders opgevuld. Daarom was er geen duidelijk belang vóór valpreventie. Een beter begrip van beleidsgendering, en een duidelijker geluid door gezondheidseconomen, had veel tijd kunnen schelen om deze maatregel te agenderen.

Soms lijkt er een tegenstelling te zijn tussen het standpunt van de econoom en de epidemioloog, maar leidt het werkelijk goed doordenken van de marktfaalens en verdelingseffecten uiteindelijk toch tot dezelfde conclusie. Een goed voorbeeld is de suikertaks. Voor de epidemioloog is

dit een bijna evident goed idee, terwijl de econoom meer twijfelt over de nadelige gevolgen voor de welvaart van met name groepen met lage inkomens. Maar zoals Allcott et al.⁷ vrij overtuigend laten zien is er ook vanuit economisch standpunt een sterke case voor een belasting op suikerhoudende dranken.

Gezondheid bevordert economische ontwikkeling, zoals iedere gezondheids-econoom weet. Toch wordt gezondheid in het huidige debat niet vaak als determinant van economische groei gepositioneerd. Een gemiste kans voor gezondheidseconomen, en een ideale gelegenheid om te benadrukken dat dat echte gezondheidsimpact komt van inzet op de causes of the causes en niet van weer een nieuwe medische behandeling.

Meer pragmatisme

Soms is second-best een minder fraaie maar wel succesvollere route naar beter beleid. Zo 'bezieet' het nieuwe kabinet hoe er een suikertaks kan komen. De

econoom kan dan cynisch vaststellen dat 'bezien' niet hetzelfde is als 'implementeren', maar er is blijkbaar wel beleidsruimte. Die zal echter niet ingevuld worden zonder goed de uitvoerbaarheid te onderzoeken, en dat is nog terecht ook. Om intenties te helpen omzetten in daden is het belangrijk dat economen helpen bij een doelmatige keuze voor de producten waarop de belasting geheven moet worden. Het zij zo als dat maar een beperkte groep is door afbakeningsproblematiek. Daarmee kan wel ervaring worden opgedaan, opdat in de toekomst meer geïncorporeerd kan worden. Hetzelfde geldt voor de voorgenomen afschaffing van de BTW op groente en fruit. Als dit niet het optimale instrument is⁸, doe dan een haalbaar voorstel voor iets beters.

Meer aandacht voor de bijdrage van preventie aan brede maatschappelijke vraagstukken

Voor economen is het individu en individuele (leefstijl)beslissingen het logische startpunt. De nadruk op individuele

leefstijl gaat echter voorbij aan de grote rol die bredere maatschappelijke factoren hebben op iemands gezondheid en gezondheidsgedrag. Bovendien werkt het voortdurend wijzen op de eigen individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid contraproductief. Daardoor kan de effectiviteit van leefstijlinterventies in de praktijk teleurstellen. Er zijn dus zowel inhoudelijke als pragmatische redenen om het economisch onderzoek naar gezondheid te verleggen van individuele beslissingen naar de bredere maatschappelijke omgeving waarbinnen die beslissingen tot stand komen.

Meer draagvlak voor preventiebeleid valt te vergaren door de omgevingsoorzaken van de grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen centraal te stellen. Bij zo'n perspectief belandt preventie minder snel in een framing van vadertje staat die het de man in de straat verbiedt om een biertje te drinken, maar gaat het over de maatschappelijke opgave om onrechtvaardige gezondheidsverschil-

len te verkleinen. De benodigde inzet op de woon-, leer-, werk- en leefomgeving moet echter komen vanuit sectoren die niet direct gezondheid als doel hebben. Gezondheidseconomen hebben een belangrijke rol om die sectoren bij te brengen dat preventie niet alleen bijdraagt aan een betere volksgezondheid. Immers, niet alleen de wegen naar, maar ook de baten van een betere volksgezondheid liggen op vele andere gebieden⁹. Denk aan de relatie tussen gezondheid en onderwijs, arbeid, leefbaarheid en klimaat. Gezondheidseconomen moeten weer deels terug naar hun algemeen economische wortels, om de samenhang tussen gezondheid en andere maatschappelijke thema's te onderzoeken. Daarom pleiten wij ervoor om een onsje meer economisch inzicht goed te mengen met de andere ingrediënten voor gezondheid. Dat drukt de kosten in de keuken én het verrijkt het hele gerecht.

Luc Hagenaars is Postdoc onderzoeker aan het Amsterdam UMC, Karine van 't Land is

werkzaam bij Menzis en de Rijksuniversiteit Groningen, Bram Wouterse is universitair docent aan de Erasmus School of Health Policy & Management.

Referenties

1. Newhouse, JP. J Econ Perspectives 2021, 35: 101-18.
2. Wetenschappelijke Raad voor het Regeeringsbeleid. WRR-Rapport 2021, 104.
3. CPB, Ministerie van VWS, Ministerie van Financiën. Zorgkeuzes in Kaart, 2021.
4. Bavel B van, et al. ESB 2022, 107(4806)
5. Brouwer, WB et al. J Health Econ 2008, 27, 325-38.
6. Baumgartner F & Jones B. Agendas and instability in American politics 1993: 3-24.
7. Allcott H et al. J Econ Perspectives 2019, 33: 202-27.
8. Cnossen S. MeJudice 24 maart 2021.
9. Hagenaars LL et al. ESB 2020, 104(4794): 92-95.

MULTIDISCIPLINAIR ONDERZOEK NAAR PREVENTIE IN SMARTER CHOICES FOR BETTER HEALTH

Stefan Lipman, Lili Kókai, Kirsten Rohde, Hans van Kippersluis, Georg Granic en Joost Oude Groeniger

Gezondheidsrisico's kunnen substantieel gereduceerd worden door gezond te leven en deel te nemen aan bevolkingsonderzoeken en vaccinatieprogramma's. Ondanks een overvloed aan literatuur vanuit verschillende disciplines is er nog steeds een groot gebrek aan succesvolle strategieën om dit soort vormen van preventie te stimuleren. In lijn met het grote maatschappelijke belang van preventie vindt in vele onderzoekscentra wereldwijd onderzoek plaats naar de oorzaken van en mogelijke oplossingen voor de te hoge prevalentie van ongezond gedrag. In dit stuk lichten wij het onderzoek en de toekomstplannen van één van deze centra toe: Smarter Choices for Better Health.



**Smarter Choices for
Better Health**

WAT IS SMARTER CHOICES FOR BETTER HEALTH, EN WAT DOET DIT INITIATIEF AAN PREVENTIE?

In het Erasmus Initiative 'Smarter Choices for Better Health' (SCBH) werken wetenschappers van de Erasmus School of Economics, Erasmus MC en de Erasmus School of Health Policy & Management samen aan onderwijs en onderzoek dat zich rondom drie doelen centreert: i) mensen ondersteunen langer gezond te leven, ii) de gezondheidszorg (zowel in Nederland als wereldwijd) op lange termijn betaalbaar en toegankelijk houden, en iii) toename van gelijkheid in gezondheid. Aan deze doelen wordt gewerkt door een multidisciplinaire groep wetenschappers uit o.a. de gezondheidseconomie, gedragseconomie en public health. Het onderzoek binnen Smarter Choices for Better Health omvat vier 'Action Lines' met verschillende thema's: 'Ongeijkheid in gezondheid', 'Waardegerichte zorg', 'Evaluatie van gezondheidszorg' en 'Preventie'. In dit stuk richten wij ons op de Action Line Preventie en geven een beknopt overzicht van de eerste vier jaren onderzoek, onze doestellingen voor de komende vier jaren, en in het bijzonder ook welke rol er is voor geïnteresseerde onderzoekers, beleidsmakers, organisaties en andere stakeholders om een bijdrage te leveren aan die doestellingen.

DOELSTELLINGEN EN RESULTATEN VAN (LOPEND) PREVENTIEONDERZOEK

Het overkoepelende doel van het lopende onderzoek naar preventie in Smarter Choices for Better Health was het ontwikkelen van evidence-based interventies die zowel duurzaam als kosteneffectief zijn. Hiertoe werd een driedelige onderzoekslijn uitgezet.

In het eerste deel werd de bestaande economische en psychologische literatuur bestudeerd om te bepalen welke overeenkomsten en verschillen daartussen bestonden. Vervolgens richtte de onderzoeksagenda zich op vragenlijsten binnen het LIFELINES cohort om hypothesen te toetsen en te onderzoeken wat de belangrijkste drivers zijn van ongezond gedrag en het gat tussen intenties en gedrag (de zogenaamde 'intention-behaviour gap'). Hier kwam uit voort dat zowel bewuste, cognitieve processen (zoals bijv. verkeerde planning, motivaties) alsook onbewuste processen (bijv. stress) een rol spelen. In de laatste fase van de onderzoeksagenda naar preventie werd gefocust op grootschalige veldexperimenten waarin inzichten in de praktijk worden getoetst. In het zogenaamde i2be ('Intention 2 BEhaviour') programma wordt een populatie vrouwen die een ernstige vorm van zwangerschapsvergiftiging hebben meegemaakt aangemoedigd meer

te gaan bewegen middels een mHealth applicatie¹. Via deze mHealth interventie worden de vrouwen gemotiveerd aan de hand van technieken ontleend aan motivationele therapie. Daarnaast worden verschillende technieken ingezet om de vrouwen te activeren, bijvoorbeeld: een commitment aangaan (en punten in de app in te zetten) en planning tools waarmee bewegen kan worden ingepland en tegenslagen kunnen worden ingeschat. Ook wordt er geëxperimenteerd met stress-verlagende oefeningen, gebaseerd op mindfulness-technieken en inzichten uit de positieve psychologie.

TOEKOMSTIGE STAPPEN IN HET PREVENTIEONDERZOEK IN SMARTER CHOICES FOR BETTER HEALTH

De komende vier jaren zal er sterk worden gefocust op hoe gedragsinterventies op het gebied van gezondheid ontworpen, verbeterd en opgeschaald



MULTIDISCIPLINAIR ONDERZOEK NAAR PREVENTIE IN SMARTER CHOICES FOR BETTER HEALTH

kunnen worden rekening houdend met de unieke behoeftes van de ontvangers en de contexten waarin zij zich begeven. Daarbij is de ambitie om gedragsinterventies te kunnen (door)ontwikkelen zodat deze verder gaan dan slechts éénmalige gedragsverandering op individueel niveau en beter aansluiten bij de dagelijkse praktijk en omgeving van de ontvangers. Dat wil zeggen dat een interventie een bijdrage levert aan de verschillende gezondheidsdoelen en gedragingen van de ontvanger, ook als die conflicteren en/of voor een groot deel te wijten zijn aan de begrenzingen die opgelegd zijn door de (sociale) omgeving van de ontvanger. Het lijkt dan noodzakelijk dat gedragsinterventies, die toch vaak een 'one-size-fits-all' aanpak hanteren en sterk leunen op individuele verantwoordelijkheid, op maat gemaakt worden door ze beter te laten aansluiten bij zowel individuele behoeftes of kenmerken als omgevingskenmerken (denk aan de sociaal-culturele omstandigheden van mensen, hun economische mogelijkheden etc.).

Wij zien tenminste drie manieren om gedragsinterventies beter aan te laten sluiten aan de behoefte en context van de ontvangers:

1. De context wordt direct veranderd door middel van kleine wijzigingen die mensen zouden moeten helpen om gezonde keuzes gemakkelijker te maken (e.g. nudges² zoals beschreven in de eerdere bijdrage van de Ridder en Tummers in het VGE-bulletin³) of door grootschalig ingrijpen in de publieke ruime en infrastructuur (bijvoorbeeld het verbeteren van de woon-, werk- en leefomgeving van mensen).
2. Interventies worden aan de verschillende contexten en behoeften van de ontvangers aangepast, bijvoorbeeld wanneer informatievoorziening aangepast wordt op de gezondheidsvaardigheden en belevingswereld van de ontvanger, of leefstijlinterventies die rekening houden met eventuele problematiek in andere leefgebieden (bijv. schuldenproblematiek).
3. Interventies vergroten de mate waarin

de ontvanger zelfstandig in staat is om de uitdagingen die zijn of haar unieke context met zich meebrengt het hoofd te bieden. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan zogenaamde 'boost' interventies⁴ waarbij ontvangers vaardigheden aangeleerd krijgen die hen helpen gezondere keuzes te maken in verschillende contexten. Een voorbeeld is 'temptation bundling'⁵, dat mensen leert om hun eigen gedrag te veranderen door gedragingen met lange-termijn voordelen exclusief te koppelen met iets leuks. Zo luistert de 1e auteur van dit stuk, bijvoorbeeld alléén naar zijn favoriete podcast tijdens het sporten.

Schaalbare en duurzame interventies zullen waarschijnlijk gebruik moeten maken van meerdere, zo niet alle kanalen die hierboven worden beschreven, waarbij zowel individuele autonomie als omgevingsverandering aandacht verdienen. Ons onderzoek zal een veelvoud van methodes inzetten om te onderzoeken hoe

dit zo optimaal mogelijk gecombineerd kan worden om gezond gedrag te stimuleren. Zo wordt er gedacht aan de inzet van vragenlijsten om beter te begrijpen hoe verschillende behoeftes en contexten aan mogelijk conflicterende doelen en intenties bijdragen, alsmede observationele veldstudies en experimenten om barrières tussen intenties en gedrag te identificeren en de effectiviteit van interventies te testen. Op het moment van schrijven vinden sollicitatierondes plaats waarin twee promovendi worden geworven die samen met de rest van het team deze ambitieuze doelen gaan proberen waar te maken.

HOE KUNT U EEN BIJDRAGE LEVEREN AAN DIT ONDERZOEK (OF ONDERWIJS) OP HET GEBIED VAN PREVENTIE?

Alhoewel het Erasmus Initiative Smarter Choices for Better Health opgezet is met het doel samenwerkingen binnen de Erasmus Universiteit Rotterdam op dit thema te faciliteren, is het niet de bedoe-

ling dat het slechts bij interne multidisciplinaire samenwerking blijft. Welke rol is er dan voor u?

Ten eerste, via de website⁶ en sociale mediakanalen (bijv. Twitter: @ErasmusSCBH⁷) is veel informatie te vinden over Smarter Choices for Better Health en het onderzoek dat plaatsvindt binnen dit initiatief. Via deze kanalen kunt u op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen binnen de betrokken onderzoeksteams en worden bijeenkomsten aangekondigd waar de betrokken teams hun werk presenteren. Ten tweede is binnen de thematiek van SCBH ook geïnvesteerd in onderwijsontwikkeling, wat onder andere tot de gelijknamige minor Smarter Choices for Better Health⁸ leidde. Er is de mogelijkheid om een bijdrage te leveren aan het onderwijsprogramma rondom preventie middels bijvoorbeeld gastcolleges. Neemt u met vragen hierover contact op met Stefan Lipman (lipman@eshpm.eur.nl). Tenslotte, in de verdere ontwikkeling en uitbreiding van de onderzoekslijn

rondom preventie is uitgebreide ruimte voor partners, die bijvoorbeeld deel kunnen uitmaken van nieuwe onderzoeksprogramma's of fondsaanvragen. Heeft u dus een uitdaging op het gebied van preventie die u middels de inzet van wetenschappelijke kennis wilt proberen op te lossen, of wilt u uw eigen kennis inzetten in de uitdagingen waar Smarter Choices for Better Health zich voor inzet, neem dan contact op met aanspreekpunten Georg Granic (granic@ese.eur.nl) of Joost Oude Groeniger (j.oudegroeniger@erasmusmc.nl).

CONCLUSIE

In de komende jaren blijft EUR investeren in onderzoek en onderwijs naar preventie binnen Smarter Choices for Better Health. Een multidisciplinair team gaat zich bezighouden met de verdere ontwikkeling van bestaande initiatieven, bijvoorbeeld de toepassing van mHealth om intenties in gedrag om te zetten en het personaliseren van financiële beloningen. Daarnaast zal het team zich richten op

het (door)ontwikkelen van gedragsinterventies die rekening houden met de unieke context van de ontvangers. U kunt op verschillende manieren op de hoogte blijven en een bijdrage leveren aan deze doelstellingen: slimmere keuzes voor een betere gezondheid maken we immers niet alleen!

Stefan Lipman is universitair docent aan de Erasmus School of Public Health. Lili Kókai is promovendus bij de afdeling Public Health van het ErasmusMC. Kirsten Rohde en Hans Kipperluis zijn hoogleraar aan de Erasmus School of Economics. Georg Granic is universitair docent aan de Erasmus School of Economics., Joost Oude Groeniger is universitair docent aan de Erasmus School of Social and Behavioural Sciences.

Referenties

1. Kókai LL et al. BMJ Open 2022;12(1), e053711.
2. Thaler RH & Sunstein CR. Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. Yale University Press, 2008.

3. Ridder D de & Tummers L. VGE-bulletin 2020; 37(2): 20-2.
4. Hertwig R & Grüne-Yanoff T. Persp Psychol Sci 2017;12(6): 973-86.
5. Rouyard T et al. BMJ. 2022;376:e064225.
6. <https://www.eur.nl/onderzoek/erasmus-initiatives/smarter-choices-better-health>
7. <https://twitter.com/ErasmusSCBH>
8. <https://www.eur.nl/minor/smarter-choices-better-health-multidisciplinary-approach-improve-health-behaviour-and-healthcare>

KIEZEN VOOR KWALITEIT: FEIT OF FICTIE?

Marlies Bär, Wouter Vermeulen, Marco Varkevisser en Bram Wouterse

Een belangrijk streven in het Nederlandse zorgstelsel is het bieden van hoge kwaliteit zorg voor een zo scherp mogelijke prijs. Marktwerking, waarbij aanbieders op basis van kwaliteit en prijs met elkaar concurreren om de patiënt, kan als instrument dienen om dit te bevorderen. Daarvoor is wel van belang dat patiënten het kwaliteitsaspect (kunnen) meenemen wanneer zij kiezen tussen zorgaanbieders. Ten eerste, wanneer patiënten kiezen op basis van kwaliteit stimuleert dit de onderlinge concurrentie op de zorgverleningsmarkt. Het aanbieden van hogere kwaliteit trekt dan immers meer patiënten. Ten tweede, als patiënten hun keuze baseren op kwaliteit maakt dat het aantrekkelijk voor zorgverzekeraars om hierin te investeren. Door middel van het inkopen van hoge kwaliteit zorg maken zij zich dan namelijk aantrekkelijk op de verzekeringsmarkt. Ten derde, kunnen de keuzes van patiënten de effectiviteit van andere doelmatigheidsinstrumenten op de zorginkoopmarkt, zoals financiële prikkels, versterken of juist verzwakken. Om te begrijpen of keuzes van zorggebruikers kunnen bijdragen aan doelmatige zorg is het dus belangrijk om te weten: welke (kwaliteits)aspecten ze in hun keuze betrekken, of ze de relevante informatie hebben om een overwogen keuze te maken en hoe deze keuze door anderen (zoals huisartsen en zorgverzekeraars) wordt beïnvloed. In deze bijdrage gaan we op deze vragen in aan de hand van een aantal recente studies over kwaliteit en (de beïnvloeding van) keuzegedrag in zowel de ziekenhuis- en de verpleeghuissector in Nederland.

PATIËNTEN REIZEN HOOGSTENS EEN PAAR MINUTEN EXTRA VOOR EEN BETER ZIEKENHUIS

Onderzoek op basis van feitelijk keuzegedrag van patiënten laat zien dat meer dan de helft het dichtstbijzijnde ziekenhuis bezoekt en dat patiënten gemiddeld zo'n twintig minuten onderweg zijn.¹ Dit geldt voor meerdere aandoeningen, die verschillen in kenmerken zoals het chronische karakter en de mate waarin ze van tevoren in te plan-

nen zijn. Ook voor een staaroperatie willen de meeste mensen naar een ziekenhuis in de buurt. Uit resultaten van een 'mixed logit'-model voor dit keuzegedrag blijkt dat patiënten hoogstens een paar minuten extra willen reizen voor een toename in kwaliteit van één standaarddeviatie (Tabel 1). Dit is ruwweg het verschil tussen een ziekenhuis met een gemiddelde score en een ziekenhuis in de top 15 procent.

	Reuma	Staar	Borstkanker	Artrose
Wachttijd (1 sd langer)	0,1	-2,3***	-0,1	-0,4***
Sterfte (1 sd hoger)	-0,2		0,0	
Medische uitkomsten (1 sd beter)		-0,5***	0,7***	1,1***
Indruk huisarts (1 sd beter)	0,7***	1,5***	0,7***	0,7***

Tabel 1. Patiënten reizen een à twee minuten extra voor een beter oordeel van de huisarts
Bron: CBS Microdata en Mediquest. Bewerking door SEO Economisch Onderzoek en Atlas Research.

Toelichting: De tabel toont de extra reistijd in minuten die mensen overhebben voor een toename van de indicator met één standaarddeviatie (sd). Statistische significantie wordt aangegeven met de symbolen * (10%-niveau), ** (5%-niveau) en *** (1%-niveau).

Een ziekenhuis dat de kwaliteit op een bepaalde indicator vanaf een gemiddelde waarde verhoogt met één standaarddeviatie ziet het aantal patiënten met hooguit tien à twintig procent toenemen. Deze gevoeligheid verschilt over aandoeningen, kwaliteitsindicatoren en over ziekenhuizen.

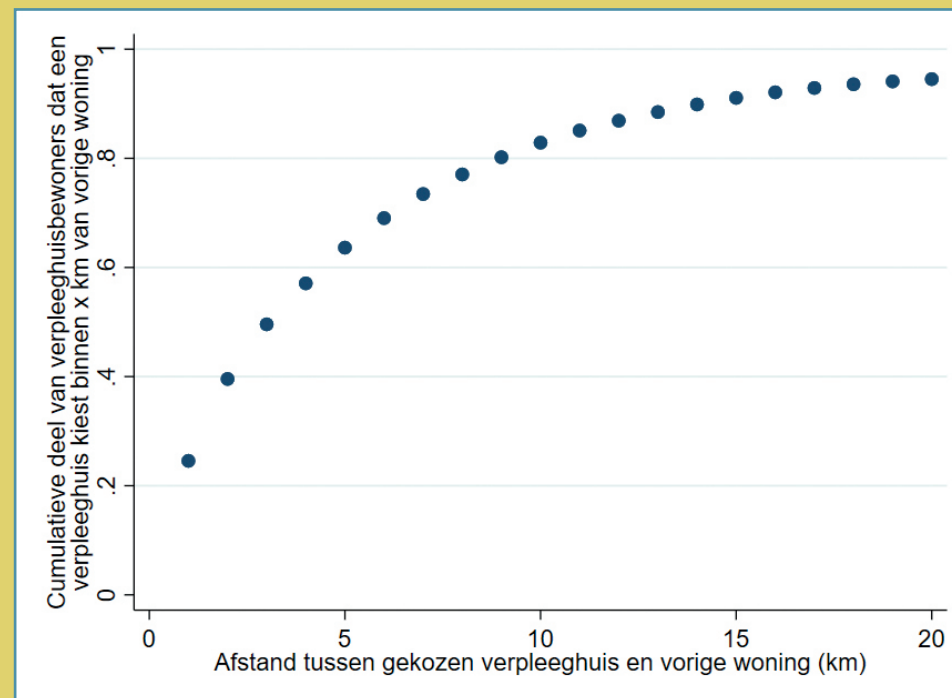
Het onderzoek onderscheidt vier dimensies van kwaliteit, namelijk wachttijd, sterfte, een indicator die is samengesteld op basis van medische uitkomsten en een indica-

tor gebaseerd op de indruk van huisartsen. Medische uitkomsten en de indruk van huisartsen lijken het belangrijkste. Medische uitkomsten spelen een rol bij borstkanker en heup- en knieartrose. Het oordeel van de huisarts speelt ook een rol bij reuma en staar. Vooral bij staar lijken mensen verder te willen reizen voor een kortere wachttijd, in mindere mate geldt dit ook voor heup- en knieartrose. Uit het onderzoek blijkt niet dat sterfte een belangrijke rol speelt.

DE MEESTE OUDEREN GAAN NAAR EEN VERPLEEGHUIS OM DE HOEK

Ook in de verpleeghuiszorg is afstand een belangrijk aspect in de keuze voor een aanbieder: meer dan 60 procent van de verpleeghuisbewoners kiest een verpleeghuis binnen een straal van 5 kilometer van haar vorige woning (Figuur 1) en meer dan 20 procent kiest voor het meest dichtstbijzijnde verpleeghuis. Recent onderzoek gebruikt deze gegevens om verschillen in gezondheidsuitkomsten tussen verpleeghuizen inzichtelijk te maken.²

Dit onderzoek laat zien dat verpleeghuizen in Nederland aanzienlijk kunnen verschillen op basis van uitkomsten. Zo is de kans op overlijden binnen een halfjaar na verpleeghuisopname 12 procent punten lager in de 1 procent verpleeghuizen met de laagste sterfte in vergelijking met de 1 procent met de hoogste sterfte. Voor de kans op een vermijdbare ziekenhuisopname is dit verschil gelijk aan 21 procent punten, zelfs na een correctie voor observeerbare verschillen in case-mix. Met behulp van een 'instrumentele variabele' analyse (op basis van afstanden) toont het onderzoek aan dat de geschatte scores o.b.v. gezondheidsuitkomsten voor de individuele verpleeghuizen (gemiddeld) een accurate voorspeller zijn voor de uitkomsten van een willekeurige cliënt.



Figuur 1. Verpleeghuisbewoners kiezen een verpleeghuis in de buurt van hun vorige woning

Bron: CBS Microdata. Bewerking door Bär et al.²

Toelichting: Het figuur toont het (cumulatieve) deel van verpleeghuisbewoners aan (x-as) dat een verpleeghuis kiest binnen een bepaald aantal kilometers vanaf haar vorige woning (y-as).

KIEZEN VOOR KWALITEIT: FEIT OF FICTIE?

Toch is er in Nederland relatief weinig openbare informatie beschikbaar over verschillen in uitkomsten tussen verpleeghuizen. De kwaliteitsgegevens die wel publiekelijk beschikbaar zijn verklaren slechts een klein deel van de variatie in sterfte en vermijdbare ziekenhuisopnames. Vooral structuurindicatoren, zoals personeelsinzet, zijn niet tot matig informatief voor mensen die een verpleeghuis willen kiezen op basis van gezondheidsuitkomsten.

BEÏNVLOEDING KEUZEGEDRAG DOOR ZORGVERZEKERAARS IS NIET EENVOUDIG

Een belangrijk onderdeel van de gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg is dat zorgverzekeraars namens hun verzekerden met zorgaanbieders – zoals ziekenhuizen – onderhandelen over de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van zorg. De verzekeraars vervullen dus een belangrijke regierol. Het is daarom belangrijk dat zij de keuzen van hun verzekerden kunnen 'sturen' naar aanbieders waarmee gunstige contractuele afspraken zijn gemaakt. Verschillende studies laten zien dat dit niet gemakkelijk is. Zo blijkt uit onderzoek van Van der Geest en Varkevisser dat het aanwijzen van voorkeursaanbieders waar het verplicht eigen risico niet bij verzekerden in rekening wordt gebracht slechts een beperkt effect heeft gehad op het keuzegedrag patiënten.³ En met een keuze-experiment laten Van Velzen et al. weliswaar zien dat een extra eigen betaling van 250 of 500 euro de kans vergroot dat mensen kiezen voor een relatief goedkoper voorkeursziekenhuis van de verzekeraar, maar daar staat tegenover dat een ander advies van de huisarts of eigen positieve ervaringen elders dit effect sterk verzwakken (Tabel 2).⁴ Eenzelfde conclusie volgt uit een eerdere studie van Van Velzen et al.⁵ In dat keuze-experiment konden mensen kiezen uit twee fictieve ziekenhuizen op gelijke reisafstand die op drie manieren van elkaar verschillen, te weten: wel/geen voorkeursstatus van de verzekeraar, wel/niet geadviseerd door de huisarts, en wel/niet

vertrouwd vanwege een eerdere behandelingen. Ook uit dit onderzoek volgt dat het 'sturen' van verzekerden naar voorkeursziekenhuizen door zorgverzekeraars moeilijk is. Wederom blijken een eigen goede ervaring elders en het advies van de huisarts bij de ziekenhuiskeuze vaak zwaarder te wegen dan het advies van de zorgverzekeraar.

	Model 1	Model 2
Bij keuze duurder ziekenhuis geldt eigen betaling	+25%***	
Eigen betaling = 250 euro		+25%***
Eigen betaling = 500 euro		+26%***
Huisarts adviseert duurder ziekenhuis waarvoor eigen betaling geldt	-31%***	
Eigen betaling = 250 euro		-36%***
Eigen betaling = 500 euro		-27%***
Positieve ervaring in duurder ziekenhuis waarvoor eigen betaling geldt	-32%***	
Eigen betaling = 250 euro		-34%***
Eigen betaling = 500 euro		-30%***

Tabel 2. Verandering keuzekans (in %-punt) voorkeursziekenhuis verzekeraar bij verandering van de situatie. Bron: Van Velzen et al.⁴

Toelichting: *** Significant op 1%-niveau; standaardfouten zijn gecorrigeerd voor clustering. De resultaten zijn robuust voor verschillen in leeftijd, geslacht, inkomens- en opleidingsniveau.

WAT BETEKENT BEPERKT KIEZEN OP KWALITEIT VOOR HET ZORGSTELSEL?

Uit de besproken onderzoeken rijst het beeld op dat nabijheid en het advies van de huisarts bij het keuzegedrag van zorggebruikers het belangrijkste zijn. Mogelijke verschillen in kwaliteit lijken veelal niet doorslaggevend. Dit roept een aantal vragen op.

Ten eerste, hebben patiënten en cliënten wel de juiste informatie om op basis van kwaliteit keuzes te maken? Voor de verpleeghuiszorg geldt bijvoorbeeld dat kwaliteitsinformatie maar beperkt beschikbaar is en ook niet representatief lijkt voor daadwerkelijke gezondheidsuitkomsten. Er lijkt dus nog een wereld te winnen door het beter (en op een voor patiënten bruikbaarere manier) aanbieden van kwaliteitsinformatie, waarbij Zorgrank ⁶ uit de ziekenhuiszorg als voorbeeld genomen kan worden.

Ten tweede, in hoeverre belemmert de beperkte keuze op kwaliteit door patiënten de mogelijkheden van andere partijen, zoals de zorgverzekeraars en zorgkantoren, om kwaliteit te bevorderen? De sterke voorkeur van patiënten voor een dichtbijgelegen zorgaanbieder kan er bijvoorbeeld toe leiden dat grote (gefuseerde) ziekenhuizen in feite monopolisten zijn met een sterke onderhandelingspositie ten opzichte van de inkomende zorgverzekeraars. De vraag hoe dit beleidsmatig op te lossen is een lastige.

Wellicht moet de overheid een grotere rol krijgen om zelf te sturen op kwaliteit. Maar heeft de overheid wel de mogelijkheden om dat te doen? Zonder de 'revealed preferences' van de patiënt is het immers moeilijk te bepalen hoe de verschillende dimensies van kwaliteit te wegen en een doelmatige prijs voor kwaliteit vast te stellen. De discussie rond het kwaliteitskader en de bekostiging op basis van benchmarking (integrale vergelijking) voor de verpleeghuiszorg is een goed

voorbeeld van hoe moeilijk die weging kan zijn.

Tijdens de sessie 'Beter sturen op kwaliteit door keuzes van patiënten' op het aanstaande VGE-congres 2022 gaan we in op deze vragen en nemen we u graag mee in een discussie hierover.

Marlies Bär is PhD kandidaat aan de Erasmus School of Health Policy & Management, Wouter Vermeulen is werkzaam bij SEO Economisch Onderzoek, Marco Varkevisser en Bram Wouterse zijn respectievelijk hoogleraar en universitair docent bij de Erasmus School of Health Policy & Management

Referenties

1. Vermeulen W, et al. Voor welk ziekenhuis kiezen patiënten? De rol van nabijheid, kwaliteit en de huisarts. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek en Atlas Research 2022.
2. Bär M, et al. Estimating the health value added by nursing homes. Manuscript submitted for publication 2022.

3. Van der Geest SA & Varkevisser M. Eur J Health Econ 2019, 20:513-524.
4. Van Velzen N, et al. Economisch Statistische Berichten 2021, te verschijnen.
5. Van Velzen N, van der Geest SA. Economisch Statistische Berichten 2020, 105:212-215.
6. <https://gepastverwijzen.nl/>

MENTALE GEZONDHEID OVER DE LEVENSLLOOP

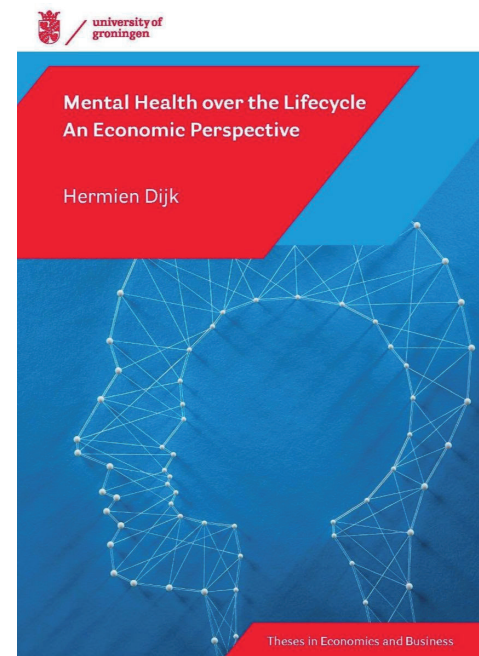
Hermien Dijk

Geestelijke gezondheidsproblemen komen veel voor en gaan gepaard met een grote ziektelast en slechtere sociaaleconomische uitkomsten. Tot voor kort was er binnen de economische wetenschap echter weinig oog voor mentale gezondheid. In dit proefschrift is daarom de mentale gezondheid en de gevolgen daarvan op verschillende punten in de levensloop onderzocht. Specifiek wordt gekeken naar de persistentie van zorg in de jeugd-GGZ, naar het levensloopprofiel van mentale gezondheid onder volwassenen, en de effecten van mentale gezondheidsproblemen op het ontstaan van problematische schulden en arbeidskeuzes.

RESULTATEN

Met behulp van registerdata uit Noord-Nederland laten we zien dat kinderen die eenmaal in de jeugd-GGZ komen grotendeels nog jaren in zorg blijven. De resultaten suggereren daarnaast ook dat een aanzienlijke hoeveelheid zorg wellicht geen langetermijneffecten heeft, maar in plaats daarvan gericht zou kunnen zijn op het verlichten en beheersen van symptomen.

Als we kijken naar het levensloopprofiel van mentale gezondheid op volwassen leeftijd zien we dat eerdere studies vaak een U-vorm voor mentale gezondheid vonden (ofwel een dieptepunt op middelbare leeftijd), waarbij mentale gezondheid afneemt zo lang mensen relatief jong zijn en weer verbetert zodra mensen een middelbare leeftijd hebben bereikt. Met Amerikaanse, Duitse en Nederlandse data wordt getoond dat het leeftijdsprofiel van mentale gezondheid geen U-vorm volgt, maar in plaats daarvan mogelijk zelfs een omgekeerde U-vorm volgt waarbij



individuen tijdens hun leven een mentale gezondheidspiek ervaren en jongeren en ouderen dus mogelijk kwetsbaarder zijn voor mentale gezondheidsproblemen. Problematische schulden (schulden die mensen niet terugbetalen of waarvoor mensen in gebreke blijven) gaan vaak

gepaard met mentale gezondheidsproblemen. Om te onderzoeken of dit om een oorzakelijk verband gaat passen we een instrumentele variabelenschatting toe, waarbij het overlijden van een broer, zus of kind gebruikt wordt als instrument voor geestelijke gezondheidsproblemen. De resultaten geven aan dat geestelijke gezondheidsproblemen bij mannen problematische schulden kunnen veroorzaken.

Als laatste zijn de arbeidsmarktkosten van zowel een slechte mentale als fysieke gezondheid onderzocht door middel van een gesimuleerd levensloopmodel. De resultaten laten zien dat een slechte mentale en fysieke gezondheid resulteren in een groot en vergelijkbaar verlies van individuele netto-inkomsten over de levensloop.

BELEIDSIMPLICATIES

Uit de resultaten van dit proefschrift blijkt dus dat er een sterk economisch argument is voor de inzet van effectieve

interventies in de geestelijke gezondheidszorg: zowel preventief als curatief. Effectieve interventies kunnen de incidentie van problematische schulden verminderen en het inkomen op de arbeidsmarkt verhogen. Aangezien jongeren en ouderen mogelijk een kwetsbare groep vormen, kunnen preventieve interventies het best op deze twee groepen gericht worden.

Omdat een aanzienlijke hoeveelheid van de jeugd-GGZ mogelijk geen lange-termijneffecten heeft, maar in plaats daarvan gericht kan zijn op het verlichten en beheersen van symptomen, is het wellicht noodzakelijk dat er effectievere interventies ontwikkeld en onderzocht worden. Mochten nieuwe en bestaande interventies binnen de jeugdhulp effectief blijken, dan leiden die mogelijk op lange termijn tot grote besparingen door het voorkomen van mentale gezondheidsproblemen en de daarbij horende productiviteitsverliezen en problematische schulden op volwassen leeftijd.

lolaHESG.COM 2022
19-20 May 2022

Welcomes you at the

Maastricht University | Maastricht UMC+

LowLands Health Economics' Study Group

Het Lowlands Health Economic Study Group (LolaHESG) congress vindt plaats op 19 en 20 mei 2022 in Maastricht. Het is nog mogelijk om aan te melden voor het congres als voorzitter van een sessie, discussiant of gewoon als deelnemer. Voor meer informatie over aanmelden en andere informatie over het congres, bezoek <https://www.aanmelder.nl/lolahesg2022>.

GETTING THE INCENTIVES RIGHT

Daniëlle Cattel



Hoewel de gezondheidszorg substantieel heeft bijgedragen aan een hogere levensverwachting en betere kwaliteit van leven, is duidelijk dat er ook ruimte is voor verbetering, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit van zorg en het tegengaan van verspilling. Deze verbeteringen zijn dan

ook een belangrijk speerpunt geworden in gezondheidszorgbeleid, in binnen- en buitenland. De laatste jaren is dit veelal gebeurd onder de noemer van waardegedreven zorg. Een essentieel onderdeel binnen deze beweging betreft de vormgeving van de financiële prikkels voor

zorgaanbieders. Er is echter maar weinig bekend over hoe deze prikkels er idealiter uit zouden moeten zien. Dit proefschrift beoogt daarom inzicht te geven in belangrijke kwesties in de vormgeving van 'waardegedreven' bekostigingsmethoden voor zorgaanbieders. Op die manier draagt het proefschrift bij aan de kennis over slimmere en weloverwogen keuzes in de wijze waarop we betalen voor zorg.

WARME CHOCOLADEMELK MET SLAGROOM

In dit proefschrift wordt beargumenteerd dat, uitgaande van een vijf-dimensionale definitie van 'waarde' in de zorg (i.e. goede kwaliteit van zorg, kostenbewust gedrag, goed afgestemde zorg, kosteneffectieve innovatie en preventie), een bekostigingsmodel voor zorgaanbieders idealiter bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft een substantiële populatiebekostiging. Gezien de omvang van de basiscomponent, is juist de vormgeving van deze component cruciaal. Er wordt getoond dat de basisbekostiging idealiter

(1) één bedrag omvat voor een multidisciplinaire groep van zorgverleners dat (2) vast is voor een bepaalde periode, (3) betrekking heeft op een uitgebreid zorgpakket voor een bepaalde patiëntenpopulatie, (4) wordt aangepast aan het specifieke risicoprofiel van de populatie en (5) risicobeperkende maatregelen bevat. De populatiebekostiging is op zichzelf nog geen ideale waardegedreven bekostiging. Boven op deze basisbekostiging hoort een relatief kleine resultaatsbeloning voor zorgaanbieders die goed presteren. Wordt een vergelijking gemaakt tussen een waardegedreven bekostiging en warme chocolademelk, dan zou de populatiebekostiging de warme chocolademelk zijn waarmee het grootste deel van het glas gevuld is. De toef slagroom die vergelijkbaar is met de resultaatsbeloning die daarbovenop komt, maakt het drankje compleet.

FINANCIËEL RISICO: HET VINDEN VAN DE JUISTE BALANS

Kenmerkend voor innovatieve vormen

van bekostigen, waaronder populatie-bekostiging, is dat het financiële risico voor zorgaanbieders toeneemt. Voordeel hiervan is dat dit stimuleert tot kostenbewust gedrag. Helaas ontstaat ook een prikkel tot strategische gedrag om zo kosten te besparen. Een belangrijke vraag is dan ook 'Hoe kan de betaling dusdanig worden vormgegeven dat het financiële risico behapbaar blijft?'. Dit vereist inzicht in de determinanten van financieel risico in relatie tot de vormgeving van het bekostigingsmodel. Op basis van simulatiestudies wordt getoond dat de omvang van het zorgpakket substantiële impact heeft op het financiële risico. Daarnaast verlagen het verbeteren van de risicocorrectie en het toepassen van hoge kosten compensatie dit risico aanzienlijk, met name in geval van omvangrijke zorgpakketten. Tevens wordt aangetoond dat omvangrijke patiëntenpopulaties nodig zijn om het financiële risico op een acceptabel niveau te brengen. Ten slotte wordt getoond dat risicodeling op basis van residuele kosten een veelbelovende

aanpak is om het financiële risico op slimme wijze te verlagen.

COMPLEX PROCES

De conclusie is dat het essentieel is om financiële prikkels met zorg vorm te geven. In het proefschrift wordt getoond dat keuzes in de vormgeving ertoe doen en verstrekkende gevolgen kunnen hebben. Elke keuze kent voor- en nadelen en het is aan beleidsmakers om deze tegen elkaar af te wegen. Zij zouden hierbij rekening moeten houden met de specifieke context en de lokale economische en maatschappelijke voorkeuren. Dit complexe proces moet niet onderschat worden en vraagt om een stapsgewijze aanpak waarin langzaam wordt toegewerkt naar de implementatie van waardegedreven bekostiging.

HOE NU VERDER?

De belangrijkste suggestie voor vervolgonderzoek is om de implementatie van waardegedreven bekostiging voor zorgaanbieders gepaard te laten gaan



met diepgaande evaluatiestudies. In het 'BUNDLE' (Betaling voor Uitkomsten in de Nederlandse medisch-specialistische zorg: Doen, Leren en Evalueren) project wordt hiermee aan de slag gegaan. Hierover leest u in het volgende VGE bulletin meer.

KIEZEN VOOR HOUDBARE ZORG

Op 19 januari 2022 werd duidelijk hoe verschillende experts kijken naar het recente rapport “Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak” (rapport nr. 104, 2021). In dat rapport constateert de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) dat de kostenstijging en de toenemende personeelsvraag in de zorg onhoudbaar zijn en dat we – om de groei van de zorg te begrenzen – beter moeten gaan kiezen waar onze prioriteiten in de zorg liggen. Deelden de genodigde experts de probleemschets van de WRR? En belangrijker, deelden ze de aanbevolen oplossingen? Hoe zorgen we dat gaat lukken wat eerder niet gelukt is? Is depolitisering van pakketkeuzes de oplossing? Zijn er partijen naast het Zorginstituut met de verantwoordelijkheid om zulke keuzes te maken?

Na een algemeen welkom door Richard van Kleef (voorzitter VGE), nam dagvoorzitter van het webinar Matthijs Versteegh (directeur iMTA) de aanwezigen mee langs het WRR-rapport en het perspectief daarop vanuit verschillende panelleden. Gijsbert Werner (projectcoördinator van het WRR-onderzoek) presenteerde het rapport. De kwaliteit en toegankelijkheid van onderdelen van de zorg staan onder druk. Denk aan de jeugdzorg, gespecialiseerde GGZ en de zorg voor kwetsbare ouderen. Een belangrijke conclusie is dat naast de financiële houdbaarheid ook de personele houdbaarheid én de maatschappelijke houdbaarheid onder druk staan. Alleen doelmatiger werken en zorgen voor meer personeel zijn hiervoor geen blijvende oplossing.

Uiteindelijk zal het noodzakelijk zijn om de groei van de zorg te begrenzen door betere keuzes te maken. Deze keuzes dienen de publieke waarden binnen én buiten de gezondheidszorg. Gezondheid moet centraal staan, en die kan ook vergroot worden buiten de zorg. De WRR beveelt aan om het draagvlak voor keuzes te versterken (zoals door het betrekken van burgers), scherpere politieke keuzes te maken (bijvoorbeeld

op het gebied van preventie via accijns op ongezonde voeding), en het uitvoerend vermogen om keuzes te maken te versterken mede door rollen helder te maken en door pakketbeheer ook buiten de curatieve zorg toe te passen. De politiek zou algemene normen moeten stellen, toezichthouders zouden die moeten toepassen op specifieke situaties en inkopers zouden doelmatig moeten inkopen. Aan gezondheidseconomen de oproep om bij te dragen aan houdbare zorg door een instrumentarium te ontwikkelen toepasbaar buiten de curatieve sector, om te onderzoeken welke institutionele inrichting werkt om scherpere keuzes te maken én te effectueren, en om te ontdekken hoe maatschappelijk draagvlak voor (moeilijke) keuzes kan worden versterkt.

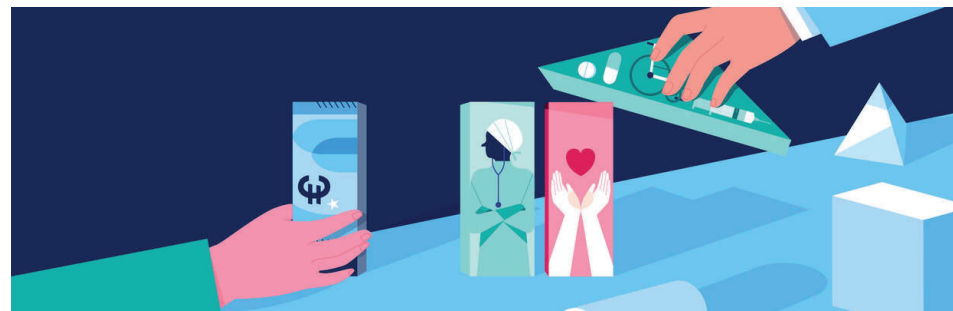
Na deze presentatie informeerde Matthijs hoe de WRR het voor elkaar had gekregen om zo veel ideeën opgenomen te krijgen in het coalitieakkoord. Marianne de Visser (WRR) reageerde glimlachend met ‘Frappez toujours!’. Ze gaf aan dat het vast heeft geholpen dat de WRR met alle politieke partijen sprak en dat veel beschreven ideeën al bestonden, maar nu samen zijn gebracht. Het sluit bovendien aan bij een bestaande beweging, bijvoorbeeld bij uitstroom van zorg uit het pakket. Al moet de politiek nog wennen aan dat idee. Vervolgens kwam ook de tweezijdigheid ter sprake die politici hebben: enerzijds is het prettig schuilen achter een toezichthouder die zorg begrenst, anderzijds willen ze dergelijke belangrijke beslissingen niet uit handen geven. Burgers en politici zouden de algemene regels moeten bepalen, een toezichthouder zou die onafhankelijk moeten toepassen. Op een vraag van Matthijs of doelmatigheid geen sterkere plaats in richtlijnen zou moeten krijgen volgde instemming. Dat is zeker wenselijk, gelet op de schaarste. Al is een kanttekening dat het alleen zinvol is als zorgverleners zich verantwoordelijk voelen. Partijen als de FMS, maar ook NVZ en NFU, hebben in dat verband een rol om aan educatie te doen.

De WRR biedt aanzetten om nu een geloofwaardige intellectuele oplossing te ontwikkelen waar ieder zich aan kan committeren. Lukt dat niet, zo geeft Arthur van Riel (WRR) aan, dan komt de budgettaire mokerhamer weer langs. Maar die hoeft niet ingezet te worden als partijen boven hun lokale belang kunnen uitstijgen ten gunste van het collectieve belang.

Vervolgens kwamen de vier panelleden aan bod om elk een reactie te geven. Diana Delnoij (Zorginstituut Nederland) trapte af. Voor haar hangt boven het WRR-rapport de hoofdvraag: wie krijgt wat, wanneer en hoe? Ze zag het zeer gewaardeerde WRR-rapport vooral als een steun in de rug voor het eerdere NZa/ZIN adviesrapport Samenwerken aan passende zorg dat via vier principes een normatief kader biedt: (1) De zorg werkt en tegen een redelijke prijs; (2) de zorg komt tot stand in samenspraak tussen zorgverleners en patiënten; (3) de zorg wordt zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd; (4) de zorg is gericht op preventie en gezondheid in plaats van op ziekte.

Ze waarschuwde daarbij dat pakketbeheer geen technische exercitie is: er is weerstand, er worden omwegen gevonden in geval van beperkingen, discussies zijn geladen met emoties en dat belemmert een rationele uitwisseling. Diana sloot af met de vraag: Je kunt het pakketbesluit uit de politiek halen, maar kun je de politiek ook uit het besluit halen? In reactie gaf Gijsbert aan dat het inderdaad altijd een spel van belangen blijft, ook bij de pakketautoriteit in het Verenigd Koninkrijk (NICE) waar ze gekozen hebben dergelijke keuzes bij de politiek weg te houden.

Als tweede panellid sprak René Groot Koerkamp (Menzis). René gaf een toer langs een aantal eerdere rapporten, sommigen bijna veertig jaar oud, waarin al werd aangegeven dat er kaders en keuzes nodig zijn in verband met de houdbaarheid van de zorg. Zo



gaf CVZ (voorloper van ZIN) aan dat begrenzing beter kan plaatsvinden in de toepassing van het pakket dan door het algemeen uitsluiten van zorg op basis van noodzakelijkheid. Richtlijnen werden voorgedragen om te komen tot passend zorggebruik. Wat de WRR mooi toevoegt aan de eerdere rapporten is het verbreden van houdbaarheid met personele en maatschappelijke houdbaarheid. Ook voegt de WRR toe dat het gaat om gezondheid, niet om zorg. En je ziet dat waar eerst de slinger ging richting meer markt, deze nu teruggaat naar de overheid om meer duidelijkheid te verschaffen over de rollen. De tijdgeest is daarmee goed gevangen in het rapport. Het onderwerp blijft weerbarstig. Kern is of men, ook de arts, bereid is het eigen belang te overstijgen.

Lucie Peijnenburg (Patiëntfederatie Nederland) volgde als derde panellid. Patiënten erkennen de urgentie van de stijgende zorgkosten. Maar voorop moet staan dat medisch noodzakelijke zorg toegankelijk blijft voor iedereen, arm of rijk. Momenteel is dat niet altijd het geval, financiële solidariteit is een blijvend aandachtspunt. Zo heeft het eigen risico als gevolg dat medicijnen niet altijd afgehaald worden. Aan de andere kant worden op andere plaatsen, zoals de Wmo en de Jeugdzorg, soms kosten vergoed aan mensen die deze prima zelf zouden kunnen dragen. Ook dat beïnvloedt solidari-

teit. Verder moet niet-effectieve zorg natuurlijk uit het pakket, niet alleen vanwege de kosten maar omdat deze ook ziektelast kan opleveren. Neem het onnodig plaatsen van een katheter. Dit vraagt dus aandacht voor de-implementatie. We gaan nog te vaak slordig om met mensen en middelen, en daarmee met gezondheid. We moeten tijd nemen aan de voorkant, via samen beslissen, dan kiezen mensen vaak voor minder invasieve, lichtere zorg omdat het hen meer kwaliteit van leven oplevert. We moeten verspilling verminderen en de zorg toegankelijk houden voor iedereen: jong, oud, rijk en arm. Lucie sloot af met de vraag wie aan zet is om de burgerparticipatie te gaan organiseren die hard nodig is voor draagvlak voor scherpere keuzes.

Als vierde sprak Patrick Jeurissen (Radboud UMC). Hij roemde de aandacht voor de verschillende soorten houdbaarheid en sprak van een doorwrocht rapport. Patrick gaf aan dat juist de afgelopen periode de zorg juist erg betaalbaar was: er waren veel onderschrijdingen. Alleen het zal een hele opgave zijn, door vergrijzing, technologische ontwikkelingen en inhaalzorg om de komende periode een vergelijkbaar groeipercentage te handhaven. Duidelijk is dat we verder moeten kijken dan alleen naar doelmatigheid. We moeten kiezen. Patrick gaf ons vier theoretische reflecties mee op "kiezen". (1) Hoe kiezen we? Dat kan namelijk expliciet, maar dat is vaak lastig, kost tijd en kost geld. Maar het gebeurt nu ook, alleen via meer impliciete keuzes die zorgprofessionals aan de lopende band nemen. De vraag is dan: hoe beïnvloeden we die keuzes? Deze keuzes verbeteren kan bepalender zijn dan meer expliciete pakketbeheer keuzes. (2) Waarover kiezen we? Zorg is sinds enkele decennia georganiseerd in echelons die een eigen macht en dynamiek kennen. De keuzes gaan de komende tijd over een verschuiving van zorg naar de voorkant vanuit de tweede lijn. We zitten in een transformatie naar een nieuw zorglandschap. (3) Wie moet kiezen? Daarover merkte Patrick op dat het rapport veel sturingsbehoefte uitstraalt, er wordt veel neergelegd bij de ZBO's.

Die zijn echter opgericht voor toezicht, maar worden veelal belast met een rol bij de uitvoering.

Vanuit het publiek werden nog belangrijke noties meegegeven. Zoals het belang te erkennen van diagnostiek om te komen tot meer passende zorg. Daarnaast werd opgeroepen om bij de rol van professionals niet enkel te focussen op artsen. Andere zorgverleners kunnen zeker zo belangrijk zijn bij het proces van samen beslissen en het gesprek over gezondheid, preventie en kwaliteit van leven.

Judith Bosmans (NVTAG voorzitter) sloot het webinar af na het bedanken van Matthijs en de panelleden. Aan ons als gezondheidseconomen de vraag welke rol wij kunnen oppakken voor betere keuzes zodat gezondheid voorop staat.

Dagvoorzitter, sprekers en deelnemers, nogmaals bedankt namens de webinar organisatie, Richard van Kleef (VGE), Piet de Bekker (VGE), Judith Bosmans (NVTAG) en Joost Enzing (NVTAG)



SPONSOREN



Erasmus School of
Health Policy
& Management



Radboud Universiteit



Radboudumc

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



UNIVERSITEIT TWENTE.



COLOFON

REDACTIE

Elske van den Akker-van Marle

Raf van Gestel

Redactieadres: bulletin@gezondheidseconomie.org

Ontwerp en vormgeving: Yfke Vreugdenhil, Y-werk

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

VGE 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

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

