

# VERDRINGINGSEFFECTEN BINNEN HET NEDERLANDSE ZORGSTELSEL: OP WEG NAAR TRANSPARANTIE

---

Nijmegen, 20-11-2015

Contactpersoon: Dr. E.M.M. Adang, namens het consortium

Mail: [eddy.adang@radboudumc.nl](mailto:eddy.adang@radboudumc.nl) / tel. 024361087

## Verdringingseffecten binnen het Nederlandse zorgstelsel

Het Zorginstituut (ZIN) is pakketbeheerder en heeft als doel om de toegang te bevorderen tot kwalitatief “goede en zinnige zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk”. Dit gebeurt aan de hand van zogenaamde pakketcriteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. In dit kader vraagt ZIN ondersteuning om de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden: *Welke verschuivingen vinden plaats in de zorg (minimaal gespecificeerd naar type zorg en naar aandoening op niveau van ICD-10 hoofdgroep) als gevolg van het toelaten van nieuwe zorg tot het verzekerde pakket? En wat is daarvan het gezondheidseffect op niveau van de Nederlandse populatie?*

Graag biedt het samenwerkingsverband tussen het Radboud UMC, Universiteit Maastricht, Universiteit Utrecht en Ecorys u dit voorstel aan. Het Radboud UMC zal als hoofdaanvrager fungeren.

### **Inleiding**

Een perfecte markt is Pareto efficiënt. De gezondheidszorg is geen perfecte markt. Verdringing is een voorbeeld van marktimperfectie en daaruit voortvloeiende inefficiënties. Verdringingseffecten kunnen optreden als nieuwe zorg wordt opgenomen in het collectieve verzekerde pakket (zie bijvoorbeeld Adang, ESB 2014). Bij interventies die goedkoper en effectiever zijn en er perfecte substitutie met alternatieven optreedt is geen sprake van verdringing. Dit levert een Pareto optimale verdeling met alleen winnaars. Dit is echter maar zelden het geval. Vaak vindt er geen volledige substitutie plaats waardoor de oude interventie blijft bestaan. Of er wordt de keuze gemaakt om andere zorg voor een andere indicatie niet meer te vergoeden. Dit kan leiden tot gezondheidsverlies op maatschappelijk niveau. Zo'n beperking van bestaande zorg en daaruit voortvloeiend per saldo gezondheidsverlies op maatschappelijk niveau noemen we een verdringingseffect. Overigens kunnen er ook verdringingseffecten veroorzaakt worden binnen de zorg maar neerslaan buiten de zorg. Dit laten we binnen dit onderzoek buiten beschouwing.

Een rationale om verdringingseffecten te beoordelen is het opportuniteitskosten principe: wat zijn de marginale kosten om 1 extra QALY toe te voegen aan het verzekerde pakket. Vaak worden in dit verband bij kosten-effectiviteitsonderzoek (QALY) league tables gepresenteerd. Probleem is dat deze informatie in de praktijk er niet is.

In dit onderzoek concentreren we ons op het aantonen van verdringingseffecten die uiteindelijk tot een afname van de volksgezondheid leiden, de motieven achter de verdringingskeuze, en geven we inzicht in welke patiëntengroepen benadeeld worden.

### **Methode**

Vaststellen of er verdringing plaatsvindt kan men onderzoeken door een top-down (macro) benadering zoals door Claxton et al., 2015 - gebaseerd op het CHERP81 (2013) rapport - wordt voorgesteld. Hierop is echter veel kritiek geuit in de UK zelf (Barnsley et al., 2013). Er is geen reden om aan te nemen dat dit voor Nederland anders is. Waarschijnlijk zullen de aannames stringenter moeten zijn (bijvoorbeeld Nederland kent formeel geen vaste budgetten, hoewel op de achtergrond via bestuurlijke akkoorden deze wel een rol kunnen spelen). Ook ontbreekt inzicht in de motieven van werkelijke besluitvorming. Zo kan het zijn dat binnen bepaalde ICD-10 categorieën meer nadruk ligt op kwaliteit van zorg en minder op overleving. Als dan uitsluitend overleving gemeten wordt (omdat kwaliteit niet of slecht meetbaar is) levert dat geen valide uitkomst. Bovendien kunnen veranderingen in extra uitgaven afhankelijk zijn van boekhoudkundige veranderingen, bijvoorbeeld de overgang van DBC naar DOT zorgde voor inhaaleffecten in 2013. Overheveling van dure geneesmiddelen naar de ziekenhuisbudgetten, afspraken in het kader van financiële arrangementen tussen fabrikant en VWS, onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, de introductie van de ZVW in 2006, en de invoering van het verplicht eigen risico in 2008 kunnen allemaal

verstoringen en de causaliteit tussen budgettaire verschuivingen en daadwerkelijke verdringing verhullen. Over de recente wijzigingen in 2015 nog maar te zwijgen.

Daarom stellen wij een benadering voor die via kwalitatief onderzoek inzicht tracht te krijgen in de verdringingseffecten en de rationale die erachter ligt (wat waren de doelen waarop gestuurd is). Daarnaast zullen we ook een topdown benadering toepassen waarbij we via statistische links een relatie willen vaststellen tussen budgettaire veranderingen en veranderingen in uitgaven binnen ICD-10 categorieën en tussen veranderingen in uitgaven binnen een bepaalde subcategorie en veranderingen in overleving in dezelfde subcategorie. Hoewel de door ons voorgestelde benadering ook bovengenoemde verstoringen in zich kan dragen denken wij dat het 'overall' minder van invloed is op ons eindresultaat. Met name daar waar onze methodiek primaire data genereert via een kwalitatieve benadering en waar op basis van deze resultaten heel specifiek in relevante databases de bevestiging wordt gezocht en gekwantificeerd.

Onze benadering bestaat uit vijf opeenvolgende stappen, die hieronder beknopt beschreven worden. We zullen ons vooral richten op het in kaart brengen van verdringingseffecten en het verklaren ervan op basis van de onderliggende motieven. Het bepalen van één 'overall' drempelwaarde staat niet centraal. Dit is in lijn met de recente kamerbrief van de minister over kosteneffectiviteit in de praktijk (2015).

#### Stap 1: Selectie van illustratieve interventies per ICD-10 hoofdcategorie

We selecteren per ICD-10 hoofdcategorie één interventie via literatuuronderzoek en het interviewen van relevante experts in het veld. Interventies komen in aanmerking als er 1) een kosteneffectiviteitsanalyse beschikbaar is, 2) als de interventie duurder is dan het beste (en tot dan toe gebruikte) alternatief, 3) als de interventie het alternatief theoretisch volledig kan vervangen en 4) als de interventie minimaal sinds enkele jaren vergoed wordt. Dit laatste is van belang omdat de nieuwe interventie zo de kans krijgt een 'steady state' te bereiken.

Ook wordt in deze stap vastgesteld welke database(s) het meest geschikt zijn voor de kwalitatieve als voor de topdown benadering. Bijvoorbeeld de DHD, DIS, GIS, Vektis of combinaties van deze. De landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (DHD), lijkt veelbelovend omdat gegevens volgens het classificatiesysteem van diagnoses ICD-10 worden aangeleverd. Nadeel is dat deze registratievorm relatief nieuw is en dat deze database enkel tweedelijns informatie bevat. Koppeling met andere databases biedt hier wellicht uitkomst.

Afhankelijk van de vaststelling welke database(s) gebruikt worden wordt ook de periode van evaluatie bepaald.

Producten: Per ICD-10 categorie 1 interventie die voldoet aan de voorwaarden; Vaststellen te gebruiken database(s)

#### Stap 2: Substitutie en budget impact van geselecteerde interventies

Per interventie wordt via databases aangevuld met raadpleging van experts (beroepsverenigingen, verzekeraars, ZIN, Ministerie etc.) een inschatting gemaakt van de mate van substitutie met het vergeleken alternatief. Met andere woorden: in hoeverre is het alternatief vervangen door de geselecteerde interventie? Afhankelijk van deze mate van substitutie wordt vervolgens de budget impact bepaald. Indien de interventie het alternatief volledig heeft vervangen (perfecte substitutie) is deze budgetimpact het product van de meerkosten van de interventie ten opzichte van het alternatief en de populatiegrootte. Anders zal deze bepaald worden aan de hand van de ontstane mix van interventie en alternatief. Bovendien zullen we deze experts expliciet bevragen waar de benodigde extra kosten voor de nieuwe interventie vandaan komen binnen de gezondheidszorg en waarom deze keuze zo gemaakt is. We volgen hierbij een *interactieve benadering*.

Producten: Kwalitatief inzicht in verdringing en motieven, kwantitatieve bepaling mate van substitutie en budgetimpact

### Stap 3: Verschuivingen in kosten en gezondheid binnen en buiten ICD-10 categorie

In stap 3 wordt, naast de topdown benadering, heel specifiek via data(bases) de uit stap 2 naar voren komende kwalitatieve verdringing gekwantificeerd. Daarnaast kunnen er in stap 2 blinde vlekken blijven, verdringingseffecten die niet in beeld komen via experts. Dan vallen we volledig terug op de topdown benadering. Voor elke ICD-10 categorie wordt nagegaan waar binnen de categorie zorgverschuivingen zijn ontstaan. Hiervoor onderzoeken we de zorguitgaven per ICD-10 subcategorie van de categorie waartoe de interventie behoort, gecorrigeerd voor versturende factoren. Wij maken hierbij de aanname dat verdringing *binnen* de ICD-10 categorie plaatsvindt. Idealiter is het zo dat bij stap 2 heel expliciet de 'slachtoffer(s)' van verdringing worden benoemd binnen of buiten de ICD-10 categorie zoals stoppen met het vergoeden van bepaalde bestaande voorzieningen of het tijdelijk aanscherpen van de indicatie voor een bepaalde behandeling, diagnostiek, enz. Uit stap 2 komt naar voren wat er feitelijk, volgens experts, gebeurt en waarom deze keuzes gemaakt worden. Dit is in onze benadering leidend en wordt in deze stap nader uitgewerkt en gekwantificeerd. Echter daar waar zoals gezegd blinde vlekken ontstaan zullen we in kaart brengen welke ICD-10 subcategorieën een afname van zorgkosten laten zien en achterhalen we vervolgens de gerelateerde verandering in levensjaren. Tenslotte worden waarden voor kwaliteit van leven binnen een subcategorie, zoals beschreven in de literatuur, gecombineerd met de verschuiving in levensjaren om te komen tot verschuivingen in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALYs).

Producten: kwantificering verdringingseffecten zoals benoemd in stap 2; Blinde vlekken worden of zijn geïdentificeerd en via de topdown benadering worden verdringingseffecten in kaart gebracht.

### Stap 4: Analyse van verdringingseffecten : Topdown en bottom-up

Stap 4 kwantificeert de verdringingseffecten in de blinde vlekken. Specifiek berekenen we hier hoeveel gezondheid (QALYs) verloren is gegaan per euro verlaging van de uitgaven. Per ICD-10 categorie wordt de ratio tussen uitgaven en gezondheid, zoals hierboven beschreven, gerelateerd aan de kosteneffectiviteit en budgetimpact van de nieuwe interventie uit stap 1/2. Indien geldt dat de kosteneffectiviteitsratio van de nieuwe interventie (stap 1) ongunstiger is dan de gemiddelde ratio binnen de ICD-10 subcategorie (stap 4), dan zijn er verdringingseffecten. Deze kunnen rechtstreeks worden bepaald in termen van gezondheidsverlies. Met andere woorden: hoeveel QALYs gaan verloren door de nieuwe interventie te introduceren? De uiteindelijke proportie aan verloren gezondheid wordt bepaald door de budgetimpact van de nieuwe interventie. Dit levert een interventie specifiek verdringingseffect op. De rest van het totale gezondheidsverlies in een subcategorie komt, theoretisch, voor rekening van andere interventie die verdringingseffecten veroorzaken.

Producten: kwantificering verdringingseffecten.

### Stap 5: Synthese van verdringingseffecten binnen en buiten ICD-10

De resultaten uit stap 2-4 worden geïnterpreteerd, teruggekoppeld en bediscussieerd met experts en gerapporteerd. Hieruit volgt inzicht in de impact van de zogenaamde verdringing en bovendien inzicht in de keuzen die de aard van de verdringing verklaren en of deze keuzen na terugkoppeling stand houden.

Producten: presentatie en eindrapport

## Producten en planning

Onze benadering levert een methodiek op om concreet per (te implementeren) interventie na te gaan of er verdringing is opgetreden of zal optreden, en of dit binnen of buiten de ICD-10 subcategorie het geval is. Behalve retrospectief vaststellen of er mogelijk verdringing heeft plaatsgevonden kunnen we dit ook tot op zekere hoogte voorspellen. We weten immers of er verdringing plaatsvindt binnen of buiten een subcategorie, we kennen de grootte van deze verdringing, de motieven voor verdringing en de kosten-effectiviteit evenals de budgetimpact van de beoogde nieuwe interventie.

We kunnen hiermee een gezicht geven aan de Nederlandse 'unidentifiable victims', en zelfs concreet maken welke - in het verleden - geïntroduceerde interventie welke slachtoffers heeft gemaakt op basis van welke keuzen. Juist deze resultaten vormen een empirische basis en concrete aanknopingspunten voor de maatschappelijke discussie. Hiertoe zullen wij ZIN tussentijds minimaal een keer resultaten doen toekomen, waarmee de maatschappelijke discussie kan worden gevoed.

### Planning

Periode 1: januari 2016-mei 2016. Startbijeenkomst met ZIN om ons werkplan te bespreken, de mogelijke samenwerking met het ZIN gedurende het proces en terugkoppeling over de te selecteren interventies begin mei 2015

Periode 2: maart 2016-december 2016. Eerste resultaten verdringing o.b.v. expert informatie terugkoppeling naar ZIN medio december 2016 via presentatie en beknopte tussen rapportage

Periode 3: augustus 2016-februari 2017. Verschuivingen in kosten en gezondheid binnen en buiten ICD-10 categorie in kaart brengen

Periode 4: februari 2017- mei 2017. Analyse verdringingseffecten, interpretatie, terugkoppeling en discussie over resultaten met experts

Periode 5: mei- september 2017 Terugkoppeling resultaten naar ZIN en discussie met ZIN over implicaties, medio mei 2017. Oplevering rapport en presentatie voor ZIN (wellicht i.s.m. NVTAG), september 2017.

**Het team: een multidisciplinaire werkgroep die alle gevraagde expertises en vaardigheden bundelt en internationale ervaring heeft (Zie toegevoegd document CVs).**

Het Radboud UMC werkt voor dit voorstel samen met, Ecorys Rotterdam, Universiteit Maastricht en Universiteit Utrecht. Zij worden gedurende het project geadviseerd door experts van de Universiteit van York (prof. Claxton en dr. Soares).

### Referenties

- Adang E.M.M. Mening: Een kwestie van kiezen en delen in de zorg. Economisch Statistische Berichten (ESB) Jaargang 99(4681), 21 Maart 2014.
- Barnsley P, Towse A, Karlsberg Schaffer S, Sussex J. Critique of CHE Research paper 81: Methods for the estimation of the NICE Cost Effectiveness Threshold. Office of Health Economics, 2013.
- Claxton K, Martin S, Soares M, Rice N, Spackman E, Hinde S, et al. Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold. Health Technol Assess 2015;19(14).
- Claxton K, Martin S, Soares M, Rice N, Spackman E, Hinde S, et al. Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold. CHE Research paper 81 Revised following referees' comments. York: Centre for Health Economics, University of York, 2013
- Kamerbrief rapport kosteneffectiviteit in de praktijk, 29 oktober 2015.