



Zorginstituut Nederland

Kosteneffectiviteit in de praktijk

Jacqueline Zwaap, 16 februari
2016



Zorginstituut Nederland

Inhoud

- KE en beoordelingssystematiek pakketbeheer
- Programma kosteneffectiviteit
- Gestolde uitkomst: Kosteneffectiviteit in de praktijk
- En nu verder.....?



KE en pakketbeheer

Adviezen over samenstelling pakket mbv vier pakketcriteria:

- Effectiviteit (stand van de wetenschap en praktijk)
- Kosteneffectiviteit
- Noodzakelijkheid (ziektelast en noodzakelijk te verzekeren)
- Uitvoerbaarheid

Criteria soms weer onderverdeeld

Uitwerking in methodenboekjes: pakketbeheer in de praktijk, beoordeling stand van de wetenschap, kosteneffectiviteit in de praktijk





programma kosteneffectiviteit: 2012 - 2015

“Ongoing debate” over gebruik van kosteneffectiviteit (wel of niet ethisch)

RA (Okt 2012) en aandachtspuntenbrief 2013 (18 juli 2012)

Regeerakkoord VVD/PvdA: pakket systematisch doorlichten mbv KE:
stringenter pakketbeheer.

(relatieve) KE verankeren in wet

Vragen van VWS:

- Werk criterium KE verder uit
- Kijk daarbij wat we kunnen leren van de NICE
- Kom met opties voor wettelijke verankering van KE



Aanpak: interactieve werkwijze

Zomer 2012: adviezen Pompe en Fabry

“Pakketbeheer nieuwe stijl” vraagt om andere werkwijze

Veel interactie met partijen over allerlei onderwerpen

Keukentafelgesprekken met zorgprofessionals en burgers

Pakketdebatten over kosteneffectiviteit en end of life discussies



Eerste rapport over kosteneffectiviteit in de zorg: september 2013

Partijen zijn het ermee eens dat KE een rol moet spelen
Meningen verschillen hoe
Nog veel dingen onduidelijk

Werkprogramma opgestart: 6 “onderzoekslijnen”

- Actualiseren en verbreden richtlijnen voor gezondheidseconomisch onderzoek
- Uitwerken beoordeling KE
- Rol van KE in richtlijnen
- Rol van KE bij zorginkoop door verzekeraars
- Afwegingenkader: afweging KE tov andere criteria
- Wettelijke verankering van KE



Resultaat: Kosteneffectiviteit in de praktijk

Kernboodschap: KE gegevens moeten een grotere rol spelen bij keuzen in de zorg. Is ethisch verdedigbaar vanuit gedachte van verdringingseffecten

Partijen moeten daar ieder een eigen rol in pakken

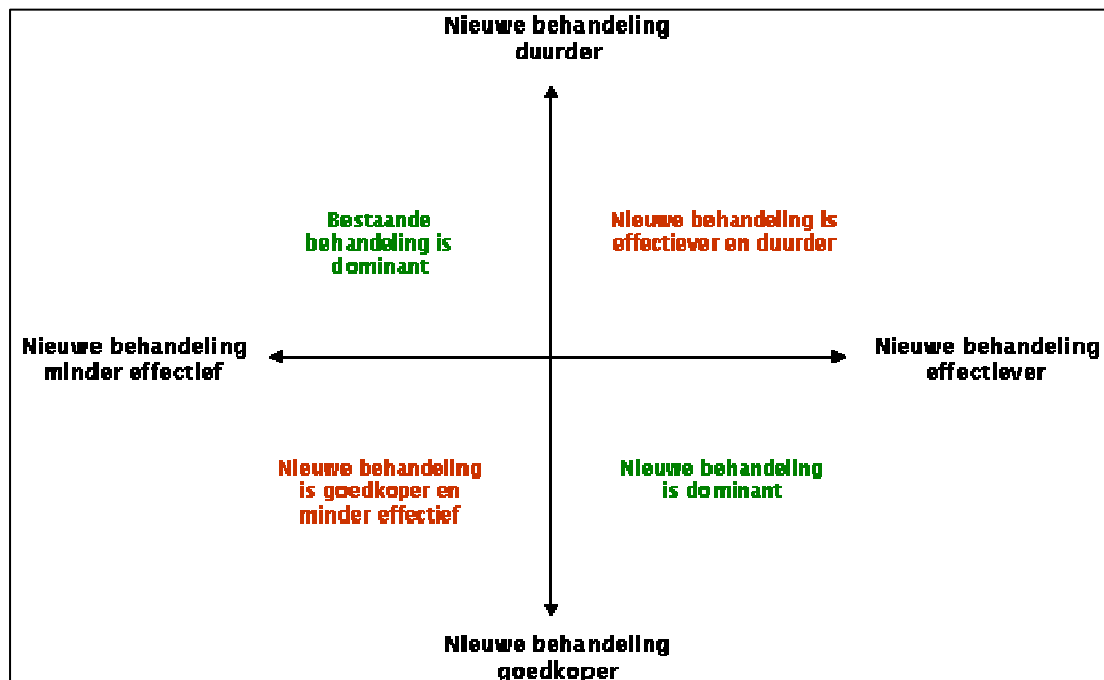
Pakketbeoordeling: referentiewaarden als "alarmsignaal". Partijen zijn in de gelegenheid om mbv arrangementen KE te verbeteren

Een (blijvend) ongunstige KE wordt afgewogen ten opzichte van andere "ontlastende" argumenten (afwegingenkader)

Breed toepassen: niet alleen binnen gesloten systeem (ook standpunten)



KE: relatie tussen kosten en effecten





Referentiewaarden

Ziektelast

Kosten per QALY

Van 0.1 tot en met 0.4

tot 20.000 euro

Van 0.41 tot en met 0.7

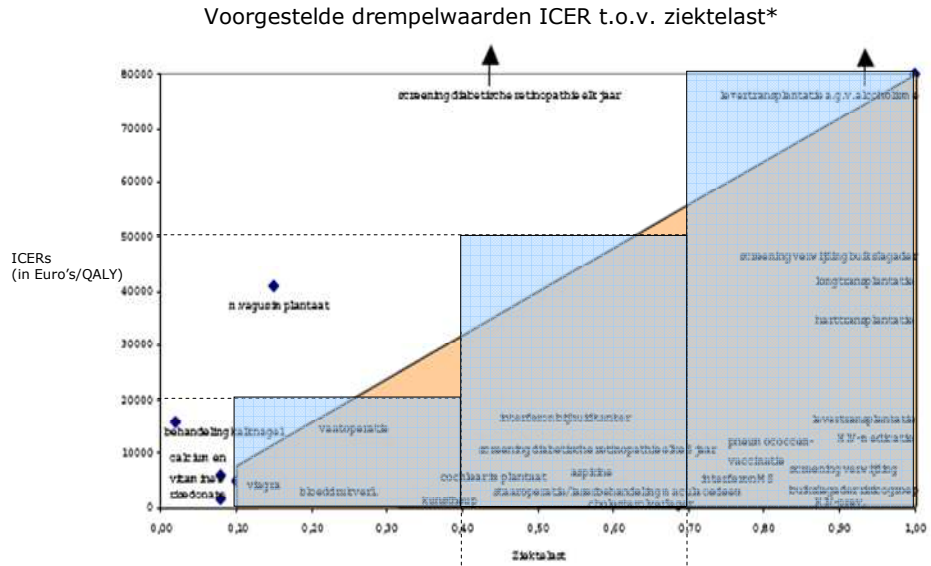
tot 50.000 euro

Van 0.71 tot en met 1.0

tot 80.000 euro



Drempelwaarden tov RVZ voorstel



*Dit is een aanpassing van de grafiek uit het RVZ rapport van 2006



KE en beleidsinstrumenten

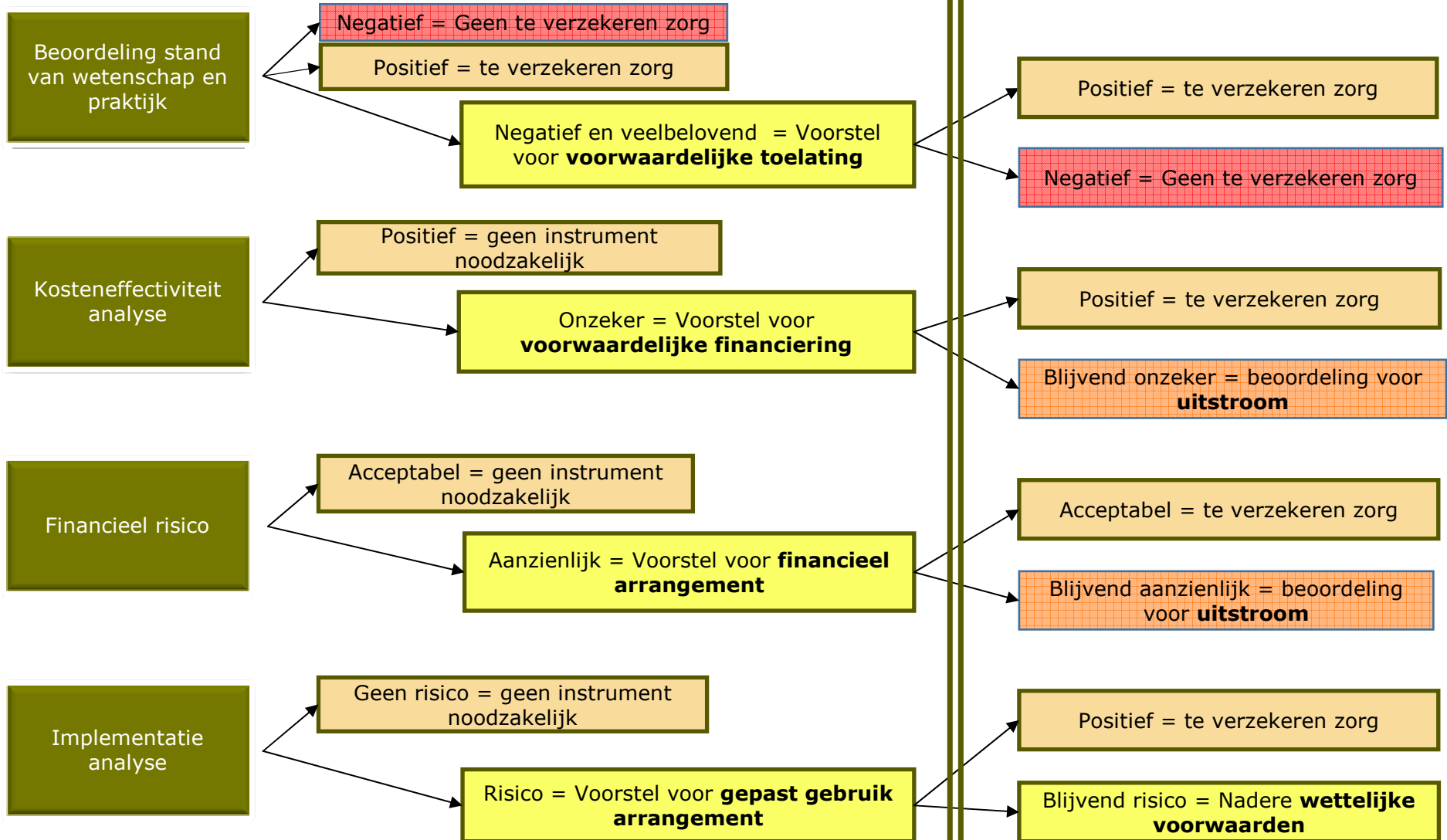
KE beïnvloeden door:

- Vergoeding koppelen aan onderzoek: voorwaardelijke toelating en voorwaardelijke financiering;
- Afspraken over uitkomsten (performance based): start- en stopcriteria, registratie, indicatiecommissie
- Financiële afspraken over prijs, budget of prijs-volume

Initiële beoordeling



Vervolg- beoordeling





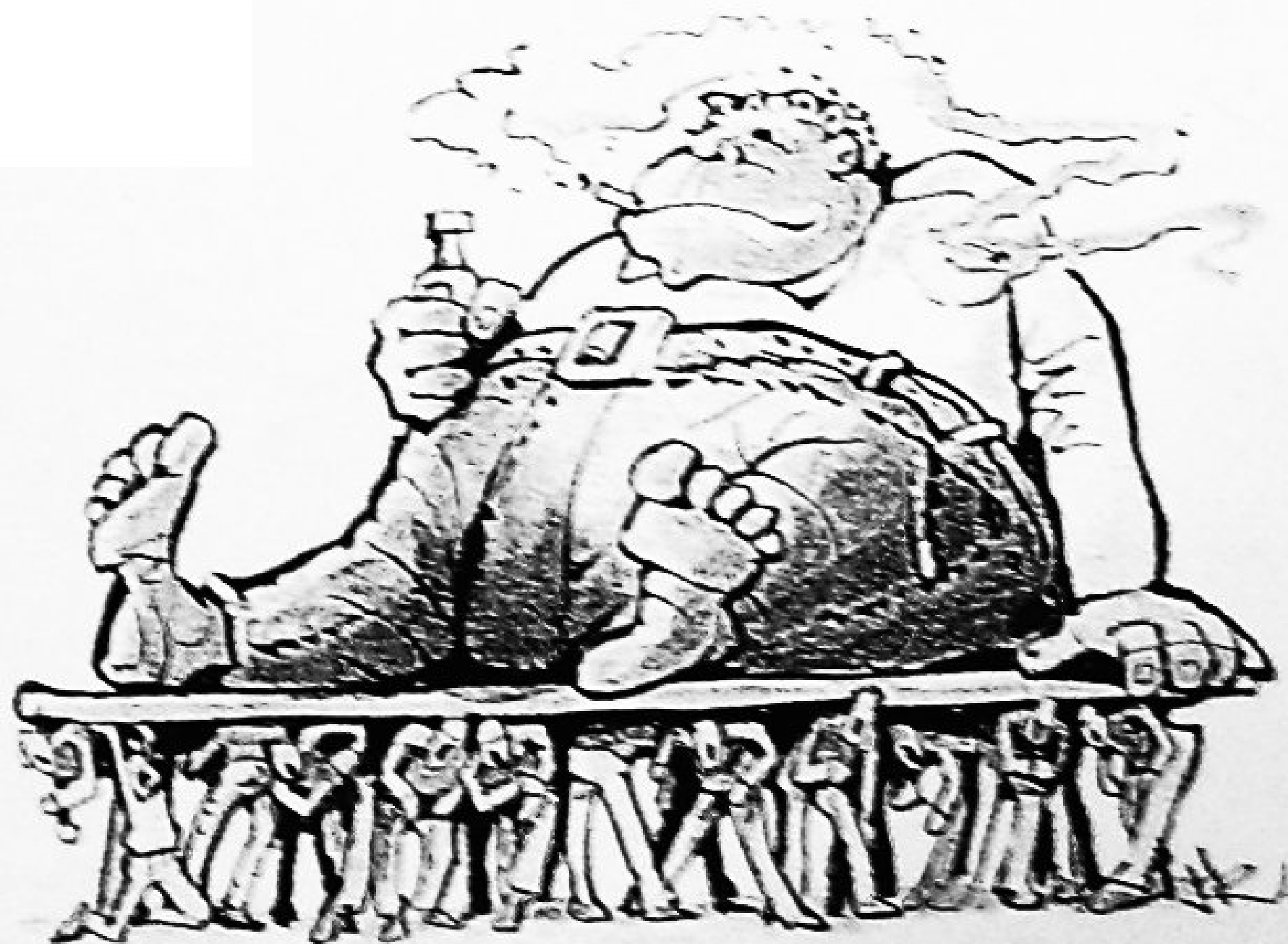
Waarom referentiewaarden?

Voor in gezondheid geïnvesteerde euro's zo veel mogelijk gezondheidswinst

Kiezen voor interventies met de meeste QALY's tegen de laagste kosten.

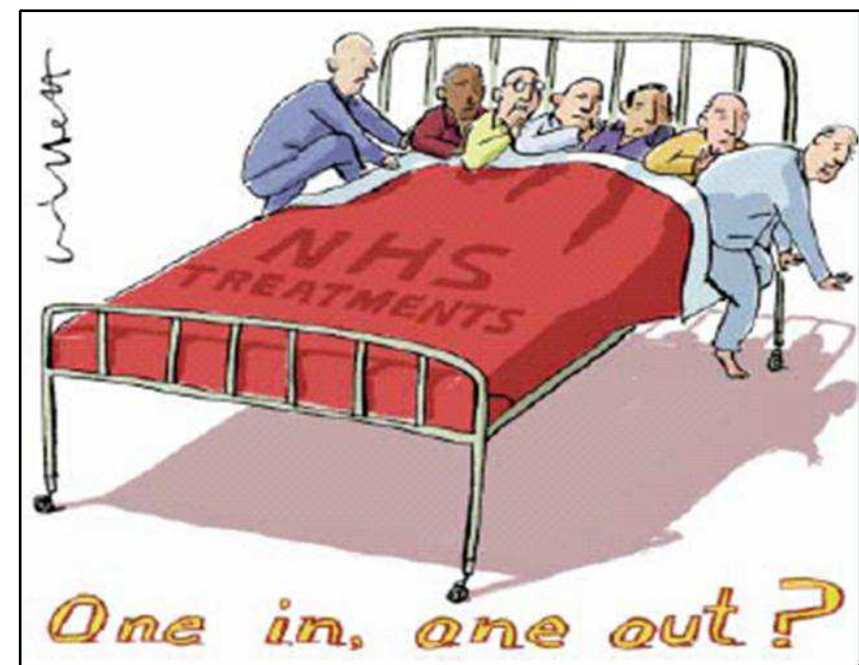
Te veel interventies met ongunstige IKER: verdringingseffecten

Balans zoeken tussen belangen populatie en individuen





Keuzes maken: verdringing





Afwegingenkader helpt die keuzen te maken

(Ongunstige) kosteneffectiviteit wordt afgewogen ten opzichte van de andere pakketcriteria en eventueel nog onbenoemde argumenten

Voorbeelden: ernst van de aandoening, grootte van het effect, spreiding van het effect, noodzaak iets te verzekeren, budgetimpact

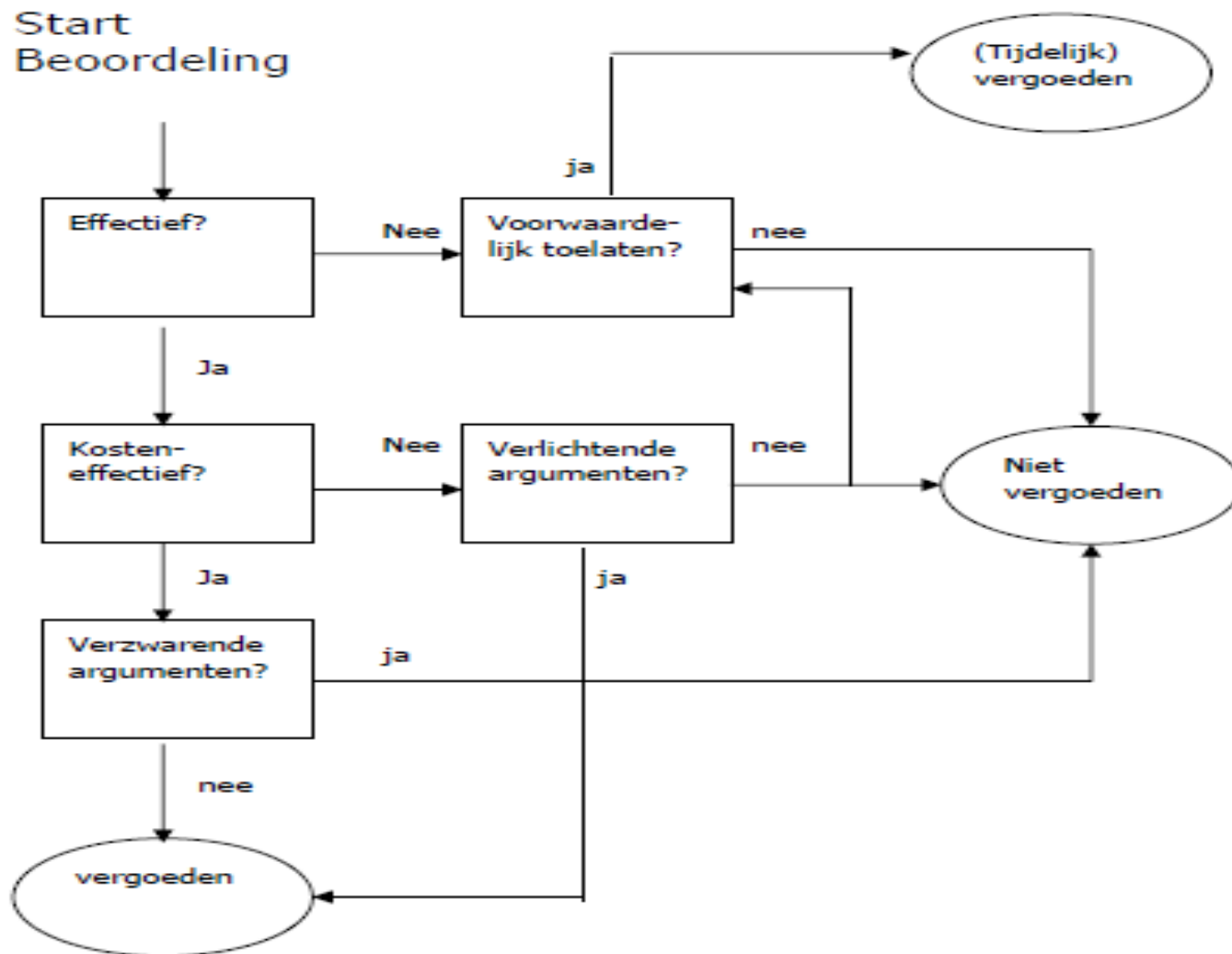
Doel: afwegingsproces methodiseren en laten zien hoe afweging plaatsvindt, welk advies resulteert en wat daarvoor de argumenten zijn.

Multi criteria decision analysis (MCDA) kan hierbij helpen

Voorjaar 2016: eerste concept



Start Beoordeling





Leren van NICE?

Werkt met afkappunten; hier niet de cultuur voor

Ander stelsel: wel veel van te leren rond proces, patiënten- en burgerparticipatie, pr en communicatie

Ook NICE staat onder druk: minder rigide opstelling ten aanzien van afkappunten rond oncolytica en end of life

Onderzoek Karl Claxton: afkappunten zijn te hoog! Leidt tot verdringing. Wat gaat men daarmee doen?



Rol KE in richtlijnen

Veel initiatieven vanuit beroepsgroepen olv FMS

Veel samenwerking ten behoeve van “koploperprojecten”

Uitwisseling van expertise

Zo mogelijk informatie ook gebruiken voor vergoedingsbeslissingen

Doelen behandelrichtlijn en vergoeding zijn verschillend!!

Arts wil niet moeten bepalen wat in pakket zit: maatschappelijke kaders nodig



KE en verzekeraars

KE speelt nauwelijks rol bij zorginkoop; is dit wenselijk?

Bijvoorbeeld bij gelijke effectiviteit alleen de goedkoopste interventie inkopen of onderhandelen over de prijs

Partijen zijn er huiverig voor dat verzekeraars gaan bepalen wat in het pakket zit: centrale kaders nodig!



Wettelijke verankering KE

Pakketbeheer integraal: KE niet “restrictief” verankeren (zoals SWP)

Wel pakketcriteria als geheel in de wet opnemen: maatschappelijke bevestiging

Partijen verschillen van mening: patiënten en artsen willen het niet; verzekeraars en ziekenhuizen wel.

Angst dat advies een duiding wordt als KE wordt geregeld zoals SWP.



En nu verder.....

Beoordelingswijze implementeren, ook bij niet-geneesmiddelen:
stelselmatig KE informatie verzamelen bij onderwerpen die "ertoe
doen"

Afwegingenkader uitwerken;

Ziektelastrapport: welke benadering past bij heersende
rechtvaardigheidsopvattingen?

Debat gaat door! Rapport is een stolling van kennis en meningen op
dit moment



Vragen?

