

Verdringingseffecten binnen de Nederlandse ziekenhuiszorg

Dr. Wija Oortwijn,

namens het Consortium - Radboudumc, UMC Utrecht,
Universiteit Maastricht, VU Amsterdam en Ecorys

VAV Nascholing, 26 september 2018

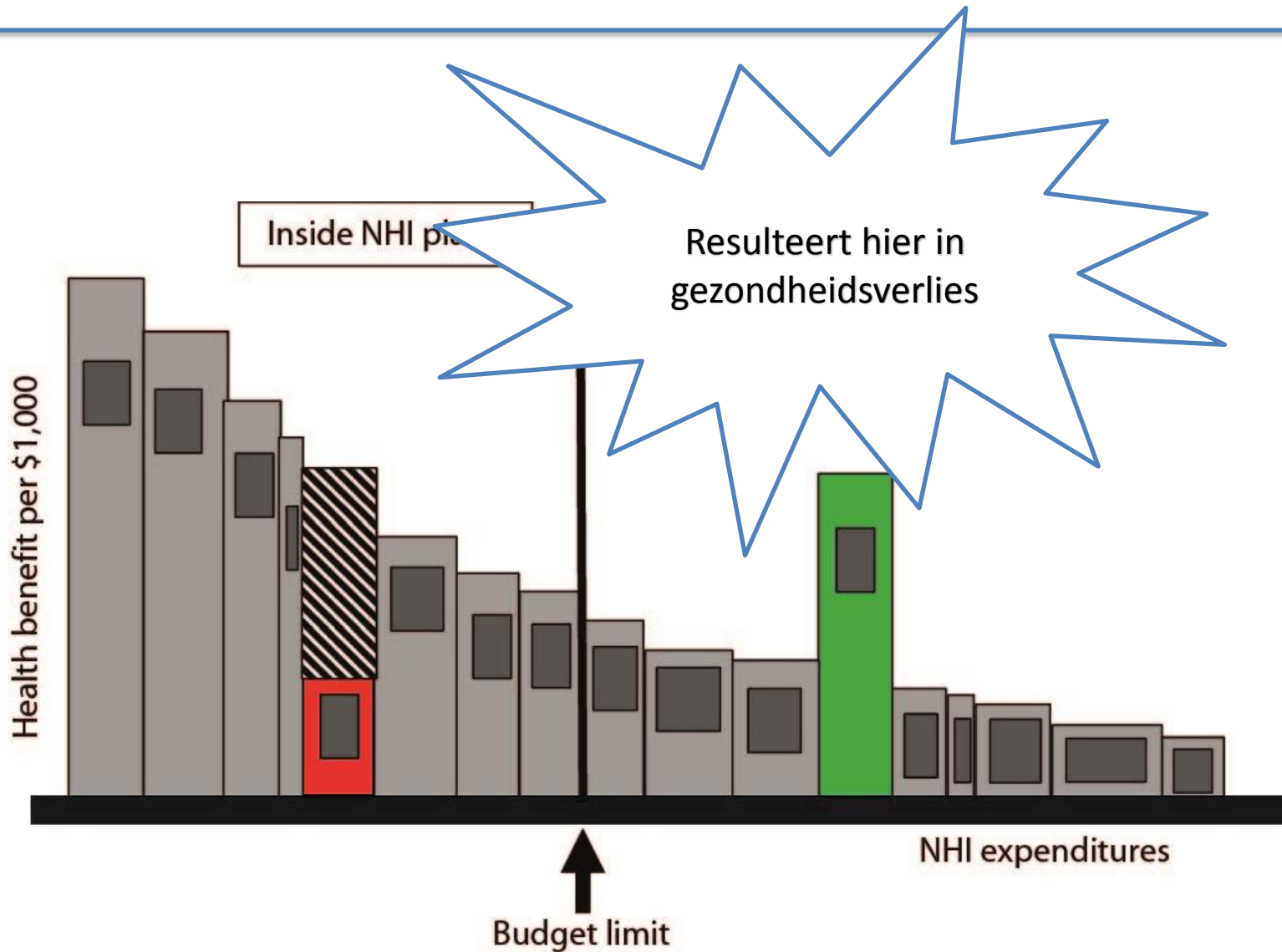
Disclosure belangen spreker

(potentiële) belangenverstrengeling	Zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Bedrijfsnamen
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring of onderzoeksgeld• Aandeelhouder	<ul style="list-style-type: none">• Beleidsonderzoek van Ecorys B.V. i.o.v.: Eli Lilly, BMS, FME• Partner van Ecorys Nederland B.V.

Het onderzoek – kwantitatief én kwalitatief

- Onderzoek naar verdringing van zinnige ziekenhuiszorg door het vergoeden van nieuwe zorg met een kosteneffectiviteit (ver) boven de referentiewaarde van € 80.000 per QALY
- Kwantitatief deel – gericht op vaststellen van de empirische waarde van de kosten-effectiviteitsratio voor ziekenhuiszorg (populativeniveau)
- Kwalitatief deel – gericht op inzicht krijgen in de werkingsmechanismen van verdringing op het niveau van ziekenhuis/behandelaar
- Uitgevoerd tussen januari 2016 en april 2018

Verdringing

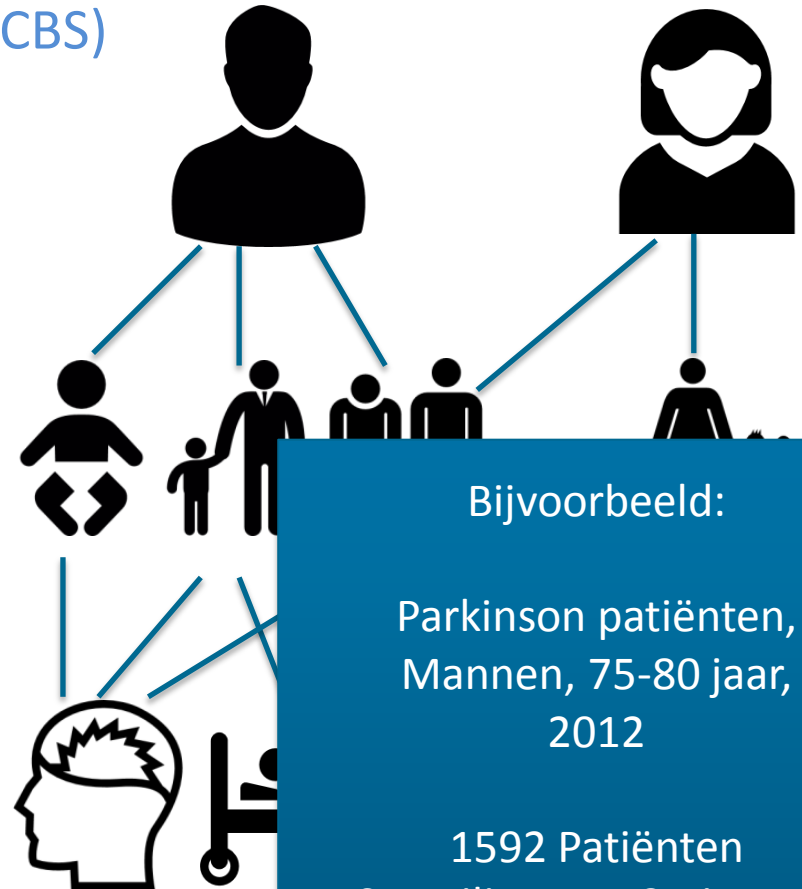


Kwantitatief onderzoek - data

- Sterfte en doodsoorzaken, 2010-2015 (CBS)
- Geaggregeerde DBC-kosten, 2012-2014 (Vektis, via ZIN)
- Gezondheidsenquête, 2010-2015 (CBS)

7 miljoen patiëntgegevens:

- Geslacht (m/v)
- 5-jaars leeftijdsgroepen (21)
- (ICD-10) Ziekte-categorieën (400)
- Resultaat: 11.000+ patiëntgroepen



Berekenen van de grenswaarde

1. Patiëntgroepen definiëren op basis van declaratiedata
2. Sterfte wordt uitgedrukt in verloren QALYs
3. Gezondheidsverlies van patiënten berekenen uit gezondheidsenquêtes
4. Per patiëntgroep wordt de uitkomstmaatstaf, totale verloren gezondheid in QALYs, samengesteld
5. Uitgaven worden gecorrigeerd voor de kosten van het laatste levensjaar
6. Een econometrisch model schat de relatie tussen uitgaven en uitkomsten
7. De onzekerheid van de analyse wordt geëvalueerd
8. Grenswaarden worden apart geschat per subcategorie (bijv. leeftijd)
9. Grenswaarden worden toegepast op uitgavenpatronen (ICD categorie)

Resultaten kwantitatief onderzoek

- De marginale kosteneffectiviteit van ziekenhuiszorg is € 73,626 (95% BI: € 59,178 - € 88,076).
- Nieuwe zorg met een hogere kosteneffectiviteit, mits vergoed, zal leiden tot verdringing van reguliere aanbod
- Casus Orkambi (weesgeneesmiddel): € 84,4 miljoen - 210 QALYs
Bij vergoeding gaan 1145 QALYs verloren op populatieniveau - 50% van de verdrongen ziekenhuiszorg is gerelateerd aan infectieziekten, zenuwziekten, oog- en oorziekten, longziekten en huidziekten.
Kanker wordt ontzien.
- Hoe ziet dit er in de praktijk uit?

Het kwalitatieve onderzoek

- Focus op ongewenst effect op de zorg in termen van verminderde toegankelijkheid en/of kwaliteit van de geleverde zorg
- Inzicht krijgen in de werkingsmechanismen van verdringing met betrekking tot de introductie van nieuwe, kostbare ziekenhuiszorg:
 - Vindt er verdringing plaats?
 - Zo ja, wat en/of wie wordt er verdrongen?
 - In kaart brengen van keuzeprocessen op het niveau van ziekenhuis / individuele behandelaar – wie neemt waar, op welke gronden, en op welke wijze een beslissing?

Aanpak

➤ Zes casussen nader bekeken:

- Da Vinci Robot
- Intramurale oncolytica
- Bevolkingsonderzoek darmkanker
- EndoVasculaire Aneurysma Reparatie (EVAR en FEVAR)
- Anti VEGF ooginjecties (Eylea en Lucentis)
- Left Ventricular Assist Device (LVAD)



➤ Via desk research en 84 semigestructureerde interviews (september 2016 – mei 2017):

- Artsen, afdelingshoofden, bedrijfsleiders, zorginkopers, leden raad van bestuur
- Verzekeraars, patiëntvertegenwoordigers, beroepsverenigingen

Analysekader

- Interview thema's:
 - Introductie van interventie (proces, motieven, betrokkenen)
 - Afspraken met verzekeraars
 - Ervaren knelpunten (kosten, tijd, etc.)
 - Genomen acties n.a.v. knelpunten (heronderhandelingen, bezuinigingsniveau, contramechanismes)
 - Eventuele rantsoeneringsstrategieën en impact op reguliere zorg
 - Visie verdringing/ overige casuïstiek
- Coderen via Atlas.ti & vergelijking tussen cases
- Rantsoenering strategieën zoals beschreven door Klein & Maybin (2012)

Rantsoenering strategieën

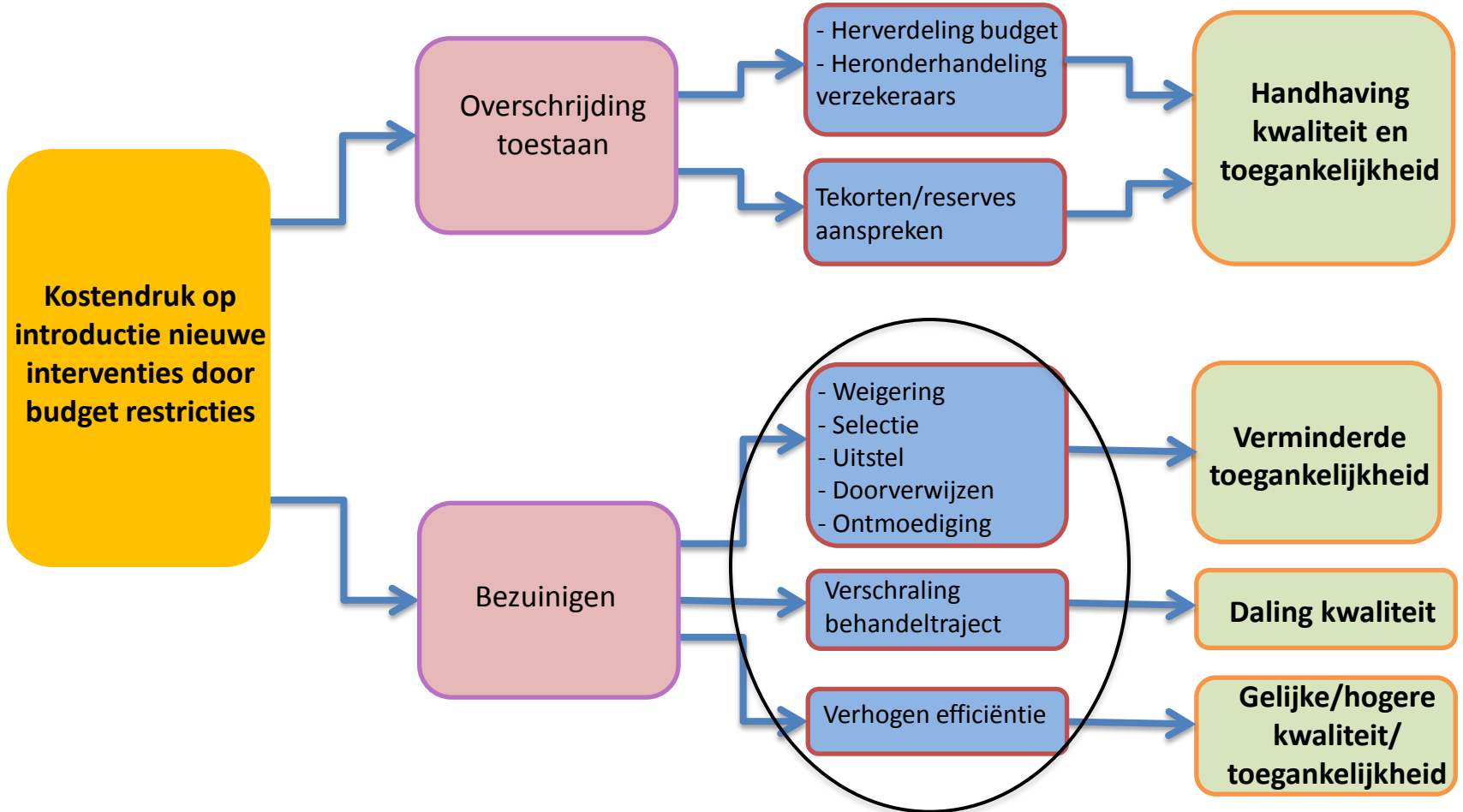
Strategie	Expliciet/impliciet	Toelichting
Rationing by denial	Expliciet	Een patiënt wordt een specifieke zorgvorm geweigerd omdat deze te duur zou zijn, of te weinig effectief.
Rationing by selection	Expliciet	Zorgverleners selecteren de patiënten die het meeste baat hebben bij de interventie, of wijzigen de indicatiecriteria (waardoor minder patiënten in aanmerking komen voor de interventie).
Rationing by delay	Impliciet	Wachlijsten zorgen voor gecontroleerde toegang tot de zorgvorm, of een traag proces richting de zorgvorm.
Rationing by deterrence	Impliciet	Overige vormen van barrières voor het zorggebruik, waarmee de zorgvorm minder aantrekkelijk wordt gemaakt. Afschrikking kan bijvoorbeeld door andere vorm van voorlichting.
Rationing by deflection	Impliciet	Patiënten worden doorverwezen naar een ander ziekenhuis of zorgaanbieder in het algemeen. Een variant hierop is dat de zorgverlener de betreffende zorgvorm niet of nauwelijks bespreekt tijdens consultaties met de patiënt.
Rationing by delution	Impliciet	De aanbieder blijft de zorgvorm aanbieden, maar bij een verminderde kwaliteit van zorg.

Financiële situatie

Opties

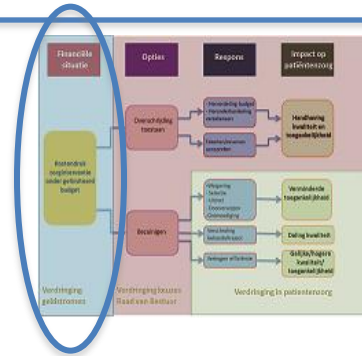
Reactie

Impact op patiëntenzorg



Kostendruk in ziekenhuizen

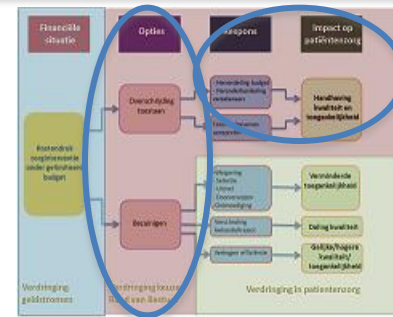
- Mogelijke zorginterventies en/of gewenste groei overstijgt groeiruimte, expliciete keuzes nodig
- Dure geneesmiddelen (+10%), volumegroei zorgakkoord (1%)
 - Nacalculatie vindt plaats, impact op groei overige zorg
- Strategische overwegingen spelen grote rol, speerpuntenbeleid bepaalt waar gevolgen van verdringing te verwachten zijn



“Dus verdringing is er wel degelijk, wij moeten dagelijks keuzes maken, en de keuze is ook tijd” - Arts

Besluitvorming naar aanleiding van kostendruk

- Introductie van nieuwe zorg en ziekenhuisbrede bezuinigingen zijn (deels) parallelle processen. Vallen onder constante groei en krimpbewegingen



“Dat miljoen zal elders moeten worden gevonden in de organisatie. Dat gebeurt voortdurend. Dit is zoals een ziekenhuis werkt” - Lid Raad van Bestuur

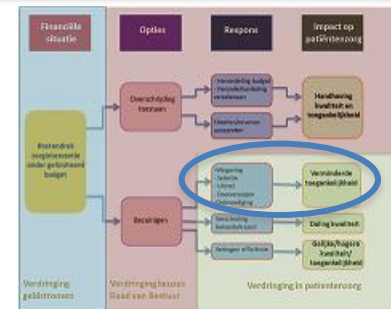
- Raad van bestuur heeft bepalende rol waar druk komt te liggen
- Na **efficiëntie** slagen wordt aangegeven dat er in toenemende mate druk op patiëntenzorg wordt gevoeld

“Dat is dus de reden dat het Centraal Planbureau zegt, op een gegeven moment is de lucht eruit. Je kunt niet eindeloos doelmatiger werken, want we zien ook de spanning op het systeem toenemen. We zien wachtlijsten, etc.” – Bestuursvoorzitter

Impact op patiëntenzorg I

Uitstellen, selecteren en niet verlenen van zorg

- Toename van wachlijsten in combinatie met het selecteren van patiënten op basis van medische urgentie
- Kwaadaardige en acute zorgvragen voorrang op goedaardige, niet acute zorgvragen



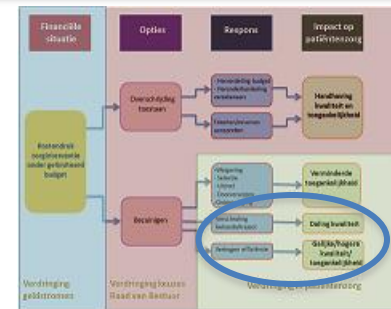
“Uitstel is misschien niet zo erg, maar op een gegeven moment nemen jouw klachten toe, en neemt ook misschien de kwaliteit van gezondheid af, ten gevolge van verdringing”

- Doorverwijzen patiënten naar andere ziekenhuizen (tijdrovende/duurdere zorgvraag naar UMCs)

Impact op patiëntenzorg II

Vershraling zorg en verhoging efficiëntie

- Oncologen gaven herhaaldelijk aan dat ze idealiter andere zorg zouden willen aanbieden
- Vershraling van behandeltraject binnen oncologie; verminderd aantal psychologen en begeleidende diëtisten
- Door kostendruk word er regelmatig gekeken naar efficiëntie winsten (bijv. door benchmarks)
- Efficiëntie winst resulteert niet altijd in beste zorg voor patiënt (bijv. eerder ontslag)



Wat was ook alweer de vraag?

- Inzicht krijgen in de werkingsmechanismen van verdringing met betrekking tot de introductie van nieuwe, kostbare ziekenhuiszorg:
 - Vindt er verdringing plaats?
 - Zo ja, wat en/of wie wordt er verdrongen?
 - In kaart brengen van keuzeprocessen op het niveau van ziekenhuis / individuele behandelaar – wie neemt waar, op welke gronden, en op welke wijze een beslissing?

Conclusies

- Ja, verdringing van zorg komt voor in de praktijk
- Heeft effect op de toegankelijkheid en verschraling van zorg:
 - Toename wachtlijsten
 - Aanpassing zorgpad... maar leidt ook tot meer efficiëntie
- RvB speelt rol bij keuzen n.a.v. budgetdruk; artsen selecteren op basis van medische urgentie
- Kans op verdringing is het grootst bij electieve patiënt met goedaardige aandoening
- Sluit aan bij inzichten uit het kwantitatief onderzoek en noodzaakt tot expliciete, transparante keuzen!

Voor meer informatie:

VERDRINGINGSEFFECTEN BINNEN HET NEDERLANDSE ZORGSTELSEL

Eddy Adang, Niek Stadhouders, Cathleen Parsons, Joost Wammes, Paulien Govaert, Domino Determann, Xander Koolman, Aggie Paulus, Silvia Evers, Geert Frederix, Wija Oortwijn

Nijmegen, 2018

In opdracht van het Zorginstituut Nederland (ZIN)

Beschikbaar via:

[https://www.zorginstituutnederland.nl/
publicaties/publicatie/2018/04/17/
verdringing-binnen-de-
ziekenhuiszorg](https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2018/04/17/verdringing-binnen-de-ziekenhuiszorg)

Dank!

Vragen?

w.oortwijn@radboudumc.nl

Radboudumc



Maastricht
University



UMC Utrecht

ECORYS



VRIJE
UNIVERSITEIT
AMSTERDAM