



Zorginstituut Nederland



## Pakketbeheer en Maatschappelijke kosten- batenanalyses (MKBA) en Intersectorale kosten en baten (IKB)

Sylvia Vijgen  
Adviseur Farmaco-economie  
Zorginstituut Nederland

NVTAG-VGE symposium  
30 oktober 2014, Den Haag



# Inhoud

Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ): taken

Pakketbeheer: hoe werkt dat?

Pakketcriterium kosteneffectiviteit: werkprogramma

Herziening FE-richtlijnen en kostenhandleiding

Overeenkomsten en verschillen met Leidraad MKBA en handleiding IKB

Visie op MKBA en IKB vanuit pakketbeheer



## Zorginstituut Nederland

- Tot 1 april 2014 College voor Zorgverzekeringen
- Coördinatie en implementatie van:
  - Zorgverzekeringswet (ZvW) en
  - Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)

- Taken:
- verzekeringen
  - beroepen en opleidingen
  - kwaliteitsinstituut
  - **pakketbeheer**
- Bij wet onafhankelijke organisatie
    - Zelfstandig bestuursorgaan (ZBO)





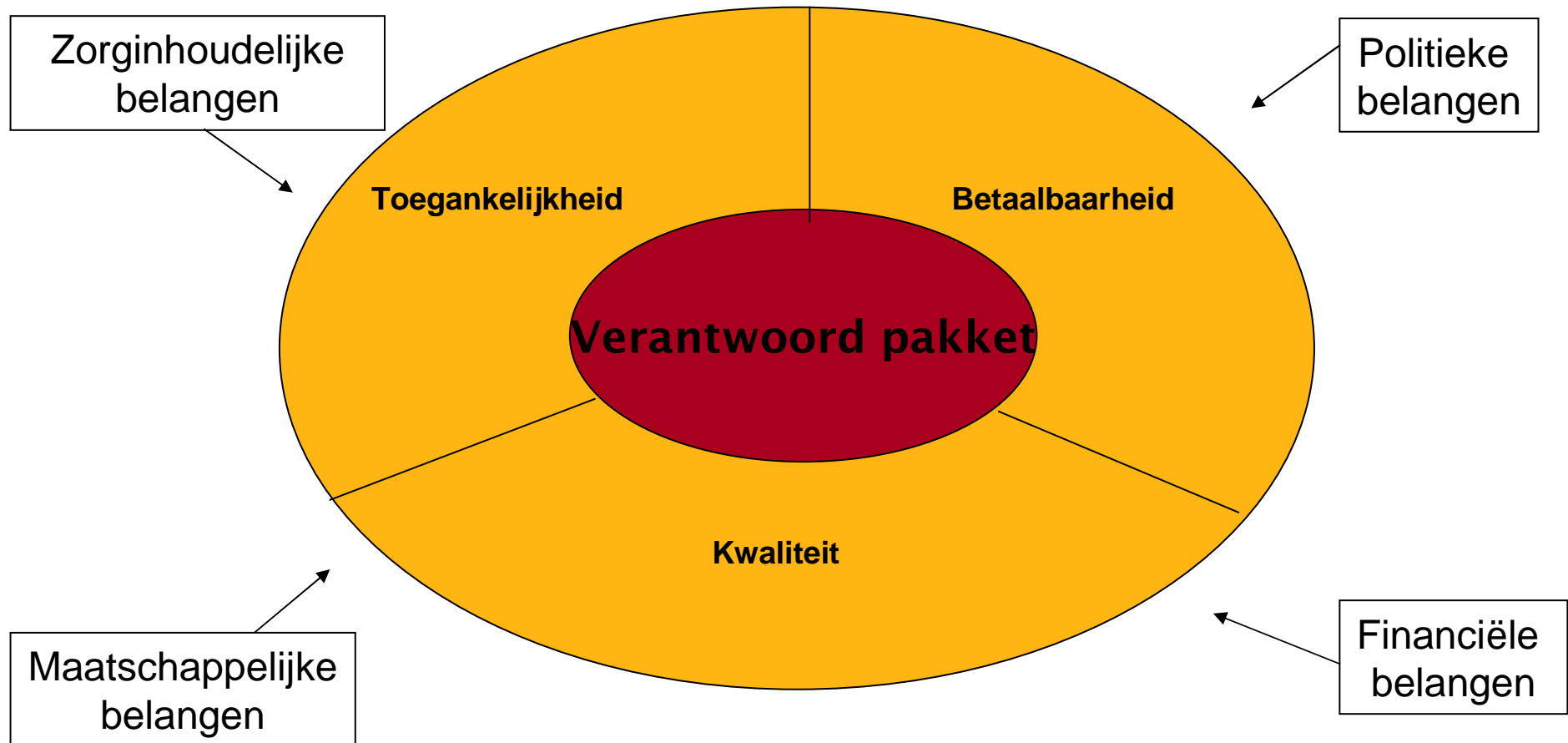
# Pakketbeheer

## **Adviseren minister van VWS over inhoud basispakket**

- Basisverzekering voor hele bevolking (zorgverzekeringswet)
- Gelijke toegang ongeacht inkomenssituatie en gezondheidstoestand
- Uniform basispakket
- Overheid stelt basispakket vast



# Verantwoord pakket voor burger en samenleving





Hoe ziet mijn dag eruit?





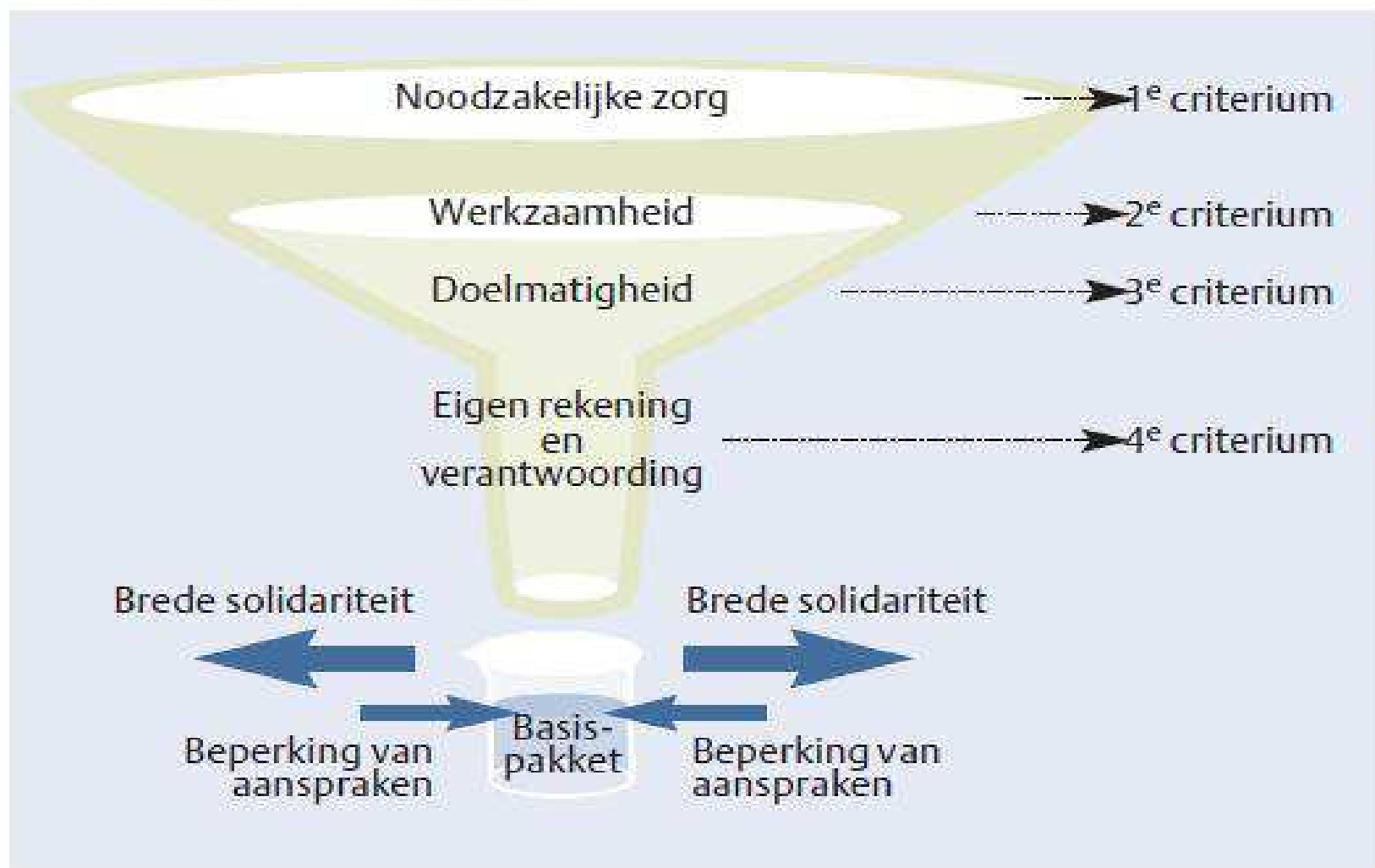
## Wat moet worden vergoed?

In-/uitstroomadvies: toetsing aan 4 pakketcriteria

- **Noodzakelijkheid**
  - ziektelast, noodzakelijk te verzekeren
- **Effectiviteit**
  - stand van wetenschap en praktijk (wettelijk criterium)
- **Uitvoerbaarheid**
  - verwijdering uit pakket haalbaar en houdbaar? (bv draagvlak, gevolgen voor zorgconsumptie, budgetimpact)
- **Kosteneffectiviteit**
  - verhouding tussen kosten en baten acceptabel?



## DE TRECHTER VAN DUNNING







## Gebruik pakketcriteria

- In onderlinge samenhang, geen 'zeven'
- Gezamenlijk criteria gebruiken
- Enige knock-out criterium: effectiviteit
  - Interventie die niet effectief is heeft geen plaats in basispakket



## Pakketcriterium kosteneffectiviteit

- één van de pakketcriteria, waardevol instrument, echter daadwerkelijke toepassing lukt niet goed
- In september 2013 rapport "Kosteneffectiviteit in de zorg" gepubliceerd
- Toepassing van het pakketcriterium in de zorg
- Tot dan toe vooral gebruikt bij geneesmiddelen
- Vervolg van rapport → Werkprogramma kosteneffectiviteit





# Werkprogramma kosteneffectiviteit 2014

vijf opdrachten:

**1. werk technische aspecten uit: update richtlijn HTA-onderzoek en beoordelingskader HTA-onderzoek**

2. verken mogelijkheden voor het voorwaardelijk vergoeden van zorg

- voorwaarde: gegevens verzamelen (onderzoek)
- voorwaarde: indicaties benoemen/aanscherpen
- voorwaarde: prijsarrangement

3. verken mogelijkheid van KE in klinische richtlijnen

4. zet afwegingskader voor pakketcriteria op papier

5. verken mogelijkheden voor wettelijke verankering en overige juridische aspecten.



## Richtlijnen voor Farmaco-Economisch onderzoek

	Onderwerp	Uitleg
1	Perspectief	Maatschappelijk perspectief
2	Vergelijkende behandeling	Standaard of gebruikelijke behandeling (zelfde als FT)
3	Analyse techniek	KUA (meestal), KEA (soms), KMA (soms)
4	Analyse periode	Moet lang genoeg zijn om een valide en betrouwbare conclusie te trekken over effectiviteit en bijwerkingen (meestal levenslang)
5	Kosten	CVZ kostenhandleiding (Hakkaart-van Roijen, 2010)
6	KvL en QALYs	QALYs bepaald met generieke KvL maat (EQ5D heeft voorkeur).
7	Modelleren	Transparant, simpel maar compleet model, gebaseerd op bestaande kosteneffectiviteits- en klinische studies
8	Incrementele analyse	Rapporteer de incrementele verschillen tussen behandelingen
9	Disconteren	Disconteer toekomstige kosten met 4% en toekomstige effecten met 1.5%
10	Gevoeligheidsanalyses	Deterministische variabelen: univariate analyses Stochastische variabelen: probabilistische analyse
11	Expert panel	In het geval van data gaps kan data via een expert panel worden verkregen



## Waarom worden de richtlijnen herzien?

- Farmaco-economische richtlijn ruim 8 jaar oud (uit 2006)
- Huidige richtlijnen onderling niet consistent (FE-richtlijn en kostenhandleiding)
- Methodologische ontwikkelingen binnen vakgebied
- Up to date houden met nieuwe inzichten
- Groeiende ervaring met farmaco-economie en opgedane ervaring met uitkomstenonderzoek binnen Zorginstituut
- Groeiend belang kosteneffectiviteit bij pakketbeheer



## Wat is een MKBA?

- Een MKBA is een systematische methode om de kosten en baten van overheidsbeleid voor de samenleving in kaart te brengen
- Overzicht voor- en nadelen beleidsopties
  - Kosten en effecten van een maatregel
  - Risico's en onzekerheden van een maatregel





# Hoe maak je een MKBA:

## Stappenplan



Bron: CPB/PBL, 2013



## MKBA en KEA

- KEA resulteert in kengetal: kosten per QALY
- Verschil met MKBA: gezondheidseffecten worden uitgedrukt

- KEA is een instrument voor het schatten van de extra kosten per eenheid gezondheidseffect (gewonnen levensjaar, QALY, voorkomen ziektegeval etc.) van invoering van een nieuwe behandeling ten opzichte van de standaard behandeling → veel ervaring mee

- MKBA kan veel breder worden ingezet: bijv. wat zijn de kosten/baten van het bouwen van een nieuw ziekenhuis

Weerspiegelt MKBA voldoende de gezondheidseffecten?

Kwaliteit van leven





## Verschilpunt 1: Discontovoet

Discontering van kosten en effecten (baten) is noodzakelijk, want dan houden we rekening met:

- Gemiste investeringskansen
- Tijdsvoorkeur

Huidige FE-richtlijn: 4% voor kosten en 1,5% voor effecten (gebaseerd op verouderde literatuur)

Leidraad MKBA: 5,5% (reële risicovrije discontovoet na inflatie 2,5% en een risico-opslag van 3%). In leidraad staat dit onderwerp nog ter discussie.

Visie ZIN op verschil: vooralsnog wordt discontovoet niet aangepast, verdere onderzoeksresultaten worden afgewacht



## Verschilpunt 2: Kosten in gewonnen levensjaren

Moeten de indirecte medische kosten meegenomen worden?

Huidige FE-richtlijn: Medische kosten die niet gerelateerd zijn aan de behandeling van de aandoening mogen niet meegenomen worden in de evaluatie.

Leidraad MKBA: Uitgaande van de welvaartstheorie dienen in een MKBA alle kosten en baten in gewonnen levensjaren meegenomen te worden.

Visie ZIN op verschil: nog in overweging, methodologisch correct om te doen, onzekerheid over praktische uitvoerbaarheid



## Verschilpunt 3: Het waarderen van arbeidsgerelateerde baten

FE-richtlijn: in FE analyses moeten de indirecte kosten buiten de gezondheidszorg gewaardeerd worden met behulp van de **frictiekostenmethode**, want die benadert het beste de praktijk in de samenleving.

Leidraad MKBA: de frictiekostenmethode gaat ervan uit dat het extra arbeidsaanbod bestaand arbeidsaanbod verdringt. In tijden van grote onvrijwillige werkloosheid is dat correct, echter bij structurele effecten neemt door het extra arbeidsaanbod ook de werkgelegenheid toe en is geen sprake van verdringing. Dus **human capital benadering** is dan realistischer.

Visie ZIN op verschil: Blijven hanteren van frictiekostenmethode en eventueel opnieuw berekenen van de frictieperiode.



## Verschilpunt 4: Het waarderen van vrije tijd

Huidige FE-richtlijn: er wordt verondersteld dat verlies aan vrije tijd al wordt meegenomen door patiënten in waarderingen van gezondheidstoestanden, oftewel in kwaliteit van leven gewichten.

Leidraad MKBA: de waarde van minder vrije tijd als gevolg van extra arbeidsparticipatie moet meegenomen worden. Er bestaat echter nog geen vuistregel hoe dit aangepakt moet worden.

Visie ZIN op dit verschil: verlies aan vrije tijd zal niet als aparte kostenpost meegenomen worden, omdat dit impliciet al in de kwaliteit van leven gewichten meegenomen wordt.



## MKBA en KEA

MKBA en de nu al veel gebruikte KEA vertonen veel overeenkomsten, enige verschil is waardering van effecten

Naast de inzet van MKBA als instrument voor de economische evaluatie van een bepaalde zorginterventie kan het veel breder worden ingezet: bijv. wat zijn de kosten en baten van het bouwen van een nieuw ziekenhuis?

Vragen vanuit ZIN: kunnen gezondheidseffecten van behandelingen met MKBA voldoende in kaart gebracht worden? En kwaliteit van leven? Is het niet veel meer een instrument voor macro projecten?



## MKBA en KEA

ZIN zal de uitkomsten in gezondheidseffecten blijven uitdrukken om de beroepsgroepen te bedienen en om aan te sluiten bij internationale richtlijnen (ook gebruik KEAs)

Leidraad MKBA en de FE-richtlijnen verschillen op een aantal punten → in de herziene richtlijnen zal ook worden ingegaan op MKBA's en deze verschillen





Intersectorale  
kosten en  
baten

## IKB ten opzichte van kostencategorieën

	<b>Binnen de gezondheidszorg</b>	<b>Buiten de gezondheidszorg</b>
<b>Directe kosten</b>	Medische kosten: o.a. verpleegdagen, verrichtingen, medicatie	<b>Kosten t.g.v. activiteiten van personen met als doel zorgverlening</b>
<b>Indirecte kosten</b>	Medische kosten gedurende de gewonnen levensjaren	<b>Kosten t.g.v. arbeidsverzuim, productieverlies</b>

MKBA wel,  
FE richtlijn  
niet



## IKB en huidige FE richtlijnen/kostenhandleiding

- Overeenkomst: beiden kijken naar productiviteitsverliezen, informele zorg en vrije tijd
- Verschillen:
  - IKB kijkt naar kosten en baten als gevolg van een preventieve zorginterventie voor de sector onderwijs en veiligheid en justitie
  - IKB hebben vooral betrekking op preventieve maatregelen terwijl de herziene KE richtlijnen op alle zorgtypen betrekking zullen hebben
  - bij IKB worden de effecten (net als bij MKBA) monetair weergegeven





## IKB/MKBA en pakketbeheer

-Als pakketbeheerder VWS adviseren over de optimale aanwending van het zorgbudget → €/QALY volstaat

- Ervaring wijst uit dat de KE resultaten ook voor de clinici begrijpelijk en transparant moeten zijn (o.a. door integratie KE gegevens in klinische richtlijnen), dus uitkomsten kosten per klinische uitkomstmaat en QALY zijn dan (ook) van belang

- IKB-en zijn nog minder sterk ontwikkeld: de methodiek van IKB is nog met veel onzekerheid omgeven (verschillende methoden van kostprijsbepaling) → meer onzekerheid KE resultaat → data ontbreekt

-Aansluiting zoeken bij internationale KE richtlijnen → gebruik €/QALY



## Geneesmiddel 1: oncolyticum B

Ziektebeeld: gemetastaseerd longcarcinoom

Standaard behandeling: oncolyticum A

Effect B to.v. A: 3 maanden levensverlenging

Extra QALY B t.ov. A: 0,34

Extra kosten B t.o.v. A (volgens FE richtlijnen): € 80.000 (waarvan 70% door geneesmiddelprijs)

ICUR: €235.000/QALY

Vraag ZIN: wat voegen intersectorale kosten dan nog toe??



## Geneesmiddel 2: huid crème B

Ziektebeeld: ernstige eczeem bij kinderen

Standaard behandeling: huid crème A

Effect B to.v. A: 1,5 extra scores op een ziekte specifieke KvL vragenlijst (5 items)

Extra kosten B t.o.v. A (volgens FE richtlijnen): € 4.000 (waarvan 20% door geneesmiddelprijs)

ICER: €2667/extra score kwaliteit van leven

Vraag ZIN: Intersectorale kosten voegen dan wellicht wat meer toe

Meer eigenwaarde kind → minder schoolverzuim → minder kans op zittenblijven

→ minder kans om in de criminaliteit te komen



## Visie en vragen over MKBA vanuit pakketbeheer

- Het gebruik van KEA's blijft gehandhaafd en daar waar nodig zal overeenstemming worden gezocht met MKBA's:
  - veel ervaring opgedaan met KEA's
  - € per QALY of klinische uitkomstmaat is duidelijker voor clinici
  - overeenkomend internationale richtlijnen
- Is het mogelijk om met MKBA gezondheidseffecten van behandelingen te waarderen of is het veel meer macro gericht? Kwaliteit van leven?
- Hoe beslissingen nemen op uitkomsten MKBA saldo?



## Visie en vragen over IKB vanuit pakketbeheer

- IKB focust voornamelijk op preventieve maatregelen, is het ook makkelijk toepasbaar en zinvol voor cure en care?
- Een deel van IKB wordt momenteel al toegepast zoals productiviteitsverlies en informele zorg, huishoudelijk werk en vrije tijd, onderliggende methodieken zijn doorgaans beter ontwikkeld
- Is het meenemen van IKB praktisch uitvoerbaar, haalbaar, waar eindigt het?
- De methodiek van IKB lijkt nog weinig doorontwikkeld, er ontbreken nog veel data waardoor er meer onzekerheid wordt gegenereerd
- Het meenemen van IKB zal in herziene KE richtlijnen nog niet verplicht gesteld worden, maar er zal ws. wel kort aandacht aan worden besteed → de adviescommissie moet hier ook nog een uitspraak over doen



To be continued





Dank voor uw aandacht

