

BEPALING VAN HET REMGELD IN FUNCTIE VAN DE MAATSCHAPPELIJKE WAARDE VAN EEN VERSTREKKING OF PRODUCT

SYNTHESE



BEPALING VAN HET REMGELD IN FUNCTIE VAN DE MAATSCHAPPELIJKE WAARDE VAN EEN VERSTREKKING OF PRODUCT

IRINA CLEEMPUT, CARL DEVOS, STEPHAN DEVRIESE, MARIA-ISABEL FARFAN-PORTET, CARINE VAN DE VOORDE



■ VOORWOORD

Zoals reeds aangekondigd in onze recente studie over de vereenvoudiging van de remgelden, buigen we ons in dit rapport over een andere belangrijke implicatie van de eigen betalingen in de ziekteverzekering. Deze dienen inderdaad niet alleen om overconsumptie of verkwisting te voorkomen, maar kunnen ook een sturend effect hebben op de zorgverleners en zorggebruikers. Ons Belgisch systeem van terugbetalingen doet dit trouwens reeds heel lang, op tal van manieren. Zo zijn geneesmiddelen voor levensbedreigende ziekten beter terugbetaald dan comfortgeneesmiddelen, of wordt de continuïteit van de zorg aangemoedigd door remgeldverlagingen in het geval van het globaal medisch dossier en de zorgtrajecten.

In deze studie gaan we dieper in op de link tussen eigen betalingen en de maatschappelijke waarde van de zorg. Hoe gaat men hiermee om in het buitenland? En welke modellen hebben de beste resultaten? Hierbij komt meteen ook een volgende keuze om de hoek kijken: wat wordt er beschouwd als 'de beste resultaten'? De vele keuzen die vaak impliciet worden gemaakt, worden in dit rapport geëxpliciteerd, en het voor en tegen wordt afgewogen. Concrete simulaties laten zien hoe een sturing, gebaseerd op deze expliciet gedefinieerde waarden, in de praktijk zou kunnen werken.

Wij hopen hiermee een nuttig reflectiekader aan te reiken aan de beleidsmakers. Anderzijds is hiermee zeker niet het laatste woord gezegd, en komt er nog een vervolg op deze studie. Daarin zullen we vooral focussen op de herverdelende effecten van de ziekteverzekering. Deze is en blijft een complex gegeven, dat echter ten volle verdient om er dit soort diepgaande reflecties aan te wijden. Het gaat tenslotte toch om een van de kernaspecten van onze sociale welvaartstaat.

Jean-Pierre CLOSON
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ SYNTHESE

1. ACHTERGROND

Een essentieel kenmerk van de Belgische ziekteverzekering is de brede dekking van producten (geneesmiddelen en medische hulpmiddelen) en geneeskundige verstrekkingen voor de hele bevolking. Zoals in de meeste andere landen betalen ook in België patiënten een deel van de kosten zelf indien ze gebruik maken van gezondheidszorg. Deze eigen bijdragen kan men omschrijven als de niet-terugbetaalde bedragen die de ziekteverzekering de patiënten vraagt te betalen op het moment dat ze gebruik maken van gezondheidszorg; we spreken van remgeld. Essentieel hierbij is de vraag hoe de hoogte van het remgeld moet bepaald worden en volgens welke principes remgelden moeten variëren naargelang het product of de verstrekking. Mogelijke principes voor differentiatie zijn lagere remgelden voor hoognodige producten of verstrekkingen, hogere remgelden voor producten of verstrekkingen waarvoor meer efficiënte substituten of inefficiënte complementaire mogelijkheden beschikbaar zijn en hogere remgelden voor producten of verstrekkingen met een lage waarde. Deze studie gaat dieper in op het principe waarbij het remgeld bepaald wordt in functie van de maatschappelijke waarde van een product of verstrekking. In de Engelstalige literatuur wordt dit principe aangeduid met “value-based insurance (VBI)”.

Value-based insurance wordt momenteel al voor aan aantal gezondheidsdiensten toegepast in België. Bijvoorbeeld, het remgeld voor geneesmiddelen tegen ernstige aandoeningen is lager dan voor geneesmiddelen tegen minder ernstige aandoeningen; patiënten met een globaal medisch dossier (GMD) betalen minder remgeld voor raadplegingen bij de huisarts; patiënten die zich inschrijven in een zorgtraject betalen minder remgeld voor de diensten die in het traject aangeboden worden dan wanneer ze voor diezelfde diensten zouden betalen buiten het zorgtraject. Het criterium voor differentiatie in remgeld is verschillend in de drie voorbeelden. De effecten van de VBI-design, waarvan sommige onbedoeld en ongewenst, zijn afhankelijk van het gehanteerde criterium.



Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) vroeg het KCE mogelijke alternatieven te verkennen voor het huidige systeem van remgelden voor geneesmiddelen in België, waarbij de vergoedingscategorie hoofdzakelijk gebaseerd is op de medische noodzaak (ernst van de aandoening zonder behandeling). Theoretisch is er geen reden om de toepassing van VBI te beperken tot geneesmiddelen. VBI kan ook uitgebreid worden naar geneeskundige verstrekkingen zoals raadplegingen door artsen. Daarom is ook de reikwijdte van deze studie niet beperkt tot geneesmiddelen.

2. DEFINITIE EN DOELSTELLINGEN VAN VALUE-BASED INSURANCE

Het basisprincipe van value-based insurance is dat het remgeld voor hoogwaardige producten of diensten lager moet zijn dan voor producten of diensten met een lage waarde. In die zin beoogt VBI:

- (1) de financiële toegankelijkheid te verzekeren van hoogwaardige producten en diensten en zodoende onderconsumptie te vermijden van de aangewezen hoogwaardige gezondheidszorg;
- (2) de garantie van een efficiënt gebruik van publieke middelen voor gezondheidszorg. Door het remgeld te verhogen voor laagwaardige producten en diensten blijven er meer publieke middelen beschikbaar voor de financiering van hoogwaardige producten en diensten.

Het begrip “waarde” in VBI is een breed gedefinieerd concept. Het wordt bepaald door de medische, therapeutische en maatschappelijke noodzaak om de beoogde indicatie te behandelen en door de therapeutische waarde en de kosteneffectiviteit van de dienst. De prijs op zich bepaalt de intrinsieke waarde van de dienst niet hoewel het wel de relatieve kosteneffectiviteit ervan beïnvloedt. Indirect bepaalt de prijs zo de maatschappelijke waarde wanneer de samenleving de middelen voor gezondheidszorg zo efficiënt mogelijk wil aanwenden.

Het instrument VBI gebruiken om de zorgconsumptie te beïnvloeden en/of publieke middelen te richten op specifieke diensten moet worden afgewogen tegen andere maatregelen om dezelfde doelstellingen te bereiken. In de plaats van of in aanvulling op maatregelen met een directe financiële impact op de patiënten, kan het beleid ook overwegen om prikkels te richten op zorgverstrekkers en/of producenten van gezondheidszorgproducten. Deze studie beperkt zich in haar opzet echter tot remgelden en beschouwt deze maatregel afzonderlijk. Dat betekent nochtans niet dat dit onderzoek andere maatregelen minder belangrijk vindt.



3. VALUE-BASED INSURANCE DESIGNS

In de literatuur worden verschillende designs voor VBI beschreven waarbij sprake is van VBI in functie van een product of verstrekking, een indicatie, de medische noodzaak, de therapeutische noodzaak of nog in functie van de participatie in een disease management programma (DMP). Binnen eenzelfde gezondheidszorgsysteem kunnen verschillende designs naast elkaar bestaan.

De waarde van een product of verstrekking houdt verband met de indicatie en in fine met de patiënt voor wie het product of verstrekking bedoeld is. Bijgevolg kan de waarde variëren naargelang de indicaties en kan ze zelfs verschillend zijn tussen (subgroepen van) patiënten met dezelfde indicatie.

VBI volgens product of verstrekking is een design waarbij het remgeld lager is voor producten of verstrekkingen met een hoge waarde, en dit voor alle patiënten, ongeacht de indicatie.

VBI volgens indicatie is een design waarbij welomschreven patiëntengroepen een lager remgeld betalen (patiënten met een medische geschiedenis van myocardinfarct betalen bijvoorbeeld minder voor cholesterolverlagende geneesmiddelen dan patiënten die deze medicijnen nemen voor primaire preventie).

Twee subtypes van VBI volgens indicatie kunnen onderscheiden worden:

VBI volgens medische noodzaak is een design waarbij het remgeld lager is voor producten of verstrekkingen gericht op gezondheidsproblemen die bij niet-behandeling ernstig zijn (bijvoorbeeld chronisch hartfalen).

VBI volgens therapeutische noodzaak is een design waarbij het remgeld lager is voor behandelingen met de hoogste incrementele waarde in vergelijking met bestaande behandelingen, indien ze gericht zijn op aandoeningen die met de huidige standaardbehandeling nog altijd ernstig zijn.

VBI door participatie is een design waarbij het remgeld lager is voor patiënten die actief participeren in een disease management programma (DMP) of in een programma met vergelijkbare prikkels. De mate waarin het remgeld wordt verlaagd voor producten of verstrekkingen die in het DMP opgenomen zijn, is afhankelijk van de relatieve waarde van deze producten en verstrekkingen, maar de basisgedachte is dat hun waarde hoger is indien ze deel uit maken van een dergelijk programma.

Belgische voorbeelden van VBI volgens indicatie zijn de a priori goedkeuringsmechanismen (geneesmiddelen in Hoofdstuk IV) en a posteriori controles (geneesmiddelen in Hoofdstuk II) voor specifieke geneesmiddelen (bv. statines). Afhankelijk van de voorwaarden om in aanmerking te komen voor terugbetaling, kan dit gezien worden als een VBI volgens medische of therapeutische noodzaak. Het zou bijvoorbeeld een VBI design volgens therapeutische noodzaak zijn, indien het falen van de standaardbehandeling een voorwaarde voor remgeldvermindering is. De huidige standaard vergoedingscategorieën voor geneesmiddelen zijn een voorbeeld van VBI volgens medische noodzaak. De categorieën worden bepaald volgens de ernst van de aandoening. Ze kunnen eveneens als VBI volgens product gezien worden omdat de geneesmiddelen voor verschillende indicaties gebruikt worden zonder dat een a priori of a posteriori controle vereist is (bv. antidepressiva). De toewijzing van geneesmiddelen aan de vergoedingscategorieën is eerder een automatisch proces dan een aparte overweging in het hele proces van terugbetaling van geneesmiddelen. Alle insuline-analogen bijvoorbeeld worden volledig terugbetaald. De huidige therapeutische noodzaak en het relatieve belang van *incrementele* voordelen worden niet in rekening gebracht bij de toewijzing van een geneesmiddel aan een vergoedingscategorie. Een mogelijk ongewenst effect hiervan is dat een nieuw product, met slechts een beperkte incrementele waarde in vergelijking met de huidige standaardbehandeling voor een ernstige aandoening, volledig zal terugbetaald worden terwijl een nieuw product met een aanzienlijke incrementele waarde maar voor een minder ernstige aandoening die met de huidige standaardbehandeling niet goed kan gecontroleerd worden, tot een bijkomende kost voor de patiënt zal leiden.



Dit is in tegenspraak met de basisdoelstellingen van VBI omdat (1) meer publieke middelen besteed zullen worden aan een laagwaardig geneesmiddel (dat slechts marginaal beter is) dan aan een hoogwaardig geneesmiddel (dat aanzienlijk beter is); (2) patiënten meer zullen moeten betalen voor een hoogwaardig geneesmiddel dan voor een laagwaardig geneesmiddel.

4. EFFECTEN VAN VALUE-BASED INSURANCE

Het gros van de reële ervaringen met VBI zijn Amerikaans van origine. Volgens de empirische literatuur lijkt VBI in combinatie met een disease management programma (DMP) beter dan VBI of een DMP apart voor therapietrouw in het gebruik van geneesmiddelen en toepassen van klinische richtlijnen.

In principe is VBI met participatie in een DMP de meest alomvattende benadering. Het verschilt van de andere VBI designs omdat een discrete beslissing over het al dan niet deelnemen aan het DMP bepaalt of remgeldvermindering van toepassing is of niet. De remgeldvermindering kan verschillen tussen de individuele producten en verstrekkingen die in het DMP opgenomen zijn, omdat ze verschillen in relatieve waarde. Idealiter, maar niet noodzakelijk, zouden praktijkrichtlijnen, ontwikkeld volgens de evidence-based methodologie, rekening moeten houden met alle elementen die de waarde van gezondheidsdiensten bepalen. Indien dit niet het geval is, zou de hoogte van het remgeld, dat gebaseerd is op waarde, in contradictie kunnen zijn met de aanbevelingen in de richtlijnen. Met andere woorden, het risico bestaat dat voor een aanbevolen behandeling een hoger remgeld gevraagd wordt.

In België is het zo dat patiënten die zich inschrijven in een zorgtraject (een vorm van DMP) voor chronische nierinsufficiëntie of voor type 2 diabetes vrijgesteld zijn van remgelden voor specifieke producten en verstrekkingen. Momenteel is het aantal DMP's nog beperkt tot deze twee patiëntengroepen. Het Belgische Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) zamelt momenteel gegevens in (BMI, bloeddruk, HbA1c en LDL-cholesterol) over diabetespatiënten die deelnemen aan het zorgtraject. Jammer genoeg zijn er over deze parameters nog geen

resultaten beschikbaar. Om de doeltreffendheid van de zorgtrajecten voor een aantal klinisch relevante eindpunten -bijvoorbeeld cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit- te evalueren is er nochtans een voldoende lange observatieperiode en een zorgvuldig opgezette studie met een controlegroep nodig. Dergelijk design werd niet ontwikkeld voor de zorgtrajecten. Complementair bij de vraag naar de doeltreffendheid van VBI zou ook de kosteneffectiviteit geëvalueerd moeten worden. Op korte termijn stijgen voor de publieke betaler de kosten door het opzetten van VBI. De terugbetaling van de raadplegingen is immers hoger en er is ook de kostprijs van het materiaal voor zelfcontrole en de forfaitaire betalingen voor de coördinerende huisarts en diabetoloog. Op lange termijn hangt de totale netto kost van het VBI-programma af van de vraag of het tot een betere gezondheidsuitkomst leidt en tot een vermindering van mogelijke ongewenste effecten zoals ziekenhuisopnames. Voor de zorgtrajecten werd geen design opgezet met een interventie en controlegroep, wat de evaluatie van de kosteneffectiviteit bemoeilijkt.

Of VBI werkelijk de gezondheidsuitkomst verbetert, is nog geen uitgemaakte zaak. Eveneens zijn de empirische studies onduidelijk of VBI zal leiden tot een vermindering in de globale uitgaven voor gezondheidszorg. De impact van VBI op deze uitgaven zal enerzijds bepaald worden door het onderliggende klinische risico van de bevolking die behandeld wordt en van de effectiviteit van hoogwaardige producten en verstrekkingen om deze risico's te verminderen en anderzijds door het relatieve belang van het remgeld voor therapietrouw en van de kosten die kunnen vermeden worden door een betere therapietrouw. Op korte termijn kunnen de totale uitgaven toenemen doordat het gebruik van hoogwaardige producten en verstrekkingen met een lager remgeld toeneemt. Als VBI kostenneutraal moet zijn voor financiers, patiënten en samenleving dan zal het remgeld voor laagwaardige diensten moeten stijgen om de daling van het remgeld voor hoogwaardige diensten te compenseren.

VBI zou een positief effect op billijkheid moeten hebben indien een ruime definitie van waarde gehanteerd wordt. Met VBI worden immers de financiële barrières tot hoogwaardige gezondheidszorg verminderd wat zou moeten leiden tot een daling van ongelijkheden in gezondheid door inkomensverschillen.



5. ISSUES IN VALUE-BASED INSURANCE

5.1. Voorwaarden en hinderpalen om VBI te implementeren

Voorwaarden die vervuld moeten zijn om VBI te implementeren, zijn:

- De beschikbaarheid van bewijs over de waarde van een gezondheidszorgdienst (medische noodzaak, therapeutische noodzaak, toegevoegd therapeutisch voordeel, kosteneffectiviteit enz.);
- De mogelijkheid om op een efficiënte manier patiënten te onderscheiden inzake lage of hoge remgelden (bijvoorbeeld identificatie van patiënten voor wie een dienst een hoge, respectievelijk lage, waarde verstrekt);
- Bescherming van de privacy;
- Uitgebreide gegevensinzameling en -registratie;
- Een doorlichting of het systeem correct gebruikt wordt;
- Informatie van patiënten en artsen over verschillen in remgeld voor vergelijkbare diensten bij verschillende indicaties;
- Publiek beschikbare informatie over de VBI-principes;
- Integratie van VBI in het gehele gezondheidszorgsysteem als een principe van remgeldbepaling.

Deze voorwaarden zijn echter niet alleen van toepassing op VBI. Ze worden hinderpalen als ze niet vervuld zijn.

5.2. “Value-based insurance” versus “value-based pricing”

Value-based pricing (VBP) is een op waarden gebaseerde beleidsmaatregel die geopperd wordt als mogelijke oplossing voor de blijkbaar onbegrensde verhoging van de geneesmiddelenprijzen. Het doel van VBP is sociaal aanvaardbare prijzen vast te leggen voor situaties waarbij het normale marktmechanisme niet werkt. Het normatieve basisprincipe van VBP is dat de prijs van een gezondheidszorgdienst zijn maatschappelijke waarde niet mag overstijgen. De maatschappelijke waarde van een dienst is de bereidheid van de samenleving om ervoor te betalen, rekening houdende met de budgettaire beperkingen en de daaraan gekoppelde opportuniteitskosten van elke beslissing om een

dienst terug te betalen. De waarde van een dienst kan variëren tussen indicaties en zelfs tussen (subgroepen van) patiënten met dezelfde indicatie. In een VBP-context zou dit de toepassing rechtvaardigen van verschillende prijzen voor verschillende indicaties van hetzelfde geneesmiddel.

Waarde heeft een andere betekenis in VBI dan in VBP

De definitie van waarde kan anders zijn in VBI dan in VBP. Terwijl kosteneffectiviteit een criterium kan zijn in VBI kan het geen criterium zijn in VBP. In VBP is de incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER) een instrument om over de prijs te onderhandelen. Het wordt vergeleken met de marginale maatschappelijke bereidheid tot betalen. In VBI *kan* de mate waarin een dienst iets toevoegt aan het efficiënte gebruik van de schaarse middelen waardebepalend zijn. Met name als efficiëntie in de allocatie van gezondheidszorgmiddelen beschouwd wordt als een op zichzelf stand criterium voor waarde.

VBP en gebrek aan transparantie in prijzenpolitiek

VBP is toepasbaar als de marktwerking onbestaande of imperfect is en als er geen transparantie is over de prijzenpolitiek van de aanbieders. Dat komt vaker voor bij farmaceutische producten dan bij gezondheidszorgdiensten zoals raadplegingen van artsen. Een gebrekkige marktwerking impliceert dat prijzen niet resulteren uit de interactie tussen vraag en aanbod. Indien producenten geen of slechts een gebrekkige transparantie in de prijszetting aan de dag leggen dan kan niet geëvalueerd worden of de prijzen in het algemeen redelijk zijn of “return on investment” geven. Waarbij we aanstippen dat zelfs bij volledige transparante prijsstructuren voor producten of diensten, er mechanismen nodig blijven om de aanvaardbaarheid van de return on investment vast te leggen bij afwezigheid van VBP.

VBP mag niet beschouwd worden als een mechanisme dat de ongewenste gevolgen van een zwakke onderhandelingspositie van de publieke betaler vergeleken met de producent, moet opvangen. Het is een normatief principe dat kan gebruikt worden in onderhandelingen, maar dat geen oplossing biedt voor het probleem van beperkte onderhandelingsmacht. Dat is a fortiori het geval wanneer elk land afzonderlijk onderhandelt met de producenten van medische producten. De onderhandelingsmacht is dan beperkt. Vanuit het standpunt van de fabrikant weegt het risico om



een kleine markt te verliezen niet op tegen de voordelen om een hoge prijs te behouden voor de internationale markt. De publieke opinie kan het de publieke betaler moeilijk maken om een levensreddend product te weigeren. In de praktijk betaalt de bevolking uiteindelijk de factuur, via belastingen of doordat andere sociale diensten en voordelen verminderen. Op het moment dat de beslissing moet genomen worden, voelt het publiek dit echter niet aan als haar directe financiële verantwoordelijkheid. Daardoor is er de facto vaak nauwelijks sprake van prijsonderhandelingen. De vraag verenigt tot het besluit of men al dan niet terugbetaalt, het vastleggen van de terugbetalingsbasis en de beslissing over de hoogte van het remgeld. Dit laatste kan gebaseerd worden op VBI-principes.

Interactie tussen VBI en VBP

VBP en VBI zijn complementair in de gezondheidszorg; het ene systeem sluit het andere niet uit. Maar het falen van VBP dreigt ook het falen van VBI met zich mee te brengen. Indien een aanvaardbare prijs onderhandelen niet tot de mogelijkheden behoort en men neemt desondanks een positieve terugbetalingsbeslissing, dan schaadt dit niet enkel de macht van VBP als een beleidsinstrument maar ook de VBI-principes. Of de patiënt, of de publieke betaler of iemand anders (bijvoorbeeld de apotheker of de verdeler) betaalt de prijsspanning. Behalve in de laatste optie wordt op zijn minst één basisdoelstelling van VBI geschaad. Ofwel stijgt de financiële last van de patiënt, ofwel betaalt de publieke betaler meer dan aanvaardbaar is op basis van de waarde, ofwel beide.

5.3. Steunt de publieke opinie VBI?

Het beperkte empirisch bewijsmateriaal toont aan dat VBI publieke steun geniet. Mensen zijn bereid meer bij te dragen voor minder doeltreffende diensten. Naast wetenschappelijk bewijs zijn er echter ook nog andere criteria die men als belangrijk aanvoelt bij het bepalen van de hoogte van het remgeld voor gezondheidszorgdiensten. Medische en therapeutische noodzaak bijvoorbeeld, waarbij de zwaarte van de aandoening een majeure overweging is. Minder aanvaardbaar is het wanneer het niveau van remgeld zou variëren met de waarde als de dienst werd aanbevolen door een arts.

5.4. Value-based insurance en remgeld als vast bedrag of percentage

VBI vraagt vaste bedragen als remgeld, die onafhankelijk van de prijs van een product of verstrekking vastgelegd worden. VBI is niet compatibel met procentuele remgelden (remgeld als percentage van de prijs van een product of verstrekking) omdat die kunnen leiden tot een verschillende eigen bijdrage voor evenwaardige maar verschillend geprijsde producten of verstrekkingen. Prijzen kunnen immers verschillen om andere redenen dan hun waarde, bijvoorbeeld door verschillen in onderzoek- en ontwikkelingskosten (R&D). VBI is evenmin compatibel met de huidige vergoedingscategorieën voor geneesmiddelen in België die gebaseerd zijn op vaste percentages. Voor een product met een hoge (incrementele) waarde kan een hoger remgeld gevraagd worden dan voor een product met een lage (incrementele) waarde indien de prijs van het hoogwaardige product hoger is en het in een lagere vergoedingscategorie zit. Bijgevolg is het vanuit het standpunt van VBI beter om de vergoedingscategorieën te bepalen in functie van de incrementele waarde van geneesmiddelen, waarbij het remgeld in de vorm van een vast bedrag gedefinieerd wordt.

Het voorbehoud omtrent het baseren van vooraf bepaalde vergoedingscategorieën op procentuele remgelden geldt ongeacht of de prijs van een geneesmiddel gebaseerd is op waarde of niet. Bovendien geldt het ook voor andere gezondheidsdiensten, zoals raadplegingen bij artsen, maar op een verschillende manier. Het duidelijkste voorbeeld voor België zijn de honoraria voor raadplegingen bij specialisten, die aanzienlijk verschillen naargelang het specialisme. Hoewel de variatie in honoraria niet kan verklaard worden door verschillen in waarde, zorgt het gebruik van procentuele remgelden voor deze raadplegingen toch voor een verschillende eigen bijdrage van de patiënt naargelang het specialisme. Dit is niet consistent met de principes van VBI. Het is wel zo dat een remgeldplafond, zoals bij geneesmiddelen, dit effect reduceert. Een alternatief is nochtans om procentuele remgelden te vervangen door vaste bedragen.



6. ILLUSTRATIE VAN EEN MOGELIJKE TOEPASSING VAN VALUE-BASED INSURANCE VOOR GENEESMIDDELEN EN DE BUDGETTAIRE IMPACT ERVAN

Ter illustratie hebben we voor één bepaalde klasse van voorgeschreven geneesmiddelen, namelijk antidepressiva, een mogelijk alternatief verkend voor de huidige VBI in functie van medische noodzaak. De illustratie is beperkt tot één mogelijk alternatief (VBI volgens indicatie). Andere designs zijn in principe ook mogelijk, bijvoorbeeld VBI met participatie in een disease management programma (DMP), indien een DMP ontwikkeld zou worden. We berekenen de budgettaire impact zowel voor de patiënt als voor het RIZIV. De beperkingen van de administratieve gegevens die we gebruikt hebben (bv. geen diagnoses voor ambulante patiënten; geen zekerheid over de redenen om een behandeling stop te zetten) noodzaakten ons om veronderstellingen te maken terwijl deze zouden moeten uitgeklaard zijn vooraleer VBI voor antidepressiva in realiteit wordt toegepast. We maakten impliciete waardeoordelen expliciet en hebben geprobeerd om die in perspectief te plaatsen. Bovendien zijn we ervan uitgegaan dat de gesimuleerde veranderingen in remgeld niet zouden leiden tot gedragsveranderingen. Deze veronderstelling is betwistbaar en vraagt een rechtvaardiging of aanpassing indien VBI werkelijk zou toegepast worden op antidepressiva. Samengevat kunnen we stellen dat voor een werkelijke invoering van VBI voor antidepressiva een meer diepgaand onderzoek en verdere analyses nodig zijn.

Antidepressiva zijn geïndiceerd voor de behandeling van majeure depressies, paniek- en angststoornissen en obsessief compulsieve stoornissen. In overeenstemming met de klinische praktijkrichtlijnen is een lange termijngebruik vereist -minstens zes maand als en nadat voldoende respons werd vastgesteld- om tot een optimaal gezondheidsvoordeel te komen. Belgische en buitenlandse gegevens tonen aan dat antidepressiva vaak gebruikt worden voor andere indicaties - soms is dit gebruik off-label- en voor kortere periodes.

De ziekteverzekering betaalt antidepressiva momenteel terug in een VBI-design per product. Dat impliceert hetzelfde remgeldniveau voor alle

indicaties waarvoor antidepressiva gebruikt worden. Antidepressiva worden terugbetaald in categorie B, wat een remgeldpercentage van ongeveer 25% of 15% inhoudt, afhankelijk van de vraag of de patiënt al dan niet recht heeft op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming (VT). Het remgeldpercentage is gebaseerd op een inschatting van de ernst van de belangrijkste indicatie. Aangezien de administratieve databanken voor ambulante patiënten momenteel geen diagnostische informatie bevatten, is VBI volgens indicatie tot op heden onmogelijk. Daarom gebruikten we behandelingsduur als proxy voor indicatie. We gaan er daarbij vanuit dat een behandeling van zes maand of langer betrekking heeft op patiënten met majeure depressie, paniekstoornissen, angststoornissen of obsessief compulsieve stoornissen. Een waardeoordeel dat dit VBI-design maakt, is dat de criteria die een langetermijnbehandeling met antidepressiva vereisen, relatief belangrijker worden geacht -en dus hogere publieke uitgaven rechtvaardigen- dan aandoeningen die een kortetermijnbehandeling vereisen.

We simuleerden twee VBI-scenario's. Ze zijn zo opgesteld dat een behandelperiode van zes maand of meer vanuit het standpunt van de patiënt budgetneutraal kan zijn vergeleken met de huidige situatie. De analyses zijn gebaseerd op de Permanente Steekproef (EPS) voor de periode 2003-2009. In beide simulaties wordt de eerste verpakking minder terugbetaald dan de volgende verpakkingen en ook minder dan het huidige remgeldpercentage: 0% (geen VT) – 40% (VT) terugbetaling in het eerste scenario en 25% (geen VT) – 55% (VT) terugbetaling in het tweede scenario.

In het gesimuleerde VBI-scenario betalen patiënten die slechts één voorschrift ontvangen meer dan patiënten met meer dan één voorschrift in vergelijking met de huidige situatie. Dit geldt voor ongeveer 46% van de behandelperiodes die tussen 2003 en 2009 geïdentificeerd werden in de Permanente Steekproef. Geëxtrapoleerd naar België betekent dit 1 337 000 behandelperiodes met slechts één afgeleverd voorschrift.

De herverdeling van het remgeld per verpakking over behandelperiodes resulteerde -vergeleken met de huidige situatie- in beide scenario's in besparingen voor het RIZIV. De verklaring is dat een groot deel behandelperiodes die slechts uit één verpakking bestaan ofwel niet wordt terugbetaald, ofwel wordt terugbetaald op een lager dan het huidige



niveau. Analyses die subgroepen van patiënten vergelijken tonen aan dat de incrementele kost voor patiënten met verhoogde verzekeringstegemoetkoming, een laag inkomen, een chronische ziekte of handicap gemiddeld lager ligt dan voor patiënten zonder deze kenmerken. Na simulatie betalen patiënten die een uitkering ontvangen voor volledige werkloosheid nochtans relatief meer dan patiënten die geen werkloosheidsuitkeringen ontvangen.

De implementatie van een VBI-design zoals gesimuleerd voor antidepressiva, kan gehinderd worden door een rits praktische problemen. Bijvoorbeeld, om het juiste remgeld te bepalen zou de apotheker moeten kunnen achterhalen of een patiënt reeds voorschriften voor antidepressiva ontvangen heeft in een logische, voorafgaande tijdperiode. Dit houdt in dat ook het eerste voorschrift, dat niet terugbetaald wordt, moet geregistreerd worden. Momenteel worden niet-terugbetaalde geneesmiddelen niet routinematig geregistreerd. Andere mogelijkheid zou zijn om de terugbetaling ex post door het ziekenfonds te laten doen omdat zij informatie hebben over het aantal voorschriften per individuele patiënt. Deze tweede optie vereist dat patiënten hun geneesmiddelen van te voren betalen wat een risico inhoudt voor de therapietrouw. Een ander probleem dat moet aangepakt worden is de terugbetaling van antidepressiva voor andere indicaties. Indien de regels verschillend zijn dan voor de behandeling van depressie, is het onontbeerlijk dat diagnostische informatie voor ambulante patiënten routinematig wordt ingezameld in administratieve databanken.

Ondanks het hierboven vermelde voorbehoud, was de verdienste van deze oefening dat ze heeft aangetoond dat voorgeschreven geneesmiddelen op diverse manieren kunnen terugbetaald worden. Hoewel het onderzochte alternatief niet optimaal is -verdere analyse en een grondige beoordeling zijn nodig om te oordelen over optimale VBI-designs- moet de vraag gesteld worden of de huidige regeling beter is. Beleidsmakers worden geacht dit soort van vragen te stellen om de zogenaamde voorkeur voor de status-quo te vermijden.

7. BESLUIT

In een context waar remgelden aanvaard zijn als een mechanisme om gedrag te sturen en om publieke middelen doelmatig in te zetten, heeft VBI het potentieel om de kwaliteit en doeltreffendheid van de gezondheidszorg te verbeteren door het gebruik van hoogwaardige producten en verstrekkingen te stimuleren en het gebruik van laagwaardige producten en verstrekkingen te ontraden. Dit vereist mechanismen die (1) de waarde van een product of verstrekking definiëren en (2) die zich efficiënt kunnen richten op remgeldverminderingen. De eerste vereiste vergt expliciete criteria om de waarde van producten of verstrekkingen te determineren en die consistent toe te passen in het gehele gezondheidszorgsysteem. De tweede vereiste vergt adequate ICT en een doorlichting van de geschiktheid van de informatieverstrekking.

VBI is dus een sturingsmiddel, gericht op de vraagzijde, om te komen tot een efficiënt gebruik van gezondheidszorg. Een maatschappelijk debat dringt zich echter op over de vraag in welke mate de patiënt financieel verantwoordelijk moet gesteld worden voor het gebruik dat hij maakt van waardevolle gezondheidszorg.

De plaats van VBI naast andere financiële prikkels voor kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg, zoals mechanismen aan de aanbodzijde (bv. pay-for-quality systemen voor artsen en producenten van gezondheidszorgproducten) of franchisesystemen voor patiënten, moet bepaald worden. Verschillende systemen kunnen naast elkaar bestaan. Zo kan de VBI-logica bijvoorbeeld een volledige dekking verzekeren van hoogwaardige diensten die men anders zou meenemen bij het bepalen van de franchise. Het afstemmen van klinische en financiële prikkels voor patiënten en verstrekkers zal het gebruik van hoogwaardige zorg aanmoedigen terwijl het gebruik van laagwaardige of onbewezen diensten ontmoedigd wordt. Niet-financiële prikkels om het correcte gebruik van gezondheidszorg te verhogen, omvatten ondermeer de ontwikkeling van disease management en case management programma's, feedbackmechanismen voor verstrekkers, de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen en patiënteninformatie.



Tegelijk is de ontwikkeling van een doortastend prijsbeleid nodig voor het vrijwaren van de financiële duurzaamheid en de maatschappelijke aanvaardbaarheid van onze ziekteverzekering, die immers hoofdzakelijk met publieke middelen wordt gefinancierd. Mogelijkheden hiertoe zijn internationale VBP-onderhandelingen, het gebruik van referentieprijzen en mechanismen voor risicodeling.



■ AANBEVELINGEN^a

Ter attentie van de Minister en de bevoegde commissies in het RIZIV

Indien de implementatie van “value-based insurance (VBI)” overwogen wordt, kunnen de volgende aanbevelingen geformuleerd worden:

- Het remgeld zou gedefinieerd moeten worden in functie van de maatschappelijke waarde van het gebruik van een verstrekking of product. Voor de praktische toepasbaarheid, kunnen categorieën gebaseerd op expliciete waardecriteria zoals therapeutische noodzaak en incrementele (kosten)effectiviteit gedefinieerd worden.
- Een remgeld als *percentage* op de vergoedingsbasis (coinsurance) is niet compatibel met VBI en zou vervangen moeten worden door *vaste bedragen*.
- Het verdient aanbeveling om VBI eerst te implementeren voor producten en verstrekkingen met hoge kosten of hoge volumes, en waarbij een rationeler gebruik zou moeten leiden tot een substantiële meerwaarde.
- Om tot een optimaal resultaat te komen, dient VBI waar mogelijk verbonden te worden aan een disease management programma (DMP) of, bij uitbreiding, een case management benadering.
- De mate waarin VBI met participatie in een DMP zijn doelstellingen bereikt, zou geëvalueerd moeten worden. Uitkomstparameters kunnen zijn: de impact op aandoening-specifieke uitgaven, klinische doeltreffendheid (co-morbiditeit, complicaties, mortaliteit), de verdeling van gezondheid(suitgaven) over bevolkingsgroepen en kosteneffectiviteit (kost per gewonnen (kwaliteitsvol) levensjaar).
- Waar DMP's ontbreken, krijgt VBI volgens therapeutische noodzaak de voorkeur op VBI volgens medische noodzaak. VBI volgens therapeutische noodzaak houdt rekening met de ernst van de aandoening na de huidige standaardbehandeling terwijl VBI volgens medische noodzaak enkel uitgaat van de ernst van de aandoening zonder behandeling.
- Om tot een zo doelmatig mogelijk gebruik van de gezondheidszorg te komen, zou VBI, als mechanisme dat de vraagzijde stuurt, gecombineerd moeten worden met mechanismen die op de aanbodzijde gericht zijn.

^a Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen aan de overheid.



COLOFON

Titel:	Bepaling van het remgeld in functie van de maatschappelijke waarde van een verstrekking of product
Auteurs:	Irina Cleemput, Carl Devos, Stephan Devriese, Maria-Isabel Farfan-Portet, Carine Van de Voorde
Reviewers:	Frank Hulstaert, Mattias Neyt
Externe experts:	Francis Arickx (RIZIV – INAMI), Hervé Avalosse (ANMC), Michel Boutsen (UNMS), Pierre Chevalier (INAMI – RIZIV), Regina De Paepe (MLOZ), Ri De Ridder (RIZIV – INAMI)
Acknowledgements:	Nathalie Bossuyt (WIV – ISP), Claire Jansens (RIZIV – INAMI), Frie Niesten (LCM), François Sumkay (ANMC), Viviane Van Casteren (WIV – ISP)
Externe Validatoren:	Stephan Claes (KU Leuven), Gérard de Pouvourville (ESSEC - FR), Erik Schokkaert (KU Leuven)
Stakeholders:	Vanessa Andries (RIZIV – INAMI), Alain Bourda (UNMS), Benjamin Carette (INAMI – RIZIV), Joeri Guillaume (IMA – AIM), Reinier Hueting (ASGB), Luc Hutsebaut (LCM), Bernard Lange (Cabinet Onkelinx), Lucio Scanu (LUSS), Ilse Vermeiren (HZIV)
Belangenconflict:	Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Gérard de Pouvourville Een beurs, honoraria of fondsen voor een personeelslid of een andere vorm van compensatie voor het uitvoeren van onderzoek: Gérard de Pouvourville Consultancy of andere betaalde dienstverlening voor een organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Stephan Claes, Gérard de Pouvourville Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Stephan Claes, Gérard de Pouvourville Elke andere directe of indirecte relatie met een producent, verdeler of zorginstelling die zou kunnen opgevat worden als een belangenconflict: Gérard de Pouvourville
Layout:	Ine Verhulst

**Disclaimer:**

- De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport met meerderheid van stemmen goedgekeurd door de Raad van Bestuur.
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Publicatiedatum:	29 april 2013 (2 nd print; 1 st print: 16 oktober 2012)
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Cost Sharing; Deductibles and Coinsurance; Insurance, Health; Health Care Reform; Health Services Accessibility
NLM classificatie:	W74
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2012/10.273/64
Copyright:	De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten .



Hoe refereren naar dit document?

Cleemput I, Devos C, Devriese S, Farfan-Portet M-I, Van de Voorde C. Bepaling van het remgeld in functie van de maatschappelijke waarde van een verstrekking of product. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Report 186As. D/2012/10.273/64.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

