AANVRAAGFORMULIER PROJECTIDEE – BOTTOM-UP RONDE

COVID 19 programma

Deadline voor indiening: 14 mei 2020 (14:00 u)

LEES ALSTUBLIEFT ALLE INSTRUCTIES IN BIJLAGE "TOELICHTING INDIENING PROJECTIDEE" VAN DE OPROEPTEKST ZORGVULDIG!

Wanneer u het formulier heeft ingevuld:

1. **Zet het formulier om naar een PDF file en controleer de details**
2. **Upload het complete formulier als een bijlage bij uw indiening in Projectnet (Let op: dit zijn twee verschillende links, gebruik maar 1 van de 2!)**

ProjectNet: Aandachtsgebied 1 (voorspellende diagnostiek en behandeling)
ProjectNet: Aandachtsgebied 2 (zorg en preventie)

BASISGEGEVENS (voorpagina)

NAAM VAN DE HOOFDAANVRAGER:

ORGANISATIE:

Erasmus School of Heath Policy & Management

PROJECTTITEL:

Zorgverdringing en zorgmijding vanwege COVID-19: kosten, baten en lessen voor de toekomst

DATASTEWARD:

Wie is de datasteward die de open science en FAIR data planning in uw project ondersteunt? Zie de webinars op de ZonMw website om de datastewards te informeren en ondersteunen.

☐ Ik betrek een datasteward bij mijn project:
Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.
Instituut: Klik of tik om tekst in te voeren.
E-mail: Klik of tik om tekst in te voeren.

Was aanwezig bij de webinar: ☐ Ja ☐ Nee

☒ Ik heb nog geen datasteward.

ONDERZOEKSVOORSTEL max 3 pagina's A4 (inclusief literatuurreferenties)	(voorpagina met basisgegevens niet meegerekend - font type Arial 10 pts)

1. PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLING(EN):

Tijdens de coronacrisis is een aanzienlijk deel van de reguliere curatieve zorg stilgevallen. Enerzijds hebben zorgaanbieders de reguliere zorg deels stilgelegd om ruimte te maken voor de behandeling van mensen besmet met COVID-19 en besmetting van patiënten en zorgmedewerkers te beperken. Anderzijds hebben patiënten zelf zorg gemeden, bijvoorbeeld uit angst voor besmetting met het Covid-19 virus. Tot welke verlies aan gezondheid dit niet verstrekken van deze zorg leidt is nog niet bekend. Op de korte termijn is het nodig om beter in kaart te brengen welke zorg is uitgevallen, welke (kwetsbare) groepen hierdoor het meest geraakt zijn en wat de te verwachten gezondheidseffecten zijn. Inzichten hierin dragen direct bij aan beslissingen welke zorg wanneer weer op te starten en welke groepen in de samenleving daarbij extra aandacht te geven. Bovendien kunnen hiermee ook de bredere maatschappelijk effecten, op werkverzuim, arbeidstuitval en mantelzorg, in kaart worden gebracht. Verder levert het nu onderzoeken van de beslissingen die door aanbieders en patiënten bij het stoppen en weer opstarten van zorg worden gemaakt inzichten op over de effectiviteit en doelmatigheid van de reguliere zorg, die kunnen bijdragen tot meer zinnige en waardevolle zorg.

Dit project heeft als doel a) in te schatten welke curatieve (eerste en tweedelijns) zorg niet is geleverd voor welke patiëntgroepen, b) een schatting te maken van de korte termijn gezondheidseffecten hiervan en hun mogelijk doorwerking op gezondheid en maatschappelijke uitkomsten op de langere termijn.

2. PLAN VAN AANPAK:

De coronacrisis maakt het probleem van verdringing binnen de gezondheidszorg voor iedereen duidelijk, maar ook in normale tijden moeten er keuzes worden gemaakt die mogelijk leiden tot verdringing (Brouwer et al. 2019). Over die keuzes wordt dan door Zorginstituut Nederland (ZIN) advies uitgebracht aan de hand van een expliciet afwegingskader met vier criteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, doelmatigheid en uitvoerbaarheid (ZIN 2015). Het afwegingskader is tot nu toe vooral toegepast op vergoedingsbeslissingen voor nieuwe geneesmiddelen. Het is echter breder inzetbaar en kan dan een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de besluitvorming rondom twee andere relevante vragen:

- Op korte termijn: in welke volgorde kan de reguliere zorg het beste stilgelegd en weer opgestart worden in geval van een crisis?
- Op lange termijn: welke zorg zou in de toekomst nog wel, en welke zorg niet meer vergoed moeten worden via de basisverzekering?

Voor de meeste bestaande zorgactiviteiten, zeker als ze al langer deel uitmaken van het pakket verzekerde zorg en niet levensreddend zijn of leiden tot een onmiddellijke gezondheidsverbetering, is de (kosten)effectiviteit niet bekend (Van Baal et al. 2019). In dit onderzoek brengen we de (kosten)effectiviteit en ziektelast in kaart van zorg die niet geleverd wordt als gevolg van de coronacrisis. Dit onderzoek bestaat uit 4 fasen:

<u>Fase 1: Inventarisatie oorzaken verdringing en zorgmijding</u>

Om een goed beeld te krijgen van de omvang en de belangrijkste oorzaken van zorgverdringing en -mijding is het van belang om zowel naar de aanbodzijde als de vraagzijde van de zorg te kijken.

Om de oorzaken aan de aanbodzijde in kaart te brengen stellen wij voor om met een combinatie van documentenanalyse, interviews en een bijeenkomst op uitnodiging te inventariseren wat er in de afgelopen periode heeft plaatsgevonden. Bijvoorbeeld: Welke keuzes zijn gemaakt voor het sluiten van afdelingen of het afzeggen of uitstellen van afspraken (voor diagnostiek, behandeling, controle), en op grond van welke informatie en motivatie? Welke groepen van (potentiele) patiënten zijn hierdoor geraakt, welke afspraken zijn met hen gemaakt, welke gevolgen zijn te verwachten? Voor het antwoord op dergelijke vragen zullen we eerst beschikbare informatie verzamelen uit rapporten, mediaberichten en artikelen. Op basis hiervan zullen we semi-gestructureerde interviews houden met ongeveer tien stakeholders, waaronder zorgaanbieders, zorgverzekeraars, en patiëntenvertegenwoordigers. Voor het benaderen van deze stakeholders zullen we gebruik maken van het uitgebreide netwerk in de gezondheidszorg van Erasmus School of Health Policy & Management en de bij dit onderzoek aangesloten partijen. Ten slotte zullen wij een bijeenkomst organiseren met stakeholders om de bevindingen van de documentenanalyse en de interviews te bediscussiëren. Voor deze bijeenkomst wordt een selectie van stakeholders uitgenodigd, bestaande uit de mensen die zijn geïnterviewd aangevuld met mensen die op grond van de bevindingen of suggestie van de aangesloten partijen een waardevolle bijdrage kunnen leveren. Het resultaat van deze

inventarisatie aan de aanbodzijde is een overzicht van de belangrijkste veranderingen in zorgaanbod als gevolg van de coronacrisis, en een overzicht van relevante databronnen om het volume te kwantificeren in Fase 2 van dit onderzoek).

Voor de vraagzijde stellen wij voor een brede uitvraag te doen binnen de bevolking door middel van een online vragenlijst af te nemen via een professioneel panelbureau. De vragenlijst zal onder meer de volgende onderdelen bevatten: (i) zorgbehoefte tijdens de lockdown-periode; (ii) zorguitval vanwege afzegging door zorgverleners; (iii) zorguitval door mijding (niet melden met gezondheidsprobleem of afzeggen afspraken); (iv) substitutie van zorg door eHealth, zelfzorg, informele zorg; en (v) ervaren gevolgen van zorguitval voor gezondheid en participatie, waaronder betaald werk en vrijwilligerswerk. Om een goed overzicht te krijgen in de mate van zorguitval (i.e. (i)-(iii)), wordt een beknopte vragenlijst uitgezet onder 5.000 volwassen Nederlanders, representatief naar leeftijd, geslacht en opleiding, en rekening houdend met regionale spreiding (vanwege verschillen in aanbod en mate van besmetting). Daarnaast, om goed inzicht te krijgen in hoe mensen zijn omgegaan met zorguitval en de gevolgen ervan, wordt een vervolgvragenlijst uitgezet onder 500 mensen waar sprake is van zorguitval (i.e., (iv)-(v)). Bij de benadering van respondenten ligt de nadruk hier op voldoende representatie (minstens n=100) van de volgende vier specifieke groepen ouderen van 70 jaar en ouder (vanwege kwetsbaarheid), mensen met een chronische aandoening (vanwege kwetsbaarheid), mensen met een migratieachtergrond (vanwege mogelijk andere keuzes in zorggebruik en -substitutie), mensen in rurale gebieden en krimpregio's (vanwege mogelijk ander zorgaanbod).

Het resultaat van deze inventarisatie aan de vraagzijde is een inschatting van de mate van zorguitval in de bevolking als geheel, en van de manieren waarop hiermee is omgegaan en de ervaren gevolgen voor gezondheid en participatie in diverse relevante groepen binnen de bevolking.

De resultaten van deze fase 1 zijn input voor de bijeenkomst na afronding van fases 1 en 2 van de studie, en worden verwerkt in een beleidsgericht artikel voor een Nederlandstalig tijdschrift (zoals X) en een academische openaccess-publicatie voor een peer-reviewed tijdschrift.

Fase 2: schatting omvang niet-geleverde zorg

Om de totale omvang van de niet-geleverde curatieve zorg in kaart te brengen analyseren we gegevens over gedeclareerde zorg op individueel niveau. We maken daarbij niet alleen onderscheid tussen aandoeningen maar beschrijven we ook verschillen tussen regio's en subgroepen binnen de populatie op basis van demografische en sociaaleconomische kenmerken. Waar het vragenlijstonderzoek uit Fase 1 gedetailleerd inzicht biedt in het gedrag van zorggebruikers, stelt de registratiedata die we voor Fase 2 gebruiken ons in staat om verschillen naar aandoening en naar zorgaanbieder op gedetailleerder niveau te onderzoeken, mensen over langere tijd te volgen en te onderzoeken in welke fase van hun zorgtraject de behandeling (tijdelijk) onderbroken werd en welke gevolgen dat had voor de inrichting van het zorgtraject.

Fase 3: Modellering effectiviteit en (kosten)effectiviteit niet-geleverde zorg

In Fase 3 onderzoeken we de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de niet-geleverde zorg. Dat doen we door de informatie uit Fasen 1 en 2 over welke zorg niet geleverd is te combineren met inzichten uit literatuuronderzoek over de effectiviteit van die zorg en over de gezondheidsverslechtering die plaatsvindt als de zorg uitgesteld wordt.

Deze analyses zijn echter niet voor alle aandoeningen mogelijk: voor een groot deel van de analyses is de effectiviteit niet bekend. Om voor die groepen aandoeningen toch een schatting te kunnen maken onderzoeken we voor die groepen aandoeningen het verband tussen de verandering in zorggebruik en aandoening-specifieke mortaliteit uit de doodsoorzakenstatistiek van het CBS en kwaliteit van leven , waarbij we zo goed mogelijk rekening houden met leeftijd-specifieke corona-gerelateerde mortaliteit. Om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit combineren we de schattingen van de effectiviteit met schattingen van de kosten van de geleverde zorg. We onderzoeken in deze fase of we door de crisis iets kunnen leren over de effectiviteit van de zorg die is uitgevallen.

De resultaten uit Fase 2 en Fase 3 worden gebundeld in een openaccess-publicatie in een peer-reviewed wetenschappelijk tijdschrift.

Fase 4: Evaluatie op basis van pakketcriteria

In de laatste fase van dit onderzoeken we hoe beslissingen van zorgaanbieders en vragers omtrent welke zorg wel of niet uit te stellen zich verhouden zich dit tot de criteria die we daarvoor in normale omstandigheden voor hanteren? Blijken aanbieder en/of patiënten bv andere dingen te waarderen dan normaal inde pakketcriteria zaten, welke dingen dan? Blijft een bepaald relevant criteri8um (bv kosteneffectivteit) bij de beslissingen buiten beeld en waarom? Hoe zinvol zijn de standaardcriteria van ZIN eigenlijk in een crisissituatie? Welke criteria hanteren aanbieders en vragers eigenlijk zelf? Hoe relateren die aan de standaardcriteria? Had het zwaarder meenemen van bepaalde critreia in die beslisisngen tot `betere' uitkomsten geleid?

Deze evaluatie wordt besproken in een Nederlandstalig tijdschrift.

3. HAALBAARHEID VAN HET PROJECT:

TIJDSSCHEMA

Het project duurt 24 maanden (juli 2020 tot juni 2022). Onderstaand schema geeft de timing weer:

		Jaar 1				Jaar 2			
Fase	Kwartaal	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Onderzoek	■	■	■	■				
	Tussenrapportage begeleidingscommissie		■						
	Communicatie				■				
2	Onderzoek		■	■	■	■	■	■	■
	Tussenrapportage begeleidingscommissie					■			
	Communicatie								■
3	Onderzoek					■	■	■	■
	Tussenrapportage begeleidingscommissie						■		■
	Communicatie								
4	Onderzoek						■	■	■
	Tussenrapportage begeleidingscommissie						■		
	Communicatie								■

MOTIVATIE HAALBAARHEID

Het kern-onderzoeksteam bestaat uit 4 senior-onderzoekers en een te werven post-doc. De senior-onderzoekers hebben ruime ervaring met zowel als beleidsgericht onderzoek als wetenschappelijk onderzoek en een breed netwerk.

Het onderzoek is ingebed binnen de afdeling Health Economics van de Erasmus School of Health Policy & Management. Het bouwt voort op inzichten die ESHPM-collega prof.dr. (10)(2e) (10)(2e) heeft opgedaan in het kader van het NWO-onderzoek naar de besluitvorming tijdens de coronacrisis.

4. RELEVANTIE VOOR DE PRAKTIJK:

Het in kaart brengen van de gevolgen van zorgverdringing en zorgmijding is belangrijk gezien de omvang van de huidige epidemie en de mogelijkheid dat Covid-19 endemisch gaat worden en dus steeds zal terugkomen. Meer in het algemeen draagt dit project bij aan inzicht in de (kosten)effectiviteit van reguliere zorg door middel van literatuuronderzoek en kwantitatief onderzoek. Met de resultaten van dit onderzoek kunnen lastige keuzes wat betreft te leveren zorg beter onderbouwd worden (Ministerie van Financiën 2020) en de pakketcriteria van het Zorginstituut breder worden toegepast.

5. DEELNAME VAN DE STAKEHOLDER(S) (e.g. patiënten, zorgprofessionals, etc.):

We formeren een begeleidingscommissie bestaande uit stakeholders. Op die manier zorgen we ervoor dat de belangrijkste stakeholders op de hoogte zijn van ons onderzoek en we gebruik kunnen maken van hun expertise en hun informatie over de snel veranderende situatie. In deze commissie nemen in ieder geval de volgende stakeholders plaats:

- Prof.dr. (10)(2e) en Dr. (10)(2e) (Zorginstituut Nederland);
- Prof.dr. (10)(2e) (RIVM);
- Dr. (10)(2e) (Menzis);

Zij helpen bij het formuleren van de onderzoeksvragen en de aanpak, identificeren en helpen om ervoor te zorgen dat er afstemming plaatsvindt. Daarnaast helpen zij om binnen hun organisaties aandacht te genereren voor de resultaten. Waar mogelijk werken zij mee aan het onderzoek als co-auteur. Gedurende de coronacrisis is er elke 3 maanden een commissievergadering, daarna tweemaal per jaar.

6. LITERATUURREFERENTIES (optioneel):

(10)(2e)

Samenvatting tbv Projectnet

ONDERZOEKSVRAAG

URGENTIE

HYPOTHESE

PLAN VAN AANPAK