

Dure middelen beschikbaar en betaalbaar houden

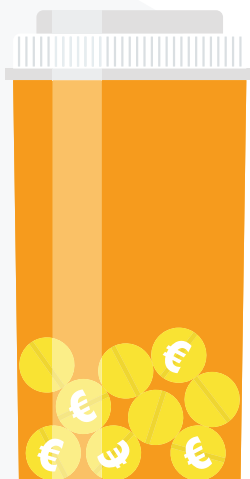
‘Een registratie is nog geen indicatie’

De taakgroep Dure Geneesmiddelen van de Federatie Medisch Specialisten heeft net voor de zomer het visiedocument *Dure geneesmiddelen* gepresenteerd. Drie leden van de taakgroep zetten de voornaamste aanbevelingen op een rij.

‘**H**et DREAM-register van de reumatologen is een aansprekend voorbeeld van een registratie waarmee je de waarde van dure geneesmiddelen in de klinische praktijk kunt beoordelen. De reumatologen hebben ermee aangetoond dat patiënten die langere tijd stabiel zijn, niet continu behandeld hoeven te worden met een duur medicijn. Ze kunnen zo nu en dan een *drug holiday* inlassen, zonder dat dit ten koste gaat van hun kwaliteit van leven. En je spaart tegelijkertijd veel kosten uit.’ Ja, Doranne Hilarius, ziekenhuisapotheker in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk, is vóór de inzet van registraties in de klinische praktijk bij de introductie van een nieuw duur geneesmiddel. Het DREAM-register vormt voor haar een *best practice*.

Het probleem met dure geneesmiddelen is tweeledig, legt ze uit. Ten eerste zijn ze ontzettend duur. ‘Bedragen van een ton per patiënt per jaar of zelfs meer zijn geen uitzondering. Anderzijds weten we heel weinig van deze geneesmiddelen op het moment dat ze geregistreerd worden. Ze zijn meestal slechts bij een beperkte groep patiënten onderzocht. Bovendien zijn de patiënten die aan de trial mee hebben gedaan streng geselecteerd. Het zijn over het algemeen fitte patiënten, zonder comorbide klachten zoals hypertensie, diabetes of slecht-functionerende nieren. In de dagelijkse praktijk zie ik dat soort patiënten zelden. Met registraties kunnen we de effectiviteit én mogelijke bijwerkingen van dat dure geneesmiddel voor een bredere groep patiënten monitoren. Dat levert waardevolle informatie op, die niet uit het registratieonderzoek naar voren komt. Het DREAM-register bewijst dat.’

‘Bedragen van een ton zijn geen uitzondering’



Centrale inkoop

Hilarius maakt, samen met Michel Wouters, chirurg-oncoloog in het NKI-AvL in Amsterdam en voorzitter van de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) en Hans Gelderblom, medisch oncoloog in het LUMC in Leiden, deel uit van de taakgroep Dure geneesmiddelen van de Federatie Medisch Specialisten. Eind juni heeft de taakgroep haar visiedocument *Dure geneesmiddelen* gepresenteerd, met daarin een reeks aanbevelingen voor medisch specialisten, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en overheid. Registraties als verplicht onderdeel bij de inkoop van dure geneesmiddelen vormt er één van. Centrale inkoop van deze geneesmiddelen, ▶

zoals dat in de Scandinavische landen al langer gebeurt, vormt een andere aanbeveling. Nu vindt de inkoop veelal gescheiden plaats. Ziekenhuisapotheker Hilarius: 'We denken dat je met één gezamenlijke inkoop, liefst in Europees verband, meer korting kunt bedingen. De ervaringen in Scandinavië laten dat zien. Met die korting kun je vervolgens de registraties structureel bekostigen.'

Registraties leiden tot gepast gebruik van dure geneesmiddelen, vult Michel Wouters aan. 'Door continue monitoring kom je erachter welke patiënten er extra van profiteren en welke patiënten er juist onvoldoende baat bij hebben. Medisch specialisten hebben de maatschappelijke verantwoordelijkheid om dure geneesmiddelen zo kosteneffectief mogelijk in te zetten. Het is prachtig als we een duur geneesmiddel met korting kunnen inkopen bij de farmaceut. Maar als we het vervolgens inzetten bij de verkeerde patiënt, zijn we nog steeds duur uit. Investeren in *registries* betaalt zich dus echt terug.'

De verantwoordelijkheid die medisch specialisten voelen, vormt de achtergrond van het visiedocument.

*'We willen
postcodegeneeskunde
voorkomen'*

Wouters: 'We leveren hiermee een bijdrage aan de maatschappelijke discussie over dure geneesmiddelen. Net zoals de KWF-werkgroep Dure Kankergeneesmiddelen dat in 2015 heeft gedaan met haar advies *Het systeem kraakt*. Beide rapporten zijn complementair aan elkaar.'

Postcodegeneeskunde

Het uiteindelijke doel van het visiedocument is dat dure geneesmiddelen beschikbaar blijven voor die patiënten die het echt nodig hebben. Maar op voorwaarde van doelmatige inzet, benadrukt Hilarius. 'Dat betekent – en ook dat zijn aanbevelingen – dat wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuizen van tevoren goed moeten nadenken over de randvoorwaarden voor een goed gebruik ervan. Beschikt het ziekenhuis over voldoende faciliteiten om patiënten te monitoren op bijwerkingen? Is er voldoende verplegend personeel in huis om deze dure behandelingen te geven?' Daarnaast moeten ziekenhuizen werkafspraken maken over hoe te handelen als een duur geneesmiddel niet in ziekenhuis A mag worden voorgeschreven, reageert Wouters. 'Het is belangrijk dat de patiënt dan wordt verwezen naar ziekenhuis B waar het middel wél gegeven wordt. Patiënten mogen in elk geval niet tussen wal en schip vallen. Zo voorkomen we ook postcodegeneeskunde.'

Toegevoegde waarde

Een andere aanbeveling luidt dat wetenschappelijke verenigingen bij de introductie van een nieuw duur geneesmiddel vaststellen of het middel wel past in het behandelarsenaal. Wouters: 'Wij willen dat wetenschappelijke verenigingen criteria formuleren op basis waarvan ze besluiten of het geneesmiddel een toegevoegde waarde heeft.'

De medisch oncologen werken al langer zo, vertelt Hans Gelderblom. 'Sinds 1999 toetst de commissie ter Beoordeling van Oncologische Middelen (BOM) van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) de klinische waarde van nieuw geregistreerde dure geneesmiddelen. We hebben door de jaren heen heel wat geneesmiddelen afgekeurd die reeds geregistreerd waren voor de Nederlandse markt. Een registratie is tenslotte nog geen indicatie. Een peperduur medicijn dat minder dan drie maanden levenswinst geeft en gepaard gaat met veel nare bijwerkingen, gaan wij niet voorschrijven. Ik heb talrijke slechtnieuwsgesprekken gevoerd met farmaceuten van zo'n nieuw geneesmiddel. Soms is dat pijnlijk, maar het patiëntenbelang staat voorop.'

De commissie BOM heeft haar waarde inmiddels ruimschoots bewezen, vindt Gelderblom. 'We zitten er bovenop. Elke twee maanden komen we bij elkaar en geven dan duiding aan nieuwe dure geneesmiddelen die recent zijn geregistreerd door het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA). Wat vinden we ervan, en wat gaan we er wel of niet mee doen? De

uitspraken van de commissie BOM zijn bindend en worden overgenomen door de NVMO als landelijk beleid.'

Stevig standpunt

Deze werkwijze verdient navolging bij de andere wetenschappelijke verenigingen, stelt Gelderblom. 'We mogen als medisch specialisten best een stevig standpunt innemen. Dat gebeurt nog te weinig. Er komen momenteel veel nieuwe dure geneesmiddelen op de markt, denk aan alle *biologicals*. En er zit nog veel meer in de pijplijn. Het is belangrijk dat we een vinger aan de pols houden en zelf medisch-inhoudelijke afwegingen maken over welke middelen wij van toegevoegde waarde vinden.'

De medisch oncoloog zou het moedig vinden als de zorgverzekeraars vervolgens zouden zeggen: het middel is weliswaar geregistreerd in Nederland, maar de beroepsgroep gaat het niet gebruiken en wij gaan het dus niet vergoeden. 'Dat is een aanbeveling richting zorgverzekeraars in ons visiedocument: gebruik de normen en randvoorwaarden die wetenschappelijke verenigingen opstellen voor de introductie en inzet van innovatieve, dure geneesmiddelen. Ga niet zelf het wiel uitvinden.'

Verder doet het visiedocument uitspraken over de inbreng van medisch specialisten in de ziekenhuis- en landelijke inkoopcommissies van dure geneesmiddelen. 'Medisch specialisten behoren aan tafel te zitten bij de inkooponderhandelingen met de zorgverzekeraars', zegt Gelderblom. 'Deze onderhandelingen worden nu voornamelijk gevoerd door de financiële experts van de ziekenhuizen maar die weten niets van geneesmiddelen. Pas als je weet dat het nieuwe dure middel B dat binnenkort op de markt komt voor dezelfde indicatie is als het bestaande middel A, kun je een inhoudelijke afweging maken en de onderhandelingen goed voeren.'

Draagvlak

De aanbevelingen liggen er, nu is het zaak dat ze opgevolgd gaan worden. Hoe gaat de taakgroep dat doen? Wouters: 'We maken daarom een rondgang langs stakeholders als VWS, het Zorginstituut en de zorgverzekeraars. Het is belangrijk dat zij onze visie kennen. Met dit document laten medisch specialisten zien waar ze staan en wat ze kunnen bijdragen. We willen nu andere partijen duidelijk maken waarom wij denken dat het zo moet en draagvlak krijgen voor onze ideeën. Want we kunnen dit alleen samen doen. Nee, ons werk is nog niet klaar.'



Meer informatie over de toegankelijkheid en bekostiging van dure behandelingen, het visiedocument *Dure geneesmiddelen* en gerelateerde artikelen vindt u op: www.demedischspecialist.nl/onderwerp/dure-geneesmiddelen