

Eindrapportage van de adviesgroep

Aanspraak Farmaceutische Zorg

Invloed van partijen
op aanspraak op geneesmiddelen



september 2009

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Inleiding & verantwoording werkwijze | 3 |
| Samenvatting | 5 |
| Knelpunt A: Het overheidsbeleid als belemmerende factor | 7 |
| Knelpunt B: Budgettair Kader Zorg (BKZ) | 10 |
| Knelpunt C: Preferentiebeleid | 12 |
| Knelpunt D: Therapeutische substitutie | 14 |
| Knelpunt E: Financiële beloning leidt tot ongewenst gedrag | 16 |
| Knelpunt F: Oneigenlijk gebruik van richtlijnen | 18 |
| Knelpunt G: Health Technology Assessment (HTA) leidt tot vertraging of belemmering van de toelating van nieuwe geneesmiddelen | 20 |
| Knelpunt H: Duale financiering en aanspraak op intra- en extramurale medicijnen leidt tot ongewenste substitutie | 22 |
| Dankwoord | 24 |
| Bijlage | |
| Rapport Patiënten Academie: Inventarisatie Knelpuntenonderzoek Medicijnen Aanspraak | |

Inleiding en verantwoording werkwijze

Het Platform PI is een samenwerkingsverband waarin patiëntenorganisaties en de farmaceutische industrie samenwerken om de farmaceutische zorg te optimaliseren. Deskundigheid van patiënten en industrievertegenwoordigers wordt in het platform gekoppeld aan ervaringen van medicijngebruikers. Voor het Platform PI staat het patiëntenbelang bij medicijngebruik altijd centraal. Het Platform PI heeft een signalerende functie bij de ontwikkelingen op het gebied van farmacotherapie in Nederland. Zie voor meer informatie: www.platform-pi.nl

Definitie van het begrip ‘aanspraak’

Het Platform PI biedt u hiermee zijn knelpuntenanalyse aan over de aanspraak op medicijnen. De adviesgroep die deze analyse en het bijbehorende advies heeft voorbereid, heeft zich beperkt tot geneesmiddelen die gebruikt worden buiten de werkingssfeer van ziekenhuizen en andere intramurale instellingen en tot medicijnen die verstrekt worden tijdens de periode tussen intra- en extramurale zorg.

De definitie van het begrip ‘aanspraak’ luidt daarom: *“het recht op het tijdig en onbelemmerd verkrijgen van alle medicijnen die onderdeel uitmaken van het basispakket van extramurale geneesmiddelen dat door de overheid is vastgesteld op basis van adviezen van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ)”*.

In dit rapport is het pakketbeheer van CVZ niet meegenomen, hoewel daar ook knelpunten kunnen ontstaan.

Waarom deze analyse?

In Nederland hebben mensen recht op een geneesmiddel dat doelmatig moet worden ingezet. Doelmatig wordt daarbij omschreven als: de beste kwaliteit tegen de laagste kosten.

Velen onderschrijven het adagium ‘goedkoop als het kan, maar duur(der) als het moet’. Voor individuele medicijngebruikers is het vaak moeilijk vast te stellen of zij de medicijnen krijgen, waarop ze vanwege hun fysieke situatie recht op hebben.

Regelmatig zijn er in de media verhalen te horen waarin de beschikbaarheid van geneesmiddelen ter discussie wordt gesteld. De geconstateerde knelpunten lopen uiteen: van zaken die samenhangen met de werking van het Budgettaire Kader Zorg (BKZ) tot de toepassing van richtlijnen en de financiële prikkels om voorschrijvers en leveranciers aan te zetten tot bepaald voorschrijfgedrag.

Over het algemeen zijn medicijngebruikers slecht in staat de rol van medebeslisser te vervullen, onder meer door gebrekkige informatie en communicatie over het beoogde doel van een behandeling.

Waarom deze notitie van Platform PI?

Platform PI maakt jaarlijks een lijst met mogelijke onderwerpen, die in aanmerking komen voor advisering. Daarna stelt het platform in overleg met de ondersteunende koepels vast welke onderwerpen in een bepaald jaar ter hand worden genomen. De betrokken koepels zijn: de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) en de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen Nederland (Nefarma).

De bevindingen worden daarna aangeboden aan de leden van de koepelorganisaties en alle andere betrokken partijen in het zorgveld, zodat zij de uitkomsten op hun eigen wijze kunnen gebruiken voor de eigen doelstellingen op het gebied van farmacotherapie. Het Platform PI heeft al eerder een notitie uitgewerkt op het verwante terrein van ‘toegankelijkheid’, ‘Toegankelijkheid van de farmacotherapeutische zorg in Nederland’, januari 2006 redactie STG/Health Management Forum. Zie www.platform-pi.nl.

Verantwoording werkwijze

Het Platform PI heeft in december 2008 de onderwerpen vastgesteld, die in 2009 in afzonderlijke adviesgroepen behandeld worden. Eén van de ingestelde adviesgroepen is de adviesgroep 'Aanspraak', die deze knelpuntenanalyse heeft voorbereid.

Om praktische redenen is ervoor gekozen om de opdracht van de adviesgroep te beperken tot geneesmiddelen die gebruikt worden in het extramurale circuit.

Signalen uit de overgangsfase in de farmacotherapie van eerste naar tweede lijn (en vice versa) zijn meegenomen. Hierbij willen wij niet pretenderen een uitputtende exercitie te hebben gedaan. Het Platform is momenteel bezig met een aanvullend advies op het specifieke gebied van de intramurale geneesmiddelen.

De adviesgroep heeft zich bij het ontwikkelen van de knelpuntenanalyse laten ondersteunen door het bureau 'Patiënten Academie'. Het Platform PI heeft dit bureau gevraagd om op basis van deskresearch en discussies binnen de adviesgroep een analyse te maken van de bestaande en de te verwachten knelpunten bij de aanspraak op extramurale geneesmiddelen, vanuit de optiek van gebruikers. Deze 'Inventarisatie Knelpunten Medicijnen Aanspraak' is als bijlage bij dit advies opgenomen.

Het bureau 'Patiënten Academie' heeft hierna in opdracht van de adviesgroep een kwalitatief onderzoek gedaan onder de aangesloten patiëntenorganisaties en bedrijven van Platform PI door middel van een enquête, waarin om een reactie op de gesignaleerde knelpunten gevraagd werd.

Daarnaast hebben leden van de adviesgroep zelf interviews gehouden met vertegenwoordigers van andere relevante veldpartijen die betrokken zijn bij farmacotherapie. Voor deze aanpak is gekozen om een breder beeld te krijgen van de huidige en toekomstige knelpunten in de aanspraak op medicijnen en de mogelijke oplossingsrichtingen. De interviews hadden een open en ongestructureerd karakter. Het Platform heeft de uitkomsten van deze gesprekken op een geaggregeerde manier verwerkt, om herleiding naar afzonderlijke gesprekspartners of veldvertegenwoordigers te voorkomen. De meningen en reacties van de ondervraagden zijn weergegeven bij de acht knelpunten die het Platform voor verdere advisering heeft uitgewerkt.

Behalve de acht knelpunten zijn er andere problemen gesignaleerd die deels zijn ondergebracht bij de knelpunten en deels binnen Platform PI worden meegenomen in toekomstige activiteiten op het terrein van optimalisatie van farmacotherapie.

De volgende veldpartijen zijn geïnterviewd:

- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Orde van Medisch Specialisten (OMS)
- De Consumentenbond
- Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening (EGV)
- Zorgverzekeraars: Achmea, CZ, Menzis, Uvit
- Vereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en zorgverzekeraar Agis zijn benaderd voor een interview, maar zij zijn niet op deze uitnodiging ingegaan.

Samenvatting

Het Platform PI, een samenwerkingsverband van patiëntenorganisaties en de farmaceutische industrie beoogt een optimale farmaceutische zorg. In overleg met de deelnemende partijen heeft het platform de aanspraak op medicijnen in 2009 als een voornaam onderzoeksthema opgevoerd. Het Platform PI deed een breed onderzoek naar de aanspraak op medicijnen onder patiëntenverenigingen en andere betrokken veldpartijen te weten KNMP, OMS, Consumentenbond, Stichting EGV, zorgverzekeraars Achmea, CZ, Menzis, Uvit en de V&VN.

Onderzoek naar aanspraak

De aanspraak op medicijnen is van levensbelang voor mensen met chronische aandoeningen. Idealiter zou die aanspraak moeten inhouden dat iedereen voor hem/haar optimaal werkzame medicatie krijgt, die ook aansluit bij de persoonlijke situatie en levensstijl van de individuele gebruiker. Hoe zit het binnen de huidige regelgeving met de aanspraak? Krijgt men de medicatie die men nodig heeft en die bij hen past?

Het Platform PI heeft 8 knelpunten in de aanspraak op farmaceutische zorg anno 2009 geïdentificeerd die aandacht behoeven van veldpartijen, te weten:

- A. Overheidsbeleid als belemmerende factor
- B. Het Budgettair Kader Zorg
- C. Preferentiebeleid
- D. Therapeutische substitutie
- E. Financiële beloningen die tot ongewenst gedrag leiden
- F. Oneigenlijk gebruik van richtlijnen
- G. De vertragende of belemmerende werking van Health Technology Assessment (HTA) op de toelating van nieuwe geneesmiddelen
- H. Ongewenste substitutie door duale financiering en aanspraak op intra- en extramurale medicijnen.

Het overgrote deel van deze knelpunten valt terug te voeren op financiering van de farmaceutische zorg, of op financiële belangen van betrokken partijen, zoals professionals (voorschrijvers en afleveraars), overheid en zorgverzekeraars. Het Platform PI legde de knelpunten voor aan patiëntenorganisaties, met de vraag of zij deze onderschreven. Er werd meteen gevraagd naar mogelijke oplossingen van de genoemde knelpunten.

Uitkomsten en aanbevelingen

De patiëntenorganisaties herkenden de problematiek zoals deze verwoord werd in bovengenoemde acht knelpunten. Dit is niet verwonderlijk; mensen met chronische aandoeningen zijn de eersten die aan den lijve ondervinden wat het betekent medicijnen te gebruiken die niet helemaal 'passend' zijn. Tevens weten zij hoe verwarrend het is om steeds weer andere medicijnen voorgeschreven te krijgen. Vervelende bijwerkingen die de kwaliteit van leven beïnvloeden, misverstanden over –alweer- andere pillen in een ander doosje, of over de zelf te betalen medicatie om onduidelijke redenen zijn voor hen aan de orde van de dag.

In dit rapport zijn door Platform PI de oplossingsrichtingen en adviezen opgesteld bij de diverse knelpunten op basis van de input van diverse veldpartijen. Sommige aanbevelingen richten zich op de overheid, en andere organisaties andere zijn meer bedoeld voor de zorgprofessionals zelf.

Belangrijkste aanbevelingen per knelpunt:

- I. Goede informatie voor en communicatie over de aanspraak op medicatie met de gebruikers, zodat zij in staat zijn hun eigen verantwoordelijkheid te nemen en zo een meer proactieve houding kunnen innemen bij het verkrijgen van de juiste medicatie. (meerdere knelpunten)
- II. Meer maatschappelijke bewustwording over het feit dat zorguitgaven (ook voor geneesmiddelen) leiden tot collectieve baten/maatschappelijke voordelen (zoals minder ziekteverzuim) – ‘Zorg als investering in de toekomst’ (knelpunt A & B)
- III. Grondige evaluatie van het preferentiebeleid alvorens dit uit te breiden: wat zijn de gevolgen ervan voor de zorg, voor de individuele chronisch zieke en medicijngebruiker? (knelpunt C)
- IV. Geef zorgverzekeraars geen controlerende/kostenbeheersende rol. Zij zouden juist de vele medicijngebruikers meer moeten betrekken bij hun medicijnbeleid en hun langdurige patientervaring kunnen benutten om kwalitatief goede zorg te stimuleren en in te kopen (knelpunt D)
- V. Stimuleer doelmatig voorschrijfgedrag zonder perverse prikkels, zodanig dat het belang van de individuele patiënt voorop staat. Maak financiële afhankelijkheid transparant inzichtelijk. (knelpunt D & E)
- VI. De kwaliteit van zorg moet –gebaseerd op ‘levende’ richtlijnen- aansluiten op de situatie en het belang van de individuele chronisch zieke / medicijngebruiker. (knelpunt E & F)
- VII. Een duidelijke en gelijkwaardige plaats voor ‘patientbased’ onderzoek naast evidence based onderzoek (knelpunt G)
- VIII. Opheffing van financieringsverschillen tussen intra- en extramuraal verstrekte medicijnen, en in het verlengde hiervan; stimuleren van ontschotting tussen 1^o en 2^o lijns zorg. (knelpunt H)

Platform PI stelt voor om naar aanleiding van deze bevindingen het gesprek aan te gaan met de verschillende koepelorganisaties om samen met de desbetreffende marktpartijen de specifieke aanbeveling tot uitvoer te brengen. Daarmee vervult Platform PI zijn rol als aanjager van het debat om de farmacotherapie in Nederland te verbeteren in het belang van kwalitatief goede en betaalbare zorg.

Knelpunt A

Het overheidsbeleid is teveel gericht op de kosten en te weinig op de baten.

Het overheidsbeleid werkt belemmerend voor de toelating van nieuwe geneesmiddelen, innovatie en kwaliteit.



Voorbeeld

Mees is 12 jaar. Een leuke jongen maar door zijn ADHD problematiek onrustig en soms moeilijk handelbaar. Mees gaat naar speciaal onderwijs en is hierdoor de hele dag van huis.

Na een tijd Ritalin geslikt te hebben blijkt dit middel voor Mees niet geschikt. Mees moet op school medicatie innemen (hij slikte Ritalin 3x per dag) en dat vergeet hij vaak. Dit heeft tot gevolg dat de ADHD de kop op steekt en er vervelende dingen gebeuren op school. Omdat de therapietrouw met Ritalin niet goed gehandhaafd wordt heeft Mees Concerta voorgeschreven gekregen van de arts. Hij reageert hier prima op en kan zich op school zeer goed handhaven. De bedoeling van Concerta is dat je het maar eens in de 24 uur inneemt. De capsule geeft de werkzame stof geleidelijk af. Voor Mees dus dé oplossing. Echter het medicijn Concerta is duurder als Ritalin en de ouders van Mees moeten fors bijbetalen omdat de verzekeraar het niet volledig vergoedt. Voor de ouders van Mees is dit een grote uitgave in hun maandelijks budget.

Achtergronden en onderliggende oorzaken

Het overheidsbeleid in de zorg is vanaf medio jaren zeventig vooral gericht op kostenbeheersing. Dit werd bereikt via strakke aanbodsturing door de overheid tot het jaar 2006. Dit beleid is -vanuit de overheid bekeken- redelijk succesvol gebleken omdat de kosten in de geneesmiddelensector hiermee relatief laag zijn gebleven. Sinds de stelselwijziging in 2006 wordt kostenbeheersing nagestreefd via vraagsturing en gereguleerde marktwerking.

Ook in de toekomst zal kostenbeheersing in de zorg centraal staan. De minister heeft bij voortdurende kostenoverschrijding meerdere mogelijkheden om dit te voorkomen of in te perken, bijvoorbeeld door het pakket te verkleinen, meer eigen betalingen in te voeren of de hoogte van de zorgtoeslag te verminderen. Op dit moment kan de minister slechts de procentuele premie van werkgeversbijdrage vaststellen, maar heeft geen bevoegdheid om de hoogte van de premies van zorgverzekeraars vast te stellen.

Kwaliteit van patiënteninformatie: het is voor mensen vaak totaal onduidelijk of een geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt. De patiënt is slecht geïnformeerd over de verschillende opties om te komen tot een weloverwogen keuze en gedrag bij medicijngebruik.

Wat vinden partijen van het overheidsbeleid?

VWS maakt onvoldoende werk van de kwaliteitwet, dat bleek uit een publicatie van de Algemene Rekenkamer¹; er worden nog steeds te weinig initiatieven genomen om innovatie in de zorg te stimuleren. Daarnaast vinden vele partijen dat de balans in de zorg nog niet is gevonden, de patiënt is nog onvoldoende bij machte om de kwaliteit te beïnvloeden (collectief / individueel).

Wat vindt Platform PI?

De overheid heeft een belangrijke rol om het inzicht in de kwaliteit te vergroten. Ze kan dit doen door transparantie vanuit marktpartijen te stimuleren omtrent de geleverde of verzekerde zorg-kwaliteit in termen die voor patiënten relevant zijn.

Oplossingsrichting veld

Zorgdragen voor de juiste regelgeving waarmee de overheid kaderstellend wordt en de veldpartijen in staat stelt de juiste innovatieve oplossingen te ontwikkelen die aansluiten op de zorgvraag. Zorgverzekeraars moeten zich niet opstellen als bewakers van de kosten van zorg richting de politiek. Zij moeten zich ontwikkelen tot een verantwoorde marktpartij die een evenwicht wil creëren tussen premies en zorguitgaven, waardoor men uiteindelijk wil uitkomen op de ideale verhouding tussen prijs en kwaliteit.

Goede informatie voor patiënten en transparantie in kwaliteit leidt tot weloverwogen gedrag. Patiënten met chronische aandoeningen moeten goed kunnen vinden wat de diverse zorgverzekeringspakketten bieden en welke kwaliteit beschikbaar is. Recent onderzoek van het iBMG in opdracht van de NPCF laat zien dat hier nog wel winst is te behalen.² Daarnaast is bekend dat zieke mensen heftiger reageren op pijnprikkels dan op prijsprikkels. Informatie vormt dus maar een deel van de oplossing.

Verzekeringsmarkt goed inrichten: zorgverzekeraars zouden zorggebruikers beter kunnen betrekken bij de inkoop van kwalitatief goede zorg. Dit kan niet alleen middels marktonderzoek onder verzekerden, maar juist beter door specifiek te kijken naar de behoeften van groepen langdurige (chronisch zieke) zorggebruikers.

Keuze stimuleren in de zorgmarkt: Momenteel wordt de keuze op de zorgmarkt vooral bepaald door de zorgvraag en het zorgaanbod en veel minder door een goede kosten-baten analyse. Het is moeilijk en zeer complex om een marktevenwicht te bereiken tussen vraag en aanbod op de zorgmarkt, onder meer door asymmetrie in de informatie tussen patiënt en arts, maar ook door emotioneel psychologische machtsverschillen tussen zorgvrager en -aanbieder.

Conclusies en aanbevelingen Platform PI m.b.t. overheidsbeleid

1. De overheid moet goede kosten- batenanalyses maken van de zorguitgaven. Niet alleen binnen het zorgbudget, maar ook daarbuiten, o.a. bij vermindering van uitgaven voor de ziektewet en de WAO, evenals in kwaliteit- en welzijnsverbetering voor de samenleving als geheel. Dit vraagt om een brede visie waarbij meerdere ministeries hun input moeten geven. (zie ook knelpunt B BKZ.)
2. Zorguitgaven moeten niet alleen als collectieve lasten worden gedefinieerd, wellicht ook als collectieve –economische- baten. Dit is een aanbeveling voor de langere termijn, omdat een wijziging van de politiek economische definitie hiervoor nodig is. Hierbij hebben alle zorgveldpartijen een rol.
3. Praktijk en patient-based onderzoek wordt medebepalend naast evidence based onderzoek. Naast de evidence based criteria bij introductie van nieuwe middelen is het ná de registratie van groot belang ook praktijk- en patiëntgeoriënteerd praktijkonderzoek te starten. Dit moet worden opgenomen in de continue evaluatie van effecten van nieuwe middelen en/of behandelingen.

¹ <http://www.rekenkamer.nl/dsresource?objectid=84125&type=org> , juni 2009-08-03

² http://www.npcf.nl/components/com_virtuemart/shop_image/product/Evalaanvulziektekosteverz2009.pdf, aug 2009.

Bij slechte resultaten kan behandeling aangepast worden, maar bij goede resultaten eveneens. Uiteindelijk bewijst een behandeling haar meerwaarde in de praktijk bij de patiënt en niet in klinische studies en onderzoeken. Dit betekent geen vertraging in de registratiefase, eerder versnelling! Deze route vraagt om een samenwerking tussen CBG, CVZ, patiëntenorganisaties en innovatieve geneesmiddelenbedrijven.

4. Betrouwbare transparantie van gelijkwaardige kennis en informatie. Voor gebruikers is dit van groot belang om duidelijke keuzes te kunnen maken in de zorg of uit verschillende behandelingen. Er moet vanzelfsprekend ook inzicht zijn in de kosten van een behandeling. De kern is echter dat betrouwbare informatie voor de zorggebruiker beschikbaar komt en blijft. Hier ligt duidelijk een rol voor de NZa.
5. Evaluatieonderzoek van gereguleerde marktwerking vanuit VWS. De vraag van het onderzoek luidt: *leidt gereguleerde marktwerking tot betere lagere prijzen en / of tot hoge(re) kwaliteit?*

Knelpunt B

Budgettair Kader Zorg

Het BKZ is niet voor iedereen duidelijk. De strenge begrenzing van de uitgaven hebben tot gevolg dat de kwaliteit en continuïteit van zorg soms in het gedrang komt.



Voorbeeld

- *De heer H krijgt van zijn arts voor de behandeling van Colitis Ulcerosa het geneesmiddel Humira voorgeschreven. Dit geneesmiddel is (nog) niet geregistreerd voor de aandoening maar er zijn al wel wetenschappelijk publicaties en ervaringen beschikbaar over de inzet van Humira bij Colitis Ulcerosa. In dit geval zou Humira door de specialist in het ziekenhuis worden voorgeschreven en door de patiënt zelf thuis worden toegediend. De zorgverzekeraar van de heer H laat weten niet over te gaan tot een vergoeding omdat de kosten dienen te worden gedekt door het ziekenhuisbudget uit het potje 'experimentele behandelingen'. Hierbij gaat de zorgverzekeraar voorbij aan het feit dat het hier gaat om een off-label voorschrijven in plaats van een experiment. Er is immers al voldoende wetenschappelijke onderbouwing aanwezig en de behandeling wordt algeheel gesteund door de beroepsgroep. Het ziekenhuis weigert daarom de kosten te dragen voor de behandeling, volgens het ziekenhuis komt de behandeling ten laste van de basisverzekering. De zorgverzekeraar en het ziekenhuis zijn beide van mening dat de behandeling moet worden uitgevoerd. De patiënt valt hierdoor tussen wal en schip tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis met als gevolg dat hij de benodigde behandeling niet ontvangt.*
- *Investeringen in dyslexie kosten het ministerie van VWS geld, terwijl gelijktijdig dezelfde investeringen het Ministerie van Onderwijs, Cultuur & Wetenschap (OC&W) geld opleveren.*
- *De terugdringing van wachtlijsten kost het ministerie van VWS geld, echter door het korter worden van de wachtlijsten in het ziekenhuis dit het ministerie van SoZaWe geld oplevert.*

Achtergrond & onderliggende oorzaak

Het BKZ (Budgettair Kader Zorg) geeft de begrenzing aan waarbinnen zorguitgaven moeten blijven. Er is een strak bestedingskader waarin weinig ruimte is voor inhoudelijk zorgbeleid. Het ministerie van Financiën moet toestemming geven voor overschrijdingen (de zgn. Zalmnorm). Zonder deze toestemming moeten overschrijdingen van de kosten binnen de eigen begroting gecompenseerd worden. De continuïteit van de zorg voor patiënten stagneert door onduidelijkheden in regelgeving op het gebied van financiering van medicatie vanuit het ziekenhuis, de thuiszorg, de AWBZ of de Zorgverzekeringswet.

Het gevolg van deze onduidelijkheden is dat men ervoor zorgt dat eigen budgetten niet worden overschreden. Dat brengt weer teweeg dat er geen hogere uitgaven voor geneesmiddelen worden gedaan, zelfs wanneer dat elders tot besparingen leidt – bijvoorbeeld door minder ligdagen in het ziekenhuis of (buiten de zorg) door minder arbeidsverzuim.

De invloed van het ministerie van Financiën is groot, omdat zorguitgaven behoren tot de collectieve lasten die direct verband houden met de maximale toegestane uitgaven in relatie tot de inkomsten van Nederland binnen de EU.

Wat vinden veldpartijen en Platform PI?

Diverse patiëntenvertegenwoordigers geven aan dat dit buiten het blikveld ligt van de patiëntenorganisatie. Dit kan te maken hebben met het abstracte karakter van het BKZ. Wel kon worden vastgesteld dat er veel onduidelijkheid bestaat over de bekostiging, waardoor de continuïteit van de zorg in het geding kan komen.

Oplossingsrichtingen

1. Goede zorg moet gezien worden als een investering. Het is vreemd dat men de zorg uitsluitend beschouwt als iets dat op de collectieve lasten drukt, want investeren in de zorg leidt immers tot winst. Niet alleen in ‘menselijk kapitaal’; het leidt tot minder arbeidsverzuim en minder aanspraken op uitkeringen als WIA en WAO. Daarnaast schept investeren in de zorg werkgelegenheid op het gebied van onderzoek, onderwijs en ondersteunende diensten. Dit trekt weer privaat kapitaal aan.
2. Definieer het zorgbudget niet geheel als collectieve lasten. Niet alle beschikbare middelen in de gezondheidszorg vallen onder collectieve lasten. Zo zijn premies van basis- en aanvullende pakketten bij ziektekostenverzekeraars en eigen bijdragen (samen 23 procent van het BKZ) particuliere betalingen van burgers.
3. Bepaal de hoogte van het BKZ op basis van het volume. De overheid is in staat om te besluiten integrale behandeladviezen al dan niet tot de basisverzekering toe te laten. De werkwijze van het CVZ die tot integrale behandeladviezen heeft geleid, maakt dit mogelijk. Op deze manier kan gewerkt worden binnen de grenzen van het BKZ. Zorgverzekeraars kunnen zo besluiten behandelingen die niet tot het basispakket behoren in de polis van de aanvullende verzekering op te nemen.

Conclusies en aanbevelingen Platform PI m.b.t. BKZ

Beschouw vanuit verschillende ministeries de zorg als investering in de maatschappij. Dan ontstaat er minder snel de neiging om binnen de eigen budgetten te moeten blijven (het zogenaamde silodenken). Betrokken veldpartijen zullen ook efficiënter en doelmatiger omgaan met de zorg als daarbij wordt uitgegaan van het belang van de patiënt als actief maatschappelijk betrokkene. De aansluiting met diverse disciplines zorg-onderwijs-werkgevers-sportverenigingen is hierbij ook meer voor de hand liggend.

Knelpunt C

Preferentiebeleid

Het preferentiebeleid leidt tot ongewenste effecten voor medicijngebruikers



Voorbeeld

Mevrouw S. heeft diabetes. Zij gebruikt daarvoor veel medicijnen. Zij gebruikt onder meer een medicijn dat haar maag beschermt tegen de schadelijke gevolgen van de andere medicijnen. Mevrouw S. heeft haar arts verteld dat ze een lagere dosering ervan is gaan gebruiken vanwege vervelende bijwerkingen. Daardoor heeft ze minder last van de bijverschijnselen, maar helemaal weg zijn die niet. Haar arts raadt haar dit af vanwege de verminderde maagbescherming. Op een avond krijgt mevrouw S. zoveel last van haar maag dat ze met spoed per ambulance naar het ziekenhuis wordt vervoerd. In het ziekenhuis worden haar andere medicijnen voorgeschreven. Alle klachten van mevrouw S. lijken verdwenen. Na een paar maanden komen echter de maagklachten terug. Mevrouw blijkt een ander geneesmiddel van een andere leverancier te hebben gekregen; het preferente middel van haar ziektekostenverzekeraar. De werkzame stof is wel dezelfde als het middel dat het ziekenhuis haar gaf, maar mevrouw S. reageert allergisch op een element (dragerstof) van deze de medicatie. Na aandringen bij haar apotheker en haar huisarts krijgt ze uiteindelijk het merk waar ze geen klachten van ondervond. Mevrouw S. voelt zich dan weer goed.

Achtergrond & onderliggende oorzaken

Doel van het preferentiebeleid: beperking van kosten van geneesmiddelenvoorziening door prijsconcurrentie. Op grond van het besluit Zorgverzekering hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om verplicht geneesmiddelen aan te wijzen waar hun verzekerden recht op hebben. Binnen het huidige preferentiebeleid kiezen zij per werkzame stof tenminste één geneesmiddellabel.

Meer invloed van zorgverzekeraars: door de terugtrekkende overheid en invoering van gereguleerde marktwerking hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol en verantwoordelijkheid gekregen op het gebied van inkoop van goede en betaalbare zorg. Door invoering van het preferentiebeleid onder couvert (Uvit) dreigt weer margeconcurrentie en het bonusprobleem van apothekers verplaatst zich naar verzekeraars. Daardoor weet de verzekerde/de patiënt niet welke prijs in rekening wordt gebracht. Dit is een vorm van concurrentie tussen zorgverzekeraars. Uvit moet dus transparant zijn naar hun verzekerden door bijv. aan te geven hoeveel de overall korting is en hoe ze dit in hun basis premie hebben verwerkt.

Wat vinden veldpartijen?

Vrijwel alle veldpartijen benoemden het preferentiebeleid als een knelpunt. Ook onderkenden zij ongewenste effecten voor de patiënt, zoals ongewenste wisseling van medicijnen. De veldpartijen benoemden tevens de principiële scheiding van verantwoordelijkheden: een zorgverlener moet

zelfstandig –en gebaseerd op richtlijnen- kunnen bepalen welk geneesmiddel het beste is voor de individuele patiënt.

Meerdere partijen spraken hun bezorgdheid uit over mogelijke verschraling van het aanbod ten gevolge van concurrentie. Het ging vooral om verschraling van het aantal geneesmiddelen en apotheken. Aan de andere kant vonden veel respondenten de betaalbaarheid van de zorg een probleem. Het preferentiebeleid draagt bij aan de betaalbaarheid.

Wat vindt Platform PI?

‘Het preferentiebeleid leidt tot ongewenste effecten voor medicijngebruikers’; deze stelling is voorgelegd aan de deelnemers van Platform PI. Bijna alle patiëntenorganisaties en organisaties uit de industrie zijn het met de stelling eens. Slechts één patiëntenorganisatie was het hier niet mee eens.

De patiëntenorganisatie die het niet met de stelling eens is, wijst op de financiële voordelen en het belang van betaalbaarheid van de zorg. Deze patiëntenvereniging vindt dat de nadelen die gebruikers van het preferentiebeleid ondervinden, in de praktijk overbrugd kunnen worden. De overige organisaties benadrukken dat patiënten problemen ondervinden van het preferentiebeleid in de huidige praktijk. Maar ook zij erkennen de financiële voordelen als belangrijk voor de zorg.

Oplossingsrichting veldpartijen en Platform PI

De veldpartijen geven diverse oplossingen aan. Zo werd de suggestie gedaan dat het preferentiebeleid individueel ingevuld kan worden. Een zorgverlener moet blijven bepalen welk geneesmiddel van belang is voor de betrokken patiënt. Vooral voor de patiënten met meer dan één chronische aandoening (co-morbiditeit) is het van belang om zorgvuldig te zoeken naar de juiste combinatie van geneesmiddelen. Voortdurende wisseling van medicijnen is onwenselijk. Ook benoemen veldpartijen het belang van controle op uitkomsten zoals streefwaarden en andere behandeldoelen. Er wordt dus gepleit voor bewust gebruik van het preferentiebeleid. Ook werd opgemerkt dat het vertrouwen tussen de verschillende belanghebbenden in het zorgproces van essentieel belang is.

Conclusies en aanbevelingen Platform PI m.b.t. preferentiebeleid

Een grote meerderheid van de betrokkenen ziet het preferentiebeleid als een knelpunt voor de toegankelijkheid van de zorg. Dit heeft voor een belangrijk deel te maken met de organisatie van het preferentiebeleid en de wijze waarop het in de huidige praktijk wordt vorm gegeven. Alle betrokkenen herkennen de financiële voordelen van het beleid. De partijen hebben hun twijfels over de uitkomst van de kosten- en batenafweging van het huidige preferentiebeleid.

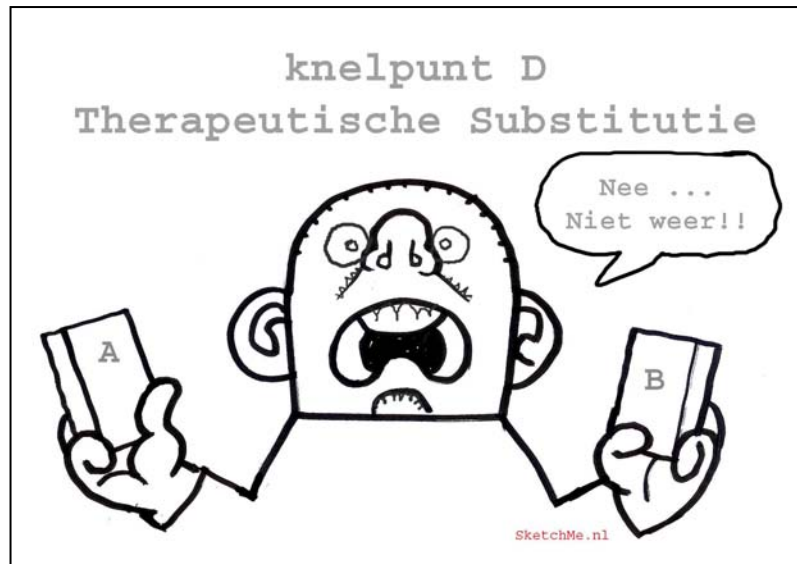
Aanbevelingen:

1. Verduidelijking van de positie van verschillende spelers in de zorg; maak inzichtelijk wie welk belang heeft bij de keuze voor bepaalde medicatie.
2. Maak onderscheid tussen het preferentiebeleid en individuele invulling ervan in de praktijk
3. Evaluatie van de gevolgen van het huidige preferentiebeleid alvorens tot een uitbreiding van het beleid te komen, op het niveau van
 - de medicijngebruiker
 - kosten- en batenanalyse op korte en langere termijn
4. Overweeg prijs- i.p.v. label preferentie
Bij prijspreferentie vergoedt de zorgverzekeraar een geneesmiddel tot een bepaalde prijs en laat zo ruimte voor de inkopende partij (de apotheker) om voor de patiënt steeds hetzelfde label te leveren.

Knelpunt D

Therapeutische substitutie

Het vervangen van een voorgeschreven product met werkzame stof X, niet in een gelijksoortig product zgn. generiek, maar vervangen in een middel met een volledig andere werkzame stof Y. Dit kan leiden tot ongewenste situaties. Dit kan gebeuren om andere dan medische redenen.



Voorbeeld

De patiënt wordt vaak in verwarring gebracht als hij bij de apotheek opeens een ander merk statine in handen krijgt. De substitutie komt zelfs voor bij patiënten die in het verleden al eens overgevoelig bleken te zijn voor bepaalde statines, deze patiënten durven het nieuwe merk dan vaak niet in te nemen omdat zij bang zijn voor opnieuw een allergische reactie. Patiënten die zich tot de Helpdesk³ hebben gewend bleken vooral te willen weten of het nieuwe middel wel zo goed zal werken als het oude vertrouwde middel. Daarnaast denken patiënten vaak dat hun 'oude' middel uit de handel is gehaald. Patiënten gaan met deze vragen niet vaak genoeg terug naar hun huisarts om na te gaan of het nieuwe middel wel een goede vervanging is in hun specifieke situatie. Vooral ouderen blijken hun huisarts hiermee niet te willen lastigvallen.

Achtergrond en onderliggende oorzaak

Therapeutische substitutie is gedefinieerd als het om andere dan medische redenen voorschrijven of afleveren van een andere werkzame stof dan oorspronkelijk voorgeschreven door de behandelend arts. Financiële prikkels kunnen een aanleiding zijn voor therapeutische substitutie. Een arts of apotheker kan op verschillende manieren gestimuleerd worden om een bepaald middel af te leveren. Zij kunnen dus financieel 'gestraft' worden als het bewuste middel niet wordt afgeleverd. De recente artsenverklaringsmaatregel voor cholesterolverlagende en maagzuurremmers die per 1 januari 2009 werd ingevoerd, leerde dat artsen en apothekers geconfronteerd werden met extra administratieve lastendruk. Het gevolg was dat er grote willekeur ontstond doordat patiënten bij de ene praktijk *en masse* werden geswitched omdat men geen artsenverklaring wilde afgeven en in een andere plaatsen de patiënten niets hebben ervaren van deze nieuwe maatregel. Het was dus afhankelijk van de mate waarin de zorgverlener zich wenste/kon voegen in dit beleid. Een recente publicatie in het Pharmaceutisch Weekblad⁴ liet zien dat als gevolg van deze maatregel ca 93% van de patiënten onbewust onderbehandeld is en daarmee extra risico's lopen.

NB: ten tijde van het schrijven van dit rapport is door VWS/Minister Klink ook een voorstel gedaan om de verzekeraars een grotere 'aanwijzigingsbevoegdheid' te geven Hierover zal in september 2009 in de Tweede Kamer worden gedebatteerd.⁵

Wat vinden veldpartijen?

³ De wet- en regelgeving omtrent de vergoeding van geneesmiddelen is lastig te doorgronden en kan voor artsen, patiënten en zorgverzekeraars voor misverstanden zorgen. De Stichting EGV heeft daarom in samenwerking met het advocatenkantoor KienLegal een helpdesk opgezet waar iedereen terecht kan met vragen over vergoeding van geneesmiddelen.

⁴ http://www.sfk.nl/publicaties/farmacie_in_cijfers/2009/2009-18.html

⁵ <http://www.minvws.nl/kamerstukken/z/2009/voorhangprocedure-op-grond-van-de-zorgverzekeringswet.asp>

Verschuiving van generieke substitutie naar farmacotherapeutische substitutie levert duidelijk voor vele partijen in de zorg een knelpunt op. In de interviews benoemden veldpartijen regelmatig verschillende vormen van substitutie als knelpunt, echter niet de therapeutische substitutie. Gedurende de periode dat de interviews werden afgenomen, bleek dat de veldpartijen de therapeutische substitutie niet als een realistisch scenario beoordeelden. Door de recente voornemens van de minister blijkt dit echter wel degelijk een optie te zijn.

Wat vindt Platform PI?

Farmacotherapeutische substitutie moet niet worden toegestaan. Als de arts kiest voor een ander geneesmiddel dient dit te gebeuren om louter medische redenen, met instemming van de patiënt, dit bleek duidelijk uit de enquête onder de aangesloten partijen bij Platform PI. Andere partijen mogen niet het voorgeschreven geneesmiddel veranderen zonder vooroverleg met arts en patiënt. Doelmatig voorschrijven is belangrijk vanuit solidariteitsprincipe, echter de manier waarop dit gestimuleerd wordt, mag niet gepaard gaan met perverse prikkels door (in)directe financiële beloning en/of verhoging van de administratieve lastendruk.

Artsen zoeken voor mensen met diverse aandoeningen die verschillende medicijnen gebruiken, naar ‘de ideale combinatie tussen ziekte en medicijn’. Juist in die gevallen zijn veel keuzemogelijkheden vereist, zodat de juiste mix van verschillende medicijnen gevonden kan worden. Daardoor kan farmacotherapeutische substitutie om niet medische redenen voor chronisch zieke gebruikers verkeerd uitpakken en gezondheidsschade, maatschappelijke en economische schade veroorzaken. Therapeutische substitutie wordt als het ware ‘uitgelokt’ door extra administratieve lastendruk. Patiënten-, artsen- en wetenschappelijke organisaties zouden dit aan de orde moeten stellen.

Oplossingsrichting

Binnen het huidige stelsel zijn de juridische kaders weliswaar stringent, maar de prikkel is aanwezig om toch op deze manier te zoeken naar kostenbesparing. De doelmatigheid mag worden bevorderd middels de richtlijnen, echter maatwerk moet voor het individu mogelijk zijn. Ook zouden de voordelen van substitutie (in welke vorm dan ook) transparant gemaakt moeten worden en kunnen terugvloeien naar de patiënt via verlaging van de premies. De ontwikkeling van functionele bekostiging mag niet leiden tot therapeutische substitutie.

Conclusies en aanbevelingen Platform PI m.b.t. Therapeutische substitutie.

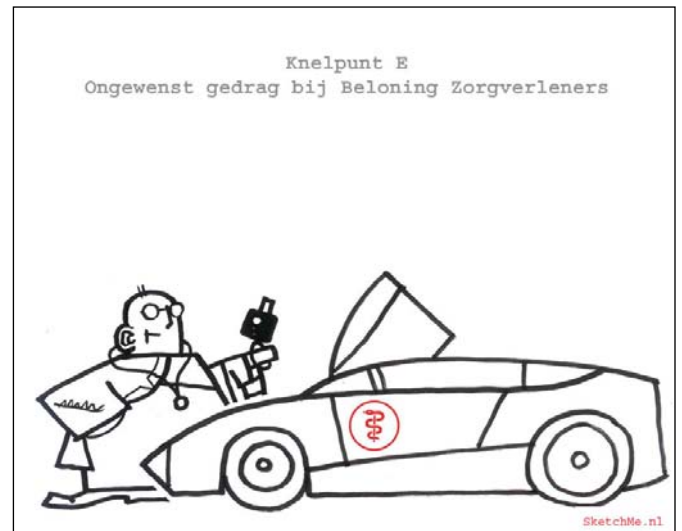
1. Blijvende alertheid op mogelijke invoering van farmacotherapeutische substitutie via de pilot functionele aanspraak waarbij verzekeraars een grotere bevoegdheid krijgen om de geneesmiddelenkeuze (middels vergoeding) te bepalen.
2. Monitoren van functionele aanspraak, zodat deze op juiste manier door zorgverzekeraars wordt ingevuld.
3. Patiënten- en artsenorganisaties moeten alert blijven op mogelijke administratieve uitlokking van farmacotherapeutische substitutie.

Verzekerden en patiënten moeten tijdig op de hoogte zijn van het beleid van zorgverzekeraars, dat kan alleen als zij –via de polisvoorwaarden- in beeld zien welke verzekeraar gebruik maakt van deze methode om hun geneesmiddelengebruik te beïnvloeden. Hierin heeft de NZa een rol.

Knelpunt E

Financiële beloning leidt tot ongewenst gedrag

Als een voorschrijver –door wie dan ook- financieel beloond wordt om een bepaald middel voor te schrijven, krijgt de patiënt dan altijd de beste zorg?



Voorbeeld

Enkele jaren geleden deed zorgverzekeraar Menzis huisartsen een aanbod, wat hun voorschrijfgedrag beïnvloedde. Artsen werden beloond als zij een bepaald percentage van eerste uitgaven van specifieke (generieke) middelen uit bepaalde modules voorschreven. De artsen konden een aanvullende bonus tegemoet zien als ze een bepaalde doelstelling in voorschrijfgedrag behaalden (moduletarget).*

*Voorbeeld: Module protonpompremmers:

Module f: artsen komen in aanmerking voor een financiële beloning als minimaal 95 procent van de eerste recepten protonpompremmers over de periode september – december 2005 bestaat uit omeprazol generiek: als dat percentage wordt behaald, ontvangt de huisarts €1 per ingeschreven patiënt. (€2.500 – 3.500 per jaar).

Module g: als minimaal 80 procent van de eerste recepten protonpompremmers in de periode 2004/eerste helft 2005 heeft bestaan uit omeprazol, ontvangt de huisarts €1 voor elke ingeschreven patiënt (€2.500 – 3.500 per jaar).

Module h: als de deelmodule f is behaald komen artsen in aanmerking voor een aanvullende bonus, die te verdienen valt als de behandeling van patiënten die een andere (duurdere) protonpompremmers gebruiken wordt omgezet naar omeprazol. De huisarts ontvangt daarvoor een honorering van €22,- per omgezette patiënt.

Dit voorbeeld illustreert dat een verzekeraar de kosten voor farmaceutische hulp omlaag wil brengen door middel van het ingrijpen in de behandeling, waarmee men denkt de kosteneffectiviteit te vergroten.

Achtergrond & onderliggende oorzaak

Om het goedkoop voorschrijven te stimuleren, speelt men in op het eigenbelang van artsen en andere zorgaanbieders. Hiermee wordt volledig voorbij gegaan aan het belang van de patiënt. Dit is het eigenlijke knelpunt. Op macroniveau zijn er mogelijk argumenten op grond waarvan meer initiativerecepten zouden kunnen bestaan uit generieke geneesmiddelen; dit betekent nog niet dat deze zorg van toepassing is op iedere individuele patiënt met zijn eigen medische geschiedenis en specifieke profiel/behoefte. Zorgverzekeraars creëren met dit beleid het risico dat een arts in de verleiding komt om zijn voorschrijfgedrag te laten beïnvloeden door zijn eigen belang en elke patiënt hetzelfde te behandelen, zonder aanzien des persoon.

Wat vinden veldpartijen?

Veel partijen zijn van mening dat een vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de arts/zorgaanbieder de basis vormt van de gezondheidszorg. Dit vertrouwen is gebaseerd op de verwachting van de patiënt dat de hulpverlener altijd het gezondheidsbelang van zijn patiënt als enig uitgangspunt hanteert in zijn beroepsbeoefening, dus ook in zijn adviezen aan patiënten.

NB: ten tijde van het schrijven van dit rapport is door VWS / Minister Klink een voorstel gedaan om het inkomen van huisartsen mede afhankelijk te maken van hun voorschrijfbeleid. Het eindbod in de onderhandeling met de LHV staat dat de ca 60 miljoen bezuiniging op het inkomen van de huisartsen in

2010 kan worden afgewenteld door patiënten actief te gaan omzetten naar een goedkoper generiek statine. De ledenvergadering van de LHV zal in sept 2009 hierover een besluit nemen.⁶

Wat vindt Platform PI?

De participanten van Platform PI zijn allen van mening dat artsen die extra beloning kunnen krijgen voor het voorschrijven van bepaalde medicijnen of voor het behalen van bepaalde doelstellingen bij behandeling van bepaalde aandoeningen, dit vertrouwen aantasten. Hetzelfde gaat op voor apothekers die geldelijke beloningen ontvangen voor het substitueren van geneesmiddelen of voor specialisten die 'extra formatieplaatsen kunnen verdienen' als zij bepaalde geneesmiddelen meer of juist minder voorschrijven.

Oplossingsrichtingen

De patiënt moet onvoorwaardelijk erop kunnen vertrouwen dat zijn gezondheidsbelang bepalend is voor de keuze voor een geneesmiddel en niet afhankelijk is van het eventuele financiële belang van de voorschrijver, afleveraar of verzekeraar. Richtlijnen, waarin wordt geadviseerd met een bepaald medicijn te starten, zijn hiermee niet strijdig aangezien de adviezen hierin tot stand zijn gekomen op basis van de meest recente medische inzichten en ervaring in de praktijk. Als het beoogde therapeutische resultaat niet wordt behaald, moet omzetting naar een ander middel zonder (vergoedings)problemen mogelijk zijn.

Geen financiële beloningen aan artsen voor specifiek voorschrijfgedrag. Niet van de zijde van zorgverzekeraars, fabrikanten of leveranciers van medicijnen, noch van andere stakeholders, zoals overheid, beroepsorganisaties of ziekenhuisdirecties.

Conclusies en aanbevelingen Platform PI m.b.t. oneigenlijke beloning.

Aan artsen mogen de volgende eisen worden gesteld:

- Doelmatig voorschrijfgedrag op basis van richtlijnen waarmee de zorgkosten in de hand worden gehouden.
- Voorschrijfgedrag waarbij het gezondheidsbelang van de individuele patiënt centraal staat.
- Transparantie van gemaakte afspraken.

Er kunnen wel financiële prikkels worden ontwikkeld die leiden tot een meer doelmatig zorgpad. Deze prikkels zouden dan gekoppeld moeten worden aan het behalen van de beoogde resultaten van medicijngebruik (vanuit het perspectief van de medicijngebruiker). Te denken valt aan indicatoren voor uitkomsten van streefwaarden, arbeidsparticipatie, verbetering van patiëntenmobiliteit etc. zoals geformuleerd in de nieuwe zorgstandaarden.

Een andere aanbeveling is om extra gelden beschikbaar te stellen voor kwaliteitsverbetering van zorgketens voor chronisch zieken, waarbij aandacht is voor patiëntgerichte verbetering van de praktijkvoering, deskundigheidsbevordering bij betrokken disciplines, meer tijd voor voorlichting aan de patiënt en voor betere communicatie met de patiënt. Op die manier kan een beter geneesmiddelengebruik gestimuleerd worden en kunnen de investeringen in voorlichting etc. zichzelf terug verdienen in lagere geneesmiddelen uitgaven.

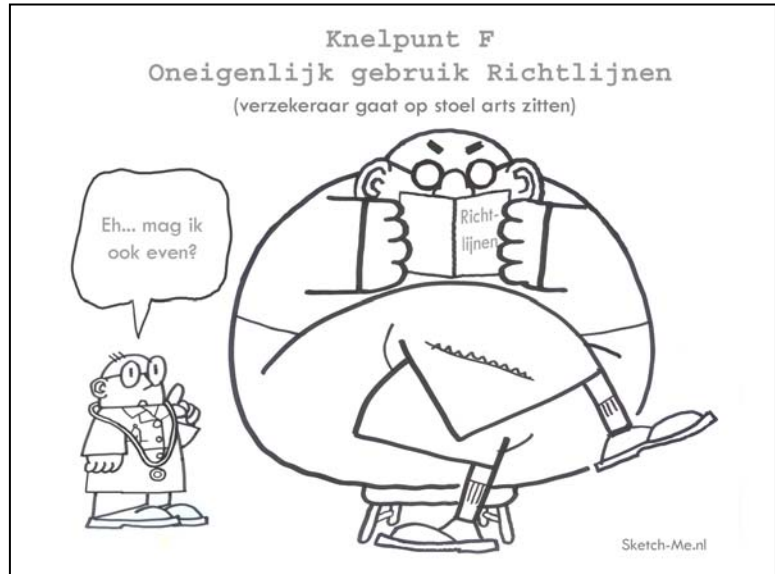
Hierover kan verantwoording afgelegd worden aan derden; transparantie over financiële banden met andere belanghebbende partijen is in dit kader cruciaal voor het vertrouwen in de arts –patiëntrelatie.

⁶ <http://www.huisartsvandaag.nl/content/view/15774/1/>

Knelpunt F

Oneigenlijk gebruik van richtlijnen

Richtlijnen zijn richtinggevend niet dwingend dus een arts moet altijd mogen afwijken om medische redenen.



Voorbeeld

In februari 2007 werd het geneesmiddel Lucentis voor de behandeling van leeftijdsgebonden natte Maculadegeneratie geregistreerd. Oogartsen gebruikten voorafgaand aan de registratie van Lucentis, bij gebrek aan een goed geregistreerd middel, het geneesmiddel Avastin. Dit geneesmiddel is echter geregistreerd voor de behandeling van darmkanker. In de praktijk bleek het geneesmiddel na niet-klinisch/case onderzoek bleek in aantal gevallen ook werkzaam te zijn bij natte Maculadegeneratie, maar het middel is nooit voor deze aandoening geregistreerd. Na de registratie van Lucentis bleven oogartsen, vermoedelijk onder druk van het ziekenhuisbudget, Avastin voorschrijven omdat het geneesmiddel behoort tot verantwoorde zorg en aanzienlijk goedkoper is dan Lucentis.

In de richtlijn voor de behandeling wordt geen keuze gemaakt tussen Avastin en Lucentis, maar is vastgelegd dat de arts zelf mag kiezen tussen de middelen. Met andere woorden: zonder dat er een vergelijkend onderzoek is uitgevoerd, werd Avastin gelijk gesteld met een middel dat al wel langdurige Fase III trials had doorstaan en waarbij was vast komen te staan dat het middel veilig en effectief was. Bij Avastin was alleen sprake van praktijkervaring en een aantal publicaties die aangaven dat het middel in sommige gevallen werkzaam bleek te zijn.

In de praktijk bleken patiënten zelf massaal voor het middel Lucentis te kiezen omdat dit middel is geregistreerd voor hun aandoening en bij Avastin nog geen volledige zekerheid is ten aanzien van de werkzaamheid en veiligheid. Niet elke patiënt bleek voldoende geïnformeerd; een groot deel van hen ontdekte het bestaan van Lucentis a.g.v. de media aandacht. Patiënten voelden zich vaak bedrogen omdat het middel Avastin werd voorgesteld terwijl er een geregistreerd veilig middel beschikbaar was.

Achtergrond & onderliggende oorzaak

Richtlijnen zijn ontwikkeld voor toepassing ter ondersteuning van de medische beroepsuitoefening. Het doel ervan is: kwaliteitsbevordering en meer eenduidigheid in behandelingen. Een richtlijn is letterlijk een aanwijzing voor te volgen gedrag. In de huidige situatie wordt de ontwikkeling van richtlijnen gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk en klinisch onderzoek ('evidence based'). Dit is altijd een zorgvuldig en tijdrovend proces.

Wat vinden veldpartijen?

Uit interviews met veldpartijen kwam naar voren dat er verschillend wordt gedacht over de rol en het gebruik van richtlijnen. Sommigen vinden dat de richtlijnen er louter en alleen zijn voor de zorgverlener en dat ze niet op een andere manier gebruikt mogen worden. Velen vinden dat de implementatie van richtlijnen door de voorschrijvers te wensen overlaat. Zorgverzekeraars vinden dat het mogelijk moet zijn om zorgverleners 'af te rekenen' op de mate waarin ze zich houden aan de richtlijn. Zij zien richtlijnen ook als een instrument om te besluiten of bepaalde zorg wel of niet wordt vergoed.

De partijen die geen voorstander zijn van vergoedingen op basis van richtlijnen, zijn juist van mening dat ‘afrekenen’ van zorgverleners op hun eigen richtlijnen leidt tot verkeerde zorg. Niet langer is het behalen van het doel - gezondheid/kwaliteit van leven - het streefdoel, maar het zo precies mogelijk naleven van de richtlijn.

Voorts wordt het als knelpunt benoemd dat richtlijnen – juist door het zorgvuldige ontwikkelingstraject en de noodzakelijke ‘evidence’- soms te langzaam worden aangepast. Deze vertraging leidt tot suboptimale zorg en tot ongelijkheid met de zorg elders in de EU.

Wat vindt Platform PI?

Een grote meerderheid van de leden van het Platform PI is het eens met de stelling dat richtlijnen oneigenlijk gebruikt worden. Een richtlijn is bedoeld als ‘leidend’ en geeft aan wat doorgaans het te verwachten effect is. De leden van PI vinden dat de zorgverlener altijd de individuele patiënt centraal moet stellen, dus ook beredeneerd moet kunnen afwijken van een richtlijn. De ‘gemiddelde’ patiënt bestaat nu eenmaal niet. Van de zorgverlener wordt echter verwacht dat hij op een bepaald moment in het behandelingsproces een passende keuze maakt voor de individuele patiënt. Daarmee moet een arts dus ook beredeneerd van de richtlijn af kunnen wijken.

Oplossingsrichting

De partijen geven verschillende oplossingsrichtingen aan. Velen benadrukken dat de richtlijnen met voldoende vrijheid gebruikt moeten kunnen worden. Sommige partijen zijn van mening dat een systeem van benchmarking de arts de ruimte zal geven om blijvend goede zorg te bieden. Verder vindt men dat kwaliteitsparameters toetsbaar moeten zijn op individueel- maar niet op collectief niveau. Een zorgverlener moet transparant werken en inzicht bieden in behaalde doelen die voor de patiënt relevant zijn. Een zorgverlener kan dan ook motiveren waarom hij soms afwijkt van een richtlijn.

Conclusies en aanbevelingen Platform PI m.b.t. richtlijnen

De meeste partijen die naar een mening hierover is gevraagd, denken dat richtlijnen een ondersteunende functie hebben; ze moeten dus niet gebruikt worden als een instrument waarop hulpverleners worden afgerekend. Enkele respondenten vinden dat gebruik van richtlijnen een meerwaarde kan hebben wanneer in voldoende mate rekening wordt gehouden met de praktijk en er ruimte is voor maatwerk voor de individuele patiënt. De waarde van maatwerk is zo groot, dat die leidend moet zijn in de bekostiging.

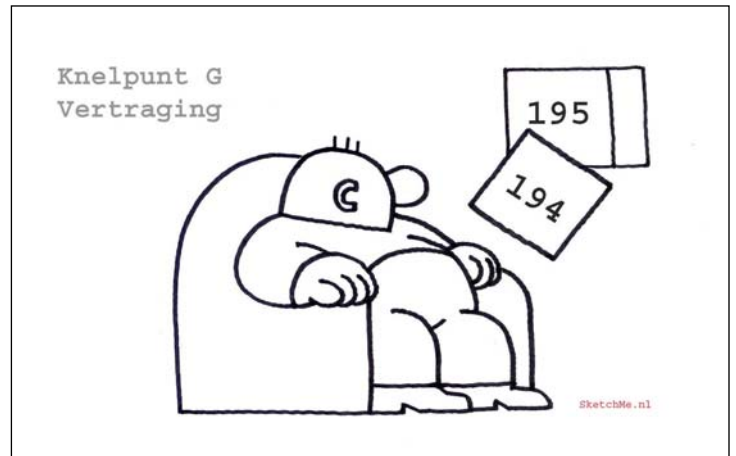
Aanbevelingen:

- De functie van richtlijnen is en blijft eenduidig: de kwaliteit wordt omschreven op basis van ‘evidence’
- Een centrale plaats voor het doel van kwalitatief goede zorg, die aansluit op de situatie van de patiënt/medicijngebruiker

Knelpunt G

HTA (Health Technology Assessment)

HTA leidt tot vertraging of belemmering van de toelating van nieuwe geneesmiddelen



Achtergrond & onderliggende oorzaken

Health Technology Assessment is een vorm van evaluatie-onderzoek waarin medische apparatuur, genees- en hulpmiddelen, procedures en voorzieningen worden beoordeeld op diverse aspecten zoals medische, economische, epidemiologische, juridische en ethische aspecten. De primaire doelstelling is ondersteuning van besluitvorming. Een essentieel onderdeel van HTA zijn economische evaluaties. Deze evaluaties kijken zowel naar de opbrengsten, de (meer)waarden van een medische technologie, als naar de kosten ervan.

Farmaco-economisch onderzoek (FE) richt zich op (nieuwe) geneesmiddelen. Zowel de klinische meerwaarde van geneesmiddelen als economische meerwaarde wordt onderzocht. HTA is niet ontwikkeld om hiermee de vergoeding van geneesmiddelen vast te kunnen stellen.

Overheden eisen tegenwoordig ook gegevens uit de dagelijkse praktijk en dat vormt een probleem bij de vaststelling van vergoedingen tenzij men kiest voor FE modellen.

Wat vinden veldpartijen?

Het doel van HTA is optimalisering van de behandeling voor de patiënt. Veldpartijen denken dat HTA in principe gebaseerd is op uitkomstenonderzoek. Hiermee wordt bedoeld dat er gekeken wordt naar de voor de patiënt relevante uitkomsten van een bepaalde behandeling met oog voor de economische waarde ervan, veelal t.o.v. de gangbare therapie. Maar uitkomstenonderzoek is niet geschikt voor het vaststellen van doelmatigheid. De overheid beoogt uitkomstenonderzoek te hanteren als maatstaf voor vergoedingen. Er zijn teveel regels waardoor onduidelijkheid kan ontstaan over wanneer en hoe een middel nu wordt vergoed. De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) vindt dat HTA bestaat uit het onderzoeken van de doelmatigheid (doet het middel in de praktijk wat het in de onderzoekssituatie beloofde en / of wat is medische de beste wijze van gebruik) en doeltreffendheid (brengt het waar voor zijn geld). Zij zijn voor een snelle opname in het verzekerde pakket met een HTA test achteraf (in 3-4 jaar op marktervaring), waarbij het middel weer van de markt of vergoedingslijst afkan als het zijn waarde niet bewezen heeft.

Het CVZ is de instantie die de beoordelingen voor zijn rekening neemt. Op dit moment kampt het CVZ met een capaciteitsprobleem, waardoor vertraging ontstaat bij de beoordelingen.

Wat vindt Platform PI?

Bij geneesmiddelen zijn er relatief veel gegevens beschikbaar over doelmatigheid, zeker in verhouding tot de beschikbare gegevens bij andere vormen van zorg. Artsen zijn van mening dat er doelmatig wordt omgegaan met geneesmiddelen. Wanneer je de Nederlandse situatie vergelijkt met die in andere westerse landen zie je dat hier de uitgaven aan geneesmiddelen 12% minder dan gemiddeld binnen de EU⁷. De buurlanden gebruiken 12 tot 60% meer geneesmiddelen. HTA moet in dit kader geen nieuwe

⁷ http://www.sfk.nl/publicaties/farmacie_in_cijfers/2009/2009-30.html

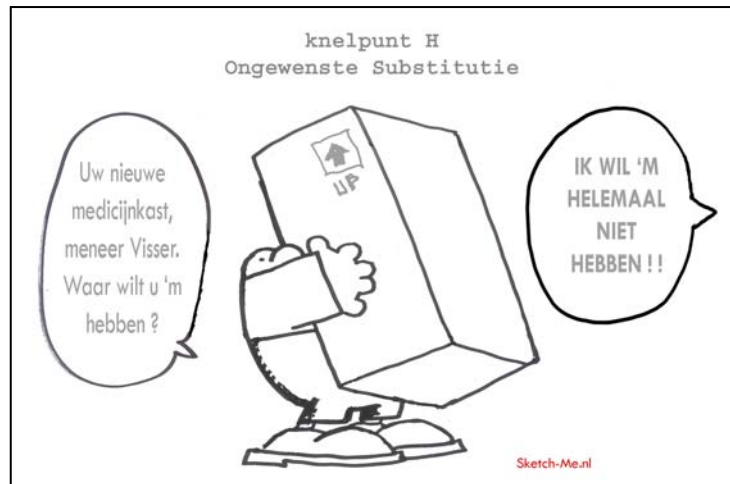
drempels opwerpen, bovendien wordt HTA ook ingezet op andere terreinen waar vernieuwing zich stapsgewijs aandient.

Conclusies en aanbevelingen Platform PI m.b.t. HTA

- Als een farmacotherapeutische behandeling is opgenomen in een richtlijn, dan moet deze zeker voor vergoeding in het basispakket in aanmerking komen.
- Tijdelijke vergoeding, direct na –versnelde- registratie. Evaluatie hierna op basis van uitkomstenonderzoek in gecontroleerde setting.
- Regelgeving vanuit de overheid leidt tot verkeerde prikkels bij HTA. Door de verantwoordelijkheid bij de direct belanghebbenden te leggen en hen daarop aan te spreken, ontstaat een situatie waarin betalers, voorschrijvers, gebruikers en leveranciers doelmatig omgaan met geneesmiddelen.

Knelpunt H

Duale financiering en aanspraak op intra- en extramurale medicijnen leidt tot ongewenste situaties in medicijngebruik



Voorbeeld

De heer V. (76 jaar) heeft last van hartfalen en COPD. Hij heeft ook een slechte heup, die vervangen moet worden door een kunstheup. Hij kan hiervoor terecht in een ziekenhuis, op 30 kilometer van zijn woonplaats. Als de heer V eenmaal in het ziekenhuis ligt, wordt zijn bestaande medicatie gewijzigd. Het ziekenhuis gebruikt nu eenmaal andere middelen voor de aandoeningen van de heer V. Na een opname van een week wordt de heer V uit het ziekenhuis ontslagen.

Omdat hij thuis geen hulp heeft, wordt hij voor drie weken in een verpleeghuis in zijn woonplaats ondergebracht. In het verpleeghuis worden zijn medicijnen opnieuw omgezet. Het verpleeghuis gebruikt namelijk weer andere medicijnen. Zodra de heer V weer thuis is, schrijft zijn huisarts hem zijn eigen, vertrouwde medicijnen voor. In alle situaties krijgt de heer V. goede medicatie voor zijn aandoeningen. Hij vindt de verschillen echter zelf heel verwarrend en heeft moeite met de voortdurende wisselingen.

Achtergrond & onderliggende oorzaken

Er is een onderscheid tussen:

- Extramurale financiering (zorg in de thuissituatie, eerste lijnszorg)
- Intramurale financiering (zorg in zieken- en verpleeghuizen e.a. intramurale instellingen: 2^o lijnszorg)

Hierdoor verschilt ook de financiering van geneesmiddelen die mensen thuis krijgen ten opzichte van de financiering van geneesmiddelen die mensen krijgen in een instelling.

Ziekenhuizen en verpleeghuizen hebben een eigen budget; ze zijn verantwoordelijk voor de uitgaven voor medicijnen. Bij tekorten draaien ze zelf op voor de kosten. Ziekenhuizen en verpleeghuizen proberen daarom hun medicijnen zo goedkoop mogelijk in te kopen. Zij maken een keuze in die medicatie, die ze in hun assortiment opnemen. Dit kan betekenen dat patiënten bijvoorbeeld bij een ziekenhuisopname, vaak andere medicijnen krijgen dan de medicijnen die de huisarts hen voorschrijft.

Uiteindelijk zou het beter zijn als het verschil tussen intra- en extramuraal qua vergoedingsstatus verdwijnt, ook hier geldt dat het systeem aanleiding geeft (intramuraal) tot perverse prikkels om middelen voor te schrijven waarmee het ziekenhuis financieel voordeel heeft.

Wat vinden veldpartijen?

De meeste geënquêteerden onderkennen dat er sprake is van wisseling van medicatie bij overgang van eerste naar de tweede lijn. Twee respondenten onderkennen dit niet. De respondenten geven verschillende verklaringen voor de oorzaken:

- Onduidelijkheid over de afbakening tussen de eerste en tweede lijn. Dit leidt tot onzekerheden over aanspraken op medicijnen.
- De financiering, interne budgetregels of inkoopvoordelen kunnen (onterecht) van invloed zijn op welk medicijn wordt voorgeschreven.

- Mensen die goed zijn ingesteld in de eerste lijn, moeten in de tweede lijn door kunnen gaan met hun (vertrouwde) medicatie.

Een van de respondenten stelt dat het algemene beleid gericht moet zijn op een zo gering mogelijke omzetting van medicijnen, als de redenen daarvoor andere zijn dan medische. De patiënt/gebruiker moet beter geïnformeerd worden, zodat hij hier een eigen rol in kan spelen.

Wat vindt Platform PI?

Platform PI vindt dat bij een opname in een ziekenhuis of verpleeghuis medicijnen zo min mogelijk moeten worden omgezet om niet medische redenen.

Oplossingsrichting

Respondenten brengen de volgende oplossingen naar voren:

- Opheffing van de financieringsverschillen tussen intra- en extramuraal verstrekte medicijnen, mogelijk via integrale financiering en functionele bekostiging (intra- en transmurale DBC's).
- Het systeem moet aansluiten op de individuele behoeften van de medicijngebruiker en daarin moeten geen verschil worden aangebracht tussen mensen die intramuraal en extramuraal behandeld worden.
- Het bekostigingssysteem moet gebaseerd zijn op prestatie (uitschrijven van een recept of opname in een DBC).
- Gecombineerde financiering waarbij het ziekenhuisbudget wordt verruimd.

Medicijnen worden nog steeds gezien als een kostenpost, terwijl adequaat geneesmiddelengebruik leidt tot kostenbesparingen in de tweedelij.

Conclusies & aanbevelingen Platform PI m.b.t. duale financiering

Eén systeem voor bekostiging, waarin zaken transmuraal geregeld zijn en waarbij de prestatie die relevant is voor de patiënt leidend is voor de beloning. De stap naar functionele bekostiging zou in de goede richting kunnen zijn, waarbij nader onderzocht moet worden of en hoe geneesmiddelen hierin ondergebracht kunnen worden.

Dankwoord

Dit onderzoek had niet uitgevoerd kunnen worden zonder de inzet en inbreng van vele betrokkenen. Onze dank gaat uit naar de volgende partijen en personen:

In de eerste plaats naar de CG-raad en mevrouw mr. N. Kien, van Stichting Eerlijke Geneesmiddelen Voorziening. Zij hebben bijgedragen aan het in beeld brengen van de knelpunten middels een aantal voorbeelden.

In de tweede plaats zijn we dank verschuldigd aan de heer dr. J. Oltvoort, die als extern deskundige zitting nam in de adviesgroep. Zijn professionele inbreng was van onschatbare waarde voor de opzet van het onderzoek en de analyse van gegevens.

Voorts dank aan de leden van de Adviesgroep Aanspraak (extra)murale farmaceutische zorg: Marnix Artz, Conny Bressers, Pauline Calkoen, Petra Kortenhoeven, Bart van der Lelie en Albert van der Zeijden.

Natuurlijk gaat onze dank ook uit naar alle externe veldpartijen die ons in vertrouwen wilden nemen. De oprechtheid, hartelijkheid en gastvrijheid van de mensen die wij hebben geïnterviewd, hebben we ervaren als zeer waardevol. In de gesprekken kwamen verschillende interessante onderwerpen aan de orde. Platform PI zal deze thema's bespreken en waar mogelijk agenderen.

Dit project was niet mogelijk geweest zonder de professionele inbreng van de heer E. Visser van de Patiënten Academie. Zijn inbreng heeft bijgedragen aan de totstandkoming van het rapport 'Inventarisatie Knelpunten Medicijnen Aanspraak' (bijlage).

Verder onze dank aan mevrouw M. van Charante; zij heeft het eindrapport professioneel geredigeerd.

Tenslotte onze speciale dank aan de bij het Platform PI aangesloten organisaties. Hun inbreng was zeer waardevol.

september 2009
Platform PI