



Overheveling TNF-alfaremmers naar het ziekenhuisbudget – kansen en risico's

Notitie naar aanleiding van een rondetafelbijeenkomst
op 1 maart 2011

Karliën Douma
Sharon van Ede

In opdracht van Platform Patiënt-Industrie

Den Haag, 31 maart 2011

© **A**arts De Jong Wilms Goudriaan **P**ublic **E**conomics bv (APE)

Overheveling TNF-alfaremmers naar het ziekenhuisbudget – kansen en risico's
Karlien Douma en Sharon van Ede
met dank aan René Goudriaan

 rapport nr. 864

© 2010 **A**arts De Jong Wilms Goudriaan **P**ublic **E**conomics BV (APE)

Website: www.ape.nl

Omslag: Brordus Bunder, Amsterdam

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

INHOUD

1	INLEIDING	5
1.1	TNF-alfaremmers	5
1.2	Maatregel	6
2	KANSEN EN RISICO'S	9
2.1	Kansen	9
2.1.1	Eenduidige verantwoordelijkheid	9
2.1.2	Doelmatiger gebruik	9
2.1.3	Meer kennisuitwisseling	10
2.2	Risico's	10
2.2.1	Beperkte toegankelijkheid	11
2.2.2	Aantasting belang patiënt	12
2.2.3	Organisatorische problemen	12
2.2.4	Gebrek aan informatie voor risicoverevening	13
3	VOORWAARDEN	15
3.1	Waarborgen toegankelijkheid	15
3.2	Duidelijke voorschrijfrichtlijnen	15
3.3	Waarborgen patiëntvriendelijkheid	16
3.4	Transparantie	16
3.5	Patiëntenvoorlichting	17
4	CONCLUSIE	19

1 INLEIDING

Op 1 maart 2011 organiseerde onderzoeksbureau Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics (APE) in opdracht van Platform Patiënt-Industrie een rondetafelbijeenkomst over het besluit van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de TNF-alfaremmers per 1 januari 2012 naar het ziekenhuisbudget over te hevelen. Verschillende betrokken partijen waren bij de discussie aanwezig, van zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen tot producenten van TNF-alfaremmers. Onder leiding van de dagvoorzitter, oud-staatssecretaris Hans Simons, is gesproken over de kansen en risico's die de overheveling naar het ziekenhuisbudget met zich meebrengt. Uiteindelijk is gezamenlijk een aantal voorwaarden vastgesteld, om de maatregel verantwoord te kunnen doorvoeren. In deze notitie worden de uitkomsten van deze rondetafelbijeenkomst beknopt weergegeven. Maar eerst bespreken we in dit eerste hoofdstuk de achtergronden van de nieuwe maatregel. In het laatste hoofdstuk reiken we enkele praktische handvatten aan, om de in de bijeenkomst genoemde voorwaarden verder vorm te geven.

1.1 TNF-alfaremmers

TNF-alfaremmers worden sinds ongeveer tien jaar toegediend bij onder andere patiënten met reuma, psoriasis (een huidziekte), de ziekte van Crohn (een darmziekte) en uveïtis (een oogaandoening). De medicijnen zijn voor deze patiënten een grote sprong voorwaarts gebleken¹. De meeste patiënten lopen door het gebruik van TNF-alfaremmers bijvoorbeeld een aanzienlijk kleiner risico om arbeidsongeschikt te worden. Volgens de officiële procedures worden TNF-alfaremmers echter pas voorgeschreven indien er geen alternatieve behandelingen meer mogelijk zijn², onder andere vanwege de hoge kosten.

Op dit moment gebruiken ongeveer 30.000 mensen in Nederland TNF-alfaremmers. Driekwart van de patiënten krijgt de medicijnen thuis toegediend, vaak door de geïntegreerde thuiszorg services. Dit houdt in dat, nadat een medisch specialist de medicijnen heeft voorgeschreven, een

¹ Dr. M. Jansen (reumatoloog) 'Nieuwe ontwikkelingen bij reumatoïde artritis', *Bijblijven*, Vol. 23 (4), 2007.

² Prof. Dr. Van der Laar (reumatoloog) in artikel 'Bezuiniging desastreuus', *SPITS*, 25 februari 2011.

centrale apotheek in samenwerking met een plaatselijke apotheek en een deskundige vanuit de thuiszorg de volledige medicijnvoorziening en -toediening verzorgt³.

Momenteel zijn vijf soorten TNF-alfaremmers op de markt beschikbaar, die niet of nauwelijks onderling uitwisselbaar zijn. Dit blijkt uit wetenschappelijke publicaties en uit de verschillende medische indicaties waar de medicijnen voor geregistreerd zijn. Voor bijvoorbeeld de aandoening uveïtis is slechts één type TNF-alfaremmers geregistreerd. Ook patiënten ervaren verschil bij het gebruik van de diverse typen TNF-alfaremmers. Verschillende partijen betwijfelen dan ook of het argument van de minister van VWS klopt, dat er sprake is van uitwisselbaarheid en dat mede daardoor een doelmatigheidsbesparing van 50 miljoen euro te behalen is⁴ (zie volgende paragraaf).

1.2 Maatregel

De verschillende typen TNF-alfaremmers staan op het moment van schrijven nog op de lijst van het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Dat betekent onder meer dat deze medicijnen worden bekostigd via de farmaceutische zorg. De minister van VWS heeft besloten om hier verandering in te brengen en alle TNF-alfaremmers per 1 januari 2012 over te hevelen naar het ziekenhuisbudget. De minister signaleerde dat er in de huidige situatie onvoldoende eenduidigheid bestaat over de aanspraak op en bekostiging van TNF-alfaremmers. Dat was de belangrijkste aanleiding voor het invoeren van de maatregel⁵. Enerzijds mogen deze medicijnen alleen door medisch specialisten worden voorgeschreven (intramuraal), maar anderzijds wordt driekwart van de TNF-alfaremmers door patiënten thuis gebruikt (extramuraal). Dit betekent dat de verantwoordelijkheid bij de medisch specialisten in de ziekenhuizen ligt, terwijl de bekostiging bij de farmaceutische zorg ligt (via het GVS).

De tweede overweging om de medicijnen over te hevelen, betreft de mogelijkheid die ziekenhuizen volgens de minister hebben om doelmatiger

³ 'Reumapatiënt dreigt weer in rolstoel te belanden', de Volkskrant, 5 augustus 2010.

⁴ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), 'Overheveling TNF alfaremmers naar ziekenhuiskader', 27 juli 2010. Bron: <http://www.medicalfacts.nl/2010/07/27/overheveling-tnf-alfaremmers-naar-ziekenhuiskader>.

⁵ Brief minister Klink, voorhang overheveling specialistische medicijnen, GMT-VDG 3012901, 14 juli 2010.

in te kopen. Daardoor zou jaarlijks 50 miljoen op de totale kosten van de TNF-alfaremmers kunnen worden bespaard. De kosten van de medicijnen bedragen momenteel ongeveer 400 miljoen per jaar, waarvan 100 miljoen voor intramuraal en 300 miljoen voor extramuraal gebruik. Omdat de minister een besparing mogelijk acht, gaat de overheveling naar het ziekenhuisbudget gepaard met een korting van 50 miljoen⁶.

Op dit moment is er nog veel onduidelijk over hoe de overheveling er in de praktijk uit zal komen te zien. Zo is het onbekend of ziekenhuizen de extramurale toediening in stand zullen houden of ervoor kiezen om patiënten naar het ziekenhuis te laten komen voor het toedienen van TNF-alfaremmers. Daarbij is er vanuit het ministerie nog geen besluit genomen over de bekostigingssystematiek per 1 januari 2012. Hierdoor is het onbekend of alle TNF-alfaremmers straks volledig zullen worden vergoed of niet. Wel is zeker dat het ziekenhuisbudget voor dit type dure medicijnen eindig zal zijn, net als nu al geldt voor de TNF-alfaremmers die intramuraal gebruikt worden.

⁶ Brief demissionair minister Klink, GMT/VDG 3012901, 10 september 2010.

2 KANSEN EN RISICO'S

Hoewel de minister van mening is dat de overheveling van de TNF-alfaremmers geen gevolgen zal hebben voor de toegankelijkheid en de wijze van aflevering en toediening bij de patiënt, meenden de deelnemers aan de rondetafelbijeenkomst dat er wel degelijk veranderingen merkbaar kunnen zijn. De verandering in de bekostiging van deze dure medicijnen kan gevolgen hebben voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor de patiënten die baat hebben bij TNF-alfaremmers. Het navolgende is een weergave van de kansen en risico's van de maatregel, zoals de deelnemers die tijdens de rondetafelbijeenkomst naar voren brachten.

2.1 Kansen

De beoogde financiering via het ziekenhuisbudget lijkt een aantal kansen te bieden om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te verbeteren.

2.1.1 Eenduidige verantwoordelijkheid

De aanleiding van de minister om de maatregel in te voeren, het gelijkstellen van de aanspraak- en bekostigingsverantwoordelijkheid, brengt volgens de deelnemers een aantal voordelen met zich mee. Zo komt alle verantwoordelijkheid voor patiënten die met TNF-alfaremmers behandeld worden, direct onder een medisch specialist te vallen. Na de overheveling fungeert de eerstelijns zorg niet langer als tussenschakel en ontstaat er een directere lijn tussen patiënt en specialist. Op deze manier zal de medisch specialist niet alleen toezicht kunnen houden op het voorschrijven van deze medicijnen, maar ook op de toediening.

2.1.2 Doelmatiger gebruik

Met de overheveling en eenduidigheid in aanspraak- en bekostiging, zal de medisch specialist niet langer alleen voorschrijven maar ook financieel (mede)verantwoordelijk zijn. Artsen zullen dan ook moeten letten op de bekostiging van de TNF-alfaremmers die zij voorschrijven.

Uit onderzoek is gebleken dat dure medicijnen, waaronder TNF-alfaremmers, doelmatiger kunnen worden voorgeschreven⁷. Zo komt het nu nog voor dat een te hoge dosering wordt voorgeschreven. Dat wil zeggen dat afbouw van medicatie mogelijk is, zonder dat dit de therapie in negatieve zin beïnvloedt. Overdosering heeft niet alleen financiële consequenties, maar betekent ook dat een patiënt risico loopt op onnodige, schadelijke effecten.

Er is eenvoudigweg nog onvoldoende kennis beschikbaar over optimale dosering van deze medicijnen. Het (mede)verantwoordelijk stellen van specialisten voor de budgetten van TNF-alfaremmers kan een prikkel geven voor nader onderzoek naar optimale dosering en naar mogelijkheden voor afbouw en risicovermindering van overmedicatie. Dat maakt uiteindelijk een doelmatiger gebruik mogelijk.

2.1.3 Meer kennisuitwisseling

TNF-alfaremmers worden door verschillende patiëntengroepen gebruikt, zoals patiënten met de ziekte van Crohn en reumapatiënten. Hierdoor schrijven verschillende groepen specialisten de medicijnen voor. Met de overheveling worden deze verschillende specialisten gezamenlijk (mede)verantwoordelijk voor het beheer van het budget voor TNF-alfaremmers binnen hun ziekenhuis. Mogelijk zullen zij zich daardoor gedwongen voelen om meer te overleggen. De overheveling biedt zo de kans dat er meer kennisuitwisseling plaatsvindt tussen artsen van verschillende disciplines over het voorschrijven en toedienen van TNF-alfaremmers. Ook dat kan de doelmatigheid van de medicatie verhogen.

2.2 Risico's

De huidige organisatie van toediening, financiering en aansprakelijkheid voor TNF-alfaremmers kent een aantal positieve aspecten voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Hieronder wordt een aantal voordelen benoemd, die er volgens de deelnemers aan de rondetafel op dit moment voor patiënten zijn, en wat hier met de overheveling in kan veranderen.

⁷ 'Toediening infliximab kan beter', Reumabond, december 2009, n.a.v. promotieonderzoek Dr. Bart van den Bemt 'Optimizing pharmacotherapy in patients with reumatoid arthritis: an individualized approach', 2009. Bron: <http://www.reumabond.nl/downloads/algemeen/Mijn%20leven/Onderzoek/Promoties/promotiel%20influximab%20Bartvan%20de%20bemt.pdf>.

Deze punten vormen dan ook de risico's van de overheveling voor de patiënt.

2.2.1 Beperkte toegankelijkheid

Nu TNF-alfaremmers nog op de Geneesmiddelen Vergoedingslijst (GVS) staan, is de toegankelijkheid van behandeling met TNF-alfaremmers gewaarborgd. De kosten worden immers volledig vergoed door de zorgverzekeraar. Er is dus geen belemmering voor patiënten om aanspraak te maken op deze medicijnen. Voor één type TNF-alfaremmers ligt dit iets anders: deze wordt intramuraal toegediend en valt nu al binnen het ziekenhuisbudget. Het kan voorkomen dat het ziekenhuisbudget voor dit type TNF-alfaremmers niet toereikend is, maar in de huidige situatie heeft een specialist nog de mogelijkheid om een patiënt van intramurale zorg over te zetten naar een van de extramuraal toedienbare TNF-alfaremmers. Ook al is dit overzetten van patiënten om niet-medische redenen vanuit het oogpunt van de patiënt een onwenselijke situatie, in het huidige bekostigingssysteem is tenminste de toegankelijkheid tot een van de typen TNF-alfaremmers gegarandeerd.

Na de overheveling staan de TNF-alfaremmers niet langer op de GVS-lijst waardoor vergoeding niet langer gegarandeerd is. De uitwijkmogelijkheid van specialisten, om hun patiënten over te zetten van intramuraal toegediende TNF-alfaremmers naar extramuraal varianten, vervalst. Niet alle partijen zijn ervan overtuigd dat ziekenhuizen een betere onderhandelingspositie zullen hebben en de medicijnen goedkoper kunnen inkopen, zoals de minister beoogt. Er wordt dan ook gevreesd dat ziekenhuizen de bezuiniging van 50 miljoen per jaar, die gepaard gaat met de invoering van de maatregel, niet kunnen realiseren door lagere inkooprijzen af te dwingen. Daarom zijn sommige deelnemers aan de rondetafel bang dat ziekenhuizen minder TNF-alfaremmers zullen inkopen dan nodig is⁸. Dit zou de toegankelijkheid van de medicijnen voor huidige en toekomstige patiënten beperken. Dat kan betekenen dat er in het geheel geen behandeling met TNF-alfaremmers wordt gestart, of dat wordt gekozen voor de goedkoopste (of enige beschikbare) variant. Dergelijke keuzes, op basis van financiële in plaats van medisch-inhoudelijke overwegingen, kunnen nadelige gevolgen hebben voor patiënten.

⁸ O.a.: Nefarma 'Overheveling extramuraal medicijnen dupeert patiënt', 26 juli 2010.
Bron: <http://www.skipt.nl/actueel/id4963-overheveling-extramuraal-medicijnen-dupeert-patint.html>;
Reumabond 'Reumapartijen werkt aan alternatief bezuinigingsvoorstel', oktober 2010.
Bron: <http://www.reumabond.nl/jouw-bond/tnf-alfaremmers.html>.

2.2.2 Aantasting belang patiënt

Het ontbreken van een eenduidige aanspraak- en bekostigingssystematiek voor de TNF-alfaremmers was de aanleiding voor oud minister Klink om de medicijnen over te hevelen naar het ziekenhuisbudget. Hoewel deze kwestie van niet-eenduidige verantwoordelijkheid door de deelnemers herkend wordt, lijkt de bezuiniging van 50 miljoen per jaar volgens hen een veel grotere rol te spelen. Deelnemers vrezen dat financiële overwegingen na de overheveling voorop komen te staan bij het voorschrijven van TNF-alfaremmers, in plaats van het patiëntbelang.

In het huidige systeem wordt de keuze voor een bepaald type TNF-alfaremmers ook al niet altijd volledig ingegeven door het belang van de patiënt. Hierboven werd al het voorbeeld genoemd van patiënten die vanwege budgettekort worden overgezet van een intramurale naar een extramuraal toedienbare variant. In dit voorbeeld werd deze beslissing niet genomen omdat de andere TNF-alfaremmers beter zou zijn voor de patiënt, maar omdat er onvoldoende budget beschikbaar was voor intramurale behandeling. Dit nadeel van het huidige systeem dreigt nog groter te worden als alle TNF-alfaremmers overgeheveld zijn naar het (per definitie beperkte) ziekenhuisbudget. De 'vluchtroute' van extramuraal behandeling is dan afgesloten, waardoor het risico ontstaat dat patiënten geen toegang meer krijgen tot deze medicijnen. De deelnemers aan de rondetafel zijn het er allemaal over eens dat het systeem zó georganiseerd moet zijn, dat het belang van de patiënt vóór moet gaan op financiële overwegingen.

2.2.3 Organisatorische problemen

Het huidige systeem voor verstrekking en toediening van TNF-alfaremmers wordt door de deelnemers van de rondetafelbijeenkomst beschreven als een goed geoliede machine. Medisch specialisten verwijzen vanuit de meeste patiënten naar extramuraal zorg, waarbij de medicijnen thuis worden toegediend. Dit biedt 23.000 patiënten een groot voordeel, omdat zij voor hun medicatie niet zelf naar het ziekenhuis hoeven te komen. Via de geïntegreerde thuiszorgservices hoeft de patiënt zelf vrijwel niets te organiseren, doordat de specialist, apotheek en specialistische thuiszorg goed samenwerken. Dat bevordert ook de medicijntrouw. Het is de vraag of na de overheveling de thuisbehandeling nog langer mogelijk is. De kans bestaat dat ziekenhuizen ervoor kiezen om de medicijnen intramuraal toe te dienen en patiënten naar het ziekenhuis moeten reizen. Dit zou een

groot verlies zijn voor de patiëntvriendelijkheid en de kwaliteit van de zorg.

2.2.4 Gebrek aan informatie voor risicoverevening

Met de overheveling van de TNF-alfaremmers naar het ziekenhuisbudget ontstaat een risico voor de informatievoorziening voor de risicoverevening⁹. Momenteel is nog niet duidelijk hoe de medicijnen vanaf 1 januari 2012 door de ziekenhuizen worden bekostigd. Hierdoor is onduidelijk hoe het gebruik van deze geneesmiddelen geregistreerd zal worden. De vastlegging van het gebruik van deze medicijnen is nu een belangrijke bron van informatie voor het risicovereveningssysteem, omdat op deze wijze verzekerden met chronische aandoeningen in beeld komen bij het College van Zorgverzekeraars. Indien de registratie niet langer mogelijk is, kunnen de zorgverzekeraars niet worden gecompenseerd voor de hoge kosten van verzekerden met chronische aandoeningen. Zo lang dit systeem van risicoverevening bestaat, is een of andere vorm van registratie nodig.

⁹ Voor een uitleg van het systeem van risicoverevening, zie: <http://www.ape.nl/nl/projecten/default.asp?nID=103>.

3 VOORWAARDEN

Om de benoemde risico's zoveel mogelijk te beperken, is tijdens de rondetafel gevraagd aan welke voorwaarden de overheveling zou moeten voldoen. Over de hieronder genoemde voorwaarden werd overeenstemming bereikt.

3.1 Waarborgen toegankelijkheid

TNF-alfaremmers hebben voor veel gebruikers de kwaliteit van leven verhoogd. Veel patiënten kunnen door deze medicijnen blijven werken en reumapatiënten hoeven in aanzienlijk minder gevallen een rolstoel te gebruiken. Deze dure medicijnen hebben grote invloed op chronische ontstekingsziekten en worden pas voorgeschreven als er geen alternatieve behandelingsmogelijkheden meer zijn. Het is dan ook van groot belang dat de TNF-alfaremmers gegarandeerd toegankelijk blijven na de overheveling naar het ziekenhuisbudget.

Belangrijk is, dat uit de literatuur blijkt dat de uitwisselbaarheid van de verschillende typen TNF-alfaremmers beperkt is¹⁰. Om de beste zorg voor de patiënt te garanderen, moet dan ook worden gewaarborgd dat het belang van de patiënt centraal staat bij het voorschrijven van medicijnen. Gezien het verschil in uitwerking van de medicijnen tussen patiënten is het essentieel dat zij toegang krijgen tot dat type TNF-alfaremmers dat bij hen het beste werkt.

3.2 Duidelijke voorschrijfrichtlijnen

Zoals beschreven, belemmert de huidige bekostigingssystematiek de keuzevrijheid bij het voorschrijven van de medicijnen al enigszins. Na de overheveling lijkt het gevaar nog groter dat het belang van de patiënt ondergeschikt raakt aan financiële overwegingen.

¹⁰ Rapport Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening over de overheveling TNF-alfaremmers (geen titel), 19 augustus 2010.

Daarnaast blijkt uit de literatuur dat dure medicijnen niet altijd doelmatig worden voorgeschreven¹¹. Om de kwaliteit van de zorg en doelmatig gebruik te garanderen, moet daarom consensus worden bereikt onder specialisten over het voorschrijven van de medicijnen. Duidelijke richtlijnen voor goed en doelmatig gebruik van TNF-alfaremmers kunnen hierbij helpen, als die ook daadwerkelijk worden toegepast. Het gebruik van richtlijnen moet dan ook worden gewaarborgd door alle groepen van specialisten die met TNF-alfaremmers werken. Hierbij is opgemerkt dat 'off-label' gebruik wel mogelijk moet blijven. Naast voorschrijfrichtlijnen kunnen ook opleidingen bijdragen aan verspreiding van kennis over optimaal gebruik van TNF-alfaremmers.

3.3 Waarborgen patiëntvriendelijkheid

De huidige organisatie van extramurale toediening, bij de patiënt thuis, wordt als zeer patiëntvriendelijk ervaren. Ook het ministerie van VWS streeft na om zorg dichtbij huis te leveren. Het zou daarom volgens de deelnemers het beste zijn als deze vorm van toediening na de overheveling wordt voortgezet. Met het oog op de patiëntvriendelijkheid dient de extramurale toediening na de overheveling te worden gewaarborgd.

3.4 Transparantie

Om de bovengenoemde voorwaarden te kunnen waarborgen en monitoren, is transparantie in het systeem nodig. Ook voor de risicoverevening is het nodig dat de gebruikers van deze dure medicijnen na de overheveling zichtbaar blijven. Door middel van een nationaal 'patient-registry' systeem kan de benodigde transparantie worden geboden. Een dergelijk patient-registry systeem verplicht registratie bij het voorschrijven van TNF-alfaremmers. Zo wordt een database opgebouwd, die ook gebruikt kan worden voor het inzichtelijk maken van verschillen in voorschrijven en gebruik. Hiermee kan zowel overbehandeling als onderbehandeling zichtbaar worden gemaakt.

¹¹ 'Toediening infliximab kan beter', Reumabond, december 2009, n.a.v. promotieonderzoek Dr. Bart van den Bemt 'Optimizing pharmacotherapy in patients with reumatoid arthritis: an individualized approach', 2009. Bron: <http://www.reumabond.nl/downloads/algemeen/Mijn%20leven/Onderzoek/Promoties/promotiel%20influximab%20Bartvan%20de%20bemt.pdf>.

3.5 Patiëntenvoorlichting

De invoering van de maatregel kan negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Zo vervalt, zoals reeds beschreven, met de overheveling de gegarandeerde toegankelijkheid van de TNF-alfaremmers. Daarbij lopen patiënten het risico dat na 1 januari 2012 niet langer wordt voorzien in een thuiservice voor de toediening van de medicijnen. Er bestaat een aanzienlijke kans dat patiënten een minder patiëntvriendelijke, effectieve en toegankelijke zorg ontvangen. Dit risico wordt kleiner als patiënten goed op de hoogte zijn van hun rechten, zoals vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en bijvoorbeeld de zorgplicht van zorgverzekeraars (Zorgverzekeringswet). Dat is volgens sommige deelnemers nu al niet voldoende het geval. De kans bestaat dat specialisten patiënten niet op de hoogte zullen stellen als de keuze om een bepaald type medicijn voor te schrijven (mede) is ingegeven door budgetbeperkingen. Na de overheveling kan dit vaker voorkomen, als specialisten zich door een dreigend budgettekort gedwongen voelen om minder TNF-alfaremmers voor te schrijven. Het is daarom van belang dat met de invoering van de maatregel ook de voorlichting aan patiënten over hun rechten wordt verbeterd. In feite betekent dit dat de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) daadwerkelijk moet worden toegepast, zodat patiënten bij een onjuiste behandeling of behandeling van onvoldoende kwaliteit weten welke mogelijkheden zij hebben om daar iets aan te doen.

4 CONCLUSIE

Om de voorwaarden uit het vorige hoofdstuk daadwerkelijk te kunnen realiseren, zijn praktische oplossingen nodig. Op basis van de rondetafelbijeenkomst en de bestudeerde literatuur kan worden geconcludeerd dat een voorschrijfrichtlijn voor TNF-alfaremmers een belangrijke eerste stap is. Voor de inhoud van deze richtlijn is nader onderzoek nodig. Nu is nog te weinig informatie beschikbaar om een goed oordeel te geven over wat doelmatig gebruik is. Daarom kan nu sprake zijn van onderbehandeling, met een suboptimaal therapie-effect, of overbehandeling, met gezondheidsrisico's en verspilling van budget als gevolg. Een patient-registry systeem kan de voor onderzoek benodigde data verschaffen, hoewel zo'n systeem niet eenvoudig in te voeren is. Toch is het de moeite van het overwegen waard. Als alle specialisten die TNF-alfaremmers voorschrijven, dit vastleggen in een nationaal systeem, zou dat goede mogelijkheden bieden voor onderzoek naar het (verbeteren) van de zorg. Op basis daarvan kan de voorschrijfrichtlijn verder worden ingevuld.

Samenvattend lijkt het ons belangrijk de volgende aspecten vast te leggen in een nieuwe richtlijn:

1. *Definitie kwalitatief goede zorg*

Kwaliteit van de zorg moeten worden gewaarborgd, maar wat wordt daar precies onder verstaan? Het zou goed zijn als specialisten samen met patiëntenverenigingen in overleg gaan over de welke vorm van toediening van TNF-alfaremmers voldoende kwaliteit biedt. Die consensus dient vervolgens verwerkt te worden in de nieuwe richtlijn. Dat is een belangrijke voorwaarde voor een patiëntvriendelijk systeem.

2. *Wetenschappelijk bewijs over doelmatig gebruik*

Uit onderzoek is gebleken dat TNF-alfaremmers doelmatiger voorgeschreven kunnen worden. Dat is ook in de rondetafel bevestigd. Wat precies de grenzen van doelmatig gebruik zijn, moet in nader onderzoek worden vastgesteld. Dit onderzoek is dus hard nodig om tot een goede richtlijn te komen. Meer kennis over behandeling met TNF-alfaremmers is bovendien voor alle partijen voordelig. Het levert mogelijk niet alleen kostenbesparingen op, maar ook effectievere behandelmethoden.

3. *Interdisciplinaire samenwerking*

Om transparantie te creëren en consensus te bereiken onder specialisten over kwalitatief goede zorg en doelmatig gebruik, is samenwerking tussen artsen van verschillende specialismen nodig. Door samenwerking vast te leggen in de richtlijn, kan dit worden gewaarborgd. Te denken valt hierbij aan een periodiek interdisciplinair overleg, maar ook aan samenwerking in opleidingen of speciale bijeenkomsten gericht op kennisuitwisseling.

4. *Patiëntenvoorlichting door de specialist*

Als de patiëntenvoorlichting in het huidige systeem al tekortschiet, zoals sommige deelnemers hebben betoogd, maakt de overheveling het extra urgent om hier iets aan te doen. Een nieuwe richtlijn zou ook kunnen helpen om ervoor te zorgen dat patiënten beter op de hoogte zijn van hun rechten. Wanneer de richtlijn (die verondersteld wordt openbaar te zijn) een definitie bevat van kwalitatief goede zorg, kunnen patiënten zich hierop beroepen. In de richtlijn kan ook opgenomen worden dat specialisten verplicht zijn hun patiënten op de hoogte te brengen van de rechten die zij hebben. Zo krijgen patiënten meer kans om passende zorg op te eisen, indien nodig.