

A microscopic view of several cells, some appearing to be in motion or interacting, set against a blue background. The cells are rendered in shades of blue, purple, and orange, with some showing internal structures like nuclei.

Speciale  
uitgave bij  
Oncologie  
Up-to-date

# De zorg toegankelijk houden

Rol van de oncoloog  
in de prijsdiscussie

Deze uitgave is een bijlage bij nummer 4 van *Oncologie Up-to-date* 2015, uitgegeven door Uitgeverij Jaap.

De meningen van de geïnterviewden die in deze special zijn opgenomen, zijn die van de geïnterviewden en hoeven derhalve niet overeen te stemmen met die van de uitgever of van AbbVie, AstraZeneca, Janssen, MSD, Pfizer en Takeda Nederland B.V.

#### Teksten

Huup Dassen

#### Fotografie

Marlou Pulles  
Atrium-Orbis Medisch Centrum  
iStockphoto

#### Oplage

5.000 stuks

#### Copyright

© Uitgeverij Jaap, Almere.  
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag openbaar worden gemaakt of overgenomen worden door middel van druk, microfilm of op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

Deze special is mogelijk gemaakt door:

abbvie

AstraZeneca

MSD ONCOLOGY

Janssen  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
of Johnson & Johnson

Pfizer Oncology

Takeda  
ONCOLOGY

# Inhoud

- 3 **Voorwoord**
- 4 **Oncologen moeten hun verantwoordelijkheid nemen**  
Aart van Bochove
- 5 **Dure oncolytica en de wet**  
Mirjam de Bruin
- 7 **NVMO en HOVON ondersteunen specialisten met richtlijnen**  
Jan Cornelissen, Koos van der Hoeven en Frans Erdkamp
- 10 **De prijs én de waarde van nieuwe geneesmiddelen**  
Hans Sijbesma
- 12 **Verzekeraars willen landelijk beleid dure medicijnen**  
Lonneke Timmers
- 14 **“Artsen en ziekenhuizen moeten samen optrekken”**  
Frans Erdkamp en Roel Goffin
- 16 **Adviseurs bepleiten maatregelen om dure zorg toegankelijk te houden**



## De zorg toegankelijk houden

Rol van de oncoloog in de prijsdiscussie

# Voorwoord

Deze special van *Oncologie Up-to-date* is bedoeld om oncologen in het veld meer inzicht te geven in de problematiek van kostbare oncolytische geneesmiddelen en de rol die zij daarin kunnen spelen.

Imposante ontwikkelingen in de moleculaire biologie hebben tot een revolutie in de behandeling van kanker gezorgd. Voorheen ongreepbare tumoren zijn behandelbaar geworden. Steeds vaker is genezing mogelijk of op zijn minst een relevante verlenging en kwaliteitsverbetering van het leven.

De keerzijde is dat de nieuwe middelen kostbaar zijn en het aantal patiënten dat er potentieel voor in aanmerking komt, groot. Er is geen kristallen bol nodig om te voorzien dat deze middelen een enorm beslag op de budgetten van de gezondheidszorg zullen leggen. De uitgaven ervoor stegen de afgelopen jaren met honderden miljoenen tot 675 miljoen euro in 2014. Gegeven het feit dat ziekenhuisbudgetten jaarlijks maar met 1% mogen groeien, is het een understatement dat hier een probleem ligt.

Veel partijen zijn bij de problematiek betrokken: artsen, patiënten, zorgverzekeraars, de industrie en de overheid. In discussies in de media wijzen zij vaak naar elkaar. De industrie zou veel te hoge prijzen berekenen, de zorgverzekeraars zouden een te stringend plafond hanteren, ziekenhuizen begroten niet goed, de overheid houdt de partijen aan het hoofdlijnenakkoord en de wetgeving die de vergoeding van geneesmiddelen regelt, is te weinig flexibel. Het feit dat deze verwijten allemaal op zijn minst een beetje waar zijn, toont maar eens aan dat hier een gezamenlijke verantwoordelijkheid ligt.

Gelukkig zijn er al voorbeelden waaruit blijkt dat partijen de handschoen oppakken. De breed samengestelde Werkgroep Dure kankergeneesmiddelen van KWF adviseerde minister Schippers, op haar verzoek, onlangs over oplossingen. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit onderzocht de materie en bracht advies uit. Farmaceutische bedrijven ondersteunen registraties die bij de introductie van nieuwe, dure (oncologische) geneesmiddelen gebruikt kunnen worden om de toepassing, de effectiviteit en doelmatigheid van deze nieuwe middelen in de dagelijkse praktijk te monitoren. Daarnaast wordt her en der geëxperimenteerd met bijzondere prijsafspraken zoals *pay per performance* constructies die er op neerkomen dat als een patiënt geen baat (meer) heeft van een middel, er niet hoeft te worden betaald.

Wat kan de individuele oncoloog hiermee? Dat is de centrale vraag die in deze special beantwoord wordt. In de kern luidt het antwoord: zoek steun bij de richtlijnen van je beroepsgroep en houd een scherp oog voor relevante ontwikkelingen in het veld, zodat je kunt inschatten wat je nodig hebt. Hoeveel patiënten er het komende jaar met welke indicaties te verwachten zijn en welke inzet van middelen nodig is om ze te behandelen. Doordring je Raad van Bestuur van deze informatie zodat die goed beslagen ten ijs komt bij de jaarlijkse onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Maar ook: houd deze problematiek buiten de spreekkamer.

Diverse betrokkenen komen aan het woord. Oncoloog drs. Aart van Bochove brengt een historisch perspectief aan en vertelt over spreekkamerervaringen. Mr. Mirjam de Bruin schetst de juridische kaders. De hoogleraren dr. Jan Cornelissen en dr. ir. Koos van der Hoeven en de Limburgse oncoloog dr. Frans Erdkamp gaan in op de rol van de beroepsverenigingen van medisch oncologen en hematologen in deze kwesties. De visie van de industrie en de zorgverzekeraars wordt verwoord door respectievelijk Nefarma-voorzitter dr. Hans Sijbesma en adviserend apotheker drs. Lonneke Timmers van Menzis. Erdkamp en ziekenhuisbestuurder drs. Roel Goffin laten zien hoe zij samenwerken om er het beste voor hun patiënten uit te slepen. Ter afronding worden enkele hoofdpunten uit de recente adviezen van KWF en NZa aangestipt. Het woord is nu aan de minister.

De special kwam tot stand dankzij bijdragen van AbbVie, AstraZeneca, Janssen, MSD, Pfizer en Takeda Nederland B.V.

# Oncologen moeten hun verantwoordelijkheid nemen

**“Het thema dure geneesmiddelen is heel actueel. Het is bijna een cyclisch proces, waarbij het probleem steeds groter wordt.” Oncoloog drs. Aart van Bochove ziet als oud-voorzitter van de NVMO hoe de geschiedenis zich herhaalt. Volgens hem is het een taak van oncologen om in de discussies over geld duidelijk te maken welke zorg zij kunnen bieden en welke ontwikkelingen daarin te verwachten zijn. Daarnaast vindt hij dat discussies over geld nooit het gesprek in de spreekkamer mogen beïnvloeden.**

Van Bochove is medisch directeur van Esperanz, een organisatie waarin het Westfriesgasthuis, het Waterlandziekenhuis en het Zaanse Medisch Centrum samenwerken om de oncologische zorg vorm te geven. De druk die de kosten van nieuwe medicijnen leggen op de budgetten van ziekenhuizen is een blijvend probleem, stelt hij. “Het begon al direct na de oorlog met streptomycine. Dat kostte wel een gulden per dag. Niet iedere directie wilde dat betalen. In de jaren negentig van de vorige eeuw kwam Taxol op de markt. Ook dat was voor die tijd erg duur. Een jaar of tien geleden gebeurde hetzelfde met de nieuwe middelen voor adjuvante behandelingen. Nu is er opnieuw zo’n moment dat er een grote toename is van het aantal dure geneesmiddelen zodat we echt weer een probleem hebben. Hier staat natuurlijk wel tegenover dat het om ongelooflijk effectieve therapieën gaat. De vraag is dan hoe ver je hiermee gaat. Ik vind dat artsen een verantwoordelijkheid hebben om een bijdrage aan de discussie te leveren.” Volgens Van Bochove leveren organisaties als de NVMO en HOVON al belangrijke bijdragen. “De Commissie Beoordeling Oncologische Middelen (Cie BOM) doet gezaghebbende uitspraken over de inzet van nieuwe middelen. De tijd dat iets gebeurde omdat de dokter zei dat dit goed was, is echter voorbij. De overheid en de verzekeraars willen daar eigenstandig ook iets over te zeggen hebben.”

## Grenzen stellen

De discussie over de vraag hoe de stijgende kosten van oncologische middelen worden opgevangen, of er grenzen aan de groei worden gesteld en zo ja waar, zal gevoerd moeten worden met patiënten, verzekeren, dokters en beleidsmakers, vindt Van Bochove. “Ik hoop dat dokters daaraan meedoen. Dat is niet vanzelfsprekend. Er zijn collega’s die vinden dat dokters zich nooit mogen inlaten met discussies die kunnen leiden tot het begrenzen van de mogelijkheden van patiënten. Ik denk niet dat dit realistisch is. Je bent dan misschien burgermeester in oorlogstijd, maar ik vind dat dokters inzicht



Aart van Bochove

**“Er zijn collega’s die vinden dat dokters zich nooit mogen inlaten met discussies die kunnen leiden tot het begrenzen van de mogelijkheden van patiënten”**

moeten verschaffen in hoe ze het geld besteden als de budgetten beperkt zijn. Als oncologen kunnen we dat natuurlijk alleen bij afwegingen binnen het oncologische veld door aan te geven wat binnen onze kaders de beste behandelingen zijn. Dat doen we al door criteria te stellen aan de werkzaamheid van middelen. De discussie over geld kan uiteraard alleen een maatschappelijke, eventueel een politieke, zijn. De dokter beslist niet of iets te duur is.”

## Spreekkamer

Van Bochove maakt soms mee, en hoort dat ook van collega’s, dat wanneer patiënten te horen krijgen dat er geen verdere behandelmogelijkheden zijn, ze vragen of het niet met geld te maken heeft. “Dat vind ik heel verdrietig. Dat is blijkbaar de manier waarop de discussie over dure medicijnen bij mensen binnenkomt. Het is al erg genoeg om te moeten

horen dat er geen behandeling voor je is, maar als je dan niet zeker weet of dat echt zo is...”

Hij benadrukt dat discussies over geld buiten de spreekkamer moeten blijven. “Je kunt ze niet op individuele patiënten betrekken en zeggen, sorry, maar ik heb geen geld meer.” Politici die zeggen dat wat er in de spreekkamer gebeurt eigenlijk een black box is, beziet hij met argwaan. “Die voelen zich blijkbaar onbehagelijk bij het feit dat er factoren zijn die ze niet kunnen managen. Ik wil ervoor pleiten dat we de beslotenheid van de spreekkamer in stand houden. Niet om stiekem te doen, maar omdat de patiënt er op moet kunnen vertrouwen dat de dokter binnen de gegeven maatschappelijke context vrijheid van handelen heeft. Stel dat wij met zijn allen vaststellen dat je boven je negentigste niet meer gediagnosticeerd wordt. Dan weet iemand van 94 waar zij aan toe is. Zover is het echter niet. Daarom mogen patiënten ook niet het gevoel krijgen dat iets niet kan omdat het geld op is.” ■

## De jurist

# Dure oncolytica en de wet

**De onderhandelingen over het al dan niet vergoeden van kostbare medicijnen spelen zich af binnen een wettelijk kader waarin verschillende wetten van toepassing zijn. Welke dat zijn, schetst juriste mr. Mirjam de Bruin, van het Haagse kantoor Schutjens-De Bruin. Zij is gespecialiseerd in de gezondheidszorg en zorgverzekeringen. Zij laat zien dat er spanning bestaat tussen de regels voor de zorgplicht van artsen en ziekenhuizen enerzijds en die van de zorgverzekeraars anderzijds. In dat spanningsveld spelen de onderhandelingen zich af.**

Diverse wetten bepalen direct of indirect het juridische kader rond de dure geneesmiddelen. Zo zijn er de wetgeving die de kwaliteit van de zorg regelt en de zorgverzekeringwet. De kwaliteitswetgeving regelt onder meer de zorgverlening door artsen via de wet BIG en de WGBO. “De kern daarvan is dat artsen geacht worden verantwoorde zorg te leveren”, legt De Bruin uit. “Wat dat is, staat echter niet in de wet. De beroepsgroepen vullen dat zelf in en richtlijnen spelen daarbij een belangrijke rol. Daar mogen artsen overigens wel van afwijken als ze dat kunnen verantwoorden.”

## Aanspraak

Wanneer aanspraak en vergoeding van behandelingen aan de orde komen, zijn de zorgverzekeringwet en de geneesmiddelenwet van belang. “Wanneer ontstaat aanspraak?

Allereerst moet een middel wetmatig in de handel zijn. Dat wordt geregeld via de geneesmiddelenwet. Die regelt dat nieuwe middelen op veiligheid, kwaliteit en effectiviteit moeten worden beoordeeld. Bij de oncolytische middelen gebeurt dat meestal door de EMA.”

Het is de zorgverzekeringwet die aanspraak ingewikkeld maakt doordat hij onderscheid maakt tussen farmaceutische en geneeskundige zorg. “Farmaceutische zorg gaat in feite over de extramurale geneesmiddelen. Die worden vergoed als ze zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS).” Tot voor kort zat daar ook een aantal dure oncolytica in, maar die zijn overgeheveld naar de geneeskundige zorg en belast zo de ziekenhuisbudgetten. Geneeskundige zorg in de zin van de wet behelst ‘zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk.’ Zorg voldoet





Mirjam de Bruin

hieraan wanneer de beroepsgroep zelf op basis van wetenschappelijk onderzoek en de ervaring van de praktijk vindt dat het gangbare zorg is. In dat geval is er aanspraak. "Daarom zijn de richtlijnen die de beroepsgroep uitvaardigt zo belangrijk", stelt De Bruin.

De vraag of de aanspraak ook kan worden verzilverd, leidt tot de bekostiging. "Voor extramurale middelen geldt het GVS. Per cluster medicijnen geldt een maximumvergoeding en bij sommige geneesmiddelen zijn voorwaarden gesteld. Daarbinnen moeten zorgverzekeraars de kosten gewoon vergoeden. Oncologische zorg valt echter onder het ziekenhuisbudget en de kosten zijn vastgelegd in DOT's. Geneesmiddelen vallen in principe onder de DOT. Voor een groep dure medicijnen kan bovenop de DOT een extra bedrag worden gedeclareerd via de zogenoemde add-ons. Deze add-ons zijn maximumtarieven die worden vastgesteld door de NZa. Of add-ons ook daadwerkelijk worden vergoed, hangt af van de afspraken die ziekenhuizen met de verzekeraars maken. Daar zijn veel verschillende factoren op van invloed. De belangrijkste is wel de afspraak uit het hoofdlijnenakkoord, dat de ziekenhuisbudgetten hooguit met 1% per jaar mogen stijgen. Het speelveld is hierdoor afgebakend."

### Druk op onderhandelingen

"Patiënten mogen verwachten dat artsen verantwoorde zorg geven. De zorgverzekeringswet verplicht hen zich te verzekeren en verplicht de zorgverzekeraar ervoor te zorgen dat zij hun aanspraken waar kunnen maken. Het is echter de vraag of in de budgettaire ruimte rekening is gehouden met de stand van de wetenschap en praktijk. En als die ruimte er niet is, hoe realiseer je hem dan?" Dat is volgens De Bruin de kern van het probleem en schetst ook het spanningsveld waarin ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar om de tafel zitten.

"Die 1% uit het hoofdlijnenakkoord is niet het enige wat de onderhandelingsruimte beperkt. Een extra probleem vormen

de geneesmiddelen die overgeheveld zijn uit het GVS. Het geld dat daarbij hoorde, is maar gedeeltelijk mee-overgeheveld. Daarnaast moet de vergoeding van add-ons steeds apart worden afgesproken. Vroeger kregen ziekenhuizen altijd nog 80% van de kosten van dure medicijnen vergoed, maar nu niet meer. Ten slotte is het zo dat er steeds meer nieuwe middelen bijkomen. De druk op de onderhandelingen wordt hierdoor alleen maar groter."

De Raden van Bestuur hebben hier een ontzettend lastige klus aan, vindt De Bruin. "Die onderhandelingen zijn best ingewikkeld. In de kern gaan ze om geld, maar ze gaan natuurlijk ook over de zorg. Daar hebben de ziekenhuizen en de verzekeraars een gezamenlijke verantwoordelijkheid, want beide hebben zorgplicht. De verzekeraars moeten inkopen waar de verzekerden aanspraak op hebben. Eigenlijk is het zo simpel dat als een behandeling past binnen de stand van de wetenschap en praktijk, de zorgverzekeraar die gelet op zijn zorgplicht moet vergoeden."

Omdat het financiële kader beperkt is, hebben de Raden van Bestuur input van artsen hard nodig, stelt De Bruin. "Artsen

moeten op basis van de richtlijnen van hun beroepsgroep aangeven welke middelen ze voor hoeveel patiënten nodig hebben. Doen ze dat niet, dan is hun positie op voorhand verzwakt."

### Spel

Wat als blijkt dat het onderhandelde bedrag ontoereikend is? De Bruin: "Bij de minister kun je vooralsnog niet terecht. 'Dan moet er maar beter onderhandeld worden', zegt ze dan. Ziekenhuizen kunnen ruimte proberen te vinden door ook met de fabrikanten te onderhandelen en scherp in te kopen. Verder kunnen ze tegen de verzekeraars zeggen: 'dit zijn de middelen die we nu nodig hebben en *by the way* er zitten er nog drie aan te komen. Houd er rekening mee.' Dat spel moet je dan wel zorgvuldig spelen."

Hoe dat in de praktijk uitpakt, kan overigens sterk verschillen. "Essentieel is dat die discussie niet in de spreekkamer thuishoort", vindt De Bruin. "Ziekenhuizen en verzekeraars moeten vanuit hun eigen verantwoordelijkheid met voldoende kennis van zaken goede afspraken maken." ■

**"Juridisch is het simpelweg zo dat als er aanspraak is, er ook zorgplicht is en dat het geld er moet zijn"**

### Positie van de patiënt

Patiënten willen natuurlijk weten welke aanspraken ze hebben. "Kunnen ze de aanspraak niet realiseren, dan moeten ze bij de zorgverzekeraar zijn, want die heeft zorgplicht", zegt De Bruin. "En als de pot op is, mag dat niet het probleem van de patiënt zijn."

Wat gebeurt er als het ziekenhuis constateert dat het niet de middelen heeft om bepaalde zorg te bieden en de verzekeraar niet thuis geeft? "Er is weinig jurisprudentie over. Een zaak die in de buurt komt betrof een patiënt die een TNF-alfaremmers had en door het ziekenhuis om financiële redenen op een goedkoper middel werd gezet. De rechter heeft toen tegen het ziekenhuis gezegd dat, in het kader van de zorgplicht, financiële overwegingen geen legitieme reden zijn om een andere behandeling in te zetten. De verzekeraar werd echter ook aangesproken en opgedragen het oude middel te vergoeden: omdat het voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk en dus onder de zorgplicht viel. Toch is de positie van de patiënt zwak. Hij heeft eigenlijk weinig mogelijkheden om zich in dit spel te mengen en weet ook vaak helemaal niet wat zijn positie is."

### De beroepsgroepen

## NVMO en HOVON ondersteunen specialisten met richtlijnen

**Veel specialisten vragen zich af wat zij kunnen doen om dure oncolytische medicijnen voor hun patiënten in te kunnen zetten. "Voorzie je Raad van Bestuur van relevante informatie voordat hij met zorgverzekeraars onderhandelt. Baseer je daarbij op de richtlijnen van je beroepsgroep en houd je daar ook aan." Dat is de boodschap van de NVMO voor oncologen en de HOVON voor hematologen. Hematoloog prof. dr. Jan Cornelissen en de oncologen prof. dr. ir. Koos van der Hoeven en dr. Frans Erdkamp dragen hem uit.**

"Elke ziekenhuisdirectie zal willen weten welke uitgaven er zitten aan te komen", zegt Van der Hoeven, in het dagelijks leven hoogleraar in Leiden en voormalig voorzitter van de NVMO. "Zeker als er nieuwe middelen bijkomen, moet je die begroten. Op landelijk niveau om de premies te kunnen be-

rekenen, lokaal om tot toereikende afspraken tussen ziekenhuis en verzekeraars te kunnen komen. Als specialist kun je dus niet achterover leunen met het idee dat het wel goed komt. Je moet je Raad van Bestuur voorzien van de juiste informatie, want je hebt een gezamenlijke verantwoorde-



Jan Cornelissen

**“Elk geregistreerd middel dat binnen de richtlijnen van de beroepsgroep valt en in het pakket zit, moet je kunnen geven aan patiënten die ervoor in aanmerking komen”**

lijkheid in het kader van de zorgplicht van ziekenhuizen.” Die zorgplicht houdt in dat patiënten het recht hebben om behandeld te worden volgens de stand van de wetenschap en praktijk. “Dit betekent dat je elk geregistreerd middel dat binnen de richtlijnen van de beroepsgroep valt en in het pakket zit, ook moet kunnen geven aan patiënten die ervoor in aanmerking komen.” De portemonnee van het ziekenhuis moet echter ook gevuld blijven. “Als oncoloog ben je daarom gedwongen het spel mee te spelen door met het management goede afspraken te maken. Je moet daarnaast zien te voorkomen dat je directie te beperkende afspraken maakt”, aldus Van der Hoeven.

### Richtlijnen doorgeven

Cornelissen, hoogleraar in Rotterdam en voorzitter van de HOVON, is het hier mee eens. “Ik hoor van collega’s in het land nogal eens dat ze zich een beetje in de steek gelaten voelen en niet goed weten wat te doen. Ze worden echter niet in de steek gelaten. Als beroepsgroep geven wij zo snel mogelijk richtlijnen uit, waarin staat wat aangewezen is. Als HOVON

doen we daarnaast ook aan echelonnering: we geven aan in welk ziekenhuis de expertise aanwezig is om een bepaald medicijn voor te schrijven. Die richtlijnen zijn actueel en te vinden op onze website. Als een middel in een richtlijn staat, dan moeten collega’s het kunnen voorschrijven. Het betekent echter ook, dat hematologen de verantwoordelijkheid hebben om ervoor te zorgen dat hun directie gevoed wordt met deze informatie en de te verwachte patiëntenaantallen, zodat een en ander in de onderhandelingen meegenomen kan worden.” Cornelissen signaleert ook dat ziekenhuisdirecties hier steeds ontvankelijker voor worden. Volgens hem komt dat omdat het hele spel van onderhandelingen nog betrekkelijk nieuw is en de spelers steeds beter in de gaten krijgen wat ervoor nodig is.

### Passende middelen

HOVON-richtlijnen worden in concept opgesteld door een viertal werkgroepen die de grote hematologische werkelden bestrijken: de leukemieën, de lymfomen, de myelomen en de myeloproliferatieve aandoeningen. De richtlijnen worden gebaseerd op zoveel mogelijk klinische informatie, gegevens over het werkingsmechanisme en de farmacodynamiek. Ze worden als concept gepubliceerd op de HOVON-website. “De overheid en instanties als het ZiN, de NZa en ook zorgverzekeraars beschouwen ze steeds meer als de belangrijke informatie voor hun beleid”, volgens Cornelissen. Binnen de medische oncologie zijn de aanbevelingen van de Commissie Beoordeling Oncologische Middelen (CieBOM) van belang. Die is in de jaren negentig van de vorige eeuw



Koos van der Hoeven

ingesteld toen na de introductie van het destijds dure Taxol bleek dat ‘postcodegeneeskunde’ ontstond. In lang niet alle ziekenhuizen was het te krijgen. De commissie is breed samengesteld: er zitten oncologen in, een apotheker, een statisticus, een gezondheidseconoom en een longarts. Zij beoordelen middelen op basis van de studies die leidden tot registratie. Van der Hoeven: “Belangrijke vragen zijn of een middel past in de Nederlandse situatie, welke winst ermee geboekt wordt, welke bijwerkingen er zijn en hoe die zich verhouden tot de geboekte winst. Er moet bijvoorbeeld meer dan twee maanden levensverlenging of progressievrije overleving zijn. De commissie keurt zeker niet alles goed, bijvoorbeeld als de winst te beperkt is in relatie tot de bestaande behandeling.”

Toen Cie BOM werd ingesteld liep de NVMO hiermee voorop binnen Europa. Intussen krijgt zij navolging op Europees niveau. Binnen de Europese beroepsorganisatie ESMO wordt nu ook een dergelijk systeem opgezet, de *Magnitude of Clinical Benefit Scale* (ESMO-MCBS). Daaruit is af te leiden welke gunstige klinische effecten van nieuwe behandelingen verwacht mogen worden.

### Kwaliteit

De Sittardse oncoloog Erdkamp wijst erop hoe belangrijk het is dat specialisten vanuit de richtlijnen eensgezind handelen. “Natuurlijk maak je individuele afwegingen en geef je een middel soms niet aan patiënten met nier- of longproblemen.” Een ander punt is echter dat zorgverzekeraars op basis van de declaraties die ze binnen krijgen opvallende verschillen in voorschrijfgedrag tussen ziekenhuizen en soms ook binnen ziekenhuizen op het spoor kunnen komen. “Als dat gebeurt, is de kans groot dat dit gebruikt wordt in de onderhandelingen om ziekenhuizen tegen elkaar uit te spelen.”

Kwaliteitsbewaking is dus op zijn plaats. Binnen de HOVON gebeurt dit door middel van monitoring van de bij HOVON aangesloten ziekenhuizen, vertelt Cornelissen. “Die krijgen bezoek en dan wordt gekeken naar de lopende HOVON-studies en hoe de kwaliteit daar omheen georganiseerd is. Dat is tegelijk ook een reflectie van de algehele intensieve hematologische zorg. Dit werkt dus ook als algemeen kwaliteitsinstrument, waar ook verzekeraars hun voordeel mee zouden kunnen doen.”

Cornelissen pleit ervoor dat de borging van de kwaliteit van de zorg een zaak van de beroepsgroep blijft. Nu zijn volgens de zorgverzekeringswet ook de verzekeraars hier deelverantwoordelijk voor. “Dat klopt niet en dat begrijpen de verzekeraars zelf ook. Hoe moeten ze dat waarmaken? Daarom overleggen ze hier al intensief over met ons en met de NVMO.” Bij kwaliteitsborging komt veel kijken, legt Cornelissen uit. “Het gaat om meer dan het maken van een richtlijn. Er zit ook een registratie aan vast. Je wilt weten welke middelen



Frans Erdkamp

**“We gaan een aantal jaren een pay per performance overeenkomst doen en kijken of dat zinnige en zuinige zorg op de juiste plaats oplevert”**

zijn voorgeschreven, voor welke indicaties dat gebeurde en hoe de patiënten het er op deden. Dat moet je dan registreren. Een goed systeem daarvoor heb je niet zomaar opgetuigd, maar samen met het IKNL kunnen we dat.”

Een goede registratie kan het voor de industrie ook aantrekkelijk maken om voor nieuwe medicijnen een *pay per performance* overeenkomst aan te gaan. Een dergelijke overeenkomst is onlangs afgesproken voor een nieuw, duur middel tegen de ziekte van Kahler. De verzekeraars vergoeden het middel volledig aan de ziekenhuizen waarin het wordt voorgeschreven. De specialisten ter plekke registreren bij welke patiënten welke resultaten worden geboekt. Die gegevens delen ze met de fabrikant en de verzekeraars. Voor niet-responderende patiënten betaalt de firma een bedrag terug aan de verzekeraar. Cornelissen: “Dit gaan we een aantal jaren doen en dan kijken we of dat zinnige en zuinige zorg op de juiste plaats oplevert.” ■



# De prijs én de waarde van nieuwe geneesmiddelen

**De nieuwe medicijnen tegen kanker kosten veel geld. Toch noemt dr. Hans Sijbesma, voorzitter van Nefarma, de koepel van innoverende farmaceutische bedrijven, ze liever kostbaar dan duur. “Dat doet meer recht aan de toegevoegde waarde die de nieuwe oncolytica hebben voor patiënten en maatschappij.” Het probleem van de kosten zit in zijn ogen niet alleen in de prijs, maar ook in het bekostigingssysteem dat de risico’s vooral bij de ziekenhuizen legt en de toepassing van innovaties remt.**

Sijbesma plaatst kanttekeningen bij de stelling dat de oplopende kosten van nieuwe oncolytica niet meer op te brengen zouden zijn. “Het probleem zit volgens mij vooral in het feit dat de groei van de ziekenhuisbudgetten achterloopt bij wat de ziekenhuizen hun patiënten willen en kunnen bieden. Ze zijn gebonden aan het hoofdlijnenakkoord waardoor hun budget jaarlijks maar met 1% mag groeien. We zien nu dat er tussen ziekenhuizen praktijkvariatie ontstaat en dat patiënten vanwege budgettaire redenen niet overal op dezelfde manier worden behandeld. Dat is onwenselijk.”

Hij constateert dat in andere segmenten van de zorg de kosten voor geneesmiddelen juist teruglopen. “De kosten van extramurale middelen zijn de afgelopen jaren met 1 miljard euro gedaald. Dit geld wordt echter niet direct gebruikt om elders hogere uitgaven aan geneesmiddelen te dekken. Ik pleit er dan ook voor dat in de discussie tussen overheid, ziekenhuizen en zorgverzekeraars meer ruimte wordt gecreëerd dan het

**“Het moet mogelijk zijn om een budgettair kader te scheppen dat medicamenteuze innovaties in de oncologie en het ziekenhuis ook in de komende jaren binnen het bereik van artsen en patiënten houdt”**

hoofdlijnenakkoord nu toestaat. Dat gebrek aan ruimte is volgens mij de kern van het huidige probleem.” Nefarma bepleit dan ook ontschotting: gebruik de ruimte die elders ontstaat op plekken waar innovatie hard nodig en ook mogelijk is. “Vergeet niet dat grote innovaties uit het verleden, zoals de maagzuurremmers, bloeddrukverlagende en cholesterolverlagende, ook veel geld kostten, maar nu goedkoop zijn omdat de patenten er af zijn. Nu is er meer geneesmiddelen-innovatie binnen de oncologie en het intramurale segment,

maar is er onvoldoende budgettaire ruimte voor. Hiervoor is het van groot belang om een adequate inschatting te maken van wat er aan zit te komen en hoeveel extra budget nodig is. De farmaceutische bedrijven kunnen hier een belangrijke bijdrage aan leveren.”

Daarnaast gaan binnen afzienbare tijd enkele belangrijke specialistische middelen uit patent. “Ik denk dat het in de komende drie jaar wat de oncolytica betreft om tientallen miljoenen euro’s gaat en zelfs om honderden miljoenen als we ook andere klassen van geneesmiddelen meerekenen. Dat betekent dat het mogelijk moet zijn om een budgettair kader te scheppen dat medicamenteuze innovaties in de oncologie en het ziekenhuis ook in de komende jaren binnen het bereik van artsen en patiënten houdt.”

## Prijsbepaling

Uiteraard worden de prijzen van geneesmiddelen in belangrijke mate bepaald door de som van de ontwikkelings- en productiekosten, maar ook door de toegevoegde waarde die een middel heeft voor patiënten en de maatschappij.

De kosten voor Onderzoek en Ontwikkeling vormen een belangrijke factor. Die zijn hoog. Berekeningen van Tufts University uit 2014 komen uit op gemiddeld 2,5 miljard dollar per geregistreerd geneesmiddel. Er is echter ook veel geïnvesteerd in middelen die de markt uiteindelijk niet haalden. Tel die mee, dan zijn de kosten per geregistreerd middel gemiddeld 5 miljard, berekende het zakenblad *Forbes* vorig jaar. Toch is dit niet het enige aspect dat meegewogen wordt. Het gaat ook om de in de komende jaren verwachte kosten voor de ontwikkeling van nieuwe medicijnen. “Die zullen waarschijnlijk verder toenemen. Het wordt steeds ingewikkelder om medicijnen te ontwikkelen die nog meer gezondheidswinst geven dan de al beschikbare en ook zijn we steeds meer op zoek naar *targeted therapies* voor kleinere groepen patiënten. Bij deze geneesmiddelen zijn de investeringen zeker niet minder hoog en omdat de patiëntengroepen kleiner zijn,



Hans Sijbesma

**“Oncologische middelen zijn hier niet duurder dan in de landen om ons heen. We zitten redelijk op het gemiddelde”**

heeft dat een effect op de prijzen. Daar staat tegenover dat je deze *targeted therapies* zeer gericht en dus zeer doelmatig kunt inzetten.”

## Waarde

Naast de prijs is de waarde die een middel vertegenwoordigt voor patiënten en de maatschappij minstens zo belangrijk, vindt Sijbesma. Voor een patiënt met kanker gaat het vaak over het verschil tussen leven en dood. Het gaat echter ook om extra tijd met een goede kwaliteit van leven, om door te kunnen brengen met dierbaren en waardig afscheid te kunnen nemen. “Deze zaken vertegenwoordigen ook een waarde, hoewel voortdurend de ethisch-maatschappelijke vraag gesteld moet worden hoeveel we bereid zijn hiervoor te betalen, zeker wanneer de te behalen winst relatief beperkt is.” Sijbesma is niet voor het stellen van absolute limieten aan de kosten per patiënt. “Dat zou onvoldoende recht doen aan individuele verschillen tussen patiënten en we zouden hen dan wellicht waardevolle behandelingen moeten ontzeggen.”

Daarnaast moet meegewogen worden in hoeverre nieuwe therapieën bestaande behandelingen kunnen vervangen of dat we patiënten langer uit het ziekenhuis kunnen houden. Je bespaart dan op kosten die je anders elders in het zorgtraject zou maken.

Ook belangrijk vindt Sijbesma het feit dat veel patiënten na behandeling weer deel kunnen nemen aan het arbeidsproces.

“Al die elementen samen bepalen de waarde van een geneesmiddel. In Europees verband wordt door de innovatieve bedrijven veel gedaan om de waarde van nieuwe middelen voor patiënten en maatschappij beter inzichtelijk te maken.”

## In toom

De vraag hoe je de prijzen van geneesmiddelen kunt beteugelen, vindt Sijbesma een terechte. “Wij begrijpen natuurlijk ook wat dure geneesmiddelen betekenen voor de budgetten van de ziekenhuizen en voor onze maatschappij. Daarom zijn er tussen fabrikanten, het ministerie van VWS, het ZiN, de verzekeraars en het veld afspraken over de wijze waarop geneesmiddelen worden vergoed en toegepast. Daarbinnen bepaalt in principe het ZiN samen met het ministerie welke nieuwe geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen. De industrie overlegt hiervoor een dossier waarin de klinische waarde van een middel en de kosteneffectiviteit zo goed mogelijk worden onderbouwd.” De minister kan dan besluiten een middel al dan niet (voorwaardelijk) toe te laten, het gebruik te beperken tot bepaalde patiëntencategorieën of om prijs-volumeafspraken te maken. Daarnaast geven de beroepsorganisaties via richtlijnen aan hoe en bij welke indicaties nieuwe medicijnen het beste kunnen worden toegepast. Het ZiN heeft een indicatie gegeven voor de maatschappelijk verantwoorde hoogte van de kosten van geneesmiddelen in relatie tot de ziektelast. Bij de hoogste ziektelast is eerder door de Gezondheidsraad een grens genoemd van € 80.000 per QALY (*quality adjusted life year*). Die grens is echter indicatief en moet worden beoordeeld in samenhang met de andere pakketcriteria.

En dan is er nog de wet op de geneesmiddelenprijzen. Die bepaalt dat medicijnen niet duurder mogen zijn dan het gemiddelde van de prijzen in België, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. “Oncologische middelen zijn hier daarom niet duurder dan in de landen om ons heen. Vergelijken met veel andere West-Europese landen zitten we redelijk op het gemiddelde.”

## Rek

Toch hoeft ‘het veld’ niet werkloos af te wachten welke prijzen er uit de bus komen. Scherp inkopende ziekenhuizen kunnen profiteren van marktwerking en concurrentie tussen bedrijven. Sijbesma voorziet dat diverse fabrikanten de komende jaren met nieuwe middelen voor vergelijkbare indicaties komen. “Hun onderlinge concurrentie zal de prijzen ongetwijfeld onder druk zetten.”

De industrie is zeker niet doof voor de geluiden uit de maatschappij over de hoge prijzen en de middel-langetermijneffecten daarvan, stelt de Nefarma voorzitter. “Als koepel willen we ook samen met het veld werken aan de ontwikkeling van nieuwe prijsmodellen. Mocht bijvoorbeeld bij voorwaardelijke toelating de kosteneffectiviteit van een middel in de praktijk

tegevallen, dan is het logisch dat ook de prijs naar beneden wordt bijgesteld. Prijs-volumeafspraken kunnen ervoor zorgen dat bij een onverwacht hoger volume de prijs eveneens naar beneden wordt bijgesteld.

Andere mogelijkheden zijn *pay for performance* en *capping*. Sijbesma: "In het eerste geval wordt alleen betaald als een patiënt respondeert op basis van vooraf afgesproken criteria. Bedrijven nemen dan hogere risico's, en vertrouwen daarbij op de kwaliteit van de producten en een doelmatige inzet door artsen." Bij *capping* wordt bij voorbaat per patiënt een

maximum aan kosten afgesproken. Dat is vooral van belang als middelen jarenlang moeten worden gebruikt. De patiënt krijgt het middel dan na een bepaalde tijd gratis of tegen kostprijs. Ten slotte noemt Sijbesma combinatietherapieën. "Veel bedrijven ontwikkelen nieuwe combinaties van geneesmiddelen. Denk bijvoorbeeld aan combinaties van en met de nieuwe immuun-oncolytica. Dat wil niet altijd zeggen dat de prijzen van de afzonderlijke middelen dan volledig opgeteld moeten worden. Als de combinatie effectiever is, zal de afzet ervan groter zijn en kan de prijs lager zijn dan de som van de delen." ■

## De zorgverzekeraar

# Verzekeraars willen landelijk beleid dure medicijnen

**"Ook verzekeraars zien het grote probleem van de betaalbaarheid van dure middelen en dat de oncologie een van de disciplines is waar dit het meeste speelt. De vraag is hoe dat op te lossen. Zeker is dat wij dat niet in ons eentje kunnen." Dat zegt drs. Lonneke Timmers, adviserend apotheker bij zorgverzekeraar Menzis. Zij ziet de oplossing in landelijk beleid en denkt dat met de farmaceutische industrie stevige afspraken gemaakt moeten worden over de hoogte van de prijzen.**

Behalve adviserend apotheker bij Menzis is Timmers ook onderzoekster bij het VU medisch centrum te Amsterdam. Daar bestudeert ze de therapietrouw van patiënten die orale oncolytica krijgen. Door haar werk als poliklinisch apotheker kreeg ze belangstelling voor de oncologie. Als adviserend apotheker ondersteunt ze haar collega's zowel in de beleidsvorming als in de casuïstiek. "Ik kijk er met een farmaceutische blik naar en denk na over wat mogelijk en redelijk is. Ik richt me op de dure geneesmiddelen en denk met de intramurale collega's mee over de vraag hoe we ontwikkelingen op dit gebied kunnen vertalen in afspraken met ziekenhuizen. De onderhandelaars kunnen immers geen goede afspraken maken als ze geen inhoudelijke kennis hebben."

## Open instroom

De kern van het probleem is volgens Timmers duidelijk. De kosten van dure geneesmiddelen stijgen sterker dan de 1%

die in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken. Dit komt door de introductie van steeds duurder middelen. Daarbij wil zij er geen misverstand over laten bestaan: ze vindt de nieuwe oncologische middelen 'echt fantastisch', maar de prijzen 'echt veel te hoog'. Aanpassing ervan vraagt om landelijk of zelfs Europees beleid. We zullen ook moeten nadenken over vragen als hoeveel die dure behandelingen ons waard zijn." Vanuit de industrie is voorgesteld om ze te financieren met geld dat bespaard is op de extramurale farmaceutische zorg. Timmers is niet enthousiast. "Die middelen vallen onder een heel ander systeem. Ze worden vergoed via het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het knelpunt is eerder dat in de intramurale zorg sprake is van een wettelijk vastgelegde open instroom. Oncologische medicijnen worden geregistreerd bij de EMA, waarbij wordt gekeken naar veiligheid en effectiviteit. Voor de extramurale farmacie wordt ook het pakketcriterium kosteneffectiviteit beoordeeld; bij intramurale middelen niet vanwege de open instroom." Als het aan



Lonneke Timmers

**"De oncologische middelen die er aan komen zijn 'echt fantastisch', maar de prijzen 'echt veel te hoog'"**

Timmers licht, zou het proactief beoordelen van de prijs en de kosteneffectiviteit van nieuwe middelen - gewoon in de extramurale zorg - ook bij intramurale middelen moeten gebeuren. Voor het zover is willen sommige verzekeraars wel meewerken aan constructies die de kosten van dure medicijnen kunnen drukken. Zo gingen ze akkoord met een *pay per performance* initiatief binnen de hematologie. "De hematologen borgen de doelmatige inzet van het nieuwe middel terwijl wij een prijsafpraak met de fabrikant hebben en budgetruimte creëren voor het ziekenhuis. Vervolgens kijken alle partijen hoe het met het middel gaat. Bij patiënten die niet responderen vergoedt de industrie het. "Ik beschouw dat als een pilot. Zo'n constructie werkt natuurlijk alleen als iedereen wil meewerken."

## Pijlijn

Eén van de problemen van verzekeraars is hun informatiepositie met betrekking tot wat er aan nieuwe middelen aankomt, constateert Timmers. Deze informatie moet veel breder gedeeld worden, ook met zorgverzekeraars. "We zijn risicodragend. Daarom willen we weten wat we kunnen verwachten om goede afspraken met ziekenhuizen te kunnen maken en om de premie te kunnen berekenen." Die informatieachterstand ontstaat voor een deel ook doordat declaraties van ziekenhuizen soms laat doorkomen. "Ik heb

nu de gegevens over 2012 en 2013 en deels van 2014 op mijn bureau, maar ondertussen moeten er plannen voor 2016 gemaakt worden. Ik heb onvoldoende inzicht in het actuele gebruik. Terwijl ik denk dat er binnen ziekenhuizen toch wel een beeld is van wat er in het afgelopen jaar aan dure geneesmiddelen is omgegaan. Ik roep dan ook op tot meer transparantie." Het gebrek aan 'pijlijninformatie' is ook voor ziekenhuizen lastig. "Er is soms nog niet eens een prijs vastgesteld. Ook weet je doorgaans niet van tevoren in welke maand een middel op de markt komt en wat de beroepsgroep ervan gaat vinden. De beschikbare informatie is onvoldoende om premies te kunnen berekenen. In deze middelen zit wèl de dure klap. Onze enige zekerheden als verzekeraars zijn dat we risico lopen, dat al onze verzekerden de juiste zorg moeten krijgen en dat we binnen die 1% moeten blijven."

## Landelijk beleid nodig

Voor de onderhandelingen over de dure middelen hebben oncologen een taak in het bijdragen aan prognoses, ook van nieuwe ontwikkelingen. "Zowel landelijk als binnen afzonderlijke ziekenhuizen is dat van belang. Wij gaan er als verzekeraar van uit dat kwaliteit van behandelingen wordt bepaald door de beroepsgroep." De problematiek van de dure geneesmiddelen vraagt om landelijk beleid. Diverse partijen vragen daar om. "De zorgverzekeraars sluiten zich daarbij aan, omdat wij dit probleem ook niet in ons eentje kunnen oplossen." Timmers verwacht dat dit beleid er wel komt, zeker nu minister Schippers zich via KWF Kankerbestrijding door een breed samengestelde commissie heeft laten adviseren. "Met welke aanbevelingen die commissie ook komt, het belang van de verzekerde moet voorop blijven staan. Als hij aanspraak heeft, moet hij een middel kunnen krijgen, misschien in een ander ziekenhuis, maar het moet. Wat we beslist niet willen, is dat een verzekerde een noodzakelijke behandeling *niet* krijgt." ■

*Dit interview heeft plaatsgevonden voordat het NZa- en KWF-rapport zijn gepresenteerd.*

## Concurrentie

Ziekenhuizen klagen wel eens dat ze met verschillende verzekeraars steeds andere afspraken moeten maken. Van de ene verzekeraar mogen ze bij tekorten putten uit posten waar ze op over houden, van een andere niet. Timmers wijst er op dat dit moeilijk anders kan: "Van de ACM mogen we hierin niet één lijn trekken. Het zou goed zijn als verzekeraars meer ruimte kregen om samen te werken, zeker als het om deze dure geneesmiddelen gaat. De eisen van de ACM lijken ook strijdig met de gelijke aanspraak die in de zorgverzekeringswet is vastgelegd", vindt ze.



# “Artsen en ziekenhuizen moeten samen optrekken”

**Oncoloog dr. Frans Erdkamp uit Sittard en drs. Roel Goffin, lid van de Raad van Bestuur van Zuyderland (voorheen Orbis Medisch en Zorgconcern), een concern met twee ziekenhuislocaties in Zuid-Limburg, trekken al jaren samen op als het gaat om dure geneesmiddelen. Vanuit ieders verantwoordelijkheid proberen ze voor patiënten met kanker het beste resultaat uit de onderhandelingen met de zorgverzekeraars te slepen. “Eind mei zitten we al om de tafel om de onderhandelingen in het najaar voor te bereiden.” Een voorbeeld van hoe de praktijk kan zijn.**

De ziekenhuizen van het concern waar Erdkamp en Goffin werken hebben een geneesmiddelenbudget van 60 miljoen euro. 85% daarvan gaat op aan kostbare geneesmiddelen. Dat aandeel stijgt jaarlijks met 7% terwijl slechts 1% groei is toegestaan. Zie daar het probleem waar Goffin en Erdkamp zich voor gesteld zien.

“Waar het dan om gaat, is het overeind houden van de continuïteit en kwaliteit van de zorg”, steekt Erdkamp van wal. “Iedereen heeft kwaliteit hoog in het vaandel en iedereen denkt na over hoe het beter kan, maar aan de andere kant wil je adequate kostprijzen hebben. De zorgverzekeraar wil dat, maar het ziekenhuis net zo, want dat moet ook kunnen draaien. Allemaal zaken waar je als dokter niet over nadent als je met de patiënt in de spreekkamer zit. Wij vinden het beiden essentieel dat specialisten en ziekenhuisbestuurders samen optrekken naar de zorgverzekeraars toe. Onze belangen raken elkaar zo nauw dat het gezamenlijke belangen zijn geworden. Als ik in de spreekkamer ongeremd mijn gang ga, krijgt Roel een probleem en zal hij me vroeg of laat terugfluiten.” “We moeten het dus op een aantal belangrijke gebieden eens zien te worden”, haakt Goffin aan. “We moeten het eens zijn over onze speerpunten en proactief beleid ontwikkelen. Daarin

leg je vast waar je in ons ziekenhuis naartoe wilt met de oncologie en andere dure disciplines. Wat doen we hier? Wat dragen we over aan bijvoorbeeld het UMC in Maastricht? Zetten we andere middelen in? Het is dus zaak om gezamenlijk te verkennen welke risico’s we lopen en welke keuzes we kunnen maken. Dit is dus het traject dat je ingaat, vóórdat je met de verzekeraars gaat praten.”

## Richtlijnen

Voor zijn inbreng in de discussie baseert oncoloog Erdkamp zich primair op de uitspraken van Cie BOM en andere richtlijnen van de NVMO. “De commissie beoordeelt nieuwe geneesmiddelen. Keurt die een middel goed, dan kun je het in het ziekenhuis voorschrijven. Dat betekent dus ook dat je als de commissie negatief adviseert, dat middel niet gebruikt. Daar moet je het als specialisten onderling ook over eens zijn. Want alleen eensgezind bouw je een sterke positie op, niet alleen binnen het ziekenhuis, maar ook tegenover de zorgverzekeraars en de buitenwereld.”

Bij de gesprekken met de ziekenhuisbestuurders komen zaken aan de orde als het aantal patiënten met bepaalde vormen van kanker, hoeveel van welke medicatie voorgeschreven is, hoeveel patiënten voor een potentieel nieuw medicijn in aanmerking komen, welke nieuwe middelen er aankomen, maar ook welke uit patent gaan en generiek ingekocht kunnen worden.

“Als uit de richtlijnen volgt dat je patiënt A middel X kunt geven, betekent dat nog niet dat je dat in alle gevallen ook moet doen”, vindt Erdkamp. “Geef je een duur middel aan een patiënt die nog maar twee maanden te leven heeft, of al 95 is? Dat zijn vragen die je samen met de patiënt moet bespreken. Wat we niet moeten doen is in de spreekkamer de discussie voeren of het leven 80.000, 100.000 of 120.000 euro per jaar mag kosten.” Goffin beaamt dit: “Hier spelen indirect de door de overheid gestelde macrokaders een rol.

Ik ben van de school die vindt dat de overheid niet moet bepalen dat dokters in de spreekkamer die afweging puur op

financiën moeten maken. Daar gaat het echt over de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg. De afwegingen die in de spreekkamer worden gemaakt, moeten echter wel voortvloeien uit een maatschappelijk debat. Wat ik ook vind is dat je schaarse middelen alleen moet inzetten als dat toegevoegde waarde heeft voor de patiënt. Dat houdt de zorg betaalbaar ook voor de toekomstige patiënten.”

Hoe gaat een bestuurder als Goffin om met de richtlijnen en criteria die de verschillende beroepsgroepen stellen? Neemt hij ze over? Goffin: “Ik stel ze in elk geval nooit ter discussie, ervan uitgaande dat deze beroepsverenigingen hier adequaat mee omgaan. Wat wel van belang is, is of er behandelingen zijn die sporadisch voorkomen, drie of vier keer per jaar. Dan wil ik ervoor kiezen om die niet meer te doen en de patiënt door te verwijzen naar een centrum dat meer expertise heeft. Ik zie ook binnen de regio en tussen regio’s steeds meer voorbeelden van dit soort taakverdelingen. De normen van de beroepsverenigingen hebben we echter nog nooit ter discussie gesteld. Alleen wanneer die ons voor onoverkomelijke financiële problemen zouden stellen, moeten we het hebben over hoe we dat organiseren.”

## Onderhandelen

Al deze inspanningen leiden tot een offerte waarover het ziekenhuisbestuur in het najaar onderhandelt met de zorgverzekeraars. Die onderhandelingen verlopen behoorlijk gedetailleerd. Dure medicijnen worden als add-on aan reguliere DOT’s gekoppeld en als aparte groep gecontracteerd. In het uiteindelijke contract staat alleen het totale bod voor de dure medicijnen, maar de onderhandelingen verlopen veel gedetailleerder. Erdkamp: “De verzekeraars zijn ook goed geïnformeerd en hebben in de onderhandelingen soms commentaar op middel- of ziekteniveau. Dan zetten ze bijvoorbeeld vraagtekens bij een middel omdat het HOVON-bestuur het heeft afgekeurd. Zo verlopen de onderhandelingen soms middel voor middel en ziektebeeld voor ziektebeeld.” Goffin maakt echter ook mee dat het soms heel soepel gaat, omdat de verzekeraars een focus bij bepaalde middelen hebben. “De onderhandelingen leiden er altijd toe dat plafonds worden afgesproken voor verschillende categorieën, waarvan dure geneesmiddelen er één is. Sommige verzekeraars zeggen dan wel dat je wel mag substitueren: als je op de ene pot wat overhoudt, mag je dat gebruiken voor een andere waar je tekort komt. Andere houden vast aan de afgesproken bedragen, maar zeggen dat over verantwoorde overschrijdingen te praten valt. Zo hebben ze allemaal hun eigen manier om te voorkomen dat de potten overkoken.”

## Claims onderbouwen

Uit het feit dat wij de afgelopen jaren geen bloopers hebben opgelopen bij de dure medicijnen blijkt wel dat dit systeem



Roel Goffin

**“Wij moeten als specialisten onze handelingen en claims goed onderbouwen. Dan staan we sterk in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars”**

werkt, stelt Goffin tevreden vast.

Erdkamp benadrukt nog eens dat transparantie hierbij essentieel is. “Wij moeten het als specialisten voor de onderhandelaars aantoonbaar maken dat het klopt wat we zeggen, dat onze claims goed onderbouwd zijn en dat we ons ook aan de richtlijnen houden. Grote verschillen in de manier waarop bepaalde patiënten behandeld worden, zijn niet uit te leggen. Hier in huis hanteren we per indicatie één schema en één reserveschema. Dat is het dan. 90% van de gevallen van één aandoening is vergelijkbaar dus dan is het onzin om die heel verschillend te gaan behandelen. Als je dat naar buiten toe laat zien, sta je tien keer sterker in onderhandelingen, maar ook in de beeldvorming. De keuze is dan aan de zorgverzekeraar of hij de zorg al dan niet wil contracteren. Tegelijkertijd weet hij op dat moment ook waar hij aan toe is.”

## Inkoop

Een factor die volgens Goffin van toenemend belang is, is de rol van de apothekers. “Die stellen zich niet langer op als leverancier, maar ook als inkoper. Als zodanig onderhandelen zij met de industrie. Veel apothekers denken ook mee met oncologen over de vraag hoe je de industrie nu kunt triggeren om in andere businessmodellen te denken. Als zij met een



Frans Erdkamp



fantastisch middel komen, maar er komt om de een of andere reden een kink in de kabel met de bekostiging, dan moet je samen op zoek naar nieuwe bekostigingsvarianten. De ervaring leert dat de industrie best bereid is om daarover na te denken. Apothekers kunnen dat veel beter dan afzonderlijke oncologen, omdat zij een inkooprelatie met de industrie hebben. Ik zie de laatste jaren dat de apothekers steeds vaker die rol op zich nemen.”

“Apothekers zitten ook bij ons overleg”, vult Erdkamp aan. “Stel: we willen een nieuw middel gaan gebruiken. Dan kijken we wat dat gaat kosten en nemen dat mee in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Tegelijkertijd gaan we ook met de farmaceut in gesprek. Die heeft er immers ook belang bij dat zijn middel van meet af aan goed wordt ingezet. De middelen zijn vaak voorwaardelijk toegelaten dus moet de industrie na een paar jaar gegevens kunnen laten zien over de resultaten. Die kunnen ze alleen van ons krijgen, dus daar laat je ze dan ook voor betalen door afspraken over de prijs te maken.”

### Bagage

Goffin verwacht dat deze ontwikkelingen de komende jaren alleen maar verder zullen gaan. Zo verwacht hij dat het belang

van medicamenteuze behandeling in de toekomst steeds groter zal worden. Ook ziet hij dat er steeds meer informatie beschikbaar komt over de effectiviteit van behandelingen en dat die ook steeds openbaarder wordt. Verzekeraars en patiënten zijn ervan op de hoogte. Tegelijkertijd schrijdt ook de techniek voort en dat wordt alleen maar duurder.

“Op zich vind ik dat een goede ontwikkeling, maar het vereist wel een bepaalde bagage van de organisatie die ermee omgaat. De tijd dat wij onze lijstjes inleverden bij de zorgverzekeraar en dat die ze afcheckten tegen de beleidsregel dure medicijnen en vervolgens betaalden, die is voorbij. Dat was ook een rare rolopvatting van de zorginstellingen binnen het maatschappelijke krachtenveld waarin middelen schaars zijn, de bevolking vergrijsst en langer oud wil worden tegen minder kosten. Deze ontwikkelingen komen alleen tot een goed einde als alle partijen hun rol serieus opvatten en hun verantwoordelijkheid nemen. Ik zie dat verzekeraars dat in toenemende mate doen en meedenken in de totale afweging. De tijd dat je als dokter dit soort problemen op het bordje van anderen kon schuiven is voorbij.”

Als het aan hem ligt houdt het Rijk zich wat op afstand. De problematiek is veel te complex om in vierkante regels en *one size fits all* benaderingen te passen, vindt hij. “Zo zijn we allemaal verantwoordelijk voor zinnige en zuinige zorg.” ■

## Adviseurs bepleiten maatregelen om dure zorg toegankelijk te houden

**Minister Schippers is aan zet. Eind juni, begin juli ontving zij twee adviezen over de stijgende kosten van kankermedicijnen. Daar had zij zowel de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als KWF Kankerbestrijding om gevraagd. Alle partijen maken zich zorgen over de vraag of het in de toekomst mogelijk blijft om kankerpatiënten die een kostbaar middel nodig hebben te blijven helpen. Ze vragen de minister om actie. Die komt in het najaar met uitgebreide reactie en dringt bij de ziekenhuizen en verzekeraars aan op een adequate financiering, zodat ze aan hun zorgplicht voldoen.**

Als het op 2 juli gepresenteerde rapport van de KWF-werkgroep één ding duidelijk maakt, dan is het wel de urgentie van het probleem. Het is geen kwestie voor de toekomst,

maar speelt nu al. Onderbouwd met cijfers laat de werkgroep zien dat er in ons land aantoonbare praktijkvariatie bestaat in het gebruik van dure medicijnen tegen kanker.



Vooraf middelen die de afgelopen jaren geïntroduceerd zijn of pas in de loop van een contractjaar werden geregistreerd, worden in sommige ziekenhuizen niet of niet altijd voorgeschreven, terwijl dit volgens de richtlijnen wel zou moeten. “Volstrekt ontoelaatbaar”, zegt de Leidse oncoloog prof. dr. ir. Koos van der Hoeven, voorzitter van de werkgroep. Het betekent immers dat niet alle patiënten de zorg krijgen die ze nodig hebben en waar ze recht op hebben. “Het huidige systeem kan de toegankelijkheid van geneesmiddelen nu en in de toekomst niet garanderen. Daarom is het nodig de huidige kaders van de gezondheidszorg aan te passen.”

### Miljoenen extra

De werkgroep die het KWF-advies opstelde, verwoordt de stem van ‘het veld’. Zij was zeer breed samengesteld.<sup>1</sup> De beroepsverenigingen hadden er zitting in, maar ook vertegenwoordigers van verzekeraars, (academische) ziekenhuizen en patiënten, alsook een aantal andere deskundigen. Op de achtergrond praatte ook een klankbordgroep van (ex-)patiënten mee. De analyses en aanbevelingen van de werkgroep worden door alle deelnemende partijen onderschreven.

KWF stelde de werkgroep in op verzoek van minister Schippers nadat de Signaleringscommissie Kanker vorig jaar de noodklok luidde na signalen over ongelijke toegang tot dure kankermedicijnen. De opdracht was inzicht te geven in de belemmeringen die artsen ervaren om (dure) kankermedicijnen voor te schrijven en om advies te geven hoe deze belemmeringen opgelost kunnen worden.

De gesignaleerde problemen ontstaan volgens de werkgroep door de hoogte van de prijzen van de nieuwe antikankermedicijnen. Zij aarzelt niet om die ‘exorbitant hoog’ te noemen en niet in verhouding tot de ontwikkelingskosten.

De kostenstijging is ook fors. Werd in 2011 nog 346 miljoen

euro aan dure kankermedicijnen uitgegeven, in 2014 was dat al 645 miljoen, een toename van maar liefst 80%. De werkgroep becijfert dat er volgend jaar nog eens 300 miljoen nodig zal zijn. Bovendien zullen de kosten jaarlijks met 10 tot 15% stijgen. Dat komt niet alleen door de hogere prijzen van nog nieuwere middelen, maar ook door de te verwachten toename van het aantal patiënten. Die extra kosten zijn onmogelijk op te brengen binnen de huidige financiële afspraken, dat maximaal 1% groei van de ziekenhuisbudgetten toestaat.

De conclusie is dan ook niet verrassend: “Om te kunnen garanderen dat alle dure geneesmiddelen tegen kanker toegankelijk zijn voor alle kankerpatiënten moet het huidige (financierings-)systeem worden aangepast. Dit betekent onder andere complete transparantie over de prijzen en waar welke behandeling is te verkrijgen, het instellen van een apart budget voor dure geneesmiddelen en het drastisch verlagen van de prijzen.”

### Adviezen

Alle in de werkgroep vertegenwoordigde partijen kunnen zich vinden in een drietal adviezen op hoofdlijnen.

1. *De toegang tot dure geneesmiddelen moet gegarandeerd zijn voor de patiënt.* De werkgroep adviseert hiervoor nog dit jaar extra geoordeeld budget vrij te maken. Ook is extra geld nodig voor innovaties op het gebied van immunotherapie. Voor 2016 moet vervolgens gewerkt worden met een afzonderlijk financieel kader voor dure geneesmiddelen, waarin deze apart worden gecontracteerd en afgerekend. Daarbij moeten behandelend artsen, conform de richtlijnen van hun beroepsverenigingen, gepast en doelmatig voorschrijven.

2. *De prijs van geneesmiddelen moet omlaag.* De farmaceutische industrie moet reële prijzen vragen op basis van een maatschappelijk aanvaardbare *return on investment*. De overheid kan slim, (inter-)nationaal onderhandelen en inkopen. Inzet van alternatieven als generieke medicatie en biosimilars moet worden onderzocht en gestimuleerd.
3. *De minister moet een regiehouder aanwijzen* die de nodige bevoegdheden krijgt om de uitvoering van deze adviezen zeker te stellen. De werkgroep vindt het essentieel dat iemand de verantwoordelijkheid krijgt voor de coördinatie en borging van de implementatie van de adviezen, zodat krachten gebundeld kunnen worden.

## NZa

Enkele dagen eerder bracht de NZa het rapport 'Onderzoek naar de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg' uit.<sup>2</sup> Ook hierin wordt geconstateerd dat de toegankelijkheid van deze medicijnen onder druk staat. De prijzen zijn hoog, er komen steeds meer en steeds duurdere middelen bij en een groeiend aantal ziekenhuizen geeft aan ze niet meer te kunnen betalen. Meer dan het KWF-rapport is dat van de NZa een onderzoeksrapport. Het is opgesteld door een team van economen, juristen, apothekers en andere specialisten die onderzoek deden naar de toegankelijkheid en betaalbaarheid van kostbare geneesmiddelen. Daarvoor analyseerden ze alle stappen tussen de vondst van een werkzaam molecuul in het lab tot en met het voorschrijven aan een patiënt en het afrekenen ervan, vele jaren later.

## Pakketbeheer

Op grond daarvan doet de zorgautoriteit twaalf aanbevelingen die tot lagere medicijnprijzen moeten leiden. Een van de belangrijkste betreft het pakketbeheer. De middelen waar het hier om gaat vallen voor de zorgverzekeringswet onder geneeskundige zorg. Dat betekent in de praktijk dat een middel, zodra het voldoet aan de stand van de wetenschap

en praktijk, in het basispakket wordt opgenomen. Patiënten rekenen er dan op dat het vergoed wordt. Bij deze open toelating speelt kosteneffectiviteit geen rol. Dat moet anders, vindt de NZa. "Overwogen zou kunnen worden om elk innovatief geneesmiddel 'bij de voordeur' (dus rond registratie) aan een beoordeling te onderwerpen." Dat betekent ook dat de prijzen van nieuwe geneesmiddelen dan al bekend moeten zijn, en niet pas vlak voordat ze in gebruik worden genomen. Daarnaast adviseert de NZa om de effectiviteit van nieuw toegelaten geneesmiddelen bij te houden via objectieve, (inter-)nationale registraties. De NZa vindt dat zelfs bestaande middelen na enige jaren opnieuw getoetst zouden moeten worden. Dat ligt maatschappelijk erg gevoelig, zoals de voorbeelden van de spierziekten van Fabry en Pompe leren. Het aantal patiënten is klein, de middelen duur en bij hun werkzaamheid zijn vraagtekens gezet: niettemin strandde in 2012 een voorstel om ze niet in het pakket op te nemen door ophef in de publieke opinie.

## Inkoopmacht

Ook kan een ander inkoopbeleid, zo verwacht de NZa, de prijzen drukken. De rapporteurs pleiten ervoor dat ziekenhuizen, zorgverzekeraars, medisch specialisten en apothekers beter gaan samenwerken bij de inkoop van dure geneesmiddelen. Zo kunnen ze 'inkoopmacht' creëren en hun onderhandelingspositie tegenover de fabrikanten versterken. Volgens de NZa zou zelfs de Nederlandse overheid de geneesmiddelen centraal kunnen inkopen en prijsafspraken kunnen maken, eventueel in samenwerking met andere Europese overheden.

In een andere aanbeveling adviseert de NZa om de maximumprijs van een geneesmiddel aan te passen als het aantal patiënten dat ervoor in aanmerking komt toeneemt. Nu gebeurt dat maar zelden. Voor de behandeling van kanker is dit uiterst relevant. De immunotherapie die nu wordt toegepast bij patiënten met gemetastaseerd melanoom werkt waarschijnlijk ook bij uitgezaaide longkanker. Het aantal patiënten neemt dan fors toe. Dat zou de prijs moeten drukken, maar het is de vraag of dat gebeurt.

"Waarom duurdere middelen blijven gebruiken als het goedkoper kan, vragen de NZa-onderzoekers zich daarnaast af. Zij pleiten er dan ook voor dat goed gezocht wordt naar alternatieve middelen en kritische gekeken wordt naar de voorgeschreven doseringen. "In veel gevallen zijn 'biosimilars' een goed alternatief voor de duurdere 'biologicals'. Ook is het belangrijk om te blijven zoeken naar de juiste dosering van het geneesmiddel en in contracten afspraken te maken over een verpakking van de medicijnen die past bij de dosering", raadt de NZa aan.

## Europa

Enkele Europese regels, bijvoorbeeld die waarin weesgeneesmiddelen een bijzondere status krijgen, lijken het onbedoelde neveneffect te hebben dat ze de prijzen van geneesmiddelen opdrijven, denk de NZa. Zij adviseert dan ook om op Europees niveau te evalueren of het huidige beleid op dit gebied oplevert waar het voor bedoeld is. Daarnaast is een discussie nodig over nut en noodzaak van de huidige wetten voor geneesmiddelenprijzen. De regels van de verschillende landen werken soms tegen elkaar in. De NZa adviseert ten slotte om het effect van bovenstaande maatregelen eerst goed door te rekenen en ze te toetsen op uitvoerbaarheid. Eventueel zou nagedacht moeten worden over een heel ander vergoedingsmodel voor geneesmiddelen. De NZa geeft daar in haar rapport een paar opzetjes voor.

## Schippers denkt na

Minister Schippers komt in het najaar met een plan van aanpak om de kosten van nieuwe medicijnen in de hand te houden. Kort nadat haar het KWF-rapport was aangeboden zei ze in de Tweede Kamer dat de prijzen omlaag moeten. Ze liet wel meteen weten niets te zien in voorstellen voor een apart fonds waar ziekenhuizen achteraf dure medicijnen kunnen declareren. Volgens haar verdwijnt dan de stok achter de deur die nodig is om met de farmaceutische bedrijven te onderhandelen over lagere prijzen. Dat wil niet zeggen dat ze intussen niets doet. Op de dag van de aanbieding van het KWF-rapport liet zij de Tweede Kamer weten dat ze voor het eerst een duur middel 'in de sluis' heeft gezet. Het wordt eerst door het ZiN op effectiviteit en kosten-effectiviteit beoordeeld, voordat het haar zegen krijgt. Ze doorbreekt daarmee het automatisme waarmee dure middelen in het pakket belanden. ■

## Referenties

1. Het advies van de KWF-werkgroep is te raadplegen via [www.kwf.nl/SiteCollectionDocuments/Advies-KWF-werkgroep-Dure-Kanker-geneesmiddelen-2015.pdf](http://www.kwf.nl/SiteCollectionDocuments/Advies-KWF-werkgroep-Dure-Kanker-geneesmiddelen-2015.pdf)
2. Het NZa-advies is te raadplegen via [www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-Toegankelijkheid-geneesmiddelen-onder-druk](http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-Toegankelijkheid-geneesmiddelen-onder-druk)

## Nefarma: dure geneesmiddelen zo doelmatig mogelijk inzetten

Geneesmiddelfabrikanten zeggen in reactie op de rapporten dat er een gemeenschappelijke opdracht voor alle betrokken partijen ligt om innovaties mogelijk te maken en patiënten daar zo snel mogelijk van te laten profiteren. Als alle betrokken partijen zich sámen inzetten voor de betaalbaarheid van de strijd tegen kanker, biedt dat de meeste kans op succes. Daarbij is het van het belang dat dure geneesmiddelen zo doelmatig mogelijk worden ingezet. De fabrikanten willen eenduidig onderzoek bevorderen naar gebruik van geneesmiddelen en de behaalde uitkomsten voor de patiënt. Daarvoor is medewerking nodig van alle partijen: artsen, ziekenhuizen, verzekeraars en patiënten. Door middel van goede registers is betere monitoring van gepast gebruik van de middelen mogelijk, zodat inzichtelijk wordt of sprake is van praktijkvariatie tussen verschillende ziekenhuizen en van eventuele onder- of overbehandeling. De sector is bereid de handschoen op te nemen, óók door te kijken naar nieuwe financieringsmodellen voor kostbare kankermedicatie. Bijvoorbeeld door middelen alleen te vergoeden bij patiënten bij wie ze werken. Of door een prijsplafond per patiënt af te spreken, onafhankelijk van de duur van de behandeling. Ook wordt gedacht aan afspraken over de prijs-volumeverhouding, wat kortweg inhoudt dat de prijzen dalen naarmate middelen worden voorgeschreven aan grotere groepen patiënten. De eerste voorbeelden van dergelijke alternatieve prijsarrangementen worden al in de praktijk toegepast. Vanuit brancheorganisatie Nefarma wordt in de vorm van een horizonscan zo transparant mogelijk inzicht gegeven in de nieuwe geneesmiddelen die eraan komen, zodat ziekenhuizen en zorgverzekeraars daarop kunnen anticiperen en de toegang voor hun patiënten kunnen borgen. In diezelfde scan wordt gekeken naar de verwachte besparingen op bestaande middelen, onder meer door patentverloop en verantwoord gebruik van biosimilars.

## Patiënt centraal

Michel Rudolphie, directeur van KWF Kankerbestrijding, onderstreept de adviezen van de KWF-werkgroep. "Patiënten moeten er 100% op kunnen vertrouwen dat de arts in zijn behandelkeuzes het belang van de patiënt volledig centraal stelt. Ongeacht het ziekenhuis waar hij wordt behandeld. Wij vinden het onbespreekbaar dat een arts in de spreekkamer geneesmiddelen op basis van financiële overwegingen niet kan voorschrijven. Het is nu tijd dat alle betrokkenen hun rol nemen en in actie komen. De patiënt heeft geen tijd voor jarenlange discussies en vingerwijzen." KWF zal er dan ook voor zorgen dat dit onderwerp hoog op de agenda blijft staan en de uitvoering van de adviezen van de werkgroep nauwgezet volgen.



abbvie

AstraZeneca 

 MSD ONCOLOGY

janssen   
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
of Johnson & Johnson

 Oncology

  
ONCOLOGY

Speciale  
uitgave bij  
Oncologie  
Up-to-date