

Bezuinigingen op blockbusters maskeren kosten dure extramurale middelen

Doelmatigheid dure medicijnen afwegen

Adri Steenhoek,
Marc Koopmanschap,
Instituut Beleid & Management
Gezondheidszorg (iBMG),
Rotterdam

Correspondentieadres:
steenhoek@bmg.eur.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De bezuinigingsmaatregelen tegen blockbusters als cholesterolverlagers en maagzuurremmers vervallen zodra middelen uit patent gaan. Op de stijgende kosten van andere dure extramurale geneesmiddelen zit nog geen rem. Doelmatigheidsonderzoek is hard nodig.

Volgens demissionair minister Klink kiezen artsen vaak ten onrechte voor dure cholesterolverlagers en maagzuurremmers. De LHV is het er niet mee eens dat de minister de huisarts hiervan de rekening presenteert. Het is immers vooral de medisch specialist die te dure geneesmiddelen voorschrijft. Daarom verwijzen huisartsen herhaalrecepten voor dure patentgeneesmiddelen – geïnitieerd in de tweede lijn – terug naar de voorschrijvend specialist.¹ Het gaat om rosuvastatine (Crestor), atorvastatine (Lipitor),esomeprazol (Nexium) en rabeprazol (Pariet).

Maar, zijn dit eigenlijk wel dure geneesmiddelen? Er bestaat immers geen definitie.

Noodverband

In de jaren tachtig en negentig werden ziekenhuizen opgeschrikt door de komst van dure geneesmiddelen. Ziekenhuizen klaagden over onvoldoende middelen en na de nodige publieke druk, waarbij patiënten zelfs via de rechter een behandeling met een duur geneesmiddel afdwongen, werd een financieel noodverband aangelegd: de NZa introduceerde in 2002 de beleidsregel 'Dure geneesmiddelen in ziekenhuizen' (BDG). De eerste BDG behelsde 11 stofnamen, inmiddels zijn het er 35. De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) monitort jaarlijks de ontwikkeling van de kosten van deze middelen.

Weerbarstig

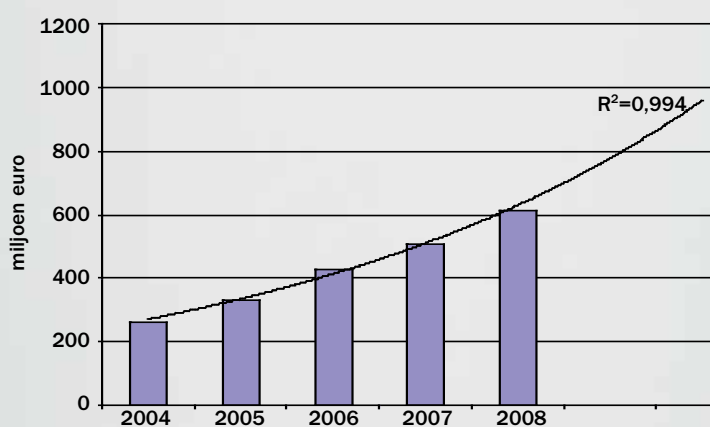
In 2006 is de beleidsregel 'Dure geneesmiddelen in ziekenhuizen' ingrijpend gewijzigd. Een nieuw duur middel wordt sindsdien alleen nog tijdelijk op de BDG geplaatst. Na maximaal vier jaar dienen de resultaten van doelmatigheidsonderzoek in de dagelijkse praktijk bekend te zijn. Dit is een weerbarstig en tijdrovend karwei, dat wordt begeleid door ZonMw en haar commissie 'Dure geneesmiddelen'. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft een richtlijn 'Uitkomstenonderzoek' opgesteld. Het Institute for Medical Technology Assessment (iMTA) stelt een rapportage op over de methodologische aspecten van dergelijk

beeld: Corbis





Kosten extramurale dure geneesmiddelen



De ontwikkeling van de kosten van extramurale geneesmiddelen van 2004 tot en met 2008.²

Bron: GI Peilingen 2008.

beeld: Corbis

onderzoek. Er lopen twee pilots om te zien hoe uitvoerbaar doelmatigheidsonderzoek met dure geneesmiddelen eigenlijk is. Het doel is om de uitgaven aan dure intramurale middelen (ca. 400 miljoen euro per jaar) maatschappelijk te verantwoorden of wellicht zelfs terug te dringen.

De aandacht voor de intramurale geneesmiddelen lijkt momenteel echter verflauwd. De ziekenhuizen hebben inmiddels andere prioriteiten. De huidige BDG is fors aangepast: de oorspronkelijke voorwaarden om dure geneesmiddelen op de BDG te plaatsen, zijn veranderd of vervallen. Elk intramuraal geneesmiddel met jaarlijks een landelijke omzet boven 2,5 miljoen euro (zelfs als het paracetamol is) kan nu worden aangemeld voor opname.

Doelmatig

De eerste resultaten van het verplichte doelmatigheidsonderzoek worden binnenkort ver-

wacht. De NZa moet dan besluiten of een duur middel op de BDG blijft. Mocht de omzetsdrempel van 2,5 miljoen euro niet worden gehaald, dan is er nog niet zo'n probleem. Er zijn in Nederland circa honderd ziekenhuizen en gemiddeld zou het dan gaan om minder dan 25.000 euro per ziekenhuis (circa 0,5 fte), waarbij mag worden verwacht dat dit bedrag wel door een ziekenhuis zelf kan worden neergeteld.

Mocht een geneesmiddel uit de BDG worden gehaald vanwege tegenvallende farmacotherapeutische prestaties, dan ligt er mogelijk een groter probleem. Dit impliceert immers ook aanpassing van behandelprotocollen of richtlijnen en dus de medewerking van behandelaren. Van hen is bekend dat zij niet allemaal warme voorstanders zijn van doelmatigheidsonderzoek. Methodologische aspecten van zo'n onderzoek of een gebrekkige documentatie zijn hier debet aan.

Monniken en kappen

Tot zover het ziekenhuis. Specialistische geneesmiddelen worden in allerlei toedieningsvormen – als wegwerpspuit of -pen voor subcutane toediening, maar ook gewoon als tablet – ook in de thuisituatie toegepast. Voorbeelden zijn dasatinib (Sprycel) voor chronische myeloïde leukemie en gefitinib (Iressa) voor niet-kleincellig longcarcinoom. Deze middelen kwamen in 2007 respectievelijk 2010 op de markt. De kosten per patiënt per jaar bedragen voor dasatinib circa 50.000 euro en voor gefitinib iets minder dan 30.000 euro. In GI Peilingen 2008 besteedde CVZ voor het eerst aandacht aan deze middelen. De kosten van deze specialistische extramurale geneesmiddelen stijgen (zie *figuur*) jaarlijks met 20 tot 30 procent (!) en ze verhogen hiermee het totale extramurale gemiddelde flink. Bij bovengenoemde middelen gaat het daarbij niet om een geavanceerde toedieningsvorm of een ingewikkeld toedieningsschema.

Geldt het principe van 'gelijke monikken, gelijke kappen' ook voor extramurale dure geneesmiddelen en intramurale medicijnen? De dure middelen hebben immers een substantieel aandeel in de totale extramurale geneesmiddelenkosten. De totale kosten bedragen inmiddels circa 800 miljoen euro per jaar (zie *figuur*; extrapolatie), tweemaal meer dan de kosten voor de intramurale dure middelen. Wat intramuraal verplicht is, zou ook extramuraal moeten gelden, beleidsoverwegingen houden niet op bij de ingang van het ziekenhuis.

Sinds enkele jaren is voor extramurale geneesmiddelen een eenmalig doelmatigheidsonder-

Onderhandelen

Is mijn baan moeilijker dan die van u? Draai ik meer uren? Is mijn dienst-belasting zwaarder? Het 61 pagina's tellende document van de NZa over de differentiatie van de korting op de honoraria van medisch specialisten werd 12 augustus online gezet. Daarin staat uitgebreid beschreven hoeveel medisch specialisten verdienen, hoeveel ze omzetten en waar ze hun geld vandaan halen.

Het is een indrukwekkend spel van getallen en verwijzingen. Het geeft een kijkje in hun keuken, waarbij het mij opvalt hoe de onderhandelingskwaliteiten zijn verdeeld per specialisme. Om een voorbeeld te noemen: waarom declareert de anesthesioloog ieder jaar meer bij aanvragende specialismen? Op pagina 55 staat een tabel waaruit is af te lezen dat de anesthesioloog in het B-segment nog meer declareert. Wordt het toedienen van anesthesie moeilijker als een patiënt valt onder het B-segment? Ik had het idee dat met toenemende ondersteunende anesthesiologische medewerkers en de ontwikkeling van betrouwbare monitoring het risico juist aan het dalen is. En is het afkopen van een lager risico niet juist goedkoper dan een hoger risico? Om me heen zie ik dagelijks voorbeelden van het omgaan met risico's. Een patiënt in kritieke toestand met een plethora aan comorbiditeit vind ik typisch een patiënt met een hoog risico en een hoge complexiteit. Met andere woorden: moeilijk. Als ik kijk wie er bij zo'n patiënt betrokken zijn, dan kan ik niet anders dan concluderen dat bijna iedere specialist zijn bijdrage kan leveren.

Echter, voor het overgrote deel van zijn werk is de specialist op eigen gebied expert en is 80 procent van zijn werk relatief risicoloos. Waarom lopen de verschillen in inkomen dan op tot twee ton? Tja, door handig onderhandelen is mijn conclusie. Het zijn tenslotte vrije ondernemers.

Bram Akkers,
aios


SAMENVATTING

- Er is voor extramurale geneesmiddelen geen definitie voor het begrip 'duur'.
- De intramurale definitie voor dure geneesmiddelen kan zonder moeite extramuraal worden toegepast.
- Extramurale dure medicijnen moeten op dezelfde manier worden behandeld als intramurale, dus ook hier periodiek doelmatigheidsonderzoek.
- De kosten van extramurale dure geneesmiddelen groeien met gemiddeld 20 procent per jaar.
- Bezuinigingen op merk-geneesmiddelen maskeren deze stijging nu nog.

zoek verplicht: vanaf 2005 bij de eenmalige beoordeling door de CFH bij opname op bijlage 1B van het GVS. Maar het is nog steeds niet aan de orde om daarna een duur extramuraal middel structureel te volgen op zijn prestaties in de praktijk van alle dag, en evenmin is er sprake van een daaraan gekoppelde structurele herbeoordeling. Bij middelen die voor 2005 op de markt kwamen, is zelfs in het geheel geen doelmatigheidsonderzoek vereist geweest.

Vooruitzien

Op dit moment lijkt er geen enkele noodzaak om scherp naar de ontwikkeling van de geneesmiddelenuitgaven te kijken. Deze bedraagt immers overal niet meer dan 1 tot 2 procent per jaar en drukte daarover zal men niet zinvol achten. Men dient echter te bedenken *waardoor* op dit moment de geneesmiddelenuitgaven zo weinig stijgen. Verdwijnen van kortingen en bonussen bij geneesmiddelen die hun octrooi hebben verloren, het preferentiebeleid en de geneesmiddelenprijzenwet zijn daarvoor de belangrijkste redenen. Maar als van de laatste blockbuster het octrooi is verlopen (Lipitor eind 2011), zijn op dit punt de mogelijkheden om de kosten van dure geneesmiddelen te beheersen uitgeput en wordt men geconfronteerd met het nu nog gemaskeerde cohort geneesmiddelen met een jaarlijkse kostengroei van gemiddeld 20 procent. Ook hierbij is regeren dus vooruitzien. Er is nog wat tijd,

maar haast lijkt geboden. Het gaat dan immers om herhaalrecepten voor geneesmiddelen die een veelvoud kosten (zie *tabel*) van de huidige statines en maagzuurremmers! 

De mogelijkheden om de kosten te beheersen zijn uitgeput

Kosten van geneesmiddelen

generieke naam	handelsnaam	kosten/DDD
atorvastatine	Lipitor	€ 0,56
rosuvastatine	Crestor	€ 0,85
esomeprazol	Nexium	€ 1,02
rabeprazol	Pariet	€ 1,18
dasatinib	Sprycel	€ 188,60 ³
gefitinib	Iressa	€ 92,98 ³

Kosten per DDD van enkele 'dure' extramurale geneesmiddelen.⁴



Links naar sites met gegevens over de kosten van medicijngebruik vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Referenties

1. <http://lhv.artsennet.nl/Maatregelen-1/Informatie-voor-patienten.htm>.
2. GI Peilingen 2008, ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik GIP/ College voor zorgverzekeringen, Diemen, september 2009; 30: 41.
3. www.medicijnkosten.nl (21 april 2010).
4. www.gipdatabank.nl (prijsniveau 2008).