dr. Jacqueline Stouthard
internist-oncoloog, medisch clusterhoofd Medisch Oncologische Disciplines Antoni van Leeuwenhoek (AVL), Amsterdam

drs. Abel Brussaard
stafadviseur AVL

dr. Marcel Stokkel
nucleair geneeskundige, medisch clusterhoofd Diagnostische Oncologische Disciplines, AVL

ONCOLOGIE STUWT BEHOEFTE AAN RADIOLOGISCH ONDERZOEK OP

Meer diagnostiek leidt tot minder kosten

De vraag naar radiologische diagnostiek bij oncologische behandelingen stijgt enorm. De kosten daarvan vormen echter een probleem. Minder beeldvormend onderzoek zal de kosten – gek genoeg – alleen maar doen stijgen.

Zorgorganisaties zijn rond deze tijd weer bezig met het opstellen van de begroting voor 2020. Zo ook in het Antoni van Leeuwenhoek (AVL), waar de begroting van de diagnostiek elk jaar weer een lastige discussie is. Want een te krappe begroting leidt tot te weinig capaciteit en dat veroorzaakt weer hoge werkdruk en vertraging in het zorgproces. Binnen het AVL registreren we de ontwikkeling van productie en kosten nauwkeurig. Voor de radiodiagnostiek blijken deze twee keer harder te groeien dan het aantal patiënten. De toename speelt vooral bij patiënten met uitgezaaide kanker en bij patiënten in de follow-upfase na een initiële behandeling. Omdat de vergoeding (geregeld via DOT) niet evenredig toeneemt, vormt de diagnostiek een steeds zwaardere kostenpost op de ziekenhuisbegroting. Goede diagnostiek is echter de basis van een goede én doelmatige behandeling. Daarom zou de diagnostiek juist 'ruim baan' moeten krijgen.

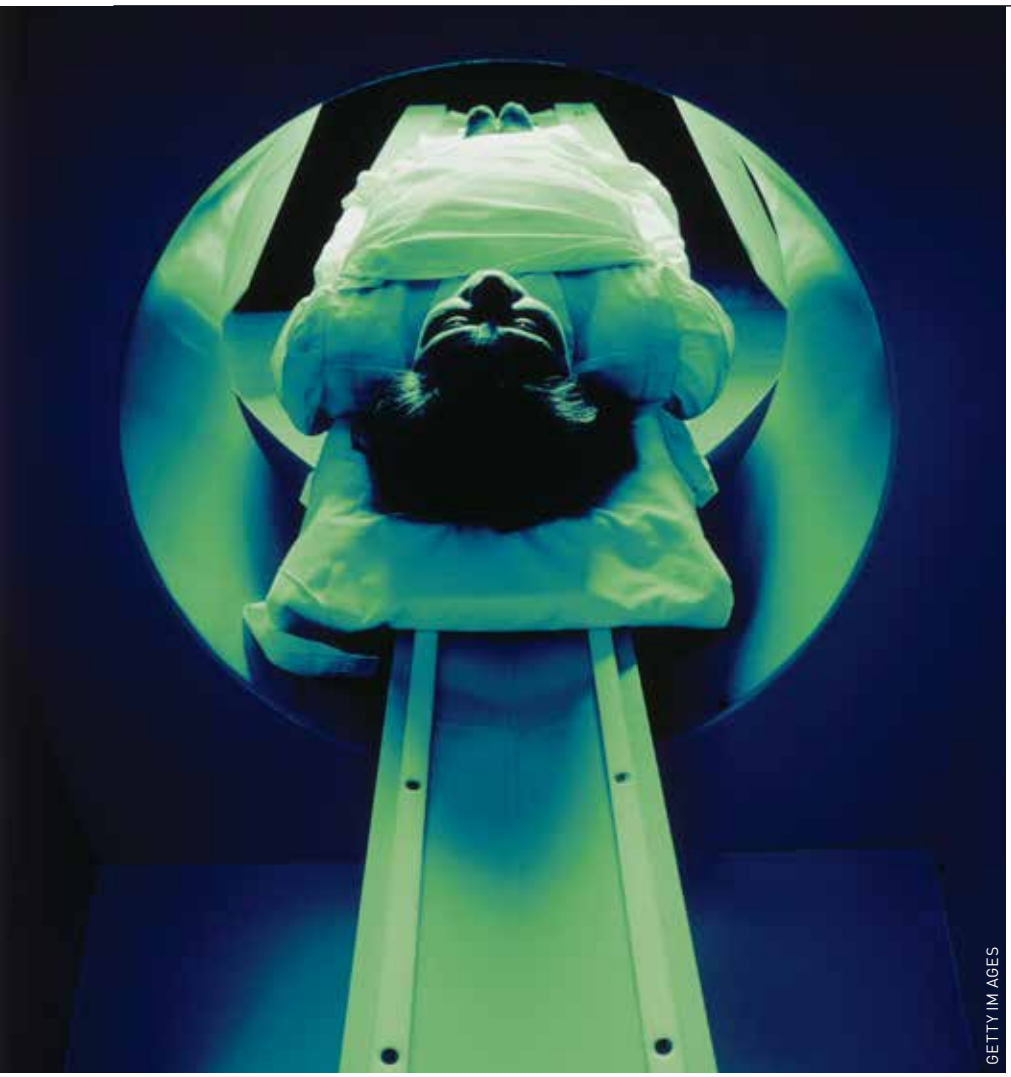
Zorgvuldige monitoring

De groeiende vraag naar oncologische diagnostiek is door verschillende factoren veroorzaakt. Ten eerste neemt de overleving van kankerpatiënten duidelijk toe. Op het moment dat er uitzaaiingen (stadium IV) worden gevonden, is de kans op langdurige overleving momenteel bij de grootste tumorsoorten 5 tot 20 procent hoger dan tien jaar geleden.[1 2] Het aantal patiënten met gemetastaseerde maligniteiten neemt dus toe. Dit is een direct gevolg van meer en betere behandelingen met vaak dure geneesmiddelen die veel bijwerkingen kunnen hebben.
Verder moet de effectiviteit van deze behandelingen zo goed mogelijk worden gemonitord om patiënten niet onnodig te belasten en onnodige kosten te voorkomen – de tweede oorzaak.
Een derde oorzaak vormen behandelingen waarbij een maligniteit initieel wordt behandeld met een combinatie van bestraling en chemotherapie. Afhankelijk van de respons op de behandeling, wordt dan bij een deel van de patiënten nog besloten tot chirurgische verwijdering. Dit vereist echter tijdens de behandeling en in de follow-upfase zorgvuldige monitoring middels beeldvormende diagnostiek.
Ten vierde legt het wetenschappelijk oncologisch onderzoek op zichzelf ook een toenemend beslag op diagnostiek.
En tot slot hechten patiënten vaak veel waarde aan het verrichten van scans, wat de behoefte aan diagnostiek ook voedt. Het gaat hier niet om 'pretecho's' maar om een poging tot houvast in een cruciale levensfase.
Kortom, de diagnostiek bevindt zich in een turbulent krachtenveld. De capaciteit van diagnostische afdelingen is ontoereikend om aan de groeiende vraag te voldoen, waardoor toegangstijden voor scans oplopen en de verslaglegging (te) lang op zich laat wachten. Hierdoor ontstaan medisch ongewenste en soms onaanvaardbare vertragingen in het diagnostisch en therapeutisch traject, een oplopende werkdruk bij artsen en begrijpelijke frustraties bij patiënten.

> De capaciteit van diagnostische afdelingen is ontoereikend

Méér diagnostiek

Vanwege de disproportionele groei van diagnostiek wordt er opgeroepen om het aantal diagnostische aanvragen te beperken. Immers, binnen de huidige DOT is niet voorzien in deze stijgende behoefte aan diagnostiek en dus worden de toegenomen kosten niet aan het ziekenhuis vergoed. Dit is lastig voor alle organisaties die oncologische zorg bieden. De vraag is echter of het beperken van de diagnostiek financieel gezien wel de juiste aanpak is. Om kosten te besparen zou je moeten pleiten voor méér diagnostiek. Immers, de kosten van (onnodig) voortzetten van de


GETTY IMAGES

behandeling overtreffen die van het tijdig inzetten van diagnostiek vele malen. Een voorbeeld: voor patiënten met uitgezaaide borstkanker en HER2-expressie op hun tumor is de standaardbehandeling: chemotherapie met trastuzumab en pertuzumab (Perjeta). Sinds pertuzumab in 2013 aan de behandeling is toegevoegd is de overleving met gemiddeld zestien maanden verlengd. In de studie waarin dit effect werd aangetoond was er een grote spreiding: bij sommige vrouwen was de behandeling al na één kuur (van drie weken) niet meer effectief maar bij andere vrouwen hield het effect gedurende 96 kuren aan.[3] In de studie werd na elke drie kuren middels een CT-scan geëvalueerd of de behandeling nog effectief was, ook als de patiënt nog geen symptomen van progressie vertoonde. Drie kuren pertuzumab kosten 3 x 2666,85 euro = 8000,55 euro. Een CT-scan kost 400 euro. De inzet van beeldvormende diagnostiek kan dus in potentie een niet-effectieve en voor patiënten belastende behandeling van 7600 euro per patiënt voorkomen. Vergelijkbare voorbeelden zijn er voor de inzet van immunotherapie (zoals nivolumab en pembrolizumab bij long-, blaas- en nierkanker en bij melanomen), voor targeted therapy (zoals crizotinib en osimertinib bij specifieke vormen van longkanker) maar ook voor nieuwe hormonale behandeling bij prostaatcarcinoom (zoals enzalutamide en abirataron). Al deze middelen kosten 12 tot 50 duizend euro per patiënt per jaar.

Het voortzetten van dit soort behandelingen is dus kostbaar voor de zorg en belastend voor de patiënt, en dient voorkomen te worden als het beoogde effect uitblijft.

Prijs van medicijnen

Hoe nu verder? Het beperken van de diagnostiek lijkt niet de goede weg. We moeten streven naar de vorm van diagnostiek die:

- het minst belastend is voor de patiënt,
- voldoende informatie oplevert, in een frequentie die past bij het verloop van de ziekte
- en een (dure) behandeling voorkómt als die niet effectief is.

Hierbij moet naar het hele traject van de patiënt worden gekeken. We zullen ons, meer dan voorheen, moeten inspannen om de kosten van behandelingen te beperken. Mogelijk kunnen we ons beter richten op het verlagen van de prijzen van geneesmiddelen dan op bezuinigen op de diagnostiek. Want door de verbeterde overleving van patiënten duren de oncologische behandelingen langer, wat een goed argument is om de prijs van de medicijnen te verlagen. Voor grote farmaceuten blijft de return-on-investment van dure geneesmiddelen dan gehandhaafd.

Pound foolish

Groei van diagnostiek kan niet los worden gezien van de nieuwe behandelingen. Dit verband moet beter gelegd worden en hier moet beleid op komen. Dit vereist een gezamenlijke inspanning van bestuurders, professionals, beleidsmakers en zorgverzekeraars. De kosten van diagnostiek vormen een fractie van de kosten van het zorgtraject. Beperking van diagnostiek werkt averechts; het is 'penny wise, pound foolish'. ■

contact
j.stouthard@nki.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web
De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.