

TER DISCUSSIE

Gescheiden farmaceutische budgetten: dansen over ijsschotsen

Antoine C.G. Egberts en Anthonius de Boer

De stijgende kosten van geneesmiddelen zijn een repeterend thema in de financiële huishouding van de gezondheidszorg, zowel op micro-, als op macroniveau. Geneesmiddelen kunnen op individueel en op populatieniveau een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit en kwantiteit van leven. De budgetten voor farmaceutische zorg zijn intra- en extramuraal gescheiden, waarbij we de financiering van de langdurige zorg via de AWBZ buiten beschouwing laten. Deze gescheiden budgetten staan vaak op gespannen voet met het leveren van adequate intra-, extra- en transmurale farmaceutische zorg.

Daarnaast zien wij 3 grote ontwikkelingen waardoor dit steeds vaker tot problemen zal leiden voor de patiëntenzorg. Ten eerste de explosieve groei van het aantal dure geneesmiddelen dat voor patiënten beschikbaar komt. Ten tweede de verplaatsing van medisch specialistische zorg vanuit het ziekenhuis naar extramuraal. Ten derde de zorgverzekeraars die, in plaats van de overheid, verantwoordelijk gehouden worden voor de kosten van de zorg. Deze ontwikkelingen leiden er soms toe dat zorgverleners met betrekking tot geneesmiddelen dansen op gladde bewegende ijsschotsen en dat de patiënt in het koude water kan vallen.

In deze bijdrage wordt stilgestaan bij deze problematiek vanuit het ziekenhuisperspectief.

DE KOSTEN VAN GENEESMIDDELEN

De kosten van farmaceutische zorg bestaan kort samengevat uit de verkrijgingskosten van het geneesmiddel (geneesmiddelprijs) en uit de kosten van de zorgverlening daaromheen in termen van beschikbaar stellen, bereiden, bewaken

en begeleiden en de infrastructuur die daarvoor nodig is. Daarnaast kunnen eventuele complicaties van geneesmiddeltherapie, zoals bijwerkingen, voor extra kosten zorgen. De intramurale farmaceutische zorgkosten zijn onderdeel van het ziekenhuisbudget en er is geen directe koppeling met het aantal ter hand gestelde recepten, zoals dat in de eerste lijn wel het geval is. De extramurale farmaceutische kosten worden in de meeste gevallen direct vergoed door de zorgverzekeraars en er bestaat een directe relatie tussen het aantal recepten en de vergoeding.

PATIËNT DE DUPE

In het ziekenhuis kunnen we 3 groepen geneesmiddelen onderscheiden. De voornamelijk intramurale toegepaste geneesmiddelen (bijvoorbeeld anesthetica), de voornamelijk extramuraal toegepaste geneesmiddelen (bijvoorbeeld statines) en geneesmiddelen die onder de beleidsregels voor dure of weesgeneesmiddelen vallen (bijvoorbeeld de angiogeneseremmers).^{1,2}

De gescheiden farmaceutische budgetten kunnen vooral bij de laatste 2 groepen geneesmiddelen voor de patiënt nadelig uitpakken.

EXTRAMURALE GENEESMIDDELEN INTRAMURAAL

De in het ziekenhuis toegediende geneesmiddelen betreffen met name de extramuraal toegepaste geneesmiddelen. Het gaat hier vooral om chronische medicatie die de patiënt vóór ziekenhuisopname al gebruikte en die, na evaluatie, veelal gecontinueerd moet worden tijdens en na de ziekenhuisopname. Afhankelijk van het geneesmiddelenassortiment in het ziekenhuis, krijgt de patiënt dezelfde of gelijkwaardige middelen. Het assortiment wordt bepaald door de in elk ziekenhuis verplicht aanwezige geneesmiddelen- of formulariumcommissie. De geneesmiddelkeuzes van deze commissies zijn niet alleen rationeel bepaald, maar hangen ook af van de soms grote kortingen die farmaceutische firma's aanbieden. Fabrikanten geven kortingen wegens het veronderstelde positieve uitstralingseffect dat specialistenreceptuur heeft op voorschrijfgedrag van huisartsen. Het preferentiebeleid, dat zorgverzekeraars recent zijn gaan toepassen als instrument om kosten te beheersen, wordt door ziekenhuizen eigenlijk al jaren gehanteerd.

*Universiteit Utrecht, divisie
Farmaco-epidemiologie en Klinische
Farmacologie, Utrecht.
Prof.dr. A.C.G. Egberts, ziekenhuisapotheker,
epidemioloog (tevens: Universitair Medisch
Centrum Utrecht, ziekenhuisapotheker);
prof.dr. A. de Boer, klinisch
farmacoloog, epidemioloog.
Contactpersoon: prof.dr. A. de Boer
(a.deboer@uu.nl).*

Geneesmiddelsubstitutie Bij een ziekenhuisopname vinden er dus vaak geneesmiddelsubstituties plaats. Het kan gaan om een omzetting naar hetzelfde middel maar dan van een andere leverancier, of om een zogenaamde therapeutische substitutie waarbij de omzetting plaatsvindt naar een ander middel uit dezelfde groep, bijvoorbeeld van het ene statine naar een ander statine.

Voor professionals zijn de verschillen tussen de diverse preparaten vaak marginaal en vallen in het niet bij de variabiliteit in uitkomsten die veroorzaakt wordt door bijvoorbeeld therapieontrouw. De patiënt ziet vaak de overeenkomst tussen de 2 geneesmiddelen niet, aangezien zij qua naamgeving en uiterlijk nogal kunnen verschillen. Deze verwarring leidt er soms toe dat een patiënt na ziekenhuisontslag onbedoeld tweemaal hetzelfde middel gebruikt.

De intra- en extramurale preferente middelen zijn zelden op elkaar afgestemd. Hoewel een regionaal afgestemd farmacotherapiebeleid te prefereren is, is dit in de praktijk vanwege de gescheiden farmaceutische budgetten niet goed te realiseren. Het vergt overleg tussen de ziekenhuisformulariumcommissie, tientallen eerstelijns farmacotherapieoverleg(FTO)-groepen en zorgverzekeraars.

Eigen medicatie gebruiken Een interessante vraag is of het niet beter zou zijn als een patiënt tijdens de ziekenhuisopname zijn of haar bij opname meegebrachte extramurale geneesmiddelen continueert. De kosten van deze extramurale geneesmiddelen die dan intramuraal worden gebruikt, zouden dan ook via de extramurale weg via de zorgverzekeraars vergoed moeten worden. Op zich is dat niet onlogisch, omdat het eigenlijk extramurale zorg betreft voor een patiënt die in zijn zorgproces even intramuraal verblijft.

Casus Ter illustratie van bovenstaande een casus. Patiënt A werd vanwege een heupfractuur opgenomen in het ziekenhuis. Als thuismedicatie gebruikte zij onder andere de ACE-remmer enalapril. Vanwege formulariumbeleid werd dit in het ziekenhuis gemuteerd naar lisinopril. Een maand na ontslag uit het ziekenhuis werd patiënte wederom opgenomen, ditmaal wegens ernstige hypotensie. Zij bleek de afgelopen maand zowel enalapril als lisinopril gebruikt te hebben.

INTRAMURALE GENEESMIDDELEN EXTRAMURAAL

Steeds meer geneesmiddelen die door specialisten worden voorgeschreven en van oudsher binnen de ziekenhuismuren (ook polikliniek) worden toegediend, vinden hun weg naar extramuraal. Intraveneus toegediende immunoglobulinen bijvoorbeeld worden momenteel op grote schaal in de thuissituatie toegediend bij patiënten met diverse auto-immuunziekten.

Verantwoordelijkheid Dergelijke vanuit het ziekenhuis

verplaatste zorg die vanuit een kostenooqpunt aantrekkelijk kan zijn, vraagt veel van de eerstelijnszorg. Parenterale toediening van geneesmiddelen in de thuissituatie vraagt om professionals die hier verantwoordelijkheid voor kunnen dragen. En dan gaat het niet alleen om technische vaardigheden, maar ook het herkennen en adequaat kunnen reageren op al of niet snel optredende bijwerkingen. Het is een interessante vraag wie in de thuissituatie nu precies waar voor verantwoordelijk is. Gegeven het feit dat de complexe kennis vooral binnen de ziekenhuismuren bekend is, ligt het voor de hand dat het ziekenhuis een rol moet spelen bij de intramurale geneesmiddelen die extramuraal worden toegepast.

Vergoeding Een andere, nog niet goed beantwoorde vraag is of deze intramurale geneesmiddelen die extramuraal worden toegediend, uit het ziekenhuisbudget of extramuraal via de zorgverzekeraars vergoed moeten worden. Ook hier weer kunnen patiënten de dupe zijn van de gescheiden farmaceutische budgetten. Inadequate extramurale zorg bij vanuit het ziekenhuis verplaatste, complexe farmacotherapie en gesteggel over de geneesmiddelenvergoeding kunnen het gevolg zijn.

Casus Patiënt B kreeg in de thuissituatie, onder regie van het ziekenhuis, met regelmaat intraveneus immunoglobulinen toegediend vanwege het guillain-barrésyndroom. De laatste maal werd hij geconfronteerd met het feit dat zijn eigen apotheker het middel niet meer wilde verstrekken, aangezien de zorgverzekeraar dat niet meer vergoedde. De zorgverzekeraar stelde zich namelijk op het standpunt dat dit ziekenhuiszorg is (ook al vindt die thuis plaats) en dat dit onderdeel is van het ziekenhuisbudget. De patiënt kreeg na veel heen-en-weer getelefoneer uiteindelijk twee weken te laat zijn immunoglobulinen in het ziekenhuis toegediend.

DURE EN WEESGENEESMIDDELEN

De financiering van dure intramurale geneesmiddelen is al jaren een onderwerp van discussie. Het ministerie van VWS stelde zich jarenlang op het standpunt dat ook dure geneesmiddelen binnen het ziekenhuisbudget dienden te vallen. In 2002 kwam hier verandering in, omdat VWS het toeliet dat ziekenhuizen met zorgverzekeraars afspraken konden maken over een extra in het budget op te nemen vergoeding voor de kosten van een beperkt aantal dure geneesmiddelen. Op basis van onderhandelingen tussen een instelling en een zorgverzekeraar kon de compensatie voor de kosten van dure geneesmiddelen variëren van 0 tot 75%. VWS wilde geen 100% compensatie om zo een prikkel voor efficiënt gebruik van geneesmiddelen te laten bestaan.

Postcodegeneeskunde In deze tijd is de term 'postcodegeneeskunde' ontstaan. Op een zeker moment bleken er ziekenhuizen die wel trastuzumab, een middel voor de

behandeling van borstkanker, beschikbaar stelden en ziekenhuizen die dit niet deden. Onder druk van onder andere ziekenhuizen en patiënten is begin 2006 een nieuwe regeling van kracht geworden, namelijk de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit voor dure of weesgeneesmiddelen.^{1,2}

Vergoedingslijst In deze regelingen worden de dure geneesmiddelen voor 80% en de weesgeneesmiddelen voor 100% door de overheid vergoed. De plaatsing van dure geneesmiddelen op de vergoedingslijst van de beleidsregel is tijdelijk en is gekoppeld aan een onderzoeksverplichting. 4 jaar na toelating dient de doelmatigheid van een duur geneesmiddel op basis van nieuw verzamelde gegevens vastgesteld te worden, en zal een beslissing over schrappen dan wel continuering worden genomen.

Het kan dus straks zomaar gebeuren dat een patiënt een werkzaam – immers toegelaten door de registratieautoriteiten – middel gebruikt, waarvan vanwege doelmatigheidsoverwegingen de vergoeding wordt gestaakt. Het valt te voorzien dat het staken van de vergoeding van dure geneesmiddelen bij patiënten en zorgverleners tot grote onrust zal leiden.

Casus Patiënt C was gediagnosticeerd met een gemetastaseerd coloncarcinoom. Haar specialist wilde haar panitumumab voorschrijven, maar kreeg van de ziekenhuisapotheker te horen dat de levering voor dit jaar niet meer binnen het budget van de apotheek paste. De 20%-vergoeding van dit dure geneesmiddel die binnen het budget van de apotheek dient te vallen, was dusdanig hoog dat de budgetoverschrijding dat jaar te groot werd. De apotheker gaf aan dat het middel in ziekenhuis X nog wel werd afgeleverd.

BESCHOUWING

In Nederland is de vergoeding van geneesmiddelen complex. Het kan verlopen via zorgverzekeraars, ziekenhuisbudget, via aparte overheidsregelingen voor dure geneesmiddelen en via de AWBZ. Vanwege de gescheiden budgetten kunnen geneesmiddelen die intramuraal worden vergoed, extramuraal buiten de verzekerde zorg vallen. De complexe geneesmiddelenvergoeding maakt de beheersbaarheid van geneesmiddelenkosten ondoenlijk

en kan voor de patiënt nadelig uitpakken. Wat goed is voor het ziekenhuisbudget, zoals een forse korting bij de inkoop van een intramuraal middel, kan extramuraal tot een grote toename van de kosten leiden.

Ook zijn er nu al voorbeelden waarbij geneesmiddelfabrikanten trachten intramurale dure geneesmiddelen, die momenteel voor 80% door de overheid worden vergoed, extramuraal via het Geneesmiddelenvergoedingensysteem volledig vergoed te krijgen. Lukt dit, dan stijgen niet alleen de kosten, maar zal het risico van het staken van de vergoeding op basis van de doelmatigheidstoets worden omzeild en is er ook minder controle op doelmatige toepassing.

CONCLUSIE

De patiënt heeft recht op optimale farmaceutische zorg. De gescheiden farmaceutische budgetten staan, zoals wij in dit artikel beschrijven, deze optimale zorg regelmatig in de weg. Nu nog gladde bewegende ijschotsen. Straks, bij een verdere druk op de beheersing van de kosten van alsmaar duurder wordende geneesmiddelen, zijn de ijschotsen gesmolten en ligt de patiënt al direct in het koude water.

Het is de hoogste tijd om de huidige complexe vergoeding van geneesmiddelen te heroverwegen. Uniformering van de vergoeding kan een bijdrage leveren aan de beheersing van de kosten en adequate farmacotherapeutische zorg ondersteunen.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: de divisie Farmaco-epidemiologie en Klinische Farmacologie, Universiteit Utrecht, waar A.C.G. Egberts en A. de Boer werkzaam zijn, ontving 'unrestricted funding' ten behoeve van farmaco-epidemiologisch onderzoek, van GlaxoSmithKline, het semiprivaat gefinancierde Top Institute Pharma, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en van het Ministerie van VWS. A. de Boer ontving honorarium van de Commissie Farmaceutische Hulp van het College voor Zorgverzekeringen voor een deskundigenverklaring.

Aanvaard op 17 november 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A3004

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

1 Nederlandse Zorgautoriteit. Beleidsregel CI-1114. Dure Geneesmiddelen. Via zoekmachine zoeken op: www.nza.nl/137706/145406/CI-1114-Dure-geneesmiddelen.pdf

2 Nederlandse Zorgautoriteit. Beleidsregel BR/CU-2000. Weesgeneesmiddelen in academische ziekenhuizen. Via zoekmachine zoeken op: <http://www.nza.nl/137706/145406/CU-2000.pdf>