



Tim Roldaan, MC Groep: De toekomst van de ziekenhuisapotheker?
Peter de Braal, Achmea: Zorgverzekeraar, Zwarte Piet of Sinterklaas?
Jan Kremer, Radboud UMC Nijmegen: Kwaliteit als medicijn.
Marie-Helene Schutjens, Universiteit Utrecht: De bestendigheid van het begrip 'aanspraak'.
Sarah Rickwoud IMS Health: IMS' perspectief op specialistische zorg.

Eerste Expertmeeting Ziekenhuisfarmacie

2 december 2014 vond in het kantoor van IMS Health in Capelle aan den IJssel de eerste Expertmeeting Ziekenhuisfarmacie plaats, georganiseerd door IMS Health en TopSupport. De opkomst was groot en het debat levendig, met professionals uit de diverse domeinen van de ziekenhuisfarmacie.

Het zorglandschap verandert, ook voor IMS Health, vertelt General Manager Jan Warmerdam. 'Waren we oorspronkelijk dienstverlener voor de farmaceutische industrie, tegenwoordig werken we ook graag samen met overheden, ziekenhuizen en verzekeraars. Dat kan niet anders. Met al deze partijen bouwen we samen aan het zorglandschap van de toekomst.'

Vanuit dat bredere denken, ontstond het initiatief om Expertmeetings te organiseren,' legt Warmerdam uit. 'We brengen daarmee professionals vanuit verschillende disciplines samen om met elkaar over actuele thema's in de gezondheidszorg te spreken, zowel in Nederland als internationaal. Vandaag, 2 december 2014, is de eerste van deze reeks Expertmeetings. 17 maart 2015 staat de volgende op het programma. Noteer dat alvast in de agenda.'

De toekomst van de ziekenhuisapotheker? – Tim Roldaan

Henk Pastoors, directeur van TopSupport en dagvoorzitter van de eerste Expertmeeting Ziekenhuisfarmacie introduceert vervolgens de eerste spreker. Dat is Tim Roldaan, directeur van de MC Groep, de ziekenhuisgroep met vestigingen in onder meer Lelystad en Amsterdam Slotervaart. Roldaan geeft zijn toekomstvisie op de ziekenhuisfarmacie. Hij ziet daarbij vier belangrijke ontwikkelingen. Allereerst een enorme druk op de begrotingen van de ziekenhuizen. De ziekenhuisbudgetten krimpen, maar tegelijkertijd stijgen de kosten van de farmacie. 'Voorheen besloegen die vier à vijf procent van het ziekenhuisbudget, nu is dat tien procent. Dat komt vooral door een groeiende groep dure geneesmiddelen. De patiëntenpopulatie die daarmee wordt behandeld is klein, maar de financiële impact ervan is groot.' Een tweede tendens ziet Roldaan in een zich verbredende rol van de ziekenhuisapotheker. Die krijgt steeds meer verantwoordelijkheden buiten het ziekenhuis, bijvoorbeeld doordat intramurale geneesmiddelen steeds vaker ook thuis verstrekt kunnen worden. Daarnaast speelt hij een steeds belangrijker rol bij de kwaliteitsbewaking binnen het



ziekenhuis, zoals het beheer van de kwaliteitssystemen en het bewaken van de medicatieveiligheid.

‘Veel van de calamiteiten in het ziekenhuis zijn medicatie gerelateerd. De apotheker is daar uiteraard niet altijd verantwoordelijk voor, maar speelt wel een belangrijke rol bij het voorkomen ervan. Bijvoorbeeld door artsen en verpleegkundigen te instrueren over de juiste verstrekking van geneesmiddelen en door ziekenhuisdirecties goed te adviseren.’

De bekostiging van de ziekenhuisfarmacie vormt tot slot een probleem. ‘In de intramurale geneesmiddelenmarkt vinden talrijke farmaceutische activiteiten plaats die niet zichtbaar zijn en ook niet of nauwelijks vergoed worden, denk aan medicatiecontrole bij opname. Dat komt doordat deze niet in de DOT-bekostigingsstructuur van het ziekenhuis zijn opgenomen. De meerwaarde van deze farmaceutische prestaties is daarmee lastig te bewijzen.’

Toekomstige rollen van de ziekenhuisapotheker

Roldaan doet enkele suggesties voor de aanpak van deze pijnpunten. Zo zou de ziekenhuisapotheker een meer proactieve rol mogen spelen bij het voorschrijven van dure geneesmiddelen. ‘We hebben in Lelystad onderzoek gedaan naar patiënten die bij ons het geneesmiddel Xolair kregen voorgeschreven van de longarts. Dat geneesmiddel kost 20.000,- per jaar per patiënt. Wat bleek? 17 van de 25 patiënten hadden dat medicijn nooit mogen krijgen. Als de ziekenhuisapotheker daar eerder bij betrokken was geweest, was dat nooit gebeurd. Ik hoop dan ook dat ziekenhuisapothekers niet zozeer uitvoerders worden van wat de dokter voorschrijft, maar eerder partners bij diens voorschrijfbeleid.’

De productie van ziekenhuisgeneesmiddelen uitbesteden, dat is een andere manier om de kosten te drukken, stelt Roldaan. ‘Vooraf kleinere ziekenhuizen moeten zich afvragen of ze alle geneesmiddelen zelf blijven bereiden of dat ze dat liever door anderen laten doen. Een ontwikkeling die in de openbare farmacie al langer speelt. Vaak blijkt dat goedkoper én efficiënter te zijn.’

De toekomstige rol van de ziekenhuisapotheker in het licht van deze ontwikkelingen is volgens Roldaan veelomvattend. Zo is hij een coördinator en manager die ervoor zorgt dat de farmaceutische zorgprocessen in het ziekenhuis goed zijn geregeld. Daarnaast is hij adviseur bij kwaliteitsvraagstukken, bijvoorbeeld bij het verstrekken van high risk medicatie in de kliniek.

Hij is ook een controleur, die ervoor zorgt dat de juiste patiënt de juiste middelen krijgt, met de juiste dosering. ‘Dat is niet altijd een leuke, maar wel een belangrijke rol, want er gaat nog steeds veel mis, bijvoorbeeld bij de medicatieoverdracht van eerste naar tweede lijn.’

En tot slot krijgt hij een rol als onderhandelaar, bijvoorbeeld bij de contractgesprekken met zorgverzekeraars en farmaceuten. ‘De



ziekenhuisapotheker van de toekomst is een professional met brede expertise. En onmisbaar voor de ziekenhuisorganisatie.'

[Bekijk hier de presentatie van Tim Roldaan](#)

Zorgverzekeraars, Zwarte Piet of Sinterklaas? – Peter de Braal

Peter de Braal, manager Zorginkoop Farmacie bij zorgverzekeraar Achmea, is positief over de toekomst van de farmacie. Hij ziet veel goede ontwikkelingen, want met de komst van steeds meer nieuwe geneesmiddelen kunnen patiënten nóg beter geholpen worden. Tegelijkertijd zijn dat vaak dure geneesmiddelen, en is het de taak van de zorgverzekeraar ervoor te zorgen dat deze beschikbaar en betaalbaar blijven voor de verzekerden.

Dat gaat niet vanzelf, stelt De Braal. Samenwerking met veldpartijen zoals ziekenhuizen en zorgprofessionals is daarom essentieel. 'Wij hebben veel kennis in huis, maar zij nog veel meer. Door samen te werken, kunnen we van elkaar leren.'

Afgelopen najaar heeft Achmea met haar gezamenlijk inkoopinitiatief een concrete stap gezet tot verdere samenwerking met zorgaanbieders. 'We hebben hen gevraagd samen met ons op te trekken bij de inkoop van dure geneesmiddelen. 19 zorgaanbieders, waaronder het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het Erasmus MC, besloten daaraan mee te doen.'

Deze gezamenlijke inkoop kan veel geld besparen, stelt De Braal. 'Dat geld kunnen we gebruiken voor een betere kwaliteit van zorg, premieverlaging en zorginnovaties, volgens de verdeelsleutel: een derde voor het ziekenhuis, een derde voor zorginnovaties en een derde voor de premiebetaler. Iedereen profiteert ervan.'

De deelnemende ziekenhuizen zijn enthousiast, constateert De Braal. 'Wij zijn blij dat zij hun nek hebben uitgestoken. We proberen daarmee samen het spel te veranderen. Voor de BV Nederland is het van belang dat we de farmaciemarkt op gang krijgen en dat we de prijzen van dure geneesmiddelen omlaag krijgen. Als dit initiatief daarbij kan helpen, is de patiënt de winnaar.'

Doelmatigheidsinitiatieven

Niet iedereen in de zaal is even enthousiast als De Braal. Want waren de ziekenhuizen wel vrij om te kiezen of ze wilden meedoen, of heeft Achmea ze onder druk gezet? 'We kunnen niemand verplichten met ons mee te doen,' reageert De Braal, 'maar we hebben ziekenhuizen wel kunnen verleiden. En wat we doen, is niet geheim. We streven naar transparantie in alles wat we doen. Er is in Nederland een rem op veel dingen, doordat we onze kennis niet durven te delen met elkaar. Men is bang: als ik openheid geef over wat ik doe, wat doet die ander dan met deze informatie? Zo houden we elkaar gevangen.'



Ook op andere manieren zoekt Achmea de samenwerking met zorgaanbieders. 'We hebben veldpartijen bijvoorbeeld gevraagd om met goede initiatieven te komen om de farmaceutische zorg in de ziekenhuizen doelmatiger te maken. Dat heeft talrijke spannende ideeën opgeleverd. Zoals de uitbesteding van de geneesmiddelenproductie, innovatieve systemen voor medicatieverificatie en voorraadoptimalisatie. Wij hopen van harte dat zorgaanbieders deze initiatieven met elkaar delen en daardoor komen tot doelmatiger farmaceutische zorg. Achmea is daarbij slechts een doorgeefluik. De ziekenhuizen beoordelen zelf of deze ideeën hen kunnen helpen bij de kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering van hun farmaceutische zorg.'

[Bekijk hier de presentatie van Peter de Braal](#)



Kwaliteit als medicijn – Jan Kremer

Jan Kremer, gynaecoloog, hoogleraar patiëntcentrische innovatie in het RadboudUMC in Nijmegen en lid van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), voelt zich enigszins een vreemde eend in een zaal vol farmaceutische experts. Toch heeft hij het publiek genoeg te vertellen. Want zijn verhaal over Person Based Medicine zal de komende jaren de gehele gezondheidszorg radicaal veranderen, stelt hij.



Kremer is tijdens zijn werk als gynaecoloog geïnspireerd geraakt door zijn patiënten. 'Ze hebben me ongelooflijk veel geleerd. Niet alleen door hun inhoudelijke feedback, maar ik was vooral onder de indruk van hun kracht. Dat is een kracht waar professionals te weinig gebruik van maken.'



Maar dat gaat veranderen, want we staan aan de vooravond van een paradigmawisseling, vervolgt Kremer. 'Niet alleen van aanbod- naar vraaggestuurde zorg, maar ook breder van groeps- en systeemdenken naar persoonsdenken. De wereld personaliseert. Person Based medicine wordt de toekomst.'



Kremer ziet daarvoor een aantal belangrijke ontwikkelingen. 'We zitten niet alleen in een kosten- maar ook in een waarden crisis. Zo is er steeds vaker de roep om de menselijke maat. Patiënten zijn bang zichzelf kwijt te raken in het zorgproces. Je wilt niet als een ding door het zorgsysteem worden benaderd. Je wilt dat men oog heeft voor jouw context, voor datgene wat jou uniek maakt. Je bent geen gemiddelde van een groep, je bent een persoon.'



Dat geldt ook voor professionals. 'Zij vragen zich steeds vaker af waarom ze nog werken in de zorg. Ze vinden deze gedepersonaliseerd en gestandaardiseerd. Zorgverleners hebben daardoor steeds vaker het gevoel dat ze niet langer betekenisvol kunnen zijn in het patiëntencontact.'



Persoonlijk gezondheidsdossier

En dan is er de kosten- en volume-explosie. Die kan niet opgelost worden zonder de hulp van patiënten, stelt Kremer. 'Zij kunnen onze partners zijn, ze kunnen ons werk uit handen nemen en een rol spelen bij onze besluitvorming. *Shared decision making* wordt de trend de komende jaren. Arts en patiënt nemen gezamenlijk besluiten, en houden daarbij niet alleen rekening met de medische context, maar ook met de persoonlijke context van de patiënt. Dat leidt vaak tot meer betaalbare oplossingen.'



En wat te denken van de internetrevolutie? 'Die zet de wereld compleet op zijn kop. De patiënt gaat de regie overnemen van de zorgprofessional. De patiënt leeft straks in een virtuele wereld, van waaruit hij zijn gezondheid organiseert.'



Het persoonlijk gezondheidsdossier gaat daarbij een belangrijke rol spelen, verwacht Kremer. 'Dat houdt in dat de patiënt voortaan zijn medische gegevens digitaal beheert.'

Kremer heeft zo'n persoonlijk dossier al gemaakt. 'Ik heb daarin alle huisartsenbrieven opgenomen, alle uitslagen van onderzoeken, en ook de correspondentie met de neurochirurg uit de tijd dat ik een hernia had. Bovendien heb ik mijn zorgteam samengesteld met mensen die ik vertrouw, zoals mijn huisarts, mijn vrouw, mijn neurochirurg. Ik heb hen uitgenodigd om lid te worden van mijn dossier. Zij hebben daar inzage in.'



Het voordeel van een persoonlijk gezondheidsdossier is dat de patiënt beter met zijn zorgverleners kan communiceren over zijn ziekte. 'Daarnaast zijn alle medische gegevens netjes verzameld en bij elkaar gebracht. Ze zijn niet langer versnipperd over dertig databases bij de huisarts, de tandarts, de neurochirurg enz. Ik kan me voorstellen dat ook het medicatiedossier in dit dossier een plek krijgt.'

Jan Benedictus, bestuurslid van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), juicht het persoonlijk gezondheidsdossier van harte toe. 'Wij zijn er al langer voorstander van. Maar we zien ook dat er onder artsen veel weerstand is.'

Kremer begrijpt dat wel, want de wereld gaat voor hen drastisch veranderen. 'De zorgverlener van de toekomst maakt niet langer de dienst uit, maar gaat diensten leveren. Hij verandert van gastheer in gast. De tijd is voorbij dat de dokter de patiënt in zijn spreekkamer ontvangt met een kopje koffie. De patiënt wordt de nieuwe gastheer. Hij biedt de zorgverleners voortaan kopjes koffie aan.'

[Bekijk hier de presentatie van Jan Kremer](#)

De bestendigheid van het begrip 'aanspraak' - Marie-Helène Schutjens

'Er gaat hier in de zaal een hete aardappel rond.' Het is een verrassende opening van Marie-Helène Schutjens, hoogleraar Farmaceutisch recht aan de universiteit Utrecht. Maar al snel is duidelijk waar de aardappel voor staat. Niemand durft keuzes te maken, bedoelt Schutjens. Bijvoorbeeld keuzes over hoe duur behandelingen mogen zijn of hoeveel een geneesmiddel maximaal mag kosten. 'Politiek, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, iedereen ontwijkt die keuzes. Zo



werpen we elkaar de hete aardappel toe. Toch moeten er keuzes worden gemaakt, want het zorgsysteem kraakt in zijn voegen, waarschuwt ze. 'Enerzijds moeten de zorgkosten omlaag, en anderzijds heeft de patiënt wettelijk aanspraak op toegankelijke en betaalbare zorg, vastgelegd in de zorgpolis. De zorgverzekeraars hebben van de overheid hierin de regierol gekregen. Zij hebben dus de ondankbare taak om binnen deze smalle marges te zoeken naar de mogelijkheden voor meer doelmatige zorg.'

De sturende rol van de zorgverzekeraars is daarbij beperkt, constateert Schutjens. 'Via het preferentiebeleid is er voor de extramurale geneesmiddelen wel het nodige bereikt, maar meer rek zit er niet in.'

Zwart gordijn

En dus zoeken zorgverzekeraars andere manieren om tot meer doelmatige zorg te komen. Vooral in de inkoopmarkt, dus in de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, liggen kansen. Er worden veel doelmatigheidsafspraken gemaakt, vermoedt Schutjens. 'Deze spelen zich echter af achter een zwart gordijn, buiten het zicht van patiënt, consument en zorgverlener. Ik sluit echter niet uit dat deze afspraken kunnen leiden tot minder toegankelijke zorg. Op het eerste gezicht heb ik als consument dan een mooie zorgpolis, maar vanwege alle heimelijke contractafspraken, wordt de inhoud van mijn polis ondertussen uitgehold.'

Dat is onwenselijk, stelt Schutjens, want de aanspraak van de patiënt op toegankelijke en betaalbare zorg is vastgelegd in wet- en regelgeving. 'Doelmatigheidsafspraken zijn prima, maar mogen niet leiden tot directe of indirecte beperking op deze aanspraak.'

Blijft de vraag hoe de gezondheidszorg op langere termijn betaalbaar kan blijven. Schutjens is daar helder over. Politiek Den Haag moet eindelijk eens keuzes maken. 'Het vergt politieke moed om knopen door te hakken, maar jammer genoeg zie ik een minister die vooral wegkijkt. De hete aardappel komt daardoor terecht bij patiënt en zorgverlener. Daar hoort hij niet thuis. We mogen de gesprekken in de spreekkamer of aan het ziekenhuisbed niet vervuilen met discussies over geld. Die discussies horen thuis in de politiek. Het is aan de minister om van de hete aardappel smakelijke puree te maken.'

Voor een samenvattend videoverslag van de middagsessie van de expertmeeting:

[Videoverslag Expertmeeting Ziekenhuisfarmacie IMS Health, 2 december 2014](#)



Avondsessie expertmeeting:

IMS' perspectief op specialistische zorg – Sarah Rickwood

Tijdens het afsluitend diner, presenteert Sarah Rickwood, vice president Thought Leadership van IMS Health, haar visie op de toekomst van de *Specialty Care*, dure geneesmiddelen, veelal *biologicals*, die door een medisch specialist worden voorgeschreven en die bestemd zijn voor kleine, geselecteerde patiëntenpopulatie. Die geneesmiddelen zorgen voor een revolutie, niet alleen in de farmaceutische industrie, constateert Rickwood, maar ook bij ziekenhuizen, zorgverleners en, niet in de laatste plaats, patiënten.

Rickwood ziet daarbij drie belangrijke ontwikkelingen. Had de farmaceutische industrie voorheen een breed assortiment medicijnen die voornamelijk door de huisarts werd ingezet, voor de meest uiteenlopende aandoeningen die deze bij zijn patiënten in de spreekkamer tegenkwam, nu moet ze zich vooral richten op specialistische producten. 'En wil ze deze succesvol aan de man brengen, dan moet ze niet alleen in gesprek met de arts, maar ook met andere stakeholders, zoals beleidsmakers, financiers en patiënten.'

De focus ligt daarbij niet zozeer meer op het geneesmiddel, maar nog meer op de toegevoegde waarde ervan voor die ene geselecteerde patiëntengroep. 'De farmaceutische industrie moet de meerwaarde aantonen van dure medicijnen voor specifieke patiëntengroepen.'

Dat zijn voortaan kleine groepen patiënten. 'Een medicijn is niet langer *good enough* voor grote patiëntenpopulatie, maar moet werkzaam zijn bij *highly defined* patiëntengroepen. De tijd is voorbij dat we geneesmiddelen produceerden, die bedoeld waren voor miljoenen astmapatiënten. We gaan naar op maat gemaakte *specialties* voor die vijf astmapatiënten die het meest van dat geneesmiddel profiteren. Het is de kunst om te definiëren welke patiënten dat precies zijn.'

We staan nog maar aan het begin van de reis, weet Rickwood. 'Maar dure geneesmiddelen hebben wel de toekomst. Ze zullen het landschap van onze farmaceutische gezondheidszorg onherkenbaar veranderen. Ik wens u smakelijk eten!'

[Bekijk hier de presentatie van Sarah Rickwood](#)

Voor een samenvattend videoverslag van de presentatie van Sarah Rickwood:

[Expertmeeting ziekenhuisfarmacie IMS Health, Presentatie Sarah Rickwood, 2 december 2014](#)

Volgende expertmeeting vindt plaats op 17 maart 2015.

Onderwerp: Specialistische geneesmiddelen: Lokaal en internationaal prijsbeleid.

