

**Expertmeeting Ziekenhuisfarmacie d.d. 17 mei 2016 met als thema:
'Ziekenhuisfarmacie / Dure geneesmiddelen'**

Per Troein, Vice President Strategic Partners, IMS Health

Biosimilars – more for less?

Henk Eleveld, Beleidsadviseur farmacie en senior inkoper hulpmiddelen, Menzis,
Afwegingen bij contractering 'dure geneesmiddelen' in ziekenhuizen

Hans Feenstra, Voorzitter Raad van Bestuur Martini Ziekenhuis

Uitgangspunten voor inkoop en voorschrijven vanuit Santeon

Alexander Bybau, Adviseur Zorginkoop, Zilveren Kruis

Toegankelijkheid en betaalbaarheid dure geneesmiddelen, hand in hand met elkaar

17 mei 2016 vond in het Erasmus MC in Rotterdam de eerste Expertmeeting Ziekenhuisfarmacie in 2016 plaats, onder voorzitterschap van Peter Lerk, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), en Henk Pastoors, TopSupport. Thema van de bijeenkomst: 'Ziekenhuisfarmacie / Dure geneesmiddelen'. De opkomst was hoog, met zo'n 160 deelnemers. Het tekent de grote belangstelling voor het onderwerp.

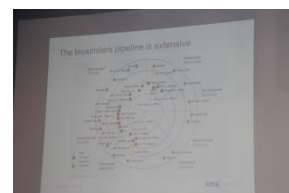
Je kunt geen krant open slaan of het gaat over dure geneesmiddelen, trapt Menno Rijk, General Manager IMS Health, de Expertmeeting Ziekenhuisfarmacie af. Het is dan ook een beladen onderwerp. Iedereen wil de beste behandeling, voor zichzelf, voor zijn kinderen, óók als dat een nieuwe, innovatieve behandeling is. Tegelijkertijd moet die behandeling voor iedereen in de samenleving beschikbaar zijn, stelt Rijk. 'We hebben dan ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van dure, innovatieve geneesmiddelen overeind te houden.'

[Zie hier de opening door Menno Rijk](#)

Biosimilars – more for less?

Helemaal mee eens, reageert Per Troein, Vice President Strategic Partners IMS Health, de eerste van de vier sprekers van de Expertmeeting. Troein gaat nader in op de positie van biosimilars. Hij is helemaal niet verbaasd over de hoge opkomst vanmiddag. 'Dat gebeurt altijd als het over biosimilars gaat. Artsen, beleidsmakers, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, farmaceutische industrie, iedereen is van de partij. Biosimilars is een *hot topic* in de dure geneesmiddelendiscussie.'

Dat komt door de hoge prijs voor dure biologicals, de *specialty medicines*, legt hij uit. Die beslaan nu 35 procent van de Europese uitgaven aan geneesmiddelen. In Nederland is dat zelfs 47 procent. De opkomst van biosimilars, goedkopere alternatieven voor de duurdere preferentiegeneesmiddelen, gaat dan ook snel. 'Tot nu toe zijn ze beschikbaar voor slechts 12 procent van de totale markt. Dat gaat veranderen. Want ook voor de grote therapeutische markten, zoals oncolytics en anti-TNF, komen binnenkort biosimilars op de markt.'



Competitieve markt

Dat proces wordt in de hand gewerkt doordat de komende jaren veel innovatieve geneesmiddelen uit patent raken. Het wordt dus interessant om te investeren in biosimilars. Er zitten dan ook veel nieuwe biosimilars in de pipeline, bij de grote farmaceutische ondernemingen, bij de kleinere biotech bedrijven, en ook - opvallend - bij een geheel nieuw type ondernemingen. Zo zijn er veel Koreaanse bedrijven actief op de biosimilarmarkt. 'Biosimilars vormen een speerpunt van het Koreaanse overheidsbeleid. Dit wordt de komende jaren een competitieve markt.'

De komst van biosimilars zal het speelveld van dure geneesmiddelen in Europa sterk veranderen. Om zich hierop voor te bereiden, heeft de Europese Commissie IMS Health gevraagd deze ontwikkelingen in kaart te brengen. 'We brengen daarover regelmatig verslag uit aan haar. Zo hebben we op een rij gezet wat de komst van biosimilars voor de Europese markt gaat betekenen. Het gaat bijvoorbeeld gepaard met forse prijsreducties voor dure geneesmiddelen. In sommige landen tot wel 50 à 70 procent. Daarnaast leidt de komst van biosimilars tot een ander type competitie dan bij de introductie van generieke geneesmiddelen. Ook de innovatieve farmaceutische bedrijven doen hier bijvoorbeeld volop aan mee. En de lagere prijzen leiden tot betere toegankelijkheid van dure geneesmiddelen. Vooral in landen waar die toegang aanvankelijk laag was, zoals in veel Oost-Europese landen.'

[Bekijk hier het rapport dat aan de Europese Commissie is uitgebracht](#)

Voortrekkers

Over de introductie van biosimilars kan veel worden geleerd van de ervaringen van Scandinavische landen zoals Noorwegen en Denemarken. 'Zij zijn de absolute voortrekkers. Een belangrijke succesfactor bij hen is dat de prijsonderhandelingen over dure geneesmiddelen worden gevoerd vanuit één centrale regie. Hoe gefragmenteerder de onderhandelingen, hoe groter het risico dat je onvoldoende besparingen behaalt. En die besparingen komen uiteindelijk ten goede aan premiebetalers en ziekenhuizen. Centrale regie is dus het kernwoord.'

Waar staat Nederland volgens Troein? 'Bij de introductie van biosimilars is Nederland een volger, geen trendsetter. Dat was ook zo bij de introductie van generieke geneesmiddelen. Ook toen waren jullie een volger, maar een snelle volger. Want vervolgens hebben jullie veel andere landen ingehaald met besparingen. Ik voorspel dat dat nu weer zo zal gaan. Als ik hier volgend jaar weer sta, zal de Nederlandse gezondheidszorg al veel geld hebben bespaard door de biosimilars.'

[Bekijk hier de presentatie van Per Troein](#)

[Bekijk hier de videoregistratie van de inleiding van Per Troein](#)



Afwegingen bij contractering 'dure geneesmiddelen' in ziekenhuizen

Henk Eleveld, tweede spreker tijdens de Expertmeeting, maakt zich zorgen over de betaalbaarheid van dure of add-on geneesmiddelen. Eleveld, van origine apotheker, is beleidsadviseur Farmacie & Senior inkoper Hulpmiddelen bij Menzis. 'Het aantal verzekerden dat betalingsregelingen treft met Menzis omdat ze hun premie of eigen risico niet meer kunnen betalen, neemt nog steeds toe. Voor deze verzekerden zijn de grenzen aan de betaalbaarheid van de zorg wel bereikt.'

Er moet dus iets gebeuren. Ook Eleveld benadrukt daarbij het belang van substitutie door biosimilars. Net als Troein wijst hij op de kracht van één inkoopstelsel voor alle ziekenhuizen, een systeem dat in Denemarken wordt toegepast. 'Dat is een verschil met Nederland, waar overall kleine onderhandelsgroepjes met elkaar aan het worstelen zijn. Het levert veel grotere besparingen op.'

Eleveld constateert dat steeds meer voorschrijvers, zoals medisch specialisten, vertrouwen krijgen in de veiligheid en effectiviteit van biosimilars. 'In 2013 dacht nog slechts 6 procent van de voorschrijvers dat je referentiegeneesmiddelen kon vervangen door biosimilars, nu is dat ruim 44 procent. En het aantal voorschrijvers dat biosimilars afwijst, is in één jaar gedaald van 61 naar 19,5 procent. Voor steeds meer artsen vormen biosimilars een bespreekbaar alternatief.'

Geneesmiddelencommissie

Om de prijs van dure geneesmiddelen omlaag te krijgen, is echter meer nodig, benadrukt Eleveld. Zoals meer doelmatige inzet van dure geneesmiddelen. Want de praktijkvariatie tussen ziekenhuizen is nog steeds onverklaarbaar groot. Ook de kwaliteit van de richtlijnen moet worden verbeterd, vooral als het gaat om het benoemen van harde start- en stopcriteria. Daarnaast hecht Menzis aan de inzet van expertisecentra. 'Wij willen dure geneesmiddelbehandelingen zoveel mogelijk laten plaatsvinden in centra waar men daar ervaring mee heeft. En spillage (verspilling) willen we terugdringen. Is het echt nodig dat iedere ziekenhuisapothek zijn eigen geneesmiddelen bereidt? Kunnen we dit niet beter regionaal of zelfs landelijk organiseren? Wij denken dat hier grote besparingen mogelijk zijn.'

Een belangrijk punt, vervolgt Eleveld, is het oordeel van de collega-medisch specialisten en - ziekenhuisapothekers. 'Wij vinden dat dure geneesmiddelen pas voorgeschreven mogen worden na intercollegiaal overleg, liefst in een geneesmiddelencommissie. Je kunt dan met meer objectieve criteria beoordelen of dat geneesmiddel al dan niet terecht wordt ingezet. Hier valt nog veel winst te behalen. Er zijn nog steeds ziekenhuizen die geen geneesmiddelencommissie hebben.'

Meer sturing

Uiteindelijk helpt geen enkele maatregel als de prijzen van dure geneesmiddelen niet fors omlaag gaan, stelt Eleveld. 'Recent liet een Amerikaanse studie zien dat deze prijzen vanaf het moment van toelating op de markt jaarlijks met gemiddeld 11,5 procent stijgen. De



farmaceutische industrie is aan zet om met meer realistische aanvangsprijzen te komen. We moeten het probleem aan de voorkant aanpakken.'

Wat daarbij kan helpen, vervolgt hij, is als zorgverzekeraars bij de introductie van elke nieuwe *add-on* een kosteneffectiviteitstoets kunnen afnemen. 'Daarnaast hoop ik dat de zorgverzekeraars van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) meer speelruimte krijgen om dure geneesmiddelen gezamenlijk te mogen inkopen.'

De belangrijkste vraag is volgens Eleveld echter: wat gebeurt er na 2017, als het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg (MSZ) afloopt. 'Hoe gaan we dan verder? Dat is niet te voorspellen, al was het maar omdat er in 2017 landelijke verkiezingen zijn. De uitslag daarvan is bepalend voor de richting van de gezondheidszorg de komende jaren.'

Maar zo makkelijk komt Eleveld er niet vanaf, want na zijn presentatie wordt hem vanuit het publiek gevraagd wat hij zou doen als hij straks Mark Rutte zou zijn in een nieuwe coalitie. 'Ik vind vooral dat er een overheid moet komen die – veel meer dan nu – de regie neemt, zoals in de Scandinavische landen het geval is. We hebben meer sturing nodig. En ik hoop ook dat dat een overheid is die uitspraken durft te doen over tegen welke prijs wij bereid zijn geneesmiddelen te betalen.'

[Bekijk hier de presentatie van Henk Eleveld](#)

[Bekijk hier de videoregistratie van de inleiding van Henk Eleveld](#)

Uitgangspunten voor inkoop en voorschrijven vanuit Santeon

Hans Feenstra, voorzitter van de Raad van Bestuur van het Martini ziekenhuis in Groningen, presenteert de uitgangspunten voor inkoop en voorschrijven vanuit Santeon, een samenwerkingsverband van zes topklinische ziekenhuizen in Nederland. Deze samenwerking werpt zijn vruchten af, stelt Feenstra. 'Het zorgt ervoor dat je samen kunt inkopen en ook snel en doeltreffend kennis en ervaringen kunt uitwisselen.'

Dure geneesmiddelen vormen het koekoeksjong in iedere ziekenhuisbegroting, constateert Feenstra. 'De rekensom is simpel. Volgens het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord mogen ziekenhuizen jaarlijks 1 tot 1,5 procent groeien. Dure geneesmiddelen vertonen echter een jaarlijkse prijsstijging van 10 á 15 procent. Dat houdt je niet lang vol.'

Werken aan doelmatigheid, voorkomen van spillage, belangrijke thema's voor de zorgverzekeraars, zijn volgens Feenstra niet voldoende om dat tij te keren. 'Bovendien blijft innovatie cruciaal. Er is veel behoefte aan nieuwe medicijnen om mensen te behandelen, of het nu gaat om oncolytica of de ontwikkeling van nieuwe antibiotica. Het is daarom jammer dat zorgverzekeraars eenzijdig de nadruk leggen op doelmatigheid. Het budgettair denken overheerst. Maar als je niet innoveert, en je wilt alleen het bestaande behouden, dan behoren de Nederlandse ziekenhuizen over tien jaar tot de Europese middelmaat. Dat lijkt me onwenselijk.'



Farmadatabase

De krachten bundelen, zoals de Santeon-ziekenhuizen doen, bijvoorbeeld bij de gezamenlijke inkoop van dure geneesmiddelen, is volgens Feenstra de enige manier om dit probleem te tackelen. Al vermoedt hij dat deze samenwerking slechts een tussenstap is. 'Ziekenhuizen kunnen dit niet alleen, zorgverzekeraars kunnen dit niet alleen, en misschien kun je het zelfs als Nederland niet alleen. We moeten werken aan een andere ordening, al weet niemand hoe deze eruit zal zien.'



Eén ding is zeker, dataverzameling zal bij die nieuwe ordening een belangrijke rol spelen. Vandaar dat Santeon de Farmadatabase heeft ontwikkeld, opgebouwd uit de automatiseringssystemen van de zes afzonderlijke ziekenhuizen. 'Dat vormt een belangrijk instrument bij ons gezamenlijk inkoopbeleid. We kunnen daarmee op elk gewenst moment de verschillen tussen de ziekenhuizen, maar ook tussen afdelingen en dokters, uitdraaien en analyseren. Daarmee kunnen we de door Henk Eleveld genoemde praktijkvariatie in kaart brengen én aanpakken.'



Het eerste wat Santeon met haar database heeft gedaan is het voorschrijfgedrag van antibiotica in de verschillende ziekenhuizen met elkaar vergelijken. 'Het is bizar om te zien hoe groot die verschillen zijn. Dat heeft niets te maken met bacterieel voorkomen of antibioticaresistentie. Het heeft vooral te maken met cultuurverschillen: in welke ziekenhuiscultuur ben ik als dokter opgeleid? Als je die praktijkvariatie met medisch specialisten bespreekt, doen ze er vervolgens alles aan om deze terug te dringen. Je spreekt dokters aan op hun professionele trots.'



Ondernemersrisico

De Farmadatabase helpt de Santeon-ziekenhuizen ook bij het inrichten van Value Based Health Care (VBHC). 'We voeren dat nu in alle zes de ziekenhuizen. Daarbij kijken we naar hoe andere landen dat doen. In Scandinavië zijn ze met VBHC bijvoorbeeld veel verder dan in Nederland. Dat komt omdat de overheid daar meer op stuurt dan bij ons. Mijn stelling is ook dat je dit soort verbetertrajecten niet aan de markt kunt overlaten. Je hebt daar een centrale regisseur voor nodig. Dat is ook mijn zorg over de Nederlandse gezondheidszorg. We laten teveel over aan de markt, sturing ontbreekt.'



Ziekenhuizen zouden geen winst of verlies mogen maken op dure geneesmiddelen, benadrukt Feenstra. 'Dat ondernemersrisico hoort thuis bij de zorgverzekeraars. Je mag ziekenhuizen beoordelen op de juiste indicaties en de juiste toepassing van de richtlijnen, maar meer niet. Onze ziekenhuisapothekers hebben jarenlang goed ingekocht, dat was prettig. Nu zijn de verhoudingen omgedraaid en leiden we verlies op de dure geneesmiddelen. Winst of verlies, ik vind beide onwenselijk. Met onze Farmadatabase kiezen we daarom voor maximale transparantie. In ruil daarvoor willen we dat de zorgverzekeraars dit ondernemersrisico op zich nemen. Drie van de vier grote zorgverzekeraars zijn daarmee akkoord gegaan.'



[Bekijk hier de presentatie van Hans Feenstra](#)

[Bekijk hier de videoregistratie van de inleiding van Hans Feenstra](#)

Toegankelijkheid en betaalbaarheid dure geneesmiddelen, hand in hand met elkaar

Betaalbare en toegankelijke zorg, dat is de voornaamste ambitie van Zilveren Kruis, met zo'n 4,1 miljoen klanten de grootste verzekeraar in Nederland, vertelt Alexander Bybau, adviseur Zorginkoop bij Zilveren Kruis. Ook Bybau wijst op de spanning tussen de kosten van dure geneesmiddelen en de afspraken in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord MSZ. 'We moeten daarbij oppassen voor verdringing van zorg. Tegelijkertijd weet niemand hoe deze kosten zich verder zullen ontwikkelen. Het speelveld van de dure geneesmiddelen verandert continu. Denk aan het integraal pakket van maatregelen, de sluis die door het ministerie van VWS is ingesteld, of de nieuwe bekostiging van dure geneesmiddelen. Dat laatste gaat vermoedelijk voor veel ruis zorgen. Veel is dus onvoorspelbaar. Juist daarom is het belangrijk dat we werken aan realistische en objectiveerbare scenario's over wat ons te wachten staat. We moeten goed voorbereid zijn.'

Om goede zorg voor haar verzekerden te garanderen, heeft Zilveren kruis vier pijlers voor haar dure geneesmiddelenbeleid geformuleerd: gegarandeerde toegang tot *add-on* geneesmiddelen voor haar patiënten, volume-optimalisatie, voorkomen van spillage en risicodeling met zorgaanbieders. 'We willen het volume-risico op ons nemen, zoals Feenstra voorstelt, maar we verwachten ook dat zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid nemen. Bijvoorbeeld door hun volumes te optimaliseren. Daarnaast zie ik dat er ziekenhuizen zijn, zoals het Martini ziekenhuis, die geen winst of verlies willen op dure geneesmiddelen. Dat is prima. Maar er zijn ook ziekenhuizen die nog steeds zeggen: bemoei je er niet mee, wij willen een maximumtarief voor alles wat we doen. Dat is een kleine, maar zorgelijke groep.'

Best practises

Zilveren Kruis zet, net als Menzis, in op concentratiebeleid, legt Bybau uit. 'Nieuwe dure geneesmiddelen kopen we in principe alleen in bij expertisecentra.' Die keuze roept irritatie op bij Hans Feenstra. 'Waarom leg je het monopolie voor dure geneesmiddelen bij de academische centra? Wij behandelen ook complexe patiënten. Bovendien kunnen de academische ziekenhuizen de productie niet eens aan. Zorgverzekeraars zouden de topklinische ziekenhuizen meer mogen ondersteunen om deze behandelingen te kunnen doen. En ze zouden tegen academische ziekenhuizen moeten zeggen: dit laten we niet door jullie monopoliseren. Ik ken geen enkele verzekeraar die dat durft te zeggen.'

Waar Feenstra zich wel in kan vinden, is dat Zilveren Kruis veel werk maakt van de identificatie van *best practises*, zoals ziekenhuizen die goed presteren op doelmatige indicatiestelling, doelmatig gebruik of doelmatige dosering. Bybau: 'We doen dat op basis van informatie die we bij de verschillende ziekenhuizen verzamelen. Door deze goede voorbeelden te presenteren, hopen we ziekenhuizen mee te krijgen in deze positieve ontwikkelingen. Op die manier werken we samen aan betaalbare en toegankelijke zorg. Want we kunnen dit niet alleen, de ziekenhuizen niet, de zorgverzekeraars niet, de farmaceutische industrie niet. We moeten het samen doen.'

[Bekijk hier de presentatie van Alexander Bybau](#)

[Bekijk hier de videoregistratie van de inleiding van Alexander Bybau](#)



[Bekijk hier het interview met Ruud Simons, Raad van Bestuur, Patiëntenregisters.nl](#)

[Bekijk hier het interview met Peter Roos, Hoofd ziekenhuisapotheek, Erasmus MC](#)

[Bekijk hier de videosamenvatting van de Expertmeeting Ziekenhuisfarmacie 17 mei 2016](#)

De Expertmeeting Ziekenhuisfarmacie in een initiatief van IMS Health en wordt mede georganiseerd door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA).

Volg ons op:

