

Samen inkopen, het breekijzer tegen medicijn/prijzen

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars slaan de handen ineen bij de inkoop van dure geneesmiddelen. Door **GEZAMENLIJK IN TE KOPEN**, hopen zij een sterkere onderhandelingspositie in te nemen. Zo willen zij de toegankelijkheid en betaalbaarheid van innovatieve medicijnen op de lange termijn blijven garanderen. De kwaliteit van de zorg zal dan behouden blijven.

Bijna twee miljard euro geeft Nederland jaarlijks uit aan innovatieve geneesmiddelen. En die prijzen blijven stijgen. Terwijl de uitgaven van ziekenhuizen jaarlijks groeien met ongeveer 1 procent, ligt dat voor dure medicijnen op 7 tot 10 procent. Bart Benraad, programmamanager Dure Geneesmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN): "De groeiruimte in de medisch specialistische zorg wordt bijna volledig opgeslokt door toenemende kosten voor innovatieve geneesmiddelen. Het gevolg is dat er verdringing optreedt." Willem de Boer, NVZ-bestuurslid en lid van de raad van bestuur van de MC Groep vult aan: "Het is heel simpel: geld dat wordt uitgegeven aan dure geneesmiddelen, kan niet worden gebruikt

voor andere belangrijke zorgtaken. De hoge medicijnprijzen leggen een enorme druk op het systeem om te kunnen blijven accommoderen."

SAMEN STERKER

Om die druk te verminderen, bundelen ziekenhuizen en verzekeraars hun krachten. In september 2017 tekenden de NVZ, NFU en ZN een contract voor eerste gezamenlijke stappen om de toegankelijkheid van dure medicijnen te kunnen blijven garanderen. Een pilot rond de gezamenlijke inkoop van een groep kankermedicijnen is in volle gang. "Samen heb je meer marktmacht en kun je kortingen bedingen die je afzonderlijk nooit zult krijgen", zegt Benraad. Dat beaamt Nicole Blijlevens, hematoloog aan het Radboudumc en namens

de beroepsgroep betrokken bij de pilot: "In de onderhandeling over de prijzen van innovatieve geneesmiddelen zit heel weinig bewegingsruimte. Het zijn medicijnen die ontwikkeld worden voor zeldzame ziektes. Het aantal nieuwe patiënten per jaar is laag, en vervolgens ook nog verdeeld over ruim tachtig ziekenhuizen. Als individueel ziekenhuis sla je nog geen deukje in een pak boter." Aan de pilot doen bijna tachtig ziekenhuizen mee: alle academische en 98 procent van de NVZ-ziekenhuizen. De Boer vindt dat als lid van de stuurgroep meteen een fantastisch eerste resultaat: "Eén van de doelstellingen was te kijken of we iedereen mee konden krijgen. Het is heel goed om te zien dat dit initiatief op landelijk niveau wordt omarmd." De stuurgroep werkt verder nauw samen met de beroepsgroep HOVON, de Nederlandse Vereniging voor Hematologie en patiëntenorganisaties.

TOTAAL ANDER PLAATJE

De pilot richt zich op de onderhandeling over medicijnen voor de tweedelijnsbehandeling van patiënten met Chronische Myeloïde Leukemie (CML). "In Nederland krijgen jaarlijks ongeveer 150 nieuwe patiënten de diagnose CML", weet Blijlevens. "Deze vorm van bloedkanker is niet direct levensbedreigend, maar wordt wel acuut wanneer je het onbehandeld laat. In de jaren '70 betekende de diagnose CML eigenlijk standaard een stamceltransplantatie. Dat is een ingrijpende ingreep waarbij een derde van de mensen alsnog overleed aan complicaties. Met de komst van innovatieve geneesmiddelen vanaf het jaar 2000 is een stamceltransplantatie niet meer nodig. Nu heeft negentig procent van de patiënten een vrijwel normale levensverwachting en is bij minder dan twee procent een transplantatie nodig. Een totaal ander plaatje dan vroeger. We willen onze patiënten deze middelen dus kunnen blijven garanderen." De kosten voor deze medicijngroep in het oligopolistische segment liggen rond de dertig miljoen euro per jaar. Benraad: "Er zijn voor de behandeling van CML drie middelen op de markt met een vergelijkbare werking. Vanuit de stuurgroep hebben we eerst



Bart Benraad,
Programmanager Dure
Geneesmiddelen van Zorg-
verzekeraars Nederland

gekeken of we met mandaat van medisch specialisten één van deze drie konden kiezen als preferent middel voor in ieder geval 75 procent van de patiënten." Toen het antwoord 'ja' was, werd een inkoopronde gestart en ging men onder strikte geheimhouding in onderhandeling met de industrie. De uitslag daarvan is vervolgens vertaald naar een contract met elk deelnemend ziekenhuis. Benraad: "Het betekent concreet dat er een winnend middel uit de bus is gekomen, dat nu landelijk eerste keus is bij de tweedelijnsbehandeling van CML."

KEUZEVRIJHEID

De arts bepaalt nog altijd of er reden is om af te wijken van het voorkeursmiddel. Benraad: "Uitgangspunt is dat de



Nicole Blijlevens,
Hematoloog, Radboudumc

gebruiken. Het kan zijn dat de patiënt een andere voorkeur heeft dan het preferente middel. Dat is zeker iets om mee te nemen in de evaluatie." Toch verwacht Blijlevens dat dit wel zal loslopen. Zelf heeft ze inmiddels enkele patiënten geadviseerd het nieuwe medicijn te gebruiken. "Mijn ervaring is dat patiënten van harte willen meewerken, zolang je maar goed uitlegt waar het om gaat. Mensen zijn zich bewust van het feit dat ze medicijnen krijgen die tonnen kosten en willen heus een steentje bijdragen."

MINDER MEER GELD

Voornaamste doel van de pilot is te onderzoeken of de aanpak van gezamenlijke inkoop werkt. Benraad: "Binnenkort komt er een uitraag naar de ziekenhuizen om te kijken of we de volumeverschuiving hebben weten te realiseren die is afgesproken met de industrie. Als dat gelukt is, hebben we een geweldige basis om op verder te bouwen." In financiële zin heeft de gezamenlijke inkoopronde in ieder geval effect gehad. "Het financiële resultaat is er, maar wereldveranderend is dat nog niet", aldus Benraad. "Dat komt deels doordat het om een medicijn gaat dat chronisch gebruikt wordt; de verschuivingen in die markt gaan niet zo snel. Daarbij is het project enorm complex. Om dit op landelijke schaal te doen, moet je een hele hoop dingen goed geregeld hebben. Het is verbouwen terwijl de verkoop doorgaat. De winst zit hem daarbij vooral in 'minder méér geld' uitgeven aan medicijnen, en dat is nu eenmaal niet zo'n sterke business case. Op de korte termijn kost het geld en dat houdt ziekenhuizen nu nogal in de klem. Daarom is het zo belangrijk dat we met de resultaten van deze pilot straks in de branche kunnen aantonen dat er wel degelijk winst valt te behalen. Want van 7 procent naar 5 procent groei in de kosten aan dure medicijnen scheelt al miljoenen per jaar."

GEZAMENLIJK BELANG

Een ander belangrijk resultaat zien de experts in de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. De Boer: "Er is soms sprake van wantrouwen tussen deze twee partijen.

Maar nu zoeken we naar gemeenschappelijke belangen. Uiteindelijk willen verzekeraars en aanbieders hetzelfde: toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen. Deze pilot helpt om vanuit dat gezamenlijke belang oplossingen te vinden. Die onderlinge relatie is het hogere doel." Daarnaast blijkt de pilot ook een aanjager te zijn voor een inhoudelijke kwaliteitsslag. Veel individuele ziekenhuizen en verzekeraars zijn dankzij de

pilot opnieuw kritisch gaan kijken naar de omgang met medicijnen in deze groep. Benraad: "De samenwerking leidt ertoe dat dit beter op de kaart gezet is en strakker begeleid wordt. Er komt in feite meer aandacht voor het juiste gebruik van deze geneesmiddelen door de hele keten heen." Blijlevens vult aan: "Dat je met alle ziekenhuizen samenwerkt rond één bepaalde ziektebeeld of medicijn is best uniek. Tijdens de pilot hebben

we gepast medicijngebruik volgens de richtlijnen bij alle deelnemende ziekenhuizen opnieuw onder de aandacht gebracht. Ook hebben we artsen gewezen op CMylife: een digitaal platform waar CML-patiënten terechtkunnen voor informatie en tools om hun medicatie te monitoren. De platte korting is zeer welkom, maar die inhoudelijke slag is vanuit de beroepsgroep bezien misschien nog wel belangrijker."

"Het financiële resultaat is er, maar wereldveranderend is dat nog niet"

beschikbaarheid van het juiste middel voor patiënten niet in het geding komt. Daarom is een percentage van 75 procent afgesproken voor voorschrijving van het voorkeursmiddel. De overige 25 procent geeft artsen de ruimte om af te wijken." Blijlevens verwacht dat die 75 procent in de praktijk ruim voldoende is: "De effectiviteit van de drie middelen is hetzelfde. Een minderheid van de patiënten kan vanwege het bijwerkingprofiel medicijn A niet krijgen, maar buiten die groep maakt het niet veel uit welk middel je kiest." Blijlevens realiseert zich wel dat het werken met een preferent middel soms op gespannen voet staat met het idee van 'samen beslissen'. "Als arts bepaal je steeds vaker samen met een patiënt welk medicijn hij of zij gaat



Integraal pakket aan maatregelen VWS

De hoge prijsstelling voor dure, innovatieve geneesmiddelen is een complex probleem waar ook bij VWS en in Europa steeds meer aandacht voor is.

Eind 2015 werd samen met VWS door verschillende partijen het zogenaamde 'integraal pakket aan maatregelen ter borging van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen' overeengekomen.

De samenwerking voor gezamenlijke inkoop is één van de manieren waarop invulling wordt gegeven aan dit pakket. In 2019 willen de NVZ, ZN en NFU de samenwerking uitbreiden naar nieuwe groepen geneesmiddelen binnen het oligopolistische segment.

Willem de Boer,
Lid raad van bestuur van de MC Groep



De juiste
zorg...

Jaarlijks belanden ruim 320.000 ouderen zonder medisch specialis- tische noodzaak in een zieken- huisbed. Dit komt neer op 4.100 onnodig bezette bedden per jaar. Welke maatregelen treffen de ziekenhuizen om dit kostbare probleem tegen te gaan? Drie voor- beelden uit de praktijk.

...op de juiste plek

Voor steeds meer ziekenhuizen is het een uitdaging: de bezetting van schaarse zieken- huisbedden door kwetsbare ouderen. Uit onderzoek van Fluent blijkt dat jaarlijks 800.000 ouderen de spoedeisende hulp (SEH) bezoeken, waarvan er 534.000 worden opgeno- men. In slechts veertig procent van deze opnames is er sprake van een medische noodzaak. In de rest van de gevallen gaat het vooral om oudere patiënten met welzijnsklachten. De huisarts vindt dan dat alleen thuis blijven tijdelijk niet verantwoord is. Zij hebben dus wel zorg nodig, maar geen medi- sche behandeling.

1 DIRECTE DOORSTROMING

Er blijkt veel winst te behalen in het sneller doorsturen van deze patiënten naar andere zorginstellingen. Zo rondde het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht in februari 2018 een geslaag- de proef af. In zes maanden tijd stroom- de tweederde van de 69 oudere patiënten die zonder medische nood- zaak binnenkwamen op de eerste hulp, direct door naar een verpleeghuisbed. Door dit succes is de proef inmiddels omgezet in een vaste methode. Het ziekenhuis werkt intensief samen met vijf verpleeghuizen in de omgeving, die zich consequent inspanden om bedden vrij te houden voor acute opname. Buiten kantooruren gaan patiënten eerst naar het Zorgtransferium in het ziekenhuis, met twee 'bewaarmedden' van waaruit zij de eerstvolgende ochtend alsnog worden overgeplaatst.

Geslaagde proef Albert Schweitzer Ziekenhuis: tweederde van de patiënten kon direct worden doorverwezen naar een verpleeghuis

2 BEMIDDELING MET THUISZORG

In het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft werd in drie maanden tijd 75 procent van de oudere patiënten doorverwezen naar de juiste plek. Het ziekenhuis slaat sinds november 2017 de handen ineen met zorgorganisatie Pieter van Foreest. Zodra een kwetsbare oudere behandeld of beoordeeld is door de SEH-arts, bespreekt deze met een medewerker van de zorgbemiddeling van Pieter van Foreest welke zorg urgent is. Is ziekenhuisopname niet noodzakelijk? Dan wordt de patiënt doorverwezen naar een locatie van Pieter van Foreest. Zorgverzekeraar DSW ondersteunt deze vorm van samenwerking en wil het succesvolle verwijfsproject nu voortzetten bij andere partijen.

3 EFFICIËNTE TRANSFERS

In het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein en Utrecht is een soortgelijke proef nog in volle gang. Bij binnenkomst op de SEH kijken transferverpleegkundigen mee naar wat een oudere patiënt nodig heeft. Waar mogelijk wordt er een plekje gezocht in een geschikte VVT-instelling in de regio. Of er wordt hulp aan huis geregeld, in de vorm van thuiszorg of hulpmiddelen. Het doel van de proef is overigens niet alleen opname te voorkomen, maar ook efficiënter te werken wanneer een patiënt wél in het ziekenhuis moet blijven. Komt een patiënt op vrijdagmiddag binnen, dan brengt de transferverpleegkundige nog diezelfde avond het nazorgtraject in kaart. Dat verkort de ligduur; eerder werden er in zo'n situatie pas op maandag vervolgstappen genomen.

Het resultaat is dat ziekenhuisbedden niet onnodig bezet zijn en de doorstroming beter is. Ook zullen de wachttijden op de SEH verminderen. Maar bovenal: de juiste zorg op de juiste plek. Dat is altijd beter voor de patiënt. ■

Initiatiefnota 'Lachend tachtig'

De zorg voor ouderen leeft ook in Den Haag. Aanleiding is de forse stijging van de zorgkosten, onder andere door de vergrijzing. Substitutie kan daarop het antwoord zijn. Dat stellen de overheid en de brancheverenigingen vast in de Hoofdlijnenakkoorden 2018. De verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn kan een bijdrage leveren aan de betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Bovendien biedt 'de juiste zorg op de juiste plek' meer mogelijkheden voor zorg op maat, dichtbij de patiënt.

Eind april publiceerde kamerlid Corinne Ellemeet van GroenLinks de initiatiefnota 'Lachend tachtig'. In de nota haalt ze aan dat ouderen steeds vaker een beroep doen op de spoedeisende hulp. Ellemeet pleit in de nota onder andere voor

- a) betere voorwaarden voor thuis wonen,*
- b) intensieve samenwerking tussen zorg-, woon- en welzijnsvoorzieningen,*
- c) toegankelijke hulp dichtbij, in plaats van het ziekenhuis als groot instituut op afstand (bijvoorbeeld met poliklinieken geriatrie 'in de wijk') en*
- d) het realiseren van goede, kortdurende verzorging in een tijdelijk verblijf buitenshuis.*



Meer weten?

Kijk op rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek

Makkelijk zoeken in de CAO ziekenhuizen

Iedereen kan de integrale cao-tekst lezen op cao-ziekenhuizen.nl. Een selecte groep HR-medewerkers kan daarnaast inloggen op de website voor extra informatie. Zij kunnen bovendien contact zoeken met het team van werkgeverszaken.

Tijdens cao-onderhandelingsgesprekken zet de NVZ zich in voor het beste resultaat voor haar leden. Na stevige onderhandelingen met de vakbonden werd de huidige cao bijna een jaar geleden afgesloten. Deze cao loopt tot april 2019.

De officiële cao-tekst met bijlagen is sinds begin mei vindbaar op een geheel nieuwe website: cao-ziekenhuizen.nl. Deze website is veel beter toegankelijk dan de vorige editie. Daarnaast heeft de nieuwe cao-website een verbeterde navigatiestructuur en een uitstekende zoekfunctie. Ook de arbeidsvoorwaarden voor medisch specialisten (AMS) zijn via dezelfde website beschikbaar gesteld. Naast het openbare deel kan een select aantal personen inloggen op de website.

In de praktijk zijn dit alle medewerkers van de salarisadministratie en HR-afdeling van de zorginstelling. Na inlog krijgen deze medewerkers toegang tot allerlei extra informatie, onder meer nieuwsberichten en (juridische) toelichtingen bij een groot deel van de cao-artikelen. Hierdoor komt een schat aan aanvullende informatie beschikbaar.

SCHAT AAN INFORMATIE

Dat is niet alles. Vanuit elke zorginstelling kunnen de HR-manager en twee HR-medewerkers via de

website vragen stellen over de cao en andere arbeidsrechtelijke kwesties. De drie experts van het team Werkgeverszaken adviseren hen op basis van jurisprudentie en hun parate kennis. De expertise van dit team reikt verder dan de huidige cao; zij verdiepen zich ook in andere arbeidsrechtelijke kwesties waar ziekenhuizen mee te maken kunnen krijgen. Kennisverrijking ontstaat door het volgen van opleidingen, congressen en door hun contacten met commissies en deskundigen. De drie teamleden van Werkgeverszaken wisselen daarnaast regelmatig van gedachten met hun HR-contactpersonen bij de zorginstellingen. Zo komen zij te weten hoe een bepaald cao-artikel wordt geïnterpreteerd en hoe afspraken in de praktijk worden toegepast. Dit is van belang om een goede indruk te kunnen krijgen van de praktijk en om inzicht te krijgen in eventuele andere kwesties. Zo is in de loop der jaren een schat aan informatie opgebouwd, waardoor het team voor elke unieke situatie een uniek advies kan opstellen. ■



Meer weten over de cao?
Kijk op cao-ziekenhuizen.nl.