

DE LIJDENSWEG VAN EEN MEDISCHE INNOVATIE

Patiënten gedupeerd door bureaucratisch getreuzel

Drie jaar geleden al werd de meerwaarde van de HIPEC-behandeling bij dikkedarmkanker aangetoond. Door trage besluitvorming over de financiering blijft een aantal patiënten tot nog toe echter verstoken van deze behandeling of moet ervoor naar het buitenland

EGBERT VOS
VIC VERWAAL
WIM VAN HARTEN

De toepassing en de verspreiding van medische innovaties die hun meerwaarde hebben bewezen, verlopen in Nederland te langzaam. Dat gaat ten koste van de gezondheidszorg, belemmert de concurrentiekracht van de economie en leidt tot hogere kosten dan nodig. Dit concludeert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in zijn advies 'Van weten naar doen' dat op 31 mei 2005 aan de Tweede Kamer werd aangeboden.

De raad doet de aanbeveling de financiële regels in de zorg zodanig aan te passen dat ze niet langer een belemmering vormen voor de implementatie van bewezen verbeteringen. Zo moeten bijvoorbeeld de diagnose-behandeling-

combinaties (DBC's) voor nieuwe zorgproducten sneller worden toegevoegd aan het DBC-palet. De begin 2005 opgerichte Stichting DBC-Onderhoud en/of het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) moeten voortvarender aan de slag om bewezen verbeteringen te erkennen en door het CTG/ZAio in het verzekeringspakket te laten opnemen.

Dat de klacht van de RVZ over de taaie bureaucratie terecht is, hebben ook wij van het Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) ervaren. Onze 'lijdensweg' om de hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) adequaat bekostigd ingevoerd te krijgen, duurt nu al drie jaar.

BEWEZEN

De Amerikaanse chirurg Sugarbaker was de eerste die op grond van ongecontroleerde studies postuleerde dat patiënten met uitzaaiingen van dikkedarmkanker in de buikholte niet in alle gevallen hoeven te overlijden. Hij ontwikkelde de HIPEC, een chirurgische ingreep waarbij eerst het in de buikholte aanwezige tumorweefsel geheel wordt verwijderd en het aangetaste buikvlies gedeeltelijk. Vervolgens wordt chemotherapie in hoge concentratie en met een verhoogde temperatuur ingebracht in de buikholte om

nog resterende tumorcellen te doden, die anders weer tot nieuwe metastasen kunnen uitgroeien. Het gaat hierbij om ingrijpende en belastende chirurgie.

Sugarbaker (en ook anderen) konden aantonen dat een deel van de op deze wijze behandelde patiënten jaren

na de ingreep nog ziektevrij in leven was. Wat echter onbrak, was onderzoek naar de meerwaarde van HIPEC ten opzichte van de standaardchemotherapie. Om deze vergelijkende studie mogelijk te maken diende het NKI-AVL in februari 1997 een projectvoorstel Ontwikkelingsgeneeskunde in bij de toenmalige Ziekenfondsraad, thans College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Het onderzoeksvorstel werd een klein jaar later gehonoreerd. De gerandomiseerde studie, die liep van april 1998 tot februari 2002, toonde aan dat de toegevoegde HIPEC-behandeling leidt tot een betere overleving, onder gelijke kwaliteit van leven op de middellange termijn. Aan deze verbetering hangt echter wel een prijskaartje: de directe medische meerkosten van de HIPEC-behandeling bedragen gemiddeld 27.135 euro per patiënt.

WACHTEN

Pas ruim een jaar na ontvangst van het onderzoeksverslag bracht het CVZ advies uit aan de minister van VWS. Het CVZ concludeerde dat de HIPEC-behandeling voor de onderzochte patiëntengroep als gebruikelijk moest worden beschouwd en gaf aan bij een positieve reactie van VWS de verdere implementatie in de praktijk ter hand te zullen nemen.

Per patiënt komen de medische meerkosten van de HIPEC-behandeling op 27.135 euro

Besluitvorming van de kant van VWS bleef echter tot nog toe uit. VWS zegt met de invoering van de behandeling te willen wachten tot er meer duidelijkheid is over de procedures voor de introductie van nieuwe behandelingen onder de DBC-systematiek. >>

<< Ook de zorgverzekeraars wensen geen voorlopige regeling met ons te treffen. Intussen kennen zij echter wel vergoedingen toe aan patiënten die vanwege een gemaximeerd aantal behandelingen in ons ziekenhuis zich noodgedwongen in het buitenland laten opereren.

INPASBAARHEID

Wij wilden direct nadat de HIPEC-behandeling haar waarde had bewe-

en adequate bekostiging blijft daarmee uit.

In de huidige DBC-systematiek laat de DBC-typeringslijst van heelkunde ons geen andere keuze dan de HIPEC-behandeling te registreren als reguliere zorg (zorgproduct 11), overige oncologische diagnoses (diagnose 359), operatief met klinische episode (behandeling 203). Deze DBC is echter niet specifiek genoeg om de behandeling herkenbaar te maken als een apart product. Het betreft

verspreiden van dure en/of complexe innovaties.

STICHTING DBC-ONDERHOUD

Toen in januari 2005 de Stichting DBC-Onderhoud werd opgericht, hebben wij daarmee direct contact gezocht teneinde snel tot (budgettaire) erkenning van de HIPEC-behandeling te komen. Toegezegd werd om ons verzoek versneld voor te leggen aan hun wetenschappelijke adviesraad (WAR). Deze WAR gaf te kennen graag mee te werken, mede vanwege de uitgebreid gedocumenteerde casus en het positieve advies van het CVZ. Vanzelfsprekend hebben wij een ten opzichte van de eerdere documentatie geactualiseerd overzicht van relevante wetenschappelijke publicaties geleverd.

Maart 2005 hebben we onze HIPEC-behandeling bij de WAR ingediend en is nog steeds geen uitsluitsel.

Het is nu drie jaar geleden dat de HIPEC-behandeling haar meerwaarde in een gerandomiseerd onderzoek heeft bewezen.

WACHTLIJST

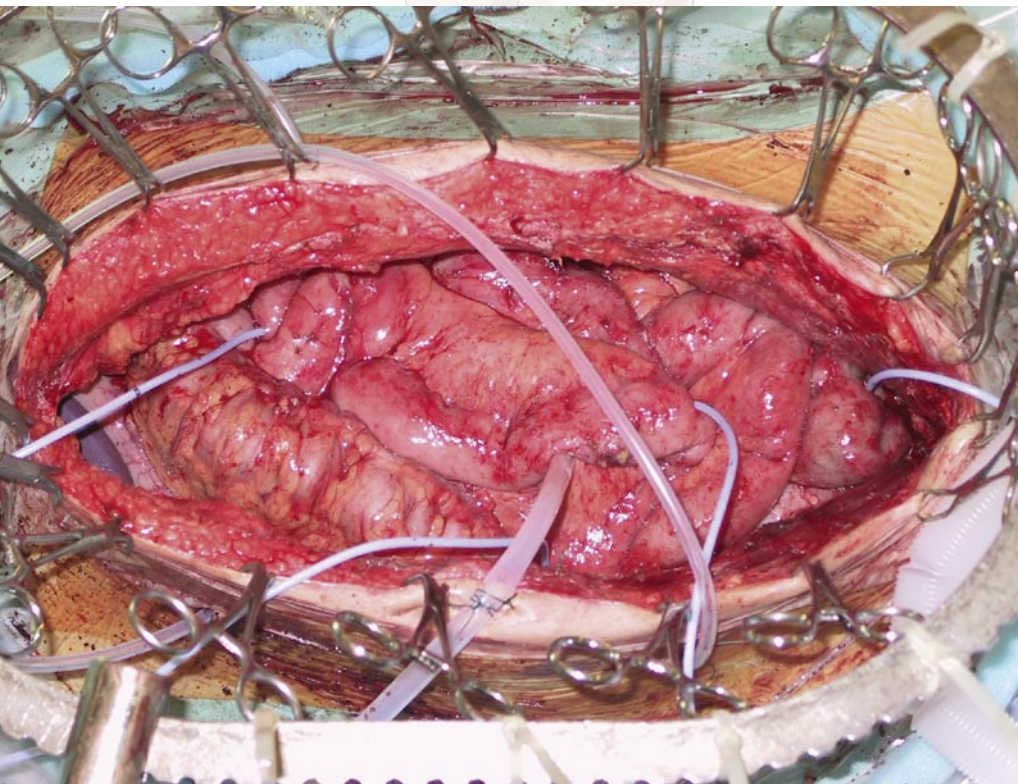
Het voorbeeld van de HIPEC-behandeling - in diverse andere landen is die al wel in het pakket opgenomen - illustreert de bureaucratie en besluiteloosheid rond de invoering van nieuwe behandelingen. Het was en is voor ziekenhuizen buitengewoon lastig om onder voldoende budgettaire vertaling met name dure en complexe innovaties in het verstrekkingspakket opgenomen te krijgen.

Hoewel vooraf niet expliciet uitgewerkt, was een van de doelstellingen van de DBC-systematiek dat er meer flexibiliteit zou komen en dat sneller tot de introductie van nieuwe DBC's zou worden besloten. Ruim voor de start van het nieuwe stelsel lijkt VWS echter al te zijn gestopt met het nemen van besluiten over bewezen verbeteringen. Dit heeft tot gevolg dat er momenteel een 'wachtrij' van in het pakket op te nemen ontwikkelde innovaties bestaat.

PRIKKEL

Ook lijkt het erop dat in de werkwijze van de Stichting DBC-Onderhoud elke prikkel tot snelle besluitvorming ontbreekt; niemand schijnt er daar last van te hebben dat beslissingen uitblijven.

Patiënten en instellingen kunnen van dit eindeloos getreuzel grote schade ondervinden. Innovatiekracht in de zie-



Bij de HIPEC-behandeling wordt chemotherapie in hoge concentratie en met een verhoogde temperatuur ingebracht in de buikholte, waaruit eerst het aanwezige tumorweefsel en een deel van het aangetaste buikvlies zijn verwijderd.

zen, prioriteit geven aan de toepassing en verspreiding ervan. De behandeling valt echter binnen de budgetparameters voor één opname en 24 verpleegdagen, hetgeen bedrijfseconomisch niet is te compenseren. Omdat we adequate bekostiging van de HIPEC-behandeling noodzakelijk vinden, trachten we er in afwachting van de DBC-systematiek een nieuwe budgetparameter als WBMV (Wet Bijzondere Medische Voorzieningen)-functie voor te creëren. VWS wees dat echter af

een productgroep met een chirurgische normtijd van 28 minuten, terwijl de feitelijke werklust van de chirurg rond de 21 uur ligt.

Belangrijker is dat de landelijke opschoningsprijs van deze A-segment-DBC door het CTG is vastgesteld op 4.030,55 euro, terwijl onze interne kostprijsberekening, nog exclusief kapitaalslasten, honorarium medisch specialisten en IC-traject, uitkomt op 21.266 euro. Kortom, ook de nieuwe DBC-bekostiging belemmert het invoeren en

SAMENVATTING

- *Invoering van medische innovaties met een bewezen meerwaarde wordt in de ziekenhuissector nog altijd afgeremd door bureaucratisch getreuzel van de overheid.*
- *Er zou een in de tijd afgebakende besluitvormingstermijn voor invoering van nieuwe DBC's voor bewezen medische innovaties moeten komen. Wordt die termijn toch overschreden dan zou de innovatie automatisch voorlopig moeten worden toegelaten tot het derde compartiment.*
- *Dit schept slagvaardigheid en ruimte voor verdere vernieuwing.*

kenhuissector dient ook een economisch belang, gezien de mogelijkheden tot ontwikkeling van daarmee samenhangende (bio)medische bedrijvigheid. Biotechnologische spin-off en marktontwikkeling voor buitenlandse patiënten gaan anders aan ons land voorbij.

Het is hoognodig dat de overheid innovatie in de zorg tot speerpunt benoemt. Ze moet daar dan tevens consequenties aan verbinden. Als het de minister meer dan vier maanden kost om over een innovatie tot besluitvorming te komen, zou hij deze voorlopig kunnen toelaten tot het derde compartiment. Bij bewezen meerwaarde kan de innovatie dan snel worden opgenomen in het pakket en adequaat via de DBC-bekostiging worden gehonoreerd. Instellingen kunnen besluiten welk aantal behandelingen ze uit het eigen budget betalen en de overige ter discretie aan zorgverzekeraars voorleggen.

Zo komen besluiten daar te liggen waar ze horen. Innovaties zullen eer-

der ter beschikking van de patiënten komen. Vergoeding van de behandeling in Nederland of elders maakt dan geen verschil. Tegelijk kunnen de behandelaars en eventueel betrokkenen ervaring opdoen en marktontwikkeling plegen, desnoods op kosten van kapitaalcrachtige buitenlanders en/of landgenoten. ■

drs. E.J. Vos,
researchmanager

dr. V.J. Verwaal,
chirurg

prof. dr. W.H. van Harten,
lid Raad van Bestuur

Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek
Ziekenhuis

Correspondentieadres: e.vos@nki.nl

Meer MC-artikelen over zorgvernieuwing vindt u via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek



PRAKTIJKPERIKEL

Ondersteuning door het ziekenfonds



Zoals zoveel huisartsen heb ook ik een notoire alcoholist in mijn praktijk. Hij kan er echt wat van. In de afgelopen twee jaar is hij vanwege totale zelfverwaarlozing en ondervoeding driemaal opgenomen geweest in het ziekenhuis. Niet dat hij wil stoppen met drinken, maar de omgeving kan dan niet meer aanzien dat iemand zo aftakelt. Telkens wordt hij opgelapt en ontwend aan de alcohol en gaat hij in redelijke conditie en met goede voornemens naar huis. Maar binnen twee dagen staat de alcohol weer op tafel. De gebruikelijke complicaties zijn inmiddels aanwezig, onder andere sensibiliteitsstoornissen, zodat hij bij zijn laatste hospitalisatie wonden had aan zijn voeten waar de maden in rondkropen.

Na zijn ontslag bezoek ik hem thuis en op tafel staat

toch weer het bier en de jenever. Hij legt mij uit dat jenever prettiger is, omdat hij dan sneller dronken wordt en niet zoveel volume hoeft in te nemen.

Nu weet ik dat de SRV-man het bier aan huis brengt, maar hoe hij aan zijn jenever komt, is voor mij een raadsel. Want hij kan nauwelijks meer lopen vanwege vervelende, invaliderende gewrichtsontstekingen als complicatie van zijn psoriasis.

Dus nieuwsgierig geworden, vraag ik hem hiernaar. Zijn antwoord is even simpel als verbluffend: de jenever laat hij halen door een taxibedrijf. 'Dat zijn dan wel dure flessen', reageer ik spontaan. Maar dat valt mee, want hij heeft taxigeld van het ziekenfonds en daarvan maakt hij op deze manier dankbaar gebruik. Ook de taxichauffeur en de drankhandel zijn blij met de ondersteuning door het ziekenfonds. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.