

AH 1764
2021Z01990

Antwoord van minister Van Ark (Medische Zorg) (ontvangen 19 februari 2021)

Vraag 1.

Wat is uw reactie op het bericht 'Ziekenhuizen zuinig met dure darmkankerbehandeling'? 1)

Antwoord vraag 1.

Ik heb met interesse kennisgenomen van het artikel.

Vraag 2.

Wat vindt u van de conclusie van het onderzoek dat er sprake is van onderbehandeling?

Vraag 3.

Hoe kan het dat er zulke grote verschillen in voorschrijfgedrag zijn tussen individuele ziekenhuizen?

Deelt u de mening dat dit meer is dan enkel 'gewenste praktijkvariatie' en dat het onwenselijk is? Waarom wel of niet?

Antwoord op vragen 2 en 3.

Om antwoord te geven op uw vragen heb ik advies gevraagd vanuit de beroepsgroep. De Nederlandse Vereniging van Medische Oncologie (NVMO) heeft een commissie die gaat over de beoordeling van oncologische middelen in de Nederlandse medisch oncologische praktijk (commissie BOM). Deze commissie heeft een belangrijke rol in het beoordelen van nieuwe oncologische middelen. Deze beoordeling is voor zorgverzekeraars belangrijk om te bepalen of deze geneesmiddelen vallen onder de verzekerde zorg. De beroepsgroep gaat uiterst zorgvuldig om met het beoordelen van deze geneesmiddelen.

In 2005 heeft de commissie BOM een positief advies gegeven over de toevoeging van bevacizumab aan de eerstelijns chemotherapie behandeling voor patiënten met uitgezaaide darmkanker. De commissie geeft een positief advies wanneer uit de

studieresultaten blijkt dat het middel een toegevoegde waarde heeft in de behandeling.

In 2008 heeft de commissie BOM echter in een herbeoordeling gesteld dat: *“Toevoeging van bevacizumab aan oxaliplatinebevattende chemotherapie bij de eerstelijnsbehandeling van patiënten met een gemetastaseerd colorectaalcarcinoom leidt tot een beperkte verlenging van de progressievrije overleving, zonder toename van responskans of overleving”*¹

Deze herbeoordeling is gebaseerd op nieuwe studieresultaten waarin de toegevoegde waarde van bevacizumab minder bleek te zijn dan uit de eerdere studieresultaten naar voren kwam.

Deze herbeoordeling zal zeker hebben geleid tot wisselend gebruik van bevacizumab binnen de beroepsgroep omdat de toegevoegde waarde beperkter is dan voorheen gedacht werd. Tevens was (en is) het gebruik afhankelijk van de keuze voor eerstelijns chemotherapie.

De studie waarop het artikel in Medisch Contact is gebaseerd bekijkt de behandelingen van uitgezaaide darmkanker over een periode van 7 jaar. In 2008, het begin van het onderzoek, werd anti-EGFR gerichte therapie vooral in derdelijnsbehandelingen gegeven. Een deel van de patiënten (zeker ouderen met comorbiditeit) is niet in staat derdelijns chemotherapie te ondergaan. In die situaties wordt diagnostiek naar mutaties aan de tumor, om te bepalen of een patiënt in aanmerking komt voor anti-EGFR therapie, niet uitgevoerd. Dit wordt alleen gedaan als een patiënt ook daadwerkelijk de therapie voorgeschreven zou kunnen krijgen. Deze diagnostiek verrichten voor iedere patiënt leidt namelijk tot een inefficiënte inzet van zorg.

Ik vind het belangrijk te vertrouwen in de beoordeling van een geneesmiddel door de beroepsgroep en de expertise van de voorschrijver. Het onderzoek in het artikel laat verschillen zien over het voorschrijven in den brede. Op basis van deze cijfers kan ik echter niet beoordelen of hier sprake is van ongewenste variatie. Artsen schrijven deze therapieën niet standaard voor, we vragen immers ook van hen om zinnige en gepaste zorg te verlenen.

Vraag 4.

Wat vindt u ervan dat een groot gedeelte van de patiënten zonder comorbiditeit niet wordt behandeld met doelgerichte therapie, hetgeen doet vermoeden dat financiële overwegingen een rol spelen bij het afwijken van de richtlijn? Hoe kan het dat financiële argumenten ervoor zorgen dat van de richtlijn wordt afgeweken?

¹ [Herbeoordeling: bevacizumab bij gemetastaseerd colorectaal carcinoom - NVMO](#)

Antwoord vraag 4.

Vanuit het antwoord op vraag 2 en 3 is te verklaren dat een deel van de patiënten deze therapie niet standaard krijgt. Het is immers niet aannemelijk dat iedere patiënt deze therapie krijgt terwijl vanuit de beroepsgroep wordt aangegeven dat er slechts een beperkte meerwaarde is. Het toevoegen van bevacizumab bleek namelijk niet te zorgen voor verlenging van het leven van de patiënten.

In het artikel schrijven de auteurs dat 'het onderzoek geen inzicht geeft in de redenen voor de geconstateerde praktijkvariatie' maar nemen, zonder dat onderzocht te hebben, aan dat financiële factoren een rol zullen spelen. Het is vanuit dit onderzoek niet te concluderen dat financiële overwegingen meespelen in het voorschrijven van een therapie en dergelijke signalen zijn mij ook niet bekend.

Overigens bestaat voor de genoemde producten, zowel bij individuele verstrekking, als in combinatie, voor zover ik kan overzien een zogenaamd Add-on (bekostigingstitel). Dit betekent dat ziekenhuizen de prijs van deze producten volledig vergoed kunnen krijgen. In dat geval zou er redelijkerwijs geen financiële belemmering voor het richtlijnconform voorschrijven van deze producten zijn.

Vraag 5.

Zijn de resultaten van dit onderzoek niet in strijd met Kamerbreed aangenomen motie die postcodegeneeskunde in Nederland afwijst? Zo ja, wat gaat u hiertegen ondernemen? 2)

Antwoord vraag 5.

De beschikbaarheid van geneesmiddelen mag niet afhankelijk zijn van de woonplaats van een patiënt ('postcodegeneeskunde'). Mijn voorganger heeft de NZa eerder verzocht om in de volgende monitor specifiek aandacht te besteden aan toegankelijkheid en dat is ook gebeurd in de monitor van mei 2020. Hieruit bleek dat er geen sprake was van postcodegeneeskunde.

De uitkomsten uit dit onderzoek zijn mijns inziens goed te verklaren door de plaatsbepaling van het geneesmiddel die is afgegeven door de beroepsgroep.

Vraag 6.

Wat vindt u ervan dat vanwege het patent de behandeling 25.000 euro per patiënt kost? Deelt u de mening dat dit veel te duur is?

Antwoord vraag 6.

Het artikel in Medisch Contact maakt niet duidelijk welk product €25.000 per patiënt zou kosten. Ik kan dan ook niet oordelen over de aanvaardbaarheid van het bedrag. Fabrikanten die investeren in de ontwikkeling en productie van nieuwe geneesmiddelen, hebben onder meer recht op patentbescherming. Dit moet het mogelijk maken om een verantwoorde beloning voor de innovatie en de gemaakte kosten te kunnen ontvangen. Ik vind dat bedrijven naar redelijkheid beloond mogen worden voor hun inspanningen, maar zij hebben een maatschappelijke verantwoordelijkheid om aanvaardbare prijzen voor hun producten te rekenen.

Vraag 7.

Worden patiënten voldoende geïnformeerd over het afwijken van de richtlijn?

Antwoord vraag 7.

De WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst) bepaalt dat patiënten het recht hebben op informatie over het voorgenomen medisch onderzoek en de voorgestelde behandeling. De patiënt komt samen met de zorgprofessional tot een besluit over het behandel- en/of onderzoekstraject en de patiënt geeft hiervoor toestemming. Wanneer de zorgprofessional wil afwijken van de geldende richtlijn moet dit worden besproken met de patiënt. Het is toegestaan om af te wijken van richtlijnen of protocollen, mits dit deugdelijk wordt gemotiveerd en wordt vastgelegd in het medisch dossier. In de WGBO is daarnaast opgenomen dat patiënten het recht hebben hun eigen dossier in te zien. In het veld wordt hier ook veel aandacht aan besteed, bijvoorbeeld met het instrument 'samen beslissen'. Beroepsgroepen hebben daarbij handreikingen opgesteld zodat artsen beter het gesprek met patiënten kunnen aangaan over de keuzes die gemaakt kunnen worden in het behandelproces.

Vraag 8.

Wat betekenen de bevindingen van dit onderzoek voor het alsmaar grotere beslag dat de kosten van dure geneesmiddelen leggen op het budget van ziekenhuizen?

Antwoord vraag 8.

Alle partijen² die samenwerken in het landelijk overleg dure geneesmiddelen (LODG) hebben continue aandacht voor de groeiende kosten van de

² de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Patiëntenfederatie Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS)

geneesmiddelencomponent binnen het budget van de ziekenhuizen. Om de betaalbaarheid en toegankelijkheid te borgen hebben zij een integraal pakket aan maatregelen (IPAM) afgesproken³. De actielijnen van het IPAM zijn opgesteld om onder andere een beheerste instroom van nieuwe intramurale geneesmiddelen te bewerkstelligen, de inkoopkracht van partijen te versterken en gepast gebruik van bestaande en nieuwe geneesmiddelen te bevorderen. In die zin onderschrijft het onderzoek in het artikel de noodzaak van de reeds bestaande aanpak. Sinds de zomer van 2019 werken de partijen binnen het LODG aan de uitvoering van de actielijnen. Over de laatste stand van zaken van de actielijnen heb ik u in mijn recente brief over het geneesmiddelenbeleid een update toegezonden⁴.

De NZa monitort jaarlijks of de ingezette maatregelen voldoende zijn om de betaalbaarheid en toegankelijkheid te borgen.

Vraag 9.

Hoe beoordeelt u bijgevoegde casus waarbij zorgverzekeraar VGZ weigert een bepaald kankermedicijn in te kopen voor een patiënt in een perifeer ziekenhuis, ondanks het oordeel van de commissie Beoordeling Oncologische Middelen (BOM) van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) en de beoordeling van een academisch medisch centrum? 3) Gaat dit niet ten koste van de keuzevrijheid van de patiënt en de toegang tot een adequate behandeling in een levensbedreigende situatie? Gaat hiermee de verzekeraar niet ten onrechte op de stoel van de arts zitten?

Antwoord vraag 9.

Na registratie van een geneesmiddel bij het Europees Medicijn Agentschap (EMA) vraagt de commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen (cieBAG) van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aan de beroepsgroep of het nieuwe middel, of bestaande middel bij een nieuwe indicatie voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk alvorens wordt besloten om het middel te vergoeden. Deze processtap is ingebouwd om er zeker van te zijn dat alleen zinnige zorg wordt vergoed binnen de basisverzekering. Vanaf de datum waarop de beroepsgroep een positief advies geeft wordt het geneesmiddel vergoed.

De CieBAG heeft voor deze indicatie aan de zorgverzekeraars een positief inkoopadvies afgegeven. Hierbij is geadviseerd om encorafenib in combinatie met cetuximab bij gemetastaseerd colorectaal carcinoom in te kopen bij het cluster van ziekenhuizen dat voldoet aan de SONCOS norm voor de behandeling van colorectaal carcinoom. Dit betreft 69 van de totaal 78 instellingen. Het is dus geen zeer gecentraliseerde zorg maar het kan wel zijn dat het ziekenhuis uit deze casus hier

³ Kamerstuk 29477, nr. 602

⁴ Kamerstuk 29477, nr. 696

niet onder valt. Daarnaast staat het de individuele zorgverzekeraars vrij om dit inkoopadvies op te volgen of niet.

Aangezien ik de individuele casus niet ken kan ik niet oordelen of hier de keuzevrijheid van de patiënt en toegankelijkheid in het geding was. Er kunnen immers nog meer factoren zijn die een rol spelen. Ik heb contact gehad met zorgverzekeraar VGZ. Zij hebben mij laten weten het advies van de CieBAG te volgen. Daarnaast hebben zij aangegeven dat de ontvangen machtigingsaanvragen voor patiënten voor de vergoeding van deze combinatiebehandeling voor deze indicatie allen zijn goedgekeurd vanaf de datum van de publieke beschikbaarheid van het advies van de beroepsgroep (de CieBOM) voor deze combinatiebehandeling.

1. Medisch Contact, 25 januari 2021, 'Ziekenhuizen zuinig met dure darmkankerbehandeling' (<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/ziekenhuizen-zuinig-met-duredarmkankerbehandeling.htm>).
2. Kamerstuk 29477, nr. 548.
3. Casus onderhands meegestuurd.