

**FLINK AANTAL
MISVATTINGEN
BIJ ZORGVERZEKERAARS**

'ZET SHARED DECISION MAKING CENTRAAL BIJ KEUZE INHALATOR'



Kosten alleen mogen nooit doorslaggevend zijn bij het vervangen van een oorspronkelijke inhalator door een generieke vorm, zoals in diverse regionale formularia staat. Zorgverzekeraars gaan hier echter vaak aan voorbij. Momenteel lopen gesprekken met zorgverzekeraars over inhalatiemedicatie, die hopelijk leiden tot preferentiebeleid dat ten goede komt aan patiënt, zorgverlener en de betaalbaarheid van de zorg.

Auteurs **Richard Dekhuijzen, Jiska Snoeck-Stroband, Peter Wognum, Hans in 't Veen** en **Meike van Halm-Walters**

Preferentiebeleid bij geneesmiddelen is een van de middelen die zorgverzekeraars toepassen om de kosten van de medicamenteuze behandeling te beteugelen. Het uitgangspunt hierbij is dat de betrokken medicamenten dezelfde werkzame stof bevatten in dezelfde dosis en met dezelfde mate van effectiviteit en veiligheid. Indien middelen (zo goed als) identiek zijn, kunnen ze als uitwisselbaar worden beschouwd. Preferentiebeleid heeft in de afgelopen vijftien jaar in diverse medicamenteuze therapiegebieden tot aanzienlijke besparingen geleid. Voor de meeste tabletten bleek preferentiebeleid geschikt vanwege deze uitwisselbaarheid. Nu wordt het preferentiebeleid ook toegepast op geneesmiddelen die worden toegediend met een aparte toedieningsvorm, waarbij de mate van uitwisselbaarheid complexer is. Patiënten met astma en COPD gebruiken hun inhalatiemedicatie altijd

met een bijbehorende inhalator. Bij met name de droogpoederinhalatoren (DPI's) bestaan veel niet-identieke inhalatoren. Er kunnen (grote) verschillen zijn in het aantal benodigde handelingen en de wijze van inhaleren om de dosis diep in de longen te krijgen.

Correct inhaleren

Het correct inhaleren van medicatie is sowieso moeilijk; ondanks veel voorlichting en training worden er nog heel veel fouten gemaakt. Deze leiden tot verminderde afgifte in de long en daarmee tot verminderde effectiviteit. Daarom heeft de Long Alliantie Nederland (LAN) een eenduidige inhalatoruitleg opgesteld via www.inhalatorgebruik.nl [1]. Deze website wordt jaarlijks meer dan één miljoen keer geraadpleegd door patiënten en zorgverleners.

Verantwoord wisselen tussen inhalatiemedicatie met bijbehorende inhalator kan volgens de LAN onder een aantal voorwaarden plaatsvinden: 1) de inhalatoren bevatten dezelfde (hulp)stof(fen), dosering(en) en deeltjesgrootte(s); 2) er is sprake van functioneel identieke inhalatoren met identiek gebruik, zodat geen nieuwe inhalatie-instructies nodig zijn; 3) er is sprake van één lijn/straat die langer te volgen is (zowel wat betreft verschillende sterktes, verschillende geneesmiddelen als qua inhalator) bij de begeleiding van een patiënt (zie ook Goed Gebruik Inhalatiemedicatie [2018] [2] en Landelijk kader regionale formularia inhalatiemedicatie [2019]) [3]. Deze uitgangspunten vormen de grondslag van de diverse regionale formularia, die kunnen worden gezien als een regionaal, weloverwogen preferentiebeleid.

Ondanks voorlichting maken patiënten heel veel fouten bij het inhaleren

De zorgverzekeraars volgen deze uitgangspunten vaak niet. Diverse veel voorgeschreven DPI's worden vervangen door andere DPI's, soms met andere doseringen, die soms niet beschikbaar zijn in de volle breedte van de benodigde doseringen, en die soms ook op een andere manier gebruikt moeten worden qua handelingen en ademmanoeuvre. Een dergelijke switch is onwenselijk bij een goed ingestelde patiënt, noodzaakt tot extra consultafspraken bij medici, longverpleegkundigen, praktijkondersteuners en apothekers en vereist (herhaalde) nieuwe instructies. Zeker in de huidige pandemie dienen onnodige patiëntbewegingen vermeden te worden. Het preferentiebeleid gaat dus voorbij aan het belang van de patiënt en zorgverlener en zelfs uiteindelijk de zorgverzekeraar.

Grote verwarring

Het in januari 2021 ingevoerde preferentiebeleid op diverse DPI's leidt tot grote verwarring bij zorgverleners en patiënten. Longartsen (NVALT), huisartsen (NHG), longverpleegkundigen (V&VN), diverse zorggroepen, regionale groepen van apothekers en het Longfonds hebben hun zorgen hierover kenbaar gemaakt. De LAN heeft herhaaldelijk gesprekken gevoerd met de grote zorgverzekeraars en met Zorgverzekeraars Nederland. Zorgverzekeraars verdedigen hun beleid met een aantal expliciete en impliciete veronderstellingen die in de ogen van de LAN onjuist zijn.

Wij geven deze veronderstellingen hieronder weer en lichten toe waarom deze volgens ons niet kloppen.

• Alle patiënten kunnen de uitgeleverde inhalator correct gebruiken.

Onjuist. Het correct gebruik van een inhalator is ingewikkeld. Zeker de helft van de patiënten maakt één of meer fouten bij het gebruik van hun inhalator(en) [4]. Het gaat om het gebruiksklaar maken van de inhalator, de juiste houding, het correct afvuren van de dosis en de hele ademmanoeuvre, waarbij patiënten behoorlijk kunnen verschillen in hun mate van begrip en coördinatie.

• Uitwisselbaar is hetzelfde als identiek.

Onjuist. De inhalatiemedicamenten zijn toegelaten door het European Medicines Agency (EMA) en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), en daarmee beschouwen de zorgverzekeraars de inhalatoren als uitwisselbaar: de ene inhalator kan vervangen worden door een andere met dezelfde inhoud qua stof en dosis. EMA en CBG beoordelen een nieuwe inhalator alleen aan de hand van een laboratoriumstudie, waarin wordt bepaald in hoeverre de hoeveelheid en grootte van de deeltjes overeenkomt met die in de oorspronkelijke inhalator, tezamen met een kleine, beperkte bio-equivalentiestudie. Als de twee inhalatoren met betrekking tot deze basale aspecten binnen bepaalde marges vergelijkbaar zijn, dan vindt goedkeuring plaats.

Maar 'uitwisselbaar' is niet hetzelfde als 'identiek'. Een inhalator is pas 'identiek' indien sprake is van dezelfde inhoud, bereiding, inademingsweerstand en wijze van inhaleren, dus als de inhalatie-instructie hetzelfde blijft. Ook bij de toelating tot de Nederlandse markt worden factoren als gebruiksgemak, aantal handelingen en patiënttevredenheid niet meegenomen. Toelating van een goedkopere inhalator tot de Nederlandse markt betekent dus niet dat deze in alle opzichten hetzelfde is als de 'originator'.

• Een wisseling naar een andere inhalator zonder zorginhoudelijke reden heeft geen nadelige effecten voor de patiënt.

Onjuist. Internationale literatuur laat zien dat wisselen van inhalator om niet-medische redenen de kans op klachten, longaanvallen en therapieontrouw verhoogt [5]. Patiënten zijn gewend aan wisselingen in luchtwegdoorgankelijkheid en mate van prikkelbaarheid van de luchtwegen. Zij reageren daarop door rustiger aan te doen of bepaalde omstandigheden te vermijden als zij meer klachten hebben. Deze toename van ziektelast vertaalt zich dus niet automatisch in toename van zorgconsumptie.

• De apotheker kan een onderscheid maken tussen een nieuwe en een bestaande patiënt.

Onjuist. In het apotheeke-informatiesysteem (AIS) poppen de preferentiesignalen altijd op, dus zowel bij nieuwe als

bekende patiënten. Deze pop-ups worden door de apothekemedewerkers opgevolgd. Daar komt bij dat, waar de meeste verzekeraars een termijn van twaalf maanden aanhouden voor het onderscheid tussen een bestaande en een nieuwe patiënt, sommige zorgverzekeraars een termijn van zes maanden hanteren. Een patiënt die zes maanden zijn herhaalmedicamenten niet komt ophalen, wordt dan als nieuwe patiënt aangemerkt.

- **De zorgverzekeraars respecteren de beslissingsbevoegdheid van de voorschrijvers.**

Onjuist. De voorschrijvers maken hun keuze voor een bepaalde inhalator met een bepaalde inhoud op basis van patiëntkenmerken en -voorkeur en op basis van de uitgangspunten zoals boven verwoord. Deze uitgangspunten vormen de basis voor de keuzes die in een regionaal formularium zijn opgenomen. De keuzes op basis van het preferentiebeleid staan hier vaak haaks op. Zo wordt een veelgebruikt combinatiepreparaat van een inhalatiecorticosteroid en een langwerkende luchtwegverwijder vervangen door twee (!) andere preparaten, afhankelijk van de sterkte die op dat moment voor een patiënt is geïndiceerd.

De zorgverzekeraar gaat op de stoel van de voorschrijver zitten

Een ander voorbeeld betreft de keuze van de zorgverzekeraar voor de enige DPI die geschud moet worden voor gebruik. In geen enkel formularium is hiervoor spontaan gekozen door de zorgverleners omdat dit voorschrift haaks staat op de voorschriften voor alle andere DPI's. Deze keuze creëert verwarring bij patiënten en bij zorgverleners. Daarbij komt nog dat de verschillende zorgverzekeraars andere preferente DPI's aanwijzen.

Een van de grootste zorgverzekeraars heeft op zijn website bekendgemaakt zich ook met medicatievoorschriften zelf te gaan bemoeien, tegen de (inter)nationale richtlijnen in. Door de toedieningsvorm op grond van financiële overwegingen te bepalen gaat de zorgverzekeraar op de stoel van de voorschrijver zitten en stelt preferentiebeleid boven de weloverwogen inhoudelijke keuzes (voortvloeiend uit richtlijnen) van regionale formulariumcommissies.

- **De financiële voordelen van het preferentiebeleid komen de patiënt ten goede.**

Meestal onjuist. Het argument van de zorgverzekeraars dat dit preferentiebeleid financiële voordelen zou hebben voor patiënten gaat niet op: deze patiëntengroep verbruikt sowieso vrijwel altijd het eigen risico, dus de patiënt heeft

geen baat bij de verschillen in kosten. Het verschil dat door prijsafspraken ontstaat, is winst voor de zorgverzekeraar. Daar komt nog bij dat in de COPD-zorg de ziekenhuisopnamen de grote kostenpost vormen. Bij het toepassen van het zorgpad 'COPD-longaanval met ziekenhuisopname' blijkt dat er minder (her)opnames mogelijk zijn (www.longaanval.nl) [6].

Een van de sleutelinterventies die hieraan bijdraagt is een goede en consequente medicamenteuze therapie met de bijbehorende herhaalde instructies. Wisselingen in het kader van het preferentiebeleid komen een goede medicamenteuze therapie met optimale therapietrouw niet ten goede, met als gevolg kans op nieuwe ziekenhuisopnames en per saldo hogere kosten.

Positieve balans

Hoe nu verder? De hier genoemde bezwaren worden breed gedeeld door de zorgverleners en de betrokken patiëntenverenigingen. Inmiddels heeft het CBG een lijst gepubliceerd getiteld 'Geneesmiddelenoverzicht: wisselen ongewenst' (04-03-2021), waarin praktisch alle vormen van inhalatiemedicatie bij astma en COPD zijn opgenomen vanwege "verminderde werking bij foutief gebruik hulpmiddel" (cbg-meb.nl) [7]. Deze lijst is een bevestiging van de zorgen en bezwaren van de LAN.

Het proces van *shared decision making* dient centraal te staan bij de keuze voor een bepaalde inhalator met een bepaalde inhoud. Van de voorschrijver mag worden verwacht dat deze keuze tot stand is gekomen op basis van een positieve balans tussen effectiviteit, veiligheid, patiënttevredenheid en kosten. Kosten alleen mogen nooit doorslaggevend zijn bij het vervangen van de oorspronkelijke inhalator door een generieke vorm. Deze basisoverwegingen zijn opgenomen in de diverse regionale formularia. Bij de totstandkoming van deze formularia waren meestal ook de zorgverzekeraars uitgenodigd.

Momenteel zijn gesprekken met de zorgverzekeraars over preferentiebeleid bij inhalatiemedicatie gaande. De LAN hoopt dat gezamenlijk wordt gekozen voor een beleid dat ten goede komt aan patiënt, zorgverlener en de betaalbaarheid van de zorg in de hele keten op langere termijn. ■

Prof. dr. Richard Dekhuijzen is hoogleraar Longziekten, Radboudumc Nijmegen. Dr. Jiska Snoeck-Stroband is huisarts, voorzitter CAHAG en bestuurslid LAN. Peter Wognum is apotheker en bestuurslid LAN. Dr. Hans in 't Veen is longarts in het Franciscus Gasthuis & Vlietland in Rotterdam en bestuurslid LAN. Meike van Halm-Walters is beleidsmedewerker V&VN Longverpleegkundigen.

Zie voor de literatuurreferenties: pw.nl.