

**Ben de Jong**Internist in opleiding, Ziekenhuis  
Gelderse vallei, Ede**Hans Peter Bootsma**Hoofd ziekenhuisapothek,  
Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

ZIEKENHUIS GELDERSE VALLEI BRENGT DOELMATIG VOORSCHRIJVEN IN PRAKTIJK

# Voorschrijfbeleid ziekenhuizen bron van verspilling

In veel ziekenhuizen worden routineus merkgeneesmiddelen voorgeschreven. Omschakelen naar generiek is goed te doen en levert veel geld op, zo leert een analyse van het voorschrijfgedrag in Ziekenhuis Gelderse Vallei.

**‘G**oedkoop als het kan, duur als het moet.’ Dat is het adagium uit de ‘Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen’ van de Orde van Medisch Specialisten (OMS).<sup>1</sup> De medisch specialist heeft een belangrijke rol bij het beheersen van de zorguitgaven.<sup>2</sup> Zo is er onder andere nog veel winst te behalen bij het voorschrijven van geneesmiddelen. Daarom hebben OMS, het ministerie van VWS en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen afgesproken om per jaar 30 miljoen euro te besparen. Een van de mogelijkheden om dat te doen is het voorschrijven van meer generieke geneesmiddelen. Daartoe voorziet OMS sinds mei 2012 elk ziekenhuis van spiegelinformatie over het voorschrijfgedrag van ACE-remmers, triptanen, statines en protonpompremmers.

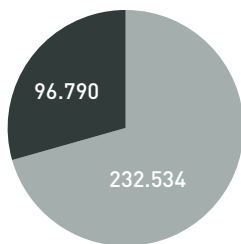


# KOSTEN & BATEN

## 1 Generiek versus specialité

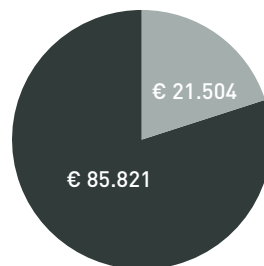
### dagdoseringen

■ totaal generiek ■ totaal specialité



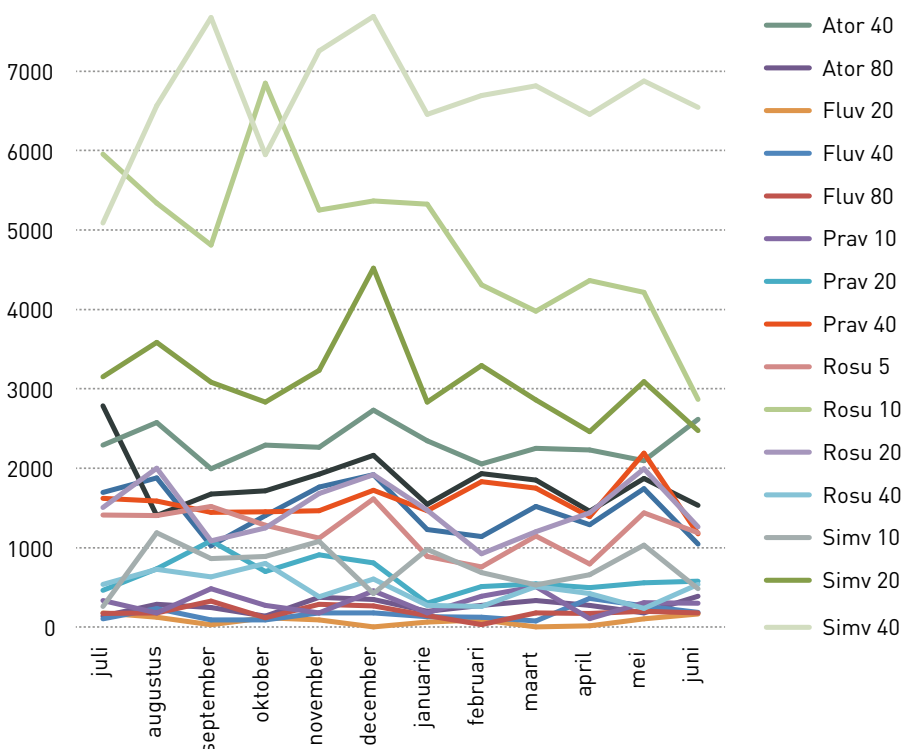
### inkoopwaarde

■ totaal generiek ■ totaal specialité



Het aantal dagdoseringen en de inkoopwaarde van de verstrekte statines in de onderzoeksperiode onderverdeeld naar specialités en generieke middelen.

## 2 Dagdoseringen per soort statine



Het aantal afgeleverde dagdoseringen per soort statine per maand onderverdeeld naar de verschillende sterktes.

Ator = atorvastatine  
Fluv = fluvastatine  
Prav = pravastatine  
Rosu = rosuvastatine  
Simv = simvastatine

In vergelijking met andere ziekenhuizen in Nederland bleek dat Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) meer statines van een merkgeneesmiddel voorschreef. Daarom besloten we om het voorschrijven van statines in ZGV te analyseren. We wilden weten welke statines veel worden voorgeschreven op onze poliklinieken; hoe groot het aandeel merkgeneesmiddelen daarvan is; of de merkgeneesmiddelen zijn te vervangen door generieke middelen en zo ja, hoeveel kosten dat bespaart. Ook wilden we weten hoe alle betrokkenen denken over doelmatig voorschrijven en hoe het voorschrijven van specialités kan worden beperkt.

### Statines

Met gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen hebben we bekeken hoeveel dagdoseringen van geregistreerde statines er door medisch specialisten van Ziekenhuis Gelderse Vallei zijn voorgeschreven in de periode 1 juli 2012 t/m 30 juni 2013. Het gaat om atorvastatine, fluvastatine, pravastatine, simvastatine en rosuvastatine – alleen de laatste is een specialité.

Door gebruik te maken van informatie uit de kennisbank van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) hebben we beoordeeld of de specialité was te vervangen door een generiek middel. De kosten die daarmee zijn te besparen, hebben we gebaseerd op de inkoopprijs van de statines.

In de onderzoeksperiode zijn in het ZGV 329.324 dagdoseringen statines voorgeschreven, waarvan 96.790 doseringen (29%) van de specialité rosuvastatine (*figuur 1*). De vier meest afgeleverde statines zijn: simvastatine 40 mg, rosuvastatine 10 mg, simvastatine 20 mg en atorvastatine 40 mg (*figuur 2*). De inkoopwaarde van de verstrekte statines is 107.325 euro, waarvan 85.821 euro (80%) voor rosuvastatine (*figuur 1*).

### Kostenbesparing

Door waar mogelijk de goedkoopste statine met een equivalente werking voor te schrijven, is in het ZGV een kostenbesparing te behalen van 66.911 euro per

## De patiënt weet vaak niet dat het goedkoper kan

jaar. Geëxtrapoleerd naar Nederland zou dit een besparing van 3.722.488 euro per jaar zijn.

We hebben over deze resultaten gesproken met de preferente zorgverzekeraar Menzis, de openbare apotheker in het adherentiegebied van ZGV, een internist-vasculair geneeskundige en een cardioloog uit het ZGV, OMS en met AstraZeneca, de fabrikant van rosuvastatine.

Ondanks de grote inspanningen die OMS heeft geleverd om het project 'Doelmatig voorschrijven' te implementeren, is er in het voorschrijfgedrag van de medisch specialisten weinig veranderd. Volgens de laatste berekeningen bedraagt de besparing over 2013 16,5 miljoen euro ten opzichte van de nulmeting in 2011. Dit is vooral het resultaat van prijsdalingen van de betreffende medicamenten. Onlangs is met VWS afgesproken dat de realisatie van 30 miljoen kostendaling per jaar wordt verlengd tot en met 2017.

### Succeskan

Het uiteindelijke resultaat hangt echter af van het aantal patiënten dat op een generiek middel kan worden overgezet. Daarnaast zal bij nieuwe patiënten met een indicatie voor een statine bij minder dan 5 procent worden gestart met rosuvastatine vanwege bijwerkingen en interacties op de generieke middelen. Medisch specialisten ervaren het verlies van autonomie als een belangrijke negatieve bijwerking van al te zeer geforceerd doelmatig voorschrijven. Gezien de grote discrepantie tussen het verwachte (<5%) en reële percentage patiënten (29%) dat rosuvastatine gebruikt, lijkt de speelruimte voldoende en is het de vraag of deze angst hier gegrond is. Ook wordt geopperd dat de beoogde kostenbesparing ten opzichte

## PRAKTIJKPERIKEL

### MOEDELLOOS

Met verbazing lees ik een bericht van de Spoedeisende Hulp van een groot ziekenhuis in Amsterdam. Bij mijn patiënte, een 62-jarige vrouw, zijn met een X-thorax en een X-knie de diagnoses contusies gesteld, waarna zij kinesio-tape op de rib, een stuk tubigrip om haar knie, en een controleafspraak bij de orthopeed kreeg. Deze patiënte had ik diezelfde dag op mijn spreekuur gezien, door middel van lichamelijk onderzoek dezelfde diagnoses gesteld, en haar pijnstilling en een controleafspraak voor vijf dagen later gegeven. Verontwaardigd bel ik de desbetreffende spoedeisendehulparts voor uitleg, maar krijg een onbevredigend antwoord over protocollen, en dat ze wel anders willen maar niet kunnen. Moedeloos vraag ik me af waar het heen moet met de Nederlandse gezondheidszorg als de veel duurdere tweedelijnszorg niet in staat blijkt door middel van eenvoudig lichamelijk onderzoek een diagnose te stellen, en vervolgens ook nog grossiert in kwakzalvende, medicaliserende en kostenverhogende maatregelen.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

van de totale zorguitgaven irrelevant zijn. Echter, in tijden van economische stagnatie en een dreigende dubbele vergrijzing is kostenbeheersing noodzakelijk. Daarnaast is het concept doelmatig voorschrijven voor de medisch specialist een relatief nieuw begrip. Dit maakt dat een 'irrelevante' besparing binnen het grote geheel wel kan functioneren als het begin van een positieve ontwikkeling met uiteindelijk een groot succes. Verder zou een vermeende afname van de therapietrouw bij patiënten door wisselende medicatiedoosjes het succes te niet doen. Het is dan ook raadzaam dat de zorgverzekeraars meer *branded generics* inkopen om onrust bij hun klanten weg te nemen en zo de therapietrouw te vergroten. Een deel van de betrokken partijen die wij hebben gesproken, vraagt zich af in hoeverre de afspraak tussen OMS en VWS haalbaar is binnen de vier gekozen geneesmiddelengroepen. Deze twijfel zou het belang van doelmatig voorschrijven kunnen ondergraven. Daarnaast kunnen de zorgverzekeraars overwegen om de tijdsinvestering door de medisch specialist die nodig is voor het verbeteren van doelmatig voorschrijven te vergoeden. Ten slotte, doelmatig voorschrijven is een complex proces waar veel partijen bij

betrokken zijn. Landelijk en vooral regionaal overleg, bijvoorbeeld in de vorm van Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg, vergroot de succeskans van deze ontwikkeling.

Doelmatig voorschrijven in de zin van adequaat voorschrijven bij mensen die dat nodig hebben, dient het gezondheidsbelang. Doelmatig voorschrijven in de zin van goedkoop waar het kan, dient de portemonnee. Niet alleen die van de maatschappij, maar bij een hoger geworden eigen risico ook die van de patiënt. Alle betrokkenen hebben aangegeven dat zij de patiënt niet voorlichten over de financiële consequenties van het voorschrijven van een specialité. De patiënt krijgt achteraf de rekening gepresenteerd vaak zonder dat hij weet dat het met een generiek middel veel goedkoper kan. ■

### contact

[benjongde@gmail.com](mailto:benjongde@gmail.com)  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

De referenties en eerdere artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).