



“We hebben onze verschillen in visie over de beste behandeling voor de patiënt overbrugd. Dat vind ik mooi”

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Deze keer de vergoeding van geneesmiddel Entresto bij chronisch hartfalen.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Guido Benschop

## aan het **Bureau**

**Kenneth Watson is plv. WAR-secretaris bij het Zorginstituut.**

“Ernstig chronisch hartfalen kent een levensverwachting van hooguit vijf jaar. Het afgelopen jaar brachten wij adviezen uit over vier medicijnen voor deze ziekte, waaronder Entresto®. Onze beoordeling daarvan was een bijzonder traject. In eerste instantie stelden wij dat alleen hartpatiënten die daarvoor in het ziekenhuis lagen het middel vergoed kregen. Ambulante patiënten moesten eerst een ander middel gebruiken. De cardiologen, verenigd in de NVVC, wilden echter ook deze patiënten kunnen overzetten op het in hun ogen effectievere Entresto. Volgens internationaal en eigen onderzoek leidt gebruik daarvan in de praktijk tot levensverlenging én een betere levenskwaliteit. Maar de (inter-) nationale richtlijnen zijn daarover minder stellig. Daarom konden wij deze uitkomsten niet zonder meer betrekken in onze nieuwe beoordeling. Dit verschil in inzicht hebben we openhartig besproken met de huisartsenvereniging, zorgverzekeraars en NVVC-voorzitter Rudolf de Boer. Rudolf was scherp maar altijd feitelijk en constructief. We vonden elkaar uiteindelijk in een werkbaar compromis: Entresto wordt vergoed onder de strikte voorwaarde dat de cardioloog eerst het andere middel voorschrijft en documenteert of en hoe lang dat middel werkt. Als het niet of onvoldoende werkt, krijgt de hartpatiënt alsnog Entresto als de cardioloog daartoe een machtigingsformulier ondertekent. Dat is voor ons en de zorgverzekeraars een absolute voorwaarde voor vergoeding. Het mooie van dit traject is dat we verschillen in belangen en visie rond passende zorg voor deze hartpatiënten samen constructief hebben overbrugd. De komende twee jaar monitoren we hoe lang ambulante patiënten het andere middel krijgen voordat zij op Entresto overgaan. Wordt daarbij bewezen én gedocumenteerd dat dit inderdaad korter duurt dan verwacht, dan werken Zorginstituut én zorgverzekeraars alsnog mee aan bredere vergoeding daarvan. Dat is winst voor hartpatiënten én cardiologen: omdat zij geen machtigingsformulier meer hoeven in te vullen, scheelt dat veel administratieve rompslomp.”

## aan het **Bed**

**Rudolf de Boer is hoogleraar cardiologie aan het Erasmus MC en NVVC-voorzitter.**

“De behandeling van hartfalen is de afgelopen tien jaar enorm verbeterd. Dat komt vooral door betere medicijnen, zoals Entresto. Bijkomend voordeel is dat je met zulke medicijnen mensen langer thuis houdt en dus ook uit het ziekenhuis. Precies wat het IZA beoogt. Deze medicijnen zijn dan ook niet zo maar een speeltje voor ons of voor onze patiënten; het is een effectieve, levensreddende behandeling, vergelijkbaar met chemotherapie voor kankerpatiënten. Tot enkele jaren geleden startten we met een ouder middel, wat we na een periode omzetten in Entresto (sequentiële therapie). Maar omdat Entresto een beter medicijn is gebleken, sloegen we de laatste jaren het eerste middel steeds vaker over en gaven we direct Entresto (upfront). Tot de verzekeraars het ineens niet meer vergoedden en het dossier bij het Zorginstituut terecht kwam. Zoals Kenneth al vermeldde, hebben we hier openhartig over gesproken met het Zorginstituut. Dat gebeurde over en weer met begrip en respect. Het Zorginstituut had begrip voor onze praktijk. Andersom begrijpt de NVVC dat de zorgkosten beteugeld moeten worden. Het Zorginstituut bewaakt uitgaven aan medicijnen, maar bij de beoordeling van Entresto werden de kosten voor de extra polibezoeken en onderzoeken van ambulante hartpatiënten niet meegenomen. Ik betwijfel dus of sequentiële behandeling echt goedkoper is dan upfront. De kosten voor medicijnen versus andere zorgkosten (polibezoeken) zijn communicerende vaten. Kenneth is een fantastische gesprekspartner die enorm meedacht. Uiteindelijk kwamen we tot de Nederlandse polderoplossing die Kenneth hiernaast beschrijft. Alle partijen kunnen zo vooruit. De NVVC betreurt wel dat zorgverzekeraars invulling van een machtigingsformulier verplicht stellen. Dit botst met de maatschappelijke roep om minder administratieve rompslomp in de zorg. Maar het was een proces van geven en nemen. Overall waren de contacten goed. En er ligt nu een betere basis voor toekomstige besprekingen over passende hartfalenzorg.”



“Deze medicijnen zijn niet zo maar een speeltje voor ons. Het is een effectieve, levensreddende behandeling.”