



Speciale
uitgave bij
Oncologie
Up-to-date

De zorg toegankelijk en betaalbaar houden

Laverend tussen belangen
zoeken naar oplossingen

Deze uitgave is een bijlage bij nummer 5 van *Oncologie Up-to-date* 2016, uitgegeven door Uitgeverij Jaap.

De meningen van de geïnterviewden die in deze special zijn opgenomen, zijn die van de geïnterviewden en hoeven derhalve niet overeen te stemmen met die van de uitgever of van AbbVie, AstraZeneca en Takeda Nederland B.V.

Teksten

Huup Dassen

Fotografie

Marlou Pulles
iStockphoto

Oplage

5.000 stuks

Copyright

© Uitgeverij Jaap, Almere.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag openbaar worden gemaakt of overgenomen worden door middel van druk, microfilm of op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

Deze special is mogelijk gemaakt door:

abbvie

AstraZeneca 


ONCOLOGY

Inhoud

3

Voorwoord

4

De meerwaarde van een geneesmiddel

Carin Uyl-de Groot

6

Niet alleen de pillen zijn duur

7

Patiënten vragen maatschappelijke verantwoordelijkheid

Marlene de Regt

8

Juridische aspecten

Nicole Kien

9

Zoveel hoofden, zoveel zinnen?

Opinies van de beroepsorganisaties, de verzekeraars, de ziekenhuizen, Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen, de overheid en KWF Kankerbestrijding

Speciale
uitgave bij
Oncologie
Up-to-date

**De zorg
toegankelijk
en betaalbaar
houden**

Laverend tussen belangen
zoeken naar oplossingen

Voorwoord

In de zomer van vorig jaar publiceerde *Oncologie Up-to-date* een eerste special over de problemen rond de toegang tot de zorg, in het bijzonder die rond kostbare innovatieve medicijnen. Sindsdien is er veel gebeurd. Rond de jaarwisseling adviseerde het Zorginstituut Nederland twee maal om een nieuw middel niet in het basispakket op te nemen. Het ging om nivolumab en pertuzumab. Doorslaggevend waren in beide gevallen de tegenvallende kosteneffectiviteit (> € 80.000/qaly), de grote budgettaire impact van een toelating en de vrees dat andere vormen van zorg in het gedrang zouden komen. Inmiddels is nivolumab genoeg in prijs verlaagd om de 'sluis van Schippers' te kunnen verlaten en in het pakket te worden opgenomen.

Ongeveer tegelijkertijd kondigde minister Schippers een radicale koerswijziging in het geneesmiddelenbeleid aan. Ze stelt daarin vast dat het huidige systeem niet meer houdbaar is en dat er iets gedaan moet worden aan de machtspositie van de farmaceutische industrie. Als EU-voorzitter heeft Nederland dan ook in de eerste maanden van dit jaar initiatieven genomen om met de lidstaten gezamenlijk met de industrie te onderhandelen over prijzen en de geneesmiddelenmarkt. Daarnaast wil de regering samen met ziekenhuizen en zorgverzekeraars de krachten bundelen door gezamenlijk te onderhandelen bij de inkoop van medicijnen. Ook wordt geld beschikbaar gesteld voor het ontwikkelen van diagnostica die duidelijk moeten maken welke middelen bij welke patiënten wel of niet zullen werken. Het gebruik van *biosimilars* wordt ook gestimuleerd, evenals een actieplan voor het gepast gebruik van geneesmiddelen. Ten slotte wordt de toegankelijkheid verbeterd door veelbelovende middelen sneller tot de markt toe te laten.

Een ander belangrijk element is de zogeheten Horizonscan die eind 2016 zal verschijnen. Deze moet de onderhandelingspositie van ziekenhuizen en zorgverzekeraars versterken. In de scan komt informatie over de verwachte nieuwe innovatieve geneesmiddelen en hun indicaties; de verwachte lijstprijzen, aantallen patiënten en informatie over de behandeling; mogelijke indicatie-uitbreidingen van bestaande middelen; verlopende patenten en mogelijke alternatieven.

In deze special wordt de problematiek vanuit verschillende invalshoeken belicht.

Allereerst komt prof. dr. Carin Uyl-de Groot aan het woord. De hoogleraar Health Technology Assessment van de Erasmus Universiteit te Rotterdam gaat in op de manier waarop de kosteneffectiviteit van een nieuw middel gemeten wordt.

Na een intermezzo over andere factoren die de kosten van de zorg kunnen doen stijgen, belicht drs. Marlene de Regt, directeur van Longkanker Nederland, het belang dat patiënten hebben bij de discussie.

De altijd boeiende vraag 'hoe nu verder?' komt aan bod in het slotartikel. Dat geeft een samenvatting van een aantal voordrachten die zijn gehouden op een recent door KWF Kankerbestrijding georganiseerd middagsymposium over ditzelfde onderwerp. Op die bijeenkomst gaven naast KWF zelf alle betrokken partijen - zorgonderzoekers, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, artsen, de industrie, patiënten en de overheid - hun visie op de vraag hoe de toegankelijkheid ook voor de toekomst gegarandeerd kan worden. Daarnaast komen ook de voorzitters van de beroepsverenigingen NVMO en HOVON aan het woord.

De special werd mogelijk door bijdragen van AbbVie, AstraZeneca en Takeda Nederland B.V.

De meerwaarde van een geneesmiddel

De kosten van de zorg groeien al jaren veel sneller dan de economie. Vroeg of laat wordt een grens bereikt. Sommige oorzaken zoals de vergrijzing van de bevolking zijn niet te beïnvloeden. De stijgende kosten van geneesmiddelen in principe wel. De vraag of nieuwe middelen kosteneffectief zijn, wordt hierbij steeds belangrijker. “In de oncologische praktijk komt dat vaak neer op de vraag wat je over hebt voor een paar maanden langer leven”, zegt prof. dr. Carin Uyl-de Groot, hoogleraar Health Technology Assessment van de Erasmus Universiteit in Rotterdam.



Carin Uyl-de Groot

“De discussie moet niet gaan over de waarde van een mensenleven, maar over de waarde van een geneesmiddel”

Voor de bepaling van de kosteneffectiviteit bestaat al jaren een maat: de qaly. Qaly staat voor *quality adjusted life year* - een gewonnen levensjaar gecorrigeerd voor kwaliteit van leven. De eenheid kent twee dimensies: gezondheid (0 = dood, 1 = kerngezond) en tijd in jaren. Iemand die matig gezond is (kwaliteit 0,5), kan door een behandeling iets beter (kwali-

teit 0,6) worden. Als hij of zij naar verwachting nog tien jaar langer leeft, is de gezondheidswinst $0,1 \times 10 = 1$ qaly.

De vraag is nu: wat mag een qaly kosten? Die vraag wordt vaak vertaald in: wat mag een mensenleven kosten? Ten onrechte, vindt Uyl-de Groot: “De qaly zegt daar niets over. Het is niet meer dan de verhouding tussen de kosten van een behandeling en de opbrengst ervan; het is dus een manier om de waarde van een geneesmiddel uit te drukken.” In een advies van de Gezondheidsraad uit 2006 werd een grens gesteld: € 80.000 bij een hoge ziektelast. Bij de beoordeling van nieuwe middelen, zoals recentelijk nivolumab en pertuzumab, houdt het Zorginstituut Nederland (ZiN) deze grens ook aan.

De qaly is een goed gevalideerd instrument, vindt Uyl-de Groot. In veel Europese landen wordt deze bepaald aan de hand van de sw *EQ-5D* (van *EuroQol*), een korte vragenlijst waarin diverse aspecten van de gezondheid worden gewaardeerd. “Als wij de waarde van een geneesmiddel moeten bepalen, neem ik daarnaast vaak nog een ziektespecifieke vragenlijst mee, om ook de last van bepaalde symptomen te kunnen meten”, vertelt ze. Toen haar instituut voor het ZiN deze berekeningen voor nivolumab uitvoerde, kwam het uit op een bedrag van € 134.000; ruim boven de waarde die de producent berekende. “Soms komt dat doordat de industrie andere aannames maakt.”

IKER

Om de discussie over de prijzen van geneesmiddelen en de qaly los te koppelen van de vraag wat een mensenleven mag kosten, maar over de waarde van een geneesmiddel te laten gaan, is een goede uitleg van de qaly nodig. Samen met IKNL-voorzitter prof. dr. Peter Huijgens, heeft Uyl-de Groot hiervoor een alternatief bedacht. De veel gebruikte IKER (incrementele kosten-effectiviteitsratio) moet anders gebruikt gaan worden.¹ De IKER wordt uitgedrukt in euro's per qaly. Als voorbeeld geven ze een behandeling van € 1.000

die 0,5 qaly oplevert. Een nieuwe behandeling kost weliswaar € 20.000, maar levert wel 1 qaly op. De IKER is dan $20.000 \cdot 1.000 / 1 - 0,5 = € 38.000 / \text{qaly}$. Op deze manier wordt de meerwaarde van een nieuwe behandeling boven een bestaande gemeten met betrekking tot de kosteneffectiviteit.

Uyl-de Groot en Huijgens stellen vervolgens voor een lagere drempelwaarde voor de IKER vast te stellen dan de veelgenoemde € 80.000, bijvoorbeeld € 52.000. Zodra een middel daarboven komt, zal over de prijs onderhandeld moeten worden. Uitzonderingen zijn mogelijk, bijvoorbeeld bij een zeer hoge ziektelast, zeer zeldzame aandoeningen of een gebrek aan alternatieven. Maar ook bij een lagere IKER moet onderhandeld kunnen worden. Bijvoorbeeld wanneer een middel een zeer groot beslag op ziekenhuisbudgetten legt, of veel meer wordt voorgeschreven dan aanvankelijk werd verwacht doordat het voor meerdere toepassingen bruikbaar blijkt te zijn. "Hieraan zie je meteen dat we het over de waarde van het geneesmiddel hebben en niet over die van een mensenleven."

Welke drempelwaarde men hanteert, moet het resultaat zijn van een convenant waarin alle betrokken partijen vastleggen hoe de kosten van dure (kanker)medicijnen onder controle gehouden worden, zonder de toegang ertoe te belemmeren. "Ze moet dus passen binnen het Budgettaire Kader Zorg, maar ook kunnen bogen op maatschappelijk draagvlak."

Het zorgvuldig meten van de meerwaarde van een nieuw middel is volgens Uyl-de Groot van belang, omdat patiënten vaak weinig keus hebben. "Als je een auto koopt, kun je nog kiezen tussen dure en minder dure modellen. Hier niet. Wat je wel vaak ziet is, dat als een bepaald middel goed loopt, er allerlei middelen verschijnen die minstens net zo duur zijn en er maar marginaal van verschillen. Als zo'n middel dan het leven met zes maanden verlengt, mag van mij wat meer gevraagd worden dan wanneer het om een winst van slechts enkele weken gaat", vindt zij. "Het lastige is natuurlijk wel dat je altijd met mediane waarden werkt en er ook patiënten zijn die op het laatste middel wel langer dan zes maanden leven. Als dat 20% van het totaal is, is dat eigenlijk best

goed. De kunst wordt dan om die 20% eruit te pikken, maar dat lukt nu nog niet."

Onderhandelen

De uitspraken van het ZiN over nivolumab en pertuzumab hebben bij nivolumab tot een prijsverlaging geleid. Hoeveel er van de prijs is afgegaan, is geheim. De industrie zal dat uit concurrentieoverwegingen niet willen bekendmaken, denkt Uyl-de Groot. En de minister ook niet, om haar onderhandelingsruimte bij andere middelen niet weg te geven. Toch vindt zij dit jammer, omdat nu nog niet duidelijk is welke criteria uiteindelijk zijn gehanteerd.

Zij is er voor dat dit soort onderhandelingen op Europees niveau gevoerd worden. "Nederland omvat ongeveer 1% van de wereldmarkt. Met anderen erbij kun je je aandeel aanzienlijk vergroten. Nu werken de Benelux-landen en Oostenrijk samen, maar je zou er nog een groot land bij willen hebben. Landen met een sterke farmaceutische industrie staan echter niet te springen. De noodzaak is echter duidelijk: 1% minder verkoop in Nederland is minder erg dan 25% minder in Europa."

Er valt niettemin blijkbaar over de prijzen te onderhandelen. "In Engeland gebeurt dat ook, door het National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Als middelen boven een bepaald bedrag uitkomen, worden ze niet vergoed. En de farmaceutische industrie wil natuurlijk omzet en winst maken."

Behalve de prijs van geneesmiddelen moeten ook aspecten zoals de organisatie van de zorg aan een kritisch onderzoek worden onderworpen, vindt Uyl-de Groot. De prijsstijging van geneesmiddelen vormt maar een klein deel van de kostenstijging van de zorg als geheel. Dat betekent dat het ook loont om ook in andere sectoren kritisch naar de kosten te kijken. ■

Referentie

1. Medisch Contact, 11 maart 2015, pag. 568-70.



Niet alleen de pillen zijn duur

De discussie over de kosten en de toegankelijkheid van de zorg spitst zich toe op de prijzen van nieuwe geneesmiddelen. Geavanceerde apparatuur, inefficiënte organisatie van de zorg en perverse financiële prikkels kosten echter ook veel geld.

Vorig jaar startte ZonMw het programma 'Doen of laten? Terugdringen onnodige zorg.'

Uitgangspunt is de overtuiging dat er veel diagnostische en therapeutische verrichtingen plaatsvinden waarvan de meerwaarde voor de patiënt niet is aangetoond. "Dit gebeurt veelal omdat zorgverleners zich er vaak niet goed van bewust zijn bij welke subpopulaties of op welk moment in het ziekteproces een bepaald type zorg (in)effectief is", stelt de organisatie in een persbericht. Het terugdringen hiervan beschermt patiënten niet alleen tegen mogelijk schadelijke, maar in elk geval ook tegen ineffectieve zorg. Het kan tevens leiden tot een aanzienlijke kostenreductie. De UMC's coördineren het programma en implementeren het binnen de regionale oncologische netwerken.

“Minder doen' en kostenbesparing kunnen ook gerealiseerd worden als artsen meer werk maken van gedeelde besluitvorming”

Eén van de doelstellingen van de oprichting van de regionale netwerken is het efficiënter maken van de zorg. Voor lastige diagnostiek, ingewikkelde operaties en veeleisende therapieën zijn patiënten beter af in centra die daarop zijn toegerust en waar de specialisten er de nodige ervaring mee hebben. Wanneer patiënten sneller hun weg daar naartoe vinden, kunnen de kosten lager uitvallen, is de verwachting.

In de discussie over de kosten van nieuwe medicijnen komen soms ook de kosten van allerlei dure apparatuur ter sprake. Vooral als die niet optimaal ingezet wordt. Zo plaatste KWF vraagtekens bij het gebruik van dure operatie-robots bij prostaatoperaties - die worden nu op twee plaatsen gecentraliseerd - en raamde ZonMw in 2007 dat er in

ons land behoefte zou zijn aan negen PET(-CT)-scanners.¹ Er waren er toen 24, momenteel zijn er 44. Ook operationeel is veel mogelijk. In een interview beschreef AMC-bestuursvoorzitter prof. dr. Marcel Levi hoe aanvankelijk met een nieuwe PET-CT-scanner werd omgegaan: "Alle tests die we gebruikten voordat we er een hadden, de echo en de gewone CT, werden ook nog steeds ingezet."²

In hetzelfde interview memoreert Levi ook dat ziekenhuizen worden beloofd voor handelen en behandelen. Als voorbeeld noemde hij een patiënt die hij al jaren behandelt. Toen deze voor een kleine operatie in een ander ziekenhuis werd opgenomen, stuurde de anesthesist hem naar de longarts en de cardioloog, terwijl hij de benodigde gegevens ook met een telefoontje naar het AMC had kunnen krijgen. Hij spreekt van een perverse prikkel: "Als een afdeling minder gaat doen, wordt het ziekenhuis daar niet voor beloofd."

'Minder doen' en kostenbesparing kunnen ook gerealiseerd worden als artsen meer werk maken van gedeelde besluitvorming. Binnen het AMC bijvoorbeeld krijgen patiënten die een zware operatie voor de boeg hebben een *time-out*, waarin ze er rustig over kunnen nadenken. Ruim 10% van de patiënten besluit dan van de operatie af te zien.

Bij de beoordeling van een nieuw, duur geneesmiddel is het ook verstandig om naar het gebruik ervan te kijken. 'Goedkope' middelen kunnen duur uitpakken wanneer het voor de toediening ervan nodig is dat patiënten worden opgenomen, ze eerder terugvallen of geregeld grotere doseringen nodig zijn. Modellen waarbij alle kosten worden meegenomen, geven daarom een beter inzicht in de werkelijke kosten. Op het recente KWF-symposium (zie pagina 9-11) liet prof. dr. Carin Uyl-de Groot zien dat de totale kosten van de zorg tussen 2010 en 2014 met 8,4% stegen. Die van alle geneesmiddelen samen slechts met 0,1%. ■

Referenties

1. PET gepast gebruik(t). Rapport ZonMw 2007.
2. de Volkskrant 31 maart 2016.

Patiënten vragen maatschappelijke verantwoordelijkheid

“Het is tijd voor een grondige discussie over de vraag of het huidige systeem van toelating en bekostiging van medicijnen tot de beste resultaten voor de patiëntenzorg leidt.” Met dit pleidooi reageert drs. Marlene de Regt, directeur van Longkanker Nederland, op de gang van zaken rond nivolumab. Die discussie moet wat haar betreft breed worden opgezet en niet alleen gaan over het al dan niet toelaten van een middel, maar ook over de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de betrokken partijen.

Toen het Zorginstituut Nederland (ZiN) begin december adviseerde nivolumab niet in het basispakket op te nemen, was het bestaan van het middel al wijd en zijd bekend onder patiënten met longkanker. Sommigen werden er al mee behandeld omdat de fabrikant het via *compassionate use* gratis ter beschikking stelde. Anderen wisten ervan via de vele internetfora waarop patiënten actief zijn. “Er zijn patiënten die alles bijhouden en er ook internationale contacten op na houden”, vertelt De Regt. “Zij zitten er bovenop en zijn vaak snel op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen en delen die dan met ons en medepatiënten.”

Het advies van het ZiN maakte veel los onder de patiënten. “De overlevingskansen bij longkanker zijn de afgelopen tientallen jaren nauwelijks toegenomen. Als er dan een nieuwe generatie middelen komt, ook al is die maar bruikbaar voor een beperkte groep, dan ontstaat de hoop dat er misschien iets gaat veranderen.”

Lobby

Als patiëntenorganisatie heeft Longkanker Nederland drie hoofdtaken: voorlichting, belangenbehartiging en lotgenotencontact. “Als belangenbehartiger hebben we rond nivolumab nauw samengewerkt met de koepelorganisatie Levenmetkanker, tegenwoordig weer de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten (NFK). Daar zit veel deskundigheid als het gaat om medicatie, toelating en dergelijke. Ook hadden we contact met de NVALT, de beroepsvereniging van longartsen. Uiteindelijk hebben we ingesproken bij (de pakketcommissie van) ZiN.”

De meeste aandacht ging echter uit naar het verzorgen van goede informatie voor de patiënten, om geen valse verwachtingen te wekken bij de mensen voor wie deze behandeling niet geschikt is.

“Lobbyen is meer dan af en toe praten met belangrijke

mensen. Het is ook de lijnen open houden, bereikbaar zijn, goede informatie geven en ophalen en de urgentie voor patiënten duidelijk maken. Samenwerking met organisaties als de NFK en de NVALT is voor ons van essentieel belang. Zij hebben kennis in huis die wij als kleine organisatie goed kunnen gebruiken. Niet alleen over richtlijnen, maar ook over de nieuwe middelen die er zitten aan te komen en waarover wel eens dezelfde discussie opnieuw kan losbarsten.”

“Hoeveel waarde kan iets hebben als het om het verschil tussen leven en dood gaat?”



Marlene de Regt

Discussie

De Regt heeft moeite met de term 'duur' als de prijzen van geneesmiddelen ter sprake komen. "Hoeveel waarde kan iets hebben als het om het verschil tussen leven en dood gaat, tussen geen of toch perspectief of een goede kwaliteit van leven? Niets is waardevoller dan dat." Daarom zou ze ook willen dat er reële prijzen worden berekend. "Van sommige prijzen kan ik me niet voorstellen dat ze reëel zijn. Hoe kan het bijvoorbeeld dat de prijs niet daalt als een middel voor melanoom ook blijkt te werken bij andere vormen van kanker?"

Op zich juicht De Regt de initiatieven van minister Schippers toe om iets aan de prijzen te doen. Zo heeft ze nivolumab immers in het pakket kunnen krijgen. "Haar oplossingen passen wel helemaal binnen de huidige kaders. Ik denk echter dat de oplossing veel meer zit in een grondige discussie over de vraag of het bestaande systeem tot de beste resultaten leidt. Daarbij moeten alle partijen goed nadenken over hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Hoe kijken ze hier tegenaan? Welke verbeteringen zijn mogelijk? Dan denk ik bijvoorbeeld aan mogelijkheden om middelen sneller

op de markt te brengen en nieuwe manieren om af te rekenen, zoals *pay for performance*. Wat levert dat soort modellen nu op? Waar zit de winst voor patiënten?

Een ander probleem is gepast gebruik. Daarvoor is het nodig dat we beter kunnen voorspellen of een middel zal aanslaan bij een patiënt. Als je zeker weet dat dit gebeurt, zijn zeer hoge kosten misschien wel te accepteren. Er zijn middelen die maar bij 2% van de mensen iets doen; maar als ze dat doen, dan is het verschil enorm. Dus wil je dat het voor die 2% beschikbaar komt, maar ook dat anderen er niet onnodig mee belast worden."

Transparantie

Als patiëntenorganisatie weet Longkanker Nederland dat er momenteel achter gesloten deuren onderhandeld wordt over de prijs van een aantal nieuwe middelen die nu in de 'sluis van Schippers' zitten. De Regt: "We weten dat ze er zijn, maar dat is het dan. Zo lang die onderhandelingen wat opleveren, moeten we maar niet te veel om transparantie vragen, maar eigenlijk is het wonderlijk dat we niet meer weten." ■

Juridische aspecten

Wat zijn de rechten van patiënten met het oog op de toegankelijkheid van zorg en dure geneesmiddelen? In hoeverre wordt hun rechtszekerheid aangetast? De in dit soort vragen gespecialiseerde advocate mr. Nicole Kien plaatst kanttekeningen bij de manier waarop de aanspraak voor intramurale geneesmiddelen in de oncologie is geregeld. "Wettelijk geldt dat je aanspraak hebt op zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Dat betekent onder meer dat middelen moeten voldoen aan de internationale stand van de wetenschap en de praktijk. Die kan zijn vastgelegd in internationale richtlijnen van de ESMO of in nationale richtlijnen en adviezen, bijvoorbeeld die van de commissie BOM. Als die niet overeenstemmen, is de stand van de wetenschap blijkbaar niet scherp omschreven. Dat schept rechtsonzekerheid, want je recht op vergoeding hangt daarvan af. Juridisch gezien is het dus van belang dat er eenduidige richtlijnen zijn."

Een ander element van rechtsonzekerheid duikt op wanneer kosteneffectiviteit een rol speelt bij de vergoeding van een duur middel. "Op basis van internationale verdragen heb je als patiënt recht op zorg. Alleen als de kosten van die zorg zo hoog zijn dat ze de toegang van patiënten tot andere vormen van zorg belemmeren, zal je een grens moeten trekken. Dat debat is in volle gang, maar daardoor weten patiënten niet goed waar ze aan toe zijn. Er moet dus duidelijkheid komen over wat we nog toelaatbaar vinden met het oog op de betaalbaarheid van het systeem."

"In een wereld waarin geldgebrek noopt tot zuinigheid, moeten patiënten in staat zijn te verifiëren of ze de zorg krijgen waar ze recht op hebben. Die transparantie is er niet zo erg en dat is vanuit juridisch oogpunt ongewenst. Het zou daarnaast goed zijn als het debat over de kosten niet alleen over geneesmiddelen ging, maar ook over andere kostbare behandelingen, zoals transplantaties."

Kien geeft patiënten die via een rechtszaak een dure behandeling willen afdwingen beperkte kansen. "Ik denk dat rechters zullen beseffen dat er grenzen zijn aan het internationaal vastgelegde recht op zorg. De kans is groot dat de rechter dan grenzen stelt. Het zou echter beter zijn als de politiek dit deed."



Nicole Kien

Zoveel hoofden, zoveel zinnen?

Vele partijen zoeken naar een uitweg

Is er een oplossing voor het probleem van de onder druk staande toegankelijkheid van de zorg? Voorlopig niet. “Eenvoudige oplossingen zijn er niet, anders waren ze al gevonden”, stelde één van de sprekers op een symposium dat KWF Kankerbestrijding op 23 juni organiseerde. Daar brachten alle betrokken partijen hun soms sterk uiteenlopende visies naar voren: patiënten, de industrie, verzekeraars, ziekenhuizen en de overheid. Voorafgaand hieraan spraken we ook met de voorzitters van de NVMO en HOVON.

Het is niet verrassend dat de opvattingen van beide voorzitters, de Amersfoortse internist dr. Haiko Bloemendal en de Rotterdamse hematoloog prof. dr. Jan Cornelissen, dicht bij elkaar liggen. Hun organisaties spelen een belangrijke rol doordat ze de expertise en organen hebben om de waarde van nieuwe geneesmiddelen te beoordelen. De medisch oncologen hebben de commissie BOM (Beoordeling Oncologische Middelen); HOVON heeft de mogelijkheid om snel per nieuw middel een richtlijn uit te vaardigen en vast te stellen welke ziekenhuizen voldoende geëquipeerd zijn om bepaalde behandelingen uit te voeren. Beide organisaties participeren daarnaast in overlegorganen met de overheid en andere betrokken partijen.

Bloemendal: “Daarom zeggen we tegen de overheid en de verzekeraars: wees een held en zeg het wanneer je een middel niet wilt betalen omdat je het te duur vindt”

Hun voorzitters zijn het er ook over eens dat de patiënt centraal moet staan. Bloemendal: “Je moet je kennis en kunde kunnen inzetten. Het bijbehorende prijskaartje hoort niet in de spreekkamer thuis. Daarom zeggen we tegen de overheid en de verzekeraars: wees een held en zeg het wanneer je een middel niet wilt betalen omdat je het te duur vindt. Laat het niet op zijn beloop, want als ziekenhuizen onder druk van verzekeraars verschillende prioriteiten gaan stellen, krijg je postcodegeneeskunde.”

Met Cornelissen betreft Bloemendal het dat niet de ziekenhuizen, maar de verzekeraars lijken te profiteren van door de overheid bedongen kortingen. Cornelissen voegt hieraan toe

dat we aan het begin van een ontwikkeling staan. “Er komen niet alleen veel nieuwe medicijnen aan, we gaan ze ook steeds vaker in combinaties toepassen. Hier moet dus geld voor gereserveerd worden.” Hij wil niet dat dit ten koste gaat van andere vormen van zorg: “De keuze daarvoor ligt bij de politiek.”

Pitchen

Het symposium van KWF Kankerbestrijding borduurt voort op de rapporten uit 2014 en 2015 over de problematiek van de hoge geneesmiddelenprijzen. KWF beschouwt het als haar verantwoordelijkheid die te blijven agenderen, zei directeur drs. Michel Rudolphie bij de opening. “Wij kunnen geen wetten maken, maar we hebben wel de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat de dure geneesmiddelen die er zijn beschikbaar blijven voor de mensen die ze nodig hebben.” Vervolgens kregen vertegenwoordigers van diverse betrokken organisaties tien minuten om hun standpunten en oplossingen te *pitchen*. We maakten een selectie.

Zorgverzekeraars

Drs. Anneke Prenger, beleidsadviseur bij Zorgverzekeraars Nederland, vertelde dat verzekeraars zich vooral zorgen maken over de verdringing van zorg nu de kosten van medicijnen sterker stijgen dan de afgesproken 1% uit het Hoofdpijnenakkoord. De kostenstijging zette in na de overheveling van dure medicijnen naar de ziekenhuisbudgetten. Voordien zaten ze in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem en bepaalde de minister of ze in het pakket kwamen. Na de overheveling maken ze daar automatisch deel van uit als ze voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. “Misschien moeten we eerder een beoordelingsstap invoeren”, stelde Prenger, “en de meerwaarde van middelen niet pas achteraf beoordelen. Want middelen die eenmaal

in het pakket zitten, krijg je er niet meer uit.”

Momenteel worden nieuwe middelen die jaarlijks meer dan 40 miljoen zouden kosten, beoordeeld in de zogeheten ‘sluis van Schippers’. De verzekeraars pleiten voor een lagere grens, zodat meer middelen in de beoordeling worden betrokken. Ook zouden ze de beoordeling al willen starten zodra de EMA een nieuw middel geregistreerd heeft.

Over de inkoop van dure middelen merkte Prenger op dat verzekeraars momenteel werken aan de ontwikkeling van nieuwe inkoopmodellen. Tot haar vreugde willen veel grote ziekenhuizen hierin met de verzekeraars samenwerken. De ACM heeft onlangs laten weten dat dit soort samenwerking niet in strijd is met haar regels.

Ziekenhuizen

De ziekenhuizen laten geen mogelijkheid onbenut om iets aan de kosten te doen, stelde drs. Margot van der Starre, directeur van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Zij loofde de pogingen van minister Schippers om op Europees niveau de krachten te bundelen. “Want als we voldoende tegenmacht hebben opgebouwd, kunnen we de zaken omdraaien. Dan gaan we niet inkopen, maar aanbesteden. Dan zeggen we tegen de industrie: ‘dit is wat wij voor dit medicijn te bieden hebben: de kostprijs en iets er bovenop.’ Want we hebben nog steeds niet kunnen ontdekken waarom die middelen soms zo duur moeten zijn.”

Daarnaast wees zij op het initiatief van de Nijmeegse Sint Maartenskliniek. Die heeft al haar reumapatiënten op een *biosimilar* van TNF α -remmers overgezet en bespaart zo 1 miljoen. Zoiets moet wel in nauw overleg met de artsen gebeuren, zei Van der Starre, want die moeten voor hun patiënten het beste kunnen voorschrijven. Ook wees zij erop dat het Hoofdlijnenakkoord, dat de groei van de budgetten tot 1% beperkt, in 2017 afloopt. De kosten van medicijnen worden volgens haar een belangrijk issue in de onderhandelingen over een nieuw akkoord.

De industrie

Als vicevoorzitter van Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen, de koepel van innovatieve farmaceutische bedrijven, vertelde drs. Aarnoud Overkamp, directeur Takeda Nederland, dat de farmaceutische industrie wereldwijd meer dan 100 miljard dollar aan innovatie uitgeeft, meer dan welke andere bedrijfstak ook. Ongeveer 2.000 oncologische middelen zijn in ontwikkeling, maar die zullen lang niet allemaal de markt halen. “Dat maakt medicijnen zo duur en daar moet wat aan gebeuren”, stelde Overkamp, die hieraan toevoegde dat dit in principe binnen de huidige kaders mogelijk moet zijn. Daarbij denkt hij onder andere aan meer publiek-private samenwerking, een internationale discussie over de rendementen van de farmaceutische industrie en de mogelijkheden van flexibele patenten.

Om de toegankelijkheid beter te structureren en te komen tot maatwerk introduceerde hij drie modellen voor de financiering van innovaties die afzonderlijk toegepast kunnen worden, maar ook naast elkaar.

Het eerste model noemde hij het publieke model. Daarbinnen worden innovaties gefinancierd uit publieke middelen. Hier verwacht hij voor de oncologie niet veel van, maar voor anti-biotica zou het volgens Overkamp kunnen werken.

Het tweede model noemt hij het patiëntenmodel. Het staat ook wel bekend als *adaptive licensing*. Middelen die nog niet geregistreerd zijn of nog niet voor alle patiëntengroepen beschikbaar zijn, worden zorgvuldig gemonitord, zodat beter inzicht in de mogelijkheden ervan ontstaat. Goed werkende middelen worden breder toegelaten, zodat ze sneller beschikbaar zijn voor patiënten.

Overkamp: “Met de Horizonscan kunnen we anticiperen op de uitdagingen en veranderingen die de zorg vraagt voor de toekomst. Zo kunnen we nadenken over procedures om het testen, het onderzoek en de registratie niet na elkaar, maar parallel aan elkaar te laten verlopen”

Het derde model is het paraplumodel. Alle patiënten die een bepaald middel nodig hebben, komen onder één financiële ‘paraplu’. Dit kan bijvoorbeeld door per patiënt of groep patiënten een vast bedrag per jaar voor de geneesmiddelen-sector uit te trekken. Dit model bouwt voort op de hier en daar bestaande *pay-for-benefit* constructies, waarbij we alleen voor een middel betalen als het werkt, maar kan ook vorm krijgen als decentrale overeenkomsten tussen medicijnmakers en verzekeraars. Volgens Overkamp worden de uitgaven dan beter voorspelbaar en kunnen meer patiënten van dure middelen profiteren.

Overkamp verwacht veel van de Horizonscan die eind dit jaar verschijnt. “Daarmee kunnen we anticiperen op de uitdagingen en veranderingen die de zorg vraagt voor de toekomst. Zo kunnen we nadenken over procedures om het testen, het onderzoek en de registratie niet na elkaar, maar parallel aan elkaar te laten verlopen.”

VWS

Drs. Bas van den Dungen, directeur-generaal Curatieve Zorg van VWS, memoreerde dat minister Schippers dit voorjaar een geneesmiddelenvisie naar de Tweede Kamer stuurde. Daarin staat dat de meest innovatieve middelen zo goed en

snel mogelijk bij de patiënt moeten kunnen komen, maar ook dat de zorg als geheel betaalbaar moet blijven. Dat kan allereerst door bij het voorschrijven van middelen na te denken over alternatieven zoals die van de Sint Maartenskliniek. In de visie staat echter ook dat we de extreem hoge prijzen die soms gevraagd worden niet kunnen accepteren. "Bij sommige middelen kun je je afvragen of er enige relatie is tussen de kosten en de prijs die ervoor gevraagd wordt. Van de overheid kan gevraagd worden ervoor te zorgen dat patiënten de middelen krijgen die ze nodig hebben", vervolgde hij, "maar dan mag van de industrie gevraagd worden zich maatschappelijk op te stellen en ervoor te zorgen dat ze beschikbaar komen."

De geneesmiddelenvisie gaat ook over samenwerking. "Binnen de verruimde regels van de ACM moet samengewerkt worden om inkoopkracht te stellen tegenover de verkoopkracht van de farmaceutische industrie. Op dat punt zullen verzekeraars en ziekenhuizen de krachten moeten bundelen", aldus Van den Dungen.

De overheid heeft volgens hem een rol als het gaat om dure monopolistische middelen. Die pakt ze ook op door zelf kostbare middelen zoals nivolumab in te kopen.

Nederland kan dit op den duur niet alleen, vervolgde hij. Ons land trekt nu al op met België, Luxemburg en Oostenrijk. De verwachting is dat meer landen zullen aansluiten. De minister

wil echter ook samenwerken met de farmaceutische industrie op die punten waar ze elkaar kunnen vinden.

"We moeten proberen dicht bij de waarde te komen van datgene waar we voor moeten betalen", besloot hij. "We moeten af van 'wat de gek ervoor geeft'." Hij reikte de hand naar de farmaceutische industrie en hoopt dat de industrie dit ook naar de maatschappij zal doen. "Waar dat niet gaat, zullen we een handje moeten helpen. Met alternatieve businessmodellen, met inkoopkracht en misschien met wetten of regels."

Samen

In de pitches en de daaropvolgende discussies had KWF-directeur Rudolphie vaak het woord 'samen' gehoord, zei hij in zijn slotwoord. "Tegenover 'samen' staat echter je eigen verantwoordelijkheid. Dus als we dat menen, zullen we ook stappen moeten zetten. Daar zit een probleem. Het is voor de industrie lastig om inzicht te geven over de prijzen van hun middelen, want die worden elders bepaald. We hebben elkaar nodig om de toegankelijkheid ervan te waarborgen en de nodige zorg te kunnen leveren. Binnen ons politieke systeem moeten we daarvoor keihard onze best doen. Waar ik naartoe wil, heeft een precedent: de hiv-medicatie in Afrika. Daarvan is de prijs na veel aandringen scherp omlaaggegaan." ■





abbvie

AstraZeneca 


ONCOLOGY

Speciale
uitgave bij
Oncologie
Up-to-date