



INHOUD

- 3** DURE GENEESMIDDELEN: OP ZOEK NAAR DE HEILIGE GRAAL, **Harrie Kemna**
- 9** DURE GENEESMIDDELEN: EEN WURGGREEP TUSSEN WEDERZIJDSE AFHANKELIJKE PARTIJEN, **Frank van den Berg**
- 14** HET ZORGINSTITUUT NEDERLAND EN DURE (WEES)GENEESMIDDELEN
- 17** TECHNOLOGY ASSESSMENT IN NEXT GENERATION SEQUENCING FOR PERSONALIZED ONCOLOGY: DE TANGO STUDIE, **Valesca Retèl, Geert Frederix, Erik Koffijberg, Wim van Harten, namens het TANGO consortium**
- 20** VERSLAG VGE/VGR-SYMPOSIUM 'HET RECHT OP ZORG: DE KOSTEN VAN SOLIDARITEIT EN DE PRIJS VAN DE GELIJKHEID', **Oemar van der Woerd**
- 23** SPONSOREN, COLOFON

Het najaarsnummer in 2018 heeft als thema 'Mededinging'. Wilt u een bijdrage leveren aan dit nummer, neem dan vooral contact met ons op of stuur uw bijdrage naar bulletin@gezondheidseconomie.org. De kopijdatum is 14 september 2018.

VOORWOORD

In dit VGE Bulletin bespreken we het thema dure geneesmiddelen. Weinig onderwerpen zijn zo vaak in het nieuws als de toegankelijkheid en betaalbaarheid van dure geneesmiddelen. Ook heel interessant, en tegelijkertijd complex, is dat deze problematiek op zowel lokale, als nationale, als internationale tafels besproken wordt. En bij weinig onderwerpen zijn zoveel partijen betrokken: onderzoekers, beleidsmakers, NZa, ACM, het Zorginstituut, politiek, artsen, apothekers, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, farmaceuten en niet te vergeten de patiënt. De dialoog gaande houden tussen al deze partijen en gezamenlijk werken aan toegankelijke, betaalbare en kwalitatief hoogwaardige geneesmiddelen is daarbij van groot belang. In dit bulletin geven verschillende van deze partijen een inkijk in de problematiek rondom dure geneesmiddelen en bieden een doorkijk naar mogelijke oplossingen. De redactie wenst u ook deze keer weer veel leesplezier.

OP ZOEK NAAR DE HEILIGE GRAAL

Harrie Kemna

DURE GENEESMIDDELEN: HET KOEKOEKSJONG VAN DE MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Dankzij nieuwe technologie en doorbraken in onderzoek komen er steeds vaker nieuwe veelbelovende medicijnen op de markt die perspectief geven aan mensen met ziekten die voorheen niet of moeilijk te behandelen waren. De hoge prijzen van deze medicatie en een groeiend aantal patiënten zorgen ervoor dat de kosten van dure geneesmiddelen de komende jaren verder blijven stijgen¹. Wereldwijd worstelen overheden met het beheersbaar houden van de kosten en toegankelijkheid^{2,3}. Ziekenhuizen merken hiervan direct de gevolgen. De uitgavenpost dure geneesmiddelen in de ziekenhuizen blijft stijgen. Het probleem is voor de ziekenhuizen lastig te managen, omdat de drijvers van de kosten voor het ziekenhuis maar beperkt zijn te beïnvloeden. Hierbij spelen factoren een rol zoals:

- Open instroom in het verzekerde pakket
- Hoge prijzen van innovatieve geneesmiddelen

- Groeiend aantal patiënten dat geneesmiddelen gebruikt⁴⁻⁶.

Als gevolg souperen dure medicijnen inmiddels de gehele groeiruimte voor de medisch specialistische zorg op, wat ten koste gaat van noodzakelijke investeringen in ICT, personeel en andere innovaties⁵. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen proberen binnen de afgesproken kaders de zorg toegankelijk te houden, maar dit wordt steeds ingewikkelder⁶.

Het probleem is niet nieuw. In 1996 kwam het geneesmiddel paclitaxel (Taxol) beschikbaar voor de behandeling van borst- en eierstokkanker. Patiënten hadden toen geen gelijke toegang tot deze middelen, omdat de door de overheid vastgestelde ziekenhuisbudgetten onvoldoende waren berekend op deze innovaties. De oplossing kwam in 1997 in de vorm van een tijdelijke subsidie-regeling. In 2002 werd de 'Beleidsregel dure geneesmiddelen in ziekenhuizen' ingevoerd als gevolg van problemen met toegankelijkheid van nieuwe biologische

geneesmiddelen voor kanker en auto-immuunziekten. Vanwege aanhoudende knelpunten werd de vergoeding in 2006 verhoogd. Een rondgang door de geschiedenis leert dat er door de eeuwen heen dure geneesmiddelen zijn geweest⁷. Om de problematiek aan te pakken, zijn maatregelen nodig op meerdere fronten. In deze notitie gaan we in op de rol die overheid, ziekenhuizen en industrie hierbij kunnen spelen.

WAT KAN DE OVERHEID DOEN?

Wereldwijd zijn landen op zoek naar de heilige graal⁸. In Nederland zijn de afgelopen periode verschillende rapporten verschenen met voorstellen om de problematiek aan te pakken⁹⁻¹². Veel van de genoemde punten zijn opgenomen in de geneesmiddelenvisie die de minister van VWS naar de Tweede Kamer heeft gestuurd¹³. Alleen door samenwerking op Europees niveau op de diverse thema's van prijsbepaling, markttoelating en marktbescherming kan een duurzame geneesmiddelenvoorziening tot stand

worden gebracht. De minister heeft hier al een aantal belangrijke stappen in gezet, zoals het gezamenlijk inkopen met enkele landen en onderzoek naar het patentsysteem. Het is nu tijd om door te pakken. Experimenten met alternatieve businessmodellen kunnen bijdragen om de medicijnen te ontwikkelen waaraan maatschappelijk behoefte is en om de kosten in de hand te houden¹⁴. Het verdient aanbeveling om in Europees verband te experimenteren met deze nieuwe modellen.

PAKKETBEHEER

Eén van de knoppen waaraan de overheid kan draaien is de pakketbeslissing. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) vindt dat de minister namens de politiek en samenleving hiervoor verantwoordelijk is. Er moet geen discussie in de spreekkamer zijn of behandelingen met dure medicijnen om financiële redenen wel gegeven kunnen worden. Tot nog toe heeft de politiek echter geen grens kunnen stellen aan wat we als samenleving bereid zijn te betalen voor

OP ZOEK NAAR DE HEILIGE GRAAL

innovatieve geneesmiddelen¹⁵. Met de introductie van de sluis in 2015 heeft de minister voor zeer dure geneesmiddelen met een hoge macrobudgetimpact een einde gemaakt aan de open instroom in het verzekerde pakket¹⁶. Maar de sluis zal het probleem niet structureel kunnen oplossen. Landen worden ook nu al tegen elkaar uitgespeeld¹⁷. Bovendien lost de sluis de knelpunten voor de ziekenhuizen niet op. Ziekenhuizen blijven de hoge lijstprijzen betalen voor deze geneesmiddelen en ten tijde van de contractonderhandelingen blijven verzekeraars en ziekenhuizen rekenen met de hoge lijstprijzen zonder vertrouwelijke kortingen. De NVZ bepleit daarom een andere systematiek van verrekenen van vertrouwelijke kortingen, waarbij de druk op het budget voor de medisch specialistische zorg daadwerkelijk wordt verlicht. De NVZ bepleit daarnaast de sluisconstructie uit te breiden naar een grotere groep geneesmiddelen. Hierbij zou moeten worden onderzocht hoe de periode die nu gemoeid is met het sluistraject kan

worden verkort. Het is moeilijk te accepteren dat patiënten tijdens de sluisperiode geen toegang hebben. De vraag is of het systeem van open instroom in het verzekerde pakket van specialistische geneesmiddelen niet moet veranderen in een gesloten systeem, om zo meer druk te kunnen zetten op de prijzen. Ziekenhuizen, patiënten en behandelaren willen graag snel kunnen beschikken over nieuwe, effectieve geneesmiddelen, maar die moeten wel betaalbaar zijn en worden gefinancierd.

ONDERZOEK NAAR EFFECTIVITEIT EN GEPAST GEBRUIK

Zodra een geneesmiddel wordt toegelaten tot de markt, is er vaak nog weinig kennis over de (kosten-)effectiviteit in de dagelijkse praktijk en gepast gebruik van geneesmiddelen^{18,19}. Dit vraagt om meer onderzoek. Ook hier ligt een belangrijke rol voor de overheid. Hiertoe zouden op Europees niveau verplichtingen voor de fabrikant opgenomen kunnen worden omtrent het verkrijgen van ontbrekende

gegevens over (kosten-)effectiviteit en het uitvoeren van onderzoek naar kenmerken en diagnostische testen om beter te weten bij wie de therapie wel en niet werkt. Individuele lidstaten kunnen overwegen om de geneesmiddelen waarvoor deze verplichting wordt opgelegd tijdelijk te financieren, waarbij de vergoeding aan een maximum wordt gebonden (bijvoorbeeld de kosten van de standaardbehandeling als uitgangspunt). Nederland heeft enkele jaren met deze benadering van voorwaardelijke financiering geëxperimenteerd²⁰. Het verdient aanbeveling de voor- en nadelen van voorwaardelijke financiering nader te analyseren en daarbij ook te kijken naar ervaringen in het buitenland (o.a. Duitsland).

BIJDRAGE ZIEKENHUIZEN EN ZORGPROFESSIONALS

De ziekenhuizen kunnen bijdragen door in te zetten op doelmatigheid en innovatie. Ziekenhuizen zijn daar ook al geruime tijd mee bezig. Enkele voorbeelden:

- De NVZ stimuleert in samenwerking

met Initiatiefgroep Biosimilars Nederland (IBN), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) de optimale inzet van goedkopere biosimilars;

- Via dosisoptimalisatie, start-stop criteria, richtlijnen en behandelprotocollen met aandacht voor kosteneffectiviteit worden kosten gereduceerd en de toegankelijkheid verbeterd (21);
- Via samenwerking in zorgnetwerken wordt zorg dichtbij de patiënt geleverd, terwijl de kwaliteit en doelmatigheid worden verbeterd door de uitkomsten te meten en te vergelijken (22);
- Door het opzetten van registries en biobanken waarin DNA materiaal wordt verzameld, wordt kennis verworven waarmee overbehandeling kan worden verminderd en therapie op maat binnen bereik komt.
- Ziekenhuizen kunnen door een sterke interne inkooporganisatie en door samenwerking inkoopmacht organiseren. In 2017 zijn de Nederlandse Federatie

van Universitair Medische Centra (NFU), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de NVZ een pilot gestart met de landelijke inkoop van medicijnen voor een vorm van chronische leukemie waaraan meer dan 70 ziekenhuizen en alle zorgverzekeraars meedoen.

In het integraal pakket aan maatregelen dat veldpartijen en VWS zijn overeengekomen, zijn afspraken gemaakt om deze activiteiten te intensiveren²³. Een aantal van de genoemde initiatieven bevindt zich op het grensvlak van zorg en onderzoek en is moeilijk in te passen in de reguliere bekostiging. 'Personalized medicine' is namelijk een lerend systeem. Het is daarom belangrijk dat de overheid deze initiatieven stimuleert en financiering beschikbaar stelt waar de reguliere bekostiging uit de zorgverzekering een knelpunt vormt.

WAT KAN DE INDUSTRIE DOEN?

Vragen fabrikanten een te hoge prijs en maken zij misbruik van hun monopolie-



OP ZOEK NAAR DE HEILIGE GRAAL

positie? De roep om transparantie van prijsopbouw is alleen maar toegomen²⁴⁻²⁶. In Nederland proberen de leden van de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG) met 'pay for performance' hierop een antwoord te geven. Maar ervaringen met dit instrument dusver leveren onder de streep weinig op en de administratieve kosten ervan zijn hoog. Bovendien kan de fabrikant de terugbetalingen incalculeren in de prijs van nieuwe middelen. Intussen neemt de druk op de farmaceutische sector om maatschappelijk verantwoord te ondernemen verder toe. Een 'license to operate' voor de farmaceutische bedrijven zou in ieder geval de volgende elementen moeten omvatten:

1. 'Decent pricing': een maatschappelijk aanvaardbare prijs en aanvaardbare winst;
2. Transparantie over kosten van onderzoek en ontwikkeling;
3. Verplichting om onderzoek te doen naar effectiviteit en biomarkers.

HOE VERDER?

Betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen is een belangrijk thema in een nieuw af te sluiten bestuurlijk hoofdlijnenakkoord voor de medisch specialistische zorg voor de periode 2019-2021²⁷. Partijen zullen in ieder geval de acties uit het integraal pakket aan maatregelen willen voortzetten. Uit de Horizonscan Geneesmiddelen van het Zorginstituut²⁸ valt af te leiden dat we de komende periode rekening moeten houden met kostenstijgingen van al gauw €200 miljoen per jaar of meer. Deze stijging zal slechts gedeeltelijk zijn op te vangen met besparingen door inzet van biosimilars en doelmatig gebruik. Dokters, patiënten en ziekenhuizen moeten zich kunnen richten op de toekomst zonder zich zorgen te moeten maken of geneesmiddelen wel goed toegankelijk zijn en of alle gemaakte kosten wel worden vergoed door de zorgverzekeraars. Indien het financiële kader niet meebeweegt, zullen we de komende jaren achter de feiten blijven aanlopen.

CONCLUSIES

1. De samenleving en patiënten hebben grote behoefte aan innovatieve geneesmiddelen. Om deze betaalbaar en toegankelijk te houden is een aanpak nodig op meerdere niveaus, waarbij internationaal wordt samengewerkt.
2. Het creëren van een duurzame farmaceutische sector is werk van lange adem. De minister van VWS heeft een mooi begin gemaakt met maatregelen uit de geneesmiddelenvisie. Het is nu tijd om door te pakken.
3. De constructie van de sluis lost het bekostigingsknelpunt bij de ziekenhuizen niet op. Een betere verrekening van vertrouwelijke kortingen is daarvoor nodig.
4. Het verdient aanbeveling de voor- en nadelen van voorwaardelijke financiering nader te onderzoeken met het oog op de bijdrage die zo'n regeling kan leveren aan toegankelijkheid en betaalbaarheid.
5. Overheden, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en industrie hebben elk een

rol te vervullen om kosteneffectieve geneesmiddelen zo snel mogelijk bij de patiënt te brengen. De ziekenhuizen leveren graag hun bijdrage.

6. Door prijsonderhandelingen en doelmatige inzet zijn besparingen te realiseren. Maar gelet op de nieuwe, veelbelovende geneesmiddelen die in de pijplijn zitten, lijkt extra budget onvermijdelijk om verdringing van zorg te voorkomen.

Dr. H.J.M.I. (Harrie) Kemna, beleidsadviseur bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

1. *New gene-therapy treatments will carry whopping price tags*, The New York Times, 11 september 2017
2. Jönsson, B., Persson, U., Wilking, N., *Innovative treatments for cancer in Europe: value, cost and access*. IHE Report. 2016:2, IHE: Lund.
3. WHO (2015), *Access to new medicines in Europe: technical review of policy initiatives and opportunities for collaboration*

- and research.
4. Dutch Hospital Data (DHD), Rapport Kostenontwikkeling Ziekenhuiszorg 2016;
 5. NVZ (2017), Brancherapport algemene ziekenhuizen 2017.
 6. NZa, Monitor Geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg, Utrecht, NZa, december 2017.
 7. Steenhoek, A., Nieuwe geneesmiddelen... Kunnen ze er nog wel bij?, oratiereeks Erasmus MC, 10 maart 2005.
 8. OECD (2017), New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability. OECD Publishing, Paris.
 9. KWF Kankerbestrijding, 5 Componenten voor duurzame toegang tot medicijnen, KWF Kankerbestrijding, september 2017.
 10. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Ontwikkeling nieuwe geneesmiddelen- Beter, sneller, goedkoper, Den Haag, november 2017.
 11. Big Farma: Niet gezond! Initiatiefnota om de macht van de farmaceutische sector te doorbreken. PvdA, GroenLinks, SP, 2017
 12. License to Heal, Toegankelijke Medicijnen. Manifest samenwerkende Politieke Jongeren Organisaties & partners, 2017.
 13. VWS Kamerbrief 'Visie op geneesmiddelen: Nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten', 29 januari 2016, Kenmerk 899467-145972-GMT.
 14. In dit verband verdient het rapport van KCE en Zorginstituut aandacht. Hierin worden scenario's beschreven om de spiraal van steeds hogere geneesmiddelenprijzen te doorbreken waarbij risico's tussen publieke en private sector worden gedeeld. Toekomstscenario's voor de ontwikkeling en prijszetting van geneesmiddelen, KCE en Zorginstituut, juni 2016.
 15. Kan de politiek wel een grens stellen? De referentiewaarde van € 80.000 per QALY die het Zorginstituut hanteert speelt een rol bij de centrale prijsonderhandelingen door VWS bij geneesmiddelen die in de sluis zijn geplaatst, maar is niet wettelijk verankerd. Pas wanneer onderhandelingen mislukken en een middel niet instroomt, zal de politieke discussie op het scherpst van de snee gevoerd moeten worden. Doelmatigheid en rechtvaardigheid blijken conflicterende principes bij de verdeling van middelen.
- Ook in Engeland waar NICE een 'threshold' heeft ingesteld, is het niet gelukt de balans te vinden. Om te voorkomen dat dure kankermedicijnen uit de boot vallen, is het Cancer Drugs Fund (CDF) opgericht, waaruit deze dure medicijnen kunnen worden betaald. Inmiddels is duidelijk dat het fund geen waarde heeft toegevoegd voor patiënten. Een "new look" CDF voor veelbelovende medicijnen is hiervoor in de plaats gekomen. De opgedane ervaringen onderstrepen het belang van het betrekken van kosten-effectiviteitsevaluaties bij de vergoedingsbeslissing, om hiermee de waarde voor de patiënten en de samenleving te maximaliseren. (A. Aggarwal, T. Fojo, C. Chamberlain, C. Davis, R. Sullivan. Do patient access schemes for high-cost cancer drugs deliver value to society?—lessons from the NHS Cancer Drugs Fund. *Annals of Oncology*, 2017)
16. TK 29477 nr. 401. De financiële arrangementen die VWS heeft afgesloten voor nieuwe, dure intramurale geneesmiddelen hebben over 2016 een besparing opgeleverd van €25 miljoen. Voor het totaal van intramurale en extramurale geneesmiddelen over 2015 en 2016 is de besparing €160 miljoen (TK 29477, nr. 442). De kortingen die de minister uitonderhandelt zijn vertrouwelijk. Met vertraging van twee jaar, nadat de ziekenhuisdeclaraties zijn verwerkt, worden de kortingen door de fabrikanten via een Trusted Third Party op geaggregeerd niveau terugbetaald aan de zorgverzekeraars. Ze leiden tot lagere totale uitgaven aan medisch specialistische zorg, waarop de zorgpremies deels gebaseerd worden, en daarmee tot verbetering van de betaalbaarheid van de zorg. Het is in ieder geval voor de ziekenhuizen niet duidelijk of verzekeraars die korting meenemen naar de onderhandelingstafel of gebruiken voor het oplossen van financiële knelpunten bij de verstrekking van dure geneesmiddelen. Ziekenhuizen blijven de hoge lijstprijzen betalen. De kortingen leiden niet tot lagere netto-inkooprijzen voor ziekenhuizen. Ten tijde van het maken van contractafspraken hebben verzekeraars en ziekenhuizen geen inzicht in de nettoprijs (na arrangementskorting). Dit

OP ZOEK NAAR DE HEILIGE GRAAL

- maakt het voor hen moeilijk om hiermee rekening te houden bij de zorgcontractering.
17. Van Harten, W.H. et al., Actual costs of cancer drugs in 15 European countries, *The Lancet*, December 3, 2015.
 18. Alison M. Pease et al, Postapproval studies of drugs initially approved by the FDA on the basis of limited evidence: systematic review, *BMJ* 2017;357:j1680,
 19. Chul Kim, Vinay Prasad. Cancer drugs approved on the basis of a surrogate end point and subsequent overall survival: an analysis of 5 years of US Food and Drug Administration Approvals, *JAMA Internal Medicine*, October 19, 2015.
 20. Tussen 2006 en 2012 gold de verplichting van uitkomstenonderzoek voor dure intramurale geneesmiddelen die voor extra budgetvergoeding in aanmerking kwamen, met een herbeoordeling na een aantal jaren ('Beleidsregel dure geneesmiddelen in ziekenhuizen' 2006). Het Zorginstituut was van plan dit traject voort te zetten als voorwaardelijke financiering (Pakket-beheer specialistische geneesmiddelen, 2013). Maar in de praktijk is dit tot nog toe niet gebeurd. Ziekenhuizen kunnen bij het doelmatigheidsonderzoek een belangrijke rol spelen.
 21. In de Sint Maartenskliniek is aangetoond dat reumapatiënten die dure biologische geneesmiddelen gebruiken, ook met een lagere dosering geholpen zijn of in sommige gevallen zelfs kunnen stoppen (Medisch Contact, Op biologicals valt flink te besparen, 27 mei 2015). Dat voorbeeld vindt nu breed navolging. Ook bij andere behandelingen vindt veelbelovend onderzoek plaats naar optimale doses.
 22. NVZ, Veldagenda oncologie, oktober 2013.
 23. TK 29477 nr. 358 Bijlage: Integraal pakket aan maatregelen ter borging van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen.
 24. WHO, Fair Pricing Forum, 2017 Meeting Report. What is fair pricing for medicines?
 25. Volgens onderzoekers zijn de kosten van ontwikkelen en op de markt brengen van nieuwe medicijnen aanmerkelijk lager dan de industrie voorstelt. Ook bleek dat de onderzochte kankergeneesmiddelen bijna tien keer zoveel aan omzet opleverden als de kosten van onderzoek en ontwikkeling (Prasad & Mailankody, Research and Development spending to bring a single cancer drug to market and revenues after approval, *JAMA*, 2017). Dit knelt temeer, omdat een deel van het onderzoek en de ontwikkeling wordt uitgevoerd door onderzoeksinstituten gefinancierd met publiek geld. Aan de politiek wordt gevraagd voorwaarden te verbinden aan publieke financiering van wetenschappelijk onderzoek en geneesmiddelenontwikkeling. De NFU gaat dit oppakken. Hierbij wringt ook nog eens dat de kosten worden opgedreven door acquisities van biotechbedrijven door de farmaceutische industrie tegen uitzonderlijk hoge overnamepremies (FD, 'Twee miljardendeals op één dag in farmasector', 23 januari 2018).
 26. Het Europees parlement heeft de Europese Commissie opgeroepen om fabrikanten de kosten van onderzoek, ontwikkeling en productie inzichtelijk te laten maken (European Parliament resolution of 2 March 2017 on EU options for improving access to medicines (2016/2057(INI)). Inmiddels heeft ook de Autoriteit Consument & Markt (ACM) zich in de discussie gemengd. Ook als een patent geldt, kan op basis van het mededingingsrecht worden ingegrepen bij een te hoge prijs. De vragen die nog wel moeten worden beantwoord zijn: wat is een excessieve prijs voor een nieuw geneesmiddel, wanneer is de prijs onredelijk en onbillijk? (Fonteyn, Akker, Sauter, Reconciling competition and IP Law: the case of patented pharmaceuticals and dominance abuse, *ACM Working Paper* 2018).
 27. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg willen VWS en partijen in de medisch specialistische zorg afspraken vastleggen over het beheersen van de uitgaven en verdere kwaliteitsverbetering in de zorg.
 28. De Horizonscan Geneesmiddelen bevat een overzicht van toekomstige geneesmiddelen en indicaties <https://www.horizonscangeneesmiddelen.nl/>

EEN WURGGREEP TUSSEN WEDERZIJDSE AFHANKELIJKE PARTIJEN

Frank van den Berg

PRIJSONDERHANDELINGEN IN DE MEDIA

Dilemma's rond dure geneesmiddelen zijn steeds vaker terug te vinden in de Nederlandse media. Vaak gaat de aandacht naar de steeds hoger wordende prijsstelling van farmaceuten bij de introductie van een nieuw geneesmiddel. Orkambi en Spinraza zijn inmiddels geneesmiddelen namen die ook bij de gemiddelde Nederlander bekend zijn geworden. Dat komt natuurlijk doordat er de nodige aandacht voor deze geneesmiddelen is geweest en bij Spinraza is dit nog steeds het geval. Deze geneesmiddelen zijn beiden (naast nog een overzichtelijk aantal andere middelen) in de VWS 'sluis' beland en het Zorginstituut heeft voor beiden een negatief advies gegeven op basis van onder andere beperkte klinische relevantie en niet voldoende positieve kosten-baten inschattingen.^{1,2} Nadat de minister, na wat eerst een mislukte prijsonderhandeling leek te zijn, Orkambi niet had toegelaten tot het verzekerde pakket, bleek al snel

dat de farmaceut toch mogelijkheden zag voor een arrangement met VWS en kwam die er ook snel.³ Daarbij hielp het niet dat de betreffende fabrikant de Tweede Kamer verkeerd had geïnformeerd.⁴

STIJGENDE PRIJZEN ZONDER ONDERBOUWING

Het is opvallend dat kosten van geneesmiddelen steeds meer onder de publieke aandacht komen. Idealiter horen de inmiddels spreekwoordelijke 'Henk en Ingrid' helemaal nooit van dilemma's rond de bekostiging van dure geneesmiddelen en heeft iedereen toegang tot de nieuwste middelen tegen aanvaardbare kosten. Als er een land is dat zich dure middelen zou moeten kunnen veroorloven, dan zou het toch ook het rijke Nederland moeten zijn, luidt een bekende retorische vraag. Tegelijkertijd, als beseft wordt dat voor veel dure therapieën patiënten om de zoveel maanden met een tasje geneesmiddelen ter waarden van een middenklasser auto uit een apotheek naar

buiten komen lopen en dat voor velen jaren achtereenvolgens, dan komt al snel de andere retorische vraag naar boven: waarom moet het zo duur zijn? Tot olopende frustratie van het Zorginstituut kunnen of willen farmaceuten niet aantonen hoe tot prijsstellingen gekomen wordt.⁵ Voeg daaraan toe dat het algemeen bekend is dat de farmaceutische industrie een zeer winstgevende industrie is met veel druk, extern van investeerders en intern door beloningsprikkelers om dat zo te houden (zo niet te verhogen⁶). Deze verschillende uitgangspunten geven de basis voor een maatschappelijk moreel dilemma waarbij twee wederzijds afhankelijke partijen elkaar in een wurggreep houden.

STIJGENDE KOSTEN, VERDRINGING EN LASTIGE KEUZES

Orkambi en Spinraza zijn in de recente media de meest in het oog springende voorbeelden. Voor een groot aantal, zo niet de meeste, dure geneesmiddelen

spelen precies dezelfde dilemma's. Een klein percentage van de nieuwe dure geneesmiddelen voldoet aan de officiële VWS sluiscriteria (totaal kostenbeslag van meer dan €40 miljoen per jaar of meer dan €10 miljoen per jaar én meer dan €50.000,- per patiënt per jaar). Dat betekent in praktijk dat op dit moment een groot aantal zeer dure middelen dan ook zonder aanvullende voorwaarden in het verzekerde pakket opgenomen worden omdat deze net buiten de sluiscriteria vallen.⁷ Denk hierbij aan ultrawees-geneesmiddelen die meer dan een half miljoen euro per patiënt per jaar kunnen kosten (niet uitgedrukt in kosten per QALY). Wellicht dragen deze ultrawees-geneesmiddelen maar in beperkte mate bij aan de totale kostenstijging.^{8,9} Echter, als alle dure geneesmiddelen buiten de sluis-criteria bij elkaar opgeteld worden, dan gaat het om een aanzienlijke totale kostenstijging. Daar speelt nog doorheen dat bij een aanzienlijk deel van de nieuw beschikbare dure middelen de toege-

EEN WURGGREEP TUSSEN WEDERZIJDSE AFHANKELIJKE PARTIJEN

voegde waarde ten opzichte van niet behandelen discutabel is.¹⁰

De Minister is op dit moment de enige die (via de VWS sluis) nieuwe geneesmiddelen kan weren uit het verzekerde pakket voor intramurale zorg op basis van te hoge kosten.¹¹ Om democratische redenen en voor de juiste checks and balances in het zorgsysteem is dit ook een wenselijke situatie. Daarbij is het huidige 'open' systeem met weinig randvoorwaarden over toegevoegde waarden en acceptabele kosten ook goed voor de directe toegankelijkheid van deze middelen voor patiënten. Het gevolg is wel een aanzienlijke kostenstijging. Deze kostenstijging zet weer de bekostiging van andere aantoonbaar effectieve en betaalbare behandelopties in het ziekenhuis onder druk (verdringingseffecten) waardoor er toch keuzes gemaakt moeten worden. Zo stelt de open instroom de maatschappij, artsen, apothekers en patiënten, maar ook ziekenhuizen, zorgverzekeraars en beleidsmakers voor lastige keuzes hoe hier mee om te gaan.

GEWOONWEG MEER BETALEN?

Een simpele oplossing kan zijn de morele dilemma's zoals hierboven geschetst gewoon te negeren en als maatschappij bereid zijn meer te betalen. Zo'n argument is ook in de economische theorie te onderbouwen. De wet van Baumol stelt dat hoe efficiënter en daardoor hoe rijker een samenleving is, hoe hoger de relatieve totale uitgaven aan meer arbeidsintensieve service gerichte industrieën zullen zijn.¹² Gezondheidszorg voldoet duidelijk aan dit criterium (voor een onderbouwing zie bijvoorbeeld Pomp en Vujic 2008).¹³ Daarom zou geredeneerd kunnen worden dat een maatschappij ook bereid zou moeten zijn steeds meer uit te geven aan gezondheidszorg. Dit gebeurt ook, want elk jaar groeien de uitgaven aan gezondheidszorg in de rijksbegroting. Voor de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen zou sprake kunnen zijn van een Baumol-effect. Echter, hierboven is al vastgesteld dat een duidelijke onderbouwing van ontwikkelkosten vooralsnog afwezig blijft en dat momenteel vooral sprake is van

veel onbeantwoorde vragen. Dat maakt het onverantwoord de totale kosten aan (dure) geneesmiddelen zonder kritische vragen te laten stijgen zoals dat nu het geval is.

Hierbij moet ook de Nederlandse context van een privaat verzekeringsstelsel met publieke randvoorwaarden worden meegenomen. Alle Nederlanders betalen premie voor de verplichte zorgverzekering die, mede door dure geneesmiddelen, stijgt. De zorgpremie maakt de stijging van zorgkosten voor alle Nederlanders direct voelbaar en is, ondanks een grote inkomensafhankelijke bijdrage, volgens de algemene teneur nu al aan de hoge kant.¹⁴ Van de overheid, zorgverzekeraars en zorgverleners wordt verwacht kostenstijgingen waar mogelijk te remmen om zo de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zonder verlies of beter met verbetering van kwaliteit. Daarnaast loopt het politieke besluitvormingsproces niet op eenzelfde wijze zoals de economische theorie deze voorschrijft. Eén, waar de politiek wel

economische analyses als leidraad zou willen volgen voor besluiten, is perfecte informatie eigenlijk nooit aanwezig en als die er al is, zijn er genoeg partijen met grote belangen die er baat bij hebben twijfel te zaaien.¹⁵ Politieke besluitvorming is daardoor inherent onzeker en dit artikel heeft al meerdere vormen van onzekerheid rond dure geneesmiddelen benoemd. Twee, de economische theorie is gestoeld op een utilitaristische filosofie die stelt dat alle zaken tegen elkaar afgewogen kunnen worden op basis van hoogste nut. Als het echter om leven en dood gaat of hele lage kwaliteit van leven, dan vinden de meeste Nederlanders het echter lastig, zo niet onmogelijk, op basis van een hoogste nutinschatting een keuze te maken. Als bijvoorbeeld een nutinschatting voor een nieuwe dure behandeling ten opzichte van een ander belangrijk maatschappelijk doel¹⁶ negatief uitvalt, zullen veel, zo niet de meeste mensen, vinden dat onterecht hoop op herstel of betere kwaliteit van leven patiënt 'x' wordt onthouden. Deze redentatie

gaat vaak op ongeacht de daadwerkelijke kans op herstel of verhoging van kwaliteit van leven, want voor die ene patiënt zou dit middel nou net wel kunnen werken. Dit is een volstrekt begrijpelijke en valide redenering, maar van een echte economische nutafweging is dus geen sprake. Ondertussen lopen de totale kosten op en neemt de druk op de solidariteit toe.

SAMENWERKEN AAN OPLOSSINGEN VOOR EEN MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM

Op het dossier van de dure geneesmiddelen zijn de belangen groot, is de inzet vaak hoog en zijn keuzes lastig zo niet onmogelijk. De kosten zomaar laten stijgen is geen optie, maar patiënten behandelingen onthouden als die wel ontwikkeld zijn is tot nu toe ook geen realistische keuze gebleken. Op de korte termijn lijken vooral meer praktische oplossingsrichtingen de te bewandelende weg. Het maatschappelijk probleem is van zo'n orde van grootte, dat geen enkele stakeholder in het zorgveld dit in zijn



EEN WURGGREEP TUSSEN WEDERZIJDSE AFHANKELIJKE PARTIJEN

eentje kan doen. Alleen in samenwerking kunnen artsen, apothekers, patiënten, (academische) ziekenhuizen en zorgverzekeraars iets doen om de toegankelijkheid tot dure geneesmiddelen voor iedereen op de lange termijn te waarborgen. Zo zijn ziekenhuizen en zorgverzekeraars al gestart met gezamenlijke onderhandelingstrajecten in het oligopolistische segment.¹⁷ Dit is een segment waar sprake is van enige (dus geen volledige) keuzevrijheid tussen dure geneesmiddelen. Op basis van deze keuzevrijheid kan het marktspel tussen fabrikanten, waar dat nu nog niet of in zeer beperkte mate aanwezig is, aangejaagd worden en kan er gewerkt worden aan het verlagen van prijzen. Dit kan op landelijk niveau, maar ook regionaal en bilateraal. Andere opties die in grotere mate in samenwerking kunnen worden ingezet zijn trajecten die ondersteunend zijn aan een betere en effectievere inzet van dure geneesmiddelen. Denk aan bijvoorbeeld gepast gebruik/doelmatigheid, waardoor dezelfde gezondheidswinst behaald kan

worden tegen lagere kosten. Ook kan gedacht worden aan het stimuleren van zorgevaluatiestudies om meer inzicht te verkrijgen in de toegevoegde waarde van dure geneesmiddelen (ten opzichte van elkaar). Zo bestaan er nog vele andere praktische oplossingsrichtingen die allemaal hun eigen dynamiek en uitdagingen hebben om ze daadwerkelijk te realiseren (zie bijvoorbeeld NVZ bijdrage in dit bulletin, maar ook de VWS visie¹⁸ en het 'Integraal Pakket aan Maatregelen'¹⁹ voor een overzicht).

GEEN PANACEE EN DE GRENZEN VAN DE ZORG IN ZICHT

Het systeem van open instroom is goed voor de directe toegankelijkheid tot nieuwe dure geneesmiddelen voor patiënten die deze nodig hebben. Echter, door steeds hoger wordende prijzen van geneesmiddelen worden artsen, apothekers, patiënten, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en beleidsmakers voor lastige zo niet onmogelijke uitdagingen geplaagd om de toegankelijkheid en betaalbaar-

heid op de lange termijn te garanderen. De praktische oplossingsrichtingen uit de vorige paragraaf zullen een positieve bijdrage leveren aan het draaglijker maken van de morele dilemma's waarmee deze stakeholders geconfronteerd worden, zodat patiënten die geneesmiddelen kunnen krijgen die ze nodig hebben. Echter, deze oplossingen pakken de fundamentele drijvende krachten achter hoge en stijgende prijzen niet aan. Nieuwe Orkambi's en Spinraza's zijn te verwachten op de niet al te lange termijn. Om die reden is het einde van de wurggreep nog niet in zicht en geven de praktische oplossingen die nu ontplooid worden alleen ademruimte door hun bijdrage aan het beschikbaar en toegankelijk houden van deze dure geneesmiddelen voor alle patiënten.

Internationale farmaceuten zijn altijd in staat gebleken nieuwe geneesmiddelen te ontwikkelen voor aandoeningen waarvoor eerst nog geen behandeling mogelijk is. Dit is een groot goed en absoluut de toegevoegde waarde van deze bedrij-

ven. Deze bedrijven opereren echter ook in een markt die vol zit met politieke en morele randvoorwaarden. De richting van winstmaximalisatie en shareholder value die gekozen lijkt te zijn door farmaceuten is om die reden geen duurzame voor de maatschappij en farmaceuten zelf, omdat deze weg geen recht doet aan de kenmerken van de markt waarin geopereerd wordt. Geen toegang hebben tot een nieuwe grotere televisie is wellicht een luxe probleem en valt ruim binnen een acceptabele marge. Geen toegang meer hebben tot geneesmiddelen die het verschil kunnen maken voor een patiënt is onacceptabel. De farmaceutische industrie dient hier goed naar zichzelf te kijken en te vragen waarom men niet meer in staat is nieuwe geneesmiddelen tegen aanvaardbare kosten aan te bieden. Als niet tot een goed antwoord en een duurzame oplossing gekomen wordt, zal de wal het schip keren en zal gezocht worden naar oplossingen buiten de huidige farmaceutische industrie om. Gedacht kan worden aan nieuwe busi-

nessmodellen, dwanglicenties en mogelijkheden binnen patentwetgeving.^{20,21} Het valt niet te voorspellen uit welke hoek de grootste disruptie te verwachten valt.²² Als de situatie niet wijzigt dan zullen in ieder geval de morele dilemma's alleen maar toenemen met als gevolg een steeds meer knellende wurggreep die niet bijdraagt aan het welzijn van de patiënt.

Frank van den Berg, MA, MSc, is analist dure geneesmiddelen bij Zorgverzekeraars Nederland

Referenties Frank van den Berg

1. ZIN. 2016. Advies van de ACP aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over de beoordeling van ivacaftor/lumacaftor (Orkambi®) bij cystische fibrose.
2. ZIN. 2018. Advies van de ACP aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over de beoordeling van nusinersen (Spinraza®) d.d. 26 januari 2018.
3. NOS. 2017. Middel tegen taaislijmziekte vergoed: 'alles is nu weer mogelijk'.

(25 oktober 2017)

4. NOS. 2017. VVD: Keiharde lobby medicijn taaislijmziekte ging te ver. (18 november 2017)
5. NOS. 2018. Zorginstituut is 'chantage' door farmabedrijven zat. (19 februari 2018)
6. Roy, V. en King, L. (2016). Betting on hepatitis C: how Financial speculation in drug development influences access to medicines. *BMJ*:354:i3718
7. <https://www.horizonscangeneesmiddelen.nl>
8. NZa. 2017. Kosten dure medicijnen blijven stijgen. (21 december 2017)
9. Met honderden miljoenen per jaar stijgen de kosten aan dure geneesmiddelen. Dit ligt in dezelfde orde van grootte als de totale bezuiniging in de miljoenennota op defensie.
10. Davis, C. et al. (2017). Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13. *BMJ*:359-j4530
11. Bij extramurale zorg geldt het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), waardoor geen sprake is van open instroom, maar dezelfde dilemma's kunnen spelen als bij intramurale geneesmiddelen.
12. Baumol, W. (2012) *The cost disease: why computers get cheaper and health care doesn't*. Yale University Press
13. Pomp, M. en Vujić, S. (2008). Rising health spending, new medical technology and the Baumol effect. CPB discussion paper (December 2008, no. 115)
14. Voor een tegenovergestelde redenatie zie: Pomp, M. (2010). *Een beter Nederland: De gouden eieren van de gezondheidszorg*. Amsterdam: Balans
15. Downs, A. (1957). *An economic theory of democracy*. Boston, MA: Addison-Wesley
16. Bijvoorbeeld meer kogels voor defensie, zie: NOS. 2015. Defensie schrappt schietoefeningen vanwege munitietekort. (01 augustus 2015)
17. NOS. 2017. Verzekeraars en ziekenhuizen gaan samen dure medicijnen inkopen. (01 september 2017)
18. TK 29 477 nr. 358
19. TK 29 477 nr. 358 Integraal pakket aan

maatregelen ter borging van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen (bijlage bij Visie op geneesmiddelen)

20. RVS. 2017. Ontwikkeling nieuwe geneesmiddelen: beter, sneller, goedkoper.
21. ACM. 2018. Mededingingsrecht ook van toepassing op medicijnen onder patent. (07 maart 2018)
22. Christensen, C.M. et al. (2016) *The innovator's prescription: a disruptive solution for health care*. New York, NY: McGrawHill

HET ZORGINSTITUUT NEDERLAND EN DURE (WEES)GENEESMIDDELEN

Voor dit themanummer 'Dure Geneesmiddelen' is ook het Zorginstituut Nederland gevraagd om een bijdrage. We stelden Laura Snyders, adviseur bij Zorginstituut Nederland, vijf vragen.

1. WAT IS DE ROL VAN HET ZORGINSTITUUT ALS HET GAAT OM (DURE) GENEESMIDDELEN?

Zorginstituut Nederland bevordert de kwaliteit van onze gezondheidszorg en adviseert over de inhoud van de verplichte zorgverzekeringen. Op deze manier houdt elke burger toegang tot goede zorg, tegen aanvaardbare kosten voor ons allemaal: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. Een van de taken van het Zorginstituut is het adviseren over de zogeheten sluisgeneesmiddelen. Dit zijn dure geneesmiddelen waarvan instroom in het pakket pas kan plaatsvinden na een positief advies van het Zorginstituut en een daarop volgende succesvol verlopende prijsonderhandeling. Voorbeelden hiervan zijn nusinersen (Spinraza®) bij de zeldzame aandoening SMA en atezolizumab (Tecentriq®) bij gemetastaseerde niet-kleincellige longkanker. Bij de sluisgeneesmiddelen wordt door het Zorginstituut ook stilgestaan bij de kosteneffectiviteit van de geneesmid-

delen. In het geval van nusinersen heeft het Zorginstituut geadviseerd het middel niet op te nemen in het basispakket, tenzij door prijsonderhandeling de kosteneffectiviteit van het middel verbetert en het beslag op het totale zorgbudget kleiner wordt. De prijs van nusinersen moet hiervoor met minimaal 85 procent dalen.

2. WAAROM IS HET ZORGINSTITUUT BEGONNEN MET HET UITBRENGEN VAN EEN MONITOR WEESGENEESMIDDELEN EN WAT IS HET DOEL HIERVAN?

De monitor weesgeneesmiddelen¹ is aangekondigd in het rapport pakketbeheer weesgeneesmiddelen uit 2015². De belangrijkste vernieuwing van het rapport pakketbeheer weesgeneesmiddelen was de introductie van het weesgeneesmiddelen-arrangement. Het weesgeneesmiddelen-arrangement komt kort gezegd neer op een set afspraken met de beroepsgroep om de (kosten)effectiviteit van een weesgeneesmiddel te optimaliseren door de kwaliteit van de zorg transparant te maken, de effectiviteit te optimaliseren en de kosten te reduceren. In de monitor weesgeneesmiddelen wordt de toepassing van het weesgeneesmiddelen-arrangement in de praktijk van de zorg gevolgd. Daarnaast brengen we in de monitor ontwikkelingen in kosten en volume van niet-oncologische weesgeneesmiddelen in kaart. Onze extra aandacht voor weesgeneesmiddelen komt voor uit het feit dat bij deze geneesmiddelen vaak sprake is van de volgende drie zaken: onzekerheid over de omvang van het effect van het middel, onzekerheid over de instandhouding van het effect op lange termijn en hoge kosten per patiënt per jaar, wat weer vaak een ongunstige of zeer ongunstige kosteneffectiviteit tot gevolg heeft, waardoor er verdringing van zorg plaatsvindt. Dit is voor het Zorginstituut de belangrijkste aanleiding om deze groep geneesmiddelen nauwgezet te monitoren. De monitor is een beschouwend rapport, dit komt ook naar voren in

de doelstelling van het rapport namelijk: het op basis van declaratiedata en interviews inzicht te geven in de inzet van niet-oncologische weesgeneesmiddelen in de Nederlandse zorgpraktijk.

3. WELKE METHODEN HEBBEN JULLIE GEHANTEERD VOOR DE MONITOR WEESGENEESMIDDELEN?

De monitor weesgeneesmiddelen stellen we samen op basis van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. We hebben interviews gehouden en vragenlijsten uitgezet. Wij hebben bijvoorbeeld gesproken met Zorgverzekeraars Nederland, Spierziekten Nederland, Volwassenen, Kinderen en Stofwisselingsziekten (VKS) en met artsen. Voor de data analyses hebben wij gebruik gemaakt van Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) voor de extramurale uitgaven en van Zorg Prestaties en Declaraties (ZPD) voor de intramurale add-on declaraties.

4. WAT ZIJN DE BELANGRIJKSTE CONCLUSIES UIT DE MONITOR WEESGENEESMIDDELEN?

Uit het totaaloverzicht dat wij in het rapport presenteren concludeerden we het volgende:

- De vergoeding van de niet-oncologische weesgeneesmiddelen is tussen 2012 en 2015 met 31% gestegen: van 173 miljoen naar 226 miljoen euro (zie Tabel 1). Het aantal patiënten dat gebruik maakt van een weesgeneesmiddel neemt eveneens toe.

Tabel 1 Totale vergoeding van niet-oncologische weesgeneesmiddelen in miljoenen euro's per jaar (bron: Monitor weesgeneesmiddelen 2017)

| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|------|------|------|------|
| 173 | 190 | 204 | 226 |

- Bij 3 middelen bedroeg het jaarlijkse totaalbedrag dat vergoed werd in 2015 tussen de €10 miljoen en de €40 miljoen. Het gaat om de middelen: eculizumab (Soliris®), bosentan (Tracleer®) en pegvisomant (Somavert®). De vergoeding van het middel alglucosidase alfa (Myozyme®) bij de ziekte van Pompe bedroeg in 2015 meer dan €40 miljoen, namelijk €56 miljoen.

Tabel 2 Middelen in risicogroepen 'hoog' en 'middel' o.b.v. totale vergoeding (* €1.000) in 2015 (bron: Monitor weesgeneesmiddelen 2017)

| Rang 2015 (2014) | ATC | Merk-naam ® | Stofnaam | Datum markt-autorisatie | Datum einde 10 jaar markt-exclusiviteit | ICD 10 gebied* | Totaal vergoed | risicogroep (zie tabel 6) |
|------------------|---------|-------------|--------------------|-------------------------|---|----------------|----------------|---------------------------|
| 1 (1) | A16AB07 | Myozyme | Alglucosidase alfa | 31-03-2006 | 31-03-2016 | IV | 56.390 | hoog |
| 2 (2) | L04AA25 | Soliris | Eculizumab | 20-06-2007 | | III | 30.930 | midden |
| 3 (3) | C02KX01 | Tracleer | Bosentan | 17-05-2002 | 17-05-2012 | IX | 18.110 | midden |
| 4 (4) | H01AX01 | Somavert | Pegvisomant | 15-11-2002 | 15-11-2012 | IV | 13.310 | midden |

- Bij 12 weesgeneesmiddelen bedroeg in 2015 het vergoede bedrag per verzekerde per jaar tussen de 15.000 en de 50.000 euro. Bij 14 weesgeneesmiddelen bedroeg in datzelfde jaar het vergoede bedrag per verzekerde per jaar meer dan 50.000 euro. Het middel idursulfase (Elaprase®) is met 618.000 euro per patiënt per jaar het duurste (zie Tabel 3 op pagina 16).

HET ZORGINSTITUUT NEDERLAND EN DURE (WEES)GENEESMIDDELEN

Tabel 3 Middelen in risicogroepen 'hoog' en 'middel' o.b.v. vergoeding per verzekerde (* €1.000) in 2015 (bron: Monitor weesgeneesmiddelen 2017)

| Rang 2015 (2014) | ATC | Merk-naam ® | Stofnaam | Datum markt- autorisatie | Datum einde 10 jaar markt- exclusiviteit | ICD 10 gebied* | Vergoed per verz. | risico- groep (zie tabel 6) |
|------------------|---------|-------------|--------------------|--------------------------|--|----------------|-------------------|-----------------------------|
| 1 (2) | A16AB09 | Elaprase | Idursulfase | 08-01-2007 | 10-01-2017 | IV | 618 | hoog |
| 2 (1) | A16AB08 | Naglazyme | Galsulfase | 26-01-2006 | 26-01-2016 | IV | 532 | hoog |
| 3 (3) | A16AB07 | Myozyme | Alglucosidase alfa | 31-03-2006 | 31-03-2016 | IV | 448 | hoog |
| 4 (5) | L04AA25 | Soliris | Ecuzumab | 20-06-2007 | | III | 300 | hoog |
| 5 (4) | A16AB05 | Aldurazyme | Laronidase | 12-06-2003 | 12-06-2013 | IV | 281 | hoog |
| 6 (7) | A16AB03 | Plagal | Agalsidase alfa | 07-08-2001 | 07-08-2011 | IV | 204 | hoog |
| 7 (.) | A16AB12 | Vimizim | Elosulfase alfa | 28-04-2014 | | IV | 180 | hoog |
| 8 (10) | A16AB04 | Fabrazyme | Agalsidase bèta | 07-08-2001 | 07-08-2011 | IV | 172 | hoog |
| 9 (8) | A16AB10 | Vpriv | Velaglucerase alfa | 26-08-2010 | | IV | 161 | hoog |
| 10 (9) | A16AB02 | Cerezyme | Imiglucerase | 17-11-1997 | | IV | 160 | hoog |
| 11 (6) | R07AX02 | Kalydeco | Ivacaftor | 23-07-2012 | | IV | 141 | hoog |
| 12 (12) | A16AX06 | Zavesca | Miglustat | 28-01-2009 | | IV | 121 | hoog |
| 13 (13) | A16AA05 | Carbaglu | Carglumaatzuur | 28-01-2003 | 28-01-2013 | IV | 98 | hoog |
| 14 (11) | N07XX08 | Vyndaqel | Tafamidis | 16-11-2011 | | IV | 82 | hoog |
| 15 (14) | A16AX04 | Orfadin | Nitisinone | 24-02-2005 | 24-02-2015 | IV | 46 | midden |
| 16 (15) | A16AX07 | Kuvan | Sapropterine | 02-12-2008 | | IV | 39 | midden |
| 17 (16) | H01AX01 | Somavert | Pegvisomant | 15-11-2002 | 15-11-2012 | IV | 39 | midden |
| 18 (17) | B02BX04 | Nplate | Romiplostim | 04-02-2009 | | III | 31 | midden |
| 19 (23) | C02KX04 | Opsumit | Macitentan | 20-12-2013 | | IX | 28 | midden |
| 20 (.) | L04AC11 | Sylvant | Siltuximab | 22-05-2014 | | II | 26 | midden |
| 21 (.) | B01AX01 | Defitelio | Defibrotide | 18-10-2013 | | XI | 25 | midden |
| 22 (18) | C02KX01 | Tracleer | Bosentan | 17-05-2002 | 17-05-2012 | IX | 25 | midden |
| 23 (19) | C02KX02 | Volibris | Ambisentan | 21-04-2008 | | IX | 24 | midden |
| 24 (27) | H01AC03 | Increlex | Mecasermine | 03-08-2007 | | IV | 23 | midden |
| 25 (20) | N07XX05 | Firdapse | Amifampridine | 23-12-2009 | | VI | 22 | midden |
| 26 (22) | B01AC11 | Ventavis | Iloprost | 18-09-2003 | 18-09-2013 | IX | 20 | midden |

Daarnaast concludeerden we dat de werkwijzen van de expertisecentra voor de ziekten van Fabry en Pompe als voorbeeld dienen voor toekomstige afspraken over een weesgeneesmiddelen-arrangementen. Deze expertisecentra hebben een indicatiecommissie, zijn actief op het gebied van de ontwikkeling van start- en stopcriteria, hebben een register en werken internationaal samen.

5. WAT ZIJN DE BELANGRIJKSTE AANBEVELINGEN (EN VOOR WIE) UIT DE MONITOR WEESGENEESMIDDELEN?

In de monitor benadrukken we dat, aangezien het bij de weesgeneesmiddelen om aanzienlijke bedragen gaat, het van belang is dat fabrikanten transparanter worden over de totstandkoming van de prijzen van deze geneesmiddelen.

De minister van VWS bevelen we aan om bij toekomstige prijsonderhandelingen rekening te houden met het gegeven dat er bij deze groep geneesmiddelen na afloop van de tienjarige periode van markt-exclusiviteit de prijs per verzekerde per jaar niet (significant) daalt en er ook weinig concurrentie op gang lijkt te komen.

1. Zorginstituut Nederland. Monitor weesgeneesmiddelen 2017. Diemen, 2017. Rapportnr 2016128138. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/12/21/monitor-weesgeneesmiddelen-2017>
2. Zorginstituut Nederland. Pakketbeheer weesgeneesmiddelen. Diemen, 2015. Rapportnr. 2015010627. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/10/26/pakket-beheer-weesgeneesmiddelen>

DE TANGO STUDIE

Valesca Retèl, Geert Frederix, Erik Koffijberg, Wim van Harten, namens het TANGO consortium

DURE GENEESMIDDELEN

De afgelopen jaren zijn er veel nieuwe zeer dure medicijnen tegen kanker op de markt gekomen. Deze werken bij een deel van de patiënten heel goed, maar bij een ander deel van de patiënten niet, terwijl zij wel de last van de bijwerkingen ervaren. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld nivolumab (Opdivo) en pembrolizumab (Keytruda) voor patiënten met niet-kleincellige longkanker en melanoom. Betere selectie van patiënten die deze medicatie krijgen is één van de belangrijkste strategieën om kosten in de hand te houden zonder gezondheidsuitkomsten nadelig te beïnvloeden.

Het TANGO project (Technology Assessment in Next Generation Sequencing for Personalized Oncology) wil die selectie mogelijk maken, via optimale inzet van de allernieuwste genetische technieken. Hiervoor heeft de projectgroep een subsidie ontvangen van € 1,5 miljoen vanuit het Personalized Medicine programma van ZonMW, in samen-

werking met KWF Kankerbestrijding en Zilveren Kruis.

IMMUNOTHERAPIE BIJ NIET-KLEINCELLIG LONGKANKER EN MELANOOM

Gevorderde niet-kleincellig longkanker (NSCLC) (incidentie ~ 9.000 in NL) en melanoom (incidentie ~ 1.000 in NL) zijn ziekten met een hoge belasting voor patiënten, zorgverleners, gezondheidszorg en de samenleving. Beide tumor typen zijn zeer heterogeen (verschillend van opmaak) met een hoge mate van DNA mutaties in de tumoren [1]. Gerichte therapieën (targeted therapy, therapie-op-maat) zijn beschikbaar voor behandeling in specifieke subgroepen. De recente doorbraak van immunotherapie heeft zelfs een nog grotere impact op de behandeling van beide ziekten (in termen van overleving en kosten), maar eveneens slechts voor een minderheid van de patiënten (ongeveer 20% response). Er is nog geen goede biomarker ontwikkeld om patiënten die wel of niet reage-

ren op immunotherapie nauwkeurig te identificeren, daarvoor is gedetailleerde karakterisering van grote patiëntcohorten nodig om de responders van de non-responders te kunnen onderscheiden. Next Generation DNA Sequencing (NGS) kan hierin naar verwachting een grote rol spelen.

NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS)

Kanker is een ziekte waarvan de basis ligt in veranderingen (mutaties) van het DNA van de tumor cel die verschillen per patiënt. Ontwikkelingen op het gebied van het analyseren van DNA met behulp van NGS maken het mogelijk om deze mutaties in kaart te brengen en gerichte therapie voor elke patiënt te selecteren. Op dit moment wordt er vaak met gen-panels gericht gezocht naar deze al bekende mutaties. Echter, op dit moment is er grote variatie tussen ziekenhuizen in het gebruik van NGS, en type NGS test, waardoor behandelopties mogelijk niet optimaal worden ingezet.

CENTER FOR PERSONALIZED CANCER TREATMENT (CPCT) EN DE HARTWIG MEDICAL FOUNDATION (HMF)

Voor oncologische patiënten in Nederland wordt NGS in de vorm van Whole Genome Sequencing (WGS) centraal uitgevoerd door het Hartwig Medical Foundation (HMF, www.hartwigmedicalfoundation.nl), en de biopt- en dataverzameling wordt gecoördineerd in het kader van het Centrum voor gepersonaliseerde kankerbehandeling (CPCT, www.cpct.nl). Whole Genome Sequencing (WGS) is een test waarbij, in tegenstelling tot gen-panels, gelijktijdig alle mogelijk relevante DNA veranderingen in het tumorweefsel van individuele patiënten kan worden geanalyseerd. Hierdoor heeft WGS het voordeel dat naast detectie van alle relevante bestaande DNA veranderingen en biomarkers (voorspellers van respons op behandeling) voor de directe patiënt, de data óók gebruikt kan worden voor de ontdekking van nieuwe biomarkers voor behandeling van toekomstige patiënten.

DE TANGO STUDIE

Momenteel werken er 42 ziekenhuizen in Nederland mee aan deze studie.

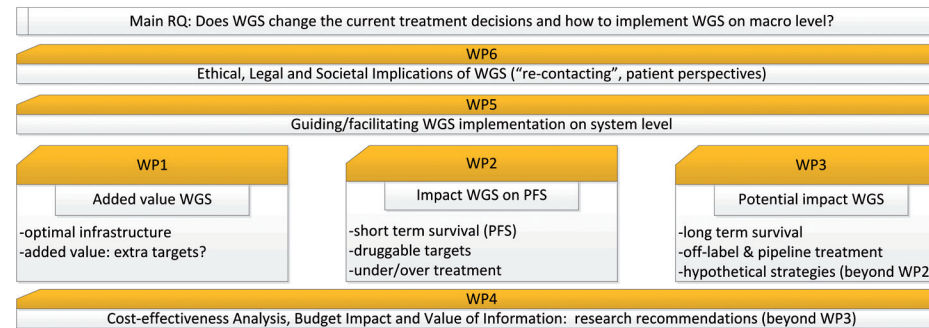
DE TANGO STUDIE

De belangrijkste doelstelling van dit project is het bepalen van het optimale gebruik van WGS, implementatie van gerichte therapieën, met focus op patiënten met vergevorderd melanoom of niet-kleincellig longkanker die behandeld worden met immunotherapie.

Het project bestaat uit 6 deelprojecten, zie figuur 1.

1. Diagnostische waarde van WGS versus huidige (variabele) diagnostiek

Door het in kaart brengen van de huidige pathologisch diagnostiek en het ontwikkelen van een uniforme manier van rapporteren van NGS/WGS data, wordt pathologische diagnostiek, waaronder sequencing resultaten zo optimaal mogelijk geïntegreerd en geïmplementeerd. Hierin is belangrijk dat WGS resultaten met de juiste interpretatie naar de aanvragerend arts terug gekoppeld kunnen



Figuur 1

worden door het koppelen van WGS resultaten aan pathologisch diagnostische resultaten via een link met PALGA. Het in kaart brengen van de huidige praktijk (zowel pathologische diagnostiek als het totale zorgtraject van deze patiënten) gebeurt op niveau van het resultaat van sequencing, maar ook de totale kosten van deze huidige, gemiddeld standaard verrichte, diagnostiek en WGS worden vervolgens met elkaar vergeleken.

2. Uitkomsten van behandel beslissingen op basis van WGS

Hier is het doel om de waarde van immuun- en gerichte (targeted) therapie aan te tonen met behulp van WGS versus huidige diagnostiek bij patiënten met de diagnose gevorderde NSCLC en melanoom. Dit zal gebeuren in de CPCT-02 trial, welke is gestart in 2014 (zie <http://www.cpct.nl/cpct-02/>). Naast de klinische uitkomstmaten zal eveneens de kwaliteit van leven worden gemeten.

3. Voorspelling van de lange termijn gezondheidswinst

In dit deelproject worden de gezondheidsresultaten van WGS-gebaseerde zorg op de lange termijn geschat versus de resultaten op basis van de huidige zorg, welke op gen-panels gebaseerd is. Door middel van tumorgroei modellen waarin het type testen, de testvolgorde en type behandelingen worden gevarieerd kan de optimale timing van responsmonitoring worden onderzocht.

4. Doelmatig inzetten van WGS in vergelijking met huidige diagnostiek

De kosteneffectiviteit, budgetimpact en "breder publieke voordelen" (wider public benefits) van WGS versus de huidige op diagnostiek gebaseerde zorg worden onderzocht in dit deelproject. Een tumoroverstijgend kosteneffectiviteitsmodel zal worden gebouwd op basis van het eerder gebouwde "H-TARGET" –model [2] om een gestandaardiseerde en transparante analyse per target én per tumorsoort te kunnen uitvoeren."

5. Nationale organisatie en implementatie van WGS voor therapie selectie

Naast doelmatigheid worden ook de vereisten voor, en gevolgen van, implementatie van WGS in Nederland geanalyseerd vanuit een systeemperspectief. Groot-schalige faciliteiten, zoals de HMF voor WGS, kunnen een grote invloed hebben op de gezondheidsresultaten en kosten van klinische oncologische diensten. Om gezondheidsbeleidsbeslissingen en planning van diensten te ondersteunen, worden dynamische simulatiemodellen gebruikt om de beoogde en onbedoelde gevolgen van de implementatie van WGS op systeemniveau te evalueren, en daarmee implementatie beleid te informeren.

6. Ethische, juridische en maatschappelijke implicaties van WGS in Nederland

Tenslotte worden ook de morele plichten rondom een verantwoorde introductie van WGS onderzocht. Hier is één van de belangrijkste vragen of medische professionals de verantwoordelijkheid dragen

om hun patiënten opnieuw te 'contacteren' wanneer ze, terwijl ze onderzoek doen met hun patiëntgegevens, nieuwe informatie over hun patiënten ontdekken die een nieuw licht werpt op een eerdere behandeling of nieuwe behandelopties zou bieden. Een dergelijke informatieplicht kan de patiënt rechtstreeks ten goede komen, maar kan ook leiden tot een situatie waarin de patiënt er de voorkeur aan zou hebben gegeven niet geïnformeerd te worden.

TANGO: EEN MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK

WGS is een zeer complexe interventie om het optimale gebruik van te onderzoeken. Om die reden werken pathologen, genetici, oncologen, ethici, juristen en gezondheidseconomen van negen verschillende expertisecentra samen in dit project, en werken deze centra samen met het CPCT en het HMF. Daarnaast zijn het Zorginstituut Nederland en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu betrokken als project adviseurs. Dit alles

is noodzakelijk om vragen rondom evaluatie, optimale toepassing, vergoeding, en implementatie van WGS integraal te kunnen onderzoeken en beantwoorden. Implementatie van WGS op basis van resultaten van de TANGO studie zal nieuwe mogelijkheden bieden om de kosten van dure geneesmiddelen te beperken zonder hun voordelen teniet te doen in gevorderde NSCLC- en melanoompatiënten. Dit zou een blauwdruk kunnen zijn voor andere tumortypen, zodat deze infrastructuur voor de gehele oncologie opgezet en gebruikt kan gaan worden.

Het TANGO consortium bestaat uit:

MJ IJzerman, H Koffijberg, M van de Ven (Universiteit Twente), GWJ Frederix, CTB Pasmans, EPJ Cuppen, AL Bredenoord, NAA Giesbertz (Universitair Medisch Centrum Utrecht), VMH Coupé (Vrije Universiteit Medisch Centrum), TL Feenstra (Universitair Medisch Centrum Groningen), CA Uyl-de Groot (Erasmus Universiteit), JGJV Aerts, JM Mankor (Erasmus MC), WH van Harten, VP Retèl, EF Smit (NKI-AVL), MJ van de Vijver, R

Butter, MC Ploem, JKM Gevers, C Shaw (AMC)

1. Lawrence MS1, Stojanov P, Polak P et al. Mutational heterogeneity in cancer and the search for new cancer-associated genes. *Nature*. 2013 Jul 11;499(7457):214-8. doi: 10.1038/nature12213. Epub 2013.
2. Retèl VP, Joore MA, Ramaekers BLT, van den Heuvel MM, van der Heijden MS, van Harten WH. H-TARGET model: Early Technology Assessment for Next generation Sequencing in oncology. ASCO June 2015, Chicago, US. Abstract #6604.

'HET RECHT OP ZORG: DE KOSTEN VAN SOLIDARITEIT EN DE PRIJS VAN DE GELIJKHEID'

Oemar van der Woerd

Op vrijdag 17 november 2017 vond het symposium 'Het recht op zorg: de kosten van solidariteit en de prijs van de gelijkheid' plaats in het auditorium van de Kunsthal in Rotterdam. Dit symposium werd georganiseerd door de Vereniging voor Gezondheidseconomie (VGE) in samenwerking met de Vereniging voor Gezondheidsrecht (VGR).

OPENING

Het symposium begint met een welkomstwoord van de voorzitters van de VGR, prof. mr. Jaap Sijmons, en de VGE, dr. Richard van Kleef. Vervolgens is het woord aan drie sprekers: drs. Rien Meijerink, mr. Joris Rijken en prof. dr. Werner Brouwer.

BEGRENZING VAN DE ZORG

De eerste spreker, drs. Rien Meijerink, adviseur PBLQ en oud voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), gaat in op de grenzen aan de solidariteit. Allereerst benoemt Meijerink het



onderscheid tussen risicosolidariteit en inkomenssolidariteit. Bij risicosolidariteit gaat het om 'gezond voor ziek'. Bij inkomenssolidariteit gaat om 'rijk voor arm'. "Moet de begrenzing van collectief betaalde zorg uit de politieke arena?", vraagt Meijerink zich hardop af. "De dreiging tot kostenstijging blijft even groot als tien jaar geleden." Instemmend, soms knikkend, soms hoofdschuddend luisteren de toehoorders aandachtig. Meijerink spreekt met ervaring, elan en schroomt niet om hardop na te denken en het publiek hiermee te confronteren. "De onmacht om de solidariteit te begrenzen is een moeilijk vraagstuk." De toon is gezet. Voordat

Meijerink dieper de inhoud behandelt, legt hij diverse vormen van solidariteit en rechtvaardigheid (egalistisch en utilistisch) uit. Prettig voor de toehoorders en zeer belangrijk voor de solidariteitsdiscussie, zo blijkt later.

POLITIEKE ARENA

"Wie stelt de premiestijging vast?"

Meijerink is van mening dat de premie wél in de politieke arena vastgesteld dient te worden. "Echter, de inhoud van het basispakket is niet een discussie die in de politieke arena gevoerd dient te worden. De politieke taal van de onderhandelingen tussen politici en farmaceuten klopt bovendien niet." Meijerink benoemt dat dit een specifieke taak is voor het Zorginstituut. Het is bestuurlijk werk om de collectieve zorg te begrenzen en geen politiek werk, aldus een bevolegen Meijerink. Een appraisal commissie zou hier vorm aan kunnen geven. "In deze commissie dienen maatschappelijk aanvaarde mensen zitting te nemen. Hier

pleit ik voor." Kortom: de begrenzing van de solidariteit moet niet in de politieke arena plaatsvinden, maar op bestuurlijk niveau. Meijerink sluit dit deelonderwerp af met een oplossingsrichting. "De systematiek moet veranderd worden en het takenpakket van het Zorginstituut dient uitgebreid te worden."

LEEFSTIJLSOLIDARITEIT

Tot slot gaat Meijerink dieper in op de noodzakelijkheid om financiële prikkels voor gezond gedrag te gebruiken om de solidariteit te versterken. Wat houdt leefstijlsolidariteit in? "Thans behandelen we altijd, ook als iemand ongezond leeft. Dat staat vast." Meijerink geeft aan dat 50% van de bevolking vindt dat drinkers en rokers een hogere premie zouden moeten betalen. Financiële prikkels voor gezond gedrag zijn volgens Meijerink noodzakelijk om de solidariteit te versterken. 'Wederkerigheid' is cruciaal. Meijerink concludeert dat het momenteel niet goed gaat met de solidariteit. "Er staat

weinig over in Regeerakkoord. Ik zie geen beleidsregels en maatregelen die hierop inspelen.”

BEELDVORMING

De tweede spreker, mr. Joris Rijken, advocaat bij AKD Advocaten in Amsterdam, gaat dieper in op het begrip wederkerigheid. In zijn inleiding, genaamd ‘De zorgverzekering en de kosten van de zorg’, schetst Rijken een interessant beeld vanuit het juridisch perspectief. “De stijgende zorguitgaven maken de roep om efficiëntie groter.” Rijken beschrijft aan het begin van zijn presentatie de rol van de media in verschillende beelden die er zijn over de zorg in Nederland. “Er is het beeld ontstaan dat de zorg een zootje is. Maar klopt dit wel? Er zou een campagne opgezet kunnen worden om dit – naar mijn mening – verkeerde beeld te herstellen.” Rijken zet helder uiteen en probeert direct dwarsverbanden te maken met Meijerink. Kenmerkend voor de gehele dag zijn de diverse perspectieven

op dezelfde onderwerpen: multidisciplinariteit in de praktijk.

TRECHTER VAN DUNNING

“Net als de enige hit van een bepaalde band, zo blijft de Trechter van Dunning ons met name bij.” Rijken bespreekt de verschillende zeven binnen de trechter van Dunning. Vervolgens vraagt hij zich af: “Wat is de juiste pakketbeslissing?” Rijken verwijst naar diverse onderzoeken van gedragseconomen die beargumen-teren dat een zogenoemde ‘default’ van belang is. Bij behandelingen met een hoge budgettaire impact en een ongunstige kosteneffectiviteit moet de default zijn dat zij niet tot het pakket behoren, aldus Rijken. “Sommige behandelingen worden aan het basispakket toegevoegd, ondanks de kosten.”

KOSTENSTIJGING

De derde spreker, prof. dr. Werner Brouwer, hoogleraar Gezondheidseconomie aan de Erasmus Universiteit Rotter-

dam, illustreert met een aantal figuren de stijgende zorgkosten. In zijn heldere presentatie, met als titel ‘Keuzen in de zorg en solidariteit’, schroomt Brouwer niet om ethisch moeilijke vraagstukken te behandelen. “De kostenstijging is een cirkel die zichzelf in stand houdt. Er zullen meer zorguitgaven zijn in de toekomst.” Cruciaal is volgens Brouwer het vinden van de balans tussen kosten en effecten. “De politiek kan het soms niet waarmaken, daarom dienen besluiten uit de politieke context gehaald te worden.”

HET VINDEN VAN BALANS

Het maken van keuzen in de zorg gaat over het vinden van een balans tussen kosten en opbrengsten. “Keuzen zijn immers nodig om inter- en intrasectoraal de juiste dingen te doen.” Onze middelen zijn eindig, terwijl onze wensen oneindig zijn, aldus Brouwer. Er wordt kort stilgestaan bij het voorbeeld van de ziekte van Pompe en Fabry, waarin de rol van de media een belangrijk instru-

ment was om verandering in de politieke arena te bewerkstelligen. “In het debat over solidariteit zijn nog veel elementen te verbeteren. Bijvoorbeeld het belang dat er grenzen aan de zorg en solidariteit zijn en dat men niet goed geïnformeerd is.” De prijs van gezondheid voor de een betekent minder gezondheid of welvaart voor de ander. “Geld zal altijd verliezen van gezondheid in politieke debatten.”

MULTIDISCIPLINARITEIT

Solidariteit met mensen met ernstige aandoeningen ten koste van minder ernstige aandoeningen is een groot goed, aldus Brouwer. “Deze solidariteit dienen wij te bevechten en te behouden.” In de debatten en discussies pleit Brouwer voor een samenwerking tussen meerdere disciplines, waaronder ook recht en economie. Deze samenwerking is wenselijk en noodzakelijk om goed geïnformeerde debatten te houden over de grenzen aan solidariteit, beargumenteert Brouwer. “Er zit een grens aan solidariteit. Hieraan

'HET RECHT OP ZORG: DE KOSTEN VAN SOLIDARITEIT EN DE PRIJS VAN DE GELIJKHEID'

werken kan niet monodisciplinair, maar is wenselijk met meerdere disciplines."

PLENAIRE DISCUSSIE

Aan het einde van hun presentatie leggen de sprekers een aantal stellingen voor aan het publiek. Met behulp van een handige applicatie krijgt het publiek de mogelijkheid om direct op deze stellingen te reageren. De resultaten vormen het startpunt voor de discussie.

Begrenzing van collectief betaalde zorg

Met de stelling dat de collectieve betaalde zorg uit de politieke arena moet is 60% het eens. Maar er zijn ook tegengeluiden. "Het gaat immers om verdelingsvraagstukken in het klimaat van de politiek", aldus een toehoorder uit het publiek. Brouwer haakt hier op in, door de rol van de media te benoemen. "Op politiek niveau deze discussie voeren moet kunnen, maar de rol van individuele patiënten in de media maakt dit ontzettend moeilijk."

Financiële prikkels

Op de stelling of financiële prikkels voor gezond gedrag noodzakelijk zijn om de solidariteit te versterken is 60% het eens. Een bezoeker vraagt zich af "maar wat is gezond gedrag eigenlijk?" Een grens trekken tussen gezond en ongezond gedrag is ontzettend moeilijk en wellicht ook onhaalbaar. Op de vraag of rokers een hogere zorgpremie dienen te betalen, lopen de reacties uit de zaal uiteen. "Allereerst, rokers zijn niet duurder. Ten tweede, stoppen met roken als interventie in het basispakket is ontzettend kosteneffectief", aldus Brouwer. Uit de zaal komen diverse reacties, waaronder een bezoeker die een kanttekening plaats bij de invoering van dergelijke prikkels. "Ik ben voorstander van dergelijke prikkels, maar met gedragseconomische invloeden. Ook andere sectoren dienen hierin namelijk betrokken te worden." Brouwer vult aan: "scholing is bijvoorbeeld ook van invloed op de zorg". Vanuit de zaal lijkt er consensus te zijn over een multidisciplinaire aanpak.

Pakketbeslissingen

Vervolgens zijn de stellingen van Rijken aan de beurt. Het grootste deel van de zaal is het eens met de stelling dat de belangrijkste pakketcriteria (effectiviteit en kosteneffectiviteit) in de Zorgverzekeringswet zelf moeten worden vastgelegd (81% eens). Datzelfde geldt voor de stelling dat pakketbeslissingen genomen moeten worden door het Zorginstituut, met een mogelijkheid tot afwijking door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (71% eens) en voor de stelling dat bij behandelingen met een hoge budgettaire impact en een ongunstige kosteneffectiviteit de default moet zijn dat zij niet tot het pakket behoren (68% eens).

Solidariteit en gezondheidswinst

Op de stelling of het goed is dat we meer solidair zijn met mensen met een ernstigere aandoening is de meerderheid het eens (79% eens). Vanuit de zaal wordt wel een kritische noot geplaatst bij de mate van solidariteit tussen jong en oud. "Men

dient te investeren aan de voorkant, door opvoeding en scholing", aldus een reactie uit de zaal. Ook zijn de meeste bezoekers het eens met de stelling dat we meer waarde moeten toekennen aan gezondheidswinst bij jonge ten opzichte van oude mensen (70% eens).

AFSLUITING

Hoewel de zaal nog niet is stilgevallen is de tijd verstreken. De voorzitters van de VGR en VGE bedanken de sprekers en bezoekers voor hun waardevolle inbreng. Tijdens deze vruchtbare bijeenkomst van twee zusterverenigingen is duidelijk gebleken dat voorliggende solidariteitsvraagstukken complex zijn en vragen om een multidisciplinaire aanpak.

Oemar van der Woerd is student Beleid & Politiek aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

SPONSOREN



Erasmus School of
Health Policy
& Management



Radboud Universiteit



Radboudumc



UNIVERSITEIT TWENTE.



COLOFON

REDACTIE

Elske van den Akker-van Marle

Erik Koffijberg

Kayleigh van Winssen

Redactieadres: bulletin@gezondheidseconomie.org

Ontwerp en vormgeving:

Yfke Vreugdenhil, Y-werk

Uw logo ook hier? Neem voor meer informatie contact op met de redactie van het VGE Bulletin (bulletin@gezondheidseconomie.org).

