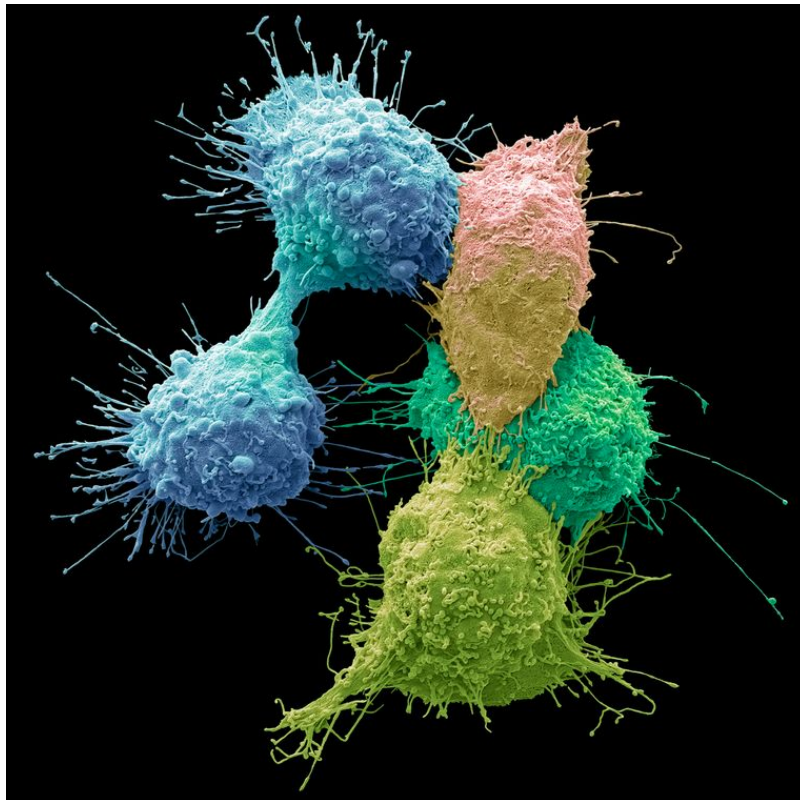


Experiment met nieuwe betaalregeling dure anti-kankermedicijnen is stap naar ‘no cure, no pay’ in de zorg

Zorgpartijen en farmaceutische bedrijven gaan experimenteren met een nieuw no cure no pay-model. Medicijnen worden daarbij alleen vergoed als ze na 16 weken aanslaan. De hoop is dat dure medicijnen op deze wijze beschikbaar blijven, en dat artsen ze kunnen voorschrijven aan uitbehandelde patiënten die er wellicht baat bij hebben.

Michiel van der Geest 13 juni 2019, 5:00



Een ingekleurd beeld van eierstokkankercellen. Beeld Science Photo Library

Minister Bruno Bruins (Medische Zorg) heeft de farmaceutische bedrijven al vele malen gewaarschuwd dat het zorgbudget niet eindeloos is, en er dus duurzame en betaalbare oplossingen moeten komen om dure medicijnen te kunnen blijven betalen. Voor veel dure geneesmiddelen zijn nu tijdrovende onderhandelingen nodig, voordat de prijs naar een dusdanig (geheim) niveau is gebracht dat zorgverzekeraars ze vanuit de basisverzekering mogen vergoeden. Vervelend voor patiënten die van die medicijnen afhankelijk zijn, maar ook voor de farmaceutische bedrijven die gedurende de onderhandelingen niets aan hun medicijnen verdienen.

De nieuwe afspraken – bedacht door Nederlandse oncologen samen met het Zorginstituut en de zorgverzekeraars en gesteund door farmaceut Bristol-Myers Squibb – zijn een stap op weg naar ‘pay for performance’, waarbij dure geneesmiddelen de premiebetaler alleen geld kosten wanneer een patiënt ermee geholpen is. Er lopen op dit moment in Nederland nog drie van dit soort experimenten, een vierde pilot is in januari afgerond. Daarvan worden de resultaten nu geëvalueerd.

Nederland geeft per jaar ruim 2 miljard euro uit aan dure geneesmiddelen, een bedrag dat jaarlijks hard toeneemt. Voor de komende jaren staat een enorme batterij aan therapieën op de rol. Daar zitten mogelijk zeer effectieve behandelingen tussen die patiënten zelfs volledig kunnen genezen, zoals gentherapie, maar ze zijn ook peperduur. Farmaceut Novartis bracht in de Verenigde Staten onlangs zo’n type medicijn op de markt voor de zeldzame spierziekte SMA, Zolgensma geheten, dat daar 1,85 miljoen euro per patiënt moet kosten. Waarschijnlijk later dit jaar komt het middel ook naar Europa.

Gamechanger

Het nieuwe vergoedingsmodel is daarom ‘het type afspraken waarnaar we op zoek zijn’, zegt Linda van Saase, manager oncologie bij het

Zorginstituut, dat bewaakt welke middelen de basisverzekering instromen. ‘De rekening wordt nu echt gedeeld.’ Volgens Gerard Schouw, directeur van farmabrancheclub Vereniging Innovatie Geneesmiddelen kan dit soort afspraken ‘zich ontwikkelen tot een gamechanger in het debat over de betaalbaarheid van geneesmiddelen’. Farmaceuten kunnen hoge medicijnprijzen makkelijker verantwoorden wanneer deze alleen gelden voor de patiënten die er beter van worden.

De afspraken komen voort uit de zogeheten DRUP-studies, die lopen in dertig Nederlandse ziekenhuizen. Hierbij krijgen patiënten met zeldzame tumor-subtypes voor wie de standaardbehandeling geen soelaas bood, anti-kankermiddelen die eigenlijk voor andere vormen van kanker waren bedoeld. Wellicht, zo is de gedachte, zijn er al middelen op de markt die kunnen helpen bij bepaalde zeldzame kankertypes, maar die daarop nooit zijn onderzocht, omdat de patiëntenaantallen veel te klein zijn voor grootschalige klinische studies.

Uit een deelstudie met dertig patiënten met een zeer zeldzame MSI-H-tumor (een tumor met heel veel dna-mutaties) bleek dat bij tweederde van hen het immuuntherapeutische middel Nivolumab aansloeg. Hoopvol, maar tegelijkertijd niet genoeg als bewijslast voor registratie voor dat specifieke type kanker en dus voor het recht op vergoeding. Daarom voegen de onderzoekers nu een nieuwe fase aan de DRUP-studie toe: 135 patiënten krijgen 16 weken lang Nivolumab, betaald door de farmaceut. Elke patiënt die zijn tumor ziet slinken of niet verder ziet groeien, wordt doorbehandeld met een vergoeding uit de basisverzekering.

Tussenoplossing

Volgens Emile Voest, medisch directeur van het Antoni van Leeuwenhoek en voornaamste bedenker van het model, is dit een ‘eerste bouwsteen’ om op een andere manier te kijken naar het probleem van prijzige medicijnen

voor behandeling op maat van de patiënt. ‘Je kunt zeggen: wat zijn die medicijnen duur. Je kunt ook zeggen: wat zijn we gelukkig dat die medicijnen mensen goed kunnen helpen.’ Door dna-profielen en andere data gedetailleerd te bekijken, zien onderzoekers steeds meer verbanden tussen patiënten en de reden waarom zij wel of niet op bepaalde medicijnen reageren. Edwin Ket, Market Access Director bij Bristol-Myers Squibb, noemt de samenwerking ‘een voorbeeld voor de toekomst’.

Ook Carin Uyl-de Groot, hoogleraar evaluatie van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit en niet betrokken bij dit project, juicht het initiatief toe, ‘omdat het voor de patiënt een oplossing is.’ Wel wijst ze erop dat normaliter een fabrikant voor een studie de middelen verstrekt, en nu ‘de premiebetaler gaat betalen voor toepassingen waarvan de uitkomsten nog niet in uitgebreid medicijnonderzoek bewezen zijn’. Uiteindelijk, meent Uyl-de Groot, moeten de prijzen van dure geneesmiddelen gewoon omlaag, ‘maar zo lang dat niet lukt, is dit een tussenoplossing.’

Wat klopt er van de argumenten voor peperdure medicijnen?

Wereldwijd is er onvrede over de prijzen die de farmaceutische bedrijven durven te vragen. Welke argumenten gebruikt de industrie voor de hoge prijzen, [en wat deugt daarvan?](#)

Vals spel in de farmacie: de pil is hetzelfde, [de prijs een veelvoud](#).

Met het nieuwe vergoedingsmodel dat Nederlandse oncologen, het Zorginstituut, de zorgverzekeraars en farmaceut Bristol-Myers Squibb donderdag lanceren, komt bredere toepassing van het zogeheten ‘pay for performance’ in de zorg een stap dichterbij. [Wat zijn de voor- en nadelen van het alleen betalen voor medicijnen die de patiënt daadwerkelijk helpen?](#)