

Bruggink: het Buro Prijsarrangementen Geneesmiddelen

Op 1 april 2014 was het onderwerp van de bijeenkomst van Bruggink Communication Support het Buro Prijsarrangementen Geneesmiddelen van het Ministerie van VWS.

Het forum bestaat uit:

| | |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| H. Kooijman | Kwartiermaker Buro Prijsarrangementen Geneesmiddelen, VWS (inleider) |
| B. Drese | Ziekenhuisapotheker Gelre ziekenhuizen Apeldoorn, voorzitter NVZA |
| G. van den Boom | Hoofd public affairs en policy Celgene |
| R. Simons | Manager inkoop farmacie Achmea |
| J.J.M. van der Hoeve | Hoogleraar medische oncologie LUMC |
| J. Smits | Voormalig voorzitter KNMP, discussieleider |

Huib Kooijman (VWS) leidt dit buro nu 1,5 jaar waar nu 4 FTE voor beschikbaar is vanaf maart 2014. Kooijman start de presentatie met het ontstaan van het Buro Prijsarrangementen Geneesmiddelen en de ontwikkelingen die tot het ontstaan geleid hebben. Per jaar verschijnen ca. 5 – 15 nieuwe, unieke (dure) geneesmiddelen, waar vaak geen alternatieven voor bestaan. Voor de introductie van arrangementen was er sprake van een ja/nee systeem wat geen ruimte bood voor geneesmiddelen waarbij sprake was van onzekerheden over therapeutische meerwaarde, kosteneffectiviteit en/of potentieel hoge financiële risico's. Daarom zijn er nu twee centrale instrumenten gecreëerd, met name voor nieuwe, first-in-class geneesmiddelen.

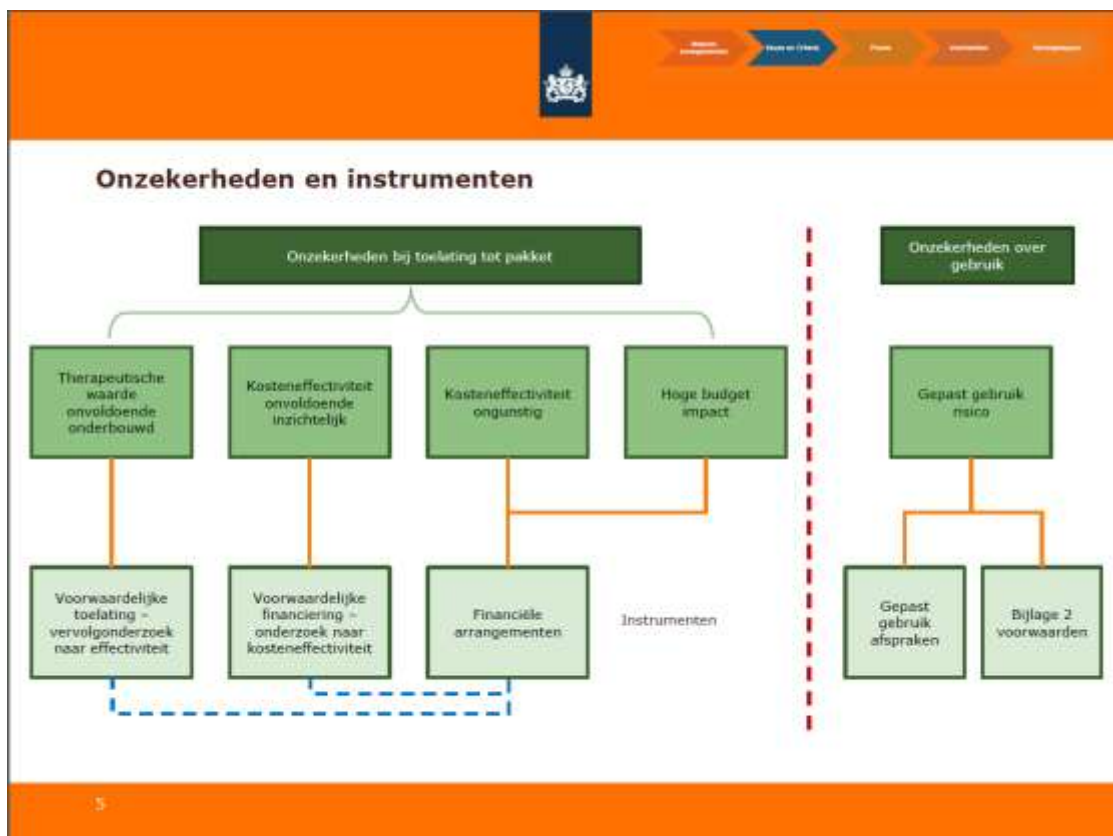
1. Voorwaardelijke toelating

- Tijdelijke toelating tot pakket onder voorwaarden dat onzekerheden over therapeutische meerwaarde (en/of kosteneffectiviteit) worden geadresseerd;
- Na tijdelijke toelating volgt definitief besluit over vergoeding of pakketuitstroom

2. Financiële arrangementen

- Verbetering betaalbaarheid door lagere kosten van (nieuwe) behandelingen
- Tijdelijke overeenkomsten die tijdig geëvalueerd worden

We hadden al de decentrale instrumenten, zoals prijscompetitie, inkoop, formularia, richtlijnen gepast gebruik, met name voor de wat oudere geneesmiddelen. Welke instrumenten worden nu bij welke onzekerheden gebruikt?



Wanneer wordt het Financiële Arrangement ingezet?

Financiële arrangementen kunnen worden ingezet als uit de beoordeling door het CVZ (per 1 april Zorginstituut Nederland) blijkt dat het middel therapeutisch voldoet, maar de kosteneffectiviteit onvoldoende onderbouwd, onvoldoende inzichtelijk is en/of als de verwachte budget impact hoog is. En slechts dan alleen wanneer zorgverzekeraars en ziekenhuisapothekers naar verwachting de prijs niet kunnen drukken. We stellen ons dan samen de vraag of we beter af zijn met een centrale afspraak. De onderhandeling verloopt via een proces, waarbij VWS het initiatief neemt. Een arrangement is vaak voor beperkte tijd. De afspraak is openbaar waar het kan, maar vertrouwelijk als het moet. Vaak blijft de afgesproken prijs geheim, omdat het gevolgen kan hebben voor de prijsstelling in andere landen. Er is géén voorschrijfbepanking in de afspraak. De bedongen korting gaat via een derde partij terug naar de zorgverzekeraar en dus naar de premiebetaler. Het kan gelden voor intramurale en extramurale geneesmiddelen. Er wordt een contract getekend tussen VWS en de leverancier.

Voorbeelden van Prijsarrangementen.

In 2012 is gebleken dat slechts 6 producten verantwoordelijk zijn voor 69% van totale kosten voor de lijst dure geneesmiddelen (€493 miljoen). Na goedkeuring bleek geen mogelijkheid meer te zijn om de prijs te corrigeren. Ook uit ziekenhuisgetallen blijkt dat een grotere afname niet altijd leidt tot een hogere korting. Het eerste arrangement betrof de NOAC's. De therapeutische waarde en kosteneffectiviteit waren vastgesteld door het CVZ, maar het hield een hoog kostenbeslag in (€ 156 Mj) mede als een hoog risico op ongepast gebruik. Een ander voorbeeld is Pirfenidon (Esbriet®) een weesgeneesmiddel bij longfibrose. CVZ oordeelde de therapeutische waarde op voldoende, maar de kosteneffectiviteit was niet inzichtelijk. Daarnaast was er een potentieel hoog kostenbeslag. In deze casus werd behalve de prijs, ook afgesproken dat het voorgeschreven zou worden in expertise centra, dat er monitoring zou plaats vinden via een patient Registry, en dat er Start/Stop criteria zouden worden ontwikkeld. Bij het ontwikkelen van gepast gebruik afspraken waren de beroepsgroepen, de zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen en fabrikanten nauw betrokken. Het geneesmiddel is per 1 april opgenomen in het pakket. Andere voorbeelden zijn Xolair® met een Pay for Performance afspraak, twee geneesmiddelen voor Pompe en één voor Fabri, en een middel bij myelofibrose.

Terugbetaling van bedongen korting

Omdat de afgesproken prijs vaak geheim moet blijven, gaat de terugbetaling van de bedongen korting via een Third Party (TTP, een notaris) terug naar de zorgverzekeraars. Via Vektis worden de volumecijfers van het geneesmiddel per zorgverzekeraar verkregen. De TTP int het retourbedrag bij de leverancier (1* per jaar) en betaalt het retourbedrag uit aan individuele zorgverzekeraars op basis van de individuele schadelast (1* per jaar)

Feedback van het panel.

Vd. Hoeven voelt zich een bondgenoot van de patiënt. Hij geeft complimenten aan VWS, maar vraagt zich af of dit de oplossing is. Het dure oncolyticum wordt toch overgeheveld naar het ziekenhuis. Waar het uiteindelijk om gaat is budgetcontrole. Vd Hoeven voorziet grote problemen in de oncologie in betaalbaarheid in de nabije toekomst. Als voorbeeld noemt hij de toekomstige behandeling anti-PDE (Anti Progressive Death). Ook vd Boom ziet de kosten stijgen, maar de totale kosten van de farmacie daalt al jaren. Deze kostendaling moet juist ruimte creëren voor innovatie van nieuwe middelen. Ook hij complimenteert VWS maar dit met name over het uitvoeren van een "horizon scan". Tenslotte vindt hij dat de overheid hier geen rol moet hebben, omdat het de marktwerking zou belemmeren. Simons zet het liefst een landelijk budget voor dure middelen, omdat kleine zorgverzekeraars deze risico's niet aankunnen. Drese ziet in dit spel maar een kleine rol voor ziekenhuisapothekers. Het ziekenhuis ziet niets van een retourbetaling, een toewijzing per medisch specialist ziet hij niet. Liever zet hij een buffer per ziekenhuis. Vd Hoeven ziet met het labelen van geld ook meer administratie. Een goede prognose van inzet van dure middelen kan veel beter zijn. Simons pleit voor een inbreng van de zorgverzekeraars

voordat het middel op de markt komt, zodat zij ook over de prijs kunnen meepraten. Tevens wil hij een apart tarief voor farmaceutische zorg. Een trial hiervoor loopt nu in een academisch ziekenhuis. Vd Boom herhaalt dat hij vindt de overheid geen plaats heeft in de onderhandelingen.

Kooijman daagt marktpartijen uit om de onderhandelingen zelf te doen, mits de partijen kunnen aantonen dat de uitkomst van die onderhandelingen beter of gelijk zijn aan de resultaten van centrale afspraken. Vd Hoeven geeft aan dat hij als voorschrijver de ogen niet meer kan sluiten voor de kosten. Kemna (NVZ) is ook blij met deze ontwikkelingen maar twijfelt aan het effect bij een monopolist op de markt. Uit de zaal wordt de suggestie gedaan om via zorgsparen een landelijke buffer te bouwen. Volgens Schouten (Haagse ziekenhuizen) is het helder wat er met nieuwe en oude producten moet gebeuren, maar onderhandelingen uit het middenstuk van de vuvuzela lijken veel lastiger. Hij houdt zijn hart vast als de intramurale preferentie zijn intrede zal doen. Smits geeft aan dat Nederland voorop loopt met het preferentiebeleid en Europa kijkt hier met veel belangstelling naar. Vd Boom wil graag met zorgverzekeraars en zorgaanbieders het gesprek aangaan hoe een onderhandelingsstelsel er in vertrouwen uit ziet. Simons vraagt naar de internationale samenwerking in centrale inkoop. Kooijman geeft aan dat dat al in gang gezet is. Met name met België, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. Vd Boom reageert, dat dat juist de landen zijn, waar de overheid de betaler is. In Nederland niet en dat is nou een kunstfout dat de overheid zich hier met de onderhandelingen bemoeit. Vd Hoeven wil graag afspraken over het off-label gebruik van oncolytica. Het komt veel voor in zijn praktijk en hij wil niet voor elk wissewasje hoeven bellen met de zorgverzekeraar. Drese heeft waardering voor de centrale inkoop, maar het is hem onduidelijk waar de centrale inkoop eindigt en die van de zorgverzekeraar begint.

Evers vraagt naar de waardecreatie. Geeft de levensverlenging van 5 weken of 5 maanden ook een verschil in kosten? Volgens vd Boom wel. Dat komt voort uit kosteneffectiviteit. Vd Hoeven geeft aan dat hij niet zal behandelen met een middel dat maar één maand levensverlenging geeft, tenzij het wel hele uitzonderlijke effecten zou hebben. Vd Lelie vraagt wat er gebeurt als het niet komt tot een prijsafpraak. Kooijman heeft alle vertrouwen dat de partijen samen tot een oplossing, in dit geval een prijsafpraak, kunnen komen. Maar in het ernstigste geval wordt het middel niet toegelaten. De toelating is voor bepaalde duur, uit de evaluatie moet blijken of er na een bepaalde tijd nog steeds behoefte is aan een prijsarrangement. Indien dit het geval is zullen opnieuw onderhandelingen worden geïnitieerd.

FarmaActueel, 3 april 2014

BvS