

AANDACHTSGEBIED

Naar gepast gebruik van geneesmiddelen

Geneesmiddelen zijn niet alleen een belangrijke investering in de gezondheidszorg, maar vormen ook een aanzienlijke kostenpost. Wanneer bij de keuze om middelen collectief te vergoeden meer aandacht komt voor gepast gebruik, kan zelfs bij gelijkblijvend budget de totale opbrengst aan gezondheid worden vergroot.

**MAUREEN
RUTTEN-VAN
MÖLKEN**
*Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam*

CARIN UYL
*Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam*

Farmacologische innovaties hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de preventie en behandeling van veel ziekten. Waren deze innovaties begin 1900 vooral het resultaat van toevallige bevindingen, sinds het begin van deze eeuw zien we een toenemend aantal geneesmiddelen die door middel van recombinant DNA-technologie worden gemaakt, de zogenaamde biologics. Biologics zijn waardevolle therapeutische opties voor bijvoorbeeld kanker of auto-immuunziekten, ziekten waarvoor geen of onvoldoende effectieve therapieën beschikbaar waren. Maar biologics zijn gemiddeld veel duurder dan andere geneesmiddelen. De kosten lopen gemakkelijk op tot boven de 10.000 euro per patiënt per jaar. Als die

middelen gebruikt worden voor de behandeling van chronische ziekten zoals reumatoïde artritis of inflammatoire darmziekten, kunnen de kosten nog aanzienlijk meer oplopen.

Tegelijkertijd blijven bij een aantal chronische ziekten echte doorbraken in de behandeling achterwege. Daar zien we vooral marginale verbeteringen in medicatie en innovaties die zich steeds vaker richten op het verminderen van bijwerkingen, verbeteren van toedieningswijzen en het vergroten van gebruiksgemak, bijvoorbeeld door eenmaal in plaats van meermaals daagse toediening of door het ontwikkelen van vastecombinatiemiddelen.

Hoewel de farmaceutische industrie over het algemeen terughoudend is met geneesmiddelenonderzoek in bepaalde subgroepen, is er toch een tendens zichtbaar om geneesmiddelen steeds vaker te ontwikkelen voor een kleinere, specifieke doelgroep van complexe patiënten die onvoldoende baat heeft bij de bestaande middelen. Dit betekent niet alleen dat de totale R&D-kosten in een kleinere doelgroep moeten worden terugverdiend, maar ook dat de geneesmiddelen vaak een monopolistische marktpositie hebben, waardoor de prijs van deze middelen hoog is.

In 2011 bedroegen de uitgaven voor farmaceutische zorg 5,9 miljard euro, waarvan 4,6 miljard voor geneesmiddelen en 1,3 miljard voor dienstverlening door apothekers (Ministerie van VWS, 2012). De uitgaven aan geneesmiddelen die via openbare apothe-

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

ken worden verstrekt stegen in 2011 met bijna twee procent. Dat is een minder sterke groei dan de gemiddelde groei van vijf procent in de eerste helft van het afgelopen decennium (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2012a) en ook een minder sterk dan de groei van 3,2 procent voor de totale uitgaven aan gezondheids- en welzijnszorg in 2011 (CBS, 2012). De groei is afgeremd door een daling in de prijzen van geneesmiddelen als gevolg van de actualisatie van de maximumprijzen op grond van de Wet Geneesmiddelenprijzen, convenanten tussen overheid en industrie en het preferentiebeleid van verzekeraars. Tegelijkertijd namen het aantal gebruikers van extramurale geneesmiddelen en het gebruik per patiënt toe, en werden er meer nieuwe dure geneesmiddelen (meer dan 500 euro per voorschrift) geïntroduceerd. De kosten van geneesmiddelen bedroegen in 2011 gemiddeld 225 euro per inwoner. Voor mensen van 65 jaar en ouder was dit 570 euro. Volgens een demografische projectie van de Stichting Farmaceutische Kengetallen zal dit in 2021 oplopen tot respectievelijk 280 en 670 euro, uitgaande van een gelijke ontwikkeling in kosten van geneesmiddelen als het afgelopen decennium (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2012b). Zelfs als dit een conservatieve toekomstprojectie is, onderstreept het de noodzaak om geneesmiddelen op gepaste wijze in het behandeltraject in te zetten.

DIMENSIES GEPAST GEBRUIK GENEESMIDDELEN

Gepast gebruik wordt meestal gedefinieerd op het niveau van de individuele patiënt en wordt dan omschreven als zorg die voor de gebruiker ervan effectief, doelmatig en noodzakelijk is (Brouwer en Rutten, 2006). We onderscheiden hierbij de volgende dimensies: Wordt een geneesmiddel voorgeschreven wanneer dit noodzakelijk is? Wordt het meest (kosten)effectieve middel voorgeschreven? Wordt het geneesmiddel op een correcte wijze gebruikt?

Noodzaak

Bij de vraag of een geneesmiddel wordt voorgeschreven wanneer dit noodzakelijk is, speelt de vraag of de gezondheidstoestand van een patiënt er aanleiding toe geeft. Die aanleiding betreft niet alleen de aanwezigheid van symptomen en ziekteelast maar ook de aanwezigheid van risicofactoren. Bij het benoemen van indicatiegebieden voor farmacotherapie zijn medische richtlijnen en zorgstandaarden leidend. Deze richtlijnen en standaarden zijn echter niet altijd gebaseerd

op een adequate vergelijking van farmacologische met niet-farmacologische zorg, waardoor de mogelijkheid van een niet-farmacologische behandeling onderbelicht blijft. Dit kan leiden tot overbehandeling, wat het geval is wanneer te veel patiënten behandeld worden of wanneer één patiënt met te veel verschillende geneesmiddelen voor dezelfde indicatie behandeld wordt. Dit op elkaar stapelen van middelen bij één patiënt kan echter ook leiden tot onderbehandeling wanneer uit vrees voor bijwerkingen te lage doseringen worden voorgeschreven. Veel vaker lijkt er sprake te zijn van onderbehandeling wanneer het gaat om preventieve medicatie, zeker wanneer het primaire preventie betreft.

Kosteneffectiviteit

Om de vraag te kunnen beantwoorden of het meest kosteneffectieve middel wordt voorgeschreven, moet er voldoende direct vergelijkend onderzoek met andere geneesmiddelen beschikbaar zijn ('evidence') om de plaats van het betreffende middel in het hele scala aan behandelopties te bepalen. Zeker als het alternatieve middel relatief goedkoop is, zal een fabrikant eerder onderzoek doen naar de kosteneffectiviteit van *de toevoeging* van het nieuwe middel aan het bestaande middel dan naar de kosteneffectiviteit van het nieuwe middel *ten opzichte* van het bestaande middel. Zelfs als er wel voldoende vergelijkend klinisch onderzoek is en de richtlijnen voor behandeling op dit onderzoek gebaseerd zijn, is er niet vanzelfsprekend sprake van gepast gebruik. De richtlijnen worden immers gebaseerd op effectiviteitsoverwegingen en nauwelijks op kosteneffectiviteitsoverwegingen (Hakkaart-van Roijen *et al.*, 2010). Ook moet rekening worden gehouden met het risico dat door indicatieverruiming bij bijvoorbeeld toepassing bij een steeds mildere ernstklasse of *offlabel*-gebruik de kosteneffectiviteit kan worden aangetast.

Verder wordt bij therapiekeuze de rol van diagnostiek steeds belangrijker. Door het (gelijktijdig) ontwikkelen van testen om te bepalen of een patiënt gevoelig kan zijn voor een bepaald geneesmiddel, zogenaamde *companion diagnostic*-testen, kan therapiekeuze worden gefaciliteerd, en respons worden gemonitord. De uitslag van een companion diagnostic-test kan bijvoorbeeld een indicatie geven of een specifieke therapie bij een specifieke patiënt het gewenste effect zal hebben. Dit kan gepast gebruik van geneesmiddelen bevorderen (Gaultney *et al.*, 2011). Een companion diagnostic-test kan de kosteneffectiviteit van een geneesmiddel

verbeteren. Dit is het geval als de besparingen door het onnodig behandelen van patiënten met het betreffende middel groter zijn dan de kosten van de test.

Gebruik

De kosteneffectiviteit van geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk wordt vaak aangetast door een geringe therapietrouw. Dit is niet alleen een probleem bij preventieve medicatie, die ook gebruikt moet worden in tijden dat de patiënt geen klachten heeft, maar ook bij curatieve medicatie, wanneer de keuze voor een bepaald medicijn niet is afgestemd op de door de patiënt ervaren klachten en persoonlijke streefdoelen. Door het ontwikkelen van toedieningsvormen die het gebruiksgemak bevorderen kan therapietrouw verbeterd worden. Er zijn steeds meer onderzoeken die een direct verband leggen tussen een betere therapietrouw en betere gezondheidsuitkomsten (Mularski *et al.*, 2011). Vooral voor ouderen die geneesmiddelen voor meerdere ziektes tegelijk gebruiken, is correct gebruik vaak moeilijk omdat ze continu op zoek zijn naar een goede balans tussen de gezondheidswinst van al die middelen en acceptabele bijwerkingen en risico's. Zo heeft bijvoorbeeld zestig procent van de oudere kankerpatiënten naast kanker een of meer chronische aandoeningen, zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Medische richtlijnen en standaarden geven weinig houvast bij polifarmacie, omdat ouderen op grond van leeftijd, comorbiditeit, cognitieve of audiovisuele beperkingen ondervertegenwoordigd zijn of zelfs uitgesloten worden van klinisch geneesmiddelenonderzoek (Cherubini *et al.*, 2011).

MAATREGELEN

Nieuwe geneesmiddelen kritisch toelaten tot het pakket

Gepast gebruik van geneesmiddelen kan in de eerste plaats worden bevorderd door alleen middelen waarvan de meerkosten gerechtvaardigd worden door betere gezondheidsuitkomsten tot het basispakket toe te laten. De kosten per QALY-ratio dienen acceptabel te zijn. In Nederland is deze beoordeling van de kosteneffectiviteit een van de vier pakketcriteria op grond waarvan over opname in het basispakket wordt beslist. De andere drie zijn effectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid (CVZ, 2006; 2009).

Van de extramurale geneesmiddelen worden alleen de middelen die in aanmerking komen voor opname op lijst 1B van het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) op kosteneffectiviteit beoordeeld. Op die

lijst staan geneesmiddelen die niet vervangbaar zijn door vergelijkbare middelen en een therapeutische meerwaarde hebben. Zij worden, voor het geregistreerde indicatiegebied, volledig vergoed. Middelen die therapeutisch vergelijkbaar zijn met andere geneesmiddelen worden gegroepeerd in clusters van onderling vervangbare middelen op lijst 1A. Per cluster geldt een maximale prijs die vergoed wordt. Die maximumprijs is gelijk aan het historisch bepaalde gemiddelde

De kosteneffectiviteit van geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk wordt vaak aangetast door een geringe therapietrouw

van de prijzen van de medicijnen in een cluster. Voor de middelen op lijst 1A is geen economische evaluatie noodzakelijk omdat ze niet tot meerkosten leiden. Echter, in de praktijk blijkt dat ook bij de beoordeling van middelen voor lijst 1B kosteneffectiviteit van ondergeschikt belang is. Twee derde van de vergoedingsdossiers – tussen januari 2005 en juli 2011 waren dat er 93 – bevatte geen farmaco-economische evaluatie (Franken *et al.*, 2012). Dat komt deels omdat aanvragen voor weesgeneesmiddelen en HIV-middelen geen farmaco-economisch dossier hoefden aan te leveren, deels omdat er geen therapeutische meerwaarde was, maar vaak werd er geen reden gevonden voor het afwezig zijn van deze informatie. De vergoedingsaanvragen voor opname op lijst 1B moeten naast de farmaco-economische evaluatie ook een budgetimpactanalyse bevatten. Dit laatste lijkt een grotere rol te spelen in de besluitvorming dan de kosteneffectiviteit.

De bescheiden rol die kosteneffectiviteitsoverwegingen lijken te spelen, is gerelateerd aan het feit dat de drempelwaarde van een QALY niet lijkt te bestaan. De grenswaarde van een QALY lijkt bijvoorbeeld af te hangen van de ernst van de aandoening, de leeftijd van de patiënten, of er kinderen van de patiënt afhankelijk zijn, of de QALY's toevallen aan daadwerkelijk identificeerbare patiënten of aan statistische patiënten, zoals bij preventie, of patiënten zelf verantwoordelijk

gehouden kunnen worden voor hun ziekte, enzovoort. Het is zeer waarschijnlijk dat dit soort overwegingen er in het verleden toe hebben bijgedragen dat sommige geneesmiddelen met héél hoge kosten per QALY-ratio's wel in het basispakket zijn opgenomen terwijl andere geneesmiddelen met lage kosten per QALY-ratio dat niet zijn (Appleby *et al.*, 2009; Donaldson *et al.*, 2011; Bobinac *et al.*, 2012).

De grote rol van budgetimpact in de besluitvorming wordt nog eens onderstreept doordat per 1 januari 2012 werd besloten om enkele dure extramu-

Geneesmiddelen die weliswaar veelbelovend lijken maar waarover de nodige vragen bestaan kunnen in Nederland voorwaardelijk worden toegelaten tot het pakket

rale geneesmiddelen die zowel onder de aanspraak extramurale farmaceutische zorg als onder de aanspraak geneeskundige zorg vielen, over te hevelen van de extramurale bekostiging (het GVS) naar de ziekenhuisbekostiging. Dit betrof in eerste instantie de TNF-alfaremmers. De verwachting is dat ziekenhuizen meer marktmacht hebben om lagere prijzen voor TNF-alfaremmers te bedingen, wat een doelmatigheidsopbrengst van vijftig miljoen euro zou kunnen opleveren (Ministerie van VWS, 2012). Uitgangspunt van deze overheveling is dat de patiënt geen hinder mag ondervinden, de inhoud van het verzekerde pakket gelijk blijft en de mogelijkheid blijft bestaan om de zorg in de thuissituatie te ontvangen. Het is de intentie van de demissionaire minister van VWS om ook andere extramurale geneesmiddelen onder de ziekenhuisbekostiging te brengen. Hierbij wordt gedacht aan de weesgeneesmiddelen, oncologische middelen, groeihormonen, fertiliteitshormonen, middelen tegen bloedarmoede, HIV-remmers en immunoglobulinen. Per 1 januari 2013 zullen waarschijnlijk oncologische middelen en groeihormonen worden overgeheveld naar de ziekenhuisbekostiging. Per 1 januari 2012 wor-

den de nieuwe medisch-specialistische geneesmiddelen al niet meer in het GVS opgenomen, maar dienen onderdeel te worden van de aanspraak geneeskundige zorg, ofwel onderdeel van de ziekenhuisbekostiging.

Potentieel kosteneffectieve maar dure geneesmiddelen voorwaardelijk toelaten tot het pakket

Geneesmiddelen die weliswaar veelbelovend lijken maar waarover de nodige vragen bestaan omtrent de kosteneffectiviteit, budgetimpact en de toepassing in de praktijk, kunnen in Nederland voorwaardelijk worden toegelaten tot het pakket (Ministerie van VWS, 2006). Zo komen deze middelen sneller beschikbaar dan wanneer de beslissing over vergoeding zou worden uitgesteld totdat nader onderzoek is afgerond. Tot 1 januari 2012 was voorwaardelijke financiering alleen van toepassing op intramuraal gebruikte geneesmiddelen die op de lijst Dure- en Weesgeneesmiddelen stonden. Om op de lijst Dure Geneesmiddelen geplaatst te worden moest een middel een therapeutische meerwaarde hebben en een verwachte jaaromzet van 2,5 miljoen euro. Ook moesten er een indicatie van doelmatigheid en een uitgewerkt plan voor uitkomstenonderzoek in de dagelijkse praktijk worden aangeleverd. Gedurende een periode van vier jaar kregen de ziekenhuizen die middelen bijna geheel vergoed, op voorwaarde dat in die periode de meerwaarde en kosteneffectiviteit van die middelen in de dagelijkse praktijk werd aangetoond. De vergoeding voor het ziekenhuis bedroeg tachtig procent van de kosten; de overige twintig procent moest het ziekenhuis zelf betalen, zodat er een prikkel voor prudent zorggebruik bleef bestaan.

Voor intramurale weesgeneesmiddelen zijn de spelregels iets anders. Zij mogen alleen in de academische centra worden toegediend, er hoeven geen economische gegevens overgelegd te worden om ze geplaatst te krijgen op de lijst, en ze worden voor honderd procent vergoed.

Per 1 januari 2012 is de add-on-bekostiging ingevoerd. Dat houdt in dat de ziekenhuizen de inzet van de geneesmiddelen die op de lijst Dure Geneesmiddelen staan als add-on, dat wil zeggen als toevoeging aan een DOT (DBC's Op weg naar Transparantie), kunnen declareren bij de zorgverzekeraars. Het ziekenhuis moet hiervoor wel onderhandelen met de zorgverzekeraars. De nieuwe vergoeding zou dus honderd procent kunnen zijn, maar is afhankelijk van de afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. Het wordt interes-

sant om te zien wat er gebeurt als tegen het eind van het jaar de bodem van het ziekenhuisbudget dat met de zorgverzekeraar is afgesproken in zicht komt. Het gevaar bestaat dat de postcode-geneeskunde van vóór de introductie van de lijst Dure Geneesmiddelen weer terugkeert. Hiermee wordt bedoeld dat de woonplaats van een patiënt bepaalt of hij een geneesmiddel wel of niet krijgt.

Ingegeven door de wens om veelbelovende geneesmiddelen sneller maar wel gecontroleerd toe te laten tot het pakket, was de minister van VWS voornemens om de voorwaardelijke pakkettoelating ook voor extramuraal geneesmiddelen te gaan inzetten (CVZ, 2012). Dit zou een beperkt aantal middelen betreffen, die door het College voor Zorgverzekeringen zouden worden voorgedragen. Of dit door een nieuw kabinet inderdaad wordt ingevoerd, moet vooralsnog worden afgewacht.

Risicodeling

Als een geneesmiddel – op het moment van de vergoedingsaanvraag, dan wel na voorwaardelijke pakkettoelating – een ongunstige verhouding tussen meerkosten en additionele baten heeft, hoort het niet in het pakket, in ieder geval niet tegen dié prijs. Als alternatief voor het niet toelaten dan wel het verwijderen uit het pakket van geneesmiddelen die wel effectief zijn, zal de kosteneffectiviteit verbeterd moeten worden. Dat kan door prijsverlaging, het geven van kortingen door de fabrikant, of door prijs/prestatieafspraken zoals het alleen vergoeden van kosten voor patiënten bij wie de behandeling dusdanig succesvol is dat deze wel kosteneffectief is. Wanneer er sprake is van een onevenredig beslag op de kosten zijn ook prijs/volumeafspraken denkbaar, zoals het verlagen van de prijs van een geneesmiddel bij het overschrijden van een bepaalde omzet of het terugbetalen door de fabrikant aan de zorgverzekeraar en/of overheid bij het overschrijden een grens aan de omzet. Met deze en andere financiële arrangementen (Garrison *et al.*, 2012) begint men nu in Nederland te experimenteren. Farmaceutische bedrijven prefereren het geven van kortingen boven prijsverlagingen, omdat die laatste op termijn leiden tot een prijsverlaging in andere landen die een referentieprijssysteem hanteren. Omdat kortingen niet als een prijsverlaging van de lijstprijs gezien worden, hebben die geen effect op de prijs in een referentieprijssysteem.

Preferentiebeleid verzekeraars

Om gebruik van goedkopere geneesmiddelen te bevorderen en de kosten van geneesmiddelen in de hand te houden, hanteren ziektekostenverzekeraars een preferentiebeleid (KNMP, 2012). Dit betekent dat zorgverzekeraars de voor vergoeding in aanmerking komende geneesmiddelen uit het GVS aanwijzen. Per werkzame stof of combinatie van werkzame stoffen moet een verzekeraar in ieder geval minimaal één geneesmiddel selecteren. Vaak kondigen zorgverzekeraars aan welke geneesmiddelen zij in het preferentiebeleid wensen op te nemen. Leveranciers krijgen dan tot een bepaald moment de tijd om hun prijzen in de openbare prijslijsten (onder andere G-Standaard) aan te passen om in de gunst van zorgverzekeraar te komen. Na dat moment wijst de zorgverzekeraar aan welke geneesmiddelen in het preferentiebeleid worden opgenomen; vaak zijn dat de goedkoopste middelen. In andere gevallen nodigt de zorgverzekeraar leveranciers uit om een aanbieding in een gesloten envelop te doen. De openbare prijs van het geneesmiddel wordt niet aangepast, maar de zorgverzekeraar krijgt achteraf de onder couvert gemelde kortingsprijs van de leverancier verrekend op basis van de door de apotheker gedeclareerde geneesmiddelen. Uitzonderingen blijven overigens mogelijk voor patiënten die op medische gronden het preferente middel niet kunnen gebruiken.

Medische richtlijnen en zorgstandaarden mede baseren op kosteneffectiviteitsoverwegingen

Gepast gebruik kan verder worden gestimuleerd door bij het ontwikkelen van richtlijnen en zorgstandaarden systematisch aandacht te besteden aan doelmatigheidsoverwegingen, en door niet alleen op grond van effectiviteitsoverwegingen, maar ook op grond van kosteneffectiviteitsoverwegingen aan te geven welke diagnostiek of behandeling het meest geschikt is, voor welk type patiënt in welke situatie (Niessen *et al.*, 2007). Omdat het zorginkoopbeleid van ziektekostenverzekeraars mede gebaseerd wordt op de richtlijnen, gaan kosteneffectiviteitsoverwegingen op die manier ook een grotere rol spelen in het inkoopbeleid.

Onderzoekers van het Institute for Medical Technology Assessment (iMTA) voerden recent een quick scan uit naar de mate waarin medische richtlijnen aandacht besteden aan de doelmatigheid van de top vijf van geneesmiddelen waaraan we in Nederland het meeste geld uitgeven (Hakkaart-van Roijen *et al.*, 2010). Dat zijn cholesterolsyntheseremmers, bloed-

drukverlagers, maagzuurremmers, astma/COPD-medicatie en antidepressiva. Daaruit bleek dat de richtlijnen – met uitzondering van de richtlijn Cardiovasculair Risico Management (Tan *et al.*, 2011) en de richtlijn Angststoornis – kosteneffectiviteitsinformatie over deze medicijnen niet systematisch gebruiken voor onderbouwing van de aanbevelingen (Hakkaart-van Roijen *et al.*, 2010). Daar is nog een slag te slaan.

Maatregelen om therapietrouw en correct gebruik van een middel te bevorderen

Het bevorderen van therapietrouw door het ontwikkelen van gebruiksvriendelijker toedieningsvormen en doseringsschema's is, vooral voor de geneesmiddelen die uit octrooi zijn, voor de fabrikant weinig aantrekkelijk. De bereidheid van verzekeraars om de meerkosten van die gebruiksvriendelijker middelen te betalen zal gering zijn, tenzij er aantoonbaar veel betere gezondheidsuitkomsten zijn. Voor geneesmiddelen die nog niet uit octrooi zijn, is het ontwikkelen van nieuwe varianten echter een manier om de octrooiperiode van een middel nog wat te verlengen.

Er zijn en worden hulpmiddelen ontwikkeld voor het continu monitoren van medicatiegebruik waarmee niet alleen tijdig medicatie-reminders verstuurd kunnen worden, maar waarmee ook tijdig kan worden gesignaleerd of aanpassingen in de medicatie noodzakelijk zijn. Dit lijkt veelbelovend, maar er is nog weinig bewijs van de kosteneffectiviteit ervan.

CONCLUSIE

De gezondheidszorg legt een steeds groter beslag op de schaarse nationale middelen. Deze stijging aan zorguitgaven is op den duur onhoudbaar. Geneesmiddelen zijn echter niet alleen een kostenpost maar vooral een investering. Op gepaste wijze inzetten van geneesmiddelen zal niet alleen leiden tot verbetering van kwaliteit van leven en overleving, maar ook tot kortere ziekenhuisopnames, minder arbeidsverzuim en een hogere productiviteit van patiënten (ZonMW, 2011). Doelmatigheidsonderzoek is bij uitstek geschikt om deze baten in kaart te brengen. Toch spelen doelmatigheidsoverwegingen een te geringe rol in de besluitvorming, die vooral wordt gedreven door budgettaire consequenties (Drummond *et al.*, 2011). Hierbij lijkt het niet toepassen van een drempelwaarde voor de kosten per QALY te leiden tot de opname in het pakket van geneesmiddelen met onevenredig hoge kosteneffectiviteitsratio's. Toepassing van een flexibele

drempelwaarde, waarbij de kosten per QALY afhankelijk zijn van de ervaren ziektelast, kan een mogelijkheid zijn om tegemoet te komen aan de wens tot een rechtvaardiger verdeling van middelen en gezondheid (Van de Wetering *et al.*, 2011). Met die flexibele drempelwaarde in het geneesmiddelenbeleid zal in de toekomst meer ervaring opgedaan moeten worden. Het voorwaardelijk toelaten van een geneesmiddel tot het pakket stimuleert weliswaar innovatie, maar het verwijderen van niet-kosteneffectieve geneesmiddelen uit het pakket zal moeilijk zijn. Introductie van een systeem voor risicodeling middels prijs/volume- of prijs/prestatieafspraken kan wellicht uitkomst bieden.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders

te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

LITERATUUR

- Appleby, J., N. Devlin, D. Parkin, M. Buxton en K. Chalkidou (2009) Searching for cost effectiveness thresholds in the NHS. *Health Policy*, 91(3), 239–245.
- Bobinac, A., N.J. van Exel, F.F. Rutten en W.B. Brouwer (2012) Get more, pay more? An elaborate test of construct validity of willingness to pay per QALY estimates obtained through contingent valuation. *Journal of Health Economics*, 31(1), 158–168.
- Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2006) De afbakening van het basispakket. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Zicht op zinnige en duurzame zorg*. Zoetermeer: RVZ.
- CBS (2012) *Uitgaven aan zorg met 3,2 procent gestegen*. Persbericht 16 mei 2012. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Cherubini, A., J. Oristrell, X. Pla, C. Ruggiero, R. Ferretti et al. (16 auteurs) (2011) The persistent exclusion of older patients from ongoing clinical trials regarding heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 171(6), 550–556.
- CVZ (2006) *Pakketbeheer in de praktijk*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- CVZ (2009) *Pakketbeheer in de praktijk 2*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- CVZ (2012) *Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Donaldson, C., R. Baker, H. Mason, M. Jones-Lee, E. Lancaster et al. (14 auteurs) (2011) The social value of a QALY: raising the bar or barring the raise? *BMC Health Services Research*, 11(8).
- Drummond, M., B. Jonsson, F. Rutten en T. Stargardt (2011) Reimbursement of pharmaceuticals: reference pricing versus health technology assessment. *The European Journal of Health Economics*, 12(3), 263–271.
- Franken, M., F. Nilsson, F. Sandmann, A. de Boer en M. Koopmanschap (2012) Unravelling drug reimbursement outcomes: a detailed comparison of Dutch and Swedish decisions. Werkdocument aan het iBMG.
- Garrison, L. en A. Towse (red.) (2012) *Performance-base risk-sharing arrangements – Good practices for design implementation and evaluation*. ISPOR Task Force Report.
- Gaultney, J.G., E. Sanhueza, J.J. Janssen, W.K. Redekop en C.A. Uyl-de Groot (2011) Application of cost-effectiveness analysis to demonstrate the potential value of companion diagnostics in chronic myeloid leukemia. *Pharmacogenomics*, 12(3), 411–421.
- Hakkaart-van Roijen, L., S.S. Tan, L. Goossens, S. Schawo, W.B.F. Brouwer, M.P.M.H. Rutten-van Mólken en F.F.H. Rutten (2010) Doelmatigheid in praktijkrichtlijnen voor medicijnen: resultaten van een 'quicksan'. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88(4), 172–181.
- KNMP (2012) *Preferentiebeleid*. Tekst op www.knmp.nl.
- Ministerie van VWS (2006) *Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer inzake dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2012a) *Brief van 5 juli 2012. Reactie op Kamervragen VSO Geneesmiddelenbeleid van 28 juni*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2012b) *Brief van 24 mei 2012 over dure specialistische geneesmiddelen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Mularski, R., M. McBurnie, J. Donovan, K. Walker, S. Gillespie en V. William (2011) *Adherence with inhaled respiratory therapeutics is associated with reduced acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*. Voordracht gehouden op het jaarlijkse congres van de European Respiratory Society.
- Niessen, L.W., E. Grijseels, M. Koopmanschap en F. Rutten (2007) Economic analysis for clinical practice – The case of 31 national consensus guidelines in the Netherlands. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(1), 68–78.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (2012a) *Data en feiten 2011. Het jaar 2010 in cijfers*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (2012b) *Prognose geneesmiddelkosten over 10 jaar*. *Pharmaceutisch Weekblad*, 147(3).
- Tan, S.S., F.F. Rutten en L. Hakkaart-van Roijen (2011) Incorporation of economic evidence in the Dutch guideline 'cardiovascular risk management'. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(6), 1094–1101.
- Wetering, E.J. van de, E.A. Stolk, N.J. van Exel en W.B. Brouwer (2011) *Balancing equity and efficiency in the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall*. Artikel in *The European Journal of Health Economics* op www.springer.com.
- ZonMW (2011) *Verdieping goed gebruik geneesmiddelen*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.