



Wat als dure geneesmiddelen niet meer duur zijn?

T.E.C. Nijsten

De ontwikkelingen op het gebied van geneesmiddelen en nieuwe medische technologieën gaan razendsnel en bieden perspectief aan patiënten met ernstige aandoeningen. Keerzijde van deze medaille is echter dat hiermee hoge kosten gepaard gaan. Ze krijgen in toenemende mate aandacht omdat ze een bedreiging vormen voor kostenbeheersing en toegankelijkheid van de zorg. [1]

Terugkijkend is het ongelukkig deze innovaties te hebben gelabeld als 'dure geneesmiddelen' (DG). De meerwaarde van een geneesmiddel blijkt uit de relatie tussen prijs en gezondheidswinst voor een patiënt en niet uit louter de prijs. Bovendien is de prijs sterk afhankelijk van de patentstatus en dus de tijd. In een recente Kamerbrief maakt het kabinet inzichtelijk hoe het geneesmiddelenbeleid ervoor moet zorgen dat patiënten optimaal toegang hebben tot effectieve geneesmiddelen tegen aanvaardbare kosten. [2] Veel van deze initiatieven zijn erop gericht om 'goedkoop als het kan, duur als het moet' te stimuleren, maar kaart niet aan dat nieuwere geneesmiddelen soms ook binnen de eerste keuze moeten vallen.

Het Europees Medicijn Agentschap (EMA) heeft, bij de goedkeuring van DG bij inflammatoire aandoeningen, een belangrijke rol gespeeld in het aanjagen van vergelijkende studies van nieuwe geneesmiddelen ten opzichte van de standaardbehandeling en/of de selectie van 'high need patients'. In Nederland is het bij veel inflammatoire ziekten, in tegenstelling tot de oncologie, gebruikelijk om de 'step up' benadering te gebruiken. Eerst worden de conventionele geneesmiddelen (bijvoorbeeld methotrexaat, azathioprine of ciclosporine) ingezet en bij falen en/of contra-indicaties daarvan over te gaan naar de nieuwere middelen (zogenaamde biologicals). Aangezien de gezondheidswinst, afweging van effectiviteit en toxiciteit, van de DG gemiddeld genomen beter is dan dat van de conventionele middelen is de voornaamste motivator van deze hiërarchie het verschil in kosten.

Sinds de introductie van de TNF-alfaremmers eind jaren '90 gebruiken meer dan 50.000 Nederlanders deze behandeling voor met name reumatische aandoeningen, psoriasis en inflammatoire darmaandoeningen. [3] Ze vormden jarenlang de categorie met de grootste budgetimpact in Nederland met een totale omzet in 2016 van meer dan €600 miljoen. Tussen 2015-2018 zijn de drie meest voorgeschreven TNF-alfaremmers uit patent gegaan waardoor, onder invloed van de komst van biosimilars, de prijzen met 60 à 70% kelderden. Terwijl er in

2009 twee TNF-alfaremmers in de top 3 van geneesmiddelen met hoogste uitgaven stonden, zijn ze tien jaar later volledig uit de top 10 verdwenen. [4,5] Net zoals geneesmiddelen niet innovatief blijven, zo blijven ze (meestal) ook niet duur. Hoewel het uitgangspunt 'goedkoop als het kan, duur als het moet' een goede leidraad is, verandert de prijs in de loop der tijd en zouden geneesmiddelen moeten verschuiven in de 'step-up' benadering.

Een klinisch voorbeeld is psoriasis. De nieuwere biologicals zijn klinisch superieur aan de oudere conventionele behandelingen. Sinds een aantal jaren zijn de TNF-alfaremmers, die een revolutie hebben veroorzaakt voor de behandeling van vele inflammatoire huid-, darm- en reumatische aandoeningen, uit patent gegaan. [3] De directe geneesmiddelenkosten zijn van circa €30.000 naar minder dan €10.000 per jaar gegaan. De huidige prijs van bijvoorbeeld adalimumab is nog altijd veel hoger dan methotrexaat maar vergelijkbaar geworden met ciclosporine (gemiddeld genomen €7.500/jaar/patiënt). Hoewel er bij de introductie van de biologicals bezorgdheid was voor ernstige bijwerkingen (met name serieuze infecties en kanker) blijkt dit 25 jaar later erg mee te vallen. Zeker als je dit afzet tegen de conventionele behandelingen met ernstige idiosyncratische reacties (bijvoorbeeld aplastische anemie of interstitiële pneumonitis bij methotrexaat) of cumulatieve dosisgerelateerde bijwerkingen (bijvoorbeeld hypertensie, nierinsufficiëntie en hematologische en huidmaligniteiten bij ciclosporine). Vanuit een doelmatigheidsperspectief - waarbij de (fysieke) controles, bloedtesten en kosten van bijwerkingen verrekend worden - is het conventionele systemische geneesmiddel, ciclosporine, waarschijnlijk duurder dan TNF-alfaremmers.

Dus als de prijs niet meer het belangrijkste onderscheidend vermogen vormt tussen klassen van geneesmiddelen en nieuw niet langer nieuw is, zouden onze keuzes weer gebaseerd moeten zijn op klinisch relevante paramaters als effectiviteit, toxiciteit en gebruikersgemak. Toch positioneren

Dermatoloog en afdelingshoofd Dermatologie, Erasmus MC Rotterdam

de huidige richtlijnen voor reumatoïde artritis, psoriasis en inflammatoire darmziekten alle 'non-biologicals' nog altijd als één groep vóór alle, ook de uit patent zijnde, biologicals. [6-8] Het is tijd om adjectieven zoals duur, nieuw en innovatief te vervangen als het kan en onze richtlijnen daarop aan te passen.

LITERATUUR

1. Visiedocument. Dure Geneesmiddelen. Federatie Medisch Specialisten 2016. [https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/FMS_visiedoc_DureGeneesmiddelen_vdef\(lr\).pdf](https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/FMS_visiedoc_DureGeneesmiddelen_vdef(lr).pdf)
2. Kamerbrief over voortgang algemeen geneesmiddelenbeleid 2021 | Kamerstuk | Rijksverheid.nl. <file:///C:/Users/604721/Downloads/kamerbrief-over-voortgangsbrief-geneesmiddelenbeleid.pdf>
3. Sectoronderzoek TNF-alfaremmers. Autoriteit Consument & Markt. <https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/2019-09/sectoronderzoek-tnf-alfaremmers.pdf>
4. Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2019. <https://www.sfk.nl/publicaties/data-en-feiten/data-en-feiten-2019>
5. Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2010. <https://www.sfk.nl/publicaties/data-en-feiten/data-en-feiten/data-en-feiten-2010>
6. Psoriasis richtlijn. Richtlijndatabase. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psoriasis/startpagina_-_psoriasis.html
7. Reumatoïde artritis richtlijn. Richtlijndatabase. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/reumato_de_artritis_ra/startpagina_-_reumatoide_artritis.html
8. Richtlijn diagnostiek en behandeling van inflammatoire darmziekten bij volwassenen. Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen. <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Diagnostiek-en-behandeling-van-inflammatoire-darmziekten-bij-volwassenen-1.0-12-06-2009.pdf>

CORRESPONDENTIEADRES

Tamar Nijsten

E-mail: t.nijsten@erasmusmc.nl