

'Er is een limiet op wat we als maatschappij willen en kunnen betalen om gezonde levensjaren te winnen.' hh

Recept voor betaalbare geneesmiddelen

We staren ons te vaak blind op de prijs van een geneesmiddel, kaart **Lieven Annemans** aan. Als een behandeling goed werkt, mag ze meer kosten.



LIEVEN ANNEMANS

Wie? Hoogleraar gezondheidseconomie aan de faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen van de UGent. Auteur van 'Je geld of je leven in de gezondheidszorg' (Van Halewyck).

Wat? Beleidsmakers moeten farmabedrijven duidelijk maken dat er grenzen zijn aan wat we kunnen betalen voor geneesmiddelen.

De hoge prijzen van geneesmiddelen komen de laatste tijd steeds vaker in het nieuws. Kankergeneesmiddelen zijn in tien jaar tijd tien keer duurder geworden: van 10.000 naar 100.000 euro per patiënt per jaar. Daarbij hoort de nuance dat de farmabedrijven sinds enkele jaren de ziekteverzekering een vertrouwelijke korting geven op de prijs van hun geneesmiddelen. Die korting kan oplopen tot 40 à 50 procent van de officiële prijs. De werkelijke stijging is dus niet zo spectaculair als ze lijkt, maar dat neemt niet weg dat de situatie ernstig is. We hebben geen baat bij weerkerende alarmberichten en aanhoudend beklag (*DS 2 mei*). Een ernstige situatie vraagt ernstige oplossingen.

Verkeerde prikkels

Volgens sommigen zouden de prijzen van geneesmiddelen veel beter de kosten van onderzoek en ontwikkeling moeten reflecteren. Op het eerste gezicht is dat logisch: 'Beste industrie, vertel ons wat je kosten zijn en je wordt ervoor vergoed.' Einde verhaal. Maar dat concept heeft enkele belangrijke nadelen.

Ten eerste geeft het verkeerde prikkels. De efficiëntie van het onderzoek zal er niet op verbeteren, want hoe meer de industrie uitgeeft aan onderzoek, hoe beter ze beloond zou worden. Erger, wanneer een bedrijf veel medicijnen heeft ontwikkeld die het uiteindelijk niet halen, dan zou het die kosten in theorie kunnen afschrijven. Daardoor zou het een hogere prijs kunnen vragen voor het geneesmiddel dat wel de markt haalt.

Als een behandeling minder goed is dan beloofd, kan de firma een deel van de sommen teruggeven aan de ziekteverzekering

Ten slotte is er geen stimulans om waarde te creëren: of het nieuwe geneesmiddel nu veel of weinig bijbrengt voor onze patiënten, maakt niet uit. De ontwikkelingskosten worden toch vergoed. Laten we dus geen tijd verliezen met tot op de euro uit te zoeken hoeveel de ontwikkeling van een bepaald geneesmiddel heeft gekost. Het brengt ons geen stap verder.

Het is beter te vertrekken van een principe waarbij een hogere meerwaarde ook beter vergoed wordt. Eigenlijk volgt dit principe de aloude economische logica dat de prijs van een nieuw product een waardemeter is voor wat dat product bijbrengt ten opzichte van wat we vandaag al hebben. In de gezondheidszorg is een hoge waarde van een innovatie toe te schrijven aan een hoge winst aan gezondheid.

Maar niet alleen betere resultaten bepalen de waarde van die innovatie. Uit Noors onderzoek blijkt dat de betalingsbereidheid voor nieuwe behandelingen afhangt van de ernst van de toestand die behandeld wordt. Hoe erger een ziekte, hoe meer we een nieuwe behandeling verwelkomen en hoe meer we bereid zijn te betalen voor gezondheidswinst. De maatschappelijke waarde van een nieuw geneesmiddel hangt af van de eigenschappen ervan en van die van de ziekte waarvoor het werd ontwikkeld. Daar zit net het gevaar: de industrie kan daarvan profiteren door exuberante prijzen te vragen voor een nieuwe behandeling van een ernstige ziekte, want 'de ziekteverzekering kan toch niet weigeren onze behandeling terug te betalen'.

Maar waarde is niet hetzelfde als 'waar voor zijn geld bieden'. Bij beslissingen over de prijs en de terugbetaling van een geneesmiddel willen we er als maatschappij zeker van zijn dat het geld goed besteed is. Velen staren zich blind op de prijs, maar uiteindelijk vormt die slechts één element in de hele benadering. Het is veel belangrijker om de kosteneffectiviteit van een geneesmiddel te kennen. Zodra we die kennen, rijst de vraag of we met een goed of slecht resultaat te maken hebben. Om de kosteneffectiviteit te kunnen interpreteren, hebben we grenswaarden nodig. Er is inderdaad een limiet op wat we als maatschappij willen en kunnen betalen om gezonde levensjaren te winnen. Uiteraard kan die grens worden opgetrokken, wanneer dat nodig is. Het Zorginstituut Nederland opperde in 2015 dat we bij ernstige ziekten tot 100.000 euro moeten overhebben om een gezond levensjaar te winnen. Een hoge, maar een duidelijke grens. Wie beweert dat gezondheid geen prijs heeft, bezondigt zich aan volksverlakkerij.

We mogen niet blind zijn voor de impact op het budget. Zelfs als een innovatie kosteneffectief blijkt te zijn, kan het best zijn dat we ze als maatschappij niet kunnen betalen. Als veel mensen lijden aan een bepaalde ziekte, moet het farmabedrijf zich tevredenstellen met een lagere prijs. Weer een economische logica: grotere volumes vragen lagere prijzen.

Signaal aan de industrie

Het is essentieel dat onze beleidsmakers expliciet zijn over onze maatschappelijke grenzen en een duidelijk signaal geven aan de industrie: 'We hebben jullie innovaties nodig, maar er zijn grenzen aan wat we kunnen betalen om gezonde levensjaren te winnen.' Een bedrijf zal twee keer nadenken voor het een hoge prijs vraagt voor een product dat een beperkte meerwaarde heeft.

We zouden ook kunnen evolueren naar contracten waarbij de firma een deel van de terugbetaalde sommen terugstort naar de ziekteverzekering als na enige tijd blijkt dat de behandeling minder goed is dan beloofd was. Om het systeem sluitend te maken, kunnen we op een meer systematische manier de winsten en winstuitkeringen van de bedrijven opvolgen om exuberante toestanden proactief aan te pakken. Het recept is duidelijk: maatschappelijke grenzen stellen, contracten aangaan op basis van het werkelijke resultaat van de geneesmiddelen en de winsten nauwgezet opvolgen.

