

Huib Kooijman, Hoofd Bureau Financiële Arrangementen Geneesmiddelen bij het Ministerie van VWS, sprak over (Zie bijgaande dia's) 1. Wat zijn de ervaringen en opbrengsten van 3 jaar prijsarrangementen geneesmiddelen? 2. Verloop van de pilot n.a.v. de Tweede Kamerbrief van juli j.l. 3. Veldconsultatie wettelijke verankering sluisconstructie.

Referenten:

H. Eleveld, Manager farmacie Menzis  
H. Kemna, Sen. Beleidsmedewerker Besturing en Bekosting NVZ  
C. van Loosen, Sen beleidsmedewerker NVZA  
G. v.d. Boom, Directeur Market Access en Corporate affairs Celgene  
Pauline Evers, Voorzitter Leven met Kanker  
K. v.d. Hoeven, Oncoloog, Voorzitter NVMO  
M. Dutrée, Gespreksleider, voormalig directeur Nefarma en bestuurder in de Zorg

In aanvulling op de dia's het volgende:

Internationale samenwerking gaat over het samen oplossingen verzinnen, horizonsscanning, gezamenlijke beoordelingen en onderhandelingen. De samenwerking is nu tussen de BeNeLux landen plus Oostenrijk, dat recent is aangehaakt. Op langere termijn is de wens van industrie om te werken met vertrouwelijke prijzen niet houdbaar binnen Europa... De onderhandeling over prijzen volgt pas ná het advies van ZIN over een bepaald product.

Voor 19 producten is nu een Financiële Arrangementen afgesloten, waarvan sommige ook verlengd zijn en een paar intramuraal zijn. De jaarlijkse betaling van retourbedragen door de TTP volgt de Vektis-data op basis van declaraties aan zorgverzekeraars., Deze cyclus is nu 2x doorlopen.

De Minister staat nu nog op het standpunt om liever vertrouwelijk geld te besparen, dan transparant dat niet te doen.

Omdat de dia's de inleiding helder genoeg weergeven, wordt verder volstaan met een impressie van de discussie.

#### De Sluis

Vd Hoeven zegt dat niemand in de Sluis wil. Maar dankzij de Sluis was nivolumab wél binnen 6 maanden beschikbaar. Oncologen willen een middel namelijk zo snel mogelijk bij de patiënt hebben. Maar ondanks de Sluis bestaat die onzekerheid nog steeds. Kooijman vraagt zich af wat het alternatief is en wat er in de praktijk gebeurt als een middel met een dergelijke hoge budgetclaim zonder maatregelen vooraf in het pakket stroomt, hoe dat uitpakt voor de beschikbaarheid. Vd Hoeven ziet liever een apart budget voor deze "Sluis"middelen. Kemna herkent veel van wat vd Hoeven zegt. Om middelen snel beschikbaar te hebben moet je een drukmiddel hebben. Hij stelt voor om met "Reken"prijzen te werken, want nu merken ziekenhuizen aan de voorkant niets van de kortingen. Eleveld vindt dit echter geen goed plan. Ziekenhuizen kunnen nog steeds geen goede keuzes maken, omdat de kortingen niet bekend zijn. Als voorbeeld noemt hij Pembrolizumab en Nivolumab. Juist dat voorbeeld vindt vd Hoeven geen goede, omdat Pembrolizumab per 3 weken wordt gegeven en Nivolumab per 2 weken, terwijl de inkoopprijs dezelfde kan zijn. Een 3-weeks schema is makkelijker voor de patiënt.

#### De prijzen

Evers vindt dat het allemaal niet opschiet in de afgelopen 8 jaar. Prijzen zijn gewoon veel te hoog. Het kost iedereen veel moeite, het moet veel simpeler kunnen. Eleveld sluit hierbij aan: Hebben we wel een sluis nodig als de industrie gewoon zijn prijzen verlaagd? De industrie dient gewoon zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid te nemen. Kooijman vraagt bij onderhandelingen de industrie om onderbouwing van de prijs o.b.v. value, maar ook o.b.v. ontwikkeling en productie. Dat laatste is vaak een lastige om beantwoord te krijgen.

#### Na de Sluis

Perdok (Boehringer; NOAC;s ) ziet ca. 5 middelen per jaar in de Sluis komen en vraagt zich af wanneer een middel weer uit de Sluis kan komen. Kooijman zegt dat ook Pembrolizumab ook in de Sluis zit. Zodra ziekenhuizen zelf de keuze tussen behandelingen (die in een arrangement zitten) kunnen maken en er zo prijsdruk in de markt ontstaat kunnen partijen bij afloop van het arrangement die rol gaan pakken. In de USA hebben zorgverzekeraars ook een eigen formularium voor dure geneesmiddelen. Van Loosen vult aan dat dit level playing field niet geldt voor immunotherapie. Kemna is het eens dat bij meerdere keuzes de Sluis opgeheven kan worden, maar ziekenhuizen zitten dan wel nog vast aan 1% groei per jaar. Daarom ook dient de korting al aan de voorkant bij ziekenhuizen terecht te komen. Eleveld zegt dat de kortingen niet bij de zorgverzekeraars terecht komen, maar lopen mee in de onderhandelingen met de ziekenhuizen. Ket (BMS) pleit voor een open water na de Sluis, en dus voor nacalculatie van het gebruik. Kooijman geeft aan dat partijen ook dan nog steeds goede afspraken maken over gepast gebruik.

### Centraal/Decentraal onderhandelen?

Dutrée vraagt zich af of er niet centraal wordt geknipt en decentraal wordt geschoren door zorgverzekeraars. Volgens Kooijman niet. Benraad noemt de NOAC's, die in de Sluis zitten, maar ook door de ziekenhuizen worden onderhandeld. Kemna bepleit dat de Sluis zich moet beperken tot de mono-middelen.

### Snelheid van beschikbaarheid.

Vd Hoeven ziet het ZIN soms als het Ministerie van Vertraging. Evers is het hier mee eens en bepleit een eerdere beoordeling door ZIN en Cie BOM. Vd Hoeven voelt zich aangesproken en belooft zijn invloed aan te wenden in de Cie BOM. Kooijman geeft aan dat ook VWS het belang ziet van snelle doorlooptijden en daarom ook wordt ingezet op vroege informatie op basis van de horizon scan, om zo tijdig en proactief een sluis of een pakketbeoordeling te kunnen agenderen. De Horizonscan komt volgend jaar bij de ZIN te liggen. Hiemstra (CBG) ziet mogelijkheden om de procedure sneller te maken. Men hoeft niet te wachten op de publicaties, want die gegevens zitten als in het dossier van de fabrikant. Die handschoen pikt van Loosen op. Het begint bij de Horizonscan +. En hij roept bedrijven op om hieraan mee te werken. Volgens Kooijman gebeurt dat ook wel, het is beslist geen sleuren om informatie geweest. De verversingsgraad van de Horizonscan is nu 2x per jaar (volgens vd Hoeven ook voldoende). Kemna ziet dat nivolumab uit de Sluis is maar nog steeds is de korting op nivolumab niet bekend. Vd Hoeven vraagt of de Wet Openbaarheid van Bestuur soelaas kan bieden, maar volgens Kooijman is dit niet mogelijk. De Minister neemt het besluit of iets in het Pakket komt en weegt daarbij de toegang en betaalbaarheid tegen elkaar af. Bij Sovaldi bijvoorbeeld kon in eerste geen afspraak worden gemaakt voor alle patiënten en werd de vergoeding na overleg met artsen beperkt tot patiënten in een gevorderd ziektestadium. Later werd wel een afspraak voor alle patiënten mogelijk waardoor er nu brede toegang is.

Een winstpunt uit de discussie lijkt de mogelijkheid tot een snellere doorvoertijd te zijn voor het beschikbaar komen van deze middelen.