

Analyse kosteneffectiviteit rosuvastatine gaat mank

Goossens L, Niessen L. Rosuvastatine, atorvastatine en de richtlijn: kosteneffectiviteit in de secundaire preventie. *PW Wetenschappelijk Platform*. 2008;2(3):56-61.

Deze analyse van de kosteneffectiviteit van statines, gebaseerd op modellering, gaat op sleutelonderdelen mank.

Ten eerste worden surrogaatparameters gebruikt om het effect van drie statines op het cardiovasculair risico te berekenen, hoewel voor simvastatine en atorvastatine tientallen gerandomiseerde studies bestaan met harde klinische eindpunten. Er zijn aanwijzingen dat de relatie tussen LDL-cholesterolverlaging en daling in cardiovasculair risico verschilt tussen statines. Uitgerekend een gerandomiseerde studie met rosuvastatine (CORONA) gaf wel een LDL-cholesterolverlaging te zien maar geen significante verlaging van het cardiovasculair risico [1]. Daarnaast zijn de Framingham-risicofuncties niet gevalideerd voor cholesterolverlaging door statines. De modelberekeningen zijn ook niet gevalideerd met gegevens over harde klinische eindpunten uit gerandomiseerde studies. Gezien deze bezwaren is een analyse van de kosteneffectiviteit van rosuvastatine pas aan de orde als de effectiviteit op harde eindpunten bekend is [2].

Ten tweede houdt de analyse geen rekening met prijsverlaging van atorvastatine na het patentverlies eind 2011 (hetgeen voor rosuvastatine meerdere jaren later zal plaatsvinden). Omdat patiënten hun statine jarenlang gebruiken, is het evident dat deze aanstaande prijsontwikkeling atorvastatine per patiënt voorlopig (veel) goedkoper zal maken dan rosuvastatine.

Ten derde is de analyse uitdrukkelijk gericht op de huidige richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement, die gebaseerd zijn op gerandomiseerde studies met harde klinische eindpunten. Op dit punt wordt in de richtlijnen bij rosuvastatine expliciet een voorbehoud gemaakt. Het overheidsbeleid op lange termijn is erop gericht kosteneffectiviteitsoverwegingen te incorporeren in behandelrichtlijnen, als uitgangspunt voor de aanspraak op geneesmiddelen. De onderhavige kosteneffectiviteitsanalyse schiet echter tekort en zou de behandelrichtlijnen als basis voor medisch handelen ongeschikt maken.

Willem Jan Meerding, gezondheidseconoom, willemjan.meerding@pfizer.com

Michiel Lodewijks, apotheker

Pfizer bv, Public Affairs, Capelle a/d IJssel

LITERATUUR

- 1 Kjekshus J, Apetrei E, Barrios V, et al. Rosuvastatin in older patients with systolic heart failure. *N Engl J Med*. 2007;357:2248-61.
- 2 Ward S, Lloyd Jones M, Pandor A, et al. A systematic review and economic evaluation of statins for the prevention of coronary events. *Health Technol Assess*. 2007;11:1-160.

Een versleten argument

In de strijd tussen de spécialités gebruikt Pfizer het argument vaker: je kunt pas iets zeggen over een middel wanneer de onderzoeksresultaten op eindpunten bekend zijn [1]. Maar met bestaande kennis over het effect van verschillende statines op LDL-cholesterol kunnen we wel degelijk iets doen. Modellen worden juist gebruikt wanneer bepaalde praktijkgegevens ontbreken [2].

Ons model is niet gebaseerd op een slag in de lucht, maar op een meta-analyse in *The Lancet* [3], die uitgaat van een klasse-effect: verlaging van het LDL-cholesterolgehalte leidt bij alle statines in dezelfde mate tot een lager cardiovasculair risico. In de CORONA-studie werd in een specifieke patiëntengroep (ouderen met hartfalen) geen reductie van de sterfte (wel van het aantal ziekenhuisopnames) geconstateerd [4], maar dat betekent nog niet dat het klasse-effect niet bestaat [5]. Ook de studie van Ward, waarnaar Meerding en Lodewijks goedkeurend verwijzen, differentieert niet tussen statines [6].

Prijswijzigingen kunnen tot andere doelmatigheidsverhoudingen leiden. Maar hoeveel en wanneer gaat de prijs van atorvastatine omlaag? Volgt als reactie een prijsdaling van rosuvastatine? Een scenarioanalyse zou daardoor vermoedelijk niet verder komen dan giswerk.

In tegenstelling tot wat onze critici schrijven, gebruiken we geen Framingham-risicofunctie om het effect van de statines te berekenen. De functie dient alleen om het risico aan te passen aan de vorderende leeftijd van de patiënten.

Meerding en Lodewijks verwijten ons dat we de modeluitkomsten niet hebben gevalideerd aan resultaten van gerandomiseerde studies. Maar via de meta-analyse vormen deze resultaten juist de input van het model. Ook deze kritiek doet dus niet ter zake.

Lucas Goossens, gezondheidseconoom, l.goossens@erasmusmc.nl

Louis Niessen, gezondheidseconoom, arts

Institute for Medical Technology Assessment (iMTA), Erasmus MC, Rotterdam

LITERATUUR

- 1 Soto J, Fernandez de Bobadilla J. Is rosuvastatin really a more efficient therapeutic option than atorvastatin? *Value Health*. 2006;9(4):276-7; author reply 277-9.
- 2 Buxton MJ, Drummond MF, Van Hout BA, et al. Modelling in economic evaluation: an unavoidable fact of life. *Health Econ*. 1997;6(3):217-27.
- 3 Baigent C, Keech A, Kearney PM, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*. 2005;366(9493):1267-78.
- 4 Kjekshus J, Apetrei E, Barrios V, et al. Rosuvastatin in older patients with systolic heart failure. *N Engl J Med*. 2007;357:2248-61.
- 5 Masoudi FA. Statins for ischemic systolic heart failure. *N Engl J Med*. 2007;357(22):2301-4.
- 6 Ward S, Lloyd Jones M, Pandor A, et al. A systematic review and economic evaluation of statins for the prevention of coronary events. *Health Technol Assess*. 2007;11:1-160.