

Dure geneesmiddelen: onbegrensde mogelijkheden en bittere pillen

M. Levi

*Internist en bestuursvoorzitter, Academisch Medisch
Centrum, Amsterdam*

Correspondentieadres:

Marcel Levi

E-mail: m.m.levi@amc.uva.nl

Gezondheidszorg staat in het centrum van de belangstelling. Burgers rekenen desgevraagd een goede gezondheid en een goede gezondheidszorg altijd tot de top 3 belangrijke zaken in het leven en in de maatschappij. Tegelijkertijd maken ze zich zorgen over de kwaliteit van zorg en de houdbaarheid van een goede gezondheidszorg in de toekomst, vooral waar het toegankelijkheid en betaal-

baarheid betreft. De discussie over de (kwalitatieve) gezondheidswinst door het gebruik van zeer dure geneesmiddelen en hoeveel we daar met elkaar voor overhebben, is in dat verband weer in volle hevigheid opgelaaid. Het debat lijkt zich vooral toe te spitsen op een door sommigen gewenste financiële limiet die begrenst wat een gewonnen levensjaar mag kosten. Terecht wijzen patiënten, hun familie en artsen op de onuitvoerbaarheid en onrechtvaardigheid van een dergelijk systeem, dat inderdaad de solidariteit van gezonde mensen met zieke mensen, één van de pijlers van de gezondheidszorg in een beschaafd land, doorkruist.

De geneeskunde maakt momenteel snelle veranderingen door. Onder andere gedreven door ontwik-

kelingen vanuit de biotechnologie, *imaging*, techniek en moleculaire genetica wordt steeds meer mogelijk. Beeldvormende technieken maken de binnenkant van ons lichaam steeds scherper zichtbaar en dragen bij aan ingewikkelde diagnoses en vroege detectie van ziekte. Genetische analyse houdt een belofte in voor meer geïndividualiseerde diagnostiek en behandeling. Intracellulaire moleculaire interacties in kankercellen of bij de ontwikkeling van hart- en vaatziekten worden steeds verder ontrafeld en deze kennis biedt inspiratie voor nieuwe behandelingen. Aandoeningen waar nog maar 5 of 10 jaar geleden geen effectieve behandeling voor bestond, zijn nu in sommige gevallen te genezen of langdurig te onderdrukken. Betere behandelingsmogelijkheden leidden de afgelopen 20 jaar tot een spectaculaire toename van de levensverwachting. Optimistische demografen becijferden recent dat de baby die nu wordt geboren 50% kans heeft om 100 jaar te worden. En interessant genoeg lijkt voor het eerst in de geschiedenis van de mens de gemiddelde levensverwachting toe te nemen door een betere gezondheidszorg. Al eeuwen worden we telkens iets ouder, maar dat kwam vooral door minder oorlog, een veiliger leefomgeving of betere sociale omstandigheden, zoals aanleg van drinkwaterleidingen en riolen. Maar de snelle toename van onze levensverwachting in de meest recente jaren is vrijwel geheel toe te schrijven aan een betere bestrijding van ziekte. Veel van deze snelle verbetering van de mogelijkheden van de geneeskunde betreft medicamenteuze therapie. En daar lopen we in toenemende mate tegen de grenzen van onze financiële mogelijkheden aan. Een groot deel van de nieuwe medicatie is namelijk extreem duur. Behandelaars en hun patiënten zijn gefascineerd door de soms spectaculaire effecten van de nieuwe behandelingsmogelijkheden maar stoten hun neus tegen aarzelende instanties als het gaat om opname in het vergoedingstelsel, gesloten beurzen van zorgverzekeraars, te krappe ziekenhuisbudgetten om deze groei te faciliteren en dientengevolge merkwaardige doorverwijzingspraktijken. De patiënt die behoefte heeft aan een duur geneesmiddel wordt als een soort *hot potato* doorgeschoven naar gespecialiseerde en tertiaire centra, niet zozeer vanwege de expertise, maar vooral vanwege de kosten.

Het is ook opvallend dat bijna niemand zich afvraagt waarom dure geneesmiddelen eigenlijk zo duur zijn. Dat is namelijk vrijwel nooit omdat het zo duur is om ze te produceren, dat valt meestal wel mee. Wat volgens de fabrikanten de medicamenten zo kostbaar maakt, zijn de ontwikkelingskosten die terugverdiend moeten worden, en de kosten voor marketing van de geneesmiddelen. Daar valt wel het nodige op af te dingen.

Eerst maar die ontwikkelkosten. Dikwijls wordt (overigens zonder veel onderbouwing) door producenten geroepen dat voor één werkzaam geneesmiddel er wel twintig geneesmiddelen uitgebreid getest moesten worden. Misschien is het wel zo, maar kan het niet efficiënter dan? Iedereen die betrokken is

bij geneesmiddelenontwikkeling verbaast zich vaak over de eindeloze, en dus kostbare, bureaucratie bij grote farmaceutische bedrijven met talloze functionarissen zonder duidelijke rol, commissies die gepasseerd moeten worden en vaak onnavolgbare procedures. Tel daar de complexe procedure om een geneesmiddel geregistreerd te krijgen bij op en het is duidelijk dat er aan efficiëntie veel te winnen is. Vervolgens de marketing. Voor medicamenten die echt heel effectief zijn en een grote verbetering voor de patiënt betekenen, is marketing helemaal niet nodig. Er wordt dan ook nooit geadverteerd voor antibiotica bij een longontsteking, of voor aspirine als bloedverdunnend medicijn bij een hartinfarct. Dokters weten ook zonder reclame razendsnel als er een effectief nieuw medicament voor een ziekte beschikbaar komt, via hun vakbladen, van collega's of door nascholing.

Maar zelfs als we de productiekosten, ontwikkelingskosten en marketingkosten voor lief nemen, is de prijs van een duur geneesmiddel nog niet verklaard. Deze prijs wordt namelijk vooral beïnvloed door wat de producent ervoor denkt te kunnen vragen. Dat betekent dat je bij een medicament voor een nare ziekte, waar eigenlijk nog geen goede behandeling voor is, exorbitante bedragen kunt verlangen. Er zijn talloze voorbeelden, zoals een nieuw medicijn voor melanoompatiënten, enzymtherapie voor kinderen met stofwisselingsziekten, antistoffen die bepaalde vormen van leukemie kunnen genezen of middelen tegen zeldzame nierziekten die een transplantatie kunnen voorkomen. Daarvoor worden extreme prijzen gevraagd die geen enkele relatie hebben met de werkelijke kosten. Op een vrije markt is het vragen van een prijs die de koper er voor wil betalen misschien gerechtvaardigd, maar de geneesmiddelenmarkt is natuurlijk helemaal niet vrij, al was het alleen maar omdat degene die het geneesmiddel gebruikt helemaal geen keuze heeft en degene die er voor betaalt het zelf niet nodig heeft.

Inmiddels drijft de steeds grotere groep van (extrem) dure geneesmiddelen de artsen in ziekenhuizen tot wanhoop. De overheid heeft behendig het budget voor deze medicamenten over de muur gegooid naar het ziekenhuisbudget en de zorgverzekeraars houden de geldkraan hiervoor ferm gesloten, ondanks de groeiende vraag van patiënten. Ziekenhuizen met veel patiënten die afhankelijk zijn van dure geneesmiddelen, zijn al jaren bezig een steeds groter deel van hun budget hieraan te besteden, bijvoorbeeld ten koste van noodzakelijk zorgpersoneel en andere zaken die nodig zijn om kwalitatief optimale en veilige patiëntenzorg te leveren. Wat is een oplossing voor dit probleem? Als we de (dure) geneesmiddelenhandel gewoonweg niet meer als een vrije markt beschouwen maar als een algemene voorziening waar zieke (en dus afhankelijke) medeburgers recht op hebben, is er een rol voor de overheid die de prijs reguleert. Ook kan deze overheid door onderhandelingen op nationaal niveau (of liever nog gezamenlijk met andere Europese landen) bij geneesmiddelproducenten veel betere



prijzen bedingen. In ons omringende landen waar dit gebeurt, is interessant genoeg de prijs van dure geneesmiddelen aanzienlijk lager dan in Nederland. Ten slotte kan een actief beleid om de ontwikkeling van biosimilars (geneesmiddelen die lijken op

de dure medicamenten en hetzelfde effect hebben) te stimuleren én politieke druk op de Europese geneesmiddelenautoriteit EMEA om die snel door het registratieproces te loodsen, helpen om onredelijk hoge geneesmiddelprijzen snel te laten dalen.

SAMENVATTING

Met de snel toenemende mogelijkheden voor betere behandeling van ziekten is het steeds meer de vraag of de maatschappij in staat en bereid is de hiermee in verband staande stijgende kosten te dragen. Het debat spitst zich momenteel toe op de (extreem) dure nieuwe geneesmiddelen, die in toenemende mate andere vormen van zorg in ziekenhuizen verdrrukken. Het is ook weinig transparant hoe de prijzen van de dure geneesmiddelen tot stand komen en in toenemende mate kan men zich afvragen of daar geen sterkere regulatie voor noodzakelijk is.

TREFWOORDEN

geneesmiddelen – gezondheidszorgkosten – vergoedingen – prijsbeleid

SUMMARY

The increasing therapeutic potential of modern medicine is associated with a vast increment in expenditure and the question whether society is prepared and able to carry these costs is a matter of debate. At present, a lot of discussion focuses on (very) expensive medication, which gradually puts other health care budgets under pressure. As the pricing of the expensive medication is not very transparent, the question increasingly arises whether stronger price regulation should be put in place.

KEYWORDS

drugs – healthcare costs – reimbursement – pricing

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGEN- VERSTRENGELING

Geen