

# Een ander verdienmodel voor medicijnen: ‘Wij maken niemand miljonair’

Tot ongenoegen van velen is er geen alternatief voor dure medicijnen. De voormalige topman van het Erasmus MC wil nu een steen gooien in de vijver van Big Pharma met een stichting die tegen kostprijs en een opslag medicijnen gaat maken. „Wij gaan niemand miljonair maken.”

Esther Rosenberg & Karel Berkhout 8 september 2016

Toen Hans Büller bijna 20 jaar geleden kinderarts was in het Sophia Kinderziekenhuis, ontdekten onderzoekers daar een geneesmiddel tegen de ziekte van Pompe. „Ik was opgetogen, omdat er dankzij collega’s een middel was gekomen waardoor kinderen niet meer doodgingen! Iets mooiers is er niet voor een dokter”, vertelt Büller. „In mijn naïviteit kon ik niet bedenken wat er later zou gebeuren.”

Wat er later gebeurde was dat de jaarlijkse uitgaven voor het middel tegen de stofwisselingsziekte opliepen tot 400.000 à 700.000 euro per patiënt. In 2012 ontbrandde een maatschappelijk debat over dit dure middel en dat zette Büller, toen als bestuursvoorzitter van het Erasmus MC, aan het denken. „Alle betrokkenen – niet alleen de farmaceutische bedrijven maar ook de ziekenhuizen – hebben de prijzen opgepompt in het hele systeem”, zegt Büller, die in 2013 aftrad als voorzitter. Ruim twee jaar geleden ging hij op zoek naar een ander verdienmodel voor het ontwikkelen van medicijnen.

Met de biochemicus Frans de Loos, die nog aan het Pompe-medicijn heeft gewerkt, richtte Büller de stichting Fair Medicine op. Daarin gaan artsen,

patiënten, ziekenhuizen, investeerders en twee middelgrote fabrikanten samen medicijnen ontwikkelen. De stichting heeft net een subsidie van bijna 3 miljoen euro gekregen van minister Schippers (VWS, VVD) om de aanloopkosten te dekken. Daarnaast is Büller in gesprek met investeerders over een investeringsfonds van ongeveer 20 miljoen euro voor de ontwikkeling van de medicijnen. Welke vier of vijf medicijnen ze gaan ontwikkelen, wil Büller nog niet zeggen. „Enkele zijn in elk geval generieke, goedkope, versies van bestaande middelen.” Zo moeten medicijnen in de toekomst minder duur worden.

De uitgaven aan medicijnen in ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren sterk opgelopen door de komst van veelbelovende, maar dure kankermedicijnen en middelen voor zeldzame ziekten als Pompe (zogenoemde weesgeneesmiddelen). Zo gingen de uitgaven aan kankermiddelen van 300 miljoen (2012) via 675 miljoen (2014) naar 1 miljard euro (2016). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) luidde hier vorig jaar de noodklok over. Schippers heeft de dure medicijnen bestempeld tot een van haar speerpunten. Haar belangrijkste adviseur voor het verzekerd pakket, Zorginstituut Nederland, wijst ook steeds vaker nieuwe middelen af omdat die te duur zijn.

Ondanks de politieke en maatschappelijke opwindings is er vooralsnog geen alternatief. Fair Medicine denkt dat nu wel te hebben met een „heel nieuw business model”. De stichting gooit daarmee volgens Büller een „steen in de vijver”.

## Verdienmodel

Alle partijen die aan een middel werken, zoals artsen, investeerders en ziekenhuizen, doen dat in beginsel tegen kostprijs; dat wordt door een onafhankelijke accountant gecontroleerd. Pas als een middel ook echt op de markt is gekomen, dienen de betrokkenen een rekening in. Büller: „Dan pas krijgt iedereen de geïnvesteerde uren of gelden terug, eventueel met een netto rendement van 8 tot 15 procent.”

Een ziekenhuis kan er daarbij voor kiezen om de opbrengst weer te investeren in nieuwe medicijnen. Artsen die uit principe niets aan medicijnen willen verdienen, kunnen alleen hun uren laten vergoeden. Maar het principe is: de prijs wordt bepaald door de kostprijs plus een opslag.

In het bestaande systeem gaat het heel anders. Farmaceutische bedrijven stellen de verkoopprijs vast door in te schatten wat de samenleving ervoor kan en wil

betalen, value based pricing. Dat is goed te zien bij de biologische medicijnen voor Fabry en Pompe, waarvan de productiekosten vergelijkbaar zijn. Van het Pompe-middel gebruikt een patiënt relatief veel en van het Fabry-middel relatief weinig per jaar. Toch komen de kosten per patiënt voor beide middelen uit op enkele tonnen per jaar. Het Fabry-middel kost 113 euro per milligram en

### ONTWIKKELKOSTEN 60 MLN OF 2,5 MLD?

Tuft Centre, een instituut dat voor een groot deel wordt gefinancierd door de farmaceutische industrie, heeft berekend dat de ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel 2,56 miljard dollar kost. Enkele jaren geleden was dit nog 1,5 miljard dollar. Dat bedrag is tegen het licht gehouden in The BMJ, een vooraanstaand medisch tijdschrift. Onderzoekers kwamen tot de conclusie dat Tuft veel oneigenlijke kostenposten meetelt. Zonder die posten komt het bedrag uit op ongeveer de 60 miljoen dollar.

Dat komt in de buurt van berekeningen door Artsen Zonder Grenzen, die uitkomt op een bedrag van 50 miljoen (of een kleine 200 miljoen als je de gefaalde medicijnen meetelt). Zorgconsultant Daan Livestro van adviesbureau Gupta Strategists, die betrokken is bij Fair Medecine, berekent de kosten (ook) op ongeveer 50 miljoen.

het Pompe-middel 11 euro. „Zo zie je dat de eindprijs niet veel te maken heeft met de kosten”, zegt zorgadviseur Daan Livestro van Gupta Strategists. Hij hielp het verdienmodel van de stichting ontwikkelen.

De farmaceutische industrie verdedigt die bedragen doorgaans met een verwijzing naar de hoge ontwikkelingskosten. Hoewel die waarschijnlijk minder hoog zijn dan wordt beweerd (zie kader), draaien farmaceutische bedrijven wel voor alles op. „Ze betalen altijd en overal de hoofdprijs. Als zij een klinische studie laten doen in een ziekenhuis, betalen ze daarvoor een groot bedrag”, zegt Büller. Hoeveel? „20.000 tot 30.000 euro per patiënt”, zegt Livestro. Daarnaast lopen farmaceutische bedrijven het risico dat een medicijn nooit op de markt komt. Livestro: „In de prijzen van succesvolle medicijnen zit daarom een risico-opslag.”

Hoeveel medicijnen op welke manier precies mislukken is overigens net als de exacte kosten onbekend. Zo is moeilijk na te gaan in hoeverre de prijzen te hoog zijn. „Door zelf medicijnen te ontwikkelen krijgen we in beide meer inzicht”, zegt Büller. „Als we alleen daar al in slagen, dan is Fair Medicine geslaagd.”

In principe horen te hoge prijzen gecorrigeerd te worden door het toetreden van nieuwkomers die na de patentperiode merkgeneesmiddelen goedkoper gaan namaken. In de praktijk gebeurt dit nauwelijks, omdat namaken niet aantrekkelijk is. De meeste medicijnen zijn tegenwoordig ‘biologisch’ en die zijn lastiger na te maken dan klassieke medicijnen.

## Nieuwkomer

Bovendien is zeker bij weesgeneesmiddelen de positie van de merkfabrikant vaak sterk, zegt Livestro: „De patiëntenpopulaties zijn geconcentreerd in een paar centra met artsen en patiënten, die al sterke banden hebben met de bestaande fabrikant. Voor een nieuwkomer is het heel moeilijk om daar tussen te komen.”

Hier kan een coalitie van partijen goed werken, denken de oprichters van Fair Medicine. Artsen en patiënten verruilen hun bondgenootschap met de

merkfabrikant in voor een pact met de partijen in Fair Medicine. Die coalitie zal volgens Büller ook sneller concluderen dat een middel niet werkt, zodat niet nodeloos veel geld wordt uitgegeven. „Dan zijn we misschien 10 miljoen euro kwijt, maar geen honderden miljoenen zoals nu gebruikelijk.”

Daardoor kan de prijs lager blijven. „Gemiddeld kost de ontwikkeling van een geneesmiddel nu ongeveer 500 miljoen euro, leert de wetenschappelijke literatuur”, zegt Büller. „Wij denken dat we het kunnen voor 50 miljoen per geneesmiddel. Dat betekent dat je voor hetzelfde geld tien keer zoveel medicijnen kunt maken, een enorme winst voor de samenleving.”

Büller heeft de afgelopen jaren aan Fair Medicine kunnen werken, doordat het Erasmus MC zijn salaris doorbetaalt. Daarnaast hebben allerlei experts hem gratis geholpen bij het optuigen van de stichting. De eerste kosten werden gedekt door DSW, een betrekkelijk kleine, eigenzinnige zorgverzekeraar. „Andere zorgverzekeraars hadden wel interesse, maar wilden dan wel meteen een plek in het bestuur van de stichting”, zegt Büller. „Maar ik wilde dat niemand ooit zou kunnen zeggen dat wij het verlengstuk zijn van de zorgverzekeraars. Ik heb maximaal ingezet op onafhankelijkheid.”

De subsidie van VWS helpt om die onafhankelijkheid te waarborgen, zegt Büller: „We hebben namelijk ook uitgaven, bijvoorbeeld als we medicijnen laten registeren en om bijvoorbeeld patentjuristen in te inhuren.” Büller houdt er rekening mee dat de farmaceutische fabrikanten de productie van generieke medicijnen niet zomaar laten passeren.

## Chronische aandoeningen

De politieke steun van VWS is ook belangrijk om partijen over de streep te trekken. „Wij kregen steeds te horen: ‘Goed idee, maar waarom steunt VWS het dan niet?’ Die steun is er nu.” Daarmee praat Büller ook makkelijker over het opzetten van een investeringsfonds met beleggingsfondsen van vermogende families, sociale fondsen van banken en zorgverzekeraars.

Dat fonds gaat naast biosimilars, kopieën van biologische medicijnen, ook de ontwikkeling van antibiotica financieren. Farmaceutische bedrijven doen dat

niet, omdat patiënten antibiotica maar enkele weken gebruiken en omdat resistentie de levenscyclus van antibiotica sterk bekort. Büller: „Farma richt zich op middelen voor chronische aandoeningen, waarvoor je je hele leven medicijnen moet slikken.”

Fair Medicine gaat ook nieuwe medicijnen ontwikkelen. Livestro twijfelt of dat haalbaar is: „De investeringsafdelingen van ziekenhuizen, die patenten te gelde maken, moeten geld verdienen en zullen geneigd zijn een veelbelovend nieuw middel te verkopen aan pakweg Roche of Pfizer.” Uitvinders willen misschien liever ook cashen.

Büller erkent dat hij „dollartekens” heeft gezien in de ogen van de ontdekkers van veelbelovende middelen, maar desondanks heeft Fair Medicine een nieuw medicijn in portefeuille. „We hebben de onderzoekers gevraagd: wil je voor de patiënt een middel maken of wil je miljonair worden? Het duurde toch dertig seconden voordat de onderzoeker zei: ik doe het voor de patiënt. Zo is het. We maken niemand miljonair.”