

27.07.2016 • Leestijd 10 - 13 minuten

Maken medicijnen de zorg onbetaalbaar? Ik ontleed dit jaar de vergoedingsmachine in de zorg. Deze keer: de farmaceutische industrie zelf. Minister Schippers heeft schoon genoeg van de onmogelijk hoge prijzen die de fabrikanten rekenen. Hypocriet, zeggen twee farmadirecteuren die ik hierover sprak.

# Zelfs farmafabrikante n vinden hun medicijnen te duur

*Correspondent  
Medicijnen*



*Lucien HORDIJK*



*Illustratie: Boris Lamelos (voor De Correspondent)*

**P**fizer. Johnson & Johnson. Het is misschien niet meer voor te stellen, maar er was een tijd waarin deze bedrijven consequent de hemel in geprezen werden.

Het is door Pfizer dat de geallieerden in 1944 de stranden van Normandië oprenden met 's werelds bekendste antibioticum in de zakken: penicilline. Hoewel al ontdekt, wist nog niemand hoe het stofje in korte tijd in grote hoeveelheden kon worden vervaardigd. Ternauwernood kreeg Pfizer op 1 maart, drie maanden voor D-day, een fabriek startklaar waarmee tot grote opluchting van de Amerikaanse overheid penicilline kon worden gemaakt.

En zo geschiedde

*Operation*

*Overlord.*

Veertig jaar later.

Johnson & Johnson

haalt 31 miljoen

verpakkingen van

zijn meest

lucratieve medicijn uit de Ame  
zeven mensen in Chicago zijn o  
onbekend aantal potjes vergift  
enkel risico besluit te nemen en  
middel vooral niet meer te slikt  
slachtoffers. Het marktaandeel van  
jaar in, van 37 procent naar 7 procent.



Maar niemand sterft meer door een vuile pil.

## De kritiek die ik de farmaceutische bedrijven wil voorleggen

Terug naar het nu. Bij Pfizer mag er tijdens een *on the record*-interview over de nieuwste geneesmiddelen geen recorder opnemen. Citaten worden al snel uit hun verband gerukt, wordt me verteld. Bij Janssen, de farmatak van Johnson & Johnson, loopt de band wel mee. Maar, deelt woordvoerder Eliane Lauwers mee: 'Als jij het opneemt, doen wij het ook.'

En zo liggen er twee tapende telefoons op tafel.

Ik ben bij deze bedrijven op bezoek, omdat ik graag wil weten: hoe kijkt de farma zelf naar de kritiek die ze krijgt? Minister Edith Schippers (Volksgezondheid, VVD) stuurde aan de start van het Nederlandse voorzitterschap van de EU een 26 pagina's tellend epistel de wereld in met gepeperde klachten over de hoge prijzen van geneesmiddelen. En niet onbelangrijk: hoe die prijzen door Europese samenwerking

en bijna planeconomische maatregelen te bestrijden zijn.

Vrij vertaald zegt ze:

- 1 De bedrijven maken misbruik van innovatieprikkel voor de meest verwaarloosde patiëntgroepen.
- 2 Ze kopen aan de universiteit ontwikkelde geneesmiddelen op, om deze voor een veelvoud aan de premiebetaler terug te verkopen.
- 3 Ze zijn door hun prijsbeleid verantwoordelijk voor het verdwijnen van de handen aan het bed in onze ziekenhuizen.

Hebben ze bij Janssen en Pfizer ideeën over of en hoe het beter kan? Of vervalt een discussie al snel in een pijnlijk partijtje communicatie-catenaccio, vergelijkbaar met hoe eerder dit jaar de baas van Roche Nederland door een uitzending van *Zembla* glibberde?

‘Ik denk dat veel van het gedrag van de bedrijven wordt bepaald door de spelregels die we in Nederland met elkaar hebben afgesproken,’ zegt Paul Korte aan het begin van het interview. Hij is algemeen directeur bij Janssen Nederland.

Het is meteen de rode draad van beide gesprekken. Farmaceutische bedrijven zijn aandeelhoudersgedreven kolossen die precies doen wat de prikkels van de overheid ze voorschrijven. En die prikkels, die deugen vaak niet. *It's the policy, stupid.*

## Heeft Schippers een punt?

‘Ach... als je puur inhoudelijk leest, denk ik dat de minister niet eens zo negatief over ons is, hoor,’ vertelt Peter Spoorendonk, markttoelatingsdirecteur Pfizer, bij binnenkomst in zijn kantoor in het bijzijn van woordvoerder Jan Willem de Heer. ‘Ik was het op een aantal kritiekpunten best met haar eens.’

Spoorendonk, van huis uit econometrist, is ontspannen en vertelt luchtig over zijn omzwervingen in de



geneesmiddelenwereld. Onder minister Els Borst was hij nog de hoogste ambtenaar op het gebied van medicijnbeleid. Hij stapte in 2003 over naar de farmaceutische industrie, waar hij voor MSD en inmiddels Pfizer is gaan werken. Zonder schaamte of spijt. ‘In de commercie heb ik altijd veel meer het idee gehad aan de knoppen te zitten,’ licht hij toe. ‘En ik vind het werk eerlijk gezegd veel leuker en spannender.’

Hij benadrukt de ironie van het verwijt van Schippers dat de industrie in de academie ontdekte geneesmiddelen opkoopt. ‘In mijn tijd als ambtenaar was het echt ongeloofwaardig geweest als ik onderzoekssubsidies verstrekt had zonder

voorwaarden te stellen aan hoe eventuele doorbraken terug zouden vloeien naar het publiek.’

**'Er wordt juist veel te weinig publiek geld in geneesmiddelenontwikkeling gestoken. Zeker in Nederland'**

~~Historiek van de politiek~~, concludeert zijn fellere collega

Korte van Janssen, die resoluut ontkent dat farmabedrijven op grote schaal parasiteren op universitair ontwikkelde medicijnen. ‘We hebben het ministerie keer op keer gevraagd om met de bewijzen te komen voor die uitlatingen. Maar dat kunnen ze

niet,’ zegt hij. ‘Bovendien: was het maar zo. Ik denk dat er juist veel te weinig publiek geld in geneesmiddelenontwikkeling wordt gestoken. Zeker in Nederland.’

Maar wacht even. De minister noemt specifieke voorbeelden. Glybera bijvoorbeeld, de eerste gentherapie, werd met overheidssubsidie van ZonMw ontwikkeld en wordt nu verkocht voor meer dan 1,1 miljoen euro per behandeling. Of Myozyme, een vreselijk duur weesmedicijn tegen de ziekte van Pompe, werd medeontwikkeld aan het Erasmus Medisch Centrum.

Korte vindt het niettemin selectieve verontwaardiging:

‘Er worden krokodillentranen geplengd omdat iemand een paar keer is vergeten inspraak te eisen

bij ontdekkingen.

Maar het doet in zijn geheel geen recht aan hoe de

situatie is, want zo vaak gebeurt



En als het wel gebeurt, moet Nederlandelijke subsidies een voorbeeld nemen aan de met het ministerie van Defensie werkt aan en vola. 'Je kunt aan de mensen hier vragen onze contracten daar zijn met de publieke sector. De Amerikanen zorgen er wel voor dat als er iets uitkomt, de overheid zal profiteren. Daar is geen speld tussen te krijgen.'

## Hoe het Nederlandse vergoedingsstelsel een jungle van contracten werd

Het is een thema dat in beide interviews steeds terugkomt: de onzorgvuldige en zelfs naïeve wijze waarop de Nederlandse overheid geneesmiddelenbeleid maakt. De rol van hun firma's in de grote medicijnwereld is namelijk beperkt, denken de mannen. Het is vooral de overheid, die laks omgaat met prikkels waardoor de bedrijven doen wat ze doen.

Neem ons vergoedingsstelsel. 'We moeten in Nederland afzonderlijk zaken doen met de rijksoverheid, met vier grote zorgverzekeraars en een heleboel kleintjes of met negentig individuele ziekenhuizen,' zegt Korte. 'We zijn beland in wat je best een jungle aan contracten mag noemen,' zegt

Spoorendonk.

Een aantal jaar geleden ging dat heel wat eenvoudiger. Je diende een dossier in bij het Zorginstituut. Dat beoordeelde de effectiviteit van het medicijn en voorspelde wat het middel de samenleving zou gaan kosten. Een eindrapport volgde. Je overlegde nog wat. En dan een besluit: je mocht het pakket in of niet, of alleen onder bepaalde voorwaarden.

Maar daar kwam in 2012 verandering in. De inkoop van dure geneesmiddelen werd ‘overgeheveld’ naar de ziekenhuizen, die grootschaliger en dus goedkoper moeten kunnen inkopen. Maar omdat voor ziekenhuizen andere wetgeving van toepassing is, moeten deze dure middelen worden vergoed zodra de specialist ze voorschrijft. Dus ook zonder dat het Zorginstituut ze heeft beoordeeld of heeft onderhandeld over de prijs.

Korte: ‘Ik denk dat onvoldoende beseft is dat het overhevelen betekent dat per definitie alle patiënten recht hebben op een geneesmiddel. Dat de minister nu niet kan onderhandelen, tja. Dat had ze eerder moeten bedenken, want dat kon voorheen wel.’

## De heilzame tucht van de markt... Of toch niet?

Vrijwel gelijktijdig met het overhevelen spraken de ziekenhuizen, de zorgverzekeraars en het ministerie met elkaar af dat de ziekenhuisuitgaven gezamenlijk niet meer dan met 1 procent per jaar mochten groeien. Dat lijkt niet



echt houdbaar: alleen de uitgaven aan dure ziekenhuismedicijnen stijgen elk jaar al met zo'n 10 procent.

---

'Dit akkoord was nooit gesloten als er een paar jaar vooruit gekeken was'

‘Dit akkoord was nooit gesloten als er een paar jaar vooruitgekeken was.

Als ze geweten hadden wat er aan nieuwe geneesmiddelen aan zou komen,’ stelt Korte. Het gevolg is nu dat ziekenhuizen vanwege geldgebrek patiënten niet altijd

behandelen met de beste middelen, betoogt hij.

Of Korte over onderbehandeling gelijk heeft, daarover verschillen de meningen, maar de grotere inkoopkortingen lijken niet de voordelen te hebben opgeleverd waar de minister op rekende.

Het gevolg? Nog meer ambtelijke knutselarij om maar iets van een machtsblok te organiseren tegen de farma. Sinds kort is er namelijk de ‘sluis’, een omstreden beleidsinstrument waarmee sommige dure middelen door de minister tijdelijk buiten de basisverzekering worden gehouden. *Dag markt, hallo overheid...* Want de inkoop verloopt daarmee op intransparante wijze via het ministerie, dat beter in staat zou zijn kortingen te bedingen die ziekenhuizen en zorgverzekeraars niet krijgen.

Janssen is na Bristol-Myers Squibb het tweede bedrijf dat een ziekenhuisgeneesmiddel in de sluis geparkeerd ziet. ‘De verzekeraars, de ziekenhuizen en wij hebben onvoldoende tijd met elkaar gekregen. Wij hadden met één verzekeraar al afspraken gemaakt over dit middel, met anderen waren we in gesprek,’ zegt Korte. ‘En dan komt daar abrupt de

minister doorheen, die een totaalafpraak wil voor het geneesmiddel.'

Doet de 'werkgeversminister' dat omdat ze koudwatervrees heeft voor de - zo gepropageerde - marktwerking? Dat wil Korte niet zeggen, maar: 'Verzekeraars beheren het premiegeld en kunnen ons garanderen dat bij een bepaalde prijs het geneesmiddel beschikbaar komt in de ziekenhuizen. De minister kan dat helemaal niet, die gaat niet meer over het geld.'

## Als dure medicijnen 'onzingorg' verdringen is dat prima

Maar wacht eens even. Laten we voor het gemak eens aannemen dat de verwijten aan de beleidsmakers kloppen, dat het vergoedingssysteem in Nederland, vrij vertaald, een opportunistisch zootje ongeregeld is.

Hoe kan dat?

Rent dit uit de kluiten gewassen vergoedingsbeest niet vooral achter zijn eigen staart aan, juist omdat de fabrikanten steeds meer doen waar eigenlijk geen beleid op te maken valt: medicijnprijzen baseren op besparingen die de samenleving over tig jaar gaat boeken? Simpeler geformuleerd: zijn nieuwe geneesmiddelen niet gewoon te duur? En ontbreekt het de sector niet aan zelfreinigend vermogen?



We zijn aangekomen bij de heikele discussie rondom 'verdringing.' Kort gezegd: door de één een kankermedicijn te geven dat drie maanden langer leven biedt, moet elders een verpleegkundige worden ontslagen die de ander verzorgt, zo stellen critici.

Beide directeuren zijn van mening dat het vergrootglas nu onterecht op de geneesmiddelen ligt, terwijl ziekenhuizen bol zouden staan van wat Korte 'onzinzorg' noemt:

---

'Moeten al die knieën en heupen er wel in? Moeten al die prostates er wel uit?'

'Hoewel ik beseft dat we zeker over de prijzen van geneesmiddelen moeten praten, denk ik dat de discussie over dure medicijnen verbloemt waar we het echt over moeten hebben.'

Geneesmiddelen vormen maar een fractie van de zorguitgaven, betoogt Korte.

'Moeten al die knieën en heupen er wel in? Moeten al die prostates er wel uit?' Zo lepelt Korte wat voorbeelden op van wat hij overbodige zorg vindt. 'Als er 7.500 mensen in een ziekenhuis werken, en er zijn 700 bedden. Dat zijn meer dan twintig handen per bed. Ik vind dat we terug moeten naar de

feiten. Misschien moeten er dan maar minder verpleegkundigen zijn.'

Het is makkelijk gezegd, maar het probleem van verdringing is dat we niet precies zien voor welke zorg de dure geneesmiddelen in de plaats komen. Daar komt bij: verdringing is niet specifiek gebonden aan het vergoedingssysteem in Nederland, ook in het Verenigd Koninkrijk is er veel discussie over.

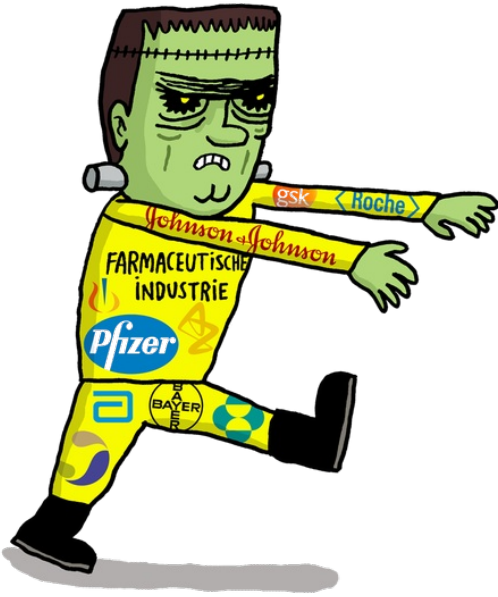
Een bevredigend antwoord komt er niet. 'Ik moet uitkijken dat ik niet de koe word die zegt dat je kip moet eten,' zegt Korte. 'Het kan zo zijn dat er zorg verdrongen wordt door nieuwe geneesmiddelen. Maar zolang dat maar onzinzorg is. Laat het koekoeksjong dan maar de eieren uit het nest gooien die niets toevoegen.'

## Hoe kan het wel goedkoper?

Toch erkennen beide directeuren, weliswaar zijdelings, dat het beprijzen van nieuwe geneesmiddelen gebaseerd op de besparingen in de toekomst onhoudbaar is. 'We kunnen niet tonnen blijven vragen voor de geneesmiddelen. Het houdt een keertje op,' zegt Korte.

Spoorendonk verwacht volgend jaar met Pfizer een geneesmiddel tegen borstkanker gereed te hebben dat door de minister in de sluis geplaatst zal worden, typisch een middel wat andere zorg zou kunnen verdringen. Hoe wordt dat betaald?

Hoewel er nog weinig



Illustraties: Boris Lamelos

concreets over te zeggen is, broedt hij naar eigen zeggen op een manier om pay-for-performancecontracten aan te bieden. Alleen betalen als het middel doet wat het in de klinische studies heeft laten zien. Een model met potentie, want de huidige immunotherapieën worden vaak nog voor het volle pond afgerekend, terwijl soms maar twee op de tien patiënten er

baat bij hebben. ‘Wij denken dat het niet meer van deze tijd is dat de prijs van een middel altijd vast is, terwijl het resultaat van behandeling per patiënt varieert,’ zegt hij.

Curieus is alleen: heeft hier op Volksgezondheid niemand aan gedacht? Of zijn de bedrijven gewoon niet welwillend omdat het huidige model lucratiever is? Korte bestrijdt dat. Hij vertelt dat Janssen in het Verenigd Koninkrijk al prestatiecontracten heeft gesloten bij een medicijn tegen bloedkanker. ‘De minister wist helemaal niet dat het al gebeurde.’

Schippers wilde meer weten, maar het wordt volgens Korte nog niet echt omarmd bij VWS. Waarom niet? ‘Er is natuurlijk ook nog wel wantrouwen. In de gehele zorg, maar natuurlijk ook specifiek naar ons.’ Anderzijds zijn de declaratie- en registratiesystemen in de ziekenhuizen nog niet op orde, denkt hij. ‘Je zult afspraken moeten maken over hoe je gaat meten tijdens de behandeling en over wanneer een middel succesvol is en wanneer niet.’

Opnieuw een bureaucratische hindernis, die niet opgelost wordt omdat de ambtenaren zitten te slapen? Ik leg het ook aan oud-ambtenaar Spoorendonk voor. ‘Ik denk dat veel van de inhoudelijke kennis van hoe dit wereldje werkt, met de tijd verloren is gegaan bij het ministerie,’ besluit hij met een knipoog. ‘Ik heb weleens stiekem de indruk dat er nu te veel mensen met een bedrijfskundige achtergrond rondlopen.’

## Meer lezen?

*de*  
*Correspondent*

Je las de pdf-versie van dit verhaal. Voor het volledige artikel met links, infocards, eventuele videos en ledenbijdragen, ga naar: <https://decorrespondent.nl/4984/Zelfs-farmafabrikanten-vinden-hun-medicijnen-te-duur-252196924056-5461eef9>

*De Correspondent is een dagelijks, advertentievrij medium met als belangrijkste doelstelling om de wereld van meer context te voorzien. Door het nieuws in een breder perspectief of in een ander licht te plaatsen, willen wij het begrip 'actualiteit' herdefiniëren: niet om je aandacht te trekken, maar om je inzicht te bieden in hoe de wereld werkt.*

[decorrespondent.nl](https://decorrespondent.nl)

Alle verhalen lezen? Dat kan voor €6 per maand op: [decorrespondent.nl](https://decorrespondent.nl)