

Farma kan anders

Fair Medicine wil de farmamarkt laten zien dat medicijnen maken een stuk goedkoper kan. Welke middelen, dat blijft nog even geheim. Dat maakt het lastig te beoordelen of de plannen realistisch zijn.

Als kinderarts was Hans Büller in 1997 getuige van de ontdekking van een nieuw medicijn voor de ziekte van Pompe in 'zijn' Sophia Kinderziekenhuis. Hij was dolblij dat kinderen niet meer zouden doodgaan aan de stofwisselingsziekte. Maar een paar jaar later, in 2012, ontstond er landelijke discussie over de prijs van het medicijn. Die lag tussen de € 400.000 en 700.000 per patiënt per jaar. Het toenmalige College voor Zorgverzekeringen adviseerde minister Schippers van Volksgezondheid de vergoeding van het medicijn uit de basisverzekering te stoppen. Büller, inmiddels bestuursvoorzitter van het Erasmus MC, uitte zijn ongenoegen in het NOS Journaal: 'We hebben allemaal jarenlang voor dit geneesmiddelenstelsel gekozen maar het moet anders. Waarom starten we geen Europees consortium waarin we zelf medicijnen voor zeldzame ziektes gaan maken? Alleen dan blijven medicijnen beschikbaar voor iedereen en zijn we niet afhankelijk van grote farmaceutische industrieën die hun boeken gesloten houden.'

Na de uitdaging werd Büller benaderd door biochemicus Frans de Loos, ondernemer Mathijs Koper en communicatie-expert Cathy Hassels Mönning. In 2013 trad Büller af als bestuursvoorzitter van het Erasmus MC en samen met de Loos, Koper en Hassels Mönning richtte hij de stichting Fair Medicine op. Het doel: me-

dicijnen voor een eerlijke, transparante prijs op de markt brengen. Artsen, patiënten, ziekenhuizen, twee Nederlandse fabrikanten en investeerders werken erin samen. De stichting kreeg onlangs € 2,8 miljoen van het Ministerie van Volksgezondheid en is in gesprek met potentiële investeerders, zoals vermogende families en ondernemers.

Werkelijke kosten

Alle partijen van Fair Medicine werken binnen een coalitie samen aan een middel. Iedereen doet dat aanvankelijk tegen kostprijs. Een onafhankelijk accountant controleert. Pas als een middel op de markt komt, dienen de partijen een rekening in. Bovenop de gemaakte kosten wordt maximaal 8 tot 15 % winst uitgekeerd. Zo wordt de prijs van een medicijn bepaald door de kostprijs plus een opslag. 'Een fabrikant heeft bijvoorbeeld nauwelijks marketingkosten omdat patiëntenverenigingen de ontwikkeling hebben gevolgd. En de betrokken arts vertelt erover op congressen. Ook licenties zijn onderdeel van de coalitie.'

De prijs is de kostprijs plus een opslag

Normaal komen prijzen heel anders tot stand. Een farmaceutische bedrijf schat in wat de samenleving voor het middel over heeft: *value based pricing*. Hetzelfde principe zie je terug bij smartphones en auto's. De hoge bedragen in de farma-industrie worden meestal verdedigd door te wijzen naar de hoge ontwikkelkosten. Voor ieder medicijn dat op de markt komt, hebben er negen de markt niet gehaald. Volgens schattingen uit 2014 van het – grotendeels door de industrie gefinancierde – Tufts Center for the Study of Drug Development zijn de gemiddelde kosten voor een nieuw geneesmiddel tot aan de registratie \$ 2,56 miljard. Veel meer dan de \$ 60 miljoen waar onderzoekers in 2012 in het *British Medical Journal* op uitkwamen. Artsen zonder Grenzen berekende in 2014 zelfs dat de gemiddelde kosten per nieuw geneesmiddel maar \$ 50 miljoen bedragen.

Kritiek

'Hoeveel medicijnen precies mislukken en in hoeverre de berekende ontwikkelkosten kloppen, weet eigenlijk niemand', zegt Büller. 'Daarnaast wordt er altijd geroepen dat de onderzoeksfase zo duur is voor de industrie, terwijl 50 tot 60 % van de medicijnen aan universiteiten wordt ontdekt.' Farmaceutisch geneeskundige Henk Jan Out is het met Büller eens dat de farmaceutische industrie best wat opener kan zijn over de werkelijke kosten. 'Maar dat 50 tot 60 % van de medicijnen aan uni-

versiteiten wordt ontdekt is niet waar. Ongeveer 10 tot 20 % van de nieuwe stoffen komt uit de publieke sector, dat is in verschillende studies aangetoond. Natuurlijk speelt de publieke sector daarnaast een belangrijke indirecte rol door fundamentele ontdekkingen.' Ook de schatting van \$ 50 miljoen voor de ontwikkelkosten klopt volgens Out niet. 'Iedereen in de farmaceutische industrie weet dat je voor dat bedrag geen nieuw middel kunt ontwikkelen. De studie van Artsen zonder Grenzen richtte zich op zes middelen. Vijf daarvan waren een combinatie van twee bestaande middelen en één was een doseringsvorm voor kinderen. Dat is niet representatief voor de ontwikkeling van een geheel nieuw middel.' Desondanks denkt Büller voor € 40 miljoen een biological op de markt te kunnen brengen. 'Dat kan door ons model en door heel kritisch te kijken welke middelen je op de markt wilt brengen. Bovendien richten wij ons in eerste instantie op weesgeneesmiddelen en daarvoor zijn clinical trials over het algemeen goedkoper.' Welke middelen er precies in de pijplijn zitten, wil Büller niet zeggen. 'Het zijn er vijf. Er zitten biologicals bij en small chemical entities. Pas in 2017 kan ik meer zeggen.' Dat maakt het volgens Out lastig te beoordelen of het initiatief kans van slagen heeft. 'Een helemaal nieuw middel op de

markt brengen voor € 40 miljoen gaat ze niet lukken. Maar als het gaat om generieke versies, biosimilars, van bestaande weesgeneesmiddelen, dan geef ik ze wel een kans. Daar ligt een gat in de markt.'

VWS

Het geld van VWS is uitsluitend voor de stichting bedoeld. Alleen niet-commerciële activiteiten worden ermee gefinancierd, zoals de oprichting van de coalities. Zodra er een contract ligt voor de betrokken partijen, wordt er een BV of coöperatie opgericht en worden de activiteiten commercieel. Volgens Büller willen ziekenhuizen meewerken omdat ze uiteindelijk de patiënt willen helpen en willen zien wat de werkelijke kosten zijn van een medicijn. Voor een arts of onderzoeker is het interessant te zien wat er met zijn ontdekking gebeurt. 'Daarnaast zouden ze zichzelf in de voet schieten als ze de licentie verkopen aan een grote farmaceut en hun ontdekking 5 jaar later voor € 250.000 per patiënt per jaar op de markt zien verschijnen', zegt Büller. De farmaceut wil volgens hem betrokken zijn omdat de ontwikkelkosten naar verwachting veel lager zijn. Het eerste middel hoopt Büller binnen 2 tot 3 jaar op de markt te hebben. Voorlopig blijft het bij een Nederlands initiatief, hoewel Fair Medicine voor één product in gesprek is met Belgische, Duitse en Engelse partijen. 'Maar alle pro-

'Als het gaat om biosimilars, dan geef ik ze wel een kans'

ducten zijn uiteraard bedoeld voor de Europese of wereldmarkt. Uiteindelijk wil ik toe naar Fair Medicinevestigingen in verschillende landen.' ●

► Steeds duurder

Door de introductie van veelbelovende nieuwe medicijnen voor kanker en zeldzame ziektes als Pompe zijn de uitgaven aan medicijnen de afgelopen jaren fors toegenomen. Volgens KWF Kankerbestrijding gingen de uitgaven aan kankermiddelen van € 455 miljoen in 2012 naar € 675 miljoen in 2014. Onderzoeksbureau Vektis becijferde dat ziekenhuizen in 2014 € 1,7 miljard uitgaven aan dure geneesmiddelen. Dit betrof met name kankergeneesmiddelen en middelen tegen ontstekingsziekten als reuma (elk circa € 620 miljoen). In 2012 bedroegen de totale medicijnkosten volgens Vektis nog € 1,2 miljard. De stijging wordt voor een deel (€ 192 miljoen) verklaard door overheveling van bepaalde groepen geneesmiddelen van de apotheek naar het ziekenhuis per 1 januari 2013. De rest is onder andere te verklaren door de introductie van nieuwe, dure middelen.