

# ZIJN GENEESMIDDELEN TE DUUR OF TE GOEDKOOP

**Hoe tegenstrijdig lijkt dit! De ene dag staat in de krant dat er in Nederland tekorten aan geneesmiddelen ontstaan, omdat de prijs van geneesmiddelen in Nederland te laag is. Terwijl de volgende dag de kranten grote koppen hebben over hoe onwaarschijnlijk duur sommige geneesmiddelen zijn. Deze dure geneesmiddelen zouden ons zorgbudget steeds meer opeten. Het klopt allebei. Voor een simpel tabletje tegen cholesterol betaal je maximaal een cent, terwijl voor geneesmiddelen tegen zeldzame ziektes honderdduizenden euro's kosten. Om deze prijsverschillen te begrijpen is het goed om kennis te maken met de levensloop van een geneesmiddel. Deze levensloop van het geneesmiddel heeft vier levensfasen. Laten we ze langs lopen.**

## ***De geboorte van een nieuw geneesmiddel!***

Het is zo ver! Na meer dan 10 jaar onderzoek, en gemiddeld genomen z'n 1,5 miljard euro aan investeringen, is er een nieuw geneesmiddel op de markt! Er worden vaak zo'n duizend moleculen onderzocht om één succesvol geneesmiddel te krijgen. Dat is nogal wat. Om al deze investeringen van fabrikanten aantrekkelijk te maken, krijgen deze zo'n tien tot vijftien jaar het alleenrecht (patent) op een geneesmiddel. Geen enkele andere fabrikant mag gedurende die periode hetzelfde geneesmiddel op de markt brengen.

## ***De eerste fase: de monopoliefase***

De periode waarbij de fabrikant het alleenrecht heeft, noemen we de monopoliefase. In die tijd kan hij zelf bepalen wat de prijs van het geneesmiddel is. Die prijs wordt vastgesteld aan de hand van de productiekosten van het geneesmiddel, de ontwikkelkosten, algemene kosten en winst. De ervaring leert dat fabrikanten van geneesmiddelen vaak behoorlijk wat winst maken op een geneesmiddel. Fabrikanten zeggen dat deze winst bedoeld is, om te investeren in onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen. Dit is maar deels waar. Men denkt dat zo'n 20% van de winst wordt besteed aan onderzoek naar nieuw geneesmiddelen. Het grootste gedeelte van de winst gaat naar de aandeelhouders van de geneesmiddelen. De meeste farmaceutische bedrijven zijn grote internationale op de beursgenoteerde bedrijven.

De overheid probeert natuurlijk de prijs van deze nieuwe, monopolie geneesmiddelen te drukken. Zo heeft de overheid geregeld dat de prijs van geneesmiddelen in ons land niet mag afwijken van de prijs van vier andere Europese landen (België, Frankrijk, Noorwegen

en het Verenigd Koninkrijk). Ook heeft de overheid een zogenaamde sluis in het leven geroepen. Wanneer een nieuw duur geneesmiddel op de markt komt, gaat de overheid eerst in onderhandeling met de fabrikant over de prijs. Tot de onderhandeling afgelopen is, zit het geneesmiddel in de sluis en wordt het nog niet vergoed. Pas wanneer de overheid en de fabrikant een prijsafpraak hebben, wordt het geneesmiddel vergoed door de zorgverzekeraar. Deze sluis zorgt voor iets lagere geneesmiddelprijzen, al blijven extreem dure geneesmiddelen (ondanks de sluis) nog steeds bestaan. Deze hoge geneesmiddelprijzen van nieuwe geneesmiddelen zijn vaak in het nieuws.

## ***De tweede fase: er komen broertjes en zusjes van het geneesmiddel***

Vaak zijn meerdere fabrikanten met het ontwikkelen van eenzelfde soort geneesmiddel bezig. Zo ontstonden 30 jaar geleden de biologicals bij reuma. Eerst was er infliximab (Remicade), toen etanercept (Enbrel) en daarna adalimumab (Humira). Nog veel later kwamen golimumab (Simponi) en certolizumab (Cimzia). De middelen zijn weliswaar andere moleculen dan het middel dat als eerste op de markt is gebracht, maar ze werken allemaal wel op het zelfde aangrijpingsmechanisme (TNF-alfa) en zijn ongeveer even effectief. Je kunt zeggen dat er "broertjes en zusjes" op de markt komen van het geneesmiddel dat als eerste op de markt geïntroduceerd is. De praktijk leert dat fabrikanten de prijs kopiëren van dat eerste geneesmiddel. Zo kosten alle biologicals grofweg 15.000 euro per jaar. Simpelweg, omdat de eerste biological dat op de markt kwam, deze prijs kreeg.



Als een fabrikant zijn geneesmiddel duurder op de markt zou brengen, in vergelijking tot soortgelijke geneesmiddelen, dan zou niemand het geneesmiddel kopen. Er is immers een goedkopere variant. Andersom is een fabrikant wel gek als hij het geneesmiddel goedkoper op de markt brengt, want dan verdient hij minder dan de concurrent doet. Deze fase noemen we de oligopoliefase (oligos betekent weinig). In tegenstelling tot de monopoliefase zijn er in deze fase maar weinig (oligo betekent weinig) concurrenten. In deze fase proberen ziekenhuizen te onderhandelen met de farmaceutische bedrijven, om zo de prijs te drukken.

### **Na 10 tot 15 jaar: de eerste concurrentie**

Zoals al aangegeven hebben fabrikanten de eerste 10 tot 15 jaar het alleenrecht op het geneesmiddel. Daarna breekt de

derde levensfase van het geneesmiddel aan en vervalt het patent op het geneesmiddel. Andere fabrikanten mogen precies hetzelfde geneesmiddel gaan maken. Vanaf dat moment gaat de prijs door de concurrentie snel dalen. Zo werden de biologicals bij reuma soms meer dan 80% goedkoper.

### **Vierde (laatste) fase: patent van de broertjes en zusjes vervalt ook**

Het begon ermee dat alleen het eerste geneesmiddel uit patent was en er van dit eerste geneesmiddel al meerdere aanbieders waren. De prijsdaling die daarvan het gevolg was, was alleen van toepassing op de mensen die dat eerste geneesmiddel gebruikten. Voor mensen die de "broertjes en zusjes" van het eerste middel gebruikten, moest nog de oorspronkelijke prijs betaald worden. Dit verandert als ook het alleenrecht (patent) van de andere geneesmiddelen vervalt. De prijzen van deze middelen zullen dan ook enorm dalen. Zeker in Nederland waar zorgverzekeraars afspraken maken met geneesmiddelfabrikanten en ziekenhuizen, is de prijs van de middelen waar het patent van verlopen is, erg laag. Zo laag zelfs dat sommige fabrikanten Nederland geen fijne markt meer vinden, omdat ze te weinig verdienen. Zodra er een tekort dreigt, zal een fabrikant er voor kiezen om het geneesmiddel eerst te leveren aan een land waar er meer marge op het geneesmiddel te krijgen is dan in ons land. Zo heeft ons strenge prijsbeleid in Nederland twee kanten. Aan een kant sparen we veel geld uit omdat onze geneesmiddelprijzen lager zijn dan ons omringende landen. De andere kant van de medaille is wel, dat we door deze lage prijzen in Nederland gevoeliger zijn voor geneesmiddeltekorten.

*Bart van den Bemt, bijzonder hoogleraar Personalized Pharmaceutical Care, is Medisch Manager Farmacie en Chief Research Officer Research & Innovatie van de Sint Maartensapotheek in Nijmegen. De Sint Maartensapotheek is de enige openbare apotheek in Nederland, die in reumatologie, orthopedie en revalidatie is gespecialiseerd. Kijk voor meer informatie op [www.maartenskliniek.nl](http://www.maartenskliniek.nl).*

BART VAN DEN BEMT

