

Expertmeeting Ziekenhuisfarmacie d.d. 12 oktober 2017: 'Debat Nationale inkoop door zorgverzekeraars & het Nespresso model'

Sprekers:

- **Marc Pomp, gezondheidseconoom:** Kickoff op video
- **Bart Benraad, coördinator Zorgverzekeraars Nederland:** Nationale inkoop dure geneesmiddelen
- **Marieke Krol, engagement manager Real World Evidence Solutions QuintilesIMS:** Regionale impact dure geneesmiddelinnovaties 2018 en postcodegeneeskunde
- **Ronald Brus, oprichter en CEO myTomorrows:** De noodzaak van een nieuw businessmodel in de geneesmiddelontwikkeling
- **Huub Schellekens, hoogleraar Medische Biotechnologie Universiteit Utrecht en columnist:** Het Nespresso initiatief

Het Erasmus Ziekenhuis in Rotterdam ontving op 12 oktober 2017 ziekenhuisapothekers, zorgverzekeraars, farmaceuten, beleidsmakers en andere stakeholders voor de derde Expertmeeting Ziekenhuisfarmacie van 2017. Menno Rijk, general manager van QuintilesIMS Nederland, en Henk Pastoors van TopSupport leidden hen door een afwisselend programma rond het thema dure geneesmiddelen. Wat is eigenlijk duur en kan het ook anders? Het net gepubliceerde regeerakkoord gaf de bijeenkomst een actueel tintje.



De Expertmeeting Ziekenhuisfarmacie biedt vier keer per jaar een platform waar stakeholders van gedachten wisselen over de toegankelijkheid, duurzaamheid en betaalbaarheid van farmaceutische zorg. "Velen van u zullen de zorgpagina uit het net gepubliceerde regeerakkoord met rode oortjes hebben opgeslagen", trapte Menno Rijk af. "Het zijn goede tijden, een hoogconjunctuur, dus waarschijnlijk zal er wat ruimte gecreëerd worden om ziekenhuis- en andere budgetten op orde te krijgen."

Wie het akkoord leest, komt net als Rijk van een koude kermis thuis. Er staat namelijk in dat er vanaf 2019 een hoofdlijnenakkoord afgesloten wordt met de doelstelling om 1,9 miljard te bezuinigen op specialistisch zorg, huisartsenzorg, GGZ en wijkverpleging. Voor geneesmiddelen moet een kostenbesparing van 460 miljoen per jaar worden gerealiseerd door scherpere inkoop en een herberekening van het GVS. Trouwe bezoekers van de expertmeetings weten dat een herberekening van het GVS geen soelaas biedt: Ronald van der Vaart, directeur van de Stichting Farmaceutische Kengetallen, vertelde dat tijdens de bijeenkomst van 21 maart 2017. "De besparing zal dus vanuit scherpere zorginkoop moeten komen", concludeert Rijk. "We zijn verheugd vandaag de aftrap voor die discussie te kunnen geven." Dat gebeurt onder meer met bijdragen van gezondheidseconoom Marc Pomp en ziekenhuisapotheker Bart Benraad, die bij Zorgverzekeraars Nederland de nationale inkoop van dure geneesmiddelen coördineert.

[Bekijk hier de introductie van Menno Rijk >](#)

Betalingsbereidheid en blijde aandeelhouders

De expertmeeting start met een video-inleiding van gezondheidseconoom Marc Pomp. Hij richt zijn blik op de industrie: worden daar over de ruggen van patiënten woekerwinsten gemaakt met te dure geneesmiddelen? “De emoties rond dit thema kunnen hoog oplopen. Door die emoties is de discussie vaak wat ‘feitenvrij’. Als econoom vind ik dat onbevredigend. Waar hebben we het precies over als gezegd wordt dat geneesmiddelen onbetaalbaar worden?” Als je alleen kijkt naar ‘dure geneesmiddelen’ van 50 tot 100 duizend euro per patiënt per jaar, geven we een kleine miljard per jaar uit. “Een hoop geld”, beaamt Pomp, “maar als je dat relateert aan een BBP van 700 miljard per jaar en de totale zorguitgaven van 70 miljard per jaar, dan zie je dat het niet gaat om betaalbaarheid, maar om betalingsbereidheid.”



Naast de vraag wat we ervoor over hebben, speelt de vraag of farmaceuten niet te veel vragen voor hun innovatieve geneesmiddelen.

Pomp denkt van niet. Hij baseert dat onder meer op onderzoek van Deloitte Londen, die sinds 10 jaar de winstgevendheid van nieuwe geneesmiddelen van de grote farmaceutische bedrijven relateert aan de kosten die worden gemaakt. In 2007 was de winstgevendheid 10 procent op geïnvesteerd kapitaal, in 2016 was dat nog maar 4 procent. Dat komt doordat de kosten hoog zijn en de groepen patiënten waarvoor de nieuwe middelen geschikt zijn steeds kleiner worden. Een goede winstmarge is volgens Pomp wel nodig om de aandeelhouders tevreden te houden en hen te verleiden om ook in de toekomst te investeren in nieuwe ontwikkelingen. Bij het vaststellen van prijzen speelt bovendien een internationale dimensie mee: als bijvoorbeeld in Duitsland een prijsafsprake is gemaakt, kun je daar in Nederland niet ver onder gaan zitten.

[Bekijk hier de video-inleiding van Marc Pomp >](#)

Nationale inkoop dure geneesmiddelen

Ziekenhuisapotheker Bart Benraad coördineert bij Zorgverzekeraars Nederland de nationale inkoop van dure geneesmiddelen. Hij vindt dat we wel degelijk kritisch moeten zijn op de kosten van innovatieve geneesmiddelen. “We hebben te maken met het maatschappelijke probleem dat de kosten de pan uitgieren.” Ingrijpen in het systeem is wellicht nodig, maar dat is niet zijn taak.



Benraad dweilt. Dat wil zeggen: hij zorgt ervoor dat de kruimels die binnen het systeem vallen op de goede plek terecht komen, “zodat we iets minder uitgeven aan geneesmiddelen en het aan andere dingen kunnen uitgeven.”

Geneesmiddelen zijn opgenomen in het budget en macrokader van de zorgverzekeraars. Dat is een van de redenen om samen op te trekken als het gaat om monopolistische en oligopolistische geneesmiddelen.

Benraad geeft hier vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) richting aan. Hij zocht samenwerking met de ziekenhuizen en deze is in september geformaliseerd in een intentieverklaring voor samenwerking op inkoop van dure geneesmiddelen. Ondertekenaars zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitaire Centra en Zorgverzekeraars Nederland.

Er is geen formele structuur: leden van de inkoop samenwerking tekenen een toetredingsovereenkomst. Een stuurgroep stippelt het beleid uit. Een werkgroep van apothekers en inkopers van verzekeraars en ziekenhuizen vertaalt het beleid naar actie. “Gaandeweg ontstaat er meer begrip voor elkaars problemen en worden er bruggen geslagen”, aldus Benraad. Een zogenoemd ‘cleanteam’ doet het feitelijke werk. Daar zitten vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en een accountant in, géén zorgverzekeraars. Onder het cleanteam komt per cluster een inkoopteam. Die teams onderhandelen en stellen een raamovereenkomst op met de farmaceuten. Deze wordt vertaald naar de gebruikelijke lokale overeenkomsten. De inkoopteams stellen ook een nominale inkoop prijs vast volgens een vooraf afgesproken rekenmodel. “De verzekeraars komen de nettoprijzen van de geneesmiddelen niet te weten”, benadrukt Benraad. Hij wil de farmaceuten kunnen garanderen dat er geen risico bestaat dat de prijzen door andere landen in een soort WGP-systematiek worden gebruikt.

Het eerste cluster betreft een middel bij chronische myeloïde leukemie. “Rond 20 november komen de offertes binnen, dan volgt gunning, communicatie met de ziekenhuizen en daarna kunnen we met de nieuwe prijzen aan de slag. Echt nieuw is dat we een schaal hebben die op Europees niveau nauwelijks voorkomt. Het is afwachten wat daaruit voortkomt.” Voor Benraad is de pilot geslaagd als er een aantoonbare verandering in de markt is bewerkstelligd. “Dan is het logisch dat we dat in vervolg ook kunnen. Minstens zo belangrijk als het resultaat van de pilot is dat er vertrouwen ontstaat tussen veld en verzekeraars. Dat we het gesprek durven aan te gaan over wat er werkelijk gebeurt en veranderingen in het systeem kunnen realiseren.”

[Bekijk hier de presentatie van Bart Benraad >](#)

[Bekijk hier de videoregistratie van de inleiding van Bart Benraad >](#)



Bereid je voor!

Marieke Krol van QuintilesIMS neemt de aanwezigen mee in de historie van ‘postcodegeneeskunde’. Het onderwerp duikt af en toe op in de media. De conclusie uit divers onderzoek is dat er wel degelijk verschillen lijken te zijn in de toepassing van en toegang tot geneesmiddelen in verschillende regio’s. Patiënten uit Groningen krijgen een bepaald middel bij borstkanker bijvoorbeeld veel vaker

dan patiënten uit Drenthe (verschil van factor 6,8). Als er verschillende, gelijkwaardige behandelingen zijn, kan er sprake zijn van een verschil in voorkeur. Maar dat lijkt hier niet het geval.

In 2017 onderzocht de NZa in hoeverre ziekenhuizen knelpunten ervaren bij het financieren van dure geneesmiddelen. “42 procent van de zorgaanbieders ervaren knelpunten, 57 procent van hen meldde dat niet bij de zorgverzekeraar van de patiënt. Misschien speelde het vertrouwen tussen zorgaanbieders en -verzekeraars hier een rol?” Krol vindt het opvallend dat in contracten tussen zorgaanbieders en -verzekeraars niet staat hoe te handelen bij knelpunten. De toegankelijkheid was volgens de NZa echter geen probleem: ziekenhuizen verwijzen onderling door als een duur geneesmiddel niet (meer) beschikbaar is. De NZa-conclusie ‘dat het best wel meevalt’ vindt Krol lastig te rijmen met stukken van onder meer het Zorginstituut en de IMTA, die iets anders constateren.

Het nieuwe regeerakkoord belooft geen verbetering. Een deel van de besparingen zal binnen dure geneesmiddelen moeten worden gerealiseerd. Als ziekenhuis moet je daarmee ‘dealen’. “Weet wat er op je af komt: breng financiële gevolgen in kaart, inventariseer knelpunten en ga in gesprek met de zorgverzekeraar als die zich voordoen”, raadt Krol aan. De NZa adviseert onder meer het gebruik van de Horizonscan van het Zorginstituut. Die geeft aan welke nieuwe geneesmiddelen worden verwacht op de Nederlandse markt. Een aardig overzicht volgens Krol, maar de effecten worden niet echt inzichtelijk en bij de meeste middelen ontbreekt de prijsrange. QuintilesIMS ontwikkelt een horizonscan op maat. Die kijkt één jaar vooruit en vermeldt het behandelregime, mogelijke substituties, de kosten per maand, de prijs per dosering en een schatting voor de uptake. Deze wordt onderbouwd en is handmatig aan te passen voor het eigen ziekenhuis. Bij alle producten staat een verwachte prijsrange (best, minimum en maximum). De Horizonscan van QuintilesIMS is nog niet openbaar.

[Bekijk hier de presentatie van Marieke Krol >](#)

[Bekijk hier de videoregistratie van de inleiding van Marieke Krol >](#)

Disruptief innoveren in geneesmiddelontwikkeling

Ronald Brus, oprichter en CEO van myTomorrows studeerde in de jaren 80 af als arts. “Als je aids had ging je dood, als je reuma had kwam je in een rolstoel. Door al het werk dat jullie hebben gedaan, is dat niet meer zo. Maar de kosten zijn nog wel hoog. Dat komt volgens mij doordat we nog steeds op dezelfde manier geneesmiddelen ontwikkelen.” Een investering van 100 miljard euro per jaar, levert maar 24 moleculen op, stelt Brus. Binnen myTomorrows is bedacht hoe het beter kan, tegen lagere prijzen.



Je kunt ieder jaar minder doen met een miljard dollar. Dat is volgens Brus een wetmatigheid die we niet oplossen door goede deals te sluiten met farmaceuten. Tegelijkertijd zijn steeds meer patiënten goed geïnformeerd. Ze lezen op internet dat er in een ander land een behandelmethodede is die zij van hun dokter niet krijgen. “Dat is raar”, vindt Brus. “De vraag komt niet terug in onze economische modellen. We kijken of het budget gestegen is en nemen aan dat het budget een verhouding heeft

met de vraag. Dat is niet waar. Mensen zijn sneller op hoogte van nieuwe ontwikkelingen, de vraag neemt toe en die kunnen we niet beantwoorden. Wat doe je met een middel in fase 3 dat beter is, maar nog niet approved?”

myTomorrows zet data en moderne technologie in om een verandering te bewerkstelligen. Brus: “We bieden in 18 landen geneesmiddelen aan die zich in een bepaalde klinische fase bevinden en aantoonbaar betere data hebben dan de middelen die ‘approved’ zijn. Soms zijn die middelen wel al in een ander land approved.” De Nederlandse wet biedt hier ruimte voor, maar de financiering vormt vaak een obstakel. In Nederland kan myTomorrows daardoor relatief weinig patiënten bedienen. Dat begint voor hen bij het geven van informatie. Zij maken inzichtelijk welke klinische studies er wereldwijd lopen en waar de pijnpunten in de geneesmiddelontwikkeling zitten. “Als we iets aanbieden aan mensen, willen we daar ook iets voor terug, namelijk data om te zien wat een geneesmiddel in de echte wereld doet.” Door die manier van werken wordt de tijd tussen ontdekking en beschikbaarheid van een middel veel korter. En dat is belangrijk volgens Buis. “Want er is dan veel eerder concurrentie en dat brengt prijzen omlaag.” Ook biedt het ruimte om patenten te delen, zoals in andere industrieën gebruikelijk is. Dat jaagt een snellere doorontwikkeling aan.

Samen met de kopstukken uit tech en farma die hij bijeen heeft gebracht, verwacht Brus een disruptieve innovatie in geneesmiddelontwikkeling te kunnen realiseren. “Hoe lang gaat het duren voor jouw activiteiten impact krijgen?” vraagt Henk Pastoors. Een exact antwoord heeft Brus daar niet op, maar hij is ervan overtuigd dat Nederland een voortrekkersrol kan spelen als we met zijn allen zeggen: we moeten naar een systeem waarbij het geneesmiddel eerder bij de patiënt komt en we monitoren wat er gebeurt.

[Bekijk hier de presentatie van Ronald Brus >](#)

[Bekijk hier de videoregistratie van de inleiding van Ronald Brus >](#)

Bio-Nespresso-apparaat



Het wetenschappelijke leven van professor Huub Schellekens staat in het teken van biologische medicijnen en innovatiewetenschap. 15 jaar geleden constateerde hij een paradox: hoe meer geld we steken in het ontwikkelen van medicijnen, hoe minder we eruit krijgen. De innovatie in de farmaceutische industrie loopt terug. Dat blijkt ook uit een inventarisatie van alle publicaties over placebo-gecontroleerde studies sinds 1966 in vier grote medische tijdschriften. Schellekens: “Op een gegeven moment

gaan we de 0-lijn kruisen: dan ontwikkelen we eigenlijk geen medicijnen meer die iets doen. Wat we zien is een systeemfout waar iedereen aan bijgedragen heeft. De behandeling kan nog wel beter worden, maar niet door nieuw geïntroduceerde middelen.”

Schellekens signaleert twee trends: de orphanisering van geneesmiddelontwikkeling (in 2015 werden voor het eerst meer orphans toegelaten dan andere middelen) en het feit dat steeds meer middelen

op markt zijn terwijl er nog niet voldoende data zijn om het klinische effect te staven. “In de jaren 70 betaalden we 100 dollar om een maand langer te leven, nu 100.000 dollar. Gaat dat onverminderd zo door, dan betalen we over 10 jaar een miljoen voor een extra maand overleven. Het is onmogelijk om alle kankerpatiënten zo te behandelen.”

Het systeem is aan het falen, concludeert Schellekens. Hoe brengen we innovatie terug in de farmacie? Zijn antwoord luidt: via personalized medicine. Dat kunnen we tot uitvoer brengen middels een oud en beproefd systeem: de apotheker die in de apotheek geneesmiddelen produceert. “De technologie is er. In de apotheek wordt een product specifiek voor de patiënt gemaakt op basis van een recept. Het voordeel daarvan is dat er geen markttoelating nodig is en je de vrijheid houdt om aan het middel te sleutelen als dat nodig is.” Een ruwe berekening laat volgens Schellekens zien dat het economisch haalbaar en stukken goedkoper is. Er loopt een pilot in een academisch centrum, veel meer wil hij er nog niet over kwijt.

Als het aan Schellekens ligt, gaan apotheken met een soort bio-Nespresso-apparaat op bestelling een moleculaire stof in farmaceutische vorm leveren. In juni publiceerde hij daar met collega’s over in Nature. Het apparaat bleek in Amerika al beschikbaar, al is het door ‘Homeland Security’ gemaakt met een heel ander doel. “Ik ben erheen geweest. Het ding staat er. Technologisch gezien is er geen probleem.”

[Bekijk hier de presentatie van Huub Schellekens >](#)

[Bekijk hier de videoregistratie van de inleiding van Huub Schellekens >](#)

Toekomstperspectief

Menno Rijk vat de presentaties nog eens krachtig samen voordat erover doorgepraat kan worden tijdens de borrel. “Geneesmiddelen moeten voor iedereen toegankelijk en betaalbaar blijven. Gezien



het regeerakkoord moeten we wel wat doen: dweilen door scherper in te kopen bijvoorbeeld. Doen we dat goed, dan kunnen we wellicht de prijzen verlagen en de middelen toegankelijk houden. Wil je een goed beleid voeren, dan moet je een horizonscan hebben en ervoor zorgen dat jouw ziekenhuis daartoe uitgerust is. Maar uiteindelijk zien we dat we in een niet sustainable systeem zitten. Met steeds minder nieuwe middelen en hogere kosten. Meer

disruptieve technologie is nodig om dat te veranderen.” Tijdens de expertmeeting werden twee initiatieven toegelicht: het eerder beschikbaar stellen van medicatie via myTomorrows en het in de apotheek bereiden van personalized medicine. Beide bieden een perspectief voor de toekomst.

[Bekijk hier de afsluiting door Menno Rijk >](#)

[Bekijk hier de samenvatting van deze Expertmeeting >](#)