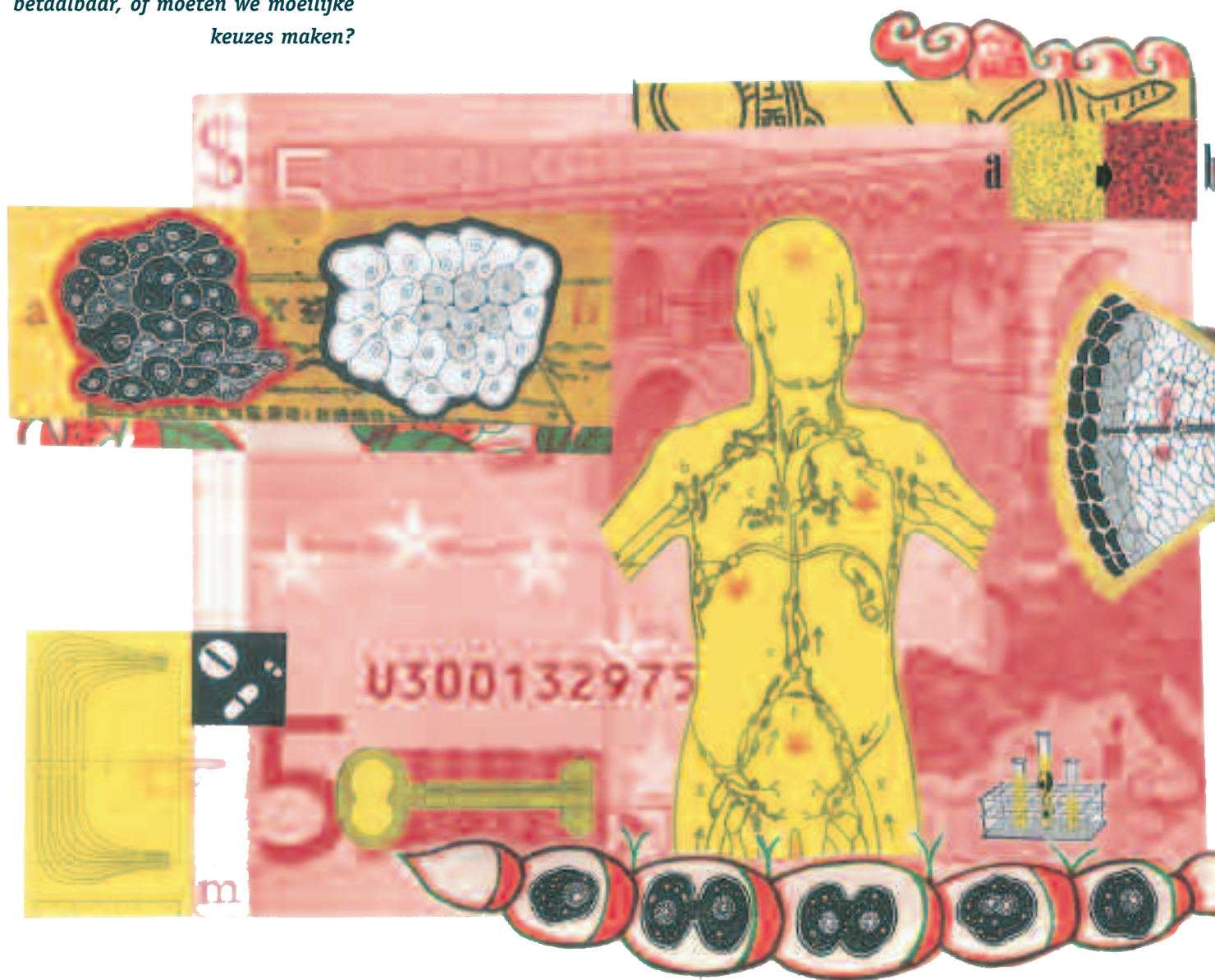


*Slecht nieuws: bijna een op drie Belgen krijgt vroeg of laat te maken met kanker. Goed nieuws: een nieuwe generatie kankermedicijnen kan de levensverwachting van een aantal kankerpatiënten gevoelig verhogen. De kosten zijn wel navenant: 2.000 tot 3.000 euro per patiënt per maand. Blijft dit haalbaar en betaalbaar, of moeten we moeilijke keuzes maken?*

# De prijs van een levensjaar



Professor *Jacques De Grève*, afdelingshoofd medische oncologie in het academische ziekenhuis van de VUB en *Luc Hutsebaut* van de cel geneesmiddelen van de Christelijke Mutualiteiten ontmoeten elkaar regelmatig in de Commissie voor Tegemoetkomingen van Geneesmiddelen (CTG). Aan die tafel wordt besproken welke medicijnen in aanmerking komen voor vergoeding door de Rijksdienst voor Ziekteverzekering en Invaliditeit (RIZIV).

Het RIZIV adviseert de federale minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken onder meer over terugbetalingen. Met de nieuwe generatie kankermedicijnen gaat het dan over het kostenplaatje van een extra levensjaar met redelijke levenskwaliteit, in vakjargon een 'qualy' (*quality adjusted life year saved*). De hamvraag is: hoeveel mag een *qualy* kosten? Hoeveel zijn we bereid te betalen voor de levensverlenging van een zieke medemens?

Moeten we een hiërarchie van behandelbaarheid ontwikkelen?

## **Kankergolf**

Professor De Grève is genuanceerd. "We moeten een hiërarchie ontwikkelen. Maar dan wel puur op basis van de medisch-wetenschappelijke ontvankelijkheid van bepaalde groepen patiënten voor de nieuwe behandelingen en de effectiviteit ervan. Levensverlenging moet daarbij onze



eerste zorg zijn. Bij de blokkers van kankereiwitten (*zie kader*) kunnen we, door een bepaalde test uit te voeren, met grote waarschijnlijkheid voorspellen welke patiënten baat hebben bij deze behandeling, en welke niet. Daardoor kunnen we die dure behandeling gericht voorschrijven. Alleen weet de wetenschap hierover nog niet alles. Er zijn dus uitzonderingen op de regel. Hoever moeten we gaan in het ter beschikking stellen van die medicijnen? Dit is een allesbehalve theoretische discussie wanneer je bedenkt dat zowel het aantal kankers als het aantal behandelingsmogelijkheden zal toenemen. Ook de levensverwachting van de babyboomers stijgt. Men spreekt nu zelfs over een kankerbabyboom of een kankergolf. Door een tijdige behandeling van een aantal andere ziekten, zal kanker steeds meer dé uitdaging voor onze gezondheidszorg vormen. De kosten kunnen makkelijk oplopen tot het totaal van wat we nu jaarlijks in ons land uitgeven voor geneesmiddelen: ongeveer 3,3 miljard euro.”

“Ik krijg de indruk,” vervolgt De Grève, “dat de overheid en andere actoren in de gezondheidszorg de uitdaging onderschatten. Ze menen dat het probleem kan worden opgelost door verschuivingen in het terugbetalingsstelsel van geneesmiddelen, vooral door veel voorkomende klachten, zoals hoge bloeddruk, te behandelen met generieke (*patentvrije en daarom goedkopere, nvdr*) geneesmiddelen. Volgens mij is dat een onderschatting van de uitdaging. We ontsnappen niet aan een significante stijging van het gezondheidsbudget als we een mensenleven willen verlengen, in het bijzonder het leven van kankerpatiënten. We zullen de belastingbetaler hiervoor moeten sensibiliseren. Ik zie wel licht aan het eind van de tunnel. Omdat er de komende jaren steeds meer concurrerende geneesmiddelen op de markt komen, zal het marktmechanisme ook de prijs van die dure kankerbestrijders beïnvloeden. De prijzen zullen dalen. We moeten vandaag durven investeren in de nieuwe geneesmiddelen. Op termijn hoeven we minder bang te zijn voor de betaalbaarheid.”

Ook *Luc Hutsebaut* gelooft dat de uitdaging de komende jaren toeneemt, maar acht de farmaceutische industrie verantwoordelijk voor de hoge kostprijzen. Hutsebaut: “Ik sla wel eens een *Fortune magazine* open en lees dan hoe farmaceutische

bedrijven stevast geroemd worden voor hun stabiele winstgevendheid, hoewel hun onderzoek veel geld vergt en risicovol is. Door hun dividendbeleid zijn de farmaceutische conglomeraten zeer geliefd bij beleggers. Waaraan hebben we de hoge prijzen van de nieuwe generatie kankerbestrijders eigenlijk te danken? Is het omdat een groot deel van de winst wordt uitbetaald aan de aandeelhouders en er veel geld in marketing en promotie wordt gepompt? Of ligt de productieprijs vreselijk hoog? De dag dat men mij uitlegt dat

invloed uitoefenen op farmaceutische bedrijven? Weinig of niet, zo blijkt uit een vraag aan Roche, de producent van Herceptine (*zie kader*), naar aanleiding van een Finse studie. Roche diende bij het CTG een dossier in voor de terugbetaling van Herceptine bij bepaalde borstkankerpatiënten. Roche vroeg om een registratie voor een behandelingsduur van een jaar en een vastgestelde behandelingsdosis, en kreeg dat ook. Recent bleek echter uit een Finse studie dat Herceptine ook

## Nieuwe kankertherapieën zijn duur

de grondstof van de maan komt, begrijp ik hun kostprijs. Men vraagt van de overheid – en dus van de belastingbetaler – wel de bereidheid om fors te investeren in geneesmiddelen. Maar het lijkt mij ethisch onaanvaardbaar dat de farmaceutische bedrijven weinig transparantie bieden over de reële kostprijs van hun producten. Het frustrerende is dat we zo weinig invloed hebben op de prijszetting. Onze overheid is geen slechte onderhandelaar. Maar zelfs als we daardoor enkele procenten onder de gangbare internationale prijs zitten, blijft het een Pyrusoverwinning.”

### Een medicijn moet renderen

Kan de overheid dan helemaal geen

prima resultaten oplevert bij een kortere toepassing, namelijk van negen weken in plaats van een jaar, en bij een vijfde van de standaarddosis. Een prima aanleiding om aan Roche te vragen het medicament ook te laten registreren voor een kortere duur en dosis, zodat deze – vanzelfsprekend goedkopere – toepassing ook terugbetaalbaar zou worden. Roche blijkt niet geïnteresseerd. Het is natuurlijk makkelijk om te stellen dat de Finse studie te klein is en geen rekening houdt met bepaalde variabelen. Nieuw onderzoek zou het beeld kunnen bijstellen. Maar laat dit nu net iets zijn waar farmaceutische bedrijven geen belang bij hebben. Ze hebben jarenlang zwaar geïnvesteerd in onderzoek en ont-

## De nieuwe generatie kankermedicijnen

Er zijn twee grote groepen in de nieuwe generatie kankermedicijnen. Enerzijds zijn er de *monoclonal antibodies* en *small molecules* die door het blokkeren van kankereiwitten in een kanker cel de groei van die kanker belemmeren of die een kanker cel doen afsterven. Anderzijds zijn er angiogeneseremmers die ingrijpen op nieuwgevormde bloedvaten die naar de tumor leiden, en dus de tumor cel zonder voeding zetten. Glivec, Tarceva, Herceptine en Erbitux zijn medicijnen van de eerste categorie. Sutent en Avastine horen in de tweede categorie thuis. De discussie over

de betaalbaarheid van deze medicijnen kwam vooral in de media naar aanleiding van de ontdekking van Herceptine, dat de vroege sterfte bij borstkanker vermindert met 30%. De kostprijs van Herceptine bedraagt ongeveer 35.000 euro per jaar per patiënt. De prijs van de andere medicamenten is vergelijkbaar. De ‘overlevingswinst’ die deze medicijnen opleveren varieert, afhankelijk van de ziekte en van de patiënt. Ze kan enkele maanden tot vele jaren bedragen.

## De uitdaging wordt groter

Het aantal kankerpatiënten blijft toenemen. Omdat er gaten zitten in de registratiegegevens van Brussel en Wallonië, biedt Vlaanderen de meest betrouwbare cijfers. De meest recente gegevens: in 2002 werden 17.045 nieuwe diagnoses van kanker vastgesteld bij mannen en 14.020 bij vrouwen. In 2003, het meest recente jaar waarover we gegevens hebben, waren er 18.062 nieuwe diagnoses bij mannen en 14.577 bij vrouwen. Als je mee in rekening brengt dat de meeste mensen meer dan een jaar kampen met kanker en dat sommige trage kankers jarenlang behandeld moeten worden, dan kom je aan een behoorlijk aantal mensen dat met de ziekte worstelt. Wetenschappers waarschuwen dat de stijgende aantal kankergevallen niet mag worden verstaan als een stijging van het risico op het ontwikkelen van een kwaadaardige aandoening. De voornaamste reden van de toename is de vergrijzing van de bevolking. Georganiseerde borstkanker- en prostaatkrankerscreening dragen bij tot de vroegtijdige ontdekking van de kankers. Aangezien de vergrijzing van de bevolking nog lang niet op het hoogtepunt zit, wordt ook de uitdaging om tijdig en efficiënt te behandelen groter.

Info: [www.kankerregister.org](http://www.kankerregister.org)

wikkeling van een nieuw medicament, en willen een optimaal rendement halen. Waarom zouden ze extra geld pompen in een product waarvan de patentrechten doorgaans na vijftien jaar vervallen – waarna het product goedkoper door andere fabrikanten op de markt gebracht kan worden? De overheid zou de investering voor de farmaceutische bedrijven aantrekkelijker kunnen maken door, in ruil voor bijkomend onderzoek, de patentrechten te verlengen, meent Jacques De Grève. Of ze zou aan de terugbetaling de voorwaarde van bijkomend onderzoek kunnen koppelen. Zonder nieuwe indicaties dat een andere toepassing ook werkt, zoals bij de Finse studie met Herceptine, is er echter niet meteen een aanleiding om die voorwaarde te stellen.

### Democratische gezondheidszorg

Moeten we dan zonder meer aanvaarden dat het bijzonder veel kost om kankerpatiënten langer in leven te houden?

Kunnen we die behandelingen voor iedereen blijven betalen? Luc Hutsebaut: "Laten we ons geen illusies maken. We kunnen niet om het even wat betalen per

Sommige Nederlandse patiënten komen bij ons terecht. Vaak blijkt dat hen in Nederland nuttige behandelingen werden ontzegd. Wij hebben er vooralsnog voor

**"De dag dat ze mij uitleggen dat hun grondstof van de maan komt, begrijp ik de hoge kostprijs van de geneesmiddelen."**

patiënt per jaar zonder dat de financiering van het gezondheidssysteem in het gedrang komt. Wat geldt als een aanvaardbaar bedrag, is onderhevig aan verschuivingen. Een paar jaar geleden gingen men uit van een maximum van 30.000 euro per extra levensjaar per patiënt, maar die grenzen verschuiven. Nu houdt men het in de meeste landen op 35.000 tot 40.000 euro per jaar per persoon. In Engeland gaat die bovengrens al in de richting van 60.000 euro. Wat moeten we doen als we daarboven zitten? Aan een patiënt zeggen dat we de behandeling stopzetten? Zo'n vaart loopt het vooralsnog niet. Als een middel echt zijn waarde heeft bewezen voor levensverlenging blijven we doorbehandelen. Maar hoe moeten we dat betaalbaar houden? Als we het Nieuw-Zeelandse model van openbare aanbestedingen voor bepaalde behandelingen volledig zouden overnemen, dan zouden we daarmee geld kunnen uitsparen voor de nieuwe kankerbestrijders. Nu wordt dat model halfslachtig toegepast."

We moeten te allen prijze vermijden om een hiërarchie van patiënten op te stellen en het recht op behandeling van iets anders te laten afhangen dan van medische gronden. Leeftijd bijvoorbeeld. Jacques De Grève: "Ouderen worden nu reeds regelmatig gediscrimineerd door hen een minder energieke behandeling te geven dan jongeren. Gelukkig aanvaardt niemand in ons land een leeftijdslimiet voor het inzetten van de nieuwe, dure geneesmiddelen. In sommige landen moeten artsen moeilijker beslissingen nemen dan bij ons. In de Nederlandse gezondheidszorg wordt bijvoorbeeld met een enveloppenfinanciering gewerkt: artsen moeten binnen hun budget blijven en moeten kiezen wie ze al dan niet kunnen behandelen.

gekozen om de terugbetaling van voorgeschreven geneesmiddelen voor iedereen toegankelijk te houden. In vele andere landen, ook Europese, wordt er gediscrimineerd op basis van sociaaleconomische status en heeft men een kankergeneeskunde met twee snelheden. Ik zou niet graag zien dat buitenlandse systemen bij ons geïmporteerd worden. Het omgekeerde zou beter zijn: België kan als een referentieland gelden op het vlak van democratische gezondheidszorg. Laten we het alsjeblieft zo houden door vooruit te durven denken."

tekst | **Ria Goris**