

R&D-kosten medicijnen bestaan voor meer dan de helft uit kapitaallasten

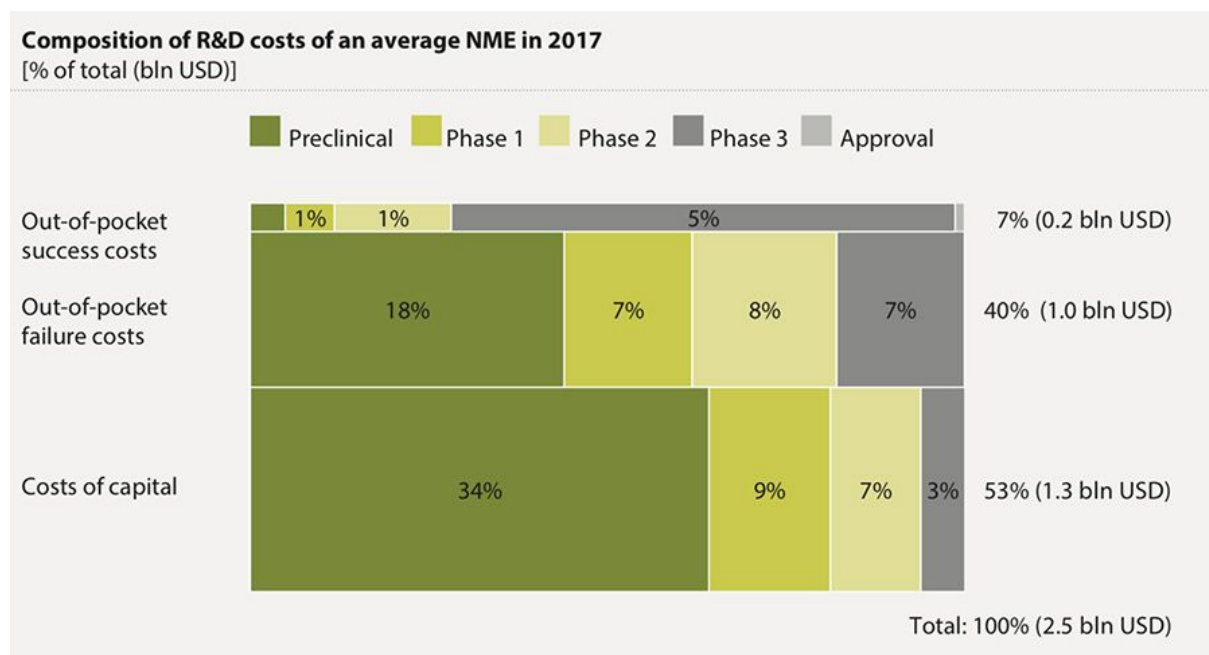
Slechts 7% van de research & development-uitgaven van farmaceutische bedrijven gaan op aan medicijnen die op de markt komen. 40% bestaat uit kosten voor medicijnen die de markt nooit halen, en de overige 53% gaat op aan kapitaallasten: “Een medicijn ontwikkelen duurt tien tot vijftien jaar”, zegt onderzoeker Daan Livestro van Gupta tegenover NRC. “Investeerders steken daar miljoenen in en verwachten rendement.”

In 2015 groeide Martin Shkreli in een mum van tijd uit tot een van de meest gehate mensen van de VS. Nadat hij met zijn bedrijf Turing het productierecht van het medicijn Daraprim kocht, liet hij de prijs van het middel – dat onder meer gebruikt om toxoplasmose te behandelen bij aidspatiënten – met 5456% stijgen, van \$13,50 naar \$750 per pil. “Als er een bedrijf zou zijn dat Aston Martins verkocht voor de prijs van een fiets, en we kopen dat bedrijf en vragen om Toyota-prijzen te gaan rekenen, denk ik niet dat dat een misdaad zou moeten zijn”, verdedigde Shkreli zijn beslissing destijds (met weinig succes).

Ook in Nederland zorgen extreme prijsstijgingen van medicijnen weleens voor [verontwaardiging](#). Zo besloot het AMC in Amsterdam vorig jaar een proefproces uit te lokken door zelf het medicijn CDCA te gaan namaken, nadat de Italiaanse producent Ladiant de prijs van het bewuste medicijn liet exploderen, waardoor de behandeling voor patiënten jaarlijks maar liefst €120.000 duurder werd.

Hoge ontwikkelkosten

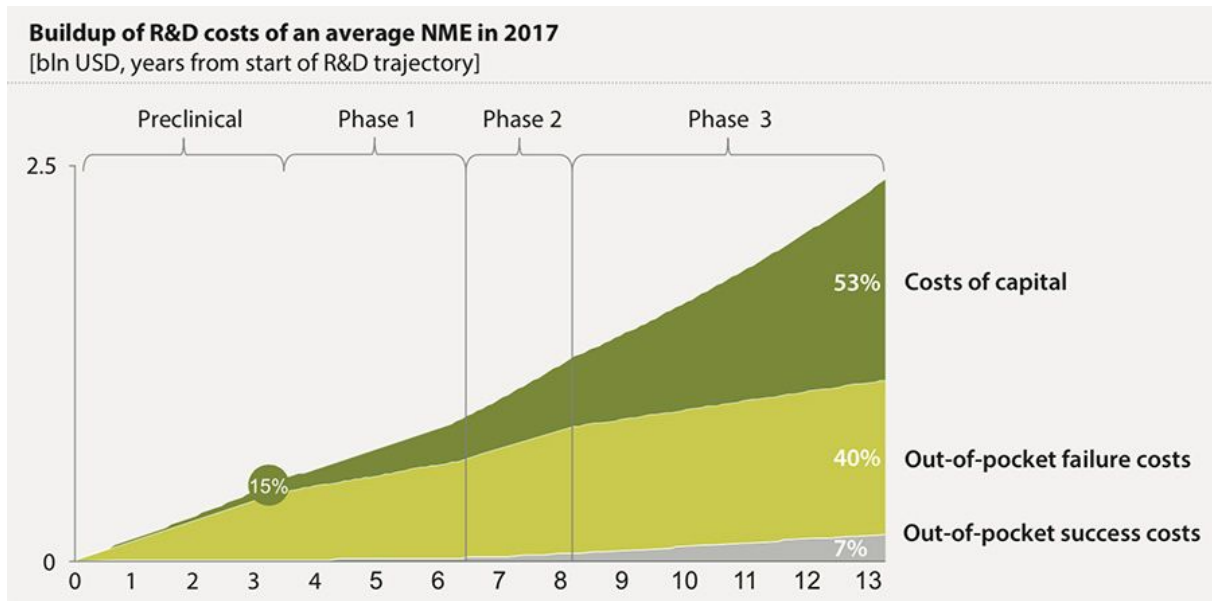
Bij dergelijke extreme prijsstijgingen wordt vaak gewezen op de hoge kosten die gepaard gaan met de ontwikkeling van een medicijn. [Gupta](#) besloot te onderzoeken hoe hoog deze kosten daadwerkelijk liggen, en hoe ze zijn opgebouwd. Hieruit blijkt dat de uitgaven inderdaad niet mals zijn: gemiddeld kost de ontwikkeling van een nieuw medicijn \$2,5 miljard. De kosten kunnen sterk verschillen per medicijn. Zo zijn de kosten voor een zogeheten ‘weesmedicijn’ – gericht op een zeldzame aandoening – met \$0,5 miljard relatief laag. Anderzijds kan de ontwikkeling van een kankermedicijn tot wel \$6,5 miljard kosten.



De hoge kosten lijken farmaceuten wellicht enigszins gelijk te geven in hun rechtvaardiging van de vaak hoge medicijnprijzen, maar het onderzoek laat zien dat de R&D-kosten maar in zeer beperkte mate betrekking hebben op geneesmiddelen die uiteindelijk in de apotheek belanden: slechts 7% wordt besteed aan medicijnen die de markt halen. Een veel groter deel (40%) gaat naar de ontwikkeling van medicijnen die nooit zover komen. Zo wordt er al jarenlang gezocht naar een middel tegen alzheimer, maar is er nog altijd geen geschikt medicijn gevonden.

Weggegooid geld?

Terwijl deze kosten voor niet op de markt verschenen medicijnen misschien moeilijk te vermijden zijn – het is de aard van research & development dat je van tevoren niet precies weet wat het uiteindelijke resultaat zal zijn – lijkt het moeilijker te verkroppen dat een nog groter deel bestaat uit kapitaallasten. Meer dan de helft van alle uitgaven (53%) gaan hieraan op. Het gaat enerzijds om de rente die over leningen wordt betaald en anderzijds om de kosten van eigen vermogen, oftewel de kosten die een farmaceut maakt als de ontwikkeling wordt bekostigd uit eigen zak. Dit geld kan pas weer worden gebruikt als het medicijn op de markt is gekomen en geld heeft opgebracht.

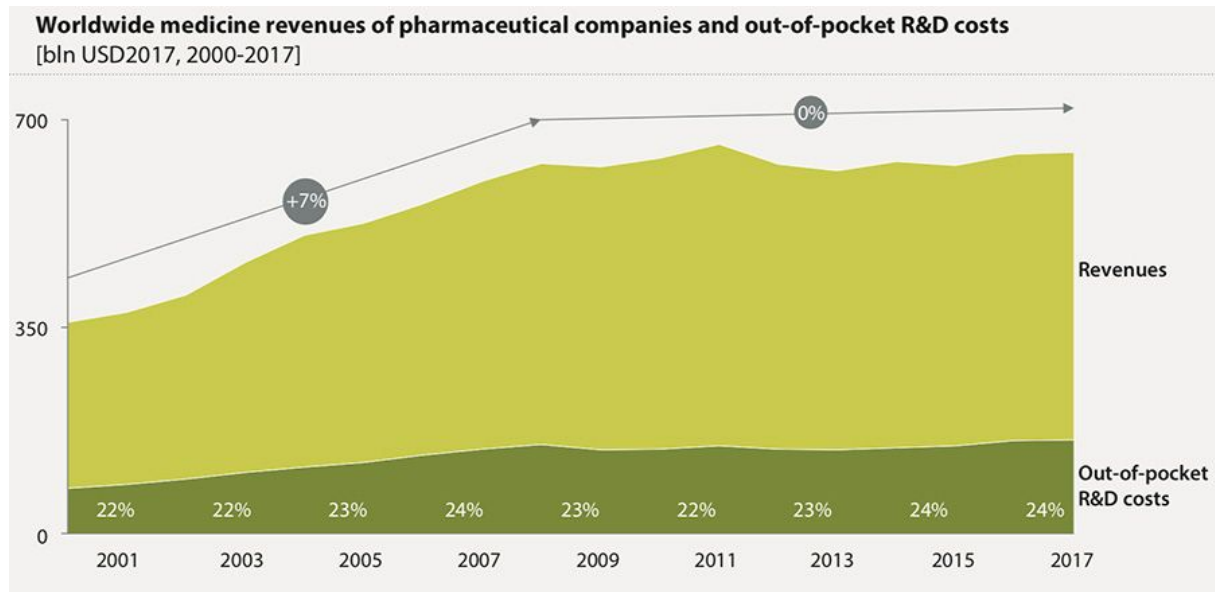


De hoge kapitaallasten hangen grotendeels samen met de lange ontwikkeltijden van medicijnen. Waar de kapitaallasten na de preklinische fase van het onderzoek – die gemiddeld zo'n drie jaar in beslag neemt – uitkomen op slechts 15% van de R&D-kosten, is dit aan het eind van een dertienjarig ontwikkeltraject opgelopen tot 53%.

Gupta adviseert op basis van zijn bevindingen dan ook om de doorlooptijd van het onderzoek korter te maken, onder meer door medicijnen eerder toe te staan op de markt. Verder kan de verkoop van intellectueel eigendom door universiteiten aan farmaceuten worden gereguleerd, om de zo benodigde hoeveelheid financiering omlaag te brengen, en zouden publieke financieringsbronnen met lagere rentetarieven de kapitaallasten kunnen drukken.

Wat de gek ervoor geeft

Dit zou de R&D-kosten kunnen beteugelen, maar lagere ontwikkelkosten vertalen zich niet automatisch in lagere medicijnprijzen. Terwijl de farmaceuten zich wel beroepen op de ontwikkelkosten om de hoge prijzen te rechtvaardigen, blijken ze doorgaans de 'marktprijs' te hanteren wanneer ze het patent op een medicijn in handen hebben. "Dat is, oneerbiedig gezegd, wat de gek ervoor geeft. En dat is veel als het gaat om gezondheid, soms leven of dood", stelt het NRC.



Ter illustratie geeft de krant het voorbeeld van het eierstokkankermedicijn niraparib. De Amerikaanse fabrikant Tesaro spendeerde €1,8 miljard aan de ontwikkeling. Carin Uyl-de Groot, hoogleraar evaluatie van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, berekende dat een redelijke marktprijs met winst dan zou uitkomen op ongeveer €14.500. In de praktijk betalen zorgverzekeraars echter zo'n €127.000 per jaar.

Weesmedicijnmisbruik

Dat farmaceuten zich in hun prijsbeleid weinig aantrekken van ontwikkelkosten (en de publieke opinie) blijkt ook wel uit het eerdergenoemde Leadiant. In Europese wetgeving is bepaald dat fabrikanten tien jaar lang het alleenrecht hebben op de productie van een weesmedicijn. Dit om fabrikanten te helpen bij de ontwikkeling van zo'n middel tegen een zeldzame ziekte, waaraan vanwege de kleine markt relatief weinig geld te verdienen. Door een monopolie te verlenen, kunnen toch de ontwikkelkosten worden terugverdiend.

Leadiant gebruikte deze regel echter op een slinkse manier: CDCA werd ontwikkeld tegen galstenen, maar bleek toevallig ook te werken tegen de ernstige, zeldzame stofwisselingsziekte CTX. Dit bood Leadiant de mogelijkheid het medicijn te registreren tegen CTX, waarmee het de status van weesgeneesmiddel kreeg. Zo verwierf Leadiant het monopolie dat het bedrijf in staat stelde de prijs te laten exploderen. Dit zonder dat er enige extra ontwikkelkosten werden gemaakt: het medicijn bestond immers al.

AcademieNieuwezorg

Bekijk hier het programma 2020 en meld u hier aan

Bekijk [hier](#) de Raad van Inspiratie van de AcademieNieuwezorg

Ondanks dergelijke kanttekeningen, kan het terugbrengen van R&D-kosten wel positieve gevolgen hebben. Zo wordt het aantrekkelijker medicijnen te ontwikkelen voor zeldzame ziekten, en kan het concurrentie bevorderen omdat het makkelijker wordt voor kleinere bedrijven om zich te mengen in de farmabranche.

Of de ontwikkelkosten ook daadwerkelijk gaan dalen zal echter nog moeten blijken: de afgelopen decennia zijn ze alleen maar opgelopen. Het Amerikaanse Tufts Center for the Study of Drug Development becijferde dat – inclusief inflatiecorrectie – de ontwikkeling van een medicijn vandaag de dag tweeënhalve keer zo duur is als in 2003.



De AcademieNieuwezorg is een initiatief van TopSupport en staat onder regie van de conceptuele bedenker en voorheen inhoudelijk verantwoordelijke voor de Masterclass NieuweZorg 3.0, bezoek onze [website](#) voor meer informatie.

[AcademieNieuwezorg](#) - Roelof Hartplein 13H - 1071 TS Amsterdam - info@academie-nieuwezorg.nl - (020) 845 40 18