

‘Discussie medicijnen gaat te eenzijdig over prijzen’

Directeur en bestuurder Paul Korte van Janssen kan zich opwinden over de terughoudendheid in Nederland voor nieuwe geneesmiddelen. Een van de belangrijkste aandachtgebieden van Janssen is oncologie, maar vorige maand besloot het op een na grootste farmaceutische bedrijf van Nederland een ebolavaccin te gaan ontwikkelen.

34

Pharm weekbl 7 november 2014:149-45

Auteur **Frits Baltesen**

“De discussie over kosten in de zorg op het gebied van geneesmiddelen is wat aan het doorslaan”, zegt directeur en bestuurder Paul Korte van Janssen, na MSD het grootste farmaceutische bedrijf van Nederland. “Slechts een half procent van de medicijnen die worden voorgeschreven, is de laatste vijf jaar op de markt gekomen. Ik vind het goed dat er doelmatig wordt voorgeschreven en dat er standaarden en richtlijnen zijn, maar het slaat door als die richtlijn niet op de goede manier wordt gebruikt.”

“Nieuwe middelen tegen diabetes worden in Nederland niet met open armen ontvangen. Ik vind het jammer en onverstandig. Daarmee gooi je de deur dicht voor nieuwe ontwikkelingen. Ik weet zeker dat er patiënten zijn die baat hebben bij die middelen.”

Paul Korte begon in openbare apotheek

Paul Korte heeft farmacie gestudeerd en was na zijn studie korte tijd werkzaam als openbaar apotheker en projectapotheker. Daarna maakte hij de overstap naar de farmaceutische industrie. Hij heeft in verschillende functies gewerkt in klinisch onderzoek en marketing.

Eind jaren negentig kwam hij bij Janssen en werd hij onder meer verantwoordelijk voor de *corporate affairs*-afdeling. Sinds 2009 is hij directeur en bestuurder van Janssen.

Janssen is wereldwijd de farmaceutische divisie van het Amerikaanse bedrijf Johnson & Johnson met in totaal 40.000 medewerkers, van wie tweeduizend in Nederland. Van hen werken er 150 mensen op het hoofdkantoor in Tilburg en de rest bij Janssen Biologics en bij Crucell in Leiden.

Korte stelt dat richtlijnen voor zorgverzekeraars een soort maatstaf voor doelmatigheid geworden zijn: “Ze gaan ervan uit dat als je je niet houdt aan de richtlijn, je ondoelmatig bezig bent. Ander nadeel van richtlijnen is dat ze uitgaan van een gemiddelde patiënt, die dan ook met de standaard moet worden behandeld: eerst middel A, dan B, et cetera. Terwijl hij mogelijk veel beter af is met C.”

“In Nederland hebben we een perfecte infrastructuur om nieuwe geneesmiddelen in de praktijk op te volgen en zo *evidence* te genereren. Maar het ontbreekt aan een gezamenlijke aanpak. Het is zo versnipperd. Partijen zitten op hun data en zijn bang om te delen – ook van en naar de industrie – en ik vind dat jammer.”

Belangrijk onderzoeksgebied van Janssen is oncologie. Waar verwacht u het meeste van?

“We richten ons op vijf therapeutische gebieden: infectieziekten, oncologie, immunologie, metabole ziekten en neurowetenschappen. We beseffen goed dat we alleen producten op de markt kunnen brengen waarmee we verschil kunnen maken. Dat is moeilijk, want je moet acht à tien jaar vooruit kijken.”

Hemato-oncologie

“Waar we al tien jaar mee bezig zijn is de hemato-oncologie. Dat is ons speerpunt. We hebben vorige maand ons laatste middel



Foto Studio Oostrum

geregistreerd: Imbruvica (ibrutinib) tegen chronische lymfatische leukemie. Ibrutinib is een selectieve remmer van Brutons tyrosinekinase (BTK). Het is een *targeted nonchemo therapy*: oraal en zonder de bijwerkingen van een chemo. Achter ibrutinib zit nog een aantal veelbelovende producten in de pijplijn.”

“Op hetzelfde terrein hebben we onlangs Sylvant (siltuximab) gelanceerd. In Nederland ontdekt, ontwikkeld en geproduceerd. Het is geregistreerd voor de behandeling van *multicentric Castelman’s disease*, een weesindicatie. In Nederland wordt er nu één patiënt mee behandeld. De ontwikkeling van Sylvant is begonnen bij de bloedbank in Amsterdam, waar men iets ontdekte dat verder werd ontwikkeld door het bedrijf Centocor, dat nu deel uitmaakt van Janssen.”

“We hebben sinds mei dit jaar Sirturo (bedaquiline), dat is geregistreerd voor multidrugresistente tuberculose. Op dit gebied is de laatste veertig jaar weinig gebeurd, terwijl je wel de resistentie tegen de huidige tbc-middelen ziet toenemen, zoals in Rusland, China, India en Zuid-Afrika. Sirturo stopt de energietoevoer naar cellen en je moet het toevoegen aan andere middelen.”

Hoe krijg je ze naar de patiënten in de ontwikkelingslanden?

“Dat is het grote probleem in Afrika: de infrastructuur ontbreekt, artsen ontbreken, de

basale dingen ontbreken om die medicijnen beschikbaar te maken. Om diarremiddelen bij patiënten te krijgen, werken we samen met Coca Cola. Want waar je daar ook komt: Coca Cola vind je overal. In de kratten van Coca Cola zijn lege ruimtes, dus we hebben een verpakking ontwikkeld die in die ruimten past. Zo komen we met hulp van Coca Cola in de kleinste dorpen. Dat helpt voor een aantal aandoeningen, maar bijvoorbeeld niet voor tbc: die behandeling is te ingewikkeld en te langdurig.”

Hoe maakt u middelen betaalbaar, in ontwikkelingslanden en in het westen?

“Ik denk niet dat we ooit veel gaan verdienen aan Sirturo. In landen die het kunnen betalen is de incidentie heel laag en landen met een hoge incidentie kunnen het niet betalen. We hebben een model ontwikkeld waarmee we de prijs bepalen aan de hand van het bruto nationaal product en het zorgbudget van dat land. In Oost-Europa heb je een lagere welvaart en meer incidentie. We willen dit model hanteren voor Sirturo.”

“We onderhandelen met Roemenië over het beschikbaar maken van onze nieuwe geneesmiddelen tegen hepatitis C. Daar is een hoge prevalentie van hepatitis C, maar dat land kan een behandeling voor iedereen niet betalen.”

“Voor hiv-middelen maken we apart afspraken met overheden of we geven licenties

PAUL KORTE OVER DE OVERHEVELING:
“ZIEKENHUIZEN ZIJN TOCH VEEL
MINDER INGERICHT OP FREQUENTE EN
LAAGDREMPelige CONTACTEN MET
PATIËNTEN DAN DE APOTHEEK IN DE
WIJK?”

EEN NADEEL VAN RICHT- LIJNEN IS DAT ZE UITGAAN VAN EEN GEMIDDELDE PATIËNT

voor lokale productie. Ook doen we mee aan het programma *Children without worms* in ontwikkelingslanden. Kinderen met wormen zijn moe, hebben diarree en gaan niet naar school: dat zijn echte problemen. We veranderen de formulering zodat het makkelijker is deze middelen in te nemen en we stellen ze gratis ter beschikking.”

“Het risico is dat goedkope of gratis middelen via een omweg in de westerse wereld terecht komen. Dat is gebeurd, maar niet met onze middelen: sommige mensen hebben daar veel geld aan verdiend. Het is een risico, maar geen reden om dit niet te doen.”

Wat zijn de voor- en nadelen van de overheveling van geneesmiddelen naar de ziekenhuizen?

“Die overheveling vind ik een hele rare beweging. Aan de ene kant wil de overheid zo veel mogelijk naar de eerste lijn brengen, in de wijken. Maar de geneesmiddelen worden overgeheveld naar iets dat er verder van afstaat: de tweede lijn.”

“Laten we eerlijk zijn: ziekenhuizen zijn toch veel minder ingericht op frequente en laagdrempelige contacten met patiënten dan de apotheek in de wijk? Vooral oudere patiënten gaan liever naar hun apotheek op de hoek: je hoeft geen afspraak te maken en ze kennen je. De overheveling is ingegeven door kostenbesparing. Maar de patiënt is niets gevraagd.”

Overheidsingrijpen

“Bestuursvoorzitter Marcel Levi van het AMC blies onlangs zijn stoom af door te fulmineren tegen de hoge prijzen van nieuwe geneesmiddelen. Hij roept op tot meer overheidsingrijpen. Dan zeg ik: nog meer? Met de WGP, het pakketbeheer door het Zorginstituut, de voorwaardelijke toelating en de prijsarrangementen heeft de minister al zoveel sturingsmogelijkheden. Hoeveel Kamerbrieven heeft zij daarover niet gestuurd? En dan hebben we het nog niet over de inkoopmacht van ziekenhuizen.”

“Wat mij verbaast is dat er zo weinig aandacht is voor het feit dat juist op farmaceutische zorg de afgelopen tijd zoveel is bespaard en er nauwelijks wordt gesproken over de waarde van medicatie, zeker in de oncologie.

Janssen ontwikkelt vaccin tegen ebola

Janssen heeft vorige maand in Leiden een team geformeerd van ongeveer negentig onderzoekers dat een vaccin gaat ontwikkelen tegen het ebolavirus. Dat gebeurt in samenwerking met de Division of Microbiology and Infectious Diseases (DMID), onderdeel van het NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases) en de Amerikaanse National Institutes of Health (NIH). De NIH is het grootste researchfonds ter wereld op het gebied van medische zorg met een jaarlijks budget van ongeveer € 25 miljard.

“In ons ebolateam moet alles kunnen”, zegt directeur Paul Korte van Janssen. “Begin volgend jaar doen we al eerste testen in mensen.” Janssen praat voor verdere uitbreiding van zijn ebola-onderzoeksteam met biotechbedrijf Bavarian Nordic, dat is gespecialiseerd in de ontwikkeling en fabricage van vooral immunotherapie en middelen tegen infectieziekten.

Korte: “Snelheid is nodig bij de ontwikkeling van een ebolavaccin. Ik vergelijk het met die tijd waarin een middel voor hiv werd gezocht. We hebben de basiskennis, daar moeten we nu wat mee.” Crucell, een bedrijf dat door Janssen enkele jaren geleden werd overgenomen, was al in 2002 bezig met de ontwikkeling van een vaccin. Dat onderzoek werd stopgezet vanwege een te lage bescherming tegen het virus.

Het ebolateam van Janssen probeert een middel te ontwikkelen dat is gebaseerd op adenovirussen met een lage wereldwijde seroprevalentie. Korte: “Daardoor is de kans klein dat voor dat middel snel immuniteit ontstaat.”

De discussie gaat te gemakkelijk en te eenzijdig over prijzen, daar waar het over waarde en innovatie zou moeten gaan.”

Hoe ziet u de rol van apothekers?

“Ik ben zelf apotheker en hier op het kantoor in Tilburg zijn acht van de 150 mensen apotheker: ze werken in diverse functies. Openbaar apothekers hebben een brede farmaciekennis en moeten nu de wijken in. Daar kunnen ze van grote waarde zijn.”

“Ik vind dat apothekers zich meer inhoudelijk moeten bezighouden met farmacie en minder met logistieke dingen, commercie en financiën. Door die beweging naar de wijken kunnen apothekers dichter bij de patiënt en huisarts gaan werken. Tussen huisarts en apotheker is nog te veel afstand en te weinig overleg. Dan bedoel ik niet algemeen overleg, maar gewoon samen overleggen over wat het beste is voor een patiënt.” ■

**IBRUTINIB IS
EEN TARGETED
NONCHEMO
THERAPY,
ZONDER
BIJWERKINGEN
VAN CHEMO**