

# Dure kankermedicijnen niet bij voorbaat taboe

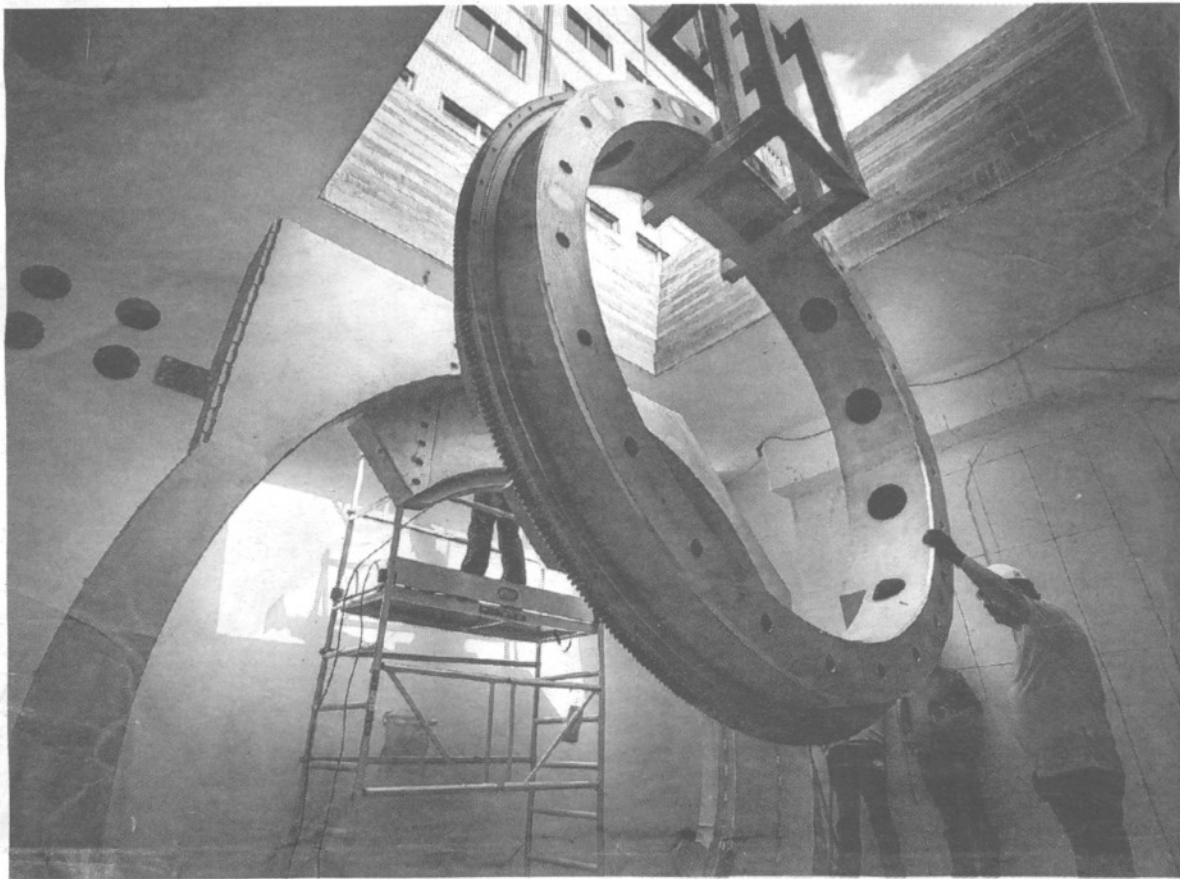
**M**oeten artsen patiënten zeer dure geneesmiddelen weigeren? Deze vraag is weer actueel door een nieuw indringend rapport van het Koningin Wilhelminafonds Kankerbestrijding over dure kankergeneesmiddelen. Het fonds stelt daarin voor dat politiek, patiënten en zorgverleners bepalen hoeveel geld een extra gezond levensjaar waard is. Boven dat grensbedrag worden medicijnen dan niet meer vergoed. Daar zijn kanttekeningen bij te plaatsen. Zo zijn er bijvoorbeeld besparingen mogelijk in de oncologische zorg, wat het onethisch maakt om bovenstaande vraag met 'ja' te beantwoorden.

Nu vinden er nacontroles plaats bij kankerpatiënten die wetenschappelijk niet zijn onderbouwd. Die kunnen vervallen, concludeerde eerder de Gezondheidsraad. Verder is de bezettingsgraad van dure radiotherapeutische apparatuur laag. Laten radiotherapeuten ook in de middagen en de weekenden bestralen, dat verlaagt de kosten. Daarnaast vindt 'overdiagnostiek' plaats en leiden diverse screeningsprogramma's niet tot een daling van sterfte aan kanker.

## Gezamenlijke beslissing

De vraag is ook: Hoe kunnen we met het bedrag dat nu wordt uitgegeven aan oncologische zorg het beste de levensduur van kankerpatiënten en hun kwaliteit van leven verbeteren? Meer antirook-campagnes financieren? Meer of minder screening? Een protonenbestraler? Of toch: meer, zeer dure geneesmiddelen? Het veld zou in eerste instantie deze vraag moeten beantwoorden, voordat het zich concentreert op die dure geneesmiddelen.

Bovendien, aan de vraag: 'Moet alles wat kan?', gaat een vraag vooraf: 'Moet je alles willen, wat kan?'. Internationale studies wijzen uit dat pa-



Installatie van een precisiebestralingssysteem in het UMC Utrecht. FOTO ANP

tiënten bij *shared decision making* (SDM) (zo heet die gezamenlijke besluitvorming in vakjargon) vaker kiezen voor niet-ingrijpende behandelingen. SDM is nog lang niet altijd praktijk in Nederland, zodat onnodig doorbehandelingen plaatshebben. Het is aannemelijk dat minder ingrijpende behandelingen meestal ook goedkoper zijn. Uiteindelijk rest ook nog de vraag of die dure geneesmiddelen inderdaad tot hogere kosten zullen leiden.

Het biologisch opkweken van medicatie die rekening houdt met DNA-mutaties van de kankerpatiënten maakt *personalized medicine* mogelijk.

Dat gaat de kosten van de oncologische zorg verhogen én verlagen. Die verlaging kan optreden indien chemokuren minder worden voorgeschreven aan patiënten met een ongeschikt DNA-patroon. Zo lang de economische consequenties van *personalized medicine* onduidelijk zijn, is het beantwoorden van de vraag: 'Moet alles, wat kan?', voorbarig.

## Rijksinkoopbureau

Op dit moment kopen ziekenhuizen die dure geneesmiddelen in. Zij zijn geen partij voor de internationale farmaceutische industrie. Het is beter dat de nationale overheid via een

soort rijksinkoopbureau op deze markt optreedt als koper. In Nieuw-Zeeland doet de nationale overheid dat met succes. In Denemarken reguleert de rijksoverheid welke artsen onder welke criteria de medicatie kunnen voorschrijven. Dat leidt tot lagere kosten voor medicatie dan in Nederland. Het lost het probleem van: 'Moet alles, wat kan?', weliswaar niet op, maar maakt het *wel kleiner*.

Daarmee is aan de vraag: 'Hoeveel geld is een extra gezond levensjaar waard?', waarschijnlijk niet te ontkomen. Maar dat bedrag is alleen te noemen in bovengeschetste bredere context.