



PANORAMA VAN DE ZORG



Panorama van de Zorg

Oncologische zorg als graadmeter
voor het (ambitie)niveau van
de Nederlandse gezondheidszorg?

PANORAMA BERAAD 25 MAART 2025

PANORAMA VAN DE ZORG 2025

De (oncologische) zorg in Nederland behoort tot de beste ter wereld. Toch zijn er de nodige uitdagingen als het gaat om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en beschikbaarheid van zorg. Daarover ging het gesprek op het Panorama van de Zorg, een initiatief van Blommestein Groep en MSD. Op 25 maart 2025 kwam een divers gezelschap deskundigen bij elkaar tijdens een kleinschalig denktankdiner in Hotel New York.

Hoe zorgen we ervoor dat patiënten snellere toegang krijgen tot medicijnen? Hoe voorkomen we dat dure geneesmiddelen worden ingezet bij patiënten die hier geen baat bij hebben? Hoe krijgen we meer transparantie in de beprijzing van geneesmiddelen? En op welke schaal moeten we deze uitdagingen aanpakken? Deze en andere vragen kwamen aan bod tijdens het debat.

Stijgende zorgkosten beteugelen

“De Nederlandse oncologische zorg is goed, maar we lopen tegen grenzen aan,” zegt John Haanen, internist-oncoloog, AvL en hoogleraar Translationele Immuuntherapie, LUMC. Een van die grenzen is de prijs van geneesmiddelen: van de in totaal 3 miljard euro per jaar, wordt 20% uitgegeven aan oncologische geneesmiddelen. Die kosten stijgen, met steeds meer mensen met kanker en steeds meer, vaak dure, geneesmiddelen. Dat is niet houdbaar, stelt hij. Hij ziet drie oplossingen. Ten eerste zou veel meer moeten worden ingezet op preventie, vroegdiagnostiek en vroege behandeling. “Als het gaat over immuuntherapie, maar ook bij andere behandelingen, dan is het veel effectiever om patiënten vroeg en kort te behandelen. Het is goedkoper en er zijn minder bijwerkingen, waardoor de patiënt een betere kwaliteit van leven heeft.”

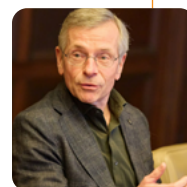
Geen verband tussen kosten en effectiviteit

De tweede oplossing die hij noemt heeft te maken met de effectiviteit van behandelingen. Lang niet elke behandeling is effectief. Van immuuntherapie bijvoorbeeld heeft 20% van de behandelde patiënten langdurig effect, en 80% dus niet. “We kunnen daar nu niet op selecteren. Die tijd zou eigenlijk voorbij moeten zijn. Met biomarkeronderzoek voor en na de behandeling zouden we straks veel beter kunnen selecteren.” Als derde oplossing pleit hij voor het zelf produceren van bepaalde geneesmiddelen. Bijvoorbeeld voor celtherapie. “Er zijn nu negen middelen voor celtherapie geregistreerd (FDA). Als we heel succesvol worden in de behandeling, dan wordt dat onbetaalbaar. Ik durf te stellen dat we als academische centra in staat zijn om zelf deze geneesmiddelen te maken.”

“De Nederlandse oncologische zorg is goed, maar we lopen tegen grenzen aan.”

JOHN HAANEN

Internist-oncoloog, AvL en hoogleraar Translationele Immuuntherapie, LUMC





Zelf geneesmiddelen maken

Is het zelf maken van geneesmiddelen door (academische) ziekenhuizen een optie? Het gebeurt al, want een ziekenhuisapothek mag voor de eigen patiënten medicijnen maken. Ook als er patent op zit. Haanen geeft een voorbeeld uit de Nederlandse praktijk: "We maken na wat er al is en innoveren ook zelf. Dat gebeurt bijvoorbeeld voor CART T-celtherapie, waarbij we doorgaan op wat er in Spanje is ontwikkeld. Dit onderzoek wordt gedreven door het UMCG en vergelijkt één op één een 'home-made' CD19-CAR-T product met een commercieel CD19 CAR-T product. De studie wordt gefinancierd door de overheid. De meeste academische ziekenhuizen in Nederland hebben de mensen en de faciliteiten om deze productie zelf te doen. Als je dit op beperkte schaal doet, voor de eigen patiënten, dan is dat haalbaar." Hugo van der Kuy, ziekenhuisapotheker en klinisch farmacoloog, Erasmus MC: "Als apothekers hebben we het vak van geneesmiddelen maken achter ons gelaten, maar ik denk dat dat terugkomt. We kunnen veel, het is niet heel moeilijk. Dan heb ik het over het namaken van geneesmiddelen, maar ook het ontwikkelen van nieuwe geneesmiddelen. Voor dat laatste hebben we momenteel vijf projecten lopen." Liever zou hij niet zelf geneesmiddelen ontwikkelen, zegt hij: "Maar als we het niet eens worden over de prijs, dan is het wel degelijk een optie."

Studies op Europees niveau

Uit het betoog van Haanen blijkt dat er meer onderzoek nodig is naar de effectiviteit van geneesmiddelen. Hoe financiert je dit? Dat is de vraag. Er is geld beschikbaar voor het ontwikkelen van passende zorg, maar dat is voor projecten. Terwijl dit soort onderzoek vraagt om langjarige en gezamenlijk uitgevoerde studies. Bovendien is Nederland te klein voor dit soort onderzoeken, zegt Thijs Merckx, bestuursvoorzitter, IKNL en hoogleraar trends en patronen in oncologie en zorg, Radboudumc. Hij stelt ook dat studies naar de effectiviteit van geneesmiddelen een stuk sneller moeten: "Er komen de komende jaren voor de oncologie alleen al tweehonderd nieuwe geneesmiddelen op de markt. Die moeten allemaal door de sluis. We hebben in Nederland helemaal niet de capaciteit om dit te beoordelen. We zullen dit op Europees niveau moeten doen." Daar is Haanen het mee eens: "Dat is nodig, maar maakt het ook een stuk complexer. We lopen hierin achter op onze farmapartners, die dit veel beter opzetten. We zullen moeten ontdekken hoe we dit zelf kunnen doen."

"Wij verliezen in onze organisatie elk jaar mensen omdat ze te laat een behandeling kregen. De termijn waarop patiënten medicijnen krijgen, moet veel korter."



PETER KAPITEIN

Patient Advocate, Inspire2Live

Lange procedures aanpakken

Het duurt lang voordat in Nederland medicijnen beschikbaar komen. Veel langer dan in aangrenzende landen. Het is Peter Kapitein, Patient Advocate, Inspire2Live, een doorn in het oog: "Wij verliezen in onze organisatie elk jaar mensen omdat ze te laat een behandeling kregen. De termijn waarop patiënten medicijnen krijgen, moet veel korter." Wat hiervoor nodig is, is volgens hem niet een 'coalition of the willing', maar een 'coalition of the ones who pull the strings'. "We hebben nu de wind mee in Europa, rugwind door het rapport van Draghi. We moeten gezamenlijk naar de partijen die hierover gaan, om een doorbraak te bereiken." Nederland is als schaal te klein, zegt hij: dit moet Europees.

"We hebben een systeem nodig waarmee we kunnen verantwoorden dat een middel voldoende toevoegt, gezien de zorgpremie die mensen betalen. Dat de dokter zegt dat het goed werkt, is niet goed genoeg."

INGRID DESAR

Internist-oncoloog,
lid Wetenschappelijke Adviesraad
Zorginstituut en voorzitter
Dutch Sarcoma Group



We gijzelen elkaar

"We hebben in de zorg een plateau bereikt en nu lopen we vast. We moeten de zorg echt beter maken, met aandacht voor verduurzaming. Bijvoorbeeld door slimmer om te gaan met medicijnen en innovatie," zegt Michel van den Heuvel, hoogleraar Longziekten, UMCU. "We gijzelen elkaar in de huidige situatie, met de lange procedures voor goedkeuring van medicijnen. Kunnen we dat doorbreken door een doelmatigheidsplatform te creëren? Geen studie, maar een platform waarop we de effecten van geneesmiddelen monitoren," oppert Merckx. In de discussie komt een aantal voorbeelden voorbij waaruit blijkt dat de huidige goedkeuringsprocedures niet meer passen bij deze tijd. Egbert Smit, hoogleraar en afdelingshoofd Longziekten, LUMC: "Wij werden door EMA gedwongen om een gerandomiseerde studie te doen naar selpercatinib en chemo voor een zeldzame vorm van longkanker. We weten dat selpercatinib heel effectief is, zonder de bijwerkingen van chemo. Toch moesten we dit onderzoek uitvoeren. Dat soort eisen zijn ethisch onverantwoord."

Catch-22

Birgit van den Berg, associate director Value Data & Access Lead, zegt dat er op RCT uitzonderingen mogelijk zijn, "maar dat dit nog wel steeds de gouden standaard is om werkzaamheid en veiligheid van medicatie vast te kunnen stellen". Lonneke Timmers, secretaris Wetenschappelijke Adviesraad Zorginstituut Nederland, wijst erop dat toelatingsprocedures nodig zijn om voldoende bewijs te verzamelen voordat een geneesmiddel wordt toegelaten en vergoed. Ingrid Desar, Internist-oncoloog, lid Wetenschappelijke Adviesraad Zorginstituut en voorzitter Dutch Sarcoma Group: "We hebben een systeem nodig waarmee we kunnen verantwoorden dat een middel voldoende toevoegt, gezien de zorgpremie die mensen betalen. Dat de dokter zegt dat het goed werkt, is niet goed genoeg." Smit: "Eens, maar we hebben het zo bureaucratisch georganiseerd in Nederland dat we nu last hebben van de wet van de remmende voorsprong. Een middel moet doen wat het zegt dat het doet, en beter zijn dan wat we hebben. Maar wat is 'beter'?" Desar: "We houden elkaar in dit stelsel in een catch-22. En we hinken op twee gedachten. We willen geneesmiddelen zo snel mogelijk aan patiënten ter beschikking stellen, maar we gunnen onszelf niet de tijd om het goed uit te zetten en te meten of het effectief is."

Het hele plaatje

Medicijnen betaalbaar en toegankelijk houden is een hardnekkige uitdaging. Dat komt mede doordat iedereen naar 'een ander plaatje kijkt', zegt Judith Zuiderhoudt, Director Policy, Communications & Population Health, MSD: "Alle partijen proberen vanuit hun beste wil om iets te doen aan de duurzaamheid van de zorg. Wij ook. Maar de informatie die we hebben, is niet hetzelfde. Dat komt door hoe het is georganiseerd in Nederland." Ze geeft een voorbeeld: "Contracten hebben vaak een uitgavenplafond. Het is daardoor mogelijk dat we behandelingen tegenhouden die anders gratis gegeven worden." In het Nederlandse systeem kan de arts niet beslissen of een geneesmiddel toegediend wordt, want dat wordt centraal besloten. In ons omringende landen is dat anders.

Disruptie door biomarkers

"Het is te makkelijk om de farmaceutische industrie de schuld te geven van dure medicijnen," zegt Arnoud Huisman, CEO Oncode Accelerator. "Een belangrijke oorzaak van hoge medicijnprijzen is dat alle 'failkosten' erin zijn verwerkt. Van medicijnen die tegen hoge kosten werden ontwikkeld, maar het niet haalden. En het inzetten van medicijnen die geen effect hebben." Haanen wees er ook al op dat medicijnen (immunotherapie) maar bij 20% van de patiënten een langdurig effect hebben. Huisman: "Eén van de grote uitdagingen in de oncologie is dat de diversiteit van de patiënten zo groot is. Met biomarkers kun je veel beter bepalen wie welk geneesmiddel krijgt. Dat kan disruptief werken."

"Eén van de grote uitdagingen in de oncologie is dat de diversiteit van de patiënten zo groot is. Met biomarkers kun je veel beter bepalen wie welk geneesmiddel krijgt. Dat kan disruptief werken."



ARNOUD HUISMAN

CEO Oncode Accelerator

Kijk breder

Kapitein wijst erop dat een verkorting van de duur van de medicijnontwikkeling als belangrijk voordeel kan hebben dat de prijs naar beneden gaat: "Naast de 'fail' die nu in de prijs verrekend is, speelt ook de 'cost of capital' een belangrijke rol. Dit is feitelijk de rente die de industrie betaalt over het geld dat ze voor de ontwikkeling moeten lenen. Verkorting van de duur van medicijnontwikkeling scheelt heel veel geld." Carin Uyl-De Groot, hoogleraar Health Technology Assessment, EUR /Erasmus MC, trekt het breder: "We kunnen zeker meer doen om de kosten van geneesmiddelen omlaag te brengen. Geneesmiddelen zijn echter een klein deel van de ziekenhuiskosten. Er kan op heel veel fronten efficiënter gewerkt en bezuinigd worden. Laten we daar ook naar kijken." Petra Wormser, algemeen directeur Zorg, ZN: "Dit hoort bij passende zorg. Als we daar beter op sturen, dan kunnen we elders meer geld uitgeven."

Van demografie naar oncologie

Merkx neemt de aanwezigen mee in een betoog langs de drieslag demografie – epidemiologie – oncologie. Demografie: we groeien naar 20 miljoen mensen in 2040, aldus het CBS. We vergrijzen en er zijn nu al niet genoeg mensen die kiezen voor een baan in de zorg. "We hebben kortom een uitdaging met elkaar." Epidemiologie: bijvoorbeeld een gidsland waar het gaat om bevolkingsonderzoek. Maar de animo om daaraan deel te nemen daalt. Net als de vaccinatiegraad. "Waarom krijgen we de instrumenten die we hebben om kanker te voorkomen, niet bij mens en maatschappij?" En ten derde oncologie: "Praten we over 'passende zorg' of 'palliatieve zorg' of 'passende zorg in de palliatieve fase'¹?" In de multiculturele samenleving is het daarbij een extra uitdaging om het gesprek over de kwaliteit van leven en sterven te bespreken, zegt hij. In Rotterdam gebeurt dit bijvoorbeeld in een traject met KWF, waarin in wijkcentra het (moeizame) lerende gesprek hierover wordt gevoerd.

1) Pereira, CFT et al. Potentially Inappropriate End of Life Care and Healthcare Costs in the Last 30 Days of Life in Regions Providing Integrated Palliative Care in the Netherlands: A Registration-based Study. *Int J Integr Care*. 2024 Jul 8;24(3):6.

Bevolking bereiken

In de Kankeratlas die IKNL in februari 2023 publiceerde, werd duidelijk welk verband er is tussen sociaaleconomische status en bepaalde vormen van kanker. Dat had effect, vertelt Merkkx. Er is in vervolg op deze atlas in november 2023, in nauwe samenspraak met VWS, een Kankeragenda opgesteld en er wordt aangehaakt bij de EU, waar een Europese Kankeratlas wordt gemaakt². Met KWF en de GGD's zijn bijvoorbeeld in wijkcentra projecten gestart om de bevolking beter te bereiken waar het gaat om preventie en bewustwording. Het vergroten van de vaccinatiebereidheid is daarbij een belangrijk doel waar in Nederland nog veel te winnen is. Kapitein noemt de succesvolle vaccinatiecampagne in Nigeria, tegen baarmoederhalskanker, als voorbeeld: in zes maanden tijd werden daar 18 miljoen meisjes gevaccineerd. Tijdens de campagne vertelden kinderen op school waarom het zo belangrijk is om gevaccineerd te worden. Ook Zweden wordt genoemd: daar komt bijna geen baarmoederhalskanker meer voor, omdat HPV is opgenomen in het vaccinatieprogramma.

"Er zijn veel verschillende soorten patiënten en er is de maatschappij. Wat optimaal is voor de patiënt, is niet altijd optimaal voor de maatschappij. Ik zeg het maar eerlijk hardop: dit is ook een verdelingsvraagstuk. De zorg moet betaalbaar blijven en daarvoor moet je naar het totaal kijken. 'De patiënt centraal' is te eenzijdig en te makkelijk."

LONNEKE TIMMERS

Secretaris Wetenschappelijke
Adviesraad Zorginstituut Nederland



Desinformatie bestrijden

Wat te doen aan desinformatie, onder meer over vaccinatie, die wordt verspreid via social media? De Waal vertelt over het voorbeeld van Dokters Vandaag, dat eerder in de serie van Panorama Beraden werd besproken. Het is een doorlopende campagne op social media, waarin dokters informatie geven. Het feit dat ze bijna allemaal een witte jas dragen, vergroot de overtuigingskracht, zo blijkt. De campagne is zeer succesvol en is een voorbeeld van hoe je desinformatie bestrijdt: "Dokters Vandaag laat zien dat je de influencers met hun onzinverhalen kunt tegengaan door zelf een influencer te worden."

2) Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voortgang Nederlandse Kanker Agenda – Preventief gezondheidsbeleid; Geraadpleegd op 13 mei 2025 via: [Preventief gezondheidsbeleid | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)



Het patiëntperspectief

Tijdens het debat wordt het perspectief van de patiënt nauwelijks genoemd, merkt Desar op. Wat vindt de patiënt belangrijk in de oncologische zorg? Kapitein zegt dat het grootste probleem dat hij ervaaarde, speelde op de eerste dag van de diagnose: "Ik voelde mij verloren, had zoveel vragen en zo weinig informatie. Als patiënt heb je daar hulp bij nodig." Dat is heel herkenbaar, zegt Anneke Tjassing, directeur Maggie's Centers. In dit centrum, op het terrein van het UMC Groningen, krijgen patiënten psychosociale hulp: "We proberen in de enorme bak met vragen en informatie een beetje helderheid te krijgen. We nemen patiënten en hun naasten letterlijk bij de hand, door het hele zorgpad." Daar is veel winst te behalen, zegt ze, ook bij het voorkomen van uitval van partners en de patiënt zelf. "Het grootste probleem van de patiënt is de onzekerheid over wat er gaat gebeuren. Onzekerheid bij de patiënt zelf, bij naasten, maar ook bij de werkgever of de school." Desar: "Mensen moeten heel veel wachten als ze in een ziekenhuis zijn. Het lijkt mij een goed idee om in het ziekenhuis een plek in te richten met verschillende loketten, waar patiënten naartoe kunnen gaan als ze moeten wachten. Een loket van de diëtist, van de psycholoog, noem maar op. Waar mensen terecht kunnen zonder verwijzing. Dat zou een deel van de onzekerheid kunnen wegnemen."

Meer dan 'de patiënt centraal'

Welke partijen moeten samenwerken om de uitdagingen in de (oncologische) zorg aan te gaan? Om ervoor te zorgen dat de zorg toegankelijk, betaalbaar en effectief is? In ieder geval alle partijen die bij het debat aan tafel zitten, zo is een conclusie. Dat zou niet moeilijk moeten zijn, want iedereen heeft hetzelfde belang: de patiënt. Toch? Wel als je het de artsen en de wetenschappers vraagt. Maar dat is niet het hele plaatje, zegt Timmers: "Er zijn veel verschillende soorten patiënten en er is de maatschappij. Wat optimaal is voor de patiënt, is niet altijd optimaal voor de maatschappij. Ik zeg het maar eerlijk hardop: dit is ook een verdelingsvraagstuk. De zorg moet betaalbaar blijven en daarvoor moet je naar het totaal kijken. 'De patiënt centraal' is te eenzijdig en te makkelijk."

"Het grootste probleem van de patiënt is de onzekerheid over wat er gaat gebeuren. Onzekerheid bij de patiënt zelf, bij naasten, maar ook bij de werkgever of de school."

ANNEKE TJASSING

Directeur Maggie's Centers



Aandacht voor stoppen

Het gesprek keert terug naar de hoge prijs van sommige geneesmiddelen. 'Fair price' is geen goed begrip in deze discussie, zegt Uyl – De Groot: "Ik heb het liever over access based pricing. Niet alleen voor Nederland, maar voor heel Europa." Timmers: "Als het gaat om studies en prijsvoering van dure geneesmiddelen, dan zijn we erg afhankelijk van de farmaceutische bedrijven. We moeten daar in een veel eerder stadium het gesprek over voeren. Daar hebben we uiteindelijk niet alleen de farmaceutische bedrijven bij nodig, maar ook andere partijen zoals artsen en zorgverzekeraars."

Uyl – De Groot kaart nog een ander aspect aan van de inzet van dure geneesmiddelen. Ze pleit voor meer aandacht voor het stoppen van een behandeling: "Dit hoort bij passende zorg. Hoe lang wil je een patiënt doorbehandelen? Daarover moeten we veel meer met de patiënt het gesprek aangaan."

Stenen in de vijver

Tijdens het debat zijn verschillende invalshoeken van de oncologische zorg verkend, specifiek de beschikbaarheid van geneesmiddelen. De aanwezigen waren het op onderdelen met elkaar eens, maar tot heel nieuwe inzichten heeft het niet geleid, concludeert Van der Kuy. Hij schudt in het staartje van het debat de boel nog even op: "Het is heel goed dat we allemaal willen samenwerken. Maar al die samenwerking heeft ons gebracht tot waar we nu zijn en dat is een probleem. Want niet elke patiënt krijgt het geneesmiddel dat hij of zij nodig heeft. We komen dus niet verder met al onze samenwerking." De oplossing? "We moeten het zelf regelen, in ons eigen ziekenhuis, voor onze eigen patiënten." Dat is niet mogelijk voor alle geneesmiddelen en alle indicaties, zegt hij ook: "Maar we kunnen wel proberen om het voor een paar middelen te doen. Daarmee gooien we stenen in de vijver en maken we de discussie hopelijk los. Want er is echt een verandering nodig."





ORGANISATIE:



BLOMMESTEIN
GROEP

