

G ENEESMIDDELEN

*Lucas van der Hoeven,
sociaal-wetenschapper en onderzoeker
van de farmaceutische bedrijfstak.*

Het eerste gedeelte van Geneesmiddelen Vergoedings Systeem is verschenen in SCAN nr. 1;

Nov. 1991 n. 4-6.

V ERGOEDINGS

S YSTEEM

PER 1 JULI INGEVOERD

GENEESMIDDELEN IN NEDERLAND

Tot de Nederlandse markt zijn omstreeks 4.000 verschillende geneesmiddelen toegelaten tot 1990. Hiervan voert men 75% in. Deze medicijnen gebruikt men intra- en extramuraal.

De ziekenhuizen proberen al jarenlang de farmacie-kosten te beperken. In de meeste hospitalen maakt men gebruik van Formularia, beperkte geneesmiddelenlijsten. Tenslotte hoeft men geen 14 verschillende bèta-blokkers (hart-ziekten) op voorraad te houden. Via assortimentsbeperking en gecentraliseerde inkoop via een leverings inschrijvings-systeem hebben ziekenhuisbesturen de intramurale geneesmiddelen uitgaven gestabiliseerd. De industrie is bereid om tegen bodemprijzen te leveren. Het doel hiervan is, dat specialisten een trend zetten van jarenlange ongewijzigde medicatie bij chronisch zieken.

De controle op het voorschrijfgedrag, bestaat niet op de poliklinieken. Patiënten, die daar specialisten consulteren, dienen hun medicamenten bij de vrijgevestigde apotheek te kopen. Huisartsen durven deze consumptie meestal niet te veranderen. Deze voorschrijfvrijheid werkt dus kostenverhogend naar de eerstelijns van de gezondheidszorg.

Extra-muraal zouden de huisartsen met 260 middelen (6 % van alle toegelaten middelen) zich goed kunnen behelpen. In Nijmegen bestaat al enige jaren een Nijmeegs Huisartsen Formularium, waarmee men zeer goede ervaringen opdeed. Van deze 260 middelen gebruiken huisartsen er 90 zeer vaak. Door een keuzebeperking en rationeler voorschrijfgedrag, gaan artsen kwalitatief beter voorschrijven. Zij leren beter te letten op de verschillende bijwerkin-

gen en (contra-)indicaties. Als men software medicatie programma's zouden gaan installeren, zou dat leedverminderend en kostenbesparend werken. Het aantal geneesmiddelen interacties zou er door dalen. Momenteel schat men dat er 600 doden per jaar vallen en 10.000 ziekenhuisopnamen noodzakelijk zijn vanwege geneesmiddelen interacties. Ter vergelijking in het verkeer vielen verleden jaar "slechts" tweemaal zoveel slachtoffers te betreuren.

OVERHEIDSINGRIJPEN

Sinds 1982 staat kostenbeheersing van de overheidsuitgaven centraal. Volksgezondheid-uitgaven (na het toepassen van inflatie-correctie) moeten budget-neutraal worden gefinancierd. Extra-uitgaven kunnen alleen worden bekostigd door besparingen binnen de sector te realiseren. De belangrijkste operatie vormde het ziekenhuis budgettering systeem.

De geneesmiddelenkosten stijgen sinds 1980 met gemiddeld 8% per jaar. Dit ligt ver boven de kostentoe name van alle andere Volksgezondheidszorg uitgaven. Bovendien bleek uit vergelijkende Europese consumenten onderzoeken, dat het prijspeil in Nederland tweemaal zo hoog lag, als het EG-gemiddelde. In België betaalt men de helft minder voor dezelfde medicatie.

De overheid ontwikkelde maatregelen om de geneesmiddelenprijzen onder controle te krijgen. In 1974 probeerde de Minister van Economische Zaken, Dhr. Lubbers, de Valium-prijs te verlagen. Sinds 1982 volgen een sectorprijzmaatregel, negatieve lijst, eigen bijdrage ("knaken-kaart"), verwijdering van risicoen spillage toeslag, volume-beperking per voorschrift en het OPA (Omni Partijen Accoord) in 1988. Al

in 1985 kondigde de overheid aan te streven naar een ander vergoedings-systeem voor apotheekhoudenden. Bij het OPA-accoord beloofde de industrie een jaarlijkse bezuiniging van f. 200 miljoen na te streven. Bij de evaluatie ervan in mei 1990 bleek deze doelstelling niet te zijn gehaald. Met als gevolg dat nu het GVS. wordt ingevoerd. De voorziene jaarlijkse besparing van deze nieuwe maatregel wordt geschat op f. 100 tot f. 325 miljoen per jaar, afhankelijk van het gekozen scenario. Als huisartsen meer generieke middelen zullen voorschrijven in plaats van merk medicijnen, nemen de besparingen toe.

Ook andere betrokken partijen zouden daartoe een bijdrage kunnen leveren. Zo zou de groothandelsmarge van 21% (de hoogste binnen de EG) verlaagd moeten worden. Dat zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren door vrijgevestigde apothekers toe te staan om via ziekenhuisinkoopcombinaties in te kopen. De ziektekostenverzekeraars zouden met de betrokken huisartsen en specialisten kunnen afspreken, dat alleen middelen uit eerstelijnsformularia worden vergoed. Indien men andere middelen voorschrijft, dient men dat uitvoerig te motiveren of anders houden de zorgverzekeraars de bedragen in op de honoraria. Deze laatste praktijk is in Duitsland tot grote tevredenheid van de Krankenkassen toegepast. Naarmate de contracteer-vrijheid bij de zorgverzekeraars toeneemt, zullen verzekeren steeds meer "waar voor hun geld" kiezen en dus de verzekeraars tot kostenbewust handelen aanzetten. Want hoe lager de premie, hoe meer verzekerden.

HOGE 'PIL'-PRIJZEN NOODZAKELIJK ?

Nefarma's voorzitter, Dhr. Sanders, hamert altijd maar weer op hetzelfde aambeeld. Hij meent, dat de hoge Nederlandse geneesmiddelenprijzen noodzakelijk zijn om de onderzoeks-uitgaven mogelijk te maken. Hij haalt daarbij aan, dat de industrie zo'n 13 % aan Research en Development uitgeeft. Als men de ontwikkelingskosten - het opzetten van productielijnen, uittesten op patiënten - ervan afhaalt, blijft er zo'n 5% voor onderzoek over. Dit blijkt uit commentaren en berichten uit het bekende internationale tijdschrift "Scrip". Deze uitgave post ligt iets hoger dan in andere bedrijfstakken. De grote inspanning, die een echt vernieuwend middel vergt - vaak f. 100 miljoen of meer -, maakt dat er slechts weinig echt nieuwe producten op de markt verschijnen. De laatste 10 jaar waren Caputen (bloeddrukverlagend), Zocor (cholesterol-vermindrend) en Tagamet (anti-maagzweren) de enige revolutionair nieuwe eerstelijns geneesmiddelen. Daarnaast vindt men een beperkt aantal

verbeterde preparaten, zoals Adalat (calcium-antagonist) en Zovirax (anti-virus). De Food and Drug Administration in de V.S. vond dat tussen 1981 en 1988 slechts 12 belangrijke nieuwe middelen op de markt kwamen, 44 enigszins vernieuwende produkten en maar liefst 292 onbelangrijke preparaten.

De Nefarma-voorzitter zou dus zijn leden net zo goed kunnen adviseren om minder geld aan imitaties te verspillen of de brutowinst te verlagen en dat te investeren in fundamenteel vernieuwend onderzoek.

Bovendien verzuimt hij al jaren aan te geven, waarom in België de prijzen wel de helft lager liggen. Nederland importeert bijna 80% van alle geneesmiddelen. In veel gevallen worden de researchkosten in het "moederland" terugverdiend. Of Nederland door het hoogste prijspeil in de EG. moet bijdragen aan researchkosten in Zwitserland blijft een twijfelachtige aangelegenheid.

PATIENTEN EN CONSUMENTEN

De geneesmiddelenkosten-besparing schept enige ruimte binnen de begroting voor volksgezondheid om een aantal knelpunten te kunnen financieren. Er dient geld te komen voor het verminderen van wachtlijsten voor zwakzinnigen, chronisch zieken en hoger salaris voor de lagere CAO-inkomens.

Overigens kunnen zich bij epilepsie en Hodgkin patiënten problemen voordoen, omdat men die soms op andere geneesmiddelen moet gaan instellen. Zo moeten Mysoline-gebruikers zo'n f. 120,- per jaar aan eigen bijdrage gaan betalen, als men geen door het GVS. vergoed middel wenst. Vaak gebruiken deze mensen dit al zeer veel jaren. Voor Akineton-gebruikers (Parkinson) geldt hetzelfde.

Consumenten zou-

den minder verkwistend met medicijnen om moeten gaan. Onderzoekers schatten dat f. 100 tot f. 150 miljoen aan middelen ongebruikt blijft. Het gemak waarmee patiënten benzodiazepinen (Valium, Librium, e.d.) slikken - bijna 1 miljoen mensen - zou sterk terug gebracht dienen te worden. Om het met Prof. Nelemans te zeggen, zouden artsen en patiënten moeten begrijpen dat "een pilletje voor de geest, nog nooit een probleem heeft opgelost".

Door het GVS. dreigt wel een ander probleem te ontstaan, namelijk een tweedeling tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. Voor de privé-verzekerden, 38% van de Nederlandse bevolking, geldt het GVS immers niet. Deze situatie zal tot 1 januari 1992 blijven bestaan. Daarna zullen geneesmiddelen waarschijnlijk onder de AWBZ-ziektekosten worden gebracht.

NOG ENIGE GVS-PROBLEMEN

De invoering van het GVS. heeft geleid tot nogal warrige tonelen. Opvallend is wel dat Dhr. Samson, hoofd van de Hoofddirectie Gezondheidsbescherming, sinds medio 1990 elke andere mogelijke overheidsregeling uitsloot. Een voorstel van de industrie in december 1990 om generieke namen, naast de merknamen te gaan voeren, leed schipbreuk. Huisartsen zouden dan op hun receptuur generieke namen moeten gebruiken.

Tevens zijn er allerlei veranderingen op het laatste moment door een Ziekenfondsraad commissie in aangebracht. Alhoewel de publicatie op 16 april in de Staatscourant verschijnt, duurt het nog tot half juni voordat de "Taxe" is berekend. Dit is de prijs, waarvoor de apotheker aan ziekenfondspatiënten mag afleveren. Immers de industrie moest nog in de gelegenheid worden gesteld om hun prijzen naar beneden aan te passen. Pas op 14 juni maakt de KNMP. (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) definitief de balans op.

Vrijwel alle geclusterde merk geneesmiddelen dalen in prijs. Soms gaat het om forse verschillen. Zo daalt Acipen (Gist Brocades) met 31%. Men constateert een aantal prijsstijgingen van vooral merkprodukten, waarvan het patent nog

Betere bewaking bepleit van gebruik medicijnen



doorloopt. Zo stijgt Madopar (Hofmann La Roche) met 17% en Inderal (ICI) met 15%. Het is momenteel nog onduidelijk in hoeverre het totaal van de dalingen dat van de prijsstijgingen overtreft. Er is slechts één firma Kabi Pharmacia, die weigert om haar prijzen te verlagen. Om toch haar afzet veilig te stellen, zal het bedrijf het prijsverschil aan de apothekers gaan vergoeden. Het is een zeer fraude-gevoelige regeling, die de KNMP. (de standorganisatie van apothekers) dan ook ten zeerste afkeurt. De firma is zelfs bereid om een vergoeding van 4% voor de administratiekosten te betalen. Waarom men bereid is om nog meer te betalen, dan de GVS-prijsaanpassing vereist, daarop blijft de woordvoerder van het bedrijf het antwoord

schuldig.

Op de "werkvloer" doen zich de werkelijke problemen voor. Een periode van 14 dagen om het GVS te bestuderen, overleg met huisartsen te voeren, het opstellen van een lijst met vervangingsmiddelen en eventueel bestellen van een nieuwe voorraad, doet een dergelijk ingrijpend voorstel geen goet.

Nog afgezien van mogelijk privé-schade van afzonderlijke apothekers (annuleren van vakanties), bestaat er ook een mogelijkheid op financiële schade vanwege vernietiging van een onverkoopbare voorraad.

Toch zijn ook door deze regelgeving nog niet alle problemen van de baan.

Op EG-niveau werkt men aan voorstellen om de termijn van het patentrecht op medicijnen te verlengen

van 8 tot 12 jaar momenteel tot 20 jaar. Daardoor zullen de kosten op termijn mogelijkerwijze gaan stijgen.

Onduidelijk is tot nu toe gebleven, of de generica-producenten-prijs niet ver boven het EG-gemiddelde ligt. Als dat zo zou zijn, dan ligt de vergoedingsprijs nog altijd boven het Europese gemiddelde. Dan betalen Nederlanders nog altijd onnodig teveel... Hoelang zullen deze nu al 10 jaar durende overheidsreguleringspogingen zich nog tot in de toekomst blijven uitstrekken?

Lucas van der Hoeven, sociaal-wetenschapper en onderzoeker van de farmaceutische bedrijfstak.

ETHIEK

VOOR WAT, HOORT WAT?

"Moet je dat nu zien! Lopen ze met een infuus in hun arm, omdat ze het zo benauwd hebben en dan nog kunnen ze het roken niet laten!"

Het gedrag van patiënten kan behoorlijke irritatie opwekken. Zij hebben klachten, die (mede) veroorzaakt zijn door hun eigen gedrag, en toch passen ze hun gedrag niet aan. Maar ze verwachten wel dat jij als hulpverlener voor hen klaarstaat.

Artsen vragen zich soms af waar ze mee bezig zijn en of ze hun tijd niet beter kunnen besteden. Bovendien kun je je als kostenbewuste arts aforagen of het in deze tijd van schaarste wel helemaal terecht is dat zulke patiënten een beroep doen op de gezondheidszorg. De gelden die aan hen besteed worden kunnen beter aan anderen ten goede komen.

De arts voor wie dan op een gegeven moment de maat vol is en die de patiënt voor het blok stelt ("Of je houdt op met roken, of ik help je niet meer") kan zeker op sympathie en instemming rekenen. Zijn houding is ook heel begrijpelijk. Maar is het ook terecht? Mag een arts zijn hulp afhankelijk stellen van het gedrag van een patiënt? Mag een arts proberen mensen te dwingen tot gezond(er) gedrag?

Mensen en hun ongezonde leefgedrag

Met enige regelmaat verschijnen er berichten in de krant over de effecten en kosten van onze 'slechte' leefgewoonten. Kan daar nu niets aan gedaan worden? Het gaat hierbij om gedrag waarmee een individu zichzelf schade toebrengt. De discussie over beperking van de vrijheid van leefgedrag wordt vooral gevoerd in het kader van overheidsbeleid. Mag de overheid mensen dwingen tot gezond gedrag? De vrijheid om je leven naar eigen inzicht in te richten wordt gezien als een groot goed. Wil je die vrijheid inperken dan zijn daarvoor goede redenen nodig.

Een eerste reden die men geeft voor inperking van de vrijheid van het individu valt onder de noemer paternalisme. Bij paternalistisch ingrijpen staat het belang van het individu centraal, zij het dat iemand anders denkt beter te weten wat goed is voor het individu dan dat individu zelf. Vaak wordt er een onderscheid gemaakt tussen zwak en sterk paternalisme. Zwak paternalisme gaat uit van de autonomie van het individu. Ingrijpen gebeurt alleen als er sterke aanwijzingen zijn dat de beslissing van het individu niet autonoom (d.w.z. weloverwogen) is. Onder zwak paternalistisch optreden zou-

den de voorlichtingscampagnes over de risico's van het roken vallen (zorgen dat de burgers over de relevante informatie beschikken om een beslissing te nemen). Bij sterk paternalistisch optreden speelt de weloverwogen beslissing van het individu geen enkele rol. Een voorbeeld zou een algemeen rookverbod in Nederland zijn. Sterk paternalisme komt in botsing met het principe van respect voor de autonomie van het individu.

Het onderscheid zwak-sterk paternalisme is voor de overheid lastig. De overheid kan niet voor iedere burger afzonderlijk nagaan of het risicovolle gedrag vrijwillig gekozen is, maar kan alleen algemene maatregelen nemen.

Wat betekent het bovenstaande voor het voorkomen van leefgedrag dat schadelijk is voor de gezondheid, zoals roken? Wanneer is gedrag zo schadelijk dat ingrijpen geoorloofd is? Is ingrijpen gerechtvaardigd indien het individu een grote kans heeft om over dertig jaar klachten te krijgen? Hoeveel sigaretten per dag moet je roken om je gezondheid flink schade toe te brengen? Is het gedrag niet-weloverwogen gekozen? Er zijn redenen om te pleiten voor onvrij-