

De discussie rond de geneesmiddelen kent zo haar "ins" en "outs".  
Wat speelt er nu werkelijk in geneesmiddelenland?

Waar liggen de heikele punten?  
Wie vertegenwoordigt welke belangen?  
Mr. G.B. Nijhuis, algemeen directeur Nefarma, licht een en ander toe in een gesprek met hoofdredacteur S. Buijs. Uit zijn betoog komen twee punten, boodschappen zo u wilt, helder naar voren: samenwerking met alle partijen in een zinvolle discussie en het streven naar steeds betere resultaten staan centraal.

Mr. G.B. Nijhuis, algemeen directeur Nefarma:

# 'Huisarts en geneesmiddelen horen bij elkaar'

## Dialogo

Nijhuis: 'Het overheidsbeleid is sterk gericht op het bevorderen van het gebruik van generieke geneesmiddelen. Hetgeen bepaald niet spoot met de belangen die Nefarma vertegenwoordigt, namelijk de belangen van merk-geneesmiddelenfabrikanten. Dit beleid speelt de Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie (Bogin) uiteraard in de kaart. Toch is er een aantal gemeenschappelijke belangen, zoals binnenlandse en Europese ontwikkelingen, regelgeving, exportbelangen, registratie, die nauwe en efficiënte samenwerking vraagt. Daartoe is Nefarma uiteraard altijd bereid en wil deze in de naaste toekomst verstevigen en bevorderen.'

Ook de verstandhouding met de apothekers kan in dit licht bezien worden. Ook daar kan een "conflict of interests" in het geding zijn, maar Nijhuis is van mening 'dat je daar als volwassenen mee om moet kunnen gaan. Je moet begrip en respect hebben voor elkaars posities, en bij verschillen van inzichten toch goed met elkaar kunnen samenwerken om resultaat te boeken. Het verleden heeft dit nadrukkelijk uitgewezen. Het Omnipartijen-akkoord (OPA) is daar het beste voorbeeld van en bewijst dat partijen met verschillende belangen in de geneesmiddelenvoorziening toch tot een eenvormig beleid kunnen komen.'

'Overleg is ook vaak noodzakelijk, bijvoorbeeld als het gaat om zaken als de taxen, de prijslijsten van de KNMP. Onze leden komen met hun produkten op die lijsten voor. Inmiddels heeft de taxen een bijzondere status gekregen, omdat deze is gekoppeld aan het

Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Daarmee heeft de taxen een semi-publiekrechtelijk karakter gekregen. Als daarin dus fouten voorkomen, dan is dat niet alleen niet in het belang van onze leden, maar ook niet in het belang van de patiënten. Die hebben dan recht op vergoeding, maar krijgen deze dan niet. Dan ga je met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP) praten over een oplossing. In dit geval moeten we ook praten met de overheid, die gegevens aanlevert. Kortom: er zijn altijd allerlei zaken van praktische of principiële aard, die je als partijen met elkaar moet bespreken. Hoe ga je om met het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS), het Meerjarenakkoord Farmacie en tal van andere onderwerpen. Zo praten we ook met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) als het gaat om zaken als substitutie, Farmacotherapie Overleg (FTO), Post Marketing Surveillance (PMS). Kortom, er zijn genoeg onderwerpen te bedenken om de agenda gevuld te houden', besluit Nijhuis glimlachend. Daarmee in vogelvlucht een perspectief schetsend van de veelzijdige dialoog die Nefarma als belangengroep voor haar leden voert.

## Appels en peren

'Vindt u dat de kosten van de geneesmiddelenvoorziening, zoals zo vaak wordt beweerd, in Nederland inderdaad de pan uitrijzen?'

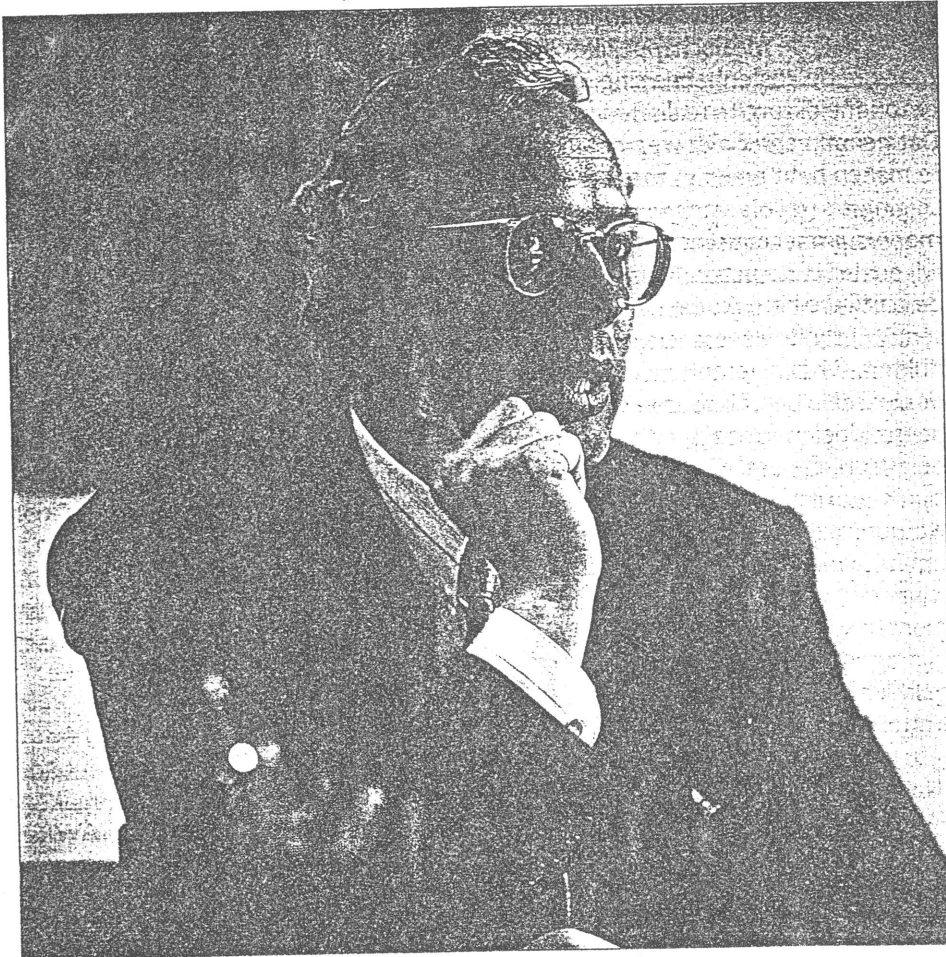
'Nee, om twee redenen niet. Als je ze vergelijkt met onze Europese zusterstaten, zitten wij zelfs onder het Europees gemiddelde (zie kader). Het gaat om de kosten van geneesmiddelen per

→ *Konsumptie ligt per hoofd veel lager → gemiddelde uitkering*  
DE HUISARTS mei 1992, nr. 5

## Korte biografie Mr. G.B. Nijhuis

(geboren 7 januari 1944)

Na een gevarieerde loopbaan (Bedrijfsleven, Overheid, Tweede Kamer) trad Mr. G.B. Nijhuis begin 1990 als Algemeen Directeur in dienst bij Nefarma (Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie).



'Kosten van geneesmiddelen zijn niet hoog.'

hoofd van de bevolking, hetgeen zich vertaalt in premiedruk en dergelijke. Dus wat dat betreft zijn onze kosten niet hoog. Bovendien zijn de kosten van geneesmiddelen, als het gaat om de totale keuzes in therapieën, de goedkoopste. Kijk bijvoorbeeld naar maagoperaties. Die zijn nagenoeg verleden tijd, want er zijn gelukkig geneesmiddelen voor gekomen die goedkoper zijn dan zo'n operatie.'

'Dus die afweging in z'n totaliteit moet je altijd maken als je naar kosten kijkt. Alles wordt sterk in hokjes verdeeld, dus kijkt men uitsluitend naar de kosten van geneesmiddelen en niet naar de relatie tussen intramurale zorg en de mogelijkheden van extramurale zorg, met inbegrip van geneesmiddelen. Ook zijn er maatschappelijke baten. Geneesmiddelen kunnen ziekten voorkomen, waardoor bijvoorbeeld ziekteverzuim op het werk daalt. Alleen, die relaties worden nauwelijks gelegd.'

'Dus de effecten die bereikt worden met het toedienen van medicamenten worden niet meegecalculeerd in het totale kostenpatroon?'

Formularia

Nijhuis: 'Dat klopt. Als je naar een onderdeel van de kosten kijkt, moet je blijven kijken naar de verhouding kosten/baten in relatie tot het totaal. Daar moet je de goede cijfers voor hebben en die hebben we lang niet altijd. Een handicap in de beoordeling, want je moet ze hebben voor een integrale beoordeling.'

'Maar als Nederland ten aanzien van de kosten van de geneesmiddelen een middenpositie inneemt, was dan het GVS wel noodzakelijk?'

'Er zijn twee ingangen om daarover te praten. Allereerst wil de overheid de kosten beheersen. Dat is zonder meer legitiem. Wij hebben bezwaar tegen het GVS als instrument. Het GVS gaat uit van onderlinge vervangbaarheid van gelijksoortige geneesmiddelen, maar geneesmiddelen zijn dat niet. Bovendien heeft het GVS geen invloed op de toename van het volume. En juist daar zit de oorzaak van de kostenstijging. In de tweede plaats wil de overheid komen tot meer marktwerking, meer competitie. Die was er te weinig, stelde men. Die mening deel ik echter niet, want als je alleen maar

kijkt naar het aantal bedrijven in de farmaceutische industrie, dan praat je al over meer dan honderd bedrijven, grote en kleinere. Bovendien is het marktaandeel van de grootste farmaceutische onderneming nog geen 8% van de totale markt. Dus er is per definitie een forse competitie. Er is dus volstrekt geen sprake van monopolisme', aldus Nijhuis.

? 50  
• =  
Sub

'Een van de bedoelingen van het GVS is om specialité's te vervangen door generieke preparaten. Ziet u daar qua prijsvorming een wezenlijke winst in?'

'Daar zit tijdelijk een zekere winst in, volgens ons. Daarom hebben we ook een alternatief voorstel gedaan voor het GVS, namelijk breng de specialité's met de daarbij behorende exact gelijke geneesmiddelen, chemisch identieke farmaceutische equivalenten, in één groep onder en ga dan als verzekerde na wat je wel of niet over hebt voor de vergoeding.'

'Waarom voorziet u op langere termijn niet meer winst?'

'Als je kijkt waar de oorzaken liggen van de kostenstijgingen - en daar hadden en hebben we het over in Nederland - dan zijn ze wereldwijd aan het groeien. Nederland is in dat opzicht niet uniek, integendeel. Overal ter wereld wordt een autonome groei van het geneesmiddelengebruik geconstateerd. (niet gestimuleerd??) Dat heeft te maken met de demografische ontwikkeling, de vergrijzing, de toename van de bevolking, met de verschuivingen van intramuraal naar extramuraal. Sterker nog, als de overheid als primair beleid voert dat de

?

Dus aantal beperken!

eerstelijner versterkt moet worden, dan is daaraan inherent dat een post als geneesmiddelen, die alleen extramuraal in de cijfers wordt vertaald, gaat toenemen. Sommige landen kennen nog een veel snellere volumegroei dan Nederland. Wij hebben qua gebruik en voorschrijfgedrag een hele terughoudende cultuur. We leven niet op een eiland; volumegroei is dé ontwikkeling. Ook omdat er, gelukkig, telkens nieuwe geneesmiddelen komen voor ziekten waarvoor vroeger geen geneesmiddelen waren. Iedere nieuwe therapie is op dat punt te verwelkomen, lijkt me.'

'Met-  
100"  
ONCE.'

### Kosten/baten

*'Even terug naar het GVS. Dankzij het GVS zou, volgens de overheid, de kostenstijging in de gezondheidszorg zijn afgebogen.*

*Was de afbuiging van de kostenstijging ook mogelijk geweest zonder GVS?'*

'Ik denk het wel, omdat wij ook in het vervolg op OPA zijn gekomen met alternatieve bezuinigingsvoorstellen.

Met z'n allen, dus ook Nefarma, erkennen wij de maatschappelijke noodzaak om de kostenbeheersing in de gezondheidszorg te realiseren. Dat neemt echter niet weg dat je toch te maken hebt en krijgt met kostenstijging als gevolg van volumetoename. Als farmaceutische industrie zijn wij echter in de gezondheidszorg niet de partij die het volume kan beheersen. Wij zijn toeleveranciers van producten, wij zijn verantwoordelijk voor de optimale beschikbaarheid van geneesmiddelen. Het zijn de patiënten en de artsen, die besluiten dat er medicijnen worden voorgeschreven. Natuurlijk zijn er wel mogelijkheden om het volume te beïnvloeden. Maar dan moeten deze beleidsinstrumenten wel benut worden, zoals eigen bijdragen of eigen risico's. "Rem-geld", zoals de Belgen dat zo voor-treffelijk zeggen.'

'Nu is door de overheveling naar de AWBZ dat rem-geld weggefallen, want in de AWBZ is geen eigen risico. Verzekeraars kunnen wel een eigen risico invoeren en dat was ook de bedoeling van de staatssecretaris, maar

de ziekenfondsverzekeraars zeggen dat zij daartoe voorlopig niet in staat zijn en hetzelfde geldt nu voor de particuliere verzekeraars. Dit impliceert dat de rem, die er voor particulier verzekerden was, nu niet meer aanwezig is.'

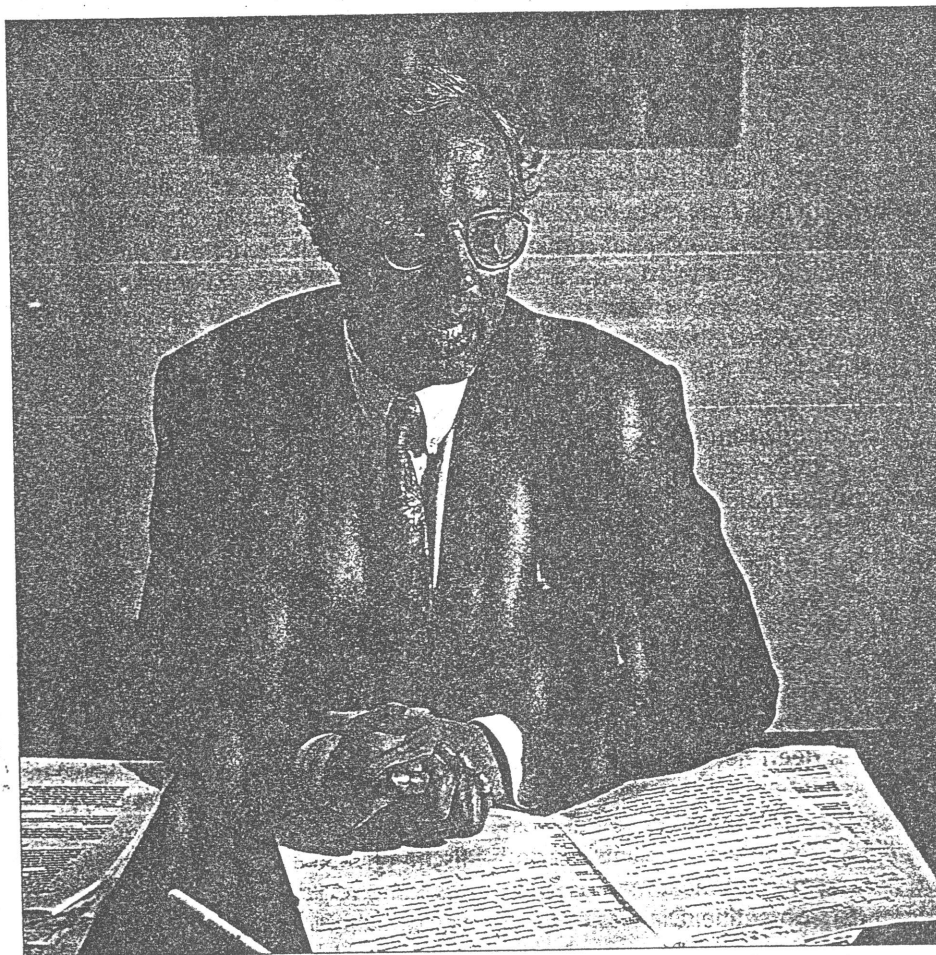
*'Dus, afhankelijk van het invoeren van een eigen risico, verwacht u dat de kosten van de geneesmiddelen dit jaar toch weer iets meer zullen stijgen?'*

'Ik hoop het niet, doch sluit dat niet uit. Ik kan het niet cijfermatig voorspellen, maar door het wegvallen van de rem blijft de mogelijkheid reëel. We hebben de laatste jaren te maken gehad met zoveel maatregelen die over elkaar heen duikelden, dat je in je evaluatie achteraf niet meer kunt zeggen welke effecten die specifieke maatregelen hebben gesorteerd. We hebben dit jaar te maken met èn een GVS èn de AWBZ. Bovendien hadden we rond de jaarwisseling te maken met nogal wat effecten rond de AWBZ - hamsteren etcetera - dus we zullen nooit meer exact kunnen evalueren welke voor- en nadelen het gevolg zijn van welke maatregel.'

### Farmacotherapie Overleg

*'Het Farmacotherapie Overleg (FTO) begint langzaam maar zeker op gang te komen. Wat zijn uw verwachtingen daarover met betrekking tot de kwaliteit en de kosten?'*

Nijhuis wil eerst een in zijn ogen wijd verbreid misverstand wegnemen. 'Sommigen denken dat wij tegen het FTO zijn. Integendeel! In het OPA stond al de bepaling opgenomen, dat er flankerend beleid moest komen. We hebben de overheid er meerdere malen op gewezen dat zij daarbij aanzet was. Wat de kwaliteit van het FTO betreft, hebben wij gezegd dat het niet goed zal kunnen functioneren zonder de juiste informatie over geneesmiddelen. Per definitie en bij uitstek heeft de fabrikant die informatie. Wil je dus de kwaliteit van het FTO daadwerkelijk verbeteren dan zul je die informatie er ook bij moeten betrekken. Dus er moet een ingang zijn bij het FTO voor de farmaceutische industrie. Als we het FTO op de keper beschouwen, heeft de verzekeraar natuurlijk een heel ander belang dan de overige twee partijen: de huisarts en de apotheker.'



*'Informatie fabrikant bij FTO betrekken.'*

Als de verzekeraar "lid" zou worden van het FTO, dan moet je consequent zijn en ook een andere partij met een economisch belang lid laten worden. Maar ik blijf erbij dat het voor de kwaliteit van belang is, dat de industrie op enigerlei wijze haar informatie kan inbrengen in het FTO. Ik heb de indruk dat zowel de huisarts als de apotheker doorgaans die behoefte ook voelt. Wij moeten dus zorgen voor kwalitatief goede informatie en ons moet eventueel in de vorm van een voorgesprek de gelegenheid worden geboden om die informatie te kunnen aanbieden.'

*'Acht u de kans niet groot dat door het FTO meer en meer substitutie zal gaan plaatsvinden?'*

'Nee, maar wat versta je onder substitutie? Substitutie is wanneer een apotheker zelf een voorgeschreven specialité vervangt door een generiek preparaat. Ik ben absoluut niet tegen vervangbaarheid, maar de arts zal moeten bepalen wat wordt voorgeschreven: generiek of specialité. Het kan dus niet zo zijn dat een apotheker zomaar een specialité vervangt. Daar maak ik bezwaar tegen. De arts beslist. Het is zelfs in strijd met de wet en het Besluit Artsenijbereidkunde om in FTO-verband een algemene afspraak te maken dat een bepaald geneesmiddel altijd door een ander vervangen kan worden. Ik vind het een groot goed in Nederland dat de arts vrijheid van voorschrijven heeft.

Dat moet geen enkele partij gaan beperken, noch de apotheker, noch de overheid, noch de industrie. Daarom heb ik de LHV wel eens gewaarschuwd dat ze zich niet moeten laten verleiden tot afspraken waarmee je je de facto op een hellend vlak begeeft.'

*'Verwacht u dat er op het gebied van prescriptie grote verschuivingen zullen optreden in de toekomst?'*

'Niet substantieel, hooguit enkele verschuivingen. Op langere termijn zal het arsenaal aan OTC's - vrije geneesmiddelen - toenemen. Een ontwikkeling die in het buitenland al een aantal jaren gaande is. Ook het generiek zal een substantiëler aandeel worden in het geneesmiddelenaanbod.

Logisch, want het aantal produkten dat uit een patent loopt, is redelijk groot. Twee andere mogelijke ontwikkelingen hebben te maken met het wegvallen van de Europese binnengrenzen. Nederland heeft vooral in vergelijking met de zuidelijke landen een relatief klein arsenaal aan geneesmiddelen waaruit de arts kan kiezen. Als de grenzen opengaan en zeker als er één Europese registratie komt, zal het aantal soorten en merken kunnen toenemen. Bovendien zullen door de toenemende handel tussen de lidstaten de prijzen naar elkaar gaan toegroeien. Je ziet dat nu al als gevolg van de parallelimport.'

*'Verwacht u dan niet dat het GVS zal verdwijnen?'*

'Dat zou eigenlijk voor de hand liggen. Het GVS is immers een indirecte prijsmaatregel. Voorlopig verwacht ik dat echter niet, omdat de lidstaten daarin hun eigen verantwoordelijkheid en bevoegdheid behouden.

Men zal wel proberen tot een uniformering te komen in Europees verband, tot harmonisatie.

Maar of het zal lukken, is zeer de vraag. Want dat hangt af van de afzonderlijke lidstaten.'

### Post Marketing Surveillance

*'Hoe staat Nefarma tegenover Post Marketing Surveillance (PMS)?'*

'Nefarma vindt het van essentiële betekenis, dat geneesmiddelen die al op de markt zijn, bij herhaling met een zekere regelmaat opnieuw bekeken worden op de juiste werking en op bijwerking. Op beide kanten van het produkt dus. Daarvoor moet je ruimte kunnen krijgen bij de huisarts, om dat onderzoek daadwerkelijk te laten plaatsvinden. Wij constateren dat er een zeker grensgebied is tussen PMS en promotie-activiteiten. Binnenkort zal in onze gedragscode een nog helderder onderscheid tussen onderzoek en promotie worden aangebracht. Nefarma rekent alleen zuiver onderzoek naar geneesmiddelen tot PMS. Wat betreft de promotie hebben onze leden zich te houden aan onze gedragscode. Als ze daar de fout ingaan, dan kan een klacht worden ingediend op grond van onze eigen code. Ook de huisarts en de LHV als

## Nefarma: een profielschets

*Nefarma is een branche-organisatie die de farmaceutische belangen van haar leden behartigt. Momenteel telt de organisatie circa tachtig aangesloten leden. Onlangs is het besluit genomen dat alleen fabrikanten van merkgeneesmiddelen als lid van Nefarma kunnen toetreden. Dit om een uitdrukkelijke herkenbaarheid ten opzichte van de Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie (Bogin) tot stand te brengen. Nefarma stelt zich tot doel op deze wijze de specifieke belangen van de merkgeneesmiddelenfabrikanten optimaal te behartigen. Nefarma brengt het welbekende Repertorium uit, waarvan dit na-jaar de nieuwste editie zal verschijnen.*

instituut kunnen een klacht indienen. Mits men uiteraard terecht constateert dat er op onjuiste manier promotie plaatsvindt, onder het mom van onderzoek.'

'Een tweede punt: we zien ook PMS-onderzoek dat gekoppeld is aan de registratie. Vanuit het Registratie-College geeft men een voorlopige registratie af, waaraan de voorwaarde gekoppeld is dat er PMS moet plaatsvinden.'

'Een derde punt: er verschijnen nieuwe produkten op de markt waarvoor het gewenst is om ze nader te onderzoeken bij een wat grotere populatie. Dat heeft ook te maken met het klinisch geneesmiddelenonderzoek dat zich tot een kleinere groep pleegt te beperken. Vaak ook tot gezonde mensen en niet veel oudere mensen. Terwijl veel geneesmiddelen juist bij die laatste groep terecht komen. Dus wil je als fabrikant ook vooral in de PMS-fase blijven onderzoeken wat de wel en niet gewenste werkingen zijn. In dat verband is van de kant van de LHV de vraag gesteld of zo'n onderzoek niet van tevoren getoetst moet worden. Daar is geen enkel bezwaar tegen, want ieder goed onderzoek moet de toets der kritiek kunnen doorstaan.

## Internationale vergelijking

Kosten van de gezondheidszorg in internationaal perspectief (als middel in % van BNP) (1990 tenzij anders vermeld)

	Gezondheidszorg als % van BNP	Geneesmiddelen als % van BNP	Geneesmiddelen als % van gezondheidszorg
Portugal	3,7	0,67	30,7
Italië	5,3	0,92	17,4
Spanje <sup>1)</sup>	5,3	0,76	14,3
Denemarken	6,1	0,66	11,1
België	6,3	1,12	16,8
Griekenland <sup>1)</sup>	6,6	1,90	31,0
Ierland <sup>2)</sup>	6,6	0,50	7,7
Engeland	6,7	0,80	11,6
Zwitserland	7,4	0,90	12,3
Frankrijk	8,7	1,50	17,3
Nederland	9,6	0,82	8,5
West-Duitsland <sup>3)</sup>	13,1	1,40	15,9

1) 1986

2) 1987

3) 1988

4) 1989

Ontleend aan: *Farma-Feiten, een uitgave van Nefarma, 1992*

We verbinden er echter wel enkele belangrijke voorwaarden aan. Het moet niet al te bureaucratisch en centralistisch worden om werkbaar te blijven. Daarnaast zijn wij uitdrukkelijk van mening dat de toetsingscommissie zich moet beperken tot de medisch-ethische aspecten.

Een discussie rond de wenselijkheid van het produkt valt daar dus beslist buiten. Sociaal-economische toetsing is hierbij dus niet aan de orde.

Anders vindt een ongewenste vermenigving van maatschappelijke, sociaal-economische en mogelijk zelfs politieke opvattingen met medisch-ethische toetsing plaats.

Dat zijn volstrekt gescheiden zaken.

De wetenschappelijke verantwoordelijkheid van het onderzoek is natuurlijk wel een wezenlijk onderdeel van de medisch-ethische toetsing.

*'Speelt de financiële waardering die de huisarts na afloop van het onderzoek ontvangt daarbij nog een rol?'*

'Daarover zijn allerlei wildwest-verhalen in omloop. Dus zou ik blij zijn als ook de financiële vergoeding getoetst

wou worden. Daar zou je gezamenlijk normen voor kunnen opstellen. Er is al geopperd of het niet nuttig zou zijn om de twee codes - van Nefarma en die van de huisartsen - aan elkaar te koppelen, zodat een sluitend systeem ontstaat.

Op dit punt heeft Nefarma in haar code al een paar hele duidelijke richtlijnen opgenomen. Dus als artsen of de LHV zeggen dat er beloningen worden gegeven die niet correct zijn en de toets der kritiek niet kunnen doorstaan, dan kan daarover bij ons een klacht worden ingediend.

Maar, er zijn in dit verband naast aanbieders natuurlijk ook vragers. En tot onze spijt wordt er wel eens wat meer gevraagd dan wenselijk is ....'

'Zo hebben wij al met de KNMP gesproken - en binnenkort praten wij hierover met de LHV - over de beloning die sommige FTO-groepen vragen voor de artsenbezoeker die zijn informatie komt leveren.

Dat vinden wij absoluut ongewenst.

Het zou goed zijn als we daar gezamenlijk afspraken over kunnen

maken.'

## Oranje Hand Enveloppe Systeem

Als laatste onderwerp wordt het Oranje Hand Enveloppe Systeem van Nefarma aangesneden.

Nijhuis: 'Als allerbelangrijkste voor de geneesmiddelindustrie geldt natuurlijk dat er een kwalitatief hoogwaardig en veilig produkt wordt geleverd. Maar er kan ooit, onverhoopt, wat misgaan. Dat komt gelukkig heel weinig voor, maar het kan. In dat geval moet er een waarschuwing uitgaan om te voorkomen dat de fout ernstige gevolgen heeft voor de gezondheidszorg. Daarvoor kent Nefarma het systeem van de Oranje Hand Enveloppe.

In zo'n enveloppe zit een brief met een waarschuwing. Deze wordt opgesteld in overleg met de Geneesmiddeleninspectie. Afhankelijk van de situatie wordt deze brief verspreid onder alleen de apothekers, of soms ook onder alle huisartsen of specialisten. De vraag was echter of dit systeem voldoende was. Moet het niet nog beter?

Dat moet zeer zeker beter, want niet altijd wordt de brief geopend door degene aan wie de brief gericht is. Voorkomen moet worden dat de brief in een stapel paperassen verzeilt en de envelop met het waarschuwingsteken in de prullemand verdwijnt. Om die reden wordt overwogen om ook de brief zelf van een oranje handtekening te voorzien. Daarnaast blijft het van belang dat ook de doktersassistente goed geïnstrueerd wordt. Altijd het beter proberen te doen, moet in het belang van de gezondheidszorg ons gezamenlijk credo zijn.'

## Arm in arm

Aan het eind van het gesprek maakt Nijhuis nog een allerlaatste opmerking over de stelselwijziging.

'Nefarma heeft zich in de discussie rond de stelselwijziging altijd vrij neutraal opgesteld. Wat wij echter heel essentieel vinden, is dat de geneesmiddelen met de huisarts in één onderdeel van de verzekeringskolom zitten.

En dat we niet worden opgesplitst à la Dunning of anderszins. Het moet bij elkaar blijven, het moet één geheel blijven. Wat dat betreft willen wij arm in arm met de huisartsen ergens terecht komen, ongeacht waar. Als we maar bij elkaar blijven, want we horen gewoon bij elkaar.'

H. Stenfert Kroes

# Nijhuis: dolende koning eenoog?

De heer Sanders van Nefarma (de vereniging van merkfabrikanten) kan nu met een gerust hart met pensioen gaan. Zijn jarenlange verkondigde (spook?)denkbeelden weet de heer Nijhuis in het juni-nummer van dit tijdschrift uitstekend te reproduceren. Minder gerust kan hij zijn over de toemende onenigheid onder de Nefarma-leden. De belangen- tegenstellingen nemen toe als gevolg van de lagere winst-gevendheid. Het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem lijkt enige vruchten af te werpen. Het prijspeil zal van 12% in 1991 naar 6 tot 7% voor 1992 dalen. In de naaste toekomst zullen extra maatregelen om tot een verdere daling te komen worden genomen. Irritant is dat het Nefarma-verhaal zelden nieuws bevat. Toch dient de eenzijdigheid van het interview met Nijhuis in De Huisarts van mei 1992 te worden doorbroken.

In de farmaceutische bedrijfstak spelen verschillende factoren hun eigen rol. Zo hebben apothekers/KNMP, overheid, artsen (LHV/NHG), zorgverzekeraars en industrie (generiek- en merkproducenten) elk hun eigen - soms binnen de eigen groep verdeelde - belangen en zienswijzen. Het interview met Nijhuis is dus bij voorbaat eenzijdig. De onkritische en weinig confronterende vragen van de interviewer, maken het hem wel heel gemakkelijk.

Wat zouden enige andere "markt-" partijen (overheid, generieke concurrenten, zorgverzekeraars en consumenten) naar mijn opvatting voor kanttekeningen bij het interview van Nijhuis hebben kunnen maken?

## 1. De overheid:

- a. De uitgaven voor geneesmiddelen stijgen sinds 1980 met 7 tot 8% jaarlijks, terwijl de gehele gezondheidszorgsector hooguit een inflatie-correctie kan toepassen. Feitelijk betekent dat een nul-groei. De stijging van jaarlijkse medicijnenkosten maakt het onmogelijk om financiële ruimte te vinden binnen de begroting van WVC, om andere zorguitgaven te doen, zoals voor chronisch zieken, de wachtlijstenproblematiek en verbeteringen binnen de psychiatrie.
- b. Wereldwijd treden overheden steeds meer op tegen de hoge geneesmiddelenkosten. Slechts 50 ondernemingen produceren 95% van de wereldbehoefte aan geneesmiddelen. Vaak bezitten op deelmarkten - zoals vitamines, psychofarmaca, anti-conceptie - slechts één of enige producenten een overwegend markt-aandeel.  
Door de patentwetgeving en het geringe aantal echt vernieuwende middelen komen steeds meer generieke middelen op de markt. Deze middelen zijn kwalitatief even goed en veel goedkoper dan de merknaam-geneesmiddelen. Het kan dus voordeliger. In de VS - kampioen van de vrije markt - bestaat in veel staten de verplichting om generiek voor te schrijven. 50% van alle afgeleverde medicijnen is er generiek, terwijl dat in Nederland slechts 8% bedraagt.
- c. Soms drijven de producenten elkaars prijzen op. Men vermoedt dat er nogal wat kartelafspraken in de sector worden gemaakt. In deze sector blijkt men

economische wetmatigheden op de kop te zetten. Als op een markt de concurrentie en dus het aanbod toeneemt bij eenzelfde vraag naar het produkt, dan zal de prijs dalen.

In deze bedrijfstak gebeurt soms het tegendeel.

Zo steeg de prijs van Tagamet met meer dan de helft nadat een concurrent met Zantac op de markt kwam.

- d. De overheid nam de laatste tien jaar allerlei maatregelen om tot prijsbeheersing te komen. Géén van de maatregelen sorteerde voldoende effect. Ook het OPA (Onderlinge Partijen Accoord), op basis van vrijwilligheid met alle producenten - en dus ook NEFARMA - gesloten, haalde de doelstelling niet. Het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS) is dus in feite een verscherping van beleid.

## 2. De generieke producenten:

- a. De Europese Gemeenschap gaat de patentduur van de geneesmiddelen verlengen. Momenteel bedraagt de beschermingsduur tussen de acht en twaalf jaar vanaf de ontdekking van de nieuwe stof. In die (gemiddeld) 10 jaar bepaalt de producent de prijs. Deze kan in geen enkele verhouding tot de kosten staan. Zo kostte Valium tijdens de patentperiode het 40-voudige van de produktiekosten. Wereldwijd dwongen regeringen La Roche tot forse prijsverlagingen, nog tijdens de patentperiode. Ook de toenmalige Nederlandse minister van Economische Zaken, Lubbers (kabinet Den Uyl) vaardigde een dergelijke maatregel uit. Patenten dienen om de researchkosten en enige winst aan de producent te garanderen. Door de verlenging van deze periode zal de winstgevendheid nog meer stijgen. De generieke producenten zorgen voor een lager prijspeil en dus goedkopere medicijnen.
- b. De kosten van onderzoek bedragen slechts 5% van de totale omzet. Volgens de Economic Times kan men de uitgaven opdelen in 25% produktiekosten, 25% promotiekosten, 35% brutowinst en 15% research- en ontwikkelkosten (= het tot massaproduct verheffen).  
Door de generieke concurrentie komt onderzoek niet noodzakelijkerwijze in gevaar. De industriëlen zouden de promotiebudgetten eerst eens kunnen gaan beperken. Overigens leggen deze onkosten in geen enkele andere bedrijfstak een zo groot beslag op de omzet. Deze uitgaven worden besteed aan artsenbezoekers, advertenties, congresbijdragen en cursuskosten.
- c. De generieke producenten brengen kwaliteitsprodukten op de markt. Het toezicht en de controle door de Hoofdingspectie voor de Geneesmiddelen op de kwaliteit, maakt dat deze produkten vergelijkbaar zijn. Zo maakt de merkfabrikant Ciba-Geigy merk-geneesmiddelen tegen een hogere prijs dan haar generieke dochter Multifarma te Weesp. De OPG bezit grote belangen in enige generica-fabrieken.
- d. In de meeste industrielanden tekent zich een trend af van een "terugtrekkende overheid". Men hoop dat daardoor marktpartijen meer zullen gaan concurreren. Dat moet leiden tot meer kwaliteit en prijsdalingen. Het generieke marktaandeel zal door de lagere pilprijs gaan toenemen.

### De zorgverzekeraars:

- a. De ziektekosten zullen door de "dubbele vergrijzing" (toename 80-plussers) en de "ontgroening" (steeds minder jongeren) de komende 20 jaar enorm toenemen. De bejaardenpopulatie omvat 10% van de bevolking, maar legt beslag op zo'n 25% van alle gezondheidszorgkosten. Een extra groei van de uitgaven lijkt weinig realistisch te zijn. Kostenbeperkingen (bijvoorbeeld substitutie van dure naar goedkope zorg, merkloze geneesmiddelen) zullen vrij algemeen zijn. Het zou kunnen leiden tot het vergoeden van een basispakket geneesmiddelen (bijvoorbeeld zoals in een eerstelijnsformulier) en het bijverzekeren of zelf bijbetalen voor merkgeneesmiddelen.
- b. Het voorschrijfgedrag kan sterk verbeterd worden door het gebruik van PC-medicatie-modules. Daardoor neemt de kwaliteit toe. Daarnaast stelt de module artsen in staat om de gegevens op te slaan en aan de patiënt aan te passen. Bij vervanging, verhuizing of overname blijven de patiëntgegevens beter toegankelijk dan het systeem van de patiëntenkaarten. Draagbare PC's zullen dat gebruik bevorderen.
- c. Het aantal slachtoffers van geneesmiddeleninteracties moet en kan omlaag worden gebracht.
- d. Nederlanders slikken per hoofd van de bevolking weinig geneesmiddelen. Dat zou zo moeten blijven. Vooral het grootverbruik onder ouderen zou moeten worden beperkt.

### Consumenten:

- a. Nijhuis beweert dat de kosten van de Nederlandse geneesmiddelenvoorziening onder het gemiddelde liggen. De totale uitgaven liggen lager. Maar het voorschrijfvolume ligt aanmerkelijk lager in Nederland dan elders. Zo schrijven Nederlandse artsen slechts één recept per twee consulten uit. In andere Europese landen ligt dat veel hoger. De Europese consumentenkoepel - de BEUC - heeft aangetoond dat veel geneesmiddelen in Nederland meer kosten. De prijzen in België liggen de helft lager dan hier. Kortom, de Nederlandse consument betaalt voor hetzelfde geneesmiddel vaak de helft meer dan in de andere Europese landen.
- b. Nijhuis meent dat er geen vervangbaarheid van gelijksoortige geneesmiddelen bestaat. Op de Nederlandse markt bevinden zich zo'n 8.000 toedieningsvormen. Uit allerlei onafhankelijk onderzoek blijkt dat huisartsen 90 middelen (1%!) vaak gebruiken en met 226 middelen 95% van alle ziekten kunnen bestrijden. Zo bevat het Nijmeegs Eerste Lijns Formularium slechts 443 toedieningsvormen, 5 1/2 % van het aantal toegelaten middelen. Zelfs academische ziekenhuizen beperken via formularia de geneesmiddelenkosten. Zo gebruikt het Radboudziekenhuis een lijst waarop slechts 1100 toedieningsvormen (= 13,75%) staan.
- c. Het "me-too" effect ligt aan de overspoeling van de markt ten grondslag. Per jaar komen slechts zes New Chemical Entities (NCE's) op de markt. Deze producten zijn echt vernieuwend. Terwijl er tegelijkertijd 292 imitaties ("me-too's") op de markt verschijnen. Voor huisartsen is het onmogelijk om het kaf van het koren te scheiden. Vandaar dat gretig van hun "onkunde" gebruik wordt gemaakt. Een nieuwe naam, een molecuul-toevoeging en klaar is het "geheel vernieuwde produkt". Als u de wasmiddelenproducent die zoiets beweert, niet gelooft, waarom vertrouwt u de pillen-producenten dan niet?
- d. Dat onnodig grote aantal levert gevaar op voor de volksgezondheid. Huisartsen dienen het aantal te beperken, omdat zij dan beter de variatie van bijwerkingen van de receptuur leren kennen. Bovendien daalt het aantal gevaarlijke interacties er door. Jaarlijks sterven 600 Nederlanders door een verkeerd geneesmiddelengebruik en worden 11.000 daarvoor in ziekenhuizen opgenomen. Deze (im-)materiële schade zou er door beperkt kunnen worden.
- e. Daling van de geneesmiddelenuitgaven betekent begrotingsruimte voor noodzakelijke andere zorguitgaven. Maar kan ook tot premiedaling leiden. Minder sociale premiedruk is noodzakelijk om de kosten per eenheid produkt te reduceren. Alleen daarvoor kan Nederland op termijn de internationale concurrentie volhouden. Zo niet, dan zal de werkloosheid stijgen, nemen investeringen af en daalt de koopkracht.
- f. Onnodig hoge pillenprijzen verlagen in feite het

## ARTSEN

-Waarnemend of in opleiding- die met de materie van praktijk-, vestiging-, overname-associatie en financiering niet op de hoogte zijn, stellen wij voor om met ons een **informatief** en geheel **vrijblijvend** gesprek te hebben. Op aanvraag zullen wij u gaarne onze brochure doen toekomen.

**ADVIESBUREAU SCHEFFEL B.V.**

Tel 05780 - 20000,

Lid Intermediac

# S

optimale welvaartspeil van de bevolking. Men had meer kunnen besteden bij een zelfde inkomen. De extreem hoge Nederlandse medicijnprijzen betekenen dus feitelijk "diefstal" van welvaart van alle premiebetalers.

Lucas van der Hoeven  
sociaal wetenschapper en freelance journalist

## Naschrift

Wetenschap?

*Als een dolende ridder trekt Lucas van der Hoeven door het land van de gezondheidszorg. In elke krant of tijdschrift dat zijn bijdrage maar wil opnemen, vertelt hij steeds hetzelfde verhaal over wat er mis zou zijn in de farmaceutische sector.*

*Dat Van der Hoeven zijn toevlucht meent te moeten nemen tot schimpen en spelen op de man, werpt een schril licht op zijn status als "sociale wetenschapper". Daarenboven bevat zijn bijdrage zoveel onjuistheden, dat een uitpuittend commentaar langer zou worden dan het artikel zelf. Zonde van de ruimte dus.*

*Slechts enkele punten:*

- Feit 1. Het CBS-indexcijfer voor geneesmiddelen en farmaceutische produkten is gedaald van 100 in 1985 naar 85 medio dit jaar.
- Feit 2. Geneesmiddelen vormen in Nederland 8,5% van de kosten van de gezondheidszorg. Daarmee is Nederland de laagste in Europa. In bijna alle landen vormen geneesmiddelen tussen de 11 en 17% van de kosten van de gezondheidszorg.
- Feit 3. Lubbers heeft, als Minister van Economische Zaken in het kabinet Den Uyl, inderdaad ingegrepen in de prijs van Valium. Maar - en dat meldt Van der Hoeven niet - de overheid is tot in hoogste instanties voor deze ingreep veroordeeld en heeft aan Roche een forse schadevergoeding moeten betalen.
- Feit 4. Van de geneesmiddelenomzet wordt zo'n 15% besteed aan wetenschappelijk onderzoek, research en ontwikkeling. Het dubbele van de computerindustrie en het drievoudige van de luchtvaartindustrie.
- Feit 5. Met zo'n 8000 toedieningsvormen heeft Nederland een van de meest beperkte geneesmiddelen-assortimenten in Europa. Alleen Noorwegen heeft minder vormen op de markt. Natuurlijk heeft een arts ze niet allemaal nodig, maar gelukkig kan hij wel kiezen.
- Feit 6. Jaarlijks worden niet zes, zoals Van der Hoeven beweert, maar rond dertig New Chemical Entities geïntroduceerd. De 292 "me-too's" die Van der Hoeven signaleert, zijn voor het overgrote deel de zo door hem bejubelde generica en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen. Geen "me-too's" dus.
- Feit 7. De uitgaven vormen in Nederland 0,82% van het Bruto Nationaal Produkt. In Frankrijk 1,5% van het BNP en in Duitsland 1,4%. Hoe verzint Van der Hoeven het dan dat de kosten van de geneesmiddelen de concurrentiepositie van Nederland verzwakken, de werkloosheid doen toenemen en de koopkracht doen dalen?

Mr. G.B. Nijhuis  
Algemeen directeur Nefarma

# OMGAAN MET NON-VERBALE

**O**ver sommige problemen durven uw patiënten niet of nauwelijks te praten. Incontinentie is zo'n moeilijk gespreksonderwerp. Slechts een kwart van alle incontinenten zoekt hulp; de overige 75 % verzwijgt het liever.

De angst bij deze patiënten kunt u wegnemen. Door er tijdens uw spreekuur voorzichtig naar te informeren en er open over te praten. Want zo'n 800.000 mensen in Nederland hebben last van ongewild urineverlies. Dat zijn zo'n 125 mensen op een gemiddelde huisartsenpraktijk. In de meeste gevallen kunt u deze mensen helpen.

## Hoe merkt u het?

Indien mensen er zelf niet over praten, kunt u afgaan op een aantal signalen. Naast de soms waarneembare urinegeur en vlekken in de kleding of het beddegoed zijn irritatie aan de huid van het onderlichaam als gevolg van veelvuldig wassen, overmatig toiletbezoek en uitslagverschijnselen tekenen dat er van incontinentie sprake kan zijn.

Ook bij minder tastbare zaken zoals eenzaamheid, ziekteverzuim en problemen in de seksuele relatie kan incontinentie een rol spelen.

## TENA van Mölnlycke

Veel patiënten weten niet dat de klachten in veel gevallen te verminderen of zelfs geheel te verhelpen zijn. Daarom adviseert Mölnlycke patiënten altijd een huisarts te raadplegen. Zolang de incontinentie voortduurt, biedt TENA van Mölnlycke een breed assortiment hulpmiddelen. Zowel ééndelige als tweedelige systemen. Voor lichte tot zware incontinentie. Voor mannen en vrouwen. Voor jong en oud. Voor dag en nacht. Kortom, TENA verbanden geven de patiënt comfortabele, betrouwbare en discrete bescherming in iedere situatie.

## Voorlichting is nodig

TENA staat voor meer dan produkten alleen. Zo organiseren wij regelmatig workshops en trainingen voor wijkverpleegkundigen en advi-

# TENA neemt in

Mölnlycke (Nederland) B.V., Divisie Med