

Drs. L.F.M. van der Hoeven  
Schonckstraat 24  
6531 CK - Nijmegen  
☎/fax: 024 - 3566727  
Nijmegen, 18 december 1995.

Redactie ESB  
Postbus 4224  
3006 AE - ROTTERDAM  
☎010 - 4538738/39

Peter de Wolf (EUR); Arie van der Kuy (ZR), Roger Sorel (Interpharm) en Loek  
Poelgeest (ex-Bogin).

Beste allemaal,

Allereerst stel ik jullie commentaar zeer op prijs. Maar nog meer de kostbare tijd die jullie hiervoor belangeloos ter beschikking stellen. Ik vind dat echt heel geweldig. Om mijzelf te behouden voor het schieten van al te grote bokken, zal ik al jullie bemerkingen zoveel mogelijk in mijn artikel opnemen.

Voor mij werkt het erg plezierig, indien jullie je opmerkingen in de kantlijn zouden willen zetten (leesbaar!) of via nummering aan de voor- en achterzijde van de betreffende bladzijde. Op de achterkanten is ruimte voor opmerkingen, die een groot aantal woorden beslaan.

Graag zie ik jullie commentaar begin januari retour.

Zouden jullie met een voetnoot bedankt willen worden of blijven jullie liever anoniem?

Natuurlijk een heel prettig kerstfeest en een gelukkig Nieuwjaar

Met vriendelijke groeten,

Lucas van der Hoeven.

=== totale lengte : 4.173 woorden (incl. kaders en eindnoten)

lengte: 3.875 woorden (zonder kaders) =====

1 kans van slagen: gering?

2 PRIJZENWET : AANBODKANT REGULERING

3 “Al een groot aantal jaren staat de kostenstijging van geneesmiddelen in de  
4 politieke en maatschappelijke belangstelling. De kosten van medicijnen stijgen  
5 namelijk sneller dan de kosten van de totale zorgsector”, zo opende de Reken-  
6 kamer haar rapport “Kostenbeheersing geneesmiddelen”(1) in 1992. “Vanaf 1979  
7 heeft het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur zich ten doel  
8 gesteld om greep te krijgen op de forse kostenstijgingen van de geneesmiddelen  
9 met handhaving van de kwaliteit. De meer dan evenredige stijging van de kosten  
10 van geneesmiddelen gaat namelijk ten koste van andere sectoren in de gezond-  
11heidszorg en kan leiden tot verhoging van premies”. Ondanks de 10 verschillende  
12 door de overheid reeds getroffen maatregelen, concludeert de Rekenkamer dat  
13 “het merendeel van de ingezette instrumenten geen bijdrage heeft geleverd aan

1 structurele kostenbeheersing". Sindsdien zette de overheid nog een aantal stappen  
2 om de kosten te beheersen. Dat leidde de laatste drie jaar weliswaar tot afrem-  
3 ming van de uitgavengroei, maar laat de structuur van de farmaceutische bedrijfs-  
4 kolom onaangetast. De Nederlandse prijzen bevinden zich met 48,4 % boven het  
5 Europese gemiddelde <sup>(2)</sup> nog steeds op eenzame hoogte. De Wet Geneesmidde-  
6 len prijzen dient daarin verandering te brengen en vormt inmiddels de 18de  
7 overheidsmaatregel.

8 De minister wil met de prijzenwet bereiken dat het Nederlandse prijspeil wordt  
9 verlaagd naar het gemiddelde van het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Duitsland  
10 en België. Dit zou een besparing van f. 700 miljoen op de uitgaven opleveren. Dit  
11 komt overeen met een algehele gemiddelde prijsdaling van 20%.

12 Het wetsvoorstel is zeer omstreden en zal waarschijnlijk aanleiding tot allerlei  
13 rechtszaken geven. Jarenlange (bodem-)procedures zullen het overleg van de  
14 overheid met de sector bemoeilijken. De voorgestelde wetgeving is een voorbeeld  
15 van een halsstarrig misverstand bij de overheid om de aanbodkant van de econo-  
16 mie te reguleren. Immers een steeds vrijere Europese en wereldmarkteconomie  
17 laat zich door een klein land niet sturen. Daarom lijkt ook de prijzenwet slechts  
18 tijdelijk enig soelaas te beiden. De uiteindelijke oplossing moet zijn gericht op de  
19 beheersing van de vraagzijde: verzekeraars, artsen, apothekers en patiënten.

## 20 Prijsstijgingen

21 De uitgaven voor genees- en verbandmiddelen zijn sinds de tachtiger jaren met  
22 zo'n 10% per jaar gestegen. Namelijk van f. 3,53 miljard in 1985 naar f. 7,157  
23 miljard in 1994. Dat is een verdubbeling in tien jaar. In 1985 betaalde een zieken-  
24 fondsverzekerde hieraan f. 197,48 per jaar. In 1994 is die uitgave opgelopen tot f.  
25 339,88. Een toename met 72 % in 10 jaar <sup>(3)</sup>. In dezelfde periode stegen alle  
26 zorguitgaven per hoofd van de bevolking van f. 2.312,- in 1985 naar f. 3.490,- in  
27 1995; zo'n 51 % toename.

28 De uitgavengroei voor geneesmiddelen zal zich in sterke mate de komende de-  
29 cennia gaan voordoen als gevolg van de toename van het aantal ouderen van 1,9  
30 miljoen in 1995 tot 2,9 miljoen in 2015. Immers 65-plussers vormen nu slechts 13  
31 % van de bevolking, maar consumeren voor 46% van de zorg <sup>(4)</sup>: een factor 3,5.  
32 Alleen al door een verdubbeling van het aantal ouderen in de komende twintig  
33 jaar zouden de volksgezondheidsuitgaven waarschijnlijk toenemen van f. 60  
34 miljard in 1995 tot f. 90 miljard in 2015 (ongecorrigeerd voor prijsstijgingen en  
35 inflatiecorrectie). Voor geneesmiddelen ligt deze verhouding nog extremer. Zo  
36 slikken ouderen (> 65 jaar) bijvoorbeeld het 5-voudige aan medicijnen, f. 1037,-  
37 per persoon per jaar, vergeleken met jongeren (<65 jaar), f. 246,- p.p.p.j. <sup>(5)</sup>: een  
38 factor 4,2. De uitgaven voor geneesmiddelen zullen dus ook in de toekomst  
39 sneller blijven stijgen dan de overige zorgkosten.

1 Daardoor ontstaan structurele problemen op termijn als gevolg van de huidige  
2 begrotingssystematiek. Immers het Ministerie van VWS (Volksgezondheid, Wel-  
3 zijn en Sport ) mag de begrotingsuitgaven met 1,3% per jaar laten stijgen vanwe-  
4 ge de vergrijzing. Deze compensatie ligt lager dan noodzakelijk, volgens 'Gezond-  
5 heidszorg in Tel' (Cie. van der Zwan) dat meent dat het percentage ten minste op  
6 2,3% per jaar moeten liggen. In "Sociaal Culturele Verkenningen 1995" berekent  
7 het Sociaal Cultureel Planbureau dat tussen 1980 en 1993 de gemiddelde jaarlijk-  
8 se groei 3,8% (inclusief inflatie) bedroeg (<sup>6</sup>).

9 De totale gezondheidszorguitgaven stijgen dus meer dan feitelijke voorzien.

10 Daarom vormt de extreme groei van de uitgaven voor geneesmiddelen een be-  
11 langrijk bestuurlijk probleem. Zij zijn een gevolg van (inter-)nationale verande-  
12 ringen van de farmaceutische industrie, maar ook van veranderde verhoudingen  
13 binnen de Nederlandse bedrijfskolom.

14 Internationale markt.

15 De merkgeneesmiddelen industrie produceert wereldwijd voor US\$ 204 miljard  
16 in 1994 in producenten prijzen. Dat komt neer op zo'n f. 440 miljard in consu-  
17 menten prijzen. De EG-markt is weliswaar de grootste farma-markt - namelijk f.  
18 87,4 miljard - maar die is intern zeer verdeeld, doordat afzonderlijke landen nog  
19 steeds hun eigen nationaal beleid voeren. De producenten van specialite's voeren  
20 dientengevolge in elk Europees land een andere prijsstrategie. Zij kunnen dat uit  
21 hoofde van een hoge concentratiegraad. Immers de 50 grootste bedrijven produ-  
22 ceren 65% van de wereldmarkt. De bruto winstgevendheid ligt extreem hoog en  
23 bevindt zich tussen de 27 en 32 % per jaar voor de beste tien bedrijven in 1994  
24 (<sup>7</sup>). Die hoge rentabiliteit is mede mogelijk vanwege kartelafspraken, oligo- en  
25 monopolie posities. Een gevolg van hun specialisatie in een beperkt aantal pro-  
26 dukten in een of meer van de 25 te onderscheiden submarkten. Zo beheersen  
27 bijvoorbeeld Organon, Schering en Kabi-farmacia de submarkt voor hormoonpro-  
28 dukten. Organon (dochter van AKZO-Nobel) heeft 24% van de Europese orale  
29 anticonceptiva in handen en wereldwijd 9%. En controleert Novo-Nordisk vrijwel  
30 de gehele Nederlandse insulinemarkt. Door hun markt-overwicht bepalen zij het  
31 prijspeil en de winstgevendheid. Daarnaast is de positie van de merkindustrie de  
32 laatste jaren versterkt door allerlei fusies en intensievere samenwerking. Zo nam  
33 bijvoorbeeld MSD Medco - een geneesmiddelen postorderbedrijf in de VS ter  
34 waarde van \$6 miljard - over en vormen Wellcome en Glaxo - na hun mega fusie  
35 - het grootste farma-bedrijf ter wereld met een gezamenlijke jaaromzet van f. 18,5  
36 miljard in 1994.

37 Nederlandse markt

38 Onze nationale geneesmiddelen-consumptie bedraagt 1% van de wereldomzet. In

1 totaal zijn er zo'n 9.309 producten (1994) op de Nederlandse markt. In dat aantal  
2 zijn alle toedieningsvormen en sterkten afzonderlijk meegeteld. Het gaat volgens  
3 Nefarma om omstreeks 1.900 verschillende geneesmiddelen. Zolang het octrooi  
4 van merkproducten niet is verlopen, stelt de producent-monopolist zelf een hoge  
5 prijs voor de Nederlandse markt vast. Want ons land kent als enige Europese  
6 natie nog geen prijzenwet. Als de prijzen van het specialité hoog zijn, lokt dat  
7 import uit goedkope Europese landen uit. Zo wordt Prozac sinds de toelating  
8 ingevoerd tot ergernis van de Nederlandse Eli Lilly-distributeur. Onlangs verlaag-  
9 de deze de prijs met 40%. Het mocht niet baten: parallel import verlaagde even-  
10 eens de prijzen met 35% en is nog steeds winstgevend. Nu vanaf 1 januari 1996  
11 de EG-commissie de invoer van medicijnen uit Spanje en Portugal toelaat, staan  
12 de prijzen van merkgeneesmiddelen onder druk. De concurrentie wordt verder  
13 aangescherpt zodra merkmedicijnen uit patent lopen, want dan worden ook  
14 generica-producten onder de stofnaam tot de markt toegelaten. Mede vanwege de  
15 onderlinge vervlechtingen tussen hen en ook de belangen van de groothandel in  
16 de produktie-sector, ligt het prijspeil van veel generieke Nederlandse producten  
17 op zo'n 70% van dat van merkmedicijnen. Eigenlijk zou dat nog zo'n 20 tot 30%  
18 lager kunnen zijn.

19 Nieuw: duurder, maar beter?

20 Medicijnen stijgen voortdurend in prijs, terwijl hun werkzaamheid maar beperkt  
21 verbetert. Zo namen bijvoorbeeld de uitgaven van antidepressiva toe vooral  
22 vanwege het voorschrijven van nieuwe, aanzienlijk duurere geneesmiddelen. In  
23 de periode van 1987 tot 1989 stegen de kosten met maar liefst 25%<sup>(8)</sup>. Boven-  
24 dien blijken nieuwe preparaten op deze deelmarkt niet altijd beter te werken<sup>(9)</sup>.  
25 In 1994 werden 364 farmaceutische producten (merkgeneesmiddelen) ingeschre-  
26 ven en 709 parallel geïmporteerde en identieke (=generieke) producten, in totaal  
27 dus 1.073 medicijnen. In 1994 werden 'slechts' 30 geneesmiddelen met een  
28 nieuw werkzaam bestanddeel toegelaten; in 1993 : 16 en in 1992: 24<sup>(10)</sup>. Van  
29 deze laatste groep vormt een groot deel een verbetering van de bestaande prepa-  
30 raten. Over het algemeen komen er omstreeks 6 daadwerkelijk nieuwe medicijnen  
31 per jaar op de Nederlandse markt. Het grote aantal 'nieuwe' geneesmiddelen  
32 wedijvert allemaal om een plaatsje op het schap van de openbare apothekers. Dat  
33 gebeurt via 'marge-concurrentie': de bonussen en kortingen, die openbare apothe-  
34 kers kunnen bedingen. De schatting is dat het hierbij gaat om zo'n f. 300 miljoen  
35 op jaarbasis; gemiddeld zo'n f. 140.000,-. aan niet-afgesproken extra nevenink-  
36 omsten<sup>(11)</sup>. Immers het traject van de bedrijfskolom tot het magazijn van de  
37 openbare apotheker is geschoeid op het kapitalistische concurrentie-model.  
38 Echter op de uitgiftebalie van openbare apothekers verandert de aard van de  
39 medicijnen in een collectief goed. De prijsstelling is niet langer van belang. Want

1 verzekerden kunnen individueel er geen invloed op uitoefenen. Wel betalen zij  
2 gezamenlijk een hogere premie dan noodzakelijk zou zijn onder de conditie van  
3 een geheel vrije marktsituatie.

#### 4 Prijzen in Nederland

5 Mede als gevolg van de verandering van de aard van het goed, gaat de nationale  
6 concurrentie tussen specialité, parallel import en generica niet tot het uiterste.  
7 Bovendien belemmeren allerlei onderlinge belangen en verstrengelingen een goed  
8 werkend marktmechnisme. Daarbij komt tevens dat geen enkele marktpartij  
9 direct belang heeft bij lage geneesmiddelenprijzen. Want aan de vraagzijde van  
10 de markt declareren zorgverzekeraars de kosten door via de premiestelling aan  
11 hun verzekerden. Individuele patiënten hebben geen belang bij lage prijzen,  
12 vanwege de collectieve verrekening. De KNMP - (prijzen-) tax is zodoende  
13 geworden tot officiële handelsvergoedingsprijs. Openbare apothekers verrekenen  
14 deze tax en het COTG-tarief met de zorgverzekeraars. De feitelijke concurrentie  
15 tussen marktpartijen om de gunsten van apothekers vindt via marge-kortingen op  
16 de tax-prijs en via bonussen/aandelen plaats. Al deze mechnismen veroorzaken  
17 een sterk opwaartse druk op het Nederlandse prijsniveau.

18 Nefarma (merkgeneesmiddelen producenten) stelt dat de hoge prijzen een gevolg  
19 zijn van het geringe volume medicijnen dat Nederlanders per hoofd van de bevol-  
20 king slikken (f. 320,- per jaar in 1993). Zij wijst er tevens op dat de medicatie-  
21 uitgaven met 8,9% van het volksgezondheidsbudget zich op een Europees gemid-  
22 delde bevinden. Een opmerkelijke redenering, die haaks staat op het economisch  
23 fundament van de 'vrijhandel' waarop de 'openmarkt-politiek' van de EU is  
24 gebaseerd. Ook Duitsland kampte jarenlang met een hoog prijspeil. In 1991 nam  
25 de Duitse overheid enige draconische maatregelen om het prijspeil met DM 9  
26 miljard te verminderen en tot op het Europese gemiddelde te laten dalen. Die  
27 hervorming was noodzakelijk om de kosten van de hereniging te betalen. De  
28 maatregelen bestonden uit 'vrijwillige' prijsdalingen van producenten (Hoechst,  
29 Bayer, Basf); het beperken van het pakket (omstreeks 25.000 medicijnen op de  
30 Duitse markt); bij overschrijding van de medicatie-budgetten dreigde een korting  
31 op de artsenvergoedingen en hogere eigen bijdragen (nu bijna 10% van de totale  
32 kosten) van patiënten <sup>(12)</sup>. Niet alleen in Duitsland wordt fors ingegrepen op het  
33 prijsniveau, maar ook in de VS, Japan en andere Europese landen. Nederland  
34 neemt dus geen uitzonderlijke positie in.

#### 35 Prijzenwet

36 Sinds 1982 nam de overheid 18 maatregelen om de kosten van geneesmiddelen te  
37 beperken (zie Kader). Vrijwel alle maatregelen tot 1992 waren volgens de Reken  
38 Kamer tevergeefs. Van de jongste maatregelen - zoals het GVS, de 5% prijsda-

1 ling - lijken de meeste ten minste een kortdurend effect op te leveren. Het groei-  
2 tempo van de uitgaven is enigermate afgezwakt. Ten dele is dat mede te danken  
3 aan een cosmetische operaties. Zo schrapt staatssecretaris Simons de verstrek-  
4 king van alternatieve preparaten en de hoest- en verkoudheidsmiddelen. Ook de  
5 huidige minister heeft zich uitgesproken om delen van het verstrekkingenpakket  
6 niet langer 'gratis' - naar de waarneming van verplicht verzekerden - te verstrek-  
7 ken. De nu aangenomen prijzenwet, die vanaf 1 april 1996 in werking treedt,  
8 moet een structurele verlaging van de uitgaven opleveren. Of deze wet daadwer-  
9 kelijk ten uitvoer zal worden gebracht, daarover hult het Ministerie van VWS  
10 zich in nevelen. De directeur geneesmiddelenvoorziening, Dr. C. De Vos, heeft  
11 herhaaldelijk gesteld, dat de minister eventueel, maar niet noodzakelijk van haar  
12 macht gebruik kan maken. Als mevrouw Dr. E. Borst-Eijlers de wet in de praktijk  
13 zou brengen dreigt de bedrijfstak middels rechtszaken, de wettigheid ervan te  
14 betwisten.

#### 15 Juridische problemen

16 De prijzenwet acht een 'redelijke winstmarge' een noodzakelijk voorwaarde voor  
17 de berekening van het Nederlandse prijspeil. Dit is omstreden aangezien het  
18 voorgestelde systeem van gewogen prijzengemiddelden grote risico's inhoudt.  
19 Want de criteria ervan zijn onbekend en dus kan er sprake zijn van onzorgvuldig-  
20 heid. Onduidelijk is ook of deze gewogen prijzen worden verhoogd met een  
21 winstmarge per schakel van de bedrijfskolom<sup>(13)</sup>.

22 Ter Kuile<sup>(14)</sup> veronderstelt dat als gevolg van deze wetgeving ondernemingen of  
23 de Europese Commissie moeten aantonen dat bij een dergelijk maximum prijspeil  
24 de medicijnen niet meer met een redelijke winst zijn te verkopen. Om dat aanne-  
25 melijk te maken dienen bedrijven dan hun bedrijfseconomisch geheime kostencal-  
26 culaties wereldkundig te maken.

27 Bovendien, aldus Ter Kuile, veronderstelt EG-wetgeving dat nationale overheden  
28 alles in het werk moeten hebben gesteld om alle belemmeringen voor prijsconcur-  
29 rentie op te ruimen. Pas als van structurele onwerkzaamheid van een mededing-  
30 ingsbeleid sprake is, kan een nationale regering een prijsmaatregel nemen. Dat  
31 veronderstelt dus dat de Nederlandse overheid de WEM (Wet op de Economi-  
32 sche Mededinging) uitvoerig en uitputtend heeft aangewend. Alhoewel 26 voor-  
33 stellen van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelen distributie<sup>(15)</sup> tot  
34 het wegnemen van allerlei handelsbelemmeringen ten uitvoer worden gebracht,  
35 lijkt daarmee de transparantie zeker nog niet bereikt. De Nederlandse staat loopt  
36 daardoor het risico dat de Hoge Raad zich eventueel negatief zou kunnen uitspre-  
37 ken over de prijzenwet, indien haar oordeel wordt gevraagd. Immers overheids-  
38 maatregelen om de vraagzijde optimaler te reguleren ontbreken vrijwel volledig.

## 1 Reactie bedrijfskolom

2 In voorjaar 1995 verlaagde Eli Lilly de prijs van 'Prozac' met ruim 40% en volgde  
3 concurrent SmithKline met een prijsverlaging van 'Seroxat' met 35%. De parallel-  
4 importeurs van 'Prozac' lieten hun prijzen eveneens zakken met 35%. Tevens  
5 trok 'Losec' in haar prijsval van 18%, 'Zantac-bruis' van Merck met 20%  
6 omlaag<sup>(16)</sup>. Deze vrijwillige prijzending van merkfabrikanten maken aanneme-  
7 lijk dat hun prijzen aan de ruime kant zijn.

8 Daarnaast heeft de prijzenwet de ernstige verdeeldheid binnen de bedrijfskolom  
9 aan het licht gebracht. Leden van Nefarma reageerden verdeeld op het wetsvoor-  
10 stel. Een deel van de producenten is bereid tot het doen van grotere concessies  
11 dan andere aanbieders. Daardoor wordt het tegenvoorstel van Nefarma feitelijk  
12 intern niet unaniem gedragen. De Bogin (generieke producenten) wil niet  
13 bijvoorbij hun prijzen verlagen als de innovatieve industrie niet mee doet. Ook  
14 de groothandel weigert zonder meer mee te werken aan de korting van haar hoge  
15 handelsmarge van 17%. In andere Europese landen berekent de groothandel  
16 'slechts' zo'n 5% van de verbruikersprijs voor haar dienstverlening.

17 De standpunten van de verschillende partijen lopen te ver uiteen om een succes-  
18 vol compromisvoorstel te bewerkstelligen. Die verdeeldheid zal leiden tot de  
19 invoering van wetgeving, waarvan aan de rechtsgronden wordt getwijfeld. De  
20 uitkomst zou kunnen zijn dat wetgeving door de Hoge Raad wordt verworpen na  
21 jaren slepende rechtszaken. Tevens zijn de onderlinge verhoudingen wederom  
22 voor jaren verstoord. De verwachting is dat de prijzenwet slechts een tijdelijke  
23 prijs dalende werking zal bewerkstelligen. De uiteindelijke oplossing van dit  
24 vraagstuk moet aan de andere zijde van de markt worden gevonden.

## 25 Vraagzijde

26 Van de 18 overheidsmaatregelen waren 8 gericht op voorschrijvers en patiënten.  
27 Die maatregelen waren te beperkt van opzet om de geneesmiddelenconsumptie  
28 wezenlijk te veranderen. In het verleden zijn pogingen ondernomen om dergelijke  
29 uitgaven te beperken. Zo dateert het 'Zaanlandse stelsel' al van voor de Tweede  
30 Wereldoorlog. De Zaanse arts De Goeij had dit model in de crisisjaren bedacht.  
31 Er werd bepaald dat artsen slechts tot een bepaald maximumbedrag per verzeker-  
32 de per jaar aan geneesmiddelen mochten voorschrijven. Het meerdere kon door  
33 het ziekenfonds worden teruggevorderd in de vorm van een korting op het hono-  
34 rarium<sup>(17)</sup>. Na de oorlog bleef een soortgelijke systematiek tot in de zestiger jaren  
35 in Amsterdam bestaan<sup>(18)</sup>. Kostenbeheersing van de vraagzijde kon in het verle-  
36 den blijkbaar plaatsvinden via de zorgverzekeraars.

37 De voorziene budgettering van deze zorgaanbieders moet dan ook resulteren in  
38 meer initiatieven van hun kant om tot lagere uitgaven te komen. Daarbij zouden  
39 zij kunnen kiezen uit een aantal opties. Het variëren van de aansprakelijkheid op

1 de verstrekking van geneesmiddelen door het aanbieden van verschillende polis-  
2 sen. Om de solidariteit en de toegankelijkheid te waarborgen, dient een basisge-  
3 neesmiddelen pakket - dat vrijwel alle eerstelijnsziekten bestrijkt - als uitgangs-  
4 punt te worden genomen. De formularia worden regionaal afgesproken. Voor  
5 andere artseneimiddelen dienen patiënten bij te betalen. Verder zouden zorgverze-  
6 keraars met voorschrijvers en afleveraars moeten afspreken dat generieke of  
7 parallelle vervanging van merkgeneesmiddelen de regel vormt. Het voorschrijven  
8 op stofnaam verplicht wordt, evenals het gebruiken van medicatie-modullen door  
9 huisartsen en het tegengaan van verspilling. Alleen de vernietiging van retour  
10 gebrachte geneesmiddelen wordt geschat op f. 150 miljoen per jaar. Uitgangspunt  
11 van een beleid gericht op de vraagzijde dient te liggen in beperkte geneesmidde-  
12 lenlijsten.

### 13 Formularia

14 In 1995 zijn 6.430 farmaceutische produkten en 2.879 parallelimport- en identie-  
15 ke produkten tot de Nederlandse markt toegelaten. In totaal gaat het waarschijn-  
16 lijk om zo'n 2.000 verschillende medicamenten. Dit grote aantal leidt in de dage-  
17 lijke praktijk tot verwarring en dus tot onnodige slachtoffers. Zo overlijden  
18 waarschijnlijk 600 patiënten per jaar en vinden er 10.000 ziekenhuizen opnamen  
19 plaats als gevolg van onjuist geneesmiddelen gebruik. Een rationele keuze en het  
20 opstellen van beperkte geneesmiddelenlijsten vermindert het aantal incidenten en  
21 verlaagt de kosten. Zo vormt bijvoorbeeld het Nijmeegse Eerstelijns Formularium  
22 een selectie van slechts 226 geneesmiddelen - 11% van het totaal - in 440 toedie-  
23 ningsvormen. Deze lijst bestaat reeds 25 jaar en kent een grote verspreiding.  
24 Ook aan recent uitgebrachte rapport 'Verdeling door Verdunning: Geneesmiddel  
25 voorziening' van de Commissie Criteria Geneesmiddelen keuze <sup>(19)</sup> liggen deze  
26 ideeën ten grondslag. Deze werkgroep stelde aan de hand van het rapport-Dun-  
27 ning uitgangspunten vast teneinde een basisgeneesmiddelen pakket samen te  
28 kunnen stellen. De commissie geeft in haar rapportage enige proeftoetsingen weer  
29 van de twintig meest voorgeschreven medicijnen en in het bijzonder de indicatie  
30 hypertensie. De Commissie-van Winzum meent dat de criteria kunnen dienen als  
31 landelijk uitgangspunt voor het recht op vergoeding voor verzekerden, de basis-  
32 pakket voor geneesmiddelen. Anderzijds zullen de criteria hulpverleners in staat  
33 stellen tot een gestandaardiseerd en geprotocolleerd beslissingsproces. Ook  
34 kunnen de uitgangspunten dienen om te komen tot betere afspraken bij het FTO  
35 (Farmaco Therapie Overleg). Inmiddels werkt het Nederlands Huisartsen Genoot-  
36 schap aan de opstelling van een nationaal formularium. Zowel het rapport van  
37 Winzum als de NHG-lijst komen als mosterd-na-de-maaltijd. Want een nationale  
38 voorkeurslijst staat op gespannen voet met de prescriptie-vrijheid van artsen.  
39 Bovendien bestaan er nog steeds regionale verschillen van inzicht over voorkeur-



1 smedicatie. Nationale lijsten moeten dus noodzakelijkerwijze meer preparaten  
2 bevatten dan op lokaal niveau feitelijk is vereist.

### 3 Samenvatting.

4 De geneesmiddelenbedrijfstak is zeer complex. Binnen dezelfde bedrijfskolom is  
5 sprake van allerlei markt vormen: zowel monopolies, oligopolies, kartels, intense  
6 competitie tussen specialité's, generica als parallelimporten. Bovendien verandert  
7 de aard van de goederen in de laatste bedrijfsschakel in een collectief goed. Die  
8 ingewikkelde structuur maakt regelgeving tot een hachelijke zaak. Ingrijpen van  
9 de Nederlandse overheid in de aanbodzijde lijkt na 18 maatregelen onvoldoende  
10 soelaas te bieden. Zo blijkt uit een recente studie naar de effecten van prijsregule-  
11 ringen in 17 verschillende landen dat "Prijnsregulering een significant averechts  
12 effect heeft op de individuele geneesmiddelenconsumptie en draagt eerder bij tot  
13 een stijging dan tot een daling ervan"<sup>(20)</sup>. Redwood nuanceert het effect van zijn  
14 onderzoek door te wijzen op de invloed van andere variabelen, zoals bijvoorbeeld  
15 de intensiteit van de generieke substitutie en parallelle importen. Prijsregulering  
16 verhoogt de kans dat het onderlinge prijsverschil zodanig afneemt tussen merk-,  
17 generiek- en parallelle geïmporteerde medicijnen, dat onderlinge substitutie  
18 verdwijnt. Het geringe onderlinge verschil zal artsen aanmoedigen - mede door  
19 verhoogde promotie-inspanningen - om meer merkgeneesmiddelen voor te schrij-  
20 ven. Het 'image' van betrouwbaarheid en werkzaamheid zal nieuw leven worden  
21 ingeblazen. Immers de fabrikanten van merkmedicijnen zullen proberen het  
22 verlies aan marktaandeel te compenseren door een grotere afzet te bevorderen.  
23 Het moeizaam bevochten aandeel van generieke middelen wordt daardoor ten  
24 dele tenietgedaan. Een ander belangrijk gevolg van de prijzenwet zou kunnen  
25 zijn, dat hulpverleners zich niet langer verantwoordelijk voelen voor rationeel en  
26 economisch voorschrijfgedrag. Zij voelen zich ontvoegd en zullen de overheid  
27 verantwoordelijk houden voor de macro-economische gevolgen van de wetgeving  
28 en zichzelf aan hun eigen verantwoordelijkheid in deze onttrekken: een afschuif  
29 effect. Vooral daarom lijkt de voorgenomen prijsreguleringswet bijvoorbeeld al  
30 gedoemd te mislukken.

31 Veel voorgaande overheidsmaatregelen waren gericht op de aanbodzijde van de  
32 farmaceutische bedrijfstak. Het lijkt zinnvoller om de overheidsmaatregelen op de  
33 vraagkant te richten. Door het eigen risico van zorgverzekeraars de komende drie  
34 jaar sterk te vergroten - het verminderen van de nacalculatie - dienen zij ook de  
35 geneesmiddelen uitgaven meer te beheersen. Zij kunnen daarin slagen door het  
36 opstellen van beperkte geneesmiddelenlijsten (formularia), het onderhandelen  
37 over de prijzen en het vragen van eigen bijdragen. Geringere kosten zouden dan  
38 moeten leiden tot lagere ziektekostenpremie's of differentiatie van polissen.  
39 Toch blijft de directeur geneesmiddelenvoorziening van VWS, Dr. C. De Vos,

1 benadrukken dat de minister van VWS de prijzenwet niet hoeft te hanteren. Als  
2 de bedrijfstak bereid is tot vergaande concessies, blijft de wet in de ijskast. Is dit  
3 wetsvoorstel dan toch misschien een sterk staaltje van blufpoker?

4 Lucas van der Hoeven, uur-docent Medische Faculteit (KUN) en freelance jour-  
5 nalist gezondheidszorg.

6 Met veel dank voor de eindredactie aan mevr. Drs. Ir. J.J. Sluis.

7 ===== Kader 1 =====

8 Overheidsmaatregelen om de geneesmiddelen-uitgaven te beperken sinds '82.

- 9 1) Prijzenbeschikkingen: het Europese Hof van Justitie verboden (Roussel-arrest)
- 10 2) Negatieve lijsten.
- 11 3) Eigen bijdragen: 'medicijnknaak' (vraagzijde)
- 12 4) Herziening tarief structuur apotheekhoudenden:
- 13 5) Wettelijke prescriptie regeling (vraagzijde)
- 14 6) OPA (Omni Partijen Accoord)
- 15 7) TWGP (Tijdelijke Wet Geneesmiddelen Prijzen):
- 16 8) GVS (Geneesmiddelen Vergoedings Systeem):
- 17 9) FTO (Farmaco Therapeutisch Overleg) (vraagzijde)
- 18 10) PIP (Patiënten Informatie Project)(vraagzijde):
- 19 11) AWBZ-verstrekking voor ziekenfondsverzekerden : juni 1993 (vraagzijde)
- 20 12) AWBZ-verstrekking voor particulier verzekerden : januari 1994 (vraagzijde)
- 21 13) 'vrijwillige' 5% korting van geneesmiddelenprijzen (1994)
- 22 14) Sluiting bijlage 6 (nieuwe produkten).
- 23 15) Homeopathische/alternatieve geneesmiddelen uit het pakket: '94 (vraagzijde).
- 24 16) Slaapmiddelen uit het pakket? Nog geen beslissing genomen (vraagzijde).
- 25 17) Van AWBZ naar ziekenfonds- en particuliere verzekering: jan. 1996.
- 26 18) Prijzenwet: voorgenomen maatregel april 1996.

27 Bron: Algemene Rekenkamer, "Kostenbeersing Geneesmiddelen", Tweede  
28 Kamer der Staten-Generaal; vergaderjaar 1992 - 1993, 22.920, nrs. 1 - 2, dd. 19  
29 november 1992.

30 Bron: maatregelen sinds nov. 1992: FOZ 1993 - 1995.

1 ===== Kader II =====

2 Uitgaven farmaceutische hulp en hulpmiddelen 1986 - 1995; in *Af-fabriek prij-*  
 3 *zen.*

4		Farmaceutische Hulp	Hulpmiddelen	% verandering	% verandering
5		(in miljoenen gulden)		Tov. voorgaand jaar	
6				Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen
7	1986	f. 3.034	f. 326		
8	1987	f. 3.317	f. 367	9,3	12,6
9	1988	f. 3.451	f. 448	4,0	22,1
10	1989	f. 3.645	f. 520	3,5	16,1
11	1990	f. 4.053	f. 625	11,2	20,2
12	1991	f. 4.390	f. 700	8,3	12,0
13	1992	f. 4.728	f. 795	7,7	13,6
14	1993	f. 5.153	f.	8,9	
15	1994	f. 5.228	f.	1,5	
16	Ramingen:				
17	1995	f. 5.372	f.	2,8	
18	1996	f. 4.735	f.	-/- 11,5	

19 Bron: "Financieel Overzicht van Zorg", jaarlijkse uitgave Ministerie WVC  
 20 /VWS; 1985 tot 1995.

21 =====

22 **EINDNOTEN:**

1. Algemene Rekenkamer, 'Kostenbeersing Geneesmiddelen', Tweede Kamer der Staten-Generaal; vergaderjaar 1992 - 1993, 22.920, nrs. 1 - 2, dd. 19 november 1992, 29 p.
2. 'Nederland: hoogste geneesmiddelenprijzen'; Geneesmiddelen Bulletin, okt. 1994, 88.  
 - Goudriaan, R.; 'Beoordeling prijsvergelijking geneesmiddelen van de Ziekenfondsraad'; Instituut voor Onderzoek van de Overheidsuitgaven; Den Haag, februari 1995.
3. Vektis; 'Financiering van de zorg, jaarboek 1994'; Zeist; Landelijk Informatiecentrum van de Zorgverzekeraars; 1995; tabellen 3.1 en 5.4
4. Advies Commissie modernisering ouderenzorg (Cie. Welschen) 'Ouderenzorg met toekomst' en 'Achtergrondstudies bij het advies van de commissie modernisering van de ouderenzorg'; Hageman bv., Zoetermeer, mei 1994.
5. KNMP; 'Data en Feiten, kostenontwikkeling van de farmaceutische zorg, 1995'; Den Haag, 1995, p. 24.

6. Sociaal Cultureel Planbureau; 'Sociale en Culturele Verkenningen 1995'; p. 96 - 101.
7. 'Scrip's Review of 1994', Scrip Magazine, Richmond, UK, januari 1995.
8. 'Antidepressiva'; Geneesmiddelen Bulletin, mei 1991, 11 - 12.
9. 'Antidepressiva: is nieuw beter?'; Geneesmiddelen Bulletin, oktober 1995, 103 - 107.
10. College ter Beoordeling van Geneesmiddelen; 'Jaarverslag 1994', Rijswijk, sept. 1995, 22.
11. Hoeven, van der, L.F.M.; 'Gouden praktijken; apothekers verdienen tonnen extra door slim gebruik van bonussen en kortingen'; Elsevier, 9- 4 - 1994, p. 22 - 24.  
- Hoeven, van der, L.F.M.; 'Gouden praktijken, handel verdient 65% op geneesmiddelen'; Elsevier, 17-12-1994; p. 30 - 32.
12. Schwabe, U.; Paffrath; D.; 'Arzneiverordnungs Report '95'; Stuttgart, Gustav Fischer Verlag, 1995, 636 p.  
- Hoeven, van der, L.F.M.; 'Duitsland bezuinigt fors op medicijnen'; Inzet, aug. '94; 22-23
13. Gronden, van de, J.W.; Hessel, B.; 'Prijvoorschriften voor geneesmiddelen in Nederland en de artikelen 30 t/m 36 EG-verdrag', RUU, Europa Instituut, april 1995, 25p.
14. Kuile, ter, B.H.; 'Enige overwegingen betreffende het voorstel voor een wet geneesmiddelenprijzen', advies aan Nefarma, zomer 1995.  
- Kuile, ter, B.H.; 'De prijs der prijsbeheersing, over het voorontwerp Wet Geneesmiddelenprijzen', Nederlands Juristen Blad, 4 augustus 1995, 1040 - 1043.
15. Sangster, B.; 'Stand van zaken uitvoering aanbevelingen van de IWG', Rijswijk, Ministerie van VWS, 31 mei 1995.
16. Redactioneel; 'Het prijzenfestival'; Formularium Nijmegen Info, jg.. 8, nr. 31, sept. 1995.
17. Hoeven, van der, H.C., 'Ziekenfondsen en de Duitse bezetting'. Den Haag, Koninklijke Vermande / Ziekenfonds AZIVO, 1989, p. 59 - 60.
18. Mondelinge informatie van M. de Bruin, Stichting Receptenuitreken-, Administratie en Controlebureau te Amsterdam.
19. Rapport van de Commissie criteria geneesmiddelenkeuze, 'Kiezen en delen: de geneesmiddelenvoorziening in Nederland', Geldermalsen, Stichting Gezondheidszorg en Publicaties, '94.
20. Redwood, H., 'Price regulation and pharmaceutical research, the limits of co-existence', Oldwicks Press Ltd.; Felixtowe; UK, 1993, p. 59.