

Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie:

Geneesmiddelenbeleid fundamenteel wijzigen

L.F.M. van der Hoeven

De Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie vindt dat de macht van de vraagzijde moet worden versterkt. Een eerste aanscherping van het toekomstig te voeren nationale beleid vormt het recent uitgebrachte rapport 'Verdeling door verdunning: geneesmiddelenvoorziening' van de Commissie Criteria Geneesmiddelenkeuze.

IN DE geneesmiddelensector functioneert het marktmechanisme onvoldoende. De bedrijfskolom werkt nog steeds verstarrend. Producenten, groothandelaars, voorschrijvers en afleveraars waken elk over hun gevestigde belangen. De belemmeringen om tot meer marktwerking te komen, moeten zoveel mogelijk worden weggenomen. Dit is de strekking van de boodschap van ex-staatssecretarissen Simons (Volksgezondheid) en Van Rooy (Economische Zaken). Zij schrijven, dat de 'vraagzijde van de markt' meer belang moet krijgen bij het betaalbaar blijven van geneesmiddelen. "Budgettering van verzekeraars, (al dan niet vermijdbare) eigen bijdragen voor geneesmiddelen en beperking van het verstrekkingenpakket zijn hiertoe de aangewezen middelen."

Deze opmerkingen staan in de brief die het in maart 1994 gepubliceerde 'Rapport van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie' (IWG) begeleidt.¹ De werkgroep bestond uit hoge ambtenaren van de ministeries van WVC, Economische Zaken, Financiën en Algemene Zaken. Het zou als basis kunnen dienen voor het toekomstige geneesmiddelenbeleid, dat ook het voorschrijfgedrag van artsen niet onberoerd zal laten. De IWG concludeert onder meer, dat "de voorschrijver wellicht geprikkeld zou kunnen worden tot volumebeperking en substitutie naar goedkopere geneesmiddelen".

Kostenreductie mislukt

De geneesmiddelensector vormt een bij uitstek weerbarstige sector. Sinds 1982

nam de overheid maar liefst twaalf maatregelen om de kostengroei te beperken. In het rapport-Wierenga uit 1987 staat de verstarring van de bedrijfskolom reeds uitvoerig beschreven.² In 1988 werkte de Commissie Heroverweging Geneesmiddelenvoorziening de aanbevelingen uit dit rapport uit. De huidige IWG-commissie constateert, dat er nog steeds sprake is van te hoge groothandelsmarges en dat er een belangenverstrengeling bestaat tussen groothandel en afnemers. Openbare apothekers en apotheekhoudende huisartsen "ontvangen boven hun vastgestelde norminkomen additioneel inkomen via al dan niet transactiegebonden financiële voordelen".

Volgens het rapport 'Kostenbeheersing geneesmiddelen' van de Algemene Rekenkamer uit 1992 bleek dat vrijwel geen enkele maatregel doeltreffend heeft gewerkt.³ Dus voerde staatssecretaris Simons in 1992 het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) door. Uit berekeningen blijkt, dat de prijzen in dat jaar met slechts 7% zijn gestegen (in 1991 was het nog 12%), maar dat lag nog steeds ver boven de raming van 4% in het 'Financieel Overzicht Zorg' (FOZ). Intussen blijkt uit voorlopige cijfers in Scrip (het internationale blad voor managers in de farmaceutische bedrijfstak) dat tussen januari en oktober 1993 de Nederlandse omzet met maar liefst 11% is toegenomen.⁴ Verdere maatregelen om tot kostenbeheersing te komen zijn dus geboden. Immers, in de meeste Europese landen is er sprake van een omzetzakking in 1993. In Italië daalde de omzet van medicijnen zelfs met maar liefst 25%. Waarom lukt het andere landen wel om de kosten te reduceren?

Hinderpalen

De IWG constateert, dat "de huidige distributiestructuur een star en sterk oligopolistisch karakter kent, gekoppeld aan een onderontwikkelde vraagzijde van de markt. Met als gevolg een gebrek aan prijsconcurrentie, te hoge collectieve lasten en een gebrek aan toetreding tot de markt." In de detailhandelsschakel wordt gekenmerkt door een monopolioïde structuur, mede vanwege de sterke verstrenging

tussen groothandels onderling en tussen groothandels en apothekers, waardoor 'belangenparalellie' optreedt.

Binnen de farmaceutische bedrijfstak zijn apothekers - als afleveraars van voorgeschreven geneesmiddelen - voor artsen de belangrijkste partners. In deze bijdrage wordt daarom de rol van de industrie en de groothandel buiten beschouwing gelaten.

De IWG stelt vast, dat de toegang van apothekers tot de markt wordt gehinderd door allerlei barrières, zoals de verplichte inventaris en inrichting van apotheken, de magistrale bereiding, aflevering via terhandstelling en de 24-uursbereikbaarheid. Deze obstructies worden nog versterkt door een exclusief datanetwerk, de invulling van het apothekersregister onder de Wet BIG, de koppelverkoop en de minimale orderomvang bij de groothandelaars en hun financiële kredietverlening aan apotheekhoudenden. Bovendien blijken marktpartijen (KNMP, groothandels) nieuw tot de markt toetredende apothekers die zich buiten hun regels opstellen, te weren.

Deze hinderpalen, die de verstarring bestendigen, moeten door meer concurrentie worden afgebroken. Daarom wil de IWG de bestuurlijke beletsels wegnemen, opdat andere distributievormen zich een volwaardige plaats op de markt kunnen verwerven. De IWG meent dat er onder de huidige regelgeving geen belemmeringen bestaan voor centrale regionale apotheken met uitdeelposten, noch voor post-orderfarmacie. Ook vermeldt de IWG dat er soms allerlei ingewikkelde constructies zijn bedacht waarmee apothekers het verbod, om in loondienst van derden te treden, omzeilen. Verzekeraars kunnen zelf apotheken stichten, zoals de AZIVO in Den Haag. Dit kan echter alleen met toestemming van de Ziekenfondsraad. De IWG acht overigens het verruimen van de dienstverlening van ziekenhuisapotheken tot extramurale activiteiten onder de huidige regelgeving uitgesloten. ^{xe}

De IWG vindt dat de KNMP-taks thans de prijsconcurrentie belemmert. Deze taks, die WVC dus laat vaststellen door de beroepsvereniging van apothekers (!), ^{xe}

vormt de grondslag voor de berekening van de vergoeding die apothekers krijgen voor de geneesmiddelen die zij verstrekken. Het is een soort gemiddelde prijs voor groepen verwante medicijnen. De prijsmeldingen van sommige kleine fabrikanten en groothandelaars worden hierin echter niet opgenomen. Daardoor ligt de vergoedingsprijs feitelijk hoger dan de gemiddelde marktprijs. In de bedrijfskolom bestaat weliswaar concurrentie, echter "zonder dat dit via prijsconcurrentie op het niveau van de patiënt uitmondt in lagere kosten. Dit wordt doorgaans margeconcurrentie genoemd." Het feitelijke marktgedrag is de resultante van de afwezigheid van een vraagzijde (de patiënt) die belang heeft bij lage prijzen. Verzekeraars zijn evenmin geïnteresseerd in kostenbeheersing. Bij tariefafspraken tussen hen en apotheekhoudenden staat het versterken van de eigen positie voorop. Zo blijken enige verzekeraars de prijskortingen die ze in hun onderhandelingen met lokale apothekers bedingen aan hun eigen reserves toe te voegen; eigenlijk zouden zij deze kortingen moeten verrekenen met de AWBZ, waardoor de ziektekostenpremie kan dalen en dus zou bijdragen aan de collectieve lastenverlichting.

Interdepartementale werkgroep acht financiële banden tussen voorschrijvende artsen en toeleveranciers onwenselijk

Daarnaast blijkt "in de praktijk een deel van de apothekers - met behoud van kwaliteit - goede ondernemers/inkopers te zijn, die een substantieel deel van hun inkomen verwerven uit kortingen en bonussen op de inkoop van geneesmiddelen." De werkgroep onderkent dus de belemmeringen voor een vrijere marktwerking bij de aanbodzijde. Toch stelt zij voor, de beloningsstructuur voor apothekers pas te herzien nadat "adequaat in financiële prikkels aan de vraagzijde (patiënten en zorgverzekeraars) is voorzien." Onduidelijk blijft dus of de kortingen en bonussen die apothekers van de groothandel krijgen en niet aan de consument doorberekenen op korte termijn zullen verdwijnen. De kortingen - oplopend tot 40% van de inkoopprijs - kunnen openbare apothekers bedingen door direct in te kopen bij fabrikanten, (parallel)importeurs en generieke producenten. Ongeveer 9% van de omzet in openbare apotheken wordt zodoende reeds ingekocht. Recentelijk schatte Van Vliet (COTG) dat sommige apothekers zo'n f 140.000 verdienen aan niet-afgesproken kortingen en bonussen. Daarnaast mogen zij via de stimulansregeling nog eens eenderde van het prijsverschil tussen een goedkoper medicijn en de

vergoedingsprijs binnen hetzelfde GVS-cluster behouden. Dr C.M. de Vos, hoofd van de afdeling Geneesmiddelenvoorziening van WVC, zei onlangs in Elsevier dat "apothekers meer verdienen dan het salaris van de heer Lubbers".⁵

Voorschrijfbeleid

De IWG betreft ook de artsen in haar analyse van de geneesmiddelenmarkt. "De arts is vrij in zijn voorschrijfgedrag. De prijs van het geneesmiddel is veelal onbelangrijk in zijn beslissing een bepaald middel voor te schrijven. Voorts is de arts in het algemeen niet op de hoogte van de prijzen van geneesmiddelen en wordt hij voortdurend bestookt met reclameboodschappen vanuit de farmaceutische industrie. De afwezigheid van een prikkel tot kostenbewust voorschrijven door artsen draagt bij aan het afwezig zijn van prijsconcurrentie in de geneesmiddelensector."

Voorts acht de IWG "de financiële banden tussen voorschrijvende artsen en toeleveranciers onwenselijk". De opname van de EG-richtlijn over de geneesmiddelenaanbesteding in de nationale wetgeving omstreeks 1995 zal invloed op de voorschrijvers gaan uitoefenen. In de toe-

komst mag "de aanbieder noch via financiële overdrachten, noch via andere wijzen van gunstbetoning de voorschrijver stimuleren om zijn middel voor te schrijven". Bovendien beveelt de werkgroep aan, "te onderzoeken of en op welke wijze door middel van aanvullende regelgeving het feitelijke gedrag van artsen en apotheekhoudenden kan worden gewijzigd, teneinde substitutie van duurdere door goedkopere geneesmiddelen verder te bevorderen". Ook beveelt de IWG aan, "te onderzoeken of een wettelijke verplichting kan worden geïntroduceerd tot het voorschrijven op generieke naam. In ieder geval dient een informatieprogramma voor artsen, patiënten en verzekeraars te worden ontwikkeld en uitgevoerd ter bevordering van substitutie".

Macht vraagkant versterken


De IWG vindt dat de macht van de vraagkant moet worden versterkt. Zij wil dit bereiken door maatregelen waardoor verzekeraars, voorschrijvende artsen en patiënten meer financieel risico gaan lopen. Daarnaast zullen er mogelijkheden worden geschapen voor nieuwe toetreders, zoals postorderbedrijven en centrale regionale apotheken. Patiënten zullen dan

uit verschillende distributiekanaalen kunnen kiezen. Tevens hoopt de werkgroep de concurrentie tussen de generieke en merkproducenten, de (parallel)importeurs en de groothandel te versterken. Uiteraard moeten "de voordelen van meer marktwerking ten goede komen van het collectief en niet volledig belanden bij zorgaanbieders, hun toeleveranciers en/of zorgverzekeraars".

Een eerste aanscherping van het toekomstig te voeren nationale beleid vormt het recent uitgebrachte rapport 'Verdeling door verdunning: geneesmiddelenvoorziening' van de Commissie Criteria Geneesmiddelenkeuze, de commissie-Van Winzum.⁶ Deze werkgroep stelde aan de hand van het rapport-Dunning uitgangspunten vast teneinde een basisgeneesmiddelenpakket te kunnen samenstellen. De commissie geeft in haar rapportage enige proeftoetsingen weer van de twintig meest voorgeschreven medicijnen, in het bijzonder met betrekking tot de indicatie 'hypertensie'. De commissie-Van Winzum meent, dat haar criteria kunnen dienen als landelijk uitgangspunt voor het recht op vergoeding voor verzekerden, het basispakket voor geneesmiddelen. Anderzijds zullen de criteria de hulpverleners in staat stellen tot een gestandaardiseerd en geprotocolleerd beslissingsproces. Ook kunnen de uitgangspunten dienen om tot betere afspraken te komen bij farmaco-therapieoverleg (FTO).

Het rapport-Van Winzum komt voor een deel als mosterd na de maaltijd. Op veel plaatsen heeft men zelf geneesmiddelenformulieren ontwikkeld. Of deze beperkte lijsten voldoen aan de criteria van Van Winzum en de zijnen is onduidelijk: de commissie verzuimde deze helaas te inventariseren en te evalueren - een belangrijk gemis; immers, de commissie-Van Winzum gaat ervan uit dat aldoende kostenbesparingen ontstaan. Helaas is er in Nederland nog geen enkel onderzoek gedaan naar de effecten van eerstelijns formulieren.

Ongenoemd

Ondanks het grote aantal voorstellen van de interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie om de markt 'open te breken', laat zij enkele voor de hand liggende maatregelen ten aanzien van artsen ongenoemd, bijvoorbeeld *medicatiebudgettering* bij huisartsen. Groot-Brittannië en Duitsland bereikten langs deze weg grote besparingen. Zoiets zou wellicht ook in Nederland kostenbesparend kunnen werken. In Duitsland zijn de extramurale uitgaven voor medicijnen in 1993 met maar liefst 6 miljard DM godaald tot 22,8 miljard DM.⁷ Een dergelijk systeem zou aansluiten 

op een in onbruik geraakte Nederlandse traditie - het 'Zaanlandse stelsel' - dat daartoe van voor de Tweede Wereldoorlog.⁸ De Zaanse arts De Goeij had dit model in de crisisjaren bedacht. Er werd bepaald, dat een arts slechts tot een bepaald maximumbedrag per verzekerde per jaar aan geneesmiddelen mocht voorschrijven; de meerkosten konden door het ziekenfonds worden teruggevorderd in de vorm van een korting op het honorarium. Na de oorlog bleef in Amsterdam een soortgelijke systeematiek tot in de jaren zestig bestaan.⁹

Ook ontbreekt in het IWG-rapport een aanbeveling tot het opstellen van een (verplichtend?) *regionaal eerstelijns formularium*. Dergelijke lijsten werken waarschijnlijk kostenbesparend. Volgens drs G. van den Arend, initiatiefnemer van het populaire 'Formularium Nijmegen' (23.000 boekjes in veertien jaar),¹⁰ zouden de uitgaven per ziekenfondsverzekerde in de regio Nijmegen 12% lager liggen dan het landelijk gemiddelde in 1992. Het Nijmeegse Eerstelijns Formularium vormt een selectie van slechts 226 geneesmiddelen in 440 van de in totaal in Nederland toegelaten 8.000 toedieningsvormen van 1.800 geneesmiddelen. Het beperkt de keuze, waardoor artsen meer ervaring opdoen met een beperkt aantal genees-

middelen. De kwaliteit van het voorschrijven zal daardoor toenemen. Er zullen minder patiënten overlijden (geschat op 600 per jaar) en minder patiënten in ziekenhuizen worden opgenomen (nu omstreeks 10.000 personen).

Inmiddels is het Formularium Nijmegen ook als medicatiemodule 'Prescriptor' voor artsen beschikbaar. Via het intikken van de ICPC-code kan de arts een keuze maken uit enige aanbevolen medicijnen. Tegelijk bewaakt het systeem eventuele interacties met reeds eerder voorgeschreven medicatie, identificeert het risicogroepen en stuurt het een receptafschrift naar de apotheker. Zo'n module biedt de mogelijkheid voor een veiliger en goedkoper voorschrijfbeleid. Zo verdient een huisarts binnen een jaar de gehele automatiseringsinvestering terug. Waarop wachten de zorgverzekeraars nog?

Het is merkwaardig dat de interdepartementale werkgroep deze twee voor de hand liggende opties voor een doelmatiger, kostenbesparend en kwalitatief beter voorschrijfbeleid ongenoemd laat. •

Ik dank mw drs ir J.J. Sluis voor haar kritische opmerkingen. •

Lucas van der Hoeven,
sociaal-wetenschapper

Noten

1. Rapport van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelen Distributie. Rijswijk: Ministerie van WVC, maart 1994.
- [Leden van de werkgroep: vanuit WVC: prof. dr Sangster, drs Samson, dr de Vos en dr Rietveld; vanuit EZ: drs J. Boer, mr W. de Boer (directeur-generaal), mr Leyenaar en drs van Bohemen; vanuit Financiën: drs van Straaten; vanuit Algemene Zaken: drs J. Wijnhoud.]
2. Mantel AF, Wierenga B, Wolf P de, Veerman CP. De Nederlandse geneesmiddelenmarkt in observatie. Delft: Eburon, 1987.
3. Algemene Rekenkamer. Kostenbeheersing Geneesmiddelen. Brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1992-1993, nr 22.920, dd. 19 november 1992. Den Haag: Sdu, 1992.
4. Scrip 1994, nr 1896: 9.
5. Hoeven van der LFM. Gouden praktijken. Apothekers verdienen tonnen extra door slim gebruik van bonussen en kortingen. Elsevier 9 april 1994: 22-4.
6. Kiezen en delen: de geneesmiddelenvoorziening in Nederland. Rapport van de Commissie criteria geneesmiddelenkeuze. Stichting Gezondheidszorg en Publicaties [Postbus 239, 4190 CE, Geldermalsen (tel. 03455-77752), f.45,-].
7. AOK-Bundesverband. Auswirkungen des Gesundheits Struktur Gesetz im Arzneimittelmkt - Trendanalyse für das 1. Halbjahr 1993. Bonn: Presse Information 18 augustus 1993.
8. Hoeven HC van der. Ziekenfondsen en de Duitse bezetting. Den Haag: Koninklijke Vermande/Ziekenfonds AZIVO, 1989: 59-60.
9. Mondelinge informatie van M. de Bruin, Stichting Recepten-uitreken-administratie en controlebureau te Amsterdam.
10. Formularium Nijmegen, 1993 [VGZ-Nijmegen, Keizer Karelplein 32, 6500 JX Nijmegen. Telefonisch te bestellen (080-287911/213) of door overmaking f 20,- op rekeningnummer 23.76.70.119 van de Crediet Lyonnais Bank te Nijmegen (girekening 1775387). HIS-gebruikers kunnen het formularium ook via hun leverancier aanschaffen als computermodule].

B E R I C H T

Ziekenfondsraad adviseert over kostenbeheersing farmaceutische hulp

Verzekeraars, apothekers, voorschrijvers van geneesmiddelen, industrie en groothandel in de farmaceutische bedrijfskolom en de verzekerde moeten allemaal een (grote) bijdrage leveren aan de kostenbeheersing van de farmaceutische hulp. In een integraal advies dat de Ziekenfondsraad deze zomer heeft uitgebracht worden voor alle partijen maatregelen genoemd; het gaat om maatregelen op de korte zowel als op de langere termijn.

De Ziekenfondsraad is tot de conclusie gekomen, dat de kostenstijging van ruim 10% per jaar voor een belangrijk deel veroorzaakt wordt door een prijseffect en een stijging van de hoeveelheid geneesmiddelen die wordt voorgeschreven. De kostenstijging wordt volgens de raad niet zozeer veroorzaakt door de toename van de prescriptie of de prijsstijging van geneesmiddelen als wel door het feit dat artsen geneigd zijn duurdere (merk)geneesmiddelen voor te schrijven in plaats van goedkopere alternatieven. Andere

belangrijke oorzaken zijn de relatief hoge prijsstelling van de farmaceutische industrie in vergelijking met de ons omringende landen en de relatief hoge bruto marges die door de groothandel worden berekend.

De raad adviseert een evenwichtige reeks maatregelen te treffen, waarbij alle partijen binnen de bedrijfskolom een proportionele bijdrage zullen moeten leveren aan de kostenbeheersing. Voorgesteld wordt, op zeer korte termijn een vergoedingslimiet in te voeren voor zelfzorg-geneesmiddelen die nog voor vergoeding in aanmerking komen, alsook het opslagpercentage dat de apotheker ontvangt opnieuw te berekenen en vast te stellen. Een andere voorstel betreft het instellen van een commissie die moet bestuderen hoe de werkelijke inkooprijzen die de apotheker betaalt doorzichtig kan worden gemaakt.

Ingaande 1 januari 1995 wil men bevorderen dat artsen bij het voorschrijven van een geneesmiddel de werkzame stof

vermelden, in plaats van een merk-geneesmiddel; de apotheker kan dan het goedkoopste geneesmiddel meegeven. In de loop van 1995 zou een aantal maatregelen moeten worden doorgevoerd die consequenties hebben voor de industrie en de groothandel, zoals het invoeren van Europese prijzen (dus lagere prijzen in Nederland). Voorts zou aan toelating in het pakket van nieuwe identieke producten de voorwaarde kunnen worden verbonden dat deze 30% onder het eerste merkprodukt geprijsd zijn. Verder pleit de raad voor heropening van bijlage 6 van de Regeling Farmaceutische hulp, onder invoering van een vergoedingslimiet of op grond van afspraken met de industrie over de vergoedingsprijs in relatie tot de verwachte omvang van het gebruik van het middel.

Op langere termijn wil de raad onder meer de tijdelijke verlaging met 5% van de apotheekinkooprijzen die de farmaceutische bedrijfskolom per 1 juni 1994 heeft ingevoerd, evalueren. •