

Bert de Vries over de stijgende kosten van geneesmiddelen

“Geef prikkels aan artsen, apothekers en patiënten om de kosten te beheersen”

Half maart zal duidelijk zijn wat het standpunt van het kabinet is ten aanzien van de uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland. Deze uitgaven zijn sinds de jaren negentig bijna drie maal zo veel gestegen als de totale uitgaven voor de volksgezondheid. Drie documenten zullen aan het standpunt ten grondslag liggen: het rapport van de Commissie De Vries, het rapport van Zorgverzekeraars Nederland en het rapport van de MDW-werkgroep (zie kader pagina 11). De grote lijnen van de rapporten komen overeen. In onderstaand artikel geeft prof. dr. Bert de Vries een toelichting op 'zijn' rapport en geeft Hans Wiegel, voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, een reactie.

Lucas van der Hoeven



“De overheid staat voor het geneesmiddelenbeleid op een T-splitsing”, oordeelt De Vries. “Zij kan kiezen voor een Stalinistisch model van nationalisatie of voor meer gereguleerde marktwerking. Maar vast staat dat de autonome groei van de farmaceutische zorg beter in politieke en financiële kaders moet worden ingebed. Dat is de enige manier om de kosten te beheersen. Want die zullen blijven stijgen als gevolg van de vergrijzing, de introductie van nieuwe geneesmiddelen, de extramuralisatie (kortere opnames in ziekenhuizen) en steeds mondiger patiënten.” “Als de overheid het medicijnenbeleid

geheel in eigen hand houdt, zal dit leiden tot voortdurende spanningen. De overheidsmaatregelen zullen meestal te laat of te gering zijn om de markt te reguleren. Op termijn zal dat leiden tot pakketversraling. De commissie waar ik de voorzitter van was, pleit dan ook voor een beleid dat uitgaat van meer gereguleerde marktwerking. Dat betekent dat artsen, apothekers en patiënten meer prikkels krijgen om de kosten te beheersen. Een vorm van zelfregulering dus, waarbij een groter deel buiten de collectieve lastendruk wordt gehouden. Door het opslagdeel van de ziektenkostenpremies van verzekeraars vrij te laten,

neemt de concurrentie toe. Daarnaast zouden verzekeraars de inkoop van medicijnen moeten gaan regelen. Zo vormen zij dan een inkoopmacht, die met de groothandels en openbare apothekers over de prijs en het volume onderhandelt.”

“Parallel daaraan zouden de verzekeraars het voorschrijfgedrag van artsen moeten beïnvloeden. Bovendien zouden zij patiënten meer keuzen moeten bieden. Dat moet leiden tot een beperking van het verstrekkingenpakket en lagere prijzen.” Op die manier ontstaat er meer tegenwicht tegen de toenemende concentratie binnen de bedrijfskolom.

Bonussen en kortingen

“Het prijsmechanisme vormt een sterke prikkel voor een scherper inkoopbeleid”, zegt De Vries. “Dat bleek wel uit de enorme bonussen en kortingen die de 1500 openbare apothekers sinds 1992 wisten te bedingen.” De schattingen daarover variëren van 350 tot 590 miljoen gulden. “Als oplossing stelt de commissie voor dat verzekeraars de inkoopfunctie van openbare apothekers overnemen. Apothekers dienen zich dan als zorgverleners te

profiëren. In goed overleg met hen en de medische professe kan er dan op de uitgaven worden bespaard. Tot op heden hebben verzekeraars blijkbaar nooit het idee gehad om die weg te gaan. Om hen tot onderhandelen aan te zetten is het van belang dat zij gemotiveerd zijn om hun aarzelingen te boven te komen. In de praktijk blijkt reeds dat hoge kosten hen dwingen tot schaalvergroting, alhoewel echte concurrentie tot nu toe uitbleef. Daarom pleiten wij voor een soort NMA (Nederlandse Mededingings Autoriteit) of een OPTA-achtige organisatie (de reguleringsinstelling voor de telecommunicatiebranche) voor de zorgsector. Daardoor zal een beter functionerende en flexibeler markt ontstaan.”

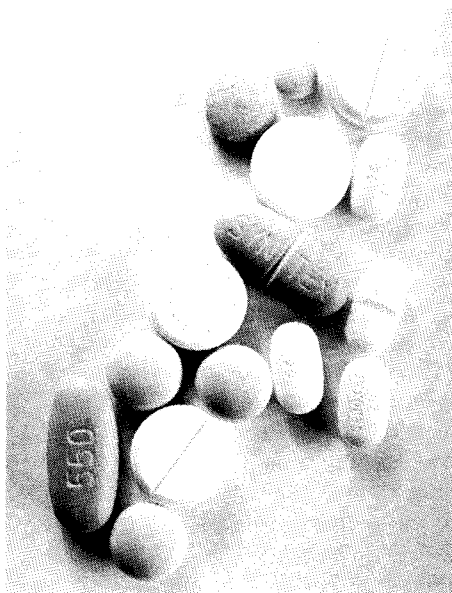
“Het prijsmechanisme is van groot belang voor de vraag- en aanbodzijde van markten, ook binnen de zorgsector”, aldus De Vries. Zelf veranderde hij onlangs van zorgverzekeraar vanwege een premievoordeel van zo'n vijfhonderd gulden.

“Naar ons idee schatten consumenten voor zichzelf goed in welke schade zij in de toekomst zouden kunnen lopen, en ook wat financieel draagbaar is. Dat bepaalt hun keuze voor het eigen risico en de omvang van het te verzekeren zorgpakket. Wat betreft de aanbodkant dienen onder meer de wettelijke toetredingsbelemmeringen voor apothekers te worden weggenomen. Bovendien zouden er meer distributiekanaalen moeten komen, zoals bijvoorbeeld via vestigingen van Boots en Etos.” Hij vult aan:

“Bovendien is er ook nog een Europese dimensie. Uit recente oordelen van het Europees Hof van Justitie (Kohl- en Decker- arresten) blijkt dat de komende jaren binnen de Europese Unie de deregulering en toename van de concurrentie binnen de zorgmarkt een centraal thema wordt. Het huidige Nederlandse premiestelsel is in dat opzicht nogal kwetsbaar. Want de WTZ (Wet Toegang Ziektekostenverzekering) en de MOOZ (verplichte premie omslag voor alle verzekerden ten behoeve van de 'goedkope' standaardpakketpolis voor ouderen) werken concurrentie nu juist tegen. Overigens is niet iedereen binnen VWS diezelfde overtuiging toe gedaan.”

ZIEKTEKOSTEN

“Er dient een goed doordacht systeem te komen voor de controle op het voorschrijfgedrag”, meent De Vries. “Misschien biedt een bonus-malus regeling uitkomst. Via huisartsstandaarden en protocollen van medisch specialisten kan hun doen en laten beter worden beoordeeld. Verschillen tussen artsen in voorschrijfgedrag - zonder aanwijsbare oorzaken - zouden de zorgverzekeraars dan tot optreden moeten prikkelen. Het is natuur-



lijk van de gekke dat farmaceutische bedrijven het voorschrijfgedrag van artsen wel in de gewenste richting kunnen beïnvloeden, terwijl overheid en verzekeraars lijdzaam moeten toekijken. Door aanscherping van standaarden en protocollen dienen de medicijnuitgaven beter in de hand te worden gehouden. Bovendien

moet ook de derde geldstroom transparanter worden. Het gaat daarbij om geld dat de industrie in onderzoeksprojecten binnen ziekenhuizen steekt. Het doel daarvan is om medisch specialisten ervaring met een nieuw geneesmiddel te laten opdoen. Vaak gaat het er daarbij om dat de dokter een nieuwe merknaam 'in de pen' krijgt.”

Geneesmiddelen-rapporten

In opdracht van minister Borst bracht de Commissie-De Vries advies uit in het rapport *Een helder recept*. Het adviescollege bestond verder uit prof. dr. L. Koopmans, dr. A. Rinnooy Kan, mr. P. Swenker, drs. T. van de Graaf en prof. dr. R. in 't Veld.

Het *MDW-rapport* (Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit) is opgesteld door ambtenaren van de ministeries van Volksgezondheid, Economische Zaken, Justitie en Financiën. Voorzitter was drs. A.H.C. Annink (Binnenlandse Zaken).

Het rapport *Geneesmiddel verzekerd* is opgesteld op verzoek van Zorgverzekeraars Nederland door de Boston Consulting Group onder verantwoordelijkheid van ex-minister Wijers.

De rapporten van de Commissie De Vries, Zorgverzekeraars Nederland (Wijers) en de MDW-werkgroep willen in grote lijnen hetzelfde. Zij willen de positie van de zorgverzekeraar ten opzichte van zorgaanbieders, leveranciers van geneesmiddelen, verzekerden en de overheid versterken. De aanbevelingen richten zich op de relaties van verzekeraars met:

- artsen: het bevorderen van doelmatig voorschrijven
- leveranciers van geneesmiddelen: het inkopen en distribueren van geneesmiddelen
- verzekerden: het flexibiliseren van verzekerde pakketten (formularium per verzekeraar, afschaffing GVS) en van verzekeringspremies (nominalisering)
- overheid: programma van deregulering, opzetten van monitoring/toezicht; relatiebeheer

Opvallende verschillen

De opvallendste verschillen tussen de drie rapporten zijn dat De Vries een aparte 'market-maker' wil, terwijl ZN daarvoor de Nederlandse Mededingingsautoriteit wil gebruiken om de concurrentie in de zorg te versterken. De MDW-groep heeft als enige aandacht voor transparantie van de derde geldstroom (sponsoring door industrie). ZN besteedt weinig aandacht aan de rol van medisch specialisten en ziekenhuizen en pleit niet voor FTTO's. Daarnaast verschillen de rapporten in de fasering van de uitvoering van de aanbevelingen.