



Medicijnplannen zijn geen panacee

Auteur(s):

Praag, B.M.S. van

*De auteur is hoogleraar Toegepaste Economie aan de Universiteit van Amsterdam. Hij was lid van de commissie-Dekker.***Verschenen in:**

ESB, 84e jaargang, nr. 4235, pagina 934, 17 december 1999

Rubriek:**Trefwoord(en):**

Een drietal rapporten heeft aanbevelingen gedaan om de uitgaven aan geneesmiddelen terug te brengen. De aanbevelingen vormen echter niet het beloofde panacee. Zij leiden slechts tot een verschuiving van machtsposities en een toename van de bureaucratie. Het echte probleem met de zorg is dat de politiek de mensen niet durft voor te bereiden op noodzakelijke kostenstijgingen.

Wat is het grootste probleem in Nederland? De spreekwoordelijke bewoner van Mars zou kunnen denken dat het gaat om de farmaceutische bedrijfstak in het algemeen en de apotheken in het bijzonder. Welke bedrijfstak valt immers nog meer de eer te beurt om in één maand het onderwerp te zijn van drie analytische rapporten in opdracht van twee ministeries en de belangengroep Zorgverzekeraars Nederland¹?

Wanneer men de zaak nuchter beschouwt lijkt het met het 'probleem' nogal mee te vallen. De vraag is zelfs gerechtvaardigd of er wel een probleem is. Mijn inschatting is dat de ministers met deze rapporten weinig zullen kunnen. En eigenlijk is dit ook wel verklaarbaar. Wanneer er geen noemenswaardig probleem is kan een commissie, ook al bestaat hij uit nog zulke knappe koppen en wordt zij voorgezeten door een oud-minister, er ook geen oplossingen voor fourneren.

In dit artikel zullen we trachten aan te tonen dat er geen sprake is van een majeur probleem. In de tweede plaats zullen we de verschillende rapporten bezien ².

Het 'probleem'

De gezondheidskosten in Nederland stijgen van jaar tot jaar. Binnen die gezondheidskosten stijgen de kosten voor geneesmiddelen disproportioneel. Wanneer we die kosten willen verlagen dan hebben we drie aangrijpingspunten: de prijs, het volume en de groei.

Prijs en volume van de geneesmiddelenconsumptie

Voor een beoordeling van de Nederlandse cijfers is het goed ze te vergelijken met die in het omringende buitenland. PricewaterhouseCoopers heeft dat gedaan voor de commissie-De Vries. De voornaamste resultaten staan in [tabel 1](#).

Tabel 1. Enige kentallen betreffende de Nederlandse farmacie, vergeleken met Europa

kental	Nederland	Internationaal vergeleken
aandeel geneesmiddelen in bnp	1 %	Laagste in Europa
kosten voor geneesmiddelen		
- als % van zorgkosten	11,1 %	Laagste in Europa
- kosten per hoofd	f 358	Laagste in Europa
bruto winstmarge bij apotheken	ca.25 %	Laagste in Europa

Bron: Commissie de Vries/PwC, Een helder recept, 1999.

Daaruit blijkt dat de uitgaven in Nederland, zowel als percentage van het bnp, als uitgedrukt als percentage van de zorgkosten als in absoluut bedrag per hoofd, het laagste zijn vergeleken met zeven vergelijkbare West-Europese landen. Op grond van deze internationale vergelijking lijkt er dus in Nederland geen probleem te zijn.

Interessant is ook de vergelijking op het gebied van de bruto winstmarge van apotheken: dat is wat overblijft van de omzet na aftrek van de inkoopkosten voor geneesmiddelen. Ook die marge (25%) blijkt de laagste in Europa te zijn. Dit duidt erop dat de Nederlandse apotheken zeer kostenefficiënt zijn. Dit komt door de schaalgrootte, die voor Europa groot is. Het lijkt ook interessant die marge te vergelijken met die van de Nederlandse drogisten, waarmee apothekers wel eens worden vergeleken. De bruto winstmarge bij drogisten staat op 31%.

De prijs van het geneesmiddel staat hier na het in 1991 ingevoerde geneesmiddelen-vergoedingssysteem en de in 1996 ingevoerde Wet Geneesmiddelenprijzen op het gemiddelde van een aantal Europese landen.

Kostenontwikkeling

De groei van de extramurale geneesmiddelenuitgaven wordt voor dit en het komend jaar door de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) geschat op elf procent (zie [tabel 2](#)). Deze groei is te danken aan een aantal factoren. De vergrijzing is van invloed. Daarnaast is er technologische groei. Er komen nieuwe en betere geneesmiddelen, maar die zijn vaak ook duurder.

Tabel 2. Decompositie groeicijfer extramurale consumptie, 1999

Component	groei over 1999
Bevolkingsgroei	0,7 %
Vergrijzing	0,6 %
Extra-muralisatie	3,0 %
Nieuwere duurdere geneesmiddelen	4,3 %
Toelating nieuwe geneesmiddelen	2,4 %
Totale groei	11 %

Bron: Stichting Farmaceutische Kentallen, Feiten en data, 1999.

Tenslotte verschuift de zorg van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Dit is een gunstige ontwikkeling omdat op dure ligdagen wordt bespaard en mensen weer eerder aan het werk kunnen. Boekhoudkundig betekent het echter dat een deel van de geneesmiddelenconsumptie, die eerst onder het ziekenhuisbudget schuil ging, nu via de apotheek verstrekt wordt en dus verschijnt op het (extramurale) geneesmiddelenbudget. Voor een juiste waardering van deze groei zou men dus moeten nagaan hoeveel op ziekenhuiskosten (inclusief intramuraal verstrekte geneesmiddelen) bespaard wordt. Sinds begin jaren tachtig is de intramurale capaciteit gehalveerd! Zoals de SFK stelt: "hoewel het ministerie van vws deze tendens onderkent en in zekere zin ook toejuicht, houdt het bij de vaststelling van het geneesmiddelenbudget geen rekening met dit verschijnsel. Dit verklaart voor een belangrijk deel de terugkerende overschrijdingsproblematiek binnen het geneesmiddelen dossier".

Als men deze cijfers zo op een rijtje zet, ziet de groei eruit als een natuurverschijnsel. De voorspellingen in het Jaar Overzicht Zorg, die al jarenlang te laag uitkomen, hebben weinig realiteitswaarde. Zoals ook de commissie-De Vries constateert (blz. 57, 58) is het overzicht in feite een politieke normstelling en geen objectieve voorspelling.

De groei doet zich in heel Europa voor. Ze weerspiegelt de consumentenvoorkeuren en de veranderende techniek. Wil men de uitgaven terugdringen, dan zal men moeten morrelen aan het prijsniveau en het niveau van zorgverlening.

De positie van apothekers

De hierboven gegeven cijfers zijn natuurlijk enigszins ontgoochelend voor diegenen die fulmineren tegen de farmacie. Hoe zit het dan met de 'gigantische' inkomsten van apothekers? Het kan niet ontkend worden dat er grote en kleine apotheken zijn en dat de eigenaars (veelal reeds ketens of concerns) van grote apotheken behoorlijke winsten incasseren. Paniek hierover is niet op zijn plaats. Een apotheker is tegenwoordig een middenstander/detaillist en elke middenstander maakt zijn inkomen uit het verschil tussen verkoop en inkoop. Tot het midden van de jaren tachtig was de positie van de apotheker vergelijkbaar met die van de huisarts. In de eerste plaats was er een stevig vestigingsbeleid van de beroepsgroep. Als patiënt moest je ingeschreven zijn bij een bepaalde apotheek, waar je niet zo gemakkelijk weg kon en daarvoor kreeg de apotheker een vast abonnementshonorarium per fondspatiënt. Daarboven was er een kostendekkende vergoeding per aflevering voor een ziekenfondspatiënt. Nu, bijna vijftien jaren later, is het aantal apotheken gegroeid van circa 900 naar circa 1500. Het vestigingsbeleid is opgeheven; ongeveer een kwart van de apotheken is geen lid van de beroepsorganisatie knmp. Het betreft grotendeels nieuwe vestigingen die niet met instemming van de naburige apothekers plaats hebben gehad. Het vaste abonnementshonorarium voor fondspatiënten bestaat niet meer. En tenslotte heeft staatssecretaris Simons - reeds in 1991 - de tarieven bevroren, zodat deze geleidelijk steeds minder kostendekkend werden. Simons stelde dat de apothekers het ontbrekende restant maar moesten krijgen uit het bedingen van 'bonussen en kortingen'. Welnu, dat hebben ze gedaan. Recentelijk is dit mechanisme nog eens versterkt door de invoering van de 'claw-back', waarbij de apotheker slechts 95% van de inkoopwaarde terugkrijgt, onder de veronderstelling dat de ontbrekende vijf procent wel uit de kortingen en bonussen zal komen. Het is duidelijk dat de apotheker zo op het spek gebonden wordt om nog meer kortingen en bonussen binnen te halen ³.

Dat het inkomen van de gemiddelde apotheker boven het officiële norminkomen ligt, dat in de begin jaren tachtig is vastgesteld, en dat in de pas loopt met dat van een ambtenaar in schaal dertien, is in het licht van deze ontwikkelingen redelijk. Een apotheker van 1999 is geen ambtenaar meer maar een ondernemer. Hij is tegenwoordig onderworpen aan alle risico's van de markt en moet rekening houden met een overheid die eenzijdig beoordeelt hoeveel er van zijn inkomen afkan. Het is interessant de positie van huisarts en apotheker anno 1999 opnieuw te vergelijken. Voor de huisarts is er nog een stringent vestigingsbeleid. Ook krijgt hij nog wel een abonnementshonorarium per fondspatiënt. Tenslotte dient een jonge apotheker zich nog steeds in de schulden te steken voor het betalen van een goodwill som, terwijl bij huisartsen het goodwill systeem is opgeheven, wat mogelijk werd door aanzienlijke financiële steun voor het afkopen van de goodwill door verzekeraars. De positie van de apotheker en die van de huisarts zijn nu niet meer vergelijkbaar. De huisarts is in veel mindere mate onderworpen aan de risico's van de markt. Overigens is het de vraag of de individuele apotheker-eigenaar niet gaat verdwijnen. In de laatste paar jaar is reeds 25 % van de apotheken in eigendom overgegaan naar groothandels of andere ketens. Gezien de uitlatingen van de knmp en de geringe animo van oudere apothekers om door te gaan, lijkt het er op dat veel apothekers graag naar de situatie van voor 1980 zouden willen terugkeren.

De 'oplossingen'

De drie rapporten die voor het probleem een oplossing zoeken, bestrijken een groot gebied. De BCG is het meest stellig in zijn conclusies. Het rapport De Vries heeft een wat voorzichtiger toon. Het MDW-rapport is wat technischer. De rapporten overlappen voor een belangrijk deel, maar bij alle wordt een belangrijke rol aan verzekeraars toegekend.

De onderzoekers van de Boston Consulting Group, onder leiding van oud-minister Wijers, stelt dat er ruimte is om 20% te besparen op de kosten van geneesmiddelen, dat wil zeggen f 1,2 miljard. In de eerste plaats zou het gaan om een bedrag van circa 400 miljoen dat zou kunnen worden bespaard wegens overconsumptie van maagmiddelen en cholesterolverlagers. Dit wordt redelijk overtuigend aangetoond, dat wil zeggen de methode wordt uiteengezet en derden kunnen dit narekenen. Voor de overige 800 miljoen kan ik geen sluitende redenering vinden.

De tweede post is een bedrag van 320 miljoen aan bonussen en kortingen. Het gaat hier in feite om ondernemersinkomen, dat voor een deel in de plaats van het bevroren tarief is gekomen.

In de derde plaats zouden de transactiekosten bij apotheken te hoog zijn, waarbij men een vergelijking trekt met drogisten, boekwinkels en cd-winkels. Hierdoor geven de schrijvers wel aan dat zij eigenlijk geen enkele studie hebben gemaakt van wat in de apotheek aan door de wet voorgeschreven activiteiten plaats vindt. Analyse op dit niveau is niet serieus te nemen. De transactiekosten in een espresso-bar liggen ongetwijfeld nog lager. Er wordt zonder enige verantwoording gesteld dat hierop 160 miljoen is te bezuinigen. Tenslotte volgt in het rapport op blz. 25 een 'economische' analyse over meer concurrentie tussen *specialités* (geneesmiddelen waar nog patent op zit). Die analyse is voor mij ronduit onbegrijpelijk. De schrijver eindigt zijn analyse met "Concurrentie tussen therapeutisch substitueerbare stofnamen kan leiden tot forse besparingen. Uitgaande van een formularium op stofnaamniveau lijkt een inkoopvoordeel van ongeveer 200 miljoen goed haalbaar". Het rapport vertelt echter nergens hoe men die 200 miljoen zou willen hard maken. Het lijkt een schot in de lucht.

Ziekenhuis moet echte prijs geneesmiddel betalen

De signalering van overconsumptie is terecht. Hoe moet men die terugdringen? Daarvoor is het belangrijk te kijken naar het mechanisme erachter. Het voorschrijfgedrag van nieuwe middelen door huisartsen wordt sterk beïnvloed door wat de ziekenhuis-specialisten voorschrijven. De industrie heeft er dus groot belang bij dat in de ziekenhuizen het medicijn erin gehamerd wordt. De industrie is bereid daarom aan het ziekenhuis medicijnen met heel hoge korting of zelfs gratis te leveren. Wanneer een industrie door (bijna) gratis medicijnen aan het ziekenhuis te verstrekken, een consument voor vele jaren aan zich bindt, dan is dit vanuit de industrie gezien een gouden truc. Dit heeft niets te maken met de onderhandelingskunst van ziekenhuisapothekers, maar alles te maken met industriële marketing. Het feit dat ziekenhuizen niet de reële prijs berekend krijgen leidt ertoe dat bij de keuze van het medicijn geen prijs signaal meer werkzaam is. Het lijkt zeer verstandig om er zorg voor te dragen dat het ziekenhuis en de specialisten met de werkelijke prijs, zoals die voor consumenten geldt, worden geconfronteerd. In dat geval gaat te veel en te duur voorschrijven door de klinische specialisten echt snijden in het budget, en zal men vast en zeker komen tot een meer prudent voorschrijf beleid. Dan zal blijken, zoals de commissie-de Vries ook stelt, dat het opzetten van politheken (openbare apotheken in ziekenhuizen) niet loont of zelfs tot kostenverhoging kan leiden. Overigens heeft de industrie reeds duidelijk geventileerd, dat ziekenhuizen die een regionale inkoopfunctie nastreven niet meer op de buitenproportionele kortingen hoeven te rekenen.

Het advies van de commissie-de Vries om het pakket uit te dunnen, en *me too*-producten niet langer voor vergoeding in aanmerking te laten komen, lijkt niet verstandig. Op die manier wordt de innovatie afgeremd, terwijl men kunstmatig monopolies creëert op de productmarkt.

Verzekeraars als vragers op de markt

Tenslotte zien de drie rapporten veel heil in het inschakelen van de verzekeraars als volwaardige tegenspelers aan de vraagzijde van de markt. De argumentatie daarvoor is tamelijk schimmig. De verzekeraar zou zich als inkoper op de markt moeten opstellen. Dit kan door de diensten van apotheken *en gros* in te kopen of, als dat niet lukt, een eigen distributie-apparaat op te zetten. De verzekeraar zou dan goedkoper kunnen inkopen *en* de behaalde kostenvoordelen *kunnen* doorgeven in de premies. Of de verzekeraar, die dan ook een heel eigen distributie-apparaat moet opzetten, inderdaad de kosten zou drukken lijkt mij de vraag. De particuliere verzekeraars staan niet bekend om hun lage administratie-kosten. In Nederland is er een relatief lage apotheekdichtheid. Bij vergroting van het aantal distributiepunten zal dit leiden tot hogere kosten per patiënt omdat de schaalvoordelen wegvallen.

Maar laten we nu eens aannemen dat de verzekeraar de kostenvoordelen zou doorgeven, dan zou dit leiden tot een kostenreductie van misschien 600 miljoen op een totaal ziektekostenbudget van circa 65 miljard. Het zou dan gaan om een premiereductie van circa één procent. Het is duidelijk dat met zulke minieme premiereducties niet te concurreren valt en dat er dus niets terecht zal komen van premieconcurrentie. Integendeel, de verzekeraar is ook aanbieder, zelfs wanneer hij geen eigen apotheken exploiteert, en heeft veel belangen met de medische sector gemeen; de winst is altijd nog een percentage van de omzet en een verzekeraar heeft weinig belang bij omzetreductie. Het gevaar bestaat zelfs dat de verzekeraars de farmaceutische distributie geheel gaan overnemen en dan heb je pas goed een kartel, waar niemand meer tussen kan komen. Dit dreigt te meer, omdat in de praktijk in de meeste regio's één verzekeraar met bijbehorend ziekenfonds het voor het zeggen heeft. Het enthousiasme van sommige verzekeraars om in de farmacie te gaan is mijns inziens begrijpelijk, maar allerminst filantropisch geïnspireerd. De duivel zou worden uitgedreven met Beëlzebub. Een goede klus voor de NMa.

Het BCG-rapport stelt ook voor dat onderhandeld moet worden met apotheken en dat apotheken die niet mee willen doen op de voorwaarden van de verzekeraar dan geen contract meer zouden moeten krijgen. Dat impliceert dat de patiënten naar een andere apotheek moeten. Ook dit voorstel lijkt gespeend van realisme. Patiënten die al jaren bij een apotheek zijn en daar een persoonlijke band mee hebben zullen het beschouwen als klant-onvriendelijk wanneer ze verder weg moeten gaan naar een hun onbekende apotheek. De verzekeraar zal dan heel wat uit te leggen hebben en het is zeker niet gunstig voor zijn klantvriendelijke naam. Of trouwens de onderhandelingsmacht van een verzekeraar zo groot is als hij praat met de enige apotheek op een dorp of met een maatschap/keten die alle apotheken in de stad in eigendom heeft, valt nog te bezien. De onderhandelingspositie van zulke apotheken is ijzersterk. Wanneer men apothekers echt dwingt om te gaan onderhandelen, aansturend op prijsdifferentiatie, dan zou het best eens kunnen dat op veel

plekken buiten de grote steden de prijzen omhoog in plaats van omlaag gaan. Men is dan meer gebaat bij de nu landelijk aanvaarde prijsstellingen.

Concurrentie tussen verwisselbare geneesmiddelen

Een speciale aanbeveling van beide rapporten heeft betrekking op het bindend voorschrijven van een formularium, gekoppeld aan een elektronisch voorschrijf systeem. Zo'n systeem is momenteel in ontwikkeling en het is nog maar een kwestie van tijd voor op die wijze voorschrijvers uit de eerste en tweede lijn en de apotheken met elkaar verbonden zijn. Het is ongetwijfeld een gunstige ontwikkeling, die ook zal leiden tot besparingen omdat verkeerd en teveel voorschrijven wordt tegengegaan. Of zo'n formularium echter dwingend moet zijn is voor mij de vraag. De commissie-De Vries laat de mogelijkheid open voor ontheffing in individuele gevallen en de mogelijkheid van het instellen van beroep tegen het onthouden van een geneesmiddel. Of het wordt een enorme bureaucratie en rompslomp of het wordt een wassen neus, omdat alles goedgekeurd wordt.

De commissie-Wijers stelt tevens voor dat verzekeraars gaan concurreren op het toegestane formularium. Dat impliceert dat artsen, apotheken en patiënten geconfronteerd worden met het feit dat van de ene verzekeraar het medicijn wel mag en van de andere niet. Wanneer we ons realiseren dat een apotheek of een huisarts toch minstens met tien verschillende verzekeraars te maken heeft, dan lijkt dit een totaal onwerkbaar situatie.

Besluit

Uiteraard heb ik in deze korte bijdrage geen recht gedaan aan alles wat in de drie rapporten van elk circa zestig bladzijden staat. Naar mijn mening blijkt uit de internationale vergelijking dat onze farmacie geen grote besparingen zal toelaten. In een verschuiving, waarbij de zorgverzekeraars de inkoop en eventueel de distributie van medicijnen zouden overnemen heb ik geen enkele fiducie. Het leidt tot een geweldig monopolie. Het is best mogelijk dat verzekeraars erin slagen de inkoopkosten met enkele procenten te reduceren, maar het is te weinig om daarmee te concurreren op de premie markt. De winst van apothekers zal slechts worden verschoven naar de aandeelhouders van de zorgverzekeraars. Het uitstekende systeem (zowel vanuit het oogpunt van de zorg als vanuit de kostenefficiëntie) dat we nu hebben zou door deze herstructurering wel eens kunnen worden afgebroken en het is geen experiment waarvan we de gevolgen gemakkelijk ongedaan zullen kunnen maken.

Wat blijft er dan nog over van de aanbevelingen? In de eerste plaats de nadruk op het elektronisch voorschrijf systeem en de daarbij behorende benchmarking en monitoring van het voorschrijfgedrag. In de tweede plaats moet beter gekeken worden naar de inkoop-prijsstelling bij ziekenhuisapotheken. Die leidt er immers toe dat de industrie het medicijn in de markt kan zetten, met als gevolg de in het rapport van Wijers gesignaleerde aanzienlijke overconsumptie bij bepaalde (veelal nieuwe) medicijnen. Tenslotte kan de opzet van transmuraal overleg enige beloften in zich bergen.

Het echte probleem

Het zou goed zijn als de politiek zou ophouden irreële budgetten vast te stellen, waar minister Borst vervolgens door minister Zalm aan wordt gehouden. Budgetoverschrijdingen en irreële extra taakstellingen om die overschrijdingen weer goed te maken buitelen over elkaar heen, en de echte problemen worden uit de weg gegaan. Er is een probleem met de zorg, maar dit ligt anders. Er is een groot gebrek aan mensen op alle niveaus. Wil men die mensen aantrekken dan zal dat veel extra geld kosten, onder andere in de vorm van salarisverhogingen om de sector aantrekkelijker te maken. Het probleem is dat de minister de Nederlandse bevolking niet durft voorbereiden op dat feit, waardoor het onontkoombaar is dat de kosten van de zorg als percentage van het bnp de komende jaren fors zullen moeten stijgen, en dat ter financiering daarvan de privé-uitgaven aan tweede huizen, kratten bier, derde vakanties, mobiele telefoons enzovoort zullen moeten worden gereduceerd

¹ Commissie de Vries, *Een helder Recept*, Ministerie van VWS, 1999; Boston Consulting Group, *Geneesmiddel Verzekerd*, 1999; een nog te verschijnen rapport van de afdeling MDW, Ministerie van Economische Zaken, 1999.

² Voor het MDW rapport baseer ik me op de berichtgeving in *Het Financieele Dagblad* van 4 december 1999 en een in circulatie zijnde samenvatting.

³ Zie ook De Vries, blz. 49, die dit systeem bekritiseert.