

# Bitter medicijn

Onlangs verscheen in *ESB* een column van B.M.S. van Praag onder de titel "Bitter medicijn" (*ESB*, 1 februari jl.). Het artikel bevat nogal wat aannamen en gesuggereerde samenhangen die niet met de feiten in overeenstemming zijn. In deze reactie zal ik een aantal van de verkondigde stellingen bekritisieren en refereren naar de ter zake relevante literatuur.

In de eerste kolom van het artikel (laatste zin van de voorlaatste alinea) suggereert de heer Van Praag dat er een verband zou bestaan tussen de kosten(stijging) van medicijnen en de "verbetering van ons bestaan". Er is mij geen enkele publikatie bekend waarin is aangetoond dat de kostenstijging an sich enige mate van gezondheidswinst zou veroorzaken. Integendeel, de Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg te Utrecht schat dat er jaarlijks ca. 600 doden vallen ten gevolge van ongewenste effecten (waaronder nevenwerkingen) van medicijngebruik (waarvan een groot deel wordt veroorzaakt door ondeskundig voorschrijven door artsen). Het aantal in een ziekenhuis opgenomen patiënten ten gevolge van deze ongewenste effecten bedraagt ca. 11.000 en stijgt met ca. 5 % per jaar. Zo bezien lijkt er zelfs een negatief verband te zijn tussen kostenstijging en gezondheidswinst!

In dit verband wil ik ook wijzen op onderzoek waaruit blijkt dat ca. 20% van de voorschriften feitelijk overbodig is<sup>1,2</sup> en dat ca. 30% van de voorschriften farmacologisch gezien minder juist is<sup>2</sup>.

Impliciet opgenomen in de opvatting van dhr. Van Praag met betrekking tot de kostenstijging is het op de markt verschijnen van nieuwe preparaten. In feite wordt hierbij aangenomen dat deze nieuwe medicijnen bijdragen aan het terugdringen of beperken van ziekteverschijnselen en derhalve zouden bijdragen aan gezondheidswinst. Op basis van schattingen van het Ministerie van WVC<sup>3</sup> wordt geconstateerd dat de voornaamste oorzaak voor kostenstijging de verschuiving naar nieuwe, veelal duurder middelen is; of deze nieuwe produkten ook een therapeutisch voordeel inhouden ten opzichte van het bestaande arsenaal is twijfelachtig. Onderzoek van Dukes<sup>4</sup> leert dat slechts ca. 10% van het aantal nieuwe preparaten ook een daadwerkelijk therapeutisch voordeel bezit en derhalve mogelijk bijdraagt aan gezondheidswinst. Voor de overige 90% moeten deson-

danks kosten worden gemaakt voor R&D en marketing. In dit opzicht kan worden gesproken van een grote mate van kapitaalvernietiging daar deze produkten geen gezondheidswinst toevoegen.

Bedenken we hiernaast hoe gebrek-  
kig de patiëntenvoorlichting inzake het medicijngebruik is<sup>5</sup>, dan moet de conclusie zijn dat kosten en kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening weinig of niets met elkaar van doen hebben.

In de tweede kolom van het artikel wordt een mogelijk verband gesuggereerd tussen vermindering van het aantal en de duur van ziekenhuisopnames enerzijds en de kostenstijging van extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen anderzijds. Dit verband is in geen enkele publikatie cijfermatig onderbouwd, ook al wordt er van een 'mogelijke' samenhang wel gesproken in publikaties van het Ministerie van WVC. Omdat de omvang van dit verschijnsel onbekend is, geeft het mijns inziens geen pas te stellen dat: "de dispropor-tionele stijging van de medicijnconsumptie is voor een groot deel te verklaren uit dit substitutieproces".

In de derde kolom verklaart dhr. Van Praag dat de apotheker een 'zuiver passieve rol' heeft met betrekking tot de kosten(stijging). Dhr. Van Praag is kennelijk niet op de hoogte van het per 1 januari 1988 ingevoerde nieuwe vergoedingensysteem voor apothekers dat hen juist stimuleert in plaats van dure merkmedicijnen, goedkopere generieke preparaten af te leveren. In dit verband zij tevens opgemerkt dat laatstgenoemde soort ca. 15% goedkoper is dan merkmedicijnen. De apotheker kan derhalve door actief 'substitutiegedrag' de kosten temperen, in elk geval beïnvloeden.

In de derde kolom suggereert dhr. Van Praag (mede aan de hand van de

1. D. Post, Het voorschrijven van antibiotica door de huisarts, *Pharmaceutisch Weekblad*, 1985, blz. 4-9.

2. F.M. Haaijer-Ruskamp, *Het voorschrijfgedrag van de huisarts*, dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen, 1984.

3. Ministerie van WVC, *Financieel overzicht zorg*, Rijswijk, 1988.

4. M.N.G. Dukes en I. Lunde, Measuring the effects of drug control; an emerging challenge, *The Pharmaceutical Journal*, november 1979, blz. 511-513.

5. A.F. Mantel, Effectiviteit van geneesmiddelen-voorlichting, *Pharmaceutisch Weekblad*, 27 mei 1988, blz. 501-510.

opgenomen tabel) dat er een verband zou zijn tussen prijs en volume. Een dergelijke samenhang is in geen enkele wetenschappelijke publikatie aange- toond. Integendeel, het prijsniveau is onafhankelijk van het consumptievolum- e en wordt in een land voornamelijk bepaald door concurrentieverhoudin- gen en vooral door de mate waarin de nationale overheid een prijsbeleid ter zake voert<sup>6</sup>. Landen als België, Frank- rijk en Italië hebben een krachtig prijs- beleid waarmee intensieve controle op de absolute hoogte en stijging van medicijnprijzen mogelijk is. In landen als Nederland en Duitsland is geen overheidscontrole op de prijzen voor geneesmiddelen en heerst er derhalve een relatief hoog prijsniveau<sup>7</sup>. Het consumptievolumen is onafhankelijk van het prijsniveau en wordt in eerste in- stantie bepaald door het morbiditeitspa- troon van de bevolking en de medisch- praktische opvattingen (waaronder de voorschrijfgeneigdheid) van de medice- sche stand. In Italië wordt bij voorbeeld per hoofd van de bevolking ca. 3 maal zo vaak een recept uitgeschreven als in Nederland<sup>8</sup>, terwijl het morbiditeitspa- troon van de bevolking niet wezenlijk verschilt van dat in Nederland.

#### A.F. Mantel

Verbonden aan de vakgroep Marktonder- zoek van de Universiteit van Wageningen.

6. Bureau Européen des Unions de Con- sommateurs, *The consumer and the phar- maceutical products in the European Com- munity*, Brussel, 1984; M.L. Bursall en J. Dunning, *Multinational enterprises, govern- ments and technology*, OESO, Parijs, 1981; Economists Advisory Group, *The Commu- nity's Pharmaceutical industry*, Commission of the European Communities, Londen, 1985; A.F. Mantel (red.), B. Wierenga, P. de Wolf en C.P. Veerman, *De Nederlandse genees- middelenmarkt in observatie*, Eburon, Delft, 1987 (ook verschenen als artikel in *ESB*, 28 januari 1987, blz. 102-104).

7. Zie voor een overzicht van het prijsbeleid in de EG-landen: A.F. Mantel (red.), op.cit., 1987, hoofdstuk 6.

8. Nefarma, Jaarverslag 1987, Utrecht, 1988.

#### Naschrift

De heer Mantel verwijt mij een onwe- tenschappelijke en suggestieve aan- pak. In het kader van een column ver- wacht men een opiniërend stukje en in dat kader lijken mij de gewraakte uit- spraken echt niet over de schreef te gaan. Daarentegen lijkt mij de potpour- ri van stellige uitspraken van mijn criti- cus zeker voor een verdere weten- schappelijke onderbouwing en structu- rering vatbaar. Maar nu ter zake.

Bij kostenstijging dient men onder- scheid te maken tussen de volume- en de prijscomponent. Ik noemde de kos- tenstijging een natuurlijke ontwikkeling, indien wij de kwaliteit van ons bestaan willen verbeteren. Ik ga er inderdaad van uit dat de gestage ontwikkeling van de geneeskunde heeft geleid en nog steeds leidt tot een verbetering van onze gezondheid. Een integrerend deel van de geneeskunde is de ontwikkeling en toepassing van nieuwe medicijnen en medische technologie. We zien dat het geneeskundig productieproces steeds kapitaalintensiever wordt en dit uit zich in grotere kostenaandelen voor medicijnen en kapitaalsinvesterings in relatie tot de menselijke input. De anek- dotische informatie die Mantel ver- schaft over verkeerd voorschrijfgedrag is belangwekkend voor degene die dit nog niet wist, maar doet niets aan mijn stelling af, behalve wanneer Mantel (wetenschappelijk) zou kunnen aantonen dat het kostenpercentage veroor- zaakt door verkeerd voorschrijfgedrag over de jaren zou zijn gestegen. Wij hebben het over de groei en niet over het niveau van de geneesmiddelenkos- ten. Ook de suggestie dat 90% van de nieuwe preparaten overbodig is lijkt mij voor een econoom wat onbesuisd. Dit is nu eenmaal onvermijdbaar in het Schumpeteriaanse innovatieproces. De produktontwikkeling vindt plaats in een markt van onvolledige mededing- ing. De 'me too'-productie leidt er wel toe dat geen enkel monopolie duur- zaam is en dat er een sterke concurren- tie is. Ik persoonlijk moet er niet aan denken dat de geneesmiddelenfabrica- ge en ontwikkeling door de overheid centraal gepland zou worden.

Verder suggereer ik een verband tus- sen vermindering van het aantal en de duur van ziekenhuisopnames enerzijds en de kostenstijging van extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen an- derzijds. In de eerste plaats vloeit dit voort uit het feit dat kuren bij eerder naar huis sturen thuis worden afgemaakt in plaats van in het ziekenhuis. Per definitie wordt intramurale dan extramurale consumptie. Dit is slechts een boek- houdkundige wijziging. In de tweede plaats komen er steeds meer middelen op de markt die ziekenhuisopname sterk verkorten of overbodig maken. We noemen bij voorbeeld het middel Tagamed en aanverwanten, waarmee talloze maagpatiënten zonder zieken- huisopname een prettig leven hebben, de ontwikkeling van middelen tegen hoge bloeddruk die het aantal hart- en vaatziekten reduceren en de range van psycho-farmaca, waarmee talloze psy- chiatische patiënten in de maatschap- pij kunnen worden gehouden. Dat hier nog weinig cijfermatig onderzoek naar heeft plaatsgevonden is te betreuren.

De apotheker heeft inderdaad een zuiver passieve rol bij de kostenstijging. De apotheker mag alleen afleveren op basis van een door een arts uitgeschre- ven recept. De arts kan hierop de merk- naam vermelden, bij voorbeeld Valium, of de werkzame stof diazepam. In het eerste geval is het de apotheker vol- gens de Merkenwet verboden een sub- stituaat af te leveren. In het tweede ge- val is het wel mogelijk. De arts moet dan door de apotheker worden overtuigd, terwijl de patiënt moet afstappen van de oude vertrouwde naam, in plaats van een rode capsule een zwarte capsule krijgt of een doosje met een Grieks of Italiaans opschrift dat hij niet begrijpt. De dokter en patiënt hebben er alleen last van en de apotheker wordt er bruto circa 4% van de inkoopprijs beter op maar moet daarvoor wel een hele hoop extra werk steken in zijn aankooppoli- tiek. Overigens gaat het om een betrek- kelijk klein gedeelte van het genees- middelenpakket, waar substitutie ma- cro-economisch gezien zoden aan de dijk zet. Indien een apotheek in een stad bekend raakt als de apotheek met de Griekse doosjes lopen zijn patiënten ook nog weg, als zijn collegae het niet doen. Kortom, de invloed van de 'stimu- lans' is niet zo groot als de heer Mantel suggereert.

De laatste opmerking van Mantel geeft ook blijk van weinig economisch inzicht. Elke bedrijfstak met veel vaste kosten kan deze vaste kosten goedma- ken door een grote omzet tegen lage prijzen of een kleine omzet tegen hoge prijzen. Voor de overheid is er dus of de mogelijkheid van een prijspolitiek, zoals in België, Frankrijk of Italië of een poli- tiek om het consumptievolumen zo laag mogelijk te houden. Uiteraard is er ook de mogelijkheid van een mengsel, maar het lijkt irreal om zowel de laagste con- sumptie als de laagste prijs uit de Euro- pese gemeenschap op Nederlands grondgebied na te streven. De relevante maatstaf is niet de prijs per eenheid. De relevante 'target' is de waarde van de consumptie per hoofd. In 1984 was de waarde van de consumptie per hoofd in ons land 46 ecu en we lagen daarmee op dezelfde hoogte als Grie- kenland, Ierland en Spanje. Alleen in Portugal lag de waarde nog lager, na- melijk op 35 ecu. In België en Frankrijk (met de lage prijzen) lag de consumptie respectievelijk op 90 en 102 ecu. Na- tuurlijk is dit nog geen wetenschappelijk bewijs waar de heer Mantel zo op ge- steld is; economisch onderzoek op elf waargenomen nationale gemiddel- den, waarbij zoveel variabelen een rol spelen is echter niet mogelijk. Er is ech- ter ook zoiets als het gezond verstand.

B.M.S. van Praag