

# Medicijn- mythes

en de consequenties  
daarvan voor de  
Nederlandse patiënt

Vereniging  
Innovatieve  
Geneesmiddelen





## Inhoud

### Medicijnmythes

en de consequenties daarvan voor de Nederlandse patiënt

#### Introductie en context

Checkvraag 1:

#### 08 Stijgen de medicijnguitgaven in Nederland?

Checkvraag 2:

#### 10 Geven we te veel uit aan medicijnen?

Checkvraag 3:

#### 12 Zijn de medicijnprijzen zo hoog dat ze andere zorg verdringen?

#### 13 Tot slot ... is er helemaal geen probleem? En hoe moet het dan wel?

## Introductie

**De medicijnvoorziening in Nederland staat onder druk. Bij de apotheek op de hoek ontstaan steeds meer tekorten, die apothekers en patiënten tot wanhoop drijven. En bij de ziekenhuismedicijnen vist de Nederlandse patiënt ook steeds vaker achter het net. Schrijnend, omdat het hier niet zelden gaat om levensreddende medicijnen.**

Opmerkelijk is dat het publieke en politieke debat in Nederland toch vooral gaat over de kósten van al die medicijnen, die netto slechts 5,6% van de totale zorguitgaven beslaan. En dat terwijl we met deze medicijnen steeds meer mensen kunnen genezen of een betere kwaliteit van leven kunnen geven. Ook in de zorg kunnen we elke euro maar een keer uitgeven, het is altijd goed om daar scherp op te zijn. Maar de doorgesloten kostenfocus is eenzijdig, onnodig en pijnlijk voor Nederlandse patiënten. Zeker als je het vergelijkt met andere Europese landen.

### Hardnekkige mythes

Hoe zijn we in deze moeilijke situatie beland? Welke hardnekkige mythes liggen ten grondslag aan ons

medicijnbeleid, dat grotendeels wordt gedomineerd door de drang om de kosten te beheersen? En vooral ook: hoe zorgen we met respect voor kostenbewustzijn dat Nederlandse patiënten nu en in de komende decennia de medicijnen krijgen die ze nodig hebben?

### Feiten en voorstellen

In deze publicatie zetten we graag een aantal feiten op een rij, om vervolgens een zuivere en constructieve dialoog te kunnen voeren over het échte probleem in ons land: de slechte beschikbaarheid van medicijnen. We reiken ook oplossingsrichtingen aan, waarbij we ons ten volle realiseren dat we dit als geneesmiddelensector niet alleen kunnen vlot trekken. Overheid, verzekeraars, artsen, apothekers, patiëntorganisaties en bedrijven... we hebben elkaar keihard nodig om uit deze impasse te komen. Dat vraagt om lef en betekent ook dat we – soms in onconventionele samenwerkingsverbanden – allemaal wat water bij de wijn moeten doen, in het belang van de patiënt.



Levensverwachting  
stijgt. In 2022:

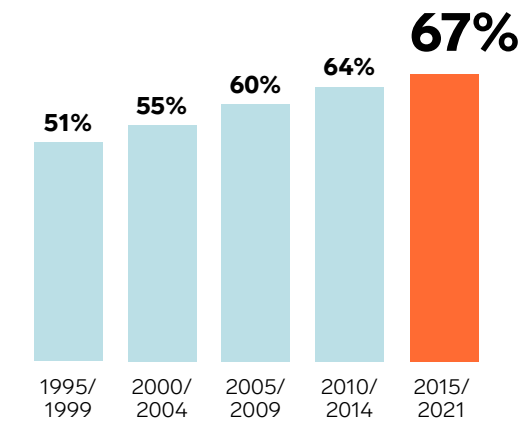
**81,6**  
jaar

Bron: CBS



## Context

### 5-jaarsoverleving na diagnose kanker



Bron: IKNL

Eerst even wat context. De zorguitgaven in ons land stijgen elk jaar. Niet zo vreemd, want het aantal mensen dat zorg nodig heeft, loopt al jaren flink op. De vergrijzing zet nog door tot 2040. Dan is ruim een kwart van de bevolking tenminste 65 jaar. Die ouderen – onze ouders en straks ook wijzelf – willen we natuurlijk de best mogelijke zorg bieden.

Gelukkig hebben we daarvoor in Nederland steeds betere behandelingen en medicijnen. Dat zien we terug in onze levensverwachting bij geboorte. Die steeg tussen 2002 en 2022 flink, volgens het CBS: van 78,4 naar 81,6 jaar.

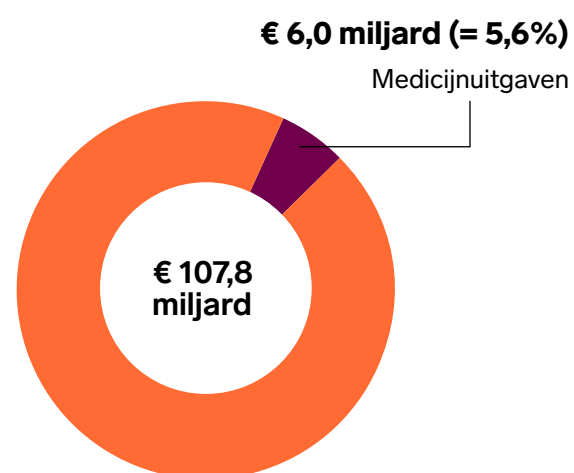
Als we inzoomen op kanker, een ziekte die de helft van alle Nederlanders vroeg of laat treft, zien we die progressie ook. Dat kun je bijvoorbeeld afmeten aan het deel van de patiënten dat vijf jaar na de diagnose nog leeft. Dat percentage steeg de afgelopen twintig jaar van 51 naar 67%.

Zo zijn er meer wapenfeiten te melden. Een paar voorbeelden. Dankzij medicijnen ontwikkelde hiv zich binnen enkele decennia van een dodelijke naar een chronische ziekte. Reumapatiënten komen nog maar zelden terecht in een rolstoel. En de coronavaccins ontlastten niet alleen de ziekenhuizen, maar haalden ook de Nederlandse economie en samenleving van het slot in een zeer moeilijke periode.

### Mensen en geld

Mooie cijfers en feiten, die iets positiefs zeggen over de kwaliteit en de duur van mensenlevens en de waarde van geneesmiddelen én de impact van medicijnen en vaccins op de Nederlandse economie en samenleving. Toch zijn er ook wolken aan de hemel. Zo is er een tekort aan goed zorgpersoneel. Dat komt vooral door vergrijzing. Veel Nederlanders zijn daar niet op gerust op.

## Totale zorguitgaven 2021



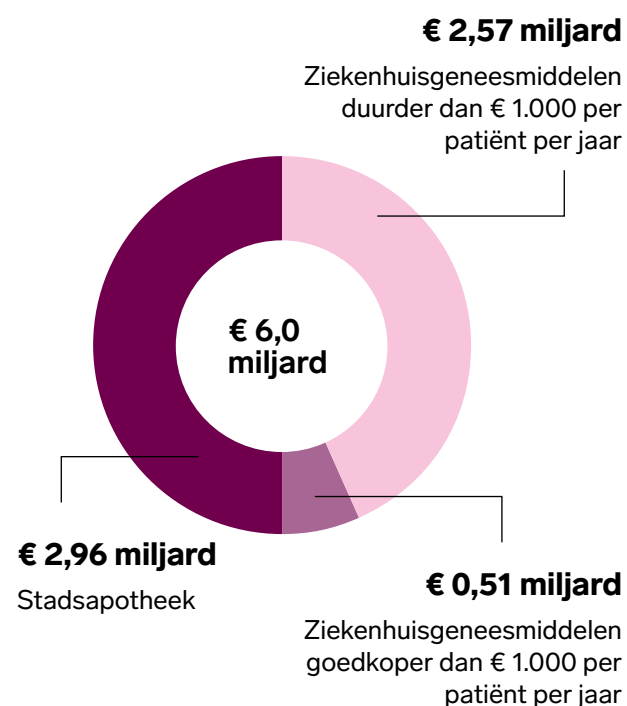
Bronnen: CBS, GIP Databank, fiROM.

En juist doordat ziektes als kanker minder vaak dodelijk zijn, neemt ook het aantal chronisch zieken in ons land toe. In 2018 had 57% van de Nederlanders minimaal één chronische aandoening. In 2040 is dat 60%, volgens het RIVM. Ook dat stuwt de zorgvraag op.

Daarnaast zijn er zorgen om het geld. Vaak wordt daarbij gekeken naar het Bruto Binnenlands Product (BBP), het totaal van wat we samen verdienen. Het deel dat daarvan naar zorguitgaven gaat, stijgt volgens het Centraal Planbureau (CPB) van 10% in 2020 naar 18% in 2060.

Op zich begrijpelijk daarom dat sommigen zich daarom afvragen: hoe lang houden we dat nog vol? En gaat het ten koste van andere uitgaven binnen de zorg, zoals operaties? Of misschien ook wel ten koste van bijvoorbeeld onderwijs, infrastructuur of defensie?

## Verdeling netto medicijnuitgaven 2021\*



\* Inclusief verrekeningen

### Medicijn- en zorguitgaven

Nederland geeft per jaar € 107,8 miljard aan zorg uit (CBS, 2021). Een bescheiden deel daarvan, namelijk netto € 6,0 miljard, ging naar medicijnen (GIP Databank en fiROM, 2021). Dit is exclusief de receptregelvergoeding van apothekers en na verrekening van de kortingen die VWS, zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben bedongen. Dat nettobedrag komt overeen met 5,6% van de totale zorguitgaven. Slechts 2,2% van alle medicijnen is duurder dan € 100.000 per patiënt per jaar.

Die 5,6% is een goed bericht van het geneesmiddelenfront, zou je zeggen. Toch is er de laatste jaren veel discussie over 'dure medicijnen', vooral in de politiek en in de media. Voordat we deze categorie bespreken, eerst nog even wat meer achtergrond.

### Goedkoper dan broodje kaas

Circa 11 miljoen Nederlanders slikken dagelijks receptgeneesmiddelen (2021, GIP). Zo'n 80% van die geneesmiddelen is generiek. Dat betekent dat het patent er af is en dat ze vaak goedkoop zijn. Gemiddeld kost een pakje generieke, soms levensreddende geneesmiddelen in ons land minder dan € 2. Daar koop je nog geen broodje kaas voor. Dit zijn de innovaties van gisteren, waar we nog generaties lang de vruchten van plukken, omdat hun waarde vaak blijvend is.

De laatste tijd ontstaan er steeds vaker medicijntekorten bij deze medicijnen. Een zorgelijke ontwikkeling, want deze medicijnen – cholesterolverlagende, maagzuurremmers, pijnstillers, enzovoort – houden Nederlanders letterlijk en figuurlijk op de been. Thuis en op hun werk.

De discussie in politiek en media wordt gedomineerd door een ander deel van alle medicijnen, namelijk over de 20% van de geneesmiddelen waarop nog wel een patent zit. Dat patent gaat er overigens zo'n acht à tien jaar na introductie al af, waarna ook deze medicijnen een stuk goedkoper worden, voor de opeenvolgende generaties.

In deze publicatie controleren we wat er klopt van de hardnekkige mythes over medicijnen, die ons het zicht dreigen te ontnemen op het échte probleem.

Het echte probleem is namelijk niet dat medicijnen in Nederland zo duur zijn, maar dat er een doorgeschoten focus op kostenbeheersing is, waardoor de beschikbaarheid van bestaande en nieuwe geneesmiddelen steeds slechter wordt. Daar hebben inmiddels miljoenen patiënten last van. Het is dus zeer de moeite waard om eens goed te onderzoeken wat er klopt van de beeldvorming over de financiële aspecten. Dat doen we aan de hand van drie checkvragen:

1. Stijgen de medicijnuitgaven in Nederland?
2. Geven we te veel uit aan medicijnen?
3. Zijn de medicijnprijzen zo hoog dat ze andere zorg verdringen?

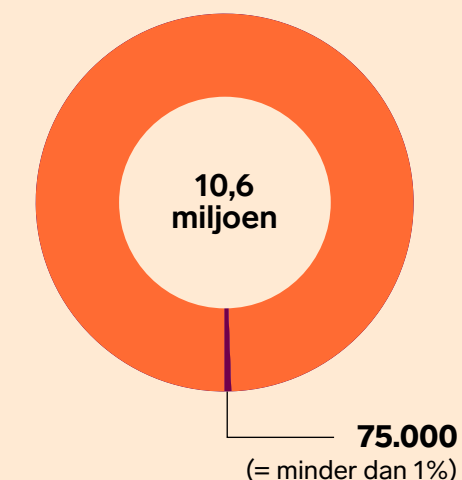
## Waar hebben we het over?

Je kunt van mening verschillen over wat duur is. En al helemaal over wat té duur is, afgezet tegen het kostbaarste wat je hebt: je gezondheid. Maar laten we eens kijken hoeveel mensen medicijnen gebruiken die duurder zijn dan € 10.000 per patiënt per jaar.

Nederland telt 10,6 miljoen medicijngebruikers. Binnen die groep zijn er slechts 75.000 patiënten die ziekenhuismedicijnen gebruiken die per patiënt per jaar duurder zijn dan €10.000. Dat is minder dan 1% van alle medicijngebruikers.

Nog een ander belangrijk inzicht: 70 à 80% van alle in ons land gebruikte medicijnen is goedkoper dan € 2 per verpakking.

### Aantal medicijngebruikers



Slechts 75.000 patiënten gebruiken ziekenhuisgeneesmiddelen die duurder zijn dan € 10.000 per patiënt per jaar



Mythe:  
‘De uitgaven  
voor medicijnen  
rijzen de pan uit...  
toch?’

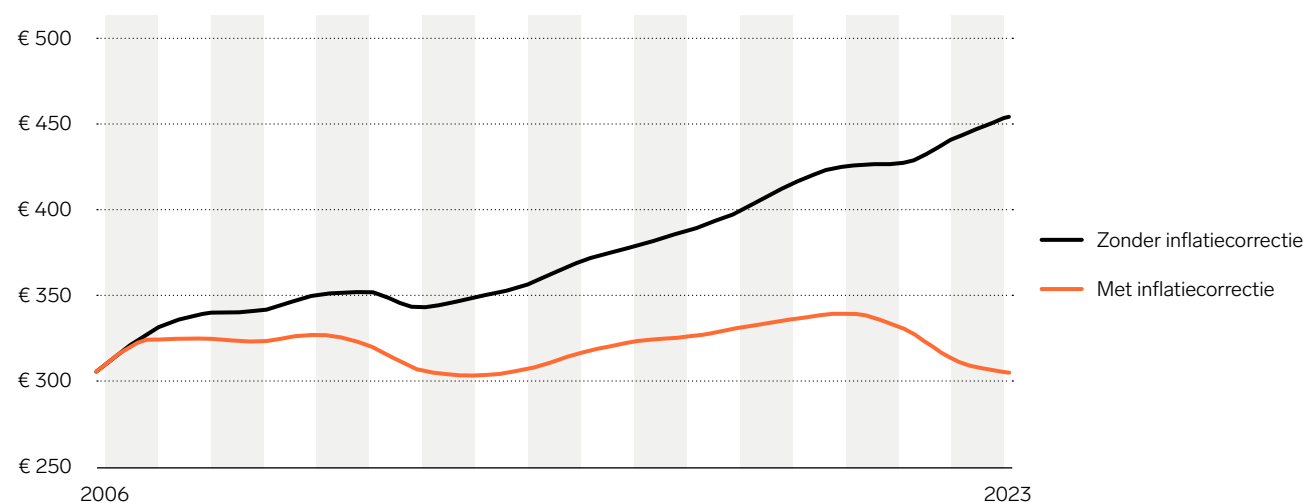
## Checkvraag 1: Stijgen de medicijnuitgaven in Nederland?

Het aantal gebruikers van medicijnen neemt al jaren toe. Dat komt vooral doordat we meer ouderen krijgen, die ook langer leven. En dat betekent weer dat er meer chronisch zieken zijn, vaak met meerdere aandoeningen. Maar hoe zit het met de medicijnuitgaven per inwoner?

### De medicijnuitgaven per inwoner per jaar bleven de afgelopen achttien jaar gelijk.

Het Financieele Dagblad analyseerde onlangs de medicijnuitgaven tussen 2006 en 2023. De medicijnuitgaven per inwoner per jaar stegen in deze periode van grofweg € 300 naar € 450. Maar als je de inflatie verrekent, kwam dit in 2023 nog steeds rond de € 300 uit. De gemiddelde inflatie in deze periode was 2,4% per jaar.

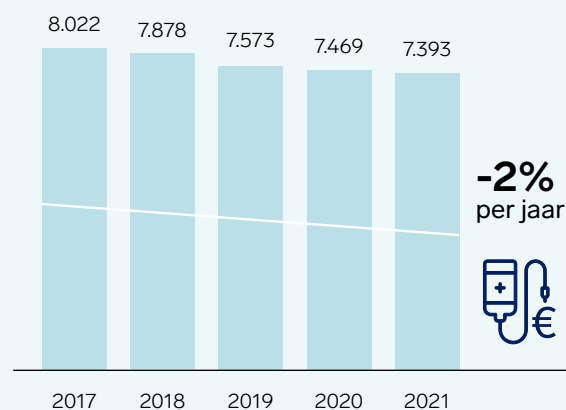
### Medicijnuitgaven per inwoner per jaar blijven gelijk



Bron: Het Financieele Dagblad

## Medicijnuitgaven per ziekenhuispatiënt dalen

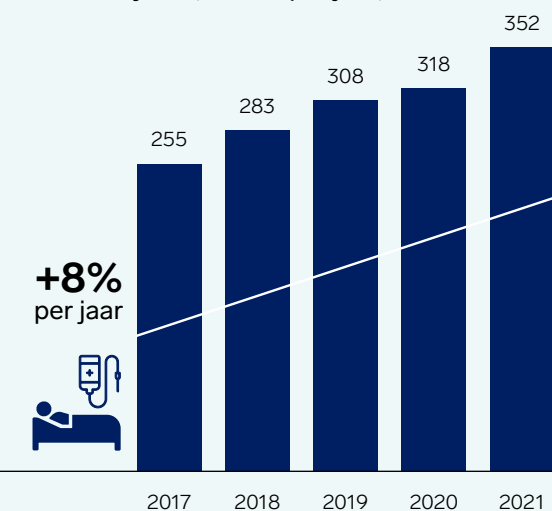
Netto uitgaven voor kostbare medicijnen, per ziekenhuispatiënt (€ per jaar)



De netto uitgaven aan kostbare geneesmiddelen in ziekenhuizen groeiden van € 2,0 miljard in 2017 naar € 2,6 miljard in 2021.

Bron: NZa (Nederlandse Zorgautoriteit)

Aantal ziekenhuis-patiënten met kostbare medicijnen (x 1.000 per jaar)



Dat komt vooral door de sterke groei van het aantal ziekenhuispatiënten dat medicijnen gebruikt.

### Er komen wel steeds meer medicijngebruikers, tegen lagere uitgaven per patiënt.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) berekende dat het aantal gebruikers van kostbare geneesmiddelen in

ziekenhuizen tussen 2016 en 2021 groeide met gemiddeld 8% per jaar. In diezelfde periode daalden de netto uitgaven per unieke intramurale patiënt juist, met gemiddeld 2% per jaar. Oftewel: in ziekenhuizen behandelen we méér mensen met dure medicijnen, voor minder geld per persoon.

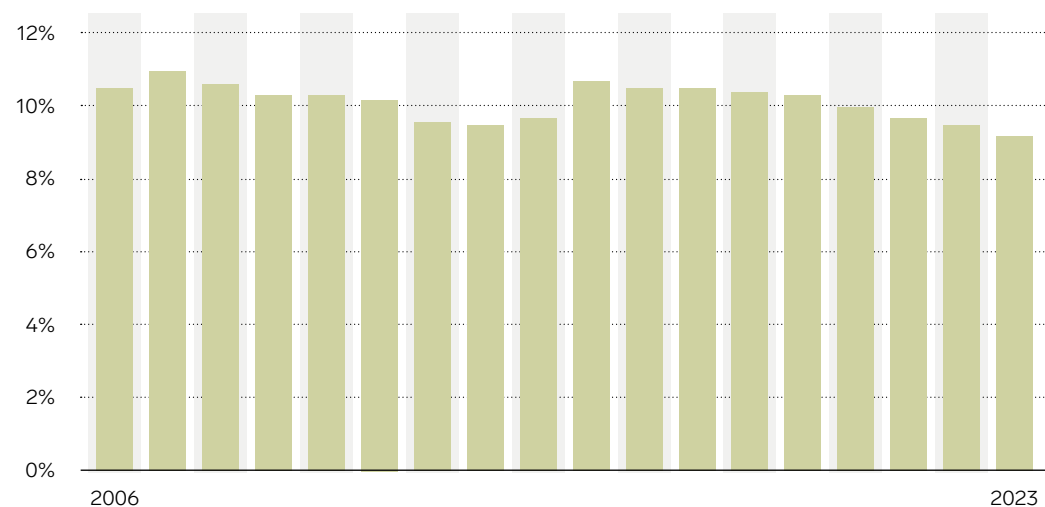
Mythe:  
**'Maar dan zullen de totale medicijnuitgaven wel veel te hoog zijn!'**

Checkvraag 2:  
**Geven we te veel uit aan medicijnen?**

**Nederland besteedt een steeds kleiner deel van de zorguitgaven aan medicijnen.**

Uit cijfers van het Zorginstituut (gepubliceerd door het FD) blijkt dat het aandeel van geneesmiddelen op de totale zorguitgaven de afgelopen jaren is gedaald. Zie grafiek.

**Medicijnuitgaven als percentage van zorgbudget**



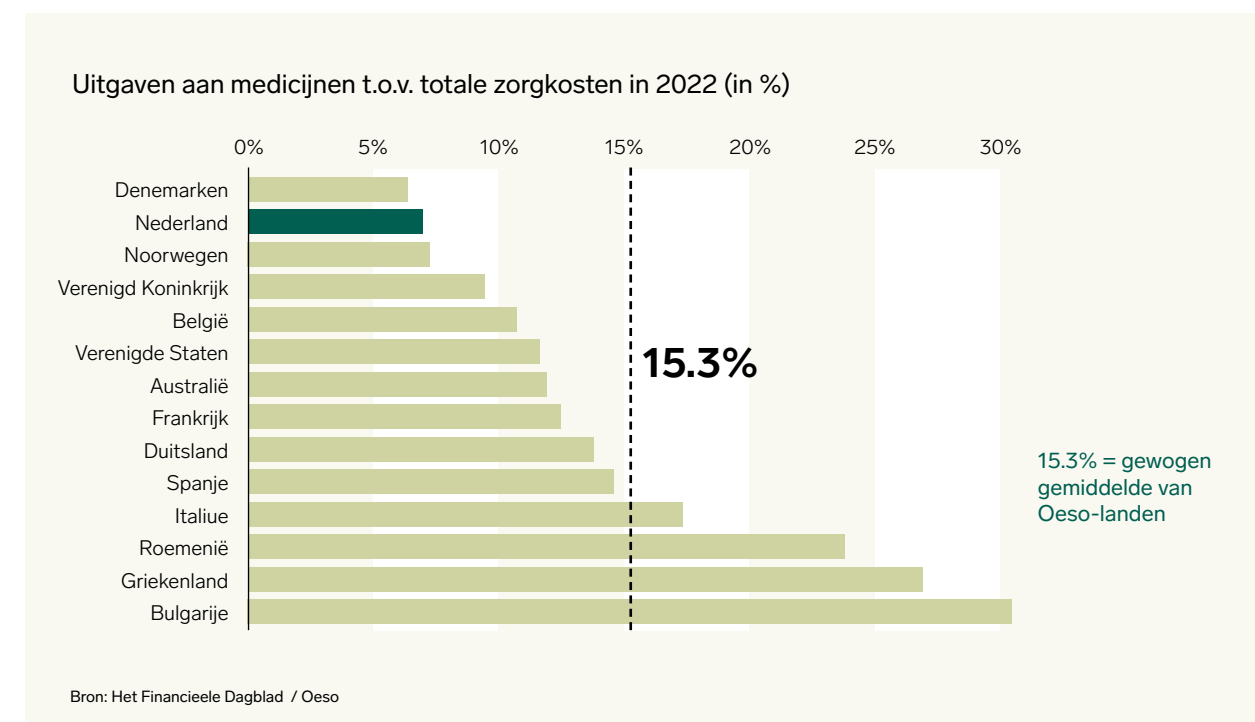
Bron: Het Financieele Dagblad / Zorginstituut Nederland

**Wat u in de media ziet, is niet de nettoprijs**

De openbare prijzen van een nieuw medicijn zijn de oorspronkelijke vraagprijzen.

Na vertrouwelijke prijsonderhandelingen tussen het geneesmiddelenbedrijf en het ministerie van VWS blijft daar gemiddeld iets meer dan de helft van over (bron: VWS, Kamerbrief, 2023). Simpel gezegd: wat u in de krant leest, is niet de prijs die uiteindelijk wordt betaald!

**Nederland scoort internationaal goed**



**De uitgaven aan medicijnen in Nederland behoren tot de allerlaagste in Europa.**

Andere Europese landen besteden een aanzienlijk hoger percentage van hun zorguitgaven aan medicijnen, aldus OESO, de organisatie van de 38 rijkste landen ter wereld. Alleen Denemarken geeft nog minder uit.

**Laagste medicijnuitgaven in EU**

Onze medicijnuitgaven per inwoner behoren tot de allerlaagste in de EU. In 2021 was dit in Nederland \$ 456 (ruim € 400). Landen als Duitsland (\$ 1.006), Frankrijk (\$ 701) en België (\$ 640) zaten daar ver boven. Bron: OESO.

Mythe:  
**‘Nieuwe medicijnen zijn zo duur dat ze andere zorg verdringen!’**

### Checkvraag 3: **Zijn de medicijnprijzen zo hoog dat ze andere zorg verdringen?**

In opdracht van het Zorginstituut onderzocht onderzoeksbureau Equalis in 2023 de effecten van de sluis. Daaruit kwamen twee belangrijke conclusies:

**Zelfs zonder prijsverlagingen verdringen nieuwe dure medicijnen minder gezondheid dan ze opleveren.**

Onderstaande tabel laat zien hoeveel gezondheid er verloren zijn gegaan tijdens de langdurige sluisperiode, waarin overheid en farmaceuten nog onderhandelden over de prijs van het nieuwe medicijn en het medicijn nog niet beschikbaar was voor patiënten. Onderstaande tabel is uitgedrukt in Quality Adjusted Life Years (QALY's, levensjaren in goede gezondheid).

De conclusie is dat we tijdens de sluisperiode voor de onderzochte medicijnen 12.234 levensjaren verloren, omdat het medicijn nog niet beschikbaar was. Er is daardoor ook wel verdringing van andere zorg uitgespaard (5.700 levensjaren) maar dat is minder dan de helft dan de verloren levensjaren. Oftewel: we hadden de sluismedicijnen beter meteen kunnen vergoeden, zonder prijsonderhandelingen en tegen de oorspronkelijke vraagprijs. Dan had dit

Nederlandse patiënten namelijk 6.534 levensjaren opgeleverd.

Na onderhandelingen en prijsverlagingen zijn de onderzochte medicijnen uiteraard nóg kosteneffectiever, wat wil zeggen dat ze nog meer gezondheidswinst opleveren voor hun geld.

**Medicijnen die worden vergoed, hebben per definitie een maatschappelijk verantwoorde prijs.**

Waardevolle innovatieve medicijnen die door de Europese EMA zijn goedgekeurd en mogelijk een financieel risico opleveren, komen niet zomaar in het basispakket van de zorgverzekering. Als ze volgens de overheid niet kosteneffectief (te duur) zijn – rekening houdend met de prijs, het aantal patiënten en de toegevoegde waarde – komen ze in de zogeheten sluis, voor prijsonderhandelingen. VWS onderhandelt prijzen doorgaans uit tot onder het niveau van wat het Zorginstituut als maatschappelijk aanvaardbaar beschouwt, volgens de NZa.



Beluister podcast: 'Wat zijn we bereid te betalen?' van Koos van der Hoeven en Hans Severens.

	Gezondheidseffecten (QALYs)			Financiële effecten
	Toelating	Verdringing	Netto	Budget
Sluis	12.234	5.700	6.534	€ 382.089.961

Bron: Equalis

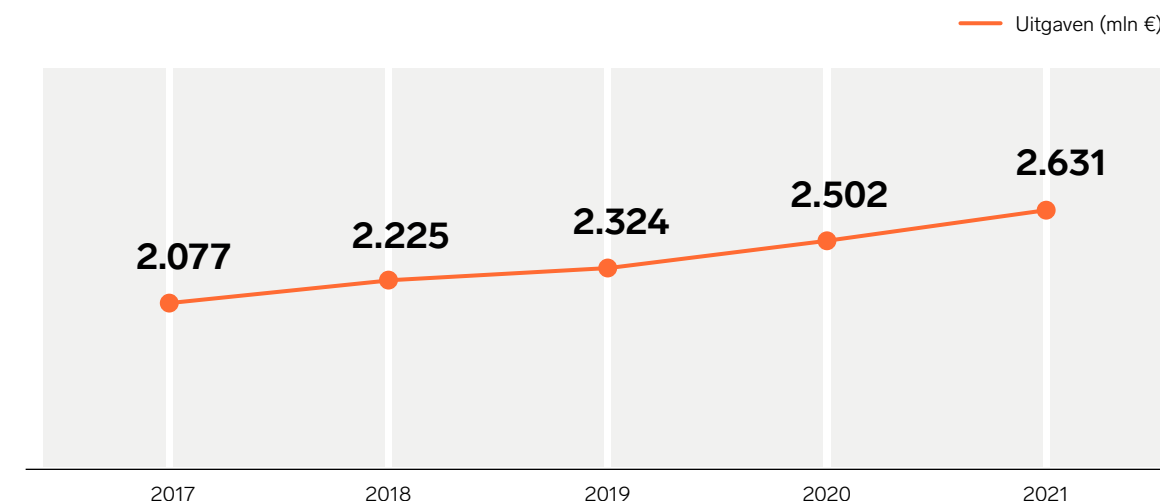
## Tot slot... is er helemaal geen probleem?

**Jawel. Zoals in de introductie al geschetst: de medicijnvoorziening in Nederland staat zwaar onder druk. Dat komt niet alleen door de doorgeschoten kostenfocus in ons land, maar die insteek maakt het probleem wel onnodig schrijnend.**

Een 'race to the bottom' bij medicijnprijzen leidt over de hele linie van de medicijnvoorziening tot steeds meer pijnlijke consequenties voor de patiënt.

Bij generieke medicijnen (zonder patent) ontstaan steeds meer tekorten, tot grote frustratie van patiënten, artsen en apothekers. Wereldwijde knelpunten in de grondstofvoorziening en medicijnfabrieken zijn niet specifiek Nederlands – ze treffen ook veel andere landen. Toch speelt er in ons land een extra factor, die de beschikbaarheid verder onder druk zet: het scherpe inkoopbeleid van verzekeraars, dat voortkomt uit het onlangs iets versoepelde preferentiebeleid.

### Dure geneesmiddelen in ziekenhuizen



Bron: ministerie van VWS

En bij de innovatieve medicijnen (met patent) zit de Nederlandse patiënt steeds langer in de wachtkamer, tot de vergoeding is geregeld. Die wachttijd loopt regelmatig op tot 600 dagen of meer. In veel andere Europese landen, met name Duitsland en Denemarken, gaat dat sneller. En zijn er enkele jaren na EMA-goedkeuring ook méér medicijnen beschikbaar.

### Ziekenhuizen

In ziekenhuizen vormen de kostbare geneesmiddelen wel een knelpunt, maar dit is een gevolg van beleidskeuzes. Ten eerste zijn de afgelopen jaren veel dure geneesmiddelen overgeheveld naar het ziekenhuisbudget. Ten tweede moeten ook veel nieuwe geneesmiddelen in dat budget komen. En ten derde moeten de ziekenhuizen zich de komende jaren qua uitgavengroei houden aan een nullijn (Integraal Zorg Akkoord, IZA), hoewel het aantal patiënten toeneemt. Daarom lopen de uitgaven van dure geneesmiddelen als percentage van de ziekenhuisuitgaven op. Dit is te zien in onderstaand plaatje. In 2021 gaven ziekenhuizen € 26,1 miljard uit. Daarvan werd € 2,6 miljard (= 10%) besteed aan dure medicijnen.



## Hoe moet het dan wel?

**Patiënten willen allemaal dat de toelating van nieuwe medicijnen versnelt. Maar het is ook belangrijk dat we onze euro's goed besteden: aan zorg die wérkt. Daartoe zijn er al diverse initiatieven en beleidsmaatregelen, zowel vanuit geneesmiddelenbedrijven als vanuit de overheid.**

### 1. Gericht en sneller

Als we in Nederland meer risicogericht kijken naar dure medicijnen, zou dat al een stuk schelen. Dat vraagt om dereguleren. En om een goede triage vóórdát een nieuw medicijn eventueel de sluis in gaat voor prijsonderhandelingen. Het zou goed zijn als de patiënt alleen hoeft te wachten op vergoeding als er serieuze twijfel is of het medicijn zijn prijs wel waard is, ten opzichte van de toegevoegde waarde die het levert (kosteneffectiviteit). Voormalig minister Kuipers heeft in zijn contourenbrief over een toekomstbestendig stelsel voor vergoeding van dure medicijnen daartoe al een belangrijke aanzet gegeven. Ook het eind 2023 door VWS gepresenteerde Dashboard Dure Geneesmiddelen is een nuttige stap. Efficiëntere processen beginnen altijd met een helder zicht op de feiten.

### 2. Vaker voordeel van de twijfel

Als er twijfel is over de effectiviteit in de praktijk, zouden nieuwe medicijnen vaker het voordeel van de twijfel moeten krijgen. Het medicijn wordt vergoed, zodat de patiënt snel toegang

krijgt, maar de effecten van het medicijn worden nauwkeuriger gevolgd dan tot nu toe vaak het geval is. Zo stimuleren we ook gepast gebruik. Praktijkdata moeten daartoe een belangrijkere rol krijgen, dat vermindert koudwatervrees bij vergoeding. Laten we intussen niet vergeten dat de EMA deze medicijnen al heeft goedgekeurd – en dus goed heeft gekeken naar werkzaamheid en veiligheid. Als de effecten tegenvallen, kan na een afgesproken periode de vergoeding worden aangepast of vervallen (*pay for performance*). Beter cyclisch pakketbeheer op basis van effectiviteit in de praktijk, dus.

### 3. Duidelijke, voorspelbare procedures

Nu is het steeds vaker onduidelijk of een medicijn überhaupt vergoed gaat worden in Nederland. En zo ja: hoeveel tijd en moeite dat kost. Daarom is het voor patiënten, artsen en bedrijven van groot belang dat de Nederlandse procedures voor vergoeding duidelijker en voorspelbaarder worden. Dat maakt het voor bedrijven aantrekkelijker om in ons land vergoeding aan te vragen, zodra de EMA het medicijn heeft goedgekeurd.

### 4. Europese samenwerking

Binnen Europa wordt vanaf 2025 intensiever samengewerkt bij beoordeling van de therapeutische waarde van geneesmiddelen. We winnen tijd en werken efficiënter als die relatieve effectiviteit ten opzichte van bestaande geneesmiddelen één keer centraal wordt bepaald, in plaats van in 27 landen apart.

## Kan alleen samen

Voor al deze oplossingen geldt dat ze alleen te realiseren zijn door goede samenwerking. Het ministerie van VWS, het Zorginstituut, verzekeraars, bedrijven, wetenschappers, ziekenhuizen, artsen, apothekers, patiëntorganisaties... we hebben allemaal een puzzelstukje in handen. Maar we kunnen die puzzel alleen leggen als we allemaal aan tafel zitten. De geneesmiddelensector schuift dan ook graag aan, om samen oplossingen te bedenken voor de patiënt!

**Vereniging  
Innovatieve  
Geneesmiddelen**

info@innovatievegeneesmiddelen.nl  
www.innovatievegeneesmiddelen.nl



© 2024 VIG

Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen

Postbus 11633

2502 AP Den Haag

070 - 313 22 22

[info@innovatievegeneesmiddelen.nl](mailto:info@innovatievegeneesmiddelen.nl)

[www.innovatievegeneesmiddelen.nl](http://www.innovatievegeneesmiddelen.nl)

**Redactie en samenstelling**

Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG)

**Ontwerp**

StudioDam, Amsterdam

**Drukwerk**

SpringerUit Drukwerk, Schoorl

