

**KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN**

FACULTEIT SOCIALE WETENSCHAPPEN

OPLEIDING SOCIOLOGIE

# Kiwi: de vogel die nooit zal kunnen vliegen?

Promotor : Prof. Dr. R. Schepers

Verslaggever : Prof. Dr. G. Loosveldt

**MASTERPROEF**  
aangeboden tot het  
verkrijgen van de graad  
van Master in de  
Sociologie  
door  
**Jasper De Witte**

academiejaar 2010-2011

## Samenvatting

Als reactie op de hoge uitgaven in de Belgische gezondheidszorg en in het bijzonder in het geneesmiddelenbeleid, stelt Dr. Dirk Van Duppen, lid van de PVDA en geneesheer bij Dokters voor het Volk, eind 2004 een mogelijke oplossing voor: het kiwimodel. Dit model is geïnspireerd op het Nieuw-Zeelandse geneesmiddelenbeleid. Met de invoering van dit model zou de overheid tot anderhalf miljard euro kunnen besparen, aldus Van Duppen. De meest kenmerkende techniek waarmee men in Nieuw-Zeeland de uitgaven onder controle probeert te houden is de openbare aanbesteding.

Na de bekendmaking ervan in de media, neemt Steve Stevaert (sp.a) het kiwimodel over waardoor het op de politieke agenda komt te staan. De voorzitters van de sp.a, VLD en CD&V geven aan iets in het model te zien. Hierop wordt vanuit de farmaceutische industrie een ongeziene lobbycampagne op gang getrokken, met als doel het kiwimodel van de politieke agenda te halen. De voornaamste eis van de traditionele farmaceutische industrie – die zich voornamelijk bezighoudt met de ontwikkeling van originele geneesmiddelen – is om geneesmiddelen die nog onder patent liggen niet in de openbare aanbesteding op te nemen, waardoor de concurrentie voornamelijk tussen de goedkopere generische geneesmiddelen georganiseerd wordt.

De eis van de traditionele farma-industrie wordt door de paarse regering overgenomen. Maar door de aanpassing aan het oorspronkelijk voorgestelde model, waarbij onderpatentgeneesmiddelen ook in de aanbesteding opgenomen werden, wordt het model uitgehold: aangezien generische geneesmiddelen relatief weinig kosten, wordt de graad van besparing sterk gereduceerd.

De media dopen het kiwimodel om tot het kiwi-lightmodel. Ondanks kritiek uit alle hoeken voert minister Rudy Demotte (PS) het lightmodel toch in voor de cholesterolverlagende geneesmiddelen. Onduidelijkheden, een boycot van de generische sector en juridische

problemen domineren de uitvoering. Daarenboven blijkt de evaluatie van het kiwi-lightmodel negatief: er worden geen besparingen gerealiseerd. Uiteindelijk verdwijnt het kiwi(-light)model van de politieke agenda.

Desondanks lijken meerdere aspecten van het kiwimodel nog steeds erg interessant om het Belgische geneesmiddelenbeleid te verbeteren. Bovendien noodzaken de huidige budgettaire toestand en de economische crisis nog steeds structurele besparingsmaatregelen en is volgens vele partijen de groeinorm van 4,5 % in de zorgsector niet langer houdbaar. Volgens sommigen is er dan ook nog steeds hoop voor het kiwimodel.

## Inhoud

Samenvatting .....	2
Dankwoord .....	9
Inleiding.....	10
1. Theoretisch Kader .....	13
1.1. Besluitvorming .....	13
1.1.1. Agenda-setting.....	14
1.1.2. Het ontwerp van oplossingen .....	14
1.1.3. De keuze .....	15
1.1.4. De realisatiefase.....	16
1.2. Belangengroepen .....	17
1.2.1. Definitie .....	18
1.2.2. De belangengroepen in België.....	19
1.2.3. Het doel van belangengroepen .....	20
1.2.4. Het doel van politici en politieke partijen.....	21
1.2.5. De macht van belangengroepen.....	21
1.2.6. Drukkingstechnieken die belangengroepen aanwenden .....	23
2. Methodologisch kader .....	26
2.1. Onderzoeksvragen .....	26
2.2. Kwalitatief onderzoek.....	27
2.3. Onderzoektechnisch ontwerp .....	28
2.3.1. Wat, bij wie en waar waarnemen?.....	28
2.3.2. Waarnemingsmethoden .....	31

2.3.3. Codeerschema.....	35
2.3.4. Tijdschema en budgetbeheer.....	36
2.4. Conceptueel kader .....	37
3. Het Belgische gezondheidszorgsysteem en de geneesmiddelen...	40
3.1. De Belgische sociale zekerheid .....	40
3.2. Wie bepaalt het gezondheidszorgbeleid?.....	41
3.3. Gezondheidszorguitgaven door overheid en patiënt.....	42
3.4. De procedure tot terugbetaling van geneesmiddelen.....	45
3.4.1. Registratie: nationaal, Europees centraal en -decentraal	46
3.4.2. De prijsbepaling van geneesmiddelen (maximumprijs) .	47
3.4.3. De terugbetaling .....	48
3.4.4. Herziening van de lijst van vergoedbare specialiteiten ..	51
3.5. Oorzaken van de hoge uitgaven voor geneesmiddelen.....	52
3.5.1. Vergrijzing.....	53
3.5.2. Over-en onderconsumptie.....	54
3.5.3. Medicalisering .....	56
3.5.4. Voorschrijfgedrag van artsen en reclame .....	57
3.5.5. De overheidsregulering.....	62
3.5.6. Toename van het geneesmiddelenaanbod .....	63
3.5.7. Hoge kostprijs van geneesmiddelen en patenten .....	63
3.6. De hoge uitgaven voor de gezondheidszorg: implicaties en oplossingen .....	67
4. Het kiwimodel verschijnt op het toneel.....	68
4.1. Van Duppen en Stevaert: estafetteloop naar de politieke agenda.....	68

4.2. Het Nieuw-Zeelandse geneesmiddelenbeleid.....	76
4.3. Big Pharma .....	87
4.4. Een Belgisch kiwimodel? Reacties vanuit het veld.....	92
4.4.1. Pro kiwi .....	92
4.4.2. Contra kiwi .....	95
4.4.3. De analyse van het debat .....	99
5. Het kiwimodel in het parlementair halfroond.....	102
5.1. Demottes wetsvoorstel.....	102
5.2. De parlementaire studiedag over de gezondheidszorg .....	103
5.3. De machtsstrijd binnen en tussen de industrie en politiek...	109
5.4. Het ingediende wetsontwerp van de paarse regering .....	112
5.5. Vijf senatoren gaan naar Nieuw-Zeeland .....	114
5.6. De argumenten contra opgelijst.....	118
5.7. Behandeling van het wetsontwerp door de Kamer van Volksvertegenwoordigers.....	129
5.8. Waarom werd het kiwimodel zo dramatisch gewijzigd?.....	136
6. Het kiwi-lightmodel van Demotte .....	145
6.1. De reactie van de politieke partijen .....	145
6.2. De geneesmiddelenprijzen anno 2006.....	146
6.3. Het kiwi-lightmodel: het Koninklijk Besluit .....	146
6.4. Na het KB, een tegenreactie: het kiwi-lightmodel gaat niet ver genoeg .....	148
6.5. Onenigheid in de traditionele industrie .....	151
7. De uitvoering van het kiwi-lightmodel.....	153
7.1. De boycot door de generische sector .....	153

7.2. Onduidelijke spelregels .....	155
7.3. De strategie van MSD, producent van Zocor... én Inegy.....	159
7.4. Sociale acties .....	162
7.5. Het Morse-rapport: de evaluatie van het kiwi-lightmodel...	165
7.6. Het rapport De Backer: juridische problemen en mogelijke oplossingen .....	169
7.7. Het kiwi(-light)model sterft een stille dood.....	172
8. Principes uit het kiwimodel toegepast.....	174
8.1. Het Nederlandse kiwimodel .....	174
8.2. De vaccins tegen baarmoederhalskanker.....	177
9. De verbeterde kiwi van de sp.a?.....	181
Besluit.....	185
Lijst met afkortingen .....	189
Bibliografie.....	193
Bijlage 1. Farmanet (2011). <i>Statines 2006-2010</i> .....	213
Bijlage 2. RIZIV-uitgaven per DDD voor de cholesterolverlagers. .....	214
Bijlage 3. Toegenomen verbruik in de periode 2007-2008 voor enkele cholesterolverlagers.....	215
Bijlage 4. Toegenomen verbruik in de periode 2008-2009 voor enkele cholesterolverlagers.....	216
Bijlage 5. Interview met Marleen Temmerman op dinsdag 5 juli 2011.....	217
Bijlage 6. Interview met Dirk Van Duppen op 12 mei 2011.....	232
Bijlage 7. Interview met Herman Van Eeckhout op 18 juli 2011. .	247
Bijlage 8. Interview met Joris Van Assche op donderdag 7 juli....	264

Bijlage 9. Interview Jacques Germeaux op 25 mei 2011. ....	281
Bijlage 10. Interview met Luc Goutry op 20 mei 2011.....	299
Bijlage 11. Interview met Luc Hutsebaut op woensdag 8 juni 2011 .....	316
Bijlage 12. Implicaties van de hoge kostprijs van geneesmiddelen. .....	351
Bijlage 13. Sociale en economische maatregelen.....	354
Bijlage 14. De belangengroepen in Nieuw-Zeeland.....	366



## Dankwoord

Veel mensen hebben rechtstreeks of onrechtstreeks meegeholpen aan de totstandkoming van deze thesis.

Daarom wil ik vooreerst bedanken: Jacques Germeaux, Dirk Van Duppen, Luc Hutsebaut, Luc Goutry, Joris Van Assche, Marleen Temmerman en Herman van Eeckhout. Ik wil hen bedanken voor hun bereidwilligheid om een interview te geven en voor de ideeën en inzichten die ze me hebben meegegeven.

Graag zou ik ook mijn promotor Rita Schepers willen bedanken voor al de verbeteringen en opmerkingen die ze me aangereikt heeft.

Vervolgens wil ik mijn vader en moeder bedanken voor de mogelijkheid om te studeren, alsook voor het nalezen van de drukproef.

Tot slot wil ik Lyvia Diser bedanken: zonder jou was ik al lang gestorven aan hartfalen.

## Inleiding<sup>1</sup>

De hoge uitgaven voor geneesmiddelen door zowel overheid als patiënt zorgen ten eerste voor een ongelijke toegang tot de gezondheidszorg. Uit de gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat niet minder dan één op drie apothekers klanten met betaalproblemen over de vloer krijgt. Almaar meer mensen zouden zelfs het remgeld niet kunnen betalen. Een gevolg van de hoge uitgaven is dat een toenemend aantal mensen zorg op de lange baan schuiven en sommigen schrappen zorg zelfs helemaal. Een tweede probleem is dat de gezondheidszorgbegroting in het rood staat. Dirk Van Duppen, arts en lid van de PVDA, brengt eind 2004 als reactie op deze problematiek het boek *De cholesterolorlog. Waarom geneesmiddelen zo duur zijn* uit. In dit boek haalt de arts een aantal problemen van het geneesmiddelenbeleid aan. Hij biedt eveneens een oplossing aan: het kiwimodel. Via een aspect van het kiwimodel, namelijk openbare aanbestedingen van geneesmiddelen, kunnen de kosten voor de geneesmiddelen binnen de perken gehouden worden. Het zou besparingen tot anderhalf miljard euro opleveren voor de ziekteverzekering, aldus Van Duppen. Ondanks de (aanvankelijke) steun voor het kiwimodel binnen politieke kringen, is het nooit volledig ingevoerd. De onderzoeksvraag die we in deze meesterproef pogen te beantwoorden is dan ook hoe en waarom het kiwimodel op de Belgische politieke agenda kwam te staan en er vervolgens weer van verdween, zonder dat het in haar geheel ingevoerd is geweest.

De interesse in het kiwimodel komt voort uit de grote relevantie dat het model heeft binnen de politieke wereld, de sociaal maatschappelijke wereld en de economische wereld. Het model heeft immers noch politici, noch sociale organisaties, noch economische organisaties onberoerd gelaten. Al deze actoren hebben dan ook uitvoerig hun mening geuit over het model en gelobbyd om het

---

<sup>1</sup> De titel werd ontleend aan Wouter Beke.

model in te voeren, aan te passen of af te schieten. Zeker in het kader van de overheidsschuld, de hoge uitgaven voor de gezondheidszorg, de beperkte toegang ertoe en het voorstel van Elio Di Rupo (PS) om de groeinorm van de gezondheidszorg te verlagen van 4,5 % naar 2 %, is het kiwimodel brandend actueel en relevant voor zowel overheid, partijen, patiënten, artsen en andere belangengroepen. Zowel overheid als patiënt kunnen er immers door besparen, de artsen zouden gemakkelijker en beter hun werk kunnen doen en de miljardenwinsten van de farmaceutische industrie zouden erdoor beperkt kunnen worden. Bovendien blijven tot op heden bepaalde partijen (Groen!, de PVDA en de sp.a) en bepaalde belangengroepen over het kiwimodel (of een variante ervan) spreken, waardoor de maatschappelijke druk van het model op het beleid aanwezig blijft.

Dit onderzoek is een praktijkgericht onderzoek. Kennis over het ontstaan en verdwijnen van het kiwimodel kan immers bijdragen om de werkelijkheid te beïnvloeden.<sup>2</sup> In dit onderzoek wordt voornamelijk deductief tewerk gegaan. We zoeken immers, op basis van theorie, naar gegevens en relaties tussen gegevens om zo bepaalde specifieke verschijnselen te verklaren (Billiet & Waege, 2006, pp. 34-36). We zullen enkele theorieën en hypothesen hanteren en testen aan de hand van de casestudie over het kiwimodel (Billiet & Waege, 2006, pp. 20-21). Deze meesterproef zal dus, op het continuüm tussen praktijk en theoriegericht onderzoek, veel dichterbij het praktijkgericht onderzoek geplaatst worden.

De opzet van deze meesterproef is ten eerste te beschrijven wat het kiwimodel juist inhoudt, alsook het model in de juiste context te plaatsen. Ten tweede is het belangrijk om de aangehaalde argumenten van allerlei belangengroepen kritisch te bespreken om zo de waarde ervan na te gaan, om zo tot meer inzicht te komen over de mogelijkheden van het model. Een andere belangrijke opdracht is om aan te geven waarom bepaalde beslissingen werden genomen door

---

<sup>2</sup> Billiet en Waege definiëren praktijkgericht onderzoek als volgt: 'Wanneer er sprake is van een probleemervaring die onmiddellijk relevant is voor het beleid spreken we van praktijkgericht onderzoek' (Billiet & Waege, 2006, p. 70)

beleidsmakers, alsook de neveneffecten van die beslissingen weer te geven. Waarom hebben ze het model op de agenda geplaatst, gewijzigd, afgevoerd, ...? Wat zijn de implicaties? Een vierde punt is de evaluatie van het gevoerde beleid te bespreken. Vaak gebeuren evaluaties van beleidsinterventies immers niet erg grondig. Men gebruikt dan bijvoorbeeld enkele simpele statistieken om de effectiviteit van een maatregel te bepalen, zonder de bredere context in rekening te brengen (Billiet & Waeghe, 2006, pp. 18-20). Het einddoel is om op basis van theorieën over belangengroepen en politieke besluitvorming meer inzicht te verwerven in het verloop van het kiwimodel om zo politici en andere maatschappelijke groepen beter in staat te stellen keuzes omtrent het geneesmiddelenbeleid, en meer specifiek het kiwimodel, te maken.

## 1. Theoretisch Kader

### 1.1. Besluitvorming

Het politieke beleid vormt in wezen een antwoord op maatschappelijke problemen. Welke problemen men aanpakt en op welke wijze men ze aanpakt wordt bepaald door een machtspeel tussen allerlei belangengroepen tijdens het besluitvormingsproces. Maatschappelijke groepen die de macht bezitten om vragen en oplossingen in hun voordeel om te buigen zijn de actoren die het politieke beleid in grote mate vormen. De beschikking van een voldoende mate van macht is dus een voorwaarde om mee te kunnen doen aan politieke besluitvorming. Er worden vier fasen onderscheiden in het besluitvormingsproces. Deze fasen verlopen niet noodzakelijk in een vaste volgorde. De probleemformulering is de eerste fase. Een probleem dat door verschillende groepen wordt ervaren, wordt onder de aandacht gebracht en op de politieke agenda geplaatst. De tweede fase is het ontwerpen van oplossingen. Om het reeds onder de aandacht gebrachte probleem aan te pakken worden allerlei oplossingen door verschillende groepen geformuleerd. Vaak schaart een groep zich achter een oplossing en presenteert het enkel de positieve aspecten ervan. Dit is dus geen rationeel, neutraal proces. De belangengroepen pogen immers hun oplossing te promoten. De derde fase is de keuze van een oplossing. Op basis van een kosten-baten analyse wordt één oplossing geselecteerd. Alle belangengroepen leveren hiervoor een machtsstrijd om hun oplossing verwezenlijkt te zien. De uitwerking van de oplossing is de laatste fase van het besluitvormingsproces. Dit houdt in dat middelen gemobiliseerd worden met het oog op de oplossing van het probleem. Het besluitvormingsproces is een determinerend proces, een proces dat het gevoerde beleid bepaalt (Dewachter, 2001, pp. 43-44).

### 1.1.1. Agenda-setting

Een probleem ontstaat uit ‘de toetsing van een feitelijke situatie of een verandering aan bepaalde waarden of normen’ (Dewachter, 2001, p. 45). Die toetsing geeft een te groot of niet meer aanvaardbaar verschil weer. De eigen toestand wijkt zoveel af van een bepaalde waardeschaal dat men de toestand als onaanvaardbaar ervaart. De tolerantiedrempel is overschreden. Deze stand van zaken wordt vooreerst door individuen als problematisch ervaren. Wanneer een toestand vervolgens door veel mensen als problematisch ervaren wordt, dan wordt die toestand een sociaal probleem. Sociale problemen worden maatschappelijk zichtbaar door middel van directe communicatie. Men begint te beseffen dat men niet de enige is die met het probleem te maken heeft. Vervolgens moet, ten aanzien van de collectiviteit, een vraag worden geformuleerd door een actiegroep, een politieke partij, een perscampagne, een staking, een onderhoud met een minister, een betoging, ... Een probleem op de politieke agenda plaatsen kan op twee manieren. Ten eerste kan men, en dit is de moeilijke weg, het probleem in de publieke opinie levendig houden. Ten tweede kan men het probleem op de agenda plaatsen door middel van rechtstreekse toegang tot de elite, de politieke besluitvormers zelf (Dewachter, 2001, pp. 45-49). In tegenstelling tot de rol van de media, mag de rol van politieke partijen in het agenda-settingsproces niet overschat worden (Howlett & Ramesh, 2003, pp. 81-82). Om op de politieke agenda te komen en een passende oplossing te verwerven hoort een probleem maatschappelijk voldoende kracht te bezitten. Problemen die niet voldoende steun krijgen zullen sneuvelen. Besluitvorming is sociologisch gezien immers een afvallingskoers (Dewachter, 2001, pp. 45-49).

### 1.1.2. Het ontwerp van oplossingen

Wanneer men een (sociaal) probleem ervaart, kan men beleidsalternatieven opstellen. Een vereniging of organisatie die een probleem op de agenda heeft geplaatst kan bijvoorbeeld zelf een oplossing voorstellen. De uittekening van een oplossing gebeurt niet alleen door deskundigen, maar vertoont ook een collectief aspect. Vaak beschikt de oplossing-voorstellende organisatie echter niet de vakbekwaamheid of de expertise om de echte oorzaken van het probleem te detecteren of om de maatschappelijke consequenties van hun maatregelen te doorgronden. Andere beleidsmakers, zoals de politieke en economische elite, proberen de organisatie die de oplossing voorstelt te overtuigen om zich achter een voorstel te scharen dat strookt met de eigen belangen. De oplossing kan vele wegen uit. Ze kan de oorzaken en/of de effecten aanpakken. Ook kan ze de waarneming van het probleem veranderen. Wanneer er dan een oplossing gecreëerd wordt, dan moet hierrond nog steeds consensus worden bereikt door de verschillende belangengroepen. Er zijn vele obstakels voor een consensus: de ongelijke voordelen die uit een maatregel volgen, de inadequaatheid of de reële neveneffecten ervan. Vervolgens barst de wedloop naar de beslissing voorgoed los. Hierbij wenden de verschillende belangengroepen hun macht aan om hun oplossing als de enige haalbare oplossing voor te stellen. In tegenstelling tot zwakke drukkingsgroepen, kunnen machtige drukkingsgroepen hierbij veel middelen aanwenden. Het doel van deze wedloop is dat de besluitvormers de voorgestelde oplossing overnemen en enkel nog kunnen beamen. Het normale verloop is echter wedijver tussen vele verschillende, soms tegengestelde maatregelen. Deze valt buiten de keuzefase omdat niet-politieke actoren ze voeren zoals sociale organisaties en bedrijven (Dewachter, 2001, pp. 49-51).

### 1.1.3. De keuze

De keuze is de eigenlijke beslissing die genomen wordt. De keuze wordt afgewogen door de prioriteiten te bekijken van de vele facetten van de voorgestelde oplossingen. Men stelt hierbij een tijdsschema

in, alsook een rangschikking van de ingezette middelen. Drukkingsgroepen stellen in de ontwerp-fase voorstellen voor, verdedigen die voorstellen en maken ze krachtig door middel van gelobby. Vervolgens wordt voor één oplossing gekozen. De keuze wordt beïnvloed door: de aard van de regeringscoalitie, de rekenkundige meerderheid in het parlement, de conflictpunten binnen de coalitie, het programma, de strategie en tactiek van de eigen partij, de fracties in de partijen, de machtsposities van de betrokken politici, de druk van allerlei drukkingsgroepen, het gewicht van de pers en de publieke opinie. De keuzefase is dan ook meestal niet één enkel moment. De keuze kan opgevat worden als de uitkomst van een ingewikkeld en moeilijk ontwarbaar politiek kluwen, maar dan ook weer niet als een eindpunt ervan. (Dewachter, 2001, p. 52).

#### 1.1.4. De realisatiefase

Het eerste luik van de realisatiefase is de uitvoering in strikte zin. Ten eerste is belangrijk wie er nu juist uitvoert. Zo zijn er meestal meerdere partijen die de uitvoering van een maatregel mogelijk maken. Stemmen de waarden van die uitvoerders wel overeen met de gekozen oplossing voor het probleem? Wat zijn de machtsmiddelen van die uitvoerders? Zijn de ingezette middelen wel voldoende om het probleem echt op te lossen en om de oplossing degelijk te realiseren? Bovendien kunnen maatregelen die voor een deelaspect goed werken, voor andere deelaspecten averechts werken. Tot slot rijst de vraag of er toezicht is op het proces. Het tweede luik in de realisatiefase is het effect van de genomen oplossing. Er zijn verschillende effecten: beoogde effecten, neveneffecten en effecten naar tijd (lange vs. korte termijneffecten). Is het effect aanwezig voor de kern van de zaak, de symptomen, de oorzaken, of heeft de genomen maatregel slechts effect op de perceptie van het probleem? De doelmatigheid van een maatregel is niet altijd eenduidig en rust op ervaring van de beleidsvloer, de kennis van het normenstelsel, ... Soms wordt er eenzijdige informatie gegeven waardoor een gefaalde



oplossing als succesvol wordt gezien en andersom. Het derde luik van de realisatiefase is de institutionalisering van de maatregel. Wanneer er consensus is over de waarde van een maatregel kan die maatregel als gevestigd gezien worden. Uiteindelijk zal een succesvol geachte maatregel conservatief worden: 'er is een oplossing, er is een goede oplossing, dus is het probleem van de baan'. Het vierde luik is dat van de tegenactie. Wanneer een maatregel inefficiënt of onvoldoende lijkt, dan zal men hiertegen ingaan en een nieuw voorstel doen om de maatregel aan te passen of zelfs helemaal weg te cijferen ten voordele van een nieuw voorstel. Als enkel de uitvoering inefficiënt blijkt, dan kan aan de uitvoering alleen gesleuteld worden. In het sterkste geval zal de tegenactie het gehele besluitvormingsproces opnieuw overlopen. Het boeiende aan deze besluitvormingsstructuur is het dynamisch karakter en de machtsoriëntatie ervan. Besluitvorming is een afvallingskoers. Ze heeft onmiskenbare sociologische en politologische verklaringspatronen. Maatschappelijke verhoudingen, zoals het economisch gewicht, politieke sterkte en handelingsvaardigheden vormen de basisdeterminanten van de besluitvorming (Dewachter, 2001, pp. 53-58).

## 1.2. Belangengroepen

Uit het voorgaande blijkt dat belangengroepen een grote rol spelen in de besluitvorming. Belangengroepen zijn immers in staat een sociaal probleem op de politieke agenda te plaatsen, een oplossing voor te stellen, druk uit te oefenen op politici om hun oplossing te selecteren en ten slotte spelen ze ook een rol in de realisatiefase. Het besluitvormingsproces van het kiwimodel kan bijgevolg pas echt goed begrepen worden wanneer men de rol van de belangengroepen toelicht. In de gezondheidssector spelen belangengroepen zoals de ziekenfondsen, artsenfederaties, farmaceutische bedrijven, tesamen met de politici, immers een zeer grote rol (Naert, 1992, p. 28). Bovendien lijkt de rol van belangengroepen toe te nemen in Europa. Dit is het gevolg van twee factoren. Ten eerste worden de politieke

partijen minder machtig doordat hun ledenaantal afneemt en ze rekening moeten houden met de electorale volatiliteit. Een gevolg hiervan is een sterk gefragmenteerd politiek landschap. Ten tweede zijn er steeds meer belangengroepen waar te nemen, en nemen de ledenaantallen ervan toe (Beyers, Eising & Malony, 2008, pp. 1111-1112). Nu worden reeds 15.000 Europese commissieleden en parlementsleden dagelijks door niet minder dan 20.000 lobbyisten bezocht (Coen, 2008, p. 334).

### 1.2.1. Definitie

Norton omschrijft een belangengroep als een lichaam dat de overheid tracht te beïnvloeden in de toewijzing van middelen, zonder te trachten zelf de verantwoordelijkheid op zich te nemen voor de regering (Norton, 1992, p. 2). Frank Naert, econoom en docent, definieert een belangengroep als ‘een organisatie van mensen met een gemeenschappelijk belang, die de politieke besluitvorming in het voordeel van dat belang probeert te bewegen, zonder daarbij zelf politieke verantwoordelijkheid na te streven’ (Naert, 1992, pp. 31-32). Jan Beyers zegt dat drie zaken een belangengroep definiëren: organisatie, politieke interesse en informaliteit. Ten eerste is een belangengroep een organisatie. Ten tweede pogen belangengroepen het politieke beleid te beïnvloeden. Informaliteit wil, ten derde, zeggen dat belangengroepen geen politieke verantwoordelijkheid nastreven. Belangengroepen zoeken geen mandaten op en doen niet mee aan verkiezingen (Beyers, e.a., 2008, p. 1106). Uit de voorgaande definities van een belangengroep blijkt ten eerste dat een belangengroep geen politieke verantwoordelijkheid nastreeft. Dit onderscheidt haar van politieke partijen. Wel zijn politieke partijen en belangengroepen vaak verbonden met elkaar en zijn politieke partijen niet zelden uit belangengroepen ontstaan. Denk hierbij maar aan de Volksunie die uit de Vlaamse beweging is ontstaan, groene partijen die uit milieubewegingen zijn ontstaan en socialistische partijen die uit vakbonden zijn ontstaan. Ten tweede streven de leden van een belangengroep eenzelfde doel na. Dit maakt dat ze ‘een

lichaam' vormen en als 'een organisatie van mensen met een gemeenschappelijk belang' fungeren. Ten derde pogen belangengroepen het beleid te beïnvloeden.

### 1.2.2. De belangengroepen in België

Er zijn verschillende sferen waarin belangengroepen aanwezig zijn: de economische, de consumenten- de sociale en de culturele sfeer. De economische sfeer kent de belangrijkste en meest invloedrijke belangengroepen. Zo hebben we aan de werknemerszijde de drie grote Belgische vakbonden (ABVV, ACV, ACLVB) en aan de werkgeverszijde op nationaal vlak het Verbond der Belgische Ondernemingen (VBO), en op regionaal vlak het Vlaams Netwerk van Ondernemingen (VOKA), de Union Walonne des Entreprises (UWE) en het Verbond van Ondernemingen te Brussel (VOB). Het ABVV, de socialistische vakbond, telt in 2009 niet minder dan 1.455.454 leden in België (ABVV, 2011). Het ACV, de christelijke vakbond, zou vandaag al meer dan 1.7 miljoen leden tellen (ACV, 2011) en in 2010 zou de liberale vakbond, ACLVB, 274.308 leden tellen (ACLVB, 2011). De vakbonden hebben door hun hoog ledenaantal veel politieke macht. In tegenstelling tot ondernemingen, hebben arbeidsorganisaties (vakbonden) een collectieve organisatie nodig om druk uit te kunnen oefenen. Collectieve actie is het enige instrument dat arbeidsorganisaties hebben om druk uit te oefenen. De werkgeversorganisaties zijn meestal echter de machtigste belangengroepen. Ze hebben een 'unmatched capacity to affect public policy'. De concentratie van de eigendom van de productiemiddelen ligt aan de basis van de ongeziene macht van de ondernemingen. Door de toenemende globalisering is de macht van het kapitaal de laatste decennia nog sterk toegenomen (Howlett & Ramesh, 2003, pp. 71-72). Uit cijfers van het Europees parlement blijkt dat bedrijven niet minder dan 70 % van het lobby vertegenwoordigen. Daar komt bij dat bedrijven bevoordeeld zijn door hun organisatorische mogelijkheden, financiële bronnen, kennis en informatie (Coen, 2008, p. 335). Het VBO heeft zo bijvoorbeeld

veel macht weten te verwerven. Het telt al meer dan 33.000 ondernemingen, waarvan 26.000 kmo's. Het VBO zou ruim 75 % van de tewerkstelling in de private sector in België vertegenwoordigen (VBO, 2011). Ook het VOKA is een machtige speler. Het netwerk vertegenwoordigt meer dan 16.000 bedrijven in Vlaanderen en Brussel en zou goed zijn voor 65 % van de private werkgelegenheid in Vlaanderen (Voka, 2011). In de consumentensfeer laat men onder andere van zich horen door middel van publicaties van Test-Aankoop. En net zoals de Kristelijke Werknemersbeweging (KWB) kunnen ook de drie vakbonden als consumentenorganisaties gezien worden. In de sociale sfeer worden de belangenorganisaties nog steeds geconcentreerd in de verschillende zuilen (het christelijke ACW, de socialistische en de liberale zuil). Belangengroepen in de culturele sfeer zijn minder belangrijk voor de opzet van deze meesterproef (Naert, 1992, pp. 34-45).

### 1.2.3. Het doel van belangengroepen

Het ingrijpen van de overheid vertrekt vanuit de bestaande toestand, namelijk de vrije markteconomie. De werking van de vrije markt vertoont gebreken. Het herverdelingsprobleem is zo een probleem. Het is gebaseerd op de politieke overtuiging dat de herverdeling van inkomens en vermogens die door de vrije markt bewerkstelligd worden, niet optimaal zijn. De overheid kan dan ingrijpen om zo de herverdeling meer gelijk te laten verlopen. Op die manier komen we dan tot een sociaal gereguleerde economie. Bijna alle belangengroepen hebben voornamelijk interesse in het beïnvloeden van het beleid met het oog op dit herverdelingsaspect. Ze pogen het inkomen van hun leden te maximaliseren. De doelen die belangengroepen nastreven kunnen economisch, sociaal, cultureel, communautair,... zijn (Naert, 1992, pp. 65-69). Belangengroepen zorgen naast het beïnvloeden van het beleid ook voor dienstverlening voor hun leden en soms ook voor de uitvoering van het beleid (Van Mil & Van Mierlo, 1988, pp. 45-48). In deze thesis gaat de aandacht

voornamelijk naar de rol van de belangengroepen in het beïnvloeden van het politieke besluitvormingsproces van het kiwimodel.

#### 1.2.4. Het doel van politici en politieke partijen

Het gedrag van de politicus kan (net zoals dat van de belangengroepen) geanalyseerd worden door middel van de rational choice theorie.<sup>3</sup> Geredeneerd vanuit dit analysekader, gebruikt de politicus het beleid om de eigen doelstellingen te verwezenlijken. De politicus handelt uit eigenbelang. Politici proberen zoveel mogelijk stemmen te bemachtigen aangezien dit tot macht, prestige en inkomen kan leiden. Men houdt de kiezers dan ook in het achterhoofd bij alle beslissingen die men neemt (Howlett & Ramesh, 2003, p. 23). Een gevolg hiervan is dat het gevoerde beleid niet zelden als doel heeft het stemmenaantal van de regeringsleden en -partijen te maximaliseren. Naast electorale doeleinden streven regeringspartijen ook ideologische doeleinden na (Naert, 1992, pp. 71-73). Uit het vorige blijkt dat politici rationeel de kosten en baten van maatregelen afwegen met als doel het verwezenlijken van ideologieën, electoraal succes, prestige en macht.

#### 1.2.5. De macht van belangengroepen

Verschillende karakteristieken bepalen de macht van belangengroepen: structurele karakteristieken zoals de grootte, het type van leden, de interne organisatie en de mate van geografische concentratie van de leden. Ook is de soort *resource* die men bezit

---

<sup>3</sup> Volgens de rational choice theory handelen politieke actoren, net zoals economische actoren rationeel, berekend. Het doel is het nut of tevredenheid maximaliseren. Men handelt uit eigenbelang (Howlett & Ramesh, 2003, p. 22).

van belang. Sommige soorten zijn immers nuttiger dan andere voor beleidsmakers om herverkozen te worden (Dür, 2008, p. 1214).

Zoals we reeds hebben gezegd zijn bedrijven de machtigste belangengroepen. Het verdient dan ook aandacht om deze soort belangengroep meer gedetailleerd te bekijken. De omvang van de macht van economische belangenorganisaties wordt bepaald door de mate van monopolievorming dat die groepen hebben kunnen bereiken. Bedrijven willen zo voornamelijk bereiken: belastingverlaging, overheidsbeslissingen in hun voordeel ombuigen, invoerrechten en andere beschermende maatregelen, subsidies, afschaffing van schadelijke reglementering, het optrekken van toegangsbarrières enzovoort. Men beoogt telkens een herverdeling van de middelen naar de bedrijven toe. Economisch machtige bedrijven hebben meer middelen om politici te beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld de financiële steun voor verkiezingscampagnes. Vaak is de dreiging op zich al voldoende om beslissingen te beïnvloeden. De volgende kenmerken van bedrijven en hun sector bepalen de macht die ze bezitten: de concentratie van de sector, haar omvang, het aantal grote bedrijven in de sector, de geografische spreiding van de bedrijven, het rendement, de betekenis van de sector voor de economie en de nationale veiligheid. Naarmate de concentratie van de sector hoger is, zal de groep die gemobiliseerd moet worden gemakkelijker tot een gemeenschappelijk doel bewogen kunnen worden. De organisatiekosten en de voordelen van de politieke actie moeten immers met minder worden gedeeld. Hoe groter de omvang van de sector, die uitgaat van haar toegevoegde waarde, hoe meer financiële middelen in de politiek kunnen worden geïnvesteerd. Een grote sector, waar veel mensen tewerkgesteld zijn, betekent ook een groot kiezerspotentieel. De politieke opvattingen van kiezers zouden wel eens door het bedrijf dat hen tewerkstelt beïnvloed kunnen worden. Grote en winstgevende bedrijven hebben meer middelen om aan politieke beïnvloeding te doen: meer geld, meer stemmen, betere toegang tot politici, grotere invloed op de economie,... Hoe groter de industrie, hoe belangrijker ze is voor de totale economie. Bovendien zal een sector die belangrijke, vitale producten produceert gemakkelijker gehoor vinden bij de politici (Naert, 1992, pp. 79-88).

### 1.2.6. Drukkingstechnieken die belangengroepen aanwenden

Volgens het *resource exchange* principe zullen twee partijen enkel met elkaar handelen wanneer beiden er iets uit kunnen halen. Zoals uit de vorige paragrafen blijkt willen belangengroepen het beleid beïnvloeden en pogen politici electoraal succes te bewerkstelligen. De twee zijn afhankelijk van elkaar aangezien belangengroepen het electoraal succes van politici kunnen beïnvloeden en politici het gevoerde beleid kunnen bepalen. Wanneer regeringspartijen de wensen van belangengroepen niet behartigen, kunnen die groepen het gevoerde beleid publiekelijk bekritisieren, waardoor de kiezers zich wel eens tegen de regeringspartijen kunnen keren. Belangengroepen spelen zo de kiezers tegen de politici uit om zo hun wensen behartigd te zien (Princen & Kerremans, 2008, pp. 1134-1136).

Om druk uit te oefenen zijn er enorm veel mogelijkheden tot actie. Jan Beyers, hoogleraar aan de Universiteit Antwerpen, maakt een onderscheid tussen *outside* en *inside arenas*. *Inside arenas* omvatten de adviserende bevoegdheden van belangengroepen, commités, agentschappen en soms parlementaire commités. De *outside arenas* omvatten alle communicatie tussen beleidsmakers, belangengroepen en burgers in de media, alsook de informele contacten. Twee strategieën die belangengroepen volgens Beyers kunnen hanteren zijn *bargaining* en *arguing*. *Bargaining* wil zeggen dat belangengroepen informatie meedelen over wat er gebeurt als een bepaalde maatregel al dan niet wordt doorgevoerd. Er wordt informatie gedeeld over de mogelijke gevolgen van maatregelen en de intenties van belangengroepen. Het doel hiervan is *resources* te verwerven of beschermen. Bij *arguing* is het doel eerder de ideeën en opvattingen van andere actoren te wijzigen. Argumenteren ligt aan de basis van de politiek die belangengroepen voeren (Beyers, 2008, p. 1189-1197).

Volgens Naert zijn er de indirecte en directe technieken die belangengroepen aanwenden om het beleid te beïnvloeden. De indirecte technieken zijn economische macht, informatie en

financiering. Deze zijn indirect omdat ze via de kiezers de politici proberen te beïnvloeden. Doordat drukkingsgroepen indirect het stemmenaantal van politieke partijen en politici kunnen beïnvloeden, zal er door diezelfde politici rekening met hen gehouden worden (Howlett & Ramesh, 2003, p. 71). Een eerste middel tot indirecte actie is marktmacht (economische macht).<sup>4</sup> Werknemers kunnen bijvoorbeeld door middel van stakingen een deel of een gehele markt aantasten (Naert, 1992, pp. 73-88). Werkgevers kunnen bijvoorbeeld dreigen met naar het buitenland te verhuizen en minder investeringen te doen. Wanneer bedrijven dit doen, zal er minder werk zijn en/of zullen de arbeidsomstandigheden slechter worden. Zulke acties treffen een geheel kiezerspubliek dat als gevolg ervan gemobiliseerd kan worden tegen de regering. Op die manier kunnen bedrijven een overheid “straffen” wanneer die voor de bedrijven ongunstige maatregelen wil doorvoeren (Howlett & Ramesh, 2003, p. 71). Een tweede middel tot indirecte actie is informatie. Vaak hebben drukkingsgroepen meer informatie over hun werking, marktaandeel, leden... dan de beleidsvoerders. Deze informatie kan ook belangrijk zijn voor politici om hun electoraal aandeel vast te houden en om een coherent beleid te voeren. Ook hier zijn de kiezers tussenpersonen (Howlett & Ramesh, 2003, p. 83). Een derde middel om de politici indirect te beïnvloeden gebeurt achter de schermen. Officiële banden tussen politieke partijen en bedrijven bestaan slechts zelden. Nochtans bestaan er veel officieuze relaties tussen de bedrijfswereld en de politiek, alleen al door de cumulatie van een politiek mandaat en een mandaat in een werkgeversorganisatie (Naert, 1992, pp. 34-45). Jean-Luc Dehaene kan hiervan als voorbeeld dienen.<sup>5</sup> Een vierde manier om het besluitvormingsproces te beïnvloeden is dan ook via de weg van het lobbyen (informatie). Dit zijn de niet-formele

---

<sup>4</sup> Marktmacht is schaarse middelen-productiefactoren, goederen en diensten- gebruiken of dreigen te gebruiken om zo beslissingen af te dwingen (Naert, 1992, pp. 73-88)

<sup>5</sup> Dehaene zetelt momenteel in het Europees parlement. Daarbuiten verdient hij ook geld door te zetelen in allerlei raden van bestuur. Momenteel is de CD&V-politicus actief in de raad van bestuur van Dexia, AB Inbev, Umicore, Lotus en Thromogenics. In 2009 kreeg hij daarvoor meer dan 250.000 Euro (Vandaag.be, 2011).



contacten met politici. Het lobbyen richt zich op regering en parlement. Telkens is de bedoeling om de regerings- en parlementsleden voor zich te winnen zodat ze de standpunten van de belangengroep zouden vertegenwoordigen. Dit gebeurt onder andere aan de hand van snoepreijes, omkoperijen, steekpenningen en seksschandalen. Vaak gebeurt dit simpelweg door gesprekken over een etentje, aangeboden door de lobbyist (Naert, 1992, p. 108). Aansluitend hierbij is een effectief drukkingsmiddel zich hoorbaar maken in de media en op parlementaire hoorzittingen. Voor vele gevestigde belangengroepen is dit het middel bij uitstek (Van Mil & Van Mierlo, 1988, pp. 76-77). Ook kunnen belangengroepen hun steun of afgunst voor een politieke partij uitspreken, wat bijgevolg het stemgedrag kan beïnvloeden (Dür, 2008, p. 1214). Ten vijfde steunen pressiegroepen politieke partijen of politici vaak financieel. Zo kunnen die politici hun verkiezingscampagnes bekostigen. Die bijdragen helpen de politici om hun stemmenaantal te behouden, in ruil voor een 'goede behandeling' (Howlett & Ramesh, 2003, p. 71). Naast de indirecte, zijn er ook directe drukkings technieken, aldus Naert. Wanneer een pressiegroep al meermaals bewezen heeft om voldoende kiezers te mobiliseren zal ze als een gevestigde drukkingsgroep beschouwd worden door de politieke partijen. Vanaf dan moet ze niet meer telkens via de kiezers invloed proberen uit te oefenen op het beleid, maar kan ze dit rechtstreeks. Voorbeelden hiervan zijn formele vertegenwoordiging in publieke organen en bijvoorbeeld medezeggenschap bij de opstelling van de kandidatenlijsten van de partijen. Dit houdt in dat men het beleid via een directe weg, via beleidsmakers zelf, kan beïnvloeden. De verschillende vleugels van partijen worden dan ook voor een groot deel bepaald door drukkingsgroepen. Op die manier hebben ze een stevige invloed binnen de partijpolitiek (Naert, 1992, pp. 76-77). De macht van individuele bedrijven of organisaties om druk op de politici uit te oefenen leidt niet zelden tot incoherent en kortzichtig beleid (Howlett & Ramesh, 2003, p. 71).

## 2. Methodologisch kader

### 2.1. Onderzoeksvragen

Hoe is het kiwimodel op de politieke agenda komen te staan, hoe is het besluitvormingsproces verlopen en waarom is het model van de politieke agenda verdwenen? (beschrijvende en verklarende kennis)<sup>6</sup>

Wat is het kiwimodel? Welke versies bestaan er? Wat zijn de mogelijkheden van het kiwimodel? (beschrijvende kennis)

Hoe is het model in de media gekomen en nadien op de politieke agenda? Welke belangengroepen hebben hier een rol gespeeld? (beschrijvende kennis) Hoe en waarom deden ze dat? (verklarende kennis)

Wat waren de reacties van politici en andere belangengroepen eens het model op de politieke agenda stond? (beschrijvende kennis)

Hoe is het besluitvormingsproces verlopen? Welke beslissingen werden genomen en waarom? Hebben bepaalde belangengroepen druk uitgeoefend om het besluitvormingsproces in een bepaalde richting te sturen? Hoe deden ze dit? (beschrijvende kennis)

Wat is de uitkomst van het besluitvormingsproces? Wat zegt de evaluatie? Wat is de reactie van de belangengroepen hierop? (evaluatie kennis)

Is het kiwimodel van de politieke agenda verdwenen? Wat is de mogelijke reden hiervoor? (verklarende kennis)

---

<sup>6</sup> Beschrijvende kennis probeert een kennisobject (gebeurtenis, toestand, proces) zo goed en volledig mogelijk te beschrijven. Verklarende kennis stelt zich ten doel een bepaalde gebeurtenis te verklaren (Billiet & Waage, 2006, p. 74).

## 2.2. Kwalitatief onderzoek

We zullen de onderzoeksvragen pogen te beantwoorden aan de hand van een kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is echter niet één type onderzoek. Het is zelfs geen onderzoekstraditie. Binnen het kwalitatief onderzoek bestaan er immers meerdere onderzoekstradities zoals het symbolisch-interactionisme en de etnomethodologie. Een kenmerk van kwalitatief onderzoek is dat er zoveel mogelijk ruimte gelaten wordt aan de onderzoekseenheden. Dit kan een voordeel zijn omdat ze zo hun eigen mening gedetailleerd kunnen meegeven en niet beperkt worden door de onderzoeker zelf. Dit is zeker nuttig in dit onderzoek omdat de respondenten van interviews zo bijvoorbeeld nieuwe insteken of inzichten kunnen meegeven die we anders niet hadden opgemerkt. Ook kunnen respondenten bijvoorbeeld complexe mechanismen uitleggen, die moeilijk af te leiden zijn uit de literatuur, zoals bijvoorbeeld hoe belangengroepen concreet druk uitoefenen. Een tweede kenmerk van kwalitatief onderzoek is het holistische karakter ervan. Gebeurtenissen worden in hun brede context geplaatst waardoor men meer, over bijvoorbeeld het kiwimodel, te weten kan komen. Een ander kenmerk van kwalitatief onderzoek is dat de gebruikte taal zoveel mogelijk bij de leefwereld van het veld wordt gezocht. Een gevolg hiervan is dat er vaak veelvuldig gebruik wordt gemaakt van citaten. Hierdoor wordt de lezer dichter bij het veld betrokken (Billiet & Waage, 2006, pp. 317-320). Binnen het kwalitatief onderzoek zijn er drie dominante databronnen te onderscheiden: participerende observatie, het diepte-interview en de analyse van documenten. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van deze laatste twee vormen. De onderzoekseenheden zijn de kranten, parlementaire documenten, papers en teksten, alsook interviews. De selectie van de eenheden mag niet op basis van de afhankelijke variabele (in dit geval: pro of contra het kiwimodel) gekozen worden. De besproken theorieën uit het theoretisch kader helpen ons om concepten te definiëren en om cases te selecteren (Devillé, Jaspert & Swyngedouw, 2007, pp. 1-9).

## 2.3. Onderzoektechnisch ontwerp

### 2.3.1. Wat, bij wie en waar waarnemen?

We zullen eerst en vooral een literatuurstudie doen. Na een eerste blik op de bestaande literatuur blijkt immers dat er al heel wat geschreven is over het zogenaamde kiwimodel. Zo is er over geschreven in allerlei kranten, parlementaire zittingen, *de Artsenkrant*, opiniestukken in kranten en artikels op het internet. We zullen in dit opzicht alle artikels, die sinds de introductie van het kiwimodel in de Belgische politiek verschenen zijn in enkele kranten en tijdschriften, onderzoeken. We bekijken alle artikels die verschenen zijn in de volgende kranten: *De Morgen*, *De Standaard* en *De Tijd*. We hebben voor deze drie kwaliteitskranten gekozen omdat verwacht wordt dat deze de meeste inhoudelijke informatie geven over het kiwimodel. Ondanks dat een ander krant zoals bijvoorbeeld *Het Laatste Nieuws* door haar hoog verkoopcijfer een grote impact heeft op de publieke opinie, lijkt deze minder interessant omdat we dit aspect (de publieke opinie) niet zullen behandelen in deze meesterproef. Het volk lijkt immers slechts een kleine directe rol in het besluitvormingsproces te spelen (Howlett & Ramesh, 2003, p. 74). We onderzoeken eveneens alle artikels over het kiwimodel die op het internet verschenen zijn, alsook de artikels die in tijdschriften zoals *Knack* en *Trends* uitgekomen zijn. Dit doen we omdat zulke artikels vaak meer duiding geven bij de problematiek, alsook doordat vaak de mening van belangengroepen naar voren komt doordat ze geïnterviewd worden. Dit alles doen we aan de hand van Mediargus, een elektronische databank van dagbladen en tijdschriften. We geven op de site van Mediargus aan dat we op zoek zijn naar alle artikels die het woord *kiwi* in de titel of in de tekst bevatten vanaf de tweede helft van 2004 tot april 2011. We hebben voor deze datum (2004) gekozen omdat het boek van Dirk Van Duppen over het kiwimodel eind 2004 is uitgegeven en hiermee de bal aan het rollen ging. We gaan al deze artikels onderzoeken om zo een beter zicht te krijgen op de mening van allerlei belangengroepen en politici over het kiwimodel. Vaak worden er immers ook opiniestukken in zulke media geschreven die

in hetzelfde opzicht interessant kunnen zijn. Bovendien geven zo'n artikels vaak meer duiding bij de gebeurtenissen en zorgen ze voor een chronologisch overzicht van het hele te onderzoeken gebeuren.

Naast alle artikels in kranten en tijdschriften te onderzoeken, pluizen we ook alle parlementaire documenten die over het kiwimodel handelen uit. We hanteren hierbij de zoekprogramma's van de sites van De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en van De Belgische Senaat. We voegen dezelfde gegevens in die we ook bij Mediargus hebben gebruikt. Dus elk document, gepubliceerd vanaf midden 2004, dat het woord *kiwi* bevat in de tekst of titel hebben we onderzocht. Dit doen we om wille van dezelfde redenen als bij de krantenartikels. Met de vraag of de verzamelde gegevens een juiste afspiegeling zijn van de bestaande werkelijkheid doelen we op de interne geldigheid. Parlementaire teksten lijken meer interne geldigheid te bezitten dan krantenartikels (Devillé, e.a., 2007, p. 10). Dit komt omdat krantenartikels de werkelijkheid slechts afspiegelen. Krantenartikels zullen eerder fouten bevatten en worden altijd geschreven vanuit het oogpunt van een journalist. Een subjectief aspect is hierbij nooit helemaal weg te denken. Parlementaire teksten zijn volgens ons een betere beschrijving van de werkelijkheid omdat men nauwgezet de parlementaire debatten uittypt, zonder een eigen mening of draai eraan toe te voegen. We hopen vooral de mening van politici en partijen te achterhalen door middel van deze parlementaire teksten, alsook de motivatie om bepaalde beslissingen te nemen, aan te vechten of voor te stellen. Tot slot kunnen we aan de hand van wetteksten de procedures van het kiwimodel in meer detail bestuderen. In de kranten staan immers meestal slechts de hoofdpunten van besluiten beschreven, terwijl de details erg belangrijk kunnen zijn.

Het gebruik van secundaire data (parlementaire handelingen en kranten) lijkt een aangewezen manier om de opkomst en het verloop van het kiwimodel in de Belgische politiek te bespreken. Het hanteren van secundaire databronnen heeft zowel voor- als nadelen. Door het hanteren van secundaire databronnen is het effect van de onderzoeker op de inhoud van de documenten doorgaans erg klein (Billiet & Waage, 2006, p. 321). Het gebruik van secundaire data is

vaak de enige mogelijke manier om een bepaalde onderzoeksvraag te beantwoorden. Wanneer er geen parlementaire teksten en artikels in kranten en tijdschriften gebruikt worden, zal het zeer moeilijk zijn om het verloop van het kiwimodel te bespreken. Het enige wat dan nog rest is interviews afnemen van mensen die het proces indertijd gevolgd hebben. Een ander voordeel van secundaire data is dat het de kosten voor het onderzoek enorm beperkt (Billiet & Waege, 2006, pp. 345-347). Een nadeel van secundaire data is dat het oorspronkelijk voor een heel ander doel gecreëerd is dan dat van de onderzoeker. Zo zijn krantenartikels immers in de eerste plaats geschreven om mensen te informeren of om een hoog oplagecijfer te bereiken. Een ander probleem dat gepaard gaat met het gebruik van secundaire data is dat er vaak geen informatie beschikbaar is over hoe de data verzameld werd. Dit is zeker het geval wanneer een krant schrijft dat persoon x op vraag y antwoord z gaf. Aangezien journalisten antwoorden herformuleren en soms zelfs verkeerd voorstellen kan het wel eens zijn dat de informatie die ze geven niet volledig strookt met de werkelijkheid (Billiet & Waege, 2006, pp. 348-350). Aangezien de krantenartikels minder betrouwbaar zijn dan parlementaire teksten, zal zoveel mogelijk informatie die eruit wordt gehaald vergeleken worden met informatie uit betrouwbaardere bronnen. Zo wordt de kwaliteit van de krantenartikels gecontroleerd. Desondanks kunnen ook krantenartikels ons waardevolle informatie meegeven.

Na de literatuurstudie te hebben uitgevoerd en voldoende kennis over het onderwerp bemachtigd is, zullen we enkele zaken die nog steeds niet duidelijk zijn, proberen op te helderen aan de hand van enkele bijkomende interviews. Interviews zijn zeer nuttig doordat zwarte gaten opgevuld kunnen worden en meer uitleg of duiding gevraagd kan worden over bepaalde gebeurtenissen. Tevens kunnen de respondenten extra hulp en informatiebronnen aanreiken die anders niet gevonden zouden worden of waar we zelf niet aan gedacht zouden hebben. De selectieprocedure van de respondenten moet transparant en logisch gemotiveerd zijn. De respondenten horen zorgvuldig geselecteerd te worden opdat ze het geheel aan stemmen vertolken. De respondenten moeten een representatieve weergave

zijn van de werkelijkheid. We zullen dan ook proberen vertegenwoordigers van de belangrijkste belangengroepen te interviewen. Wie deze belangengroepen zijn wordt pas in de loop van het onderzoek duidelijk en zal bijgevolg in de loop van het onderzoek opgesteld worden. Na de literatuurstudie te hebben afgerond zijn we tot de volgende lijst belangengroepen gekomen: Dirk Van Duppen, de traditionele farmaceutische sector, de generische sector, een politicus of medewerker van de toenmalige paarse meerheid, een toenmalig oppositielid, een vertegenwoordiger van het RIZIV en eventueel een vertegenwoordiger van de artsen. Dirk Van Duppen is belangrijk omdat hij het model in de Belgische politiek heeft geïntroduceerd en zich tot op heden met het kiwimodel bezig houdt. Tussen de generische sector en de traditionele farmaceutische sector werd een onderscheid gemaakt omdat uit de literatuurstudie blijkt dat het kiwimodel zoals het in de Belgische politiek goedgekeurd werd, andere gevolgen had voor de twee deelsectoren van de geneesmiddelenindustrie. De twee politici kunnen meer uitleg geven over het besluitvormingsproces van het kiwimodel. Hierbij is het logisch zowel de toenmalige meerderheid als oppositie te aanhoren om zo een volledig beeld te kunnen verkrijgen. Ook lijkt het RIZIV een interessante partij om te interviewen omdat ze onafhankelijker zijn dan politici en industrie en dus een neutraler beeld van het model kunnen schetsen. Tot slot kunnen de artsen aanhoord worden. Deze belangengroep beschikt immers over veel kennis omtrent het gezondheidsbeleid en zij zullen als puntje bij paaltje komt het kiwimodel in de praktijk moeten uitvoeren. Bijgevolg doet hun mening ertoe.

### 2.3.2. Waarnemingsmethoden

Aangezien de krantenartikels en parlementaire documenten reeds geschreven zijn en er bijgevolg geen ruimte gelaten wordt aan de actoren om te reageren, kunnen we stellen dat het gesloten meetinstrumenten zijn. Wel zijn deze instrumenten relatief goed gestandaardiseerd. De artikels, en zeker de parlementaire teksten,

worden immers algemeen aanvaard als meetinstrument. Via een gerichte inhoudsanalyse worden de gegevens waargenomen. Het codeerschema dat in het volgende onderdeel besproken wordt is hier zeer behulpzaam bij.

In tegenstelling tot de artikels en wetsteksten zijn diepte-interviews relatief open. Er zijn drie soorten interviews: gestructureerde, half-gestructureerde en niet-gestructureerde interviews. Aan het ene uiterste zijn er de gestructureerde interviews die relatief weinig ruimte laten aan de respondent om gevarieerd te antwoorden. Vaak worden vragen gesteld met een gelimiteerd aantal antwoordcategorieën en worden de antwoorden vaak meteen gecodeerd door de interviewer. Open vragen worden in dit design slechts zelden gebruikt. De interviewer kijkt meestal niet af van de vragenlijst waardoor de interviews meestal erg gelijkaardig verlopen. Hierdoor is de data erg gestandaardiseerd en 'to the point' (Denzin & Lincoln, 1994, pp. 363-364). Dit design veronderstelt veel voorkennis van de onderzoeker. De onderzoeker heeft meestal al een goed beeld van de antwoordmogelijkheden (Given, 2008, pp. 837-838). Aangezien wij meer inzicht willen verwerven in de lobbykracht van belangengroepen en in de motieven van partijen en ministers om bepaalde standpunten in te nemen, lijken gestructureerde interviews niet de best passende vorm voor ons onderzoek. Meer open vragen lijkt ons handiger om interessante antwoorden te bekomen omdat we als onderzoeker zelf vaak niet weten welke motieven bepaalde partijen hanteren, waardoor we er ook niet rechtstreeks naar kunnen peilen. Gestructureerde interviews lijken ons niet voldoende ruimte te geven om de diepgang en flexibiliteit te kunnen bieden die nodig is om onze onderzoeksvragen te beantwoorden.

Ongestructureerde interviews bevinden zich aan het andere uiterste. Deze bieden meer mogelijkheden tot diepgang (Denzin & Lincoln, 1994, pp. 365-370). Er worden open vragen gesteld en de onderzoeker laat de mogelijkheid om zeer uitgebreid de mening weer te geven, alsook uit te wijden. Aan de respondent wordt veel meer de mogelijkheid gegeven om te reageren en inzichten te delen. Zulke interviews peilen vaak naar persoonlijke kenmerken van de respondenten. Een voordeel is dat zo nieuwe informatie aan het licht



kan komen waar de onderzoeker geen rekening mee had gehouden. Een ander voordeel is dat aan de hand van die werkwijze erg gedetailleerde informatie kan bekomen worden. Een nadeel is wel dat zulke interviews enorm veel tijd in beslag nemen. Vanwege het korte tijdsbestek van deze meesterproef zullen deze interviews niet worden afgenomen. Bovendien peilen we niet naar de diepere gevoelens van de respondenten, maar naar de feitelijke argumenten die de partij of organisatie waar ze lid van zijn hanteert. De derde interviewvorm is volgens ons de betere optie om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Het half-gestructureerde interview poogt de voordelen van de twee net besproken interviewvormen te combineren, alsook de nadelen ervan te minimaliseren. Het half-gestructureerde interview bevat vooraf opgestelde, open vragen waar respondenten relatief open op kunnen antwoorden. De onderzoeker heeft op deze manier meer vat op de onderwerpen die behandeld zullen worden dan bij niet-gestructureerde interviews. Deze interviewvorm lijkt de aangewezen methode als de concepten en de algemene samenhang reeds in kaart werd gebracht. Meestal wordt een topiclijst gehanteerd. Hierop staan alle onderwerpen en subonderwerpen die besproken dienen te worden. Deze (sub)onderwerpen worden geselecteerd op basis van de theorie, literatuur en onderzoek. Een topiclijst is wel geen vragenlijst. Het bevindt zich op een continuüm van losse kernwoorden tot een lijst met min of meer uitgeschreven vragen. De volgorde van de onderwerpen wordt al doende bepaald door de interviewer, rekening houdend met de gang van het gesprek. De onderwerpen moeten ten eerste in een logische volgorde behandeld worden. Ten tweede behandelt men bij voorkeur eerst brede, algemene vragen en vervolgens pas gedetailleerde vragen. Ten derde stelt men eerst gemakkelijke en dan pas de moeilijkere vragen (Billiet & Waage, 2006, pp. 333-335). Je kan de verschillende interviewvormen op een continuüm plaatsen van ongestructureerd naar gestructureerd. Ongestructureerde interviews zullen eerder gebruikt worden om een theorie te creëren of te verfijnen terwijl gestructureerde interviews eerder zullen dienen om theorieën en hypothesen te testen (Wengraf, 2001, pp. 60-61). We zullen in dit

proefschrift aan de ene kant theorieën over belangengroepen en besluitvorming testen. Aan de andere kant proberen we nieuwe informatie te verzamelen die eventueel kan aanzetten tot verdere theorievorming. Daarom past de half-gestructureerde interviewtechniek goed bij ons design. We zullen de onderwerpen degelijk kunnen afbakenen waardoor we een groot voordeel van de gestructureerde interviews behouden (Bryman & Buchanan, 2009, pp. 503-504). We zullen ook de nadelen van niet-gestructureerde interviews mijden doordat we meer ‘to the point’ vragen kunnen stellen.

We hebben geopteerd voor een face-to-face interview omdat zo kleine nuances en lichaamstaal eveneens kunnen worden opgemerkt. Dit in tegenstelling tot telefonische interviews. Bovendien kan de onderzoeker de interactie beter controleren en sturen wanneer het een persoonlijk interview betreft (Bryman & Buchanan, 2009, pp. 504-505). De nadelen van persoonlijke interviews zijn de hogere kostprijs en logistieke problemen. Desondanks wegen de voordelen sterk op tegenover de nadelen.

We zullen de personen of instanties die we willen interviewen via mail of telefoon contacteren. We zullen de plaats waar het interview doorgaat door de respondenten zelf laten bepalen. De plaats lijkt in dit onderzoek immers niet erg bepalend voor de antwoorden die de respondenten zullen geven. In dit opzicht zullen we wel proberen het interview in een afgesloten kamer af te nemen zodat de geïnterviewden zeker niet gestoord worden of beïnvloed door andere personen. Ten tweede is de wil om een interview te geven niet altijd even groot, waardoor het de respondenten zo gemakkelijk mogelijk moet gemaakt worden, zodat ze zeker niet afgeschrikt worden. Om het contact met het veld te onderhouden, zal naar alle personen die mee hebben willen werken een bedankbriefje gestuurd worden en eventueel een kopie van mijn meesterproef, indien ze dat wensen.

Het diepte-interview is, net zoals de parlementaire handelingen, een gestandaardiseerde methode aangezien het algemeen aanvaard is als meetinstrument. De gegevens, zowel de artikels en wetsteksten als de diepte-interviews, zullen op een interpretatieve wijze verwerkt

worden (Billiet & Waege, 2006, pp. 81-82). De gegevens zullen na de verwerving ervan gecategoriseerd en gecodeerd worden. Het aantal gegevens moet beperkt worden om het overzicht te kunnen behouden en het gebruik van concepten te vergemakkelijken. De data zal dus gegroepeerd worden rond de belangrijkste concepten. De gegevens moeten zo samengevoegd worden, zodat ze gemakkelijk geïnterpreteerd kunnen worden, waardoor er eveneens gemakkelijker veralgemeningen uit getrokken kunnen worden (McNabb, 2004, pp. 359-370).

### 2.3.3. Codeerschema

Het opstellen van het onderzoeksdesign van een case-studie moet aan dezelfde kwaliteitsvereisten voldoen dan andere designs. Deze vereisten zijn de validiteit van de concepten, interne validiteit, externe validiteit en betrouwbaarheid. Deze vereisten kunnen gecontroleerd worden door patronen te vergelijken, strijdige verklaringen te vergelijken en door logische modellen te hanteren. Een van de grootste tekortkomingen van de case study-methode is de moeilijkheid om resultaten te veralgemenen. Dit kan deels verholpen worden door theorievorming (Bryman & Buchanan, 2009, pp. 465-477). Een codeerschema kan hierbij nuttig zijn. Het codeerschema wordt gehanteerd om de essentiële informatie, op een structurele wijze, uit de ruwe data te halen. Het schema bestaat bijvoorbeeld uit enkele mogelijke motieven van belangengroepen om voor of tegen het kiwimodel te zijn, uit redenen en gebeurtenissen die tot de agendasetting van het kiwimodel hebben geleid, redenen waarom een minister een bepaalde beslissing heeft genomen... -Enkele motieven, redenen, gebeurtenissen,...worden vooraf opgesteld en in de loop van de literatuurstudie wordt die lijst aangevuld. Deze werkwijze helpt ons om op een structurele wijze bepaalde aspecten te behandelen.

Vb. Welke motieven hanteert men om voor het kiwimodel te zijn? politiek succes, besparingen, bekendheid, ...

Vb. Welke motieven hanteren om tegen het kiwimodel te zijn? Therapeutische vrijheid, werkgelegenheid, afnemende winst, apothekersmarge, EU-regelgeving, innovatie in gedrang, O&O, overschakeling voor patiënten, ...

Vb. Door welke acties werd het kiwimodel op de politieke agenda gezet? Begrotingstekorten, persoonlijke publiciteit, concrete media-acties, ...

#### 2.3.4. Tijdschema en budgetbeheer

Aangezien we bij de aanvang van het onderzoek geen idee hebben over hoeveel tijd de literatuurstudie in beslag neemt, hebben we dit open gelaten. In de loop van het onderzoek zou duidelijk worden hoeveel tijd hiervoor nodig zal zijn. De indeling was als volgt: eerst alle krantenartikels zoeken en in chronologische volgorde plaatsen. Vervolgens werden deze doorgenomen en besproken. Wanneer er in een krantenartikel of een artikel op het internet verwezen werd naar parlementaire handelingen, werden deze opgezocht en verwerkt. Na alle krantenartikels en artikels in tijdschriften doorgenomen en besproken te hebben, werden de overige parlementaire werken opgezocht en besproken waarmee de literatuurstudie zo goed als afgerond was. Vervolgens wordt contact gezocht met de potentiële respondenten om ze te interviewen, alsook de resterende artikels op het internet gezocht. Tot slot worden de interviews verwerkt, alsook de mogelijke extra informatie die de respondenten ons meegeven. We hoopten de literatuurstudie in maart af te ronden om in april interviews af te nemen en in mei de verhandeling neer te schrijven.. Doordat de literatuurstudie meer tijd heeft in beslag genomen dan gehoopt, werd alles met een maand verschoven.

De kostprijs van het gehele onderzoek is verwaarloosbaar. Bijkomend personeel is niet nodig, extra middelen moeten niet aangekocht worden, de parlementaire teksten kunnen gratis van het internet gehaald worden, .... En doordat ik reeds ingelogd was op

Mediargus, kunnen ook alle artikels uit kranten en tijdschriften gratis van het internet geplukt worden. Tot slot werd een dictafoon (voor de interviews) geleend. De enige kosten zijn die voor het vervoer van en naar de respondenten en het bedankkaartje om de respondenten voor hun medewerking te bedanken.

## 2.4. Conceptueel kader

Theoretisch model:

Sociaal probleem + vraag wordt geformuleerd → agendasetting: een oplossing wordt voorgesteld → belangengroepen oefenen druk uit (lobbyen) → keuze → implementatie → evaluatie

- Een sociaal probleem: wanneer de toetsing van een feitelijke situatie aan een bepaalde waardeschaal een onaanvaardbaar verschil weergeeft. Wanneer dit probleem door veel mensen ervaren wordt, wordt het een *sociaal* probleem (Dewachter, 2001, p. 45).
- Een vraag wordt geformuleerd: door een actiegroep, een politieke partij, een perscampagne, een staking, een onderhoud met een minister, een betoging,... (Dewachter, 2001, pp. 45-49).
- Een belangengroep: een organisatie van mensen met een gemeenschappelijk belang, die de politieke besluitvorming in het voordeel van dat belang probeert te bewegen, zonder daarbij zelf politieke verantwoordelijkheid na te streven (Naert, 1992, p. 31).
- Druk uitoefenen: staken, dreigen om zich in het buitenland te vestigen, minder investeren, informatie spuien, cumulatie van politieke en economische mandaten, lobbyen, ...
- Lobbyen: de niet-formele contacten tussen belangengroepen en politici.
- Keuze: de keuze kan in de context van het kiwimodel beschouwd worden als een gestemde wet.

- Implementatie: de uitvoering van de gestemde wet.
- Evaluatie: is het beoogde doel van de maatregel bereikt?

Uit de bovenstaande theoretische definities van de gehanteerde concepten kunnen de kenmerken, alsook de indicatoren voor die concepten afgeleid worden. De kenmerken worden ook wel de dimensies van het concept genoemd. Alle concepten moeten uiteengelegd worden in kenmerken, die vervolgens aan de hand van bepaalde indicatoren waargenomen kunnen worden. We zullen als voorbeeld het concept ‘belangengroep’ nemen, toegepast op de vakbonden. Een concept zoals ‘de belangengroep’ bevat meerdere kenmerken. In het voorbeeld van ‘de belangengroep’, lijken alle kenmerken noodzakelijk te zijn. Ze horen allen aanwezig te zijn opdat een organisatie als een belangengroep gezien kan worden. De kenmerken van een belangengroep zijn: een gemeenschappelijk belang, middelen inzetten, het doel is het beleid beïnvloeden, zónder politieke verantwoordelijkheid na te streven. Wanneer het laatste genoemde kenmerk bijvoorbeeld niet aanwezig is, en er bijgevolg politieke verantwoordelijkheid nagestreefd wordt, dan zouden alle politieke partijen ook belangengroepen zijn. Alle leden van een vakbond hebben een gemeenschappelijk belang, namelijk de leefomstandigheden te verbeteren. ‘De leefomstandigheden verbeteren’ kan als een indicator gezien worden van het kenmerk ‘gemeenschappelijk belang’. Om dit gemeenschappelijk belang te bereiken wenden vakbonden middelen, zoals stakingen, aan om het beleid in hun voordeel te wijzigen. Een staking kan dienen als indicator voor het kenmerk ‘middelen aanwenden’. De leden streven echter geen politieke verantwoordelijkheid na. Alle kenmerken van een belangengroep zijn aanwezig bij vakbonden, die bijgevolg als belangengroepen bestempeld kunnen worden.

Zoals we kunnen zien lijkt het moeilijk ‘druk uitoefenen’ in een simpele definitie te omvatten. Druk uitoefenen kan immers op vele manieren. Dit concept kan bijgevolg begrepen worden aan de hand van de voldoende voorwaardenstructuur. We stellen immers dat een persoon of organisatie druk uitoefent wanneer minstens een van de dimensies (zoals bijvoorbeeld staken, dreigen minder te investeren)

aanwezig is. Zo kunnen we stellen dat een organisatie druk uitoefent wanneer het staakt, *of* wanneer het dreigt zich in het buitenland te vestigen, *of*... Een bedrijf oefent bijvoorbeeld druk uit wanneer het zegt zich in een ander land te vestigen.

### 3. Het Belgische gezondheidszorgsysteem en de geneesmiddelen

#### 3.1. De Belgische sociale zekerheid

Rond 1860 ontstaat de sociale kwestie. De slechte arbeidsomstandigheden (14-urendag, kinderarbeid,...) en het aftakelen van de traditionele beschermingsmechanismen zoals de familie en sparen noodzaakten meer bescherming. Zo ontstonden geleidelijk aan allerlei beschermingsmaatregelen die eerst door de arbeiders zelf, en nadien in toenemende mate door de overheid geregeld worden. In 1850 ontstaat zo de ASLK (Algemene spaar- en Lijfrente kas) die fungeert als een soort pensioensparen. Een jaar later erkent de overheid (juridisch) de maatschappijen van onderlinge bijstand (de voorouders van de huidige ziekenfondsen). Vervolgens ontstaan eveneens werkloosheidsverzekeringen (1900), de arbeidsongevallenwet (1903), en na de Eerste Wereldoorlog de kinderbijslagen. In 1927 ontstaat de zesde tak van wat later de sociale zekerheid zou heten, namelijk bescherming tegen beroepsziekten (Simoens, 2007, pp. 9-18). De sociale zekerheid streeft vier doelstellingen na: inkomensvervanging bij arbeidsongeschiktheid, kostendekking bij kosten die zwaar zijn (vb. geneeskundige verzorging), preventie en het handhaven van de menselijke waardigheid als de minimumnorm (Simoens, 2007, p. 21). De sociale zekerheid bestaat dus uit zes (hoofd)verzekeringen: arbeidsongevallen, beroepsziekten, kinderbijslag, pensioenen, werkloosheidsverzekeringen en ziekte-en invaliditeitsverzekeringen. Voor de ziekte-en invaliditeitsverzekering is de bevoegde publieke instelling het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte-en invaliditeitsverzekering). Het RIZIV verdeelt het geld dat het van de RSZ krijgt onder de private ziekenfondsen, die op hun beurt het geld verdelen onder de rechthebbenden (Simoens, 2007, pp. 216-217).<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> De RSZ (toen nog de Rijksdienst voor Maatschappelijke Zekerheid) int sinds de Tweede Wereldoorlog de geglobaliseerde bijdragen voor de



De ziekteverzekering wordt vaak aangeduid als het koninginnenstuk van de sociale zekerheid, maar eveneens als het zorgenkind ervan. Samen met de pensioensector is zij immers de sector met de hoogste uitgaven. Aan de ene kant is het moeilijk om te besparen in de ziekteverzekering omdat het gaat over het hoogste goed in een mensenleven, namelijk de fysieke en psychische integriteit. Aan de andere kant werkt de verzekeringsstructuur een overaanbod van medische prestaties in de hand.<sup>8</sup> De ziekteverzekering bestaat uit twee grote delen: geneeskundige verzorging en uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid. In deze meesterproef gaat de aandacht uit naar de tak geneeskundige verzorging.

### 3.2. Wie bepaalt het gezondheidszorgbeleid?

De verantwoordelijkheid voor het gezondheidszorgbeleid ligt zowel bij de federale overheid, als bij de gemeenschappen en gewesten. De federale overheid is verantwoordelijk voor de regulering en financiering van de verplichte ziekteverzekering, de bepaling van de erkenningscriteria, de financiering van de ziekenhuisbudgetten, de wetgeving inzake verschillende professionele kwalificaties en ten slotte voor de registratie en prijscontrole van farmaceutische producten. De deelstaten zijn verantwoordelijk voor gezondheidspromotie en preventie, ‘moeder-en -kind’-zorg, aspecten van extramurale zorg, coördinatie tussen primaire zorg en palliatieve zorg, de implementatie van erkenningsnormen en de financiering van ziekenhuisinvesteringen (KCE, 2010).

---

diverse sectoren en verdeelt ze vervolgens onder diezelfde sectoren (Simoens, 2007, p. 16).

<sup>8</sup> Dit hangt samen met ‘moral hazard’. Zo zullen mensen, eens verzekerd, hun gedrag aanpassen. Ze zullen bijvoorbeeld meer risico’s nemen met betrekking tot hun gezondheid omdat ze toch verzekerd zijn. Dit kan tot een hogere consumptie leiden, wat tot een groter aanbod leidt ( Douma & Schreuder, 1998, pp. 52-59).

### 3.3. Gezondheidszorguitgaven door overheid en patiënt

De gezondheidszorg in België is solide uitgebouwd en in principe voor iedereen toegankelijk. Algemeen beschouwd, is de Belg tevreden met het huidige gezondheidssysteem. Deze tevredenheid komt voort uit het relatief ruime aanbod van artsen en zorgverstrekkers die over de meest moderne voorzieningen beschikken. België zou zo bijvoorbeeld zeer snel nieuwe medische technologie invoeren, vaak zelfs voorafgaand aan elke regelgeving (wat niet zelden tot discussies leidt) (Callens & Peers, 2008, pp. 22-24). De kwaliteit van het Belgische gezondheidszorgsysteem zorgt logischerwijs voor hoge uitgaven die wel eens problematisch kunnen worden (Avalosse, Cornelis, Crommelynck, Hannes, Léonard, Lienard, Mertens, Vancorenland, & Verniest, 2006, p. 11). De Algemene Raad van de ziekteverzekering stelt het budget van de ziekteverzekering voor. Deze Raad bestaat uit vertegenwoordigers van de werkgevers, werknemers, zelfstandigen, en vertegenwoordigers van de regering en de verzekeringsinstellingen. De vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers hebben slechts een adviserende stem in de Raad (Remans, 2003, p. 43). Vervolgens beslist de regering over dit bedrag. Dit budget wordt in de begroting opgenomen en vervolgens door middel van programmawetten uitgevoerd. Het Belgische systeem is gebaseerd op een financiering per verrichting. Dit houdt in dat de patiënt een deel zelf betaalt (=remgeld) en dat de ziekenfondsen de rest bijleggen aan de hand van geld dat ze van het RIZIV krijgen.

In 1997 gaven de Belgen 7,6 % van het BBP uit aan de gezondheidszorg, volgens de OESO. België bevond zich toen in de middenmoot van de andere OESO-landen. In 2005 zal België daarentegen al 10,3 % van het BBP uitgeven aan gezondheidszorg. Gedurende die periode (1997-2005) was de stijging van de uitgaven in België beduidend hoger dan dat van de andere OESO-landen. Dit kan deels verklaard worden door het feit dat steeds meer geneesmiddelen goedgekeurd werden met een kleiner indicatiegebied en dit voor een steeds hogere prijs (Avalosse, e.a., 2006, p. 64).

België wordt in 2005 nog slechts door vier landen voorafgegaan (Callens & Peers, 2008, pp. 26-27). De uitgaven voor de gezondheidszorg in België zijn dus sneller toegenomen dan in de andere OESO-landen. In de periode 2006-2009 valt opnieuw een stijgende trend van de uitgaven voor zorgverstrekkingen waar te nemen. Terwijl in 2006 17 miljard euro werd uitgegeven aan de gezondheidszorg, is dat in 2008 al opgelopen tot 20 miljard en was de doelstelling voor 2010 niet minder dan 24 miljard euro. Van het totale budget van de tak geneeskundige verzorging van de ziekteverzekering werd in 2006 meer dan 18 % besteed aan farmaceutische verstrekkingen. Dit percentage blijft stabiel. Ondanks het feit dat het aandeel van de uitgaven voor farmaceutische verstrekkingen in verhouding tot de totale uitgaven van de gezondheidszorg relatief constant blijft, nemen de uitgaven in absolute termen echter wel sterk toe. Terwijl in 2006 3,304 miljard euro werd uitgegeven aan farmaceutische verstrekkingen, was dit bedrag in 2009 al opgelopen tot 4,124 miljard euro. De uitgaven voor de patiënt en de ziekteverzekering nemen dan ook toe in absolute termen wat tot betaalbaarheidsproblemen kan leiden en zo de toegang tot de zorg kan beperken. De grootste uitgaven van de ziekteverzekering gaan naar de erelonen van de artsen (28,3 %), de ziekenhuisopnames (20,8 %) en de farmaceutische verstrekkingen (17,2 %) (voor het jaar 2010). In deze thesis gaat de aandacht uit naar de 17,2 % van de farmaceutische verstrekkingen, i.e. de geneesmiddelen (RIZIV, 2009, pp. 122-123). In 2008 geeft de ziekteverzekering bijna 90 % (netto) van het budget voor farmaceutische verstrekkingen uit aan de originele (merk-) geneesmiddelen en slechts 10 % aan generieken en kopieën.<sup>9</sup> Dit duidt op het grote belang van de kostprijs van merk-geneesmiddelen en het relatief kleine belang van de kostprijs van generische

---

<sup>9</sup> Een generiek geneesmiddel voor menselijk gebruik is 'een geneesmiddel voor menselijk gebruik met dezelfde kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling aan actieve substanties en dezelfde farmaceutische vorm als het referentiegeneesmiddel voor menselijk gebruik, waarvan de biologische equivalentie met het referentiegeneesmiddel voor menselijk gebruik is aangetoond in relevante studies inzake biologische beschikbaarheid' (Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, 25.03.1964, p. 34).

geneesmiddelen voor de totale uitgaven die de ziekteverzekering aan geneesmiddelen besteedt (Farmanet, 2008, pp. 12-25).

De overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg ten opzichte van het totale uitgavenpakket zijn afgenomen van 79 % in 1995 tot 71 % in 2006. De patiënt moet dus steeds meer zelf betalen om de steeds duurder wordende gezondheidszorg te financieren (Vanderleyden, Callens, & Noppe, 2009, p. 78). Naast de overheid, heeft dan ook de patiënt het moeilijk om de zorg te betalen. Ondanks regelingen zoals de maximumfactuur (MAF) en het zorgforfait voor chronisch zieken blijft de gezondheidszorg voor veel Belgen erg duur. De hoge kostprijs van de gezondheidszorg belemmert bovendien de toegang ertoe. Uit de Nationale Gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat niet minder dan 14 % van de huishoudens zegden de gezondheidszorg niet te kunnen betalen (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2008, p. 7). Zo moeten sommige mensen snoeien in vrijetijdsactiviteiten om hun zorg te kunnen betalen. Anderen stellen zelfs noodgedwongen verzorging uit of laten zich helemaal niet behandelen. Door ziekte verliest men ten eerste, doordat het normale inkomen tijdelijk op halt wordt gezet, financiële draagkracht die op zo'n moment broodnodig is. Ten tweede moet men meer beroep doen op de gezondheidszorg waardoor men dus ook meer geld uitgeeft (Avalosse, e.a., 2006, pp. 14-17). De uitgaven voor gezondheidszorg voor gezinnen zijn tussen 1995-2003 jaarlijks met niet minder dan 6,5 % toegenomen (Callens & Peers, 2008, p. 30). Uit cijfers van het RIZIV blijkt dat het remgeld ook in de periode 2006-2008 toegenomen is. Terwijl de patiënt in 2006 1.65 miljard euro remgeld betaalde, was dit in 2008 opgelopen tot 1.85 miljard euro. In 2008 wordt ongeveer een derde van het remgeld uitgegeven aan farmaceutische verstrekkingen (RIZIV, 2009, p.123). De Belgische patiënt zou nu al bijna 30 % van de rekening voor de gezondheidszorg zelf betalen (Callens & Peers, 2008, p. 30). Aangezien er steeds meer geneesmiddelen geconsumeerd worden, kan men voorzien dat de uitgaven voor geneesmiddelen in de toekomst nog zullen toenemen. Uit het bovenstaande kan men afleiden dat de uitgaven voor geneesmiddelen binnen het totale budget van de ziekteverzekering dan ook een reëel probleem vormen voor zowel overheid als patiënt.

### 3.4. De procedure tot terugbetaling van geneesmiddelen

Om een beter zicht te krijgen op de positie die geneesmiddelen innemen binnen de gezondheidszorg, dient geweten te zijn op basis van welke argumenten geneesmiddelen worden geregistreerd en in welke mate ze worden terugbetaald. Sinds de artsenstaking (1963-1964) spreken de ziekenfondsen met de vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers af welke prijzen en erelonen door de zorgverstrekkers gehanteerd worden voor allerlei zorgverstrekkingen, zodat het mogelijk wordt om een vast percentage aan de patiënten terug te betalen. Dit systeem heet tariefzekerheid. De nomenclatuur is een lijst waarin alle zorgverstrekkingen worden opgenomen en waar voor elke verstrekking de prijs vermeld wordt, alsook in welke mate de ziekteverzekering tussenkomt. De ziekteverzekering betaalt, zoals reeds vermeld, meestal niet het gehele bedrag terug en laat dus een deel van kosten dragen door de patiënt, het remgeld. Dit persoonlijk aandeel is bedoeld om overconsumptie tegen te gaan, alsook om de uitgaven van de ziekteverzekering onder controle te houden.

Opdat geneesmiddelen zouden worden terugbetaald, horen ze op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten te staan. Bij de farmaceutische producten maakt men een niet onbelangrijk onderscheid tussen magistrale bereidingen (geneesmiddelen die door de apotheker zelf worden samengesteld) en farmaceutische specialiteiten (bereidingen die in bedrijven gefabriceerd en verpakt worden). De mate waarin de ziekteverzekering geneesmiddelen terugbetaalt hangt af van de mate waarin de geneesmiddelen noodzakelijk, dan wel comfortmiddelen zijn. Met andere woorden, de terugbetaling van een geneesmiddel hangt af van het therapeutische nut ervan. Zo betaalt men noodzakelijke medicamenten zoals die tegen TBC en diabetes aan 100 % terug en comfortmiddelen als slaappillen en pijnstillers helemaal niet (Simoens, 2007, pp 35-45).

### 3.4.1. Registratie: nationaal, Europees centraal en -decentraal

'Een geneesmiddel mag slechts in de handel worden gebracht, nadat een vergunning voor het in de handel brengen is verleend hetzij door de minister of zijn afgevaardigde overeenkomstig de bepalingen van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten, hetzij door de Europese Commissie overeenkomstig het Gemeenschapsrecht' (Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, 25.03.1964, p.17). Uit het bovenstaande blijkt dat een geneesmiddel op meerdere wijzen geregistreerd kan worden: nationaal of Europees. Bij de nationale procedure hoort het betreffende bedrijf een aanvraag in te dienen tot registratie van geneesmiddelen aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor het in de handel brengen van geneesmiddelen. Geneesmiddelen horen te voldoen aan een bepaalde mate van kwaliteit, veiligheid, en werkzaamheid. Hierbij geeft het bedrijf alle informatie omtrent de analytische, toxicologische, farmacologische en klinische proeven. In dat geval zal, wanneer het geneesmiddel geregistreerd wordt, dit middel enkel in die lidstaat geregistreerd zijn waar de aanvraag werd ingediend (RIZIV, 2010). Op Europees niveau zijn er twee procedures mogelijk: centraal en decentraal. Bij de centrale procedure wordt slechts één aanvraag ingediend, één onderzoek gevoerd en één vergunning afgeleverd waardoor het product op de Europese markt verhandeld mag worden (Callens & Peers, 2008, p. 481). Om de geneesmiddelenregistratie in de EU-landen te uniformiseren heeft men in 1995 EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) opgericht. Deze instantie voert het onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van het product uit wanneer het bedrijf een Europese aanvraag heeft ingediend. Wanneer het EMEA, na een kwaliteitsonderzoek, het geneesmiddel goedkeurt, dan geldt dit voor alle EU-landen (RIZIV, 2010). De decentrale procedure houdt in dat een bedrijf voor eenzelfde geneesmiddel in meerdere lidstaten een registratieaanvraag kan indienen. Wanneer een product in een bepaalde lidstaat reeds geregistreerd is, wordt dit product volgens wederzijdse erkenning ook in de andere lidstaten

geregistreerd, tenzij het een gevaar voor de volksgezondheid kan betekenen (Callens & Peers, 2008, pp. 482-483). Volgens de Europese richtlijnen mag de registratieprocedure maximaal 210 dagen in beslag nemen (RIZIV, 2010).<sup>10</sup>

### 3.4.2. De prijsbepaling van geneesmiddelen (maximumprijs)

De vaststelling van de maximumprijs eens een geneesmiddel geregistreerd is, wordt nationaal geregeld door de Minister van Economische Zaken. Na advies van de bevoegde commissie, naargelang de vergoedbaarheid van het geneesmiddel, zal de Minister een beslissing nemen omtrent de prijsverhoging of – vaststelling van een geneesmiddel (RIZIV, 2010), binnen de termijn van 90 dagen. Bij de prijszetting van een geneesmiddelen wordt met onder andere de volgende elementen rekening gehouden: productie-, invoer-, distributiekosten, promotiekosten en marges van groothandelaars en apothekers (Callens & Peers, 2008, 496). De Minister komt hier nog tussen vanwege de sociale dimensie die geneesmiddelen in de maatschappij innemen. In België hoort er immers een verband te zijn tussen de prijs van een geneesmiddel en de therapeutische waarde ervan (RIZIV, 2010).

---

<sup>10</sup> Een generisch geneesmiddel kan ten vroegste 10 jaar nadat het referentiegeneesmiddel (het originele geneesmiddel) een vergunning kreeg voor het in de handel brengen, in de handel worden gebracht. Wel kan het reeds na acht jaar dat het referentiegeneesmiddel een vergunning kreeg, het ‘generisch dossier’ voorbereiden (Callens & Peers p. 484).

### 3.4.3. De terugbetaling

De registratie van geneesmiddelen leidt niet automatisch tot grote uitgaven door de Belgische staat. Het is immers niet omdat een geneesmiddel geregistreerd is dat het ook terugbetaald wordt door de ziekteverzekering. Om de grote uitgaven te verklaren moet eerder naar de prijszetting en naar de terugbetaling gekeken worden. Na de registratie en de vaststelling van de prijs wordt de terugbetaling van een geneesmiddel geregeld. Wanneer een bedrijf wil dat zijn geneesmiddel wordt terugbetaald, dan moet het een aanvraag indienen tot opname op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) van het RIZIV.<sup>11</sup>

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen drie klassen geneesmiddelen. De eerste klasse bestaat uit geneesmiddelen met een aangetoonde therapeutische meerwaarde ten opzichte van bestaande therapeutische alternatieven. De tweede klasse zijn geneesmiddelen zonder aangetoonde therapeutische meerwaarde tegenover bestaande therapeutische alternatieven, die niet tot de derde klasse behoren. De derde klasse zijn de generische geneesmiddelen (Callens & Peers, 2008, pp. 498-499).<sup>12</sup> Volgend op de aanvraag bespreekt men de therapeutische meerwaarde van het product, de prijs van het product

---

<sup>11</sup> In 2001 werd in de schoot van het RIZIV de CTG opgericht. Deze commissie heeft de volgende taken: het formuleren van voorstellen tot het opnemen van farmaceutische specialiteiten, het verlenen van adviezen inzake de terugbetaling van geneesmiddelen en het formuleren van voorstellen inzake de interpretatieregels betreffende de vergoeding van farmaceutische specialiteiten. De CTG omvat vertegenwoordigers van apothekers, artsen, verzekeringsinstellingen, de geneesmiddelenindustrie, de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en die van Economische Zaken. Wel hebben de vertegenwoordigers van de Ministers en de industrie geen stemrecht in de commissie (Riziv, 2011).

<sup>12</sup> Bij de aanneming voor tegemoetkoming van generische geneesmiddelen moet de vergoedingsbasis 30 % lager zijn dan de vergoedingsbasis van de referentiespecialiteit (Callens & Peers, 2008, pp.499-500).



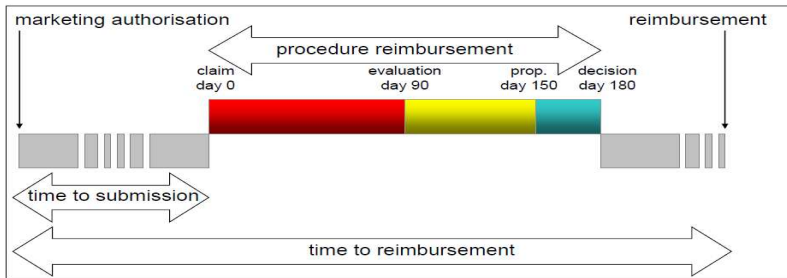
en de door de aanvrager voorgestelde vergoedingsbasis. Ook behandelt men het belang van het product in functie van de therapeutische en sociale noden, de budgettaire weerslag van de opname van het product in de lijst van terugbetaalde geneesmiddelen en de verhouding tussen de kosten voor de ziekteverzekering en de therapeutische meerwaarde. Op basis van een gemotiveerd voorstel van de CTG neemt de Minister van Sociale Zaken binnen de termijn van 180 dagen volgend op de dag van ontvangst van de geldige aanvraag, een beslissing over het al dan niet terugbetalen van het geneesmiddel (RIZIV, 2010). Wanneer er echter geen beslissing genomen wordt binnen de vooropgestelde termijn van 180 dagen, zal men ervan uitgaan dat de aanvraag goedgekeurd werd volgens de meest recente regeling zoals door de aanvrager voorgesteld.

Gedurende de eerste drie maanden bestudeert en evalueert het RIZIV het dossier en stelt het Ministerie van Economische Zaken de prijs vast. De evaluatie van het RIZIV wordt vervolgens terug naar de aanvrager gestuurd, die hierop kan reageren. Nadat het beoordelingsrapport klaar is, de prijs vastgesteld en de eventuele reactie van de aanvrager op het rapport beschikbaar, wordt het gehele dossier naar de CTG verstuurd. Deze commissie zal een voorlopig voorstel doen, waarop de aanvrager nogmaals kan reageren. Na de eventuele reactie van de aanvrager wordt dan een definitief voorstel door de Commissie opgesteld en doorgestuurd naar de Minister van Sociale Zaken. Dit deel moet binnen de 150 dagen afgehandeld zijn, zodat de Minister nog over 30 dagen beschikt om een beslissing te nemen (RIZIV, 2001, pp. 71-74). De beslissing van de aanvraag tot terugbetaling valt dus binnen 180 kalenderdagen na de dag waarop de aanvraag tot terugbetaling werd ingediend, zonder rekening te houden met schorsingen. Deze schorsingen kunnen enkel gebeuren op initiatief van het bedrijf (Vanhaeren, Soete, Levêque, Arickx, Mortier, Pierlet, Van Wilder & Bormans, 2008, p. 45).<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Gedurende heel deze procedure kan de aanvrager aan de CTG vragen gehoord te worden. Hierdoor worden de termijnen geschorst. Enkel de aanvrager heeft dit recht (Callens & Peers, 2008, p. 509).

figuur V.3. procedure voor terugbetaling van geneesmiddelen



Bron: Vanhaeren, e.a., 2008, p. 46.

Deze procedure zorgt voor veel druk op de CTG. De commissie moet immers binnen de 150 dagen een medicament voldoende bestudeerd en geanalyseerd hebben. Dit is niet altijd even eenvoudig. Hier komt dan ook geregeld kritiek op. Eén van die mensen is Dirk Van Duppen, arts bij geneeskunde voor het Volk. 'Als een evaluatiecommissie klaagt over de tijdsdruk, dan argumenteren de bedrijven dat ze de patiënten zo snel mogelijk willen laten genieten van hun nieuw geneesmiddel...Hoe sneller het geneesmiddel erkend, hoe sneller de kassa rinkelt' (Van Duppen, 2004, p. 87). Uit het Morse-rapport blijkt dat de mediane tijd tussen de registratie en werkelijke terugbetaling van nieuwe geneesmiddelen 340,5 dagen bedraagt (Vanhaeren, e.a., 2008, p. 47). Uit de studiedag van het parlement blijkt dat geneesmiddelen nu sneller dan vroeger terugbetaald worden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 23-30).

	Tijd tot Aanvraag mediaan in dagen	Tijd tot Vergoeding mediaan in dagen
alle aanvragen	91	340,5
meerwaardeklasse 1	227	522
meerwaardeklasse 2 en 3	77	326
weesgeneesmiddelen	232	503
ATC klasse L	126	335

Bron: Vanhaeren, e.a., 2008, p. 47

Een tweede probleem met betrekking tot de terugbetaling van geneesmiddelen is volgens Van Duppen, dat de farmaceutische industrie aanwezig is op de stemming (die met handopsteking gebeurt). Op die manier zou de industrie kunnen volgen welke experts van de CTG voor en welke tegen stemmen (Van Duppen, 12.05.2011). Luc Hutsebaut (CM) zegt hierover: 'Ik kan u verzekeren dat sommige mensen zich zeer geremd voelen in hun uitspraken in de CTG omdat enkele vertegenwoordigers van de industrie achteraan zeer vlijtig noteren wie wat zegt. En aangezien academici in hun onderzoek geregeld samenwerken met zulke bedrijven kan het wel eens gebeuren dat iemand die in de CTG erg kritisch is over een bepaald product van een bepaald bedrijf nadien van datzelfde bedrijf wel eens minder samenwerking –lees: sponsoring- zal ondervinden' (Hutsebaut, 08.06.2011).

#### 3.4.4. Herziening van de lijst van vergoedbare specialiteiten

De lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten kan aangepast worden. Er kunnen (logischerwijs) nieuwe medicamenten ingeschreven worden, vergoedingsmodaliteiten kunnen gewijzigd worden, maar ook kunnen bepaalde medicamenten geschrapt worden uit de lijst (Callens & Peers, 2008, p. 511). Dit laatste is het gevolg

van het feit dat *Evidence Based Medicine* nooit 100 % zeker is.<sup>14</sup> Een medicament kan bijvoorbeeld bepaalde nevenwerkingen hebben die eerder niet opgemerkt werden, of de budgettaire weerslag kan na een kosten-baten analyse te groot blijken. Hierdoor bestaat dan ook de mogelijkheid om de terugbetaling van geneesmiddelen te herzien. Er zijn hierbij drie mogelijke procedures te onderscheiden: individuele herziening, groepsgewijze herziening en a posteriori herziening (Callens & peers, 2008, p. 519). Enkel de groepsgewijze herziening zal verder in deze meesterproef behandeld worden, omdat hier de invloed van het Nieuw-Zeelandse model geldt.

### 3.5. Oorzaken van de hoge uitgaven voor geneesmiddelen

Meerdere factoren beïnvloeden het geneesmiddelenverbruik en zo ook de uitgaven voor geneesmiddelen. Ten eerste zorgt de demografische evolutie, met name de vergrijzing, voor een hoger geneesmiddelenverbruik. Ten tweede is het consumptiepatroon dat gekenmerkt wordt door de patiënt als actieve consument van belang, alsook de medicalisering van de samenleving onder invloed van de vooruitgang van de wetenschap (ten derde). Ten vierde is het voorschrijfgedrag van artsen en de daarmee samenhangende reclame een niet te verwaarlozen determinant van de uitgaven. Ten vijfde is

---

<sup>14</sup> Evidence Based Medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 2011). Wel moet vermeld worden dat Evidence Based Medicine niet perfect is. Er hoort naar gestreefd te worden, maar men mag nooit vergeten dat ook hier geregeld fouten gemaakt worden. Zo vermeld Van Duppen dat men ook in Nieuw-Zeeland fouten maakt: 'Je had daar een voorbeeld van een cholesterolverlager, Lescol, dat ze eerst geselecteerd hebben, die eigenlijk klinisch inferieur was aan de andere cholesterolverlagers, waardoor je eigenlijk problemen had. Dus het werkte niet genoeg. Maar ze hebben zeer snel en soepel overgeschakeld op Simvastatine'. Wel vermeld Van Duppen in eenzelfde adem dat in Nieuw-Zeeland Zocor al jaren vroeger werd terugbetaald voor hartinfarctpatiënten dan bij ons (Van Duppen, 12.05.2011).

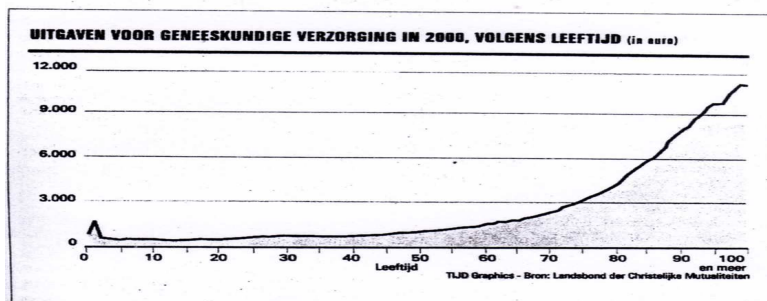
de regulering van de overheid van de registratie van geneesmiddelen en van de bepaling van de terugbetalingstarieven en voorwaarden van tel. Ten zesde is het groeiende aanbod van geneesmiddelen van belang. Tot slot speelt de hoge kostprijs van geneesmiddelen, marketing en de patenten een grote rol.

### 3.5.1. Vergrijzing

Een van de oorzaken van de hoge uitgaven in de gezondheidszorg is de vergrijzing. Terwijl in 1981 slechts 13,6 % van de Vlamingen ouder was dan 65 jaar, is dit percentage toegenomen tot 17,9 % in 2008 en voorspelt men dat in 2020 een op vijf Vlamingen ouder zal zijn dan 65 jaar (Vanderleyden, e.a., 2009, p. 21). Wie in West-Europa geboren wordt, zal gemiddeld 80 jaar worden en het grootste deel van zijn of haar leven in goede gezondheid verkeren (Vanderleyden, e.a., 2009, p. 156). Het aantal gezonde levensjaren neemt immers ook toe. Dit is het gevolg van een meer toegankelijke gezondheidszorg, gezondere voeding en betere geneeskunde. Ondanks de veel gehoorde negatieve voorspellingen omtrent de kosten van de vergrijzing, gaan er ook stemmen op die zeggen dat de kostprijs van de vergrijzing al bij al relatief beperkt zal zijn. Dankzij de compressie van de morbiditeit zijn het immers vooral het aantal gezonde levensjaren die toenemen (Callens & Peers, 2008, p. 33).

Desondanks kampen ouderen aanzienlijk vaker met gezondheidsproblemen dan jongere mensen: uit de studie 'De sociale staat van Vlaanderen' blijkt dat meer dan de helft van de 75-plussers een langdurige aandoening heeft. Eén op de drie thuiswonende 65-plussers en nagenoeg één op de twee 80-plussers vallen minstens eenmaal per jaar, wat tot mobiliteitsproblemen aanleiding kan geven. Ouderen hebben ook veel vaker last van chronische aandoeningen. Meer dan één op drie Vlamingen zullen voor hun 75 jaar kanker krijgen. Ook is er een verband tussen leeftijd en depressie. Ouderen zijn vaker depressief dan jongeren. Zo neemt ongeveer de helft van de rusthuisbewoners antidepressiva en één op vier krijgt antipsychotica. Een logisch gevolg is dan ook dat 65-plussers vaker

contact met de huisarts hebben in vergelijking met jongere mensen. 80 % van de 75-plussers neemt dagelijks één geneesmiddel in en 36 % neemt dagelijks meer dan vier geneesmiddelen in. 60-plussers consumeren niet minder dan 60 % van alle geneesmiddelen (Vanderleyden, e.a., 2009, pp. 159-160). Uit een studie van het KCE blijkt dat slechts 1,4 % van de Belgen in een rusthuis of een rust- en verzorgingstehuis woont. Desondanks zouden deze mensen niet minder dan 5,6 % van de publieke uitgaven voor geneesmiddelen voor hun rekening nemen (123 miljoen euro per jaar) (KCE, 2006, p. 13). Het RIZIV betaalt maandelijks 90 euro terug voor farmaceutische producten per bewoner van een rusthuis of een rust- en verzorgingstehuis (KCE, 2006, p. 120).



Bron: De Leus & Huybrechts, 2007, p. 71.

### 3.5.2. Over-en onderconsumptie

Men consumeert steeds meer geneesmiddelen. Cijfers van het RIZIV tonen aan dat de Vlaming in 2006 57 % meer terugbetaalde geneesmiddelen gebruikt dan in 1996. In 2006 waren de meest gegeerde geneesmiddelen: geneesmiddelen tegen hart- en vaatlijden, hoge bloeddruk, antidepressiva en psychotrope geneesmiddelen, middelen tegen maagzweer, maagzuur, darmproblemen en diabetes. Ook worden cholesterolverlagers steeds meer gekocht. Een

verklaring hiervoor zou de shift van acute naar chronische behandeling, zoals ADHD, diabetes, hoge bloeddruk, ... kunnen zijn. Men verwacht dat deze trend zich zal voortzetten. Immers, door slechte eetgewoontes, veroudering van de bevolking en overgewicht zal bijvoorbeeld het aantal patiënten met suikerziekte enkel nog toenemen.

De Vlaming doet zowel aan over- als aan onderconsumptie van geneesmiddelen. Volgens de apothekers is er het meeste overconsumptie van pijnstillers, koortswerende middelen, slaapmiddelen en kalmeermiddelen (Vanderleyden, e.a., 2009, pp. 180-182). Dit kan deels verklaard worden door 'moral hazard'. Doordat de overheid een groot deel van de kosten terugbetaalt, ondervindt de patiënt de financiële gevolgen van zijn overconsumptie niet zo sterk (De Leus & Huybrechts, 2007, p. 75). Onderconsumptie daarentegen kan het gevolg zijn van het te laat vaststellen van een ziekte, het niet beschikbaar zijn van een geneesmiddel voor financieel kwetsbare groepen, of de beperkte en trage toegang tot nieuwe geneesmiddelen (Vanderleyden, e.a., 2009, pp. 180-182). Uit een rapport van het KCE blijkt dat de helft van de bewoners van rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen met minstens één potentieel probleem kampt doordat te weinig geneesmiddelen voorgeschreven worden (KCE, 2006, p. 13).

De Vlaming is de voorbije dertig jaar geëvolueerd van een passieve zorggebruiker naar een actieve gezondheidszorgconsument. De patiënt lijkt zich in toenemende mate bewust te zijn van zijn rechten als patiënt. Zo zijn er bijvoorbeeld meer zelfhulpgroepen ontstaan (Vanderleyden, e.a., 2009, pp. 185-186) en is het 'informed-consent' een vanzelfsprekend begrip geworden in de arts-patiënt relatie. Een andere indicatie van de actievere patiënt is de invoering van de wet van 22 augustus 2002 'betreffende de rechten van de patiënt' (Vanderleyden, e.a., 2009, pp. 188-189). Men consumeert dezer dagen dus veel actiever een gezonde levensstijl. De media, medische beroepen en de farmaceutische sector propageren die gezonde levensstijl. Een voorbeeld van die toenemende belangstelling voor een gezond lichaam is de succesvolle opkomst van de fitnessindustrie. Een belangrijke voetnoot bij deze nieuwe

consumptiecultuur is dat ze verschilt naargelang de sociaal-economische en culturele context (Schepers, 2007, p.102).

### 3.5.3. Medicalisering

Medicalisering kan gedefinieerd worden als ‘het proces waarbij het menselijk bestaan steeds meer in het perspectief van gezondheid en ziekte wordt geplaatst’ of als ‘de wijze waarop medische concepten en praktijken worden uitgebreid en toegepast op andere domeinen van het sociale, politieke en culturele leven’ (Schepers, 2007, p. 135). Doordat meer en meer aspecten van het leven geassocieerd worden met gezondheid zal men ongetwijfeld ook in toenemende mate een beroep doen op gezondheidsbevorderende geneesmiddelen. Het medicaliseringsproces leidt ertoe dat men in toenemende mate streeft naar een gezonde levenswijze. Ook zal men steeds meer zich het professionele vocabularium aanmeten. Dit noemt men het proces van protoprofessionalisering.

Volgens sommige auteurs, zoals Eliot Freidson en Irving Kenneth Zola, liggen de oorzaken van dit proces van medicalisering bij de artsen zelf. Deze zouden hun bevoegdheid om ‘medische problemen te construeren’ hebben gebruikt om hun werkterrein uit te breiden. Artsen benoemen steeds meer gedrag als ‘ongezond’ gedrag. De opkomst van ADHD en ADD vormen hiervan een illustratie. Op die manier kan de geneeskunde ook een belangrijke bedreiging vormen van de gezondheid. Dit fenomeen noemt men iatrogenese.

Volgens Peter Conrad en Joseph Schneider bestaat het medicaliseringsproces uit meerdere stadia. Ten eerste wordt een bepaalde vorm van gedrag als afwijkend bestempeld. Vervolgens wordt een medische benadering van dit gedrag in een medisch tijdschrift aangekondigd. In de derde fase wordt dit probleem door medische belangengroepen zoals artsen en de farmaceutische industrie opgeëist. Hierna moet het afwijkend gedrag als legitiem worden aanvaard. Het medicaliseringsproces is tot slot voltooid wanneer het afwijkend gedrag geïnstitutionaliseerd is. Dit model toont aan dat het een erg onzeker proces is dat alle richtingen kan

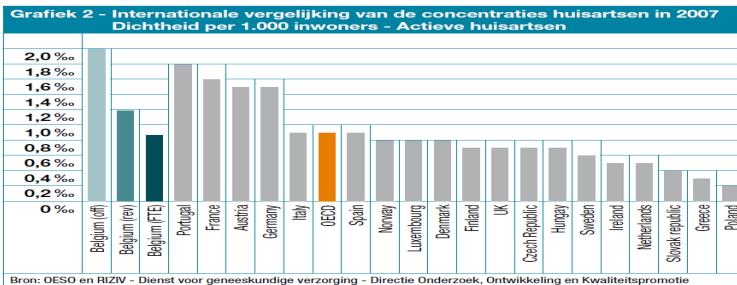


uitgaan. Soms slaagt men erin om een geneesmiddel te institutionaliseren, zoals het geval was bij ADHD. Vele belangengroepen konden immers voordeel halen uit het institutionaliseren van ADHD. De farmaceutische sector zou meer geneesmiddelen verkopen, de leerkrachten zouden gemakkelijker de klas in toom kunnen houden en de ouders zouden geen schuld meer hebben als er iets misliep bij de opvoeding van hun kinderen.

Medicalisering kan echter niet uitsluitend als negatief beschouwd worden. Zo kan dit proces er ook voor zorgen dat een voordien niet erkend medisch probleem nu wel erkend wordt. Denk hierbij maar aan het chronisch vermoeidheidssyndroom (Schepers, 2007, pp. 135-140). Een belangrijk gevolg van het medicaliseringsproces is evenwel dat er veel meer een beroep wordt gedaan op de gezondheidszorg.

#### 3.5.4. Voorschrijfgedrag van artsen en reclame

Aangezien de arts zelf middelen en behandelingen voorschrijft kan hij de vraag naar zijn eigen diensten beïnvloeden. Een deel van de consumptie wordt dan ook door de verstrekker zelf bepaald. Bovendien wordt de arts vergoed per behandeling. Door meer behandelingen voor te schrijven kan de arts dus een groter inkomen genereren. Vergoeding per prestatie leidt vaak tot overconsumptie, wat een hoge kost voor de patiënt en de gezondheidszorg met zich meebrengt. Dit proces wordt versterkt door het relatief grote aantal artsen per inwoner in België (De Leus & Huybrechts, 2007, pp. 171-172). Het aantal geneesheren is tussen 2000 (28.999) en 2008 (31.281) elk jaar met 1 % toegenomen. Het aantal huisartsen is nagenoeg constant gebleven in diezelfde periode (RIZIV, 2009, p. 119).



- De 1° kolom stemt overeen met het cijfer van 2007 dat aan de OESO is bezorgd en dat gebaseerd is op het aantal ingeschreven artsen (België, officiële cijfers 2007).
- De 2° kolom stemt overeen met het aantal huisartsen dat een activiteitsdrempel van 500 patiëntencontacten per jaar haalt (België, herziene cijfers 2008)
- De 3° kolom stemt overeen met het aantal voltijds equivalenten (VTE) in de algemene geneeskunde (België, cijfers 2008 in VTE).

Bron: RIZIV, 2010, p. 29.

Toenmalig CD&V-voorzitter Jo Vandeurzen bevestigde dit in een *De zevende dag*-optreden. Zo zei hij dat naast de hoge kostprijs van de geneesmiddelen, ook het voorschrijfgedrag van artsen aangepakt dient te worden. De artsen zouden immers vaak duurdere medicijnen voorschrijven omdat ze daar zelf beter van worden (Serneels & Rogiers, 29.11.2004, p. 4) Ook CM-voorzitter Marc Justaert laat weten dat door het voorschrijfgedrag van artsen te verbeteren men veel kan besparen in de gezondheidszorg. Zo zouden bijvoorbeeld 1.3 miljoen Belgen cholesterolverlagers (simvastatines) gebruiken (CM, 2010). Uit een onderzoek van het KCE blijkt dat er geen klinisch relevante verschillen bestaan qua nut tussen de verschillende statines die op de Belgische markt verkrijgbaar zijn (wanneer ze aan equivalente therapeutische doses worden gegeven) (KCE, 2010, p. 11). Wanneer artsen goedkopere en evenwaardige alternatieven zouden voorschrijven, zou de overheid jaarlijks niet minder dan 140 miljoen euro kunnen besparen. Ook de patiënt zou erdoor 15 miljoen euro door besparen. Uit een studie van de CM blijkt immers dat in 2009 nog steeds 50 % van de verkochte cholesterolverlagers dure merkproducten zijn. Die merkproducten zijn soms zelfs tot vijf keer duurder dan de goedkope generische middelen. Zo kost de Simvastatine Zocor (20mg 84 tabletten) 19,67 euro terwijl het

analoge product Atorvastatine Lipitor (10 mg 84 tabletten) 76,79 euro kost. Aangezien jaarlijks 227 miljoen euro van de ziekteverzekering enkel en alleen naar cholesterolverlagers gaat (in 2009 werd 255,6 miljoen euro enkel en alleen aan simvastatines uitgegeven (KCE, 2010, p. 10)), zou een beter voorschrijfgedrag van artsen zowel voor de overheid als de patiënt een enorme besparing betekenen (CM, 2010).

Geschreven informatie is één van de manieren waarmee de farmaceutische industrie de arts probeert te beïnvloeden. Deze manier kan niet los gezien worden van de globale marketingstrategie. Uit onderzoek met focusgroepen is immers al gebleken dat artsen het moeilijk hebben om reclame en wetenschappelijke informatie te onderscheiden (KCE, 2007, p. 11). Volgens Van Duppen heeft reclame een zeer negatief effect op het voorschrijfgedrag van artsen. Reclame, vaak verborgen als een wetenschappelijk artikel, beïnvloedt de patiënt, die op zijn beurt de arts onder druk zet om een bepaald medicament voor te schrijven (Van Duppen, 2004, p. 170). In de periode 1991-2000 hebben de negen voornaamste farmaceutische bedrijven 316 miljard US dollar uitgegeven aan marketing en beheerskosten, tegenover 113 miljard US dollar aan kosten voor wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling. Dit is 2,8 keer meer (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 06.07.2004, p. 10). Uit een studie van het Duitse instituut voor *Evidence Based Medicine (EBM)* blijkt dat maar liefst 94 % van de informatie in advertenties, brochures of gratis tijdschriften voor dokters geen enkele wetenschappelijke basis heeft. Zo tracht de geneesmiddelenindustrie de arts via reclame te beïnvloeden, wat een irrationeel voorschrijfgedrag als gevolg kan hebben (Van Duppen, 2004, p. 182). Uit onderzoek van het KCE blijkt dat de meerderheid van de boodschappen in advertenties geen of zeer weinig werkelijke informatie bevatten. Veel advertenties geven informatie over de toedieningswijze of over de prijs. Slechts een zesde van de beweringen zou 'well supported' zijn, waarbij de helft gebaseerd is op de bijsluiter. Er zou weerstand zijn ten aanzien van de zogenaamde wetenschappelijke informatie die van de industrie komt. Het KCE besluit dan ook dat er momenteel nog te weinig rekening wordt gehouden met *evidence based* inhoud van advertenties. Er

bestaan belangrijke verschillen tussen de informatie die de industrie verspreid en de informatie die van onafhankelijke bronnen komt. De reglementering is momenteel te weinig restrictief, aldus het KCE (KCE, 2007, p. 11). Agressieve reclame leidt ertoe dat artsen vaak duurdere producten voorschrijven terwijl er een goedkoper alternatief beschikbaar is. In België bedraagt het aandeel voorschriften voor generische producten slechts 10 %, in vergelijking met 40 % bij onze buurlanden (Van Duppen, Hutsebaut, & Coeckelbergh, 2005, p.7). Wel zijn deze cijfers aan het veranderen in het voordeel van voorschriften voor generische geneesmiddelen (door onder andere de invoering van het referentietrugbetalingssysteem dat in 2001 werd ingevoerd en door het uit patent gaan van enkele veel gebruikte geneesmiddelen). Om de ethisch weinig verantwoorde manipulaties van sommige bedrijven tegen te gaan werd een wetsontwerp op 6 juli 2004 goedgekeurd. Hierin staat als basisprincipe dat het verboden is premies en voordelen te beloven, aan te bieden of toe te kennen aan al diegenen die gemachtigd zijn tot het voorschrijven, afleveren of toedienen van geneesmiddelen en aan al wie zich geneesmiddelen aanschafft. Ook heeft de farmaceutische industrie in 2004 een deontologische code opgesteld waarin een groot deel gewijd is aan de betrekkingen met de gezondheidsmedewerkers (De Kamer van Volksvertegenwoordigers, 06.07.2004, p. 9). Yolande Avontroodt (VLD) geeft aan dat de farmaceutische industrie artsen onder druk zet om bepaalde geneesmiddelen voor te schrijven. Dit moet dan ook tegengegaan worden volgens de VLD' ster. Dit gebeurt succesvol volgens Avontroodt door de zonet besproken gedragscode. Volgens Maya Detiege (sp.a) werkt deze gedragscode echter niet omdat niet alle bedrijven ze ondertekend hebben. Volgens Detiege leidt dit tot concurrentievervalsing. Zelfregulering is volgens haar dan ook geen sluitend systeem (Peuterman, 13.04.2005, p. 100). Uit een rapport van het RIZIV (2006) blijkt dat de hoge prijzen van de geneesmiddelen, meer dan het toenemend gebruik ervan, tot buitensporige uitgaven in de gezondheidszorg leiden. De prijsverlagingen die de laatste jaren voor enkele belangrijke producten werden opgelegd, leidden tot een switch naar duurdere, nieuwe producten. Dit wordt verklaard door de verregaande

marketingcampagnes die nieuwe maar niet noodzakelijk betere, middelen aanprijzen (Cochez, 27.03.2006, p. 99). Hutsebaut (CM): 'Tenzij voor de tewerkstelling van marketeers en vertegenwoordigers, zie ik daar eigenlijk niet veel nut van. Volgens mij moet je enkel het bestaan van uw product bekend maken. En dat is ook altijd de stelling van de farma-industrie in België geweest: wij doen niet aan marketing, wij geven informatie. Nu, ik vind dat die informatie toch wel heel dikwijls verwordt tot marketing. Een product dat goede kwaliteiten heeft, dat verkoopt zichzelf. Een product dat werkelijk goed is, dat werkelijk meerwaarde biedt, dat ga je binnen de kortste keren zien gebruiken voor alle patiënten' (Hutsebaut, 08.06.2011). Volgens Marleen Temmerman (sp.a) moeten we meer met richtlijnen voor artsen beginnen te werken: 'Als het niet centraal opgelegd wordt, dan duurt dat lang. Tot twee jaar geleden zijn wij (in mijn dienst) blijven voorschrijven wat er in onze pen zat. Eigenlijk zonder weinig besef van de prijs. Het zijn de mutualiteiten de patiëntenverenigingen, de patiënten zelf, en uiteindelijk de overheid die de richtlijnen moeten vaststellen. Want het voorschrijfgedrag van artsen wordt voor een stukje bepaald door de kennis die ze in hun eerdere scholing opgedaan hebben en voor een stukje de nascholing. Maar wie organiseert die nascholing?' (Temmerman, 05.06.2011).

Dat promotie van geneesmiddelen door de farmaceutische industrie een probleem is, wordt erkend door gewezen Minister van Sociale Zaken Rudy Demotte. Hij verklaarde dat deze niet te stoppen zou zijn. Via een wet tegen overdreven promotie en een heffing op die promotie wou Demotte in 2005 dit probleem aanpakken. Een algemeen verbod op elke vorm van promotie van geneesmiddelen is volgens Demotte evenwel niet aan de orde omdat de geneesmiddelenbedrijven belangrijk zijn voor wetenschappelijk onderzoek en werkgelegenheid (Martens, 17.11.2004, p. 31). In het wetsontwerp van 28 maart 2006 werkte Demotte dit uit. Daarin staat dat de farmaceutische industrie gestimuleerd wordt om de onverantwoord hoge uitgaven voor publiciteit, marketing en promotie terug te schroeven. Ondernemingen die vrijwillig die uitgaven terugschroeven zouden van een heffingsvermindering

kunnen genieten (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 28.03.2006, p. 4). Desondanks lijkt er nog steeds een grote nood te zijn aan een rationeler en meer *evidence based* voorschrijfgedrag.

### 3.5.5. De overheidsregulering

In de periode 1993-2005 zijn zowel de uitgaven ten laste van de ziekteverzekering als die ten laste van de patiënt sterk toegenomen. Er zijn in deze periode veel maatregelen genomen om de uitgaven van de patiënt te beperken, alsook maatregelen die een duidelijke meerkost voor de patiënt inhouden. Dit is vooral het geval binnen de geneesmiddelensector (Avalosse, e.a., 2006, p. 57). Tussen 1993 en 2005 werden steeds meer geneesmiddelen goedgekeurd met een kleiner indicatiegebied en dit voor een steeds hogere prijs (Avalosse, e.a., 2006, p. 64).

In 2001 heeft Frank Vandenbroucke het referentietrugbetalingssysteem voor geneesmiddelen ingevoerd. Dit houdt in dat men geneesmiddelen terugbetaalt volgens het niveau van hun goedkopere alternatieven (voornamelijk generische geneesmiddelen). Wanneer een arts een product voorschrijft waarvoor een goedkoper alternatief bestaat, dan zal de patiënt voor dit product dus meer moeten betalen. Doordat de arts nu echter nog steeds vaak de originele geneesmiddelen blijkt voor te schrijven waarvoor er een generisch alternatief bestaat, betekent deze maatregel echter vooral een bijkomende kost voor de patiënt. De uitgaven worden zo simpelweg overgeheveld van de ziekteverzekering naar de patiënt (ongeveer 50 miljoen euro) (Avalosse, e.a., 2006, pp. 79-80).

Naast het referentietrugbetalingssysteem zijn er meerdere maatregelen genomen waardoor de kosten van sommige geneesmiddelen voor de patiënt zijn toegenomen. De maatregel die in 2001 werd genomen met betrekking tot enkele maagzuurremmers is hier een goed voorbeeld van: sinds 2001 is de prijs van bepaalde maagzuurremmers gedaald, in ruil voor de afschaffing van het voorafgaandelijk akkoord van de adviserend geneesheer voor de

terugbetaling ervan. Doordat een voorafgaandelijk akkoord van een arts niet meer nodig was, werd er een sterke stijging in het gebruik van deze geneesmiddelen vastgesteld. De jaarlijkse kosten van deze maagzuurremmers voor het RIZIV namen tussen 2001 en 2004 toe van 119 miljoen euro tot 149 miljoen euro. Ondanks de prijsdaling heeft deze maatregel dus gezorgd voor een aanzienlijke bijkomende kost voor het RIZIV (Avalosse, e.a., 2006, pp. 64-67).

### 3.5.6. Toename van het geneesmiddelenaanbod

Vervolgens is ook het geneesmiddelenaanbod van belang om de medische consumptie te verklaren. Van zodra er nieuwe medische behandelingen ontstaan, ontstaat er ook meteen een vraag naar (Schepers, 2007, p. 84). Uit de studie 'De sociale staat van Vlaanderen' blijkt dat de voorbije dertig jaar het zorgaanbod enorm is uitgebreid en gedifferentieerd geworden (Vanderleyden, e.a., 2009, p. 174). België scoort op vlak van het ruime aanbod en de hoge graad van beschikbaarheid dan ook het hoogst in een vergelijkende studie over de gezondheidszorg in Europa (2007) (Callens & Peers, 2008, p. 24). Wanneer het aanbod de vraag beïnvloedt, zal door een toenemend aanbod het verbruik logischerwijs ook toenemen, en zo dus ook de uitgaven. Een beleid dat eerder gebaseerd is op de behoeftes, zal een kleiner aanbod hebben, maar zal hier wel veel efficiënter mee omgaan.

### 3.5.7. Hoge kostprijs van geneesmiddelen en patenten

Tot slot verklaart de hoge prijs van de geneesmiddelen (deels) de hoge uitgaven van de gezondheidszorg. Volgens Dirk van Duppen zijn de prijzen van de geneesmiddelen op de Belgische markt veel te hoog. De cholesterolremmer Zocor zou in Nederland altijd al 26 % goedkoper zijn geweest dan in België, in Frankrijk zelfs 35 % goedkoper. In vergelijking met Nieuw-Zeeland zijn de prijzen van geneesmiddelen uit patent in België tot 80 % duurder (Van Duppen,

2004, p. 73). Volgens Leo Neels van Pharma.be zijn de beweringen van de arts Van Duppen niet correct. De prijzen van de geneesmiddelen zouden helemaal niet te duur zijn. De prijzen in België zouden zelfs tot 19 % lager liggen dan in onze buurlanden (Cochez, 26.10.2004, p. 7). Volgens een verslag van enkele senatoren zijn de prijzen van de geneesmiddelen in België hoger dan in de ons omringende landen. Deze senatoren spreken Neels dan ook tegen (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 115-119).

De prijs van nieuwe geneesmiddelen wordt bepaald door de productie- en distributiekosten en door het geld dat door de farmaceutische industrie wordt uitgegeven aan Onderzoek & Ontwikkeling (O&O). Joris Van Assche, Afgevaardigd bestuurder FeBelGen: 'Vooraleer een geneesmiddel op de markt gezet wordt nadat de molecule ontdekt is geweest verloopt immers 11 à 12 jaar. Dat is een heel lange periode...met gigantische investeringen. Big Pharma zegt dat het om anderhalf miljard euro gaat; de facto ligt dit bedrag vaak veel lager, maar het gaat nog altijd over enorm zware investeringen' (Van Assche, 07.07.2011). De industrie heeft dan ook het recht een vergoeding te vragen voor de kosten die het in O&O van een medicijn heeft gestoken. Die vergoeding verkrijgt ze doordat ze voor een bepaalde periode het alleenrecht op de verkoop van zulke producten heeft (een patent). Na afloop van het patent daalt de prijs van het geneesmiddel sterk doordat het nieuwe geneesmiddel in concurrentie treedt met 'de witte producten' die op de markt verschijnen. Die laatste zijn geneesmiddelen die de productiemethode van het nieuwe geneesmiddel kopiëren en dus geen geld hebben uitgegeven aan O&O. Dankzij het bestaan van patenten wordt O&O, wat broodnodig is, sterk gestimuleerd (De Leus & Huybrechts, 2007, pp. 174-178). Volgens Van Duppen deelt men echter te snel patenten uit voor geneesmiddelen die hoegenaamd niet beter zijn dan reeds bestaande geneesmiddelen (*me-too's*). Volgens Van Duppen hebben patenten dan ook niet veel te maken met innovatie, aangezien ze vaak uitgedeeld worden voor geneesmiddelen die niet beter werken dan andere reeds bestaande geneesmiddelen. Nu moet een geneesmiddel om erkend te worden,



simpelweg beter werken dan een placebo.<sup>15</sup> Volgens Van Duppen heeft innovatie alles te maken met 'beter werken dan het best bestaande product dat zich reeds op de markt bevindt', en dus niet met patenten (Van Duppen, 12.05.2011).<sup>16</sup> Herman Van Eeckhout, Adjunct-algemeen directeur van pharma.be, erkent dat patenten weinig te maken hebben met échte innovatie: 'Brengt een geneesmiddel iets bij, is het innovatief? Dat heeft met een patent as such niets te maken. Een patent heeft betrekking op een nieuwe stof: als die nog niet bestond, dan krijg je daar een patent op' (Van Eeckhout, 18.07.2011). Een patent lijkt in die optiek te gaan over of een product nieuw is, een andere toedieningsvorm of chemische samenstelling kent. Ook volgens Joris Van Assche worden te snel patenten uitgereikt aan nieuwe geneesmiddelen (Van Assche, 07.07.2011). Dit is de reden waarom volgens Van Duppen geen onderscheid moet gemaakt worden tussen in- en uitpatentgeneesmiddelen wanneer men een openbare aanbesteding uitvoert (hier wordt verder nog dieper op ingegaan). Hutsebaut erkent dat zulke producten een patent verdienen aangezien ze anders zijn, maar vindt net zoals Van Duppen, dat men bij een openbare aanbesteding hier geen rekening mee moet houden: 'Als je toelaat een keuze op ATC-niveau 4 te maken [dit wordt verder uitgelegd onder punt 5.2], dan ga je automatisch geconfronteerd worden met het feit dat je binnen een groep producten hebt buiten patent en dus al aan potentieel lagere prijzen, versus andere producten die nog binnen patent zijn aan veel hogere prijzen. Maar er is buiten dat patent-aspect met als gevolg dat de prijzen verschillen, geen enkele

---

<sup>15</sup> Van Duppen: 'om een product te laten erkennen op de markt dat je in twee RCT's (gerandomiseerde controlled trials) moet bewijzen dat het effectiever is dat placebo. Das een groot probleem want ge kunt 8 RCT's hebben dat het niet actief is en twee bij toeval wel en dan is het nog erkend... Het zou moeten zijn dat je moet vergelijken met het best bestaande product op dit moment op de markt' (Van Duppen, 12.05.2011).

<sup>16</sup> We maken zodus een onderscheid tussen O&O en innovatie. Waar innovatie doelt op een vernieuwend geneesmiddel, met een meerwaarde ten opzichte van reeds bestaande geneesmiddelen, doet O&O dat niet altijd. O&O kan ook gebeuren naar varianten van reeds bestaande geneesmiddelen.

rationele reden om het ene boven het ander te verkiezen. Dan moet je die producten toch allemaal meepakken? En dat is een gevolg. Dat gaat voort op wat we daarjuist zeiden: bedrijven moeten investeren in O&O naar nieuwe producten' (Hutsebaut, 08.06.2011).

Ondanks het bestaan van patenten vindt de industrie dat de prijsdruk erg groot is. In 2004 betaalde de farmaceutische industrie 12,8 % omzetheffingen terug aan de sociale zekerheid. In februari 2005 waarschuwde de industrie dat het voortbestaan van innovatief onderzoek in België hierdoor in het gedrang kan komen. Iets later in datzelfde jaar werd een *Pax farmaceutica* gesloten. Dit houdt in dat farmaceutische bedrijven die in België aan O&O doen van een belastingverlaging kunnen genieten (De Leus & Huybrechts, 2007, pp. 174-178). Terwijl de farmaceutische sector de reden voor de hoge prijzen van de geneesmiddelen bij O&O legt, leggen anderen die reden bij het enorme winstbejag van de farmaceutische sector. Volgens Van Duppen gebeurt het meeste onderzoek niet naar nieuwe geneesmiddelen, maar naar imitaties of aanpassingen van reeds bestaande succesvolle middelen, de zogenaamde *me-too's*, met het oog op het verwerven van patenten (Van Duppen, 2004, p.115). Die *me-too's* zouden vaak niet eens een meerwaarde bieden ten aanzien van de reeds bestaande geneesmiddelen. Volgens Van Duppen zijn niet minder dan 85 % van de nieuwe geneesmiddelen *me-too's*. Die geneesmiddelen worden tegen een veel hogere prijs verkocht dan de gelijkwaardige, reeds bestaande varianten (Van Duppen, 2004, pp. 121-122). Een deel van de hoge kostprijs van geneesmiddelen is te wijten aan het feit dat patenten worden toegekend aan geneesmiddelen die geen therapeutische meerwaarde bieden ten aanzien van reeds bestaande geneesmiddelen. De industrie speelt daar op in door te stellen dat aan de patiënt alle mogelijke middelen moeten worden aangeboden om de gezondheid te bevorderen. Echter, wanneer de meerwaarde zo beperkt is en de kostprijs in verhouding heel hoog is, is het niet logisch om een nieuw product voorrang te geven op een goedkoop reeds bestaand product. In de *pax farmaceutica* wordt voorzien dat enkel geneesmiddelen met een duidelijke meerwaarde sneller worden terugbetaald (De Leus & Huybrechts, 2007, pp. 174-178). Van Eeckhout (pharma.be) erkent dat het zinvol is als overheid om artsen aan te sporen een goedkoper

product voor te schrijven bij de start van een behandeling, wanneer een duurdere variant geen meerwaarde heeft (Van Eeckhout, 18.07.2011). Een ander punt van kritiek is dat de kosten om een geneesmiddel te ontwikkelen helemaal niet zo hoog zouden zijn als de farmaceutische industrie beweert. Een veel groter deel van de kosten zou immers naar marketing en administratie gaan. Dit zijn ook kosten die verrekend worden in de prijs van een geneesmiddel (Van Duppen, 2004, p.149). Piet Vanden Bussche, voorzitter van het Vlaams Huisartsenparlement, vraagt zich in een hoorzitting in het parlement dan ook luidop af of de promotiekosten van de industrie wel door de overheid betaald dienen te worden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 58-62). De ziekteverzekering financiert op die manier de marketing die mee aan de basis ligt van te veel en verkeerd gebruik, alsook van de hoge kostprijen van geneesmiddelen (Van Duppen, 2004, p. 199).

### 3.6. De hoge uitgaven voor de gezondheidszorg: implicaties en oplossingen

Een gevolg van de hoge kostprijs van geneesmiddelen is dat de overheid haar budget moeilijk onder controle kan houden. Bovendien creëren hoge geneesmiddelenprijzen ongelijke toegang tot de zorg (voor meer informatie zie bijlage 12). Als antwoord op deze problemen werden reeds enkele maatregelen voorgesteld. De voornaamste zijn: preferentiële vergoedingen, de maximumfactuur (MAF), de derdebetalersregeling, het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF), het referentierugbetalingssysteem, voorschrijven op stofnaam (VOS), prijsvermindering en bedrijfsheffingen (voor meer informatie zie bijlage 13).

#### 4. Het kiwimodel verschijnt op het toneel

##### 4.1. Van Duppen en Stevaert: estafetteploeg naar de politieke agenda

Wat is de levensduur van een boek? Hoop en al drie weken, weten uitgeverij. En het gros verdwijnt zelfs volledig onopgemerkt in de vergetelheid. Dat is zeker niet het geval met De Cholesteroloorlog van dokter Dirk Van Duppen (Roox, 18.12.2004, p. 6).

Uit het voorgaande is ten eerste gebleken dat de kosten voor de gezondheidszorg voor een deel van de patiënten moeilijk te dragen zijn. De patiënten hebben er dus belang bij dat de kosten voor de zorg dalen. Omdat een groot deel van de bevolking met dit probleem te kampen krijgt zijn de hoge uitgaven voor de gezondheidszorg een sociaal probleem. Via directe communicatie worden sociale problemen zichtbaar zoals volgende uitspraak van Jacques Germeaux, voormalig VLD-lid en arts, aantoonde: '80-90 % van mijn patiënten zijn van niet-Belgische origine. Ik had veel Italiaanse patiënten die mij altijd gewag maakten hoe duur de medicamenten in België wel niet zijn, in tegenstelling tot Italië' (Germeaux, 25.05.2011). Ten tweede is er, volgens de Nationale bank, in 2003 een structureel tekort in de Belgische begroting ten belope van 0,9 %. Ook voor 2004 en 2005 voorspelt men een structureel tekort (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 21.12.2004, p. 5). Het aandeel van het Belgische BNP dat besteed wordt aan de gezondheidszorg stijgt. In 2004 zouden de uitgaven zelfs heel wat (600 miljoen euro) uitstijgen boven de jaarlijkse groeinorm van 4,5 %.<sup>17</sup> Dit is uiteraard problematisch voor de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, alsook voor de Minister van begroting. De hoge uitgaven voor gezondheidszorg, en voor geneesmiddelen in het bijzonder, zijn dus ook problemen die door de politici zelf

---

<sup>17</sup> Later blijkt dat het tekort 513 miljoen euro bedraagt (De Belgische Senaat, 14.04.2005, p. 2).

ervaren worden. Het maatschappelijke draagvlak voor dit probleem lijkt dus voldoende groot te zijn om het op de politieke agenda te kunnen plaatsen.

Eind 2004 brengt de arts Dirk Van Duppen het boek 'De cholesterolorlog. Waarom geneesmiddelen zo duur zijn' uit waarin hij de hoge kostprijs van de geneesmiddelen aanklaagt, alsook de "trucjes" waarmee de farma-industrie miljardenwinsten maakt. Van Duppen is lid van de Partij van de Arbeid (PVDA) en dokter bij Geneeskunde voor het Volk, een vereniging van geneeskundigen die gratis geneeskunde aanbiedt. Met de uitgave van zijn boek poogt Dirk Van Duppen de hoge kostprijs van de geneesmiddelen in de politieke belangstelling te plaatsen.<sup>18</sup> Hij ontleedt vanuit links gezichtspunt de oorzaken van die hoge prijzen en stelt in zijn boek ook meteen een alternatief geneesmiddelenbeleid voor. De overheid hoort per geneesmiddelengroep de beste producten te selecteren en vervolgens via openbare aanbesteding (of offertes) de laagste prijs ervoor te verwerven.<sup>19</sup> Dit nieuwe geneesmiddelenbeleid zou volgens Van Duppen voordelen opleveren voor de patiënten (betere en volledig terugbetaalde geneesmiddelen), voor de artsen (makkelijker om kwaliteitsvol voor te schrijven), voor de ziekteverzekering (deze zou 1,5 miljard euro kunnen besparen) en voor onderzoekers (hun werk zou op echte medische noden worden afgestemd). Enkel de aandeelhouders van de farmaceutische bedrijven zouden moeten inleveren, aldus Van Duppen (Van Duppen, 2004, pp. 8-9). Van Duppen: 'Het punt is dat geneesmiddelen, eens uit patent, erg gemakkelijk te kopiëren is. Dat is iets anders dan een BMW. Het gaat immers over één chemische stof met dikwijls een niet al te ingewikkelde procedure om het te maken waardoor dat kopiëren te vergelijken is met CD's of DVD's die even kwalitatief zijn als de

---

<sup>18</sup> De (paarse) federale regering Verhofstadt II bestaat uit de VLD, MR, Sp.a-Spirit en de PS (Wikipedia, 2011).

<sup>19</sup> Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen de openbare aanbesteding waar enkel de prijs als criteria genomen wordt en de offertes. Bij die tweede techniek kunnen ook andere criteria, naast de prijs, mee in overweging genomen worden, zoals bijvoorbeeld de bruikbaarheid van een medicament. Die tweede vorm is volgens Van Duppen ook een betere vorm om collectief te onderhandelen (Van Duppen, 12.05.2011).

oorspronkelijke. Hierdoor brengen enorm veel producenten wanneer een product uit patent gaat eenzelfde product op de markt. Hierdoor krijgt men een overaanbod van geneesmiddelen'.<sup>20</sup> Van Duppen voerde samen met zijn patiënten, de mutualiteiten en de vakbonden een ware campagne rond zijn boek (Van Duppen, 12.05.2011).

Van Duppen stelde vóór de uitgave van zijn boek ook al sinds geruime tijd de problemen van de gezondheidszorg, en meer bepaald het geneesmiddelenbeleid, aan de kaak. Zo presenteerde Elke Van Diest, Hibo (huisarts in beroepsopleiding) van de groepspraktijk van Van Duppen in 2000 de resultaten van haar onderzoek over de terugbetalingscriteria van geneesmiddelen van het RIZIV. Ze concludeert dat de criteria die bepalen of een geneesmiddel al dan niet wordt terugbetaald vaak verre van optimaal zijn. In reactie hierop verklaart Frank Vandenbroucke, toenmalig Minister van Sociale Zaken, dat de RIZIV-terugbetalingscriteria voor geneesmiddelen aangepast dienen te worden aan de nieuwe wetenschappelijke bevindingen. Naast het voeren van onderzoek, houdt Van Duppen zich ook op actievere wijze bezig met het belichten van problemen in de gezondheidszorg. In 2002 trad Van Duppen als gastspreker op op een conferentie over cholesterolverlagers, georganiseerd door het RIZIV. De jury concludeert op basis van die conferentie dat het RIZIV haar terugbetalingscriteria voor geneesmiddelen moet aanpassen. Er zijn nu immers mensen die een bepaald geneesmiddel nodig hebben en het niet terugbetaald krijgen. Andere mensen die een bepaald geneesmiddel niet nodig hebben krijgen het wel terugbetaald (Van Duppen, 2004, pp. 21-24).

In 2003 verviel het patent van de cholesterolverlager Zocor. De generische cholesterolverlagers verschijnen als paddestoelen uit de

---

<sup>20</sup> Luc Goutry sluit zich hierbij aan: '...Maar de essentie is eigenlijk dat voor heel wat geneesmiddelen wij teveel van hetzelfde hebben... maar met een ander vulmiddel, of met een andere kleur, of met een andere dosering, of de ene is een smeltpil en de andere is een siroop en de andere is een oraal te nemen geneesmiddel, maar uiteindelijk is dat allemaal hetzelfde...En waarbij je dan de vraag stelt waarop baseert men zich dan als eigenlijk hetzelfde bestanddeel erin zit... eigenlijk is het kiwimodel bedoeld om daarin ordening te brengen' (Goutry, 20.05.2011).

grond. In zijn boek merkt Van Duppen op dat de nieuwe terugbetalingscriteria enkel voor het merkproduct Zocor gelden, en niet voor de generische middelen. Dit gaat lijnrecht in tegen de adviezen van de deskundigen van het RIZIV die eerder in hun rapport hadden gesteld dat andere tabellen moesten worden gebruikt met betrekking tot het terugbetalen van geneesmiddelen. Van Duppen bestudeert het verlies van deze maatregel (wanneer de overheid goedkopere cholesterolverlagers zou hebben terugbetaald, zouden zowel patiënt als overheid minder geld hebben uitgegeven) en hangt dit aan de grote klok. De heisa rond de cholesterolverlagers die hieruit voortvloeide plaatste volgens Van Duppen het geneesmiddelendebat op de publieke agenda (Van Duppen, 2004, pp. 26-28).<sup>21</sup> In 2003 beloofde de kersverse Minister van Sociale Zaken Rudy Demotte (PS) dat hij het terugbetalingssysteem van cholesterolverlagers zal vereenvoudigen en dat hij met alle belangengroepen het beleid zal uitstippelen. Van Duppen wordt gevraagd om op 8 oktober 2003 op die ‘gezondheidsdialogen’, ingesteld door Demotte, te spreken in naam van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen.

Uit zijn verontwaardiging over de hoge kostprijs van de geneesmiddelen besluit Dirk Van Duppen een studie te maken over hoeveel er bespaard kan worden wanneer het Nieuw-Zeelandse model van openbare aanbesteding in België zou toegepast worden. De ziekteverzekering zou volgens de arts niet minder dan 1,5 miljard euro kunnen besparen. In een seminarie van Geneeskunde voor het Volk ging iedereen akkoord om campagne te voeren voor een wetsvoorstel voor goedkopere geneesmiddelen. Ze zouden 100.000 handtekeningen proberen te verzamelen. Op zondag 21 december 2003 organiseren enkele huisartsen (waaronder Van Duppen) een wandeling naar het huis van Minister van Sociale Zaken Rudy Demotte om de hoge prijzen van de geneesmiddelen aan te klagen (Van Duppen, 2004, pp. 38-50). Na de uitgave van ‘de cholesteroloorlog’ van Van Duppen leek het probleem definitief op de publieke agenda te staan. Er verschijnen tal van artikels over het

---

<sup>21</sup> De publieke agenda wordt gevormd door alle problemen die de aandacht krijgen van burgers en van maatschappelijke groeperingen.

Nieuw-Zeelandse model in allerlei kranten en bladen. Op 3 oktober 2004 neemt Van Duppen, naast Rudy Demotte en Leo Neels (Pharma.be) deel aan een debat over het geneesmiddelenbeleid in *De Zevende Dag* (Nicole Hofkens, 02.10.2004, p. 24).

De impact van het boek van Van Duppen wordt duidelijk door de aandacht die hij krijgt van de *Artsenkrant*, een blad dat gratis onder de artsen verdeeld wordt en dat volledig door de farma-industrie gesponsord wordt. Toen het boek van Van Duppen verscheen, werd er verbazingwekkend genoeg een maand lang geen melding van gemaakt in de *Artsenkrant*. Toen duidelijk werd dat het boek in de belangstelling stond verschijnen niet minder dan 14 artikels over het Nieuw-Zeelandse model in de *Artsenkrant*, met titels als 'Van Duppen mixt ideologie met wetenschap' en 'Eerst militant, dan wetenschapper'. Zo stelt die krant Van Duppens neutraliteit in vraag omdat hij naast arts ook lid is van de marxistisch geïnspireerde PVDA. Het lijkt erop dat de *Artsenkrant* van Duppen wil marginaliseren zonder inhoudelijk op zijn argumenten in te gaan. De *Artsenkrant* richt zijn pijlen op het Nieuw-Zeelandse model van Van Duppen en wendt alle mogelijke middelen en argumenten hiervoor aan (Cochez, 29.09.2004, p. 9). Van Duppen: 'De artsenkrant heeft eerst wekenlang de deuren dicht gehouden, gezwegen in hoop dat het voorbij zou waaien om vervolgens een spervuur los te laten. Ik denk dat ze een dertigtal artikels tegen mijn boek -en tegen mijn persoon- met de zwaarste modder hebben geschreven, zonder ook maar een recht op antwoord te laten. Ik heb geprocedeerd. Ik ben 4 keer voor de rechtbank in Brussel verschenen vooraleer ze toegaven in een minnelijke schikking. Ik kreeg drie bladzijden recht op antwoord' (Van Duppen, 12.05.2011). Luc Goutry (CD&V): 'Toen hadden ze politiek wel een goed argument door erop te wijzen dat het idee kwam van de communist Dirk Van Duppen, lid van Geneeskunde van het Volk. Men zou hier toch geen communistisch systeem invoeren?!' (Goutry, 20.05.2011). Germeaux: 'De grootste fout die Dirk Van Duppen heeft gemaakt is in zijn boek het voorwoord aan Kris Merckx te geven. Hij had dat beter aan mij gegeven. Die controversie, die tegenstelling tussen de liberalenen die dat had hem uit die hoek van communisme geduwd. Nu had Leo Neels het zo gemakkelijk om hem in die hoek te duwen' (Germeaux, 25.05.2011).



De Standaard merkt later op dat de 10 grootste farma-multinationals meer winst maken dan de rest van de Fortune 500 en dat je geen PVDA'er moet zijn om hier vragen over te stellen (Roox, 18.12.2004, p. 6). Uit het voorgaande blijkt dat het model van Van Duppen nauwgezet in het oog werd gehouden en dat Van Duppen zeker en vast veel heeft bijgedragen aan het op de agenda zetten van het Nieuw-Zeelandse model (Cochez, 29.09.2004, p. 9). Dit erkent ook Goutry (Goutry, 20.05.2011).

De voorzitter van de sp.a, Steve Stevaert, altijd tuk op mediagenieke ideeën, pikte het concept van Van Duppen met bekwame spoed op en voorzag het van een sexy label. 'Het kiwimodel' was geboren (Roox, 18.12.2004, p. 6).

Na de uitgave van Van Duppens boek, kondigen de vakbonden van de sociale sector op 9 oktober 2004 aan dat ze een petitie zouden opstarten in alle non-profit instellingen van Vlaanderen en Brussel met het oog op het invoeren van de openbare aanbesteding voor geneesmiddelen in België. Walter Cornelis, nationaal secretaris van de christelijke bediendenvakbond LBC-NVK, schaart zich eveneens achter het model (Schreurs, 09.10.2004, p. 4). In een interview vermeldt Guy Peeters, nationaal secretaris van het Verbond van Socialistische Mutualiteiten, dat hij achter het kiwimodel staat, àls uit het onderzoek van Demotte zou blijken dat het kan zonder de Europese regelgeving te overtreden (Demotte had eerder aangekondigd te laten onderzoeken of het kiwimodel juridisch haalbaar was). Peeters meldt dat de tewerkstelling in de farmaceutische sector een deel van het debat vormt. Je kan die tewerkstelling niet zomaar op de tocht stellen, wel hoort niet alleen de ziekteverzekering hiervoor te betalen, aldus Peeters (Cochez, 08.11.2004, p. 6). Het kiwimodel krijgt vervolgens ook steun van de KWB (Roox, 18.12.2004, p. 6) en van de Socialistische en Christelijke mutualiteiten.

Een dag later staat in de krant *De Morgen* dat de sp.a -voorzitter Steve Stevaert de strijd aangaat met de farma-industrie. Stevaert wil de prijzen van de geneesmiddelen naar beneden krijgen en zo de uitgaven voor de gezondheidszorg uit het rood halen. Rudy Demotte,

Minister van Sociale Zaken, zegt zeer geïnteresseerd te zijn en laat de juridische haalbaarheid van het model onderzoeken. Steve Stevaert gaat zelfs nog iets verder door te zeggen de strijd te willen aanbinden met de vele nutteloze geneesmiddelen die op de markt zijn (Cochez, 09.11.2004, p. 5). Van Duppen erkent ook de rol van Stevaert om het kiwimodel op de politieke agenda te plaatsen (Van Duppen, 12.05.2011). Stevaert is tegen remgeldverhoging en tegen het verlaten van de jaarlijkse groeinorm van 4,5 %. Ook wil Stevaert de MAF niet afgeschaft zien. Aangezien het geld toch van ergens moet komen, lijkt de sp.a voorzitter veel te verwachten van het kiwimodel. Het is duidelijk dat door het grote gat in de gezondheidsbegroting de federale regering erg geïnteresseerd is in het kiwimodel (Van De Velden, 09.11.2004, p. 4). In een wetsontwerp dat enkele maanden later door de paarse regering wordt ingediend staat het volgende: 'Verschillende cijfers en ramingen werden reeds gepubliceerd met betrekking tot de omvang van de te verwachten overschrijding [van het geneesmiddelenbudget]. Eén ding is evenwel zeker, wil men de uitgaven binnen het wettelijk voorziene groeipad handhaven dan moeten dringend maatregelen genomen worden om dit objectief te realiseren. Aangezien het uitgavenpeil in de sector geneesmiddelen meer dan 10 % bedraagt daar waar in de loop van 2004 een daling werd vooropgesteld is het te verantwoorden dat er in deze sector een aantal bijzondere inspanningen worden geleverd' (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.02.2005, pp. 8-9). Van Assche (FeBelGen): 'sp.a heeft dat dan overgenomen, toen vooral met Steve Stevaert die kiwi's op de tram en op de trein is gaan uitdelen; dat was natuurlijk een goede communicatie-stunt'<sup>22</sup> (Van Assche, 07.07.2011). Stevaert zelf behaalt ook persoonlijk een overwinning zoals *De Standaard* het mooi verwoord: 'Stevaert haalde de dubbele buit binnen: beleidsmatig, en politiek-publicitair: hij werd de Robin Hood die de dure farma-industrie bestrijdt' (Tegenbos, 19.01.2005, p. 33).

Aangezien besluitvorming sociologisch gezien een afvallingskoers is, is voldoende steun voor een thema onontbeerlijk om het op de

---

<sup>22</sup>De SPA deelde flyers met informatie over het kiwimodel uit.

politieke agenda te kunnen plaatsen. Een probleem dat slechts weinig steun krijgt zal afvallen in de loop van het besluitvormingsproces. Uit het voorgaande blijkt duidelijk dat de hoge kostprijs van geneesmiddelen door individuen afzonderlijk, en door een groot deel van de maatschappij als geheel als problematisch ervaren wordt. Door directe communicatie tussen zorggebruikers onderling en tussen zorggebruikers en zorgverleners wordt dit individuele probleem immers meer en meer maatschappelijk zichtbaar en zo ook een sociaal probleem. Daarbij komt dat ook de politici de hoge kostprijs van de geneesmiddelen als een probleem beschouwen doordat de gezondheidszorgsbegroting in het rood staat. Er bestaat dus een redelijk draagvlak voor het kiwimodel. Zoals de theorie voorschrijft hoort dan een vraag geformuleerd te worden door een actiegroep, politieke partij, een perscampagne, een staking, een onderhoud met de minister, een betoging, ... Deze taak neemt Dirk Van Duppen grotendeels op zich. Van Duppen poogt (succesvol) aan de hand van zijn boek, meerdere acties en onderzoeken enkele mankementen van het geneesmiddelenbeleid in de media te brengen. Van Duppen heeft het kiwimodel proberen te verkopen en hanteerde daarbij ook populaire slogans. Hutsebaut (CM): '...ik weet dat daar politieke slogans zijn rond gemaakt en ik snap dat. Dirk Van Duppen heeft dat zo verkocht eigenlijk, en terecht: met het geld dat je kan besparen met een enkele molecule kan je het ziekenhuis hier om de hoek in Borgerhout wat toen op sluiten stond, openhouden' (Hutsebaut, 08.06.2011). Hij plaatst zo samen met enkele sociale organisaties een sociaal probleem op de publieke agenda. Volgens de theorie is een eerste weg om een probleem op de politieke agenda te plaatsen, het onderwerp onder het publiek levendig te houden. Dit doet Van Duppen succesvol op tal van wijzen. Het systeem van openbare aanbestedingen voor geneesmiddelen krijgt nadien ook steun vanuit allerlei hoeken zoals de socialistische en christelijke vakbond en de mutualiteiten. Vervolgens wordt dit voorstel overgenomen door de invloedrijke sp.a-voorzitter Steve Stevaert waardoor het kiwimodel nog gemakkelijker haar weg naar de politieke agenda kon vinden. De tweede weg om een thema op de politieke agenda te zetten is immers de rechtsreeks toegang tot de elite, de politieke besluitvormers zelf. Stevaert kon dit met gemak

bewerkstelligen en verklaarde de strijd aan te willen gaan met de farma-industrie. Stevaert en de sp.a voeren een ware campagne rond het kiwimodel. Via het uitdelen van pamfletten en het bespelen van de pers met mediagenieke uitspraken poogde de sp.a het kiwimodel - en tegelijk zichzelf als vooruitstrevende partij- op de kaart te zetten. Het kiwimodel was geboren.

#### 4.2. Het Nieuw-Zeelandse geneesmiddelenbeleid

Zoals de theorie voorschrijft volgt het ontwerpen van oplossingen op de agenda-settingfase. Na de problemen van de geneesmiddelenindustrie te hebben besproken, biedt Dirk Van Duppen in zijn boek eveneens een beleidsvoorstel aan dat de geneesmiddelen goedkoper zou maken. De mosterd hiervoor heeft hij uit Nieuw-Zeeland gehaald. De gezondheidsresultaten van Nieuw-Zeeland en België zijn erg vergelijkbaar, hoewel de Nieuw-Zeelandse overheid veel minder uitgeeft dan de Belgische. De uitgaven voor gezondheidszorg per capita liggen in België niet minder dan 42 % hoger dan op het eiland (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 33-34). In 2009 is dit aandeel gedaald tot ongeveer 30 %. In België spendeert men in 2009 3946 US dollar aan gezondheidszorg (per capita), terwijl dit voor hetzelfde jaar in Nieuw-Zeeland 2983 US dollar bedraagt (OESO, 2011). Nieuw-Zeeland is een erg egalitair land dat in 2003 nog een brede gezondheids campagne heeft gevoerd met het oog op *Achieving Health for All People* (Blank & Burau, 2010, p. 210). Bovendien kan gesteld worden dat het Nieuw-Zeelandse beleid geen enkele negatieve invloed heeft op de gezondheidstoestand van de Nieuw-Zeelandse bevolking of op het sterftecijfer ervan (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 14-18). Volgens cijfers van de OESO is de levensverwachting van een Nieuw-Zeelander (80,8) hoger dan die van een Belg (80) (OESO, 2011). Uit die cijfers kan men afleiden dat men in Nieuw-Zeeland erg gelijkaardige resultaten boekt op vlak van gezondheid als België, terwijl ze er minder geld voor uitgeven. Het lijkt dan ook nuttig het Nieuw-Zeelandse gezondheidsbeleid

nauwgezet te bekijken. De essentie van het Nieuw-Zeelandse model is dat het uitgaat van een behoeftegestuurd geneesmiddelenbeleid.<sup>23</sup> Zo'n beleid gaat uit van de vraag, terwijl wij in België uitgaan van het aanbod aan geneesmiddelen (en zoveel mogelijk middelen proberen terug te betalen). In Nieuw-Zeeland is het eerder moeilijk een geneesmiddel terugbetaalbaar te maken, terwijl in België het moeilijk is een geneesmiddel uit te sluiten van terugbetaling. Volgens Ian McPherson, hoofd van de grootste Nieuw-Zeelandse ziekteverzekeraar, Southern Cross Healthcare, is het onmogelijk de kosten van de gezondheidszorg te drukken zonder de keuze aan gesubsidieerde geneesmiddelen te beperken. Dit is een uitgangspunt dat aanvaard hoort te worden (Cochez, 30.04.2005, p. 4). Men zal nagaan welke behoeften de burgers hebben en zal enkel die noden vergoeden. Dit in tegenstelling tot een aanbodgericht beleid dat een manier zoekt om een zo groot mogelijk deel van het aanbod terug te betalen. Germeaux (arts): 'Het grootste voordeel is dat zij [Nieuw-Zeeland] erin geslaagd zijn (ik vergelijk wel met de analyse die we destijds gemaakt hebben -2005- dat is ondertussen al 6 jaar geleden) om een hoog performante geneeskunde in de eerste lijn te creëren. Dit komt doordat ze begrepen dat om kwaliteit te kunnen blijven bieden ze richtlijnen moesten creëren. Men had in NZ 112 guidelies in 2005, terwijl wij er op dat moment 7 hadden. Bovendien had men daar via peer review naar hun artsen toe, goede feed-back. Zo kunnen ze optimale zorgen aanbieden, aan een betaalbare prijs. Dit is op dit ogenblik dé uitdaging. [...] De penetrantie die zij dus hebben in een land dat 18 keer groter is, dat zeer moeilijk bereikbaar is, is zo groot...ik ben natuurlijk helemaal in verroering gekomen van dat systeem' (Germeaux, 25.05.2011).

Het Nieuw-Zeelandse beleid wordt gereguleerd door het commercieel onafhankelijk overheidsinstituut Pharmac (The

---

<sup>23</sup> Al in 1992 was men met rationalisering van de beschikbare middelen bezig toen de *Core Services Committee* werd opgericht. Een van de vier hoofdprincipes van dit comité (dat uiteindelijk niet veel heeft gerealiseerd) was 'waarde voor geld' realiseren (Bank & Burau, 2010, p. 124).

Pharmaceutical Management Agency) dat in 1993 werd opgericht.<sup>24</sup> Dit instituut staat onder rechtstreekse verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid en heeft als opdracht de subsidiëring van geneesmiddelen te regelen.<sup>25</sup> Pharmac beslist dus niet over de erkenning van geneesmiddelen, maar wel over de terugbetaling ervan.<sup>26</sup> Pharmac gaat de waarde van geneesmiddelen na en onderhandelt met de producenten over de prijs ervan. Het PTAC (Pharmacology and Therapeutics Advisory Committee) is een commissie die Pharmac medisch advies verstrekt en nieuwe geneesmiddelen onderzoekt.<sup>27</sup> Pharmac doet eveneens beroep op onafhankelijk advies van 15 subcommissies, die allen uit experts terzake bestaan, om de gebruikswaarde van geneesmiddelen te bepalen. Pharmac wikt en weegt de klinische voor- en nadelen van geneesmiddelen. Ook houdt de overheidsinstelling rekening met het geneesmiddelenbeleid en het globale gezondheidsbeleid, kortom het kostenplaatje, wanneer men beslist om een geneesmiddel al dan niet terug te betalen. Pharmac zoekt dus een balans tussen de kwaliteit van geneesmiddelen en de kosten ervoor. Ondanks haar onafhankelijk statuut, moet Pharmac zich uiteraard schikken naar de prioriteiten en wensen die door de regering naar voor worden geschoven. De raad van Pharmac neemt de eindbeslissing of een medicament al dan niet terugbetaald wordt. Enkel in uitzonderlijke

---

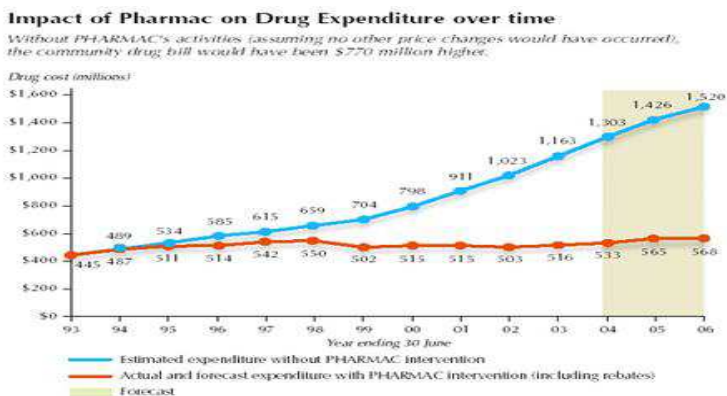
<sup>24</sup> Volgens Marleen Temmerman kan de FAG de functies die Pharmac in Nieuw-Zeeland uitoefent, in België uitoefenen (Temmerman, 05.06.2011).

<sup>25</sup> Pharmac rapporteert aan de minister van Gezondheid, die verantwoordelijk is voor Pharmac's werking. De minister stelt het bestuur van Pharmac aan en bepaalt de doelstellingen (Pharmac, 2011). Politiek is Pharmac dus niet onafhankelijk.

<sup>26</sup> Wat betreft de erkeningsprocedure en registratieprocedure speelt Medsafe in Nieuw-Zeeland de grootste rol. Ze staat immers in voor het reguleren van alle therapeutische producten (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 100-113).

<sup>27</sup> De leden ervan zijn praktiserende medici die door de directeur generaal van het Ministerie van Gezondheid worden aangesteld (Pharmac, 2011), na consultatie van het bestuur van Pharmac. Bovendien wordt hierbij gebruik gemaakt van het *appointment protocol* (Pharmac, 2011). Hieruit blijkt dat PTAC politiek niet volledig onafhankelijk is.

gevallen kan de regering zo'n beslissing ongedaan maken.<sup>28</sup> De Nieuw-Zeelandse overheid heeft sinds de oprichting van het overheidsinstituut (1993) al enorm veel kunnen besparen door het beleid dat erdoor wordt gevoerd.



Bron: De Belgische Senaat, 14.12.2005, p. 15.

Pharmac hanteert meerdere technieken om de uitgaven onder controle te houden, waarvan de filosofie 'de gezamenlijke koopkracht van de gemeenschap gebruiken' is: het referentietrugbetalingssysteem, cross-deals, en openbare aanbestedingen (Van Duppen, 12.05.2011). Het Nieuw-Zeelandse referentietrugbetalingssysteem houdt in dat geneesmiddelen (die al dan niet nog onder patent liggen) niet worden terugbetaald wanneer er goedkopere geneesmiddelen met eenzelfde indicatiegebied voorhanden zijn. Hierdoor worden enkel echt vernieuwende geneesmiddelen terugbetaald. Wel mogen alle geneesmiddelen (die

<sup>28</sup> In Nieuw-Zeeland bepalen wetenschappers dus of een geneesmiddel al dan niet terugbetaald wordt, op basis van wetenschappelijke argumenten. Bij ons zetelen allerlei belangengroepen in de CTG. In de CTG komen wetenschappelijke argumenten dus veel vaker in conflict met andere belangen.

een vergunningen hebben) op de markt verhandeld worden. Het referentierugbetalingssysteem dat door Vandenbroucke in België werd ingevoerd geldt slechts voor sommige onder patent staande geneesmiddelen en voorziet wél in een terugbetaling van de ‘duurdere’ producten, wel aan een lagere basis. Een gevolg van het referentierugbetalingssysteem is echter dat vele dure producten van de markt verdwijnen en bijgevolg niet in Nieuw-Zeeland te verkrijgen zijn. Artsen schrijven immers, in het belang van de patiënt, bijna uitsluitend terugbetaalde geneesmiddelen voor. Artsen worden hiertoe aangemoedigd. Met het oog op de gezondheid van de patiënt kan Pharmac toestaan dat een ander medicament wordt terugbetaald wanneer een patiënt een bepaald medicament niet verdraagt (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 14-18). De farmaceutische industrie en patiëntenorganisaties (vaak gesponsord door de farmaceutische industrie) oefenen veel druk uit op Pharmac om bepaalde geneesmiddelen terug te betalen. Omdat vrijwel enkel medische criteria bepalend zijn voor het al dan niet terugbetalen van geneesmiddelen, krijgen ook kleinere bedrijven een kans om mee te dingen op de markt (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 14-18). Deze maatregel lijkt ervoor te zorgen dat farmaceutische bedrijven investeren in O&O, eerder dan in reclame en marketing. Dit heeft duidelijk een positief kwalitatief effect.

Naast het referentierugbetalingssysteem bewerkstelligen *cross-deals* ook prijsverlagingen. Cross-deals zijn nuttig om de prijzen van nieuwe producten naar beneden te krijgen. De overheid sluit dan een contract af met een geneesmiddelenproducent waarbij die laatste een (oud) product tegen relatief hoge prijs krijgt terugbetaald. In ruil hiervoor brengt dezelfde producent een nieuw product tegen verlaagde prijs op de markt (Van Duppen, e.a., 2005, pp.10-13).

Het meest kenmerkende van het Nieuw-Zeelandse beleid is echter de openbare aanbesteding. Een onafhankelijk team van deskundigen, Pharmac (Germeaux, 25.05.2011), selecteert op basis van onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek en op basis van een behoeftanalyse de beste geneesmiddelen die reeds uit patent zijn uit het geneesmiddelenaanbod. Vervolgens organiseert de overheid een openbare aanbesteding onder de fabrikanten van die ‘beste



producten'. De firma die vervolgens de beste voorwaarden voor een bepaald geneesmiddel biedt, krijgt dit geneesmiddel voor een periode van drie jaar tegen 100 % terugbetaald. Men selecteert eveneens enkele alternatieven voor dit geneesmiddel, die ook worden terugbetaald aan de prijs van het goedkoopste referentieproduct. Voor die geneesmiddelen geldt dus het referentietrugbetalingssysteem (Van Duppen, 2004, p. 205). Andere producten worden niet terugbetaald. De 'beste voorwaarden' slaan zowel op de prijs, leveringsvoorwaarden, toedieningsvormen, enz. Per soort geneesmiddelen die evenwaardig zijn en een (soort)gelijke indicatie hebben, wordt het beste product gekozen. Er wordt eveneens een tweede beste, derde beste,... gekozen. Indien een patiënt de eerste keuze niet verdraagt, kan die mits een eenvoudige motivering door de arts het tweede beste product krijgen dat dan wel volledig terugbetaald wordt (Van Duppen, e.a., 2005, pp. 4-5). Hutsebaat zegt over die motivering: '...maar ik voeg eraan toe, op basis van objectieve en duidelijk omschreven, concrete criteria. Het is niet voldoende dat een arts zegt dat zijn patiënt intolerant is'. Aan de hand van deze technieken laat de overheid dus concurrentie spelen tussen de producenten van eenzelfde of gelijksoortig geneesmiddel om zo prijsdalingen te bekomen. Die besparingen zouden volgens Hutsebaat kunnen gebruikt worden om meer soorten geneesmiddelen terug te betalen. In Nieuw-Zeeland, zo zegt hij, worden bijvoorbeeld ook slaapmiddelen terugbetaald waardoor je ook meer controle krijgt op het verbruik van zulke middelen (Hutsebaat, 08.06.2011). Pharmac controleert dus aan de hand van het referentietrugbetalingssysteem de toegang van geneesmiddelen tot de terugbetaling. Enkel echt vernieuwende geneesmiddelen zullen terugbetaald worden (= kwalitatief aspect). Via de openbare aanbesteding zorgt Pharmac voor een sterke prijsconcurrentie tussen gelijkwaardige geneesmiddelen (= budgettair aspect). In tegenstelling tot in Nieuw-Zeeland wil Van Duppen ook de geneesmiddelen die nog onder patent liggen in de openbare aanbestedingsprocedure opnemen. Hutsebaat sluit zich hierbij aan en verklaart: het RIZIV kent een ATC-codering. Dit is een systematische codering die geneesmiddelen op vijf niveaus indeelt. Het eerste niveau bestaat uit vijf groepen: A, B, C, D, E, waar C

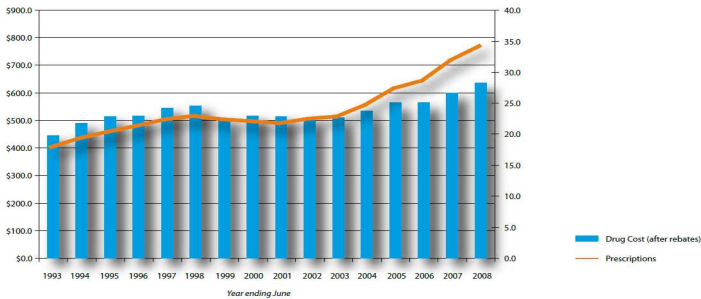
bijvoorbeeld voor alle aandoeningen staat die met hart- en vaataandoeningen te maken hebben. Dan heb je nog twee niveaus die dus nog twee keer een indeling in subgroepen maken. Dan wordt het interessant voor het kiwimodel, aldus Hutsebaot. Alle geneesmiddelen in een bepaalde groep op niveau 4 beogen hetzelfde therapeutisch effect. Die geneesmiddelen zijn erg gelijkend, maar niet identiek. Bijvoorbeeld alle cholesterolverlagers (van het type statine) zitten op niveau 4 en ze beogen allen hetzelfde therapeutisch effect: de cholesterol verlagen. Binnen die groep statines heb je weer een onderverdeling op niveau vijf, de onderscheiden moleculen. Die moleculen hebben allemaal hun specifieke eigenschappen en ook een verschillende chemische samenstelling. Ze verschillen dus wel degelijk op dat vlak, ondanks dat ze allen hetzelfde doel dienen, namelijk de cholesterol verlagen. De rol van de wetenschappelijke analyse is precies om de voor- en nadelen van elk van die moleculen te onderzoeken. Bijgevolg kan als je analyse aantoont dat bijvoorbeeld alle statines op niveau vier (in vergelijkbare dosering) hetzelfde zijn, je een aanbesteding uitvoering op niveau vier, in plaats van niveau vijf. Een gevolg van het uitvoeren van een aanbesteding op ATC- niveau 4 is dat er vaak zowel binnen als buiten patent geneesmiddelen in zullen zitten. Volgens Hutsebaot is het dan ook logisch dat men onder patent en uit patent geneesmiddelen kan gelijkschakelen als die onder patent geneesmiddelen volgens een wetenschappelijke analyse volledig gelijkwaardig zijn aan de andere geneesmiddelen en dus geen uitgesproken meerwaarde hebben. Doordat men aanbestedingen uitvoert op ATC-niveau 4, wordt het voor bedrijven minder winstgevend om in *me-too's* te investeren. Zelfs al hebben ze een patent, ze moeten dan mogelijk concurreren met generische geneesmiddelen die eenzelfde therapeutisch effect beogen. Hierdoor zouden bedrijven gestimuleerd worden om aan O&O te doen voor echt vernieuwende geneesmiddelen, aldus Hutsebaot (Hutsebaot, 08.06.2011). Hierdoor zou Van Duppens eerder besproken filosofie van de patenten via de terugbetaling gerealiseerd kunnen worden. Van Assche vindt eveneens dat geneesmiddelen vaker op het niveau van de therapeutische klasse moeten worden bekeken. Dit is logisch

aangezien zijn sector (de generische) hier voordeel uit zou halen ten opzichte van de traditionele industrie (Van Assche, 07.07.2011). Het Nieuw-Zeelandse beleid omvat echter meer dan de zonet besproken technieken om de uitgaven binnen de perken te houden. Zoals reeds gezegd voert de Nieuw-Zeelandse overheid een behoeftegestuurd geneesmiddelenbeleid. Zo kan de Nieuw-Zeelandse arts sinds 2002 bijvoorbeeld ook een 'groen voorschrift' aan de patiënt meegeven. De ziekteverzekering betaalt dan aan de patiënt, in de plaats van medicijnen, bijvoorbeeld een sportabonnement gedeeltelijk terug. Zo doet men er, meer dan bij ons, op een actieve manier aan preventie. Een andere Nieuw-Zeelandse maatregel is die van 'het uitgavenmaximum' (ook prijs-volume afspraken genoemd). Men zou dan met de producent een contract afsluiten om een bepaalde hoeveelheid geneesmiddelen op de markt te brengen die verkocht en gesubsidieerd worden, op basis van een behoefteanalyse. Wanneer dit aandeel overschreden zou worden, zou de producent het verschil terugbetalen aan Pharmac. Dit leidt ertoe dat de firma geen onnodige reclame gaat organiseren (Van Duppen, 2004, p. 206-210). Ook worden, met het oog op minder verspilling, de pillen niet in pakjes afgeleverd, maar door de apotheker geteld in functie van het doktersvoorschrift. Hierdoor zijn patiënten eveneens minder gehecht aan een bepaald merk (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 14-18). Pharmac heeft ook als opdracht het rationeel gebruik van geneesmiddelen te promoten. Door middel van te communiceren met de zorgverstrekkers en het voeren van informatiecampagnes voor patiënten probeert men dit te bereiken (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 100-103). De New Zealand Medical Guidelines Group (NZMGG) werkt sinds 1996 richtlijnen uit om tot *evidence based medicine* te komen. Ze baseert zich hiervoor op wetenschappelijke, internationale studies. NZMGG verspreid zoveel mogelijk relevant informatie dat tot betere zorg kan leiden. De richtlijnen worden wijd verspreid naar huisartsen, vakbladen, enz (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 35-37). De Nieuw-Zeelandse benadering zorgt er zo voor dat men zich als actieve consument op de markt begeeft. Doordat Pharmac niet vervolgd kan worden voor concurrentievervalsing kan het gemakkelijker overweg met de druk die vanwege de industrie op het overheidsinstituut uitgeoefend wordt

(Cochez, 30.04.2005, p. 4). Doordat het overheidsinstituut echter de meeste beslissingen in samenspraak met de artsen neemt, werkt de medische wereld in goede sfeer samen met het overheidsinstituut. Doordat de procedures transparant zijn en consumentenorganisaties hun zeg kunnen doen, worden vele conflicten vermeden. Volgens sommigen is het argument dat de therapeutische vrijheid zou worden aangepakt niet correct. Artsen mogen immers nog steeds alle geneesmiddelen voorschrijven. Wel worden sommige geneesmiddelen volledig door de patiënt betaald. In de praktijk oefent de patiënt dan ook druk uit op de arts om de goedkope geneesmiddelen voor te schrijven. Zolang de artsen overtuigd zijn van het belang van de kostprijs voor zowel de patiënt als de overheid stelt hier echter geen probleem (Cochez, 30.04.2005, p. 4).

Het Nieuw-Zeelandse beleid is uiteraard niet zaligmakend. Ze hebben immers ook te kampen met de vele dure innoverende technieken en geneesmiddelen. In de periode 1995-2003 kende de uitgaven voor farmaceutische producten relatief weinig schommelingen. Het budget van 2004-2005 kende evenwel een stijging van 4 % ten opzichte van 2003-2004. Dit is voornamelijk te wijten aan een toenemend verbruik van duurdere geneesmiddelen en grotere volumes (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 106-109). Desondanks kent het model vele voordelen ten opzichte van ons geneesmiddelenbeleid. Zo neemt het aantal voorschriften sneller toe dan de uitgaven die nodig zijn om die voorschriften te realiseren.

**Getting more for less:** The number of prescriptions being subsidised is growing at a faster rate than the money used to purchase them.



Bron: Pharmac, 2011.

Samengevat: het model gaat ten eerste uit van individuele responsabilisering van zowel patiënt als arts. Ten tweede moeten er onafhankelijke richtlijnen komen over kwalitatieve standaarden. Ten derde zijn databanken nodig waardoor het mogelijk wordt een volume en prijsplafond vast te leggen. Ook is een medisch expertenteam noodzakelijk. Ten vijfde hoort de bevolking door een onafhankelijke instelling voorgelicht te worden over geneesmiddelenconsumptie. Ten slotte moeten we de verpakkingen van medicamenten op de leest van de patiënt afstemmen (De Belgische Senaat, 14.04.2005, pp. 12-15).

De voornaamste voordelen van het kiwimodel, aldus Van Duppen zijn: een geneesmiddel zou pas op de lijst van terugbetaalde geneesmiddelen komen te staan als er sprake is van een duidelijke therapeutische meerwaarde ten aanzien van reeds bestaande geneesmiddelen. Hierdoor verdwijnt de drang van farmaceutische firma's om *me-too's* te produceren. Dit zijn, zoals eerder werd uitgelegd, geneesmiddelen die geen enkele meerwaarde hebben ten opzichte van reeds bestaande geneesmiddelen, aldus Van Duppen. Ze worden door de industrie gecreëerd met als doel een nieuw patent te verwerven. De industrie gebruikt hiervoor 'trucjes' zoals het

omdraaien van moleculen.<sup>29</sup> Het kiwimodel zou ook overconsumptie tegengaan doordat men het aanbod beter beheerst. Door het kiwimodel toe te passen evolueert men in de richting van een behoeftegestuurd geneesmiddelenbeleid, in tegenstelling tot het aanbodgestuurde beleid dat nu gevoerd wordt. Men zou immers op een rationelere manier het kwalitatief beste product kiezen. Artsen schrijven rationeler en meer kwalitatief voor doordat ze ondersteuning krijgen van een groep van onafhankelijke deskundigen die de beste geneesmiddelen selecteert. Door een rationalisering van het aanbod zou het werk van artsen en apothekers vereenvoudigd worden. Tot slot dalen de prijzen sterk door het hanteren van maximale en open concurrentie, wat een enorme besparing voor de gezondheidszorg zou kunnen opleveren. Tot slot zal de toegang tot de gezondheidszorg verbreden (Van Duppen, e.a., 2005, pp.10-13).

Wel moeten ook enkele verschillen tussen België en Nieuw-Zeeland vermeld worden. Ten eerste is in tegenstelling tot in Nieuw-Zeeland, de farmaceutische industrie een belangrijke economische speler op de Belgische markt. Ten tweede leunt het Nieuw-Zeelandse gezondheidszorgsysteem erg aan bij dat van het Verenigd Koninkrijk (Beveridgiaans) (Bank & Burau, 2010, p. 49), terwijl België sinds oudsher tot de Bismarckiaanse zorgstaten behoort. De voornaamste kenmerken van deze twee systemen worden door onderstaande tabel weergegeven:

---

<sup>29</sup> De producent van het anti-depressivum *Cipramil* ontwikkelde een “nieuw” anti-depressivum *Cipralexa* toen het patent op *Cipramil* dreigde af te lopen. *Cipramil* bestaat uit actieve linksdraaiende moleculen en inerte rechtsdraaiende moleculen. De producent heeft simpelweg het rechtsdraaiend isomeer weggelaten. Het gevolg: *Cipralexa* bezit hetzelfde actieve bestanddeel als *Cipramil*. Toch kreeg *Cipralexa* een nieuw patent (Van Duppen, e.a., 2005, p. 8).

	<i>Bismarck</i>	<i>Beveridge</i>
Toepassingsgebied	alleen de werknemers	de ganze bevolking ("comprehensive")
Grondslag van uitkering	loongekoppelde uitkeringen	uitkeringen ten belope van het <u>vitaal minimum</u>
Doelstelling	behoud van de verworven levensstandaard	"freedom from want", <u>bestaanszekerheid</u>
Financieringswijze	werkgevers- en werknemersbijdragen	belasting

Bron: Simoens, 2007, p. 15.

Wel moet vermeld worden dat deze systemen naar elkaar toegroeien: de Beveridgeaanse staten stellen meer en meer ook een verzekeringsgedachte in het werk en de Bismarckiaanse staten zorgen steeds meer voor een minimumbescherming die universeel is. Ook moet, ten derde, vermeld worden dat Nieuw-Zeeland sinds lang een egalitaire cultureel-ideologische traditie kent. In de jaren '80 poogden beide politieke partijen geregeld de markt meer te laten spelen. Het Nieuw-Zeelandse volk wees dit echter af waardoor de politiek op hun hervormingen in de zorgsector moesten terugkomen (Bank & Burau, 2010, p. 49). In België en heel Europa lijkt daarentegen de liberale traditie ideologisch te overheersen. Tot slot lijkt in Nieuw-Zeeland minder weerstand te bestaan tegen het inperken van therapeutische vrijheid dan in België. Het feit dat deze twee landen verschillende systemen hebben, sluit niet uit dat ze bepaalde (positieve) elementen van elkaars systeem kunnen overnemen.

#### 4.3. Big Pharma

Zoals we reeds besproken hebben, schilderde *de Artsenkrant* Dirk Van Duppen aanvankelijk af als een marxist die communistische principes in België wilde lanceren. Nochtans verscheen bijna gelijktijdig met 'De Cholesteroloorlog' in de Verenigde Staten 'The

Truth about Drug Companies' van de Amerikaanse Marcia Angell, dat tot opvallend gelijklopende besluiten komt over de farmaceutische industrie in de VS. En dokter Angell is geen marxiste, maar de ex-hoofdredacteur van de *New England Journal of Medicine*, een van de meest prestigieuze medische tijdschriften ter wereld. De Amerikaanse werkte sinds 1979 voor het tijdschrift. In 2000 ging ze met pensioen en verliet dan ook de *New England Journal of Medicine*. Volgens Angell betekent maximaal vijftien procent van de nieuwe geneesmiddelen een reële therapeutische vooruitgang. Al de rest zijn *me-too's*. 'Geen wonder dat Big Farma vandaag meer uitgeeft aan marketing dan aan onderzoek', schrijft Angell. Als farmaceutische bedrijven geneesmiddelen tegen aids of kanker zouden ontwikkelen, verkochten die vanzelf. Maar hoe meer *me-too's* er op de markt komen, hoe meer marketing je nodig hebt om huisarts en cliënt te overtuigen dat ze een meerwaarde bieden (Roox, 18.12.2004, p. 6). Kortom, de kritiek van Van Duppen wordt door een breder publiek gedragen dan enkel door personen uit de kleinlinkse milieus. Zo komt ook Angell tot de conclusie dat de farmaceutische industrie monsterwinsten maakt. Tussen 1980 en 2000 zouden de voorgeschreven geneesmiddelen verdrievoudigd zijn met betrekking tot het deel van het BBP van de VS. Nu zouden Amerikaanse burgers al meer dan 200 miljard per jaar spenderen aan voorgeschreven medicijnen. Sinds de jaren '80 zou de farma-industrie dan ook veruit de meest winstgevende industrie zijn in de VS. Volgens Angell heeft dit alles niets te maken met de kwaliteit van de geneesmiddelen die ze verkopen, maar alles met het wezen van de farmaceutische industrie, 'a vast marketing machine' (Angell, 2005, pp. 3-20). Ten tweede komt Angell tot de conclusie, net zoals Van Duppen, dat de uitgaven aan marketing door de industrie enorm zijn, zeker in vergelijking met de uitgaven voor O&O. Wel wijst ze op het feit dat het zeer moeilijk is om de echte kost van een nieuw geneesmiddel te achterhalen, alsook het geld dat de industrie aan marketing uitgeeft. Marketing en onderzoek lijken soms zelfs één te zijn. Zo zouden fase-4-studies vooral marketingmechanismes zijn om de artsen kennis te laten maken met het geneesmiddel.<sup>30</sup> Het zijn

---

<sup>30</sup> Fase 4 studies zijn studies over medicijnen die reeds op de markt verkocht



verdoken vormen van promotie, aldus Angell. De geneesmiddelenproducenten die in de *Fortune 500* staan zouden in 2002 wereldwijd voor 217 miljard euro medicijnen hebben verkocht. Slechts 14 % hiervan zouden ze aan O&O hebben gespendeerd. Bovendien zouden ze een winstmarge hebben gehad van 17 %. Deze bedrijven hebben 31 % van die 217 miljard euro aan marketing en administratie gespendeerd (Angell, 2005, pp. 37-48). Ten derde komt Angell ook tot de conclusie dat een zeer groot aandeel van de net op de markt gebrachte medicijnen *me-too's* zijn. Volgens 'the Food and Drug Administration' (FDA) zou in de periode 1998-2002 slechts 14 % van die geneesmiddelen echt innovatief zijn geweest.<sup>31</sup> 9 % waren significante verbeteringen van reeds bestaande middelen en de overige 77 % zouden *me-too's* zijn geweest. Die 77 % werden door de FDA geclassificeerd als geneesmiddelen die niet beter zijn dan reeds op de markt aanwezige geneesmiddelen om dezelfde kwalen te behandelen (Angell, 2005, pp. 74-75). Tevens duidt Angell de grote rol van de industrie in het politieke proces. Zo werd door de Amerikaanse politici een wet gestemd waardoor Medicare haar grote aankoopkracht voor senioren niet mag aanwenden om lagere prijzen te bewerkstelligen.<sup>32</sup> De invloed van de farma-industrie wordt volgens Angell afgekocht. Naast de kostprijs van lobbyisten zouden farmaceutische producenten ook geld geven aan bijna elke politieke campagne die haar winsten kan beïnvloeden (Angell, 2005, pp. 193-197). Hoewel de situatie in de VS en die van Europa niet volledig vergelijkbaar is wegens een verschillende mate van liberalisering, kan toch uit het voorgaande geconcludeerd worden dat de kritiek van Van Duppen niet zonder draagvlak is. Het lijkt gekende kritiek te zijn. De miljardenwinsten, de lobbymachine, de enorme reclamebudgetten, de productie van *me-too's* lijken allen deel te zijn van een algemene strategie van de farmaceutische industrie om haar winsten hoog te houden.

---

worden en die erg beperkte informatie opleveren, aldus Angell.

<sup>31</sup> FDA garandeert de veiligheid en effectiviteit van geneesmiddelen en vaccins in de VS (FDA, 2011).

<sup>32</sup> Medicare is een sociale ziekteverzekering in de VS (Wikipedia, 2011).

De Europese Commissie geeft in juli 2009 een rapport uit waarin de Europese geneesmiddelensector onder een vergrootglas wordt gelegd. Dit onderzoek 'sluit aan bij andere initiatieven van de Commissie om patiënten in Europa veilige, doeltreffende en betaalbare geneesmiddelen te bezorgen, en tegelijk een ondernemingsklimaat te creëren dat onderzoek stimuleert, impulsen geeft aan waardevolle innovatie en het concurrentievermogen van de sector ondersteunt'. Het rapport geeft aan dat in de jaren voor en na 2009 vele blockbusters van de farmaceutische industrie hun patent verliezen. Ondertussen neemt het aantal nieuwe geneesmiddelen gestaag af. Een gevolg is dat vele farmaceutische ondernemingen andere producenten van generica overnemen. Zo ontstaat er een concentratie van bedrijven. Een ander gevolg is dat de farmaceutische bedrijven de patenten op die blockbusters zo lang mogelijk willen behouden.

De traditionele bedrijven ontwikkelen allerlei strategieën om de octrooibescherming in de breedte of duur uit te breiden, waardoor de intrede van generica op de markt vertraagt. Zo worden soms bijvoorbeeld talrijke octrooiaanvragen ingediend voor eenzelfde geneesmiddel. Individuele geneesmiddelen worden zo soms door 100 productspecifieke octrooifamilies beschermd, hetgeen kan resulteren in 1300 octrooien, verspreid over de verschillende lidstaten van de EU. Een tweede strategie bestaat erin de octrooiaanvragen op te splitsen. Hierdoor wordt de duur van het octrooionderzoek verlengd. Een derde strategie is om octrooirechten te gebruiken in de rechtbank om zo obstakels op te werpen voor de generische producenten. Ze gaan dan in de rechtbank de wettelijkheid van de lancering van generieke geneesmiddelen betwisten. In de periode 2000-2007 werden bijna 700 gevallen waargenomen waarbij er een gerechtelijk conflict is tussen producenten van generica en van originele geneesmiddelen omtrent het octrooi. De meerderheid van deze geschillen worden door de traditionele bedrijven ingeleid, terwijl een minderheid erdoor gewonnen wordt. De gemiddelde duur van zo'n procedure bedraagt 2,8 jaar. Deze duur beperkt de mogelijkheid van generische producenten om snel duidelijkheid te scheppen over de octrooisituatie van mogelijke generica. Een vierde strategie van

traditionele bedrijven bestaat erin twijfel te zaaien over de kwaliteit van generica, terwijl die generica al door de bevoegde commissie op de markt werden toegelaten. Uit het verslag blijkt dat farmaceutische bedrijven meer dan eens het mededingingsrecht overtreden. Zo heeft de Commissie geldboetes opgelegd aan een onderneming die misbruik had gemaakt van toezichtsprocedures. Ook werd een ander traditioneel bedrijf gestraft omdat het op constante wijze een generisch product zou afkraken, terwijl dat product op de markt mocht komen. Uit het rapport blijkt ten slotte dat in de periode 2000-2007 de traditionele farmaceutische bedrijven gemiddeld 17 % van hun omzet aan O&O spendeerden en niet minder dan 23 % van dezelfde omzet naar marketing en promotie ging (Europese Commissie, 08.07.2009, pp. 1-33). Kortom, uit dit rapport blijkt dat de traditionele farmaceutische industrie allerlei strategieën hanteert om hun octrooien, en zo hun gigantische winsten, te handhaven, alsook om de intrede van generica tegen te gaan. Ze lijken hier geregeld de wet bij te overtreden en innovatie tegen te gaan in plaats van te bevorderen. Met dit rapport wordt eveneens duidelijk dat de farma-industrie in Europa meer geld uitgeeft aan reclame dan aan O&O. Uit het bovenstaande kan afgeleid worden dat de kritiek op de farma-industrie een breed draagvlak kent en dat de kritiek van Van Duppen dus niet beperkt mag worden tot een zogenaamde kritiek uit communistische/marxistische hoek. Germeaux (voormalig VLD-lid) geeft de problemen van de farma-industrie mooi weer: 'Waar ik echter minder goed mee kan leven is de visie, de filosofie die bij de farmaceutische firma's zat: geld opbrengen. Er is geen medische visie meer. Er is geen visie meer naar het ontwikkelen van nieuwe producten. Ik weet ook dat men niet iedere dag iets nieuws kan vinden. Maar de gedrevenheid om nieuwe producten te vinden was verdwenen. Men stak meer geld in het zoeken van me-too's en aan juristen ter bescherming van de octrooien en patenten dan in de ontwikkeling van nieuwe producten' (Germeaux, 25.05.2011).

#### 4.4. Een Belgisch kiwimodel? Reacties vanuit het veld

##### 4.4.1. Pro kiwi

Naast Steve Stevaert en de sp.a, steunden ook enkele senatoren van de VLD (Jacques Germeaux) en CD&V (Luc Goutry) het voorstel. Jacques Germeaux: 'Ik denk, als liberaal, als overtuigd liberaal, ook als verdediger van de vrije markt, dat die man [Dirk Van Duppen] 100 % gelijk heeft. Ik vertrek vanuit dezelfde filosofie, vanuit dezelfde overtuiging en met hetzelfde einddoel' (Germeaux, 25.05.2011). Spirit, toenmalig kartelpartner van de sp.a, verklaarde eveneens voorstander van een openbare aanbesteding van geneesmiddelen te zijn (Spirit pleit voor openbare aanbesteding geneesmiddelen, 10.11.2010). Iets later schaarde ook Groen! zich achter het model. Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Rudy Demotte (PS) zegt niet principieel tegen het model gekant te staan en laat onderzoeken of het model strijdig is met de Europese wetgeving. De minister neemt dus een eerder afwachtende houding aan (Cochez, 10.11.2004, p. 6).

Op 28 november 2004 verklaren de (toenmalige) voorzitters van de CD&V (Jo Vandeurzen), VLD (Bart Somers) en sp.a (Steve Stevaert) in een debat in *De Zevende Dag* gecharmeerd te zijn door het kiwimodel. Voor de liberalen lijkt het moeilijk om kritiek op het model te geven aangezien het model de basisprincipes van de vrije markt respecteert en gebruikt in het voordeel van de consument (Desmet, 29.11.2004, p. 2). De liberalen lijken geen rationele argumenten tegen het model in te kunnen brengen (Van Duppen, 12.05.2011). Germeaux: 'Ik heb vervolgens binnen de eigen partij gesteld dat dit een opportuniteit is: politiek ideologisch -het principe van de openbareaanbesteding-, maar ook naar de staatsfinanciën toe- het betaalbaar maken van gezondheidszorgen. Hoe kan men als liberaal daar tegen zijn? Principieel heeft Bart Somers toen ook gereageerd en zich aangesloten bij dit idee' (Germeaux, 25.05.2011). Nu de voorzitters van de drie traditionele Vlaamse partijen hun zege gaven, is Demotte eens te meer verplicht de mogelijkheden om het model in te voeren uit te spitten. Ondanks de relatief positieve houding van Bart Somers lijken sommige van zijn partijgenoten het

niet zo begrepen te hebben op het kiwimodel. Zo maakt VLD-kamerlid Maggie De Block duidelijk dat ze het niet eens is met haar voorzitter wat betreft het kiwimodel: '... maar ik geloof eigenlijk niet dat ze ons probleem van betaalbaarheid zullen oplossen'. De Block wil de neveneffecten van het kiwimodel op het vlak van volksgezondheid en de toegang tot de economie eerst verder laten onderzoeken. Ze vermeldt dat eerder al was beslist om hier een debat rond te voeren binnen de Kamercommissies van Sociale Zaken en Volksgezondheid, op basis van expertgegevens en binnen een juridische context. Volgens De Block leidt een systeem van openbare aanbesteding ertoe dat patiënten iedere maand van geneesmiddel moeten veranderen omdat voortdurend andere geneesmiddelen goedkoper worden. Dit is volgens de VLD'ster zeer nefast voor de therapietrouw en erg nadelig voor de patiënt. Ook zou het geneesmiddelenaanbod en de therapeutische vrijheid van de arts om het best passende medicijn te zoeken beperkt worden door het kiwimodel. Tot slot bedreigt zo'n regeling volgens De Block de toegang tot innovatieve geneeskunde. Ze denkt dat innoverende geneesmiddelen volledig uit eigen zak zullen betaald moeten worden waardoor de toegang ertoe afneemt. Dit zou leiden tot een geneeskunde met twee snelheden. Er moet vermeden worden dat de geneesmiddelenindustrie uit België wegtrekt en er bijgevolg minder innovatieve geneesmiddelen worden ontwikkeld, aldus de VLD'ster (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.12.2004, pp. 50-52). Yolande Avontroodt (VLD) zegt dat de discussie vooral over geneesmiddelen die reeds uit patent zijn, zou moeten gaan. Aan de geneesmiddelen raken die nog in patent zijn lijkt haar niet realistisch. Enkele dagen na de uitspraken van De Block zet Bart Somers de puntjes op de i. Hij zegt in principe niet tegen het model te zijn, maar wil de voordelen ervan eerst zeer grondig laten onderzoeken, alsook de mogelijke neveneffecten (Van Impe, 30.11.2004, p. 4). De VLD-top schaart zich achter interimvoorzitter Bart Somers. Verhofstadt benadrukt wel dat er ook nog andere pistes onderzocht dienen te worden, zoals bijvoorbeeld of een aanpassing aan het terugbetalingssysteem de verspreiding van generische middelen kan bevorderen (Telex, 30.11.2004, p. 4). Germeaux: 'Onmiddellijk is er diezelfde middag een hysterische reactie geweest van Yolande

Avontroodt, die spijtig genoeg -je moet een beetje de tekening zien, dat is politiek- mee in het kiesarrondissement van Bart Somers zit. Ze was nummer twee op de lijst. Avontroodt heeft toen een scene gemaakt, niet alleen 's avonds bij Somers, maar ook op het partijbureau 's maandags morgens om te herroepen dat we achter dat systeem staan.[...] En gezien de positie van Yolande Avontroodt binnen het kiesarrondissement Antwerpen, nummer 2 achter Bart Somers, moest Bart zorgen dat hij geen problemen kreeg in zijn kiesarrondissement. [...] Ze had op dat moment een cruciale plaats binnen de partij [...] Maggie De Block en Yolande Avontroodt waren de verdedigers van de solopraktijk. De solopraktijk is de oude geneeskunde. [...] Daar was een breuk binnen de partij die heel heel diep ging'.<sup>33</sup> Volgens Germeaux heeft Avontroodt, door haar plaats op de lijst, veel druk kunnen uitoefenen op de standpuntbepaling van de VLD en werden de senatoren zoals Germeaux, VandeCastele en Vankrunkelsven die in de senaat zaten, simpelweg niet geconsulteerd. Germeaux: 'In twaalf uur keert Yolande Avontroodt in haar eentje, op een hysterische manier -tot en met het partijbestuur van maandagmorgen- de koers van de VLD. Dat was een cruciaal moment' (Germeaux, 25.05.2011).

In de begrotingscommissie laat Daniel Bacquelaine (MR), net zoals Avontroodt, verstaan dat het kiwimodel zeker niet op de volledige sector mag toegepast worden. Het grote aantal farmaceutische bedrijven hoort immers op Belgische bodem te blijven (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.12.2004, p. 29). Met deze reacties op het kiwimodel is duidelijk dat voor de liberalen innovatie en werkgelegenheid niet in het gedrang mogen komen door het kiwimodel en dan ook een belangrijke plaats in het debat innemen. Wel kan besloten worden dat, ondanks de afwachtende houding van Demotte en de interne onenigheid binnen de VLD, het kiwimodel

---

<sup>33</sup> Volgens Germeaux geloven de oudere artsen zoals Avontroodt en De Block meer dan jongere artsen in het ten allen tijde beschermen van firma's die aan fundamentele research doen. Bovendien hoort het denken rond de groepspraktijk veel eerder bij de jongere generatie artsen zoals Vankrunkelsven en Vandecastele, dan bij de oude school die de solopraktijk verdedigt (Germeaux, 25.05.2011).

een relatief breed draagvlak in de politieke wereld kent, over de partijgrenzen heen (Cochez, 10.11.2004, p. 6).

Het kiwimodel krijgt ook uit niet-politieke hoek steun. Zo spreken naast Geneeskunde voor het Volk, de Socialistische en Christelijke Mutualiteiten zich eveneens positief uit over het model (Spirit pleit voor openbare aanbesteding geneesmiddelen, 10.11.2004). Op 20 november 2004 mobiliseert het ACW zelfs voor het kiwimodel (Tegenbos, 29.11.2004, p. 4). Meer dan een maand eerder spraken de vakbonden van de sociale sector, Walter Cornelis, nationaal secretaris van de Christelijke Bediendenvakbond LBC-NVK (Schreurs, 09.10.2004, p. 4) en de KWB zich ook al positief uit over het kiwimodel (Roos, 18.12.2004, p. 6). De balans lijkt positief te zijn: vele partijen en sociale organisaties steunen het kiwimodel.

#### 4.4.2. Contra kiwi

Zoals te verwachten is, blijkt de farmaceutische industrie de hevigste tegenstander van het kiwimodel te zijn. Dit is een logisch gevolg zoals uit de uitspraak van Germeaux blijkt: 'Wat is het nadeel? Je gaat natuurlijk iemand die rekening doen betalen. Het nadeel is dat je misschien een bepaalde sector, namelijk de farmaceutische sector, onder druk gaat zetten.[...] De winsten van de farma-industrie zijn zo buitensporig groot' (Germeaux, 25.05.2011). Volgens Leo Neels, Algemeen directeur van Pharma.be, creëert het kiwimodel een geneeskunde met twee snelheden en brengt het bovendien het O&O in België in gevaar. Net zoals Avontroodt laat Neels weten dat het model misschien wel werkt voor oudere en generische medicijnen, maar niet voor nieuwe producten. Nieuwe producten zijn volgens Neels immers niet uitwisselbaar omdat men rekening moet houden met de intellectuele eigendomsrechten (Verdeeldheid over goedkope pillen, 29.11.2004). Dit is een zeer belangrijke eis vanwege de farma-industrie, die volledig afwijkt van Van Duppens voorstel. De industrie haalt volgens Herman Van Eeckhout, Adjunct-algemeen directeur van Pharma.be, immers veruit het meeste geld uit de verkoop van nieuwe producten die nog onder patent zijn. Zodra een

product uit patent gaat, stuiken de prijzen in elkaar. De producten onder patent zijn de acute basis waarmee hun businessmodel werkt. Het financiële belang van enkele blockbusters onder patent, zoals cholesterolverlager Lipitor van Pfizer, is niet te onderschatten. Lipitor vertegenwoordigt 40 procent van de omzet van Pfizer. Verderop stipt Van Eeckhout aan dat Pharma.be er nu, in tegenstelling tot vroeger, wel begrip voor heeft dat de prijzen van medicijnen moeten zakken zodra het patent verlopen is. De enkele medicijnen die er komen, dragen de kosten van het eliminatieproces van andere pillen. Van Eeckhout geeft tot slot, vreemd genoeg, toe dat nieuwe producten vaak geen spectaculaire verbetering brengen (Carpentier, 09.08.2007, p. 3). Naast de wens het model niet voor nieuwe geneesmiddelen door te voeren, laat Neels weten dat men in Denemarken gedurende enkele jaren heeft geprobeerd een soortgelijk systeem in te voeren, maar dat men op Europa is gestoten. Kortom, het lijkt niet haalbaar in de Europese context. Volgens Neels zijn de prijzen van de geneesmiddelen bovendien helemaal niet te hoog (Davida, 30.11.2004, p. 4). De octrooigeneesmiddelen zijn in ons land 8 % goedkoper zijn dan in de ons omringende landen, aldus Neels. Ook zegt de voorzitter van Pharma.be dat de prijzen van geneesmiddelen in Europa lager zijn dan die in de VS. De Amerikanen zouden de Europese geneesmiddelen niet langer willen subsidiëren. Bovendien wordt de keuzevrijheid met betrekking tot geneesmiddelen beperkt: de keuze tussen twee of drie geneesmiddelen zou immers lang niet volstaan. Het kiwimodel zou ertoe leiden dat het aanbod van de zorg beperkt wordt, en zo ook de kwaliteit. Tot slot vermeldt Neels dat de farmaceutische sector de grootste private investeerder is in wetenschappelijk onderzoek en dat de sector 26.000 werknemers telt (Neels, 30.11.2004, p. 9).

Ook Luc Slegers, voorzitter van FeBelGen, producenten van generische geneesmiddelen, kraakt het kiwimodel af. Net zoals Neels geeft hij aan dat het model juridisch niet haalbaar zou zijn in de Europese context. Het kiwimodel heeft bovendien een te beperkt toepassingsterrein, is gevaarlijk als precedent, wurgend voor de vrijemarktwerking, dodelijk voor de apothekersmarge, versmachtend voor de therapeutische vrijheid en onduidelijk voor de patiënt (Slegers, 10.12.2004, p. 22). Slegers meldt dat de generische



geneesmiddelen in België tot de goedkoopste in Europa behoren en dus wat dat betreft geen enkel probleem vormen (Slegers, 17.12.2004, p. 20).

Ajit Shetty, topman van Janssen Farmaceutica, zegt dat het kiwimodel erg negatieve gevolgen kan hebben voor het geneesmiddelenonderzoek in België. Door het kiwimodel zal de winst afnemen, en zo ook de mogelijkheid om te investeren. Net zoals Neels wijst hij op het grote aantal jobs dat in de kenniseconomie op het spel zou staan. Bovendien zou zo'n systeem consequenties voor andere markten hebben. Er zouden parallelondernemingen ontstaan die de geneesmiddelen zouden vervoeren naar landen in de EU waar geneesmiddelen duurder zijn, om ze daar te verkopen.<sup>34</sup> Het geld dat naar die parallelondernemingen gaat, zal zeker niet naar O&O gaan. Deze export zou ook wel eens tot geneesmiddelentekorten op de Belgische markt kunnen leiden. Volgens Shetty bestaat het Belgische beleid te veel uit kostenbeheersing. Het kiwimodel zou ertoe leiden dat heel wat geneesmiddelen niet meer aangeboden worden wegens te duur om te produceren (Crols, 13.01.2005, p. 66).

Ook De Artsenkrant kant zich zoals reeds beschreven, tegen het kiwimodel (Pauli, 20.11.2004, p. 60). Volgens De Morgen is De Artsenkrant een zeer effectief lobbymiddel van de industrie. Volgens Tom Cochez, journalist van De Morgen, wordt het kiwimodel verkeerd voorgesteld, om zo het debat te vergiftigen. De Artsenkrant zou inspelen op de therapeutische vrijheid, en angst oproepen voor de communistische principes en de problemen die patiënten zullen ervaren als ze een geneesmiddel niet kunnen verdragen. Ook wordt de stelling dat generische geneesmiddelen niet evenwaardig zijn aan

---

<sup>34</sup> Parallele handel ontstaat wanneer een handelaar een product inkoopt in een lidstaat aan een (relatief) lage prijs, dit product exporteert naar een andere lidstaat, waar hij het verkoopt naast een gelijkaardig product dat in dat land zelf op de markt is gebracht, maar dat daar een hogere kostprijs heeft. Parallele handel neemt nu reeds aanzienlijk toe in Europa door het verschil in prijs van de geneesmiddelen tussen de verschillende lidstaten. Die prijs verschillen zouden volgens Callens en Peers het gevolg zijn van politieke, sociale en economische verschillen tussen lidstaten (Callens & Peers, 2008, p. 484).

de merkproducten opnieuw van stal gehaald. Een debat dat in de vorige eeuw beslecht is, zo zegt Cochez. Tot slot worden op politiek niveau excellenties en parlementsleden over het dossier aangeklampt, aldus de journalist (Cochez, 11.12.2004, p. 12).

In de periode dat het kiwimodel in de actualiteit komt melden drie farmaceutische bedrijven van anticonceptiepillen dat ze niet meer willen dat het RIZIV hun pillen terugbetaalt. Zo zouden ze verlost zijn van allerlei regels en taksen waardoor ze geen winst meer maken, aldus de bedrijven. En aangezien veel vrouwen de pil zo belangrijk vinden, zullen ze er zeker en vast iets meer voor willen betalen. De bedrijven kunnen de prijs van hun “pillen” laten toenemen en zo meer winst bewerkstelligen. Hoewel het toeval kan zijn dat ze deze boodschap verspreiden in de periode dat het kiwimodel geïntroduceerd wordt, kan dit toch als een bedreiging tegen het kiwimodel vanwege de industrie worden ervaren (Tegenbos, 04.12.2004, p. 17). Maya Detiège (sp.a) zegt hierover in De Kamer dat het een manier is van de farmaceutische industrie om nog maar eens de spelregels te omzeilen, om zo nog meer winst te maken (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.12.2004, p. 91). Stevaert en Demotte keuren de mededeling van de producenten van ‘de pil’ ten zeerste af. Ze willen dat de regering farmaceutische bedrijven kan verplichten om de terugbetaling van een product aan te vragen. De twee politici dreigen er vervolgens mee dat ze het kiwimodel zullen toepassen voor ‘de pil’ en nadien uitbreiden naar andere geneesmiddelen. De VLD neemt hieromtrent een afwachtende houding aan (Tegenbos, 04.12.2004, p. 17). Volgens Van Duppen hebben de politici nadien terecht ‘de pil’ niet als testcase voor het kiwimodel gebruikt.<sup>35</sup> Later komen de

---

<sup>35</sup> Volgens Van Duppen zal de procedure, wanneer de pil die als goedkoopste uit de aanbesteding komt enkel met 50 % wordt terugbetaald, niet zo'n groot effect genereren. Pas wanneer een geneesmiddel voor 100 % wordt terugbetaald zal het systeem ten volle z'n nut bewijzen zegt de PVDA-arts. Bovendien is ‘de pil’ een apart product. Een vrouw zou heel wat meer betalen wanneer de pil je niet dik maakt of net dat tikkeltje beter is. Van Duppen zou veel eerder beginnen met pijnstillers als paracetamol, Dafalgan, ... hier zijn er ook veel van op de markt. Ook de

producenten van ‘de pil’ terug op hun uitspraken. Ze verkrijgen wel dat ze minder belastingen moeten betalen. Voor de producten die maximaal voor 20 % worden terugbetaald verlagen de belastingen. Ze ondervinden immers een nadeel doordat andere producten met 50 % of meer worden terugbetaald. Deze belastingverlaging kost de overheid ongeveer 10 miljoen euro per jaar (Tegenbos, 13.04.200, p. 10). In elk geval hebben de producenten van geneesmiddelen hun spierballen kunnen laten rollen.

Uit het voorgaande wordt erg duidelijk dat Van Duppen een gevoelige snaar heeft geraakt door het kiwimodel op de politieke agenda te plaatsen. Zowel de producenten van generische als die van nieuwe geneesmiddelen, alsook de Artsenkrant, halen alle mogelijke argumenten aan om het model af te breken. Hierbij worden ook non-argumenten gehanteerd: zo was er bijvoorbeeld het argument van Neels dat ‘iets wat zo simpel is, wel niet goed kan zijn’. Een andere betreuwenswaardige techniek is het eerder beschreven proces waarin Van Duppen wordt zwartgemaakt door hem als een extreem linkse maoïst af te schilderen. Alles en iedereen die zich positief uitsprekt over het kiwimodel wordt door de industrie veroordeeld. Zo wordt zelfs de sp.a-voorzitter Steve Stevaert als een halve volgeling van Mao bestempeld. Dat de industrie zulke argumenten aanwendt duidt er op dat het kiwimodel erg gevoelig ligt en dat ze er veel voor over heeft om de invoer ervan te vermijden.

#### 4.4.3. De analyse van het debat

Het kiwimodel lijkt van bij de aanvang erg aantrekkelijk omdat de patiënt en de overheid er veel geld mee kunnen besparen. Bovendien sluit het aan bij de populaire kritiek op de miljardenwinsten van de farmaceutische multinationals. De enige die ervan zouden afzien zijn de aandeelhouders van de bedrijven die geneesmiddelen produceren, aldus Van Duppen. Daarenboven is het model geen

---

cholesterolverlagers en maagzuurremmers zijn betere testcases, aldus Van Duppen (De pil is geen goed idee, 18.12.2004, p. 7).

communistisch/socialistisch idee, maar een idee dat de regels van de vrije markt gehoorzaamt en ombuigt in het voordeel van de patiënt en overheid. Uiteraard is het een erg interessante optie voor een regering die met een enorm tekort in de gezondheidsbegroting zit. Er lijken niet meteen veel argumenten voorhanden om het model van in het begin af te schieten, niet door socialisten en niet door liberalen. Wie het model immers te radicaal afschiet zou wel eens gezien kunnen worden als de waterdrager van de farmaceutische industrie (Tegenbos, 30.11.2004, p.16). Goutry (CD&V): 'Zo'n onderwerp is maatschappelijk belangrijk. Dat is zo belangrijk en evident, dat je er niet kunt tegen zijn, zelfs al en je er niet voor. Dat is er toen volgens mij gebeurd. Zelfs als liberaal die voor de vrije markt is en die niet wil dat er allerlei ingrepen en reguleringen opgestart worden, kan je niet voldoende argumenten aanreiken om dat debat tegen te gaan' (Goutry, 20.05.2011). Dit verklaart voor een deel waarom het kiwimodel zo prompt op de politieke agenda komt te staan en er op blijft staan. De industrie gaat in de tegenaanval en gaat daarbij soms te ver door non-argumenten te hanteren. Wayne Mcnee, toenmalig directeur-generaal van Pharmac, zegt dat ook in Nieuw-Zeeland de farmaceutische industrie enorm veel campagne heeft gevoerd om het model in diskrediet te brengen (Cochez, 07.12.2004, p. 6). Het zou vreemd zijn mocht dit in België anders zijn. De reactie van de industrie op het kiwimodel is logisch. Binnen enkele jaren gaan immers een groot deel van hun meest winstgevende producten uit patent. Bovendien blijven de vruchten van de zeer dure biogenetische onderzoeken uit. De industrie kan een systeem van openbare aanbesteding bijgevolg missen als de kiespijn (Roos, 18.12.2004, p 6). De hevige reacties van de sector tonen aan dat de politiek een gevoelige snaar heeft geraakt. Daarom lijkt het van groot belang dat, wanneer de politici het model toch willen invoeren, de regels erg duidelijk en weloverwogen opgesteld worden. De industrie zal immers geen enkele kans laten liggen om het model onderuit te halen. Het geneesmiddelenbeleid dat op de website van het Nieuw-Zeelandse overheidsinstituut Pharmac staat, telt meer dan 300 pagina's. Het is dan ook een zeer gedetailleerd en op maat gesneden beleid (Cochez, 11.12.2004, p. 12). Een gedetailleerd en op maat gesneden gezondheidsbeleid zal ook voor de invoering van het

kiwimodel nodig zijn. Eén ding is wel al duidelijk: het kiwimodel is door alle belangengroepen gekend. Het staat op de politieke agenda en zal er niet spoedig van verdwijnen.

## 5. Het kiwimodel in het parlementair halfroond

### 5.1. Demottes wetsvoorstel

Op de ministerraad van 23 december 2004 doet Demotte zijn wetsvoorstel om besparingen in de zorgsector te realiseren, uit de doeken. Hierin staan ook de krijtlijnen van het kiwimodel. In de Europese context zou het kiwimodel immers juridisch-technisch haalbaar zijn, zo blijkt uit een onderzoek uitgevoerd op vraag van Demotte (Cochez, 14.12.2004, p. 1). Demotte laat weten dat men het goedkoopste product met 75 % zal terugbetalen. In tegenstelling tot in Nieuw-Zeeland, waar enkel het goedkoopste product wordt terugbetaald, zullen alle andere geneesmiddelen ook nog terugbetaald worden, weliswaar tegen een lager tarief. Dit heet differentiële terugbetaling (Hens, 24.12.2004, p. 4). Van Duppen: 'Volgens mij is differentiële terugbetaling geen slimme maatregel. Gezondheid kent immers geen prijs voor de patiënt. Een patiënt gaat niet afgeschrikt worden als hij meer moet betalen, als zijn arts zegt dat een ander middel beter is. Men noemt dat prijsinelasticiteit: de prijs is niet bepalend voor het voorschrijfgedrag. Het is de marketing die het voorschrijfgedrag bepaalt' (Van Duppen, 12.05.2011). Door andere producten nog steeds terug te betalen blijft het ook nog steeds nuttig voor bedrijven om reclame te voeren. Ook Hutsebaut (CM) vindt dit geen goede maatregel: (Als je het systeem van Nieuw-Zeeland goed bekijkt dan impliceert dat dat je eigenlijk maar 1 product terugbetaalt en de andere niet. [...] als je echt lage prijzen wilt verkrijgen van uw fabricanten, dan moet je voldoende incentives bieden om de prijs te laten dalen'. Wanneer andere geneesmiddelen nog steeds terugbetaald worden, is de afzetmarkt voor het winnende product kleiner waardoor men de prijs ervan minder laag zal laten zakken. Hutsebaut: '...is het gevolg van differentiële terugbetaling dat je het ene product waarvan het doel en de werkzaamheid juist hetzelfde is als het andere product, aan 75 % gaat terugbetalen en het andere aan 50 %. Dat stemt niet overeen met de filosofie van de categorieën'. (Hutsebaut, 08.06.2011). Demotte laat weten dat een

divers geneesmiddelenbeleid gevoerd wordt: dus niet alleen met de kiwi (Hens, 24.12.2004, p. 4). Zo wordt er bijvoorbeeld beslist om het referentietrugbetalingssysteem uit te breiden naar alle analoge producten, die ongeveer maar niet volledig hetzelfde zijn. Door het referentietrugbetalingssysteem uit te breiden zou de ziekteverzekering evenveel als met het kiwimodel besparen (Tegenbos, 24.12.2004, p. 13). Er wordt ook een maatregel voorgesteld die het mogelijk maakt om farmaceutische bedrijven te dwingen hun geneesmiddelen te laten terugbetalen (Cochez, 14.12.2004, p. 1). Dit laatste is een reactie op enkele producenten van de anticonceptiepil die zich willen terugtrekken uit de terugbetalingsregeling van de overheid. Na een hevig debat in het kernkabinet en in de ministerraad wordt het wetsvoorstel goedgekeurd door de federale regering.

Het kiwimodel dat in Demottes wetsvoorstel staat, bestaat enkel uit een openbare aanbesteding. Dit is echter slechts een deelaspect van het brede Nieuw-Zeelandse gezondheidsbeleid. In Nieuw Zeeland doet men immers zoals eerder beschreven vooreerst een behoefteanalyse. Zo'n behoefteanalyse is noodzakelijk om te weten aan welke geneesmiddelen een nood is, voor welke geneesmiddelen eventueel een openbare aanbesteding kan uitgevoerd worden en op welk niveau dit kan gebeuren. Het achterwege laten van deze behoefteanalyse kan misschien wel (deels) verklaard worden door het kortetermijn perspectief van politieke partijen die vooreerst politiek/publicitair willen scoren (in dit geval door besparingen te proberen verwezenlijken). Deze werkwijze getuigt alleszins niet van goed bestuur.

## 5.2. De parlementaire studiedag over de gezondheidszorg

Op 25 januari 2005 organiseert het parlement (zowel de Kamer als Senaat) een studiedag over de gezondheidszorg en de geneesmiddelensector. De Kamer- en Senaatscommissies houden een

hoorzitting en laten daarbij allerlei belangengroepen aan het woord.<sup>36</sup> Die belangengroepen geven een overzicht van de specifieke problemen waarmee ze in hun domein geconfronteerd worden. Gert Verpooten, expert geneesmiddelen van het RIZIV, laat verstaan dat om de beschikbare middelen doelmatig aan te wenden, het noodzakelijk is dat we naar een behoeftegestuurd geneesmiddelenbeleid evolueren (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, p. 16). Verpooten meldt ook dat de CTG vaak over onvoldoende middelen beschikt om een goede uitspraak te doen over de terugbetaling van geneesmiddelen (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 34-44).

Vervolgens houdt Dirk Van Duppen zijn reeds gekende betoog. Hij weerlegt de kritiek dat het Nieuw-Zeelandse model de therapeutische vrijheid zou aantasten: 'het gaat hier om de keuze tussen verschillende merknamen van eenzelfde geneesmiddel'. Ook zegt Van Duppen dat het kiwimodel niet tot een verschraling van het geneesmiddelenaanbod leidt, maar wel tot een rationalisering met telkens per subklasse meerdere keuzes. Een openbare aanbesteding zou vier problemen oplossen: de prijzen van geneesmiddelen dalen, de drang naar buitensporige marketing wordt weggenomen en een vereenvoudiging en kwalitatief beter voorschrijfgedrag van artsen wordt erdoor bereikt (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 21-22). Ook

---

<sup>36</sup> De sprekers zijn: Gert Verpooten (UA en gedetacheerd bij het RIZIV), Dirk Van Duppen (auteur van 'De cholesteroloorlog'), Leo Neels (Pharma.be), Dirk Ramaekers (directeur van het Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg), Luc Hutsebaut (vertegenwoordiger van het intermutualistisch college), Michel Vermeylen (voorzitter comité voor de Evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen-BVAS), Piet Vanden Bussche (voorzitter van het Vlaams Huisartsenparlement), Filip Babylon (Algemene Pharmaceutische bond-AFB), Marc-Henry Cornely (Vereniging der Coöperatieve apotheken van België), Hugo Robays (Ziekenhuisapothek) en Luc Slegers (voorzitter van FeBelGen) (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 1-44).



laat Van Duppen weten dat de registratieprocedure in Nieuw-Zeeland soms zelfs sneller is dan die bij ons. Bovendien zijn de duurste moleculen niet altijd de beste. Studies hebben al uitgewezen dat vaak het omgekeerde het geval is. Uit een studie van de CM blijkt dat 40 % van de geneesmiddelen vervangen kunnen worden door een goedkopere variant (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 34-44).

Ook Neels en Vermeersch, vertegenwoordigers van Pharma.be, geven hun mening over het kiwimodel. Neels stelt dat het gezondheidsbeleid in België van zeer hoge kwaliteit is en dat de farmaceutische industrie daar mede voor verantwoordelijk is. De kosten voor geneesmiddelen zouden bovendien vaak lager zijn dan de kosten van ziektes die niet behandeld worden. Neels wijst er ook op dat België aan de top staat wat betreft biomedisch en farmaceutisch O&O. De farmaceutische industrie is met 1.4 miljard euro per jaar de grootste private investeerder in wetenschappelijk onderzoek in België. Dit leidt tot veel werkgelegenheid. Vermeersch laat weten dat wanneer men de rechtstreekse en de onrechtstreekse jobs optelt, men aan 100.000 mensen komt die voor de farmaceutische industrie werken (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 23-30). Vermeersch erkent het grote marketingbudget van de farmaceutische industrie. Wel nuanceert hij door te stellen dat in dat budget ook vaak administratiekosten en wetenschappelijke voorlichtingskosten van artsen inbegrepen zijn. De uitgaven voor O&O zouden dubbel zo hoog zijn dan die voor marketing (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 34-44). Hoewel geneesmiddelen nu sneller dan vroeger terugbetaald worden, bestudeert de CTG erg kritisch een geneesmiddel (toegang, meerwaarde en de prijs) vooraleer wordt beslist hen terug te betalen (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 23-30). Neels wijst erop dat het zeer moeilijk is om de uitkomst van onderzoek in te schatten. Ook zegt hij dat doordat de registratieprocedure van geneesmiddelen zo lang duurt, zowel de industrie (geld) als de patiënt (gezondheid) verliezen (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 34-

44). Neels vermoedt dat de gezondheidswet, die eerstdaags wordt voorgesteld, de toegang tot de zorg zal beperken. De gezondheid van de patiënt zou geschaad kunnen worden omdat er minder klinisch onderzoek naar moleculen zou plaatsvinden. Bovendien zou er een gevaar van een geneeskunde met twee snelheden kunnen ontstaan. Dit is nu al in mindere mate het geval, omdat sommige mensen de volle pot betalen voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Dit fenomeen zal zich nog veel meer voordoen als het systeem van openbare aanbesteding ingevoerd wordt. Kortom, de gezondheidswet is contraproductief, zal voor een geneeskunde met twee snelheden zorgen en zal de tewerkstelling aantasten, aldus de farma-industrie (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 23-30).

Dirk Ramaekers, directeur-generaal van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, laat verstaan dat er vaak grote onduidelijkheden zijn wat betreft de meerwaarde van geneesmiddelen. Dit is zeker het geval met betrekking tot de *me-too's*. De industrie legt vooral studies met positieve resultaten voor en laat andere studies geregeld achterwege. De evaluatieprocedures zijn zelden transparant en in de meeste gevallen worden er zelfs geen objectieve criteria gehanteerd (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 31-33).

Luc Hutsebaut, vertegenwoordiger van het Intermutualistisch college, merkt op dat de uitgaven voor geneesmiddelen sterker zijn toegenomen dan die voor de honoraria van artsen en de ziekenhuisopnames. Deze evolutie is deels te wijten aan de dure weesgeneesmiddelen en innovatieve geneesmiddelen.<sup>37</sup> Volgens Hutsebaut brengen bedrijven veel meer *me-too's* op de markt dan echt innoverende producten. Die *me-too's* zouden met agressieve reclame aan artsen opgedrongen worden. Universiteiten krijgen te weinig middelen om onafhankelijk onderzoek uit te voeren. Er is niet

---

<sup>37</sup> Weesgeneesmiddelen zijn geneesmiddelen voor zeldzame ziektes. De vraag naar zulke geneesmiddelen is niet groot waardoor de prijs ervan vaak erg hoog ligt.

genoeg prijstransparantie en de terugbetalingsperiode van 180 dagen is te kort om een product voldoende te onderzoeken. Hutsebaot spreekt Neels op dat punt dus tegen: omdat geneesmiddelen zo snel geregistreerd moeten worden, kunnen ze vaak niet voldoende onderzocht worden. De oplossing van het probleem ligt volgens Hutsebaot bij het voorschrijfgedrag van de arts. Hutsebaot zegt noch voor-, noch tegenstander te zijn van het kiwimodel. Het model moet goed onderzocht worden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 46-49).

Piet Vanden Bussche, voorzitter van het Vlaams Huisartsenparlement, zegt dat de farmaceutische industrie in toenemende mate invloed heeft op de arts, de patiënt en de apotheker. De enorme toevloed aan *me-too's* en de bijzonder dure geneesmiddelen zijn problematisch, aldus Vanden Bussche. Bovendien stelt hij de vraag of de promotiekosten van de industrie wel door de overheid betaald moeten worden. Vanden Bussche vraagt zich af of bepaalde reclamecampagnes niet aan banden moeten worden gelegd. Sommige campagnes beïnvloeden de patiënten immers, wat op hun beurt de vertrouwensrelatie met de arts onder druk zet. Vanden Bussche zegt ook voorstander te zijn van een behoefte gestuurd geneesmiddelenbeleid, alsook van de oprichting van een onafhankelijke instantie die artsen inlicht omtrent geneesmiddelen (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 58-62).

Filip Babylon, vertegenwoordiger van de Algemene Pharmaceutische Bond, wijst op enkele gevaren van het kiwimodel. Producenten kunnen wel eens kartels opstarten en prijsafspraken maken. Hij wijst er ook op dat België, op het vlak van import en export van geneesmiddelen, niet vergelijkbaar is met Nieuw-Zeeland. Het kiwimodel beperkt het therapeutisch aanbod en kan volgens Babylon tot een geneeskunde met twee snelheden leiden. Bovendien wordt de beschikbaarheid van geneesmiddelen veel onzekerder wanneer er slechts één leverancier is. Hij zegt voorstander te zijn van een uitbreiding van het referentierugbetalingssysteem, als alternatief voor het kiwimodel.

Zowel arts, apotheker als patiënt vertrouwen de werking van generische geneesmiddelen nog te weinig volgens Babylon. Hier moet iets aan gedaan worden. Tot slot zegt Babylon dat door het overaanbod aan merken en verpakkingen een onvermogen van de artsen ontstaat om alles bij te houden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 63-71).

Marc-Henry Cornely, vertegenwoordiger van de Office des Pharmacies Cooperatives de Belgique (OPHACO), betwijfelt of het model juridisch haalbaar is in de Europese context en wijst op het gevaar van parallelle handel. Cornely wijst ook op het gevaar dat ontstaat wanneer slechts één producent voor de bevoorrading van een geneesmiddel instaat (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 75-77).

Luc Slegers, voorzitter van FeBelGen (FeBelGen vertegenwoordigt 87 % van de omzet van generische geneesmiddelen in België), spreekt zich uit tegen het kiwimodel en hanteert daarbij de reeds uiteengezette argumenten: het kiwimodel is juridisch niet haalbaar, heeft een te beperkt toepassingsterrein en is gevaarlijk als precedent. Bovendien is het verwarrend voor de patiënt, gaat het de therapeutische vrijheid tegen en wurgt het de vrije marktwerking. Slegers wijst op de frequente stockproblemen die als gevolg van het kiwimodel zouden ontstaan. Stockplanning zou uiterst moeilijk zijn in zo'n systeem omdat men vaak een jaar op voorhand niet zal weten of men de aanbesteding wint.<sup>38</sup> De arts-patiënt relatie zou onder druk komen te staan en de generische industrie zou iedere interesse voor kleinere producten verliezen. De patiënt zou er de dupe van worden wanneer hij een voorschrift krijgt van een geneesmiddel dat niet terugbetaald wordt. Dit creëert een geneeskunde met twee snelheden. De periode waarin één producent een preferentiële terugbetaling

---

<sup>38</sup> De Minister van Sociale Zaken, Rudy Demotte, liet in een antwoord op een schriftelijke vraag van Jean-Marc Nollet (ECOLO) weten een bijkomende bevoorradingswaARBorg toe te voegen aan de wet die later opgesteld zou worden (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 14.11.2005, p. 104).

geniet zou veel te lang zijn (drie jaar) en dus niet aangepast aan een erg wisselende context. Omdat men geneesmiddelen aan bodemprijzen zal aanbieden, zullen er onvoldoende reserves beschikbaar zijn om te innoveren. Innovatieve producten zouden lang op zich laten wachten. Ook de winst van de apothekers zou erdoor tot een historisch dieptepunt zakken. Volgens Slegers willen artsen kost wat kost hun therapeutische vrijheid behouden waardoor ze wel eens routes zouden kunnen kiezen die nog duurder uitvallen. Tot slot zal de farmaceutische industrie zich in het buitenland vestigen. Volgens Slegers zijn de generische producenten het antwoord op de besparingen, niet het kiwimodel. Generische geneesmiddelen moeten gepromoot worden, zodat artsen ze meer zouden voorschrijven. Niet de prijzen van generische geneesmiddelen moeten naar omlaag, het marktaandeel ervan moet naar omhoog (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 18.05.2005, pp. 89-112).

### 5.3. De machtsstrijd binnen en tussen de industrie en politiek

De wedloop naar de beslissing is volledig losgebarsten. De verschillende actoren verdedigen hun belangen en wenden hierbij allerlei drukkingsmiddelen aan. In dat kader zet begrotingsminister Johan Vande Lanotte (sp.a) de industrie onder druk. Nieuwe geneesmiddelen zullen niet op de markt komen vooraleer de industrie stappen onderneemt om de prijzen van andere geneesmiddelen vermindert. De farmaceutische industrie reageert furieus en verwijst naar de tewerkstelling (Cochez, 10.02.2005, p. 8). De minister laat weten dat vanaf nu enkel écht vernieuwende geneesmiddelen terugbetaald zullen worden (Tegenbos, 10.02.2005, p. 8). Van Duppen zegt hierover: 'Hij had het dan beter doorgevoerd. Hij heeft dat immers niet lang volgehouden. Bovendien is de vraag of chantage wel de beste manier van werken is'. (Van Duppen, 12.05.2011). Ondertussen baadt de sector in een schandaalsfeer. De pijnstillers Vioxx, die de overheid miljoenen euro's heeft gekost, eiste mogelijk tot 300 levens voor het in 2004 van de markt werd gehaald.

Studies die wezen op de mogelijke gevaren werden doodgezwegen (Cochez, 10.02.2005, p. 4). Terwijl het geneesmiddel het risico van veel patiënten op hartinfarcten verhoogde, maakte de producent van Vioxx een jaaromzet van miljarden dollars (Lauwers, 29.05.2008, p. 96).

Op 2 februari 2005 geeft de top van de farmaceutische industrie een persconferentie waarin hij het kiwimodel hekelt. Het debat zou immers voornamelijk vanuit budgettaire hoek worden benaderd, terwijl het ook innovatie en tewerkstelling hoort te omvatten. De sector benadrukt de maatschappelijke waarde van de industrie. Luc Vermeesch, de UCB-topman en voorzitter van de werkgeversfederatie Pharma.be, beschuldigt een aantal politici zelfs van 'intentionele acties om de farmaceutische industrie in een slecht daglicht te stellen'.<sup>39</sup> De farmaceutische industrie dringt aan op een fundamentele aanpassing van het wetsontwerp. Zo niet dreigt het onderzoek naar innovatieve geneesmiddelen in België stil te vallen. De managers van Pfizer België en van Zambon wijzen op het feit dat de uitvoering van klinische studies in België nu al in het gedrang komt. De topmanagers beklemtonen bereid te zijn een felle prijsconcurrentie te voeren voor geneesmiddelen waarvan het patent vervallen is. Maar dat verhaal mag niet opgaan voor innovatieve producten binnen patent. Vermeesch sprak schande over de houding van de paarse regering die om budgettaire redenen innovatieve geneesmiddelen de toegang tot de markt ontzegt (de regering blokkeerde onlangs geneesmiddelen die eerder een positief advies hadden gekregen om terugbetaald te worden) (Hens, 03.02.2005, p. 2). Doliveux, de gedelegeerd bestuurder van UCB, zegt dat het kiwimodel erg nadelig is voor de patiënten. Geneesmiddelen zouden er immers langer over doen om terugbetaald te worden waardoor patiënten er gedurende een hele tijd geen beroep op kunnen doen. Volgens Doliveux kunnen de prijzen van generieken nog verder naar omlaag. Deze zouden in België immers tot de hoogste van Europa behoren. Dit staat in contrast met wat Luc Slegers (FeBelGen) zei op de hoorzitting in het parlement. Volgens de bestuurder van UCB zou

---

<sup>39</sup> UCB is de Union Chimique Belge.

de farmaceutische industrie 40 % van de private investeringen in onderzoek leveren. De sector heeft veel toegevoegde waarde die leidt tot jobs en economische groei. Naast jobs, brengt het kiwimodel ook het farmaceutisch onderzoek in gevaar (Adriaan, 09.02.2005, p. 6). Naast het rechtstreeks verzet van de industrie tegen het kiwimodel, verzet ook het VBO zich ertegen (Cochez, 10.02.2005, p. 8). Zo zou het geneesmiddelenbudget ten eerste helemaal niet exploderen, aldus het VBO. Vooral de bejaarden- en rusthuizen zouden veel kosten. Tevens zou het geneesmiddelenbudget slechts tussen de 18 en de 20 % van het totale budget van de ziekteverzekering uitmaken. Men moet zich op de andere 80 % te concentreren. Tot slot verwijst het VBO nog maar eens naar de werkgelegenheid (Adnet, 10.02.2005, p. 8). Naast de bedrijven zegt ook Marc Moens, voorzitter van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten, tegen het kiwimodel te zijn. Hij klaagt het populisme van Stevaert aan en zegt bezorgd te zijn voor patiënten die het goedkoopste middel niet zullen verdragen. De handelwijze van Stevaert zou demotiverend werken op artsen en zorgverstrekkers, aldus Moens (Moens, 17.02.2005, p. 33).

Pfizer meldt een maand later dat het vreest een investering van 150 miljoen euro mis te lopen door de hoge belastingdruk en door de hervormingen in de terugbetaling van de geneesmiddelen, lees: het kiwimodel. De directie van de Puurse vestiging klaagt dit aan bij Vlaams minister-president Yves Leterme (CD&V), die door de burgemeester van Puurs, Koen Van Den heuvel (CD&V) naar de vestiging werd begeleid (Tegenbos, 30.03.2005, p. 7). Pfizer vraagt om een farma-vriendelijkerbeleid. Leterme laat weten aan de collega's van de federale regering te zullen vragen om voorzichtig om te springen met de farmaceutische industrie. Het gaat hier tenslotte om een zeer innoverende sector, die veel personeelsleden tewerkstelt, aldus Leterme (Pfizer Puurs vreest investering van 150 miljoen mis te lopen, 04.03.2005, p. 41).

Uit het voorgaande kan afgeleid worden dat de industrie heel erg haar best doet om het kiwimodel van de politieke agenda te halen. Wel moet een onderscheid worden gemaakt tussen de traditionele farmaceutische industrie en de producenten van generische

geneesmiddelen. De farmaceutische industrie wil kost wat kost vermijden dat nieuwe, innoverende geneesmiddelen waar nog een patent op rust in een openbare aanbesteding worden opgenomen. Ze lobbyt dan ook bij de Vlaamse Minister-President, houdt persconferenties waarin ze verwijst naar het tewerkstellingsverlies dat zich zou voordoen wanneer het kiwimodel ingevoerd wordt en ze dreigt indirect door te melden investeringen mis te lopen door te hoge belastingen. De farma-industrie zegt dat de prijzen van de farmaceutische producten helemaal niet te hoog zijn en verklaart dat het huidige geneesmiddelenbeleid reeds zwaar drukt op de industrie (Byl, 3.02.2005, p. 20). Tot slot verwijst de traditionele farmaceutische industrie naar de mogelijkheid om de prijzen van de generica nog verder te verlagen. Zo hoopt de sector dat de regering een oplossing bij die deelsector zal zoeken en niet in zijn vaarwater zal terechtkomen. De producenten van generische geneesmiddelen zeggen daarentegen dat hun prijzen al erg laag zijn en dat de oplossing er juist in ligt hun marktaandeel te vergroten. Op die manier zou geld kunnen bespaard worden en zou hun deeltak er ook nog beter van worden. De twee deelsectoren boksen dus tegen elkaar op. Ondertussen trekken ze samen ten strijde tegen het kiwimodel en de regering. De politici (in de hoedanigheid van Vande Lanotte) geven desondanks niet op en proberen zich tegen de industrie te verzetten.

#### 5.4. Het ingediende wetsontwerp van de paarse regering

In het wetsontwerp dat op 22 februari 2005 door de paarse regering wordt ingediend in De Kamer, wordt voorgesteld om de CTG in staat te stellen een soort van openbare aanbesteding uit te voeren voor geneesmiddelen waarvoor in het buitenland reeds werd aangetoond dat de vergoedingsbasis verlaagd kan worden. De CTG kan zo'n openbare aanbesteding organiseren voor geneesmiddelen per therapeutische cluster (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.02.2005, pp. 9-10). Dit houdt in dat de



aanbesteding mogelijk is voor geneesmiddelen waarvan de indicatie gelijk of gelijksoortig is (ATC-niveau 4). Dus ook geneesmiddelen die nog onder patent liggen kunnen dan in de aanbestedingsprocedure betrokken worden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.02.2005, p. 127). Dit kan dan leiden tot differentiële terugbetaling van geneesmiddelen, met andere woorden, de vergoedingsbasis zou verlaagd kunnen worden. Het is dus niet de bedoeling om te komen tot de terugbetaling van één enkel geneesmiddel per therapeutische cluster (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.02.2005, pp. 9-10). Ook zullen zo enkel echt innoverende geneesmiddelen nog terugbetaald worden. '...Voor een echte innovatie zal dus steeds een aangepaste terugbetaling gelden. Dat zal niet meer het geval zijn voor de me-too's, dat wil zeggen de moleculen die een kopie zijn van een bestaande molecule, of de nieuwe vormen van eenzelfde molecule' (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 24.03.2005, p. 11). 'Het beoogde doel is wel de farmaceutische firma's die die vergelijkbare geneesmiddelen in de handel brengen ertoe aan te zetten de laagste prijs te bieden voor de geneesmiddelen die worden terugbetaald door de ziekteverzekering' (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.02.2005, p. 29). De deconnectie-maatregel wordt eveneens voorgesteld in dit wetsontwerp. Dit houdt in dat de publieksprijs en de terugbetalingsbasis losgekoppeld worden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.02.2005, p. 9). '...toegestaan in overleg met de sector af te wijken van de gelijkheidsregel tussen de vergoedingsbasis van een geneesmiddel en de publieksprijs. Door in die mogelijkheid te voorzien kan het principe van deconnectie van de publieksprijs en de vergoeding worden ingevoerd. Met dat principe wil men de mogelijkheid bekomen tot aanneming voor vergoeding van de innoverende producten op een aanvaardbaar vergoedingsniveau voor de begroting van de ziekteverzekering, maar de bedrijven in staat stellen een publieksprijs te bewaren op het niveau van de Europese prijs' (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.02.2005, pp. 30-31).<sup>40</sup> In dit wetsontwerp staat ook dat het

---

<sup>40</sup> Hutsebaut: '...deconnectie is het losmaken van de officiële prijs versus de

referentietrugbetalingssysteem zal uitgebreid worden naar alle dosissen en toedieningsvormen van het actieve bestanddeel (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 24.03.2005, pp. 123-124). Dit houdt in dat het referentietrugbetalingssysteem ook geldt voor geneesmiddelen die nog onder patent liggen. Deze maatregel zou 35 miljoen euro op jaarbasis opleveren, aldus Demotte (De Belgische Senaat, 21.04.2005, p. 40). In het wetsontwerp staat ook dat, zelfs al verschillen de actieve bestanddelen, het referentietrugbetalingssysteem kan uitgebreid worden tot een klasse van geneesmiddelen met eenzelfde indicatiegebied. In het wetsontwerp staat ook nog dat bedrijven zich niet zomaar uit de terugbetalingsvoorwaarden kunnen trekken. De Minister kan dit weigeren (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.02.2005, pp. 6-7). Bovendien verhoogt de extra belasting die de industrie moet betalen in geval het budget overschreden wordt van 65 % naar 72 % van het totaal van de overschrijding. Tot slot krijgt Demotte volgens het wetsontwerp ook tijdelijk een volmacht om maatregelen te nemen wanneer de groeicijfer overschreden dreigt te worden. Deze volmacht zou tot 2006 geldig zijn (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.02.2005, pp. 27-28). Dit wetsontwerp negeert de opmerkingen gemaakt door de industrie: de openbare aanbesteding blijft immers en geldt ook voor producten die onder patent liggen.

## 5.5. Vijf senatoren gaan naar Nieuw-Zeeland

Op vraag van enkele senatoren laat de regering het kiwimodel nauwgezet onderzoeken. De senatoren Annemie Van de Casteele (VLD), Jean Cornil (PS), Wouter Beke (CD&V), Jacques Germeaux (VLD) en Luc Paque (MR) trekken van 1 tot 5 maart 2005 naar Nieuw-Zeeland (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 4-6). Op 14

---

werkelijke prijs' (Hutsebaut, 08.06.2011).

december 2005 was het verslag van de studiereis van de senatoren af. Het wordt uitgebracht door Wouter Beke en Jean Cornil.

Ondanks het grote belang van de farmaceutische sector voor de Belgische economie, wijzen de senatoren erop dat de bedrijven die in België gevestigd zijn een groot deel van hun productie (80 % van de in België geproduceerde geneesmiddelen) naar het buitenland exporteren. Veel ondernemingen (85) houden zich voornamelijk bezig met import. Bovendien wordt niet minder dan 80 % van de geneesmiddelen die in België geconsumeerd worden geïmporteerd. Een groot deel van de producten, ook merkmiddelen, worden in India geproduceerd en 16 van de meest verkochte geneesmiddelen worden in Puerto Rico geproduceerd vanwege de lage loonkost. Volgens de senatoren wordt de delocatie van bedrijven dan ook voornamelijk beïnvloed door de loonkost. Dat de implementatie van het kiwimodel een sterk negatieve impact zou hebben op de tewerkstelling is dan ook helemaal niet duidelijk. Wanneer de prijs van de geneesmiddelen zou dalen zouden immers veel meer mensen ze kunnen kopen. De omzet zal dan toenemen, wat een toename van tewerkstelling met zich meebrengt (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 110-113). Van Eeckhout (pharma.be) wijst er op dat de tewerkstelling in de productie relatief beperkt is (Van Eeckhout, 18.07.2011). Bovendien kunnen nieuwe jobs in de zorgsector gefinancierd worden met het geld dat het kiwimodel oplevert. Winsten leiden bovendien niet automatisch tot meer tewerkstelling. De senatoren concluderen dan ook dat het bijzonder moeilijk is om het effect van de implementatie van het kiwimodel voor de tewerkstelling in België in te schatten (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 110-113).

De senatoren onderschrijven de kritiek dat er veel te veel medische vertegenwoordigers door de farmaceutische industrie misbruikt worden. Deze zouden als onafhankelijke informatieverstrekkers moeten kunnen opdraven (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 110-113). Volgens de senatoren zijn de prijzen van geneesmiddelen in België hoger dan in de ons omringende landen. Ze spreken hier dan ook de industrie tegen die beweert dat de prijzen al zeer laag zijn. Dat de prijzen van geneesmiddelen in het kader van het referentietariefbetalingssysteem daalden tot het referentiebedrag

bewijst volgens de senatoren dat de prijzen artificieel hoog liggen. Het is nodig dat we naar structurele maatregelen zoeken om het gezondheidszorgbudget onder controle te houden en om een rationeel geneesmiddelenbeleid te creëren. Een rationeel geneesmiddelenbeleid mag niet enkel met budgettaire aspecten rekening houden en moet dan ook alle belangengroepen omvatten. Tot slot vermelden ze dat Nieuw-Zeeland een erg andere context dan België kent (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 115-119). Ook David Larmuseau, expert die in opdracht van de Belgische Senaat een vergelijkende studie tussen Nieuw-Zeeland en België heeft uitgevoerd, beklemtoont de verschillende contexten van de twee landen (De Belgische Senaat, 14.12.2005, p. 39). Nieuw-Zeeland kent een meer geïntegreerd systeem waarbij de bevolking sterk betrokken wordt. De generische geneesmiddelen staan er centraal. Ze zijn er goedkoper voor de ziekteverzekering zodat geld vrijkomt om andere vernieuwende geneesmiddelen terug te betalen. Bovendien zorgen ze door de prijsconcurrentie ervoor dat de prijs van het merkgeneesmiddel daalt. Door het Nieuw-Zeelandse beleid is het budget beter onder controle te houden en kan men gemakkelijker plannen. Wel kan een aanbesteding best op internationaal niveau worden georganiseerd. Op het tegenargument dat het aanbod zal inkrimpen reageren de senatoren door te stellen dat we nu misschien wel een overaanbod van telkens dezelfde geneesmiddelen kennen. Een ander tegenargument is dat het kiwimodel investeringen in O&O zal tegengaan. De farmaceutische sector stelt dat door de kleine winstmarges er geen geld kan gaan naar O&O. Nieuw-Zeeland profiteert met andere woorden van het O&O dat in andere delen van de wereld wordt uitgevoerd. Aan de andere kant kan gesteld worden dat het stimuleren van generische geneesmiddelen financiële ruimte kan creëren om andere, écht innoverende producten sneller terug te betalen. Dit kan bedrijven stimuleren om aan echt vernieuwend onderzoek te doen. Volgens de senatoren hoort het gebruik van generica dan ook meer gestimuleerd te worden. Artsen en patiënten horen met het oog hierop geresponsabiliseerd te worden. Volgens de senatoren moeten we niet tot radicale omwentelingen overgaan. Het meer stimuleren van generica en het voorschrijven op stofnaam (mogelijk sinds 1 oktober 2005) kan een uitweg bieden (De

Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 115-119). Of het Nieuw-Zeelandse geneesmiddelenbeleid zomaar in België kan worden toegepast is dus niet duidelijk (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 14-18).

De algemene conclusie van de senatoren is dat het model in Nieuw-Zeeland degelijk werkt: het geneesmiddelenbudget is er drastisch gedaald. Het bespaarde geld wendt men aan om andere doelen zoals preventiecampagnes en het uitbouwen van lokale palliatieve zorg na te streven. De artsen worden geresponsabiliseerd: artsen die zuinig voorschrijven krijgen het uitgespaarde geld terug via lokale artsenkringen. Bovendien heeft het eiland richtlijnen voor goede medische praktijk, werkt het met gezondheidsdoelen en wordt het beleid goed opgevolgd. Reclame wordt er toegelaten maar is door het geringe nut ervan bijna helemaal verdwenen (Tegenbos, 11.03.2005, p. 13). Er lijkt politieke consensus over het model te zijn. Dit zou komen doordat enkel Pharmac de schietschijf is van de industrie en de regering zo buiten schot blijft, alsook doordat de farmaceutische sector bijna onbestaande is op het eiland. (Nieuw-Zeelandsgeneesmiddelenstelsel charmeert senatoren, 11.03.2005, p. 3). Wel wijzen de senatoren erop dat Nieuw-Zeeland een eiland is. Ten tweede kent het, in tegenstelling tot België, (bijna) geen farmaceutische industrie. Tot slot kent Nieuw-Zeeland geen Europese Unie die haar regels oplegt (Tegenbos, 11.03.2005, p. 13). Om de waarde van dit laatste argument na te gaan besloot minister Demotte eerder al de juridische haalbaarheid van het model te onderzoeken. Volgens de expert ter zake was het model haalbaar in de Europese context. De senatoren wijzen er wel op dat men in 2003 het budget verhoogde omdat werd vastgesteld dat de besparingen een rem waren op de investeringen (Nieuw-Zeelandsgeneesmiddelenstelsel charmeert senatoren, 11.03.2005, p. 3). In het algemeen zijn de senatoren gematigd positief over het Nieuw-Zeelandse model. De aanwezigheid van de industrie in België, in tegenstelling tot Nieuw-Zeeland, samen met de Europese regelgeving, lijken de grootste struikelblokken te vormen volgens de senatoren.

Het beeld van het Nieuw-Zeelandse gezondheidszorgsysteem is niet eenduidig. Terwijl sommigen het zorgsysteem er loven, bekritisieren anderen datzelfde beleid. Er heersen dus gemengde opvattingen over het gezondheidszorgsysteem. Op de industrie na lijkt men het wel eens te zijn dat de kern van het systeem deugd. Men gaat immers erg rationeel en kostenefficiënt om met de beschikbare middelen, wat positief is voor zowel patiënt als overheid. Wel is er veel kritiek op de uitwerking van het systeem: men zou te veel naar het kostenplaatje kijken, en te weinig naar de gevoeligheden van de zorg. Er dienen dan ook correcties gemaakt te worden om meer flexibiliteit toe te laten in Nieuw-Zeeland. De voornaamste taak van Pharmac is immers... 'to secure for eligible people in need of pharmaceuticals the best health outcomes that are reasonably achievable from pharmaceutical treatment and from within the amount of funding provided' (Pharmac, 2011).

## 5.6. De argumenten contra opgelijst

Nu het wetsvoorstel over het kiwimodel, en nadien het wetsontwerp omtrent de besparingen in de zorgsector zijn ingediend, het parlement een hoorzitting heeft georganiseerd, het rapport van de reis naar Nieuw-Zeeland van de senatoren besproken is en de industrie een persconferentie heeft gehouden om hun opvattingen uiteen te zetten, lijkt het aangewezen alle argumenten op een rijtje te zetten. Uit de hoorzittingsdag van het parlement blijkt dat het Belgische geneesmiddelenbeleid verre van perfect is. De CTG zou te weinig tijd hebben om een geneesmiddel afdoende te bestuderen vooraleer het beslist het al dan niet terug te betalen. Bovendien beïnvloedt reclame arts en patiënt te veel en is er de vraag over de meerwaarde van *me-too's*. Tot slot is er volgens sommige experts een overaanbod aan merken en verpakkingen en zou men een rationeler geneesmiddelenbeleid moeten nastreven. Het kiwimodel lost deze problemen grotendeels op, aldus Van Duppen: enorme besparingen voor zowel overheid als patiënt, minder onnodige en misleidende reclame, enkel écht innoverende geneesmiddelen –en dus geen *me-*

*too's* – worden terugbetaald, een rationeler geneesmiddelenbeleid doordat een onafhankelijk team van deskundigen de artsen zal voorlichten, het werk van artsen en apothekers wordt vereenvoudigd en tot slot zou de toegang tot de zorg verbreden. Volgens Van Duppen zouden enkel de aandeelhouders van de grote farmaceutische multinationals erbij verliezen. In dit deel zullen we dan ook de belangrijkste tegenargumenten van het model kritisch bespreken. We moeten deze argumenten kritisch, misschien zelf kritischer dan de pro-argumenten, bespreken omdat een (farmaceutisch) bedrijf op korte, middellange of lange termijn slechts één zaak nastreeft: winst. Met het oog hierop zullen ze, als zijnde rationele actoren, alle mogelijke middelen aanwenden, zelfs al zijn die middelen niet eerbaar of correct. Een politicus, ambtenaar of consument heeft ook vaak individuele doelen zoals bijvoorbeeld politiek succes vooropgesteld, waardoor ze wel eens beïnvloed kunnen worden tot het nemen van maatschappelijk gezien irrationele beslissingen. Desondanks lijkt de drijfveer van deze actoren minder eenduidig te zijn dan die van bedrijven.

Een eerste argument dat aangehaald wordt is dat de therapeutische vrijheid van de arts om zelf te bepalen welke middelen men voorschrijft, door het kiwimodel beknot zou worden. Wat gebeurt er immers als er sprake is van neveneffecten? Volgens een enquête in 'de huisarts' zijn de artsen, net omwille van dit argument, tegen het kiwimodel (Cochez, 09.12.2004, p. 4). Zoals we hebben gezien vermelden ook Slegers, Neels, Maggie De Block, Burns en de Nieuw-Zeelandse farmaceutische bedrijven dit argument. Volgens Van Duppen wordt de therapeutische vrijheid van de artsen echter niet beknot. Het zou immers om 'de keuze tussen verschillende merknamen van eenzelfde geneesmiddel' gaan. Dat men denkt dat enkel nog maar één geneesmiddel zal worden terugbetaald zou het gevolg zijn van de gesimplificeerde voorstelling van het kiwimodel door Steve Stevaert (Van Impe, 30.11.2004, p. 4). Van Eeckhout is het hier niet mee eens aangezien men binnen eenzelfde therapeutische klasse waarin geneesmiddelen met verschillende moleculen opgenomen worden, er slechts één molecule uitkiest. Volgens Van Eeckhout mogen geneesmiddelen met verschillende

moleculen niet gelijkgesteld worden zoals Van Duppen dat wil doen. Het zijn verschillende geneesmiddelen. Bovendien zou dit praktisch gezien erg moeilijk uitvoerbaar zijn (Van Eeckhout, 18.07.2011).<sup>41</sup> Bovendien mogen artsen nog steeds alle geneesmiddelen voorschrijven. Nochtans lijkt, doordat de patiënt sommige geneesmiddelen zelf moet betalen en vervolgens druk op de arts uitoefent om bepaalde, terugbetaalde, geneesmiddelen voor te schrijven, de therapeutische vrijheid van de arts wel degelijk beknot. Uit het voorbeeld van Nieuw-Zeeland blijkt dat zowel arts als patiënt veel vaker voor het goedkope middel zullen kiezen, aldus Wayne Mcnee, directeur-generaal van Pharmac (Cochez, 07.12.2004, p. 6). De vraag is of dit wel zo erg is. Een onafhankelijk team van deskundigen gaat immers na wat de beste, en in tweede instantie pas wat de goedkoopste, geneesmiddelen zijn. Bovendien kan, wanneer een patiënt een bepaald geneesmiddel niet verdraagt, aan de hand van een motivering door de arts een ander geneesmiddel voorgeschreven én terugbetaald worden. Wanneer het onafhankelijk team van deskundigen de voorwaarde om de beste geneesmiddelen te selecteren vervult, lijkt hier dan ook geen probleem te zijn. De therapeutische vrijheid wordt dan beknot, maar wel in het voordeel van de gemeenschap en de individuele patiënt. Hutsebaut (CM): 'dat is op eerste zicht een beperking van de keuzevrijheid van voorschrijven. Ik vind dat echter een zeer relatief gegeven in die zin dat als een arts die zijn beroep een beetje respecteert en zichzelf respecteert, moet beseffen dat hij niet alles zelf weet. De lijst van voorkeursgeneesmiddelen zou eigenlijk beschouwd moeten worden als een soort van richtlijn tot een goed gebruik van geneesmiddelen. Dáárom is de keuze van geneesmiddelen, de wetenschappelijke grond waarop je het doet, dan ook uiterst belangrijk. Wanneer deze keuze onaanvechtbaar is, dan is zo'n systeem geen beperking van keuzevrijheid. Als een arts die volledig geïnformeerd is, objectief nadenkt en zo min als mogelijk beïnvloed is door de marketing van

---

<sup>41</sup> Van Assche geeft in tegenstelling tot Van Eeckhout aan dat hij dat net wel een goed punt vindt aan kiwi: Als er in een bepaalde therapeutische klasse zowel postoctrooi- als octrooigeneesmiddelen zijn, dan bekijken ze terecht in de schoot van die klasse welk geneesmiddel het meest kosten-efficiënt is (Van Assche, 07.07.2011).



bedrijven iets voorschrijft, dan zou die eigenlijk tot dezelfde keuze moeten komen' (Hutsebaut, 08.06.2011).

Een tweede argument is dat het aanbod van geneesmiddelen zou verschromelen ten gevolge van het kiwimodel. Van Eeckhout: 'De grote bezorgdheid in verband met de kiwi zoals het oorspronkelijk bedoeld was, is dat je geneesmiddelen die verschillende moleculen bevatten, met elkaar vergelijkt, er dan één uithaalt en de rest eigenlijk niet terugbetaalt. Daar komt het op neer. Waar wij van oordeel zijn dat het hebben van keuze tussen geneesmiddelen die verschillende, dus niet-identieke moleculen bevatten, een voordeel heeft. En dus dat het beperken tot één molecuul op medisch vlak een vergissing is' (Van Eeckhout, 18.07.2011). Volgens VLD-kamerleden Avontroodt en De Block, alsook Leo Neels, zou zo'n regeling de toegang tot innovatieve geneeskunde bedreigen. Volgens Mcnee is dit niet het geval in Nieuw-Zeeland. Er zouden nog steeds veel nieuwe, innovatieve geneesmiddelen op de lijst van terugbetaalde geneesmiddelen komen te staan (Cochez, 07.12.2004, p. 6). Babylon, vertegenwoordiger van de Nieuw-Zeelandse apothekers laat weten dat het kiwimodel het aanbod wel degelijk beperkt en tot een geneeskunde met twee snelheden kan leiden. Wel laat hij weten dat er anders een overaanbod aan merken zou zijn in Nieuw-Zeeland. Van Duppen spreekt over een rationalisering, geen verschromeling van het aanbod. De rationalisering van het aanbod zou leiden tot een vereenvoudiging van het werk van zowel artsen als apothekers. Bovendien zou het nu zeer moeilijk zijn voor artsen om alle geneesmiddelen bij te houden. Volgens Van Duppen is het aanbod van innoverende geneesmiddelen in Nieuw-Zeeland even snel, goed en breed ingevoerd dan bij ons. De statistieken nemen veel te veel *me-too's* op waardoor het beeld ervan vertroebelt. Jacques Germeaux is het daar alvast mee eens. Veel innovaties van de jongste jaren waren in de eerste plaats juridisch spitsvondig, maar brachten medisch weinig meerwaarde, aldus de liberale senator (Byl, 22.12.2005, p. 16). Germeaux: 'Maar je kan niet voor iedereen goed doen. Dat is onmogelijk. Je kan wel zorgen dat je een maximum aan producten op de markt brengt met een optimale kwaliteit. Maar op een bepaald ogenblik moet men het budget beheersen en moet men

keuzes maken. [...] Ik vind dat je altijd moet proberen een aanvaardbaar aanbod te hebben waarin de keuze, of de mogelijkheden voor arts en patiënt aanvaardbaar zijn. Maar momenteel zijn er voor sommige aandoeningen bij ons 112 producten die allemaal terugbetaald worden. Dat is waanzinnig' (Germeaux, 25.05.2011). De senatoren die een reis naar Nieuw-Zeeland hebben gemaakt nuanceren de kritiek over de verschraling van het aanbod door te stellen dat er nu misschien wel een overaanbod is. Een kritiek die hierbij aansluit is die van een geneeskunde met twee snelheden. Volgens Avontroodt en De Block zouden innovatieve middelen immers volledig uit eigen zak moeten worden betaald. Dit zou ertoe leiden dat mensen die het zich kunnen veroorloven, nieuwe geneesmiddelen zouden aanschaffen, terwijl anderen met de oude middelen blijven zitten. Dit argument lijkt echter niet correct te zijn omdat innovatieve geneesmiddelen nog steeds terugbetaald zullen worden, op voorwaarde dat ze écht innoverend zijn. Nu zijn er vaak te veel erg gelijkaardige geneesmiddelen verkrijgbaar die eenzelfde probleem aanpakken. Door in het aanbod van zulke geneesmiddelen te snoeien zou het aanbod van geneesmiddelen met eenzelfde indicatiegebied afnemen. Voor innoverende geneesmiddelen geldt dit dus niet. Kortom, de niet terugbetaalde geneesmiddelen zijn niet beter dan de terugbetaalde geneesmiddelen. Een geneeskunde met twee snelheden lijkt dus erg onwaarschijnlijk.

Een derde en daarbijhorend vierde argument is dat het kiwimodel arbeidsplaatsen zou kosten en tot een afname van O&O zou leiden. Met de invoering van het kiwimodel zouden de winsten afnemen, en gepaard daarmee de investeringen in O&O. Naast het afnemende onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen, leidt dit tot minder tewerkstelling en een krimpende sector. Zoals geweten zal dit ook een effect hebben op andere sectoren. Wanneer alle rechtstreekse en onrechtstreekse jobs opgeteld worden, zou men aan niet minder dan 100.000 werknemers komen. Volgens de RMI, de Nieuw-Zeelandse farmaceutische bedrijven neemt de tewerkstelling in de sector af. Volgens King, de Nieuw-Zeelandse minister van Volksgezondheid heeft dit niets te maken met het geneesmiddelenbeleid dat daar

gevoerd wordt. Mcnee zegt dat de bedrijven in Nieuw-Zeeland zaken willen blijven doen met de overheid. Het aantal bedrijven dat farmaceutische producten ontwikkelt zou zelfs zijn toegenomen (Cochez, 07.12.2004, p. 6). Volgens de senatoren die naar Nieuw-Zeeland zijn getrokken, is het argument van tewerkstelling voor België van groot belang doordat België internationaal bekend staat vanwege haar onderzoek. Bovendien kan het geld dat geïnvesteerd wordt in O&O nog steeds terugverdiend worden, op voorwaarde dat de producten écht vernieuwend zijn. Dus enkel O&O naar varianten op reeds bestaande producten zal afnemen. Van een algemene afname in O&O zou dan ook geen sprake zijn. Volgens de senatoren is vooral de loonkost bepalend voor de tewerkstelling, waardoor het dan ook zeer moeilijk is om de effecten voor de tewerkstelling in te schatten van het kiwimodel. Er kan immers nog veel geld verdiend worden met echt vernieuwende geneesmiddelen, waardoor het onderzoek hiernaar niet zou mogen ophouden. Bovendien spenderen farmaceutische bedrijven een groot deel van hun budget aan reclame. Een kiwimodel zou dan misschien tot een heroriëntatie van middelen leiden (van reclame naar meer O&O). Nochtans dreigt de sector, en de dreiging is reëel. Men moet er zeker rekening mee houden zolang het debat over het kiwimodel loopt. Goutry (CD&V): 'Ik begrijp nochtans niet goed waarom want als het ene geneesmiddel niet genomen wordt, dan wordt het andere genomen. Bovendien speelt de tewerkstelling in ons land zich voor 80 % af in de laat maar zeggen de onderzoekstechnologie en dus niet in de productie. Het produceren gebeurt immers al lang in de lage loonlanden. En die ontwikkeling-, marketing- en promotiecentra gaan hier toch blijven door de strategische ligging van ons land in Europa, alsook door de licenties. Dus ik denk dat zulke argumenten zaken zijn waarmee ze ons bang pogen te maken, maar dat niet echt fundamentele nadelen zijn' (Goutry, 20.05.2011). Volgens Hutsebaut is er een reële kans dat de diensten marketing uitgedund zullen worden wanneer het kiwimodel in voege zou zijn. Hutsebaut: '...vind ik niet dat men een industrieel milieu in België moet stimuleren via de terugbetaling van geneesmiddelen en de daaraan verbonden prijzen. Het ministerie van economie moet dat bewerkstelligen, niet het ministerie van Sociale Zaken. Bovendien zijn dat er toch wel goeie economische

omstandigheden aanwezig zijn in België. GSK is bijvoorbeeld een bedrijf dat redelijk veel know-how heeft, en dat ten zuiden van Brussel gevestigd is. Dat is hét wereldcentrum van GSK voor de ontwikkeling van vaccins. Nu wat betekenen vaccins op de Belgische markt? Niets. Ik bedoel daar gaat geen omzet mee gepaard. En toch blijven die in België. De reden hiervan is onder andere dat ze hier goed, hoogopgeleid personeel kunnen vinden. Zo'n klimaat verandert niet van de ene op de andere dag' (Hutsebaut, 08.06.2011). Het lijkt er dus op dat er wel een kans is dat de tewerkstelling zou afnemen, maar dan vooral in de reclame-industrie. België heeft meerdere troeven zoals hoogopgeleide werknemers die erg aantrekkelijk zijn voor bedrijven die aan O&O doen. De angst dat bedrijven van de ene op de andere dag volledig uit België zou verdwijnen lijkt dus sterk overdreven. Bovendien kunnen met het geld dat door het kiwimodel bespaard wordt, jobs in de zorgsector gecreëerd worden, aldus Van Duppen (Van Duppen, 2004, p. 235).

Een vijfde argument: de prijzen van de geneesmiddelen zijn helemaal niet te hoog. Neels laat weten dat dit voor de innoverend geneesmiddelen geldt en Slegers laat weten dat dit voor de generica het geval is. Nochtans zijn de prijzen van geneesmiddelen, volgens de senatoren, in België een stuk hoger dan in andere landen. Test-Aankoop komt tot dezelfde conclusie. De organisatie vergelijkt de verkoopprijzen van 28 belangrijke geneesmiddelen die nog onder een patent vallen (en bijgevolg nog geen generische equivalent hadden): België komt er verre van als goedkoopste uit (Geneesmiddelen in België een derde duurder dan in VK, 26.09.2006). Tot slot kan vermeld worden dat de farmaceutische industrie miljarden winsten maakt. Volgens de Fortune 500 is het de meest winstgevende sector ter wereld. Van Duppen: 'Het RIZIV heeft daar een studie rond gemaakt naar aanleiding van mijn boek -je kan die terugvinden op de website- waarbij ze producten geselecteerd hebben en dan hebben laten uitzoeken wat de prijzen zijn in andere landen. Daar was geen logica in te vinden. Dus het hangt dikwijls van de lokale lobbyomstandigheden af wat de prijzen in andere landen en ons land zijn' (Van Duppen, 12.05.2011).

Een zesde argument is dat het kiwimodel niet haalbaar zou zijn doordat België zich moet houden aan de Europese regels, in tegenstelling tot het geïsoleerde Nieuw-Zeeland. Minister Demotte heeft echter laten onderzoeken of het kiwimodel juridisch haalbaar is in een Europese context. Het zou haalbaar zijn (Cochez, 14.12.2004, p. 1). Het Belgische leger zou z'n medicijnen immers via een soortgelijk model aankopen. Ook het Vlaams gewest past het systeem van openbare aanbesteding al langer toe met betrekking tot de aankoop van vaccins. Dirk Dewolf, afdelingshoofd van de dienst preventieve en sociale gezondheidszorg van het Vlaamse Gewest, zegt nog nooit enige indicatie te hebben gekregen dat het systeem in strijd zou zijn met de Europese regelgeving (Byl, 02.12.2004, p. 20). De prijsbepaling en de terugbetalingsvoorwaarden voor geneesmiddelen zijn dan ook nationale bevoegdheden (Hens, 30.11.2004, p. 4).

Een zevende argument: de arts-patiëntrelatie zou onder druk komen te staan omdat patiënten het goedkoopste, terugbetaalde, product aan hun arts zouden vragen. Dit argument lijkt een zekere bijval te krijgen. Aan de andere kant wordt gesteld dat door het (deels) wegvallen van reclame de patiënten de arts veel minder onder druk zouden zetten om de door reclame aangeprezen geneesmiddelen voor te schrijven, zoals nu vaak het geval is.

Een achtste argument betreft de stockproblemen. Volgens Slegers is stockplanning uiterst moeilijk in zo'n systeem omdat men vaak op een jaar op voorhand niet zal weten of men de aanbesteding wint. Volgens Van Assche (FeBelGen) zijn stockproblemen altijd aanwezig, maar wordt het risico erop enorm vergroot door het kiwimodel. Om mee te kunnen doen aan de aanbestedingsprocedure moet je een leveringswaarborg geven. Ook gebeurt het dat men aan het einde van de "geselecteerde" periode gewoon zijn stock uitverkoopt, in afwachting dat er een nieuwe aanbesteding georganiseerd wordt; ook hier vallen er natuurlijk gaten in de beleving van de markt. In Nederland zou een bedrijf zo geregeld de aanbesteding winnen, maar later blijkt dan dat ze niet kunnen leveren. Ook Kind en Gezin zou geregeld leveringsproblemen kennen bij de aankoop van vaccins (Van Assche, 07.07.2011).

Germeaux zegt hierover: 'Demagogie. Het probleem in dit land is dat als een product goed is en als een product goedkoop is dat het plots voor maanden van de markt kan verdwijnen. Wanneer slechts een leverancier geselecteerd wordt kunnen er zich natuurlijk op een bepaald moment productiestoornissen voordoen, maar dat hebben we met de griepvaccins nu ook. Dat is helemaal geen specifiek probleem van het kiwimodel' (Germeaux, 25.05.2011). Demotte laat in het wetsontwerp een bevoorradingswaarborg opnemen om dit probleem op te lossen. Volgens Hutsebaut is het stockprobleem niet inherent aan het kiwimodel. Wel erkent hij dat het stockprobleem vergroot door het kiwimodel. In Nieuw-Zeeland kiest men voor belangrijke producten waar men geen dag zonder kan vallen, een tweede leverancier als reserve. De kans is reëel dat die tweede leverancier zijn product nooit zal kunnen verkopen. In zo'n geval zal de overheid die tweede leverancier betalen om zijn producten, wanneer die vervallen zijn, te vernietigen. Een andere optie is volgens Hutsebaut om twee leveranciers te selecteren die in onderlinge samenspraak hun product kunnen commercialiseren. Dan heb je meer producenten en verlaagt het risico op stockproblemen (Hutsebaut, 08.06.2011).

Een negende kritiek (van Luc Slegers) is dat de apothekers niet voldoende winst meer zouden maken. Dirk Van Duppen: 'Dat is opgelost nu omdat de apothekers sinds april vorig jaar een andere marge hebben. Je kan dit op mijn weblog terugvinden. Zij zijn overgegaan van een procentuele marge naar een forfaitaire marge, per afgeleverde verpakking. Men krijgt een vast bedrag ongeacht welk product het is. Ze zouden gelijk hebben want als nu bijvoorbeeld cipramil, de meest verkochte antidepressivum, in prijs daalt door de toepassing van het kiwimodel van 22 euro naar 1.5 euro, dan zouden de apothekers geen marge meer overhouden. Maar nu behouden ze hun marge. Die maatregel is zeer goed aangezien het de apothekers voorbereid op de invoering van het kiwimodel' (Van Duppen, 12.05.2011). Hutsebaut nuanceert dit. Onder meer als gevolg van de opkomst van de generieken wou men 10 jaar geleden al het remuneratiesysteem van de apothekers veranderen, loskoppelen van de prijs van de geneesmiddelen. Generieken die veel goedkoper zijn dan originele geneesmiddelen, zouden immers de

winsten van de apothekers doen afnemen. Op 1 april 2010 werden zo'n wijzigingen ingevoerd. Hutsebaut: 'Nu worden eerder de prestaties van de apotheker bij aflevering vergoed. Apothekers worden nu dus eerder in functie van het aantal doosjes vergoed, terwijl dat vroeger in functie van de omzet was. De prestatie van de apotheker is: voorschriften interpreteren, administratieve verplichtingen volgen, aan de patiënt uitleggen waarvoor geneesmiddelen dienen en instaan voor therapietrouwheid van de patiënten. Momenteel ligt er zodus veel minder nadruk op het commerciële aspect en veel meer op het zorgaspect. [...] Maar het is dus geen forfaitair systeem: het is een honorariumsysteem waarbij apothekers bij elke aflevering van een terugbetaalbaar product een honorarium kunnen innen [...] Dat honorarium zit immers in twee stukken: het grootste deel, 80 %, is een vast bedrag. Het kleinste deel, 20 %, is nog steeds in functie van de kostprijs. Dit komt omdat de apotheker kosten heeft die in functie van de kostprijs zijn. Als een apotheker bijvoorbeeld te veel doosjes heeft aangekocht wier vervaldatum overschreden is, dan maakt het uit of die doosjes 10 euro of 50 euro hebben gekost. Die stock van 50 euro kost immers veel meer dan die stock van 10 euro. Het is dan ook een gemengd systeem. [...] Voor mij is de conclusie dat we in België op dat vlak al een stukje verder staan dan in Nederland. Een verlaging van de prijs van de geneesmiddelen zou in een forfaitair systeem officieel eigenlijk heel weinig impact mogen hebben op het inkomen van een apotheker. Dus die vrees is een stuk weggenomen' (Hutsebaut, 08.06.2011). Volgens Van Assche is dit argument inderdaad zwakker geworden, maar blijft het wel belangrijk. Een deel van het inkomen van de apothekers is immers nog in functie van de prijzen van geneesmiddelen.

Een tiende argument is dat er parallelle handel zou ontstaan. Wanneer de geneesmiddelen in België immers zo goedkoop zouden zijn, zou men deze vanuit het buitenland aanschaffen om ze in andere landen weer te verkopen. Van Duppen: 'Ook dat probleem is juridisch opgelost door de deconnectiemaatregel. Deconnectie wil zeggen dat de prijs die hier geldt als publieke prijs een andere prijs is dan de prijs die uit de onderhandeling voor terugbetaling is gekomen.

Dus de prijs van medicamenten die hier gebruikt, geconsumeerd en terugbetaald worden, is een andere prijszetting dan de prijs die je op de markt vindt. Dat is deconnectie. De farma-industrie is met deze deconnectie meegegaan om omgekeerde redenen. Janssens Farmaceutica wil bijvoorbeeld op de thuismarkt een hoge prijs, aangezien dat een referentie voor de internationale markt is. Maar ze wil de Belgische staat niet belasten met die hoge prijszetting. Deconnectie maakt dit mogelijk. Maar ja kan diezelfde wetgeving van deconnectie gebruiken om parallelmarkten te voorkomen' (Van Duppen, 12.05.2011). Hutsebaut: 'Echte deconnectie voor alle producten dat bestaat niet..maar dat zou mogelijkwijze een oplossing kunnen zijn. Maar dat is heel erg ingewikkeld' (Hutsebaut, 08.06.2011). Volgens Van Eeckhout is dit niet mogelijk: de producenten zouden in zo'n systeem hun producten niet meer willen aanbieden (Van Eeckhout, 18.07.2011).

Een elfde argument: Joris Van Assche zegt dat men zich in Nederland zorgen maakt om de kwaliteit van bepaalde laaggeprijsde producten. Bovendien zou door de grote hoeveelheid aan leveranciers de kwaliteit van de producten moeilijker te controleren zijn (Van Assche, 07.07.2011). De vraag is dan of de producten die nu op de markt aanwezig zijn én geproduceerd zijn door bedrijven in andere werelddelen, wel gecontroleerd kunnen worden. Van Assche zegt dat met het kiwimodel de prijzen van geneesmiddelen artificieel laag worden gehouden: 'Statistisch gezien is het immers bijna altijd zo dat één van de deelnemende bedrijven absoluut van zijn voorraad af wil, omdat die stilaan tegen de commerciële vervaldatum aankomt.[...] Het eerste, winnende bedrijf verkoopt bijgevolg zijn stock uit, waarna de bedrijven die de eerste keer niet geselecteerd werden in de volgende rondes op hun beurt voor "een alles of niets" keuze worden geplaatst, zeker als ook voor hen de voorraad stilaan zijn commerciële vervaldatum nadert'. Het gevolg zou zijn dat voornamelijk opportunistische spelers zich nog op de markt zouden willen begeven. Bovendien kan volgens Van Assche het gevolg van zo'n systeem zijn dat, zoals in Duitsland, men tot een soort van markconsolidatie komt. Er zouden slechts enkele grote spelers



overblijven waardoor de broodnodige concurrentie wel eens zou kunnen verdwijnen (Van Assche, 07.07.2011).

Tot slot vragen we ons af wat de mogelijke effecten van een kiwimodel op macroeconomisch vlak zouden zijn voor innovatief onderzoek. Stel dat in elk land van de wereld het kiwimodel zou toegepast worden. We nemen één geneesmiddel als voorbeeld. Stel dat één bedrijf voor een periode van drie jaar het monopolie krijgt voor dat ene geneesmiddel op wereldvlak, nadat het de openbare aanbesteding gewonnen heeft. Zouden er na die periode van drie jaar nog steeds andere bedrijven in staat zijn om datzelfde geneesmiddel te produceren? Zou een bedrijf drie jaar lang machines en fabrieken onbenut laten in de hoop drie jaar erop de aanbestedingsprocedure te winnen? Er is een reële kans dat dit niet het geval zou zijn. Dan heb je drie jaar na de eerste aanbesteding nog slechts één bedrijf dat datzelfde geneesmiddel nog produceert, met name het bedrijf dat drie jaar ervoor de aanbesteding gewonnen had. Vervolgens heeft dit bedrijf een monopolie en kan het eender welke prijs vragen. Komen we dan tot een kapitalistische monopoliesituatie waarin één bedrijf de overheid kan gijzelen door enorm hoge prijzen te vragen, of komen we tot een communistisch ideaal van een bedrijf dat ten voordele van de overheid een geneesmiddel produceert en tegen de laagst mogelijke prijs verkoopt?

## 5.7. Behandeling van het wetsontwerp door de Kamer van Volksvertegenwoordigers

Nu de voor- en tegenargumenten van de belangengroepen gekend zijn, bespreekt De Kamer het wetsontwerp van de paarse regering (op 22 maart 2005). Het wetsontwerp heeft als bedoeling 504 miljoen euro te besparen. In het jaar 2004 werd dan ook een tekort van 514 miljoen euro opgetekend door de ziekteverzekering. 385 miljoen euro was de overschrijding bij de geneesmiddelen, waardoor deze sector een cruciale schakel vormt in de verwachte besparingen

(De Belgische Senaat, 14.04.2005, p. 2). Yolande Avontroodt dient op de valreep, vlak voor de stemming in de Kamer, een reeks amendementen in. Zij worden aanvaard door de meerderheid. Het ingrijpendste amendement is datgene waardoor enkel geneesmiddelen die uit patent zijn in het kiwimodel kunnen worden opgenomen<sup>42</sup>: 'Ingeval een groepsgewijze herziening enkel of mede geschiedt op basis van [budgettaire overwegingen], kan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen tevens alle betrokken aanvragers verzoeken voorstellen te formuleren tot aanpassing van de vergoedingsbasis van de specialiteiten volgens de door de Koning vastgestelde procedure. Deze groepsgewijze herziening beoogt enkel specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1) en 2) alsook de specialiteiten waarvan het of de voornaamste werkzame bestanddelen verschillende zouden, esters, ethers, isomeren, mengsels van isomeren, complexen of derivaten zijn van het of de voornaamste werkzame bestanddelen van een specialiteit bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1) of 2) tenzij die specialiteiten een beduidende meerwaarde bieden voor de veiligheid en/of de werkzaamheid' (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.03.2005, pp. 12-13). Ook dient Avontroodt een amendement in waardoor het referentietrugbetalingssysteem enkel toegepast kan worden voor geneesmiddelen die niet onder octrooi vallen (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.03.2005, p. 16). De VLD'ster dient eveneens een amendement in waardoor de vermindering van de prijs van geneesmiddelen van 26 % naar 30 % gaat vooraleer ze in het referentietrugbetalingssysteem kunnen worden opgenomen (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.03.2005, p. 15). Door dit percentage aan te passen zou een besparing van 24 miljoen euro opgeleverd worden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 24.03.2005, p. 123). Vervolgens dient ze een amendement in dat een bijkomende heffing van 23 miljoen euro oplegt aan de farmaceutische bedrijven (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.03.2005, p. 20). Ook zullen de prijzen

---

<sup>42</sup> Dit wil zeggen dat men enkel openbare aanbestedingen zal uitvoeren op ATC-niveau 5, en dus niet op ATC-niveau 4.

van oude geneesmiddelen enkele jaren sneller dan voorheen sterk moeten dalen. Vanaf dan zal een oud geneesmiddel al na 12 jaar in prijs moeten dalen, waar dat voordien pas na 15 jaar was (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.03.2005, p. 21). Dankzij deze maatregel zou 40 miljoen euro worden bespaard (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 24.03.2005, p. 120). Het systeem van openbare aanbesteding wordt dus ingevoerd, weliswaar in een afgezwakte versie. De minister laat weten dat alle geneesmiddelen nog steeds worden terugbetaald. Wel zal de terugbetaling hoger zijn voor het goedkoopste geneesmiddel. Dankzij de wet zullen producenten van geneesmiddelen bovendien niet zomaar uit de terugbetalingsregeling kunnen stappen (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 24.03.2005, pp. 10-12). Tot slot zullen de artsen geresponsabiliseerd worden: het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen en het naleven van de regels en aanbevelingen door artsen is een voorwaarde voor de accreditering (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 24.03.2005, pp. 6-7).

'De voorgestelde maatregelen strekken ertoe de ziekteverzekering in staat te stellen de beste prijs voor de meest geschikte behandeling te betalen'. De farmaceutische sector blijft desondanks een belangrijke industrie in België en moet dat blijven. 'Daarbij ligt de algemene doelstelling voorop een stelsel inzake gezondheidszorg te behouden waarbij het nog mogelijk is te investeren in innoverend onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen. Als men wil kunnen investeren in echt innoverende nieuwe geneesmiddelen moet men bezuinigen op de oude behandelingen'. Voor echte innovatie geldt dus nog steeds een geschikte terugbetaling. De commissieleden melden ook dat de therapeutische vrijheid van de arts gewaarborgd moet worden. De minister neemt zich voor 'gebruik te maken van het mechanisme van de offerteaanvraag, niet om alleen het goedkoopste geneesmiddel terug te betalen, maar ook ruimer. Alle geneesmiddelen zullen nog steeds worden terugbetaald maar de terugbetaling zal hoger zijn voor het goedkoopste middel' (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 24.03.2005, pp. 10-12). Koen Bultinck (Vlaams Belang) benadrukt net zoals de regeringspartijen, de

belangrijke rol van de farmaceutische sector op vlak van tewerkstelling en economische groei. Later geeft Jean-Marc Nollet (ECOLO) aan dat de voorgestelde regels geen aanval op de farmaceutische industrie betekenen. Hij kan zich dus ook in het amendement vinden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 24.03.2005, pp. 13-42).

In een aanvullend verslag van de commissie dient Benoît Drèze (CDH) een amendement in om het eerder aanvaarde amendement van Avontroodt terug te wijzigen en zo de kiwiprocedure toch ook voor geneesmiddelen die onder patent liggen toe te passen. Daniel Bacquelaïne (MR) laat evenwel weten dat men het begrotingsbeleid moet verzoenen met een kwalitatieve gezondheidszorg. Door de onderpatentgeneesmiddelen uit te sluiten van de openbare aanbesteding zou de toegang tot de zorg immers beter gewaarborgd worden. Hij merkt ook op dat de verloren besparingen die gerealiseerd hadden kunnen worden door de geneesmiddelen die onder patent liggen in de kiwiprocedure te vervlechten, gecompenseerd worden door extra belastingen op de farmaceutische industrie. Goutry is het grotendeels eens met Drèze. Wel loopt men wanneer de onderpatentgeneesmiddelen in aanmerking komen voor de openbare aanbesteding, volgens Goutry, het risico dat men het onderzoek ontmoedigt. Het amendement van Drèze wordt uiteindelijk verworpen (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 12.04.2005, pp. 1-8).

De oppositie is vreselijk boos over het tijdstip van de indiening van de amendementen. De meerderheid, met Avontroodt op kop, heeft tijdens de laatste zitting niet minder dan 20 amendementen ingediend, waardoor het een marathonzitting werd. Avontroodts amendement om de onderpatent geneesmiddelen uit de kiwiprocedure te houden werd pas rond twee uur 's ochtends ingediend. Goutry zegt dat door zoveel belangrijke amendementen net voor de stemming in te dienen, een echte discussie hierover niet mogelijk was: 'naarmate de zitting vorderde en de artikelen opschoven en aan belang wonnen, kwamen er steeds meer amendementen van de meerderheid. [...] De aandacht was niet bij

alle leden even scherp meer. Om 02.45 uur 's nachts ging het zomaar even over een heffing van 23 miljoen euro - bijna 10 miljard oude Belgische frank - ter compensatie voor de farmaceutische industrie, om de maatregel af te kopen via dewelke de aankondigingen inzake geneesmiddelen werden afgezwakt. Om 03.00 uur, toen de kiwi al lang een droge vijg was geworden, bezorgden de diensten van de Kamer ons nog altijd ijverig de nodige drankjes zonder een zucht te slaken terwijl veel commissieleden dat wel al hadden gedaan'. Uiteindelijk is het geheel goedgekeurd met 11 stemmen voor, 1 tegen en 3 onthoudingen (De Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers, 13.04.2005, p. 29). Na hevige protest van de CD&V moet de paarse regering de goedkeuring van de wet uitstellen (Uitstel voor gezondheidswet; 25.03.2005, p. 12).<sup>43</sup>

Volgens Goutry wordt de kiwiprocedure door het amendement van Avontroodt helemaal uitgehold en maakt de regering hierdoor een bocht van 180 graden ten opzichte van hun oorspronkelijke doelstelling. De minister van Sociale Zaken heeft eerder immers al laten weten dat het onderscheid tussen geneesmiddelen die wel en niet onder octrooi vallen niet opportuun is. Veel nieuwe geneesmiddelen bevatten immers oude moleculen die weinig of geen wijzigingen hebben ondergaan en waarvan de therapeutische meerwaarde gering is, *me-too's*. De minister maakt hier dus een enorme bocht. Volgens Goutry heeft de regering het kiwimodel tot de laatste dag verdedigd en het op diezelfde dag onderuit gehaald. Stevaert lanceerde indertijd het kiwimodel immers om tegen te gaan dat geneesmiddelen die bijna uit patent zijn lichtjes veranderd worden om zo een nieuw patent in de wacht te slepen. Daarom werd ook beslist dat alle medicamenten met dezelfde therapeutische meerwaarde op dezelfde wijze behandeld worden (op ATC-niveau 4). In ruil voor de aanvaarding van het amendement van Avontroodt betaalt de industrie iets meer belastingen (De Belgische Kamer van

---

<sup>43</sup> Pieter De Crem (CD&V) vraagt om de conferentie van voorzitters bijeen te roepen. Die conferentie beslist om de tekst na de paasvakantie terug naar de Kamercommissie te sturen (Uitstel voor gezondheidswet, 25.03.2005, p. 12).

Volksvertegenwoordigers, 24.03.2005, pp. 117-131). Van Duppen zegt over de amendementen van Avontroodt: 'Daarmee is de kiwi die Demotte oorspronkelijk wilde doorvoeren tot een kiwimoes gereduceerd. [...] Maar door het onvoorstelbare lobbywerk (op dat moment) en het feit dat Avontroodt als vertegenwoordiger van de farma-industrie in het parlement amendementen van de meerderheid kon brengen verdween de essentie van het kiwimodel'. Van Duppen is het niet eens met het argument van Avontroodt dat deze wijzigingen het recht op innovatie vrijwaren. Veel producten die een patent hebben zijn immers niet écht innovatief (Van Duppen, 12.05.2011). Goutry treedt later Van Duppen daar in bij: 'Vroeger ben ik akkoord gegaan om dat [een openbare aanbesteding] te beperken tot de uitpatent geneesmiddelen. We hebben dat ook zo in het regeerakkoord laten schrijven. Nu vind ik dat je correct moet zijn en te verklaren dat een octrooi geen zin heeft als bescherming van een uitvinding, áls die uitvinding eigenlijk al bestaat' (Goutry, 20.05.2011).

Volgens Goutry is de wet zeer slordig opgesteld en dienen de volmachten die Demotte krijgt om excessen, lees: budgetontsporingen, tegen te gaan. Zo poogt men vooral om op korte termijn enkele zaken te realiseren (Tegenbos, 14.04.2005, p. 12). Goutry : '...het gevolg [van de marathonzitting] is dat hier veel fouten zijn gemaakt... dat het geen goede wet is. Het is immers een wet met veel verbeteringen, met veel correcties, met veel kunst- en vliegwerk'. Hij pleit dan ook om tegen de wet te stemmen. Volgens Avontroodt kan door de voorgelegde wet geneeskunde met twee snelheden ingeperkt worden. Ze stemt dan ook voor de wet (De Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers, 13.04.2005, p. 33). Drèze geeft aan achter de wet te staan, ondanks enkele frustraties zoals de uitsluiting van geneesmiddelen onder octrooi van de openbare aanbesteding. Bultinck verklaart tegen de wet te zullen stemmen (De Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers, 13.04.2005 (avond), pp. 22-23).

Na de paasvakantie (13 april 2005) wordt de gezondheidswet van Demotte goedgekeurd door de Kamer van volksvertegenwoordigers,

met 84 ja-stemmen, 38 nee-stemmen en 8 onthoudingen. Op 14 april 2005 wordt de tekst naar de Senaat overgezonden (De Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers, 13.04.2005 (avond), pp. 23-24). In tegenstelling tot de sp.a, PS, MR, VLD en CDH, stemt CD&V tegen de wet, samen met NV-A en Vlaams Belang (Tegenbos, 14.04.2005, p. 12).

Uit het bovenstaande lijkt het erop dat de socialisten en liberalen een akkoord hebben gesloten. De openbare aanbesteding blijft (wat de socialisten willen), maar enkel voor de geneesmiddelen uit patent (wat de liberalen willen). Deze wijziging heeft echter zeer grote gevolgen. Zoals we eerder al zagen, maken de generische geneesmiddelen (in 2008) slechts 10 % uit van de uitgaven van het RIZIV voor farmaceutische verstrekkingen, in tegenstelling tot 90 % voor de originele geneesmiddelen. Dankzij de aanpassingen blijft 90 % buiten schot. Logisch gevolg is ook dat de besparingen veel kleiner zullen zijn omdat generische geneesmiddelen al veel goedkoper zijn dan originelen. Bovendien zal men zo de *me-too's* die onder patent liggen niet aanpakken. Een belangrijk verschilpunt tussen Van Duppens model en dat van de paarse regering is dat Van Duppen voorstelt om het gekozen 'beste' geneesmiddel aan 100 % terug te betalen en de andere geneesmiddelen niet terug te betalen. In het voorgestelde wetsontwerp van de paarse regering staat ten eerste niet dat de gekozen 'beste' geneesmiddelen aan 100 % zullen terugbetaald worden. Ten tweede staat er slechts dat de vergoedingsbasis verlaagd kan worden. Zo worden de andere geneesmiddelen nog steeds terugbetaald, maar dan tegen een lager tarief. Een belangrijk gevolg hiervan is dat reclame nog steeds interessant blijft en dat de incentive voor een bedrijf om de prijs van een geneesmiddel te laten dalen veel kleiner wordt omdat het niet heel de afzetmarkt krijgt. Duidelijk is dat de door de paarse regering voorgestelde versie heel wat minder radicaal is dan de versie die eerst werd voorgesteld. In ruil voor deze aanpassingen betaalt de farmaceutische industrie meer belastingen en maakt ze oude producten sneller dan voordien goedkoper (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 12.04.2005, pp. 40-50). Dit is de oogst van een woelige vergadering in de Kamercommissie

Volksgezondheid. Volgens de regeringspartijen waren de aanpassingen nodig om de innovatie en tewerkstelling te verzekeren. Dankzij de aanpassingen, voorgesteld door Avontroodt, is het systeem echter helemaal uitgehold. In ruil betaalt de industrie wel wat meer belastingen. Dit blijft nochtans een peulenschil, in vergelijking met de besparingswinsten die aanvankelijk werden vooropgesteld die dankzij de implementatie van het kiwimodel zouden bereikt worden. De bescherming van de geneesmiddelen onder patent, in ruil voor geld, is de kern van het compromis tussen regering en farmaceutische industrie en tussen socialisten en liberalen. De farmaceutische industrie is zeer tevreden met de amendementen die door Avontroodt werden ingediend. De industrie ziet zo immers haar voornaamste eis verwezenlijkt: de onderpatentgeneesmiddelen worden niet aan een systeem van openbare aanbesteding gekoppeld.

Na het goedkeuren ervan door de Kamer, evoceert de senaat het wetsontwerp van de paarse regering. Er wordt niets gewijzigd aan de tekst. Bijgevolg is de door de commissie aangenomen tekst dezelfde als het door de Kamer van Volksvertegenwoordigers overgezonden ontwerp (De Belgische Senaat, 14.04.2005, pp. 35-36). Demotte laat weten dat hij de kiwiprocedure op 1 juli 2006 wil opstarten voor enkele cholesterolverlagers en maagzuurremmers. Als de testcases goed verlopen, zal het model bijval krijgen en zal er een goede dynamiek op gang komen (De Belgische Senaat, 22.12.2005, p. 23).

#### 5.8. Waarom werd het kiwimodel zo dramatisch gewijzigd?

Met de goedkeuring van de wet is de beleidskeuze genomen door de politici. Zoals de theorie voorschrijft, stellen allerlei belangengroepen in de ontwerpfase van het besluitvormingsproces oplossingen voor die door middel van gelobby krachtig worden gemaakt, om zo de keuze van de politici te beïnvloeden. Dirk Van Duppen kaartte succesvol de voordelen van het kiwimodel aan. De



problemen die mogelijksterwijs zouden kunnen optreden minimaliseert hij. Ook dit schrijft de theorie voor: men zal de beleidsmakers proberen te overtuigen en enkel de positieve aspecten van een maatregel in de aandacht brengen. De regering nam vervolgens Van Duppens uitwerking van het model over. De belangrijkste eis van de farma-industrie, die door Avontroodt in het parlement krachtig werd verdedigd, is dat geneesmiddelen onder patent niet in de openbare aanbesteding opgenomen worden. CD&V zei na de stemming dan ook dat de regering voor de farmaceutische industrie door de knieën is gegaan (Tegenbos, 23.03.2005, p. 13). Hier lijkt iets van waar te zijn. De kiwi is wel zeer klein geworden en de traditionele farmaceutische industrie lijkt het uiteindelijke resultaat alles behalve erg te vinden.<sup>44</sup> De belangrijkste wensen die de topmanagers van de traditionele farmaceutische bedrijven op 2 februari 2005 hebben geuit, worden dan ook ingewilligd. Zo zullen de nieuwe geneesmiddelen niet in het model opgenomen worden en zullen voornamelijk de producenten van de generische middelen geraakt worden, een sector die slechts 10 % van de geneesmiddelenuitgaven van het RIZIV omvat. Het lobbywerk van de industrie heeft haar vruchten afgeleverd: na het proberen doodzwijgen van het model van Van Duppen werden vele artikels en opiniestukken geschreven die de nadelen van het kiwimodel belichten. Volgens Hutsebaut (CM) heeft de industrie risico's willen oproepen en doembeelden rond het kiwimodel gecreëerd. De industrie heeft allerlei argumenten bedacht die gemakkelijk opgepikt konden worden door andere belangengroepen zoals de artsen en apothekers om zo druk uit te oefenen en het kiwimodel in diskrediet te brengen. Hutsebaut: 'Maar dat zijn geen fundamentele kritieken. Die mensen zeggen na wat de farma hun in hun oren fluistert: allerlei soorten rampscenario's, doembeelden, zoals dat we hier in België zonder aspirine zullen geraken. Ik denk dat ze tégen het kiwimodel de meest intense lobbycampagne hebben voor opgezet die ze ooit gevoerd hebben' (Hutsebaut, 08.06.2011). Tijdens het debat in het parlement, op 25 januari 2005, lieten vertegenwoordigers van de industrie weten dat

---

<sup>44</sup> Van de Castele merkt op dat de farmaceutische industrie vrij tevreden overkomt (De Belgische Senaat, 14.04.2005, p. 25).

het kiwimodel de werkgelegenheid wel eens zou kunnen in gedrang brengen, alsook O&O. Een week later vermelden de topmanagers van de industrie nogmaals dat het kiwimodel vele jobs zou kosten. Een maand later laat Pfizer weten dat het wel eens een investeringskans zou kunnen mislopen omdat ze teveel belastingen moeten betalen. Ze beklagen zich bij Yves Leterme, die laat weten met de federale regering te zullen spreken over het belang van de industrie voor de werkgelegenheid. Met Yolande Avontroodt lijkt de industrie een vertegenwoordiger in het parlement te hebben, zoals uit Germeaux' uitspraak blijkt: 'Maar Avontroodt is vooral de spreekbuis van de artsensyndicaten en van Pharma.be. Dit was lobbying. Dit had niets te maken met gezond verstand, dit had niets te maken met fundamentele politiek. Dit was pure lobbying van Pharma.be' (Germeaux, 25.05.2011). Van Eeckhout (Pharma.be) geeft dan ook in een interview toe dat de farmaceutische industrie in die periode de grootste lobbycampagne uit haar geschiedenis heeft opgezet om het model te beperken tot uitpatent producten. Ze is hier glansrijk in geslaagd (Desmet, 09.08.2007, p. 2). Goutry (CD&V): 'Ik ben ook heel dikwijls benaderd geweest door Pharma.be en door individuele bedrijven zoals Pfizer. Ik ben dikwijls benaderd, niet aggressief, maar waarbij men voortdurend argumenteerde dat het kiwimodel de markt zou kapotmaken an dat het geen goede optie was. Men zou mensen de beste geneesmiddelen ontzeggen, de research zou kunnen stilvallen enz. Indertijd werd ik echt bestormd. En ik weet dat ook naast mij enorm lobbywerk gebeurd is vanuit die sector, die een zeer lucratieve sector is. Dat zijn wereldspelers, wereldholdings. Daar gaat wereldwijd en enorme hoeveelheid aan kapitaal om. Dat is een van de belangrijkste industrieën die er zijn in de hele wereld. En een belangrijke industrie heeft natuurlijk ook grote belangen, alsook belangrijke mensen die natuurlijk ook politiek lobbyen. Zo heb ik altijd grote tegenstand gevoeld van de VLD tegen het kiwimodel' (Goutry, 20.05.2011). Op de vraag of minister Demotte gezwicht is voor de farma-industrie antwoordt Temmerman (sp.a): 'Ik weet niet of dat hij gezwicht is voor de farma-industrie. Ik denk dat Demotte zijn best gedaan heeft. Heb jij al een iemand gezien die het wel gerealiseerd heeft' (Temmerman, 05.06.2011)? Van Duppen reageert op dezelfde vraag: 'De belangrijkste

farmaceutische bedrijven in dit land liggen bijna allemaal in Waals Brabant. Dat is het kiesdistrict van de PS, van Demotte en van Onkelinx. Ik moet daar geen tekeningetje bij maken' (Van Duppen, 12.05.2011).

Dat de industrie niet opgezet was met het kiwimodel blijkt ook uit de vele rechtszaken (soms succesvol) die ze heeft aangespannen tegen wettelijke besluiten, ontwerpen en de Belgische staat. Als reactie op deze rechtszaken heeft Minister van Sociale Zaken Laurette Onkelinx, de opvolger van minister Demotte, een rapport besteld dat de juridische haalbaarheid van het model moet onderzoeken, met als doel de juridische controverse te beëindigen. In 2008 wordt dit rapport door het prestigieuze advocatenkantoor DeBacker afgeleverd. In dit rapport worden alle rechtszaken die de farma-industrie heeft aangespannen tegen het kiwimodel opgelijst. Tot vandaag zijn er rechtzaken lopende omtrent de kiwilicht procedure (Slegers & Van Kruchten, 2009, p. 4):

<u>Partie(s)</u>	<u>Juridiction</u>	<u>Objet du recours</u>	<u>État de la procédure</u>
3DDD Pharma	Conseil d'État	Suspension en extrême urgence de l'arrêté Kiwi	Rejet
3DDD Pharma	Conseil d'État	Suspension et annulation de l'arrêté Kiwi	Rejet pour la suspension Procédure en cours pour l'annulation : sera déclaré sans objet
3DDD Pharma	Conseil d'État	Annulation de l'arrêté ministériel du 18/07/2007 concernant la révision par groupes des spécialités contenant de la simvastatine	Rejet
PFIZER	Conseil d'État	Annulation de l'arrêté ministériel du 18/07/2007 concernant la révision par groupes des spécialités contenant de l'almodipine	Rejet
3DDD pharma	Conseil d'État	Annulation de l'arrêté ministériel du 30 août 2007	Procédure en cours : chance qu'il soit déclaré irrecevable
AGIM & consorts	Conseil d'État	Annulation des articles 3, 13, 32, 51 et 52 de l'arrêté royal du 15 février 2007	Procédure en cours : rapport favorable de l'Auditorat
EUROGENERICS & consorts	Président du tribunal de première instance siégeant en référé	Recours en référé à l'encontre de l'arrêté Kiwi	Irrecevable
MSD	Président du tribunal de première instance siégeant en référé	Recours en référé afin d'interdire l'Etat belge de passer les médicaments génériques en base de remboursement B	Non fondé
MSD	Tribunal de première instance	Recours indemnitaire	Procédure en cours

Bron: Slegers & Van Kruchten, 2009, p. 14.

Uit het voorgaande blijkt dat de farma-industrie enorm veel drukkingsmiddelen heeft aangewend om het kiwimodel te laten afvoeren. Zo waren er informele en formele contacten tussen industrie en politici, poogden ze door het verspreiden van allerlei argumenten de ideeën en opvattingen van politici te beïnvloeden, dreigden ze met tewerkstellingsverlies en het afnemen van investeringen in de sector. Tot slot werd er ook heel wat gelobbyt bij allerlei politici, liet de farma-industrie van zich horen in de media (*De Zevende Dag*, kranten, radio en *De Artsenkrant*) alsook in de parlementaire hoorzitting. En aangezien de macht van een bedrijf bepaald wordt door de mate van monopolievorming, het rendement, de betekenis ervan voor de gehele economie en door de omvang van

de sector, is de farma-industrie wel een zeer machtige belangengroep.

Naast de enorme lobby van de farma-industrie lijkt ook een gebrek aan politieke wil en interesse, alsook politiek opportunisme een deelverklaring. Goutry: 'Ik heb immers vastgesteld dat socialisten daarover veel verklaringen hebben afgelegd in de meerderheid, maar eigenlijk zeer angstvallig met dat model zijn omgegaan. Ze hebben niet op de barricade gestaan om dat kiwimodel op te dringen. [...] Ik vind dat Demotte dat veel te snel heeft willen doorvoeren. Ik heb daar nog op gewezen indertijd. Ik zei dat het niet correct was, want er was slechts een aanbieder. Leg het stil want je zal het hele model verknoeien. Maar men heeft niet willen luisteren. Dat is volgens mij het bewijs dat men het niet echt meende' (Goutry, 20.05.2011). Germeaux: 'De media en de toenmalige politiek interesseerde zich totaal niet voor dit onderwerp' (Germeaux, 25.05.2011).

Volgens Marleen Temmerman is een derde verklaring voor het afgezwakte kiwimodel dat patiënten verwachten alles te mogen consumeren. Ook nog de rol van de artsensyndicaten die een vrijheid van voorschrift erg genegen zijn zou een rol hebben gespeeld (Temmerman, 05.06.2011). Hutsebaut erkent dit laatste punt eveneens: 'Blijikbaar vinden vooral de officiële artsenvertegenwoordigers, de syndicaten, dat artsen de absolute vrijheid van voorschrift moeten hebben' (Hutsebaut, 08.06.2011).

Volgens Hutsebaut is een vierde reden waarom het kiwimodel mislukt is, dat men het van de ene op de andere dag heeft proberen in te voeren, in haar geheel, en bijgevolg heeft gebruskeerd: 'Ik zou proberen de essentie van de kiwi stilletjesaan in te bouwen in ons Belgisch systeem zonder al te veel te bruuskeren. Want dat is volgens mij ook een van de elementen waarom het mislukt is' (Hutsebaut, 08.06.2011). Hutsebaut lijkt hier wel een punt te hebben. Stevaert wou het model precies meteen in z'n geheel invoeren, terwijl zo'n model beter geleidelijk aan en vooral erg beheerst ingevoerd wordt. De regering stootte op een immense farma-industrie die meteen wakker geschoten was.

Volgens Hutsebaut is een andere oorzaak, ten vijfde, het liberale gedachtegoed in Europa: waar alles vrijheid, blijheid is: 'In die context is het niet gemakkelijk om als land naar een systeem te gaan waar men beslist dat men bepaalde producten niet nodig heeft, en waar producten tegen elkaar uitgespeeld worden. Dat is helemaal niet evident. Dat druist flagrant in tegen het liberale denken in Europa' (Hutsebaut, 08.06.2011).

Een zesde reden is de toenmalige politieke constitutie. Volgens ex-VLD'er Germeaux was de meerderheid de oorzaak waarom het kiwimodel nooit volledig is doorgevoerd: 'Binnen de meerderheid had hij geen meerderheid. Demotte is mogen starten met een kiwisoft. Terwijl binnen Verhofstadt I alles voeding kon vinden voor vernieuwing was elk mogelijk fundamenteel veranderend initiatief gebannen uit Verhofstad 2. Wij voelden natuurlijk enorm de weerstand binnen de partij, en dat was namelijk in de Kamercommissie. Daar zat Yolande Avontroodt en Maggie De Block en dat was onbespreekbare thematiek binnen onze partij.[...] De liberalen waren zowel aan franstalige kant als aan nederlandstalige kant volledig overtuigd van de bedreiging van de farmaceutische industrie en de tewerkestelling.[...] Te dikwijls worden in dit land dingen niet afgemaakt, maar wel geblokkeerd. En dat is rond kiwi ook gebeurd. Men wilt iets niet en dan blokkeert men iets. Misschien was er een minister die ook niet echt overtuigd was van kiwi. Ik denk dat Demotte ook niet echt overtuigd was'. Volgens Germeaux zijn de beleidskeuzes te verklaren door politiek opportunisme, en is de rol van Avontroodt erg groot in het hele debat omdat zij op twaalf uur tijd de koers van de VLD heeft gewijzigd ten voordele van de farma-industrie. Andere VLD'ers, in de eerste plaats Bart Somers, hielden rekening met Avontroodt omdat ze op de tweede verkiezingsplaats stond in Antwerpen.<sup>45</sup> Onenigheid zou electoraal wel eens afgestraft kunnen worden waardoor Avontroodt als spreekbuis van de farma-industrie, het standpunt van de Open VLD omtrent het kiwimodel kon bepalen (Germeaux, 25.05.2011). Ook volgens Goutry was er niet voldoende overtuiging bij de PS:

---

<sup>45</sup> Bart Somers was de lijsttrekker.

'Onkeinx is een puur machtsfiguur die eigenlijk op dat departement zat om duidelijk te maken dat de PS de Sociale Zekerheid, in de context van de communautaire onderhandelingen, niet zou loslaten. Onkelinx zat op dat ministerie, maar zij ging geen debatten aan' (Goutry, 20.05.2011).

De druk van belangengroepen is zeer bepalend voor de keuze die politici nemen. De theorie geeft immers te kennen dat politieke partijen rekening houden met de wensen van machtige belangengroepen omdat ze anders wel eens electoraal afgestraft kunnen worden. Politici proberen immers net zoals belangengroepen, aan hun eigenbelang te voldoen. Volgens de theorie zijn ook de machtsposities van betrokken politici van tel. Avontroodts positie is hier een zeer goede illustratie van. De strategie en tactiek van de Open VLD is dan ook bepalend geweest voor de genomen keuze. Goutry: 'En ik denk dat de liberalen dat model duidelijk niet wilden en dat de socialisten dat beseften. De socialisten beseften volgens mij dan ook wel dat anders een verloren strijd aan zouden gaan en zich zouden minoriseren in die coalitie, waardoor ze andere punten die ze wilden ook niet meer zouden kunnen realiseren. Ik denk dat het een afweging is geweest'. Volgens Goutry zijn de socialisten akkoord gegaan om het kiwimodel half te laten verwateren en een stille dood te laten sterven, onder druk van de VLD (Goutry, 20.05.2011).. Wouter Beke: 'De socialisten hebben het kiwimodel en het geneesmiddelenprobleem op de agenda gezet. Het was hun bedoeling ermee te scoren, maar helaas staan ze vandaag met de broek op de knieën, want op het ogenblik dat de socialistische partij en mutualiteit in Vlaanderen campagne voeren aan bushaltes en in treinstations met de slogan dat de socialisten garant staan voor het beste geneesmiddel tegen de goedkoopste prijs, wordt het idee van de openbare aanbesteding fel afgezwakt' (De Belgische Senaat, 21.04.2005, pp. 13-14). Beke heeft een punt. Stevaert kondigde de oorlog aan met de farmaceutische industrie en haar miljardenwinsten. Hier kwam zeer weinig van in huis. Kortom, de lobbymachine van de farmaceutische industrie draaide op volle toeren en bleek zeer succesvol. Dat de industrie meer taksen moet betalen en de prijzen van de geneesmiddelen drie jaar sneller met 14

% moet verlagen is dan ook een peulenschil, in vergelijking met de anderhalf miljard euro dat Van Duppen als besparing berekend had. De winnaar van de machtsstrijd is dan ook met overschot de traditionele farmaceutische industrie. Het eens zo geprezen kiwimodel wordt door de aanpassingen eraan omgedoopt tot het kiwi-lightmodel.



## 6. Het kiwi-lightmodel van Demotte

### 6.1. De reactie van de politieke partijen

De paarse regering staat logischerwijs achter het kiwimodel van Demotte. Maya Detiege (sp.a) weerlegt de kritiek van de CD&V dat de paarse regering voor de farma-industrie op de knieën is gegaan. Detiege zegt dat haar partij het kiwimodel heeft verwezenlijkt zoals het dat van in het begin al wou (Peuterman, 13.04.2005, p. 100). Net zoals Detieges partijgenoot Marleen Temmerman (Temmerman, 05.06.2011), spreekt Avontroodt dit terecht tegen en zegt dat de kiwi heel anders werd voorgesteld door Steve Stevaert. De aanbesteding zou immers voor alle geneesmiddelen gelden, niet enkel diegene die uit patent zijn. Aangezien artsen gesanctioneerd kunnen worden door de nieuwe gezondheidswet wanneer ze niet rationeel (lees: generica) voorschrijven vindt Avontroodt de kritiek van FeBelGen onterecht.<sup>46</sup> De generische sector krijgt nog steeds een voorkeurbehandeling van de overheid, aldus Avontroodt (Peuterman, 13.04.2005, p. 100). Kortom, de regering is tevreden met haar wet. Ondanks de tevredenheid van Avontroodt hamert haar partijgenoot en senator Jacques Germeaux erop dat de aanpak (door de aanpassingen aan het oorspronkelijke model) niet zal werken (Byl, 24.03.2005, p. 16). Naast de CD&V, N-VA en het Vlaams Belang levert ook Groen! ook kritiek op het gezondheidsbeleid van de paarse regering. De regering zou te veel aan besparingen denken en te weinig op lange termijn. Er ontbreekt een globale visie zegt Vera Dua (Groen! wil gezondheidsbeleid toch splitsen, 25.06.2005, p. 13).

---

<sup>46</sup> Deze kritiek komt verder nog uitgebreid aan bod.

## 6.2. De geneesmiddelenprijzen anno 2006

Midden 2006 worden volgens het RIZIV plots vele geneesmiddelen goedkoper. In 2005-2006 kenden we een ware *kiwiknik*: een absolute daling van 40 miljoen euro in de steile curve van steeds stijgende geneesmiddelenuitgaven (Mampuyts, 12.08.2009, p. 95). De oorzaak ligt bij de preventieve reactie -lees: prijsdalingen- van de farmaindustrie op de dreiging van het kiwimodel. Andere oorzaken zijn de verplichte prijsdaling voor oudere geneesmiddelen, de invoering van referentieprijzen, plafonds voor grote verpakkingen en de concurrentie die ontstaat na het verlopen van het patent van het merkgeneesmiddel. Uit een andere studie van het RIZIV en Farmanet blijkt wel dat de totale uitgaven van de ziekteverzekering voor geneesmiddelen nog steeds toenemen door de ontwikkeling van nieuwe, dure geneesmiddelen. Men gebruikt meer nieuwe in plaats van oudere en goedkopere geneesmiddelen. Dit is voor bijna twee derde te wijten aan de stijging van het geneesmiddelenverbruik (Tegenbos, 28.03.2006, p. 10). Volgens sommigen heeft het kiwi-lightmodel van Demotte geen kans op slagen omdat nieuwe en dure producten meer zullen worden voorgeschreven na intensieve reclamecampagnes. Het kabinet van Rudy Demotte reageert door erop te wijzen dat het geneesmiddelenvolume jaarlijks met 5 % toeneemt, waardoor het logisch is dat de uitgaven toenemen. Bovendien staan in de gezondheidswet maatregelen om de verschuiving van oude naar nieuwe geneesmiddelen tegen te gaan (bijvoorbeeld het responsabiliseren van artsen wanneer ze niet rationeel voorschrijven) (Hens, 13.04.2005, p. 3).

## 6.3. Het kiwi-lightmodel: het Koninklijk Besluit

Op 16 mei 2006 spreekt de Inspectie van Financiën zich positief uit over de wet. Op 26 mei 2006 wordt het KB van Demotte in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd. Deze wet bevat echter slechts het

kader van hoe de procedure in z'n werk moet gaan. De procedure moet nog door de minister verder uitgewerkt worden (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp. 9-10). In het KB staat dat de CTG op eigen initiatief of op vraag van de Minister van Sociale Zaken, een groepsgewijze herziening van de vergoedingsmodaliteiten kan organiseren voor geneesmiddelen buiten octrooi, die een gelijke of gelijksoortige indicatie hebben. Er bestaan twee mogelijkheden tot groepsgewijze herziening: algemene herziening en de kiwi-lightprocedure. Wanneer het doel van de aanbesteding uitsluitend of gedeeltelijk budgettair is, dan geldt de kiwi-lightprocedure. Bij deze procedure moeten alle geneesmiddelen in een aanbestedingsprocedure dezelfde actieve bestanddelen bevatten (ATC-niveau 5). Wanneer een herziening georganiseerd wordt, moeten de betrokken bedrijven hiervan in kennis worden gesteld. De offertes moeten binnen 90 dagen ingediend worden, samen met een verklaring waaruit blijkt dat het bedrijf zijn afleveringscapaciteit binnen een periode van 6 maand kan verhogen met de helft van het verschil tussen het huidige marktaandeel en het volledige marktaandeel.<sup>47</sup> Dat moet stockproblemen tegengaan. Vervolgens beschikt de CTG over een periode van 150 dagen om te beslissen welk geneesmiddel preferentieel vergoed wordt. De minister kan echter afwijken van het voorstel van de CTG door middel van een gemotiveerde beslissing.<sup>48</sup> Wanneer een nieuw geneesmiddel op de markt komt, kan dit de vergoedingsbasis van de referentiespecialiteit verkrijgen. Wel moet dan de prijs van het nieuwe geneesmiddel minstens 15 % lager zijn dan de prijs van de referentiespecialiteit. Het doel van dit KB is om zowel arts als patiënt aan te sporen om de goedkoopste geneesmiddelen te consumeren. Er wordt een periode van stabiliteit van drie jaar ingevoegd waarin slechts sommige aanvragen van bedrijven om hun geneesmiddelen te laten terugbetalen ontvankelijk verklaard kunnen worden. De Raad van State merkt op dat de periode van 3 jaar waarin slechts één middel

---

<sup>47</sup> De offertes worden per verpakking ingediend.

<sup>48</sup> Op basis van sociale en/of budgettaire elementen (Peers en Callens, 2008, p. 524).

preferentieel wordt terugbetaald geen wettelijke basis kent.<sup>49</sup> Deze periode wordt door de Raad van State dan ook geschrapt. Nochtans is een periode van stabiliteit noodzakelijk om de beoogde inspanningen maximaal uit te kunnen voeren (Koninklijk Besluit, 17.05.2006). Eerst was gesteld dat het model voor cholesterolverlagers en maagzuurremmers zou worden ingevoerd. Nu wil men wachten op de evaluatie van de cholesterolverlagers vooraleer men aan die maagzuurremmers wil beginnen (Belgisch kiwimodel heeft erg zachte smaak gekregen, 11.05.2006, p. 3). De besparing van het kiwi-lightmodel, toegepast op cholesterolverlagers, wordt op 15 miljoen euro geraamd. Vanaf 1 juli 2006 komt er een veiling voor cholesterolverlagende medicijnen. Het goedkoopste middel wordt tegen 75 procent terugbetaald; de anderen worden slechts voor de helft terugbetaald (Demotte start veiling medicijnen, 02.05.2006, p. 8). Deze terugbetalingstarieven verschillen van deze die Demotte op 21 december 2005 beloofde te hanteren. De goedkoopste cholesterolverlager moet tegen 1 januari 2007 gekend zijn. Men wil ook de omzetheffing op de geneesmiddelenindustrie wijzigen. Het nieuwe systeem wordt veel selectiever: farmaceutische bedrijven die veel investeren in de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen worden beloond (Belgisch kiwimodel vandaag gelanceerd, 11.05.2006, p. 1).

#### 6.4. Na het KB, een tegenreactie: het kiwi-lightmodel gaat niet ver genoeg

Van Duppen betreurt dat de minister enkel de uitpatentproducten aan een openbare aanbesteding onderwerpt. Hij vindt het ook geen goede zaak dat de geneesmiddelen die de aanbesteding niet hebben gewonnen nog steeds worden terugbetaald. De arts moet dan immers nog steeds blijven zoeken naar het goedkoopste middel. Luc Goutry

---

<sup>49</sup> De RIZIV-wet staat niet toe dat de lijst met terugbetaalde producten gedurende een bepaalde tijd geblokkeerd wordt (Slegers & Van Kruchten, 2009, p.9).

onderschrijft dat laatste. Nu maakt Demotte de zaak immers warrig voor patiënt en arts. Luc Goutry betreurt ook dat de minister slechts één aspect van het brede Nieuw-Zeelandse model invoert (Tegenbos, 02.05.2006, p. 6).

Uit onderstaande tabel wordt duidelijk dat cholesterolverlagers in toenemende mate geconsumeerd worden. Op eerste zich lijkt dit dus een goede testcase. Een belangrijke kritiek is echter dat dit model weinig impact zal hebben doordat de twee testcases, cholesterolverlagers en maagzuurremmers, al tot drie kwart in prijs zijn gedaald. Volgens Hutsebaut is de grootste prijsdaling van cholesterolverlagers er gekomen toen Zocor uit patent ging en er generieken op de markt kwamen: het kiwi-lightmodel zou daar volgens Hutsebaut (CM) enkel nog een klein beetje aan bijdragen. Op een conferentie van 2004 was immers gebleken dat een groot aantal mensen met een verhoogd cardiovasculair risico geen cholesterolverlagers namen, terwijl dit wel aangewezen is. In ruil voor het terugbetaalbaar maken van cholesterolverlagers voor een bredere groep patiënten, zouden de prijzen met bijna 70 % dalen (Hutsebaut, 08.06.2011). Een andere reden waarom deze testcase niet de beste is, komt doordat dure varianten die niet in de openbare aanbesteding opgenomen worden, bijna de helft uitmaken van alle statines die over de toonbank gaan. Deze statines zijn niet beter en kosten soms tot 4 keer meer.

Tabel I.5. evolutie van het aantal patiënten (bron Cel Farmanet)

	# patients				evolution in %		
	2004	2005	2006	2007	2004-2005	2005-2006	2006-2007
SIMVASTATINE	305.775	402.691	466.220	516.779	31,7	15,8	10,8
PRAVASTATINE	107.888	115.810	118.843	118.598	7,3	2,6	-0,2
FLUVASTATINE	26.762	23.384	20.751	20.101	-12,6	-11,3	-3,1
ATORVASTATINE	260.380	254.952	251.820	259.787	-2,1	-1,2	3,2
ROSUVASTATINE	49.556	82.437	112.163	148.279	66,4	36,1	32,2
	750.361	879.274	969.797	1.063.544	17,2	10,3	9,7

Bron: Vanhaeren, e.a., 2008, p. 8.

Nu al blijkt dat de maagzuurremmer Nexiam een stevige opmars kent ondanks de veel hogere prijs. Het kiwi-lightmodel kan misschien wel minimale besparingen realiseren. Nochtans zullen artsen, beïnvloed door grote marketingcampagnes, vele nieuwe en dure geneesmiddelen voorschrijven waardoor de gerealiseerde besparingen niets zullen voorstellen. Daar komt bij dat de generische producenten veel van hun inkomsten uit maagzuurremmers en cholesterolverlagers halen waardoor enkele van die bedrijven wel eens failliet zouden kunnen gaan (Cochez, 06.05.2006, p. 99). Ook Test-Aankoop bekritiseert het kiwi-lightmodel. De organisatie merkt op dat het model geen invloed zal hebben op geneesmiddelen die onder patent liggen, terwijl net die geneesmiddelen zo duur zijn (Geneesmiddelen in België een derde duurder dan in VK (26.09.2006). Filip Babylon laat weten het systeem met de openbare aanbestedingen voor uitpatent geneesmiddelen wel interessant te vinden (Carpentier, 09.08.2007, p. 3). Er kan besloten worden door te stellen dat het Belgische kiwimodel een versoepelde, afgezwakte vorm van het Nieuw-Zeelandse model is (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp. 5-8).

Uit de theorie blijkt dat wanneer een maatregel inefficiënt lijkt men hier tegenin zal gaan. Men zal een nieuw voorstel doen om de maatregel aan te passen of helemaal weg te cijferen ten voordele van een nieuw voorstel. Dit gebeurt op 21 december 2005: een opmerkelijke coalitie zakt af naar het kabinet van minister van Sociale Zaken Rudy Demotte om er een petitie met ruim 102.000 handtekeningen te overhandigen: de PVDA van Dirk Van Duppen, de Kristelijke Werknemersbeweging (KWB) en de christelijke bediendevakbond LBC/NVK. De actievoerders willen immers verder gaan dan Demotte en hebben ook een wetsvoorstel klaar.<sup>50</sup> Het

---

<sup>50</sup> Van Duppen, de CM, Freek Louckx (jurist aan de VUB) en enkele andere juristen aan de VUB hebben een wetsvoorstel gemaakt conform de Europese en Belgische regelgeving. De prijsbepaling en de terugbetaling van geneesmiddelen zijn nationale bevoegdheden. De inbedding van België in de EU zou dan ook geen hinderpaal vormen voor de invoering van het model. Van Duppen en co willen het model via een wet doorvoeren. Dit zou immers een veel robuustere basis zijn dan een simpel MB of KB. De druk

kiwimodel moet vooreerst toegepast worden op de veel gebruikte medicamenten, aldus de actievoerders. Die lijst kan dan nadien uitgebreid worden. Een nog op te richten Agentschap voor Farmaceutisch Management hoort de procedure in goede baan te leiden. Van Duppen krijgt bij zijn wetsvoorstel steun van Germeaux en Goutry. Die laatsten willen het wetsvoorstel van Van Duppen indienen (Cochez, 22.12.2005, p. 4).<sup>51</sup> Minister Demotte belooft aan de actievoerders het model vanaf juni 2006 uit te testen voor cholesterolverlagers en maagzuurremmers: het goedkoopste geneesmiddel zal gratis zijn, de anderen zullen voor een kwart terugbetaald worden (Voorstanders kiwi-model overhandigen petitie, 21.12.2005).

## 6.5. Onenigheid in de traditionele industrie

Niet vreemd is dat de traditionele industrie nogal zwijgzaam is in deze periode. Het kiwi-lightmodel tast dan ook voornamelijk de generische sector aan (Byl, 18.05.2006, p. 108). Schijn bedriegt. Binnen de traditionele industrie is er onenigheid ontstaan door Demottes KB. Drie Belgische bedrijven die veel in O&O investeren (Janssen Pharmaceutica, UCB en GlaxoSmithKline) zijn immers gewonnen voor een variant van de kiwi voor geneesmiddelen die al uit patent zijn. Samen zijn deze bedrijven goed voor 90 procent van de investeringen in de sector. Terwijl Janssen, UCB en GlaxoSmithKline het appreciëren dat de regering inspanningen doet

---

van de farma-industrie op ministers is immers erg groot en zou dan snel tot een aanpassing van een KB of MB kunnen leiden. De druk op parlementsleden van de farma-industrie is veel kleiner. Het wetsvoorstel geeft weer hoe het kiwimodel ingevoerd kan worden in België. Uit het voorstel blijkt dat er gewerkt zal worden met offertes en niet met openbare aanbestedingen. Bovendien zal de procedure op ATC-niveau 4 plaatsvinden, waar mogelijk (Peeters, 2007, pp. 63-65).

<sup>51</sup> In een interview laat Van Duppen weten dat van dit wetsvoorstel nog niets gekomen is omdat de regering gestruikeld is en er nieuwe verkiezingen waren gekomen (Van Duppen, 12.05.2011).

om O&O in ons land aantrekkelijker te maken, hebben de andere leden van Pharma.be zware kritiek op de regering.<sup>52</sup> De drie bedrijven dreigen ermee een eigen belangenvereniging op te richten, wat ertoe leidt dat Pharma.be nieuwe statuten krijgt. De drie beschikken nu over een vetorecht in de vereniging (Overheid en farmabedrijven: een schizofrene verhouding, 28.07.2006, p. 3). Volgens Van Eeckhout (Pharma.be) hebben deze drie bedrijven helemaal geen vetorecht en is dit bijgevolg incorrect (Van Eeckhout, 18.07.2011). Het lijkt erop dat door het stimuleren van O&O de drie grote Belgische bedrijven willen toestaan dat de regering het kiwimodel voor de uitpatentgeneesmiddelen invoert. Deze drie bedrijven investeren immers veel in O&O en zullen er bijgevolg niet veel nadelen van ondervinden.

---

<sup>52</sup> Bedrijven die veel in O&O investeren moeten een lagere heffing betalen. Bedrijven die dit niet doen, een hogere. Ook zal door de oprichting van het Geneesmiddelenagentschap de registratie van geneesmiddelen versnellen (Overheid en farmabedrijven: een schizofrene verhouding, 28.07.2006, p. 3).



## 7. De uitvoering van het kiwi-lightmodel

### 7.1. De boycot door de generische sector

Naast enkele sociale organisaties en politieke partijen, is ook Luc Slegers van FeBelGen erg gekant tegen het KB van Demotte. Hij geeft aan dat de farmaceutische industrie zijn slag thuis heeft gehaald. Dit symbooldossier zou bovendien geen besparingen opleveren. Enkel de generische sector zal geraakt worden. Volgens Slegers moet de overheid de generieken uitspelen tegen de patentgeneesmiddelen door het referentierugbetalingssysteem uit te breiden. Daar zou het geld zitten (Byl, 31.03.2005, p. 16). Volgens FeBelGen heeft de generische sector 18 % van het marktaandeel in handen, goed voor 465 miljoen euro. De Federatie zou hebben berekend dat een openbare aanbesteding de prijzen van de generieken slechts met maximaal 5 % zou kunnen doen zakken. Dit systeem zou fataal zijn voor de generische sector. Bovendien wijst hij erop dat er al een aantal producenten van generica plannen maken om uit België te verdwijnen. De duurzaamheid van de sector zou in gevaar zijn (Febelgen: kiwi-model voor patentvrije medicijnen loont de moeite niet, 08.04.2005, p. niet beschikbaar). Van Assche (FeBelGen) ontdekt in het KB van Demotte de hand van 'de grote jongens' uit de farmaceutische sector. Amper een dag nadat het KB door minister Demotte werd ondertekend ontvangt de minister mensen van FeBelGen. Bovendien is 70 % van de medicamenten gepatenteerd. Net zoals Van Duppen vermeldt Van Assche dat het gaat om producten die de voorbije jaren al zo'n 70 % in prijs gedaald zijn waardoor die niet veel meer kunnen zakken in prijs. Van Assche omschrijft de Belgische variant van het kiwimodel als een 'miskleun' en een 'draak'. Het is een juridische ramp. Er zouden veel te veel onduidelijkheden zijn. Volgens Van Assche brengt het KB van Demotte de hele generische sector in gevaar. Zo is in het KB niets geregeld voor de marges die aan de apothekers en de groothandel moeten worden betaald (Generische sector voelt zich 'gepakt' door kiwi, 12.05.2006, p. 7). Ook staat niets in het KB over de looptijd

van zijn model (6 maanden, drie jaar?), wat van cruciaal belang is voor bedrijven om te weten hoe lang ze de afzetmarkt zullen bezitten. Van Assche vreest dat het Belgische kiwimodel zal uitdraaien op chaos en ernstige bevoorradingsproblemen. Dit alles speelt in de kaart van de grote producenten van merkgeneesmiddelen. Van Assche vermeldt dat de traditionele farmaceutische industrie de artsen er met hun goed gesmeerde marketingapparaat van zullen overtuigen voor de zekerheid te kiezen en hun producten voor te schrijven, zelfs al kosten die meer. Volgens Van Assche zal het niet de bedoeling van Demotte zijn geweest om de generische sector om zeep te helpen. Nochtans heeft de minister dit verwezenlijkt. 40 % van de generische sector staat door het KB van Demotte onder druk (Generische sector voelt zich 'gepakt' door kiwi, 12.05.2006, p. 7). Een generische producent van cholesterolverlagers laat iets later weten dat ze het KB van Demotte wil laten vernietigen. Hij stapt hiervoor naar de Raad van State. Dankzij het KB zou de oorspronkelijke producent van het middel de generische concurrenten uit de markt kunnen prijzen en de sector in gevaar brengen, luidt de motivatie (Huysmans, 06.07.2006, p. 13).

Later meldt FeBelGen dat de producenten van generica niet mee doen aan de openbare aanbesteding: 'wij hebben juridisch correct gehandeld, onder meer op basis van een beslissing van het arrest van het hof van beroep in Brussel dat gezegd heeft dat wat de Belgische staat daar toen gedaan had met de regels, dat dit onbehoorlijk bestuur is' (Van Assche, 07.07.2011). Ze zouden geen prijsoffertes indienen. De generische sector boycot het model van Demotte (Tegenbos, 18.12.2006, p. 10). Demotte laat weten dat hij de kritiek van de generische sector ongegrond en te laat vindt. Hij hoopt dat de sector nog steeds van zijn boycot zal afzien. Van Duppen schaart zich achter de kritiek van de generische industrie. Het kiwi-lightmodel zou volgens Van Duppen dan ook de grootste farmaceutische bedrijven bevoordelen, voornamelijk Pfizer en Astra Zeneca (Cochez, 18.12.2006, p. 6). De realisatiefase in het besluitvormingsproces is de laatste fase. De realisatie van het kiwi-lightmodel steunt voor een deel op de generische sector, als uitvoerder ervan. Volgens de besluitvormingstheorie stemmen de

waarden van de uitvoerders best in met de beleidsmaatregel. Dat is met het kiwi-lightmodel zeker niet het geval. De generische sector wendt zijn macht aan en boycot de procedure. Dat de uitvoerders van het model tegen datzelfde model gekant zijn kan wel eens negatief uitdraaien voor Demottes maatregel.

## 7.2. Onduidelijke spelregels

De eerste fout van Demotte is volgens Luc Hutsebaut (CM) dat Demotte geen behoefte-analyse heeft laten uitvoeren door een team van experts. Hutsebaut: 'Neen, je maakt keuzes. En de keuzes zijn in eerste instantie op therapeutisch gebied: wat zijn de beste producten, de beste in de zin van de meest efficiënte oplossing van een bepaald probleem. En áls er dan nog concurrentie overschiet dan kan je inderdaad beginnen discussiëren over prijzen. Maar wel in die volgorde. Eerst wetenschap, dan economie' (Hutsebaut, 08.06.2011). Van Assche (FeBelGen): 'Ja juridisch, het grote probleem was dat de regels constant veranderden. Je wist niet waarover het ging. Bijvoorbeeld: er kwamen nieuwe spelers op de markt: mogen die meedoen, mogen die niet meedoen? Allemaal geen antwoord op. Of vandaag antwoord A, morgen antwoord B. Maar die antwoorden hebben natuurlijk wel een impact op de prijsvoorstellen die een deelnemend bedrijf wenst te doen' (Van Assche, 07.07.2011).

Op 19 september 2006 heeft de CTG voor de cholesterolverlagers én voor amlodipine een openbare aanbesteding georganiseerd.<sup>53</sup> De bedrijven moeten binnen 90 dagen hun offertes indienen, dus voor 18 december 2006. Op 26 oktober 2006 stelt Maggie De Block hier een vraag over aan de minister van Sociale Zaken. Ze wijst erop dat deze gezondheidswet (goedgekeurd door de kamer op 13 juli 2006) die dit alles regelt nog door de Senaat behandeld wordt, terwijl de periode van 90 dagen al loopt. De minister antwoordt dat de regels zoals beschreven in het KB van mei 2006 gelden. Aanpassingen van de

---

<sup>53</sup> Amlodipine is een middel dat hoge bloeddruk tegengaat.

wet zullen de opgebouwde rechten zeker niet schaden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 26.10.2006, pp. 28-30). Op 7 december 2006 meldt De Block dat de uitvoeringsbesluiten van het kiwimodel nog steeds niet klaar zijn en daardoor vele vragen van bedrijven onbeantwoord blijven. Kortom, het model zit vast in een juridisch en technisch kluwen (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 07.12.2006, pp. 34-35).

Met de programmawet van 27 december 2006 wordt de aanbestedingsprocedure een beetje aangepast: nu moet naast het actieve bestanddeel, ook rekening gehouden worden met de dosering, toedieningsvorm, en eventueel het aantal eenheden in de verpakking (Programmawet 27.12.2006). Het is immers gerechtvaardigd dat een product meer kost wanneer er meer eenheden in de verpakking zitten. In het DeBacker-rapport staat dat de minister toegeeft dat 'il n'est pas simple de comparer l'ensemble des spécialités qui ont une indication identique ou analogue, car Elles ont des spécificités propres' (Slegers & Van Kruchten, 2009, p. 10). De keuze en vergelijking van de geneesmiddelen –lees: behoefteanalyse- hoort dan ook niet door een minister, maar door experts uitgevoerd te worden.

Volgens Goutry wordt de procedure nog verder uitgehold doordat de minister nu kan kiezen hoe ver hij in de groepsgewijze herziening gaat. Hij kan dit doen aan de hand van ATC-klasse 4 of 5. Omdat de minister dit telkens zelf kan afwegen, wordt geen consequent beleid gecreëerd, aldus Goutry. Ten gevolge van deze regel kan men met het kiwi-lightmodel alle kanten uit (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 20.12.2006, pp. 13-16).<sup>54</sup> De CD&V fractie is dan ook volledig gekant tegen deze veranderingen. De

---

<sup>54</sup> Zo zijn er een dertigtal bloeddrukverlagers. Wanneer de minister klasse 5 wenst toe te passen, komen slechts een vijftal medicamenten in aanmerking voor de openbare aanbesteding. De aanpassingen van het kiwimodel zorgen ervoor dat we niet ordenend en beperkend kunnen optreden voor vele groepen geneesmiddelen (Goutry, 20.05.2011). Zoals eerder gezien heeft de minister deze mogelijkheid niet bij de kiwi-lightprocedure, maar enkel bij de algemene groepsgewijze herziening.

minister antwoordt dat door de aanpassingen de wet in overeenstemming wordt gebracht met de inhoud van het KB van 21 december 2001. De *me-too's* zullen nog steeds aangepakt worden door de uitbreiding van het referentietierugbetalingssysteem. De grondslag van het kiwimodel blijft de wet van 27 april 2005 en het uitvoeringsbesluit van mei 2006 van die wet (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 18.12.2006, pp. 21-23).

De nieuwe minister van Volksgezondheid, Laurette Onkelinx, laat weten dat 'het belangrijkste is niet altijd de prijs van het geneesmiddel, maar soms wel of het onmiddellijk beschikbaar is, en of de patiënt er al dan niet mee vertrouwd is'. Ze beklemtoont dat de datum van de inwerkingtreding van het kiwimodel verschoven wordt, zodat de firma's genoeg tijd hebben om in een voldoende grote stock te voorzien (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 14.12.2006, pp. 436-491). Met deze uitspraak distancieert de nieuwe minister zich van de geest van het oorspronkelijke kiwimodel, zoals het ooit geïntroduceerd werd door Dirk Van Duppen.

Zoals reeds aangegeven boycotten de meeste producenten van geneesmiddelen de openbare aanbesteding door geen offertes in te dienen. Normaal gezien moesten de offertes al in december 2006 ingediend zijn. Maar omdat veel producenten de procedure boycotten, werd deze periode verlengd tot januari 2007. Opnieuw weigerden de meeste producenten offertes in te dienen (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp. 10-11). Uiteindelijk blijkt dat voor simvastatine één offerte werd ingediend (Zocor van MSD). De Block en Bacquelaine (MR) laten weten dat de CTG een negatief advies heeft ingediend over het model. De aanbestedingen zouden immers enkel leiden tot duurere medicamenten voor de patiënten (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 15.02.2007, pp. 8-13). Ivan Vandermeeren, die voor de Socialistische Ziekenfondsen in de CTG zit, zei wel dat het te vroeg is om het model in haar geheel af te schrijven. Het advies van de CTG geldt immers niet voor het kiwimodel in haar geheel (Kiwimodel Demotte neemt valse start, 16.02.2007, p. 11). Goutry wijst erop dat de MR en VLD tweemaal

de wetgeving mee hebben gewijzigd, waardoor de procedure uitgehold is. Door de aanpassingen ging men: '...dus eigenlijk de generieken zichzelf laten uimoorden' (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 15.02.2007, pp. 8-13).

Waar in de parlementaire teksten en krantenartikels bijna geen melding van wordt gemaakt is het feit dat Demotte ook een aanbesteding voor amlodipine zou uitvoeren. Hutsebaut (CM): 'Ze hebben een aanbesteding, of ze hebben een prijs gevraagd aan die fabricanten per verpakking, en niet per molecule. Wat was het gevolg? [...] Ze hebben dat gewoon slecht georganiseerd en door die organisatie is dat dus een verschrikkelijke flop geworden. Ze organiseerden een openbare aanbesteding voor amlodipine en ze vroegen simpelweg: wie schrijft er in voor amlodipine? Het gevolg was dat sommige bedrijven zich inschreven voor doosjes van 5 milligram tabletjes, en andere voor doosjes van 10 milligram. Dan heb je twee verschillende merknamen. Het was zelfs nog erger. Er was een winnaar voor een kleine doos van 5 milligram en er was een ándere winnaar voor de grote dozen van 5 milligram. Er werd dan ook helemaal geen geïntegreerde vraag gesteld' (Hutsebaut, 08.06.2011). Doordat geen geïntegreerde vraag werd gesteld dienden allerlei bedrijven offertes in voor allerlei verschillende dosissen en verpakkingen waardoor geen overzicht meer kon worden gecreëerd. Daarom zou Demotte de aanbesteding voor deze geneesmiddelen hebben laten vallen.

Ondanks het negatief advies van de CTG en de luide kritiek van vele politici beslist de minister de procedure toch uit te voeren op basis van een gemotiveerde beslissing. Op 18 juli 2007 neemt de minister van sociale Zaken een beslissing omtrent de winnaar van de aanbesteding. De statine Zocor zal aan 75 % terugbetaald worden (vergoedingscategorie B), de andere statines aan 50 % (vergoedingscategorie C) (Ministerieel Besluit, 30.08.2007). De enige offerte en dus winnaar van de aanbesteding, Zocor, zou haar prijs immers verlagen met 40 %. De Block pleit voor het afschaffen van het kiwimodel. Bacquelaine is minder radicaal, maar stelt ook vast dat het resultaat niet in verhouding is met de doelstelling. Het

systeem moet allicht herzien worden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 15.02.2007, pp. 8-13). Patrick Vankrunkelsven (VLD) laat weten dat zijn partij ertegen is dat Demotte tegen het advies van de experts van de CTG handelt. Het lightmodel van Demotte zou leiden tot hogere prijzen voor de patiënt, een overstap naar duurere geneesmiddelen die nog onder patent zijn met een hogere factuur voor de ziekteverzekering tot gevolg, het verdwijnen van een aantal generische bedrijven uit ons land en het totstandkomen van parallelle export met potentiële bevoorradingsproblemen in eigen land tot gevolg. Kortom zowel VLD als MR kanten zich steeds meer tegen het model (Cochez, 16.02.2007, p. 3).

### 7.3. De strategie van MSD, producent van Zocor... én Inegy

Volgens de minister heeft het model niet gefaald, want MSD heeft ten gevolge van de openbare aanbesteding de prijs van Zocor fel verlaagd. Terwijl in juli 2003 een doosje Zocor nog 184 euro kostte, kost het nu slechts 31 euro. Wel kan men hier bedenkingen bij hebben: de prijzen van geneesmiddelen lijken artificieel hoog gehouden te worden (Farmareus onderneemt gerechtelijke stappen tegen minister Demotte, 08.01.2008). Tegelijk brengt deze firma echter een nieuwe gelijkaardige cholesterolverlager 'Inegy' uit waarvan de meerwaarde te betwijfelen valt (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 01.03.2007, pp. 20-23). Uit de gegevens van de CTG-vergadering van 13 februari 2007 blijkt volgens Vankrunkelsven (VLD) dat niet enkel het kiwi-lightmodel en het ingediende voorstel van MSD omtrent Zocor op de agenda stond, maar parallel hiermee de terugbetaling van Inegy. Inegy is een combinatiegeneesmiddel dat bestaat uit Zocor en een ander geneesmiddel van MSD. Vreemd genoeg is de prijs die MSD er voor bedongen heeft hoger dan de som van beide geneesmiddelen waaruit het is samengesteld. De marktstrategie is volgens Vankrunkelsven overduidelijk: met Zocor bestrijkt het bedrijf de markt voor

cholesterolverlagers uit patent. Via een heftige marketingcampagne voor het zeer dure Inegy zal MSD enorm veel geld kunnen genereren. Inegy mag volgens de VLD'er immers tegen een verbazingwekkend hoge prijs op de markt komen. Volgens Vankrunkelsven volstaat het voor MSD (door de hoge prijs van Inegy) om slechts één op vijf patiënten van Zocor naar Inegy te laten overstappen. De ziekteverzekering zal het slachtoffer worden. Volgens de VLD'er zal de winst die Demotte vooropstelt voor Zocor tenietgedaan worden door een verschuiving naar Inegy. Het kiwilightmodel heeft volgens Vankrunkelsven dan ook een averechts effect. Bedrijven zullen arts en patiënt aansporen om nieuwe en duurdere geneesmiddelen te consumeren. Soms worden oude geneesmiddelen zelfs van de markt gehaald waardoor artsen enkel nog de nieuwe producten kunnen voorschrijven. Bovendien zou een parallelle markt kunnen ontstaan door de prijsdaling van Zocor, waardoor er stockproblemen op kunnen treden en vervolgens artsen zich genoodzaakt voelen om Inegy voor te schrijven. Volgens Vankrunkelsven is het CTG-verslag vernietigend voor het kiwilightmodel: Demotte heeft het kiwimodel immers op enkele cruciale punten aangepast. Zo speelt hij mee in de strategie van MSD, laat Vankrunkelsven weten (Cochez, 01.03.2007, p. 4). Demotte beweert dat het nieuwe product anders is dan Zocor en het bijgevolg Zocor niet zal vervangen. Goutry spreekt dit tegen en zegt dat de minister gezwicht is voor de farmaceutische industrie. Tot tweemaal toe heeft Demotte het model in de loop van de procedure aangepast, telkens in het voordeel van de merkgeneesmiddelen en in het nadeel van de generieken (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 01.03.2007, pp. 20-23). De generische sector had eerder al aangegeven dat zowel de patiënt als het RIZIV meer zullen betalen. Men zal door reclame en marketing immers de duurdere producten blijven gebruiken (Tegenbos, 12.02.2007, p. 7).

Na de bekendmaking van de winnaar van de openbare aanbesteding, verkrijgt FeBelGen van de minister een aanpassing van de terugbetalingsvoorwaarden. De minister regelt dit met het MB van 18 december 2007. Alle cholesterolverlagers zitten nu terug in vergoedingscategorie B (Ministerieel Besluit, 18.12.2007). Volgens



Van Assche (FeBelGen) was het kader immers helemaal niet klaar voor de implementatie van Demottes model. De RIZIV-reglementering zegt immers dat een generiek geneesmiddel nooit duurder mag zijn dan een origineel. Aangezien het origineel Zocor de aanbesteding had gewonnen, waren de generieken verplicht zich tot hetzelfde (lage) prijsniveau (of lager) te laten zakken. De minister wou Zocor, de winnaar van de aanbesteding, terugbetalen aan 75 % en de andere evenwaardige cholesterolverlagers aan 50 %. Dit zou discriminatie zijn geweest, waardoor Demotte verplicht was om ook de andere cholesterolverlagers terug te betalen aan 75 % (Van Assche, 07.07.2011). Volgens Hutsebaut (CM) is differentiële terugbetaling onverdedigbaar. Hij ziet dit dan ook als een van de redenen waarom het model gefaald heeft (Hutsebaut, 08.06.2011).

Alle cholesterolverlagers zullen voor hetzelfde bedrag worden terugbetaald als de winnaar van de aanbesteding (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp. 10-11). Op 23 januari 2008 stelt Carine Lecomte (MR) een vraag aan de minister. Ze meldt dat Zocor van MSD, winnaar van de aanbesteding voor cholesterolverlagers, voor 75 % zou worden terugbetaald in tegenstelling tot 50 % voor de andere producten. MSD legde dan ook de nodige stock aan. Nu wordt echter besloten dat alle simvastatines aan 75 % worden terugbetaald. Onkelinx reageert hierop door te zeggen dat de 650.000 patiënten die die molecule gebruiken nu veel minder zullen moeten uitgeven. Volgens Lecomte is het terecht dat MSD zich bedrogen voelt door de regering (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 23.01.2008, pp. 9-11). MSD onderneemt vervolgens gerechtelijke stappen tegen Demotte (Farmareus onderneemt gerechtelijke stappen tegen minister Demotte, 08.01.2008). MSD vraagt in de rechtbank 31 miljoen euro schadevergoeding aan de Belgische staat, plus 600.000 euro schadevergoeding voor verspilde marketingkosten (Cochez, 01.07.2009, p. 26).

Zoals eerder vermeld werden meerdere rechtszaken aangespannen tegen de uitvoeringsbesluiten van het kiwi-lightmodel. Goutry vermeldt in 2008 dat de Raad van State het KB van 17 mei 2006 (over het kiwimodel) vernietigd heeft. De firma AGIM had de

annulatie van het kiwibesluit eerder al aangevraagd. Op 15 december 2008 werd deze vraag ingewilligd. Het KB kampt immers met juridische problemen: het zou het gelijkheidsbeginsel schenden. Het is immers niet duidelijk hoe een groep geneesmiddelen juist beperkt kan worden tot een actief bestanddeel. Geneesmiddelen kunnen immers grote en kleine verpakkingen hebben, een andere dosis, ... wat een verschillende prijs kan rechtvaardigen (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp.12-14). Volgens Onkelinx is het enige bezwaar van de Raad van State dat het eerste KB niet voldoende rekening houdt met verschillen in verband met dosering en verpakkingsgrootte van geneesmiddelen. De aanpassing van de wet op 27 december 2006 voorziet in een oplossing van de bovenvernoemde problemen van de identificatie van een groep geneesmiddelen (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp.11-14). Het tweede KB (15.02.2007) zal dan ook uitgevoerd blijven worden. De Raad van State heeft het KB van 15 februari 2007 dan ook niet vernietigd (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 16.06.2009, pp. 7-11). Desondanks is de industrie enorm opgelucht met deze beslissing van de Raad van State. De grote buit lijkt immers binnen te zijn. In de Artsenkrant van 5 juni 2009 laat Neels zijn tevredenheid zien. Hij vraagt dat de regering het kiwimodel nu definitief laat vallen. Met deze beslissing van de Raad van State verlaat het kiwimodel geruisloos de politieke agenda (Cochez, 01.07.2009, p. 26).

#### 7.4. Sociale acties

Zoals uit de theorie blijkt zullen belangengroepen ingaan tegen een maatregel die ontoereikend of inefficiënt lijkt. Dit gebeurt met betrekking tot het kiwi-lightmodel. De mutualiteiten, de KWB en Geneeskunde voor het Volk voeren meerdere acties om het volwaardige kiwimodel terug op de agenda te krijgen.

Zo organiseren Geneeskunde voor het Volk, KWB en ziekenzorg CM in april 2007 een reis naar de Nederlandse grensgemeente Hulst.

De organisatoren trekken met enkele bussen chronische pijnpatiënten naar Nederland om er goedkoop Dafalgan (stofnaam: paracetamol) aan te kopen. Met deze ludieke actie klagen de organisatoren de hoge prijs van geneesmiddelen aan. In een Nederlandse drogist kost paracetamol slechts 0.51 euro, terwijl dit in België tussen de 3.20 en de 4.69 euro per doosje van dezelfde grootte is. Aangezien er in België jaarlijks 18.3 miljoen doosjes paracetamol over de toonbank gaan heeft dit zeker financiële implicaties voor patiënten en ziekteverzekering. Opmerkelijk is dat de prijzen van exact dezelfde geneesmiddelen zo verschillen van land tot land. De logica lijkt zoek te zijn. Nederland kan de prijzen van geneesmiddelen laag houden doordat het een systeem van openbare aanbesteding hanteert. Het Kruidvat koopt geneesmiddelen tegen een zeer lage prijs en in grote hoeveelheden aan. De actievoerders willen dat de Belgische overheid dit ook doet voor de Belgische apothekers. Demotte maakt als reactie hierop een beetje geld vrij voor chronische patiënten, omdat die het meest afzien van de hoge prijs van zulke pijnstillers. Volgens de actievoerders zou Demotte veel beter het kiwimodel in haar volledigheid implementeren (Cochez, 21.04.2007, p. 4). Een week later, op 23 april 2007, laten de producenten van paracetamol weten dat ze de prijzen van hun product willen verlagen. Op die manier hopen ze een openbare aanbesteding te vermijden. De hete adem van de kiwi werkt dus al (Van Duppen, 24.04.2007, p. 11).

Een tweede actie wordt gevoerd op 20 februari 2008. Een 200-tal mensen van het actieplatform 'Gezondheid en solidariteit' verzamelen op het plein *Frère Orban* in Brussel.<sup>55</sup> De Socialistische en Christelijke Mutualiteiten, KWB, Geneeskunde voor het Volk, LBC en BBTK doen mee aan de actie. Ze willen dat de overheid een openbare aanbesteding uitvoert voor het griepvaccin. In België kost het griepvaccin 10.5 euro, in Nieuw-Zeeland is dat slechts 2.95 euro (Betoging voor gratis griepvaccin, 20.02.2008). Een delegatie van de actievoerders wordt ontvangen op enkele kabinetten, waaronder dat

---

<sup>55</sup> Het actieplatform 'Gezondheid en Solidariteit' heeft als leden: ABVV, AVC, OXFAM en 11.11.11.

van Laurette Onkelinx.<sup>56</sup> Onkelinx laat verstaan dat ze zal pleiten voor de terugbetaling van het griepvaccin tot 75 %. Momenteel wordt slechts 40 % terugbetaald (Actieplatform betoogt in Brussel voor gratis griepvaccin, 20.02.2008). Onkelinx wil het kiwimodel niet invoeren maar stelt voor om de prijzen te verlagen, in ruil voor een hogere terugbetaling. Het kiwimodel zou niet optimaal zijn voor het griepvaccin omwille van twee redenen: stockproblemen en de jaarlijkse aanpassing van de samenstelling, waardoor elk jaar een aanbesteding georganiseerd zou moeten worden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 26.02.2008, pp. 22-23).

Begin februari 2009 wordt net over de Nederlandse grens in Meerle een (derde) ludieke actie gehouden: de grensapotheek 'De Douanier' verkoopt er geneesmiddelen die 15 keer goedkoper zijn dan dezelfde geneesmiddelen in België. Deze actie wordt ondersteund door de Christelijke en Socialistische mutualiteiten, KWB en Geneeskunde voor het Volk. Het doel van de actie is het kiwimodel terug op de politieke agenda te krijgen. In Nederland zijn immers door het 'preferentiesysteem' (waarbij men gebruik maakt van openbare aanbestedingen) de prijzen van enkele veel gebruikte geneesmiddelen fors gedaald. Johan Tourné, nationaal secretaris van CM ziekzorg, laat weten dat er dringend nood is aan een herziening van het geneesmiddelenbeleid in België. Het voorbeeld van Nederland zou aantonen dat het model ingevoerd kan worden. Het hangt enkel nog af van de politieke wil (Cochez, 24.01.2009, p. 12). De apothekers waren hier echter niet mee opgezet omdat forse prijsdalingen voor hen tot een te groot inkomensverlies zouden leiden. De farmaceutische industrie reageert op de actie door te zeggen dat, wanneer 110 geneesmiddelen in aanmerking worden genomen, Nederland meer dan 15 % duurder is dan België (Ysebaert, 31.01.2009, p. 6). Dit werd eerder al door Wouter Beke

---

<sup>56</sup> De actievoerders worden eveneens op de kabinetten van Catherine Fonck, minister van Kind, Jeugd en Gezondheid van de Franstalige Gemeenschap, en Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Steven Vanackere, ontvangen (Actieplatform betoogt in Brussel voor gratis griepvaccin, 20.02.2008).

tegensproken. Onkelinx laat weten dat het RIZIV na een jaar een evaluatie van het model zal maken. De uitbreiding zal dan ook pas na de evaluatie worden overwogen. Volgens Onkelinx is het Nederlandse systeem niet toepasbaar in België omdat de aanpassing van geneesmiddelen voor bejaarde patiënten moeilijk ligt. Bovendien zou er in België een andere opvatting heersen over de therapeutische vrijheid van de arts (De Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers, 29.01.2009, pp. 26-28). Volgens Temmerman (sp.a) moet het kiwimodel gebruikt worden om de uitgaven onder controle te houden. Ze zegt dat de eerste ervaringen met het model erop wijzen dat een goede omkadering nodig is. Zo moet de vlucht naar duurdere medicijnen tegen gegaan worden. Volgens Temmerman toont de actie 'de douanier' het nut van een volwaardig kiwisysteem aan (De Belgische Senaat, 05.02.2009, pp. 10-13).

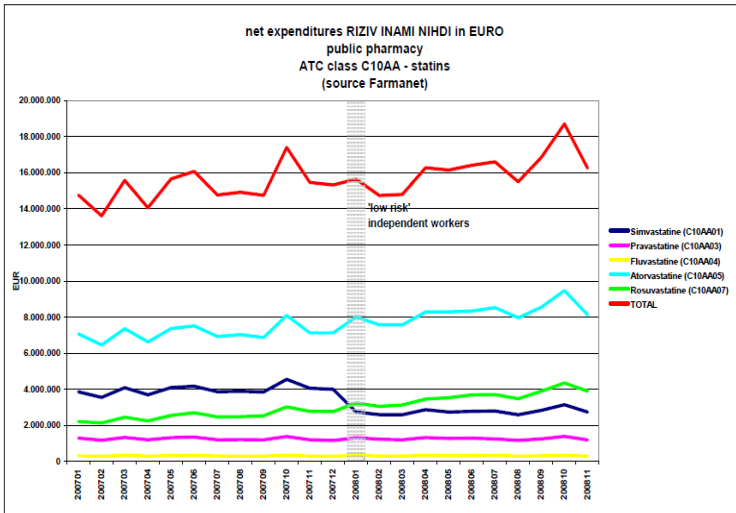
#### 7.5. Het Morse-rapport: de evaluatie van het kiwi-lightmodel

Een van de laatste stappen in het besluitvormingsproces is de evaluatie van de maatregel. Is het beoogde effect behaald? In de Kamer zegt Onkelinx dat het niet wenselijk is het kiwimodel in z'n huidige vorm te hergebruiken. De minister laat verstaan dat het model niet weggegooid wordt maar wel aangepast dient te worden. Ze voegt er aan toe dat de besparingen, verwezenlijkt door het kiwi-lightmodel toe te passen op simvastatines, 14,5 miljoen euro bedragen. Goutry laat weten gelukkig te zijn dat de PS eindelijk toegeeft dat het model in deze vorm niet goed is. Wel wijst hij erop dat het kind niet met het badwater mag weggegooid worden. Een besparing van bijna 15 miljoen euro is volgens de CD&V'er dan ook een incentive om het model, op een goede manier, verder uit te breiden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 16.06.2009, pp. 7-11). Later blijkt dat de besparingen helemaal geen 14,5 miljoen euro bedragen. Het Morse-rapport (Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses), uitgegeven door het RIZIV,

heeft als doel de uitgaven van vergoedbare geneesmiddelen in functie van de genomen maatregelen te onderzoeken. Uit het rapport (1<sup>e</sup> semester 2008) blijkt dat het RIZIV met de kiwi-lightprocedure voor simvastatines 14 miljoen euro bespaart. De patiënt bespaart 4 miljoen euro (Vanhaeren, Soete, Levêque, Arickx, Mortier, Pierlet, Van Wilder & Bormans, 2008, p. 10). Parallel met de afname van de kosten van het RIZIV voor simvastatines, blijken er toenemende kosten te zijn in de periode 2006-2010 voor de duurdere statines Crestor en lipitor. Uit de gegevens van Farmanet blijkt dat de RIZIV-uitgaven voor Crestor en Lipitor in de periode 2006-2010 elk jaar toenemen (zie bijlage 1). In 2008 geeft het RIZIV bijna 27 miljoen euro meer uit aan Crestor en Lipitor dan in het jaar 2007 (Farmanet, 2011). De rekensom is snel gemaakt: het RIZIV geeft in 2008 bijna 13 miljoen euro meer uit dan het jaar ervoor voor alle cholesterolverlagers. Dit zijn de absolute cijfers. Wanneer we naar de relatieve cijfers kijken zien we dat de RIZIV-uitgaven voor simvastatines lager zijn in 2008 (0.23 euro per DDD) dan in 2007 (0.38 euro per DDD). Dit is logisch aangezien de prijs van de simvastatines sterk gedaald is door de kiwi-lightprocedure. Deze minderuitgave per DDD kan gezien worden als het mogelijk besparende effect van een aanbestedingsprocedure. Nochtans zijn er geen besparingen bewerkstelligd. Dit is niet het gevolg van een hogere prijs van de cholesterolverlagers Crestor en Lipitor, aangezien de RIZIV-uitgaven per DDD voor rosuvastatines en atorvastatine bijna niet gewijzigd zijn in de periode 2007-2008 (zie bijlage 2). Het toenemend verbruik (vooral) van de rosuvastatines verklaart de meeruitgave van het RIZIV. Uit de cijfers blijkt dat het verbruik van cholesterolverlagers in de periode 2007-2008 met 18 % is toegenomen. De cholesterolverlager simvastatine is slechts met 17 % toegenomen (ondanks de enorme prijsdaling) en atorvastatine met 15 % terwijl rosuvastatine met niet minder dan 40 % is toegenomen (in dezelfde periode) (zie bijlage 3). Deze trend zet zich verder. In de periode 2008-2009 blijft de verbruikstoename van zowel de simvastatines (9 %) als de atorvastatines (7 %) lager dan het gemiddelde (10 %), terwijl de toename in het verbruik van rosuvastatine (25 %) veel groter is dan het gemiddelde (zie bijlage 4).

De kiwi-lightprocedure voor cholesterolverlagers lijkt haar doel dan ook helemaal voorbij te schieten. Een belangrijk doel is immers dat artsen vaker voor het goedkope middel (dat de aanbesteding wint) kiezen. In de kiwi-lightprocedure voor cholesterolverlagers is dit niet het geval. Relatief gezien worden andere cholesterolverlagers dan degene die de aanbesteding heeft gewonnen immers meer voorgeschreven in plaats van minder. Artsen lijken hun patiënten over te laten schakelen van de simvastatines naar de duurdere cholesterolverlagers. Volgens Van Duppen hebben de toenemende uitgaven voor Crestor en Lipitor te maken met de kracht van de farma-industrie. Van Duppen: 'Men had eigenlijk moeten verbieden dat er zomaar op Lipitor en Crestor werd overgegaan [...] Je kan artsen -dat doen we nu trouwens ook al voor een aantal heel dure medicamenten- richtlijnen geven. Dat zijn aanbevelingen waarbij je een eerste keuze hebt en waarbij je een tweede keuze moogt kiezen, mits argumentatie' (Van Duppen, 12.05.2011). Goutry benadrukt de grote rol van reclame en marketing op de voorschrijvers: 'En die voorschrijvers worden bewerkt. Waarom zou men anders 3.000 artsenbezoekers in ons land hebben? 3.000! Ik vermoed dat die personen hun geld waard zijn. Anders zou zo'n bedrijf ze immers niet betalen' (Goutry, 20.05.2011). Hutsebaut (CM): '...door het feit dat de aanbesteding op ATC-niveau 5 georganiseerd werd, per molecule, en de andere onaangetast werden gelaten, zie je het verbruik van producten die werken maar die daarom niet beter zijn, namelijk Crestor, enorm stijgen. Bovendien wordt enorm veel geld in de marketing van dit middel geïnvesteerd. Eigenlijk is de plaats die je ziet in het Morse-rapport van Crestor, en ondertussen ook die van Lipitor, niet te verantwoorden op basis van wetenschappelijke gronden, maar enkel op marketinggronden. [...] Eigenlijk had je heel die problematiek opzij kunnen schuiven door een volwaardig kiwimodel toe te passen. Dan zou simvastatine wellicht de eerste keuze zijn geweest en Crestor misschien de tweede keuze. En dan had je niet 20 % van de patiënten gezien, maar misschien 3 % van de patiënten met Crestor. Dat is het verschil' (Hutsebaut, 08.06.2011).

Figuur I.2. netto RIZIV uitgaven statines 2007 - 2008 (bron Farmanet)



Bron: Vanhaeren, e.a., 2008, p. 8.

Kortom, de evaluatie van de kiwi-lightmaatregel lijkt negatief te zijn: er wordt immers geen besparing gerealiseerd. De vooraf gevormde kritiek van allerlei politici en belangengroepen blijkt te kloppen. De patiënten zijn overgeschakeld naar de duurdere geneesmiddelen waardoor er meer in plaats van minder werd uitgegeven. Volgens Goutry moeten de besparingen in de gehele productgroep, namelijk cholesterolverlagers, bekeken worden. Alle statines en simvastatines hebben immers hetzelfde doel: de cholesterol verlagen. Volgens Goutry is de meeruitgave het gevolg van het toepassen van de aanbesteding per molecule en niet per geneesmiddelengroep die voor eenzelfde indicatie gebruikt wordt. Onkelinx geeft aan tegen een aanbesteding op basis van een bepaald indicatiegebied te zijn. Slechts een enkel product terugbetalen kan de gezondheid van de patiënten immers schaden. Zoals reeds beargumenteerd gaat het om de beperking van het aanbod van geneesmiddelen die exact dezelfde werking hebben en blijven vernieuwende geneesmiddelen terugbetaald worden. Uit het voorbeeld van Nederland waar slechts 1



product wordt terugbetaald blijkt volgens Goutry dat dit geen negatieve effecten heeft voor de patiënt. Als een deel van de bevolking (zo'n 20 %) bijvoorbeeld beter af is met een sterkere cholesterolverlager dan kan de arts dit met een simpele motivering voorschrijven en dan wordt die sterkere statine preferentieel terugbetaald (De Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers, 14.07.2009, pp. 34-37). Van gezondheidsschade voor de patiënt lijkt dus geen sprake te zijn. Goutry ziet de kiwi-lightprocedure met de cholesterolverlagers dan ook eerder als een symbooldossier. Ondanks dat het geen besparing heeft verwezenlijkt, heeft het wel haar werking aangetoond: 'Men is erg snel begonnen, terwijl dat toch een zeer moeilijke materie is. Dat had veel meer voorbereiding gevraagd. Vandaar dat ik zei dat de kiwi dood was. Ik heb tegen de minister gezegd dat hij hem zelf vermoord heeft. Hij wou het, maar eigenlijk wou hij het niet. Ik denk alleszins dat hij het niet wou' (Goutry, 20.05.2011). Kortom, de evaluatie van het model toont de mogelijke positieve effecten ervan aan, namelijk prijsdalingen. Wel is door de matige uitwerking van het model, de algemene evaluatie negatief (geen besparingen). Aanpassingen lijken noodzakelijk.

## 7.6. Het rapport De Backer: juridische problemen en mogelijke oplossingen

Op 27 februari 2009 komt er op vraag van Onkelinx een rapport over het Belgische kiwimodel uit van het advocatenkantoor CMS DeBacker (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp.12-14). Dit rapport somt de juridische problemen van het model op (geformuleerd door de industrie, het RIZIV en het advocatenbureau zelf) en poogt er ook juridische oplossingen voor te zoeken.

Een eerste probleem is volgens de industrie dat het model discrimineert. Het model schakelt immers veel geneesmiddelen gelijk die nochtans erg verschillen wat betreft dosis,

toedieningsvorm, terugbetalingstarief, therapeutische effecten, ... Bovendien moet de basis waarop de terugbetaling berekend wordt van een generisch middel dalen tot het niveau van het referentieproduct, wanneer dit laatste de aanbesteding wint. Andersom is dit niet het geval. Ook kunnen nieuwe producten zich in dezelfde vergoedingscategorie bevinden als het winnende product, als ze hun prijs verlagen tot 15 % onder dat van het winnend product. Voor oude producten bestaat deze mogelijkheid niet. Een tweede probleem aldus de industrie, is dat de periode niet vastligt gedurende dewelke de winnaar van de aanbesteding het voordeel zal behouden (de zogenaamde periode van stabiliteit). Ten derde zou het voordeel van het winnend product disproportioneel groot zijn wanneer men de (matige) prijsdaling in acht neemt (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp. 16-17).

Volgens het RIZIV zijn er nadelen: men loopt met deze procedure het risico dat de bedrijven niet deelnemen aan de procedure en wanneer een nieuw product evenveel kan worden vergoed als het winnende product verkleint het effect enorm (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp. 17-18).

Het advocatenbureau ontdekt ook enkele mogelijke problemen. Ten eerste zou deze werkwijze afwijken van het idee dat alle mogelijk nuttige medicamenten worden terugbetaald. Ten tweede zou het veranderen van medicamenten gedurende een behandeling als gevolg van de procedure nadelig kunnen zijn voor patiënten. Een derde nadeel is dat de groepsgewijze herziening beperkt wordt tot geneesmiddelen met hetzelfde actieve bestanddeel. Hierdoor schiet het haar doel voorbij aangezien er zeer veel medicamenten bestaan die eenzelfde doel dienen, zonder hetzelfde actieve bestanddeel te bevatten (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp. 18-23).

Zoals gezegd zoekt het advocatenbureau ook naar mogelijke verbeteringen van het model. Ten eerste zou het een aanbesteding organiseren tussen geneesmiddelen met eenzelfde therapeutisch doel, in plaats van eenzelfde actief bestanddeel. Hierdoor komen ook geneesmiddelen onder patent in aanmerking (wat tot problemen in verband met gelijkheid tussen medicamenten kan leiden). Om dit te

realiseren moet men dan ook op basis van *evidence based medicine* werken. Bovendien moet men naast met de prijs, ook rekening houden met andere elementen zoals de dosering, de toedieningsvorm enz. Een tweede verbetering is het instellen van 'een periode van stabiliteit'. Een moeilijkheid hierbij is de vraag wat er met nieuwe producten moet gebeuren. Deze moeten immers toegelaten worden op de markt. Zoniet schendt men de vrije concurrentie. Het bureau stelt dan ook voor om nieuwe producten op de markt toe te laten, maar enkel aan de voorwaarde die gelden voor de verliezers van de aanbestedingsprocedure. Ten derde moet men de artsen bij het kiwimodel betrekken. Zoniet zullen bedrijven aan de hand van reclame artsen pogen te overtuigen toch andere producten dan het winnende voor te schrijven. Men zou artsen bijvoorbeeld kunnen stimuleren om het winnende product vaker voor te schrijven. Een vierde probleem is dat van bevoorrading. Volgens de auteurs is de bevoorradingswaargborg in de wet niet voldoende. Daarom stellen ze voor het mogelijk te maken op korte tijd de lijst met het preferentiële product te wijzigen ten voordelen van het tweede 'beste' product. Tot slot kan er zich een probleem voordoen wanneer er geen enkele offerte ingediend wordt. In dat geval stelt men voor het op dat moment goedkoopste product preferentieel terug te betalen (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp. 24-27).

Over de negatieve punten zegt het advocatenkantoor het volgende: 'Par ailleurs, nous estimons que nombre de problèmes soulevés par l'industrie pharmaceutique et l'INAMI peuvent être résolus, ou le cas échéant, le sont déjà' (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp. 16-18). Kortom, volgens het advocatenkantoor zijn er meerdere (juridische) hindernissen die overwonnen moeten worden vooraleer men het model kan toepassen. Desalniettemin kan het model wel degelijk uitgevoerd worden. Er staat dat niet het systeem, maar wel de uitvoering ervan niet correct verlopen is (Slegers & Van Kruchten, 2009, pp.12-14). Door de matige uitvoering van het model worden eveneens de mogelijke besparingen en andere voordelen ervan begrensd. Volgens Van Duppen heeft de industrie dankbaar gebruik gemaakt van het juridisch geknoei van Demotte om zo het kiwimodel op basis van juridische gronden af te schieten en het zo te begraven

(Van Duppen, 12.05.2011). Goutry sluit zich hier bij aan en zegt dat Demotte het model veel te ondoordacht en snel heeft willen doorvoeren (Goutry, 20.05.2011). Door de beslissing van de Raad van State om het KB, waar het kiwimodel op berust, af te schieten, wordt de verkeerde indruk gewekt dat het model niet haalbaar zou zijn. Volgens Goutry is enkel het volwaardige kiwimodel haalbaar, dus in een formule waarin de geneesmiddelen die onder patent liggen ook worden opgenomen. Zo kan je de verschuiving naar nieuwe geneesmiddelen, zoals dat het geval was bij de cholesterolverlagers vermijden (Cochez, 01.07.2009, p. 26).

### 7.7. Het kiwi(-light)model sterft een stille dood

Ondanks de talrijke acties van meerdere sociale organisaties lijkt het kiwi(-light)model traag maar gestaag van de politieke agenda te verdwijnen. Onkelinx laat weten dat het kiwimodel in België niet heeft gewerkt: 'de uitgangspunten van Demotte zijn in verwaterde vorm geconcretiseerd, als gevolg van het overlegmodel dat in België heerst'. Volgens de minister moet er naar een vervangmiddel voor het kiwimodel gezocht worden (Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers, 11.12.2009, pp. 21-23). Dit terwijl ze eerder aangaf dat het model niet weggegooid, maar aangepast diende te worden. Maya Detiège: 'De jongste jaren is het zogenaamde kiwimodel gepromoot, dat zijn doeltreffendheid echter niet heeft aangetoond. Een nieuwe formule is mogelijk en noodzakelijk; die formule zal moeten worden uitgewerkt in overleg met de farmaceutische nijverheid'. Volgens parlementslid Fonck moet het kiwimodel worden bijgestuurd en dus niet afgevoerd (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 15.12.2009, pp. 488-511). Goutry analyseert de evolutie van het kiwimodel en concludeert dat de industrie de regering op de knieën heeft gekregen. De socialisten wilden kost wat kost hun symbooldossier redden en gaven voortdurend toe aan de liberalen, die rechtstreeks onder druk stonden van de farmaceutische lobby. De politici toonden niet voldoende moed om het model in een goede vorm in te voeren. Volgens Goutry

was de show veel belangrijker dan het resultaat. De winnaar is uiteindelijk de farmaceutische industrie gebleken. Haar lobby bereikte immers wat ze wou en heeft nu weer de handen vrij. De verliezer is de patiënt. Hij neemt wat zijn dokter hem voorschrijft en die laatste zal blijven verdwalen in de niet geregelde wildgroei met allemaal verschillende prijzen. De andere grote verliezer is de ziekteverzekering. Met deze evolutie is immers een verantwoorde besparingspost verloren gegaan (Goutry, 16.02.2007, p. 15). In de Kamer spreekt Goutry: '...het jammerlijke is dat hiermee het model van de kiwi is begraven. Het was een moeilijke procedure waarbij veel tegenstand en veel dingen moesten worden overwonnen maar waarbij we het toch eens waren dat het goed zou zijn dat er een openbare aanbesteding zou komen als er zoveel gelijke dingen worden aangeboden. Iedereen was het daarover eens. Door deze mislukking zijn we echter alle krediet kwijt. Kiwi zal nooit meer moeten worden genoemd, iedereen zal krom liggen van het lachen. Het model is verloren, we zijn het systeem kwijt. Dat is jammer. Heel die tralala interesseerde ons niet' (De Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers, 15.02.2007, pp. 8-13).

Van Assche (FeBelGen): 'Wel, niemand heeft dus nog zin in zo'n juridisch monster. Ten eerste. En ten tweede denk ik ook dat er een veel breder politiek besef is gegroeid, dat de kiwi misschien wel een leuke communicatiestunt was...vooral getrokken door Steve Stevaert, maar dat je daarmee eigenlijk het duurzame voortbestaan, van de generieke sector op de helling zet' (Van Assche, 07.07.2011). Van Eeckhout (Pharma.be): Omdat het niet werkt. Het werkt gewoon niet. Het bewijs is geleverd. Het werkt niet (Van Eeckhout, 18.07.2011).

Op 20 oktober 2009 verschijnt een artikel in de Morgen: 'Marleen Temmerman en John Crombez, senatoren van de sp.a, lanceren een verbeterde versie van het kiwimodel: het plafondprijmodel' (Temmerman & Crombez, 20.10.2009, p. 22). Het kiwimodel lijkt definitief begraven te zijn. De hoofdreden hiervoor lijkt het falen van het kiwi-lightmodel voor cholesterolverlagers te zijn, alsook de juridische heisa die ermee gepaard ging.

## 8. Principes uit het kiwimodel toegepast

Ondanks het feit dat het kiwimodel van de Belgische politieke agenda is verdwenen, lijken enkele principes ervan toch positieve effecten te kunnen genereren. Dit wordt aangetoond door het Nederlandse model en het HPV-vaccin.

### 8.1. Het Nederlandse kiwimodel

Het systeem van openbare aanbesteding bestaat niet alleen in Nieuw-Zeeland. Het model wordt reeds toegepast door Canada, enkele staten van de VS, het Belgische leger en ook door Kind en Gezin voor de aankoop van vaccins (Van Duppen, e.a., 2007, pp.10-13). Sinds 1 juli 2008 wordt een systeem van openbare aanbesteding in Nederland voor een veertigtal veel gebruikte geneesmiddelen toegepast, wat tot forse prijsdalingen leidt. Ondanks de erg verschillende institutionele context tussen Nederland en België (in Nederland organiseren private ziekteverzekeraars de ziekteverzekering), lijkt de invoering van het kiwimodel in België niet onmogelijk te zijn. Juridisch gezien toont het rapport van CMS DeBacker dit al aan. Praktisch gezien doet Nederland dit.<sup>57</sup> De Nederlanders organiseren immers een marktbevraging voor 36 veel voorgeschreven geneesmiddelen en betalen enkel de firma terug die de beste prijs biedt. De prijsdalingen die dit zogenaamde preferentie systeem bewerkstelligt zijn verbluffend. De prijzen dalen er soms zelfs met 90 %. De prijs van het in België meest voorgeschreven antidepressivum (Cipramil) kost in Nederland maar liefst 14 keer minder dan bij ons. De meest voorgeschreven cholesterolverlager Zocor kost er 10 keer minder, alsook de bloeddrukverlager Amlor. Bovendien volgt de concurrentie bijna volledig. De besparing voor

---

<sup>57</sup> Wel moet vermeld worden dat we de Nederlandse gezondheidszorgcontext niet voldoende kennen.

de zorgverzekeraars in Nederland wordt door deze maatregel geschat op 650 miljoen euro per jaar (kiwimodel kan begroting redden, 08.07.2008, p. 17). Uit het MORSE-rapport van 2008 werd geconcludeerd dat de prijzen van de specialiteiten in Nederland lager liggen dan die in België, in tegenstelling tot wat de industrie beweert. De prijzen lijken dus wel al vóór de invoering van de openbare aanbesteding goedkoper te zijn geweest in Nederland (Vanhaeren, e.a., 2008, p. 41). Desondanks zijn de prijzen van de geneesmiddelen in Nederland nog sterk gedaald dankzij hun preferentiesysteem.

Jarenlang hebben de private zorgverzekeraars van Nederland een systeem van openbare aanbesteding uitgeprobeerd. Dit heeft een juridische veldslag met de industrie opgeleverd. Uiteindelijk ging de Indiase generische multinational Rambaxy erop in. Bij onze noorderburen rijven de private zorgverzekeraars al deze besparingen binnen. De patiënt heeft er in eerste instantie niet zoveel aan. Desondanks zullen die besparingen verrekend worden en zo ook (deels) de patiënt ten goede komen (Cochez, 28.06.2008, p. 32). Volgens Hutsebaut (CM) is er een groot verschil tussen Nederland en Nieuw-Zeeland: in Nieuw-Zeeland organiseert men de aanbesteding op nationaal niveau, terwijl in Nederland de private ziekenfondsen dat doen. In België zou het RIZIV dat bijvoorbeeld nationaal kunnen doen en dan zou het resultaat van de aanbesteding gelden voor alle Belgen. In Nederland organiseren de ziekenfondsen een openbare aanbesteding, enkel voor de bij hen aangesloten leden en enkel op het niveau van identieke geneesmiddelen (dus niet per therapeutische klasse). Het gevolg is dat in Nederland een bepaald ziekenfonds enkel product A terugbetaalt en een ander ziekenfonds enkel product B terugbetaalt, in bijvoorbeeld de klasse van de maagzuurremmers. Dan zou de arts al bijna moeten vragen aan de patiënt bij welk ziekenfonds hij of zij aangesloten is om te weten wat voor een bepaalde patiënt mag voorgeschreven worden. Bovendien kijkt men volgens Hutsebaut in Nederland vooral naar de prijs, en hecht men minder belang aan het kiezen van het beste product voor men een aanbesteding uitvoert (Hutsebaut, 08.06.2011). Dit is dan ook een groot nadeel van de Nederlandse variant.

Volgens Joris Van Assche zal door het Nederlandse systeem de generische markt na verloop van tijd verdwijnen en zullen monopoliesituaties ontstaan. België mag bovendien niet met Nederland vergeleken worden: een simpele prijsvergelijking tussen België en Nederland is niet correct, aldus Van Assche. Bedrijven in België hebben veel hogere operationele kosten door de hogere concentratie artsen en apothekers die bezocht moeten worden. Dat vertaalt zich mee in een hogere prijs volgens Van Assche (Cochez, 28.06.2008, p. 32).

Ondanks de kritiek van de industrie op het Nederlandse model laat Abraham (AB) Klink, de Nederlandse Minister van Volksgezondheid, in juni 2009 weten dat hij het preferentiesysteem wil veralgemenen om zo 1 miljard euro te besparen. Enkele maanden eerder werd hun zogenaamde preferentiesysteem al uitgebreid (Cochez, 01.07.2009, p. 26). Het systeem lijkt in Nederland dus wel op enige bijval te kunnen rekenen.

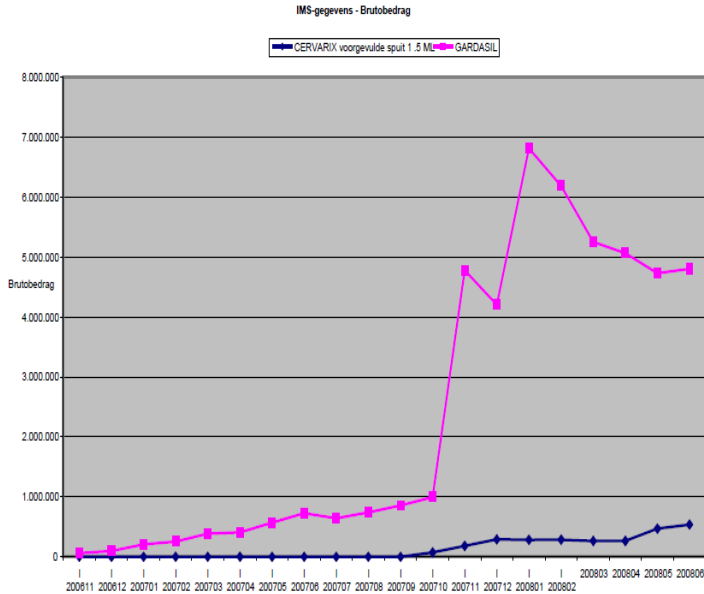
De ervaring met het kiwimodel in Nederland weerlegt enkele argumenten die eerder aangehaald werden door de farmaceutische industrie om het kiwimodel uit België te weren. Het argument dat Nieuw-Zeeland een geïsoleerd land is zonder farmaceutische sector en zonder druk van de Europese regelgeving heeft nu veel minder gewicht. Het model lijkt immers te verzoenen met de Europese regelgeving. Bovendien is Nederland niet zo erg verschillend van België. Belangrijk is ook dat het voorbeeld van Nederland aantoont dat de prijzen bij ons veel te hoog liggen, aldus Ivan Van Der Meer van de socialistische mutualiteiten. De grote prijsverschillen tussen Europese landen onderling is volgens Van Duppen niet langer houdbaar. Van Duppen berekende dat een soortgelijk systeem voor de zeven meest gebruikte geneesmiddelen in België niet minder dan 205,6 miljoen euro kan opleveren (Cochez, 28.06.2008, p. 32). Volgens Van Duppen toont het Nederlandse systeem aan dat 'fatsoenlijke prijzen mogelijk zijn en dat je niet moet neerleggen bij woekerprijzen. Dat is het voordeel van het Nederlandse systeem. Het toont dat aan dat dat het niet alleen aan de andere kant van de wereld



realistisch is. Maar ook hier vlak bij de Noorderburen' (Van Duppen, 12.05.2011).

## 8.2. De vaccins tegen baarmoederhalskanker

Het HPV-vaccin tegen baarmoederhalskanker kan als voorbeeld dienen van de effectiviteit van het kiwimodel. Er zijn twee vaccins tegen baarmoederhalskanker (HPV) op de Belgische markt: Gardasil van Sanofi-Pasteur (verdeeld door MSD) en Cervarix van GlaxoSmithKline (GSK). Baarmoederhalskanker is de op één na voornaamste doodsoorzaak van jonge Europese vrouwen. Uit een KCE-rapport blijkt dat de vaccins tot de helft van de gevallen kan voorkomen indien het levenslang gebruikt wordt. Lange termijn-effecten zijn wel niet gekend: en de bescherming is tot 5 jaar aangetoond. In de media regent het jubelberichten. MSD onderhandelt met de ziekteverzekering over de prijs van het vaccin en bekomt de relatief hoge prijs van 339 euro (voor Gardasil). Vervolgens verkrijgt Cervarix van GSK een vergelijkbare prijs van de ziekteverzekering (Cochez, 05.01.2008, p. 32). Volgens het Morse-rapport is de opname van het dure HPV-vaccin tegen baarmoederhalskanker dan ook een deelverklaring van de toenemende uitgaven van de ziekteverzekering in het jaar 2008 (Vanhaeren, e.a., 2008, p. 6). Door het HPV-vaccin tegen baarmoederhalskanker terug te betalen, wordt een meerkost van 45 miljoen euro begroot, en nadien jaarlijks iets minder dan 15 miljoen euro (Vanhaeren, e.a., 2008, p. 7).



Bron: Vanhaeren, e.a., 2008, p. 21.

Ondertussen woedt tussen de twee producenten een hevige strijd over wie de markt zal verwerven. De afzetmarkt is immers bijzonder groot. De vaccins zijn voornamelijk bedoeld voor meisjes tussen 12-15 jaar. Elk jaar komt er een nieuwe generatie twaalfjarigen bij. De prijs voor een volledige vaccinatiekuur zou rond de 400 euro liggen. En aangezien er ongeveer 250.000 meisjes tussen 12-15 jaar zijn, zal deze markt goed zijn voor 100 miljoen euro en vervolgens elk jaar nog eens een kwart hiervan. GlaxoSmithKline heeft op enkele maanden tijd 20.000 gratis stalen van zijn vaccin uitgedeeld, als promotie. Deze stalen kosten elk 138 euro (Cochez, 05.01.2008, p. 32). Uit een simpele rekensom blijkt dan dat GSK in enkele maanden tijd gratis staaltjes ter waarde van 2.760.000 euro heeft uitgedeeld. Jacques Germaux' huisartsenpraktijk heeft zo zes gratis stalen gekregen en zegt hierover: 'Dit is pure reclame' (Germeaux, 25.05.2011). Naast de gratis stalen, zijn er spotjes op tv en magazines die vaccinatie tegen baarmoederhalskanker promoten, laat

Germaux weten. De campagne van de industrie draait op volle toeren. Volgens Germaux speelt de industrie in op emoties. Patrick Vankunkelsven laat weten dat wanneer de industrie staaltjes van zulke waarden kan uitdelen, de overheid zeer slecht onderhandelt over de prijszetting van geneesmiddelen. Julien Brabant van GSK Pharma geeft terecht aan de wet te respecteren. Voor elk product dat voor het eerst verschijnt mogen in het eerste jaar immers 8 stalen per huisarts uitgedeeld worden. Ook de ziekenfondsen geven kritiek op de hoge prijzen van de baarmoederhalsvaccins. Als de overheid geen scherpere prijzen weet te bemachtigen zullen deze zeer dure kankermedicijnen het budget onder druk zetten (Cochez, 05.01.2008, p. 32). De baarmoederhalsvaccins betreden een open markt. Hier valt dan ook zeer veel geld te verdienen. Een logisch gevolg is dat de producenten van de vaccins wedijveren om het grootste deel van de markt. Hier gooien ze dan ook gigantische bedragen tegen aan.

Opmerkelijk is dat een Vlaams meisje slechts 60 euro betaalt voor het vaccin, terwijl een Waals meisje er 339 euro voor moeten betalen. De Vlaamse Gemeenschap, zoals de Waalse verantwoordelijk voor collectieve vaccinaties en preventie, vaccineert meisjes van 12 jaar gratis tegen baarmoederhalskanker. De Vlaamse overheid organiseert in functie hiervan een openbare aanbesteding: de concurrentie speelt, een producent verlaagt zijn prijs met 80 % en haalt het contract voor 5 jaar binnen voor 105.000 dosissen per jaar. De vaccinatie voor een Vlaams meisje tegen baarmoederhalskanker kost nu nog slechts 60 euro: de federale regering betaalt 40 euro, de Vlaamse overheid de overige 20 euro. Het protocol luidt immers dat de federale overheid twee derde van de kosten betaalt. Ondanks het feit dat federaal minister Onkelinx relatief enthousiast is over een openbare aanbesteding, wil de Franse Gemeenschap niet mee. Minister Catherine Fonk (CDH) wil dat de federale overheid immers de hele kostprijs betaalt. Fonk zegt voorrang te hebben gegeven aan darmkankerscreening, met als gevolg een lege schatkist. Het gevolg is dat de federale ziekteverzekering 339 euro betaalt voor een baarmoederhalsvaccin in Wallonië. Samen met het artsenhonoraria komt dit neer op 355 euro. De ouders van het Franstalige meisje betalen enkele tientallen euro's.

Het gevolg van dit beleid is dat Vlaamse meisjes later voor 99 % gevaccineerd zullen zijn, in tegenstelling tot Franstalige meisjes die veel minder vaak gevaccineerd zullen zijn. Van Duppen stelt voor om ook in de Franse Gemeenschap een openbare aanbesteding te organiseren zodat ook daar de prijs tot 60 euro kan verlaagd worden (Tegenbos, 10.09.2010, p. 53). Het voorbeeld van de openbare aanbesteding van het HPV-vaccin in Vlaanderen toont aan dat het kiwimodel krachtig kan werken. In een artikel in *Le Soir* laat Raoul Hedebouw, de woordvoerder van de PVDA, verstaan dat een gebrek aan politieke moed de invoering van het kiwimodel in haar geheel verhindert. Het initiatief van Vandeurzen in Vlaanderen met het HPV-vaccin toont aan dat het kan, als men het wil (Hedebouw: 'scinder une politique d'intérêt général est absurde', 09.09.2010, p. 2). Van Duppen zegt ook dat de functie van dit HPV-verhaal vooral symbolisch is. Het gaat immers om een product onder patent, met slechts twee spelers op de markt. En toch werkt het zo krachtig, aldus Van Duppen (Van Duppen, 12.05.2011).

## 9. De verbeterde kiwi van de sp.a?

Uit het vorige deel blijkt dat het organiseren van een openbare aanbesteding erg effectief kan zijn. Eind 2009 stellen de senatoren John Crombez en Marleen Temmerman (sp.a) dan ook het plafondprijsmodel voor, de naar eigen zeggen verbeterde versie van het kiwimodel. Volgens Temmerman is een groot nadeel van het kiwimodel dat het slechts één product terugbetaalt. Hierdoor zou je tot een soort monopoliepositie van dat ene product kunnen komen. Bovendien zou het kunnen dat een firma met een net iets hogere prijs de aanbesteding niet wint en bijgevolg geen marktaandeel behaalt. Dit zou niet bevorderlijk zijn voor verdere evolutie in de farmaceutische sector (Temmerman, 05.06.2011). Hutsebaut reageert hierop: 'Als je het systeem van Nieuw-Zeeland goed bekijkt dan impliceert dat dat je eigenlijk maar 1 product terugbetaalt en de andere niet. [...] als je echt lage prijzen wilt verkrijgen van uw fabricanten, dan moet je immers voldoende incentive bieden [...]. En dat is eigenlijk de essentie van wat ze in Nieuw-Zeeland doen. Ze kiezen één leverancier, maar mét de nodige voorzorgen, beschermingen, waarborgen, eventueel ook contracten met tweede leveranciers als buffer enz. Het is alles of niets, maar met de nodige maatregelen' (Hutsebaut, 08.06.2011). De aanleiding voor de creatie van het plafondprijsmodel is dezelfde als die van het kiwimodel: de gezondheidszorgkosten beheersbaar houden. Volgens de twee senatoren beperkt minister Onkelinx zich immers tot 'het wegnippen van enkele procenten door de regels hier en daar te wijzigen'. Volgens Temmerman kan de overheid tot 80 % besparen op bepaalde geneesmiddelen uitgaven. Volgens het plafondprijsmodel zou de overheid, op basis van de prijzen in andere Europese landen en op basis van onderhandelingen met de producenten, een maximumprijs moeten vastleggen voor geneesmiddelen met dezelfde werking (Temmerman & Crombez, 20.10.2009, p. 22). In een artikel in De Morgen staat dat volgens het Colruyt-model (een synoniem van het plafondprijsmodel?) dat enkel geldt voor

uitpatentgeneesmiddelen, geneesmiddelen enkel verkocht zouden mogen worden aan de goedkoopste prijs van de ons omringende landen ("Op gezondheid mag je niet rantsoeneren", 10.06.2010). Terwijl in alle artikels de sp.a schrijft dat het naar de prijzen in het buitenland zal kijken om die maximumprijs vast te stellen, en van een openbare aanbesteding geen sprake is, laat Marleen Temmerman weten dat ook het plafondprijmodel wel degelijk een openbare aanbesteding uitvoert. Temmerman laat ook blijken dat het concept kan veranderen: men kan naar de prijzen in de Europa kijken, maar even goed wereldwijd (Temmerman, 05.06.2011). Via een openbare aanbesteding de maximumprijs vastleggen is een heel andere manier van werken dan het vastleggen van een maximumprijs aan de hand van de prijzen in Europese landen of zelfs wereldwijd. Bovendien is niet duidelijk hoe een maximumprijs dan bijvoorbeeld wordt vastgelegd wanneer men naar de prijzen in het buitenland kijkt. De sp.a is dus erg onduidelijk over hoe ze nu exact die maximumprijs wil bepalen. Volgens de sp.a horen na het bepalen van een maximumprijs al de producten die duurder zijn geschrapt te worden uit de terugbetaling (sp.a wil maximumprijs voor elk geneesmiddel, 20.10.2009). Het resultaat is dat artsen goedkopere geneesmiddelen zullen voorschrijven waardoor zowel overheid als patiënt kunnen besparen. Van Eeckhout (Pharma.be): 'Als je er verschillende [geneesmiddelen] toelaat binnen een range zodanig dat de keuze, dat je het aanbod niet verschaalt...Dat zijn stappen in een betere richting, laten we het zo zeggen'. Van Eeckhout begrijpt dat men als Belgische overheid niet meer wil betalen dan de Nederlandse of Franse overheid. Aan de andere kant zijn er volgens hem argumenten om te pleiten voor prijsverschillen tussen landen. De koopkracht verschilt immers tussen landen (Van Eeckhout, 18.07.2011). In tegenstelling tot de regeling in het kiwimodel zullen meerdere producten nog worden terugbetaald (wel sluit dit model niet uit dat er slechts één product wordt terugbetaald). Hierdoor neemt het sp.a-model een voordeel van het kiwimodel niet mee, met name het wegvallen van reclame, wat Temmerman ook erkent (Temmerman, 05.06.2011). Want als er nog steeds meerdere middelen met dezelfde werking op de markt zijn, blijft reclame een handig middel om arts en patiënt te overtuigen. Met betrekking tot geneesmiddelen onder

patent zou men volgens het prijsmargemodel (nog een synoniem?) kunnen besparen door prijs-volumeafspraken te maken met de producenten (Temmerman & Crombez). Het sp.a-model neemt ook een tweede voordeel van Van Duppens model niet mee. Door enkel de uitpatentgeneesmiddelen op te nemen zullen investeringen in O&O naar *me-too's* niet ontmoedigd worden. Het idee van het plafondprijsmodel lijkt erg vaag te zijn en niet uitgewerkt.<sup>58</sup> Wanneer ik aan Temmerman vraag of het niet mogelijk is om een openbare aanbesteding uit te voeren en in plaats van een bepaalde range ('bereik') in de prijzen toe te laten, de bedrijven die niet 'het beste bod' hebben uitgebracht, toe te laten om te zakken tot dezelfde prijs van 'het beste bod', antwoordt ze: 'Dat kun je ook doen. Ik vind dat eigenlijk een detail'. Volgens Temmerman zouden bedrijven wanneer er slechts één product zou terugbetaald worden zoals in het kiwimodel, sneller geneigd zijn om *me-too's* te creëren (Temmerman, 05.06.2011). Als ze dit zegt gaat ze er onterecht van uit dat producten onder patent niet in de aanbesteding opgenomen worden. Wanneer producten (al dan niet onder patent) dezelfde therapeutische werking hebben en evengoed zijn, zouden deze samen in de aanbesteding worden opgenomen en zou het creëren van *me-too's* geen nut meer hebben. Temmermans reactie wanneer ik dit vermeld: 'Ik ben niet tegen het kiwimodel. Ik ben daar voor, maar ik denk dat er modificaties mogelijk zijn die even goed zijn. Eigenlijk vind ik het verloren tijd om te discussiëren over moet het nu kiwi dit zijn of kiwi met twee of drie producten. Ik ken Van Duppen uiteraard en ik sta volledig achter de strijd die hij gevoerd heeft, en wat hij al gerealiseerd heeft. Ook het boek 'De Cholesteroloorlog' vind ik schitterend. Maar het is een visie zoals er vele mogelijk zijn. Het gaat niet om wie gelijk heeft. Ik denk dat het concept van de openbare aanbesteding goed is. Of men na een openbare aanbesteding slechts

---

<sup>58</sup> Over de duidelijke uitwerking van het plafondprijsmodel zegt Van Assche: 'Eerlijk gezegd zou ik het natuurlijk graag willen weten, maar ik heb er nog nooit een volledig sluitend antwoord op gehad. Het concept staat volgens mij nog niet voor honderd procent vast. Ik denk dat dat wat vage ideeën zijn' (Van Assche, 07.07.2011). Van Eeckhout geeft eveneens aan nergens een duidelijke, uitgewerkte versie van het model te hebben kunnen bemachtigen (Van Eeckhout, 18.07.2011).

tot één terugbetaald product komt, het allergeedkoopste, of men binnen een bepaalde range meerdere producten terugbetaalt...eigenlijk vind ik dat het debat niet waard' (Temmerman, 05.06.2011). In tegenstelling tot wat Temmerman in de Senaat zei, blijkt uit bovenstaand fragment dat ze onterecht relatief weinig aandacht schenkt aan de concrete uitwerking van het prijsmargemodel. Uit het kiwi-lightverhaal wordt immers erg duidelijk dat wanneer je met een sterke industrietak gaat onderhandelen je ideeën weloverwogen en zeer uitgewerkt horen te zijn. Je moet zeer goed weten hoe je kiwi eruit zal zien en al de mogelijkheden moet je goed wikken en wegen. De gedetailleerde uitwerking van een model dat de winsten de meest winstgevende industrie ter wereld wil aanpakken hoort dan ook minstens het debat waard te zijn.



## Besluit

De hoge uitgaven voor geneesmiddelen van zowel overheid als patiënt noodzaken eind 2004 fundamentele oplossingen. De gezondheidszorgbegroting staat immers in het rood en een deel van de patiënten kan de zorg niet meer betalen. Dirk Van Duppen stelt een oplossing voor: het kiwimodel. Met dit model zou de overheid anderhalf miljard euro kunnen besparen. Een systeem dat van de andere kant van de wereld is overgevoegen zal veel problemen waar het Belgische geneesmiddelenbeleid mee te kampen heeft aanpakken: de hoge prijzen van de geneesmiddelen zullen kelderen, reclame zal geen zin meer hebben, artsen zullen beter en rationeler voorschrijven,... De enigen die onder de invoering van dit model zullen lijden zijn de aandeelhouders van de grote farmamultinationals. Dirk Van Duppen kaart dit model succesvol aan. Steve Stevaert (voorzitter van de sp.a) pikt het model vervolgens op en stelt het met veel tromgeroffel voor in de media. De sp.a deelt pamfletjes uit op trein en tram en Stevaert verklaart de strijd met de farma-industrie aan te zullen gaan. Het kiwimodel was (politiek) geboren. Vele sociale organisaties en politieke partijen uiten vervolgens hun steun voor het model.

Volgend op de fases waarin een probeem wordt geformuleerd en een oplossing voorgesteld, barst de machtsstrijd tussen allerlei belangen groepen los om de keuzefase te beïnvloeden. De farma-industrie zet alles op alles om de invoering van het model te verhinderen. Hij voert met succes de meest intense lobbycampagne ooit: onder minister Demotte wordt het kiwimodel beperkt tot geneesmiddelen die reeds uit patent zijn. Hierdoor schiet het kiwimodel haar doel grotendeels voorbij aangezien 90 % van de uitgaven van de ziekteverzekering bestemd zijn voor geneesmiddelen onder patent, en slechts 10 % voor generische geneesmiddelen. De media dopen het kiwimodel vervolgens om tot het kiwi-lightmodel. Ondanks de tevredenheid van de traditionele farmaceutische industrie, krijgt Demotte van alle kanten kritiek. Vervolgens dient de realisatiefase

zich aan. Deze verloopt alles behalve vlekkeloos: de regels worden meermaals gewijzigd, zijn erg onduidelijk, en nadien blijken ze onwettelijk te zijn geweest. Ondanks een negatief advies van de CTG voert Demotte het model toch in voor de testcase ‘cholesterolverlagers’. In lijn met de vele kritieken die door allerlei belangengroepen op het kiwi-lightmodel geuit worden, blijkt de evaluatie van het model negatief te zijn: de besparingen worden niet gerealiseerd. Besparingen worden niet gerealiseerd omdat artsen vaak duurdere cholesterolverlagers voorschreven, terwijl de goedkopere cholesterolverlagers in vele gevallen evengoed zijn. Desondanks heeft het model wel haar kracht bewezen: de prijzen van de cholesterolverlagers (uit patent) zijn sterk gedaald. De aanpassingen die Demotte aan het oorspronkelijke model gemaakt heeft, blijken cruciaal te zijn geweest. Na het kiwi-lightfiasco vraagt de farma-industrie het model voorgoed te laten vallen. Voorstanders van het model vragen het oorspronkelijke model in haar geheel in te voeren. Momenteel lijkt de politieke wereld aan de vraag van de industrie tegemoet te komen.

Uit het rapport van het advocatenkantoor DeBacker blijkt dat het model juridisch haalbaar is in de Europese context. Het Nederlands model toont dit aan in de praktijk. Bovendien toont het Nederlands model aan dat het kiwimodel tot enorme prijsdalingen kan leiden. Ook de aanbesteding van het HPV-vaccin in Vlaanderen toont de kracht van het model aan. Vele argumenten die de industrie sinds 2004 heeft geuit tegen het kiwimodel, hebben sterk aan slagkracht ingeboet. Desondanks lijkt het model van de politieke agenda te zijn verdwenen. Niemand zou immers nog zin hebben in zo’n juridisch monster en bovendien is door het fiasco van de kiwi-light de naam *kiwi* besmeurd.

Ondanks dit alles zijn sommigen van mening dat het kind niet met het badwater mag worden weggegooid. Het Belgische zorgsysteem kent immers nog steeds veel mankementen, waar oplossingen voor moeten worden gezocht. Zeer snel worden zeer veel producten op de lijst van terugbetaalbare geneesmiddelen ingeschreven. Ook worden

er erg snel (te snel?) patenten uitgereikt aan geneesmiddelen die misschien niet altijd echt vernieuwend zijn. Misschien moet de patentwetgeving wel eens herzien worden, met het oog op een duurzaam en houdbaar beleid. Meerdere aspecten van het Nieuw-Zeelandse gezondheidszorgbeleid lijken dan ook een grote meerwaarde te kunnen bieden aan het Belgische systeem (richtlijnen, openbare aanbesteding, cross-deals, ...), op voorwaarde dat de implementatie vooraf zeer goed bestudeerd wordt. De filosofische ommekeer impliceert een verschuiving naar een meer behoeftegestuurd beleid, waar rationeler met de middelen wordt omgesprongen. Dé vraag is: hoe kunnen we betaalbare, kwalitatieve zorg voorzien, tegen een betaalbare prijs?

De budgettaire toestand en de crisis noodzaken nog steeds structurele besparingsmaatregelen en volgens vele partijen is bovendien de groeinorm van 4,5 % in de zorgsector niet langer houdbaar. Volgens sommigen is er dan ook nog steeds hoop voor het kiwimodel (al dan niet onder een andere naam). Jacques Germeaux (arts) is er daar een van: 'Ik ben ervan overtuigd en dat is een groot probleem dat we kiwi zullen toepassen -in zijn filosofie van the silent revolution.- uit noodzaak. Waarom? Omdat ook in NZ het toegepast is uit noodzaak. [...] Dan gaan we inventief moeten zijn [...] We gaan het niet doen en dat is het ergste..uit overtuiging. We gaan het doen uit noodzaak [...] Dat moeten we pogen te bereiken met de middelen en problemen die we hier hebben. Natuurlijk zijn die anders dan in NZ. Maar eerst telt de visie en pas dan ga je handelen. Dat we hier andere middelen hebben en dat hier andere actoren zijn is natuurlijk evident. Maar dat is niet het probleem. De visie! De filosofie van het kiwimodel. Dát moeten wij overnemen. En dat moet niet specifiek gericht zijn tegen de farmaceutische industrie. Waar geld verspild wordt, waar de middelen niet accuraat toekomen, dáár moeten aanpassingen gemaakt worden. Dát is de filosofie. [...] De filosofie van kiwi is een fundamentele verandering in onze gezondheidszorg, omdat we niet alleen de farmaci gaan evalueren, maar ook de hospitalen. [...] Maar wat is voor mij kiwi en wat hoort kiwi te zijn? Dat is een visie. Dat is optimale gezondheidszorgen aanbieden die performant zijn, aan een betaalbare prijs. Dát is de filosofie. [...] De filosofie is: een product

pogen aan te bieden dat verbetering geeft, aan betaalbare voorwaarden. Dát is de filosofie. En dat daar [kiwilight], dat is een detail. Moet je daarom een hele filosofie opzij schuiven? Neen. [...] Maar dat is niet kiwi. Dit is een detail in de toepassing van kiwi.[...] Daar gaat het niet om. U laten afleiden naar die discussie [over kiwilight], daar gaat het de farmaindustrie om..' (Germeaux, 25.05.2011).

## Lijst met afkortingen

ABVV	Algemeen Belgisch Vakverbond
ACLVB	Algemene Centrale der Liberale Vakbonden van België
ACW	Algemeen Christelijk Werknemersverbond
ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AGIM	Association Générale de l'Industrie du Médicament
ASLK	Algemene Spaar- en Lijfrentekas
ATC	Anatomisch Therapeutisch Chemisch
AVC	Algemeen Christelijk Vakverbond
BBP	Bruto Binnenlands Product
BBTK	Bond van Bedenden, technici en Kaderleden
BNP	Bruto Nationaal Product
BSF	Bijzonder Solidariteitsfonds
CD&V	Christendemocratisch & Vlaams
CDH	Centre Démocrate Humaniste
CM	Christelijke Mutualiteit
CTG	Centrum voor Tegemoetkoming Geneesmiddelen

DDD	Dagsdagelijkse Dosis
EBM	Evidence Based Medicine
ECOLO	Ecologistes Confédérés pour l'Organisation de Luttes originales
EMA	European Agency for the Evaluation of Medicinal Products
FAGG	Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten
FDA	Food and Drug Administration
FeBelGen	Federatie van Belgische producenten van Generische geneesmiddelen
GSK	GlaxoSmithKline
HPV	Humaan Papillomavirus
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
KB	Koninklijk Besluit
KCE	Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
KWB	Kristelijke Werknemersbeweging
LBC-NVK	Landelijke Bediendencentrale- nationaal Verbond voor Kaderleden
MAF	Maximumfactuur
MB	Ministerieel Besluit
MR	Mouvement Réformateur
MSD	Merck Sharp & Dohme

N-VA	Nieuw-Vlaamse Allinties
NZMA	New Zealand Medical Association
NZMGG	New Zealand Medical Guidelines Group
O&O	Onderzoek en Ontwikkeling
OCMW	Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OPHACO	Office des Pharmacies Cooperatives de Belgique
Pharmac	The Pharmaceutical Management Agency
PTAC	Pharmacology and Therapeutics Advisory Committee
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekeringen
RMI	Researched Medicines Industry Association of New Zealand
sp.a	Socialistische Partij Anders
TBC	Tuberculose
UCB	Union Chimique Belge
UWE	Union Walonne des Entreprises
VBO	Verbond van Belgische Ondernemingen
VLD	Vlaamse Liberalen en Democraten
VOB	Verbond van Belgische Ondernemingen

VOKA	Vlaams Netwerk van Ondernemingen (Voka is geen afkorting)
VOS	Voorschrijven Op Stofnaam
WIGW's	Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen



## Bibliografie

### Persoonlijke interviews

Germeaux, J. (Genk, 25.05.2011). *Het kiwimodel* [Interview met J. De Witte].

Goutry, L. (Deerne, 20.05.2011). *Het kiwimodel* [Interview met J. De Witte].

Hutsebaut, L. (Brussel, 08.06.2011). *Het kiwimodel* [Interview met J. De Witte].

Temmerman, M. (Brussel, 05.06.2011). *Het kiwimodel* [Interview met J. De Witte].

Van Assche, J. (Wilrijk, 07.07.2011). *Het kiwimodel* [Interview met J. De Witte].

Van Eeckhout, H. (Brussel, 18.07.2011). *Het kiwimodel* [Interview met J. De Witte].

Van Duppen, D. (Deurne, 12.05.2011). *Het kiwimodel* [Interview met J. De Witte].

### Parlementaire bronnen

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat (18.05.2005). *Het geneesmiddelenbeleid. Verslag. Namens de commissie voor de volksgezondheid, het leefmilieu en de*

*maatschappelijke hernieuwing en de commissie voor de sociale zaken van de Kamer en de commissie voor de sociale aangelegenheden van de Senaat. Uitgebracht door mevrouw Magda De Meyer (K) en de heer Wouter Beke (S).*

De Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers (21.12.2004). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Plenumvergadering. Namiddag.*

De Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers (22.12.2004). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Plenumvergadering. Namiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (06.07.2004). *Wetsontwerp betreffende de bestrijding van de uitwassen van geneesmiddelen promotie.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (22.02.2005). *Wetsontwerp betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid.*

De Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers (22.03.2005). *Wetsontwerp betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. Amendementen.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (24.03.2005). *Wetsontwerp betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. Wetsvoorstel tot wijziging van de wet op ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met het oog op de afschaffing van de mogelijkheid voor de ziekenhuizen om aan de patiënten een financiële bijdrage te vragen voor de toegang tot de dienst spoedgevallenzorg.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (12.04.2005). *Wetsontwerp betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen*

*inzake gezondheid. Aanvullend verslag namens de Commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing. Uitgebracht door mevrouw Colette Burgeon en de heer Luc Goutry.*

De Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers (12.04.2005). *Wetsontwerp betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. Tekst aangenomen door de Commissie voor de volksgezondheid, het leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (13.04.2005). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Plenumvergadering. Voormiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (13.04.2005). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Plenumvergadering. Avond.*

De Belgische kamer van Volksvertegenwoordigers (14.11.2005). *Schriftelijke vragen en antwoorden.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (28.03.2006). *Wetsontwerp houdende wijziging van de heffingen op de omzet van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (29.05.2006). *Schriftelijke vragen en antwoorden.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (26.10.2006). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Plenumvergadering. Namiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (07.12.2006). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Plenumvergadering. Namiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (14.12.2006). *Rijksmiddelenbegroting voor het begrotingsjaar 2007.*

Ontwerp van Algemene Uitgavenbegroting voor het begrotingsjaar 2007. Verslag namens de Commissie voor de Financiën en de begroting. Uitgebracht door mevrouw Annemie Roppe.

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (18.12.2006). Wetsontwerp houdende diverse bepalingen (I) *Verslag namens de Commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing. Uitgebracht door mevrouw Hilde Dierickx.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (20.12.2006). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Plenumvergadering. Namiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (09.01.2007). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing. Namiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (15.02.2007). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Plenumvergadering. Namiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (01.03.2007). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Plenumvergadering. Namiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (16.06.2007). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing. Namiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (23.01.2008). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Plenumvergadering. Namiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (26.02.2008). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing. Namiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (29.01.2009). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Plenumvergadering. Namiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (14.07.2009). *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken. Commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing. Namiddag.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (11.12.2009). *Ontwerp van programmawet. Verslag namens de Commissie voor de Sociale Zaken. Uitgebracht door de dames Sarah Smeyers en Camille Dieu.*

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers (15.12.2009). *Ontwerp van Rijksmiddelenbegroting voor het begrotingsjaar 2010. Wetsontwerp houdende de Algemene Uitgavenbegroting voor het begrotingsjaar 2010. Verslag namens de Commissie voor de Financiën en de begroting. Uitgebracht door de heren Hendrik Daems en Hendrik Bogaert.*

De Belgische Senaat (14.04.2005). *Wetsontwerp betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. Evocatieprocedure. Verslag namens de commissie voor de Sociale Aangelegenheden. Uitgebracht door de heer Beke.*

De Belgische Senaat (21.04.2005). *Handelingen. Plenaire vergaderingen. Ochtendvergadering.*

De Belgische Senaat (14.12.2005). *Verslag van de studiereis van een delegatie van de commissie voor de Sociale Aangelegenheden naar Singapore en Nieuw-Zeeland (26 februari-6 maart). Verslag namens de commissie voor de Sociale Aangelegenheden. Uitgebracht door de heren Beke en Cornil.*

De Belgische Senaat (22.12.2005). *Wetsontwerp houdende diverse bepalingen. Evocatieprocedure. Verslag namens de*

*Commissie voor de Sociale Aangelegenheden. Uitgebracht door de heer Cornil en mevrouw De Schamphelaere.*

*De Belgische Senaat (05.02.2009). Handelingen. Plenaire Vergaderingen. Namiddag.*

Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten (17.05.2006).

Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten (30.08.2007).

Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten (18.12.2007).

Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu (25.03.1964). *Wet op de geneesmiddelen. Belgisch Staatsblad 17 april 1964.*

Programmawet (I) (1) (27.12.2006).

De Europese Commissie (08.07.2009). *Mededeling van de Commissie. Samenvatting van het verslag over het sectorale onderzoek naar de farmaceutische sector*

## Krantenartikels

Actieplatform betoogt in Brussel voor gratis griepvaccin (20.02.2008). *De Standaard online*.

Adnet, B. (10.02.2005). Geneesmiddelensector is niet het zorgkind van de ziekteverzekering. *De Morgen*, p. 8.

Adriaan, D. (09.02.2005). 'Ik hoop dat het gezond verstand terugkomt'. *De Tijd*, p. 6.

Belgisch kiwimodel vandaag gelanceerd (11.05.2006). *De Tijd*, p. 1.

Belgisch kiwimodel heeft erg zachte smaak gekregen (11.05.2006). *De Tijd*, p. 3.

Betoging voor gratis griepvaccin (20.02.2008). *De Morgen*.

Carpentier, N. (09.08.2007). Pharma.be voerde 'grootste lobbycampagne ooit' tegen kiwimodel. *De Morgen*, p. 3.

Cochez, T. (22.12.2005). België stilaan rijp voor kiwimodel. *De Morgen*, p. 4.

Cochez, T. (18.12.2006). Minister Demotte vreest niet voor 'kiwi light'. *De Morgen*, p. 6.

Cochez, T. (21.04.2007). Pillentoerisme naar goedkoper Nederland. *De Morgen*, p. 4.

Cochez, T. (26.10.2004). 'Wij zien de versnelde uitgaven voor geneesmiddelen niet'. *De Morgen*, p. 7.

Cochez, T. (10.11.2004). Het kiwimodel. *De Morgen*, p. 6.

Cochez, T. (10.02.2005). Begrotingsminister financiert geen nieuwe geneesmiddelen voor oude goedkoper worden. *De Morgen*, p. 4.

Cochez, T. (27.03.2006). We slikken meer, maar vooral veel duurder geneesmiddelen. *De Morgen*, p. 99.

Cochez, T. (30.04.2005). Ian Mcpherson, hoofd van de grootste Nieuw-Zeelandse ziekteverzekeraar, *De Morgen*, p. 4.

Cochez, T. (01.03.2007). Kiwi light wordt winstgevende zaak voor farmareuzen. *De Morgen*, p. 4.

Cochez, T. (10.02.2005). VBO strekt ten strijde tegen kiwimodel. *De Morgen*, p. 8.

- Cochez, T. (07.12.2004). 'Farma-industrie doet alles om ons Nieuw-Zeelands model te breken'. *De Morgen*, p. 6.
- Cochez, T. (29.09.2004). Dokter Dirk Van Duppen legt nietsontziende technieken van Big Farma bloot, *De Morgen*, p. 9.
- Cochez, T. (11.12.2004). Laat de 'kiwi' rijpen. *De Morgen*, p. 12.
- Cochez, T. (26.12.2005). Machtig. *De Morgen*, p. 2.
- Cochez, T. (16.02.2007). Minister Demotte roept weerstand op met doordrukken van kiwi light. *De Morgen*, p. 3.
- Cochez, T. (06.05.2006). De bittere kiwi van Demotte. *De Morgen*, p. 99.
- Cochez, T. (18.02.2006). Mist spuien over het kiwimodel. *De Morgen*, p. 4.
- Cochez, T. (24.01.2009). KIWIMODEL leidt bij onze noorderburen tot fenomenale prijsdalingen voor geneesmiddelen. *De Morgen*, p. 12.
- Cochez, T. (28.06.2008). Na het KIWIMODEL: het Oranjemodel. *De Morgen*, p. 32.
- Cochez, T. (09.11.2004). SP.A wil structurele ingrepen om ziekteverzekering betaalbaar te houden. *De Morgen*, p. 5.
- Cochez, T. (14.12.2004). Juridisch fiat voor principe van openbare aanbesteding geneesmiddelen. *De Morgen*, p. 1.
- Cochez, T. (08.11.2004). Guy Peeters Nationaal secretariss Verbond van Socialistische Mutualiteiten. *De Morgen*, p. 6.
- Cochez, T. (05.01.2008). Miljoenenstrijd om de baarmoederhals. *De Morgen*, p. 32..
- Cochez, T. (09.12.2004). Enquête in 'de huisarts' legt scheidingslijn tussen noord en zuid bloot. *De Morgen*, p. 4.
- Crols, F. (13.01.2005). Manager van het jaar 2004. *Trends*, p. 66.
- Davida (30.11.2004). Industrie kant zich tegen aanbesteding medicijnen. *De Tijd*, p. 4.
- Demotte start veiling medicijnen (02.05.2006). *De Tijd*, p. 8.
- Desmet, Y. (09.08.2007). Lobby. *De Morgen*, p. 2.
- Desmet, Y. (29.11.2004). Ironie. *De Morgen*, p. 2.
- De pil is geen goed idee (18.12.2004). *De Standaard*, p. 7.



Farmareus onderneemt gerechtelijke stappen tegen minister Demotte (08.01.2008). *De Morgen telex*.

Febelgen: kiwi-model voor patentvrije medicijnen loont de moeite niet (08.04.2005). *Het Belang van limburg*.

Geneesmiddelen in België een derde duurder dan in VK (26.09.2006). *Het Nieuwsblad*.

Goutry, L. (16.02.2007). Kiwimodel: Kind met Badwater weggegooid. *De Morgen*, p. 15.

Generische sector voelt zich 'gepakt' door kiwi (12.05.2006). *De Tijd*, p. 7.

Groen! wil gezondheidsbeleid toch splitsen (25.06.2005). *De Standaard*, p. 13.

Hedebouw: 'scinder une politique d'intérêt general est absurde' (09.09.2010). *Le Soir*, p. 2.

Hens, E. (13.04.2005). 'Gezondheidswet leidt tot extra kosten'. *De Tijd*, p. 3.

Hens, E. (30.11.2004). 'Offertes voor geneesmiddelen besparen tot 1,9 miljard'. *De Tijd*, p. 4.

Hens, E. (24.12.2004). Besparingen gezondheidszorg in wet gegoten. *De Tijd*, p. 4.

Hens, E. (3.02.2005). Farma-sector in aanval tegen regering. *De Tijd*, p. 2.

Hofkens, N. (02.10.2004). De Zevende Dag. *De Tijd*, p. 24.

Kiwimodel kan begroting redden (08.07.2008). *De Standaard*, p. 17.

Kiwimodel Demotte neemt valse start (16.02.2007). *De Tijd*, p. 11.

Moens, M. (17.02.2005). Koken (van woede) met Steve. *De Standaard*, p. 33.

Neels, L. (30.11.2004). Als het zo simpel was, had men het al lang ingevoerd. *De Standaard*, p. 9.

Nieuw-Zeelandsgeneesmiddelenstelsel charmeert senatoren (11.03.2005). *De Tijd*, p. 3.

Overheid en farmabedrijven: een schizofrene verhouding (28.07.2006). *De Tijd*, p. 3.

Pfizer Puurs vreest investering van 150 miljoen mis te lopen (04.03.2005). *De Standaard*, p. 41.

Pauli, W. (20.11.2004). Dirk Van Duppen, arts-auteur, over geneesmiddelen, dokters en boeven. *De morgen*, p. 60.

Roox, G. (18.12.2004). De kiwihype. *De Standaard*, p. 6.

Serneels, K., & Rogiers, F. (29.11.2004). Wetstraat gewonnen voor Nieuw-Zeelands model van goedkopere medicijnen. *De Morgen*, p. 4.

Spirit pleit voor openbare aanbesteding geneesmiddelen (10.11.2004). *Gazet van Antwerpen*.

Slegers, L. (17.12.2004). Van Duppen. *De Standaard*, p. 20.

Slegers, L. (10.12.2004). Appels met kiwi's vergelijken. *De Standaard*, p. 22.

Schreurs, D. (09.10.2004). Petitie voor openbare aanbesteding medicijnen. *De Tijd*, p. 4.

Tegenbos, G. (11.03.2005). Kiwimodel verbergt hele fruitmand. *De Standaard*, p. 13.

Tegenbos, G. (24.12.2004). Demotte krijgt zijn volmachten. *De Standaard*, p. 13.

Tegenbos, G. (02.05.2006). Van Duppen vindt kiwi van Demotte overrijp. *De Standaard*, p. 6.

Tegenbos, G. (30.03.2005). België pest prijsbeest, Nederland lokt het. *De Standaard*, p. 7.

Tegenbos, G. (14.04.2005). Demotte heeft hele volmacht en halve kiwi. *De Standaard*, p. 12.

Tegenbos, G. (04.12.2004). Oorlog om de pil barst los. *De Standaard*, p. 17.

Tegenbos, G. (13.04.2005). Pil volgens jaar weer terugbetaald. *De Standaard*, p. 10.

Tegenbos, G. (28.03.2006). Forse prijsdalingen geneesmiddelen op komst. *De Standaard*, p. 10.

Tegenbos, G. (18.12.2006). Chaos dreigt voor cholesterol- en bloeddrukmiddelen. *De Standaard*, p. 10.

Tegenbos, G. (29.11.2004). Test Gezondheid: Belgische patiënt niet prijsbewust. *De Standaard*, p. 4.

Tegenbos, G. (10.09.2010). Kiwi's eten of responsabiliseren. *De Standaard*, p. 53.

Tegenbos, G. (12.02.2007). Kiwi-vogel van Demotte vliegt niet. *De Standaard*, p. 7.

Tegenbos, G. (19.01.2005). Stevaert mist Vandenbroucke. *De Standaard*, p. 33.

Tegenbos, G. (10.02.2005). Eet meer kiwi's, voor de begroting. *De Standaard*, p. 8.

Tegenbos, G. (23.03.2005). De kiwi gaat doormidden. *De Standaard*, p. 13.

Tegenbos, G. (30.11.2004). Belgische kiwi niet rijp. *De Standaard*, p. 16.

Tegenbos, G. (11.03.2005). Kiwi-model verbergt hele fruitmand. *De Standaard*, p. 13.

Tegenbos, G. (23.03.2005). De kiwi gaat doormidden. *De Standaard*, p. 13.

Temmerman, M., & Crombez, J. (20.10.2009). Zeg niet langer 'kiwi', zeg 'plafondprijsmodel'. *De Morgen*, p. 22.

Telex (30.11.2004). Wetstraat op zoek naar goedkopere geneesmiddelen. *De Tijd*, p. 4.

Uitstel voor gezondheidswet (25.03.2005). *De Standaard*, p. 12.

Van Duppen, D. (24.04.2007). Hete adem van de kiwi. *De Morgen*, p. 11.

Van Impe, L. (30.11.2004). Voorstel om kosten van geneesmiddelen te drukken onder vuur. *De Morgen*, p. 4.

Van De Velden, W. (09.11.2004). Regering op zoek naar besparingen in gezondheidszorg. *De Tijd*, p. 4.

Verelst, J. (05.07.2011). Formateur spaart niemand. *De Morgen*, p. 2.

Verdeeldheid over goedkope pillen (29.11.2004). *Gazet van Antwerpen*.

Ysebaert (31.01.2009). Grensgeschil in farmaland. *De Standaard*, p. 6.

## Internetartikels

ABVV (2011). *Hoeveel leden telt het ABVV?* [22.03.2011, ABVV: <http://vlaams.abvv.be/art/pid/13618/Hoeveel-leden-telt-het-ABVV.htm>].

ACLVB (2011). *Structuur en kerncijfers ACLVB*. [22.03.2001, ACLVB: <http://www.aclvb.be/over-aclvb/structuurkerncijfers>].

ACV (2011). *Het ACV - Algemeen Christelijk Vakverbond*. [22.03.2011, ACV: [http://www.acv-online.be/het\\_acv/default.asp](http://www.acv-online.be/het_acv/default.asp)].

Actieplatform betoogt in Brussel voor gratis griepvaccin (20.02.2008). *Het Nieuwsblad Online*.

CM (2010). *Rationeler voorschrijven cholesterolverlagers bespaart overheid 140 miljoen euro, patiënten besparen 15 miljoen*. [23.03.2011, CM, <http://www.cm.be/nl/108/infoenactualiteit/persberichten/2010/cholesterolverlagers.jsp>].

CM (2011). *Financiële problemen door uitgaven voor gezondheidszorg*. [21.07.2011, CM, [http://www.cm.be/nl/100/infoenactualiteit/enquetes\\_en\\_onderzoeken/chronisch-zieken/index.jsp](http://www.cm.be/nl/100/infoenactualiteit/enquetes_en_onderzoeken/chronisch-zieken/index.jsp)].

CM (2005). *Artsen mogen voorschrijven op stofnaam*. [23.03.2011, CM, [http://www.cm.be/nl/108/ziekteverzekering/geneesmiddelen/voorschrijven\\_stofnaam.jsp](http://www.cm.be/nl/108/ziekteverzekering/geneesmiddelen/voorschrijven_stofnaam.jsp)].

FDA (2011). *FDA Fundamentals*. [03.07.2011, FDA, <http://www.fda.gov/AboutFDA/Transparency/Basics/ucm192695.htm>].

Farmanet (2008). *Globaal analyseverslag over de inhoud van Farmanet – uniek spoor*. Brussel: Farmanet [23.03.2011, Farmanet: <http://www.RIZIV.be/presentation/nl/publications/annual-report/2009/index.htm>].

KCE (2007). *Evidence Based inhoud van geschreven informatie vanuit de farmaceutische industrie aan huisartsen*. Brussel: KCE [31.03.2011, KCE: [http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=8948&CREF=9419](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=8948&CREF=9419)].

KCE (2010). *Het referentieprijssysteem en socio-economische verschillen bij het gebruik van goedkopere geneesmiddelen*. KCE [31.03.2011, KCE, [http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=14842&CREF=18730](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=14842&CREF=18730)].

KCE (2010). *Optimalisatie van de werkingsprocessen van het Bijzonder Solidariteitsfonds*. KCE [31.03.2011, KCE, [http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=14842&CREF=16777](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=14842&CREF=16777)].

KCE (2010). *Het Belgische gezondheidssysteem*. Brussel: KCE [31.03.2011, KCE: [http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=14842&CREF=17947](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=14842&CREF=17947)].

KCE (2010). *Statines in België: evolutie in het gebruik en invloed van het erugbetalingsbeleid*. Brussel: KCE [31.03.2011, KCE, [http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=14842&CREF=18215](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=14842&CREF=18215)].

KCE (2006). *Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen*. Brussel: KCE [31.03.2011, KCE: [http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=5269&CREF=8568](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5269&CREF=8568)].

OESO (2011). *Life expectancy at birth, total population*. [21.07.2011, OESO, [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/life-expectancy-at-birth-total-population\\_20758480-table8](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/life-expectancy-at-birth-total-population_20758480-table8)].

OESO (2011). *Total expenditure on health per capita*. [21.07.2011, OESO, [http://www.oecd.org/document/0,3746,en\\_2649\\_201185\\_46462759\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,00.html)].

Pharmac (2011). *Information sheet. introduction to Pharmac*. [13.07.2011, Pharmac, [http://www.pharmac.govt.nz/2008/12/16/01\\_PHARM\\_Infsheet\\_INTR\\_O.pdf](http://www.pharmac.govt.nz/2008/12/16/01_PHARM_Infsheet_INTR_O.pdf)].

Pharmac (2011). *PTAC Membership*. [16.07.2011, Pharmac, <http://www.pharmac.govt.nz/healthpros/PTAC/PTACmembership>].

Pharmac (2011). *Information Sheet. Pharmac 's history*. [08.07.2011, Pharmac, [http://www.pharmac.govt.nz/2008/12/16/02\\_PHARM\\_Infsheet\\_HISTORY.pdf](http://www.pharmac.govt.nz/2008/12/16/02_PHARM_Infsheet_HISTORY.pdf)].

Pharmac (2011). *Operating policys and procedures of the pharmaceutical management agency ("Pharmac ")*. Third Edition. 2006. [15.04.2011, Pharmac, <http://www.pharmac.govt.nz/2005/12/22/231205.pdf>].

Pharmac (2011). *Our place in the Medicines system*. [16.07.2011, Pharmac, [http://www.pharmac.govt.nz/2008/12/16/03\\_PHARM\\_Infosheets\\_OUR\\_PLACE.pdf](http://www.pharmac.govt.nz/2008/12/16/03_PHARM_Infosheets_OUR_PLACE.pdf)].

Pharma.be (2010). *Bijdrage van de farmaceutische sector tot de openbare financiën*. [23.03.2011, Pharma.be, [http://www.pharma.be/assets/files/2181/2181\\_129356808840666398.pdf](http://www.pharma.be/assets/files/2181/2181_129356808840666398.pdf)].

RIZIV (2011). *Algemeenheden. Procedure voor verzekeringstegemoetkoming voor geneesmiddelen, kortweg "terugbetaling" genoemd*. [21.07.2011, RIZIV, <http://www.riziv.be/drug/nl/drugs/general-information/general/index.htm>].

RIZIV (2009). *Jaarverslag 2009*. Brussel: RIZIV [23.03.2011, RIZIV: <http://www.RIZIV.be/presentation/nl/publications/annual-report/2009/index.htm>].

RIZIV (2010). *Registratie van geneesmiddelen – FOD Volksgezondheid*. [23.03.2011, RIZIV, <http://www.RIZIV.be/drug/nl/drugs/general-information/general/index.htm#p1>].

RIZIV (2010). *Procedure voor prijsvaststelling van geneesmiddelen*. [23.03.2011, RIZIV, <http://www.RIZIV.be/drug/nl/drugs/general-information/general/index.htm#p1>].

RIZIV (2010). *Procedure voor verzekeringstegemoetkoming voor geneesmiddelen, kortweg "terugbetaling" genoemd*. [23.03.2011, RIZIV: <http://www.RIZIV.be/drug/nl/drugs/general-information/general/index.htm#p1>].

RIZIV (2001). *Thematische uiteenzetting. Evolutie van het terugbetalingssysteem van geneesmiddelen*. [24.02.2011, RIZIV: <http://www.RIZIV.be/information/nl/studies/study08/pdf/study08.pdf>].

RIZIV (2008). *Het voorschrijven op Stofnaam*. [23.03.2011, RIZIV, <http://www.RIZIV.be/drug/nl/statistics-scientific-information/pharmanet/info-spot/2008-03-27/pdf/infospot20080327.pdf>].

RIZIV (2005). De derdebetalersregeling en de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging. *Studiën, 2005* (4), pp. 415-447.

RIZIV (2010). *Referentierterugbetaling*. [24.02.2011, RIZIV: <http://www.RIZIV.be/drug/nl/drugs/general-information/refunding-reference/index.htm#1> ]

RIZIV (2002). *Thematische uiteenzetting. De maximumfactuur*. [24.02.2011, RIZIV: <http://www.RIZIV.be/information/nl/studies/study15/index.htm> ].

RIZIV (2006). *Het Bijzonder Solidariteitsfonds*. [24.02.2011, RIZIV: <http://www.RIZIV.be/care/nl/infos/solidarity/pdf/fss20060424.pdf> ].

RIZIV (2006). *Farmaceutische kengetallen. Farmaceutische verstrekkingen. Ambulante praktijk*. Brussel: RIZIV.

Sp.a wil maximumprijs voor elk geneesmiddel (20.10.2009). *Belga Web*.

Sackett, D., L., Rosenberg, W., M., C., Gray, J., A., M., Haynes, R., B., & Richardson, W., S. (2011). *Evidence based medicine. What it is and what it isn't*. [15.07.2011, BMJ, <http://www.bmj.com/content/312/7023/71.long>].

Vanhaeren, E., Soete, E., Levêque, F., Arickx, F., Mortier, M., Pierlet, M., Van Wilder, P., & Bormans, V. (2008). *M.O.R.S.E. semesterieel rapport 2008* (2). [01.04.2011, Dienst voor Geneeskundige Verzorging: <http://www.RIZIV.be/drug/nl/statistics-scientific-information/report/index.htm>].

Vanhaeren, E., Soete, E., Levêque, F., Arickx, F., Mortier, M., Pierlet, M., Van Wilder, P., & Bormans, V. (2008). *M.O.R.S.E. semesterieel rapport 2008* (1). [01.04.2011, Dienst voor

geneeskundige Verzorging: <http://www.RIZIV.be/drug/nl/statistics-scientific-information/report/index.htm>].

Farma-industrie tegen voorstel Stevaert goedkope geneesmiddelen-update (29.11.2004). *Tijdnet*.

Vandaag.be (2011). *Bijbaantjes als bestuurderleveren Dehaene 250.000 euro op*. [20.07.2011, Vandaag.be, [http://www.vandaag.be/binnenland/34847\\_bijbaantjes-als-bestuurder-leveren-dehaene-250000-euro-op.html](http://www.vandaag.be/binnenland/34847_bijbaantjes-als-bestuurder-leveren-dehaene-250000-euro-op.html)].

Vandenbroucke (2011). *Nieuwe medicamenten voor reumatoïde artritis weldra terugbetaald*. [21.07.2011, Vandenbroucke, <http://www.medinet.be/shownews.asp?ID=1167>].

VBO (2011). *Het VBO, woordvoerder van de ondernemingen in België*. [22.03.2011, VBO: [http://vbo-feb.be/het\\_vbo/](http://vbo-feb.be/het_vbo/)].

Voorstanders kiwi-model overhandigen petitie (21.12.2005). *De Standaard online*.

Voka (2011). *Over Voka. Wat is Voka?* [21.07.2011, Voka, <http://www.voka.be/startpagina/about/Pages/default.aspx>].

Wikipedia (2011). *Medicare (United-States)*. [13.07.2011, Wikipedia, [http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare\\_%28United\\_States%29](http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_%28United_States%29)].

Wikipedia (2011). *Lijst van Belgische nationale regeringen*. [20.07.2011, Wikipedia, [http://nl.wikipedia.org/wiki/Lijst\\_van\\_Belgische\\_nationale\\_regeringen](http://nl.wikipedia.org/wiki/Lijst_van_Belgische_nationale_regeringen)].

## Boeken

Angell, M. D. (2005). *The Thruth About the Drug Companies. How they deceive us and what to do about it*. New York: Random House.

Avalosse, H., Vancorenland, S., Mertens, R., & Boly, J. (2009). *Chronisch zieken in België: impact op de financiële situatie van de huishoudens*. Leefdaal: Christelijke Mutualiteit.



Avalosse, H., Cornelis, K., Crommelynck, A., Hannes, P., Léonard, C., Lienard, D., Mertens, R., Vancorenland, S., & Verniest, R. (2006). *De evolutie van de uitgaven voor de gezondheidszorg in België. Een dynamisch evenwicht tussen de beheersing van de openbare uitgaven en de financiële bescherming van de patiënt*. Leefdaal: Christelijke Mutualiteit.

Billiet, J., & Waege, H. (2006). *Een samenleving onderzocht. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Antwerpen: De Boeck.

Blank, R., H., & Burau, V. (2010). *Comparative Health Policy*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

Bryman, A., & Buchanan, D. (2009). *The Sage Handbook of Organizational Research Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Callens, S., & Peers, J. (2008). *Organisatie van de gezondheidszorg*. Antwerpen: Intersentia.

Douma, S., & Schreuder, H. (1998). *Economic Approaches to Organizations*. Londen: Prentice Hall.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Dewachter, W. (2001). *De mythe van de parlementaire democratie. Een Belgische analyse*. Leuven: Acco.

De Leus, K., & Huybrechts, P. (2007). *Naar Grijsland. Uitvaart van onze welvaart*. Brussel: Roularta.

Given, L. (2008). *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Howlett, M., & Ramesh, M. (2003). *Studying Public Policy. Policy Cycles and policy Subsystems*. New York: Oxford.

King, G, Keohane, R., O., & verba, S. (1994). *Designing Social Inquiry. Scientific Inference in Qualitative Research*. New Jersey: Princeton University Press.

McNabb, D. (2004). *Research Methods for Political Science*. New York: M.E. Sharpe.

Naert, F. (1992). *De uitgeperste democratie. Lobby's in actie*. Leuven: Davidsfonds.

Norton, P. (1992). *Introduction: Putting pressure on parliaments. Parliaments and pressure groups in Western Europe*. Londen: Frank Cass Publishers.

Remans, J. (2003). *De hemel op aarde? Over de betaalbaarheid van gezondheidszorgen in België*. Leuven: Acco.

Schepers, R. (2007). *Ziekte en Zorg. Inleiding in de medische sociologie*. Leuven: Acco.

Simoens, D. (2007). *Socialezekerheidsrecht*. Leuven: Acco.

Vanderleyden, L., Callens, M., & Noppe, J. (2009). *De sociale staat van Vlaanderen 2009*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.

Van Duppen, D. (2004). *De cholesterooloorlog. Waarom geneesmiddelen zo duur zijn*. Berchem: EPO.

Van Mil, P., J., J., & Van Mierlo, J., G., A. (1988). *Pressiegroepen in de Nederlandse politiek. Belangengroepen en de uitoefening van politieke pressie*. Epe: Hooiberg.

Wengraf, T. (2001). *Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2008). *Gezondheidsenquête in België door interview. Belangrijkste resultaten. Gezondheid en Samenleving*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2008). *Gezondheidsenquête in België door interview. Belangrijkste resultaten. Sociaal-Economische Ongelijkheden in Gezondheid*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

## Artikels in tijdschriften

Beyers, J. (2008). Policy Issues, organizational Format and the Political Strategies of Interest Organisations. *West European Politics*, 31 (6), pp. 1188-1212.

Beyers, J., Eising, R., & Malony, W. (2008). Researching Interest Group Politics in Europe and Elsewhere: Much We Study, Little We Know? *West European Politics*, 31 (6), pp. 1103-1129.

Byl, R. (03.02.2005). Medicijnmakers gekant tegen verdere prijsdaling. *Trends*, p. 20.

Byl, R. (18.05.2006). De kiwi van Demotte is te licht. *Trends*, p. 108.

Byl, R. (22.12.2005). Kiwimodel: ideale weg naar goedkopere geneesmiddelen of doodgraver van jobs en onderzoek? *Trends*, p. 16.

Byl, R. (24.03.2005). 'De nieuwe gezondheidswet zal niet werken'. *Trends*, p. 16.

Byl, R. (02.12.2004). Vlaanderen gebruikt nu al veiligheidsysteem voor vaccins. *Trends*, p. 20.

Byl, R. (31.03.2005). Generische geneesmiddelen slachtoffer van gezondheidswet. *Trends*, p. 16.

Cochez, T. (01.07.2009). Nieuwe hoop voor het kiwimodel. *Knack*, p. 26.

Coen, D. (2008). Empirical and theoretical studies in EU lobbying. *Journal of European Public Policy*, 14 (3), pp.333-346.

Dür, A. (2008). Interest Groups in the European Union: How Powerful Are They? *West European Politics*, 31 (6), pp. 1212-1231.

Huysmans, L. (06.07.2006). Vertrouwelijk. *Trends*, p. 13.

Lauwers, B. (29.05.2008). Iedereen samen een week op water en brood. *Trends*, p. 96.

Mampuy, J. (12.08.2009). Kiwimodel als alternatief voor besparingen. *Knack*, p. 95.

Martens, P. (17.11.2004). Het is gedaan met oeverloos overleggen. *Knack*, p. 31.

Martens, P. (30.03.2005). De kiwi is mini. Nog voor ze is goedgekeurd, wordt de nieuwe gezondheidswet al vakkundig uitgehold. *Knack*, p. 29.

Peuterman, A. (13.04.2005). Het maagzuur van de factuur. *Knack*, p. 100.

Princen, S., & Kerremans, B. (2008). Opportunity Structures in the EU Multi-level System. *West European Politics*, 31 (6), pp. 1129-1147.

Van Duppen (2010). Recht op gezondheids. *Vlaams marxistisch Tijdschrift*, 44 (3), pp. 13-18.

Van Duppen, D., Hutsebaut, L., & Coeckelbergh, D. (2005). Het kiwi-model voor geneesmiddelen. Van ver daaronder tot hier bij ons: over 1,5 miljard euro jaarlijkse financiering voor sociale projecten zonder reële inlevering door patiënt op Belgisch geneesmiddelenbeleid. *GMG, 2005 (5)*, pp. 4-20.

## Onuitgegeven bronnen

Devillé, A., Jaspaert, E., & Swyngedouw, M. (2007). *Inferentie via kwalitatief onderzoek. Methode en analyse*. Leuven: Centrum voor Sociologisch Onderzoek.

Slegers, P., & Van Kruchten, I. (2009). *Analyse juridique du système KIWI. Rapport préliminaire*. Brussel: CMS DeBacker.

Peeters, N. (2007). *Is er een middel om de geneesmiddelensector in België te genezen?* Antwerpen: Universiteit Antwerpen. Faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen.

Op gezondheid mag je niet rantsoeneren (10.06.2010). Archief Marleen Temmerman.

Temmerman, M., & Crombez, J. *Sp.a kiest voor de betere versie van de 'kiwi': het prijsmargemodel*. Archief Temmerman.

Farmanet (2011). *Statines 2006-2010*.

Bijlage 1. Farmanet (2011). *Statines 2006-2010*.

<b>Jaar</b>	<b>Werkzaam bestanddeel</b>	<b>RIZIV-uitgaven (in EUR)</b>	<b>Remgeld (in EUR)</b>	<b>Verbruik in DDD (Defined Daily Dose)</b>
2006	SIMVASTATINE	43.234.613	12.494.156	109.688.730
2006	PRAVASTATINE	15.687.102	4.352.019	36.348.623
2006	FLUVASTATINE	3.847.551	1.104.626	6.876.342
2006	ATORVASTATINE	80.613.313	16.694.114	73.383.835
2006	ROSUVASTATINE	22.160.752	5.809.071	33.923.959
2007	SIMVASTATINE	47.687.925	13.761.264	125.088.923
2007	PRAVASTATINE	15.046.836	4.230.875	36.864.137
2007	FLUVASTATINE	3.752.450	1.075.280	6.717.380
2007	ATORVASTATINE	85.591.673	17.672.264	79.114.733
2007	ROSUVASTATINE	30.352.684	7.940.629	46.690.376
2008	SIMVASTATINE	33.244.312	9.590.883	146.457.709
2008	PRAVASTATINE	15.087.751	4.070.893	38.003.008
2008	FLUVASTATINE	3.813.570	970.710	6.676.161
2008	ATORVASTATINE	99.270.676	17.362.514	90.916.853
2008	ROSUVASTATINE	43.529.225	9.826.518	65.511.392
2009	SIMVASTATINE	35.395.650	10.202.158	160.341.730
2009	PRAVASTATINE	14.045.641	3.736.750	37.694.699
2009	FLUVASTATINE	3.308.612	735.791	6.083.073
2009	ATORVASTATINE	107.785.757	14.333.017	97.085.440
2009	ROSUVASTATINE	56.259.188	9.800.381	81.874.652
2010*	SIMVASTATINE	33.566.478	10.286.907	169.614.279
2010*	PRAVASTATINE	12.234.362	3.547.392	36.745.536
2010*	FLUVASTATINE	2.823.493	588.203	5.712.761
2010*	ATORVASTATINE	113.900.640	12.462.465	102.877.982
2010*	ROSUVASTATINE	66.668.858	9.632.580	96.057.746

Bijlage 2. RIZIV-uitgaven per DDD voor de cholesterolverlagers.

cholesterolverlager	jaar	verbruik in DDD's	RIZIV-uitgaven in euro	RIZIV-uitgaven per DDD
Simvastatine	2007	125088923	47687925	0,381232198
	2008	146457709	33244312	0,226989158
Rosuvastatine en Atorvastatine	2007	125805109	115944357	0,921618827
	2008	156428245	142799901	0,912877984

Bijlage 3. Toegenomen verbruik in de periode 2007-2008 voor enkele cholesterolverlagers.

<b>Cholesterol- verlager</b>	<b>jaar</b>	<b>verbruik in DDD</b>	<b>Toename verbruik in de periode 2007-2008</b>
simvastatine	2007	125.088.923	1,170828759
atorvastatine	2007	79.114.733	1,149177278
rosuvastatine	2007	46.690.376	1,403102669
alle <sup>59</sup>	2007	294,475,549	1,180285167
simvastatine	2008	146.457.709	
atorvastatine	2008	90.916.853	
rosuvastatine	2008	65.511.392	
alle <sup>60</sup>	2.008	347,565,123	

---

<sup>59</sup> Alle: simvastatine, atorvastatine, rosuvastatine en ook fluvastatine en pravastatine.

<sup>60</sup> Alle: simvastatine, atorvastatine, rosuvastatine en ook fluvastatine en pravastatine.

Bijlage 4. Toegenomen verbruik in de periode 2008-2009 voor enkele cholesterolverlagers.

<b>Cholesterol- verlager</b>	<b>jaar</b>	<b>verbruik in DDD</b>	<b>Toename verbruik in de periode 2008-2009</b>
simvastatine	2008	146.457.709	1,094799
atorvastatine	2008	90.916.853	1,067849
rosuvastatine	2008	65.511.392	1,249777
alle (ook fluvastatine en pravastatine)	2008	347,565,123	1,102181
simvastatine	2009	160.341.730	
atorvastatine	2009	97.085.440	
rosuvastatine	2009	81.874.652	
alle (ook fluvastatine en pravastatine)	2.009	383,079,594	



Bijlage 5. Interview met Marleen Temmerman op dinsdag 5 juli 2011.

In het federaal parlement te Brussel.

Jasper (J): Welke voor-en nadelen kent het Nieuw-Zeelandse systeem volgens u?

Temmerman (T): Heb je deze artikels gelezen? (toont artikels over het plafondprijsmodel van de sp.a).

J:Normaal gezien wel.

T: Voor mij gaat het niet om de naam. Het belangrijkste is dat men competitie creëert op het vlak van medicamenten en dat men vervolgens de beste prijs kiest. Niet alles moet vrij zijn en de firma moet niet zelf de prijszetting ten allen tijde kunnen bepalen. Volgens het kiwimodel hoort de overheid zelf een openbare aanbesteding te organiseren om vervolgens het goedkoopste medicament te kiezen. Dat heeft voor- en nadelen voor firma's en andere instanties. Het belangrijkste voordeel is dat je prijs-kwaliteit het beste product krijgt. Ik denk dat er echter ook nadelen aan verbonden zijn. Je zou zo immers kunnen komen tot een soort monopoliepositie van het product dat de aanbesteding wint, terwijl het slechts een miniem prijsverschil heeft ten aanzien van een ander evenwaardig product (dat dan bijna geen enkel marktaandeel zal verwerven). Dat is dan ook niet bevorderlijk voor verdere evolutie en onderzoek in de farmaceutische industrie. Wij pleiten om voor een bepaald product naar de gemiddelde prijs in Europa te kijken en vervolgens een soort range ('bereik') te maken. Elke firma die een bod doet dat tussen die bepaalde range ligt, zal worden terugbetaald. Door deze soort vork, of plafondprijs weten firma's dat wanneer hun prijs onder het maximumbedrag ligt, ze ook kunnen meedingen op de markt.

J: Volgens Van Duppen zijn de prijzen in heel Europa veel te hoog en zou wanneer men de gemiddelde Europese prijs neemt, dit bedrag nog steeds veel te hoog zijn.

T: We zijn hier over algemene principes bezig. Men zou bijvoorbeeld ook de prijzen wereldwijd kunnen vergelijken. Dan krijg je wel problemen doordat de prijzen in sommige landen lager zijn omdat die geneesmiddelen sterk gesubsidieerd worden, waardoor je al die prijzen niet correct met elkaar kunt vergelijken. We zouden wel bijvoorbeeld kunnen kijken naar de prijszetting in Amerika, Europa, Australië of zelfs China en Brazilië. Je mag daar niet star in zijn omdat bepaalde landen sterk evolueren en in staat zijn om goedkopere producten op de markt te zetten. In plaats van enkel het goedkoopste product terug te betalen, lijkt het beter alle kwalitatief evenwaardige producten van firma's die binnen een bepaalde range liggen, terug te betalen.

J: Is het voornaamste voordeel van het plafondprijsmodel, ten aanzien van het kiwimodel, dat het meerdere geneesmiddelen toelaat?

T: Ja

J: Voorstanders van het kiwimodel zouden zeggen dat het zo enkele voordelen van het kiwimodel niet meeneemt, zoals dat reclame (grotendeels) zou verdwijnen onder het kiwimodel?

T: Er zijn voor- en nadelen aan elk model. De kosten voor lobbyen zullen ook enorm groot zijn als je maar 1 product overhoudt. Het nadeel van slechts een product terug te betalen is dat wanneer het goedkoopste product bij wijze van spreken één eurocentiem goedkoper is dan een ander, dit product de hele markt krijgt en dat ander product niets. Dat is niet eerlijk. Je creëert zo monopolieposities die jaren vastliggen. Men zou ook die contracten bijvoorbeeld kunnen herzien. Mij lijkt het meer gedragen en een grotere basis te hebben als je met een aantal firma's kunt werken.

J: Zou u die twee principes dan niet kunnen combineren? Bijvoorbeeld een openbare aanbesteding volgens het kiwimodel organiseren, het goedkoopste product selecteren, en vervolgens andere producenten toe te laten hun prijs te laten dalen tot exact hetzelfde bedrag als het goedkoopste product. Zodat ze dan gelijk worden gesteld en een evengrote afzetmarkt hebben.

T: Dat kun je ook doen. Ik vind dat eigenlijk een detail. Dat vind ik eigenlijk niet zo'n punt. Het lijkt me niet aangewezen slechts een firma te selecteren. Het lijkt beter een bepaalde range aan te duiden. Ik denk dat gezondheidseconomen dat kunnen bestuderen. Wij hebben heel veel geleerd uit de HIV-AIDS wereld. Ik werkte jaren geleden in Kenia en was ervan overtuigd dat men nooit AIDS-remmers op de markt zou kunnen brengen omdat die zo duur zijn. Ik vond het een onmogelijke strijd. Toen heb ik mij aangesloten bij een groep van de Wereld gezondheidsorganisatie en ons motto was three by five. Het doel was om in het jaar 2005 (het was toen in 2002) drie miljoen mensen van AIDS-remmers te voorzien. Hoe deden we dat? Door te onderhandelen met firma's over prijs-volume afspraken. We lieten weten dat als de prijs onder een bepaald bedrag kon gaan, en dat was niet van 19,5 moet het zijn en 19,8 is niet goed, dat we kunnen praten. Op die manier werden enorme prijsdalingen bewerkstelligt. In het jaar 2005 stonden geen drie miljoen mensen op AIDS-remmers, maar toch al 300.000. De weg was gelegd. Vervolgens hebben we verder onderhandeld. Als men heel scherp is en dus enkel één product toelaat zullen firma's veel vaker vindingrijk zijn om hun product net iets anders te maken, een net een iets andere toepassing of een heel klein detail te veranderen, zodanig dat ze met een ander product op de markt komen. Artsen zullen dat nieuwe product toch voorschrijven. De contraceptiepil ken ik het beste. In die wereld heeft men een enorm gamma van keuzes. Je hebt er me-too's die juist hetzelfde zijn als reeds bestaande producten. Bijvoorbeeld Diana is precies hetzelfde als Dafne. Het is gewoon een andere firma. Ze hebben precies dezelfde samenstelling. En dan kan je gaan kijken van wat is het goedkoopste van al die producten. In onze dienst schrijven wij producten voor die de goedkoopste zijn. Maar wanneer het prijsverschil minimaal is zoals als het ene product

19,8 kost en het andere 19,7, dan wordt er geen verschil gemaakt. Dan schrijven we binnen een bepaalde prijsrange enkele pillen voor. Dit lijkt beter aangezien geregeld nieuwe producten op de markt komen met een molecule die een klein beetje verschillend is van de reeds bestaande. Dan is er weer een nieuwe pil, en dan moeten we weer onderhandelen. Ik denk dat het beter is om wat meer ruimte toe te laten om competitief te zijn, door aan een vork vast te houden.

J: Van Duppen zou zeggen dat zo'n nieuwe pil ongeveer exact hetzelfde is maar een andere molecule of een ander draaiend isomeer heeft. Die zou zo'n pil ook in die aanbestedingsprocedure opnemen...

T: Ja, natuurlijk. Ik ben niet tegen het kiwimodel. Ik ben daar voor, maar ik denk dat er modificaties mogelijk zijn die even goed zijn. Eigenlijk vind ik het verloren tijd om te discussiëren over moet het nu kiwi dit zijn of kiwi met twee of drie producten. Ik ken Van Duppen uiteraard en ik sta volledig achter de strijd die hij gevoerd heeft, en wat hij al gerealiseerd heeft. Ook het boek 'De Cholesteroloorlog' vind ik schitterend. Maar het is een visie zoals er vele mogelijk zijn. Het gaat niet om wie gelijk heeft. Ik denk dat het concept van de openbare aanbesteding goed is. Of men na een openbare aanbesteding slechts tot één terugbetaald product komt, het allergeodkoopste, of men binnen een bepaalde range meerdere producten terugbetaalt...eigenlijk vind ik dat het debat niet waard.

J: Dus het plafondprijsmodel dat doet ook wel degelijk een openbare aanbesteding en daarna kiest het een range waarin meerdere geneesmiddelen zitten?

T: Ja. Als ik minister van Volksgezondheid zou zijn en de keuze zou hebben om twee geneesmiddelen die dezelfde prijs hebben te aanvaarden, zou ik dat niet erg vinden. Dan zijn er immers ook twee firma's die aan het werk kunnen blijven. Dan gaat er ook niet één met de hele markt lopen.

J: Mogen voor u ook geneesmiddelen die onder patent liggen in zo'n aanbesteding opgenomen worden?

T: Ik denk dat je de patentenmarkt voor een stukje moet herzien. Als het aan mij lag wel. Maar mensen nemen natuurlijk een patent om beschermd te zijn voor een bepaalde gemaakte investering. Het is belangrijk om de investeringen die de farmaceutische industrie doet in de ontwikkeling naar nieuwe medicamenten, te behouden. Aan de andere kant geven veel firma's meer uit aan reclame en PR dan aan O&O. Ik denk dat een situatie waar je geen patent krijgt voor een molecule waar jarenlang naar werd gezocht, niet houdbaar is. Maar ik denk dat er uitzonderingen moeten kunnen zijn en dat het inkorten van een patentenperiode of het onderhandelen over een patentenperiode mogelijk moet zijn.

J: Denkt u dat het kiwimodel de tewerkstelling , of O&O, of innovatie in gedrang zou brengen?

T: Neen. Met het oog hierop willen wij eerder een range toelaten en niet slechts één product selecteren. Ik denk dat er nog altijd voldoende plaats zal zijn voor O&O, ook op gebied van medicatie. Maar ik zou een gezonde competitie toelaten. Want wanneer slechts één product terugbetaald wordt, kunnen de andere producten het wel vergeten.

J: Begin 2005 wou Vande Lanotte, toenmalig begrotingsminister de farma-industrie onder druk zetten. Nieuwe geneesmiddelen zouden niet meer terugbetaald worden zolang de ouderen niet meer goedkoper zouden worden. Volgens sommige comentatoren heeft Vande Lanotte dat echter niet lang volgehouden. Waarom heeft hij dat zo snel opgegeven?

T: Geen idee. Dat zou je eens aan hem moeten vragen. Ik weet wel dat de geneeskundesector en de geneesmiddelenindustrie een heel machtige lobby is, waar veel artsen de vrijheid willen om zelf te kiezen wat ze voorschrijven. Als er nieuwe producten komen wil men dat ze allen ontwikkeld worden en vervolgens terugbetaald. Persoonlijk vind ik dat niet zo goed. Ik denk dat het beter zou zijn mocht de overheid dat proces veel meer sturen. Ik vind dat een nieuw product onmiddellijk moet terugbetaald worden áls het veel beter is dan andere reeds bestaande middelen. Zeker, maar niet alleen op het

vlak van kanker heb je een evolutie die nogal vlug gaat. Wanneer dat gaat over dure producten zou de overheid met de firma's moeten onderhandelen over prijs-volume afspraken. Maar ik was toen helemaal niet politiek actief en weet helemaal niet welke mechanismen gespeeld hebben en hoe lang Vande Lanotte dat volgehouden heeft.

J: Welke zijn de struikelblokken die de invoering van het oorspronkelijke model zoals dat ooit voorgesteld werd door Steve Stevaert, verhinderd hebben?

T: Ik denk dat vooral de mentaliteit bij de artsen, de gezondheidsverstrekkers en de patiënten een rol heeft gespeeld. Ze willen volledige vrijheid van voorschrift.

J: Van Duppen zou zeggen dat u nog steeds alles mag voorschrijven en dat iedereen nog steeds alles mag aankopen.

T: Natuurlijk. Maar het is zoveel duurder. Nu kopen veel meisjes een dure pil, terwijl er goedkopere en precies dezelfde pillen op de markt verkrijgbaar zijn. Vaak zijn ze niet een op de hoogte dat er goedkopere en evenwaardige pillen verkrijgbaar zijn. Dit is het gevolg van het feit dat die duurdere pillen veel meer reclame maken. Ik vind dat het de taak is van de overheid om de mensen voor te lichten en de keuze te laten tussen enkele pillen. Wil men meer uitgeven, dan moet dit maar op eigen kosten.

J: Dus het argument dat de consumenten of de klanten daar tegen zouden zijn, dat vind u dan niet echt een argument, aangezien u vindt dat de overheid daar toch nog meer in mag sturen?

T: Ik vind dat de overheid meer moet sturen. En dat de mensen de keuze moeten kunnen hebben, als ze goed voorgelicht zijn, en niet als ze misleid zijn door allerlei mogelijke reclame. Vaak wordt men ingelicht met niet wetenschappelijke argumenten, maar op basis van argumenten die goed ondersteund zijn door de firma: je vermagert er bijvoorbeeld van. Als zijn veel mensen bereid om veel meer te betalen voor zo'n pillen. Als er inderdaad een pil zou zijn die een

duidelijk verschil maakt op gebied van gezondheid, subjectief of objectief, dan zou de overheid moeten onderhandelen met de firma's en ervoor zorgen dat die pil voor iedereen betaalbaar is. Maar zo werkt dat niet. De artsenvertegenwoordigers en de publiciteit beïnvloeden de artsen. Heel veel artsen schrijven voor wat de laatste vertegenwoordiger aanbracht, of wat je net gekregen hebt. Patiënten denken bijgevolg dat dat de beste producten zijn en gaan die dan ook weer vragen. Dat is de vicieuze cirkel. Ik denk dat de overheid dat ten eerste veel meer moet sturen.

J: U zegt dan dat u meerdere geneesmiddelen moet toelaten binnen dat plafondprijsmodel. Zijn die geneesmiddelen dan wel nog steeds exact hetzelfde volgens u?

T: Dat is niet per se het geval.

J: Dezelfde therapeutische werking?

T: Ja.

J: Ik begrijp niet goed waarom men een duurder product zou kiezen als men bijvoorbeeld drie keuzes heeft. Al is het maar 1 euro duurder. Het argument van de concurrentie begrijp ik wel. Maar kan je die bedrijven dan niet proberen te verplichten om hun product ook aan de goedkoopste prijs te verkopen. Dat je nog steeds drie producenten hebt, maar tegen die allergeedkoopste prijs?

T: Ja, theoretisch wel. En je zou dat voor een aantal dingen wel kunnen. Ik begrijp niet goed waarom dat u daar steeds weer op terug komt. Het vaccin voor HPV wordt bijvoorbeeld door twee firma's op de markt gebracht. Het ene vaccin beschermt tegen twee types HPV, het andere tegen vier. Ze zijn dus niet exact hetzelfde, ondanks dat het beiden vaccins tegen de kankerverwekkende HPV's zijn. We weten momenteel nog niet of het een voordeel heeft om voor die andere twee types ook te vaccineren. Is dat momenteel, in de huidige stand van de wetenschap, een motivering om het ene te nemen en het andere niet? Als het ene nu een eurocent goedkoper is of duurder is, dan zou ik zeggen neen. Als een andere minister beslist om enkel het

allergoedkoopste terug te betalen, dan is dat ook goed voor mij. Ik ben niet zo dogmatisch om altijd slechts het ene, allergoedkoopste terug te betalen. Als men bijvoorbeeld een offerte-aanvraag organiseert en de firma's hebben een bijna gelijkmatige offerte, dan kan je vragen aan de duurdere offertes om te dalen tot de goedkoopste offerte. Waarschijnlijk zullen die bedrijven hier dan mee akkoord gaan (afhankelijk van welk volume dat het is). Maar ik heb al veel offertes gezien waarbij er kleine, minimale verschillen zijn tussen de producten. Ik vind het dan ook een beetje te simplistisch om altijd slechts één product te selecteren. Waarom men altijd met 1 product moet eindigen is voor mij niet duidelijk.

J: Als die producten dezelfde werking hebben, dan zie ik als leek geen reden om niet het goedkoopste te kiezen. Ik zie het probleem niet zolang die producten dezelfde werking hebben. De pil is natuurlijk een speciaal geval, net zoals het baarmoederhalsvaccin. Maar voor cholesterolremmers of paracetamol zie ik daar bijvoorbeeld niet echt een groot verschil in.

T: Volgens mij is het aangewezen een vork toe te laten en zo te streven naar het goedkoopste. Als er prijzen heel dicht bij elkaar zitten, en een firma heeft echt een goede reden waarom hun product net iets duurder is, dan kan je dit toelaten. Als bij een bedrijf bijvoorbeeld het service contract iets groter is omdat die van verder moeten komen, zou je een hogere prijs kunnen toelaten. Het is niet altijd zo simpel. Er zijn dikwijls andere argumenten die meespelen. Als duidelijk één product beter en goedkoper is, dan neem je uiteraard enkel dat product. Het plafondprijmodel sluit niet uit dat je er één neemt, maar het zet de deur een klein beetje open naar een vork. Door meer producten (mogelijk) toe te laten krijg je betere prijs-volumeverhoudingen, zonder uw budget daarbij te belasten. Ik heb evenveel respect voor Dirk zijn model. Het is een variante daarop he.

J: Is Demotte te snel willen gaan bij de uitvoering van het kiwimodel, wat nadien dan het kiwilightmodel is gaan heten? Want het model is toch heel anders uitgevoerd dan het ooit door Steve Stevaert werd voorgesteld of niet?



T: De basis om tot zo'n model te komen is een sterke federale overheid, met een minister van Volksgezondheid die kan en wil tussenkomen en zodus de strijd aan te gaan met verschillende groepen, de artsenwereld en de farma-industrie om zo een ompromis te pogen bereiken. Laurette Onkelinx doet dat voor een stuk. Heel veel excellenties en heel veel ministers hebben hun nek daar al op gebroken en dat is het probleem. Je hebt de farmaceutische lobby. Je hebt de artsen, je hebt ook de patiënten die zich gemakkelijk laten...

J: Maar het model is toch heel anders uitgevoerd door Demotte dan dat het door Stevaert is voorgesteld. Want Stevaert zei, net zoals Van Duppen, dat één product zal terugbetaald worden. Hij heeft dat eigenlijk heel simplistisch voorgesteld, Steve Stevaert, in de media gebracht. Nadien heeft Demotte dan gezorgd dat de producten onder patent er niet onder zouden vallen. Het is toch heel anders uitgevoerd, dan dat het door Stevaert is voorgesteld of niet?

T: Ja, natuurlijk.

J: Wat zijn de problemen, waarom heeft Demotte volgens u die aanpassingen gemaakt? Is dat juist de belangen verzoenen van alle belangengroepen?

T: Natuurlijk. Ik denk dat het niet mogelijk was op dat ogenblik om slechts één product terug te betalen. Ik denk ook niet dat het nu wel al mogelijk zou zijn.

J: Velen zeggen dat Demotte is gezwicht voor de farma-industrie. Wat denkt u daarvan?

T: Ik weet dat niet. Ik was niet bij de onderhandelingen aanwezig. Ik weet niet of dat hij gezwicht is voor de farma-industrie. Ik denk dat Demotte zijn best gedaan heeft. Heb jij al een iemand gezien die het wel gerealiseerd heeft?

J: Dat zeg ik niet, ik zeg niet dat het gemakkelijk is natuurlijk.

T: Neen. Ik bedoel in andere landen hier in de buurt.

J: Volgens Van Duppen zijn ze daar in Nederland en in Duitsland mee bezig.

T: Dat komt omdat in Nederland de aanpak van de gezondheidszorg centraal geleid wordt. En dat is dan altijd maar weer mijn punt. België is vrijheid blijheid. En dat is dat op het vlak van medicamenten, maar ook op het vlak van structuur. Moest men de gezondheidszorg in België echt rationeel organiseren, dan zou men enorm veel besparen. Niet alleen op gebied van medicatie. Het is immers niet logisch dat bijvoorbeeld een bepaalde patiënt in Veurne met een bepaald probleem naar een specialist in Leuven gestuurd wordt. In Nederland, werkt men als arts die in de buurt van Rotterdam gevestigd is, met de ziekenhuizen in Rotterdam. Dat is een eerste zaak. Zo is het bijvoorbeeld ook mogelijk bij ons om zomaar naar een, twee, drie, ... specialisten te gaan. Zo worden enorm veel onnodige kosten gemaakt. In geen enkel land in de wereld worden er bijvoorbeeld proportioneel gezien meer uitstrijkjes genomen voor de opsporing van baarmoederhalskanker dan in België. Volgens de richtlijnen van Volksgezondheid moet je dat een keer om de drie jaar doen. In Nederland is dat 1 keer om de 3 jaar. In Duitsland is dat 1 keer om de 3 jaar. In België is dat een keer om de zes maand, een keer om het jaar. Dat is een totale verspilling van fondsen. De minister heeft nu beslist om het niet meer terug te betalen. Het gevolg is dat iedereen in het gareel loopt. Iedereen gaat nu om de 2 jaar. Stillekesaan zijn patiënt, én zorgverstrekker richting een centraalgestuurd beleid aan het evolueren. En dat is niet alleen zo op gebied van geneesmiddelen. Een probleem is dat de mentaliteit van de artsen, de farma-industrie en de patiënt in België gericht is op vrijheid van voorschrift.

J: U zegt dus dat als de overheid een rationeler, centraalgestuurd beleid voert, de patiënt dan wel zal volgen, als hij of zij het zelf moet betalen?

T: Voor een deel. De artsen en de artsenlobbies zijn het meeste verantwoordelijk, samen met de farma-industrie. Maar ook de patiënt. In Nederland is het de normaalste zaak van de wereld om mensen te verplichten zich in te schrijven bij een huisarts. Wij

hebben allemaal een mutualiteit, maar wij willen ons niet inschrijven bij een huisarts in België. Dus die vrijheid, blijheid verbeterd, maar lijkt diep geworteld bij de Belgen.

J: Dat is dan door een initiatief zoals het Globaal Medisch Dossier in die richting gestuurd neem ik aan?

T: Ja. GMD gaat in de goede richting maar zou gewoon opgelegd moeten worden. Dat zou verplicht moeten worden omdat nu een huisarts bijvoorbeeld niet verantwoordelijk gesteld kan worden. Als iedereen zich verplicht moet inschrijven bij een huisdokter, dan zou je de huisdokter verantwoordelijk kunnen maken voor de medicatie, voor de screening. En dan zou je veel gemakkelijker richtlijnen kunnen opleggen aan artsen, zoals in Nederland het geval is. Ik ben zeer sterk voor een sterk centraalgestuurd systeem.

J: Vind u de aanpassingen die gemaakt werden aan het kiwimodel goed, door Demotte?

T: Goed en niet goed. Ze zijn een poging geweest tot. Ik denk dat Demotte degene is die er het verst in gegaan is.

J: Hij heeft het kiwilightmodel ingevoerd. Met die aanpassingen dus. Maar uit het Morse-rapport van het RIZIV blijkt eigenlijk dat die kiwilightprocedure niet heeft gewerkt omdat er geen besparingen werden gerealiseerd. Men zou minder hebben uitgegeven voor Zocor, maar meer voor Crestor en Lipitor. Dus in totaal zouden we meer hebben uitgegeven. Toont dat aan dat het model niet heeft gewerkt zoals hij dat heeft doorgevoerd?

T: Ja. Dat stemt overeen met wat ik net zeg. Volgens mij kan zo'n systeem enkel werken als de overheid centraal werkt. Ik hoop dat met de nieuwe nota van Di Rupo en met de besparingen die men in de gezondheidszorg wil realiseren, en er kan nog heel wat bespaard worden, opnieuw het debat gaat openen over noem het kiwi, noem het kiwilight, noem het plafondprijs. Er moet terug een sturing komen van de overheid, ook naar de prijzen van medicamenten.

J: Dat was mijn laatste vraag, dus u denkt dat met de op til zijnde besparingsronde het model terug op de agenda zal komen?

T: Ik hoop het. Want men kan in de gezondheidszorg nog veel verbeteringen aanbrengen.

J: Ik lees net dat Di Rupo de 4.5 procent stijging naar 2 procent zal beperken. Dan zal er iets nodig zijn?

T: Dat is niet zo moeilijk. Ik kan direct enorm veel input geven. Er kan in de gezondheidszorg enorm veel bespaard worden. Op gebied van medicamenten, en ook op gebied van materiaal. Staar u niet blind op de medicamenten. De proportie implantaten en technologieën gaan binnenkort enorm toenemen. Maar geneesmiddelen blijft wel het duurste budget.

J: Maar het vreemde aan dat kiwilightmodel is dat het marktaandeel van Zocor eigenlijk niet is toegenomen. Dus Zocor had de procedure gewonnen, maar artsen blijken Zocor in verhouding, niet meer te hebben voorgeschreven dan Crestor en Lipitor. Hoe verklaart u dat?

T: Er is wel een kentering hoor, maar het duurt lang. Als het niet centraal opgelegd wordt, dan duurt dat lang. Tot twee jaar geleden zijn wij (in mijn dienst) blijven voorschrijven wat er in onze pen zat. Eigenlijk zonder weinig besef van de prijs. Het zijn de mutualiteiten de patiëntenverenigingen, de patiënten zelf, en uiteindelijk de overheid die de richtlijnen moeten vaststellen. Want het voorschrijfgedrag van artsen wordt voor een stukje bepaald door de kennis die ze in hun eerdere scholing opgedaan hebben en voor een stukje de nascholing. Maar wie organiseert die nascholing?

J: De industrie

T: De industrie. Wij proberen nu vanuit de universiteiten veel meer aan objectieve nascholing te doen. En er zijn ook heel goede initiatieven zoals bijvoorbeeld het groene boekje, het compendium. Daar worden continu nieuwe onderzoeken tegen het licht gehouden en aanvullingen gemaakt. Maar dat is minder aantrekkelijk dan de informatie die je krijgt vanuit de industrie.

J: Een eerste stap eigenlijk van het kiwimodel zoals Van Duppen dat heeft voorgesteld, is dat er een onafhankelijk overheidsorgaan komt dat dat een kosten-batenanalyse doet en dat de geneesmiddelen gaat bestuderen en gaat nagaan waarom welke wel en waarom welke niet in een aanbesteding mogen opgenomen worden. Is dat niet al een eerste stap. Gaat dat voorgesteld worden door de sp.a?

T: Natuurlijk. Dat zit in onze aanvraag. Binnen de overheid heb je bijvoorbeeld de FAG die dat perfect kunnen. Je moet zelfs niets nieuws oprichten. Er zijn voldoende organisaties die die nieuwe en oude medicamenten tegen de loep houden en criteria waaraan een medicament moet voldoen kunnen vaststellen. Dan kan men binnen een vork van medicamenten die goed bevonden zijn, een openbare aanbesteding organiseren en een bepaalde prijsrange vaststellen. En willen firma's duiken tot binnen die range, dan mogen die ook meedoen.

J: Zocor ging normaal gezien aan 75% worden terugbetaald en alle andere cholesterolverlagers aan 50%. Uiteindelijk heeft de minister besloten om ook die andere producten aan 75% terug te betalen. Waarom is dat zo?

T: Ik heb geen idee. Ik was niet op het kabinet van de minister toen. Dat was nog onder Demotte he?

J: Ja

T: Ik weet het niet. Ik weet dat dat gebeurd is en dat er heel veel advies gevraagd is van de FAG en van andere organisaties, maar op basis waarvan de minister dat besloten heeft, dat zou je hem eens moeten vragen.

J: Hoe verklaart u dat het kiwimodel al dan niet onder een andere naam -maar hetzelfde principe- een stille dood is gestorven. Het was immers zo veelbelovend door Steve Stevaert in de media gebracht. Het model zoals Van Duppen het heeft beschreven lijkt alleszins veel potentieel te bevatten, al dan niet met enkele aanpassingen.

T: De redenen die ik daarstraks al heb aangehaald he. Dat er heel machtige lobbies zijn: zowel de artsen als de farmaceutische industrie, als voor een stukje ook gedrag van patiënten. Die hangen allen het liberale concept van vrijheid van voorschrift aan. Wij willen dat bij de onderhandelingen opnieuw op de agenda krijgen en zodus opnieuw het principe van onderhandeling en openbare aanbesteding voor producten.

J: Ik heb ook Jacques Germeaux geïnterviewd van de VLD..En ik vroeg hem wat vind u van het argument dat de therapeutische vrijheid van de artsen zou beknot worden en hij vindt dat geen degelijk argument. Wat vind u daarvan want wanneer een onafhankelijk orgaan zou beslissen dat 1, 2, of 3 producten kwalitatief de beste keuze zijn, dan wordt inderdaad de therapeutische vrijheid wordt dan misschien wel beknot door die artsen, ze mogen dan niet meer alles voorschrijven, maar dan ten voordele van de patiënt, van de gemeenschap.

T: Dat is goed. Wij zijn heel hevige voorstanders daarvan. Wij vechten al jaren tegen die therapeutische vrijheid. Dus de therapeutische vrijheid van de arts moet wijken voor een centraalgeleid bestuur.

J: Maar dan is het argument wat u daarjuist aanhaalde, van de therapeutische vrijheid van de artsen en consumenten, dan is dat toch niet meer geldig, of toch heel wat minder, dan is dat toch aan heel wat kracht ontdaan. Als dat ten voordele is van de gemeenschap, als dat ten voordele is van de patiënten?

T: Ik haalde dat argument enkel aan als verklaring waarom het oorspronkelijke model aangepast werd volgens mij. Ik ben een van de hevige voorstanders voor een centraal geleid bestuur. Die therapeutische vrijheid van de arts, die moet wijken. Wij pleiten al jaren voor het afschaffen van die therapeutische vrijheid. Als het van mij afhangt is er geen therapeutische vrijheid. Je kan dat maar doen lukken als je de macht hebt vanuit een centraal ministerie om vaste regels te bepalen. Dus ik ben heel hevig tegen die therapeutische vrijheid.

J: Maar waarom houdt de minister daar dan rekening mee als hij een andere visie zou hebben, mocht Demotte dat hebben gehad. Waarom houdt die dan rekening mee met de artsen, of met de consumenten, als dat volgens experts niet klopt?

T: Ten eerst moet je dat aan de minister zelf vragen en ten tweede ben ik geen minister. Ik heb nooit moeten lobbyen of aan de tafel zitten. Volgens mij heeft dat iets te maken met de enorme therapeutische vrijheid die artsen in België hebben en met de enorme lobby van.. Ik praat dat niet goed. In tegendeel. Maar dat zijn de mechanismen waar we rekening mee moeten houden. De artsen hebben al gestaakt en het land platgelegd. Het is veel makkelijker om het te bestuderen, dan om aan de tafel te zitten en met die machtsgroepen te moeten werken. Dus de reden waarom het mislukt is, ligt volgens mij voornamelijk daar. De volgende minister van Volksgezondheid moet de mogelijkheid krijgen om dat manu militari in te voeren. Anders lukt dat nooit.

J: Van Duppen heeft veel kritiek dat de farmaceutische industrie aanwezig is in de CTG wanneer er gestemd wordt. Wat vind u daarvan?

T: Zij hebben geen stemrecht he?

J: Ze mogen gewoon toekijken. Maar Volgens Van Duppen zien ze, want het is met handopsteken, wie er voor en wie er tegen is en proberen ze die zo te bespelen. Jacques Germeaux heeft dat ook aangehaald.

T: Dat is wel een feit denk ik. Ik weet niet waarom dat ze daar aanwezig mogen zijn. In de parlementaire commissies zijn ze bijvoorbeeld ook altijd aanwezig. En ze proberen parlementairen te beïnvloeden. Ik weet niet of door hen uit te sluiten je minder invloed zal hebben.

J: Bedankt voor het interview.

## Bijlage 6. Interview met Dirk Van Duppen op 12 mei 2011.

In de huisartsenpraktijk van Geneeskunde voor het Volk in Deurne.

Jasper: Is het systeem van de openbare aanbesteding dat door u werd voorgesteld een exacte kopie van het Nieuw-Zeelandse systeem of heeft u aanpassingen gemaakt?

Van Duppen: Het is geïnspireerd op het Nieuw-Zeelandse systeem. Het kiwimodel bestaat uit drie zaken die ook in Nieuw Zeeland bestaan. Een eerste zaak is de wetenschappelijke behoeftenanalyse. Nu is de behoefte aan een bepaald product zelfs secundair voor de keuze om product op de markt te brengen. Een bedrijf doet een prijsvoorstel en vraagt een terugbetaling aan. Voor de behandeling van zo'n terugbetalingsaanvraag krijgt men denk ik 90 dagen. Tegen dan moet de CTG een advies formuleren en kan de minister dat advies al dan niet volgen. Het is economische zaken die de prijszetting in overleg met sociale zaken bepaalt. Dat is een aanbodsgestuurd beleid. Het kiwimodel is het omgekeerde. Dat vertrekt vanuit de behoeften. Men vraagt zich af aan welke producten een nood is, voor welke indicatie geneesmiddelen nodig zijn. Deze behoeftanalyse is een eerste stap. De tweede stap is dat je op basis van objectieve wetenschappelijke criteria de beste producten selecteert. Die objectiviteit is zeer belangrijk. De aanwezigen in de CTG zijn niet objectief. De farma-industrie is immers aanwezig op die vergaderingen. Zo kan de industrie volgen voor wat de experts, die dikwijls door de industrie gesponsord worden, stemmen. Dit kunnen ze zien aangezien de stemming met handopsteking gebeurt. Dat is een zeer ongezonde situatie. Er is een panoramauitzending over die kwestie geweest. In Nieuw-Zeeland is de commissie die over het formularium beslist onafhankelijk. In het wetsvoorstel dat



wij hebben uitgewerkt heeft men de wetten gebruikt om belangenconflicten op te lossen aan de hand van strenge straffen. De revisor van een bedrijf die een belangenconflict heeft in het dossier dat hij behandelt kan beboet worden tot en met gevangenisstraffen. Dat is een goede zaak. De derde stap is dat men de gezamenlijke koopkracht van de gemeenschap gebruikt om in de onderhandelingen met de firma's een lage prijs te verwerven. Wat hierbij het meest gebruikt wordt, is de openbare offerte aanvraag. Dat is iets anders dan een openbare aanbesteding. Bij een openbare aanbesteding heb je criteria en is het het goedkoopste product dat je selecteert. Bij een offerteaanvraag kunnen ook andere criteria dan de prijs mee in overweging worden genomen, zoals bijvoorbeeld de bruikbaarheid van een medicament. Dat is een betere vorm om eigenlijk collectief te onderhandelen. Maar er zijn vele vormen. De CTG heeft bij ons nog een andere vorm toegepast voor twee geneesmiddelen, paracetamol en aspirine -lage dosis. De CTG voerde onderhandelingen met de firma's. De CTG liet weten bereid te zijn om die medicamenten terug te betalen, maar enkel aan de producent die de prijs halveert. En dat is gebeurd. Nog een andere manier is het preferentieel terugbetalingssysteem. Dit doen de private Nederlandse zorgverzekeraars, maar dan in privé-handen. Ze betalen enkel het goedkoopste product terug. Nog een andere manier is dat je het goedkoopste product terugbetaalt met een marge van 5 % op de prijs. Er zijn heel veel manieren waarvan de filosofie is dat de gemeenschappelijke koopkracht gebruikt wordt om de beste prijzen te bekomen.

Jasper: Ik dacht dat in NZ (Nieuw-Zeeland) de geneesmiddelen onder patent niet worden opgenomen in de openbare aanbesteding.

Van Duppen: Niet in de aanbesteding aangezien. Dat is immers niet mogelijk aangezien er slechts één producent is. Maar daar doen ze aan cross-deals of andere prijsvolume pakketten.

Jasper: Ik dacht dat u hier had voorgesteld om producten onder patent wel in de openbare aanbesteding op te nemen?

Van Duppen: Het hangt ervan af. ATC-4 niveau is op stofniveau. Dan kan je enkel de concurrentie organiseren voor geneesmiddelen die uit patent zijn. Op een hoger niveau dat kan. Dat kan je op cholesterolverlagers toepassen. Dat moet men heel concreet bekijken: wat is de winst, wat is het voordeel? Het kan zijn dat je producten die nog niet uit patent zijn meeneemt in de aanbesteding. Soms gaat dat niet en dan kan met cross deals gewerkt worden. Dat doen ze ook in NZ. Het HPV-vaccin is daarom zo interessant. Dat gaat over twee vaccins 'Gardasil en Cevaxin', die niet uit patent zijn. Die innovatieve geneesmiddelen zijn nog geen vijf jaar op de markt. Zo'n systeem gaat dus ook met zo'n geneesmiddelen.

Jasper: Hoe hebben ze dat daar gedaan?

Van Duppen: Men heeft een aanbesteding georganiseerd tussen de twee producenten. De prijs is van 360 euro tot 60 euro gezakt. Dit voorbeeld toont aan hoe krachtig het systeem kan werken.

Jasper: Wat zijn volgens u de doorslaggevende factoren waardoor het kiwimodel eind 2004 op de publieke en later op de politieke agenda is komen te staan?

Van Duppen: Een eerste punt is dat er dringend een behoefte aan was. Iedereen maakte zich druk over de torenhoge prijzen. Er was van 1996 tot 2004 dan ook een onophoudelijke pijlsnelle stijging (toont op een slide de grafiek). Hier is mijn boek uitgekomen, hier is decampagne gestart. Hier heb je de kamer hoorzitting gehad. Dan heb je in een keer de kiwi-knik. Dit stelt een absolute daling van 40 miljoen euro voor. Dat heeft zich in 2010 herhaald. Een eerste reden was zodus de kosten die de pan uitsvingden. Een tweede reden is mijn boek dat hierop inspeelt. Een derde oorzaak is dat toen ik mijn boek uitbracht en in de media heb gebracht, wij daar een campagne rond hebben gevoerd. In de eerste plaats met onze eigen patiënten. Maar ook met de mutualiteiten en met de vakbonden. De LBC, non profit is daar een voortrekker in geweest. Die mensen zochten namelijk geld voor een eisenprogramma. Ze zagen in dat kiwimodel geld om te kunnen besteden aan andere eisen. Daarom hebben ze mee die campagne voor dat boek gesteund. We begonnen met

100.000 handtekeningen te verzamelen. Op een jaar tijd hadden we dit bereikt. We hebben die handtekeningen naar Demotte gebracht en hebben dat telkens in de pers aandacht gebracht. Je had politici die geïnteresseerd geraakten in dat probleem. Stevaert heeft dat dan ook mee op de politieke agenda gezet. Ge hebt een hoorzitting in de Kamer en Senaat gehad, een senaatscommissie die naar Nieuw-Zeeland ging die een rapport door Larmuseau liet maken. Deze zaken maakten dat het debat geopend werd. Ik heb nog steeds geen zware valabele tegenargumenten gehoord. Men zei me altijd het kan niet want Nieuw-Zeeland is een eiland aan de andere kant van de wereld dat niet in Europa ligt. Vandaag wordt het wel toegepast in Nederland, een land vlak over de grens. Het wordt eveneens toegepast in Duitsland en voor een stuk in Engeland en de Scandinavische landen.

Jasper: wat denkt u van de rol van de artsenkrant bij het ontstaan van het kiwimodel?

Van Duppen: De artsenkrant heeft eerst wekenlang de deuren dicht gehouden, gezwegen in hoop dat het voorbij zou waaien om vervolgens een spervuur los te laten. Ik denk dat ze een dertigtal artikels tegen mijn boek -en tegen mijn persoon- met de zwaarste modder hebben geschreven, zonder ook maar een recht op antwoord te laten. Ik heb geprocedeerd. Ik ben 4 keer voor de rechtbank in Brussel verschenen vooraleer ze toegaven in een minnelijke schikking. Ik kreeg drie bladzijden recht op antwoord. Zelfs in de franstalige *journal de medecin* werd mijn boek afgekraakt, vóóraleer dat boek in het frans op de markt was. De Artsenkrant heeft me eigenlijk heel goed geholpen. Ik werd zo de bekendste huisarts -eerst van Vlaanderen- en uiteindelijk ook van België.

Jasper: Toen Stevaert het kiwimodel voorstelde aan de andere politici kreeg het meteen steun van de voorzitters van de CD&V en VLD tijdens een optreden in *De Zevende Dag*.

Van Duppen: Alle drie waren ze eensgezind over de openbare aanbesteding. Dat was in begin december 2004.

J: Kwam de steun van CD&V en VLD vanuit een angst om impopulair te lijken of de waterdragers van de farma-industrie te lijken of waarom denk u dat die twee partijen Stevaert...

Van Duppen: Op dat moment was het zo evident dat je daar eigenlijk moeilijk iets tegenin kon brengen. Demotte was daar ook voor. Demotte heeft direct gezegd dat hij het ging toepassen. En Vandeurzen is er nog steeds voor. Vandeurzen heeft het dan ook toegepast op het HPV-vaccin. Van Acker had het beloofd twee jaar geleden. Maar Vandeurzen heeft het toegepast.

Jasper: Luc Slegers van FeBelGen, die geeft aan dat het kiwimodel wurgend zou zijn voor de apothekersmarge. De winst van de apothekers zou tot een dieptepunt zakken.

Van Duppen: Dat is opgelost nu omdat de apothekers sinds april vorig jaar een andere marge hebben. Je kan dit op mijn weblog terugvinden. Zij zijn overgegaan van een procentuele marge naar een forfaitaire marge, per afgeleverde verpakking. Men krijgt een vast bedrag ongeacht welk product het is. Ze zouden gelijk hebben want als nu bijvoorbeeld cipramil, de meest verkochte antidepressivum, in prijs daalt door de toepassing van het kiwimodel van 22 euro naar 1.5 euro, dan zouden de apothekers geen marge meer overhouden. Maar nu behouden ze hun marge. Die maatregel is zeer goed aangezien het de apothekers voorbereid op de invoering van het kiwimodel. Dus dat probleem is opgelost.

Jasper: Wouter beke die zei dat de geneesmiddelen wel degelijk duurder zijn dan in de ons omringende landen. Leo Neels zegt echter dat de geneesmiddelen niet te duur zijn, dat ze goedkoper zijn dan in de andere landen en Luc Slegers zegt dat voor de generische geneesmiddelen.

Van Duppen: Dat hangt er dus van af welke geneesmiddelen. Dat is de absurditeit. Het RIZIV heeft daar een studie rond gemaakt naar aanleiding van mijn boek -je kan die terugvinden op de website-waarbij ze producten geselecteerd hebben en dan hebben laten uitzoeken wat de prijzen zijn in andere landen. Daar was geen logica

in te vinden. Dus het hangt dikwijls van de lokale lobbyomstandigheden af wat de prijzen in andere landen en ons land zijn. In Nederland heb je bijvoorbeeld spectaculaire prijsdalingen door het preferentieel terugbetalingssysteem.

Jasper: het kiwimodel zou ook nog als nadeel hebben dat er parallelmarkten zouden kunnen ontstaan. Volgens sommigen zou dit wel eens kunnen leiden tot tekorten op de eigen markt. Dus meerdere actoren wijzen er ook op dat er daardoor stockproblemen door kunnen ontstaan.

Van Duppen: Ook dat probleem is juridisch opgelost door de deconnectiemaatregel. Deconnectie wil zeggen dat de prijs die hier geldt als publieke prijs een andere prijs is dan de prijs die uit de onderhandeling voor terugbetaling is gekomen. Dus de prijs van medicamenten die hier gebruikt, geconsumeerd en terugbetaald worden, is een andere prijszetting dan de prijs die je op de markt vindt. Dat is deconnectie. De farma-industrie is met deze deconnectie meegegaan om omgekeerde redenen. Janssens Farmaceutica wil bijvoorbeeld op de thuismarkt een hoge prijs, aangezien dat een referentie voor de internationale markt is. Maar ze wil de Belgische staat niet belasten met die hoge prijszetting. Deconnectie maakt dit mogelijk. Maar ja kan diezelfde wetgeving van deconnectie gebruiken om parallelmarkten te voorkomen.

Jasper: Meerdere belangengroepen in Nieuw-Zeeland lijken wel voorstander te zijn van het geneesmiddelenbeleid. Dat blijkt uit het rapport van de senatoren. Wel wijzen vele belangengroepen erop dat de overheid te veel naar het budget kijkt, dat het model te extreem wordt doorgevoerd, waardoor er problemen ontstaan. Er zouden problemen ontstaan zoals de beschikbaarheid van geneesmiddelen die niet altijd voorhanden zou zijn, de overgang van het ene naar het andere geneesmiddel zou vaak erg bruusk verlopen (overgangsperiode van 3 maanden). Ook zouden de artsen in NZ klagen dat er te weinig geneesmiddelen op de markt zijn, en patiënten zouden druk zetten op de artsen om bepaalde medicijnen voor te schrijven. Zijn dit niet erg grote nadelen van het model.

Van Duppen: Dat hangt ervan af hoe je het model toepast en hoe soepel je het toepast. Nieuw-Zeeland heeft zijn groeisituaties ook gekend. Ze zijn daar ook soepeler in geworden. Je had een voorbeeld van een cholesterolverlager Lescol, dat ze eerst geselecteerd hebben. Dit middel is eigenlijk klinisch inferieur aan de andere cholesterolverlagers, waardoor je problemen kreeg. Het werkte niet goed genoeg. Maar ze hebben zeer snel en soepel overgeschakeld op Simvastatine. Ik moet dan ook wel zeggen dat in Nieuw-Zeeland de simvastatine Zocor al werd terugbetaald jaren voordat het hier werd terugbetaald voor hartinfarctpatiënten. Het kan dan nog zijn dat ze lang een lange tijd een groeipijn hebben gehad door een verkeerd middel te kiezen, namelijk Lescol. Maar daar werd het terugbetaald. Hier werd het nog niet terugbetaald. Zulke problemen hangen af van de slimheid en soepelheid van de toepassing van dat systeem.

J: Het hangt dus voor een groot deel af van die onafhankelijke instantie die die geneesmiddelen kiest.

Van Duppen; Ja. En er zal ook altijd wel een grote lobby aan het werk zijn om het NZ systeem te kraken. Nederland is hier een heel mooi voorbeeld van. Wanneer de zorgverzekeraar in Nederland een preferentieel systeem voor het eerste toepaste werd die gekraakt. Die kreeg tientallen processen aan z'n broek van de concurrenten en ging in zee met Strambactie, de grootste Indische generische productet. En dat was een schande. Vandaag is Trambactie een van de grote spelers op de Europese markt en is dat geen enkel probleem. Voordien zei men dat dat niet genoeg continuïteit zou kunnen geven. Nu blijkt dat dus allemaal niet waar te zijn. Het punt is dat geneesmiddelen, eens uit patent, erg gemakkelijk te kopiëren is. Dat is iets anders dan een BMW. Het gaat immers over één chemische stof met dikwijls een niet al te ingewikkelde procedure om het te maken waardoor dat kopiëren te vergelijken is met CD's of DVD's die even kwalitatief zijn als de oorspronkelijke. Hierdoor brengen enorm veel producenten wanneer een product uit patent gaat eenzelfde product op de markt. Hierdoor krijgt men een overaanbod van geneesmiddelen. Natuurlijk hoort die aanbestedingen op Europees niveau te gebeuren. Dit is eigenlijk meestal zo. Op vlak van continuïteit kent zo'n systeem geen grote problemen. Ten derde

zitten in het contract clauses om dit te voorzien en selecteert men ook dikwijls een eerste, tweede of een derde keuze.

Jasper; In maart 2005 behandelt de Kamer het wetsontwerp van het kiwimodel. Daar dient Yolande Avontroodt (VLD) vele amendementen in. Haar voorstel komt erop neer dat de industrie meer belastingen moet betalen maar in ruil daarvoor worden geneesmiddelen onder patent niet in het kiwimodel opgenomen. Zo zou volgens de VLD'ster het O&O niet in gevaar komen zo wordt dus het recht op innovatie voor de patiënt gewaarborgd. Zijn dit goede aanpassingen?

Van Duppen; Neen. Daarmee is de kiwi die Demotte oorspronkelijk wilde doorvoeren tot een kiwimoes gereduceerd. Uiteindelijk is daar immers niet veel van in huis gekomen. Nochtans werd het toegepast op twee producten: Zocor en Amlor. Amlor is nooit doorgevoerd, Zocor wel. Voor dit laatste product zijn er forse prijsdalingen gekomen. Zocor zelf was het middel wiens prijs zo erg daalde. De prijs van dit origineel geneesmiddel ging onder de prijs van generische. Maar door het onvoorstelbare lobbywerk (op dat moment) en het feit dat Avontroodt als vertegenwoordiger van de farma-industrie, in het parlement amendementen van de meerderheid kon brengen waardoor de essentie van het kiwimodel verdween, namelijk het toelaten om een contact te organiseren van voltrekt evenwaardige producten zelfs al liggen die onder patent. Het huidige terugbetalingssysteem en erkenningssysteem kent immers twee grote zwakheden. Een eerste is dat men om een product te laten erkennen op de markt dat je in twee RCT's (gerandomiseerde controled trials) moet bewijzen dat het product effectiever is dan een placebo. Dat is een groot probleem aangezien je 8 RCT's kan hebben waaruit blijkt dat het product niet actief is en twee RCT's waarbij toeval wel. In zo'n geval wordt zo'n product erkend. Bij de antidepressiva is hierbij veel gemanipuleerd. Men zou moeten vergelijken met het best bestaande product dat op het ogenblik op de markt bestaat. Dat is helemaal anders, dat is innovatie. Nu heb je zeer vaak me-too-productie. En dat is een tweede zaak. Veel producten zijn me-too's. Dus de aanpassingen van Avontroodt ontmoedigen innovatie. Avontroodts aanpassingen geven in de praktijk het. Innovatie is

immers geen kwestie van patent. De toegevoegde waarde is een kwestie van afweging tegenover het beste wat al bestaat. Dat iets anders dan het patent. Er wordt heel veel geïnvesteerd in onderzoek naar nieuwe producten die hetzelfde therapeutisch effect beogen. Al hebben zo'n producten een patent, dan nog is dat geen innovatie. Het scherpste voorbeeld is Cipramil, een anti-depressivum. Dat product bestaat uit links en rechts draaiende isomeren. De producent ervan heeft het rechtsdraaiende isomeer eruit gehaald en het linksdraaiend isomeer over gehouden. Het linksdraaiende isomeer was het actieve bestanddeel. Ze hebben eigenlijk niets gedaan. Wel hebben ze er een nieuw patent op verkregen. Zo'n praktijken worden beschermd met Avontroods amendementen. Dat is juist niet wat we moeten beschermen.

Jasper; De VLD, MR, CDH, sp.a en PS stemmen voor de wet die de amendementen van Avontroodt goedkeurt. Met deze stemming wordt het kiwimodel door de media omgedoopt tot het kiwilicht model. Wat is uw mening over de rol van de politieke partijen hierbij, in het bijzonder de sp.a en PS?

Van Duppen: Die zijn nogal gedraait. Ze waren eerst voorstanders van een consequente toepassing van het kiwimodel. Stevaert schermde net als Demotte daarmee. De eerste keer dat het kiwimodel behandeld werd in de commissie kreeg ik zelfs een uitnodiging van het kabinet van Demotte om te komen luisteren. Maar als het plenumvergadering was met die fameuze amendementen dan waren ze daar helemaal niet meer fier op. Dan zie je immers de gigantische lobbykracht van de farmaceutische industrie.

Jasper: Vande Lanotte heeft op een bepaald moment nog bedreigd geen nieuwe geneesmiddelen op de markt toe te laten zolang de oudere geneesmiddelen niet in prijs zouden dalen. Dat is daarvoor gebeurd. Toont dat niet de politieke wil van die partijen aan om het kiwimodel wel degelijk in te voeren?

Van Duppen: Hij had het dan beter doorgevoerd. Hij heeft dat immers niet lang volgehouden. Bovendien is de vraag of chantage wel de beste manier van werken is. Wel heeft de kiwicampagne



gewerkt als een hete adem. Dat gaat niemand betwisten. Dat heeft immers tot enorme prijsdalingen geleid. De bedrijven hebben gecorrigeerd, nog voor het kiwimodel er was.

Jasper; In de krant werd meer dan eens gesteld dat Demotte en zijn regering voor de farmaceutische industrie op de knieën is gegaan. Wat denkt u daarover en waar of hoe ziet u de druk die de farmaceutische industrie...

Van Duppen: Op het moment dat men die amendementen aanvaardde zag je de lobbykracht. Er is een collega van u, Nele Peeters, die een thesis gemaakt heeft. In een interview heeft iemand van Pharma.be in alle openheid gezegd dat het de allergrootste lobbycampagne ooit is geweest die ze gevoerd hebben. Dat was toen om het kiwimodel van Demotte af te schieten en om te vormen tot een kiwilicht. Ze zeggen het zelf zwart op wit.

Jasper; Op 21 december 2005 bent u samen met KWB en de bediendevakbond LBC-NVK naar Demotte afgezakt om een petiitie met meer dan 100.000 handtekeningen af te geven. In een krant stond toen te lezen dat Goutry en Germeaux het wetsvoorstel van Van Duppen wilden invoeren. Welk wetsvoorstel is dat en wat is hiervan gekomen?

Van Duppen. Voorlopig is hier niets van in huis gekomen aangezien de regering gestruikeld is. Dat is een wetsvoorstel dat met Freek Loecx, een jurist van de VUB, en met de steun van de juridische dienst van de Christelijke Mutualiteiten gemaakt is. In dit voorstel worden de principes van het kiwimodel vertaald naar de Europese en de Belgische wetgeving.

Jasper; Uiteindelijk voert Demotte het model in voor de testcase de cholesterolverlagers. Alle middelen worden nog aan 50% terugbetaald, de winnaar wordt aan 75% terugbetaald. Uiteindelijk is er een winst van 15 miljoen euro bereikt, zegt Demotte. Tegenstanders merken echter op dat er een verlies op te merken valt omdat andere duurdere cholesterolverlagers die niet in de aanbesteding opgenomen werden veel meer voorgeschreven worden,

met name lipitor en Crestor. Demotte laat weten dat het verbruik van de cholesterolverlagers in het algemeen was toegenomen met 28%. Dit zou dan ook een logisch gevolg zijn volgens Demotte. Maar zowel de cholesterolverlager Zocor, als de andere cholesterolverlagers die nog onder patent liggen -dus Crestor en lipitor- zouden in dezelfde mate zijn voorgeschreven. Die toename zou erg groot zijn geweest. Is het marktaandeel van Zocor dan niet toegenomen? En op welke manier heeft de farma-industrie het voorschrijfgedrag gewijzigd?

Van Duppen: Dat is de cruciale kwestie natuurlijk. Lipitor en Crestor, dat is een schande. Crestor heeft klinisch geen merites. Er zijn nog altijd geen studies met harde klinische eindpunt die bewijzen dat Crestor werkt. Lipitor wel, maar is niet de eerste keuze. De meeste studies zijn gebeurd met simvastatine (40 milligram). En slechts als je dat niet verdraagt of de cholesterol daalt niet fel genoeg dan je tot die krachtige cholesterolverlagers zoals Lipitor overgaan. Dat is ook in Nieuw-Zeeland zo. De eerste keuze was simvastatine. Is het niet voldoende, dan pas kan je Lipitor voorschrijven. Crestor en Lipitor zijn wereldwijd enorm toegenomen en dat heeft te maken met de kracht van de farma-industrie. Dat heeft alles daar mee te maken en niet omdat dat het andere goedkoper zou zijn.

Jasper; maar is het kiwilichtmodel dan niet gefaald aangezien het marktaandeel van Zocor niet is toegenomen want dat is toch een van de doelstellingen om het goedkoopste product...

Van Duppen: Dat is juist. Men had eigenlijk moeten verbieden dat er zomaar op Lipitor en Crestor werd overgegaan.

Jasper; En hoe had men dat kunnen doen?

Van Duppen: Je kan artsen -dat doen we nu trouwens ook al voor een aantal heel dure medicamenten- richtlijnen geven. Dat zijn aanbevelingen waarbij je een eerste keuze hebt en waarbij je een tweede keuze moogt kiezen, mits argumentatie. Als je dat invoert dan mag je Lipitor en Crestor al voor de helft schrappen.

Jasper: Hebben die terugbetalingstarieven van 50-75% , die nogal dicht bijeen liggen, daar niets mee te maken, want ik neem aan dat u voorstander bent om het geneesmiddel dat men verkiest aan 100 % terug te betalen en de andere niet tenzij met een motivering van de arts?

Van Duppen; Neen want dat is nooit doorgevoerd met die 50-75%. Het is zo dat alle genierieken hebben hun prijs tot op de bodem laten dalen, en zelfs lager. Zocor kostte 31 euro. Eurogenerics is zelfs naar 24 euro gezakt. Dat probleem heeft zich zodus niet eens gesteld.

Jasper; Maar mocht dat zo zijn doorgevoerd, denkt u dan dat dat voor nog een extra probleem had kunnen...

Van Duppen; Volgens mij is differentiële terugbetaling geen slimme maatregel. Gezondheid kent immers geen prijs voor de patiënt. Een patiënt gaat niet afgeschrikt worden als hij meer moet betalen, als zijn arts zegt dat een ander middel beter is. Men noemt dat prijsinelasticiteit: de prijs is niet bepalend voor het voorschrijfgedrag. Het is de marketing die het voorschrijfgedrag bepaalt.

Jasper; In de krant heeft u ergens over het juridisch geknoei van Demotte gesproken, over welk juridisch geknoei gaat dat dan?

Van Duppen; Het rapport DeBacker gaat daarover. Het legt dat in detail uit. Dat gaat over alle processen die ze aan hun broek hebben gehad. Dat ging onder andere over de termijn van de lopende marktzaak. Het rapport DeBacker spit dat eigenlijk mooi uit.

Jasper. Na de aanbesteding en het verhaal van Zocor en Inegy werden nog wat sociale acties gevoerd zoals 'de Douanier', de trip naar Hulst, de actie van Gezondheid en Solidariteit in Brussel. Vervolgens kwam het Morse-rapport uit dat het systeem voor de cholesterolverlagers evalueerde alsook het rapport DeBacker. Uit dat laatste rapport blijkt dat het model haar problemen kende maar desalniettemin juridisch haalbaar zou zijn. Desondanks lijkt het kiwilichtmodel een stille dood gestorven te zijn. Hoe verklaart u dat,

En speelt Onkelinckx, de nieuwe minister van Sociale Zaken een rol hierin? Ze zegt immers in parlementaire documenten dat het belangrijkste niet altijd de prijs van een geneesmiddel is, maar soms ook of het onmiddellijk beschikbaar is en of de patiënt er al dan niet mee vertrouwd is. Ook geeft ze aan tegen aanbestedingen te zijn op basis van indicatiegebied. Dus ze lijkt niet zo gesteld te zijn op het model.

Van Duppen; In een artikels op mijn weblog staat dat Onkelinckx gaat dineren met 26 top farmaceutische CEO's. Tijdens dat etentje worden haar dingen in de mond gelegd die een socialistisch minister onwaardig zijn en waarbij het kiwimodel definitief begraven wordt. Dat is een onvoorstelbare lobbytruk van de farma-industrie. Daardoor is Onkelinckx niet voor het kiwimodel en wijst ze dat telkens af en verschuilt ze zich altijd achter de artsen. De belangrijkste farmaceutische bedrijven in dit land liggen bijna allemaal in Waals Brabant. Dat is het kiesdistrict van de PS, van Demotte en van Onkelinckx. Ik moet daar geen tekeningetje bij maken. Moest het HPV-vaccin bijvoorbeeld geproduceerd worden door Janssens farmaceutica, dan weet ik niet of Vandeurzen daar een aanbesteding op had gedaan. Maar het wordt geproduceerd door GSK, wat in het kiesdistrict van de PS ligt.

Jasper; En wat vindt u van het baarmoederhalsvaccin. Wat is de belangrijkste les die we daaruit kunnen trekken?

Van Duppen; Ik was vrijdag op het jongerenparlement, dat ging over gezondheidszorg. Er werd daar een commissie voorgezeten door twee leerkrachten die vertelden hoe leuk het was dat op alle Vlaamse scholen de meisjes van het eerste jaar secundair onderwijs drie vaccinatiedagen hebben gehad in 2010 voor het HPV-vaccin. Vroeger moesten ze daarvoor betalen, moesten ze daarvoor naar de huisarts en was er een heel deel dat uit de boot viel: vooral de sociaal zwaksten. Je kon dat vaccin weigeren. In die twee scholen van die twee leerkrachten had niemand dat geweigerd. Ze vonden dat heel positief maar zagen niet de band met het kiwimodel. Ik denk dat het HPV vaccin ten eerste de absurditeit van de communautarisering aantoont. Waarom moet een Waals meisje immers 31 euro betalen en

de gemeenschap in een Waalse school of in Wallonië per vaccinatie 345 euro. Dit terwijl een Vlaams meisje het gratis krijgt en dat de overheid slechts 60 euro betaalt in Vlaanderen en terwijl een Brussels meisje, naargelang ze naar een nederlandstalige of franstalige school gaat, het al dan niet gratis kan krijgen. Men organiseert zoiets beter op federaal niveau. Ten tweede toont het HPV-vaccin aan dat het principe heel krachtig werkt. Het is immers een product onder patent en er zijn maar twee spelers op de markt. En ten derde is het een kwestie van volksgezondheid. Men heeft lang tijd in de wetenschappelijke literatuur discussies gehad over het veralgemenen van HPV-vaccinaties. Is het wel kosteneffectief? De conclusie was erg twijfelachtig. Volgens sommigen kostte het te veel. Maar als de prijs van een vaccinatie 375 euro is of de prijs is 60 euro dan wijzigt heel die kosteneffectiviteitsberekening. En dat heeft een hele omslag gegeven en daarom denk ik dat dat heel belangrijk is, alleen al symbolisch, ook als antwoord tegen de commuautarisering, dat men het HPV vaccin zowel in Brussel als in Wallonië ook in een kiwimodel opneemt.

Jasper; Met de huidige begrotingsproblemen..

Van Duppen; Dat is nog een reden aangezien een van de redenen waarom de geneesmiddelen uitgaven in dit land gezakt zijn in absolute waarde is het feit dat aan Vlaamse kant het HPV-vaccin niet langer zo'n groot deel uitmaakt van het budget.

Jasper: Hoe verklaart u dat er nog steeds geen nieuwe boost aan het kiwimodel werd gegeven, door de politici dan?

Van Duppen; Omdat ze daar niet mee bezig zijn. Ze zijn nog een regering aan't vormen dus wat zouden ze met het kiwimodel bezig zijn.

Jasper; Wat vindt u van het Nederlandse systeem? Wat zijn daar de voor en de nadelen?

Van Duppen: Het Nederlandse systeem toont aan dat fatsoenlijke prijzen mogelijk zijn en dat men zich niet moet neerleggen bij

woekerprijzen. Dat is het voordeel van het Nederlandse systeem. Het toont dat aan dat dat zo'n systeem niet enkel aan de andere kant van de wereld realistisch is, maar ook hier vlak bij de Noorderburen. De negatieve kant van het Nederlandse systeem is dat het kiwimodel daar toegepast wordt door private zorgverzekeraars wat eigenlijk wil zeggen dat die de opbrengst van dat kiwimodel niet ten goede komen aan de patiënten, maar wel aan de aandeelhouders van de private verzekeringsmaatschappijen. Bovendien is dit ook in een verspreide en versnipperde slagorde georganiseerd. Men zorgt ervoor dat in bepaalde regio's de apothekers het preferentieel product niet in huis hebben, waardoor de patiënt verplicht is een duur product binnen te halen. Zo organiseert men op een systematische wijze voer voor patiënten en apothekers om tegen dat preferentieel terugbetalingssysteem gekant te staan.

Jasper; Het Nederlandse syeteem lijkt alleszins aan te tonen dat de prijzen van de geneesmiddelen omlaag kunnen. Ook het baarmoederhalsvaccin toont aan dat het erg verdienstelijk kan zijn. Heeft u nog goed hoop dat het kiwimodel ooit in haar geheel zal doorgevoerd worden?

Van Duppen: Ik denk het wel aangezien we voor gigantische besparingen staan. Bovendien lees ik in de krant dat wanneer ze het hebben over besparingen in de gezondheidszorg -De Leeuw heeft dat nog onlangs gezegd, ook de andere vakbonden en de groenen- men direct het kiwimodel terug op tafel legt. Ik denk dan ook dat het terug op tafel zal komen Mensen blijven dat niet slikken. Het toont zijn werzaamheid aan en je ziet ook met het rapport van Nelie Kroes en wat er in de buurlanden gebeurt dat er steeds meer openheid is.

Jasper; Dirk Van Duppen, bedankt.

Bijlage 7. Interview met Herman Van Eeckhout op 18 juli 2011.

In de gebouwen van Pharma.be in Brussel.

Jasper: Volgens Van Duppen zijn er alleen voordelen aan het kiwimodel: er zou minder reclame komen, overheid en patiënt zouden besparen, artsen zouden rationeler zijn met betrekking tot hun voorschrijfgedrag. De enige die ervan zouden afzien zijn de aandeelhouders van de grote farma-multinationals. Wat zijn volgens u de grootste nadelen van het Nieuw-Zeelandse systeem?

Herman Van Eeckhout: Waarover gaat het? Gaat het over de kiwi zoals het oorspronkelijk bedoeld was of gaat het over de kiwi zoals het nu in de wet staat?

Jasper: Het gaat over de kiwi zoals het oorspronkelijk bedoeld is. Zoals die in Nieuw-Zeeland eigenlijk uitgevoerd wordt.

Herman Van Eeckhout: De grote bezorgdheid in verband met de kiwi zoals het oorspronkelijk bedoeld was, is dat je geneesmiddelen die verschillende moleculen bevatten, met elkaar vergelijkt, er dan één uithaalt en de rest eigenlijk niet terugbetaalt. Daar komt het op neer. Waar wij van oordeel zijn dat het hebben van keuze tussen geneesmiddelen die verschillende, dus niet-identieke moleculen bevatten, een voordeel heeft. En dus dat het beperken tot één molecule op medisch vlak een vergissing is. Er bestaan ettelijke voorbeelden van geneesmiddelen die behoren tot dezelfde klasse maar die niet bij alle patiënten werken of even goed werken. En dus is het hebben van keuze op zichzelf belangrijk. En het is niet noodzakelijkerwijze de eerste die het beste is, ook niet noodzakelijkerwijze de laatste. Dat weten we pas na enige tijd.

Jasper: Volgens Dirk Van Duppen zou je met een motivering van de arts gemakkelijk kunnen overschakelen naar een volgend geneesmiddel.

Herman Van Eeckhout: Wel, in de praktijk zal het zo zijn dat als er slechts één geneesmiddel wordt uitgekozen en als ik met mijn ander geneesmiddel de markt niet mag beleveren, dan wordt dat geneesmiddel van de markt teruggetrokken..

Jasper: ik heb onlangs ook Luc Hutsebaut van de CM geïnterviewd die ook een voorstander is van het kiwimodel. Die zei dat dan eigenlijk een soort van reservebevoorrader, leverancier zou gekozen worden die wel degelijk vergoed wordt, zelf al wordt zijn product nooit gebruikt. Dus zou dat dan geen oplossing kunnen zijn?

Herman Van Eeckhout: Ik herhaal: het hebben van keuze is belangrijk voor de arts en voor de patiënt. Verschillende molecules, ook al behoren ze tot dezelfde klasse, werken niet noodzakelijk bij alle patiënten of werken niet noodzakelijk bij alle patiënten even goed; als er keuze is, vergroot de kans dat voor elke patiënt de meest geschikte behandeling gevonden wordt. Ik denk dat het een vergissing is om te zeggen: van alle statines, enkel deze, of van alle depressiva, enkel deze en de rest niet. Ik denk dat dat echt een vergissing is die belangrijke medische gevolgen met zich kan meebrengen.

Jasper: Volgens Dirk Van Duppen is dat geen beperking van de keuzevrijheid omdat het gaat om de keuze tussen merknamen van hetzelfde geneesmiddel.

Herman Van Eeckhout: Wel, daar gaat het nu net over en dat was ook de reden waarom ik de vraag stelde bij het begin van het interview. Bij het kiwimodel zoals het oorspronkelijk bedoeld was, was het de bedoeling om tussen de geneesmiddelen die verschillende molecules bevatten maar tot één therapeutische klasse behoren, slechts één molecule te kiezen. Als men zegt dat men binnen één molecule één leverancier kiest, dan is dat iets anders; dat is de kiwi zoals we ze in België gekend hebben. Maar zoals het oorspronkelijk bedoeld was: ik heb 6 à 7 geneesmiddelen met een verschillende molecule. Ze behoren misschien wel tot dezelfde klasse maar het zijn verschillende molecules. En daar kies ik er één



van. Als we kijken naar wat in België gebeurt is: finaal heeft men het beperkt tot molecule niveau.

Jasper: ATC-niveau 5

Herman Van Eeckhout: Ja.

Jasper: Wat zou de invloed zijn of het effect van het oorspronkelijke kiwimodel mocht dat hier ingevoerd worden op de innovatie bijvoorbeeld? Dirk Van Duppen zegt dat echt innoverende geneesmiddelen zullen nog steeds terugbetaald worden dus er zal nog steeds evenveel O&O naar écht innoverende geneesmiddelen aanwezig zijn.

Herman Van Eeckhout: Het punt rond echt innoverende geneesmiddelen is op zichzelf al een hele discussie. Er zijn daar verschillende meningen over die ver uit elkaar liggen. Van een geneesmiddel wordt gezegd dat het innovatief is als het, wanneer het op de markt komt, merklijk beter werkt dan het op dat ogenblik bestaande aanbod, meestal omdat het een nieuwe aanpak, een nieuwe approach vormt. Zeer snel komen er echter verschillende molecules met diezelfde approach op de markt. Waarom zou enkel de eerste vertegenwoordiger van deze nieuwe approach innovatief zijn en de volgende niet meer? Het is bovendien niet noodzakelijkerwijze de eerste molecule die de beste is. Daar zijn ettelijke voorbeelden van te vinden. Er moeten verschillende molecules op de markt zijn om finaal te weten wat het beste geneesmiddel is. Als ik me niet vergis: bij de essentiële geneesmiddelen van de WHO wordt er één uitgehaald per klasse en dat is niet noodzakelijkerwijze de eerste. Ik denk zelfs in twee derde van de gevallen is het niet de eerste. Maar wat Dhr Van Duppen eigenlijk zei was: ik heb verschillende molecules en ik kies er één uit. Dat betekent dat een onderneming die afkomt met een molecule die riskeert de tweede te zijn in een klasse, ja die weet op voorhand dat hij een zeer groot risico loopt. De eerste vertegenwoordiger van een nieuwe klasse zal uiteraard nooit in een kiwi terecht komen want een kiwi kan maar functioneren als er verschillende zijn. Maar als men aangeeft dat op geneesmiddelen een kiwi-procedure zal toegepast worden, dan geeft men als signaal naar

de ondernemingen: van zodra er meer dan één geneesmiddel in een klasse aanwezig is, ben je als onderneming niet meer zeker dat je nog de kans zult krijgen om je geneesmiddel op de markt te brengen. Met andere woorden, het risico voor een onderneming om te investeren in research vergroot enorm. Elke onderneming zal dan tweemaal nadenken vooraleer ze dat risico neemt, met zelfs als mogelijk gevolg dat geen enkele onderneming meer het risico wenst te nemen.

Jasper: Wat zouden volgens u, stel dat het kiwimodel op wereldvlak, in elk land van de wereld zou uitgevoerd worden, wat zouden volgens u de effecten zijn van dat kiwimodel voor O&O op macro-economisch vlak?

Herman Van Eeckhout: De kosten voor de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen in de farma-sector worden betaald door hetgeen je uit de markt verdient. Als uw markt verschraalt, dan gaat automatisch ook uw research verschralen. Ik moet ook onderlijnen: het is niet omdat ik afkom met een tweede, een derde of een vierde geneesmiddel in dezelfde klasse dat mijn prijs maal twee, maal drie, maal vier doet. In alle systemen, als ik kom met een molecule die vergelijkbaar is met wat er bestaat, zal mijn prijs ook vergelijkbaar zijn met wat er bestaat.

Jasper: Volgens Dirk Van Duppen zou de farma-industrie gelijkaardige me-too genesmiddelen, volgens hem: geneesmiddelen zonder therapeutische meerwaarde ten opzichte van al bestaande middelen...zouden ze die op de markt brengen, zouden ze daar een patent op verwerven via allerlei trukjes met het omdraaien van isomeren, moleculen.

Herman Van Eeckhout: Het ontwikkelen van nieuwe geneesmiddelen is een heel stuk complexer dan enkele "trukjes" toepassen. Er zijn voorbeelden van isomeren, maar deze zijn de uitzondering, zeker niet de algemene regel.

Jasper: Ze zouden via agressieve marketing die producten dan promoten bij artsen en er nog steeds een hoge prijs voor vragen.

Herman Van Eeckhout: Neen, voor een molecule die dezelfde bijdrage levert als een bestaande, krijg je dezelfde prijs. Wat wel is, is dat op een bepaald ogenblik moleculen in een klasse off-patent gaan en dan worden die een heel stuk goedkoper. Maar zeggen: ik draai de molecule om en ik schud er een keer mee en ik vraag een hogere prijs, zo gaat het niet.

Jasper: Volgens Dirk Van Duppen zijn enkele argumenten die vroeger door de farma-industrie, door Leo Neels onder andere, werden aangehaald..euhm..ja..zijn die niet meer geldig. Zoals...de apothekers hebben een nieuwe vergoedingsbasis gekregen dus zou het argument niet meer geldig zijn dat ze geen winst meer, of niet voldoende winst meer zouden maken. En ten tweede ook de parallelle handel zou opgelost zijn volgens Dirk Van Duppen, of kunnen opgelost zijn door de deconnectiemaatregel. Zijn die argumenten nog steeds geldig?

Herman Van Eeckhout: De financiering van de apothekers had hier volstrekt niets mee te maken. Nu het is wel een feit dat vroeger de marge van de apothekers een functie was van de prijs en vandaag is het een vast honorarium. Maar dat was het argument niet. Wat betreft de deconnectie, ik moet als onderneming nog willen. Het is niet omdat er deconnectie bestaat dat ik verplicht ben om deconnectie toe te passen. Ik moet eerlijk zeggen, ik zie het argument niet zo goed. Door mijn prijs te deconnecteren, ik behoud mijn faciale prijs maar ik heb een lagere prijs aan dewelke ik dan terugbetaald word, dan vermijd ik inderdaad het probeem van parallelle handel, van parallelle export. Maar het punt is dat ik met mijn in-patent geneesmiddelen nog altijd mijn research kosten moet terugverdienen. Ik zie niet in waarom ondernemingen in zo'n deconnectiesysteem zouden meestappen.

Jasper: Ja...Van Duppen zou ze misschien wel laten verplichten door de overheid.

Herman Van Eeckhout: Dan gaan ze van de markt. Met alle respect, maar de geneesmiddelen groeien niet aan de bomen.

Jasper: En wat denkt u dat de effecten van het oorspronkelijke kiwimodel zouden kunnen zijn voor de tewerkstelling. Volgens Hutsebaut zou voornamelijk de tewerkstelling aangetast kunnen worden in de marketingsector?

Herman Van Eeckhout: Als de markt verkleint, en dus de financiering van de research verkleint, dan zal dat op termijn ook gevolgen hebben voor de research.

Jasper: Dirk Van Duppen die zegt daarop dat als de markt verkleint...één speler wint de aanbesteding...dat die ineens veel meer zal moeten produceren waardoor die meer mensen zal moeten tewerkstellen, waardoor eigenlijk de tewerkstelling voor een groot deel verschuift van die andere bedrijven die het niet halen naar dat ene bedrijf dat ineens veel meer zal moeten produceren.

Herman Van Eeckhout: Dat gaat dan specifiek over tewerkstelling in de productie en deze is relatief beperkt, zeker voor eenvoudig te fabriceren geneesmiddelen als tabletten, siropen, etc. Iets anders is de arbeidsintensieve tewerkstelling in de research of gespecialiseerde productieprocessen. Ik volg dat niet.

Jasper: Welke zijn volgens u de struikelblokken die de invoering van het oorspronkelijke model, het kiwimodel zoals het ooit dus door Van Duppen geïntroduceerd is, die dat verhinderd hebben?

Herman Van Eeckhout: Omdat het niet werkt. Het werkt gewoon niet. Het bewijs is geleverd. Het werkt niet.

Jasper: Maar ik bedoel, waarom heeft Rudy Demotte indertijd dan die aanpassingen gemaakt om het kiwimodel te beperken tot de uitpatentgeneesmiddelen? Waarom denkt u dat ze die aanpassingen hebben gemaakt?

Herman Van Eeckhout: Omdat het anders niet zou gewerkt hebben. Ik had heel graag gehad dat Dhr Stevaert het had toegepast op de pil. Want dat was zijn oorspronkelijke bedoeling, nietwaar ? Wel ik had heel graag gehad dat het was toegepast op de pil.

Jasper: Waarom?

Herman Van Eeckhout: Dan had u onmiddellijk gezien dat het niet zou gewerkt hebben.

Jasper: Welke zijn de grootste redenen dan voor politici om zoiets te denken volgens u? Want je hebt de druk van de farma-industrie, de lobbying, dat een rol heeft gespeeld. Maar welke inhoudelijke argumenten zouden daar nog voor hebben gegolden?

Herman Van Eeckhout: om het te beperken tot de off-patent?

Jasper: Ja

Herman Van Eeckhout: Men heeft het moeten beperken tot de molecule want als men het ruimer doet, is het uitermate moeilijk toepasbaar. En binnen de molecule zijn er enkel meerdere aanbieders, noodzakelijke voorwaarde om een kiwi te kunnen organiseren, als de molecule off-patent is.

Jasper: ik heb de indruk dat Stevaert het in de media heeft gebracht: één geneesmiddel zal terugbetaald worden, de sp.a staat garant voor het beste geneesmiddel aan de laagste prijs. Dat hij het in zijn geheel meteen wou invoeren, het oorspronkelijke model met alles erop en er aan. Ik bedrijf dan niet goed waarom hij dat zo snel zou hebben beperkt, of Rudy Demotte?

Herman Van Eeckhout: Ja dat moet je aan hem vragen. Maar het werkt niet, het werkt niet. Per molecule is iets anders.

Jasper: En ziet u per molecule een mogelijkheid om dat toe te passen?

Herman Van Eeckhout: het gebeurt.

Jasper: Wordt dat veel toegepast?

Herman Van Eeckhout: In België niet, in België hebben ze het geprobeerd begin 2008 denk ik, en dan was het zelfs per molecule zeer moeilijk. Maar in andere landen gebeurt het, ja.

Jasper: Drie Belgische bedrijven die veel in onderzoek en ontwikkeling investeren, Janssens Farmaceutica, UCB en GSK, lieten in 2006 weten dat ze wel iets zagen in een variant van het kiwimodel voor geneesmiddelen die al uit-patent zijn. Dat kwam omdat die bedrijven erg veel investeren in O&O en omdat, gepaard aan de wet van het kiwimodel er ook een resolutie zou gestemd worden dat bedrijven die veel in O&O investeren...dat die extra financiële steun zouden krijgen, of stimulans. De problemen zouden tot nieuwe statuten van Pharma.be hebben geleid waardoor die drie bedrijven een vetorecht hebben gekregen. Bewijst dat niet dat bedrijven die investeren in échte innovatie geen grote nadelen zouden ondervinden van het kiwimodel?

Herman Van Eeckhout: lees dat nog eens voor.

Jasper: dus je hebt die drie bedrijven die steken veel energie in O&O.

Herman Van Eeckhout: ja, dat klopt.

Jasper: In de krant stond dat die bedrijven wel iets zagen in een variant van het kiwimodel voor geneesmiddelen uitpatent.

Herman Van Eeckhout: Dat is best mogelijk. Jasper: En in de krant staat dat dat zou geleid hebben tot nieuwe statuten van Pharma.be en dat ze een vetorecht zouden hebben gekregen tegen beslissingen.

Herman Van Eeckhout: neen, dat kan ik formeel ontkennen.

Jasper: Daar is niets van waar? Hebben die bedrijven geen vetorecht gekregen in die periode?

Herman Van Eeckhout: Neen, die hebben geen vetorecht, niet in die periode en niet nu. Maar wat wel een feit is, is dat, en dat is in alle landen zo, een vereniging moet rekening houden met al zijn leden en

uiteraard ook met de lokale grote bedrijven. Maar een vetorecht, dat hebben ze niet.

Jasper: maar die hebben, volgens Trends denk ik dat het was, hadden die gezegd dat ze wel iets zagen in dat kiwimodel voor uitpatentgeneesmiddelen. En bewijst dat dan niet dat innoverende bedrijven, of die veel geld in O&O steken, dat die niet zo hard geschaad worden door het kiwimodel?

Herman Van Eeckhout: Als het off-patent is?

Jasper: Ja.

Herman Van Eeckhout : Ja dan is dat iets anders. Oorspronkelijk was het zo dat men het op alle geneesmiddelen, of ze nu in- of off-patent waren, wou toepassen. Als het beperkt wordt tot de off-patent, dan is dat al iets anders. Maar dan nog vergelijk je verschillende moleculen met elkaar wat niet zo evident is. En dan finaal heeft men het toegepast per molecule, omdat het praktisch niet doenbaar is. Maar de grootste angel zat inderdaad in het feit dat men in-patents en off-patents in één zak stak. Maar dat is eruit gehaald geweest.

Jasper: En het dan volgens u een goede maatregel om het model in te voeren voor uitpatent geneesmiddelen?

Herman Van Eeckhout: Daar valt iets voor te zeggen. Wat men echter wel goed moet beseffen, is dat dit systeem maar kan werken als er concurrentie is. Er moeten verschillende aanbieders zijn. Als je zegt, zoals in Nederland gebeurd is, ik pak er één uit en de rest mag het vergeten, dan zal het aantal aanbieders er op termijn op achteruitgaan. Dus bij wijze van spreken: je zaagt zelf de tak af waarop je zit. En in die zin is leidt het misschien op korte termijn tot besparingen, maar ik denk dat het op middellange termijn niet sustainable is.

Jasper: Wat denkt u dat de effecten zijn op lange termijn. Stel nu dat het mdoel ingevoerd zou worden voor de bedrijven. Zouden er nog veel bedrijven overschieten? Want ik neem aan dat als één bedrijf de aanbesteding voor een bepaald product, neem de cholesterolverlagers,

voor een periode van drie jaar wint, zouden andere bedrijven dan hun fabriek laten openstaan, of hun machines laten staan, hun fabriek laten leegstaan, in de hoop om binnen drie jaar dan opnieuw te kunnen beginnen en dan de aanbesteding te winnen?

Herman Van Eeckhout: Zo zou ik niet redeneren. Bij mijn weten is er voor productiecapaciteit als such geen probleem. Zeker niet voor pillen, tabletten, comprimees. We spreken over België, dus over wat ze niet verkopen in België. Het is niet omdat ze in België niet weerhouden worden, dat daardoor die fabriek, die produceert voor een hele reeks landen, zal sluiten. De vraag is alleen: zullen ze zich nog willen op de Belgische markt begeven? Want loont het nog de moeite om zich op zo'n markt te begeven? Het leidt tot een vershraling van het aanbod. Dat is juist.

Jasper: Hoe verklaart u dat nadien dan het kiwimodel een stille dood is gestorven, want Stevaert bracht het met zoveel tromgeroffel in de media en uiteindelijk hebben ze het in geen enkele versie nog proberen door te voeren?

Herman Van Eeckhout: Dhr Stevaert had destijds zijn politieke kalender. En na verloop van tijd verzwakte zijn aandacht hiervoor, stelden we vast. Ja waarom? Het heeft niet gewerkt. De enigen die er beter van zijn geworden, zijn de advocaten omwille van alle procedures die er geweest zijn.

Jasper: Dirk Van Duppen, die klaagt in zijn boek heel erg de me-too geneesmiddelen aan. Denkt u niet dat er iets te vaak en te snel patenten worden uitgereikt aan nieuwe geneesmiddelen, want volgens Van Duppen zijn vele geneesmiddelen die een patent krijgen niet echt vernieuwend?

Herman Van Eeckhout: Opgelet, patent en innovatie zijn twee zaken die door elkaar gegooid worden. Brengt een geneesmiddel iets bij, is het innovatief? Dat heeft met patent als such niets te maken. Een patent heeft betrekking op een nieuwe stof: als die nog niet bestond, dan krijg je daar een patent op. Maar als die stof hetzelfde doet als wat er al bestaat of als de werkzaamheid vergelijkbaar is, want er



zullen altijd verschillen zijn, al dan niet beperkt, als de moleculen wijzigen, welke prijs gaat die krijgen? Die gaat hoogstens dezelfde prijs krijgen of lager. Als je kijkt naar de prijzen waaraan, bij voorbeeld in de klasse van de statines, Zocor op de markt gekomen was, dan naar de prijzen waarmee de volgende op de markt zijn gekomen, dan was de prijs dezelfde. Later is dan Lipitor op de markt gekomen: dat was eigenlijk aan een lagere prijs dan Zocor. Finaal is dan Crestor op de markt gekomen en dat was aan een nog iets lagere prijs. Maar ondertussen is het patent van Zocor vervallen.

Jasper: U bedoelt dan dat Crestor en Lipitor aan een lagere prijs dan Zocor oorspronkelijk was.

Herman Van Eeckhout: ja. Maar sindsdien is Zocor wel off-patent gegaan. En dan zijn de prijzen daarvan ineengestuikt. Eind van dit jaar, begin volgend jaar gaat Lipitor off-patent en dan gaan ook de prijzen van atorvastatine, de molecuul van Lipitor, ineensinken en gaan die naar hetzelfde niveau gaan als simvastatine, de molecuul van Zocor.

Jasper: Dirk Van Duppen die zou dan denk ik zeggen dat als Zocor uit patent is gegaan en de prijzen zijn enorm gekelderd, en je hebt dan nieuwe producten zoals Crestor en Lipitor die dan, al dan niet iets lager zijn dan Zocor. Een van die twee heeft volgens Dirk Van Duppen geen meerwaarde ten opzichte van Zocor. Hij vindt dat dan onbegrijpelijk dan je voor een duur product zou kiezen terwijl Zocor gelijkwaardig is en veel goedkoper.

Herman Van Eeckhout: De arts moet een keuze maken die de beste is voor zijn patiënt in de gegeven omstandigheden. Als hij kan kiezen tussen twee moleculen, de ene merkbaar duurder dan de andere, en hij meent dat ze bij zijn patiënt even goed zullen werken, dan is er geen reden om systematisch voor de duurste te kiezen. Maar als hij ervan overtuigd is dat voor deze patiënt de duurste beter zal zijn, dan moet hij zonder problemen de duurste kunnen voorschrijven.

Jasper: ik heb twee weken geleden Marleen Temmerman van de sp.a geïnterviewd. Sinds een jaar denk ik loven zij het plafondprijsmodel.

Naar eigen zeggen, de verbeterde versie van het kwimodel. Wat vind u van dat model?

Herman Van Eeckhout: Dat is de prijzen bepalen in functie van de prijzen in andere landen nietwaar ?

Jasper: Dat staat in alle artikels te lezen, maar ik heb het haar gevraagd en ze zegt dat er wel nog degelijk een openbare aanbesteding wordt uitgevoerd. Dat zei ze tegen mij, in dat interview. Waar ik ten eerste al niet goed een openbare aanbesteding zie te combineren met te kijken naar prijzen in de buurlanden..

Herman Van Eeckhout: Wel ik had begrepen dat het was: kijken naar de prijzen in de buurlanden.

Jasper: ja tegen mij zei ze dat ze wel degelijk een openbare aanbesteding zouden doen. En ja dat ze dan uiteindelijk dan een soort vork zouden gebruiken. Dan zouden alle geneesmiddelen wier prijzen zich binnen een bepaalde range bevinden terugbetaald worden. Stel nu dat ze inderdaad een openbare aanbesteding doen en nadien een range bepalen. Wat vind u dan van dat model? Want naar eigen zeggen is dat veel beter voor de industrie, voor O&O, voor de tewerkstelling omdat meerdere bedrijven dan mogelijkheid zouden hebben om...

Herman Van Eeckhout: Als men in-patents en off-patent met elkaar in één zak steekt, dan heb je hetzelfde probleem als daarvoor. Als het enkel off-patent zijn, dan is het al iets anders. Als je er verschillende toelaat binnen een range zodanig dat de keuze, dat het aanbod niet verschaalt, dat zijn stappen in een betere richting, laten we het zo zeggen. Maar strikt genomen heeft men dat niet nodig. Men heeft in België al een hele reeks mechanismes om de prijzen van off-patents naar beneden te krijgen. Er bestaan al een hele reeks zaken; en uit internationale vergelijkingen die wij gemaakt hebben, blijkt dat de prijzen in België van de merkgeneesmiddelen, off-patent, bij de laagste van Europa behoren.

Jasper: En van de generieken?

Herman Van Eeckhout: Dat varieert enorm. Daar zit enorm veel variatie op. Er zijn landen die merkkelijk goedkoper zijn voor generieken dan bij ons.

Jasper: Maar zou dat plafondprijnsmodel dan beter zijn voor O&O, tewerkstelling wanneer er een bepaalde range wordt toegelaten? Kent dat model een meerwaarde ten aanzien van het kiwimodel voor uitpatentproducten?

Herman Van Eeckhout: Voor mij was dat plafondprijnsmodel een vergelijking met andere landen, zo heb ik het altijd gelezen. Er zit een logica in in die zin dat men zegt als ik hier honderd betaal en ergens anders kan het voor tachtig, ja dan wil ik het hier ook voor tachtig. Ja daar zit een logica in. Maar aan de andere kant, en dat geldt dan voornamelijk voor in-patents, prijzen zouden best bepaald worden in functie van de draagkracht van de landen, van de bevolking. In die zin is het geen goede maatregel. Er zijn wel degelijk argumenten om te pleiten voor prijsverschillen tussen landen.

Jasper: omdat de koopkracht in bepaalde landen bijvoorbeeld lager is.

Herman Van Eeckhout: Ja. Als men prijsverschillen aanvaardt, ja dan zullen die geneesmiddelen in die andere landen, waar de koopkracht minder is, ook aan lagere prijzen op de markt gebracht worden. Maar als men zegt: neen, we gaan bij ons dezelfde prijzen toepassen als in andere landen, dan zullen de ondernemingen overal dezelfde prijs pogen te bekomen. En dan ondergraaf je eigenlijk de toegang van de plaatselijke bevolking tot de nieuwe geneesmiddelen in minder kapitaalcrachtige landen.

Jasper: Marleen Temmermans zei dat er evengoed naar heel Europa, naar de bric-landen ook zou kijken, naar heel de wereld. Dus..daar had ze blijkbaar niet zo'n uitgewerk idee over. Nu, ik neem aan als vertegenwoordiger van Pharma.be dat u dat plafondprijnsmodel wel probeertte bestuderen.

Herman Van Eeckhout: tuurlijk ja.

Jasper: En heeft u dan nergens een duidelijke versie, of eenuitgewerkt model kunnen bemachtigen?

Herman Van Eeckhout: Neen. Maar we hebben ons gebaseerd op wat we gevonden hebben in de kranten. En wat we gelezen hebben in documenten. Er er was duidelijk sprake een prijsvergelijking met prijzen in andere landen.

Jasper: En u hebt bijvoorbeeld nit naar de sp.a of zo gestuurd van mag ik eens een uitgewerkt voorstel..

Herman Van Eeckhout: Neen. Dat zat in hun verkiezingsmateriaal.

Jasper: Ik heb ook Joris Van Assche geïnterviewd en die zei ook dat dat precies een los concept was, een onuitgewerk idee. Er zijn veel verschillende versies. Ze geven er drie verschillende namen aan, en u heeft dus ook geen uitgewerkte versie van?

Herman Van Eeckhout: Neen, neen. Maar wat wij wel gedaan hebben, is ons daar op voorbereid. Prijsvergelijkingen gemaakt. Waaruit blijkt dat de off-patengeneesmiddelen, de merkeneesmiddelen in België de goedkoopste zijn van heel Europa.

Jasper: Want ik neem aan dat wanneer de sp.a zou kijken naar de buurlanden bijvoorbeeld dat in Duitsland en in Nederland waar ze een soort van openbare aanbesteding doen per molecule enz., waar sommige geneesmiddelen een heel erg lage prijs hebben, dat als ze daar zouden kijken...dat dat wel een problematisch zou kunnen zijn.

Herman Van Eeckhout: Dat betreft de generieken.. De generieken zullen inderdaad het meeste last hebben.

Jasper: Maar nog steeds vindt u een openbare aanbesteding te doen voor de uitpatentgeneesmiddelen permolecule?

Herman Van Eeckhout: Ik ben niet voorstander van openbare aanbesteding. Omdat het een korte termijn maatregel is. Het ondergraaft de keuze.

Jasper: Ook voor uitpatent geneesmiddelen?

Herman Van Eeckhout: Ook voor off-patent geneesmiddelen. Als ik moet kiezen, dan enkel voor off- patents en enkel per molecule. Maar op termijn ondergraaf je uw aanbod en zaag je de tak af waarop je zit. Dus, ik denk dat het op termijn geen sustainable model is. Ook niet voor off-patents.

Jasper: De uitgaven voor geneesmiddelen zijn erg hoog en lijken steeds moeilijker te dragen voor de gemeenschap.

Herman Van Eeckhout: dat is zever, dat is niet waar. Zeg maar, doe maar verder.

Jasper: Als het kiwimodel geen goede oplossing is om structureel te besparen, wat dan wel? Maar kan u toch eerst even verklaren waarom dat zever is.

Herman Van Eeckhout: Wel de uitgaven voor geneesmiddelen, hoeveel zijn ze? Vier miljard voor de ziekteverzekering. Geneesmiddelen zijn nu al jaren de traagst stijgende sector binnen de ziekteverzekering. Iedereen beweert het omgekeerde. Maar dat is niet waar. Het aandeel van de geneesmiddelen in de budgetten van de ziekteverzekering gaat sinds 2005 systematisch elk jaar achteruit. En wij zitten met de laagste gemiddelde jaarlijkse toename van de uitgaven van de hele ziekteverzekering.

Jasper: Oké, maar nog steeds zijn de uitgaven vrij zwaar, zeker in perioden van crisis waarin we ons nu bevinden, ook voor de overheid. De gezondheidszorgbegroting staat geregeld in het rood. Welke structurele besparingen zouden er nu kunnen doorgevoerd worden in de geneesmiddelensector die er nu nog niet zijn?

Herman Van Eeckhout: Daar zijn we volop over aan het nadenken in het kader van de budgetonderhandelingen, maar daar wens ik niet verder over uit te weiden.

Jasper: Joris Van Assche die zegt de generische sector meer stimuleren

Herman Van Eeckhout: Dhr Van Assche spreekt uiteraard voor zijn eigen winkel.

Jasper: Uiteraard, maar wat vindt u daarvan?

Herman Van Eeckhout: De goedkope geneesmiddelen stimuleren. Want dat zijn niet enkel de generische geneesmiddelen. De goedkope geneesmiddelen zijn degene die in het referentieprijzensysteem zitten. Daar zitten ook de originele geneesmiddelen bij die de prijsconcurrentie met de generica aangaan. Dhr Van Assche zegt dat het marktaandeel van de generica in België laag is in vergelijking met de andere landen, wat op zich juist is. Maar wat hij er niet bij zegt, is dat in tegenstelling tot andere landen, hier in België de *original brands* mee de prijsconcurrentie aangaan. Dat is de reden waarom ze de laagste prijzen in Europa hebben, want in andere landen gebeurt dat niet. En als je hun marktaandeel meerekent, dan hebben de goedkope geneesmiddelen een evengroot marktaandeel als de generieken in andere landen.

Jasper: Tot slot. Vindt u het referentietrugbetalingssysteem een betere maatregel?

Herman Van Eeckhout: Ja want euhm..

Jasper: Of vind u dat een goede maatregel?

Herman Van Eeckhout: Ja, het is een goede maatregel want het ondergraaft het aanbod niet. Het maakt de prijzen goedkoper, merkelijk goedkoper. Als een molecule off-patent gaan, gaat er van de ene dag op de andere ongeveer 45% van de prijs af. En dat is dan in het begin, de volgende jaren kalft de prijs verder af. En dat heeft al belangrijke besparingen opgeleverd. En bovendien, het blijft

besparingen opleveren. Het is een sustainable systeem. Elk jaar gaan er nieuwe geneesmiddelen off-patent. Ik denk dat voor volgend jaar er een kleine 100 miljoen besparingen komen doordat producten off-patent gaan. Wij zijn de enige sector in de hele ziekteverzekering die zo'n structurele besparingen oplevert.

Jasper: Bedankt voor dit interview.

Bijlage 8. Interview met Joris Van Assche op donderdag 7 juli.

In Wilrijk.

Jasper (J): Dirk Van Duppen, de arts die het kiwimodel in België bekend heeft gemaakt, beweert dat het kiwimodel enkel voordelen heeft: de overheid en de patiënt zouden minder geld uitgeven, onnodige en misleidende reclame en marketing zouden onnodig worden, enkel echt innoverende geneesmiddelen zouden nog terugbetaald worden enz. Enkel de aandeelhouders van de grote farma-multinationals zouden er nadelen van ondervinden, aldus Dirk Van Duppen. Wat zijn volgens u de grootste nadelen van het Nieuw-Zeelandse systeem?

Van Assche (V): Vanzelfsprekend ken ik niet alle details van het Nieuw-Zeelandse systeem; ik ben er bijvoorbeeld ook nooit geweest. Wat ik wél vaststel is dat naargelang men iets wil bewijzen of benadrukken, men het ene dan wel het andere element uit het Nieuw-Zeelandse systeem naar voren brengt en daar dan de focus op zet. Het is nooit allemaal positief en nooit allemaal negatief. Overigens gaat het Nieuw-Zeelandse model niet alleen over geneesmiddelen waarvan het octrooi is afgelopen; dat is veel breder. Dat gaat ook over geneesmiddelen die nog onder octrooi zijn. Als er in een bepaalde therapeutische klasse zowel postoctrooi- als octrooigeneesmiddelen zijn, dan bekijken ze terecht in de schoot van die klasse welk geneesmiddel het meest kosten-efficiënt is. Maar bij het aanbestedingsmodel op zich heb ik toch ernstige bedenkingen, zeker als je kijkt naar wat ook in Nederland en Duitsland gebeurt; iedereen die met mij professioneel in contact komt weet dat. Er zijn daar een aantal bezwaren rond, en die werden ook bevestigd in de telefonische interviews die ik heb gehad met managers uit de generieke sector die in Nieuw-Zeeland werken. En je ziet die bezwaren nu ook in Nederland opduiken, waar onder meer de kwaliteit van de zorg voor de patiënt er op achteruit gaat; zeker ten



opzichte van het huidige Belgische systeem. In Nederland bijvoorbeeld worden om de x periodes zo'n aanbestedingen of offertes gedaan, waarbij er een grote kans bestaat dat er een ander winnend bedrijf uit de bus komt. Dit betekent dat de patiënten regelmatig moeten veranderen van geneesmiddel; ook al gaat het om dezelfde molecule, voor de patiënt ziet het geneesmiddel er iedere keer weer anders uit; het zit in een ander doosje, heeft een andere kleur, vorm smaak etc. Dit is vooral voor oudere, gepolymediceerde patiënten een zeer ernstig probleem, en leidt onvermijdelijk tot verminderde therapietrouw. Meer en meer wordt trouwens aangenomen dat een gebrekkige therapietrouw een grote "hidden cost" voor de gezondheidszorg oplevert. Dit probleem wordt nog geamplifieerd door allerlei leverings- en stockageproblemen bij de apothekers en / of de grossisten, niet in het minst omdat zo'n aanbestedingssysteem werkt met "alles of niets" scenario's. Een tweede bedenking die ik mij maak aangaande aanbestedingsmodellen betreft de kwaliteit van de producten zelf, en dit omwille van de extreme prijsdruk. Informeel werd mij gezegd dat de standaarden die in Nieuw-Zeeland gehanteerd worden, waarschijnlijk de Amerikaanse of Europese normen niet halen...maar ik kan die bewering niet substantiëren. Wat ik wel zie is dat in Nederland de minister van volksgezondheid (brandalarm gaat af: wij blijven zitten) daar een brief over heeft geschreven naar het parlement omdat hij zich wel degelijk zorgen maakt over de kwaliteit van bepaalde laaggeprijsde producten. Ik zie ook dat nieuwe directie van het FDA recent aangegeven heeft dat door de veelheid aan leveranciers van API's, van grondstoffen etc. - , voornamelijk in Azië - het systeem gewoon niet meer te controleren valt op zijn kwaliteit. Door de extreme prijsdruk dreigt deze problematiek alleen maar aangescherpt te worden, meer bepaald als er opportunistische spelers op de markt komen, die niet geïnteresseerd zijn in een lang-termijn relatie met de patiënt en de overheid. Maar langs de andere kant moeten we ook zeggen dat er in Nederland en in Duitsland tot nu toe nog geen notoire accidenten zijn gebeurd die te maken zouden hebben met de kwaliteit van de producten die geleverd worden in het kader van dergelijke aanbestedingsmodellen. Maar ik denk toch dat ze daar onnodige risico's aan het nemen zijn.

J: Maar als het moeilijk is om de kwaliteit van de geneesmiddelen te achterhalen die niet hier, of weet ik veel waar geproduceerd worden, dan is dat nu toch ook nog steeds het geval?

V: Dat is een heel goede vraag. Punt is echter dat aanbestedingsmodellen vaak leiden tot kunstmatige en extreme prijsdalingen, zeker als het gaat om "multisource"-producten met een beperkte levensduur. Zo zijn de prijzen in Nederland bijvoorbeeld voor Simvastatine, op een of op twee na, de laagste ter wereld. Wat dreigt er dan? Dat er opportunistische spelers op de markt komen die eigenlijk alleen maar in dat soort activiteiten geïnteresseerd zijn en niet investeren in een relatie op middellange en lange termijn; en nog minder bereid zijn investeringen te doen in het op de markt zetten van nieuwe generieke geneesmiddelen en / of biosimilars, hetgeen overigens een zeer dure aangelegenheid is. Als prijzen extreem dalen, ...moet je ergens op compenseren. En waar ga je dan op compenseren? Misschien wel op kwaliteit. Maar nogmaals, een "klassiek" farma - bedrijf, zowel een generiek als een origineel, heeft er natuurlijk belang bij heeft om lang op de markt te blijven en zijn goede reputatie te behouden. Die gaan zich daar niet aan wagen. Een opportunistische speler, dat is nog iets anders natuurlijk. (Van Assche vermeldt dat hij het uittypen van dit interview op voorhand wil zien)

J: Ik heb enkele weken geleden Jacques Germeaux van de VLD geïnterviewd.

V: is die nog actief? Geweest he?

J: Die is nu niet meer actief, die is nu gewoon huisarts. Die zegt over die stockproblemen, ja..die zegt van dat is niet inherent aan het kiwimodel. Dat heb je nu ook die stockproblemen.

V: Daar spreek ik hem formeel tegen. Stockproblemen zijn er inderdaad altijd. Maar die worden fameus uitvergroot door kiwi- of aanverwante modellen. Dat gebeurt zélf s op de vaccinmarkt, waar er soms ook met aanbestedingen gewerkt wordt, vraag dat maar aan Kind & Gezin. Er zijn meerdere oorzaken voor die

leveringsproblemen, die allemaal op een of andere manier voortspruiten uit het feit dat er in kiwi- of gelijkaardige procedures uiteindelijk maar *één* kanaal gebruikt wordt om het geneesmiddel te leveren; daar waar normaliter het geneesmiddel via *meerdere* kanalen (meerdere fabrikanten) op de markt wordt gebracht. Zo gebeurt het bijvoorbeeld dat een bedrijf dat als winnaar geselecteerd wordt in een aanbestedingsprocedure, plots problemen krijgt met zijn eigen leverancier...met moet dan overschakelen naar een of meerdere andere bedrijven, die op dat ogenblik geen preferente leverancier meer zijn; dat brengt natuurlijk de nodige problemen met zich mee. Ook gebeurt het dat men aan het einde van de "geselecteerde" periode men gewoon zijn stock uitverkoopt, in afwachting dat er een nieuwe aanbesteding georganiseerd wordt; ook hier vallen er natuurlijk gaten in de beleving van de markt. Sowieso stel je in Nederland vast dat omwille van de extreem lage prijzen geneesmiddelenfabrikanten steeds minder geneigd zijn om nog in voorraden te investeren.

J: Luc Slegers heeft indertijd toen het kiwimodel opkwam het argument gebruikt dat de apothekersmarge zou verdwijnen. Volgens Dirk Van Duppen zou dat nu opgelost zijn omdat de apothekers sinds vorig jaar een andere basis van vergoeding hebben..

V: Luc Slegers had indertijd gelijk maar anno 2011 ligt de waarheid in het midden. Sinds een goed jaar hebben de Belgische apothekers immers een nieuw vergoedingssysteem. 80 % van hun inkomen is inderdaad onafhankelijk van de prijs van het geneesmiddel. 20 % van het inkomen dat zij uit een geneesmiddel betrekken is echter nog steeds een percentage van de officiële prijs; het gaat hier om de zogenaamde economische marge. Dus: hoe lager de prijs (bijvoorbeeld door een kiwi-procedure), hoe lager de economische marge van de apotheker nog steeds zal zijn. Maar dat alles brengt mij wel op een ander punt, waar maatschappelijk moet worden over nagedacht. Het is namelijk zo dat in kiwi - landen de prijzen van geneesmiddelen extreem laag zijn. De fabrikant, die nochtans industriële risico's heeft genomen verdient hier niets of zo goed als niets aan; in Nederland verdient hij op een doosje simvastatine bijvoorbeeld slechts 2 euro; de Nederlandse apotheker strijkt voor

het afleveren van hetzelfde doosje echter een "afleveringsvergoeding" op van ongeveer 7 euro. Dat is niet meer evenwichtig, en hier moet een maatschappelijk debat over gevoerd worden. Het gaat hier om een serieuze beleidsvraag. Daarnaast blijft natuurlijk de vraag hoe het komt dat de fabrikanten zo'n lage prijzen aanbieden in "kiwi"- of gelijkaardige systemen. Dit heeft in essentie met het volgende te maken: geneesmiddelen (waarvan het patent afgelopen is) zijn multi-source producten (d.w.z. met meerdere aanbieders), met een beperkte commerciële levensduur. Door het opzetten van de kiwi-procedures worden de fabrikanten voor "alles of niets"-keuzes geplaatst. Statistisch gezien is het immers bijna altijd zo dat één van de deelnemende bedrijven absoluut van zijn voorraad af wil, omdat die stilaan tegen de commerciële vervaldatum aankomt. Dit bedrijf staat dan voor de "alles - of - niets" - keuze: ofwel niet deelnemen, en met de stock blijven zitten en betalen voor de vernietiging in een gespecialiseerde oven; ofwel zijn product aan een zeer lage prijs aanbieden, waardoor men zeker is dat men de procedure wint en het product alsnog kan afzetten waardoor de kosten voor vernietiging nog vermeden kunnen worden. Het eerste, winnende bedrijf verkoopt bijgevolg zijn stock uit, waarna de bedrijven die de eerste keer niet geselecteerd werden in de volgende rondes op hun beurt voor "een alles of niets" keuze worden geplaatst, zeker als ook voor hen de voorraad stilaan zijn commerciële vervaldatum nadert. Gevolg van dit alles is dat er zeer snel een negatieve prijsspiraal op gang komt. Maar zo'n systeem is niet duurzaam op termijn, zeker niet als het pan-Europees zou toegepast worden. Geen enkele investeerder is bereid hier op lange termijn zijn business-model op te bouwen; dit model genereert onvoldoende perspectieven om nog te investeren in het op de markt brengen van nieuwe generieke geneesmiddelen, laat staan het op de markt brengen van - zeer dure - biosimilars. Op korte termijn kunnen een aantal opportunistische spelers er wel garen uit spinnen; tevens kunnen een aantal zeer grote spelers - met een langere financiële adem - van de gelegenheid gebruik maken om de concurrentie pogen uit te schakelen. Dit laatste fenomeen schijnt zich voor te doen in Duitsland, waar de markt meer en meer gedomineerd wordt door een handvol grote spelers; de vraag is echter maar zeer of hierdoor op

termijn de concurrentie niet uit de markt zal verdwijnen; je hebt immers altijd een minimum aantal spelers nodig om voldoende competitie op de markt te houden.

J: Wat vind u van de uitspraak van Leo Neels die zei dat het model misschien wel mogelijk is voor generische geneesmiddelen, maar zeker niet voor onderpatent geneesmiddelen?

V: Ja, wanneer heeft hij dat gezegd?

J: 2005

V: Ondertussen is er veel veranderd. Ik denk dat Leo Neels in een interview met Trends, vorig jaar, zich ook radicaal tegen de kiwi heeft afgezet, ook voor de postoctrooimarkt. Dus ook voor de generieke markt. Want in de generieke markt zitten niet alleen de echte generieke spelers, maar zitten natuurlijk ook de originelen waarvan het patent is afgelopen. Dus die verwijzing naar de uitspraak van Leo Neels is gewoon factueel achterhaald: in recenter interviews heeft hij dat niet meer gezegd. Hoe is dat nu geëvolueerd? In 2004-2005 - was het idee van Dirk Van Duppen - om een kiwi te organiseren per, therapeutische klasse. Dus niet op het niveau van één molecule, maar bijvoorbeeld op het niveau van vier-vijf molecules in een therapeutische klasse, bijvoorbeeld de klasse van de cholesterolverlagers. Daar heb je er een aantal die niet meer onder patent zijn en een aantal die wel nog onder patent zijn.. Vanuit pharma.be was hier sterke tegenstand tegen omdat voor hen het grootste deel van de omzet komt uit producten die nog onder octrooi zijn. Die hebben dan ook hemel en aarde bewogen om de producten die nog onder octrooi zijn, onder patent dus, uit die aanbestedings- of kiwiprocedures te halen. En daarin zijn ze ook geslaagd. Dus de Nieuw-Zeelandse kiwi is het sowieso nooit geweest in België want in Nieuw-Zeeland houden ze wel ook rekening met de octrooigeneesmiddelen.

J: Welke zijn volgens u de struikelblokken die de invoering van het oorspronkelijke kiwimodel, zoals het ooit door Van Duppen

geïntroduceerd is, welke zijn de struikelblokken die dat verhinderd hebben?

V: Dat is een beleids- issue. Nieuw-Zeeland is letterlijk een eiland in de wereld, waar haast geen farmaceutische industrie is, en er door de farma-industrie zo goed als niets meer geïnvesteerd wordt. Pharmac onderhandelt er - zeer behendig overigens - over de goedkoopste prijs die men bereid is te betalen voor geneesmiddelen die men van ergens anders in de wereld importeert (al dan niet productieoverschotten).. Maar ze hebben geen industriële politiek ten aanzien van de geneesmiddelenindustrie. Dus wat hen interesseert, is om op korte termijn iets te halen. Wat hen niet interesseert is om een partnership met de farmaceutische industrie op te bouwen. En dat is nu precies wat men in België wel wenst te doen. De Belgische overheid heeft de kritieken van de klassieke farma t.a.v. "de kiwi" - minstens voor een deel - aanvaard en finaal een aantal plannen opgeborgen, onder meer omdat zij ervan overtuigd is dat dit nadelig zou zijn voor het investeringsklimaat voor de grote farmamultinationals die in België zeer belangrijke vestigingen hebben. Dat is volgens mij de kern van de zaak.

J: Maar volgens Dirk Van Duppen zou je nog steeds voor innoverende geneesmiddelen uw geld kunnen terugverdienen. Je krijgt nog steeds uw patenten.

V: Ja maar dan is hij daar niet logisch met zichzelf. Vroeger zei hij dat het Nieuw-Zeelandse model zowel op de inpatents als outpatient betrekking had. Nu zegt hij blijkbaar "voor de inpatents wil ik dan wel betalen". Vroeger zei hij dat niet zo. In zijn boek wou hij dat eigenlijk per therapeutische klasse doen. Dus het echte Nieuw-Zeelandse model.

J: Maar ik denk dat hij zegt: ik wil betalen voor patenten, als die geneesmiddelen echt innoverend zijn. Want..is er echt maar een geneesmiddel op de markt. Als een geneesmiddel een patent heeft, maar er zijn generische geneesmiddelen van op de markt dan heeft dat geen meerwaarde en moet dat ook zo niet behandeld worden.

V: Oké, dat is nu genuanceerd.

J: Welke zijn de effecten van de aanpassingen die aan het oorspronkelijke model werden gedaan, voor de generische sector? Dus doordat ze de onder patent geneesmiddelen hebben uitgesloten in het kiwilightmodel. Wat zijn de effecten daarvan of wat zouden de effecten zijn geweest voor de generische sector specifiek?

V: Wacht, dus u zegt ze hebben het kiwilight..

J: het kiwilightmodel dat heeft ervoor gezorgd dat de geneesmiddelen die onder patent zijn nooit in een openbare aanbesteding worden opgenomen. Wat zouden, mocht zo'n model ingevoerd worden, dus dat de geneesmiddelen onder patent met rust worden gelaten, wat zouden de effecten zijn, specifiek voor de generische sector?

V: Alvast gefeliciteerd, met de voorafgaande research. Dan krijg je het model waarbij dat de kiwi of dat aanbestedingsmodel echt alleen op de post-octrooimarkt speelt. Ik zal het een beetje plastisch zeggen: als je dat pan-Europees zou toepassen, dan gaat de generieke industrie, die de motor is van de concurrentie, naar de haaien. Dat is een model dat u niet toelaat van nog op lange termijn te investeren, In een kiwi worden de prijzen door het systeem "van alles of niets, artificieel op een heel laag niveau gebracht. Je komt opportunistische spelers tegen, maar ernstige bedrijven zullen op de duur afhaken. Een serieus generiek bedrijf zorgt er voor om ook in de toekomst nieuwe generieke en biosimilar geneesmiddelen op de markt te brengen. Met een kiwi kan je die investeringen gewoon niet meer doen; bovendien komt het voortbestaan van de concurrentie onder druk. De Europese commissie is daar ook mee bezig op dit moment, omdat en daar ben ik het volledig mee eens, de kiwi geeft een heel spectaculair effect op korte termijn: prijsdalingen. En dat is wat men in Nederland en in Duitsland gedaan heeft. Maar wij zeggen dat daar op middellange en lange termijn problemen mee gaan komen. De Europese commissie en de lidstaten willen daar natuurlijk naar kijken want : welke beleidsoptie moeten zij nemen? Trouwens, de London School of Economics is daar op dit ogenblik

ook mee bezig, in opdracht van de Europese Commissie; en ook deze onderzoekers beginnen in te zien dat er problemen kunnen rijzen.

J: Ik ben eergisteren Marleen Temmerman van de sp.a gaan interviewen. De sp.a, sinds een jaar denk ik, loven ze het plafondprijsmodel, dat een verbeterde versie, naar eigen zeggen, van het kiwimodel. Wat vindt u daarvan?

V: Ik ken het plafondprijsmodel niet, ik bedoel ik ken er de details niet van. Als ik het in de krant enzo lees, maar ik krijg daar nooit een serieus idee van wat het nu precies is.

J: Volgens haar wordt er ook een openbare aanbesteding gedaan, is het heel gelijkaardig aan het kiwimodel: er wordt een openbare aanbesteding gedaan, maar in plaats dat enkel de goedkoopste producent het monopolie zou krijgen, zou er zagezegd een vork zijn van tussen de gemiddelde prijs en de laagste prijs en zouden alle producenten die daartussen vallen hun producten mogen verkopen én terugbetaald worden.

V: Ik heb ook al een andere dingen gezien, dat ze kijken naar de prijzen in het buitenland.

J: Dat is wat in alle artikels staat, maar ik vroeg het haar dus..want van een aanbesteding lees ik nergens iets van maar..

V: Eerlijk gezegd zou ik het natuurlijk graag willen weten, maar ik heb er nog nooit een volledig sluitend antwoord op gehad. Het concept staat volgens mij nog niet voor honderd procent vast. Ik denk dat dat wat vage ideeën zijn. Maar wat zeker op de achtergrond meespeelt, dat is dat ze zeggen van: kijk, blijkbaar... de kiwi is hier vastgelopen. Eén. Twee, zeggen ze, blijkbaar kan het toch in Nederland wel. En dus op een of andere manier, zeggen ze, in andere artikels, gaan we naar die prijzen in het buitenland kijken, en in functie daarvan stellen we prijzen vast hier in België. En dan mag iedereen wel meedoen. . Dat is wat ze zeggen. Dat is nu zo wat de laatste versie zegt, voor zover ik begrepen heb.. Ik vind het op zich volstrekt legitiem dat een politicus zich vragen stelt bij het



prijverschil tussen België en Nederland. Maar waar ik het heel moeilijk mee heb, is dat Nederland in dit dossier gewoon geen deugdelijk referentiepunt is; bovendien zijn de omstandigheden totaal anders, en ligt het volume aan generieke geneesmiddelen in België veel lager dan in Nederland. Je kan het ene volstrekt niet met het andere vergelijken. Om het karikaturaal te stellen en te verwijzen naar een andere discussie: het is toch niet omdat de lonen in België hoger zijn dan bijvoorbeeld in Duitsland, Roemenië of China, dat men het er onmiddellijk mee eens is dat het niveau van de lonen in België moet teruggebracht worden naar het Duitse, Roemeense of Chinese niveau?

J: Een dag nadat het KB door Demotte ondertekend werd, ontving de minister pas mensen van FeBelGen. Dat stond in de krant. Daar waren jullie niet mee opgezet. Hebben jullie dan niet voldoende jullie standpunten duidelijk gemaakt aan de minister? Of waarom heeft de minister zo weinig rekening gehouden met jullie argumenten?

V: Ja ik was daar behoorlijk boos over. Dat heeft u waarschijnlijk gelezen. Er is ook een heel praktisch element. Dat is gebeurd in de jaren 2005-2006. Ik ben begin 2006 aan boord gekomen, helemaal alleen. Dat was als David tegen Goliath ( nu zijn we met vijf mensen). Hoe dan ook, kort nadat ik aan boord gekomen was het spel gespeeld. In april 2006 lag het kiwi KB daar. En ik was daar echt boos voor, maar dat is al lang vergeten. Ik had die week een afspraak met hen; die afspraak is wel doorgegaan, maar dan een dag na de publicatie in het staatsbad en dat vond ik niet fair. Nu kijk, ondertussen zijn we vijf jaar verder zeker. Wij leren ook bij.

J: Hoe verklaart u dat het kiwimodel nadien dan een stille dood is gestorven?

V: Ik zie de hele zaak veeleer als als een politieke communicatie-aangelegenheid. Dirk Van Duppen heeft vanuit een persoonlijke, ideologische, gedrevenheid de kiwi op de agenda gezet. sp.a heeft dat dan overgenomen, toen vooral met Steve Stevaert die kiwi's op de tram en op de trein is gaan uitdelen; dat was natuurlijk een goede

communicatie-stunt. In die jaren 2005-2006, werden er bovendien ook nog petitie's enz. opgezet. Ik kan overigens perfect begrijpen dat de doorsnee - burger denkt: waarom kunnen die prijzen hier niet naar beneden? Dan is er een hele strijd geweest om het kiwimodel effectief in een wettelijke basis te gieten. Uiteindelijk, na lange lobby van Pharma.be, zijn de octrooigeneesmiddelen eruit gegaan. De kiwi was dus in twee gesneden. In het Frans is daar een heel mooie uitdrukking voor: "fort avec les faibles et faible avec les forts". Men dacht: Pharma.be, de octrooigeneesmiddelen, daar blijf je van af en de rest zullen we proberen aan te pakken. Bleef dus wel nog over: de post-octrooigeneesmiddelen, waar de kiwi wél op van toepassing werd gesteld. Maar die is in een totale juridische impasse verzeild geraakt.

J: Wat waren concreet de grootste problemen, juridisch dan?

V: Ja juridisch, het grote probleem was dat de regels constant veranderden. Je wist niet waarover het ging. Bijvoorbeeld: er kwamen nieuwe spelers op de markt: mogen die meedoen, mogen die niet meedoen? Allemaal geen antwoord op. Of vandaag antwoord A, morgen antwoord B. Maar die antwoorden hebben natuurlijk wel een impact op de prijsvoorstellen die een deelnemend bedrijf wenst te doen. En daarop is het uiteindelijk ook helemaal afgegaan. Dat hebben wij ook gezegd: we hebben dat ook in de kranten zo verklaard. Dat was juridisch allemaal wel heel sterk bekeken: als het zo zit, dan gaan wij het niet doen.

J: Jullie hebben dan een boycot gedaan, of de generische producenten..

V: Neen, wij hebben juridisch correct gehandeld, onder meer op basis van een beslissing van het arrest van het hof van beroep in Brussel dat gezegd heeft dat wat de Belgische staat daar toen gedaan had met de regels, dat dit onbehoorlijk bestuur is. Nu dat is een juridisch wel heel relevant begrip. En in die context hebben wij gezegd : dan spelen wij niet meer mee. Dat is geen boycot. Maar daar werd een andere perceptie van gemaakt. Bovendien waren er ook politici die aanvankelijk niet afkerig waren van de kiwi waren

zoals Luc Goutry, maar die toch hun opinie zijn gaan nuanceren. In een opiniestuk in de Morgen vergeleek hij de situatie met een wielervoer: ze vragen aan de grote ploegen om mee te rijden; met die grote ploegen maakt men dan een arrangement, zodat ze uiteindelijk niet moeten meerijden. En dan is er uiteindelijk nog één prutsploegske dat overblijft en die moeten het uitvechten... Maar bij ons ging het om juridische argumenten, waardoor wij besloten hebben niet deel te nemen aan de kiwi.

J: heeft dat gewerkt, dat niet meespelen? Want uiteindelijk heeft er toch iemand..

V: uiteindelijk heeft..MSD meegedaan en dus er is een prijsverlaging geweest van 35 %. Die wij ook gevolgd hebben, omdat we wettelijk verplicht waren. Dan was er alweer een ander juridisch probleem, want de generieken dreigden aan dezelfde prijs minder goed terugbetaald te worden...hetgeen vanuit juridisch standpunt neerkomt op een discriminatie.

J: Wel dus in het begin zou de winnaar, dus Zocor zou aan 75 % terugbetaald worden, en de andere cholesterolverlagers aan 50 %. Nadien heeft, en ik heb daar nergens iets over gelezen, want ik heb daar niemand die daar iets over weet, heeft minister Demotte na onderhoud met jullie beslist om ze allemaal aan 75 % terug te betalen. Hoe komt dat eigenlijk?

V: Omdat men juridisch met een probleem zat.

J: En differentiële terugbetaling, mag dat dan niet, juridisch?

V: Neen, het kader was er in ieder geval niet klaar voor. En dat heeft te maken met heel de RIZIV-reglementering. Dus een generiek mag nooit duurder zijn dan een origineel. Nu, het origineel Zocor, had zich op een bepaalde prijs gezet. Dus wij generieken, moesten allemaal op die prijs gaan staan. Maar Zocor werd terugbetaald in B, en de generieken in C, of..ik denk dat het dat was. Maar dat is discriminatie. En dat wist men goed. Maar ik denk dat er daarna een zeer sterk politiek besef is gegroeid, los van de juridische aspecten:

dit is niet de goede weg om met de generieke sector om te gaan. En partijen zoals de PS, die nemen kiwi nu niet meer in hun programma op. De socialistische ziekenfondsen, die nemen kiwi niet meer in hun programma op.

J: En hoe verklaart u dat? Door het besef..

V: Wel, niemand heeft dus nog zin in zo'n juridisch monster. Ten eerste. En ten tweede denk ik ook dat er een veel breder politiek besef is gegroeid, dat de kiwi misschien wel een leuke communicatiestunt was...vooral getrokken door Steve Stevaert, maar dat je daarmee eigenlijk het duurzame voortbestaan, van de generieke sector op de helling zet.

J: Dus u denkt dat politieke partijen op lange termijn denken?

V: (lacht) Ja wie denkt er op lange termijn, dat is nog iets anders. Maar ik denk dat ze er voorlopig niet meer in geïnteresseerd zijn. Behalve sp.a, die dat Colruytmodel nu heeft.

J: Ja, of plafondprijs model, of margemodel. Ik heb al drie verschillende namen gehoord.

V: En drie verschillende versies ook?

J: Neen, het is altijd dezelfde versie. Maar over openbare aanbesteding staat nooit iets van in. Maar dat heeft Marleen Temmerman dan wel tegen mij gezegd, dat het dan blijkbaar wel een openbare aanbesteding is. En dat ze niet echt zullen kijken..

V: Maar dat is dan ook nog niet helemaal juridisch onderbouwd, denk ik.

J: maar het principe ik denk niet dat je daar een jurist voor moet zijn, allé, ik neem aan dat dat we kan een openbare aanbesteding, juridisch, aangezien het in Nederland en Duitsland dan toch voor een deeltje toegepast wordt.

V: Jaja, maar juridisch gezien ligt zoiets toch wel veel complexer dan dat...

J: ..maar onder Onkelinx zou er een rapport uitgevoerd zijn door een advocatenkantoor DeBacker, waaruit dat wel blijkt dat, met veel aanpassingen, dat het juridisch alleszins haalbaar zou zijn.

V: Maar dat rapport laat alles blauw, blauw ; het is een beetje warm en koud blazen tegelijkertijd. . Maar in ieder geval, zijn ze ervan afgestapt en; er zijn ook dingen zoals in Nederland die Dirk dan minder naar voor brengt; het Nederlandse preferentiebeleid wordt bijvoorbeeld gerund door private verzekeraars die volgens mij niet echt bekommerd zijn over de long term en de langetermijn sustainability van gezondheidszorg. Die willen op korte termijn geld verdienen. En ik krijg ook informele berichten vanuit Duitsland dat ook daar de organisatoren van het systeem wel inzien dat het systeem mogelijks perverse effecten heeft voor de industrie zelf. En niet alleen voor de industrie maar uiteindelijk ook voor de concurrentie en de markt.

J: De uitgaven voor geneesmiddelen, ik zal een laatste vraag stellen, en dan kan u gaan, de uitgaven voor geneesmiddelen zijn erg hoog en lijken steeds moeilijker te dragen door de gemeenschap. Blijft het kiwimodel dan geen goede oplossing voor de hoge uitgaven? Indien neen, op welke wijze zou er dan wel beter structureel bespaard kunnen worden in de geneesmiddelensector?

V: Ja, de uitgaven stijgen in de geneesmiddelensector en het geneesmiddelenbudget gaat inderdaad over kolossale bedragen. Maar je hebt een verschil tussen wat je noemt de ambulante markt en de ziekenhuismarkt. Wij zitten vooral op de ambulante markt. Waar de uitgaven in ieder geval veel minder stijgen, als ze al stijgen, ik denk dat we voor 2011 uitkomen voor heel de ambulante markt, tussen een en twee percent. Dat is minder dan de inflatie En veel minder dan veel andere sectoren in de gezondheidszorg. Voor de generieken denk ik dat wij aan 1 %, 0% gaan zitten. Want wij hebben elk jaar andere prijsdalingen In de ziekenhuismarkt is er inderdaad een immens probleem. Die groeit met 100 miljoen euro per jaar,

ongeveer, de uitgaven. Dus ik denk dat, dat er daar speciale dingen moeten gaan gebeuren. Wat Di Rupo nu in zijn nota heeft gezet, en dat vind ik absoluut niet slecht: dat is veel meer overgaan naar forfaitaire financiering in de ziekenhuizen. Gewoon zeggen, kijk als je dat geneesmiddel wilt, of die aandoening hebt voor uw patiënt (daar kun je allemaal nog over discussiëren), dan krijg het ziekenhuis een vooraf bepaald bedrag, waarmee dan de nodige geneesmiddelen aangekocht moeten worden. Ik denk dat er in onze sector onder bepaalde omstandigheden iets kan gedaan worden voor een aantal nieuwe moleculen die uit octrooi komen, die enorm duur zijn; klassiek geven wij, wanneer het generiek komt, onmiddellijk 44 % in op de prijs ; na vier jaar moet het al minstens 50 % goedkoper zijn. Maar als dat gaat over zeer dure moleculen en/of met een zeer groot volume, dan is daar misschien wel meer te doen, in overleg en eerst op voorwaarde dat er voldoende waarborgen komen voor een stevig volume aan generieke geneesmiddelen. Dan denk ik dat daar wel iets kan gebeuren.

J: En in de niet-generische sector? Kan er daar bespaard worden en hoe? Hoe zou u structureel besparen? Dus u heeft meer forfaitaire werkwijze in de ziekenhuizen, plus dan voor die grote volumes en extreem dure geneesmiddelen. Zouden die twee maatregelen zo'n grote..

V: Het punt is dat je naar de toekomst toe de stijgende kosten van de octoogeneesmiddelen, gekoppeld aan het fenomeen van de vergrijzing, onmogelijk nog zal kunnen opvangen via prijsdalingen in het post-octrooisegment. Meer en meer mensen schijnen tot dit inzicht te komen, ook op internationaal vlak. En ook bij FeBelGen hebben wij een aantal projecties gedaan die in dezelfde richting wijzen. Er moet duidelijk meer gebeuren.

J: De generische sector meer stimuleren?

V: Ja, ook. Maar ik denk dat er ook kritisch nagedacht moet worden rond octoogeneesmiddelen; dat is ook meer en meer het geval in andere landen.

J: Denkt u niet dat er iets te vaak en te snel patenten worden uitgereikt dan aan nieuwe geneesmiddelen? Want Dirk van Duppen klaagt in zijn boek heel erg de me-too geneesmiddelen aan. Dus waarbij er een isomeer anders draait, een molecule anders draait en dat ze daardoor een nieuw patent krijgen.

V: Dat is absoluut zo; de vraag is inderdaad of de gemeenschap voor al die kosten moet opdraaien.

J: Is dat niet de eerste stap? Want als er patenten uitgereikt..

V: Je zou kunnen zeggen dat voor die me-too's de prijs en / of de terugbetaling naar beneden moet. Je moet eigenlijk kijken naar wat de echte meerwaarde is van een product, en de prijs en / of de terugbetaling hierop afstemmen. Dat is wel een enorm vraagstuk en dat vraagt om een zeer grondige aanpak.

J: En Dirk Van Duppen die zegt dan nog, een laatste zaak, die zegt dat geneesmiddelen, dat die gewoon moeten bewijzen, wanneer die net gecreëerd worden, dat die gewoon moeten bewijzen dat ze beter zijn dan een placebo. Ze moeten beter werken dan placebo en ze mogen uiteraard niet schadelijk zijn. En volgens Van Duppen zou de filosofie moeten zijn dat wanneer een nieuw geneesmiddel, dat wanneer dat ontdekt wordt, dat dat beter zou moeten zijn, dan het beste wat al op de markt bestaat.

V: Dat is de theorie. In de praktijk zal het zo niet werken. Vooraleer een geneesmiddel op de markt gezet wordt nadat de molecule ontdekt is geweest verloopt immers 11 à 12 jaar. Dat is een heel lange periode...met gigantische investeringen. Big Pharma zegt dat het om anderhalf miljard euro gaat; de facto ligt dit bedrag vaak veel lager, maar het gaat nog altijd over enorm zware investeringen. Dus als je dan zegt tegen een bedrijf, je hebt hier 800 miljoen euro geïnvesteerd, maar je komt niet meer op de markt...dan stelt zich de vraag of men nog bereid zal zijn in de toekomst nog risico's te nemen. Een andere discussie daarentegen gaat over de meerwaarde van een product; als die beperkt is, dan moet de prijs ook dienovereenkomstig zijn.

J: bedankt voor het interview.



## Bijlage 9. Interview Jacques Germeaux op 25 mei 2011.

In Genk.

In het inleidend gesprek werd veel uitgewijd, dus niet alles uitgeschreven.

Germeaux (G): De media en de toenmalige politiek interesseerde zich totaal niet voor dit onderwerp. Toen wij (de senatoren) terugkwamen en een persconferentie hielden is er slechts 1 journalist van de Gazet van Antwerpen naartoe gekomen. Dit dient als illustratie van hoe interessant men het onderwerp wel niet vond. Ik was toen lid van de VLD [wijdt uit].

G: Ik heb hier (in Genk) veel geleerd en gezien. 80-90 % van mijn patiënten zijn van niet-Belgische origine. Ik had veel Italiaanse patiënten die mij altijd gewag maakten hoe duur de medicamenten in België wel niet zijn, in tegenstelling tot Italië. [wijdt uit].

G: Mijn ex-vrouw is apotheker. Ze heeft de apotheek van haar vader overgenomen. Wij werden vaak belaagd door die firma's. Dit was pure omkoperij en gaf een zeer slecht gevoel.

Jasper (J): kan je een voorbeeld geven.

G: De siropen: er werden 2 in het wit aangekocht, 10 in het zwart. Firma's nodigden ons uit in de meest onwaarschijnlijke restaurants waar wij in feite niet hoorde in functie van de verdienste die we hadden. We hadden wel een mooie verdienste, maar niet om elke week in drie-sterrenrestaurants te eten. Bovendien was dat buiten ons budget. Dat was daar een lachertje, van die toestanden. En dan krijg je dat wrang gevoel aangezien ik heel erg op mijn vrijheid gesteld ben. Ik voelde mij dan gedwongen en verplicht om iets te doen.[wijdt uit].

G: In 1991 heb ik dan ook beslist om geen vertegenwoordigers meer te ontvangen. Ik heb geen vertegenwoordigers ontvangen totdat ik hier (in de groepspraktijk) ben teruggekomen in 2006. Nu worden zulke vertegenwoordigers wel weer ontvangen omdat je anders een beetje informatie niet krijgt, maar dan wel een klein beetje.[wijdt uit].

G: Bij mij is de farma-industrie heel voorzichtig. Ze kunnen bijvoorbeeld heel moeilijk doen rond stalen. Ik vraag geen 10 stalen, maar als ik een goed product heb, dan wil ik wel gerust één staaltje. Maar ik weet niet of dat heel objectief is want ik zie dat mijn collega's daar anders over denken. De KCE is opgericht onder Verhofstad I. Wij hoopten dat dat zou kunnen worden wat Pharmac voor NZ (Nieuw-Zeeland) is. Dit is het niet geworden. Een voorbeeld is het baarmoedershalsvaccin. Ik heb me daar erg tegen verzet omdat uit een studie van het KCE blijkt dat die vaccinaties geen meerwaarde hebben. Dat betaal je bijgevolg niet terug, tenzij dat je op basis van wetenschappelijke artikels bewijzen hebt dat het vaccin wel een meerwaarde heeft. Dan ben ik onmiddellijk bereid om die vaccins terug te betalen. Onder druk van twee-drie gynaecologen en een aantal BV's, die een onwaarschijnlijke campagne hebben gevoerd werd dit dan toch een zeer belangrijk punt. Mijn collega's kregen drie tot 6 stalen van dat vaccin om jongedames aan te zetten tot gebruiken: 125 euro per staal. Dit is pure reclame. Deze staaltjes werden uitgedeeld terwijl op dat ogenlik geen meerwaarde werd aangetoond. Dit klopt niet. Tegen homeopathie heb ik zelf gestreden. Mensen mogen voor mij dat gerust doen. Daar heb ik geen enkel probleem mee. Ik ben ooit in *Terzake* gekopmen daaromtrent. Er waren collega's die weigerden te vaccineren tegen polio. Ook dit klopt niet. Alles in België werkt zo traag. Nu komen drie verslagen uit in het kader van de wet-Colla: het KCE rapport over accupunctuur, het KCE rapport over osteopathie en chyropraxy en homeopathie. Die worden alledrie met de grond gelijk gemaakt. Maar ondertussen zijn er reeds heel wat mutualiteiten die dat terugbetalen. Je deelt dan middelen toe aan zaken die *evidence based* afgewezen worden. Dat kan niet. Dat is mijn overtuiging.

J: Die geneesmiddelen die homeopathen werken misschien niet. Maar vindt u dan niet dat er meer aandacht moet gegeven worden door artsen, want dat is toch een voordeel van homeopathie dat die artsen veel meer luisteren en tijd steken in hun patiënten?

G: Dat hangt af van hoe je de geneeskunde bekijkt. Als je van de geneeskunde verwacht dat iemand naar u luistert, dan zeg ik: ik luister, maar mijn luisterbereidheid is beperkt in de tijd. Dit is zo aangezien mijn job triage is. Mijn job is het onderscheiden van wat belangrijk en onbelangrijk is en mensen oriënteren in de zorg. Dat is mijn taak als huisarts. Ik heb daar geen anderhalf uur de tijd voor nodig. Dat mag natuurlijk ook geen vijf minuten zijn, want dat zou gevaarlijk kunnen zijn. Maar wij moeten 100 mensen onderzoeken om een persoon te zien die ziek is. Wij moeten 1000 mensen onderzoeken om iemand te zien die erg ziek is. We moeten 10.000 mensen zien om iemand te zien waar echt een urgentie bij is. Vandaar dat mensen moeten begrijpen dat wij veel mensen moeten onderzoeken om zieken te zien. Wij zitten hier natuurlijk nu in een uitgelezen wijk met 3300 inwoners. Wij zijn de enige dienst, de enige artsen. Hier is de pathologie anders door het feit dat de mensen zo gevarieerd en weinig familie van elkaar zijn en uit alle hoeken van de Middellandse zee komen. Bij wijze van spreken heb je een heel aanbod aan pathologiën, waardoor je telkens alert moet zijn. Dat maakt het heel interessant om hier te werken.

J: Ik geef uitleg over de doelstelling van mijn thesis en wat ik al heb gedaan.

G: Ik heb Dirk Van Duppen uitgenodigd in het restaurant van het parlement voordat zijn boek gepubliceerd was -ik wist dat hij daar mee bezig was. Ik heb immers een heel goed contact met geneeskunde voor het volk in deze streek. Ik heb Dirk ontvangen in het kader van de cholesterooloorlog. Ik denk, als liberaal, als overtuigd liberaal, ook als verdediger van de vrije markt, dat die man 100 % gelijk heeft. Ik vertrek vanuit dezelfde filosofie, vanuit dezelfde overtuiging en met hetzelfde einddoel. Ik wil geen kruistocht maken tegen de farmaceutische industrie. Ik heb wel een

kruistocht proberen te maken binnen de overheid omdat de overheid de grootste klant is. En het is de klant die bepaalt [wijdt uit].

Eigenlijke Interview (ook hier uitgewijd...):

J: Welke voor- en nadelen kent het NZ-systeem volgens u?

G: Het grootste voordeel is dat zij erin geslaagd zijn (ik vergelijk wel met de analyse die we destijds gemaakt hebben -2005- dat is ondertussen al 6 jaar geleden) om een hoog performante geneeskunde in de eerste lijn te creëren. Dit komt doordat ze begrepen dat om kwaliteit te kunnen blijven bieden ze richtlijnen moesten creëren. Men had in NZ 112 guidelies in 2005, terwijl wij er op dat moment 7 hadden. Bovendien had men daar via peer review naar hun artsen toe, goede feed-back. Zo kunnen ze optimale zorgen aanbieden, aan een betaalbare prijs. Dit is op dit ogenblik dé uitdaging. Op dat ogenblik waren ze ontgoocheld dat in de preventiecampagne rond borstkanker waar 75 % van de lokale blanke bevolking had beantwoord aan de campagne, over de respons van de Maori bevolking. De Maori's is de minderheid. De respons daarvan was maar 45 % of 40 %. Ik was enorm verbaasd omdat mevrouw King, toenmalig minister van volksgezondheid, die discrepantie in cijfers -die natuurlijk wijst naar etnische verschillen- poogde weg te werken. Op hetzelfde moment was de respons van de Vlaamse vrouw echter slechts 30 %. De penetrantie die zij dus hebben in een land dat 18 keer groter is, dat zeer moeilijk bereikbaar is, is zo groot...ik ben natuurlijk helemaal in verroering gekomen van dat systeem. Wat is het nadeel? Je gaat natuurlijk iemand die rekening doen betalen. Het nadeel is dat je misschien een bepaalde sector, namelijk de farmaceutische sector, onder druk gaat zetten. In 2001 was er met de referentieprijzen van Frank vandenbroucke al een heel duidelijke stap gezet in die richting. En ik ben absoluut -als liberaal- voorstander van: 1 markt, 1 product, 1 prijs. Men hoort duidelijkheid op de markt rond het product qua kwaliteit te creëren. Het risico is mijn inziens beperkt. De winsten van de farma-industrie zijn zo buitensporig groot. Het is dan ook logisch dat zij een beetje

moeten inboeten. Ik kan daar nog mee leven. Waar ik echter minder goed mee kan leven is de visie, de filosofie die bij de farmaceutische firma's zat: geld opbrengen. Er is geen medische visie meer. Er is geen visie meer naar het ontwikkelen van nieuwe producten. Ik weet ook dat men niet iedere dag iets nieuws kan vinden. Maar de gedrevenheid om nieuwe producten te vinden was verdwenen. Men stak meer geld in het zoeken van me-too's en aan juristen ter bescherming van de octrooien en patenten dan in de ontwikkeling van nieuwe producten. Men poogt de wetgeving te omzeilen door de me-too's. De hypocrisie van grote firma's is ongelooflijk. Ze zeiden enkele jaren geleden dat om tegemoet te komen ze zelfs terug producten zoals producten tegen malaria en tegen tbc zouden proberen te ontwikkelen. Dan ben je fout bezig. We zijn zo duaal daarin. Dit gebeurt in een land waar een jaar of twee voordien als de Belg van alle eeuwen, Pater Damiaan verkozen werd. Damiaan, een man die zijn strepen heeft verdiend op Molokaai. Dát stoot me tegen de borst.

J: De kritiek werd vaak gehoord dat NZ een ander land is dat het een eiland is, andere systemen kent, andere organisatie van de gezondheidszorg dan België. Kan het kiwimodel zo ingevoerd worden in België zoals het in NZ bestaat of moeten er serieuze aanpassingen gemaakt worden?

G: Dat is heel eenvoudig. Natuurlijk is NZ een eiland, natuurlijk hebben wij NZ met de oprichting van de Europese Gemeenschap simpelweg de nek omgewrongen. Plots waren zij, niet alleen het contact met hun moederland, maar ook hun afzetgebied kwijt. We hebben die mensen in een isolement gedreven. De Amerikanen hebben dat 2 keer gedaan. Ze hebben dat een keer gedaan na de problemen rond het militair probleem, en de Fransen rond de kernproeven. En dan is er nog de boycot van het zogenaamde kiwimodel en de farma-industrie. Maar in het isolement worden mensen groot. Ten tweede gaat het om de visie. In NZ heeft men wapens gezocht om en dat is het fundament: hoge kwaliteitszorgen voorzien, aan betaalbare prijzen. Dit is zeer performant. Voor mij is de filosofie van kiwi het belangrijkste. De filosofie is voor mij kiwi: hoge performante gezondheidszorgen die betaalbaar zijn. Dat moeten

we pogen te bereiken met de middelen en problemen die we hier hebben. Natuurlijk zijn die anders dan in NZ. Maar eerst telt de visie en pas dan ga je handelen. Dat we hier andere middelen hebben en dat hier andere actoren zijn is natuurlijk evident. Maar dat is niet het probleem. De visie! De filosofie van het kiwimodel. Dát moeten wij overnemen. En dat moet niet specifiek gericht zijn tegen de farmaceutische industrie. Waar geld verspild wordt, waar de middelen niet accuraat toekomen, dáár moeten aanpassingen gemaakt worden. Dát is de filosofie.

J: Denkt u dat het kiwimodel de tewerkstelling en innovatie in gevaar zou brengen?

G: Helemaal niet. Dat is bedrog. Ik ken geen enkel product -en ik moet Dirk Van Duppen daar bijtreden- dat 10 jaar op de markt is dat duurder wordt. Tenzij medicamenten. Een medicament werd alsmáar duurder -nu niet meer door de referentieprijs-. Een televisie wordt alsmáar goedkoper en die moeten ook ontwikkeld worden. Het is wel dat het zeer lang duurt vooraleer een geneesmiddel op de markt komt. In de farmaceutische sector is de marge tussen investeren en opbrengsten dan ook erg groot. Maar niemand belet de overheid in bepaalde projecten mee in te stappen. De markt zal bepalen wie de innovatie zal dragen. En als er één sector gevoelig is voor de markt dan is dat wel de farmaceutische sector.

J: Bent u voorstander van differentiële terugbetaling of vindt u, zoals Van Duppen, dat slechts één product moet terugbetaald worden?

G: Ik denk dat Dirk Van Duppen dat in zijn werk heel cru heeft gesteld, en het zo cru niet bedoelt. Ik ben het volledig met hem eens. Ik vind wel dat er alternatieven moeten voorhanden zijn. En dat bedoelt hij ook, want in NZ zijn er alternatieven. Die alternatieven moeten wel volwaardig zijn. Maar je kan niet voor iedereen goed doen. Dat is onmogelijk. Je kan wel zorgen dat je een maximum aan producten op de markt brengt met een optimale kwaliteit. Maar op een bepaald ogenblik moet men het budget beheersen en moet men keuzes maken. Zulke keuzes zijn zeer moeilijk, zeker met betrekking tot vaccinatie en de weesgeneesmiddelen. Het is immers heel

moeilijk een kind zien sterven doordat we geen medicamenten terugbetalen die onwaazinnig veel geld kosten. Maar we moeten daar keuzes in maken, en dat zijn zeer moeilijke keuzes. Men moet in functie van de voorhanden middelen, en in functie van de klacht, en in functie van de producten die er op de markt zijn keuzes maken. Producten die voornamelijk zijn voorbestemd voor pediatrie moeten logischerwijs kindvriendelijke producten zijn. Ik vind dat je altijd moet proberen een aanvaardbaar aanbod te hebben waarin de keuze, of de mogelijkheden voor arts en patiënt aanvaardbaar zijn. Maar momenteel zijn er voor sommige aandoeningen bij ons 112 producten die allemaal terugbetaald worden. Dat is waanzinnig. Dan moet er wel geconsumeerd worden.

J: Wat vindt u van de kritiek die de farma-industrie wel al eens heeft geuit dat er in NZ voortdurend of geregeld stockproblemen optreden?

G: Demagogie. Het probleem in dit land is dat als een product goed is en als een product goedkoop is dat het plots voor maanden van de markt kan verdwijnen. Wanneer slechts een leverancier geselecteerd wordt kunnen er zich natuurlijk op een bepaald moment productiestoornissen voordoen, maar dat hebben we met de griepvaccins nu ook. Dat is helemaal geen specifiek probleem van het kiwimodel.

J: Mogen voor u geneesmiddelen onder patent ook in een soort van openbare aanbesteding gestoken worden?

G: Natuurlijk. Ik vind -als liberaal-het principe van openbare aanbesteding correct, eerlijk en te verdedigen. Bij de verbouwingen die we hier hebben gedaan heb ik niets gekocht zonder aanbestedingen. Ik ga dan toch ook zomaar geen medicamenten kopen. Wel, de overheid doet dat wel.

J: In 2004 geeft Bart Somers, toenmalig interimvoorzitter van de VLD, in een *De Zevende Dag* optreden aan, net zoals Stevaert en Vandeurzen, dat hij iets zag in het kiwimodel. Wat zag men eigenlijk in het begin, als VLD, als partij in het kiwimodel?

G: Dit is een moment in mijn leven dat ik mij nog zeer levendig herinner, omdat die dag zich heel veel heeft afgespeeld. Ik denk dat door het boek van Dirk Van Duppen het kiwimodel even op de politieke agenda is gekomen. Ik heb vervolgens binnen de eigen partij gesteld dat dit een opportuniteit is: politiek ideologisch -het principe van de openbare aanbesteding-, maar ook naar de staatsfinanciën toe- het betaalbaar maken van gezondheidszorgen. Hoe kan men als liberaal daar tegen zijn? Principieel heeft Bart Somers toen ook gereageerd en zich aangesloten bij dit idee. Onmiddellijk is er diezelfde middag een hysterische reactie geweest van Yolande Avontroodt, die spijtig genoeg -je moet een beetje de tekening zien, dat is politiek- mee in het kiesarrondissement van Bart Somers zit. Ze was nummer twee op de lijst. Avontroodt heeft toen een scene gemaakt, niet alleen 's avonds bij Somers, maar ook op het partijbureau 's maandags morgens om te herroepen dat we achter dat systeem staan. Ik ben later uitgenodigd door Caroline Genez -ik was daar heel tevreden mee- op een bijeenkomst van de sp.a, samen met de voorzorg en de voorzitter van een van de twee zorgverzekeraars in NZ, die een heel nauw contact heeft met de voorzorg en die daar kwam spreken over zijn model. Steve Stevaert zei toen tegen mij: 'ik heb nooit begrepen dat die liberalen niet op dat model zijn gesprongen. Want wij hadden daar een voet tussen de deur. We konden vanuit een liberale visie heel het gezondheidszorgsysteem kraken'. Maar Yolande Avontroodt is de spreekbuis van het artsensyndicaat. Ze is zelf nooit dokter geweest, ze is arbeidsgeneesheer geworden. Dat zijn geen dokters, dat is een administratie. Maar Avontroodt is vooral de spreekbuis van de artsensyndicaten en van Pharma.be. Dit was lobbying. Dit had niets te maken met gezond verstand, dit had niets te maken met fundamentele politiek. Dit was pure lobbying van Pharma.be.

J: Op welke manier is Avontroodt verbonden met de farmaindustrie?

G: ik denk dat daar voor een stukje de leeftijdeen rol speelt. Oudere artsen zijn artsen die fundamenteel zijn en -ik was ook zo toen ik begon- die geloven in het beschermen van alle firma's die aan fundamentele research doen. We stonden niet stil bij cijfers. We



gingen ook eten met die vertegenwoordigers. Die mensen apprecieerden ons. In ben daar altijd van overtuigd geweest dat een stuk van mijn collega's de vergoeding of de aandacht die ze kregen van de farmaceutische industrie als een rechtmatige vergoeding beschouwden. Zulke diners waren een beloning voor ons hard werk. Men voelde en nu blijkbaar nog steeds niet de grens aan tussen informatie en omkoperij. Yolande Avontroodt is iemand van de oudere generatie en ze is ook een solist. Ik zat in de senaat met Annemie Vande Casteele en Patrick Vankrunkelsven. Wij zijn overtuigd van de groepspraktijk. Het denken rond de groepspraktijk dat was Patrick en Annemie eigen. Maggie De Block en Yolande Avontroodt waren de verdedigers van de solopraktijk. De solopraktijk is de oude geneeskunde. Dat zijn de personen die nu verantwoordelijk zijn voor de dood van de eerste lijn. Dat zijn de personen die verantwoordelijk zijn dat de mensen -de medische consument- naar de spoedgevallen loopt. Daar was een breuk binnen de partij die heel heel diep ging.

J: Hoe is de standpuntbepaling dan verlopen binnen de VLD?

G: Daar waren wij niet bij betrokken, aangezien wij in de senaat zaten. Annemie Vandecasteele werd als een zeer bekwaam persoon beschouwd. Ze werd bekeken als een mogelijke concurrente, ze was ministerable. Ze was een zeer bekwame vrouw-apotheker. Samen met Patrick Vankrunkelsven waren zij twee mensen die erbij gekomen zijn en die men uit de besluitvorming poogde te krijgen.

J: Zoals?

G: De groepspraktijk leeft nog altijd binnen bepaalde kringen alsof dat een communistisch verhaal, een bolsjevistisch verhaal is. Ik ben sinds 1985 huisarts. In 1987 heb ik mij reeds geassocieerd. Ik voel dat men in deze sector niet alleen kan werken. Je hoort het in groep te doen. Het idee van Yolande Avontroodt was dat dat tegen de kiezer was. En gezien de positie van Yolande Avontroodt binnen het kiesarrondissement Antwerpen, nummer 2 achter Bart Somers, moest Bart zorgen dat hij geen problemen kreeg in zijn kiesarrondissement. Zij is immers burgemeester van Schilde.

J: En hoe hebben ze dan bijvoorbeeld Vankrunkelsven en Vandecasteele uit het besluitvormingsproces proberen te sluiten?

G: Wij zaten in de senaat he.

J: Jullie werden gewoon niet geraadpleegd?

G: Wij werden niet gehoord.

J: Dus u denkt Bart Somers eerst principieel akkoord was met het kiwimodel, waarna Avontroodt..

G: In twaalf uur keert Yolande Avontroodt in haar eentje, op een hysterische manier -tot en met het partijbestuur van maandagmorgende koers van de VLD. Dat was een cruciaal moment. Ik werd niet gehoord. Wij zijn niet gevraagd in dat debat omdat we 20.000 tewerkstelingsplaatsen in de farmaceutische industrie bedreigden.

J: Hoe komt het dat Avontroodt zoveel macht had? Is dat volgens u alleen door dat kiesarrondissement dat Somers alleen..

G: Ze had op dat moment een cruciale plaats binnen de partij. Ik niet. Ze was in de vorige legislatuur voorzitter geweest van de Commissie Volksgezondheid, onder Verhofstadt I. Bovendien is het een vrouw met zeer veel ambities, die minister had willen worden en die zeer venijnig uit de hoek kon komen.

J: Begin 2005 wou Vandelanotte, toenmalig begrotingsminister, de farma-industrie onder druk zetten. Hij zliet weten dat nieuwe geneesmiddelen niet zullen terugbetaald worden zolang de oudere niet in prijs goedkoper worden. Volgens sommige commentatoren heeft Vandelanotte dat echter niet lang volgehouden. Waarom is dat zo?

G: In de politiek geldt: nemen en geven. Ik denk dat de sp.a -dit gaat op gevoelens, dit gaat niet op feiten- een fundamenteel probleem heeft gehad. Dit land heeft een probleem en dat is niet Noord-Zuid. Ik ben een absolute voorstander van de splitsing, onder andere omdat wij een andere cultuur hebben in Vlaanderen. Wij ontwikkelen een

andere visie rond gezondheidszorg maar ook rond opleiding en opvoeding. Ik ben van huis uit franstalig. Ik heb heel veel bijgeleerd en ik voel mij veel meer thuis in dit Vlaams model dan in het franstalig model. Ik denk dat dit land op een fatsoenslijke manier uiteen kan gaan: echtsscheiding met onderlinge toestemming. Volgens mij is ons probleem de PS. Dat is een probleem in dit land. Dat is een probleem voor Vlaanderen, dat is een probleem voor België en dat is een probleem voor Wallonië. De PS zijn geen socialisten. De PS is een machtspartij die vanuit een pseudo-vrijzinnig logedenken franstalig België terroriseert en leegplundert voor haar macht en bovendien de kop van Frank Vandenbroucke gekost heeft. Ik ben getuige geweest van een onwaarschijnlijke ruzie tijdens een meerderheidsoverleg waar de verantwoordelijke van de PS Frank VandenBroucke heeft aangevallen en gezegd heeft dat hij nooit meer minister zou zijn, naar aanleiding van het toekennen van 112 universitaire bedden aan een tweede of zelfs een derde universitaire katholieke kliniek in Wallonië. Hij is nooit meer minister geworden in België. Dat heeft hem zijn kop gekost. Vandenbroucke was een schitteren parcours aan het rijden. Hij creëerde een onwaarschijnlijke verandering in dit land. We zaten ideaal met de man die de middelen had en voor mij de grootste minister is die we gehad hebben. Dat werd mij niet in dank afgenomen binnen de partij dat ik Frank Vandenbroucke...-ik ga niet zeggen verafgoedde want dat is ook niet zo. Men had het er moeilijk mee aangezien hij de beste, de eerste van de klas is. Verhofstadt had het wel voor VandenBroucke. Ik heb Welkenhuyse opgevolg in 2001. Ik was er dus niet van in het begin bij en er was al een spanning. Fientje Moerman ging dikwijls in de clinch met Frank VandenBroucke. Maar dat was op niveau. Dat was op niveau en Vanden Broucke kon haar goed counteren en kon daar zodus goed mee leven. Dat botste intellectueel. Met Avontroodt botste dat telkens emotioneel. Het feit dat ze bovendien voorzitter van de Commissie Volksgezondheid was, maakte het ook moeilijk. Toen ik die commissie ben binnengekomen had Vandenbroucke plots een medestander bij, binnen een partij van de meerderheid. In dat kader hebben wij heel goed kunnen samenwerken. Dat zijn politieke momenten die niemand kent die nochtans enorm belangrijk waren. Mogodien was

het ziekenhuis waar plots een aantal universitaire bedden werden toegekend. Het is een katholiek ziekenhuis. En voor de PS Brussel die vrijzinnig is, het de ULB, was dat een doorn in het oog. Dat leidde tot een enorme ruzie en dat heeft ons een ministerpost gekost. Zo'n gebeurtenis verandert plots het beleid in een land. Vanden Broucke is dan moeten gaan en we kregen Onkelinx in de plaats. En Onkelinx heeft geen visie. Ze wil simpelweg minister zijn. Maar we hadden een schitterende man op sociale Zaken: de huidige Waalse minister president Rudy Demotte. Demotte is een man op niveau van Vandenbroucke maar slechts tot aan de knie. Wel is die man zo verkocht aan het systeem dat hij zal gaan tot waar het niet meer kan. Vanden Broucke niet. Die ging door, ook in zijn eigen partij. Hij is doorgebroken in Vlaams Brabant en dan hebben ze hem verraden. Ze willen die man niet. Dat is een staatsman, dat is iemand van een enorme waarde voor ons land. Ik zat in de commissie Sociale Zaken en in Walonië, in het Luikse, wordt er een jonge vrouwelijke arts gemolesteerd. Ze was alleszins niet dood. Dat verscheen in de krant met alles wat erbij hoort. En 's Donderdags tijdens het vragenuurtje mocht elke partij twee vragen stellen aan de minister van Sociale Zaken over de veiligheid van artsen. Ik had me opgegeven en vroeg aan hem: meneer de minister ik ga u straks vragen om mijn bodyguard te zijn -want het toeval wou dat ik twee of drie weken daarna van wacht was-. Ja -hij lacht daarmee- dat is een goed idee. Ik ga naar de bune en stel de vraag: wil je mijn bodyguard zijn? Er was niemand meer in het halfroond buiten misschien een journalist. Hij zegt: kijk naar mij, ik heb het lichaam niet om uw bodyguard te zijn. Maar ik wel uw chauffeur zijn tijdens uw wachtddienst. Ik zeg: a meneer de minister...dat aanvaard ik onmiddellijk. Ik ga naar mijn plaats en ga zitten. We komen buiten en meteen vragen tien journalisten: 'en denk je dat de minister dat gaat doen, geloof je dat?' Drie weken later zat de minister hier. Met zijn auto hebben wij zes uur wachtddienst gedaan met *Koppen*-camera's in de auto en is hij mijn chauffeur geweest van 4-5 uur in de namiddag tot 10-11 uur 's avonds. Dat is toen op koppen uitgezonden. Dat heeft hem immens populair gemaakt bij de artsen. Ten eerste door de manier waarop hij op dat moment de aandacht heeft gegeven aan de artsen, zeker aan de huisartsen. Op het einde stelde hij als cadeau geld vrij –ik dacht 1.72

miljoen euro- voor het project van de huisartsenwachtpost in Deurne en in Charleroi. Dat was de start van de huisartsenwachtposten in Vlaanderen en in België. Wat toen vertrokken is van: wil je mijn chauffeur zijn? Daarmee is de financiering begonnen.

J: Demotte was destijds minister van sociale zaken. Waarin hij het kiwimodel heeft proberen invoeren. Welke zijn de struikelblokken die de invoering ervan hebben verhinderd?

G: De meerderheid.

J: Verklaar.

G: Binnen de meerderheid had hij geen meerderheid. Demotte is mogen starten met een kiwisoft. Maar binnen de liberale partijen en zelfs bij de Vlaamse socialisten was er volgens mij niet echt onmiddellijk... Terwijl binnen Verhofstad I alles voeding kon vinden voor vernieuwing was elk mogelijk fundamenteel veranderend initiatief gebannen uit Verhofstad 2. Ik voelde dat we in de senaat geen macht hadden. De senaat moet men afschaffen. Daar heeft men niets te zeggen. Wij vielen volledig buiten de besluitvorming. Wij zaten daar zelfs buiten het debat. Dit kwam omdat we buiten de besluitvorming zaten. Zo simpel is dat in dit land: hef je geen belastingen en heb je geen controle over de begroting, dan stel je niets voor.

J: Demotte heeft tijdelijk dan het kiwimodel eerst geïntroduceerd samen met Steve Stevaert. Maar hij heeft enkele cruciale aanpassingen gemaakt. Zoals geneesmiddelen die onder patent zijn werden uit de aanbestedingsprocedure gedaan. Waarom werden die beslissingen genomen?

G: Daar kan ik u niet over antwoorden aangezien ik niet bij die discussies betrokken was.

J: Hoe heeft u dat waargenomen?

G: Wij zagen dat in commissie he. Wij voelden natuurlijk enorm de weerstand binnen de partij, en dat was namelijk in de

Kamercommissie. Daar zat Yolande Avontroodt en Maggie De Block en dat was onbespreekbare thematiek binnen onze partij.

J: Wat zijn de struikelblokken die de invoering van het kiwimodel verhinderd hebben? U zegt geen meerderheid binnen de regering..

G: De liberalen waren zowel aan franstalige kant als aan nederlandstalige kant volledig overtuigd van de bedreiging van de farmaceutische industrie en de tewerkestelling. Veel beslissingen heb ik door mijn partij zien nemen -ik vind dat pijnlijk, ik heb het daar moeilijk mee- los van elke gegronde argumentatie. Ik heb een wetsontwerp waar twee jaar aan gewerkt is in de Senaat rond honden en beten zien kelderen terwijl er consensus was in de Senaat tussen alle partijen, omdat er één hysterische vrouw, een eigenares van een dierenzaak 's morgensvroeg op een radioprogramma hysterisch reageert dat zij door de nieuwe wetgeving voor de honden haar zaak zal moeten sluiten en 8 mensen op straat zal moeten zetten. [wijdt uit].

G: Het spijtige is dat het wetsontwerp door een impusieve reactie van een enkel persoon onderuit gehaald werd. Te dikwijls worden in dit land dingen niet afgemaakt, maar wel geblokkeerd. En dat is rond kiwi ook gebeurd. Men wilt iets niet en dan blokkeert men iets. Misschien was er een minister die ook niet echt overtuigd was van kiwi. Ik denk dat Demotte ook niet echt overtuigd was. Volgens mij waren het eerder de Vlaamse socialisten die overtuigd waren, en niet de franstalige socialisten want die hadden schrik van de farmaceutische industrie en van de lobby van de specialisten waar zij enorm gevoelig voor zijn. De PS is een machtspartij, dat is geen fundamentele partij. Dat is geen partij met een ideologie.

J: Dus er was gewoon niet voldoende wil vanwege de PS?

G: Ten eerste politieke wil en ten tweede kennis: er was geen kennis van de problematiek.

J: Wat is de reden waarom dat partijen zoals de uwe, beslissingen maken, niet op basis van kennis, maar..

G: Opportunisme.

J: Van personen, van individuen?

G: Politiek opportunisme. Dat is mijn ervaring. Ik kom in de Kamerfractie (2001) in vol Sabena drama. Op een bepaald moment stelt Fientje Moerman dat we 4 % stemmen zouden verliezen als ze failliet gaan. Ik reageerde en zei dat we na de sluiting van de mijnen in Limburg een schitterende reconversie gekend hebben. Politiek opportunisme, het momentum. Men durfde niet om op middellange of lange termijn te denken. Frank Vandenbroucke was wel zo: dit is de weg, daar gaan we naar toe, en zo halen we het. We moeten een visie ontwikkelen rond de gezondheidszorg en sociale zaken. En dan moet men doorzetten. Gezondheidszorg moet duidelijk zijn. Wij hebben in onze partij weinig kennis rond gezondheidszorgen behalve twee mensen die in 1992-1993 bij de oprichting van de partij een fantastisch congres hadden in Hasselt rond sociale Zaken: Dirk Vanmechelen en onze man uit Brugge. We hebben daar schitterende dingen gesteld, maar we zijn daar nooit op teruggevallen. Dat komt volgens Verhofstad –maar dat is niet waar- omdat we in 1995 een electorale nederlaag hebben geleden omdat we de grootste electorale winst gemaakt hebben na ons sociaal congres. Natuurlijk zaten we in 1994 niet in die meerderheid. Dat was omdat Tobback en Dehaene ons daaruit wilden houden. Verhofstad heeft dat gezien als een nederlaag en heeft die nederlaag toegeschreven aan onze standpunten rond het sociaaleconomisch beleid in dit land. Maar net daarom ben ik erin gestapt. En dat was juist. En dat is nog altijd juist en ik vindt dat we daar terug moeten naar grijpen. Ik heb dat 10 keer gezegd. En kiwi past daar perfect in.

J: Uit het Morse rapport van het Riziv blijkt dat de kiwilichtprocedure eigenlijk niet heeft gewerkt. Er werden immers geen besparingen gerealiseerd als je het geheel van de statines/cholesterolverlagers bekijkt. Heeft het model volgens u gewerkt?

G: Ik ben nooit gehoord in dit dossier. Ik heb dingen op papier moeten zetten. ik heb met mensen over dingen kunnen spreken. Maar

wat is voor mij kiwi en wat hoort kiwi te zijn? Dat is een visie. Dat is optimale gezondheidszorgen aanbieden die performant zijn, aan een betaalbare prijs. Dát is de filosofie. Een mechanisme dat dient om een bepaald product of om een bepaald terugbetalings- of financieringssysteem toe te passen, is niet kiwi. Dat is een methode om te besparen dat is inderdaad mislukt. Maar dan moet men andere oplossingen vinden. En zo zijn er duizenden. De filosofie is: een product pogen aan te bieden dat verbetering geeft, aan betaalbare voorwaarden. Dát is de filosofie. En dat daar [kiwilight], dat is een detail. Moet je daarom een hele filosofie opzij schuiven? Neen. Niet de politiek, maar de medicomut is in dit land betrokken in de besluitvorming. En het is allemaal erg ondoorzichtig wie daartoe behoort, wie in de prijsbepaling en terugbetaling zetelt. Dit is allemaal in de handen van -op de eerste plaats- belangengroepen die natuurlijk bij elke bedreiging alle belangen hebben om het systeem te kelderen. Men heeft daar het kliksysteem, de referentietrugbetaling, men heeft dat dan kiwi genoemd. Maar dat is niet kiwi. Dit is een detail in de toepassing van kiwi. Dat is niet gelukt. Oké. Maar er zijn zoveel andere maatregelen die je zal moeten toepassen. Niet alleen op de medicamenten, maar ook bij de radiologen en vooral bij de consumptie in ziekenhuizen. De methode die we gebruiken is fout. Wij moeten de kiwi niet zoals die in NZ –rigoreus ten aanzien van de industrie- wordt toegepast vormen. Daar gaat het niet om. U laten afleiden naar die discussie [over kiwilight], daar gaat het de farmaindustrie om. Ze wijzen op het falen van het kiwilightmodel en beweren dat dat het bewijs is voor het falen van de gehele theorie. De grootste fout die Dirk Van Duppen heeft gemaakt is in zijn boek het voorwoord aan Kris Merckx te geven. Hij had dat beter aan mij gegeven. Die controverse, die tegenstelling tussen de liberalen die dat had hem uit die hoek van communisme geduwd. Nu had Leo Neels het zo gemakkelijk om hem in die hoek te duwen.

J: Hoe verklaart u dat het kiwimodel uiteindelijk een stille dood is gestorven na de toepassing van kiwilight voor Zocor en de cholesterolverlagers?

G: Ik heb daar daar juist op geantwoord. Wat men hier in dit land verstaat onder kiwi, namelijk de openbare aanbesteding en de



terugbetaling, dat is verkeerd. Dit systeem vindt in het terugbetalings- en in het besparingssysteem misschien niet echt meer haar plaats. Maar dat staat los van de filosofie. En wij moeten niet rekenen en niet werken met de realiteit van het Nieuw-Zeelandse gegeven. Wij moeten dat doen met de realiteit van het Belgisch-Europees gegeven en dáár die filosofie op toepassen. En dan vindt men andere systemen die werken. Dat dit specifiek systeem [kiwilight] niet werkt is mogelijk. Men mag niet vergeten dat het kiwisysteem is toegepast begin jaren 90. We zijn nu reeds 2011.

J: Maar u bent nog steeds voorstander van een openbare aanbesteding of een offerteaanvraag?

G: Ik blijf daar absoluut bij. Ik kan niet begrijpen dat een overheid iets anders wil doen.

J: Dan is mijn vraag: waarom hebben ze nog steeds geen offerteaanvraag of hebben ze dat nog niet proberen verwezenlijken?

G: Omdat dit de markt verstoort. Dit verstoort de gang van zaken in dit land. De filosofie van kiwi is een fundamentele verandering in onze gezondheidszorg, omdat we niet alleen de farmaci gaan evalueren, maar ook de hospitalen. Je moet het boek *'The Silent Revolution'* eens lezen. *'The Silent Revolution'* in NZ is de kentering geweest waarin de overheid de arts -diegene die geld uitgeeft-meegekregen heeft, en niet enkel om te besparen. De overheid is gekomen vanuit een kwaliteitsproduct en heeft de huisarts gekocht en rijk gemaakt, maar voor de kwaliteit. Iedereen is daar beter door. En de farma heeft daar de rekening voor betaald. Wat dan nog? Hier betalen de ziekenhuizen, de mutualiteiten, de radiologen en de labo's die rekening. Ik ben geen communist. Ik blijf een overtuigd liberaal. Maar ik wil niet pikken. Ik wil goed leven. Ik wil rijk zijn -rijk tussen aanhalingstekens, maar ik wil niet pikken.

J: Nadat kiwilight van de politieke agenda is verdwenen is de CD&V met Lerterme I aan de macht gekomen. Waarom heeft de CD&V dat systeem niet terug op de politieke agenda gezet? Want Luc Goutry dat is toch een grote voorstander van het model?

G: Luc Goutry en ik zijn op een bepaald ogenblik tijdens mijn tweede mandaat samen naar Demotte gegaan. Dat was onder druk van de mutualiteiten voor het voorschrijven van de witte producten. Ten opzichte van het kiwimodel is er een historische decalage geweest. Zij hebben een andere ontwikkeling gekend in de tijd en wij zijn ons later van dat systeem bewust geworden, maar hadden andere ingrediënten: de referentieprijzen en dan plots het opkomen van de witte producten. Dat heeft zich allemaal een beetje gekruisd. Maar men concentreert zich veel te fel op die farma-industrie. Kiwi is veel ruimer. Kiwi is *the silent revolution*. Je moet de personen die de pen in de hand hebben controleren. Die bepalen immers de consumptie. Daar gaat men hier aan voorbij. Tenzij met betrekking tot de witte producten. De vrijheid van voorschrijfgedrag dat is waanzin. Maar in Wallonië is dat heilig [Wijdt uit].

J: Denkt u dat met de op til zijnde besparingsronde het kiwimodel ooit nog op de agenda zal komen?

G: ‘De kiwi kan niet vliegen’ was de tekst die Wouter Beke heeft gebruikt. Ik ben ervan overtuigd en dat is een groot probleem dat we kiwi zullen toepassen -in zijn filosofie van *the silent revolution*.- uit noodzaak. Waarom? Omdat ook in NZ het toegepast is uit noodzaak. Het werd toegepast toen ze failliet waren en niet wisten wat ze moesten doen, terwijl langs de andere kant het aanbod van de kwaliteitsgeneeskunde aanwezig was. Dan gaan we inventief moeten zijn. Ik heb mijn partij in 2005 toen er een tekort was van 110 miljard Belgische frank; gesteld dat indien we starten met een kiwimodel we binnen gezondheidszorgen al een besparing hadden van jaarlijks 50 miljard en dat kon groeien tot 110-115 miljard op jaarbasis. Daar betaal je de crisis mee. We gaan het niet doen en dat is het ergste..uit overtuiging. We gaan het doen uit noodzaak. Dat was in NZ ook zo.

J: Jacques Germeaux, bedankt voor dit interview.

## Bijlage 10. Interview met Luc Goutry op 20 mei 2011.

In Deerne.

Jasper: Van 1992 tot 2010 was u federaal volksvertegenwoordiger. Ondanks 25.000 voorkeurstemmen bent u niet meer herverkozen. Waar houdt u zich sindsdien mee bezig?

Goutry: Ik ben ten eerste lokaal (politiek) nog actief als schepen van sociale zaken in de gemeente Beernem, een landelijke gemeente van 15.000 inwoners. Ik ben daarnaast ook voorzitter van het OCMW van Groot-Beernem. Beernem bestaat uit Beernem, Oedelem, Sint-Joristen Densdestel.. Ten tweede ben ik beheerder in een aantal sociaal getinte organisaties zoals het wit-gele kruis in West-Vlaanderen, Het Heilig-Hartziekenhuis in Roeselare, een rusthuis, revalidatiecentrum, enz. Ten derde geniet ik van het leven door onder andere in de tuin te werken. Ik ben ondertussen immers 62 en een half.. dus het wordt stilletjesaan tijd om te genieten.

Jasper: Wat verstaat u en de CD&V onder het kiwimodel?

Goutry: Het kiwimodel is natuurlijk deels gelanceerd door het boek van Van Duppen en het zogenaamde NZ (Nieuw-Zeelands) model. Ik wou dat model na verloop van tijd niet meer kiwi noemen omdat het politiek zo vergiftigd was dat het kind met het badwater zou worden weggegooid. De essentie is dat voor heel wat geneesmiddelen er teveel van hetzelfde bestaat. Zo zijn er bijvoorbeeld allerlei geneesmiddelen die in essentie dezelfde werkzame moleculen hebben, maar wel een ander vulmiddel, of een andere kleur, of een andere dosering, of een andere toedieningsvorm. En uiteindelijk zijn die middelen allen hetzelfde. Desondanks hebben ze vaak allen een verschillend octrooi, terugbetalingstarief, prijszetting... De vraag is dan op wat de voorschrijvers zich baseren om een keuze tussen al die gelijkaardige geneesmiddelen te maken. Vaak worden de duurder middelen voorgeschreven, in plaats van

het goedkoopste. Van Duppen heeft dan ook vastgesteld, wat algemeen geweten is, dat de marketing vanuit de geneesmiddelensector een enorme invloed heeft op het voorschrijfgedrag. Dit leidt ertoe dat de nieuwste geneesmiddelen het meest vlot in de pen zitten. Men gaat er vaak onterecht van uit dat die middelen minder neveneffecten hebben en dat ze beter zijn. Aspirine is een zeer oud middel dat nog steeds erg efficiënt en veilig is. Het kiwimodel is eigenlijk bedoeld om in die wildgroei van geneesmiddelen ordening aan te brengen. Het Ordening...ook op vlak van prijs waarbij men de producenten van bijvoorbeeld 20 gelijkaardige geneesmiddelen die allen van kwaliteit, werkzaamheid en indicaties hetzelfde zijn, tegen elkaar laat concurreren, bij wijze van een openbare aanbesteding. Bijgevolg wordt het goedkoopste geneesmiddel de enige die de overheid zal terugbetalen. Men sluit dan bijgevolg een soort 'the winner takes all' contract af waarbij de firma die hun product aan de goedkoopste prijs levert voor een bepaalde duur het monopolie inzake terugbetaling krijgt, niet inzake het op de markt komen. Iedereen mag immers op de markt komen. Dat is eigenlijk het kiwimodel zoals men het in NZ voor een groot stuk toepast. Wel moet erop gewezen worden dat wij in België een andere cultuur hebben. Bovendien is NZ een eiland dat geen productie-units heeft zoals wij. Met dit economisch aspect moet ook rekening gehouden worden. Daarom vond ik dat we naar een soort derivaat van het kiwimodel moesten gaan waarbij dat we toch kunnen komen tot een zekere ordening en prijsregulering. Dit moet voor mij dan ook niet met het principe 'the winner takes all' zijn. Volgens mij is het beter om gelijkaardige producten terug te betalen op basis van het bedrag van het goedkoopste gelijkaardig middel. Als referentieprijs voor de terugbetaling wordt dan de prijs genomen van het goedkoopste gelijkaardig geneesmiddel. Hierdoor zou men bij het voorschrijven in het achterhoofd moeten houden dat de patiënt meer moet betalen wanneer niet het goedkoopste middel wordt voorgeschreven.

Jasper: Dat is dan eigenlijk het referentieterugbetalingssysteem?

Gouty: Inderdaad. Dat systeem is Vandenbrouckes verdienste. Vandenbroucke heeft vroeger dat referentiemodel gelanceerd. Dat

systeem steunt vooral op de generieken. Wanneer een geeriek de markt betreedt moet het immers ongeveer 30 % goedkoper zijn dan het origineel dat uit patent is gegaan. Dat heeft bijgevolg een aanzuigeffect omdat alle andere medicamenten dezelfde prijs moeten volgen. Ik denk dat het kiwimodel in labovorm politiek opgebrand is. Ik geloof daar niet meer in. Ik zet bijgevolg wel in op dat referentietierugbetalingsmodel. Het verbeteren van dit laatste model zou ook al een goede aanzet kunnen zijn om tot een betere prijsregulering te komen op de Belgische geneesmiddelenmarkt, wat het einddoel hoort te zijn. Het hele debat is ontstaan begin jaren '90 toen vastgesteld werd dat de geneesmiddelen aan het ontsporen waren. Toen is ook de pax farmaceutica hieruit ontstaan. De vaststelling dat de geneesmiddelen uitgaven zo enorm stegen heeft ertoe geleid dat men beseftte dat maatregelen nodig waren. Zo werd er bijvoorbeeld in de ziekenhuizen geforfaitariseerd, om op die manier de markt toch beter te kunnen reguleren. Dat is de aanzet geweest. En zo vertaal ik dit model dus politiek.

Jasper: En welke voordelen heeft het kiwimodel op bijvoorbeeld het referentiesysteem?

Goutry: Het kiwimodel is voor mij slechts een model. Het heeft voor mij slechts de functie van een model. Ik wil bijvoorbeeld niet de hele knowhow van NZ imputeren in België omdat dit toch niet werkt. Zij zijn op meerdere vlakken verschillend van ons, zoals bijvoorbeeld het systeem van ziekterverzekering. De kern gaat over de grondslagen: er zijn teveel geneesmiddelen die eigenlijk hetzelfde zijn. Hiervoor moet er eigenlijk ook één prijs zijn, en de laagste hoort hiervoor de richting aan te duiden. Deze moet de referentie zijn waarop de overheid geneesmiddelen terugbetaalt, om op die manier te kunnen besparen. Wel moet de overheid voor een degelijk kader zorgen zodat de patiënt hier niet het slachtoffer van wordt. Men mag immers niet verwachten dat de patiënt alle geneesmiddelen kent, alsook de prijzen ervan. Er zou eigenlijk een debat moeten ontstaan tussen patiënt, apotheker en geneesheer waardoor men samen per patiënt de beste koop selecteren. Artsen horen wat dat betreft meer conumpatief te denken, meer in functie van de beste prijs. Nu houden dokters vaak in het achterhoofd dat de mutualiteit toch die middelen

terugbetaalt. Daardoor houden meerdere artsen veel te weinig rekening met de prijs van middelen die ze voorschrijven. Maar dat is natuurlijk ten laste van de solidariteit en van de sociale zekerheid.

Jasper: En hoe wilt u bereiken dat artsen de prijs meer in rekening houden? Via het referentiet terugbetalingssysteem?

Goutry: Ja. Maar daarnaast is er ook een ander systeem dat het voorschrijfgedrag van artsen controleert. Het RIZIV houdt sinds kort statistieken bij van elk doosje. Men weet waar een doosje terecht komt, wie het voorschrijft en waarvoor het dient. Op basis van die gegevens worden profielen gemaakt van de artsen en krijgen artsen richtlijnen over bijvoorbeeld het moeten voorschrijven van een bepaald percentage goedkope geneesmiddelen. Zo kan men op het niveau van de individuele arts nagaan of men wel prijsbewust voorschrijft. We moeten een bepaalde mentaliteit bij de zorgverstrekkers inbouwen, op middel lange termijn. Artsen moeten beseffen dat geneesmiddelen zeer veel geld kosten en dat ze bijgevolg ook met dit aspect rekening houden, na rekening te hebben gehouden met het kwalitatieve aspect. De generische geneesmiddelen zijn op deze manier hieraan gelinkt. Volgens mij is er dan ook wel degelijk iets bereikt met dat kiwimodel. Er is veel door in gang gezet, althans door de politieke discussie erover: de referentiet terugbetaling. Ondanks dat ook dit systeem nog veel kan verbeteren, hebben we nu toch al iets. Daarbij komt dat het voorschrijfgedrag van artsen meer nagegaan en beter bijgehouden wordt, weliswaar nog te weinig afdwingbaar. Er zijn dus enkele zaken die rond het debat ontstaan zijn, die uiteindelijk hetzelfde effect zouden kunnen hebben op termijn. Algemeen beschouwd zou ik de balans van het kiwimodel dan ook vrij positief durven noemen.

Jasper: En welke nadelen kent het kiwimodel, mocht het hier ooit toegepast worden zoals Van Duppen het ooit in de Belgische politiek geïntroduceerd heeft?

Goutry: Ik ben een politicus en geen wetenschapper. Als politicus moet je allerlei informatie verzamelen door naar zoveel mogelijk partijen te luisteren, maar dan heb je nog steeds geen pasklare en

zekere antwoorden. Volgens sommigen zou de innovatie kunnen stilvallen doordat de octrooirechten via het kiwimodel onder druk worden gebracht. Soms verwerft men immers door simpelweg de galenische vorm te veranderen terug een nieuw octrooi. Door het kiwimodel zouden er dan minder investeringen zijn waardoor bedrijven die investeringen niet meer zouden kunnen doen. Maar ik weet dat dus niet zeker. Maar dat zou potentieel een nadeel kunnen zijn en moeten we dat bijgevolg in acht nemen. De innovatie mag natuurlijk niet stopgezet worden. Men zegt eveneens dat het model een nadeel zou kunnen zijn voor de tewerkstelling. Ik begrijp nochtans niet goed waarom want als het ene geneesmiddel niet genomen wordt, dan wordt het andere genomen. Bovendien speelt de tewerkstelling in ons land zich voor 80 % af in de laat maar zeggen de onderzoekstechnologie en dus niet in de productie. Het produceren gebeurt immers al lang in de lage loonlanden. En die ontwikkeling-, marketing- en promotiecentra gaan hier toch blijven door de strategische ligging van ons land in Europa, alsook door de licenties. Dus ik denk dat zulke argumenten zaken zijn waarmee ze ons bang pogen te maken, maar dat niet echt fundamentele nadelen zijn. Ten derde zou de therapeutische vrijheid van de arts beperkt worden. Dat vind ik echter zeer relatief want als een bepaald middel niet zou bestaan is men ook in z'n vrijheid beperkt. Als het wel bestaat gebruikt men het. Ik vind dat artsen moeten leren werken volgens bepaalde richtlijnen, standaarden van *evidence based medicine*. Ik vind dat bijgevolg dan ook geen nadeel. Een andere aangehaald argument is dat door dit proces alles ondoorzichtig wordt voor de patiënt. Dat is dan ook iets dat we moeten bewaken, bijvoorbeeld door middel van voorlichting. De mutualiteiten zouden deze voorlichting kunnen geven. Samengevat: ik ben waakzaam voor mogelijke nadelen van dat systeem, maar dat zijn volgens mij geen argumenten waardoor het kind met het badwater mag weggegooid worden. Ik vind dat we de druk hoog moeten houden, ook de politici, om te blijven hameren dat het niet kan dat we een far west hebben van 10.000 producten, allemaal met een andere prijs en etiketje. Daar moet ordening in de prijszetting in komen, en de overheid moet zich ervan gewissen dat de sociale zekerheid slechts betaalt wat strikt nodig is. Zoniet wordt belastingsgeld verspild.

Jasper: U was erg actief in de periode waarin het kiwimodel werd omgedoopt tot een kiwilichtmodel. Welke zijn de struikelblokken die de invoering van het model verhinderd hebben?

Goutry: Ik denk dat een gebrek aan politieke wil een eerste deelfactor hiervan is. Wij zaten toen in de oppositie, wat natuurlijk anders is dan had ik deel van de meerderheid geweest. Ik kon bijgevolg enkel van aan de zijlijn. Als wij [CD&V] toen hadden meegeredeerd denk ik dat ik dat harder had kunnen maken in onze eigen kringen. Nu heeft dat zich beperkt tot de oppositie en er is altijd het gevaar dat men minder naar de inhoud luisterd wanneer je in de oppositie zit. Men bekijkt je meer vanuit je strategie. Maar politieke wil was zeker een van de struikelblokken.

Jasper: Van wie dan? Want Johan Vande Lanotte, destijds minister van begroting, heeft nog gezegd dat hij bepaalde geneesmiddelen niet zou laten terugbetalen mochten andere nieuwe geneesmiddelen niet in prijs dalen. Steve Stevaert zei dat hij de strijd met de farma-industrie zou aangaan.

Goutry: Je moet daarbij de realiteit van de politiek ook zien, waar veel lippendienst bewezen wordt. Dat is nu eenmaal zo. De politiek is volgens mij veel te veel een strategospel geworden van uitspraken en positioneringen. Soms doet men als gevolg hiervan iets niet, niet omdat men het niet goed vindt, maar omdat het de tegenstand bijvoorbeeld zou kunnen bevoordelen. Dat speelt mee en dat zal altijd meespelen. In het kiwiverhaal speelt dat zeker mee. Ik heb immers vastgesteld dat socialisten daarover veel verklaringen hebben afgelegd in de meerderheid, maar eigenlijk zeer angstvallig met dat model zijn omgegaan. Ze hebben niet op de barricade gestaan om dat kiwimodel op te dringen. Een tweede struikelblok is de toepassing van het model door Demotte op de cholesterolverlagers. Dat was juridisch zo slecht aangepakt dat het onmiddlijk werd doorprikt. Het zou wel eens kunnen dat het met een zekere voorbedachtheid was dat men dat model met zo'n kramikkige procedure heeft doorgevoerd...wetende dat het ging mislukken. Men zou rechtszaken tegen zich krijgen, met als gevolg dat niemand daar nog over zou praten en dat niemand het nog zou willen doorvoeren. Maardat weet



ik niet zeker. Ik vind dat Demotte dat veel te snel heeft willen doorvoeren. Ik heb daar nog op gewezen indertijd. Ik zei dat het niet correct was, want er was slechts een aanbieder. Leg het stil want je zal het hele model verknoeien. Maar men heeft niet willen luisteren. Dat is volgens mij het bewijs dat men het niet echt meende. Het derde struikelblok is ongetwijfeld de enorme lobby vanuit de farmaceutische industrie.

Jasper: En hoe heeft u dat waargenomen, die lobby?

Goutry: Ik ben ook heel dikwijls benaderd geweest.

Jasper: Door...?

Goutry: Door Pharma.be en door individuele bedrijven zoals Pfizer. Ik ben dikwijls benaderd, niet aggressief, maar waarbij men voortdurend argumenteerde dat het kiwimodel de markt zou kapotmaken an dat het geen goede optie was. Men zou mensen de beste geneesmiddelen ontzeggen, de research zou kunnen stilvallen enz. Indertijd werd ik echt bestormd. En ik weet dat ook naast mij enorm lobbywerk gebeurd is vanuit die sector, die een zeer lucratieve sector is. Dat zijn wereldspelers, wereldholdings. Daar gaat wereldwijd en enorme hoeveelheid aan kapitaal om. Dat is een van de belangrijkste industrieën die er zijn in de hele wereld. En een belangrijke industrie heeft natuurlijk ook grote belangen, alsook belangrijke mensen die natuurlijk ook politiek lobbyen. Zo heb ik altijd grote tegenstand gevoeld van de VLD tegen het kiwimodel.

Jasper: Waarom?

Goutry: Wel omwille van de zojuist opgesomde argumenten. Toen hadden ze politiek wel een goed argument door erop te wijzen dat het idee kwam van de communist Dirk Van Duppen, lid van Geneeskunde van het Volk. Men zou hier toch geen communistisch systeem invoeren?! Maar dat is dan politiek, en dat heeft meegespeeld.

Jasper: Uw eerste struikelblok dat u aanhaalt is dat de socialisten veel verklaringen hebben afgelegd maar eigenlijk niet op de barricade zijn gaan staan. Waarom denkt u dat dat zo is?

Goutry: Wel ik denk dat dat te maken gehad heeft met de toenmalige paarse regering die onder leiding stond van de liberalen, met Verhofstad als premier. Dat zal zeker meegespeeld hebben. In een coalitie zal je sommige programmapunten moeten inslikken omdat de coalitiepartner dat niet kan verteren. En ik denk dat de liberalen dat model duidelijk niet wilden en dat de socialisten dat beseften. De socialisten beseften volgens mij dan ook wel dat anders een verloren strijd aan zouden gaan en zich zouden minoriseren in die coalitie, waardoor ze andere punten die ze wilden ook niet meer zouden kunnen realiseren. Ik denk dat het een afweging is geweest. Vreemd genoeg heeft dit ook met de scheiding tussen Vlaanderen en wallonië te maken gehad. De cultuur in Wallonnië is wat dat betreft anders dan in Vlaanderen. De responsabilisering speelt immers veel minder in Walonnië dan in Vlaanderen. Ik heb altijd voor klare, transparante en homogene bevoegdheden gepleit, waar verantwoordelijkheden aan zijn gekoppeld. En in dit land is dat niet goed geregeld. In het zuiden van het land heb je de socialisten als grootste partij en wordt de sociale zekerheid beschouwd als een oneindig collectief goed waar nooit een faillissement op kan komen. Die solidariteit is voor de Walen eigenlijk onuitputtelijk. Men stelt zich daar geen vragen over: enkel het beste is goed genoeg. In Vlaanderen zijn mensen er daarentegen sterk mee bezig. Vlamingen. Vlamingen beseffen beter dat elke uitgave verantwoord moet worden. En die mentaliteit heeft zodus ook meegespeeld. Ik denk dat als VandenBroucke minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken had kunnen blijven, we veel verder stonden in het ordenen van de geneesmiddelen. Bovendien zouden de socialisten dan een andere troef hebben kunnen uitspelen: VandenBroucke. En nu beseften de socialisten dat ze het met de liberalen toch niet kunnen halen. Bovendien gaat de PS zelfs niet mee in dat verhaal. Men zou er over praten maar niet al te veel aan doen. Dat was voor mij duidelijk.

Jasper: U zegt dan eigenlijk dat de socialisten akkoord zijn gegaan om het kiwimodel half te laten verwateren en een stille dood te laten sterven eigenlijk, onder druk van de coalitiepartner de VLD?

Goutry: Ja

Jasper: Maar in het begin, voordat het kiwimodel net in de media was gekomen was er in *De Zevende Dag* een optreden van de drie partijvoorzitters Jo vandeuren, Steve Stevaert en Bart Somers die toen interimvoorzitter was, die verklaarden dat ze alledrie wel iets zagen in het kiwimodel. Dus denkt u dat de liberalen van het begin af ertegen waren?

Goutry: Dat is dan ook weer de politiek. Zo'n onderwerp is maatschappelijk belangrijk. Dat is zo belangrijk en evident, dat je er niet kunt tegen zijn, zelfs al en je er niet voor. Dat is er toen volgens mij gebeurd. Zelfs als liberaal die voor de vrije markt is en die niet wil dat er allerlei ingrepen en reguleringen opgestart worden, kan je niet voldoende argumenten aanreiken om dat debat tegen te gaan. Dat ligt te gevoelig. Mensen betalen dure geneesmiddelen, wetende dat ze eigenlijk te veel kosten. Mensen zien ook dat men daar kwistig mee omgaat, dat er veel voorgeschreven wordt, dat er te veel geslikt wordt en dat er te veel van hetzelfde is. Mensen weten vaak niet wat er scheelt maar ze voelen wel dat er iets niet klopt. Als je dan voeling aan zo'n onderwerp geeft, zijn de mensen tevreden dat er iets aan zal veranderen. Ik heb vaak over dat onderwerp gesproken en de zalen waren daar altijd door geboeid. En zelfs als je zo'n systeem echt niet genegen bent, dan nog kan je daar niet tegen ingaan. En vandaar dat men aangaf dat onderwerp ook belangrijk te vinden. Maar ze beseften wel dat men nog ver van het operationeel worden van zo'n systeem afstond en dat ze nog wel de tijd hadden om af te wachten of het model er daadwerkelijk zou komen.

Jasper: in 2008 werd er een Morse rapport van het Riziv uitgegeven. Daaruit bleek eigenlijk dat de kiwi-lightprocedure voor cholesterolverlagers niet echt heeft gewerkt. Wat zijn volgens u de redenen dat dat model niet echt heeft gewerkt? Of heeft het wel gewerkt?

Goutry: ik denk dat het wel voor een stuk heeft gewerkt. Want je moet eens kijken naar de prijs van Zocor. Die prijs is enorm gezakt. Ook is de opgang van simvastatine, het bestanddeel van Zocor, enorm toegenomen. Bovendien is de generische markt, ook binnen de cholesterolverlagers, enorm uitgebreid. Het model heeft zodus zeker effecten gehad. Of het model als dusdanig gewerk heeft, dat weet ik niet maar het heeft effecten gehad. Dat systeem heeft niet goed gewerkt omdat het niet goed is doorgevoerd. Men heeft de procedure veel te laat en slordig uitgevoerd. Het gevolg daarvan was dat er te weinig mensen konden meespelen. De bevraging werd niet volledig opengetrokken. Als alle producten evengoed werken en even veilig zijn, dan is de prijs het middel om er een onderscheid tussen te maken. In feite moet je dan ook voldoende openheid durven creëren en ver genoeg gaan om die prijsvergelijking mogelijk maken. In dit model heeft men de prijsvergelijking slechts tussen twee producenten georganiseerd, die waarschijnlijk onderling dan nog hebben afspraken gemaakt. Dan implodeert uw model.

Jasper: En hoever hadden ze voor u moeten gaan in dat opentrekken?

Goutry: Lipitor verklaart dat ze naast het verlagen van de cholesterol ook de aders kuist. Maar de effecten van Crestor en lipitor, waardoor ze te onderscheiden zouden zijn van Zocor zijn eigenlijk niet bewezen. Toch heeft men, ik vermoed omwille van druk, dat als argument gebruikt om een onderscheid tussen die middelen te maken. Men beweerde dat die middelen toch niet helemaal hetzelfde zijn. Als gevolg heeft men die aanbesteding zo verengd dat het een klucht werd. Als er slechts twee aanbieders zijn zal het effect van de aanbesteding immers enorm afnemen. Iedereen zou moeten kunnen meedoen aan een aanbesteding, die openbaar gemaakt hoort te worden, waardoor de prijzen zoveel mogelijk zouden dalen.

Jasper: Bent u dan voorstander dat ze alle geneesmiddelen in de aanbestedingen zouden opnemen die hetzelfde indicatiegebied hebben?

Goutry: Ja, en zelfs diegene die nog onder octrooi staan. Vroeger ben ik akkoord gegaan om dat te beperken tot de uitpatent

geneesmiddelen. We hebben dat ook zo in het regeerakkoord laten schrijven. Nu vind ik dat je correct moet zijn en te verklaren dat een octrooi geen zin heeft als bescherming van een uitvinding, als die uitvinding eigenlijk al bestaat. Dan moet men maar een nieuwe blockbuster uitvinden.

Jasper: U zegt dat de kiwilightprocedure wel degelijk heeft gewerkt, dat het effecten heeft gehad op de prijs en..

Goutry: Het kiwilightmodel heeft de mogelijke werkzaamheid aangetoond.

Jasper: Dirk Van Duppen zegt dat door de grote marketingindustrie, ondanks dat Zocor het preferentiële product was, er middelen zoals Crestor en lipitor veel vaker zijn voorgeschreven..

Goutry: Natuurlijk.

Jasper: ...waardoor er in het geheel van de cholesterolverlagers geen besparingen is verwezenlijkt is geweest.

Goutry: Dat is correct. Men had ze allemaal tegen elkaar moeten uitspelen. Er is daar immers een derde actor in het spel: de voorschrijvers. En die voorschrijvers worden bewerkt. Waarom zou men anders 3.000 artsenbezoekers in ons land hebben? 3.000! Ik vermoed dat die personen hun geld waard zijn. Anders zou zo'n bedrijf ze immers niet betalen. Ik krijg trouwens ook sporadisch wel eens een fles champagne aan de deur. Die artsen worden dan ook overdonderd. Die vertegenwoordigers brengen bepaalde producten al dan niet terecht aan de man. Dat is een echte markt. Arts is een vrij beroep en die beroepsbeoefenaars hebben ook hun voyageurs. En die voyageurs openen een nieuwe markt als ze voelen dat er een markt dichtslibt. En dan verschuift de consumptie. Dat is evident. Daarom is het belangrijk dat alle producten worden opgenomen in zo'n aanbestedingsprocedure.

Jasper: En u ziet dan eigenlijk de kiwilightprocedure met de cholesterolverlagers eerder als een symbooldossier, ondanks dat het

geen besparing heeft verwezenlijkt. Dat wel haar werking heeft aangetoond?

Goutry: Ja. Voor mij bewijst het kiwi-lightdossier dat dat uiteindelijk de goede richting is. Het is evident dat er veel verfijning nodig is om zo'n model te operationaliseren. Men is erg snel begonnen, terwijl dat toch een zeer moeilijke materie is. Dat had veel meer voorbereiding gevraagd. Vandaar dat ik zei dat de kiwi dood was. Ik heb tegen de minister gezegd dat hij hem zelf vermoord heeft. Hij wou het, maar eigenlijk wou hij het niet. Ik denk alleszins dat hij het niet wou. Als ik het echt zou proberen invoeren, zou ik dat stapsgewijs doen, op een onomkeerbare wijze, waardoor het perspectief zou bieden. Ik zou stappen hebben gemaakt naar het zuivere kiwimodel en er dan gestaag naartoe hebben gewerkt. Nu heeft men hier een stap gezet zonder te weten waar men wou uitkomen en die stap was bovendien zo slecht dat zelfs die weg onmiddellijk versperd was.

Jasper: Eigenlijk is uw kritiek dat Demotte te snel en onbesuisd tewerk is gegaan?

Goutry: Ja

Jasper: Demotte heeft het kiwimodel ingevoerd voor de testcase Zocor. Demotte laat bij de evaluatie van het model weten dat het verbruik van de cholesterolverlagers in het algemeen met 28 % was toegenomen en dat deze toename constant was voor zowel Zocor, Crestor als Lipitor. Kortom, het marktaandeel van Zocor is niet toegenomen door de kiwilightprocedure. Artsen blijken Zocor in verhouding niet meer hebben voorgeschreven dan Cresor en Lipitor. Toont dat niet aan..het marktaandeel moest vergroten, dat was een van de doelstellingen van het kiwimodel. Dat het goedkope middel vaker werd voorgeschreven en dit is niet gebeurd.

Goutry: ten eerste neem ik de vrijheid om alle besluiten, afleidingen en stellingen die men heeft ontwikkeld op basis van een krakkemikkig model eveneens krakkemikkig te verklaren. Men mag de conclusie van het kiwi-lightmodel niet aannemen als een correcte conclusie van het kiwimodel. Ten tweede heeft men lag

gediscussieerd over de correctheid van de cijfers. Maar die cijfers bewijzen wel iets. Het kiwimodel, laat ons noemen het prijsordeningsmodel, is slechts een onderdeel van het geneesmiddelenbeleid. Daarmee worden niet alle problemen opgelost. Dat is nog maar een klein onderdeelje. Maar we hebben het wel nodig in het raderwerk, naast het voorschrijfgedrag en de bijscholing van de artsen, naast de openheid van bedrijven die hun studies allemaal publiceren en er geen achterhouden en die bereid zijn om fouten toe te geven. Dat zijn allemaal kritische factoren waarmee rekening mee moet worden gehouden in het bepalen van het beleid. Het kiwimodel op zich werkt niet wanneer artsen nog steeds kunnen voorschrijven wat ze willen. Als artsen dan nog steeds de duurdere middelen voorschrijven, zal de patiënt daarvan de dupe zijn. De patiënt moet bewuster worden, zoals nu een beetje gebeurd met de generische geneesmiddelen. Artsen vechten doorgaans nog altijd aan dat het origineel niet beter zou zijn dan de kopie bijvoorbeeld.

Jasper: Waarom?

Goutry: Generieken zullen misschien iets minder aantrekkelijk zijn. Ook speelt daar een stukje opvatting in mee: alleen het beste is goed genoeg. Ik denk dat dat vaak irrationeel is.

Jasper: Uit het rapport van het prestigieuze advocatenkantoor DeBacker blijkt dat het kiwimodel juridisch haalbaar is in de Belgische context. Er zijn redelijk wat problemen maar het zou nochtans haalbaar zijn mochten die opgelost worden. Volgens sommigen toont het Nederlandse model aan dat het systeem ook in de praktijk haalbaar is, doordat de prijzen van geneesmiddelen kunnen dalen. Dit toont ook het HPV-vaccin, ingevoerd door Jo Vandeurzen, aan in Vlaanderen. Onder Leterme I lijkt het kiwimodel echter een stille dood te zijn gestorven. Zijn er redenen waarom de CD&V het dossier onder Leterme I niet op de politieke agenda heeft kunnen plaatsen?

Goutry: dat is een pittige vraag. Ik ga eerst de schuld op de anderen steken. Na Demotte is Onkelinckx gekomen als minister van Sociale

Zaken. En de PS zette eigenlijk niet in op het kiwimodel. Zij werden daar nog warm nog koud van. Zij zagen daar het belang niet van in. Demotte was een betere minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken dan Onkelinckx. Onkelinckx is een machtsfiguur. Demotte is dat ook wel een beetje geworden, maar Onkelinckx is een puur machtsfiguur die eigenlijk op dat departement zat om duidelijk te maken dat de PS de Sociale Zekerheid, in de context van de communautaire onderhandelingen, niet zou loslaten. Onkelinckx zat op dat ministerie, maar zij ging geen debatten aan. Ten tweede stelde de regering Leterme niet veel voor. Daar is zelden tot nooit een beleid kunnen gevoerd worden? Ik denk dan ook dat het voornamelijk te wijten is aan de zeer onstabiele, discontinue, politieke periode, waarbij het accent volledig communautair is komen te liggen, en waarbij andere dossiers geen aandacht kregen. In die context was het logisch dat men niet nog zo'n heikel punt wou op tafel leggen. Het kiwimodel is vervolgens eigenlijk totaal uit de aandacht gegaan. Ik heb daar wel binnen de eigen partij veel over gesproken. Ik denk zelfs dat ik mijn partijgenoten heb kunnen overtuigen van de voordelen van zo'n kiwimodel. Ook de rechtse CD&V'ers, die eerder bereid zouden zijn om de VLD tour op te gaan en naar de bedrijven te luisteren kon ik bijna overtuigen. Maar het is dan verdwenen in hele debat rond het communautaire. Er wordt nu al jaren niet meer over de volksgezondheid en het kiwimodel gesproken.

Jasper: Maar u heeft in die periode geen officiële vragen in de Kamer gesteld of het woord genomen om over het kiwimodel nog te praten?

Gouty: Ten eerste begon dat model politiek versleten te geraken. Wel heb ik in 2007 onderhandeld en in het regeerakkoord een passus laten schrijven dat er een model zou worden ontwikkeld worden om tot betere ordening te komen op vlak van geneesmiddelen, en dat er mechanismen zouden ontwikkeld worden om tot meer objectieve prijszetting te kunnen komen. Ik zat toen in de meerderheid, wat een andere rol is dan de oppositie. Ik hoopte toen nog dat we door dat in het regeerakkoord op te nemen toch wel iets zouden kunnen bereiken. Maar nadien is alles verdronken in de chaos van het communautaire. Er zijn nog wel vragen over gesteld maar vanuit de meerderheid ga je een minister natuurlijk anders bevragen dan vanuit



de minderheid. In de minderheid speel je vaker toneel. In de meerderheid doe je dat vaker binnenskamers. Zoniet kan je je eigen meerderheid wel eens per ongeluk kunnen aanvallen. Binnenskamers is daar wel over gesproken en is daar verder nog aan gewerkt, maar dat is niet meer openbaar tot uiting gekomen.

Jasper: Is daar dan iets uitgekomen van al die gesprekken binnenskamers?

Goutry: Neen. Het kind is met het badwater weggegooid. De naam kiwi is vergiftigd. Ik denk dat we daar zelfs niet meer over moeten spreken. Niemand wil daar nog energie insteken. Niemand weet wat het is, maar iedereen is er bang van. Dat heeft een vorm van onbespreekbaarheid bereikt waardoor ik concludeer dat de tegenstanders ervan hun werk zeer goed hebben gedaan. Vandaar heb ik op een bepaald moment nooit meer over *kiwi* gesproken, ook binnen de eigen partij. Ik spreek steeds meer over ordeningsmodellen, beheersingsmodellen en responsabiliseringsmodellen. Dat is eigenlijk de kern van de zaak. Voor mij moet dat absoluut geen *kiwi* noemen, maar er moet ordening, prijsreguleringen en responsabilisering komen.

Jasper: En in die ordeningsmaatregelen, bent u dan nog steed voor een soort van offerteaanvraag of openbare aanbesteding wat eigenlijk de kern is van het kiwimodel of..?

Goutry: Ja. Ik denk dat dat moet, en niet alleen voor geneesmiddelen. Ook op het vlak van medisch materiaal zou dat moeten. Men vraagt voor sommige materialen enorme prijzen, omdat men op dat moment de enige is die het product op de markt brengt. Ik ga niet spreken met de term aanbesteding, maar de overheid moet veel meer medespeler worden. Nu zijn ze veel te veel medebetalen. De overheid heeft te weinig deskundigheid, te weinig competentie, te weinig top ingenieurs-marketeers en managers die de industrie wel heeft. De overheid zou dat ook moeten hebben. De overheid zou een managementdepartement moeten hebben in Volksgezondheid, dat zich niet anders bezig houdt dan met benchmarking, met onderzoek van prijzen. In Nederland doet men dat wel. In Nederland

onderhandelen de zorgverzekeraars met de leveranciers. De overheid zou dat hier moeten doen. Ik ben er niet voor dat de zorgverzekeraars dat doen omdat je dan een privatisering krijgt van de sector. Bovendien hebben wij een ander model van sociale zekerheid. We willen de solidariteit behouden. Maar dan moet je wel als overheid je zaak verdedigen. Dan moet men de deskundigheid hebben om geïnformeerd mee te kunnen spelen. Ik heb altijd gepleit dat er een onafhankelijk instituut zou opgericht worden dat het departement van Volksgezondheid en Sociale Zaken mee helpt te besturen. Dit departement moet bemand worden met onafhankelijke mensen van een hoog niveau, die door hun onafhankelijkheid en hun hoog niveau in staat zijn om de overheid correct te adviseren in hun beleidsvoering. Nu gaat dat immers via kabinetssmedewerkers en professoren en veel van die profen hebben niet één, niet twee of drie maar vier petjes aan. Zij vinden uit, zij verkopen, zij keuren goed en zij registreren. En dat allemaal onder dezelfde noemer. Dit hoort natuurlijk niet.

Jasper J: Denkt u dat met de op til zijnde besparingsronde de politieke wereld het kiwimodel, al dan niet onder een andere naam, terug op de politieke agenda zal plaatsen..mocht er ooit een regering gevormd worden?

Goutry: Ik hoop het. Maar ik herhaal: *kiwi* kan niet meer. Dat is verloren, dood, gedaan. Men moet daar nooit meer over beginnen. Ik weet het niet natuurlijk. De hele discussie rond de communautarisering is voor de NV-A nogal een principiële discussie, maar is voor ons CD&V veeleer een discussie van homogene bevoegdheden, transparantie en responsabiliteit. De responsabiliteit is een van de fundamenten van heel dat proces rond de staats hervorming. Men moet de verantwoordelijkheid nemen voor de eigen daden. Dit is nodig om beleid te voeren. Als men dat naar voor wil brengen, zal men automatisch de discussie in de ziekteverzekering krijgen. Responsabilisering betekent immers met een bepaald pakket geld het maximale eruit halen, op de meest accurate en performante manier. [wijdt uit]. En dat is eigenlijk het responsabiliseringsmodel: men meet op basis van objectieve

parameters wat de behoeften zijn. vervolgens krijgt men een budget waarmee men moet rondkomen.

Jasper: het aspect van de openbare aanbesteding zelf. Denkt u dat dat nog op de agenda zal komen?

Goutry: De openbare aanbesteding is geen doel op zich. Dat is een middel. We moeten niet aanbesteden om aan te besteden. In andere sectoren schrijft men een lastenboek uit wanneer men een aanbesteding wil organiseren. We zouden dat ook kunnen op vlak van gezondheidszorg. We hebben dat nodig. Bijvoorbeeld vaststellen hoeveel heupprothesen er jaarlijks in België gezet worden, en aan welke kwaliteit ze moeten voldoen. Vervolgens gaat men de markt op zoekt men de beste aanbieder daarvan. En dan kijken we naar de prijs. Maar dat is een hulpmiddel, en voor mij telt alleen het doel: beter, zorgvuldiger, geordener, transparanter en verantwoordelijker met middelen omgaan. [wijdt uit].

Jasper: En daarbij kan dat onafhankelijk instituut erg bij helpen?

Goutry: Dat zal een hulpmiddel zijn, een stap in de goede richting.

Jasper: Bedankt voor dit interview.

## Bijlage 11. Interview met Luc Hutsebaut op woensdag 8 juni 2011

In Brussel: CM-gebouw.

Het interview begint met een informeel gesprek..

Hutsebaut (H): Pharmac heeft op een bepaald moment een zeer fundamentele beslissing genomen. Ze vonden het niet wenselijk om binnen een bepaalde therapeutische groep (bijvoorbeeld de hogebloeddruk) keuze te laten tussen 10, 12, 15 producten, die elkaar via marketing dood concureren. Zo'n systeem geeft immers aanleiding tot te hoge prijzen. Ze vonden het slimmer om initiatief te nemen vanuit de overheid door uit die grote hoeveelheid geneesmiddelen, op wetenschappelijke gronden, de keuze te maken voor een of twee producten. De beste keuze. Wanneer die 'beste keuze' producten betreft die reeds uit patent zijn dan heb je concurrentie, en dan kan je de producenten van die geneesmiddelen tegen elkaar uitspelen. Men laat weten dat het bedrijf dat de beste prijs biedt om op een georganiseerde manier de markt te bevoorraden, gedurende een bepaalde periode van bijvoorbeeld twee jaar de markt voor zich heeft. Er zijn zodus twee stappen: ten eerste het kiezen van de optimale therapie waarbij je heel veel factoren moet in rekening brengen. De tweede stap is, indien er concurrentie is, de beste prijs voor de optimale therapie pogen te verwerven. In de tweede stap wordt niet alleen naar de prijs gekeken. Men moet uiteraard ook rekening houden met andere zaken zoals de verpakkingen en de zekerheid tot levering. Voorzorgen moeten genomen worden. In België heeft men het debat rond de kiwi direct vernauwd tot een openbare aanbesteding met enkel de focus op de laagste prijs. Dat is natuurlijk verkeerd. Dat is echt zeer kort door de bocht.

Jasper (J): Dat is dan vooral in de media zo aan bod gekomen?

H: Niet alleen in de media. Ook in het parlement zijn er mensen die niet verder gegaan zijn dan dat. Dit systeem klinkt erg revolutionair in een land als België, maar dat is het niet. Dit systeem is al 30 jaar in voege (en opgelegd door de overheid) in ziekenhuizen. In een ziekenhuis moet je met zo'n systeem werken. Daar heet dat een formularium. Je kan je niet inbeelden dat je in een ziekenhuis alle mogelijke medicamenten in voorraad kunt houden. Neen, je maakt keuzes. En de keuzes zijn in eerste instantie op therapeutisch gebied: wat zijn de beste producten, de beste in de zin van de meest efficiënte oplossing van een bepaald probleem. En als er dan nog concurrentie overschiet dan kan je inderdaad beginnen discussiëren over prijzen. Maar wel in die volgorde. Eerst wetenschap, dan economie.

J: Dus u verstaat onder het kiwimodel dat je uit een reeks medicamenten ten eerste de beste medicamenten kiest op basis van allerlei indicatoren en ze nadien dan tegen elkaar laat concurreren waardoor de prijs kan verlagen. En daar schaaft u zich achter?

H: Absoluut. Bij de hoge bloeddruk is er een klasse van geneesmiddelen, de sartanen, die een plaats heeft in de behandeling van patiënten die moeilijk onder controle geraken. Misschien wel niet als eerste keuze. Je hebt er daar ondertussen reeds 7 of 8 verschillende middelen, die eigenlijk aan elkaar gewaagd zijn. De ene is niet beter dan de andere. Ze zijn in therapeutisch effect zeer gelijkaardig. Dus als je bijvoorbeeld een keuze maakt voor een sartan, dan heb je de keuze tussen 7 of 8 producten. Je moet die middelen natuurlijk nog altijd op de correcte manier vergelijken met elkaar. Maar dan kan je die 7-8 producten tegen elkaar uitspelen. Als je dat niet doet krijg je situaties waarin er gelijkaardige geneesmiddelen zijn waarvan er sommigen, goedkopere (bijvoorbeeld 10 euro) uit en anderen, duurdere (bijvoorbeeld 40 euro) in patent liggen en die evenveel terugbetaald worden. Deze geneesmiddelen zijn 'broertjes': ze zijn niet gelijk, maar je kan er evengoed gebruik van maken. Dit is geen logische situatie. We verkwisten dan eigenlijk 30 euro per maand per patiënt. Door zo'n kiwimodel poog je uw budget zo goed als mogelijk beheren en zoveel als mogelijk te doen met dat budget. Een budget is immers

altijd te weinig, waardoor je er zoveel mogelijk mee moet proberen te doen. Dit kan door de concurrentie te laten spelen waar het kan en op een verstandige manier, namelijk dat je alleen de b ste producten terugbetaalt. Met het bespaarde geld kan je dan die enkele, werkelijk innovatieve en peperdure producten terugbetalen waar de mensen op zitten te wachten, en waar de bedrijven geen scrupules hebben om torenhoge prijzen te vragen. In NZ (Nieuw-Zeeland) heeft men reserve in hun budget om zo'n producten sneller te kunnen terugbetalen.

J: Dus u bent voorstander om het geld dat bespaard zou kunnen worden met zo'n soort van openbare aanbesteding, om daarmee nieuwe innoverende producten iets sneller mee laten terugbetalen?

H: Ja. Dat biedt alleszins de mogelijkheid om dat te doen. In eerste instantie hoort het bespaarde geld geherinvesteerd worden in de geneesmiddelensector. Maar dit geld kan evengoed in andere sectoren van de gezondheidszorg geïnvesteerd worden zoals de rusthuizen, familiale hulp en huishoudhulp. Misschien kan je de besparingen verwezenlijkt door zuinig beheer van je budget in de geneesmiddelen herinvesteren in andere prioritaire sectoren, zoals bijvoorbeeld rusthuizen. Ik pak een neutraal voorbeeld want ik weet dat daar politieke slogans zijn rond gemaakt en ik snap dat. Dirk Van Duppen heeft dat zo verkocht eigenlijk, en terecht: met het geld dat je kan besparen met een enkele molecule kan je het ziekenhuis hier om de hoek in Borgerhout wat toen op sluiten stond, openhouden [kleine uitwijding over dat ziekenhuis]

J: Het kiwimodel, het systeem van openbare aanbesteding zoals u dat daarjuist heeft beschreven, dat kan dus vele voordelen hebben, met name dat de prijs kan dalen, dat de overheid minder geld uitgeeft en dat altijd de beste producten zouden gekozen worden.

H: Ik zou liever hebben dat je de volgorde omdraait: dat is dat je de beste producten kiest en dat je dan ook nog goede prijzen kunt bedingen.

J: Maar heeft het model ook nadelen?

H: Door keuzes te maken beperk je natuurlijk een stukje de keuzevrijheid van de artsen. Artsen kunnen nu bijna eender welk geneesmiddel voorschrijven. Er is een immense vrijheid van voorschrift. Wel wordt dit stilletjesaan een beetje gecontroleerd en ingeperkt. Wanneer je bijvoorbeeld zou zeggen dat je product X hoort voor te schrijven tegen hoge bloeddruk, en pas een ander product als dat eerste niet degelijk werkt, dat is op eerste zicht een beperking van de keuzevrijheid van voorschrijven. Ik vind dat echter een zeer relatief gegeven in die zin dat als een arts die zijn beroep een beetje respecteert en zichzelf respecteert, moet beseffen dat hij niet alles zelf weet. De lijst van voorkeursgeneesmiddelen zou eigenlijk beschouwd moeten worden als een soort van richtlijn tot een goed gebruik van geneesmiddelen. Dáúarom is de keuze van geneesmiddelen, de wetenschappelijke grond waarop je het doet, dan ook uiterst belangrijk. Wanneer deze keuze onaanvechtbaar is, dan is zo'n systeem geen beperking van keuzevrijheid. Als een arts die volledig geïnformeerd is, objectief nadenkt en zo min als mogelijk beïnvloed is door de marketing van bedrijven iets voorschrijft, dan zou die eigenlijk tot dezelfde keuze moeten komen.

Wel zullen je altijd patiënten zijn die ontsnappen aan de regels. Het is niet omdat een product de beste keuze is, dat dat voor alle patiënten zo is. Je hebt altijd patiënten die om een of andere reden niet goed reageren of niet voldoende reageren op een bepaalde therapie. Maar dat moet je kunnen voorzien in je formularium. En dat doen ze in Nieuw-Zeeland ook. Men selecteert product A als zijnde de eerste keuze. Maar om patiënten te kunnen voorhelfen die hetzij intolerant, hetzij onvoldoende reageren op de bestaande therapie, voorziet men ook een soort reservetherapie, een tweedelijns therapie die voor die patiënten dan ook vergoed kan worden. Er zijn immers dikwijls middelen om die onverdraagzaamheid voor een stuk op te lossen door bijvoorbeeld heel langzaam aan te starten, door heel langzaam aan de dosis te verhogen, door in het begin andere geneesmiddelen toe te voegen om de verdraagzaamheid te bevorderen. Men heeft in NZ in tegenstelling tot in België, de criteria om te kunnen besluiten dat een patiënt niet goed of onvoldoende

reageert heel duidelijk gesteld. In België is dit zeer vaag geformuleerd.

J: Volgens Van Duppen kan dat probleem heel gemakkelijk opgelost te worden door de arts een motivering te laten schrijven wanneer een patiënt een bepaald eerstekeuzegeneesmiddel niet goed ervaart..

H: Het is dat wat ik bedoel maar ik voeg eraan toe, op basis van objectieve en duidelijk omschreven, concrete criteria. Het is niet voldoende dat een arts zegt dat zijn patiënt intolerant is.

J: Dus het moet zeer goed gemotiveerd zijn?

H: Het moet goed gemotiveerd zijn op objectieve gronden.

J: Heeft het kiwimodel andere nadelen naast dat het de therapeutische vrijheid..

H: Wel ik denk dat het geen nadelen heeft voor de patiënten, op voorwaarde dat de nodige voorzorgen zoals die tweedelijns therapieën inbouwd zijn. In tegendeel, het heeft voordelen want het is veel goedkoper. Je kan ook veel meer soorten geneesmiddelen terugbetalen. Zo betaalt men in NZ bijvoorbeeld slaapmiddelen terug. In België is het ondenkbaar om slaapmiddelen terug te betalen. In Nieuw-Zeeland heeft men budgettair de kans gezien om die slaapmiddelen terug te betalen. Een voordeel hiervan is dat je meer controle op het gebruik van slaappillen krijgt. Want dat is immers hét probleem met slaapmiddelen. Eigenlijk moet je na 10-12 dagen stoppen met het consumeren van zo'n pillen. Maar de meeste patiënten gebruiken dat niet 10-12 dagen, maar 10-12 jaren. Voor de overheid zijn er ook voornamelijk voordelen aan het kiwimodel: het budget is immers beter onder controle te houden.

Een de artsen dat formularium als richtlijn aanvaarden is dat eigenlijk gemakkelijk voor hen. Hun handelingsmodelijkheden worden dan immers veel duidelijker. Uiteraard is de industrie daar niet gelukkig mee. Zij zien natuurlijk hun kans om hoge prijzen te vragen enorm afnemen, zelfs hun kansen om nog te verkopen. Als een product van een bepaald bedrijf niet geselecteerd is, zal dat



bedrijf immers niet veel van dat product verkopen. En dat is dan dé kritiek: zo'n systeem zou de industrie en de research kapotmaken. Ik ben daar niet zo van overtuigd.

J: Eén van de argumenten die de industrie aanhaalt is dat de tewerkstelling enorm zal afnemen, alsook O&O voor nieuwe geneesmiddelen. Bent u het daar mee eens?

H: Neen, zeker niet O&O. Ze gaan wel minder inkomen hebben. Ze gaan dan eerst moeten snoeien in een andere post, namelijk de marketing van hun producten. Als de keuze gemaakt is, dan heb je die marketing niet meer nodig. Want waarvoor dient marketing? Als jij als nummer 7 van de sartanen op de markt komt, dan moet jij een geweldige marketing machine op gang zetten om de artsen toch te laten geloven dat die sartan toch nog net iets beter is dan die andere zes. Dat kost verschrikkelijk veel geld en zal je bijgevolg niet meer nodig hebben.

J: Dus u ziet dat als een groot voordeel?

H: Die marketing en die beïnvloeding via marketing zou kunnen wegvallen.

J: En heeft die marketing dan geen enkel positief effect of geen nut maatschappelijke gezien, voor artsen..?

H: Tenzij voor de tewerkstelling van marketeers en vertegenwoordigers, zie ik daar eigenlijk niet veel nut van. Volgens mij moet je enkel het bestaan van uw product bekend maken. En dat is ook altijd de stelling van de farma-industrie in België geweest: wij doen niet aan marketing, wij geven informatie. Nu, ik vind dat die informatie toch wel heel dikwijls verwordt tot marketing. Een product dat goede kwaliteiten heeft, dat verkoopt zichzelf. Een product dat werkelijk goed is, dat werkelijk meerwaarde biedt, dat ga je binnen de kortste keren zien gebruiken voor alle patiënten.

J: En de industrie zegt dat wanneer het kiwimodel zou ingevoerd zou worden, ze veel minder winsten zouden maken, waardoor ze veel

minder gemakkelijker zouden kunnen investeren in O&O, klopt dat volgens u?

H: Dat hangt af van welk O&O je wil. Ik vind niet dat er behoefte is aan investeringen in O&O om varianten te vinden op producten die wij al jaar en dag kennen he. Momenteel zijn vele zogezegd nieuwe producten helemaal niet innovatief. Dat soort onderzoek hebben wij niet nodig. Maar het geld dat kan verdiend worden kan je wel investeren in werkelijk innovatief onderzoek in de zin van nieuwe werkingsmechanismen, nieuwe behandelingen van bestaande ziekten enz. Dat moet niet dienen om de zoveelste variant van een reeds bestaand geneesmiddel te vinden.

J: En tewerkstelling?

H: Buiten de dienst marketing, die voor mij grondig uitgedund mag worden, denk ik niet dat dit een groot effect zal genereren. Algemeen beschouwd investeren de meeste bedrijven veel meer in marketing dan in onderzoek. De budgetten voor marketing, en dat gaat ver: dat gaat tot het organiseren van congressen om de wetenschap naar voren te brengen.

J: Dus u denkt dat met betrekking tot tewerkstelling enkel de zogezegd sectoren zonder echt maatschappelijke meerwaarde zoals de marketing die voornamelijk dient om mensen te overtuigen van het nut van geneesmiddelen zonder dat het echt een meerwaarde heeft, dat enkel die sectoren, dat voornamelijk die sectoren aangetast zullen worden?

H: Dat heb ik niet gezegd. Ik heb gezegd dat ze daar gerust kunnen in snoeien. Of dat gebeurt is weer iets anders.

J: Maar u denkt niet dat er met betrekking tot tewerkstelling of O&O, met betrekking tot innovatie, met betrekking tot sectoren met een echte maatschappelijke meerwaarde, u denkt niet dat het kiwimodel daar een erg negatief effect op zal hebben?

H: Als de bedrijven doen wat ze zeggen, namelijk ethisch handelen, dan zouden ze inderdaad alles moeten zetten op O&O en veel minder

op marketing. De realiteit laat soms wel iets anders zien. Als bedrijven dan kiezen om te investeren in marketing in plaats van in O&O, dan heb ik mijn conclusie wel getrokken. Een kiwimodel gaat volgens mij de budgetten die je zou kunnen spenderen aan O&O niet echt aantasten.

J: Uit mijn literatuurstudie blijkt dat sommige tegenstanders van het kiwimodel ook nog enkele andere mogelijke negatieve effecten aanhalen zoals stockproblemen..

H: (lacht), Dat bedoel ik met een openbare aanbesteding die verder gaat dan alleen maar naar de prijs te kijken. In NZ kiest men natuurlijk een beetje naar het type van product. Maar voor werkelijk noodzakelijke producten waar men geen dag zonder mag vallen, gaat men bij een openbare aanbesteding een eerste leverancier kiezen die de markt krijgt. Maar er wordt eveneens een tweede leverancier geselecteerd die als reserve, als buffer dient. Die tweede leverancier zal vergoed worden voor zijn product, als alles bij de eerste leverancier goed verlopen is, en de tweede leverancier zijn product bijvolg niet verkocht heeft én als zijn product vervallen is. De tweede leverancier zal dus vergoed wrden om zijn product te vernietigen. Dat is een van de mogelijkheden. De andere mogelijkheid is, en daar begint men meer en meer mee, dat je niet al uw eieren in hetzelfde mandje legt bij één leverancier. Men kan dan bijvoorbeeld twee leveranciers kiezen, de twee beste aanbieders die dan alletwee in onderlinge samenspraak hun product kunnen commercialiseren. Dan heb je meer producenten, waardoor het risico op stockproblemen afneemt. Je mag niet enkel naar de prijs kijken. Want als men dat doet kan men wel eens in de problemen komen: dan kan je bijvoorbeeld prijsbrekers krijgen waarvan een maand nadat ze de aanbesteding winnen, blijkt dat ze niet (voldoede) kunnen produceren.

J: Maar als u dan zoals u zegt de eieren niet in een mandje legt en dus meerdere mogelijke bufferleveranciers aanduidt, denkt u dan dat dat stockprobleem mogelijk opgelost zou zijn? Of is zal de vraag anders stellen: is het stockprobleem, is dat een probleem inherent aan het kiwimodel?

H: Neen

J: Staat dat daar volkomen los van, kan dat evengoed..?

H: Laten we zeggen dat het risico op stockproblemen erdoor verhoogt op het moment dat je in zee gaat met slechts één leverancier. In niet kiwimodellen zoals in België gebeurt het ook dat een bedrijf plots een uniek product dat onvervangbaar is, een bepaalde periode niet meer kan leveren. Dat ging over ernstige aandoeningen: Parkinson. Dit kwam doordat hun fabriek in brand was gevlogen. Dus je kan dat ook in niet kiwimodellen voorhebben. Het voorzien van een voldoende grote en zekerheid van stock is logistiek. De betrouwbaarheid van de leverancier met betrekking tot kwaliteit en leveringszekerheid is bijvoorbeeld ook van belang wanneer men een winnaar van een aanbesteding selecteert. Dat zijn allemaal elementen die meespelen in zo'n keuze he. Men moet een verstandige openbare aanbesteding organiseren waarbij men rekening houdt met zulke aspecten.

J: En een laatste punt van kritiek dat ik meermaals heb gehoord is dat er parallelmarkten zouden ontstaan. Dus doordat de prijzen in België dan wanneer het kiwi-model zou toegepast worden, en enorm zouden dalen, zouden mensen van het buitenland naar hier komen, geneesmiddelen opkopen om die dan in hun eigen land te verkopen tegen hogere prijs.

H: De parallelhandel dat is inderdaad een Europees fenomeen. Ik ga nu misschien iets heel raar zeggen maar ik ben flagrant tegen parallelhandel voor geneesmiddelen want de oorsprong zoals dat nu is in België, is uiteraard een prijsverschil. Maar van dat prijsverschil bij import naar België schiet er hier in België voor de patiënt, noch voor de overheid of ziekteverzekering iets van over. Alle winsten gaan naar de parallelhandelaars. Het enige waar wij mee overblijven zijn de problemen, namelijk andere namen en verpakkingen en stockproblemen. [wijdt uit]. Maar daar heeft men een punt. In Nederland voert men het preferentiebeleid, wat totaal anders is dan een kiwi. In België verschijnen nu parallelgeïmporteerde producten vanuit Nederland. Dat is natuurlijk waanzinnig.

J: Kan u eerst even verklaren wat de verschillen zijn tussen Nederland en België, tussen het preferentiesysteem en het kiwimodel?

H: In grote mate is het gelijk. Het gaat om dezelfde mechanismen: men maakt keuzes en afspraken met leveranciers. Het grote verschil is dat je dat in België zou moeten organiseren op nationaal niveau, waardoor de keuzes, afspraken en prijzen voor alle Belgen gelden. De overheid, met name het RIZIV, zou dat kunnen organiseren. In Nederland is dat anders. Daar organiseren de mutualiteiten enkel voor hun leden zo'n aanbesteding. Die verzekeraars maken afspraken met leveranciers van geneesmiddelen, maar enkel op het niveau van identieke moleculen. Het gevolg is dat mutualiteit X met de leveranciers onderhandelt en uit een bepaald gamma een bepaald product selecteren. En dat is het verschil met de kiwi in Nieuw-Zeeland. In Nieuw-Zeeland organiseert men de aanbesteding nationaal, en niet voor bepaalde groepen van patiënten. Dat is bovendien gemakkelijker. Want een arts in Nederland zou bijna moeten vragen aan zijn patiënt bij welke mutualiteit die aangesloten is om te weten welke geneesmiddelen hij kan voorschrijven. Een ander verschil is dat men in NZ (Nieuw-Zeeland) soms ook kijkt naar gelijkaardige geneesmiddelen, die geen identieke moleculen bevatten.

J: Kan u even het verschil tussen identieke en gelijkaardige producten uitleggen?

H: ATC is een systematische indeling van geneesmiddelen op 5 niveaus. Het eerste niveau A, B, C, D, E, dat zijn de grote groepen. C is bijvoorbeeld alles wat met cardiovasculaire te maken heeft: harten vaatproblemen. Dan heb je het tweede niveau, de grote subgroepen. Het derde niveau is nog een keer een onderverdeling. En dan wordt het interessant. Alle statines zitten in dezelfde groep op niveau 4. Dt zijn wat ik noem de broertjes, ze zijn eigenlijk zeer gelijkaardig, maar ze zijn niet identiek.

J: En al die producten van ATC-4 niveau die beogen hetzelfde therapeutisch effect?

H: Ja. Ze zijn immers ingedeeld naargelang hun voornaamste indicatie, hun voornaamste toepassing.

J: Dus bijvoorbeeld de cholesterol verlagen? En dus alle cholesterolverlagers worden daar in opgenomen?

H: Ja, van het type statine. Want je hebt een andere groep op niveau 4 die wij dan de fibraten noemen die ook op de cholesterol werken, maar die worden bijna niet meer gebruikt. Dat is een heel ander type product en een heel ander type werkingsmechanisme. Dus die zitten laten we zeggen beiden op niveau 4 maar in twee onderscheiden groepen. In de groep van de statines zijn er 6 of 7 onderscheiden moleculen. Dat is niveau 5: het individuele niveau. In Nederland gaat men geneesmiddelen selecteren op niveau 5, terwijl men in Nieuw-Zeeland zo mogelijk kiest op niveau 4.

J: Wat is het verschil tussen die producten met verschillende molucules op niveau vijf?

H: In Nederland concentreert men zich voornamelijk op de prijs. Het aspect van de beste keuze slaat men over. Het verschil tussen die moleculen moet door die wetenschappelijke analyse vastgesteld worden. Die moleculen hebben elk hun eigen eigenschappen, ondanks dat ze allen hetzelfde doel dienen, namelijk cholesterol verlagen (in dit geval). Die wetenschappelijke analyse moet achterhalen of of er belangrijke voor- of nadelen zijn aan die moleculen, afzonderlijk. Bij de statines gaat men dan bijvoorbeeld na in welke mate ze de cholesterol laten zakken. Dat is dan de grootte van het voordeel. Dat wordt uitgedrukt in percentages van wat de slechte cholesterol, de low-density-cholesterol. Daarmee moet je eigenlijk al opletten want het verlagen van dat percentage is eigenlijk niet wat men wil bereiken. Dat is slechts een intermediair eindpunt. De verlaging van uw spiegels van cholesterol kan slechts een teken zijn van de verlaging van het cardiovasculair risico. Dat is het echte doel. De verlaging van de cholesterol is een van de factoren die daar speelt, en er is een gerechtvaardigd vermoeden, maar niet meer dan dat, dat hoe dieper de cholesterol zakt, hoe lager het cardiocasculair risico wordt. De verlaging van de cholesterol die sterker is bij bepaalde

moleculen, zorgt echter niet altijd voor een verbetering van het cardiovasculair risico. Dus daar worden toch wel vragen bij gesteld. In dit geval moet men gebruik maken van intermediaire eindpunten om deze producten te vergelijken. Noodgedwongen kan men dat doen. Maar eigenlijk moet men kijken naar de verlaging van het cardiovasculaire risico. Maar dit laatste is slechts voor enkele van de statines bewezen. Dat zijn de voordelen. De nadelen moeten echter ook vergeleken worden: wat zijn de nevenwerkingen van die producten? Bij statines heb je geregeld spierkrampen als nevenwerking. En het ene product heeft dat meer dan het andere. En er zijn al statines van de markt gehaald omdat ze te veel nevenwerkingen vertonen, tot zelfs spierafbraak.

J: Dus op ATC-5 niveau daar heb je allemaal verschillende producten met verschillende moleculen wat dus wilt zeggen een verschillende chemische samenstelling. Dus die kunnen leiden tot verschillend positieve en negatieve effecten.

H: Ja, maar als uit de wetenschappelijke analyse blijkt dat die producten vergelijkbaar zijn aan vergelijkbare doseringen, dan kan je toch een aanbesteding organiseren op ATC-niveau vier.

J:U zei eerder dat therapeutische vrijheid de voornaamste implicatie voor de artsen is van het model. De industrie zal minder winst maken. Maar wat zijn de implicaties voor de apothekers? Nog een kritiekpunt is immers dat de apothekersmarges zou verdwijnen omdat apothekers een bepaald percentage zouden krijgen op de verkoopprijs. Dirk Van Duppen die zegt dat apothekers nu forfaitair vergoed worden.

H: Het systeem van vergoeding voor apothekers is inderdaad op 1 april van vorig jaar 2010 grondig veranderd, maar ee worden niet volledig forfaitair vergoed. We hebben daar 5 jaar lang over moeten discussiëren met de apothekers. Tot voor 1 april vorig jaar was de winst, de marge in belangrijke mate in functie van de omzet. Hoe duurder uw product, hoe meer winst. Het was wel zo dat een aantal beperkingen ingebouwd waren. Die de marge liep niet lineair op met de prijs van de geneesmiddelen. Dat ging in stappen. Dat was om

tegen te gaan dat apothekers onredelijke winsten zouden kunnen verwerven.

J: Maar op het moment dat het kiwimodel is opgekomen was het dus een terechte kritiek dat de apothekersmarge enorm zou aangast worden, mocht het zo ingevoerd worden?

H: Dat was een vrees. Vandenbroucke was destijds minister van Sociale zaken. Toen al wou de CM in een beleidsplan van de minister inschrijven dat het systeem van de vergoeding van de apothekers losgekoppeld moest worden van de prijs van geneesmiddelen. Het heeft 10 jaar geduurd om de geesten te laten rijpen. Nu worden eerder de prestaties van de apotheker bij aflevering vergoed. Apothekers worden nu dus eerder in functie van het aantal doosjes vergoed, terwijl dat vroeger in functie van de omzet was. De prestatie van de apotheker is: voorschriften interpreteren, administratieve verplichtingen volgen, aan de patiënt uitleggen waarvoor geneesmiddelen dienen en instaan voor therapietrouwheid van de patiënten. Momenteel ligt er zodus veel minder nadruk op het commerciële aspect en veel meer op het zorgaspect. Dat idee ontstond toen al door het opkomen van de generieken, die een veel lagere prijs hebben dan de originelen. Dat is dus eigenlijk hetzelfde fenomeen, maar voor veel minder geld. Op een bepaald moment zagen de apothekers zelf in dat hun winsten terugliepen. Toen ze dat zagen, waren ze bereid om te discussiëren over honoraria. Maar het is dus geen forfaitair systeem: het is een honorariumsysteem waarbij apothekers bij elke aflevering van een terugbetaalbaar product een honorarium kunnen innen. De bedoeling is om dat in de toekomst nog verder uit te breiden, zodat een apotheker die extra activiteiten ontwikkelt rond opvolging, voorlichting en aflevering van speciale producten die veel zorg vergen, ook extra vergoed wordt.

J: Dus nu wordt een apotheker vergoed als er een klant binnenkomt een doosje vraagt, dan wordt die vergoed voor zijn administratie, voor zijn uitleg over...

H: Let wel: het gaat over terugbetaalde producten.



J: Stel nu dat er twee klanten komen met twee verschillende doosjes, twee verschillende producten vragen, hoe kan het loon van de apotheker verschillen?

H: Klant 1 komt een doosje vragen met een publiekprijs van 10 euro, en een andere klant een doosje van 30 euro. Vroeger zou de apotheker ongeveer 4 euro hebben verdiend op dat doosje van 10 euro, aangezien men net iets meer dan 40 % kreeg op de prijs. Op het doosje van 30 euro zou de apothekers iets minder, neem 10 euro verdiend hebben. De apotheker had er dus belang bij om duurdere producten te verkopen. Sedert 1 april vorig jaar krijgt de apotheker ongeveer 5 euro voor dat doosje van 10 euro. Voor dat doosje van 30 euro krijgt hij ongeveer 6 euro. Dat honorarium zit immers in twee stukken: het grootste deel, 80%, is een vast bedrag. Het kleinste deel, 20 %, is nog steeds in functie van de kostprijs. Dit komt omdat de apotheker kosten heeft die in functie van de kostprijs zijn. Als een apotheker bijvoorbeeld te veel doosjes heeft aangekocht wier vervaldatum overschreden is, dan maakt het uit of die doosjes 10 euro of 50 euro hebben gekost. Die stock van 50 euro kost immers veel meer dan die stock van 10 euro. Het is dan ook een gemengd systeem. En in dat forfaitair deel van dat doosje, kan nog -maar dat is nog maar heel beperkt voor de moment- een heel kleine modulatie zitten in functie van wat type van product dat het is.

J: En wat kunnen de implicaties zijn van de kiwimodel, negatief of positief, voor de apothekers?

H: In Nederland zijn de prijzen waaraan de apothekers producten inkopen gekelderd. Terwijl vroeger een doos 10 euro kostte, kost dit nu bijvoorbeeld nog slechts 1 euro. Vroeger onderhandelden apothekers met de leveranciers over kortingen op die prijs van 10 euro. Dus 10 euro was de officiële prijs maar via de achterdeur werd daar drie euro van teruggestort. Als je nu inkoopt aan 1 euro, dan kunnen die leveranciers logischerwijs geen korting meer geven, aangezien de korting die vroeger naar de apothekers ging, nu bedongen is geweest door de ziekteverzekeraars. Dus die extra kortingen kunnen de apothekers er niet meer bedingen. Men wist dat in Nederland. Men hield daar ook rekening mee bij de berekening

van het inkomen van de apothekers. Maar dat zijn de apothekers dus nu kwijt. Binnen de kortste keren: groot alarm in Nederland. De apothekers laten weten dat ze personeel moeten ontslaan. Als gevolg hebben ze een stuk van wat ze kwijt waren teruggekregen via een andere bron. Voor mij is de conclusie dat we in België op dat vlak al een stukje verder staan dan in Nederland. Een verlaging van de prijs van de geneesmiddelen zou in een forfaitair systeem officieel eigenlijk heel weinig impact mogen hebben op het inkomen van een apotheker. Dus die vrees is een stuk weggenomen. Natuurlijk, wat wel zal gebeuren is dat de kortingen die apothekers bedingen bij hun leveranciers, bij de groothandelaars, zullen wegvallen. Maar moeten wij daar rekening mee houden? Persoonlijk vind ik dat die kortingen niet eens zouden mogen bestaan.

J: We hebben het daarjuist even over die parallelmarkten gehad. Volgens Dirk Van Duppen is dat probleem opgelost door de deconnectiemaatregel. Hij zegt dat de prijzen van de producten kunnen verschillen naargelang het de publieke prijs is, of de private prijs. Hierdoor zouden de prijzen op hetzelfde niveau kunnen gehouden worden op vlak van Europa bijvoorbeeld, maar kan het RIZIV een groot deel terugbetalen waardoor de patiënt veel minder betaalt.

H: ik weet niet aan welke deconnectie Dirk Van Duppen denkt. Maar er heeft ooit een project gelopen -maar dat is nooit verder geraakt dan een project- om de officiële prijs die je in België afficheert, bijvoorbeeld 100 euro, niet de prijs te laten zijn die de ziekteverzekering betaalt.

J: Volgens Dirk Van Duppen heeft de overheid daarover met de farma-industrie onderhandeld omdat de farma-industrie de officiële prijs hoog wil houden in het land waarin ze produceren omdat dat een soort van referentieprijs is. Dirk van Duppen zegt eigenlijk dat dat systeem perfect kan gebruikt worden in het voordeel van het kiwisysteem.

H: Dat was inderdaad het wilde plan. Deconnectie is het losmaken van de officiële prijs van de werkelijke prijs. Officieel zijnde in het

jargon noemen we dat de faciale prijs. Wat je afficheert kan inderdaad als referentie dienen voor de prijzen in het buitenland. Dat is echter nooit doorgegaan. De farma stelde dat voor omdat ze absoluut hun prijzen willen beschermen. Anderzijds willen ze de overheid niet met zulke hoge prijzen belasten. Maar dat is dus niet van toepassing. [wijdt uit]. Echte deconnectie voor alle producten dat bestaat niet, maar dat zou mogelijkerwijze een oplossing kunnen zijn. Maar dat is heel erg ingewikkeld.

J: Is dat haalbaar volgens u?

H: Ik denk dat dat haalbaar is voor een aantal situaties. We gaan terug naar onze Sartans, waarvan we er 7-8 op de markt hebben. Daarvan zijn er ondertussen twee of drie uit patent en bijgevolg terugbetaalbaar, alsook in een breder kader terugbetaalbaar dan de 6 andere die nog onder patent liggen en eigenlijk als 2e lijntherapie terugbetaald worden. Iedereen is dat systeem van die tweedelijensterugbetaling beu. Dat is terecht aangezien bijna enkel de budgettaire aspecten reden zijn waarom dat men ze in 2<sup>e</sup> lijn steekt. Dat zou je kunnen oplossen met een deconnectie aangezien men dan duidelijk maakt aan bedrijven dat ze niet zo'n hoge prijs als die geafficheerd wordt voor bepaalde onderpatent geneesmiddelen, willen terugbetalen. Dus officieel doet men alsof het RIZIV die hoge prijs terugbetaalt. Het is bijna schizofreen. Dat is zeer ingewikkeld en veel werk. Een kiwi is hiervoor erg nuttig omdat dat dan niet meer moet gebeuren. Ik wil er ook wel op wijzen dat de kiwi niet eenvoudig ligt binnen het Europese kader. We zitten immers in een open economie, en de parallelhandel heeft daar alles mee te maken. Het advies van de CM naar de minister is altijd al geweest om dat model juridisch verder uit te spitten en niet weg te gooien. Het Nederlandse voorbeeld toont aan dat er wel wat mogelijk is. Ik ben het dan ook niet eens met mensen die beweren dat het kiwimodel helemaal niet haalbaar is. Ik denk dat je heel veel bescherming moet inbouwen.

J: Totnogtoe heb ik van u enkel de therapeutische vrijheid van de arts als negatieve punten van het kiwimodel gehoord -waarover

gediscussieerd kan worden. E

Voor de rest heb ik alleen nog maar parallelmarkt gehoord, kan dat zijn?

H: Ja. Ik zie eigenlijk geen fundamentele problemen, op het moment dat je het volledig en in de juiste volgorde toepast.

J: Bent u voorstander van differentiële terugbetaling in zo'n systeem van openbare aanbesteding?

H: Als je het systeem van Nieuw-Zeeland goed bekijkt dan impliceert dat dat je eigenlijk slechts 1 product terugbetaalt, en de anderen niet. De farma's kritiek is dan dat het een soort van alles of niets systeem is, wat begrijpelijk is. Aan de andere kant: als je echt lage prijzen wilt verkrijgen van uw fabricanten, dan moet je voldoende incentive bieden om de prijs te laten dalen. Het leger koopt de benzine voor hun tanks ook centraal aan. Dat is eigenlijk een openbare aanbesteding. Met de nodige voorzorgen kiest men één leverancier. En dan wordt vandaag niet zowel Esso terugbetaald, en de anderen ook. Neen, het is Esso of niets. En dat is eigenlijk de essentie van wat ze in Nieuw-Zeeland doen. Men kiest één leverancier, maar met de nodige voorzorgen, beschermingen, waarborgen, eventueel ook contracten met tweede leveranciers als buffer enz. Het is alles of niets, maar mét de nodige maatregelen. Demotte of zijn adviseurs hebben heel dat kiwimodel naar mijn aanvoelen, finaal verknoeid. Zo hebben ze bijvoorbeeld geen wetenschappelijke analyse gedaan. Ze hebben een bepaalde molecule gekozen waarvan ze dachten dat ze er een grote omzet mee konden bereiken. Ze hebben een prijs gevraagd aan die fabricanten per verpakking, en niet per molecule. Wat was het gevolg? Er waren twee moleculen. Naast Zocor, was er ook nog amlodipine. Voor amlodipine 5 milligram was de beste keuze een andere dan voor amlodipine 10 milligram. Das is onmogelijk he. Zo kan je niet werken. Bovendien hebben ze niet het alles of niets principe gehanteerd. Ze hebben differentiële terugbetaling gehanteerd. Dat vond ik ook zo dwaas omdat er een zekere filosofie zit in de indeling van geneesmiddelen in categorieën, die eigenlijk niets te maken heeft met de kostprijs. Die heeft alles te maken met therapeutisch nut en

therapeutische waarde. Demotte heeft daar ook het aspect kostprijs bij willen betrekken.

J: Wat vind u het grootste probleem van differentiële aanbesteding? Is dat naar het bedrijven toe-om dus meer winst te kunnen maken door een grote markt aan te bieden?

H: Natuurlijk. Dat is precies wat je aan zo'n bedrijf aanbiedt. Daarmee lok je zo'n bedrijf.

J: Maar dat ziet u dus als het grootste nadeel van differentiële terugbetaling?

H: Absoluut. En ten tweede is het gevolg van differentiële terugbetaling dat je het ene product waarvan het doel en de werkzaamheid juist hetzelfde is als het andere product, aan 75% gaat terugbetalen en het andere aan 50%. Dat stemt niet overeen met de filosofie van de categorieën.

J: Dus dat ondermijnt eigenlijk ook die wetenschappelijke analyse die er zou moeten gebeuren?

H: Absoluut.

J: Als je differentieel terugbetaalt, dan blijft reclame eigenlijk ook nog steeds nuttig?

H: Ja natuurlijk. Zocor had de aanbesteding gewonnen, maar die hadden de prijs voor hun verpakking van 40 milligram tabletjes niet zoveel laten zakken als die van 20 milligram. Door het spel van de begrensde remgelden, werd dat dan toch de goedkoopste voor de patiënt. Ze maakten daar veel reclame mee, wat eigenlijk verkeerd is.

J: Mogen voor u geneesmiddelen die nog onder patent liggen ook in de aanbesteding opgenomen worden?

H: Absoluut.

J: Waarom?

H: Als je toelaat een keuze op ATC-niveau 4 te maken, dan ga je automatisch geconfronteerd worden met het feit dat je binnen een groep producten hebt buiten patent en dus al aan potentieel lagere prijzen, versus andere producten die nog binnen patent zijn aan veel hogere prijzen. Maar er is buiten dat patent-aspect met als gevolg dat de prijzen verschillen, geen enkele rationele reden om het ene boven het ander te verkiezen. Dan moet je die producten toch allemaal meepakken? En dat is een gevolg. Dat gaat voort op wat we daarjuist zeiden: bedrijven moeten investeren in O&O naar nieuwe producten.

J: Zouden ze het probleem dan niet bij de bron moeten aanpakken en niet zo snel patenten uitdelen voor producten die eigenlijk niet verschillen van reeds bestaande producten?

H: JDaar moet ik mij op een heel gevoelig terrein begeven aangezien ik dat domein onvoldoende ken. Het 7<sup>e</sup> Sartan is waarschijnlijk wel een patent waard om wille van het feit dat het een ander product is dan hetgeen reeds bestaat. Dat is immers een andere molecule, bijgevolg uniek en dus beschermbaar. Ik denk dat je dat niet kan verhinderen. Zo'n product wordt ontwikkeld tot een geneesmiddel en kan toegelaten worden tot de markt. Dat noemen wij dan de registratie. Ook dat kan je denk ik niet verhinderen. Eigenlijk heb je maar één niveau waar je kritisch kan zijn, en dat is bij de terugbetaling. Daar kan je ondanks het bestaan van patenten, beslissen om bepaalde roducten niet terug te betalen of slechts terug te betalen aan de basis van de goedkoopste varianten. Dat is een proces dat men regelmatig moet herzien, aangezien de prijzen in de tijd variëren. Zolang dat er patenten zijn, vragen bedrijven grotendeels wat ze willen. Maar eens het patent voorbij is, komt er concurrentie en dan is het gedaan.

J: Want volgens Van Duppen is een van de problemen dat ze eigenlijk geneesmiddelen, dat die een patent krijgen wanneer bewezen wordt dat ze een positief effect hebben. Volgens Van Duppen horen geneesmiddelen eigenlijk vergeleken te worden met de beste geneesmiddelen die op de markt aanwezig zijn.

H: Dat is een heel groot probleem maar dat is natuurlijk bijna een filosofische discussie. Dat is niet wat de bedrijven doen, en dat is ook niet wat de registratie-instanties vragen. Die instanties vragen meestal de vergelijking met een placebo. Op basis daarvan kan men eigenlijk niet zeggen of een bepaald product beter is dan een ander. En dat bedoelt Dirk Van Duppen. Dat zou de logica zijn, maar dat gebeurt niet. En dat in terugbetalingsprocedure wel kan geregeld worden. Maar in de CTG zitten niet alleen mutualiteiten en wetenschappers in.

J: De industrie is daar ook aanwezig.

H: Die zijn daar aanwezig met raadgevende, toekijkende stem.

J: Vindt u dat problematisch?

H: Absoluut.

J: Waarom?

H: In de CTG zetelen eigenlijk drie grote groepen: de ziekenfondsen, de artsen en apothekers, de universiteiten, de academici, de wetenschappers die niet altijd even wetenschappelijk optreden, en de administratie van RIZIV -de groep interne experts, die de rapporten voorbereiden. Tot slot is er ook nog de industrie met raadgevende stem. Ik kan u verzekeren dat sommige mensen zich zeer geremd voelen in hun uitspraken in de CTG omdat enkele vertegenwoordigers van de industrie achteraan zeer vlijtig noteren wie wat zegt. En aangezien academici in hun onderzoek geregeld samenwerken met zulke bedrijven kan het wel eens gebeuren dat iemand die in de CTG erg kritisch is over een bepaald product van een bepaald bedrijf nadien van datzelfde bedrijf wel eens minder samenwerking –lees: sponsoring- zal ondervinden.

J: En is er een meerwaarde dat de industrie in de CTG aanwezig is?

H: De erg beperkte meerwaarde is dat een van de vertegenwoordigers van de industriesoms terecht laat weten dat bepaalde voorstellen niet mogelijk zijn, door de juridische zwakheid

ervan. En dat is terecht. Hun bedoeling is dat we daarmee stoppen. Ik aanschouw dat echter als een waarschuwing, en zoek vervolgens naar een piste waarop het wel kan uitgevoerd worden. Je kan je wetgeving bijvoorbeeld ook aanpassen. Maar eigenlijk is dat maar zeldzaam. Het grootste probleem is dat ze op alle kleine en grote problemen in een dossier zout leggen en eigenlijk bijna obstructie plegen.

J: Dus u zegt dat we in de terugbetaling moeten ingrijpen omdat het heel moeilijk is om in te grijpen op het uitdelen van de patenten in dat stadium?

H: Ik denk dat je niet kan betwisten dat het een nieuw product is. Dus het is een patent waard. Wel moet men kritisch zijn bij het nieuwe karakter ervan. Er worden immers voor enorm veel zaken patenten gevraagd. Er zijn geneesmiddelen waarop er 1000 patenten berusten: tot en met op de kleur van de pil. Je kan denk ik ook niet betwisten dat die producten geregistreerd kunnen worden, toegelaten tot de markt, aangezien het veilig is en werkt. We zouden wel elke keer de vraag moeten kunnen stellen bij de terugbetaling of we een zogenaamd nieuw product wel nodig hebben boven hetgeen we nu al hebben. En als dan blijkt dat het product geen uitgesproken voordelen kent, dan zou je dat product eigenlijk niet moeten terugbetalen. Nu is de houding veel meer: ja, waarom niet. Het is bijvoorbeeld veel moeilijker om een negatief advies te geven dan een positief aan een geneesmiddel. Een negatief advies moet je heel goed motiveren en het argument dat we iets niet nodig hebben, kunnen we niet hanteren.

J: En wat is de filosofie van een patent? Niet dat het een meerwaarde heeft, niet dat het innovierend is, maar dat het nieuw is, dat het iets anders is, dat het in een andere toedieningsvorm is?

H: Ja, dat is eigenlijk wel essentieel. Bij geneesmiddelen wordt dat patentrecht zeer strikt toegepast. Ik vind dat heel rap patenten worden toegekend voor zelfs maar mineure vernieuwingen. Maar het blijven wel vernieuwing. Je kan discussiëren over de mate van vernieuwingen maar het blijven vernieuwingen. In andere sectoren gaat dat blijkbaar veel minder vlot om patenten te verwerven.



J: Demotte was destijds minister van Social Zaken. Hij heeft het kiwimodel proberen in te voeren. Eigenlijk werd het kiwimodel, volgens mij op de politieke agenda gezet o.a. door de acties van Van Duppen, en door Steve Stevaert die de strijd met de farma-industrie zou aangaan en dat werd dan overgenomen door Rudy Demotte. Maar dus, uw ideeën lijken mij niet zo ver van de ideeën van Van Duppen te staan op vlak van het kiwimodel.

(Hutsebaut onderbreekt en wijdt uit over iets dat niet voor mijn thesis mag gebruikt worden)

H: Dus uiteraard dat we daar hetzelfde over denken. Maar Van Duppen gaat wel extremer in de zin van, dat moet ten volle ingevoerd worden. Hij is zelfs al zover gegaan om met een of andere jurist die hij kent een wetsvoorstel te schrijven.

J: Freek Van Eeckhout van de VUB?

H: Ja. Maar dat voorstel rammelde nogal wat. Ik zou proberen de essentie van de kiwi stilletjesaan in te bouwen in ons Belgisch systeem zonder al te veel te bruuskeren. Want dat is volgens mij ook een van de elementen waarom het mislukt is.

J: Wat zijn de struikelblokken waarom men het volledige kiwimodel in het begin hebben gereduceerd tot het kiwilicht model?

H: Je hebt natuurlijk ten eerste het Europese kader, dat zeer liberaal is. In die context is het niet gemakkelijk om als land naar een systeem te gaan waar men beslist dat men bepaalde producten niet nodig heeft, en waar producten tegen elkaar uitgespeeld worden. Dat is helemaal niet evident. Dat druist flagrant in tegen het liberale denken in Europa. Ten tweede denk ik dat er heel wat drukkingsgroepen waren die door dat model hun belangen geschaad zagen.

J: Welke drukkingsgroepen?

H: Artsen

J: Waarom?

H: Blijkbaar vinden vooral de officiële artsenvertegenwoordigers, de syndicaten, dat artsen de absolute vrijheid van voorschrift moeten hebben. Als je met een doorsnee arts in de straat klapt, die een beetje bij zijn verstand is natuurlijk, geen syndicalist, die zou zeggen van ja wij weten wij ook niet zoveel van die geneesmiddelen en als wij weten, en het is daarmee dat ik blijf de nadruk leggen op die wetenschappelijke analyse, als we weten dat die wetenschappelijke keuze op een correcte manier gemaakt is, dan ben ik ervan overtuigd dat 99% van de artsen daar geen enkel probleem mee hebben om zich daaraan te voegen. Maar je moet u verantwoorden waarom je bepaalde keuzes maakt.

J: En konden die artsensyndicaten dat toen niet inzien dat mocht er een wetenschappelijke analyse gebeuren, konden zij zich dan daar nog steeds niet achter scharen, op voorwaarde van die analyse?

H: Dat is een beetje koffiedik kijken. Ik weet dat sommige artsensyndicaten op geen enkele manier betutteld willen worden. En ze aanzien dit als betutteling. De artsensyndicaten zitten ook in onze fameuze CTG. Sommige artsenvertegenwoordigers adviseren altijd positief over producten omdat ze denken dat ze alles nodig hebben. Voor elk geneesmiddel is er plaats. Als je van dat standpunt uitgaat, dan ga je met een kiwi niet ver geraken. Dus er was eigenlijk een principiële tegenstand. Apothekers waren ook niet gelukkig want die zaten toen ook nog in een systeem van economische marge. De bedrijven waren uiteraard niet gelukkig. Ook de generische bedrijven niet he.

J: Denkt u dat de apothekers zich daar nu achter zouden kunnen scharen?

H: Ik denk laten, we zeggen dat een groot deel van de weerstand opgelost is ja.

J: En de artsen?

H: Dat blijft een probleem.

J: Wat denkt u van de rol van de farma-industrie daarin?

H: Dat die niet enthousiast zouden zijn is logisch. Ze hebben schrik proberen op te wekken rond het kiwimodel. Men deed alsof de investeringen in België volledig zouden verdwijnen. Dat is wel iets waar we rekening mee moeten houden. België heeft nu eenmaal een belangrijke farma-industrie. Maar die argumenten over bevoorradingsproblemen komen vanuit de koker van de industrie. De artsen hebben die argumenten overgenomen. Ze hebben die argumenten niet zelf bedacht. Allelei bedrijven hebben risico's willen oproepen. Ook de generische industrie was zeker niet voor dat model. Die zagen natuurlijk ook het risico dat ze tegen elkaar gingen uitgespeeld worden en dat zo hun winsten deels zouden verdwijnen. Het klopt wel dat wanneer je geen hoge prijzen kunt vragen in een land voor de geneesmiddelen, dit geen positief klimaat is voor zo'n farma-bedrijf. Anderzijds vind ik niet dat men een industrieel milieu in België moet stimuleren via de terugbetaling van geneesmiddelen en de daaraan verbonden prijzen. Het ministerie van economie moet dat bewerkstelligen, niet het ministerie van Sociale Zaken. Bovendien zijn dat er toch wel goeie economische omstandigheden aanwezig zijn in België. GSK is bijvoorbeeld een bedrijf dat redelijk veel know-how heeft, en dat ten zuiden van Brussel gevestigd is. Dat is hét wereldcentrum van GSK voor de ontwikkeling van vaccins. Nu wat betekenen vaccins op de Belgische markt? Niets. Ik bedoel daar gaat geen omzet mee gepaard. En toch blijven die in België. De reden hiervan is onder andere dat ze hier goed, hoogopgeleid personeel kunnen vinden. Zo'n klimaat verandert niet van de ene op de andere dag. Zulke bedrijven zullen niet van de ene op de andere dag in China gaan produceren. Maar dat is altijd het doembeeld dat opgewekt wordt. [wijdt uit].

J: Hoe hebben zulke bedrijven in het kader van het kiwimodel dan druk uitgeoefend als drukingsgroep? U denkt dat ze allerlei argumenten hebben bedacht die vervolgens opgepikt kunnen worden door andere belangengroepen zoals de artsen en apothekers, waardoor ze zo angst hebben proberen inboezemen in verband met het kiwimodel?

H: Ja. En ook ter hoogte van het kabinet. De medewerkers van minister Demotte lijken zich verplicht te hebben gevoeld om allerlei beschermingen in te voeren in dat kiwimodel, zoals bijvoorbeeld enkel de buiten-patent producten laten openemen. Daardoor werd de kracht van uw kiwimodel ondergraven.

J: En hoe denkt u dat er druk werd uitgeoefend op die kabinetsmedewerkers van Demotte?

H: Dat weet ik niet zeker. Ik vermoed door allerlei gesprekken. Die kabinetsmedewerkers moeten voorzichtig zijn natuurlijk, en het is niet moeilijk om iemand schrik aan te jagen. Men kan erop wijzen dat ze bijvoorbeeld enorm grote verantwoordelijkheid hebben. Tot slot hebben ze dat gewoon slecht georganiseerd.

J: Het kiwimodel?

H: Ze hebben dat gewoon slecht georganiseerd en door die organisatie is dat dus een verschrikkelijke flop geworden. Ze organiseerden een openbare aanbesteding voor amlodipine vroegen simpelweg: wie schrijft er in voor amlodipine? Het gevolg was dat sommige bedrijven zich inschreven voor doosjes van 5 milligram tabletjes, en andere voor doosjes van 10 milligram. Dan heb je twee verschillende merknamen. Het was zelfs nog erger. Er was een winnaar voor een kleine doos van 5 milligram en er was een andere winnaar voor de grote dozen van 5 milligram. Er werd dan ook helemaal geen geïntegreerde vraag gesteld. [wijdt uit].

J: Het juridisch kader of de uitwerking was totaal niet uitgewerkt?

H: Knoeiwerk.

J: En welke kritiek heeft u daar nog op?

H: Ten eerste hebben ze het slecht georganiseerd. Ten tweede paste men differentiële terugbetaling toe. Dat is onverdedigbaar. Ze hebben dat trouwens zeer snel moeten terugtrekken voor Zocor. En de basiskritiek is dat men geen aanbesteding heeft georganiseerd op

basis van een wetenschappelijke behoefteanalyse, terwijl dat eigenlijk de eerste stap hoort te zijn.

J: Dus die drie problemen is het grootste knoeiwerk van Demotte?

H: Ja, en het gevolg daarvan is dat *kiwi* voor de komende 20 jaar verloren is he.

J: Omdat het in de publieke opinie en in de politiek..?

H: Dat heeft zo'n slechte negatieve, we moeten dringend een nieuwe naam vinden.

J: Maar dus het grootste knoeiwerk was geen behoefteanalyse, verschillende doosjes en verschillende vormen, en dan differentiële terugbetaling?

H: ja.

J: Waarom denkt u dat Demotte die aanpassingen heeft gemaakt?

H: Druk vanuit farma. Dat is heel simpel.

J: En heeft u dat kunnen waarnemen op een of andere manier?

H: In eender welk gesprek. De argumenten die we hoorden van farma hoorden we op identiek dezelfde wijze terugkomen bij vooral artsen, maar ook apothekers en bij parlementairen. Maar dat zijn geen fundamentele kritieken. Die mensen zeggen na wat de farma hun in hun oren fluistert: allerlei soorten rampscenario's, doembeelden, zoals dat we hier in België zonder aspirine zullen geraken. Ik denk dat ze tégen het kiwimodel de meest intense lobbycampagne hebben voor opgezet die ze ooit gevoerd hebben.

J: Uit het Morse-rapport van het RIZIV blijkt dat het eigenlijk wanneer je het geheel van de statines bekijkt dat er geen besparingen werden gerealiseerd.

H: (lacht) Ge hebt u goed voorbereid. Proficiat.

J: Klopt dat niet?

H: Dat klopt zeker.

J: En heeft het kiwilichtmodel volgens u gewerkt?

H: Een stukje, maar het had eigenlijk veel beter kunnen werken. Het verhaal van de statines is een verhaal apart. Dat begint eigenlijk bij de consensusconferentie van 2004. Consensusconferenties zijn halfjaarlijkse samenkomsten georganiseerd door het RIZIV, waar artsen en apothekers, academici, universiteiten een stand van zaken proberen op te stellen rond het gebruik van bepaalde types van geneesmiddelen in bepaalde pathologieën. Op een bepaald moment ging het over de cardiovasculaire aandoeningen, met de nadruk op statines. Ik zat mee in de jurie van het rapport. Een van de conclusies was dat bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico omwille van cholesterolproblematiek het gebruik van statines aangewezen is: goed gedoseerd, goeie producten enzovoort, wetende wat ik daarstrak gezegd heb dat je je niet moet fixeren op die cholesterolspiegel, maar dat dat eigenlijk maar een secundaire parameter is. En dat naar schatting op dat moment slechts de helft van de patiënten met secundair risico, die een cardiovasculair risico hebben worden behandeld met statines. En de patiënten in primaire preventie, namelijk de patiënten die om allerlei redenen een risico lopen maar gelukkig geen infarct hebben gehad, dat daar nog 80 % niet behandeld werd. Er was daar bijgevolg nog een geweldig potentieel. Met de aanbeveling om de terugbetalingsmodaliteiten van die producten te verbeteren -in de zin van verbreden en dus daar meer patiënten van behandelen- zag men het budgettaire probleem meteen. Dat is immers verschrikkelijk duur. Maar op datzelfde moment kwamen de eerste statines uit patent, Simvastatine. En onmiskenbaar heeft de kiwi meegeeholpen om de prijzen van de statines te verlagen, maar slechts een klein beetje. Op een bepaald moment komt het eerste dossier generische Simvastatie immers op de agenda van de CTG. Maar de directeur van dat bedrijf had mij de dag daarvoor gebeld en die had gezegd van eigenlijk zou ik, op dat moment werden alle statines terugbetaald in een beperkt kader, het zogenaamde hoofdstuk 4, alleen maar voor bepaalde patiënten. Ja

zegt hij ik zou eigenlijk willen vragen om dat terug te betalen in hoofdstuk 1. Dus voor iedereen zonder criteria, waarbij je de arts de mogelijkheid biedt om zonder al te veel papierwerk dat product voor te schrijven. Maar hij wist ook natuurlijk dat wij dan een bijkomende prijsdaling zouden vragen. Dat is logisch aangezien men meer zal kunnen verkopen, en dus het volume zal stijgen. En ik zeg tegen hem dat we erover nagedacht hadden en we een prijs wilden van een niveau - 70 %. Dat wil zeggen aan 30% van de oorspronkelijke prijs. Dat moet ongeveer de volume-uitbreiding kunnen compenseren. Het gevolg zal zijn dat je veel meer patiënten kunt behandelen voor hetzelfde budget. De dag nadien liet de man weten tot 69 % te kunnen gaan. Dat is vervolgens ook doorgevoerd. En dan nadien is er door de kiwi nog wel wat prijsdaling geweest. We zitten nu immers op 80% ongeveer. En dan is MSD, de producent van Zocor, in gang geschoten via allerlei processen omdat hun product zogezegd nog niet uit patent was. En eigenlijk de fabricant die het vuur aan de lont heeft gestoken, MSD met Zocor, heeft niet veel verkocht. Want ze hebben hem tegengehouden.

J: Maar dus de grootste prijsdaling is bewerkstelligd door toen dat eigenlijk Zocor uit patent ging en de simvastatines op de markt kwamen?

H: Ja, het eerste generische dossier dat zich aanbood in afwachting van het uit patent gaan van Zocor. Want ze kunnen hun dossier een beetje vroeger indienen he.

J: Maar heeft het kiwilichtmodel dan niet, laten we zeggen, de kern aangetoond dat prijsdalingen alleszins mogelijk zijn? Heeft het een symbolische waarde dan?

H: Naar mijn aanvoelen heeft de kiwilicht, maar dan wel de light, vooral een negatieve symbolische waarde.

J: Wat zijn de negatieve aspecten van het model?

H: De kiwilicht heeft niet de benodigde omstandigheden gecreëerd waarin een echt kiwimodel kan ingevoerd worden, zoals

bijvoorbeeld gedifferentieerde terugbetaling waarbij elk product nog steeds wordt terugbetaald, een niet coherente vraag stellen aan bedrijven die in een mum van tijd tot een juridische oorlog leidden. Voor mij heeft de kiwilicht bijgevolg een negatieve relevantie. Ze hebben eigenlijk het idee verknoeid voor de komende 20 jaar.

J: Maar toen het kiwilighmodel voor de testcase Zocor werd voorgesteld zei Demotte dat er een winst van ongeveer 15 miljoen of 14 miljoen werd bewerkstelligd.

H: Eigenlijk bewijst dat de onvolmaaktheden van het kiwilighmodel in België. Nu zitten Zocor en al zijn generische broertjes nu immers aan lage prijzen in hoofdstuk 1. Het eerste broertje, zijnde Pravastatine is eigenlijk heel rap gevolgd. En nu komen stilletjes aan de andere statines uit patent, op het einde van dit jaar ook Lipitor. Die middelen gaan eveneens enorm in prijs dalen als ze nog iets verkocht willen krijgen. Door het feit dat de aanbesteding op ATC-niveau 5 georganiseerd werd, per molecule, en de andere onaangestast werden gelaten, zie je het verbruik van producten die werken maar die daarom niet beter zijn, namelijk Crestor, enorm stijgen. Bovendien wordt enorm veel geld in de marketing van dit middel geïnvesteerd. Eigenlijk is de plaats die je ziet in het Morse-rapport van Crestor, en ondertussen ook die van Lipitor, niet te verantwoorden op basis van wetenschappelijke gronden, maar enkel op marketinggronden.

J: Dus door marketing zijn Crestor en lipitor meer voorgeschreven?

H: Het is iets ingewikkelder dan dat. Voor Lipitor was al een heel grote markt. Dat is immers een heel krachtig product. Ze hadden dat al geweldig in de publiciteit gebracht. En er waren heel wat patiënten die Lipitor gebruikten. En ik denk dat het logisch is dat een arts niet gauw geneigd is om een patiënt van Lipitor naar Simvastatine of naar Zocor over te schakelen als er geen enkel probleem of aanleiding toe is.

J: Ondanks dat dat eigenlijk de bedoeling hoort te zijn van het kiwimodel?



H: Onder andere, ja. Maar dat is de situatie voor Lipitor. Maar nadien is eigenlijk, alle Crestor is eigenlijk ongeveer op de markt gekomen op het moment dat Zocor uit patent kwam. Aan op dat moment relatief aanvaardbare prijzen, en dat is een krachtig product. Maar dat is vooral zeer krachtig gepromoot, zeer krachtig. En heeft dus een plaats kunnen veroveren dat eigenlijk niet verantwoord wordt door zijn intrinsieke waarde. Wat is het gevolg? Doordat al die producten beschikbaar zijn en terugbetaalbaar, heeft men ondertussen gezocht om andere middelen dan die Simvastatine als eerste keuze te promoten en men vraagt nu in het kader van akkoorden met artsen, de fameuze Medicomut, vraagt men in dit geval om bij de start van een therapie, dus niet bij een switch, om eerst Simvastatine te gebruiken. Dat vind ik eigenlijk wel verstandig. Eigenlijk had je heel die problematiek opzij kunnen schuiven door een volwaardig kiwimodel toe te passen. Dan zou simvastatine wellicht de eerste keuze zijn geweest en Crestor misschien de tweede keuze. En dan had je niet 20% van de patiënten gezien, maar misschien 3% van de patiënten met Crestor. Dat is het verschil.

J: Demotte liet weten dat er een winst bereikt werd van 15 miljoen euro voor de simvastatines. Er werd dus minder uitgegeven. Maar tegenstanders zeggen dat er eigenlijk in het algemeen er een verlies is omdat als je het geheel van de statines bekijkt er net meer is uitgegeven voor Crestor (en lipitor) voornamelijk en dus dat er dus in totaal een verlies valt op te merken?

H: Ik denk dat het nog iets genuanceerder is dan dat. Door het feit dat we die Simvastatine in hoofdstuk 1 hebben opgenomen, waardoor het veel vlotter toegankelijk werd voor alle patiënten die het nodig hebben en aan lagere prijzen, is het aantal patiënten die Simvastatine is gaan gebruiken enorm gestegen. En toch is dat budget Simvastatine constant gebleven. Dus veel besparing hebben we niet gedaan, maar we zijn wel veel meer patiënten gaan behandelen. En dat is eigenlijk een goede zaak op zich. Maar men kan nog beter door Lipitor, en Crestor de plaats te geven die ze toekomen op basis van de wetenschap, en niet op basis van marketing.

J: Mijn vraag is eigenlijk is het marktaandeel van Zocor toegenomen door de kiwi-lightprocedure?

H: Dat hangt ervan af in welke termen dat je dat uitdrukt. Als je dat uitdrukt in financiële omzet is het marktaandeel zeker niet toegenomen.

J: Ik bedoel in echt daadwerkelijk verbruik.

H: Als je bedoelt in volume, zoals jij dat nu bedoelt, in DDD's, is na de prijsdaling en de shift naar hoofdstuk 1 van Zocor, is dat aandeel duidelijk gestegen. Die hebben een veel groter volume gaan draaien.

J: Door het kiwilightmodel?

H: Ik denk vooral door wat wij voorgesteld hebben: de shift naar hoofdstuk 1 met een fikse prijsdaling.

J: Dus dat is daarvoor, dus toen dat Zocor eigenlijk uit patent ging?

H: Ja. En de kiwilight heeft daar nog een schepke bovenop gedaan door de prijs nog een klein beetje te laten zakken, maar niet echt spectaculair veel.

J: Maar denkt u dat door de kiwilightprocedure het verbruik van Zocor nog extra is toegenomen?

H: Dat kan je eigenlijk niet achterhalen. Maar wat je wel gezien hebt, is dat de eerste jaren, de eerste 2 jaren na het vrijmaken van Simvastatine, dus vrij in de zin van hoofdstuk 1, lagere prijzen, is dat volume enorm gestegen. Het was bijvoorbeeld opvallend dat de nieuwe patiënten vooral patiënten waren met Simvastatines. De starters zijn vooral patiënten met Simvastatine, maar dat heeft laten we zeggen een jaar of 2-3 geduurd, en dan was die groei voor Simvastatine stilgevallen -in die periode was lipitor ongeveer constant gebleven, ook in aantal patiënten. Dus er was eigenlijk geen switch van Lipitor naar Simvastatine. Crestor is eigenlijk vooral blijven groeien. Nu zie je een stabiliteit in het volume van

Simvastatine en bij Lipitor. De enige groeier is Crestor, wat eigenlijk vreemd is. Wel bewijst dit laatste dat marketing zo belangrijk is.

J: Volgens Dirk Van Duppen is tijdens de toepassing van de kiwilichtprocedure, ondanks dat Zocor goedkoper geworden is door de marketing, zijn er meerdere patiënten overgeschakeld van Zocor naar Crestor en lipitor.

H: Inderdaad, dat bedoel ik. Het bedrijf van Crestor Astascenica, verklaarde overal dat Crestor evenveel kostte dan andere producten. Dat dit enkel het geval was voor de patiënt, en niet voor de overheid werd zedig verzwegen. Bovendien zou je beter af zijn met Crestor. Dat was de simpele boodschap en het rare is dat cardiologen onterecht daarin meegaan.

J: Maar dus tijdens de kiwilichtprocedure is er een toename geweest van het verbruik van Crestor en lipitor, terwijl eigenlijk de bedoeling van het kiwimodel, of het kiwilihtmodel, was om Zocor meer te laten voorschrijven?

H: Maar je hangt dat altijd vast aan de kiwilicht. Volgens mij is dat niet juist. Ik denk dat je dat fenomeen moet vasthangen aan de shift van Zocor en zijn generieken van hoofdstuk 4 naar hoofdstuk 1 met de bijpassende prijsdaling. En de kiwilicht heeft daar een beetje aan geholpen, nadien. En wat je gezien hebt, is dat het effect gewerkt heeft gedurende een jaar of twee. De grootste toename in volume was er voor Simvastatine, maar dat effect is een beetje stilgevallen. En Simvastatine heeft zijn volume behouden, lipitor heeft zijn volume behouden, en dat is eigenlijk het rare met Lipitor, is dat je geen switch hebt gezien van Lipitor naar een veel goedkopere Simvastatine. Maar ik denk dat dat logisch is, een patiënt die geen problemen heeft, die laten ze op z'n product staan. Maar het vreemde is die plaats van Crestor.

J: En Crestor neemt toe, Zocor blijft ongeveer gelijk, Lipitor blijft ook ongeveer gelijk. Welke patiënten gebruiken dan ineens zoveel meer cholesterolverlagers?

H: Dat zijn de patiënten die 5-6 jaar geleden niet behandeld werden maar die ondertussen..

J: Dat zijn dan allemaal nieuwe patiënten?

H: De meeste wel ja.

J: Dus u denkt dat vooral nieuwe patiënten nu veel vaker Crestor als eerste gaan gebruiken?

H: Ik weet dat niet. Ik denk dat de meeste patiënten starten met Simvastatie: dus met Zocor en zijn generieken. Maar dat er een drang kan zijn na verloop van tijd bij artsen om te zeggen van eigenlijk, feitelijk is dat toch niet voldoende qua effect omdat men vasthoudt aan dat mantra van: ge moet zo laag als mogelijk met uw cholesterol. En dat je inderdaad met Crestor dieper kunt gaan. Dieper, ik bedoel, dat je uw cholesterolspiegels meer kunt laten zakken. Ik vermoed dat je eigenlijk weinig patiënten ziet starten op Crestor. Ik denk dat je vooral patiënten ziet switchen naar Crestor. En dat is laten we zeggen de keerzijde van de medaille, in die zin, als je artsen en patiënten bewust maakt over cardiovasculair risico, dat het beheersen van cholesterol een belangrijke zaak is, ja dan heeft dat voor gevolg dat sommige mensen daar ver in willen gaan en zo diep als mogelijk willen zakken en dan hebt ge inderdaad een diepere daling met Crestor mogelijk dan met Zocor. De vraag die voor mij openblijft is: is dan ook het effect op uw cardiovasculair risico beter? En dat is voor mij nog altijd niet opgelost en dat zal waarschijnlijk nooit niet opgelost geraken.

J: Heeft u enig idee, of wat is het effect geweest van het kiwilightmodel voor het verbruik van de verschillende cholesterolverlagers?

H: Ik zou dat moeten nakijken, maar ik denk dat door het feit dat Zocor, het merkproduct ingeschreven heeft op de kiwi -wat dus nog een kleine bijkomende daling heeft bewerkstelligd, als ge vergelijkt met de prijs waarvan ze komen- dat dat waarschijnlijk ervoor gezorgd heeft dat Zocor binnen de groep Simvastatine, versus al de

generieken die er dan bijkomen, z'n plaats heeft behouden. Maar wat je ziet bij sommige andere producten is dat op het moment dat uw product uit patent komt en bijvoorbeeld in hoofdstuk 4 zit en de generieken eraan komen en mits een extra prijsdaling naar hoofdstuk 1 willen, maar als het origineel product niet volgt naar hoofdstuk 1, dan ben je de markt kwijt. Dan zie je dat binnen het jaar verschrompelen tot 10 % van hun oorspronkelijke volume. En dat heeft MSD met Zocor proberen te vermijden. En ik denk eigenlijk dat dat voor MSD de ware reden was om in te schrijven op Zocor. Want Zocor was commercieel uitgespeeld. Maar ze hadden wel die markt kunnen behouden voor een stuk. Maar ik denk dat Zocor op zich niet meer gegroeid is. De groei die je hebt voor Simvastatie, is vooral de generieke markt geweest.

J: Hoe verklaart u dat het kiwimodel uiteindelijk een stille dood is gestorven?

H: Wie wilt zich daar nu nog mee bezig houden? Het woord kiwi heeft zo'n negatieve connotatie gekregen dat ze u uitlachen als je ermee afkomt. Ik blijf dat idee wel nog steeds genegen. Ik vind dat een verstandige manier om uw kosten te beheersen, niet om te besparen. Ik vind niet dat het dient om te besparen, maar wel om te beheersen. Waardoor je de introductie van echt nieuwe producten voor een stuk gemakkelijker zou kunnen maken, zonder dat je de gezondheidszorg met geneesmiddelen in het gedrang brengt. Het enige probleem is dat we daar dringend een andere naam moeten voor kiezen die meer aanvaardbaar is. De naam kiwi is verbrand.

J: Denkt u dat met de op til zijnde besparingsrond het kiwimodel ooit nog, al dan niet onder een andere naam, op de politieke agenda zal komen en door wie?

H: Vraag je nu naar mijn hoop of mijn geloof?

J: Allebei.

H: Ik hoop dat men dat model niet vergeet. Het is immers volgens mij een zeer valabel instrument dat reeds op heel veel plaatsen

toegepast wordt in de gezondheidszorg, dat gebruikt kan worden om de kwaliteit en het aanbod te blijven garanderen, en terwijl zo zuinig mogelijk met het geld om te gaan. Dat is mijn hoop. Mijn geloof is kleiner.

J: Waarom?

H: Omdat er zeer liberale krachten aan de gang zijn en een verschrikkelijke lobbymachine om alles wat zweemt naar een kiwi direct te torpederen. Voor de aardigheid maak ik even een zijsprongetje. Maar eigenlijk passen wij dat dus al jaren toe. Bijvoorbeeld in de sector van de implantaten. [wijdt uit over prothesen]

J: Luc Hutsebaut, bedank voor het interview.

## Bijlage 12. Implicaties van de hoge kostprijs van geneesmiddelen.

### Budgettaire problemen

Zoals we reeds hebben aangegeven vormen de kosten voor de gezondheidszorg een aanzienlijk deel van het Belgische BNP (9,6 % in 2006). De gezondheidskosten leggen in de jaren '70 en '80 in toenemende mate een beslag op het overheidsbudget. Als gevolg poogt de overheid de stijging van de gezondheidsuitgaven te begrenzen. Tussen 1995 en 1998 geldt een limiet van 1,5 % als de jaarlijkse groeinorm. Deze toename blijkt echter niet te volstaan. In de periode 1999-2003 trekt de regering de groeinorm op tot 2,5 % en nadien werd die nogmaals opgetrokken tot 4,5 % (De Leus & Huybrechts, 2007, pp. 72-73). Door de hoge uitgaven ervoor, zijn de gezondheidszorg en meer bepaald de geneesmiddelen-uitgaven sectoren waarin tijdens perioden van besparingen wordt gesnoeid. Dat is zeker het geval toen eind 2004 bleek dat de uitgaven in de ziekteverzekering in datzelfde jaar ruim 600 miljoen euro boven de groeinorm van 4,5 % zouden komen. 'De tijd van oeverloos overleggen is voorbij', klonk het toen bij monde van Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Rudy Demotte. Volgens prognoses dreigde een bijna even grote budgettaire ramp voor het jaar 2005 (Martens, 30.03.2005, p. 29). Er werd in De Kamer Van Volksvertegenwoordigers dan ook gezegd dat aangezien de uitgaven voor geneesmiddelen met 10 % toenamen in 2004, terwijl er een daling werd vooropgesteld, er een bijzondere inspanning in dit deeldomein moest geleverd worden (De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 22.02.2005, p. 9).

### Ongelijke toegang tot de gezondheidszorg

Het gezondheidszorgsysteem moet ervoor zorg dragen dat betalingen voor gezondheidszorg fair worden verdeeld in functie van financiële draagkracht, zodat ziekte of het gebruik van gezondheidsvoorzieningen niet tot verarming van individuen en gezinnen leidt (Vanderleyden, e.a., 2009, p. 174).

De gezondheidszorg is een fundamenteel mensenrecht. Hier moet rekening mee gehouden worden wanneer men het beleid uitstippelt. De gezondheidszorg brengt, zoals reeds gezegd, zowel voor overheid als patiënt een grote kostprijs met zich mee. De relatieve overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg zijn afgenomen. Hieruit volgt dat de patiënt nu dus een groter deel uit eigen middelen betaalt (Vanderleyden, e.a., 2009, p. 179). Tussen 1995 en 2003 is er sprake van een gemiddelde stijging van 6,5 % per jaar van de gezinskosten voor gezondheidszorg<sup>61</sup> (Avalosse, e.a., 2006, pp. 83-85). De zorg wordt voor een toenemend aantal Vlamingen niet meer betaalbaar. Eén op de drie apothekers zou klanten met betaalproblemen hebben. Ook kunnen almaar meer mensen zelfs het remgeld niet betalen. Minstens 10 % van de Vlamingen zou bijvoorbeeld moeilijkheden hebben om de huisarts te vergoeden. Een toenemend aantal mensen schuiven zorg op de lange baan en sommigen schrappen ze zelfs helemaal. Dit blijkt ook uit de gegevens van de gezondheidsenquête van 2008. Hieruit blijkt immers ook dat laag opgeleiden veel vaker gezondheidszorg uitstellen dan hoger opgeleiden en dat ze vaker een beroep doen op het OCMW (Vanderleyden, e.a., 2009, p. 179). Uit een onderzoek van de CM (2009) blijkt dat 4 op 10 gezinnen geconfronteerd worden met langdurige gezondheidsproblemen. Eén derde daarvan kampt met financiële problemen. Het meeste geld daarvan zou onder andere uitgegeven worden aan geneesmiddelen. Een gevolg van de hoge kostprijs is dat 12 % van de gezinnen die door gezondheidsproblemen ook financiële problemen ervaren, schulden maken om hun zorg te kunnen bekostigen. Ook blijkt uit

---

<sup>61</sup> Onder gezondheidszorg wordt hier verstaan: geneesmiddelen, andere farmaceutische specialiteiten en therapeutisch materiaal.



het onderzoek dat vele mensen wegens financiële en gezondheidsproblemen sociaal geïsoleerd geraken (CM, 2011). Bovendien zijn de gezondheidsrisico's ongelijk verdeeld. In België staat 10 % van de bevolking in voor ongeveer 70 % van de uitgaven in de zorg. Mensen met een lager inkomen of een lagere scholingsgraad worden vaker ziek en overlijden sneller. Tevens hebben ze verhoudingsgewijs meer nood aan zorg (Van Duppen, 2010, pp. 13-14). Zo blijkt uit de Gezondheidsenquête van 2008 dat mensen met een lager opleidingsniveau significant vaker hun eigen gezondheid als slecht ervaren. Ook melden lager geschoolden meer dan hoger geschoolden dat ze chronische aandoeningen hebben, worden ze vaker getroffen door functionele beperkingen dan hooggeschoolden en komt zwaarlijvigheid veel vaker voor bij laag- dan bij hoogopgeleiden (de kans op zwaarlijvigheid is 2,3 keer hoger bij de laagst dan bij de hoogst opgeleiden). Mensen met een lagere scholingsgraad of lager inkomen hebben dus ten eerste meer zorg nodig dan mensen met een hogere scholingsgraad of een hoger inkomen. Daarenboven komt dus dat ze ook veel meer financiële drempels tot de zorgverlening ondervinden. Dit leidt ertoe dat de toegang tot de zorg afhankelijk is van de sociaaleconomische status. Hoewel arm en rijk evenveel een beroep lijken te doen op de huisarts, doen hoger opgeleiden beduidend vaker een beroep op medisch specialisten dan laag opgeleiden. Uit de gezondheidsenquête blijkt verder nog dat hoger opgeleiden meer beroep doen op de tandarts en de kinesitherapeut. Na controle voor leeftijd en geslacht, blijkt het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen, uit de ruwe gegevens van de gezondheidsenquête, niet te verschillen naargelang het opleidingsniveau. Hoger opgeleiden consumeren wel beduidend meer niet-voorgeschreven geneesmiddelen (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2008, pp. 9-22).

## Bijlage 13. Sociale en economische maatregelen.

### Sociale maatregelen

Om de ongelijke toegang tot de zorg te verminderen, zijn er al heel wat maatregelen genomen. Die maatregelen hebben als doel achtergestelde groepen meer middelen te geven en zo de toegang tot de zorg ervoor te verzekeren. We zullen in dit deel de voornaamste van deze maatregelen bespreken.

### Preferentiële vergoedingen

In de GVVU-wet <sup>62</sup>werd in 1963 al het recht op preferentiële vergoedingen ingevoerd. Dit geldt voor de zogenaamde WIGW's (weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen) (Simoens, 2007, p. 39). De basisgedachte was dat zij gratis geneeskunde zouden genieten. In de jaren '80 werd echter ook voor deze categorieën remgeld ingevoerd. Wanneer de inkomsten van het gezin waar de WIGW's tot behoren onder een bepaald vastgelegd bedrag liggen, krijgen zowel de WIGW's als de personen die ze ten laste hebben preferentiële vergoedingen. Het recht op voorkeurstarieven geldt dus enkel na een inkomenstoets. In 1997 werd het recht op preferentiële vergoedingen uitgebreid naar andere categorieën; personen die recht hebben op het leefloon, op inkomensgarantie voor bejaarden, op een tegemoetkoming aan personen met een handicap (RIZIV, 2002, p. 111). Deze laatste groepen zijn niet onderworpen aan een inkomenstoets (Simoens, 2007, p. 39).

---

<sup>62</sup> De GVVU-wet van 9 augustus 1963 handelt over de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Doordat deze wet door talloze wijzigingen chaotisch was geworden, werd ze op 14 juli 1994 technisch gecoördineerd (Simoens, 2007, p. 39).

## De maximumfactuur (MAF)

De net besproken maatregel brengt geen soelaas voor twee groepen personen; personen met een chronische ziekte en personen/gezinnen met een laag of bescheiden inkomen. Ondanks het bestaan van de verplichte ziekteverzekering, blijft de hoge kostprijs van de gezondheidszorg en geneesmiddelen voor sommige categorieën van personen immers nog steeds een groot obstakel. De maximumfactuur (MAF), ingeschreven in de GvU-wet op 4 juli 2002, zorgt ervoor dat een gezin over de loop van een jaar nooit meer dan een vastgelegd bedrag zal uitgeven aan noodzakelijke medische verzorging. Het vastgelegde grensbedrag is afhankelijk van de hoogte van het gezinsinkomen of van de sociale categorie waartoe men behoort. De MAF is vooral gericht op personen met een chronische aandoening en gezinnen met een laag inkomen. Door de kosten van geneeskundige verstrekkingen te beperken beoogt de MAF een snellere bescherming en betere financiële toegankelijkheid tot de zorg. De uitgaven die worden meegeteld in de berekening van de MAF zijn het remgeld dat betaald wordt voor bezoeken aan en behandelingen door artsen en specialisten, het remgeld dat betaald wordt voor noodzakelijke geneesmiddelen en uitgaven voor de verpleegdagprijs. (RIZIV, 2002, pp. 112-121). Uit een onderzoek van de CM (2009) blijkt dat de MAF en de bestaande forfaitaire tegemoetkomingen het aandeel van de kosten van de gezondheidszorg ten aanzien van het beschikbare inkomen voor huishoudens die met een chronische ziekte geconfronteerd worden én die hierdoor financiële moeilijkheden kennen, doet dalen van 13,6 % tot 11,9 %. Voor de huishoudens die met een chronische ziekte geconfronteerd worden maar die er geen financiële moeilijkheden door ondervinden zou dat aandeel dalen van 7,6 % tot 6,8 %. De MAF lijkt dus alleszins een (bescheiden) positief effect te hebben op het aandeel van het gezinsinkomen dat een gezin, dat met een chronische ziekte geconfronteerd wordt, besteedt aan gezondheidszorg (Avalosse, Vancorenland, Mertens & Boly, 2009, p. 40). Nochtans heeft de MAF ook nadelen. Zo zouden, volgens een

studie van de CM, niet alle kosten in rekening worden gebracht wanneer het plafondbedrag wordt overschreden. Zo zijn in de periode 1998-2002 de ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt met 27 % gestegen. Deze verhoging van de bijdragen wordt dus bijvoorbeeld niet opgevangen door de MAF. Ten tweede wordt de MAF gekenmerkt door een contra-productieve, zware en complexe administratie (Avalosso, e.a., 2006, pp. 24-25). Nochtans blijkt niet minder dan één op acht Belgische huishoudens nog steeds met financiële problemen te kampen om wille van gezondheidszorguitgaven (Avalosso, e.a., 2009, p. 24).

### De derdebetalersregeling

Bij deze regeling wordt de tegemoetkoming waar de patiënt recht op heeft, rechtstreeks door de ziekteverzekering aan de zorgverstrekker uitbetaald. De patiënt moet dan ook enkel nog het remgeld betalen aan de zorgverstrekker. De gevallen waarin de toepassing van de derdebetalersregeling geoorloofd is, worden vastgesteld in het KB van 10 oktober 1986. Deze regeling wordt voornamelijk toegepast wanneer het de kosten van de ligdagprijs en de kosten van geneeskundige verstrekkingen, uitgevoerd tijdens een ziekenhuisopname betreft. De derdebetalersregeling is niet bedoeld wanneer het raadplegingen en thuisbezoeken betreft. Het is immers de bedoeling de derdebetalersregeling te verbieden voor alle verstrekkingen die het rechtstreekse gevolg zijn van de patiënt. Ook wil men met deze regeling het aantal adviezen en raadplegingen beperken door de patiënt bewust te maken van de kostprijs van geneeskundige verstrekkingen. De derdebetalersregeling poogt in de eerste plaats de toegang tot de zorg voor de armsten te vergemakkelijken. Daarom bestaan er enkele uitzonderingen waardoor de derdebetalersregeling toch kan worden toegestaan door zorgverleners. Zo kan een zorgverlener deze regeling toch toepassen wanneer het gaat om personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming alsook de personen die ze ten laste hebben, en bij personen die vrijgesteld zijn van bijdrageplicht omdat

hun brutobelastbaar inkomen niet hoger ligt dan een bepaald grensbedrag (= leefloon) (RIZIV, 2005, pp. 415-439).

### Het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF)

Het BSF is sinds 1992 operationeel binnen het RIZIV. Het is een extra vangnet naast de gewone verplichte ziekteverzekering. Het doel van het BSF is dat iedere patiënt die noodzakelijke hulp nodig heeft die ook kan verkrijgen. Wanneer iemand bijvoorbeeld belangrijke geneeskundige vertrekkingen nodig heeft en die erg duur zijn en niet worden terugbetaald, dan kan men, wanneer aan bepaalde voorwaarden werden voldaan, een recht op een tegemoetkoming voor die verstrekkingen krijgen via het BSF (RIZIV, 2006, p. 5). Het BSF komt dus tussen in de kosten van uitzonderlijke geneeskundige verstrekkingen als aan de volgende voorwaarden voldaan wordt: de verstrekkingen moeten duur zijn, ze moeten betrekking hebben op zeldzame aandoeningen die de vitale functies van de rechthebbende aantasten en ze moeten een wetenschappelijke waarde en doeltreffendheid bezitten (Simoens, 2007, pp. 48-49). Het KCE heeft enkele bedenkingen bij de werking van het BSF. Zo zou bijvoorbeeld geen rekening gehouden worden met de sociaal-economische status van de patiënt om het begrip 'duur' te definiëren. Bovendien zou het BSF niet goed bekend zijn bij de (mogelijke) rechthebbenden. Ten derde zou het begrip 'vitaal' niet voldoende gespecificeerd zijn. In het rapport van het KCE worden dan ook veel beleidsaanbevelingen gedaan. Uit gegevens van het KCE blijkt dat de grootste uitgaven van het BSF naar geneesmiddelen gaan. De bedragen die het BSF toekent kennen een dalende trend tussen 2003 en 2008. Terwijl in 2003 nog 14 miljoen euro werd toegekend, is dit bedrag afgenomen tot 8 miljoen euro in 2008 (KCE, 2010, pp. 7-8).

Zijn de genomen maatregelen voldoende?

De net besproken maatregelen zijn voornamelijk gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg. De budgettaire problemen lijken ze immers allerminst te verhelpen aangezien ze net meer middelen noodzaken. Het nut van deze maatregelen wordt zeker niet in vraag gesteld. Of ze daadwerkelijk hun doel bereiken blijft wel de vraag. Aangezien deze maatregelen toch al een hele tijd bestaan horen de effecten al enigzins zichtbaar te zijn. De besproken maatregelen bestaan allen immers al een geruime tijd (ook de MAF's voorloper de sociale franchise). We constateren echter dat de toegang tot de zorg nog steeds erg ongelijk en vooral onvoldoende is. Ondanks de reeds genomen maatregelen is er zodus nog veel ruimte voor verbetering. De sociale kloof lijkt immers verre van gedicht te zijn.

## Economische maatregelen

### Het referentierugbetalingssysteem

Wanneer het patent van het origineel geneesmiddel vervalst, kunnen andere producenten het werkzame bestanddeel in dat geneesmiddel onder een andere naam op de markt brengen. Deze geneesmiddelen zijn de zogenaamde generische geneesmiddelen (in de volksmond: de witte producten). Zulke geneesmiddelen horen hetzelfde werkzame bestanddeel (of bestanddelen) te bevatten als het originele geneesmiddel, dezelfde sterkte per eenheid, dezelfde farmaceutische vorm en dezelfde toedieningswijze te hebben. Ook moet het aanleiding geven tot dezelfde concentraties in het organisme als het origineel geneesmiddel, met andere woorden de biologische beschikbaarheid ervan moet dezelfde zijn als het originele geneesmiddel. Tevens hoort een generisch geneesmiddel minstens 30 % goedkoper te zijn dan het originele product. Dit wordt verklaard doordat generieken geen investeringen moeten doen in O&O zoals dat het geval is bij nieuwe geneesmiddelen.

Op 1 juni 2001 is het referentierugbetalingssysteem van start gegaan. Met dit systeem poogt de overheid het voorschrijven van goedkopere geneesmiddelen te stimuleren. Zo zou een lagere prijs voor zowel de patiënt als gemeenschap bereikt kunnen worden. De

verwachte besparingen zouden gebruikt kunnen worden om geneesmiddelen met een nieuwe therapeutische meerwaarde sneller en beter terug te betalen. Dit zou dan ook onrechtsreeks positieve gevolgen hebben voor de ontwikkeling van nieuwe medicijnen. Dit systeem houdt in dat voor geneesmiddelen waar een goedkoper alternatief voor bestaat, de terugbetalingsbasis verlaagd wordt. Wanneer een duurder product voorgeschreven wordt, terwijl er een goedkopere variant bestaat, zal de patiënt echter in vele gevallen meer moeten betalen. De extra kost die ontstaat door het duurder product voor te schrijven is immers volledig ten laste van de patiënt. Vanaf april 2010 wordt voor de geneesmiddelen die opgenomen zijn in het referentietrugbetalingssysteem een maximumprijs bepaald. De marge is gelijk aan 25 % van de vergoedingsbasis en bedraagt maximaal 10,80 euro. Men kan voor een duurder product dus maximaal 25 % meer betalen dan voor andere alternatieve producten. De ziekteverzekering zal door deze maatregel minder uitgeven. Ze zullen de duurdere producten waarvan een goedkopere variant bestaat immers minder terugbetalen. Het gevolg van het referentietrugbetalingssysteem voor de consument is dat het remgeld van de patiënt aanzienlijk lager kán liggen wanneer de arts goedkopere geneesmiddelen voorschrijft. Evengoed kan het persoonlijk aandeel van de patiënt hoger liggen wanneer artsen de originele geneesmiddelen blijven voorschrijven terwijl generieken reeds op de markt vertegenwoordigd zijn. Wel is zoals reeds gezegd het supplementair remgeld geplafonneerd op 10,80 euro. Uit bovenstaande blijkt dat zowel de arts als de apotheker een cruciale rol in dit proces spelen doordat zij in grote mate bepalen welke geneesmiddelen door de patiënten geconsumeerd worden (RIZIV, 2010). Daarom werd tesamen met de invoering van het referentietrugbetalingssysteem een sensibiliseringscampagne gevoerd met het oog op het meer voorschrijven van generieken. Men deelde brochures uit aan artsen en apothekers waarin informatie staat over generische geneesmiddelen (RIZIV, 2001, pp. 67-68). Tevens moeten de artsen vanaf 1 januari 2006 een bepaald minimumpercentage aan generische geneesmiddelen voorschrijven (Avolosse, 2006, p. 79).

Een voorbeeld kan de werking van het referentierugbetalingssysteem duidelijk maken. Stel dat een origineel merkproduct aan 20 euro op de markt komt en een evenwaardige generiek aan 14 euro. Veronderstel dat de patiënt (voor beide producten) 25 % remgeld betaalt. Wanneer het referentierugbetalingssysteem niet in voege is betaalt de patiënt 5 euro voor het merkproduct (25 % van 20 euro) en 3.5 euro (25 % van 14 euro) voor de generische variant. De ziekteverzekering zou de rest bijleggen. Wanneer het referentierugbetalingssysteem in voege zou zijn, zou de vergoedingsbasis van het merkproduct dalen tot 14 euro (= de vergoedingsbasis van de goedkopere generische variant). Dit houdt in dat men voor een merkproduct 3.5 euro (25 % van 14 euro) zelf moet betalen + de 6 euro (= het verschil tussen de publieksprijs en de vergoedingsbasis). Die 6 euro die de patiënt dan meer betaalt heet het referentiesupplement. Het RIZIV zou voor dit merkmiddel dan slechts 10.5 euro betalen, in tegenstelling tot 15 euro wanneer het referentierugbetalingssysteem niet zou bestaan. Voor het generisch product zou hetzelfde gelden als wanneer het referentierugbetalingssysteem niet ingevoerd zou zijn. Kortom, wanneer het merkproduct wordt voorgeschreven zou de patiënt meer betalen en het RIZIV minder (Avolosse, e.a., 2006, p. 40).

Het referentierugbetalingssysteem kan dus beschouwd worden als een systeem dat aan patiënten financiële prikkels geeft, in de hoop dat die patiënten hun consumptiepatroon wijzigen. Dit systeem rust dan ook op de veronderstelling dat patiënten zich ten volle bewust zijn van het bestaan en de gevolgen van dit systeem, alsook dat patiënten rationeel geneesmiddelen zouden consumeren. Dit systeem kan dus ook voor (financiële) toegankelijkheidsproblemen zorgen wanneer lagere sociaaleconomische groepen minder op de hoogte zijn van dit systeem, en bijgevolg er minder rekening mee houden (KCE, 2010, p. 6). Uit een eerste studie van het KCE (2010) bleek dat dit niet het geval is. Uit het onderzoek kwam naar voor dat de minst bevoorrechte groepen iets minder referentiesupplementen betalen (KCE, 2010, p. 12).

Het referentierugbetalingssysteem blijkt toch zeker enigszins succesvol te zijn geweest. Het aandeel van de generische geneesmiddelen die voorgeschreven worden ten aanzien van alle



voorgeschreven geneesmiddelen is sinds 2001, het jaar dat het referentierugbetalingssysteem werd ingevoerd, beduidend toegenomen. Terwijl in 2001 slechts 4 % van het aantal voorschriften generieke geneesmiddelen en copieën omvatte en was dit aandeel gestegen tot niet minder dan 23,1 % in 2006. Voor het RIZIV is het systeem een succes. Er worden immers meer generische geneesmiddelen voorgeschreven, wat gelijkgesteld kan worden aan besparingen (RIZIV, 2006, pp. 15-16). Op 18 juni 2002 maakt Frank Vandenbroucke bekend dat het RIZIV 42,05 miljoen euro minder heeft uitgegeven in 2001 door het referentierugbetalingssysteem. Dat geld zou gebruikt worden om nieuwe, innovatieve geneesmiddelen sneller en beter terug te betalen. Door de maatregel zouden vele fabricanten van de originele merkproducten de prijzen van hun merkproducten hebben laten zakken tot op het referentieniveau (Vandenbroucke, 2011). Op 12 april 2007 legt Wouter Beke (CD&V) de vraag voor aan Minister Demotte welke de besparingen zijn geweest van het referentierugbetalingssysteem. In 2004 zou 17.152 miljoen euro bespaard zijn, in 2005 91.922 miljoen euro en 27.319 miljoen euro in 2006, aldus Demotte (Peeters, 2007, pp. 33-34).

Naast de vele besparingen en de positieve uitkomst voor de ziekteverzekering, kent het systeem ook nadelen. Een eerste neveneffect is dat een groep patiënten meer betaalt door het systeem (Vandenbroucke, 2011). Uit een studie van de CM blijkt dat in 2005 niet minder dan 52 miljoen euro werd overgedragen naar de patiënt. 'Dit kan beschouwd worden als de kostprijs van de maatregel voor de patiënt'. Het persoonlijk aandeel van de patiënt wordt dus groter door het referentierugbetalingssysteem en zou in stijgende lijn zitten. In 2008 betaalt de Belg reeds 60 miljoen euro aan referentiesupplementen (KCE, 2010, p. 12). De senatoren Marleen Temmerman en John Crombez (sp.a) uiten in 2009 dan ook kritiek op dit systeem: 'Referentierugbetaling klinkt zuinig maar is het niet. Artsen en patiënten blijven vaak kiezen voor de dure merkproducten [...] Vandaag, met enkel de referentierugbetaling als instrument, laat de overheid de patiënten opdraaien voor de meerkost' (Temmerman & Crombez, 20.10.2009, p. 22). Een tweede neveneffect is dat sommige patiënten nu ook remgeld moeten betalen

voor levensnoodzakelijke middelen (geneesmiddelen van de categorie A), terwijl dit indruist tegen de filosofie van deze categorie geneesmiddelen. (Avalosse, e.a., 2006, p. 44). Kortom, ondanks de duidelijk positieve gevolgen voor de ziekteverzekering en het toenemend verbruik van generische geneesmiddelen, lijkt de financiële situatie voor de patiënt er wel benarder uit te zien sinds de invoering van het referentierugbetalingssysteem.

### Voorschrijven Op Stofnaam (VOS)

Artsen hebben sinds 1 oktober 2005 de mogelijkheid om voor te schrijven op stofnaam (RIZIV, 2008). Dit wil zeggen dat artsen niet het merk op het voorschrift schrijven maar enkel het actieve bestanddeel. De apotheker kan vervolgens het meest voordelige product selecteren voor de patiënt. Wel moet de apotheker rekening houden met de behoeften van de patiënt op vlak van de beschikbaarheid van het geneesmiddel, de continuïteit van de zorg en de prijs ervan. Hierdoor zou de ziekteverzekering besparen doordat men zo het gebruik van generische geneesmiddelen stimuleert. De artsen zullen niet meer alle merken moeten kennen van de geneesmiddelen en de apothekers zouden niet meer alle merken voorhanden moeten hebben en zouden het best passende middel voor de patiënt kunnen uitzoeken (CM, 2005). VOS wordt al sinds geruime tijd in meerdere Europese landen, waaronder Nederland toegepast. Volgens Dirk Van Duppen zou dit geen zaligmakende maatregel zijn omdat de industrie zo hun marketing simpelweg zou verschuiven van de artsen naar de apothekers. De resultaten van het VOS zouden in die Europese landen ook niet tegemoetkomen aan de verwachtingen (Van Duppen, 2004, p. 241). Uit een enquête van 'De huisarts' (2004) blijkt dat 63 % van de huisartsen VOS verwerpt. Het belangrijkste argument zou zijn dat zo'n systeem de therapeutische vrijheid van de arts beknot (Cochez, 09.12.2004, p. 4). Ook volgens Luc Slegers van FeBelGen is VOS geen geschikte maatregel. Het zou immers enkel concurrentie tussen producenten van generische

geneesmiddelen organiseren en zodus zou de traditionele industrie buiten schot blijven (Byl, 31.03.2005, p. 16).

Nochtans neemt het voorschrijven op stofnaam toe. In 2009 zou al 7 % van de voorschriften op stofnaam gebeurd zijn (RIZIV, 2010). Wanneer artsen op stofnaam voorschrijven, bedraagt de kost voor het RIZIV per dagdagelijksedosis (DDD) slechts 93 % van het bedrag dat uitgegeven wordt wanneer het geneesmiddel niet op stofnaam wordt voorgeschreven. Wanneer het voorschrift op stofnaam gebeurt, zou de patiënt ook slechts 81,5 % betalen van het bedrag dat uitgegeven wordt wanneer het voorschrift niet op stofnaam gebeurt. Globaal genomen bespaart de ziekteverzekering jaarlijks 2.2 miljoen euro en de patiënt 2.4 miljoen euro door het VOS. Doordat apothekers vaak niet het goedkoopste product afleveren, misloopt de overheid en de patiënt nog heel wat besparingen. Zo zou wanneer altijd het goedkoopste product aan de patiënt meegegeven wordt, de ziekteverzekering 5.5 miljoen euro extra besparen en de patiënt nog eens 2 miljoen euro (RIZIV, 2008).

## Prijsvermindering

Producenten van geneesmiddelen moesten tot 2005, op het moment dat hun geneesmiddel reeds 15 jaar werden terugbetaald, de prijs ervan met 14 procent laten zakken. Sinds 2005 moeten de producenten de prijs al na 12 jaar laten zakken (Tegenbos, 23.03.2005, p. 13). Dit is eveneens een maatregel die de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken moet houden. Volgens Pharma.be zouden prijsblokkeringen en prijsdalingen tussen 1990 en 2011 reeds 543 miljoen euro aan de staat hebben opgebracht (Pharma.be, 2010).

## Bedrijfsheffingen

Naast allerlei regelingen die indirect besparingen beogen, zijn er ook rechtstreekse belastingen. In 2006 vervangt de zogenaamde Demotte-belasting een hele reeks belastingen. Volgens Pharma.be zou deze heffing op de omzet van terugbetaalbare geneesmiddelen in de periode 1990-2011 meer dan 3 miljard euro bedragen. Tussen 1990 en 2011 zou deze heffing elk jaar meer geld in de schatkist van de overheid brengen. De Demotte-heffing wordt in twee keer betaald. Een eerste keer betaalt het bedrijf een voorschot in de loop van het jaar. Het jaar nadien wordt de afrekening gemaakt. In 2010 was er zo een heffing van 6,73 % op de omzet van de terugbetaalbare geneesmiddelen. Naast de Demotte-belasting bestaat er ook een buffer die door de industrie gefinancierd wordt. Wanneer het geneesmiddelenbudget van de overheid overschreden wordt, kan een buffer van 100 miljoen euro, gefinancierd door de industrie, aangewend worden door de overheid. Doordat er in 2009 geen overschrijding van het budget werd vastgesteld, moest de buffer 2010 niet opnieuw aangevuld worden. Een derde belasting die de industrie betaalt is de 'crisis-belasting'. Deze bedraagt 1 % op de omzet van de terugbetaalbare geneesmiddelen (Pharma.be, 2010).

Zijn de genomen maatregelen voldoende?

Via het referentiet terugbetalingssysteem en het VOS wil de overheid het verbruik van generische geneesmiddelen stimuleren om zo te besparen. In tegenstelling tot de overheidsuitgaven, lijken de kosten van de patiënt toe te nemen door het in werking treden van het referentiet terugbetalingssysteem. De cruciale voorwaarde voor het succes van deze regeling voor de consument is immers dat artsen en apothekers de goedkopere varianten voorschrijven. Dit gebeurt niet altijd. Ondanks het feit dat de patiënten meer betalen, is de regeling een succes. De besparingen zijn reëel. Ook het VOS lijkt iets bij te dragen, maar veel beperkter. Net zoals de geheven belastingen, brengt ook het systeem van prijsvermindering geld in het laatje van de overheid. Ondanks het bestaan van de zojuist besproken maatregelen overschreden de uitgaven voor de ziekteverzekering de

jaarlijkse groeicijfer van 4,5 % in 2004 nog sterk en nemen de uitgaven tot op de dag van vandaag toe. Zeker nu formateur Elio Di Rupo voorstelt om de groeicijfer van de gezondheidszorg naar 2 % te brengen, lijkt de gezondheidszorg nog steeds het zorgkind van de sociale zekerheid te zijn (Verelst, 05.07.2011, p. 2). Nochtans zijn er nog veel besparingen mogelijk in deze sector op vlak van geneesmiddelen, maar ook op vlak van materiaal en implantaten, aldus Temmerman (Temmerman, 05.06.2011).

## Bijlage 14. De belangengroepen in Nieuw-Zeeland

De senatoren hebben allerlei Nieuw-Zeelandse belangengroepen aanhoord, om zo hun visie op het geneesmiddelenbeleid te kunnen verbreden. De Researched Medicines Industry Association of New Zealand (RMI) is een vereniging die uit 17 farmaceutische bedrijven bestaat. De vertegenwoordigers ervan verklaren dat door het kiwimodel de toegang tot geneesmiddelen beperkt wordt, alsook de keuzevrijheid van artsen en patiënten. Het budget lijkt de enige maatstaf te zijn voor het model. Bovendien zouden patiënten verward zijn doordat ze niet weten op welke geneesmiddelen ze beroep kunnen doen. Ook krijgt de industrie problemen doordat ze geen geneesmiddelenstocks kan aanleggen. Hierdoor treedt er soms een geneesmiddelentekort op. Bedrijven zouden weinig investeren wanneer het kiwimodel ingevoerd wordt. En aangezien sectoren met elkaar verbonden zijn, zal dit leiden tot een beperkte economie. Bovendien betreden nieuwe innoverende producten en medische kennis moeilijker het eiland. Uit een analyse van 85 nieuwe geneesmiddelen die tussen 1994 en 1998 op 25 grote markten werden toegelaten, werden er maar 28 van in Nieuw-Zeeland geïntroduceerd. De vereniging van farmaceutische bedrijven zegt dat er geen rekening wordt gehouden met de globale productiekost van geneesmiddelen. De geneesmiddelensector neemt dan ook erg af in Nieuw-Zeeland. Dit alles zou nefast zijn voor de gezondheid van de bevolking. Volgens de farmaceutische bedrijven is er bovendien een aparte markt ontstaan voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 19-23). Volgens de patiëntenorganisaties heeft het kiwimodel in Nieuw-Zeeland de kosten voor geneesmiddelen beperkt. Wel vindt men dat de overheid het systeem te extreem heeft doorgevoerd. Men heeft nu voornamelijk budgettaire doelstellingen voor ogen. Patiënten worden soms te laat of slecht behandeld doordat geneesmiddelen niet altijd voorhanden zijn. Volgens de organisatie is het tot slot zeer moeilijk om druk uit te oefenen op Pharmac in de hoop een bepaald

geneesmiddel toch terug te laten betalen (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 24-25).

Volgens dr. Paul Hutchison, parlementslid in de Nieuw-Zeelandse oppositie, is Pharmac vervreemd van de farmaceutische sector waardoor de toegang tot geneesmiddelen beperkt wordt. Bovendien houdt Pharmac te weinig rekening met preventie en moet het een flexibeler beleid voeren. Nu moeten mensen soms erg bruusk stoppen met het nemen van bepaalde medicamenten, wat hun gezondheid niet ten goed komt. Bovendien is de farmaceutische sector verdwenen, wat wederom de gezondheid niet ten goede komt. Volgens Hutchison is het model te extreem toegepast en moeten er correcties gemaakt worden (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 25-26).

Volgens enkele artsen van de New Zealand Medical Association (NZMA) heeft het kiwimodel de kosten kunnen drukken. De keerzijde is dat het beleid te weinig rekening houdt met de gevoeligheden en concrete noden. Er zijn te weinig geneesmiddelen op de markt. Ook verloopt de overschakeling van het ene naar het andere geneesmiddel voor patiënten niet altijd even gemakkelijk. Men wordt te weinig geïnformeerd. Bovendien beperkt het model de keuzevrijheid van de arts. Wel zouden patiënten nu veel minder druk uitoefenen op artsen om een bepaald medicament voor te schrijven (De Belgische Senaat, 14.12.2005, p. 27).

Volgens de overheidsinstelling Treasury, die de regering adviseert inzake economisch en financieel beleid, leidt het beleid van Pharmac tot *evidence based medicine*, dat zowel rekening houdt met de kosten als met de kwaliteit van de zorg. Geneesmiddelen die niet door de overheid worden terugbetaald kunnen wel verkregen worden op de private markt. Doordat Nieuw-Zeeland nooit een grote farmaceutische sector heeft gehad, heeft de invoering van dit model geen grote impact gehad op de Nieuw-Zeelandse economie of tewerkstelling. Ook voor O&O was de impact van het model onbestaande (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 28-29).

Annette King, minister van Volksgezondheid en Voedselveiligheid laat weten dat alle partijen, van regering tot oppositie, het model ondersteunen. De kritiek van sommige patiëntenorganisaties wijt ze onder meer aan het feit dat die organisaties gesteund worden door de farmaceutische industrie. Volgens King houdt men voldoende rekening met het kwalitatieve aspect en wordt er voldoende geld vrijgemaakt om innoverende producten terug te betalen. Dat er een private parallelle markt opduikt van niet-terugbetaalde geneesmiddelen is volgens de minister een mythe die door de industrie in het leven wordt geroepen. Volgens de minister is er geen verband tussen de weinige investeringen in O&O en het kiwimodel (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 30-31).

Murray Burns, Chief Executive van de Pharmacy Guild, steunt het model. Hij voegt daar echter wel aan toe dat door het referentieprijssysteem vaak slechts één product op de markt is waardoor alle keuzevrijheid ontnomen wordt. Ook zou er in de praktijk niet altijd voor elk middel een alternatief voorhanden zijn. Burns vindt bovendien dat de overgangstermijn van drie maanden, wanneer er moet worden overgeschakeld van het ene naar het andere product, te kort is. Volgens Burns is het inkomensniveau van de apotheker te sterk afgenomen door het model. Bovendien zijn geneesmiddelen soms niet voorhanden. Murray geeft wel aan dat de marketing is weggevallen. Volgens Burns neemt het aandeel van de private markt toe in Nieuw-Zeeland. Volgens Burns houdt Pharmac te veel rekening met het budget en te weinig met de apothekers en de industrie. Tot slot zegt Burns dat PTAC, die de medische adviezen aan Pharmac verschaft, meer tijd zou moeten nemen zodat het tot betere en meer transparante rapporten kan komen (De Belgische Senaat, 14.12.2005, pp. 32-33).