

# Hoe kunnen we het tekort aan psychofarmaca oplossen?

T.K. Birkenhäger

Net zoals bij andere medische specialismen is er in de psychiatrische zorg steeds vaker sprake van een tekort aan medicatie. Dit speelt in geheel Europa, maar Nederland wordt wel zwaar getroffen.<sup>1</sup> Het gaat dan om o.a. olanzapine (suspensie voor injectie met geregleerde afgifte; Zypadhera, zie het commentaar van Russcher e.a. op pag. 216 in dit nummer), temazepam en carbamazepine. Het spreekt vanzelf dat dit veel negatieve gevolgen heeft: stress bij patiënt en naasten, het risico op een terugval en veel extra werk voor behandelers en apothekers om naar een oplossing te zoeken. Bij mij wekt het ook verbazing op: hoe is het mogelijk dat in een ontwikkeld, welvarend land als Nederland veel medicatie plotseling niet leverbaar is? En hoe komt het dat het aantal niet-leverbare medicijnen in 20 jaar is opgelopen van nog geen 100 naar 2200 ([www.knmp.nl/dossiers/geneesmiddelenstekorten](http://www.knmp.nl/dossiers/geneesmiddelenstekorten))?

Het tekort aan medicijnen heeft verschillende oorzaken: Dat er nog maar zo weinig producenten in Europa over zijn, heeft alles met de kostprijs te maken. Investerings zijn goedkoper in Azië, het arbeidsloon is daar natuurlijk een stuk lager.

In de jaren 80 werd nog zo'n 80% van alle medicijnen die in Europa gebruikt werden, ook in Europa geproduceerd. Inmiddels wordt ongeveer 80% geproduceerd in Azië. Het gaat met name om medicatie waarvan het patent al is verlopen. De prijzen daarvan zijn laag, vaak een paar euro, waardoor het aantrekkelijk is om ze te laten produceren in lagelonenlanden.

Maar dat brengt wel een risico met zich mee. De Europese landen zouden wellicht niet alleen naar de prijs van medicijnen moeten kijken, maar ook naar de leveringszekerheid.

## Het preferentiebeleid

Een van de oorzaken van het medicijntekort is het preferentiebeleid. Preferentiebeleid betekent letterlijk: voorkeursbeleid. Bij gebruik van geneesmiddelen wil het zeggen dat er bij de zorgverzekeraar een voorkeur is voor geneesmiddelen met een gunstiger prijs (voor de

zorgverzekeraar). Dit doet zich voor wanneer het octrooi verlopen is en er meerdere aanbieders komen van het generieke geneesmiddel, dat vaak lager geprijsd is dan het origineel. Het beleid van de meeste zorgverzekeraars is dan ook om het voor hen op een gegeven tijdstip goedkoopste label van een geneesmiddel aan te wijzen voor een bepaalde periode als preferent middel en ook alleen het geneesmiddel van dat label te vergoeden vanuit de basisverzekering. Doel van het preferentiebeleid is om prijsconcurrentie te laten ontstaan. Hierdoor kan op de kosten van deze geneesmiddelen worden bespaard.<sup>2</sup> Sinds de invoering van dit preferentiebeleid zijn de medicijnkosten aanzienlijk gedaald: een besparing van ongeveer 850 miljoen euro per jaar, ongeveer 50 euro per verzekerde.

Het preferentiebeleid maakt echter van Nederland een onaantrekkelijke afzetmarkt voor producenten van generieke geneesmiddelen.<sup>3</sup> Binnen de Europese Unie (EU) betaalt Nederland samen met Denemarken en Zweden het minst voor generieke medicijnen. Als er schaarste is en andere landen betalen méér, dan is Nederland dus een van de laatste landen waaraan wordt geleverd. De lijst van vergoede medicijnen verandert minstens elk jaar, maar die lijst kan ook maandelijks bijgesteld worden.

Dit beleid brengt met zich mee dat vorm, verpakking en leverancier van een medicijn zeer geregeld veranderen. De werkzame stof blijft weliswaar dezelfde, maar de pil ziet er anders uit, bevat andere hulpmaterialen en zit in een ander doosje. Verder komen vaak leveringsproblemen voor omdat het frequente wisselen van voorkeursmedicijn leidt tot voorraadproblemen en verminderde interesse van farmaceuten om aan Nederland te leveren. Als de 'preferente' leverancier een leveringsprobleem heeft, kan het betreffende middel vaak niet zomaar door een andere fabrikant worden geleverd.

## Hoe kunnen we dit verbeteren?

In Nieuw-Zeeland heeft de overheid, in samenwerking met alle betrokken partijen, een oplossing gevonden

# ‘Voor een oplossing op lange termijn moet Nederland een voorbeeld nemen aan Nieuw-Zeeland...’

voor het probleem van te dure geneesmiddelen, waarbij tevens een hoge leverantiegarantie is veiliggesteld.<sup>4,5</sup> De inkoop en de beschikbaarheid van geneesmiddelen worden in Nieuw-Zeeland centraal geregeld door het Pharmaceutical Management Agency (Pharmac), een overheidsorgaan. Geneesmiddelen – nieuwe en ook generieke (medicijnen waarvan het patent is verlopen) – worden daar op hun waarde en eigenschappen beoordeeld door een breed samengesteld team van experts uit alle relevante disciplines. Voor goed bevonden generieke medicijnen is er een aanbestedingsprocedure (tendering), die leidt tot aanzienlijke prijsreducties. Zo krijgt de farmaceut met het contract twee zekerheden: hij wordt alleenleverancier voor heel Nieuw-Zeeland én houdt dit recht gedurende drie jaar. Daardoor kan een farmaceutisch bedrijf beleid maken en ook tot een scherpe prijs komen.

Dit in tegenstelling tot Nederland, waar met veel verschillende verzekeraars moet worden onderhandeld en waarbij de keuze van die verzekeraars voor een leverancier tot meermalen per jaar kan veranderen.

## Een geval apart: imipramine

Sinds enkele jaren wordt imipramine niet meer in Nederland geleverd, maar moet het uit Duitsland worden geïmporteerd. Dit is tot 2024 door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd toegestaan, maar sinds 2024 moet hiervoor een zogenaamde ‘artsenverklaring’ worden uitgeschreven. Een vreemde eis, want deze artsenverklaring was voorheen alleen nodig voor niet-geregistreerde medicijnen. Het heeft in elk geval geleid tot een zeer beperkte beschikbaarheid van imipramine. Dat is volgens mij heel onwenselijk. Er zijn weliswaar relatief weinig patiënten die imipramine gebruiken, wellicht ongeveer 3000. Maar het zijn waarschijnlijk voor het grootste deel patiënten die voor een ernstige depressie behandeld zijn, een groot deel van hen ook tijdens een klinische opname. Wanneer we aannemen

dat 80% van hen succesvol over zou kunnen stappen op amitriptyline, omdat beide antidepressiva bij ongeveer 6 van de 10 patiënten werkzaam zijn, maar waarschijnlijk niet bij dezelfde patiënten, aangezien hun farmacologisch profiel niet gelijk is. Ongeveer 20% van de patiënten zou dan een terugval doormaken. Dat betekent dat 600 patiënten weer een ernstige depressie zouden krijgen. Een goed argument voor de inspectie om deze rem op de import van imipramine te laten vervallen. Het is dringend gewenst dat imipramine weer normaal beschikbaar komt en dat de artsenverklaring niet meer nodig is.

## Besluit

We moeten en kunnen het tekort aan psychofarmaca en andere medicatie in Nederland terugdringen, gezien alle negatieve gevolgen voor patiënten en naasten, risico's op terugval en het vele onnodige extra werk voor behandelaars en apothekers. Voor een oplossing op lange termijn moet Nederland een voorbeeld nemen aan Nieuw-Zeeland, waar een centrale beoordeling door een overheidsorgaan en een aanbesteding veel meer zekerheid voor alle betrokkenen bieden. En tot slot moet de ‘status aparte’ voor imipramine zo snel mogelijk genormaliseerd worden.

## LITERATUUR

- 1 Van Marrewijk R. Heel Europa kampt met grote medicijntekorten, maar Nederland wordt extra zwaar getroffen. Trouw 17 april 2023.
- 2 Carp M, Kraal A, de Bekker P, e.a. Effecten van het preferentiebeleid op beschikbaarheid van geneesmiddelen. Eindrapport. Utrecht: Berenschot; 2018.
- 3 Kleijne I. Grenzen van het preferentiebeleid zijn bereikt. Medisch Contact 30 mei 2024.
- 4 Dekker C. Medicijntekort is het gevolg van slecht beleid. Elseviers weekblad februari 2023.
- 5 Cumming J, Mays N, Daubé J. How New Zealand has contained expenditure on drugs. BMJ 2010; 340: 2441c.

## AUTEUR

**Tom Birkenhäger**, psychiater, afd. Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

### Correspondentie

Tom Birkenhäger (t.birkenhager@erasmusmc.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-2-2025.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(4):205-206