

# Aanpassing GVS risicovol

E. Dijkgraaf, S.A. van der Geest en M. Varkevisser

*De auteurs werken als wetenschappelijk onderzoeker bij SEOR-ECRI (EUR). Van der Geest en Varkevisser zijn tevens werkzaam bij iBMG (Erasmus MC). varkevisser@few.eur.nl*

Het kabinetsplan om de vergoedingslimieten van geneesmiddelen drastisch te verlagen, kan ernstige bijwerkingen hebben.

Het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) specificeert per cluster van geneesmiddelen de maximum vergoeding die aan een ziekenfondsverzekerde mag worden uitgekeerd. Dat het GVS verkeerde signalen afgeeft, is alom bekend (Brouwer en Rutten, 2001). Het kabinet streeft dan ook naar deregulering van de geneesmiddelenvoorziening.<sup>1</sup> Het is echter van mening dat zorgverzekeraars nog onvoldoende sterk zijn de daarvoor benodigde sturende rol goed te kunnen vervullen. In het geneesmiddelenbeleid op (middel)lange termijn blijft dan ook een belangrijke rol weggelegd voor het GVS. Wel stelt het kabinet voor de vergoedingslimieten van clusters waar minimaal één geneesmiddel uit patent is binnenkort drastisch te verlagen. Per cluster zullen nog slechts één of enkele geneesmiddelen volledig worden vergoed.

## Bijwerkingen

Een verlaging van de vergoedingslimieten resulteert in een forse besparing op de collectieve uitgaven aan geneesmiddelen. Een dergelijke maatregel kan echter ernstige bijwerkingen veroorzaken die van groot belang zijn voor de besparing op de totale zorguitgaven. De recente ontwikkelingen rond zelfzorg-geneesmiddelen vormen hiervan een treffend voorbeeld. Nu geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn niet langer worden vergoed, schrijven artsen vaker duurdere (dikwijls zwaardere) middelen voor, die wel worden vergoed.

Welke bijwerkingen kan de voorgenomen aanpassing van het GVS hebben? Ten eerste is het denkbaar dat fabrikanten nieuwe geneesmiddelen niet meer op de Nederlandse markt aanbieden. Een forse prijsverlaging brengt immers grote financiële risico's met zich mee: parallelle export naar grotere lidstaten wordt gestimuleerd en sommige Europese landen baseren hun maximumprijzen mede op Nederlandse prijzen. Het uitblijven van nieuwe geneesmiddelen leidt uiteindelijk tot extra kosten, aangezien nieuwe geneesmiddelen de totale zorguitgaven doen afnemen (zie bijvoorbeeld Lichtenberg, 2002). Ten tweede bestaat het gevaar dat ouderen en chronisch zieken onevenredig zwaar worden getroffen. Eventuele bijbetalingen hebben uitgerekend voor hen een sterk negatief koopkrachteffect. Bovendien lopen deze groepen bij therapeutische substitutie de grootste gezondheidsrisico's.

Ten derde kan therapeutische substitutie al op korte termijn tot extra kosten leiden, die kunnen oplopen tot honderden miljoenen euro's. Wanneer een geneesmiddel niet langer volledig wordt vergoed, kunnen patiënten bijbetaling ontkopen door van middel te veranderen. Dit is de beoogde gedragsreactie, maar deze heeft een bijwerking. Hoewel substituten vaak tot hetzelfde GVS-cluster behoren, bevatten ze nogal eens een ander werkzaam bestanddeel. Deze zogenoemde therapeutische substitutie kan op twee manieren voor extra kosten zorgen. Allereerst is de substitutiedosis vaak onbekend, zodat de arts dit experimenteel

moet bepalen. Het aantal omzettingen waarbij consultatie van een arts nodig is, kan tot miljoenen per jaar toenemen (PHARMO Instituut, 2004). Daarnaast kan therapeutische substitutie voor gezondheidsproblemen zorgen. Geneesmiddelen uit hetzelfde GVS-cluster zijn op populatieniveau weliswaar onderling vergelijkbaar, maar kunnen voor individuele patiënten wel degelijk belangrijke verschillen vertonen (Van der Kuy, 2004). Buitenlandse praktijkervaringen tonen aan dat dit aanzienlijke negatieve effecten voor patiënten kan hebben zoals extra ziekenhuisopnamen (zie bijvoorbeeld Thomas en Mann, 1998). Een overzichtsartikel laat zien dat er schrikbarend weinig bekend is over de risico's en voordelen van (financiële) restricties op geneesmiddelengebruik (Soumerai, 2004).

Overigens hebben de kosten van therapeutische substitutie geen eenmalig karakter wanneer de vergoedingslimieten periodiek worden herberekend. Zodra een geneesmiddel binnen een GVS-cluster uit patent loopt of in prijs wordt verlaagd, zijn er patiënten die hun medicatie moeten aanpassen om bijbetaling te vermijden.

## Conclusie

Aanpassing van het GVS leidt tot een aanzienlijke besparing op de collectieve uitgaven aan geneesmiddelen, maar er moet rekening worden gehouden met ernstige bijwerkingen. Naast een ongelijke verdeling van de lasten en een waarschijnlijk verminderde beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen, zijn op korte termijn vooral de kosten van therapeutische substitutie van belang. Wanneer een snelle aanpassing van het GVS onder druk van de afgesproken bezuinigingen onontkoombaar is, kan de uiteindelijk gerealiseerde besparing flink tegenvallen. ■

Elbert Dijkgraaf, Stéphanie van der Geest en Marco Varkevisser

Dit artikel is gebaseerd op een onafhankelijk onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van de American Chamber of Commerce (zie [www.ecri.nl](http://www.ecri.nl)).

## Literatuur

- Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2001) GVS geeft verkeerde signalen. *ESB*, 16 november 2001, 884-886.
- Kuy, A. van der (2004) Onmogelijke missie. *ESB*, 16 april 2004, 189.
- Lichtenberg, F. (2002) Benefits and costs of newer drugs: an update. *NBER Working Paper W8995*, Cambridge (Mass.).
- PHARMO Instituut (2004) *Farmacotherapie tegen elke prijs?* Utrecht.
- Schut, F.T. en W.B.F. Brouwer (2004) De preferente apotheker? *Jazeker! ESB*, 11 juni 2004, 266-269.
- Soumerai, S.B. (2004) Benefits and risks of increasing restrictions on access to costly drugs in Medicaid. *Health Affairs*, vol. 23(1), 135-146.
- Thomas, M. en J. Mann (1998) Increased thrombotic vascular events after change of statin. *The Lancet*, vol. 352(9143), 1830-1831.

Zie Schut en Brouwer (2004) voor een mogelijke vormgeving hiervan.