

Geneesmiddelenvergoedingssysteem

GVS-paradox: kwaliteitstoename bij lagere kosten

In zijn artikel: 'Geneesmiddelen Vergoedings Systeem, een bittere pil of een betere pil' maakt de heer H. P. J. van Gerven, huisarts te Oss, een onjuiste analyse van de medicijnenhandel.¹ Daardoor trekt hij verkeerde conclusies. Hij is van mening dat het GVS bijzonder nadelig zal uitwerken voor ziekenfondspatiënten. De overheid zou kiezen voor een 'end of the pipe'-oplossing. Hij pleit voor een prijsmaatregel om fabrieksprijs en groothandelsmarge te verlagen. Verder beveelt hij een aantal flankerende maatregelen aan, die vanwege het vrijblijvende karakter geen structurele verandering zullen bewerkstelligen. Hij geeft onvoldoende aan, waarom het GVS-systeem macro-economisch dient te worden doorgevoerd. Ook bespeelt hij sentimenten van patiënten, door hen onterecht ongerust te maken. Dat kostenbeheersing kan leiden tot lagere ziektekostenpremies en eventueel meer budgetruimte: daarover zegt hij niets. Toch moet ook hij inzien, dat het gezondheidszorgbeleid ondergeschikt is aan de regeringsdoelstellingen. Bovendien geeft Van Gerven vanuit zijn eigen praktijkervaring onvoldoende aan welke maatregelen huisartsen zouden kunnen treffen om het medicatiebeleid te optimaliseren.

ACHTERGROND

Sinds de jaren zestig verschijnen er kritische geneesmiddelenstudies.² De meeste publikaties leggen geen verband tussen de gezondheidssector en de algehele overheidspolitiek. Er ontstaat een vorm van niet-terechte selectieve verontwaardiging, zodra aan de eigen beroepsgroep beperkingen worden opgelegd. Artsen zouden echter 'beter' moeten weten, na tien jaar beleid-Lubbers.

Sinds 1980 bezuinigt de overheid om het financieringstekort en de kostprijs van produkten te verlagen. Voor de gezondheidszorg betekent dit bevroering van aantal en salarissen van artsen en verplegers, budgettering

L. F. M. van der Hoeven

Over wat huisartsen zouden kunnen doen om hun medicatiebeleid te verbeteren, en waarom. En GVS én een betere pil.

van ziekenhuisuitgaven, en zorgsubstitutie, maar ook beperkingen op overbodige geneesmiddelenkosten. De spanningen rond de medicijnenprijsvorming zijn mede een gevolg van de grote winstgevendheid en marketing-uitgaven, naast de relatief lage research- en ontwikkelingskosten. Zo besteedt de industrie 25% aan fabricage, 28% aan winst, 24% aan marketing, slechts 13% aan onderzoek en ontwikkeling en 10% aan overige kosten.³ Van de 13% voor onderzoek en ontwikkeling besteedt men 8,5% aan produktontwikkeling en slechts 4,5% uiteindelijk aan research.⁴ Door volumebeperking dalen de marketingkosten, neemt de kennis van artsen over de preparaten toe en het interactierisico af. Immers, nog steeds sterven 600 Nederlanders en worden er 10.000 per jaar in ziekenhuizen opgenomen wegens een foutief medicatiebeleid.⁵

OVERHEID GRIJPT IN

Financiële ruimte moet worden gecreëerd om de kwaliteit van de intramurale zorg op peil te houden. Deze ruimte dient staatssecretaris Simons te vinden binnen de Volksgezondheidszorgbegroting. De extramurale geneesmiddelenvoorziening lijkt daarvoor één mogelijkheid te vormen. Inperking van het medicijnenpakket via substitutie hoeft niet te leiden tot een kwalitatieve vermindering van de geneesmiddelenvoorziening.⁶ Het mislukken van allerlei beleidsmaatregelen en -voorstellen in het verleden maakt een drastische aanpak in de eerste lijn noodzakelijk. Zo probeert de overheid achtereenvolgens een prijsmaatregel tegen Valium

en Librium in 1974, een sector-prijsmaatregel in 1982, een negatieve lijst in 1982, bijdrage ziekenfondsverzekeren in 1983, verwijdering van risico- en spillagetoelagen in 1987, een nieuw vergoedingssysteem in 1988, volumebeperking per ziekenfondsvoorschrift en het Omni-partijenakkoord (OPA) in 1989.⁷ Ook OPA, waarbij merkgeneesmiddelenindustrie (Nefarma) en ziektenkostenverzekeraars (vooral de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen) via een convenant tot een structurele kostenverlaging van f 400 miljoen besloten, heeft onvoldoende opgeleverd.⁸ De Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft in december 1990 ingestemd met de invoering van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), een vernieuwd ijkprijzenplan. Hierbij wordt per geneesmiddelencluster een gemiddelde vergoedingsprijs vastgesteld. Patiënten krijgen medicijnen geheel vergoed, indien de prijs zich beneden dit gemiddelde bevindt. Veelal maken de generieke produkten hiervan deel uit. Een merkmiddel kost veelal meer dan dit gemiddelde, en komt dus maar ten dele voor vergoeding in aanmerking. Mogelijk als gevolg ervan dalen de merkmiddelenprijzen.

Het ligt in de verwachting, dat het kostenbewustzijn van patiënten en huisartsen toeneemt. Een mogelijke groei van het generieke marktaandeel van 11,7% en 6,3% parallelimport in 1988 in Nederland, zou dan misschien kunnen doorgroeien naar een aandeel van 50%, zoals in de VS. De heer Simons hoopt, mede op grond van de Wolfs' marktanalyses,⁹ dat deze maatregel tussen de f 700 miljoen en f 1.100 miljoen zal opleveren.

MARKT

Tot de Nederlandse markt zijn 6.309 middelen toegelaten tot 1986, waarvan 75% wordt ingevoerd.¹⁰ Huisartsen gebruiken slechts een deel ervan. Zo bevat het Nijmeegse Huisartsen

Formularium slechts 260 middelen – 5% van het aantal toegelaten middelen.¹¹ Bij onderzoek onder huisartsen in Rotterdam en Zwolle blijkt men ongeveer 90 verschillende middelen voor te schrijven. Er is dus sprake van een zekere economische, maar noodzakelijke verspilling. Over de mate van overvloedigheid kan men redetwisten.

De geneesmiddelenmarkt bestaat uit een groot aantal deelmarkten, die door enkele of vele fabrikanten worden beheerst. Concurrentie op deelmarkten is afhankelijk van het aantal gepatenteerde merkartikelen, 'me-too's', generieke middelen en parallelimport. Soms is er sprake van een monopolie-, oligopolie- of volledige mededingingsmarkt. Van Gerven's generaliserende uitspraken over deze complexe markt schieten dan ook tekort. Dat kostendalingen mogelijk zijn, bewijst de tweede lijn.

VAN TWEEDE NAAR EERSTE LIJN

Ziekenhuizen nemen al jarenlang maatregelen om kostenbeperkingen te realiseren door het verplicht stellen van een formularium. Via assortimentsbeperking en gecentraliseerde inkoop stabiliseren ziekenhuisbesturen de intramurale apotheekkosten. In de tweede lijn dwingt men via het tendersysteem de beste leveringscondities af. De industrie is zelfs bereid tegen bodemprijzen, soms zelfs wel gratis, te leveren. Voor haar vormen specialisten een zeer belangrijke groep voorschrijvers. Zij zetten meestal een jarenlange trend in van ongewijzigde consumptie door chronische gebruikers. Huisartsen durven deze voorgescreven receptuur meestal niet te veranderen. Als een specialist overtuigd raakt van de kwaliteit ervan, dan wel wordt gehersenspoeld door alle reclame over het 'nieuwe wondermiddel', lijkt de deelmarkt al grotendeels te zijn veroverd. De ziekenhuisapotheekcontrole strekt zich niet uit tot de poli's.¹² Als deze mogelijkheid wel zou worden geboden en patiënten er hun medicijnen zouden kopen, dan kunnen er grote besparingen optreden voor ziektekostenverzekeraars. Deze voorschrijfvrijheid van poli-specialisten werkt dus kostenverhogend in de richting van de eerste lijn. Vrijgevestigde artsen ervaren inperkende overheidsmaatregelen als het GVS vaak als een inbreuk

op hun handelen. Huisartsen zouden echter ook zelf hun eigen verantwoordelijkheid kunnen laten gelden.

AANBEVELINGEN

Veel leed zouden huisartsen kunnen besparen, indien zij een aantal maatregelen consequent en routinematig in hun eigen praktijk zouden doorvoeren:

1. Huisartsen zouden rationeel moeten voorschrijven aan de hand van een eerstelijnsformularium en door gebruik te maken van geneesmiddelensubstitutielijsten.
2. Systematisch letten op interacties van geneesmiddelen,¹³ via geautomatiseerde data-bestanden,¹⁴ zou meer kwaliteitsverhogend werken. De maatschappelijke kosten van deze aspecten van het medicijngebruik lijken de noodzakelijke soft- en hardware investeringen verre te overtreffen. Er ontstaat een groeiende automatiseringsachterstand van huisartsen. Pas 25% van alle huisartsen gebruikt een personal computer en wel voornamelijk de boekhoudkundige module; van patiëntenregistratie- of medicatiemodules maken zij nog vrijwel geen gebruik. De meeste artsadministraties zijn moeilijk toegankelijk ingeval van noodsituaties of vervanging. Deze verre van optimale situatie zal steeds meer averechts op het 'image' van artsen werken.
3. Aan het 'slikgedrag' van patiënten valt nog veel te veranderen. Het placebo-gebruik en het niet volgens voorschriften innemen wijzen mogelijk op communicatie-, vertrouwens- en motivatieproblemen tussen hulpverlener en hulpvrager. Huisartsen zouden meer tijd moeten nemen om patiënten op dit gebied te instrueren en te motiveren.¹⁵
4. Periodieke controle tijdens consulten en visites van het totale medicatiepakket dat patiënten slikken. Huisartsen zouden minder en lagere doseringen vaker moeten voorschrijven, zodat er minder gewenning optreedt.
5. Periodiek overleg met andere behandelaren over receptuur. Specialistenreceptuur voor chronisch zieken

Met dank voor hun kritische opmerkingen aan Dr. P. de Wolf (Erasmus Universiteit Rotterdam, Bedrijfskunde), Drs. A. F. Mantel (wetenschappelijk medewerker NZI) beiden co-auteur van het (WVC)-rapport Wierenga.

kan men vervangen door goedkopere middelen. Vooral het apothekers-huisartsenoverleg dient regelmatig plaats te vinden.

6. Bijscholing door onafhankelijke instellingen – zoals academische ziekenhuizen, huisartseninstituten, plaatselijk huisartsenoverlegorganen – dient veel intensiever plaats te vinden.

Drs. L. F. M. van der Hoeven is klinisch psycholoog. Hij deed eerstelijns onderzoek naar de samenwerking tussen huisarts en psycholoog en bestudeerde (in het kader van een studie medische sociologie in New Delhi) geneesmiddelen en traditionele gezondheidszorgsystemen.

Literatuur

1. Gerven van HPJ. Geneesmiddelen Vergoedings Systeem: een bittere pil of een betere pil? Medisch Contact 1990; 45: 1215-7. (Ook uitgebreide rapportvorm verschenen bij de Socialistische Partij te Rotterdam, tel. 010-4673222.)
2. Werkgroep Farmacie van de Wiardi Beckman Stichting. Winst op recept. De geneesmiddelenvoorziening in Nederland. Deventer: Kluwer, 1977.
3. The Economist 27 januari 1990 (citaat in Financieel Overzicht Zorg: 139).
4. SCRIIP. Managing R & D, no easy solutions. Scrip no 1502, april 4th 1990: 4-6.
5. SIG-Jaarboek. Utrecht: Stichting Informatie Gezondheidszorg, 1989.
6. Smet PAGM de. Leidraad geneesmiddelensubstitutie. Een medisch-farmaceutische notitie (met Appendix). Geneesmiddelen Informatie Centrum KNMP, 1990.
7. Ministerie van WVC. Heroverweging Geneesmiddelen. Den Haag: 1987. Ziekenfondsraad. Advies verstrekkingenbeleid geneesmiddelen. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1988 (nr 414).
8. Tweede Kamer der Staten-Generaal. 36ste vergadering: Vaste Commissies voor de volksgezondheid en voor economische zaken. Den Haag 28 mei 1990, UCV 36.
9. Lageweg HLM, Wolf P de, Wierenga B. Generieke geneesmiddelen. Een bedrijfskundige verkenning. Delft: Eburon, 1989 (gratis bij BOGIN, tel 03480-20867).
10. Mantel AF, Wierenga B, Wolf P de, Veerman CP. De geneesmiddelenmarkt in observatie. Delft: Formularium, 1987.
11. Formularium Commissie Nijmegen. Formularium 1 Nijmegen. Nijmegen: Stichting Instituut van Samenwerkende Algemene Ziekenfondsen Nijmegen (tel. 080-225241).
12. Nederveen-Van der Kragt CJM. De (juridische) positie van de ziekenhuisapotheeker. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Gezondheidsrecht, maart 1990 (nr 13).
13. Poel G Th van de, Wicherink SC. Het voorkomen van geneesmiddeleninteracties, taak en mogelijkheden van de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1990; 33: 343-8.
14. Kleijn E van der, Wee RJM ter, Holmberg N, Brennkmeijer RF. Computergesteunde receptverwerking in de huisartsenpraktijk, ontwikkeling van elektronische prescriptie verwerkingsmodule: Prescriptor. Tijdschrift voor Therapie, Geneesmiddel en Onderzoek 1989; 14: 128-32.
15. Wieringa N & Denig P. In: Hoeven LFM van der (eindredactie). Revoluon. Nijmegen: Tijdschrift voor Beta-wetenschappers, december 1990.