



HARTEKRETEN

GVS

Het artikel over het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem door S. Wierda, verschenen in het juni nummer van "Harte-zorg", is onzorgvuldig en uiterst eenzijdig.

Vanwege de beperkte plaatsingsruimte voor deze reactie, beperk ik me tot enige hoofdpunten van kritiek.

1) Dhr. Wierda verzwijgt het jarenlange getob van de overheid om de prijzen aan banden te leggen. Een actueel maatschappelijk probleem heeft meestal een historische achtergrond en is gerelateerd aan andere zaken. Voor een goed begrip is dit soort kennis noodzakelijk. Zo vormt het GVS een voorlopig laatste bestuurlijke overheidsmaatregel. Al sinds 1974 probeert de regering de industrie meer te reguleren via achtereenvolgens een sectorprijismaatregel, een negatieve lijst, eigen bijdragen, verwijdering van risico- en spillage-toeslag, volumebeperking per receptregel en in '89 het Omni Partijen Accoord (OPA). Omdat de door de farmaceutische fabrikanten beloofde, vrijwillige OPA-besparingen uitbleven, besloot Staatssecretaris Simons om in juli 1991 het GVS (Geneesmiddelen Vergoedings Systeem) in te voeren.

2) De actuele noodzaak van het GVS. De overheid moest de extreme jaarlijkse prijsstijgingen van medicijnen aan banden leggen. Voor de invoering van het GVS lagen de prijzen in Portugal 100% en in België 30% lager dan in Nederland. Door het invoeren van het "Festbetragen"-systeem in Duitsland, voelde de Nederlandse overheid zich gestrekt om maatregelen tegen de voortdurende prijsstijgingen te treffen. Sinds 1980 stegen deze uitgaven met gemiddeld 8% en in 1990 zelfs met 11%. Terwijl de gemiddelde uitgaven stijging voor de volksgezondheidszorg sector in dezelfde periode op 2,5% per jaar lag. De pillen-uitgaven legden dus steeds meer beslag op de volksgezondheidszorg begroting. Vooral vanwege het financieringstekort en de

massale werkeloosheid, diende de overheid te bezuinigen op haar eigen uitgaven en de sociale verzekeringspremies (de hoogste ter wereld). Sinds 1980 dient voor iedere extra overheidsuitgave een dekking binnen de sectorbegroting te worden gevonden. Het uitgavenbudget kan alleen met de prijscompensatie worden verhoogd. Na de invoering van de intramurale budgettering in 1984, gaat de staatssecretaris nu ook de eerstelijns uitgaven inperken. Voor CAO-loonverbeteringen van verpleegkundigen, wachtlijstproblematiek en thuiszorguitgaven, dient de dekking te worden gevonden binnen uitgaven bezuinigingen elders op de volksgezondheidszorg begroting. Vandaar dus het GVS.

3) Dhr. Wierda laat alleen de dure merkfabrikanten aan het woord en dat levert dus eenzijdige informatie op. Hij 'vergeet' dat de geneesmiddelenmarkt bestaat uit verschillende groepen fabrikanten met soms tegengestelde belangen. Zo bestaan er merknaam, generieke en parallel geïmporteerde middelen. Deze verschillen hangen samen met de patentbeschermings duur van 20 jaar en het tijdloze merkenrecht. Generieke middelen mag iedereen op de markt brengen na afloop van het patent. De octrooi bescherming van farmaceutische producten leidt tot allerlei imitaties ('me-too's') van succesvolle producten door concurrerende firma's. Volgens een Food and Drugs Administration (FDA) studie blijkt, dat van alle nieuw geïntroduceerde middelen in de V.S. tussen '81 en '88 er 12 een belangrijke, 44 enigszins en 292 ('me-too's') geen enkele therapeutische verbetering vormen. Er zijn dus onnodig veel tot verwarring leidende imitaties op de markt. Bovendien leidt deze situatie tot onnodige prijsopdrijvingen. Het bestaan van allerlei kartelaafspraken blijkt uit de 300 miljoen boetes, die de chemische industrie (met vaak een farmaceutisch dochterbedrijf) aan de EG anti-kartelcommissie jaarlijks moeten betalen.

4) Op de vraag of het aantal pillen zonder kwaliteitsverlies valt te beperken, gaat Wierda niet in. Op de Nederlandse markt bevinden zich 8.990 toedieningsvormen van 1850 medicijnen. Het 'Formularium 1, Nijmegen' bevat 443 toedieningsvormen van 226 medicijnen (12% van 1850 preparaten). Volgens de auteurs stelt het huisartsen in staat om het merendeel van de eerstelijns-ziekten te bestrijden. Van deze 226 farmaceutische producten zouden huisartsen 90 middelen zeer frequent gebruiken. Door substitutie en rationeel voorschrijfgedrag kunnen de kosten dalen, terwijl de voorschrijfkwaliteit toeneemt. Dit 'ideale' voorschrijfgedrag wordt door het installeren van een computer medicatie programma bevorderd. Het gebruik van zo'n PC medicatie-module maakt zelfs besparingen van 30% per jaar mogelijk. Stimulatie van de huisartsenpraktijk automatisering vervult hierin een belangrijke rol. Een te-groot aantal middelen leidt eerder tot verwarring en dus tot kwalitatief slechter voorschrijfgedrag.

5) Het GVS-voorlichtingsboekje van het Ministerie van WVC, dat speciaal voor hart- en vaat-patiënten is geschreven, vermeldt dat er voor 26 middelen moet worden bijbetaald. Volgens geraadpleegde apothekers zou hiervan alleen het middel Sotacor mogelijkerwijze niet door een andere pil, waarvoor men niet bij hoeft te betalen, kunnen worden vervangen. De claims over de werkingswijze van Sotacor zijn nog niet geheel weerlegd, doch zeer veel deskundigen geloven er niet in. De door Wierda aangehaalde uitspraken van prof. Gribnau verwekken dan ook zeer veel verwondering, aangezien zijn collega's van het Radboud Academisch Ziekenhuis van de afdeling Klinische Farmacie, prof. Van der Kleijn en dr. Hekster, juist de 'geestelijk-vaders' van het ziekenhuisformularium zijn. Dat formularium bevat slechts 600 van de 1850 middelen, die er op de Nederlandse markt zijn toe-

gelaten. Prof. Gribnau werkt in een vast-dienstverband bij dit ziekenhuis en dient zich evenals elk andere specialist zoveel mogelijk aan deze beperkte lijst te conformeren. Dat hij op Nefarma symposia en als lid van de Nederlandse Stichting ter bevordering van de Medisch - Farmaceutische Research zich anders uitspreekt, maakt zijn openbare standpunt dus niet erg geloofwaardig.

6) Wierda begrijpt niet dat 'minder' beter is, dan 'meer' van hetzelfde. Zo overlijden er per jaar 600 Nederlanders en worden er 10.000 per jaar opgenomen, onder meer vanwege interacties van geneesmiddelen. Sommige middelen werken tegen elkaar in of versterken elkaars effect. Naarmate men meer middelen krijgt voorgeschreven door verschillende specialisten, die geen kennis over de andere voorgeschreven medicatie hebben, neemt het 'ongevals-risico' toe. Deze voorkoombare 'slikellende' neemt af, naarmate artsen meer kennis en ervaring met een beperkt aantal middelen hebben opgedaan. Patiënten worden er echt beter van! Kwantiteitsbeperking leidt dus tot kwaliteitszorg.

Drs. L.F.M. van der Hoeven, sociaal-wetenschapper en journalist

in: 'HARTEZORG'
4^e jrg. nr. 3
sept. 1991
p. 12