

De welvaartseffecten van innovatieve geneesmiddelen

Innovatieve geneesmiddelen leveren grote welvaartswinsten op. Deze welvaartswinsten zouden nog groter kunnen zijn als de innovatieve geneesmiddelen eerder beschikbaar komen. Het financieringssysteem van de zorgverzekeraars zet eveneens een rem op het gebruik van innovatieve geneesmiddelen.

Weinig markten zijn zo streng gereguleerd als die voor geneesmiddelen. Zowel door aanbodregulering als vraagsturing probeert de overheid de geneesmiddelen-uitgaven zo veel mogelijk te beperken. Onder de aanbodregulering valt onder meer de maximering van de geneesmiddelenprijzen waarbij de prijs van een geneesmiddel niet hoger mag zijn dan het gemiddelde van de prijzen in Duitsland, België, Frankrijk en Engeland. Verder komen alleen medicijnen met een gunstige verhouding tussen kosten en effectiviteit voor vergoeding in aanmerking. Deze zogenaamde positieve lijst regelt de wettelijk verzekerde aanspraak op geneesmiddelen. De vergoeding is verder gelimiteerd en een eventueel verschil tussen de vergoedingslimiet en de werkelijke prijs moet de patiënt zelf bijbetalen. Onder de vraagsturing valt onder meer de ontwikkeling van farmaceutische richtlijnen, het beleid gericht op het voorschrijven op stofnaam in plaats van merknaam, de stimulering van het gebruik van generieke geneesmiddelen en het verplichte eigen risico in de Zorgverzekeringswet. Dit overheidsbeleid is vrij succesvol. In 2005 waren de uitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking 298 euro. Dit is ongeveer tien procent van de totale uitgaven aan gezondheidszorg. De uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland liggen twintig tot zestig procent lager dan in omliggende landen. Vooral in Duitsland en Frankrijk liggen de uitgaven aan geneesmiddelen beduidend hoger dan in Nederland. Dit komt vooral doordat daar veel meer geneesmiddelen worden voorgeschreven. Tegenover deze uitgaven staat dat innovatieve geneesmiddelen grote gezondheidswinsten en kostenbesparingen met zich meebrengen. Cutler et al. (2007) berekenen dat bij afwezigheid van medicatie voor hoge bloeddruk de gemiddelde bloeddruk voor de Amerikaanse bevolking van veertig jaar en ouder tien tot dertien procent hoger zou zijn. Hierdoor zouden 86.000 mensen extra voortijdig overlijden en 833.000 mensen extra een beroerte of hartaanval krijgen. De gemiddelde levensverwachting zou 0,5 jaar (voor mannen) en 0,4 jaar (voor vrouwen) korter zijn indien er geen medicatie voor hoge bloeddruk zou zijn.

Aids-remmers hebben ervoor gezorgd dat aids niet langer een dodelijke ziekte is. Door antibiotica hoeven patiënten met een maagzweer niet langer een ingrijpende maagoperatie te ondergaan. En zo zijn er nog vele andere voorbeelden te noemen. Innovatieve geneesmiddelen hebben verder geleid tot een toename van de productiviteit in de gezondheidszorg. Door de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen is in sommige gevallen operatief ingrijpen niet langer nodig, is de ligduur in het ziekenhuis bekort en zijn duurdere interventies vervangen door relatief goedkopere geneesmiddelen. Zo berekenen Berndt et al. (2000) de kosten en baten van de veranderingen in de behandeling van depressies. Door de verschuiving van therapeutische naar farmaceutische behandeling daalden de kosten van behandeling met bijna twintig procent. De gezondheidswinst door farmaceutische behandeling is groot. Over de welvaartseffecten van innovatieve geneesmiddelen is weinig bekend. Voor 52 innovatieve geneesmiddelen die na 1997 op de Nederlandse markt zijn verschenen worden de welvaartswinsten gepresenteerd. Vanuit een welvaartstheoretisch oogpunt creëren regels en restricties *deadweight losses*. De uitkomsten van de welvaartseffecten worden gebruikt om een schatting te geven van de *deadweight losses* als gevolg van de vertraagde toelating van nieuwe innovatieve geneesmiddelen tot de Nederlandse markt.

Berekening van de welvaartseffecten

Welvaartswinsten kunnen in het algemeen worden gedefinieerd als het verschil tussen hetgeen een consument bereid is te betalen en de werkelijke prijs van een goed. In de gezondheidszorg is het goed te omschrijven als de waarde van de gezondheidswinst van medische behandeling en in dit geval, van innovatieve geneesmiddelen. De prijs van het goed zijn de kosten die moeten worden gemaakt om deze gezondheidswinst te realiseren. De gezondheidswinst wordt hierbij uitgedrukt in de voor kwaliteit gecorrigeerde gewonnen levensjaren (QALY's). In de berekeningen zijn de welvaartswinsten bepaald als het verschil tussen de waarde van een QALY en de daarmee gemoeide kosten. Voor de bepaling van de kosten per QALY wordt waar mogelijk gebruikgemaakt van farmaco-economische studies die door overheidsinstanties zijn gepubliceerd. Aan deze studies worden de kosten per QALY voor de 52 gebruikte geneesmiddelen ontleend. De studies zijn afkomstig van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en zijn Engelse en Canadese

APOSTOLOS
TSIACHRISTAS,
RENÉ GOUDRIAAN EN
WIM GROOT
Consultant bij APE, partner
bij APE, hoogleraar ge-
zondheidseconomie aan de
Universiteit Maastricht

tegenhangers (respectievelijk NICE en CADTH), en zijn aangevuld met een beperkt aantal studies uit de literatuur om het scala van behandelde aandoe-ningen te verbreden. De selectie van de gebruikte farmaco-economische studies houdt geen kwaliteits-oordeel over de betreffende studies in. De resultaten van de buitenlandse farmaco-economische studies zijn zo goed mogelijk vertaald naar de Nederlandse situatie. Gezien de uiteenlopende uitgangspunten van de verschillende studies is het echter ondoenlijk om een exacte vertaling te maken. Daardoor zijn de resultaten met enige marges omgeven.

De geldelijke waardering van een QALY loopt uiteen tussen de verschillende landen. Naar internationale maatstaven is de in Nederland gebruikte waarde van 20.000 euro per QALY laag. Daarom worden er drie verschillende scenario's voor de waardering van een QALY gehanteerd: 20.000 euro, 50.000 euro en 80.000 euro. Het middenscenario vormt de benchmark, omdat de waardering van een QALY ruwweg overeenkomt met de internationaal gebruikelijke waarde. Uit oogpunt van eenvoud en transparantie wordt er voor alle geneesmiddelen gebruikgemaakt van dezelfde waardering van een QALY.

Tot slot is het verschil tussen de waarde van een QALY en de kosten per QALY vermenigvuldigd met het aantal gebruikers van de betreffende geneesmid-delen, en is gecorrigeerd voor de tijdschorsom om het jaarlijkse welvaartseffect te kunnen bepalen. Voor verdere details over de berekening en de selectie van de geneesmiddelen zie Tsiachristas et al. (2008).

De welvaartseffecten van innovatieve geneesmiddelen

De uitkomsten van de welvaartsberekeningen zijn te vinden in tabel 1. Het gebruik van de 52 on-derzochte innovatieve geneesmiddelen leidt in het midden en het hoge scenario tot substantiële wel-vaartswinsten: respectievelijk 1,7 miljard euro (0,3 procent van het bruto binnenlands product) en 3,6 miljard euro (0,7 procent van het bbp). In het lage scenario zijn de welvaartswinsten negatief (-0,2 miljard euro). De totale welvaartswinsten van de gezamenlijke CVZ-studies zijn in alle drie scenario's gemiddeld positief. Alleen de resultaten op basis van de studies van NICE/CADTH en de literatuur pakken in de lage variant negatief uit. Dat is waarschijnlijk mede het gevolg van de verschillen in kostentoe-rekening in de buitenlandse studies, waarin geen re-kening wordt gehouden met opbrengsten in de vorm van productiviteitswinsten en een geringer beroep op de sociale zekerheid. Ter compensatie voor de hogere kostentoe-rekening hanteren zij een hogere waardering voor een QALY dan in Nederland.

Institutionele belemmeringen

De welvaartswinsten zijn weliswaar aanzienlijk, maar kunnen nog toenemen als institutionele belemme-ningen voor een efficiënte en effectieve inzet van innovatieve geneesmiddelen worden weggenomen. De belemmeringen hebben onder meer betrekking

tabel 1

De welvaartseffecten van 52 innovatieve geneesmiddelen (in 1.000 euro)			
Steekproef	Lage scenario QALY = € 20.000	Benchmark scenario QALY = € 50.000	Hogere scenario QALY = € 80.000
CVZ	55.204	213.221	371.237
NICE/CADTH	-215.211	1.041.831	2.298.873
Literatuur	-69.722	409.321	888.364
Totaal	-229,28	1.664.372	3.558.473
Als % bbp 2006	-0,04%	0,31%	0,67%

op het proces van toelating en vergoeding van nieuwe geneesmiddelen. In de steekproef van 52 geneesmiddelen bedraagt de gemiddelde wachttijd totdat een nieuw geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt zeven maanden. Dit betekent dat het welvaartsverlies als gevolg van de wachttijd totdat een nieuw geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt ongeveer 970 miljoen euro (= 1.664 miljoen × 7 ÷ 12) in de afgelopen tien jaar bedraagt.

Een tweede belemmering voor de realisatie van de welvaartswinsten betreft het financieringssysteem van de zorgverzekeraars. Omdat zorgverzekeraars achteraf voor een groot deel van de ziekenhuiskosten worden gecompenseerd, lopen zij slechts een beperkt financieel risico bij behandeling door opname in het ziekenhuis. Voor de kosten van zorg buiten het ziekenhuis, zoals huisartsenzorg en geneesmiddelen, bestaan geen ex post compensatiemechanismen. Daardoor zijn de financiële risico's van deze kosten voor de verzekeraar veel groter. Het gevolg is dat verzekeraars betrekkelijk weinig belang hebben bij de toepassing van inno-vatieve behandelmethoden; bijvoorbeeld die waarbij operaties vervangen worden door innovatieve geneesmiddelen.

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat door deze innovatieve geneesmiddelen onze welvaart jaarlijks met 1,7 tot 3,6 miljard euro toeneemt. En dat is nog maar de wel-vaartswinst van de 52 geneesmiddelen die de afgelopen jaren op de markt zijn gekomen. Als alle geneesmiddelen in beschouwing zouden worden genomen, is de totale welvaartswinst nog vele malen groter. De welvaartswinst kan nog veel groter zijn als het overheidsbeleid minder restrictief zou zijn. Door de regelge-ving duurt het vaak lang voordat nieuwe geneesmiddelen in Nederland worden toegelaten. Gelukkig ziet minister Klink van Volksgezondheid ook in dat hier iets aan gedaan moet worden. Half januari heeft de minister hierover een brief aan de Tweede Kamer geschreven, waarin hij aangeeft dat hij minder regels en meer marktwerking wil op de geneesmiddelenmarkt. Zo wil hij het systeem afschaffen waarbij pas na een langdurige procedure wordt besloten of een medicijn voor vergoeding in aanmerking komt. In plaats daarvan komen alle geneesmiddelen die werken en effectief zijn voor vergoeding in aanmerking. De positieve lijst van toegelaten geneesmiddelen zal worden vervangen door een negatieve lijst van geneesmiddelen die niet voor vergoeding in aanmerking komen. Hierdoor zullen nieuwe innovatieve geneesmiddelen in de toekomst sneller beschikbaar komen. De perverse prikkels in het financieringssysteem van de zorgverzekeraars dienen ook te worden aangepakt. Het CDA-Tweede Kamerlid Pieter Omtzigt heeft in december een motie in de Tweede Kamer ingediend om aan de ex post compen-saties van de ziekenhuiskosten een einde te maken.

LITERATUUR

- Berndt, E.R., A. Bir, S.H. Busch, R.G. Frank en S.-L.T. Normand (2000) *The medical treatment of depression, 1991–1996: productive ef-ficiency, expected outcome variations, and price indexes*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Cutler, D.M., G. Long, E.R. Berndt, J. Royer, A.-A. Fournier, A. Sasser et al. (2007) *The value of hypertensive drugs: a perspec-tive on medical innovation*. *Health Affairs*, 26(1), 97–110.
- Tsiachristas, A., R. Goudriaan en W. Groot (2008) *The welfare ef-fects of innovative pharmaceuticals: A pilot study for the Netherlands*. Den Haag: APE.