



## GVS geeft verkeerde signalen

**Auteur(s):**

Brouwer, W.B.F.

Rutten, F.F.H.

*Als EUR-fellow respectievelijk hoogleraar economie van de gezondheidszorg verbonden aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. De auteurs zijn Maiwenn Al en Erik Schut erkentelijk voor hun nuttige commentaar op een eerdere versie van dit artikel.*

**Verschenen in:**

ESB, 86e jaargang, nr. 4334, pagina 884, 16 november 2001

**Rubriek:****Trefwoord(en):**

zorg

*Het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem dat in 1991 werd ingevoerd, moest leiden tot lagere uitgaven aan geneesmiddelen. Die verwachting kwam niet uit. Hoe zorg je dat het wél werkt?*

De sterk stijgende uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland vormen een bron van zorg. Steeds weer komen er nieuwe, dure geneesmiddelen op de markt, waarvan wordt vastgesteld dat ze een meerwaarde hebben ten opzichte van de reeds bestaande middelen en dus in aanmerking komen voor vergoeding. Deze middelen zijn in het gebruik vaak wel duurder dan de bestaande medicijnen en leiden zo tot stijgende kosten. Door het stimuleren van terughoudend en rationeel voorschrijfgedrag van artsen en een strengere selectie van geneesmiddelen voor toelating in het verstrekkingenpakket tracht de overheid nog enigszins de rem op deze stijgende kosten te houden. Straks zal selectie ook plaats kunnen vinden via farmaco-economische toetsing. Dat wil zeggen: via de beoordeling van de verhouding tussen kosten en gezondheidseffecten van nieuwe middelen. Een zeer belangrijk instrument bij dit alles is het zogeheten GVS, het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem. Dit instrument probeert de vergoeding voor geneesmiddelen te beperken, maar vertoont gebreken en heeft waarschijnlijk zijn langste tijd gehad. In dit artikel willen wij enkele gebreken aangeven, die samenhangen met het feit dat beoordeling van geneesmiddelen alleen vooraf gebeurt, terwijl toetsing achteraf belangrijke informatie kan opleveren.

### Werking van het systeem

Omdat de prijzen van geneesmiddelen in Nederland hoger waren dan in andere landen (terwijl het gebruik juist lager ligt), heeft de overheid in het kader van regulering van de gezondheidszorg in 1991 het GVS ingevoerd. Het idee van het systeem is eenvoudig. Veel geneesmiddelen hebben dezelfde farmacotherapeutische werking (zijn gericht op hetzelfde probleem). Deze geneesmiddelen worden geclusterd. Vervolgens wordt een vergoedingslimiet vastgesteld op basis van de gemiddelde prijs in een cluster. Deze vergoedingslimiet is de maximumvergoeding die een patiënt kan ontvangen. Kiest een patiënt (in overleg met zijn arts) voor een duurder middel, dan moet hij het verschil tussen de prijs van het gekozen middel en de vergoedingslimiet zelf betalen. Zodoende wordt gewaarborgd dat patiënten een goed middel volledig vergoed kunnen consumeren, terwijl tegelijkertijd het gebruik van bovengemiddeld dure medicijnen wordt ontmoedigd.

#### *Verwachte effecten...*

Op die wijze worden de totale uitgaven aan geneesmiddelen enigszins ingeperkt. Ook hoopte men dat het GVS zou leiden tot prijsverlagingen, doordat fabrikanten van relatief dure middelen hun prijzen naar beneden zouden bijstellen, zodat deze volledig vergoed zouden worden. Zodoende zou de gemiddelde prijs (indien de overheid deze limietprijzen ook regelmatig zou bijstellen) in een cluster verder kunnen dalen en zouden de dan relatief dure medicijnen in prijs moeten worden verlaagd. Een vorm van 'yardstick competition' ofwel meetlatconcurrentie dus.

#### *...en werkelijke effecten*

Invoering van het GVS leidde aanvankelijk tot een daling van de prijzen (circa vijf procent in 1991-1993). Dit werd echter teniet gedaan door prijsstijgingen van geneesmiddelen die niet geclusterd konden worden. Op 1 februari 1999 werden de vergoedingslimieten geactualiseerd, respectievelijk naar beneden bijgesteld.

Ook werd het met de invoering van het GVS moeilijker om medicijnen voor vergoeding in aanmerking te laten komen. De uiteindelijke beoordeling van nieuwe geneesmiddelen ligt in handen van de commissie Farmaceutische Hulp van het College voor Zorgverzekeringen, waarbij de nadruk ligt op de therapeutische waarde van het geneesmiddel en de doelmatigheid ervan in relatie tot andere middelen. Voor geneesmiddelen met eenzelfde werking als reeds bestaande middelen (nieuwe concurrenten binnen een specifiek, bestaand marktsegment) geldt dat deze vlot kunnen worden opgenomen in het GVS. Voor deze geneesmiddelen geldt de vergoedingslimiet van het cluster waaraan ze worden toegevoegd.

Indien er geen therapeutisch gelijkwaardige alternatieven bestaan, moet het middel via farmaco-economisch onderzoek van kosten en

effecten, op zichzelf worden beoordeeld. Bij positieve beoordeling kan dan vergoeding plaatsvinden<sup>1</sup>. Vanaf 2002 worden bedrijven uitgenodigd een dergelijk onderzoek te overleggen. In 2005 wordt dit een verplichting.

## Controle achteraf gewenst

Het huidige geneesmiddelen vergoeding systeem geeft verkeerde signalen aan farmaceuten. Zo geeft het farmaceuten onvoldoende prikkels om via prijsconcurrentie onder de vergoedingslimiet het marktaandeel van hun geneesmiddel te verhogen. Afspraken tussen farmaceuten om de prijzen hoog te houden, te weinig bijstelling van de vergoedingslimieten om de markt scherp te houden en het vaak bijverzekeren door verzekeren tegen de meerkosten van duurdere medicijnen, staan een adequate werking van het GVS in de weg. Niet-prijs concurrentie, door bijvoorbeeld de beïnvloeding van het voorschrijfgedrag van artsen of marge-concurrentie bij de apotheek (apothekers via kortingen bewegen om juist bepaalde producten te leveren), is een lucratievere manier om het marktaandeel te vergroten dan prijsconcurrentie. Voor prijsconcurrentie is overigens ook noodzakelijk dat er prijsgevoelige vraag is, welke momenteel ontbreekt.

Hier willen we ons allereerst concentreren op een andere tekortkoming van het GVS: het is een eenmalige toets. Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet de farmaceut een aantal kerngegevens over het middel aanleveren. Dit gebeurt in principe eenmalig, waarna toelating of afwijzing volgt. Wat er daarna in de praktijk met een middel gebeurt, wordt niet gevolgd. Toch kan dat van belang zijn. In de literatuur over klinische onderzoeken en economische evaluaties is bijvoorbeeld het verschil tussen in de studie gemeten doeltreffendheid en de in de praktijk behaalde doeltreffendheid belangrijk.

Een middel kan in een gecontroleerde klinische proef wellicht heel effectief lijken, maar in werkelijkheid kan deze effectiviteit minder groot zijn. Redenen daarvoor zijn bijvoorbeeld dat ook andere patiënten (met andere kenmerken of met andere ziektebeelden naast degene waarvoor het medicijn wordt voorgeschreven) dan de onderzochte groep het middel krijgen voorgeschreven of wellicht minder nauwkeurig innemen dan de onderzochte groep. Het vaststellen en volgen van de effectiviteit van toegelaten medicijnen in de normale medische praktijk kan inzicht geven in de werkelijke effectiviteit van een middel.

## Hoge dosering belangrijke kostenfactor

Een ander interessant gegeven voor de beoordeling van medicijnen is de ddd: de 'defined daily dose' ofwel de geadviseerde dagelijkse dosis. Dit is de standaarddosering volgens de fabrikant. Op basis van deze dosering wordt de prijs van het geneesmiddel bepaald en vervolgens vergeleken met andere middelen met dezelfde werking. De prijs wordt gerelateerd aan deze ddd en wordt in de praktijk gerealiseerd als deze dosis ook werkelijk wordt voorgeschreven. De werkelijke dosering, ofwel de 'prescribed daily dose': de voorgeschreven dagelijkse dosis (pdd), blijkt echter nogal eens af te wijken van de beoordeelde geadviseerde dosis.

### *Drie voorbeelden*

Dat een dergelijke afwijking tot substantiële kostenverschillen kan leiden in de gezondheidszorg, mag bijvoorbeeld blijken uit de vergelijking tussen twee maagzuurremmers, bekend onder de namen Losec en Pantozol, waarbij Losec als referentiemiddel geldt. Uit deze vergelijking blijkt dat Losec, op basis van de geadviseerde dosis en prijs, net iets duurder is dan Pantozol (ongeveer vier procent) en dat de effectiviteit van beide middelen gelijk kan worden verondersteld<sup>2</sup>. De werkelijke dosering van Losec ligt echter ook nog eens gemiddeld 29 procent hoger dan aangenomen in de geadviseerde dosis (in veel gevallen wordt de dosering namelijk verdubbeld), terwijl dit percentage voor Pantozol maar vier procent bedraagt. Indien rekening wordt gehouden met het verschil tussen de voorgeschreven en de geadviseerde dosering en het initiële prijsverschil tussen beide middelen van vier procent, is Pantozol dus aanmerkelijk goedkoper dan het middel Losec. De omzet van Losec bedroeg echter f 365 miljoen in 1999 tegen f 29 miljoen van Pantozol. Alhoewel enige voorzichtigheid geboden is, kan uit de vergelijking geconcludeerd worden dat wanneer artsen voortaan Pantozol zouden voorschrijven en geen Losec, een besparing van 77 tot 145 miljoen gulden op jaarbasis mogelijk is. Die aanzienlijke besparing lijkt te kunnen worden bewerkstelligd door enkel het ene middel te substitueren door het andere, even effectieve middel. De sturende werking van het GVS blijkt echter te gering om dergelijke kostenbesparingen te realiseren.

Een ander voorbeeld is dat van het pijnstillende middel Vioxx, dat op basis van een geadviseerde dosis van 12,5 miligram is beoordeeld, maar inmiddels frequent in tabletten van 25 miligram wordt gebruikt, hetgeen wederom met hogere kosten gepaard gaat dan aanvankelijk werd voorzien. Dat het ook anders kan uitvallen blijkt bij het middel Risperdal voor schizofrenie, dat in de praktijk met lagere dosering effectief en veilig blijkt te zijn dan bij de geadviseerde dosis werd aangenomen.

## Alternatieven

Wat, gegeven de hierboven geschetste problemen, in ieder geval nodig lijkt, is een praktijkbeoordeling van geneesmiddelen, na toelating tot het GVS. Ook het College voor Zorgverzekeringen lijkt die mening toegedaan. Het krijgt inmiddels jaarlijks twintig miljoen gulden om ondermeer de doelmatigheid en effectiviteit in de dagelijkse praktijk te onderzoeken. Het invoeren van een tijdelijke toelating tot het GVS, die kan worden verlengd op basis van deze praktijktoets, kan hierbij behulpzaam zijn<sup>3</sup>. Dan kan gedurende een aantal jaren meer praktijkinformatie over het medicijn worden verkregen en verwerkt. Indien de werkelijke dosering van het medicijn hoger blijkt dan de vooraf ingeschatte geadviseerde dosis, kan de overheid trachten de prijs van het middel navenant te verlagen, waardoor de kosten per dag gelijk blijven. Dit is bijvoorbeeld in Frankrijk de gangbare praktijk.

Het bovenstaande voorbeeld van Pantozol en Losec geeft aan dat een dergelijke praktijkcontrole relevant kan zijn. In sommige landen worden ook wel afspraken gemaakt met producenten over (maximale) omzetcijfers, eventueel gekoppeld aan de corresponderende totale kosten van dat medicijn, voor een periode van twee tot vier jaar. Hierbij verplichten de betrokken partijen zich om deze afspraken na te komen, waarbij tussentijds monitoring en bijstelling van beleid kan plaatsvinden. Op die manier kan worden getracht de werking van het GVS te verbeteren, zodat het meer dan nu een prijsdrukkend effect heeft.

### *Afschaffing?*

De vraag is echter of een afschaffing van het huidige GVS niet meer voor de hand ligt, vooral ook omdat veel patiënten zijn bijverzekerd

voor de meerkosten van duurdere medicijnen. Hierdoor wordt de gangbare vergoedingslimiet minder relevant en daarmee de werking van het GVS minder sterk. Het overdragen van de verantwoordelijkheid voor de prijzen van geneesmiddelen naar verzekeraars is het meest voor de hand liggende alternatief voor het GVS, gegeven de recente plannen voor de herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg. Dit is ook geopperd in het rapport van de commissie De Vries en het rapport Wijers<sup>4</sup>. Verzekeraars zouden zelf meer verantwoordelijk gemaakt kunnen worden voor het geneesmiddelenbeleid. Zij kunnen zelf de inkoop van medicijnen regelen, bijvoorbeeld via aanbestedingen. Ook kunnen zij voor hun verzekerden lijsten opstellen van de geneesmiddelen die vergoed worden, zogenaamde formularia. Op nieuwe ontwikkelingen in de markt kunnen de verzekeraars direct reageren en hun formularia zonodig aanpassen. De verzekeraars stellen dus een selecte lijst van goede, maar niet te dure geneesmiddelen samen. Zij hebben een direct belang bij het laag houden van de kosten voor geneesmiddelen, omdat stijgende uitgaven aan geneesmiddelen via de nominale premie invloed hebben op hun relatieve concurrentiepositie. Het beheersen van deze kosten kan via bijsturing van het voorschrijfgedrag, prijsstelling van de fabrikant en vaststelling van de lijst met geneesmiddelen. Voor fabrikanten is het uiteraard zaak om op zo'n lijst te komen en derhalve aantrekkelijk te zijn voor de verzekeraars. De overheid hoeft dan enkel randvoorwaarden vast te stellen, zoals de randvoorwaarde dat de opgestelde lijsten met geneesmiddelen wel alle belangrijke ziektebeelden omvatten.

### *Voorschrijfgedrag bijsturen*

Ook het voorschrijfgedrag van artsen kunnen de verzekeraars gericht trachten bij te sturen, onder andere door het stimuleren van het ontwikkelen van praktijkrichtlijnen voor kosten-effectief medicijngebruik en de implementatie daarvan, bijvoorbeeld via het elektronische voorschrijfsysteem. De huisarts houdt in een dergelijk systeem bij het voorschrijven van medicijnen rekening met de formularia van de verschillende verzekeraars. Ook kunnen verzekeraars, aan de hand van hun eigen gegevens over het aantal recepten dat wordt voorgeschreven, nagaan of bepaalde medicijnen in de praktijk anders worden gebruikt dan in richtlijnen wordt aanbevolen. Zo neemt de verzekeraar de rol van het GVS over. Praktijkcontrole, aandacht voor dynamiek in de prijszetting van geneesmiddelen en voor voorschrijfgedrag van artsen zijn daarbij kernwoorden.

### **Conclusie**

Overigens zal ook het verantwoordelijk maken van verzekeraars geen panacee zijn voor alle problemen en netelige kwesties op het gebied van de geneesmiddelen. Zo zal nog moeten blijken of de verzekeraars in de praktijk hun regiefunctie goed kunnen spelen. Ook is onduidelijk of individuele verzekeraars genoeg onderhandelingsmacht hebben ten opzichte van farmaceuten en welke transactiekosten een systeem van formularia met zich meebrengt. Toch lijkt de verzekeraar, als spil in de zorg, bij uitstek geschikt om meer grip te krijgen op de markt voor de geneesmiddelen en valkuilen van het huidige GVS te vermijden. Op dus naar het nieuwe GVS: Goed VerzekeraarSchap!

---

1 H. Severens, *Farmaco-economisch onderzoek: richtlijnen en regelgeving*, VGE InfoBulletin 2000, nr. 17, blz. 4-6.

2 B.A. van Hout e.a., Poster presentatie 10 oktober 2001, hal 9-10, RAI tijdens United European Gastroenterology Week, 2001 (<http://www.uegf.org/uegw2001>).

3 Severens, 2000, *op. cit.*.

4 Commissie-De Vries. *Een helder recept*, ministerie van VWS, Den Haag, 1999; Boston Consulting Group. *Geneesmiddel verzekerd*. BCG report, Baarn, 1999.