

NIEUW IS NIET ALTIJD BETER

Welvaartswinst door innovatieve medicijnen sterk overschat

De overheid schaaft de welvaart door de toelating van innovatieve geneesmiddelen te vertragen, zo beweren drie economen. Dat is een onjuiste voorstelling van zaken. De toelatingsprocedure is namelijk behoorlijk efficiënt. De economen baseren hun conclusie op ongefundeerde standpunten en een twijfelachtige berekeningsystematiek.

FOLKERT DE GROOT
WIM GOETTSCH
HANS PIEPENBRINK

De economen Tsiachristas, Goudriaan en Groot stellen in hun rapport 'The welfare effects of innovative pharmaceuticals' dat innovatieve geneesmiddelen altijd goed zijn en de maatschappij veel welvaartswinst kunnen opleveren.^{1,2} De totstandkoming van het rapport is gesponsord door de Amerikaanse Kamer van Koophandel.

De baten van innovatieve geneesmiddelen, zoals gezondheidswinst, een betere kwaliteit van leven en besparingen op kosten in andere delen van de zorg of de sociale zekerheid, krijgen volgens deze economen weinig tot geen

aandacht. In werkelijkheid gaat het bij de beoordeling van nieuwe geneesmiddelen voor opname in het basispakket bij uitstek over de therapeutische waarde ervan. Daarbij is de eerste vraag of het nieuwe middel zich positief onderscheidt van beschikbare behandelingsmethoden wat betreft werkzaamheid, effectiviteit (waaronder kwaliteit van leven), veiligheid, gebruiksgemak, ervaring en toepasbaarheid.

HOGERE PRIJS

Geneesmiddelen die geen voordelen hebben, worden niet in het pakket opgenomen. Pas bij een positief oordeel over de therapeutische waarde, komen als tweede de financiële baten en lasten aan de orde. Het gaat bij vergoeding vanuit de basisverzekering tenslotte om geld dat burgers opbrengen. Omdat we elke euro maar een keer kunnen uitgeven, is de vraag terecht of de voordelen van nieuwe geneesmiddelen wel in verhouding staan tot de (meestal) hogere prijs.

Om hierin inzicht te krijgen, moeten fabrikanten een farmaco-economi-

geneesmiddelen regelmatig een verschil van inzicht bestaat tussen fabrikant en College voor zorgverzekeringen (CVZ), dat zich laat adviseren door de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH). De CFH is een onafhankelijke commissie van behandelaren en overige deskundigen die geneesmiddelen inhoudelijk beoordeelt. Op basis daarvan brengt het CVZ vervolgens advies uit aan de minister van VWS. In hun beoordeling betrekken CVZ en CFH overigens ook de standpunten van patiëntenverenigingen en beroepsverenigingen van artsen.

RIJK REKENEN

De auteurs van het rapport hanteren een vreemde interpretatie van het begrip welvaartswinst. Ze stellen namelijk dat als een voor kwaliteit van leven gecorrigeerd levensjaar (QALY) 50.000 euro mag kosten, een geneesmiddel dat 15.000 euro per QALY kost daarmee 35.000 euro welvaartswinst oplevert. Deze redenering komt overeen met het stellen dat als we bereid zouden zijn 3,50 euro voor een liter benzine te betalen, we elke keer dat



Dit is een vorm van jezelf rijk rekenen

sche analyse vanuit maatschappelijk perspectief overleggen.³ Hierbij tellen alle mogelijke kosten en besparingen mee: niet alleen elders in de zorg, maar ook in de vorm van ziekteverzuim en productiviteitsverlies. De fabrikant heeft dus alle ruimte om naast de therapeutische voordelen ook de financiële baten van een geneesmiddel voor het voetlicht te brengen. Het wekt natuurlijk geen verbazing dat er over de voordelen van nieuwe

we bij de pomp 1,50 euro afrekenen tegelijk 2 euro welvaartswinst boeken. Dit is een vorm van jezelf rijk rekenen die professor Schellekens recent omschreef als Chinees boekhouden.⁴

Ook bij de manier waarop in het rapport de omvang van de geclaimde welvaartswinst is berekend, zijn veel vraagtekens te plaatsen. Zo wordt de indruk gewekt dat er is gebruikgemaakt van farmaco-economische studies afkomstig

van het CVZ. In werkelijkheid beoordeelt de Commissie Farmaceutisch Hulp juist de kwaliteit van door fabrikanten ingediende farmaco-economische studies. Die beoordelingen laten zien dat er nogal wat valt aan te merken op de studies. Van de zestien in het rapport gebruikte studies worden er slechts vier als 'voldoende' of 'redelijk onderbouwd' beschouwd. Het is daarom niet juist dat de auteurs voor het berekenen van welvaartswinsten toch gebruikmaken van deze studies, zonder daarbij kanttekeningen te plaatsen en zelfs terwijl er andere studies beschikbaar zijn.

GRIEPSYMPTOMEN

Het rapport 'The welfare effects of innovative pharmaceuticals' verliest elke geloofwaardigheid en realiteitszin als vervolgens blijkt dat oseltamivir (Tamiflu) en rimonabant (Acomplia) met bijna 60 procent de grootste bijdrage aan de vermeende welvaartswinst leveren, berekend op basis van de Nederlandse studies. Rimonabant brengt ten opzichte van een placebo een gewichtsafname van vijf kilo teweeg. Van deze geringe gewichtsafname, noch van de invloed van rimonabant op de HbA1c-waarde, noch het lipidenprofiel is enig gunstig effect op de morbiditeit of mortaliteit aangetoond. De registratie van rimonabant is door de FDA unaniem geweigerd vanwege aanwijzingen voor een verhoogd suïciderisico. In het rapport wordt deze evidence ontkent. Oseltamivir brengt, mits tijdig ingenomen, een geringe afname van de duur van de griepsymptomen teweeg. Anders dan van het griepvaccin is van oseltamivir geen positief effect op de morbiditeit en mortaliteit aangetoond. Zowel over rimonabant als oseltamivir concludeerde de CFH dat de therapeutische waarde ervan niet is aangetoond. Onlangs nog verloor de fabrikant van oseltamivir een rechtszaak waarin het besluit van de minister om het advies van het CVZ om het middel niet in het GVS op te nemen, werd aangevochten.⁶

ONVOLDOENDE ONDERBOUWD

Kenmerkend voor de kwaliteit van het rapport is verder dat daarin staat dat oseltamivir welvaartswinst oplevert, terwijl het volgens het Engelse rapport van het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) juist leidt tot welvaartsverlies. Toch kozen de auteurs ervoor om in hun uiteindelijke bereke-

ningen alleen de resultaten te betrekken van de farmaco-economische studie naar oseltamivir die de fabrikant in Nederland aanleverde. Dit terwijl deze resultaten zijn beoordeeld als 'onvoldoende onderbouwd'.

Tsiachristas, Goudriaan en Groot lijken al met al voorbij te gaan aan het verband tussen de beoordeling van een farmaco-economische studie en de uiteindelijke beslissing om een geneesmiddel al dan niet te vergoeden. Verder hebben de auteurs wel kritiek op de variëteit in West-Europa in aannames voor farmaco-economische studies, bijvoorbeeld aangaande de te hanteren disconterings-

voet, maar maken ze de beleidsmatige consequenties hiervan niet inzichtelijk. Geneesmiddelen zonder therapeutische meerwaarde maar wél met meerkosten, brengen immers geen extra welvaartswinst. Toch beschouwen deze economen elk nieuw geneesmiddel als een innovatie waarvan de waarde op voorhand vaststaat, zonder dat ze daarbij het oordeel van behandelaren en andere inhoudelijk deskundigen betrekken.

LEVENS CYCLUS

Uitgaande van een vermeende welvaartswinst van 1,66 miljard euro per jaar, bedraagt het welvaartsverlies >>

Van de zestien studies die Tsiachristas, Goudriaan en Groot in hun rapport gebruiken, worden er slechts vier beschouwd als 'voldoende' of 'redelijk onderbouwd'.




BEELD: ALAMY

SAMENVATTING

<< door onnodige bureaucratie (overheid) bijna 1 miljard euro, zo stellen de auteurs. Maar de validiteit van de hiervoor gehanteerde berekening is twijfelachtig. Daarbij is namelijk ten onrechte uitgegaan van het huidige aantal gebruikers van het betreffende geneesmiddel, terwijl het gebruik van een nieuw geneesmiddel vaak pas na enige jaren van toename een stabiel niveau bereikt. Om die reden is het volstrekt onjuist om welvaartsverliezen door een vertraging aan het begin van de levenscyclus van een geneesmiddel te schatten op basis van het huidige patiëntenaantal.

De periode van zeven maanden die de auteurs hanteren als 'door de overheid veroorzaakte vertraging' is ook overdre-

- In het rapport 'The welfare effects of innovative pharmaceuticals' probeert een groep economen de lezer te overtuigen dat innovatieve geneesmiddelen altijd goed zijn en de maatschappij veel welvaarts winst kunnen opleveren.
- De auteurs betogen ook dat de overheid met allerlei regels rond prijs en vergoeding het gebruik van deze geneesmiddelen onnodig vertraagt. Dit zou leiden tot veel welvaartsverlies.
- Zij gaan hierbij echter uit van ongefundeerde standpunten en foutieve berekeningen.



Het aantal bijbetalingen voor de patiënt is minimaal

ven. Die is namelijk gebaseerd op de tijd tussen het moment waarop de registratieautoriteiten toestemming geven om het middel op de markt te brengen en dat waarop het eerste voorschrift ervoor is afgeleverd en voor vergoeding in aanmerking komt. Maar diezelfde periode omvat ook de tijd die de fabrikant laat liggen tussen de registratie en het aanvragen van de vergoeding. Volgens berekeningen van het CVZ gaat het daarbij gemiddeld om minstens twee tot drie maanden. Bovendien houden Tsiachristas, Goudriaan en Groot er geen rekening mee dat fabrikanten de procedure zelf regelmatig tijdelijk stopzetten.

ZESDE PLAATS

Uit een recente Europese studie van de European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) naar de beschikbaarheid van geneesmiddelen blijkt dat Nederland het wat betreft de duur van de vergoedingsprocedure goed doet. Van de negentien landen met zo'n procedure, staat Nederland wat betreft de doorlooptijd op de zesde plaats.⁶ Nog beter doet ons land het als het gaat om

het aantal middelen dat voor vergoeding in aanmerking komt: daarmee staan we op de eerste plaats. Verder is in Nederland sinds lang het aantal bijbetalingen voor de patiënt minimaal in vergelijking tot andere Europese landen. Of de welvaart van de Nederlandse maatschappij erop vooruitgaat als we nog meer geld zouden uitgeven aan geneesmiddelen is dus nog maar de vraag. Op basis van het rapport van Tsiachristas, Goudriaan en Groot valt deze conclusie in elk geval zeker niet te trekken. ■

drs. F.W. de Groot

dr. ir. W. Goettsch

drs. J.F. Piepenbrink

adviseurs College voor zorgverzekeringen

Correspondentieadres: MGeldof@cvz.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

De auteurs zijn allen werkzaam als adviseur bij het College voor zorgverzekeringen.

Zie ook de Brievenrubriek, blz. 645.

Referenties

1. Tsiachristas A, Goudriaan R, Groot W. *The Welfare effects of innovative pharmaceuticals*. Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE) and Maastricht University. Den Haag, 2008. 2. Economen: 'Nederland ziet geneesmiddelen als kostenpost'. *Medisch Contact* 2008; 63 (6): 226. 3. College voor zorgverzekeringen. *Richtlijnen farmaco-economisch onderzoek*. Diemen, 2006. 4. Schellekens H. *Chinees Boekhouden. Het financiële dagblad*, 8 februari 2008. 5. www.rechtspraak.nl, zaaknummer: 367217. 6. www.efpia.org. Patients' W.A.I.T. Indicator phase 8 report, november 2007.

VELDWERK

Supervisie



Soms slaat de twijfel toe. Eigenlijk altijd na zes nachtdiensten. Ineens weet ik niet zeker meer of

ik wel internist wil worden. Mijn vrienden vragen zich af of ik nog leef, het sporten moet ik vaak afzeggen en mijn ouders vieren meer feestdagen zonder dan met mij. En ik heb weer een nacht gevuld met het rondsluipen in hallen gangen op zoek naar verpleegkundigen met zaklampjes en op Crocs, het luisteren naar piepende en hijgende longpatiënten, het beoordelen van ontlasting op melaena-kwaliteiten en het afvoeren van TS'ers (of methadonverslaafden) naar de MC.

Natuurlijk laat ik me niet kennen, en al helemaal niet op mijn werk. Een ambitieuze student twijfelt immers niet. En een twijfelaar krijgt nooit een aandachtsgebied. Dus loop ik na mijn nachtdienst richting typekamer om mijn brieven na te kijken. Nachtdienst of geen nachtdienst, het werk gaat immers door en brieven moeten officieel binnen twee weken de deur uit.

Boven op de stapel ligt een niet te missen met rood gecorrigeerde brief. Behoudens het inhoudelijke commentaar staat onderaan een opmerking (met uitroepeteken) betreffende mijn zorgvuldigheid. De secretaresse probeert mij nog op te beuren door op te biechten dat ze al meerdere van dit soort rode brieven heeft moeten uitdelen. Ik ben dus niet de enige. Maar ik weet het nu absoluut zeker. Ik wil geen internist meer worden.

Na acht uur slaap kan ik het weer relativeren: zo'n internist wil ik niet worden. Als ik zelf internist ben, zal ik mijn gespreksvaardigheden ook buiten de spreekkamer toepassen en mijn feedback opbouwend en motiverend brengen. ■

Annemarie Bosch

de arts-assistent