

VERGOEDINGSSYSTEEM OP DE SCHOP

Werkingsmechanisme van medicijn gaat weer belangrijke rol spelen

Het huidige geneesmiddelenvergoedingssysteem begint zestien jaar na de invoering wat te piepen en te kraken. Met een aanpassing die de belangrijkste bezwaren wegneemt, kan het er volgens het College voor zorgverzekeringen weer jaren tegen.

FOLKERT DE GROOT
NIKLAAS PRUIJSSERS
WIL TOENDERS



Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft in februari 2007 voorstellen gepresenteerd om het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) te verbeteren. De voorstellen hebben veel reacties losgemaakt, ook in Medisch Contact. Reden voor het CVZ om twee belangrijke verbeteringen toe te lichten.

VERWARRING

Het GVS is in 1991 ingevoerd en heeft sindsdien aanzienlijk bijgedragen aan de kwaliteit en kostenbeheersing van de geneesmiddelenvoorziening.¹ Door geneesmiddelen bij opname in het GVS grondig te beoordelen, wordt 'aan de poort' geselecteerd. Er geldt een vergoedingslimiet voor vergelijkbare, onderling vervangbare geneesmiddelen. Geneesmiddelen waarvoor dat niet geldt, worden beoordeeld op therapeutische waarde, doelmatigheid en kostenconsequenties. Op deze beoordeling baseert de minister van VWS vervolgens zijn beslissing om een geneesmiddel al dan niet zonder limiet in het GVS op te nemen.

Een knelpunt is de manier waarop het GVS geneesmiddelen in groepen van gelijkwaardige middelen indeelt. De gehanteerde terminologie leidt soms tot verwarring en het werkingsmecha-

en de frequentie waarmee dit gebeurt. Dit resulteert in te hoge vergoedingslimieten, waarbij de fabrikanten elkaar beconcurreren met kortingen en bonussen.^{2,3} Op deze manier blijven de kosten van geneesmiddelen voor de zorgverzekering kunstmatig hoog.

In februari 2007 heeft het CVZ op verzoek van de minister van VWS een adviesrapport uitgebracht over de modernisering van het GVS.⁴ Het college heeft hierin rekeninggehouden met de veranderingen die zich hebben voorgedaan in het zorg- en verzekeringsstelsel. Leidraad in de voorstellen is dat het GVS burgers op een transparante, flexibele en uitvoerbare manier moet verzekeren van een redelijke vergoeding voor noodzakelijke, kwalitatief verantwoorde en vernieuwende farmaceutische zorg - ook als het systeem wordt gebruikt voor aanvullende verzekeringen. Daarbij geldt dat de hoogte van de vergoeding voor een bepaald geneesmiddel redelijk is als deze in verhouding staat tot de therapeutische waarde in vergelijking met bestaande behandelingen.

GELIJKWAARDIG

In het huidige GVS worden geneesmiddelen ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Deze

De fabrikanten beconcurreren elkaar met kortingen en bonussen

nisme van een geneesmiddel speelt geen rol. Bovendien doet het huidige GVS onvoldoende recht aan verschillen tussen geneesmiddelen die uitsluitend van belang zijn voor bepaalde subgroepen van patiënten. Een tweede knelpunt schuilt in de manier waarop de (her)berekening van de vergoedingslimieten plaatsvindt

indeling is gebaseerd op vier criteria: eenzelfde indicatiegebied, eenzelfde manier van toediening en bestemd voor dezelfde leeftijdscategorie gebruikers. Het laatste criterium is de eis dat geen sprake is van verschillen in eigenschappen die zich (kunnen) voordoen bij de patiëntenpopulatie als geheel en die, >>



De daadwerkelijke apotheekinkooprijzen van geneesmiddelen ligt meestal lager dan de officiële apotheekinkooprijzen.

<< alles bij elkaar genomen, de keuze van de arts voor die middelen bepalen. Geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn, worden beoordeeld op therapeutische waarde, doelmatigheid en budgettaire consequenties.

Het college spreekt in de voorstellen liever niet meer van onderlinge 'vervangbaarheid', maar van therapeutische gelijkwaardigheid van geneesmiddelen. Onderling vervangbaar wekt de indruk dat het geen bezwaar is om de medicatie van een patiënt te vervangen door een ander middel uit dezelfde groep. Dit terwijl het begrip vooral is bedoeld om

speelt het werkingsmechanisme van het geneesmiddel geen rol, terwijl de manier waarop een middel in het lichaam 'aangrijpt' de werking en bijwerking bepaalt. Tussen geneesmiddelen met eenzelfde werkingsmechanisme zullen minder vaak verschillen bekend zijn of worden dan tussen geneesmiddelen met een ander werkingsmechanisme. Door uit te gaan van het werkingsmechanisme wordt recht gedaan aan verschillen tussen typen geneesmiddelen.

Dit neemt niet weg dat tussen geneesmiddelen met een gelijksoortig werkingsmechanisme soms toch

wordt soms te weinig rekening gehouden met verschillen tussen geneesmiddelen die slechts relevant zijn voor een deel van de patiënten.

MIDDELING

Vergoedingslimieten komen in het huidige systeem min of meer tot stand door middeling van officiële apotheekinkooprijzen van de geneesmiddelen binnen eenzelfde groep. Maar meestal ligt de daadwerkelijke apotheekinkooprijzen lager dan de officiële apotheekinkooprijzen. Deze ruimte komt in de vorm van kortingen en bonussen ten goede aan de apotheken en niet aan verzekeren. Dit heeft mede geleid tot geneesmiddelenconvenanten, waarbij vooral de generieke farmaceutische industrie met vrijwillige prijsverlagingen een deel van deze kortingen en bonussen inlevert.

Een convenant vormt echter geen structurele oplossing, terwijl het voorstel van het CVZ deze wel biedt. Het CVZ wil de berekeningssystematiek van vergoedingslimieten van geneesmiddelen ingrijpend aanpassen, zodat er meer reële en actuele limieten ontstaan. In het voorstel gaat het college niet meer uit van een gemiddelde prijs van een cluster van geneesmiddelen, maar van de prijs van het eerst beschikbare middel van een groep. Dit middel wordt bij opname in het GVS namelijk uitgebreid beoor-

Door de aanpassing ontstaan meer reële en actuele vergoedingslimieten

duidelijk te maken dat er tussen geneesmiddelen in eenzelfde groep over het algemeen geen sprake is van belangrijke verschillen in (on)gewenste eigenschappen. Bij de beoordeling vormt de gemiddelde patiënt het uitgangspunt. Bij substitutie gaat het echter om farmacotherapie die op het individu is afgestemd.

Uitgangspunt van de indeling in groepen van therapeutisch gelijkwaardige geneesmiddelen, vormt het werkingsmechanisme. In het huidige GVS

verschillen in therapeutische waarde bestaan. Daarom biedt het voorgestelde GVS ruimte om geneesmiddelen met een bewijs voor therapeutische meerwaarde in een afzonderlijke groep te plaatsen; voor deze groep geldt een eigen vergoedingslimiet. Hiermee wordt tegelijk een beperking van de huidige GVS-criteria opgelost: dat uitsluitend verschillen tussen geneesmiddelen die zich voordoen bij de gehele patiëntpopulatie van invloed zijn op de indeling. Daardoor

deeld. Voor nieuwe geneesmiddelen met zowel een gelijksoortig werkingsmechanisme en toedieningsweg als een gelijke therapeutische waarde, is het vervolgens mogelijk dezelfde vergoedingslimiet te hanteren als voor het eerste middel uit de groep. Zo ontstaat een effectiever systeem, dat minder complex is en waarvan de uitkomsten beter voorspelbaar zijn.

Het CVZ meent dat de vergoedingslimiet vervolgens reëler en actueler blijft als er een koppeling wordt gemaakt met de maximumprijs zoals die op grond van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) door internationale prijsvergelijking tot stand komt. Dat houdt in dat de vergoedingslimieten jaarlijks worden aangepast aan de maximumprijzen op grond van de WGP. Het college adviseert om de nieuwe vergoedingslimieten een jaar van tevoren bekend te maken. Dit stelt patiënten, artsen, fabrikanten en zorgverzekeraars in staat tijdig op wijzigingen te anticiperen.

PATENT

Daarnaast moet volgens het CVZ ook het al dan niet verlopen van een octrooi een rol spelen. De eisen die gelden voor de registratie van generieke geneesmiddelen zijn veel beperkter dan die worden gesteld aan middelen met een octrooi. Voor generieke geneesmiddelen is het bijvoorbeeld niet nodig kostbaar klinisch onderzoek uit te voeren. Bovendien heeft de fabrikant van het geneesmiddel

waarvan het patent is afgelopen, gedurende de octrooiperiode de mogelijkheid gehad om de ontwikkelkosten met een winst terug te verdienen.

Het aflopen van een patent moet dan ook in de vergoedingslimiet tot uiting komen. Het CVZ stelt voor om een afzonderlijke vergoedingslimiet voor octrooiloze geneesmiddelen vast te stellen, die minimaal 40 procent lager is dan van middelen met een octrooi. Dat beperkt de ruimte voor kortingen en bonussen en leidt tot lagere kosten voor de zorgverzekering als patenten aflopen.

De verbeterde indelingscriteria en het hanteren van reëlere en actuelere vergoedingslimieten stellen de overheid beter in staat de kosten voor geneesmiddelen te controleren. Tegelijkertijd zorgt dit verbeterde GVS ervoor dat een breed, kwalitatief verantwoord geneesmiddelenpakket beschikbaar is. ■

drs. F.W. de Groot,
College voor zorgverzekeringen, adviseur afdeling Pakket

N. Pruijssers,
College voor zorgverzekeringen, adviseur afdeling Innovatie

drs. W.G.M. Toenders,
College voor zorgverzekeringen, secretaris commissie Farmaceutische Hulp

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

Geen belangenverstrengeling gemeld.

SAMENVATTING

- *Aanpassing van het zestien jaar oude geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) neemt de belangrijkste bezwaren tegen het stelsel weg en draagt bij aan een beheerste ontwikkeling van de geneesmiddelenkosten.*
- *Het voorstel van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) biedt onder meer de mogelijkheid om een geneesmiddel met een therapeutische meerwaarde in een afzonderlijke groep te plaatsen.*
- *Daarnaast wil het CVZ een afzonderlijke vergoedingslimiet vaststellen voor octrooiloze geneesmiddelen die gemiddeld 40 procent lager ligt dan de vergoeding van middelen met een octrooi.*

Het CVZ-rapport 'Voorstel modernisering GVS' en andere MC-artikelen over dit onderwerp vindt via www.medischcontact.nl/dezeweek.



Literatuur

1. Voorstel modernisering GVS, rapport nr. 247; College voor zorgverzekeringen, Diemen 2007. 2. Pronk MH, Bonsel GJ, Kuy A van der. De budgetbeheersende functie van het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel. *Ned Tijdsch Geneesk* 2002; 146 (37): 1729-33. 3. Wieringa NF, Vaart R van der, Eijgelshoven MHJ, Groot FW de. Prijsverlaging gaat gepaard met prijsverstarring. Prijsontwikkelingen van maagmiddelen en cholesterolverlagers in perspectief. *PharmWeekbl* 2003; 138 (37): 1260-5. 4. Piepenbrink H. Eerst convenant, dan GVS. De keuze tussen lucratief convenant en een gemoderniseerd geneesmiddelenvergoedingsstelsel. *PharmWeekbl* 2004; 139 (49): 1628-31.

PRAKTIJKPERIKEL

Uitzuigers



Een van mijn patiënten is in de laatste fase van zijn leven voor zijn verzorging steeds afhankelijker geworden van zijn gezin, de thuiszorg, de wijkverpleegkundige en van mij, de huisarts. Dankzij de goede zorg, kan hij tot het

einde thuis blijven.

Helaas neemt zijn benauwdheid toe en moet er een uitzuigapparaat komen. Binnen de wijkzorg is zo'n apparaat niet voorhanden. De lokale kruisvereniging heeft het ook niet

en verwijst door naar een regiokantoor van een landelijke organisatie. Een vriendelijke dame vertelt mij dat je zo'n apparaat alleen maar mag lenen als je verzekerd bent bij zorgverzekeraar OZ. Helaas is mijn patiënt elders verzekerd. Ik besluit het apparaat van 239 euro, (ex btw) te kopen. De kosten verhaal ik misschien ooit nog wel ergens. Voor nu, heb ik goed voor mijn patiënt gezorgd en daarvoor ben ik opgeleid. Ik zal wel nooit een goed ondernemer worden.

Het gedoe met verzekeraars kost mij mijn werkplezier. En dat is onbetaalbaar. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.