



Herziening van het GVS: een maatschappelijke kosten-batenanalyse

Elbert Dijkgraaf
Stéphanie van der Geest
Marco Varkevisser

31 augustus 2004

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de
Pharmaceutical Committee van de American Chamber of Commerce.

Erasmus Competition and Regulation Institute (ECRi)
Erasmus Universiteit Rotterdam
Kamer H6-25
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam
Tel.: 010 – 408 2220
Fax: 010 – 408 9650
E-mail: info@ecri.nl
Internet: www.ecri.nl

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	2
2. De Nefarma-visie op Plan Hoogervorst en het CVZ-model	4
2.1 De Nefarma-vise	4
2.2 Het CVZ-model	4
2.3 Herberekening vergoedingslimieten: een cijfermatige illustratie	5
3. Maatschappelijke kosten-batenanalyse.....	7
4. Baten verlaging GVS-vergoedingslimieten	9
4.1 Bevindingen uit de literatuur	9
4.2 Concluderend.....	11
5. Kosten verlaging GVS-vergoedingslimieten	12
5.1 Generieke en therapeutische substitutie	12
5.2 Beschikbaarheid nieuwe geneesmiddelen	14
5.3 Concluderend.....	15
6. Verdelingseffecten.....	16
6.1 Koopkracht	16
6.2 Gezondheid.....	19
6.3 Concluderend.....	20
7. Aanpassing GVS in combinatie met voortzetting convenant	20
7.1 Voortgangsrapportage over (middel)lange termijn geneesmiddelenbeleid	20
7.2 Herberekening op basis van (rekenkundig) gemiddelde	20
7.3 Concluderend.....	22
8. Conclusie	23
Bijlage A Overzicht gebruikte literatuur	26
Bijlage B Doorrekening 1 ^e fase CVZ-model	35
Bijlage C Verdeling marktaandeelen geneesmiddelen.....	36
Referenties	37

1. Inleiding

In 1991 is het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) ingevoerd om de uitgaven aan geneesmiddelen terug te dringen. Als gevolg van de verkeerde signalen die het huidige GVS afgeeft aan farmaceutische bedrijven is deze doelstelling echter niet gerealiseerd (zie bijvoorbeeld Brouwer en Rutten, 2001). Zeker gezien de voorgenomen introductie van meer vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg lijkt het derhalve voor de hand te liggen om de verantwoordelijkheid voor de prijzen van geneesmiddelen over te dragen aan de zorgverzekeraars. Zo stellen Schut en Brouwer (2004) dat zorgverzekeraars in staat zullen zijn om bij apothekers prijskortingen te bedingen, wanneer zij hun verzekerden effectief kunnen stimuleren om gebruik te maken van bepaalde 'preferente apothekers'. Ook De Laat et al. (2004) concluderen dat sturing van het voorschrijfgedrag door zorgverzekeraars in principe de voorkeur verdient boven de aanpak via het GVS: waar met het GVS maatwerk per patiënt en per arts niet mogelijk is, kunnen sturende zorgverzekeraars meer rekening houden met de voorkeuren van beiden. Volgens hen bestaat echter nog teveel onduidelijkheid over de eventuele negatieve gevolgen van het nu reeds afschaffen van de vergoedingslimieten. Ook het kabinet is van mening dat zorgverzekeraars nog onvoldoende sterk zijn om op het gebied van geneesmiddelen een sturende rol te kunnen vervullen. In het kabinetsstandpunt inzake het (middel)lange termijn geneesmiddelenbeleid dat minister Hoogervorst van VWS eind 2003 aan het parlement heeft toegezonden, blijft dan ook een belangrijke rol weggelegd voor het GVS. De belangrijkste elementen van dit kabinetsstandpunt zijn (Tweede Kamer, 2003-2004a en 2003-2004b):

- een wijziging van het GVS: het verlagen van de vergoedingslimieten voor een aantal clusters van geneesmiddelen;
- de ontwikkeling van een instrument waarmee de overheid kan ingrijpen in de prijs van patentloze geneesmiddelen.

Plan Hoogervorst

De voorgestelde wijziging van het GVS heeft binnen de farmaceutische industrie veel stof doen opwaaien. Als dit zogeheten Plan Hoogervorst doorgang vindt, worden vanaf 2005 de vergoedingslimieten in clusters waar minstens één geneesmiddel uit patent is flink verlaagd. Dit betreft dan zowel de GVS-limieten van generieke middelen als van middelen die nog onder patent zijn. Het kabinet is van mening dat op deze wijze de uitgaven aan geneesmiddelen aanzienlijk kunnen worden teruggebracht, omdat de prijsconcurrentie toeneemt voor patentgeneesmiddelen waarvoor alternatieven bestaan. Daarnaast stelt men dat tegelijkertijd de innovatie wordt gestimuleerd. Als de vergoedingslimiet van een geneesmiddel flink kan dalen terwijl op dat middel nog patent rust, ontstaat volgens het kabinet namelijk een prikkel om echt vernieuwende geneesmiddelen te ontwikkelen in plaats van het zoveelste geneesmiddel binnen een bestaand cluster. Voor de concrete uitvoering van deze modernisering van het GVS heeft het kabinet een uitvoeringstoets gevraagd aan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Inmiddels heeft het

CVZ in een tussenrapportage verschillende technische maatregelen voorgesteld. Dit CVZ-model kan gezien worden als een nadere concretisering van het Plan Hoogervorst.

Nefarma

De Nederlandse Vereniging van de Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie (Nefarma) deelt de gedachtegang die ten grondslag ligt aan de door Hoogervorst geschetste hoofdlijnen niet. Hun belangrijkste bezwaren tegen het Plan Hoogervorst kunnen als volgt worden samengevat (Nefarma, 2003):

- patiënten moeten gaan bijbetalen voor nieuwe verbeterde geneesmiddelen met vaak minder bijwerkingen;
- om deze bijbetaling te ontlopen moeten artsen meer dan twee miljoen mensen ‘omzetten’ naar andere, oudere geneesmiddelen met veelal meer bijwerkingen en minder gebruikersgemak;
- de innoverende farmaceutische industrie zal terughoudend worden om nieuwe geneesmiddelen in Nederland op de markt te brengen om daarmee te voorkomen dat deze middelen voor de lagere Nederlandse prijs naar het buitenland worden doorverkocht;
- de stimulans voor de industrie om in Nederland geneesmiddelenonderzoek te blijven doen vermindert.

Op grond van deze bezwaren staat Nefarma op het standpunt dat de gewenste modernisering van het GVS op een andere wijze gestalte moet krijgen.

Second opinion Nefarma-visie

De Pharmaceutical Committee van de American Chamber of Commerce (AmCham) heeft aangegeven de Nefarma-visie op het Plan Hoogervorst aan een onafhankelijke en onderbouwde second opinion te willen onderwerpen. Het Erasmus Competition and Regulation Institute (SEOR-ECRI) heeft de opdracht gekregen om deze second opinion uit te voeren.¹ In dit rapport vindt u hiervan de weerslag.

Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In paragraaf 2 worden de Nefarma-visie op het Plan Hoogervorst en de door het CVZ voorgestelde technische aanpassingen van het GVS toegelicht. Voordat we beide ‘modellen’ expliciet met elkaar vergelijken, staan we in paragraaf 3 kort stil bij de methodiek die we hiervoor gebruiken: een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA). Het kenmerkende van een MKBA is dat expliciet rekening wordt gehouden met alle relevante kosten en baten, terwijl daarnaast ook aandacht bestaat voor verdelingseffecten. Deze komen aan

¹ We danken Frans Rutten (instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van het Erasmus MC) voor zijn deskundige opmerkingen bij eerdere versies van dit rapport. We zijn blij dat het initiatief om binnen de Erasmus Universiteit Rotterdam te komen tot een nieuw interfacultair kenniscentrum voor marktordeningsvraagstukken (onder de naam ECRI) op deze wijze nu reeds zijn vruchten afwerpt.

de orde in de paragrafen 4 (baten), 5 (kosten) en 6 (verdelingseffecten). In elk van deze paragrafen baseren we ons hoofdzakelijk op de relevante bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur. Ten behoeve van de leesbaarheid van het rapport hebben we ervoor gekozen om het aantal specifieke literatuurverwijzingen in de hoofdtekst zoveel te mogelijk te beperken. De geïnteresseerde lezer verwijzen we naar Bijlage A voor een uitgebreid overzicht van de door ons gebruikte literatuur. In paragraaf 7 gaan we kort in op de mogelijkheid dat de herziening van het GVS wordt gecombineerd met een voortzetting van het huidige geneesmiddelenconvenant. Tenslotte vatten we in paragraaf 8 de belangrijkste bevindingen nog eens kort samen.

2. De Nefarma-visie op Plan Hoogervorst en het CVZ-model

2.1 De Nefarma-visie

Kernpunt van de Nefarma-visie op het Plan Hoogervorst is dat elke patiënt zonder bijbetaling toegang kan krijgen tot elk geneesmiddel dat door de arts is voorgeschreven. Nefarma meent dat een GVS-cluster kan worden aangepast op het moment dat een geneesmiddel uit patent loopt en door tenminste één andere aanbieder wordt aangeboden. Alle generieke equivalenten kunnen in dat geval tezamen met het niet langer geoctrooieerde middel uit het bestaande GVS-cluster worden afgesplitst. Voor deze afgesplitste middelen kan de vergoedingslimiet met een nader vast te stellen percentage worden verlaagd. Aan de vergoedingslimiet van de overige in het 'afgeslankte' GVS-cluster achtergebleven middelen wordt vervolgens niet getornd. Op deze wijze kunnen volgens Nefarma de gewenste bezuinigingen worden gerealiseerd, terwijl de ongewenste effecten van het Plan Hoogervorst worden voorkomen. Zo zal volgens PwC (2004) de innoverende farmaceutische industrie minder gaan uitgeven aan onderzoek en ontwikkeling in Nederland als nieuwe geneesmiddelen hier veelal slechts tegen bijbetaling voor patiënten beschikbaar zijn.

2.2 Het CVZ-model

Minister Hoogervorst heeft het CVZ verzocht om nadere voorstellen te doen voor de gewenste modernisering van het GVS. Inmiddels heeft het CVZ een tussenrapportage uitgebracht met haar aanbevelingen, waarbij de huidige GVS-systematiek als vertrekpunt is genomen en zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de huidige criteria voor clustering van geneesmiddelen (CVZ, 2004). Dit betekent dat geneesmiddelen die volgens de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) *op populatieniveau* onderling vervangbaar zijn en ten opzichte van elkaar geen therapeutische meerwaarde hebben tot hetzelfde GVS-cluster worden gerekend.² Binnen dit cluster kunnen middelen op basis van het werkzame bestanddeel dat ze bevatten vervolgens in verschillende subclusters worden ondergebracht.

Het CVZ onderscheidt in haar voorstellen twee opeenvolgende fasen.

In de *eerste fase* wil het CVZ patentloze geneesmiddelen een prijsverlagend effect geven op het gehele GVS-cluster. Hiertoe stelt men voor de berekeningssystematiek van de vergoedingslimieten in twee opeenvolgende stappen aan te passen:

1. Laat alle afzonderlijke aanbieders van geneesmiddelen in een subcluster even zwaar meewegen bij de bepaling van het subgroepgemiddelde.
2. Bepaal voor de subclusters waarbinnen meerdere aanbieders beschikbaar zijn een afzonderlijke vergoedingslimiet en laat deze vervolgens doorwerken in de berekening van de vergoedingslimiet voor de overige subclusters. Dit kan door de lagere vergoedingslimiet van dat ene subcluster mee te nemen bij de berekening van het rekenkundig gemiddelde van GVS-cluster als geheel. In dat geval zijn dan twee (of meer) verschillende vergoedingslimieten actief.

De *tweede fase* is vervolgens een vervolg op de introductie van twee (of meer) vergoedingslimieten binnen hetzelfde GVS-cluster. Het CVZ stelt twee vervolgstappen voor:

1. Verlaag de vergoedingslimiet binnen een GVS-cluster met ten minste 40% als binnen een van de subclusters een geneesmiddel uit patent gaat.
2. Bereken vervolgens de vergoedingslimiet voor het betreffende GVS-cluster opnieuw. Op die manier wordt de verlaagde limiet voor de subgroep verdisconteerd in de nieuwe limietberekening voor het gehele cluster.

Aangezien bovenstaande maatregelen de huidige kortingen- en bonussensystematiek niet volledig kunnen oplossen, is het CVZ van mening dat flankerende prijsmaatregelen noodzakelijk blijven. Men stelt voor om (i) het aantal referentielanden in de Wet geneesmiddelprijzen (WGP) uit te breiden en (ii) de resterende kortingen en bonussen af te blijven romen met behulp van een, al dan niet gedifferentieerd, claw-backpercentage. Bij onze vergelijking van het CVZ-model met de Nefarma-visie op het Plan Hoogervorst blijven deze aanvullende maatregelen buiten beschouwing, aangezien onze aandacht primair uitgaat naar alle (directe en indirecte) kosten en baten die een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten met zich mee kan brengen.

2.3 Herberekening vergoedingslimieten: een cijfermatige illustratie

Zowel Nefarma als CVZ doen voorstellen voor het herberekenen van de GVS-vergoedingslimieten voor die clusters waarbinnen meerdere aanbieders actief zijn en minstens één geneesmiddel uit patent is.³ Ten einde zicht te krijgen op de belangrijkste verschillen die tussen beide berekeningssystematieken bestaan, maken we gebruik van een fictief cluster van

² Zoals in paragraaf 5.1 nog aan de orde komt, kunnen deze geneesmiddelen voor individuele patiënten echter wel degelijk belangrijke verschillen vertonen.

geneesmiddelen. Dit cluster bestaat uit de middelen A, B en C die elk weliswaar een andere werkzame stof bevatten maar op populatieniveau toch als onderling vervangbaar zijn gedefinieerd. In tabel 1 presenteren we allereerst de uitgangssituatie waarin alledrie de middelen nog afgeschermd zijn van concurrentie door generieke aanbieders.

Tabel 1: Vergoedingslimiet en prijsstelling voor aflopen patent A

	Patent?		Taxeprijs	Vergoedingslimiet volgens:	
				Nefarma-visie	CVZ-model
A	Ja	Specialité	1,00	1,00	1,02
B	Ja	Specialité	1,15	1,00	1,02
C	Ja	Specialité	0,90	1,00	1,02

In bovenstaande situatie (tabel 1) heeft aanbieder B een prikkel om zijn prijsstelling te verlagen tot de vergoedingslimiet, om bijbetaling of verlies aan marktaandeel te voorkomen. Aanbieder C heeft daarentegen juist een prikkel om zijn prijsstelling te *verhogen* tot (vlak onder) de vergoedingslimiet.

In tabel 2 herberekenen we vervolgens de vergoedingslimieten als middel A uit patent is gelopen en dus ook door generieke aanbieders wordt aangeboden. Dit doen we zowel voor de Nefarma-visie als voor de voorstellen die het CVZ heeft gedaan. Hierbij veronderstellen we dat alle aanbieders hun prijsstelling hebben aangepast aan de in tabel 1 berekende vergoedingslimiet.

Tabel 2: Herberekening vergoedingslimieten na aflopen patent A

	Patent?		Taxeprijs	Vergoedingslimiet volgens:	
				Nefarma-visie ^a	CVZ-model ^b
A1	Nee	Specialité	1,00	0,65	0,61
A2	Nee	Generiek	0,65	0,65	0,61
B	Ja	Specialité	1,00	1,00	0,88
C	Ja	Specialité	1,00	1,00	0,88

Noten:

- a. Voor A1 en A2 wordt de vergoedingslimiet nu vastgesteld op 65% van de oude limiet (zie de op één na laatste kolom van tabel 1), terwijl aan de vergoedingslimiet van B en C niet wordt getornd.
- b. Dit betreft de 2^e fase (!) van het CVZ-model, aangezien de 1^e fase betrekking heeft op GVS-clusters met subclusters waarbinnen reeds meerdere aanbieders beschikbaar *zijn*. De vergoedingslimiet van A1 en A2 is gelijk aan 60% van de oude limiet (zie de laatste kolom van tabel 1). Voor B en C geldt dat de vergoedingslimiet nu gelijk is aan het rekenkundig gemiddelde van hun taxeprijzen en de limiet zoals die nu voor A1 en A2 is vastgesteld.

³ Zie bijlage B voor de manier waarop CVZ de 1^e fase van haar voorstellen heeft doorgerekend op kosteneffecten.

Uit tabel 2 kunnen voor beide alternatieve modellen mogelijke (gedrags)effecten worden gedestilleerd. Ten aanzien van de Nefarma-visie geldt dat:

- de aanbieder van specialité A1 in principe een prikkel heeft om zijn prijsstelling aanzienlijk te verlagen om bijbetaling of een verlies aan marktaandeel te voorkomen;
- indien de prijs van specialité A1 niet aanzienlijk wordt verlaagd, de betreffende patiënten bij moeten betalen of kiezen voor *generieke* substitutie;
- therapeutische substitutie om bijbetaling te voorkomen in geen geval noodzakelijk is;
- de aanbieders van specialité B en specialité C prikkels hebben om hun prijsstelling *niet* aan te passen.

Ten aanzien van het CVZ-model geldt dat:

- *alle* aanbieders in principe een prikkel hebben om hun prijsstelling (aanzienlijk) te verlagen om bijbetaling of een verlies aan marktaandeel te voorkomen;
- ervan uitgaande dat de aanbieder van generiek A2 zijn prijsstelling zal verlagen tot de nieuwe vergoedingslimiet, kunnen de patiënten die specialité A1 gebruiken bijbetaling voorkomen door te kiezen voor *generieke* substitutie;
- indien de prijzen van specialité B en specialité C niet worden verlaagd deze patiënten bijbetaling alleen kunnen voorkomen door te kiezen voor *therapeutische* substitutie;
- de aanbieders van specialité B en specialité C in de toekomst met een nieuwe verlaging van de vergoedingslimiet worden geconfronteerd zodra (i) één van deze middelen uit patent loopt en/of (ii) de prijzen in subcluster A dalen.

Uit bovenstaande cijfermatige illustratie blijkt dat toepassing van het CVZ-model tot lagere vergoedingslimieten leidt dan de Nefarma-visie. Dit betekent echter niet dat het CVZ-model dus zonder meer de voorkeur verdient. Een goede vergelijking van beide modellen vereist namelijk dat ook rekening wordt gehouden met de kosten van mogelijke neveneffecten (zie box 1). Dit kan met behulp van een zogeheten maatschappelijke kosten-batenanalyse.

3. Maatschappelijke kosten-batenanalyse

Een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) heeft tot doel om *alle* maatschappelijk relevante kosten en baten van een bepaalde maatregel in kaart te brengen. Met andere woorden, bij een MKBA worden alle mogelijke effecten geanalyseerd. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen de (directe en de indirecte) kosten en baten. Ook ten aanzien van de modernisering van het GVS is het belangrijk om hiermee rekening te houden. Tegenover de baten kunnen namelijk aanzienlijke kosten staan:

- De baten van een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten betreffen de verlaging van de collectieve uitgaven aan geneesmiddelen die ermee wordt gerealiseerd.
- Vanuit maatschappelijk perspectief gezien moet echter ook nadrukkelijk rekening worden gehouden met de kosten die een bepaalde wijze van herberekening van vergoedingslimieten met zich mee brengt. In dit kader zijn vooral van de belang (i) de kosten die verbonden zijn aan generieke en therapeutische substitutie en (ii) de beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen.

In een MKBA kunnen in principe alle relevante effecten worden meegenomen, zelfs wanneer bepaalde effecten niet of slechts in beperkte mate te kwantificeren zijn. In dat geval kan namelijk op kwalitatieve wijze met deze effecten rekening worden gehouden.

Naast de omvang van alle relevante effecten is er bij een MKBA ook aandacht voor de verdeling daarvan over verschillende groepen. Dit is van belang omdat aanpassing van het GVS voor bepaalde gebruikers slechter kan uitpakken dan voor andere groepen. We besteden hierbij vooral aandacht aan de positie van ouderen en chronisch zieken.

Box 1: De ‘zelfzorgmaatregel’ en het belang van neveneffecten

Dat neveneffecten van groot belang kunnen zijn voor de uiteindelijke effectiviteit van een beleidsmaatregel, bewijzen de huidige ontwikkelingen op het gebied van de zelfzorggeneesmiddelen. Zo hebben zorgverzekeraar VGZ en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) onlangs geconstateerd dat het niet langer vergoeden van geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn ervoor zorgt dat artsen vaker een duurder vervangend middel voorschrijven dat wel vergoed wordt (NPCF en VGZ, 2004). In sommige gevallen gaat het ook om zwaardere middelen met zwaardere bijwerkingen waardoor de zorg schadelijk voor de gezondheid van de patiënt kan zijn en extra huisartsenbezoeken en ziekenhuisopnamen nodig zijn. Als gevolg deze neveneffecten levert de zogeheten zelfzorgmaatregel die het ministerie van VWS per 1 januari dit jaar heeft ingevoerd volgens hen lang niet de beoogde bezuiniging op. Ook de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) heeft vastgesteld dat er sprake is van een “substantieel weglekeffect naar – soms aanzienlijk duurder – receptgeneesmiddelen die wel vergoed worden door de zorgverzekeraar (Pharmaceutisch Weekblad, 2004b)

In een brief aan de Tweede Kamer heeft minister Hoogervorst inmiddels toegegeven dat door de substitutie naar nog wel vergoede geneesmiddelen de opbrengst van de maatregel inderdaad tegenvalt (Tweede Kamer, 2003-2004c). Het substitutiepercentage blijkt hoger uit te vallen dan de circa 25% waar VWS vooraf rekening mee had gehouden. De minister rekent er echter op dat zowel artsen als verzekeraars zich meer dan toe nu toe gaan inspannen om te voorkomen dat onnodige substitutie naar nog wel vergoede geneesmiddelen plaatsvindt. Ook overweegt hij om de mogelijkheden van substitutie formeel af te sluiten door receptgeneesmiddelen die vergelijkbaar zijn met de uitgesloten zelfzorggeneesmiddelen eveneens van vergoeding uit te sluiten.

Wat betreft de verdelingseffecten laat de minister momenteel in kaart brengen welke patiëntengroepen als gevolg van de maatregel met hoge kosten voor zelfzorggeneesmiddelen worden geconfronteerd. De resultaten van een eerste analyse laten zien dat een klein percentage van de patiënten met hoge kosten aan een chronische ziekte lijdt en bepaalde zelfzorggeneesmiddelen langdurig en in grote hoeveelheden gebruikt. Het gaat dan bijvoorbeeld om dwarslaesiepatiënten die laxeremiddelen moeten gebruiken. De minister heeft aangegeven dergelijke patiëntengroepen tegemoet te willen komen door voor hen bepaalde zelfzorggeneesmiddelen weer in het pakket op te nemen. Ook deze compensatiemaatregelen zullen de gerealiseerde nettobesparingen doen afnemen.

4. Baten verlaging GVS-vergoedingslimieten

4.1 Bevindingen uit de literatuur

Een verlaging van de GVS-vergoedingslimieten leidt tot een vermindering van de collectief gefinancierde uitgaven aan geneesmiddelen. Voordat we een vergelijking maken tussen de Nefarma-visie en het CVZ-model presenteren we eerst enkele bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur die ten aanzien van bijbetalingen en het gebruik van geneesmiddelen van belang zijn.

Allereerst is van belang om op te merken dat de prijzen van geneesmiddelen over het algemeen fors dalen zodra het patent erop afloopt. De literatuur concludeert dus dat concurrentie van generieke aanbieders een neerwaarts effect heeft op de prijsstelling van geneesmiddelen. Er bestaan echter duidelijke aanwijzingen dat deze vorm van concurrentie in een systeem met referentieprijzen (vrijwel) niet plaatsvindt. De situatie in Nederland vormt hiervan een goed voorbeeld. Tot voor kort waren in ons land de prijsverschillen tussen generieke geneesmiddelen en de merkgeneesmiddelen waarvan deze een kopie zijn verwaarloosbaar klein. Veel fabrikanten nemen namelijk de GVS-vergoedingslimiet als richtprijs voor hun geneesmiddel en vooral de generieke aanbieders concurreren met elkaar via kortingen en bonussen om de gunst van apothekers (zie bijvoorbeeld Brouwer en Rutten, 2002).⁴ Een convenant dat VWS in februari 2004 heeft gesloten met de KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie), Zorgverzekeraars Nederland en de Bogin (Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie in Nederland) heeft tot doel hierin verandering te brengen. Onder andere is afgesproken dat de prijzen die consumenten en zorgverzekeraars moeten betalen voor generieke geneesmiddelen *gemiddeld* zullen dalen tot 40% onder het niveau van de lijstprijzen van de betrokken fabrikanten op 1 januari 2004 (zie de bijlage bij Tweede Kamer, 2003-2004e). Uit cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) blijkt dat de prijzen van merkloze geneesmiddelen in mei gemiddeld 36,6% onder het niveau van de lijstprijzen van de generieke leveranciers in januari 2004 lagen (Pharmaceutisch Weekblad, 2004a). Er is dus nog niet volledig invulling gegeven aan de in het convenant afgesproken prijsdoelstelling. Overigens biedt het convenant geen enkele garantie voor een *structurele* prijsverlaging van generieke geneesmiddelen, omdat het op 1 januari 2005 eindigt en slechts met maximaal één jaar kan worden verlengd. Mede op grond van het bovenstaande lijkt afschaffing van het GVS noodzakelijk voor het ontstaan van meer marktwerking en prijsconcurrentie.

Over het algemeen vindt de literatuur dat het gebruik van geneesmiddelen daalt na de introductie van eigen bijdragen. Verschillende studies geven aan dat hierdoor met name de gezondheid van chronisch zieken schade kan oplopen (zie bijvoorbeeld Lexchin en Grootendorst, 2003 en

Goldman et al., 2004). Er zijn echter ook studies die, op basis van zeer uitgebreide datasets, vinden dat alleen het gebruik van duurder geneesmiddelen daalt. Volgens deze studies blijft het totale gebruik hetzelfde, omdat in bepaalde gevallen sprake is van volledige substitutie naar goedkopere geneesmiddelen. Sommige studies vinden zelfs dat het gebruik van geneesmiddelen in het geheel niet beïnvloed wordt. Hierbij zou kunnen meespelen dat de vraag naar geneesmiddelen voor ernstige klachten minder prijsgevoelig is dan de vraag naar geneesmiddelen voor ‘gewone’ klachten.

Uit onderzoek blijkt dat een verlaging van de vergoedingslimieten niet altijd garandeert dat substitutie plaatsvindt naar goedkopere (generieke) geneesmiddelen. Hier zijn drie mogelijke redenen voor. Ten eerste kan substitutie van medicatie zowel voor artsen als patiënten aanzienlijke ‘switching’ kosten met zich meebrengen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het bepalen van de juiste therapeutische substitutiedosis, waar we in paragraaf 5.1 nader op ingaan. Ten tweede worden artsen beïnvloed door reclame en voorlichting van de farmaceutische industrie om nieuwere geneesmiddelen voor te schrijven. Hoewel artsen natuurlijk ook veelvuldig gebruik maken van verschillende onafhankelijke informatiebronnen is naar onze mening in de wetenschappelijke literatuur inmiddels overtuigend aangetoond dat marketingactiviteiten in ieder geval enige invloed hebben op het voorschrijfgedrag. Zo blijkt bijvoorbeeld in Nederland de snelheid waarmee een nieuw middel wordt voorgeschreven te worden beïnvloed door verkoopbevordering (Leefflang et al., 2004). Hiermee is niet gezegd dat deze beïnvloeding in alle gevallen als negatief beoordeeld moet worden. Nieuwere geneesmiddelen kunnen als gevolg van voortschrijdend medisch inzicht (voor individuele patiënten) immers duidelijke voordelen hebben ten opzichte van (goedkopere) middelen die al enige tijd op de markt zijn. Dit kan verder een gunstig effect hebben op de kosten in andere delen van de gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld Lichtenberg, 2002).⁵ Slechts die gevallen waarin onder invloed van marketing substitutie plaatsvindt naar een nieuw en duurder geneesmiddel dat voor de betrokken patiënt geen duidelijke meerwaarde heeft of zelfs tot negatieve effecten leidt, kunnen gezien worden als een ongewenste vorm van verkoopbevordering. Ten derde kan een sterke verlaging van de vergoedingslimieten ervoor zorgen dat geneesmiddelenfabrikanten bepaalde middelen niet langer rendabel aan kunnen bieden. Dit zou ertoe kunnen leiden dat oudere (generieke) middelen die nog slechts gedeeltelijk worden vergoed van de markt verdwijnen en vervangen worden door nieuwe duurder geneesmiddelen die wel volledig vergoed worden. Een dergelijke tendens is bijvoorbeeld in België waarneembaar geweest (RIZIV, 2004). Overigens blijkt uit een andere studie dat de introductie van bijbetalingen dit effect zou kunnen afzwakken. Lundin (2000) komt namelijk tot de conclusie dat bij artsen het gevaar van ‘moral hazard’ bestaat: patiënten die veel moeten bijbetalen krijgen minder vaak duurder merkgeneesmiddelen voorgeschreven dan

⁴ Het verstrekken van generieke geneesmiddelen is voor apothekers financieel dus erg aantrekkelijk. Mede als gevolg hiervan is het marktaandeel van deze middelen de laatste jaren sterk toegenomen (zie Bijlage C).

⁵ In paragraaf 5.2 gaan we hier nader op in.

patiënten die alles vergoed krijgen. De auteur verklaart dit gedrag door te wijzen op de strijdige gevoelens van een arts. Enerzijds voelen artsen zich loyaal aan hun patiënten, anderzijds koesteren sommigen van hen – al dan niet als gevolg van marketing – ook warme gevoelens voor de farmaceutische bedrijven die destijds de eerste versie van een geneesmiddel (‘pioneering version’) op de markt hebben gebracht.

4.2 Concluderend

Ten aanzien van de baten van beide modellen kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- Zoals in paragraaf 2 reeds is aangegeven leidt toepassing van het CVZ-model tot lagere prijzen dan toepassing van de Nefarma-visie. Dit is ook het geval wanneer bij dit laatste model uitgegaan wordt van een verlaging van de vergoedingslimiet met 40%. Dit betekent dat de directe besparingen groter zijn onder het CVZ-model.
- Op grond van de literatuur kan worden betoogd dat de prijzen van generieke geneesmiddelen in een concurrerende marktomgeving fors lager zijn dan van de originele merkgeneesmiddelen. Dit komt voor uit een verschillende kostenstructuur. Zo is niet alleen de registratieprocedure voor generieke middelen relatief eenvoudig, ook de ontwikkelingskosten zijn zeer beperkt. Als gevolg hiervan lijkt een kortingspercentage van 40% voor generieke geneesmiddelen op het eerste gezicht niet onrealistisch.
- Bij het berekenen van de directe baten moet nadrukkelijk rekening worden gehouden met het feit dat fabrikanten in reactie op een verlaging van de vergoedingslimieten een prikkel hebben om hun taxeprijzen te verhogen tot de nieuwe vergoedingslimiet en/of de resterende ruimte die binnen de WGP bestaat te benutten. Aangezien dit bij de doorrekening van de Nefarma-visie niet is gebeurd, zal de uiteindelijke verlaging van de collectieve uitgaven aan geneesmiddelen hiervan waarschijnlijk lager uitvallen.
- Wanneer expliciet rekening wordt gehouden met een mogelijke daling van het gebruik van geneesmiddelen als gevolg van de introductie van bijbetalingen, kan het verschil tussen beide modellen verder toenemen. Het CVZ-model leidt naar verwachting tot een grotere daling van de vraag naar geneesmiddelen dan de Nefarma-visie.
- Een verlaging van de vergoedingslimieten garandeert niet dat substitutie plaatsvindt naar oudere en dus goedkopere (generieke) geneesmiddelen. Naast de aanwezigheid van ‘switching’ kosten speelt ook verkoopbevordering door innoverende farmaceutische bedrijven een rol. Dit laatste hoeft niet altijd als negatief beoordeeld te worden. Nieuwere middelen kunnen als gevolg van voortschrijdend medisch inzicht voor individuele patiënten namelijk duidelijke voordelen hebben. Slechts de gevallen waarin onder invloed van reclame en voorlichting patiënten een nieuw en duurder middel krijgen voorgeschreven zonder dat dit voor hen een duidelijke meerwaarde heeft, kunnen als een ongewenst vorm van verkoopbevordering worden gezien. Doordat in de Nefarma-visie de vergoedingslimieten van geneesmiddelen die onder patent zijn ongewijzigd blijven, is het gevaar van dergelijke *onnodige* substitutie groter dan in het CVZ-model. Dit zou de

kostenvoordelen van de Nefarma-visie kunnen verkleinen. In het CVZ-model worden ook merkgeneesmiddelen die nog onder patent zijn niet altijd volledig vergoed.

- Als onder druk van een zeer hoog kortingspercentage oudere (generieke) geneesmiddelen van de markt gehaald worden, kan substitutie naar nieuwere en duurdere middelen onontkoombaar zijn.

5. Kosten verlaging GVS-vergoedingslimieten

5.1 Generieke en therapeutische substitutie

Een verlaging van de GVS-vergoedingslimieten zorgt ervoor dat bepaalde geneesmiddelen niet langer volledig vergoed worden. Patiënten die nu gebruik maken van deze middelen kunnen bijbetaling voorkomen door voor een ander geneesmiddel te kiezen. Er is sprake van generieke substitutie wanneer een merkgeneesmiddel dient te worden vervangen door een merkloos geneesmiddel dat hetzelfde werkzame bestanddeel bevat. Wanneer een dergelijk alternatief niet voorhanden is, resteert alleen de mogelijkheid van therapeutische substitutie. In dat geval wordt een geneesmiddel vervangen door een middel dat weliswaar deel uitmaakt van hetzelfde GVS-cluster, maar een ander werkzaam bestanddeel bevat. Volgens het PHARMO Instituut (2004) zijn bij generieke substitutie niet veel problemen te verwachten, maar kan therapeutische substitutie daarentegen leiden tot een verslechtering van de effectiviteit en het optreden van bijwerkingen. Dit is een gevolg van het feit dat tussen de geneesmiddelen die binnen het GVS op *populativeniveau* als ‘onderling vervangbaar’ zijn getypeerd, voor *individuele* patiënten wel degelijk belangrijke verschillen kunnen bestaan. Uit de literatuur blijkt dan ook dat therapeutische substitutie langs twee wegen tot aanzienlijke extra kosten kan leiden:

1. Voor veel geneesmiddelen is de precieze substitutiedosis niet bekend, zodat deze experimenteel moet worden bepaald.
2. Therapeutische substitutie kan tot extra gezondheidsproblemen leiden.

Ad 1) Bepalen substitutiedosis

Wanneer de precieze substitutiedosis niet bekend is, moet deze door de huisarts of specialist experimenteel worden bepaald. Dat hiermee aanzienlijke kosten gemoeid kunnen zijn, bewijst het volgende getallenvoorbeeld. Stel dat in het geval van therapeutische substitutie per patiënt gemiddeld drie consulten nodig zijn:

- een eerste consult waarin het nieuwe middel in een bepaalde dosering wordt voorgeschreven;
- een vervolgconsult waarin de in eerste instantie voorgeschreven dosering wordt bijgesteld;
- een laatste consult waarin de definitieve dosering van het nieuwe geneesmiddel wordt vastgesteld.

In dit kader is ook van belang dat het voorschrijven van geneesmiddelen aan strikte voorschriften is gebonden (zie box 2). Zo mag nieuwe medicatie in eerste instantie voor maximaal vijftien dagen worden voorgeschreven.

Box 2: Artikel 11 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering

<p>1. De verzekerde heeft per voorschrift aanspraak op geneesmiddelen voor een periode van ten hoogste:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. een jaar, indien het orale anticonceptiva betreft; b. drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica of anxiolytica; c. vijftien dagen; indien het geneesmiddelen ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft; d. een maand in de overige gevallen. <p>2. In afwijking van het eerste lid heeft de verzekerde, die wordt ingesteld op een voor hem nieuwe medicatie, aanspraak op aflevering van het geneesmiddel voor een periode van vijftien dagen.</p>
--

Bron: CVZ

Wanneer we er vanuit gaan dat de gemiddelde prijs van een consult € 25 bedraagt en tevens een aanvullende (bloed)test ad € 25 noodzakelijk is, kunnen we vervolgens de extra zorguitgaven berekenen die direct veroorzaakt worden door therapeutische substitutie (zie tabel 3).⁶ Aangezien onduidelijk is hoeveel patiënten daadwerkelijk met deze vorm van substitutie te maken krijgen, onderscheiden we verschillende scenario's. Het PHARMO Instituut (2004, blz. 20) heeft aangegeven dat implementatie van het Plan Hoogervorst het aantal therapeutische omzettingen waarbij consultatie met een arts nodig is "tot astronomische hoeveelheden" zou doen toenemen.

Tabel 3: Inschatting extra zorguitgaven voor bepalen juiste therapeutische substitutiedosis

Aantal therapeutische omzettingen (*1.000)	1.000	2.000	3.000	4.000	5.000	10.000
Totale kosten consulten (* € 1.000.000)	100	200	300	400	500	1.000

Het is goed om te realiseren dat bovenstaande omzetkosten niet per definitie een eenmalig karakter hebben. Wanneer de vergoedingslimieten namelijk geregeld opnieuw worden herberekend, zullen patiënten die bijbetaling willen voorkomen hun medicatie steeds moeten aanpassen zodra enig geneesmiddel binnen een GVS-cluster uit patent loopt en/of in prijs wordt verlaagd.

Ad 2) Extra gezondheidsproblemen

Naast de kosten die verbonden zijn aan het bepalen van de juiste substitutiedosis kan therapeutische substitutie ook langs andere wegen tot extra zorguitgaven leiden. Allereerst neemt bij een stijging van het aantal omzettingen de kans op fouten met de medicatie toe, vooral omdat voorschrijvers (nog) geen inzicht hebben in het complete medicatiedossier van hun patiënten.

⁶ Deze gemiddelde prijs is gebaseerd op een kortdurend huisartsconsult. Ons inziens zorgt dit voor een conservatieve inschatting van de mogelijke kosten. Ten eerste blijkt uit recente gegevens van het CTG dat de daadwerkelijke tarieven van huisartsen veel hoger kunnen zijn (CTG, 2004). Ten tweede zal in de

Volgens het Nationaal Instituut voor ICT in de Zorg lopen de schattingen van het aantal ziekenhuisopnamen door vermijdbare medicatiefouten nu reeds op tot 90.000 per jaar (NICTIZ, 2004).⁷ Daarnaast blijkt uit de literatuur dat omzetting naar geneesmiddelen met een ander werkzaam bestanddeel voor bepaalde (groepen van) patiënten negatieve effecten kan hebben voor hun gezondheid. Deze gezondheidseffecten kunnen er bijvoorbeeld voor zorgen dat meer behoefte ontstaat aan thuiszorg, maar ook dat het aantal ziekenhuisopnamen toeneemt. In dit kader is met name onderzoek van Thomas en Mann (1998) interessant. Zij vinden voor Nieuw-Zeeland dat de gezondheid van vrijwel alle patiënten die simvastatine – dat niet langer volledig wordt vergoed – hebben verruild voor fluvastatine – dat wel volledig wordt vergoed – achteruit is gegaan. Binnen deze groep van patiënten was zelfs een *verdrivoudiging* van het aantal ziekenhuisopnamen waarneembaar. Tamblyn et al. (2001) bevestigen dit als ze laten zien dat significante gezondheidseffecten zich hebben voorgedaan na invoering van eigen bijdragen in Canada. Ook Lexchin en Grootendorst (2003) komen tot dezelfde conclusie in hun overzichtsartikel van de literatuur die op dit terrein is verschenen. Overigens blijkt uit het meest recente overzichtsartikel (Soumerai, 2004) dat er relatief weinig bekend is over de risico's en voordelen van (al dan niet financiële) restricties op het gebruik van geneesmiddelen. De auteur noemt dit verontrustend gezien de toename van maatregelen op dit vlak in internationaal verband (blz. 141/144): “[The more recent, widespread adoption of policies encouraging use of less costly drugs within a therapeutic class] can be viewed as massive experiments on vulnerable populations. (...) [These policies] could reduce appropriate care, adversely affect health status, and cause shifts to other drugs or more expensive types of care.” Volgens hem zou een toetsingscomité niet snel toestemming geven voor een dergelijk experiment als het een klinisch onderzoek zou betreffen.

Er bestaat kortom een redelijke kans dat een forse verlaging van de vergoedingslimieten weliswaar een besparing op de collectieve uitgaven aan geneesmiddelen oplevert, maar dat daarentegen de kosten in andere delen van de gezondheidszorg reeds op korte termijn juist toenemen. Afhankelijk van de mate waarin patiënten om financiële redenen (moeten) kiezen voor therapeutische substitutie, kan deze kostenstijging zo groot zijn dat ze de directe baten uiteindelijk overtreffen. Zeker wanneer tevens de extra gezondheidsproblemen die zich met name bij lagere inkomens, ouderen en chronisch zieken kunnen voordoen in ogenschouw worden genomen.

5.2 Beschikbaarheid nieuwe geneesmiddelen

De prikkels om te innoveren zijn van groot belang voor de kosten op langere termijn. Een uitgebreide empirische analyse (Lichtenberg, 2002) laat zien dat het vervangen van oudere door

gevallen waar de verantwoordelijkheid voor therapeutische substitutie bij de behandelend medisch specialist berust de prijs van een consult fors hoger zijn.

nieuwe geneesmiddelen de zorgkosten vele malen meer laat dalen dan de stijging van de geneesmiddelenkosten. Dit is in overeenstemming met indicaties die voor Nederland beschikbaar zijn (Goudriaan et al., 2002). Voorstellen die leiden tot het remmen van innoverende geneesmiddelen of het op de markt komen daarvan zouden daarmee op langere termijn een sterk kostenopdrijvend effect kunnen hebben. Hierbij is van belang dat empirisch onderzoek (Lichtenberg en Philipson, 2002) laat zien dat voor geneesmiddelen waarop een patent rust lang niet altijd monopolieprijzen gevraagd kunnen worden. Prijsconcurrentie bestaat ook tussen patentgeneesmiddelen. De betekenis hiervan wordt vaak onderschat. Recent onderzoek (Danzon en Ketcham, 2003) laat zien dat in de meest strikte systemen van referentieprijzen (Nieuw-Zeeland) vele malen minder nieuwe geneesmiddelen op de markt komen dan in minder strikte systemen (Duitsland, Nederland). Volgens Danzon et al. (2003) blijkt dat nieuwe geneesmiddelen minder snel geïntroduceerd worden in (i) landen met lagere prijzen voor geneesmiddelen, (ii) kleinere landen, (iii) landen zonder vestiging van het farmaceutisch bedrijf en (iv) landen met meer parallelle export.

Wanneer de prijzen van geneesmiddelen die nog onder patent zijn onder druk komen te staan, kan dit voor de innoverende farmaceutische bedrijven grote financiële gevolgen hebben. Het op de markt brengen van een nieuw geneesmiddel vergt namelijk aanzienlijke investeringen. De kosten voor een nieuw geneesmiddel bedragen over het algemeen vele honderden miljoenen euro's (zie bijvoorbeeld DiMasi et al., 2003 en PwC, 2004). Hoewel een patent over het algemeen een looptijd van twintig jaar kent, reteren als gevolg van toelatingsprocedures veelal echter acht tot twaalf jaar waarin de kosten moeten worden terugverdiend. Gezien de bescheiden omvang van de Nederlandse markt voor geneesmiddelen is het overigens onwaarschijnlijk dat een verlaging van de vergoedingslimieten in ons land ertoe zal leiden dat de internationaal opererende farmaceutische bedrijven hun uitgaven aan onderzoek en ontwikkeling op korte termijn drastisch zullen terugschroeven. Wel zouden ze kunnen besluiten om bepaalde nieuwe geneesmiddelen niet langer op de Nederlandse markt aan te bieden, bijvoorbeeld om parallelle export naar andere landen te voorkomen.

Tenslotte is het antwoord op de vraag of een teruglopend aantal innovaties *maatschappelijk* gezien ongewenst is in sterke mate afhankelijk van de vraag of de introductie van een nieuw geoctrooieerd middel binnen een bestaand GVS-cluster te typeren is als 'innovatie' (standpunt Nefarma) of als 'duplicatie' (standpunt VWS).

5.3 Concluderend

Bovenstaande overwegingen in ogenschouw genomen geldt dat ten aanzien van de indirecte kosten van beide modellen de volgende conclusies kunnen worden getrokken:

⁷ De totstandkoming van een volledig landelijk Elektronisch Patiënten Dossier wordt alom gezien als een manier om veel van deze fouten in de toekomst te voorkomen.

- Toepassing van dit kortingspercentage resulteert in het CVZ-model in een sterke prikkel tot therapeutische substitutie omdat niet te verwachten is dat de marktprijzen van merkgeneesmiddelen ook met een vergelijkbaar percentage daalt. Therapeutische substitutie kan aanzienlijke kosten met zich meebrengen in de vorm van omzettingskosten en hogere kosten elders in de zorgketen die in mindering moeten worden gebracht op de baten van het CVZ-model. Deze kosten zouden kunnen oplopen tot honderden miljoenen euro's.
- Aangezien in de Nefarma-visie therapeutische substitutie nooit noodzakelijk is om bijbetaling te ontlopen, levert dit ten opzichte van het CVZ-model een besparing op. In de Nefarma-visie kan wel generieke substitutie noodzakelijk zijn om bijbetaling te voorkomen, maar deze vorm van omzetting levert naar verwachting geen problemen op.
- In tegenstelling tot de Nefarma-visie herbergt het CVZ-model het gevaar in zich dat in Nederland minder nieuwe geneesmiddelen op de markt komen. Onderzoek laat zien dat met name in (i) kleinere landen, (ii) landen met veel parallele import en (iii) landen met lage vergoedingslimieten de introductie van nieuwe geneesmiddelen gevaar loopt. Ook dit kan (op termijn) negatieve gevolgen hebben voor de zorguitgaven. Zo vindt Lichtenberg (2002) dat de uitgaven aan andere 'zorgproducten' ongeveer zes tot acht keer zoveel dalen dan de uitgaven aan geneesmiddelen stijgen wanneer nieuwe middelen op de markt komen.
- Er is relatief weinig bekend over de risico's en voordelen van (al dan niet financiële) prikkels betreffende het gebruik van geneesmiddelen. In het meest recente overzichtartikel op dit terrein wordt dit gebrek aan informatie, gezien de toename van maatregelen op dit vlak in internationaal verband, expliciet verontrustend genoemd. Volgens dit artikel zou een toetsingscomité niet snel toestemming geven voor een dergelijk experiment als het een klinisch onderzoek zou betreffen.

6. Verdelingseffecten

6.1 Koopkracht

Mensen uit de lagere sociaal-economische groepen gebruiken meer geneesmiddelen dan mensen uit de hogere sociaal-economische groepen. Dit heeft te maken met het feit dat hun gezondheidstoestand vaak slechter is. Hoewel de verschillen in Nederland kleiner zijn dan in andere landen, gebruiken ook in ons land ouderen, mensen met lagere inkomens en lager opgeleiden meer geneesmiddelen. Bij een verlaging van de GVS-vergoedingslimieten lopen dus vooral deze groepen het risico om (fors) te moeten bijbetalen wanneer zij hun huidige geneesmiddelen willen blijven gebruiken. In combinatie met het relatief lage besteedbaar inkomen waarover deze mensen kunnen beschikken, betekent dit dat het gevaar van een koopkrachtdaling voor hen het grootst is.

In het vervolg van de paragraaf gaan we wat dieper in op de mogelijke eigen betalingen per leeftijdscategorie en voor chronisch zieken. Hiervoor maken we gebruik van eerdere berekeningen van het PHARMO Instituut (2004). Aangezien de precieze omvang van de eigen betalingen op voorhand niet te schatten is, zijn onderstaande figuren gebaseerd op het meest negatieve scenario dat zij onderscheiden:

- de vergoedingslimieten van alle GVS-clusters waarbinnen enig generiek geneesmiddel beschikbaar is, worden met 40% verlaagd;
- iedere patiënt blijft zijn of haar huidige geneesmiddel gebruiken (geen enkele substitutie);
- de taxeprijzen van geneesmiddelen worden niet verlaagd.

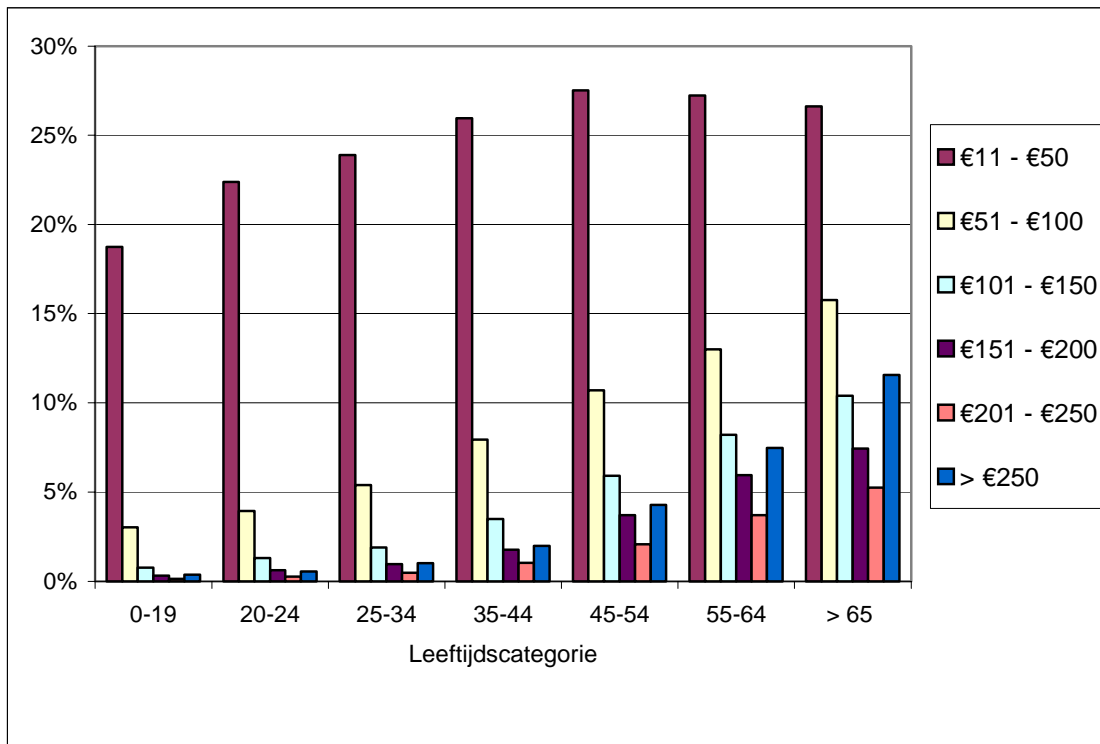
Hoewel het natuurlijk onwaarschijnlijk is dat dit scenario daadwerkelijk opgeld zal doen, levert deze exercitie een goed beeld van de groepen die het grootste risico lopen. Een meer voorspoedig scenario heeft immers wel positieve gevolgen voor de *absolute omvang* van de mogelijke eigen betalingen, maar niet noodzakelijkerwijs voor de *verdeling* daarvan.

Leeftijdscategorieën

Uit figuur 1 blijkt duidelijk dat met name 65-plussers te maken kunnen krijgen met aanzienlijke bijbetalingen. Bijna 20% van hen loopt zelfs het risico om jaarlijks meer dan € 200 te moeten bijbetalen als zij niet van geneesmiddel veranderen. Voor slechts ongeveer 23% van de mensen ouder dan 65 jaar is de potentiële bijbetaling verwaarloosbaar (maximaal € 10), terwijl dit percentage bijvoorbeeld voor de mensen tussen de 25 en 34 jaar ruim 66% bedraagt.

De mogelijke gevolgen van deze bijbetalingen in termen van koopkracht zijn onderzocht door PwC (2004). Op basis van CBS-gegevens over het gemiddelde inkomen van 65-plussers is voor deze groep de *range* van mogelijke koopkrachtdalingen berekend. Hieruit blijkt dat – zonder flankerend beleid, zoals een aftopping van de bijbetaling per jaar – bijna een kwart van de 65-plussers (ongeveer 465.000 personen) de koopkracht als gevolg van bijbetalingen met 0,7% tot 1,8% kan zien dalen. Voor ruim 11% van de ouderen geldt dat deze daling nog hoger kan uitvallen, voor bijna 50.000 van hen (bijna 2,5% van de 65-plussers) kan deze zelfs meer dan 3,5% bedragen.

Figuur 1: Verdeling van de potentiële jaarlijkse bijbetaling per leeftijdscategorie



Bron: PHARMO Instituut, SEOR/ECRI

Chronisch zieken

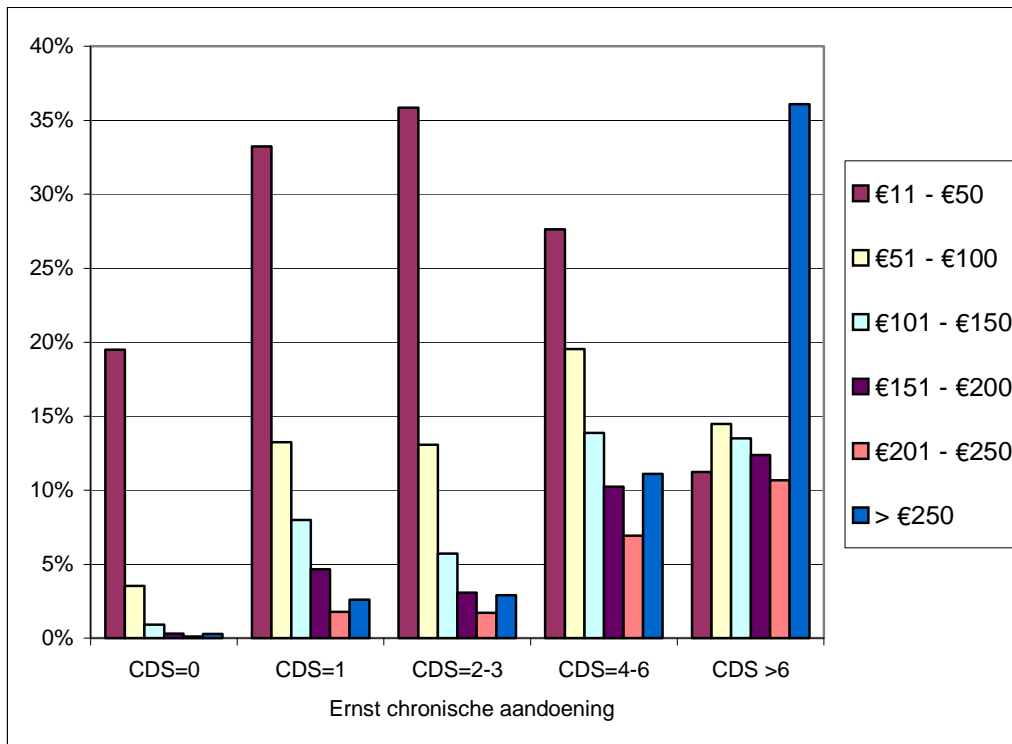
Ook uit de verdeling van de potentiële bijbetalingen naar ernst van chronische aandoening blijkt duidelijk dat de meest kwetsbaren het grootste risico lopen (zie figuur 2). Zo kan bijna de helft van de patiënten met de hoogste ‘chronic disease score’ (CDS) te maken krijgen met een totale bijbetaling van meer dan € 200, terwijl dit percentage voor de patiënten met een niet-chronische aandoening minder dan 0,5% bedraagt.

Resumerend

Ouderen en chronisch zieken lopen dus het grootste risico om met bijbetalingen te worden geconfronteerd wanneer zij hun huidige geneesmiddel willen blijven gebruiken. Aangezien het besteedbaar inkomen van deze groepen relatief laag is, is het nog maar de vraag of bijbetaling wel een reële optie is. Zeker in de gevallen waarin het om relatief grote bedragen gaat, is het goed mogelijk dat omzetting uit financieel oogpunt onontkoombaar is. Er bestaat in de literatuur inderdaad empirisch bewijs dat met name mensen met een relatief laag inkomen, ouderen en chronisch zieken veel omschakelen naar goedkopere geneesmiddelen (zie bijvoorbeeld Schneeweis et al., 2002 en Foreman en Stratmann, 2003). Zoals in paragraaf 5.1 is aangegeven kan omzetting van het ene geneesmiddel naar het andere echter gepaard gaan met gezondheidsklachten. Wanneer patiënten hun huidige geneesmiddel om financiële redenen

moeten substitueren voor een middel dat nog wel volledig wordt vergoed, kan dit hun koopkracht dus op peil houden maar tegelijkertijd hun gezondheid (ernstige) schade toebrengen. Een eenzijdige nadruk op de mogelijke koopkrachteffecten kan er derhalve toe leiden dat de uiteindelijke gevolgen voor het *welzijn* van patiënten worden onderschat.

Figuur 2: Verdeling van de potentiële jaarlijkse bijbetaling naar ernst chronische aandoening



Bron: PHARMO Instituut, SEOR/ECRI

6.2 Gezondheid

Patiënten kunnen negatieve gezondheidseffecten ondervinden als ze (om financiële redenen) omschakelen naar andere geneesmiddelen. De negatieve effecten hiervan kunnen zeer groot zijn, vooral als het mensen betreft die én een laag inkomen én oud én chronisch ziek zijn. Mensen met een relatief hoog inkomen kunnen deze negatieve effecten ontlopen, omdat zij over genoeg financiële draagkracht beschikken en zich dus de eigen bijdrage van duurdere geneesmiddelen kunnen veroorloven. Hierbij is van belang dat onderzoek laat zien dat artsen in hun voorschrijfgedrag zich laten beïnvloeden door de wensen van patiënten. Hieruit is af te leiden dat bij onzekerheid over gezondheidseffecten de financiële prikkels van patiënten de doorslag kunnen geven. Blijkbaar zijn artsen bereid de visie van patiënten zwaar te laten wegen. Als patiënten financieel geprikkeld worden om te kiezen voor goedkopere geneesmiddelen bestaat de kans dat artsen deze wens respecteren, ook als de gezondheidsrisico's hiervan op voorhand niet goed overzien kunnen worden. De vraag doet zich dan voor of je patiënten financieel risicodragend

kunt maken terwijl ze een enorme informatieasymmetrie hebben ten aanzien van gezondheidsrisico's. Een optie zou dan zijn om te zorgen voor onafhankelijke informatieverstrekking op dit punt.

6.3 Concluderend

Bovenstaande overwegingen in ogenschouw genomen geldt dat ten aanzien van de verdelingseffecten het CVZ-model ten opzichte van de Nefarma-visie het gevaar met zich meebrengt dat kwetsbare groepen (ouderen, chronisch zieken en mensen met een relatief laag inkomen) op twee manieren onevenredig zwaar worden getroffen. Ten eerste in financiële zin, wanneer ze besluiten niet te substitueren naar de goedkopere middelen. Ten tweede qua gezondheidsrisico, wanneer ze besluiten wel te substitueren naar goedkopere middelen.

7. Aanpassing GVS in combinatie met voortzetting convenant

7.1 Voortgangsrapportage over (middel)lange termijn geneesmiddelenbeleid

In de voorgaande paragrafen hebben we de relevante maatschappelijke kosten en baten in kaart gebracht van twee concrete voorstellen betreffende een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten, te weten de Nefarma-visie op het Plan Hoogervorst en de maatregelen die het CVZ heeft voorgesteld. Op dit moment bestaat echter nog onduidelijkheid over de precieze vormgeving van het uiteindelijke kabinetsbeleid. Daarom gaan we in deze paragraaf nader in op een derde alternatieve uitwerking van het Plan Hoogervorst. Aanleiding hiervoor vormt de voortgangsrapportage met betrekking tot het (middel)lange termijn geneesmiddelenbeleid, waarin het kabinet onlangs heeft aangegeven een voorkeur te hebben voor een combinatie van het aanpassen van het GVS en het voortzetten van het 'Convenant inzake het omzetten van kortingen en bonussen voor generieke geneesmiddelen in structurele prijsverlagingen' (Tweede Kamer, 2003-2004d). Zoals we eerder in dit rapport al hebben aangegeven⁸, heeft de minister van VWS in dit convenant met de betrokken branchepartijen afgesproken "dat – met inachtneming van de claw back (...) – op het door hen geleverde generieke geneesmiddelenpakket een effectieve daling van de omzetwaarde plus claw back van 40% wordt gerealiseerd ten opzichte van de omzetwaarde per 1-1-2004" (zie de bijlage bij Tweede Kamer, 2003-2004e).

7.2 Herberekening op basis van (rekenkundig) gemiddelde

Wanneer inzake de herziening van het GVS daadwerkelijk gekozen wordt voor een combinatie met het huidige geneesmiddelenconvenant, dan is de meest voor de hand liggende mogelijkheid dat het kabinet besluit om de nieuwe vergoedingslimieten te baseren op het (rekenkundig)

⁸ Zie de 1^e alinea van paragraaf 4.1 op bladzijde 9.

gemiddelde van de taxeprijzen die na het convenant tot stand zijn gekomen.⁹ De uitkomst van een dergelijke herberekening is niet alleen afhankelijk van het aantal generieke middelen in een cluster, maar ook van de prijsdaling die onder druk van het convenant is gerealiseerd. Met name dit laatste kan per cluster sterk verschillen, omdat in het convenant is afgesproken dat de omzetwaarde van alle generieke geneesmiddelen tezamen met 40% daalt. Met andere woorden, in sommige clusters kunnen generieke middelen meer dan 40% goedkoper worden terwijl in andere clusters de prijzen van generieke middelen daarentegen minder sterk dalen. Wanneer de generieke middelen met de grootste omzet het sterkst in prijs dalen, ontstaan zelfs mogelijkheden om de prijzen van generieke middelen met een relatief kleine omzet in prijs te *verhogen*.

Tabel 4: Top 10 generieke receptgeneesmiddelen ná convenant

	Kosten op jaarbasis ^a	Prijsontwikkeling jan. – jun. 2004
1. Omeprazol	€ 54 miljoen	-64%
2. Simvastatine	€ 42 miljoen	-66%
3. Paroxetine	€ 35 miljoen	-23%
4. Enalapril	€ 21 miljoen	-39%
5. Metoprolol	€ 14 miljoen	+5%
6. Ranitidine	€ 13 miljoen	+36%
7. Citalopram	€ 13 miljoen	-23%
8. Lisinopril	€ 11 miljoen	-23%
9. Diclofenac	€ 11 miljoen	-19%
10. Atenolol	€ 11 miljoen	-23%

Noot:

- a. Na convenant, bij ongewijzigd voorschrijf- en afleverbeleid.

Bron: cijfers SFK in Pharmaceutisch Weekblad (2004c)

Wanneer de prijsontwikkeling van de generieke geneesmiddelen nader wordt bekeken, blijkt inderdaad sprake te zijn van forse verschillen (zie tabel 4). Zo zijn sinds het begin van dit jaar de twee middelen met de hoogste omzet het sterkst in prijs verlaagd: de maagzuurremmer omeprazol met gemiddeld 64% en de cholesterolverlager simvastatine zelfs met 66%. Voor de overige middelen uit de top-10 geldt dat de prijzen veel minder sterk zijn gedaald. In het geval van de bèta-blokker metoprolol en de maagzuurremmer ranitidine zijn de prijzen ten opzichte van januari zelfs met respectievelijk 5% en 36% gestegen.

Op grond van het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat wanneer de aanpassing van het GVS gecombineerd wordt met het huidige geneesmiddelenconvenant de effecten per GVS-cluster sterk zullen verschillen. Hoewel het zeer lastig is om daar op basis van de beschikbare informatie een uitspraak over te doen, lijkt op het eerste gezicht voor wat betreft de totale **besparing op de collectieve uitgaven aan geneesmiddelen** geen substantieel verschil tussen deze variant en het CVZ-model te bestaan. Wat betreft de **kosten van therapeutische substitutie**, de

⁹ Naar verwachting wordt de Tweede Kamer in september geïnformeerd over de maatregelen die per 1 januari 2005 worden ingevoerd.

beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen en de **verdelingseffecten** (koopkracht, gezondheid) kan deze variant zowel beter als slechter uitpakken dan het CVZ-model:¹⁰

- beter, wanneer de vergoedingslimieten het sterkst dalen in de GVS-clusters waar therapeutische substitutie weinig (gezondheids)problemen veroorzaakt en/of weinig innovaties meer te verwachten zijn;
- slechter, wanneer de vergoedingslimieten het sterkst dalen in de GVS-clusters waar therapeutische substitutie grote (gezondheids)problemen veroorzaakt en/of de medische wetenschap nog volop in ontwikkeling is.

7.3 Concluderend

Op basis van het bovenstaande concluderen we het volgende:

- Wanneer de GVS-vergoedingslimieten worden gebaseerd op een rekenkundig gemiddelde van de taxeprijzen die als gevolg van het convenant tot stand zijn gekomen, hoeft dit ten opzichte van het CVZ-model in principe geen effect te hebben op de totale besparing op de collectieve uitgaven aan geneesmiddelen die gerealiseerd wordt. Ten aanzien van de neveneffecten geldt dat zowel een verbetering als een verslechtering mogelijk is, omdat de vergoedingslimieten van sommige clusters veel sterker zullen dalen dan de vergoedingslimieten van andere clusters. Het uiteindelijke effect op de kosten van therapeutische substitutie, de beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen en de verdelingseffecten is afhankelijk van de mate waarin de op voorhand 'meest problematische' clusters met een fors lagere vergoedingslimiet worden geconfronteerd.
- Wanneer de aanpassing van het GVS in sterke mate leunt op het huidige geneesmiddelenconvenant ontstaat langs twee wegen extra onzekerheid. Ten eerste bepalen de fabrikanten van generieke geneesmiddelen zelf hoe de afgesproken *gemiddelde* daling van de omzetwaarde over de verschillende GVS-clusters wordt verdeeld. Dit brengt het gevaar met zich dat de vergoedingslimieten het sterkst kunnen dalen in de clusters waar dat, vanwege de mogelijke neveneffecten, maatschappelijk gezien het minst wenselijk zou zijn. De eventuele kosten van therapeutische substitutie en de verdelingseffecten bijvoorbeeld spelen bij de besluitvorming van generieke fabrikanten immers geen (doorslaggevende) rol. Ten tweede is, net zoals bij de kortingsmaatregel van september 2003, de effectiviteit van het convenant op termijn onzeker. Het betreft immers een tijdelijke afspraak op vrijwillige basis om de omzetwaarde van generieke geneesmiddelen *eenmalig* te verlagen, terwijl aan de verkeerde signalen die het GVS afgeeft niets verandert. Dit kan ervoor zorgen dat de houdbaarheid van het convenant steeds sterker onder druk komt te staan.

¹⁰ Op dit moment beschikken wij over onvoldoende informatie om aan te kunnen geven welke van de onderstaande mogelijkheden het meest waarschijnlijk is.

8. Conclusie

We hebben in dit rapport de Nefarma-visie en het CVZ-model op basis van een MKBA op vijf aspecten met elkaar vergeleken. Dit betreft (i) de besparing op de collectief gefinancierde uitgaven aan geneesmiddelen, (ii) de kosten die gemaakt moeten worden om in geval van therapeutische substitutie de substitutiedosis te bepalen, (iii) de overige kosten die veroorzaakt kunnen worden door therapeutische substitutie, (iv) de prikkel om nieuwe gepatenteerde geneesmiddelen op de Nederlandse markt te brengen en (v) de verdelingseffecten. Op basis van onze bevindingen komen wij tot de conclusie dat de Nefarma-visie op vier van deze vijf aspecten beter 'scoort' dan het CVZ-model (zie tabel 5).

Tabel 5: Wie 'scoort' beter?

Baten:	
Besparing collectieve geneesmiddelenuitgaven	CVZ-model
Kosten:	
Kosten experimenteel bepalen therapeutische substitutiedosis	Nefarma-visie
Overige zorguitgaven a.g.v. therapeutische substitutie	Nefarma-visie
Prikkel om nieuwe geneesmiddelen te introduceren	Nefarma-visie
Verdelingseffecten:	
Koopkracht en gezondheid 'kwetsbare' groepen	Nefarma-visie

De besparing op de **collectief gefinancierde uitgaven aan geneesmiddelen** valt in de Nefarma-visie lager uit dan in het CVZ-model, omdat de vergoedingslimieten in het laatste geval sterker neerwaarts worden bijgesteld. In aanvulling hierop merken we op dat het verschil nog verder toe kan nemen wanneer fabrikanten van gepatenteerde merkgeneesmiddelen die volledig vergoed worden erin slagen om hun marktaandeel binnen een GVS-cluster te vergroten. Hier staat echter tegenover dat de **Nefarma-visie tot lagere kosten leidt in de zorgketen** zodat per saldo het bezuinigingseffect op het totale zorgbudget naar alle waarschijnlijkheid minstens even groot is. Dit komt omdat het CVZ-model als gevolg van therapeutische substitutie en het remmen van de introductie van nieuwe geneesmiddelen tot hogere kosten leidt. Bovendien zijn ook de verdelingseffecten van de Nefarma-visie gunstiger dan van het CVZ-model.

Aangezien in de Nefarma-visie geen **therapeutische substitutie** nodig is om bijbetaling te voorkomen, hoeft ook geen rekening te worden gehouden met de kosten hiervan. Dit is wel het geval voor het CVZ-model. Zowel het experimenteel bepalen van de juiste therapeutische substitutiedosis als de gezondheidsproblemen die als gevolg van deze vorm van omzetting kunnen optreden, brengen namelijk extra zorguitgaven met zich mee als het CVZ-model wordt ingevoerd. Deze uitgaven zouden kunnen oplopen tot honderden miljoenen euro's.

Doordat in de Nefarma-visie niet getornd wordt aan de huidige vergoedingslimieten van geneesmiddelen die nog onder patent zijn, blijven **nieuwe geneesmiddelen** in Nederland

onverminderd beschikbaar. Wanneer het CVZ-model wordt geïntroduceerd lopen fabrikanten van merkgeneesmiddelen ook gedurende de looptijd van een patent het risico dat ze hun prijs moeten verlagen om een verlies aan marktaandeel te voorkomen. Gezien de relatief kleine Nederlandse markt leidt dit misschien niet direct tot een afname van hun totale onderzoeksinspanningen, maar wel zouden ze kunnen besluiten om nieuwe geneesmiddelen niet langer in ons land op de markt te brengen en bestaande innovatieve geneesmiddelen van de markt te halen.

In de Nefarma-visie kunnen patiënten zonder bijbetaling ieder geneesmiddel krijgen dat in overleg met de arts is gekozen. De **koopkracht en gezondheid** van name de 'kwetsbare' groepen in de samenleving (zoals ouderen en chronisch zieken) loopt daardoor minder risico dan in het CVZ-model. In feite kan gesteld worden dat in het CVZ-model een van de belangrijkste nadelen van het GVS nog pregnanter tot uitdrukking komt: maatwerk per patiënt en per arts wordt steeds minder mogelijk.

In dit onderzoek hebben we onze aandacht specifiek gericht op de effecten van de Nefarma-visie versus het CVZ-model. Dit laatste model is een concrete uitwerking van het plan Hoogervorst. Daarnaast hebben we het alternatief waarbij de nieuwe vergoedingslimieten worden gebaseerd op het (rekenkundig) gemiddelde van de taxeprijzen die als gevolg van het huidige geneesmiddelenconvenant tot stand zijn gekomen in ogenschouw genomen. Ten opzichte van het CVZ-model kan deze laatste variant zowel positief als negatief uitpakken voor de kosten van therapeutische substitutie, de beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen en de verdelingseffecten. Dit is een gevolg van het feit dat de prijsontwikkeling tussen de verschillende GVS-clusters onderling (grote) verschillen vertoont.

In het algemeen geldt dat hoe stringenter de uitvoering van Plan Hoogervorst wordt vormgegeven (bijvoorbeeld als per GVS-cluster nog slechts het goedkoopste geneesmiddel volledig vergoed wordt of een hoger kortingspercentage wordt gehanteerd), hoe sterker de mogelijke negatieve neveneffecten zich laten voelen.

Het bovenstaande in ogenschouw genomen doen wij tot slot de volgende aanbevelingen:

- Aangezien algemeen wordt erkend dat sturing van het voorschrijfgedrag door concurrerende zorgverzekeraars de voorkeur verdient boven het GVS moet de oplossing voor de huidige problematiek op de markt voor geneesmiddelen ook primair in die richting worden gezocht. De Nefarma-visie past beter bij deze zoekrichting dan het CVZ-model. Nader economisch onderzoek op dat vlak is echter gewenst.
- Alvorens het GVS op korte termijn te moderniseren, is het noodzakelijk om aanvullend onderzoek te doen naar de omvang en kosten van mogelijke omzettingproblemen. Op basis hiervan kunnen vervolgens ook de mogelijke verdelingseffecten (koopkracht, gezondheid) meer nauwkeurig worden gekwantificeerd.

- Ten aanzien van de Nefarma-visie geldt dat nader kwantitatief onderzoek gewenst is naar de omvang en kosten van mogelijk strategisch gedrag door fabrikanten van merkgeneesmiddelen die nog onder patent zijn. Wanneer deze erin slagen om hun marktaandeel ten koste van generieke aanbieders te vergroten terwijl hier op medische gronden geen aanleiding voor bestaat, kan dit namelijk tot een onnodige stijging van uitgaven aan geneesmiddelen leiden. In de Nefarma-visie wordt immers niet getornd aan de vergoedingslimieten van geneesmiddelen die (nog) onder patent zijn.

Bijlage A Overzicht gebruikte literatuur

In deze bijlage geven we een overzicht van de literatuur die we bij het uitvoeren van deze second opinion hebben gebruikt. Deze literatuur heeft met name betrekking op andere landen dan Nederland. Bij de keuze van literatuur is gelet op de vergelijkbaarheid met ons land, aangezien belangrijke verschillen in institutionele structuur kunnen bestaan. Ons inziens waarborgt dit dat de hoofdlijnen van de besproken studies relevante informatie opleveren voor de mogelijke gevolgen van een modernisering van het GVS. Deze literatuurstudie richt zich dan ook meer op de richting van gevonden effecten dan op de kwantitatieve effecten. Deze laatste effecten zullen namelijk veel eerder beïnvloed worden door de specifieke Nederlandse situatie. Hoewel kwantitatieve analyses op basis van Nederlandse gegevens natuurlijk de voorkeur verdienen, laat dit onverlet dat veel geleerd kan worden van ervaringen in andere landen. Dit geldt temeer als dergelijke Nederlandse analyses nagenoeg niet gedaan zijn. Logischerwijs houdt dit tegelijkertijd een aanbeveling in om dergelijke studies uit te voeren.

A.1 Relatie inkomen en het gebruik van geneesmiddelen

Winkelmann (nog te verschijnen) analyseert het effect van eigen bijdrage voor geneesmiddelen op het bezoeken van huisartsen. Hij doet dit op basis van een Duitse dataset met 37.319 observaties van individuele personen voor de jaren 1995, 1996, 1998 en 1999. Het geprefereerde schattingsmodel laat zien dat er (gecorrigeerd voor factoren als leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid) geen relatie is tussen inkomen en huisartsenbezoek.

Foreman en Stratmann (2003) schatten een vraagcurve voor het gebruik van geneesmiddelen door ouderen (ouder dan 65 jaar). Ze doen dit op basis van een dataset met waarnemingen van 7829 individuen uit de VS voor de jaren 1996, 1997 en 1998. De auteurs vinden een significante relatie tussen uitgaven aan geneesmiddelen en inkomen. Als het inkomen met 10% stijgt, nemen de uitgaven aan geneesmiddelen toe met 1,4%. Opvallend is dat geen significante relatie wordt gevonden voor de invloed van inkomen op de hoeveelheid gebruikte geneesmiddelen (gecorrigeerd voor meer dan 30 andere factoren). Dit duidt erop dat hogere inkomens met name duurdere en niet zozeer meer geneesmiddelen gebruiken. Hierbij zij opgemerkt dat in de betreffende dataset 22 van de 50 opgenomen geneesmiddelen multisource was. Met andere woorden deze bevindingen duiden erop dat hogere inkomens relatief meer gebruik maken van de duurdere merkgeneesmiddelen.

Lillard et al. (1999) analyseren in hun artikel de effecten van de omvang van verzekeringen (dekking) op het gebruik van en de uitgaven voor geneesmiddelen bij ouderen. Ze doen dit op basis van een econometrische analyse van een dataset waarin gegevens zijn opgenomen van 910 personen uit de VS die ouder zijn dan 65 jaar. Uit hun analyse blijkt dat het inkomen van de ouderen (gecorrigeerd voor tal van andere factoren zoals leeftijd, geslacht, ras, opleiding en

gezondheid) geen invloed heeft op het gebruik van geneesmiddelen of de uitgaven aan geneesmiddelen.

Merk hierbij op dat de literatuur corrigeert voor leeftijd en gezondheidstoestand. Als er een relatie bestaat tussen inkomen aan de ene kant en leeftijd/gezondheid aan de andere kant, dan moet natuurlijk wel rekening gehouden worden met koopkrachteffecten. Van Doorslaer et al. (2000) laten inderdaad zien dat het gebruik van de zorg onevenwichtig verdeeld is. Lagere inkomens maken relatief veel gebruik van de zorg. De auteurs analyseren dit op basis van een dataset met waarnemingen voor 11 landen.

Volgens SCP (2003) gebruiken ook in ons land mensen uit lagere sociaal-economische groepen vaker geneesmiddelen omdat ze meer beperkingen en vaker een slechte gezondheid hebben dan mensen uit hogere sociaal-economische groepen. Zo gebruikt 56% van de laagste inkomensgroep geneesmiddelen, terwijl dit voor de hoogste groep 34% is. Daarbij moet meegenomen worden dat lagere inkomens vaak ook ouder zijn en een lagere opleiding hebben. Ook deze categorieën gebruiken relatief veel geneesmiddelen. Zo gebruikt van de mensen van 65 jaar en ouder gemiddeld 74% geneesmiddelen, terwijl dit maar 23% is voor de 23-34 jarigen. Van de laagopgeleiden gebruikt 45% geneesmiddelen, voor de hoogopgeleiden is dit 32%.

Volgens Walker (2000) geeft het Australische systeem van eigen bijdragen (wat substitutie naar goedkopere generieke geneesmiddelen stimuleert) de sterkste prikkels aan degenen die zich duurdere geneesmiddelen niet kunnen veroorloven (lage inkomens en chronisch zieken).

A.2 Substitutie

Soumerai (2004) vat de literatuur samen over de voordelen en risico's van restricties op toegang tot duurdere geneesmiddelen. Volgens hem is er relatief weinig bekend over de risico's en voordelen van restricties. Hij noemt dit verontrustend gezien de toename van maatregelen op dit vlak. Volgens hem zou een toetsingscomité niet snel toestemming geven voor een dergelijk experiment als het een klinisch onderzoek zou betreffen. Volgens hem zijn de volgende punten van belang:

1. Er moet voldoende bewijs voorhanden zijn dat het overgrote deel van de patiënten zonder problemen naar een goedkoper middel kan substitueren.
2. Clusters moeten nagenoeg volledig homogeen zijn.
3. Voor de meest kwetsbare, hoge risico groepen moet een uitzondering gemaakt worden.

Verplichte substitutie mag niet opgelegd worden voor chronische patiënten met zware aandoeningen. In totaal bespreekt Soumerai in zijn overzichtsartikel 20 verschillende studies. Overigens bedraagt het ongewogen gemiddelde van de prijselasticiteiten die deze studies vinden $-0,25$.

Thomas en Mann (1998) hebben voor een groep van 126 patiënten in Nieuw Zeeland onderzocht welke gevolgen de omzetting van simvastatine – dat niet langer volledig vergoed wordt – naar fluvastatine – dat wel volledig vergoed wordt – heeft gehad. Zij vinden dat als gevolg van deze therapeutische substitutie bij 94% van alle onderzochte patiënten het cholesterolgehalte is gestegen. Dit heeft geleid tot een significante toename van het aantal trombotische gebeurtenissen. Uiteindelijk kregen 27 patiënten binnen zes maanden na omzetting zulke grote gezondheidsproblemen dat ze in het ziekenhuis moesten worden opgenomen. Gemiddeld genomen vonden deze ziekenhuisopnamen plaats 17 weken nadat men was overgestapt op fluvastatine. Ter vergelijking: in de voorafgaande zes maanden hoefden ‘slechts’ negen patiënten – die destijds dus nog simvastatine gebruikten – voor behandeling in het ziekenhuis worden opgenomen. Het lijkt de auteurs zeer onwaarschijnlijk dat deze verdrievoudiging van het aantal ziekenhuisopnamen in deze relatief korte periode louter te wijten is aan de aard van ziekteproces. Zij concluderen derhalve dat de introductie van bijbetalingen bij het gebruik van simvastatine ertoe heeft geleid dat patiënten zijn overgestapt naar het minder effectieve fluvastatine dat meer gezondheidsklachten veroorzaakt.

Volgens Van der Kuy (2004) kunnen geneesmiddelen die door het CVZ in hetzelfde cluster zijn ingedeeld verschillen vertonen die voor individuele patiënten van grote betekenis kunnen zijn. De hoofdwerving van middelen die tot hetzelfde cluster behoren is weliswaar hetzelfde, maar contra-indicaties, bijwerkingen en interacties kunnen per geneesmiddel verschillen. Daarnaast is voor veel geneesmiddelen de precieze substitutiedosis niet bekend, zodat deze experimenteel bepaald moet worden. Met name voor patiënten die geneesmiddelen uit verschillende clusters gebruiken – dit betreft vooral ouderen – is dit een omvangrijk en tijdrovend karwei.

Lexchin and Grootendorst (2003) geven een uitgebreid overzicht van de literatuur op basis van 54 artikelen verschenen tussen 1977 en 2000 die empirisch analyseren wat de effecten zijn van eigen bijdragen op het gebruik van geneesmiddelen, kosten en gezondheidseffecten. Zij concluderen:

1. Eigen bijdragen leiden in het algemeen tot een afname van het gebruik van geneesmiddelen in alle groepen. Primair komt deze daling door minder gebruik door kwetsbare groepen.
2. Kostenbesparingen door minder gebruik van geneesmiddelen bij kwetsbare groepen als gevolg van eigen bijdragen worden waarschijnlijk meer dan teniet gedaan door hogere kosten in andere delen van de zorg.
3. Kwetsbare groepen ondervinden negatieve effecten op hun gezondheid door eigen bijdragen.

Tett (2004) geeft aan dat een nadeel van het Australische systeem is dat er geen gegevens beschikbaar zijn over de mogelijk negatieve gevolgen van de invoeren van eigen bijdragen en de daarmee samenhangende substitutie naar goedkopere geneesmiddelen.

Goldman et al. (2004) hebben geanalyseerd hoe veranderingen in de eigen bijdrage het gebruik van de meest verkochte geneesmiddelen in de Verenigde Staten heeft beïnvloed. Zij komen tot de conclusie dat het volume-effect sterk verschilt tussen typen geneesmiddelen onderling. De consumptie van geneesmiddelen die intermitterend (met tussenpozen) worden gebruikt blijkt het meest prijsgevoelig. Ook de vraag naar andere, niet chronische gebruikte, geneesmiddelen blijkt af te nemen als van patiënten een (grotere) eigen bijdrage wordt gevraagd. De invloed van een eigen bijdrage blijkt weliswaar het minst sterk bij patiënten met een chronische ziekte, maar ook in deze groep neemt het gebruik van geneesmiddelen af naarmate de eigen bijdrage toeneemt. Als gevolg hiervan kan volgens de auteurs met name de gezondheid van diabetici schade ondervinden als een eigen bijdrage wordt geïntroduceerd of verhoogd. In het algemeen plaatsen Goldman et al. dan ook vraagtekens bij het effect van eigen bijdragen (blz. 2349): "...significant increases in co-payment rates do raise concern about adverse health consequences because of the large price effects, especially among diabetic patients."

Medco ('s wereld grootste 'pharmaceutical benefits management company') is recent een schikking overeengekomen met de advocaten van 20 Amerikaanse staten over het omzetten van patiënten naar andere geneesmiddelen (zie OAG, 2004). De advocaten claimen dat de omzettingen die Medco voorschreef resulteerden in een toename van de kosten als gevolg van gestegen doktersbezoeken en tests.

Schneeweis et al. (2002) analyseren wat de effecten zijn op het gebruik van geneesmiddelen na invoering van een eigen bijdrage voor duurdere geneesmiddelen. Ze doen dit op basis van een dataset met waarnemingen voor 119.074 patiënten van 65 jaar of ouder die 'antihypertensives' gebruiken, 2 jaar voor en 1 jaar na implementatie van de eigen bijdrage. Het blijkt dat het gebruik van de duurdere geneesmiddelen met 29% afneemt. Substitutie vindt plaats naar goedkopere geneesmiddelen, zodat het totaal gebruik van 'antihypertensives' op hetzelfde niveau blijft. De substitutie is groter voor lagere inkomens, oudere patiënten en patiënten die relatief veel uitgeven aan geneesmiddelen.¹¹ In de eerste 12 maanden werd \$ 6,7 miljoen (19% van de totale kosten) bespaard. Er worden geen uitspraken gedaan over de gezondheidseffecten of de effecten op de totale zorgkosten.

Pilote et al. (2002) analyseren de effecten van eigen bijdragen voor geneesmiddelen op het gebruik van geneesmiddelen, substitutie naar goedkopere geneesmiddelen, opnames op SEH's, sterftcijfers en complicaties. Ze doen dit op basis van een dataset met ruim 20.000 waarnemingen van hartpatiënten voor en na introductie van eigen bijdragen in Quebec in 1996. Hun conclusie dat er nagenoeg geen effecten waarneembaar zijn, is echter voor discussie vatbaar.

¹¹ Van de patiënten van 81 jaar en ouder ging 19% meer over naar een goedkoper substituuat dan de 65-70 jarigen (referentie). Van de patiënten met een laag inkomen ging zo'n 9% meer over naar een goedkoper substituuat dan de patiënten met een hoog inkomen (referentie).

Zo geven de auteurs zelf aan dat deze resultaten voort kunnen komen uit de ernst van de gezondheidsklachten, waardoor patiënten altijd bereid zouden zijn de best beschikbare middelen te kopen. Ook geven ze toe dat hun analyse tekortkomingen kent, omdat geen gebruik is gemaakt is van een controlegroep. Het is dus mogelijk dat zonder invoering van de eigen bijdrage de gezondheid zou zijn toegenomen.

Powell (2001) geeft in een hoorzitting van de Amerikaanse Senaat aan dat in British Columbia 27% van de artsen stelt dat ze patiënten hebben opgenomen als gevolg van verplichte omzetting naar alternatieve geneesmiddelen als gevolg van het prijssysteem in Canada. In totaal rapporteert 68% van de artsen onzekerheid bij hartpatiënten en 60% een daadwerkelijke verslechtering van de gezondheidstoestand van de patiënt.

Volgens Gesensway (2000) is er in de VS en Canada veel onzekerheid over de medische consequenties en kosten van therapeutische substitutie. Hoewel voor veel patiënten het omzetten probleemloos zal verlopen, kunnen voor anderen de consequenties echter ernstig of zelfs levensbedreigend zijn. De vraag of per saldo kosten bespaard worden kan niet a-priori beantwoord worden. In ieder geval is sprake van meer bezoek aan artsen en benodigde tests.

Tamblyn et al. (2001) analyseren de effecten van eigen bijdragen voor geneesmiddelen op het gebruik van geneesmiddelen en opnames op SEH's. Ze doen dit op basis van een dataset met bijna 150.000 waarnemingen 32 maanden voor en 17 maanden na introductie van eigen bijdragen in Quebec in 1996. Zij concluderen dat er sprake was van een significante daling van het gebruik van geneesmiddelen (9% en 14% voor respectievelijk ouderen en uitkeringsgerechtigden voor essentiële geneesmiddelen en gemiddeld 15% voor niet-essentiële geneesmiddelen). Daarnaast was er een significante stijging van ziekenhuisopnames, verpleeghuisopnames en sterftegevallen met bijna 100% en een significante stijging van opnames op de SEH met gemiddeld zo'n 50%. Deze laatste resultaten worden nagenoeg geheel verklaard door een verminderd gebruik van essentiële geneesmiddelen.

Soumerai et al. (1991) analyseren de effecten van restricties op vergoedingen van geneesmiddelen op opnames in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Ze doen dit op basis van een dataset met observaties voor 1786 patiënten van 60 jaar of ouder in New Jersey en New Hampshire. Zij concluderen dat beperkingen van vergoedingen leidt tot een hoger risico van opname in verpleeghuizen (voor ziekenhuizen geldt dit niet) voor patiënten die relatief oud en zwak zijn of een laag inkomen hebben.

Soumerai et al. (1994) analyseren de effecten van beperkingen van vergoedingen van geneesmiddelen voor niet opgenomen schizofrene patiënten. Ze doen dit op basis van een dataset met waarnemingen voor ruim 2200 Amerikaanse patiënten tussen de 19 en 60 jaar. Per saldo

stegen de zorgkosten 17 keer zoveel als de reductie in de besparingen op de kosten van geneesmiddelen. Dit komt onder andere door meer doktersbezoek en partiële opname op SEH's en in ziekenhuizen. Nadat de beperkingen werden opgeheven daalden de zorgkosten weer naar het oorspronkelijke niveau. Verder blijkt uit deze studie dat de reductie in geneesmiddelen die vergoed worden 15 tot 49% bedraagt.

A.3 Reclame en promotie

Hoewel artsen ook veelvuldig gebruik maken van verschillende onafhankelijke informatiebronnen blijkt uit de wetenschappelijke literatuur dat marketingactiviteiten invloed hebben op het voorschrijfgedrag. Overigens moet deze beïnvloeding niet per definitie als negatief beoordeeld moet worden. Nieuwere geneesmiddelen kunnen als gevolg van voortschrijdend medisch inzicht (voor individuele patiënten) immers duidelijke voordelen hebben ten opzichte van (goedkopere) middelen die al enige tijd op de markt zijn. Slechts die gevallen waarin onder invloed van marketing substitutie plaatsvindt naar een nieuw en duurder geneesmiddel dat voor de betrokken patiënt geen duidelijke meerwaarde heeft, kunnen zonder meer gezien worden als een ongewenste vorm van verkoopbevordering.

Voor Nederland komen Leeflang et al. (2004) op basis van eigen empirische onderzoek tot de conclusie dat de snelheid waarmee een nieuw geneesmiddel voorgeschreven wordt, beïnvloed wordt door verkoopbevordering. De effecten van promotie op de afzet van oudere middelen zijn volgens hen te divers om daar algemene conclusies aan te verbinden. Overigens bestrijden zij hiermee de conclusies van Windmeijer et al. (2004) die stellen dat promotie van farmaceutische bedrijven de (op zich al geringe) prijsgevoeligheid van Nederlandse artsen tot bijna nul reduceert. Lundin (2000) geeft aan dat de introductie van bijbetalingen dit effect zou kunnen afzwakken. De auteur komt namelijk tot de conclusie dat bij artsen het gevaar van 'moral hazard' bestaat: patiënten die veel moeten bijbetalen krijgen minder vaak duurdere merkgeneesmiddelen voorgeschreven dan patiënten die alles vergoed krijgen. De auteur verklaart dit gedrag door te wijzen op de strijdige gevoelens van een arts. Enerzijds voelen artsen zich loyaal aan hun patiënten, anderzijds koesteren ze – al dan niet als gevolg van marketing – ook warme gevoelens voor de farmaceutische bedrijven die destijds de eerste versie van een geneesmiddel ('pioneering version') op de markt hebben gebracht.

Volgens het RIZIV (2004) heeft een maatregel in België die een verplichte prijskorting oplegde voor geneesmiddelen van 15 jaar en ouder contraproductief gewerkt omdat geneesmiddelenfabrikanten hierop reageerden door de geneesmiddelen (deels) van de markt te halen en te vervangen door nieuwe duurdere geneesmiddelen.

Mintzes et al. (2002) analyseren of reclame gericht op patiënten invloed heeft op het voorschrijfgedrag van geneesmiddelen. Ze doen dit op basis van een dataset met waarnemingen

van 1.431 individuele personen uit Sacramento en Vancouver. Artsen zijn vervolgens ondervraagd over hun voorschrijfgedrag. Het blijkt dat patiënten die vragen om een specifiek geneesmiddel omdat ze daar reclame van gezien hebben eerder een geneesmiddel krijgen voorgeschreven dan patiënten die niet direct vragen om een geneesmiddel. Artsen geven daarbij aan dat de medische noodzakelijkheid lang niet altijd duidelijk is.

Moynihan et al. (2002) geven aan dat de invloed van reclame door de farmaceutische industrie potentieel groot is. Alhoewel ze aangeven dat nagenoeg geen wetenschappelijk bewijs bestaat voor de stelling dat het gebruik van geneesmiddelen vergroot wordt door selectieve reclame, concluderen zij dat er wel uitvoerig indirect bewijs is op basis van casestudies en ervaringen.

Berndt et al. (1995) onderzoeken empirisch de invloed van marketing op de verkoop van geneesmiddelen. De auteurs concluderen dat marketing leidt tot een stijging van het gebruik van geneesmiddelen. Dit geldt vooral voor marketing gericht op artsen en in mindere mate voor marketing gericht op consumenten.

A.4 Innovatie

Lichtenberg (2002) analyseert of de leeftijd van geneesmiddelen (het aantal jaren dat het geneesmiddel beschikbaar is sinds FDA goedkeuring) van invloed is op de kosten van de zorg.¹² Hij doet dit op basis van individuele observaties van ruim 80.000 Amerikaanse personen voor de jaren 1996-1998. Zijn resultaten laten zien dat de niet-geneesmiddelen uitgaven 6,0 tot 8,3 keer zoveel dalen als de uitgaven aan geneesmiddelen stijgen als de leeftijd van geneesmiddelen afneemt. Voor tweederde komt dit door lagere ziekenhuiskosten. Voor eenderde door lagere uitgaven aan thuiszorg en huisartsen. Het vervangen van oudere geneesmiddelen leidt dus per saldo tot een verlaging van de totale zorgkosten.

Danzon en Ketcham (2003) laten op basis van een vergelijking tussen de effecten van referentieprijzen in Nederland, Duitsland en Nieuw-Zeeland zien dat het Nieuw-Zeelandse systeem tot beduidend minder nieuwe geneesmiddelen op de markt heeft geleid. Terwijl van de beschikbare nieuwe moleculen in Duitsland 73% en in Nederland 62% op de markt komt, is dit voor Nieuw-Zeeland slechts 13%. Dit komt volgens de auteurs omdat een nieuw geneesmiddel alleen voor vergoeding in aanmerking komt als het een significante besparing in kosten oplevert ten opzichte van de al op de markt aanwezige geneesmiddelen. Als een referentieprijzen systeem op de VS zou worden toegepast zou dit tot nog grotere afname van R&D leiden dan bij de genoemde drie landen omdat in de VS de concurrentie heviger is met generieke geneesmiddelen.

¹² Dit is een update van twee eerdere studies van Lichtenberg (2001a en 2001b) waarin hij tot dezelfde conclusie komt.

Danzon et al. (2003) analyseren de penetratie van nieuwe geneesmiddelen op basis van een database met gedetailleerde informatie van 25 landen. Het blijkt dat nieuwe geneesmiddelen minder snel geïntroduceerd worden in (i) landen met lagere prijzen voor geneesmiddelen, (ii) kleinere landen, (iii) landen zonder vestiging van het farmaceutisch bedrijf en (iv) landen met meer parallel export.

Volgens Goudriaan et al. (2002) blijkt uit de literatuur dat het gebruik van innovatieve geneesmiddelen tot een reductie van het aantal ziekenhuisopnamen en een verkorting van de verpleegduur leidt. Bovendien is eerder poliklinische behandeling of behandeling in de thuissituatie mogelijk in plaats van ziekenhuisopname. Hij baseert zich hierbij onder andere op onderzoek naar nieuwe heparines (verkorting van de gemiddelde verpleegduur met 5 dagen) en onderzoek van het RIVM dat aangeeft dat door nieuwe geneesmiddelen de ziektelast afhankelijk van het type ziekte met 3 tot 11% afneemt. Dit is niet direct te vertalen naar verlaging van totale kosten. Een studie vergelijkbaar met die van Lichtenberg (2002) is voor Nederland niet gedaan.

Ten aanzien van de spanning die bestaat tussen ‘prikkel om te innoveren’ (Nefarma) en ‘(prijs)concurrentie’ (VWS) zijn de bevindingen van Lichtenberg en Philipson (2002) interessant. De auteurs analyseren de relatieve concurrentie tussen en binnen patenten. Zij doen dit op basis van ongeveer 500.000 observaties voor de Amerikaanse markt. Zij concluderen (p. 665): “We estimated that between-patent competition, most of which occurs while a drug is under patent, costs the innovator at least as much as within-patent competition, which cannot occur until a drug is off patent. (...) This suggests that the statutory monopoly awarded through a patent does not always confer great monopoly power in the usual sense of being able to raise price without substantial substitution.”

A.5 Prijsverschillen

PMPRB (2002) heeft onder andere in Canada onderzocht wat de prijsverschillen zijn tussen typen geneesmiddelen. Dit is gedaan op basis van een dataset van zes provinciale geneesmiddelenprogramma's waarin de prijzen zijn opgenomen van de top-100 best verkochte multisource geneesmiddelen. Volgens dit rapport is het prijsverschil tussen de best verkochte generieke middelen en merkgeneesmiddelen in Canada 35,5% in 2001. Dit prijsverschil is afhankelijk van het aantal concurrerende generieke geneesmiddelen. Bij 1 tot 3 concurrerende generieke geneesmiddelen bedroeg het prijsverschil 25%, bij vier tot vijf concurrenten was dit 45%. Overigens is het gevonden prijsverschil van zo'n 35% nagenoeg gelijk in de jaren 1996-2000. Het rapport concludeert tevens dat de prijs van merkgeneesmiddelen niet verlaagd werd na introductie van concurrentie door merkloze generieke geneesmiddelen. Overigens geeft PMPRB (2002) ook voor andere landen cijfers voor de verhouding van prijzen van merkgeneesmiddelen t.o.v. generieke middelen. In alle landen zijn generieke middelen goedkoper.

Lexchin (2004) analyseert voor Canada in hoeverre de introductie van concurrentie door generieke geneesmiddelen invloed heeft op de prijzen van merkgeneesmiddelen. Ook hij komt tot de conclusie dat dit niet zo is. Een mogelijke oorzaak hiervoor kan zijn dat producenten een onderscheid maken tussen prijsgevoelige en prijsongevoelige segmenten van de markt. Als private verzekeringen de substitutie naar goedkopere geneesmiddelen niet verplichten, kan het rationeel zijn de prijzen van merkgeneesmiddelen hoog te houden. Ook voor prijsgevoelige segmenten wordt echter gevonden dat prijzen van merkgeneesmiddelen niet dalen als concurrentie ontstaat van generieke geneesmiddelen.

Bhattacharya en Vogt (2003) geven aan dat de literatuur meestal vindt dat de prijzen van merkgeneesmiddelen stijgen na afloop van het patent en introductie van concurrentie door generieke geneesmiddelen. De auteurs geven hiervoor echter een verklaring die erop neer komt dat dit niet komt door de introductie van concurrentie, maar een continuering is van een al lopend proces. Fabrikanten kunnen het best gedurende de levensloop van een geneesmiddelen de prijs langzaam laten stijgen om zodoende de penetratie van het geneesmiddel te bevorderen. Introductie van concurrentie heeft dan wel een positief effect, maar dit effect wordt verdoezeld door de stijgende trend. Er is echter wel sprake van een trendbreuk (prijzen stijgen langzamer dan voorheen).

Pavcnik (2002) vindt op basis van informatie van een beleidsverandering in Duitsland waarbij niet meer een vaste vergoeding werd gegeven maar een maximum vergoeding per type geneesmiddel dat de prijzen van geneesmiddelen daalden, met name voor merkgeneesmiddelen en voor geneesmiddelen met meer concurrenten. Deze analyse is met name interessant voor Nederland, omdat het Plan Hoogervorst hiermee vergelijkbaar is. In Duitsland daalde bijvoorbeeld de prijs van generieke orale anti-diabetica's na introductie van een referentieprijis met bijna 12% terwijl de prijs van merkgeneesmiddelen met ruim 37% daalde. Hierdoor werd het verschil in prijs tussen generieke geneesmiddelen en merkgeneesmiddelen verkleind van 53% tot 27%. Ook voor de hoeveelheid verkochte geneesmiddelen wordt een negatief effect gevonden voor merkgeneesmiddelen ten gunste van generieke geneesmiddelen.

Bijlage B Doorrekening effecten kosten CVZ-voorstel 1^e fase

Op pagina 23 van het rapport *Aanscherping berekeningssystematiek GVS-vergoedingslimieten* stelt het CVZ dat de netto-opbrengst van de voorgestelde systematiek (eerste fase) in een eerste globale doorrekening wordt becijferd op ongeveer € 170 miljoen.

Dit bedrag kan worden geïnterpreteerd als (i) de totale besparing die resulteert wanneer alle prijzen worden verlaagd tot de herberekende vergoedingslimieten of (ii) het totale bedrag aan bijbetalingen wanneer fabrikanten hun prijzen niet tot aan de vergoedingslimiet verlagen. Ten aanzien van deze doorrekening geldt het volgende:

- De vergoedingslimieten van alle bestaande GVS-clusters worden op de volgende wijze herberekend:
 - in de clusters met meerdere aanbieders (multisource) tellen alle afzonderlijke aanbieders even zwaar mee bij de bepaling van de subgroepgemiddelden;
 - voor de subclusters met meerdere aanbieders wordt zo een afzonderlijke vergoedingslimiet bepaald;
 - deze afzonderlijke vergoedingslimiet voor het subcluster werkt vervolgens door in de vergoedingslimiet voor de overige (singlesource) subclusters.
- Voor de herberekening van de vergoedingslimieten is gebruik gemaakt van de prijzen zoals deze werden gehanteerd in april 2004, en de omzet volumes uit het vierde kwartaal 2003. Dit kwartaalresultaat is vervolgens vertaald naar een jaarresultaat op basis van de verwachte geneesmiddelenuitgaven in 2004.
- In de doorrekening is nog rekening gehouden met een besparingsverlies als gevolg van prijscompensatie: prijsverhogingen tot aan de nieuwe vergoedingslimiet en/of invulling van resterende ruimte die binnen de WGP bestaat. De netto opbrengst zou uitkomen op circa € 230 miljoen indien geen sprake zou zijn van compenserend gedrag.
- Geen rekening is gehouden met eventuele effecten van generieke en/of therapeutische substitutie; uitgegaan is van een ongewijzigd consumptiepatroon.

Bovenstaande is geaccordeerd door het CVZ en heeft alleen betrekking op de 1^e fase van het CVZ-voorstel.

Bijlage C Verdeling marktaandeel geneesmiddelen

Tabel C.1: Receptenverdeling extramurale markt voor geneesmiddelen (openbare apotheken)

	Specialité	Par. import	Generiek	Magistraal	Overig	# recepten
1994	51,5%	10,5%	27,2%	6,2%	4,6%	97.000.000
1995	53,5%	12,1%	27,8%	6,6%	-	102.000.000
1996	50,3%	11,6%	31,7%	6,4%	-	104.000.000
1997	49,4%	9,8%	34,6%	6,2%	-	106.000.000
1998	48,0%	8,8%	37,4%	5,8%	-	112.000.000
1999	42,8%	8,3%	39,9%	6,0%	3,0%	118.000.000
2000	43,2%	7,1%	41,5%	5,3%	2,9%	121.000.000
2001	42,8%	7,1%	42,0%	5,1%	3,0%	126.000.000
2002	41,7%	6,7%	43,8%	4,9%	2,9%	129.000.000
2003	38,9%	6,9%	46,5%	5,1%	2,6%	135.000.000

Bron: SFK, KNMP

Referenties

- Berndt, E., L. Bui, D. Reiley en G. Urban (1995), Information, marketing and pricing in the U.S. antitumor drug market, *American Economic Review*, vol. 85(2), blz. 100-105
- Bhattacharya, J. en W.B. Vogt (2003), A simple model of pharmaceutical price dynamics, *Journal of Law and Economics*, vol. 46(2), blz. 599-626
- Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2002), Een gouden pil voor apothekers, *Medisch Contact*, 57^e jaargang, nr. 19, blz. 737-740
- Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2001), GVS geeft verkeerde signalen, *Economisch Statistische Berichten*, 86^e jaargang, nr. 4334, blz. 884-886
- CTG (2004), Tarieven huisartsendienstenstructuren: stand van zaken 4 mei 2004, Utrecht
- CVZ (2004), Aanscherping berekeningssystematiek GVS-vergoedingslimieten: eerste rapportage uitvoeringstoets modernisering GVS, publicatienummer 191, Diemen
- Danzon, P.M. en J.D. Ketcham (2003), Reference pricing of pharmaceuticals: evidence from Germany, the Netherlands and New Zealand, NBER Working Paper W10007, National Bureau of Economic Research, Cambridge (Mass.)
- Danzon, P.M., Y.R. Wang en L.L. Wang (2003), The impact of price regulation on the launch delay of new drugs: evidence from twenty-five major markets in the 1990s, NBER Working Paper W9874, National Bureau of Economic Research, Cambridge (Mass.)
- DiMasi, J.A., R.W. Hansen en H.G. Grabowski (2003), The price of innovation: new estimates of drug development costs, *Journal of Health Economics*, vol. 22(2), blz. 151-185
- Doorslaer, E. van et al. (2000), Equity in the delivery of health care in Europe and the US, *Journal of Health Economics*, vol. 19(5), blz. 553-583
- Foreman, R.J. en T. Stratmann (2003), How sensitive are seniors to the price of prescription drugs?, mimeo, George Mason University
- Gesensway, D. (2000), Drug switching: lowering costs vs. adverse interactions, potential errors, *ACP Observer*, July/August
- Goldman, D.P. et al. (2004), Pharmacy benefits and the use of drugs by the chronically ill, *The Journal of the American Medical Association*, vol. 291(19), blz. 2344-2350
- Goudriaan, R., C.M. Visscher en M.A. Koopmanschap (2002), Volgt het geld de patiënt? Trends en feiten over extramuralisering in de zorgsector, APE Rapport nr. 012, Den Haag
- Kuy, A. van der (2004), Onmogelijke missie, *Economisch Statistische Berichten*, 89^e jaargang, nr. 4431, blz. 189, zie voor een uitgebreide versie van zijn reactie op het artikel van De Laat et al. (2004) de ESB-website: www.economie.nl/discussies/html/geneesmiddelen-kuy.htm
- Laat, E.A.A. de, J.M.C. Smallembroek en C.G.A. Wijnker (2004), Naar een 'nieuw' geneesmiddelenbeleid, *Economisch Statistische Berichten*, 89^e jaargang, nr. 4424, blz. 35-37

- Leeftang, P.S.H., J.E. Wieringa, D.R. Wittink en M. Woltil (2004), De invloed van promotie en prijs op de afzet van geneesmiddelen, *Economisch Statistische Berichten*, 89^e jaargang, nr. 4435, blz. 272-274
- Lexchin, J. (2004), The effect of generic competition on the price of brand-name drugs, *Health Policy*, vol. 68(1), blz. 47-54
- Lexchin, J. en P. Grootendorst (2003), The effects of prescription drug user fees on drug and health services use and health status: a review of the evidence, University of Toronto
- Lichtenberg, F. (2001a), Are the benefits of newer drugs worth their costs? Evidence from the 1996 MEPS, *Health Affairs*, vol. 20(5), blz. 241-251
- Lichtenberg, F. (2001b), Benefits and costs of newer drugs: Evidence from the 1996 medical expenditure panel survey, NBER Working Paper W8147, National Bureau of Economic Research, Cambridge (Mass.)
- Lichtenberg, F. (2002), Benefits and costs of newer drugs: an update, NBER Working Paper W8995, National Bureau of Economic Research, Cambridge (Mass.)
- Lichtenberg, F.R. en T.J. Philipson (2002), The dual effects of intellectual property regulations: within- and between-patent competition in the U.S. pharmaceuticals industry, *Journal of Law and Economics*, vol. 65(October), blz. 643-672
- Lillard, L.A., J. Rogowski en R. Kington (1999), Insurance coverage for prescription drugs: effects on use and expenditures in the Medicare population, Rand Labor and Population Program Working Paper Series 99-09, Santa Monica (Cal.)
- Lundin, D. (2000), Moral hazard in physician prescription behavior, *Journal of Health Economics*, vol. 19(5), blz. 639-662
- Mintzes, B. et al. (2002), Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patients' requests on prescribing decisions: two site cross sectional survey, *British Medical Journal*, vol. 324(7332), blz. 278-279
- Moynihan, R., I. Heath en D. Henry (2002), Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering, *British Medical Journal*, vol. 324(7342), blz. 886-891
- NICTIZ (2004), Voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen kan veiliger, persbericht d.d. 21 juni, Leidschendam
- NPCF en VGZ (2004), Beoogde bezuiniging Hoogervorst blijkt geld te kosten, persbericht d.d. 10 juni, Nijmegen/Woerden
- Nefarma (2003), Medicijnbesluit: onnodige bijbetaling voor patiënt en fnuikend voor innovatie, persbericht d.d. 31 oktober, Den Haag
- OAG (2004), Drug benefit managing company will disclose actual drug pricing pay: states \$29 million, Office of the Attorney General, State of California Department of Justice
- Pavnik, N. (2002), Do pharmaceuticals prices respond to potential patient out-of-pocket expenses?, *Rand Journal of Economics*, vol 33(3), blz. 469-487
- Pharmaceutisch Weekblad (2004a), De stand van het covenant (2), jaargang 139, nr. 20(14 mei)

- Pharmaceutisch Weekblad (2004b), Zelfzorgmaatregel leidt tot verschuiving in geneesmiddelengebruik, jaargang 139, nr. 21(21 mei)
- Pharmaceutisch Weekblad (2004c), Generiek in beweging, jaargang 139, nr. 24(11 juni)
- PHARMO Instituut (2004), Farmacotherapie tegen elke prijs? Een onderzoek naar de mogelijke medische en economische effecten van de verlaging van GVS limieten, Den Haag
- Pilote, L., C. Beck, H. Richard en M.J. Eisenberg (2002), The effects of cost-sharing on essential drug prescriptions, utilization of medical care and outcomes after acute myocardial infarction in elderly patients, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 167(3), blz. 246-252
- PMPRB (2002), A study of the prices of the top selling multiple source medicines in Canada, Patented Medicine Prices Review Board, Ottawa
- Powell, M. (2001), Testimony of Marjorie E. Powell: assistant general counsel Pharmaceutical Research and Manufacturers of America before the Commerce, Science and Transportation Subcommittee on Consumer Affairs, Foreign Commerce and Tourism United States Senate, d.d. 5 september
- PwC (2004), Economische effecten van het 'Plan Hoogervorst', PricewaterhouseCoopers Corporate Finance, Amsterdam
- RIZIV (2004), Verslag over de besparingsmaatregelen in geneesmiddelensector 2001-2003: evaluatie van de verwezenlijking van de geraamde besparingen, Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, Brussel
- Schneeweis, S. et al. (2002), Impact of reference-based pricing for antihypertensive enzyme inhibitors on drug utilization, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166(6), 737-745
- Schut, F.T. en W.B.F. Brouwer (2004), De preferente apotheker? Jazeker!, *Economisch Statistische Berichten*, 89^e jaargang, nr. 4435, blz. 266-269
- SCP (2003), De sociale staat van Nederland 2003, Den Haag
- Soumerai, S.B. (2004). Benefits and risks of increasing restrictions on access to costly drugs in Medicaid, *Health Affairs*, vol. 23(1), blz. 135-146
- Soumerai, S.B., D. Ross-Degnan, J. Avorn, Tj. McLaughlin en I. Choodnovskiy (1991), Effects of Medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes, *New England Journal of Medicine*, vol. 325(15), blz. 1072-1077
- Soumerai, S.B., Tj. McLaughlin, D. Ross-Degnan, C.S. Cateris en P. Bollini (1994), Effects of limiting Medicaid drug reimbursement on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia, *The New England Journal of Medicine*, vol. 331(10), blz. 650-655
- Tamblyn, R. et al. (2001), Adverse events associated with prescription drugs cost-sharing among poor and elderly persons, *The Journal of the American Medical Association*, vol. 285(4), blz. 421-429
- Tett, S.E. (2004), A perspective on Australia's national medicines policy, *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 11(1), blz. 28-38

- Thomas, M. en J. Mann (1998), Increased thrombotic vascular events after change of statin, *The Lancet*, vol. 352(9143), blz. 1830-1831
- Tweede Kamer (2003-2004a), Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 29200 XVI, nr. 21
- Tweede Kamer (2003-2004b), Geneesmiddelenbeleid: brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 29477, nr. 1
- Tweede Kamer (2003-2004c), Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004: brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 29200 XVI, nr. 257
- Tweede Kamer (2003-2004d), Geneesmiddelenbeleid: brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 29477, nr. 2
- Tweede Kamer (2003-2004e), Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004: brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 29200 XVI, nr. 181
- Walker A. (2000), Distributional impact of higher patient contributions to Australia's pharmaceutical benefits scheme, *Australian Health Review*, vol. 23(2), blz. 32-46
- Windmeijer, F., E. de Laat en R. Douven (2004), Pharmaceutical promotion and GP prescription behaviour, CPB Discussion Paper 30, Den Haag
- Winkelmann, R. (nog te verschijnen), Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits: evidence from a natural experiment, *Health Economics*