

Dure geneesmiddelen: wat is het echte dilemma? Henk Jan Out en Marc Pomp

Henk Jan Out is schrijver van "Leve het geneesmiddel" en werkzaam als arts in de farmaceutische industrie, Marc Pomp is zelfstandig adviseur gezondheidseconomie.

Canoy en co-auteurs schrijven in de NRC van 25 augustus over ethische dilemma's rond dure geneesmiddelen. Zij schetsen het beeld dat deze middelen bijdragen aan verdringing van zorguitgaven zodat "gezonde levensjaren van onbekende patiënten worden opgeofferd om gezondheidswinst bij enkelen te bereiken." Wij vragen ons af of dit een reëel dilemma is.

Natuurlijk kun je een euro maar één keer uitgeven. Als je meer uitgeeft aan dure geneesmiddelen, zul je aan iets anders dus minder moeten uitgeven. De auteurs zijn echter niet duidelijk over wat dat andere is. Hun voorbeelden suggereren dat dure geneesmiddelen per definitie andere zorg verdringen. Maar de auteurs noemen ook verhoging van de zorguitgaven als mogelijkheid. In dat geval is er verdringing van andere overheidsuitgaven of van private consumptie, geen verdringing binnen de zorg. Of de zorguitgaven al dan niet mogen oplopen is een politieke en niet zozeer ethische keuze.

Stel dat de minister er inderdaad voor kiest de zorguitgaven te laten oplopen. Ook dan stellen de auteurs dat je dat extra geld wellicht beter had kunnen besteden aan minder dure of bestaande zorg die meer gezondheidswinst oplevert. De auteurs noemen wijkverpleging als voorbeeld. Dit is een vals dilemma omdat dergelijke extra zorg al eerder gegeven had kunnen worden. Het is alsof de keuze tussen een appel en een peer afhangt van het al dan niet beschikbaar zijn van bananen. Toen er geen bananen op de fruitmand lagen (geen dure geneesmiddelen) koos u een appel (het bestaande budget voor wijkverpleging). Nu er ook bananen liggen (dure geneesmiddelen) kiest u een peer (een hoger budget voor wijkverpleging). Zo werkt het natuurlijk niet.

Stel dat de minister ervoor kiest om de zorguitgaven *niet* te verhogen en dat hij geen financiële ruimte creëert voor nieuwe dure geneesmiddelen. Dan moet binnen de bestaande zorg financiële ruimte worden gemaakt om deze te betalen. Leidt dat tot verdringing van zorg die meer gezondheidswinst oplevert zoals de auteurs betogen? Of in hun eigen woorden: "Welke groep patiënten wordt de dupe?" Het eerlijke antwoord is: "Dat weten we niet". Want we weten eenvoudigweg niet hoeveel levensjaren in goede gezondheid verloren gaan als je minder geld uitgeeft aan bestaande zorg. Het Zorginstituut heeft hier onlangs onderzoek naar laten doen, maar dit onderzoek bevat zoveel aannames dat we de resultaten als zeer voorlopig moeten beschouwen.

De auteurs vergeten bovendien dat de prijzen van nieuwe geneesmiddelen sterk dalen na afloop van het octrooi. Als we tijdelijk dure nieuwe middelen niet vergoeden, krijgen we op langere termijn minder gezondheidswinst per euro. We moeten door de rijstebrijberg heen van tijdelijk hoge prijzen om uiteindelijk in het zorglekkerland van goede, goedkope zorg voor iedereen te komen.

Met andere woorden, de ethische afwegingen waar de auteurs over schrijven, zijn wellicht in theorie relevant, maar in de praktijk niet aan de orde. Als het zorgbudget vastligt, ontbreekt het empirische fundament. We weten immers niet welke zorg 'verdrongen' wordt, en we weten niet of die zorg per saldo meer of minder kost dan de nieuwe geneesmiddelen. En als de zorguitgaven worden verhoogd zijn deze afwegingen per definitie niet aan de orde. Bovendien moeten we ook rekening houden met toekomstige patiënten, die na afloop van het octrooi goedkoop kunnen beschikken over deze middelen. Adviezen van het Zorginstituut die zich baseren op een ethisch argument dat vergoeding van dure geneesmiddelen op populatieniveau tot gezondheidsverlies leidt, zijn dan ook niet steekhoudend. Zeg dan gewoon: We vinden het te duur.