

29 477 Geneesmiddelenbeleid

Nr. 759 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 juni 2022

In vervolg op mijn brief van 19 april 2022, waarin ik u berichtte dat ik voornemens ben om per 2023 het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) te moderniseren, informeer ik u - met het oog op het verzameldebat pakket, geneesmiddelen en hulpmiddelen van 9 juni aanstaande - bij deze graag over twee verzachtende maatregelen waarmee ik de modernisering gepaard wil laten gaan.

Achtergrond

De GVS-modernisering komt er in de kern op neer dat de vergoedingslimieten van clusters van op populatieniveau onderling vervangbare geneesmiddelen, worden geactualiseerd (herberekend). Hierdoor zal het GVS weer functioneren zoals het bedoeld is, namelijk als instrument voor kostenbeheersing van de farmaceutische zorg. Een herberekening zorgt er immers voor dat voor het overgrote deel van de geneesmiddelen de vergoedingslimiet daalt. Als een fabrikant voor een geneesmiddel een prijs rekent die boven de limiet uitkomt, leidt dit tot een bijbetaling voor de patiënt, die dan dus een reden heeft om over te stappen op een vergelijkbaar geneesmiddel zonder bijbetaling. De fabrikant kan dit voorkomen door de prijs van zijn geneesmiddel op of onder de vergoedingslimiet te brengen.

Periodieke herberekening

De vergoedingslimieten zijn sinds 1998 nooit opnieuw vastgesteld. Onderdeel van de modernisering per 2023 is een herberekening van de vergoedingslimieten op basis van actuele prijzen van geneesmiddelen en daarmee een actualisatie van het systeem. Om te voorkomen dat de vergoedingslimieten later opnieuw verouderen, wordt het GVS vanaf volgend jaar periodiek herberekend. Ik heb u over dit voornemen bericht in mijn brief van 19 april jl¹. Ik heb u echter nog niet geïnformeerd over de lengte van de periode. Ik wil deze bepalen op 2 jaar.

¹ Kamerstuk 29 477, nr. 749.

Dit sluit namelijk aan bij de praktijk. Zo hanteren zorgverzekeraars voor contracten ten behoeve van het door hen gevoerde preferentiebeleid doorgaans een duur van 2 jaar en is in de recent overeengekomen Leidraad verantwoord wisselen van geneesmiddelen bepaald dat partijen streven om patiënten niet meer dan eens per 2 jaar te laten wisselen tussen geneesmiddelen.

Risicobeheersing en verzachtende maatregelen

Belangrijk uitgangspunt voor mij is dat mogelijke, (te) grote risico's als gevolg van de GVS-modernisering voor patiënten beheerst moeten worden. Ik denk hierbij specifiek aan de gevolgen voor de toegankelijkheid, enerzijds als gevolg van excessief hoge bijbetalingen en anderzijds als gevolg van risico op beschikbaarheidsproblemen. Daarom wil ik voor elk van beide risico's een verzachtende maatregel nemen. Ik bespreek de maatregelen hieronder.

a) Maximering eigen bijdrage geneesmiddelen

Wanneer fabrikanten hun prijzen na de herberekening niet aanpassen tot op of onder de nieuwe, vaak lagere, vergoedingslimiet ontstaan bijbetalingen voor patiënten. Het is dus in eerste instantie aan fabrikanten om die bijbetalingen te voorkomen. Doen zij dat niet, dan kunnen patiënten veelal wisselen naar een onderling vervangbaar geneesmiddel zonder bijbetaling. Dat geldt echter niet voor alle patiënten. Hoewel het GVS uitgaat van clusters met onderling vervangbare geneesmiddelen, geldt dat alleen op populatieniveau. Het kan dus voor individuele patiënten om medische redenen toch niet mogelijk zijn om over te stappen op een ander geneesmiddel. Zij moeten dan een middel met bijbetaling gebruiken. Uw Kamer is vorig jaar door de toenmalig minister voor Medische Zorg en Sport bericht dat een medisch inhoudelijk vangnet, waarbij de bijbetaling in deze specifieke medische situaties niet geïnd zou worden, niet haalbaar is. Hiervoor bestond onvoldoende draagvlak². Een financieel vangnet in de vorm van een maximering van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen acht ik wel haalbaar. Daarmee voorkom ik dus voor patiënten die om medische redenen een geneesmiddel met bijbetaling moeten gebruiken dat zij te maken krijgen met (excessief) hoge bijbetalingen. Op dit moment geldt al een tijdelijke maximering van € 250 per patiënt per jaar. Kosten daarboven komen ten laste van de zorgverzekering.

Ik wil deze maatregel voor de jaren 2023 en 2024 continueren. Wanneer de vergoedingslimieten van het GVS na 2 jaar (dus in 2025) opnieuw worden geactualiseerd, kan ook opnieuw worden gezien of voortzetting van de maatregel (nog) nodig is. Tegen die tijd zijn de effecten van de modernisering duidelijk.

² Kamerstuk 29 477, nr. 704.

Ruim 150.000 patiënten zouden na de herberekening in het uiterste scenario³ te maken krijgen met een totale bijbetaling van (soms veel) meer dan € 250 per jaar. Door deze maatregel, de maximering, geldt dat voor deze groep nu dus niet. Overigens, een herberekening neemt in sommige clusters bijbetalingen weg, omdat de vergoedingslimieten daar juist stijgen. Dit betekent dat voor ongeveer 350.000 patiënten de huidige bijbetaling vervalt als gevolg van de herberekening.

Het is niet uit te sluiten dat ook financieel kwetsbaren met bijbetalingen te maken krijgen. Personen met lagere inkomens hebben gemiddeld genomen namelijk ook meer farmaciekosten.

Ook daarom wil ik de maximering van de eigen bijdrage van het GVS continueren. Daarnaast heeft het Kabinet het eigen risico van de zorgverzekering bevroren op

€ 385 per jaar tot en met 2025. Deze maatregelen dragen bij aan de doelstelling uit het Coalitieakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst' (2021) waarin is aangegeven in te zetten op het monitoren en voorkomen van stapeling van zorgkosten. Het monitoren wordt onder andere gedaan door het publiceren van kerncijfers over eigen betalingen in het kader van de Staat van de Volksgezondheid en Zorg. In de Staat van de Volksgezondheid en Zorg is overigens ook aandacht voor de financiële toegankelijkheid van zorg.⁴

b) Maatregel ter bescherming van de zogenoemde 'onderkant van de markt'

Fabrikanten hebben bij herhaling aangegeven dat verdere prijsdruk, bijvoorbeeld als gevolg van een herberekening van het GVS, het risico met zich meebrengt dat het voor sommige geneesmiddelen niet langer rendabel is om deze op de Nederlandse markt te houden of te brengen. Hoewel harde cijfers ontbreken, zijn er wel enkele cijfers die dit signaal lijken te ondersteunen. Zo had verreweg het merendeel van de geneesmiddelen waarvan de handelsvergunning is ingetrokken in 2021 een omzet onder de € 50.000 in Nederland per jaar en blijkt dat de vergoedingslimieten van geneesmiddelen uit clusters met een relatief lage omzet gemiddeld met ongeveer 30% dalen als gevolg van de herberekening. Ondanks dat hard bewijs ontbreekt, valt daarom toch niet uit te sluiten dat door de herberekening een geneesmiddel van de markt wordt gehaald omdat het niet langer rendabel is dit middel op de markt te houden. Dit terwijl het betreffende middel voor sommige patiënten medisch het aangewezen middel kan zijn. Bovendien heeft de herberekening een ongewenst bijeffect als clusters daardoor verschrallen. Doel van deze voorzorgsmaatregel is dus om de beschikbaarheid van geneesmiddelen zoveel

³ Dat is het scenario waarin geen enkele fabrikant zijn prijzen aanpast en geen enkele patiënt wisselt van geneesmiddel.

⁴ Zie <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/financi%C3%A5le-toegankelijkheid-afzien-van-zorg-vanwege-de-kosten>.

mogelijk te behouden daar waar dat mede als gevolg van de herberekening in het gedrang zou kunnen komen.

Opgemerkt moet worden dat het niet mogelijk is om vooraf precies aan te wijzen welke clusters kwetsbaar kunnen zijn. Hiervoor is inzicht in de marges van producten noodzakelijk en dat is niet beschikbaar. Voorgesteld wordt daarom om de nog te bepalen clusters die als mogelijk kwetsbaar aangemerkt kunnen worden, na de herberekening structureel te voorzien van een opslag. Het aanwijzen van deze clusters gebeurt dan op basis van de omzet in dat cluster. Ook het in opdracht van VWS recent uitgevoerde onderzoek van Berenschot naar de onderkant van de markt⁵ hanteerde deze werkwijze. Hiermee wordt de gemiddelde prijsdruk als gevolg van de herberekening voor producten in deze clusters gecompenseerd. Dat betekent overigens niet dat dit voor elk individueel geneesmiddel gebeurt, maar gemiddeld wordt de prijsdruk in het cluster teniet gedaan.

Ik bericht u deze zomer in meer detail over deze maatregel, zoals welke clusters het betreft en de hoogte van de opslag, en ook over hoe ik binnen de Wet geneesmiddelenprijzen opvolging wil geven aan Berenschot rapport.

Communicatie

Herberekening van de vergoedingslimieten van het GVS is primair gericht op het stimuleren van prijsaanpassingen door fabrikanten van relatief dure geneesmiddelen.

Daar waar dit niet gebeurt, doe ik een beroep op patiënten en zorgverleners om doelmatige keuzes te maken en dit op zorgvuldige wijze uit te voeren, zoals ik heb gezegd in mijn brief van 19 april. Ik heb daarin ook gezegd dat het GVS patiënten en zorgverleners in principe handelingsperspectief biedt. Daarvoor is goede communicatie over de herberekening en de mogelijke consequenties voor de patiënt een voorwaarde. Communicatie is ook belangrijk om (financieel) kwetsbare mensen, met minder 'doenvermogen', te begeleiden. Ik ben daarom voornemens om gezamenlijk met partijen een communicatieplan te ontwikkelen en uit te voeren. Ik heb partijen uitgenodigd deel te nemen aan een projectgroep 'communicatie GVS-modernisering'. Het is belangrijk dat de partijen onderling en met VWS samenwerken om te zorgen dat een eenduidige boodschap patiënten tijdig bereikt.

Monitoring

Mede omdat het gedrag van fabrikanten (en patiënten) niet goed valt te voorspellen, zijn de exacte uitkomsten van de herberekening onzeker (binnen

⁵ Zie Kamerstuk 29 477, nr. 741.

zekere marges). Om onwenselijke uitkomsten tijdig op het spoor te komen, zal ik de Stichting Farmaceutische Kerngetallen (SFK) opdracht geven om de gevolgen van de herberekening en de genoemde verzachtende maatregelen te monitoren en hierover te rapporteren.

Tot slot

Ook heb ik SIRA Consulting opdracht gegeven om onderzoek te doen naar de regeldrukeffecten van de modernisering. Wanneer ik u rond de zomer opnieuw informeer over de GVS-modernisering, stuur ik u dit rapport tevens toe.

Ik besef dat betrokkenen gebaat zijn bij tijdige en duidelijke informatie opdat zij zelf tijdig de modernisering kunnen vertalen naar het eigen beleid voor 2023 en zij zich kunnen voorbereiden op de uitvoering. Daarom informeer ik hen, en uw Kamer, geregeld over tussentijdse stappen en ben ik met hen in gesprek over de inhoud, de gevolgen en de nodige voorbereidingen van de GVS-modernisering.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers