

Vergaderjaar 2013–2014

**29 477**

**Geneesmiddelenbeleid**

**Nr. 270**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 februari 2014

Naar aanleiding van het ordedebat van 5 februari 2014 (Handelingen II 2013/14, nr. 50, Regeling van Werkzaamheden), brengt u mij het verzoek over van de heer Van Gerven (SP) om te reageren op een uitlating van de heer Marijn Dekkers, topman van het farmaceutische bedrijf Bayer, zoals weergegeven in de Telegraaf van 31-01-2014. Uit het bijgevoegde stenogram blijkt dat de heer Van Gerven eveneens verzocht om in te gaan op de prijsvorming van geneesmiddelen.

Allereerst wil ik opmerken dat uitlatingen van topmanagers van farmaceutische bedrijven voor rekening van hen zelf komen. Daarnaast is het niet goed mogelijk om uitgebreid inhoudelijk op alle uitlatingen van deze topmensen te reageren. Simpelweg omdat er te veel uitlatingen zijn en omdat ik de context waarin die uitspraken zijn gedaan niet altijd ken.

De uitspraak van de topman van Bayer: «Nee, want laten wij eerlijk zijn, wij hebben dit product niet ontwikkeld voor de Indiase markt. Wij hebben dit product ontwikkeld voor Westerse patiënten die het zich kunnen veroorloven, eerlijk gezegd», is gedaan, naar ik begreep, naar aanleiding van een octrooiprocedure in India met betrekking tot het geneesmiddel Sorafenib (merknaam Nexavar).

Behandeling met het oorspronkelijke middel van Bayer zou 67.000 dollar per patiënt kosten. Behandeling met de lokaal gemaakte variant zou 177 dollar per patiënt per behandeling kosten. Het verschil in prijs van de behandeling is een illustratie van het dilemma waarmee minder welvarende landen worden geconfronteerd ten aanzien van de beschikbaarheid van noodzakelijke geneesmiddelen voor hun bevolking<sup>1</sup>. Tegenover het belang van deze landen staat het belang van de farmaceutische industrie en de maatschappij om de door hen gemaakte research- en ontwikkelings-

<sup>1</sup> Ik heb een dergelijk solidariteitsprobleem op Europees niveau al aangestipt in de brief van 19 mei 2011, Kamerstuk 29 248, nr. 209.

kosten te kunnen terugverdienen en om nieuwe geneesmiddelen te kunnen ontwikkelen. Deze materie wordt onder andere geadresseerd in het zogenaamde Tripps-verdrag (Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights). Dit is een verdrag van de Wereldhandelsorganisatie (WTO) omtrent intellectuele eigendom. Dit verdrag gaat uit van het beginsel dat bescherming van het intellectuele eigendom nodig is om vernieuwingen te stimuleren.

Daarop zijn uitzonderingen en daarnaast geldt specifieke Indiase regelgeving. Ik ga mij verder niet uitlaten over deze concrete zaak die kennelijk onder de rechter is in India.

Voordat ik in ga op het Nederlandse prijsbeleid wil ik opmerken dat wij in Nederland een ziektekostenverzekering hebben die wij met zijn allen betalen. Hierdoor zijn heel dure behandelingen en geneesmiddelen beschikbaar voor alle verzekerden, ook degenen die op eigen rekening niet kunnen betalen. Maar het is duidelijk dat wij naast toegankelijkheid ook moeten kijken naar de betaalbaarheid.

Op zich zelf is het natuurlijk verheugend en hoopgevend dat er nieuwe behandelmogelijkheden beschikbaar komen voor artsen en patiënten. Het is van groot belang dat nieuwe effectieve geneesmiddelen toegankelijk worden gemaakt voor patiënten. Om dit ook voor langere termijn mogelijk te maken en te financieren vanuit collectieve middelen is het zaak dat de nieuwe behandelingen niet met bovenmatig hoge kosten gepaard gaan en op een effectieve en doelmatige wijze in de praktijk worden toegepast. Prijzen dienen dus niet onredelijk hoog te zijn, ook in relatie tot de relatieve toegevoegde waarde van de middelen, en de middelen moeten worden toegepast bij patiënten die daar baat bij hebben en erop zijn aangewezen. Ik zie hier een gedeelde verantwoordelijkheid voor behandelaren, farmaceutische bedrijven en, waar noodzakelijk, de overheid.

Het in goede banen leiden van de toestroom van nieuwe geneesmiddelen en de opname daarvan in het pakket, vraagt dus zowel aandacht voor de prijsstelling als voor het gepast gebruik. Om de nieuwe geneesmiddelen betaalbaar en toegankelijk te houden zet ik daarom in op een mix van waarborgen en maatregelen gericht op de prijzen dan wel het gepast gebruik van de geneesmiddelen, waaraan zowel overheid als partijen zelf invulling geven:

- Ook voor dure intramurale specialistische geneesmiddelen worden maximumprijzen vastgesteld.
- Nieuwe unieke geneesmiddelen die hogere kosten met zich meebrengen worden beoordeeld door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) op hun toegevoegde waarde, en in hoeverre die zich verhoudt tot de meerkosten; zo wordt de vergoeding beperkt tot die toepassingsgebieden waarvoor een therapeutische meerwaarde is aangetoond.
- Toelating tot het verzekerde pakket gaat vaak gepaard met de voorwaarde voor aanvullend onderzoek naar kosteneffectiviteit en gepast gebruik, wat uiteindelijk kan leiden tot een meer doelmatige plaats van het middel in behandelrichtlijnen.
- Medisch specialisten worden gestimuleerd en ondersteund om de effecten van nieuwe dure geneesmiddelen in de praktijk te monitoren via registraties, hetgeen bijdraagt aan het verkrijgen van meer inzicht in de feitelijke waarde en doelmatige toepassing van de nieuwe middelen.
- Commissies van medisch specialisten kijken zelf ook kritisch naar nieuwe geneesmiddelen en hoe deze zich verhouden tot bestaande behandelingen en brengen standpunten uit over de plaats van die middelen binnen het behandelarsenaal.

- Dure kankermedicijnen zijn in 2013 overgeheveld naar de ziekenhuisbesteding; dit biedt betere prikkels voor een doelmatige en kwalitatieve inzet van de kankermedicijnen in het ziekenhuis.
- Door de overheveling van kankermedicijnen naar de ziekenhuisbesteding worden randvoorwaarden geschapen voor prijscompetitie tussen leveranciers van geneesmiddelen en worden ziekenhuizen gestimuleerd om in gevallen waarin er sprake is van concurrerende geneesmiddelen lagere prijzen te bedingen.
- In individuele cases waarbij sprake is van nieuwe unieke geneesmiddelen met bovenmatig hoge kosten en die niet onderhevig zijn aan prijscompetitie, kunnen via een prijsarrangement bij het pakketbesluit de prijzen/kosten worden gedrukt. Hierbij kan ook rekening worden gehouden met volumeontwikkelingen.

Volledigheidshalve merk ik op dat voor Sorafenib 200 mg een maximumprijs geldt van 32,85 euro per tablet overeenkomstig de gemiddelde prijs van dit geneesmiddel in de referentielanden van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp). Voor een meer uitvoerige beschrijving van de prijsvorming van geneesmiddelen verwijs ik naar mijn brief van 31 mei 2013 over het onderzoek naar de werking en de toekomstbestendigheid van de Wgp (Kamerstuk 29 477, nr. 245). Tot 1 januari 2013 viel Sorafenib onder de extramurale aanspraak farmaceutische zorg. Vanaf 1 januari 2013 is het geneesmiddel overgeheveld naar de aanspraak geneeskundige zorg en komen de uitgaven voor het geneesmiddel ten laste van de ziekenhuis.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers