

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

161

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Minister voor Medische Zorg over *het feit dat patiënten soms zonder medische noodzaak moeten wisselen naar een andere dosering van medicatie, waardoor zij meer moeten bijbetalen voor dezelfde hoeveelheid werkzame stof* (ingezonden 14 juli 2021).

Antwoord van Staatssecretaris **Blokhuis** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (vragen gesteld aan de Minister voor Medische Zorg, beantwoord door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 5 oktober 2021).

Vraag 1

Wat is uw oordeel over het feit dat patiënten soms zonder medische noodzaak moeten wisselen naar een andere dosering van de medicatie, waardoor zij meer moeten bijbetalen voor dezelfde hoeveelheid werkzame stof?¹

Antwoord 1

Er kunnen verschillende oorzaken zijn waarom patiënten moeten wisselen naar een andere dosering van de medicatie zonder dat hier een medische reden voor is. Dit kan betekenen dat patiënten dan met een (hogere) bijbetaling te maken krijgen. Deze situatie kan ontstaan als gevolg van een landelijk tekort aan de bijbetalingsvrije optie. Het kabinet vindt dit een onwenselijke situatie en heeft aan uw Kamer aangekondigd dit op te willen lossen als onderdeel van een modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).²

Het kan ook voorkomen dat als gevolg van het inkoopbeleid van apothekers patiënten moeten wisselen naar een andere dosering, waardoor de patiënt te maken kan krijgen met een (hogere) bijbetaling. Dit kan worden voorkomen als arts en apotheker in overleg met de patiënt een middel of een dosering kiezen zonder bijbetaling, of met een zo laag mogelijke bijbetaling.

Vraag 2

Hoe vaak komt het voor dat patiënten te maken krijgen met hogere bijbetalingen als gevolg van een andere dosering van de medicatie, terwijl de voorgeschreven hoeveelheid werkzame stof hetzelfde blijft?

¹ Onderhands meegestuurde casus

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 29 477, nr. 704

Antwoord 2

Ik weet niet hoe vaak dit voorkomt. Binnen de systematiek van het GVS kan het voorkomen dat er op geneesmiddelen bijbetalingen ontstaan. Het GVS stelt namelijk vergoedingslimieten gebaseerd op prijzen van producten die onderling vervangbaar met elkaar zijn. Hiermee stimuleert VWS prijsconcurrentie tussen fabrikanten. Als een fabrikant een prijs vraagt die hoger is dan de vergoedingslimiet, geldt er een bijbetaling voor de patiënt. Het is dan aan arts en apotheker om in overleg met de patiënt een middel of een dosering te kiezen zonder bijbetaling, of met een zo laag mogelijke bijbetaling.

Vraag 3

Komt dit ook voor bij medicijnen waar hoge bijbetalingen voor gelden?

Antwoord 3

Het is niet uitgesloten dat dit ook bij geneesmiddelen met hoge bijbetalingen voorkomt, maar ik heb hier geen zicht op. Ik wil graag herhalen dat het in eerste instantie aan fabrikanten is om bijbetalingen voor patiënten te voorkomen door hun prijzen te matigen. Anders kunnen arts en apotheker in overleg met de patiënt waar mogelijk kiezen voor een middel zonder bijbetaling of met een zo laag mogelijke bijbetaling. In dit verband is het relevant te melden dat de eigen bijdragen aan geneesmiddelen tot en met dit kalenderjaar gemaximeerd zijn op € 250 per patiënt per jaar. Uw Kamer heeft op 8 juli 2021 een motie van het lid Ellemeet c.s. aangenomen, die het kabinet verzoekt deze maximering te verlengen tot 1 januari 2023.³ Ik zal uitvoering geven aan deze motie en de Regeling zorgverzekering daartoe wijzigen en publiceren in de Staatscourant.

Vraag 4

Wat is de oorzaak van het feit dat patiënten soms een andere dosering meekrijgen bij de apotheek, zonder dat hier een medische noodzaak voor is?

Antwoord 4

Specifieke patiëntkenmerken (zoals het lichaamsgewicht), het ontstaan van een landelijk tekort aan een bepaalde dosering of het inkoopbeleid van apothekers zijn oorzaken waarom patiënten soms een andere dosering meekrijgen bij de apotheek.

Vraag 5

Bent u het ermee eens dat het onwenselijk is dat patiënten voor hetzelfde medicijn in vergelijkbare gevallen verschillende bedragen moeten bijbetalen?

Antwoord 5

Het GVS stimuleert arts en apotheker om in overleg met de patiënt een geneesmiddel of een dosering te kiezen zonder bijbetaling, of met een zo laag mogelijke bijbetaling. Als het om medisch-inhoudelijke redenen niet verantwoord is of als sprake is van een landelijk tekort kan hiervan worden afgeweken. Hiermee wordt zoveel mogelijk voorkomen dat patiënten voor hetzelfde geneesmiddel in vergelijkbare gevallen verschillende bedragen moeten betalen.

Vraag 6

Wat zijn volgens u de mogelijkheden om dit te voorkomen?

Antwoord 6

Het is aan arts en apotheker om in overleg met de patiënt een geneesmiddel of sterkte te kiezen zonder bijbetaling, of met een zo laag mogelijke bijbetaling. Het kan voorkomen dat patiënten een geneesmiddel met een bijbetaling moeten gebruiken, omdat er een landelijk tekort is aan de bijbetalingsvrije optie. Het kabinet vindt dit een onwenselijke situatie en heeft aan uw Kamer aangekondigd dit op te willen lossen als onderdeel van een modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).⁴

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 29 477, nr. 714 (motie)

⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 29 477, nr. 704

Vraag 7

Bent u het ermee eens dat het onwenselijk is dat mensen bij moeten betalen voor medicijnen die ze nodig hebben om gezond te blijven?

Antwoord 7

Ik vind dat het in eerste instantie aan de fabrikant is om bijbetalingen voor patiënten te voorkomen. Het GVS is ontworpen om fabrikanten te stimuleren om een geneesmiddel aan te bieden voor een prijs die onder of op de vergoedingslimiet ligt. Bijbetalingen ontstaan immers alleen als de fabrikant een prijs vraagt die hoger is dan de vergoedingslimiet. Dit stimuleert prijsconcurrentie tussen fabrikanten en matigt daarmee de prijzen van geneesmiddelen. Het GVS stimuleert vervolgens artsen en patiënten om een doelmatig geneesmiddel zonder bijbetaling te kiezen. Met het oog op de houdbaarheid van de zorguitgaven, vindt het kabinet deze stimulans tot doelmatigheid belangrijk en daarmee dus ook wenselijk. De eventuele bijbetalingen zijn gemaximeerd tot € 250 euro per patiënt per jaar, omdat het kabinet de stapeling van zorgkosten wil beperken voor mensen die veel zorg nodig hebben.

Vraag 8

Bent u het ermee oneens dat het oneerlijk is dat mensen die een operatie moeten ondergaan – met uitzondering van het eigen risico – niet hoeven bij te betalen terwijl dit bij een aantal geneesmiddelen dat in het pakket zit wel het geval is?

Antwoord 8

Nee, ik vind het niet oneerlijk. Iedereen in Nederland heeft toegang tot kwalitatief goede zorg tegen een betaalbare prijs. Daar betalen we allemaal aan mee via belastingen, premies en eigen betalingen. De financiering van de zorg is in hoge mate gebaseerd op solidariteit: als je gezond bent, betaal je mee voor wie ziek is; als je jong bent, betaal je mee voor ouderen; en als je veel verdient, betaal je mee voor mensen met lage inkomens. Juist om het draagvlak voor die solidariteit te bewaren, is gekozen voor een systeem van eigen bijdragen en het eigen risico. Zowel bij een operatie als bij het gebruik van geneesmiddelen geldt het eigen risico. Alleen als de fabrikant het geneesmiddel boven de vergoedingslimiet prijst, hebben patiënten daarnaast ook te maken met een bijbetaling. Deze bijbetaling is dan wel gemaximeerd op € 250 per patiënt per jaar, om de stapeling van zorgkosten voor mensen die veel zorg nodig hebben te beperken.

Op 5 juli 2021 heeft de toenmalige Minister voor MZS de monitor maximering eigen bijdragen geneesmiddelen 2020 naar de Tweede Kamer gestuurd.⁵ Daarin is te lezen dat in 2020 twaalf miljoen mensen één of meerdere extramurale geneesmiddelen uit het GVS gebruikten en dat de kosten daarvan € 2,4 miljard bedroegen. In 2020 betaalden twee miljoen mensen in totaal bijna € 66 miljoen bij voor hun geneesmiddelen. Voor driekwart van hen was de totale bijbetaling in dat jaar maximaal € 10.

Vraag 9

Waarom worden medisch noodzakelijke geneesmiddelen niet gewoon vergoed?

Antwoord 9

Het doel van het stellen van vergoedingslimieten en de eigen bijdrage is om de betaalbaarheid en doelmatigheid van onze zorg te bevorderen. Het GVS is zo ontworpen dat fabrikanten worden gestimuleerd om een geneesmiddel aan te bieden zonder dat er een bijbetaling ontstaat voor de patiënt. Het systeem stimuleert immers, door het stellen van vergoedingslimieten voor onderling vervangbare geneesmiddelen, concurrentie tussen fabrikanten. Ook stimuleert het systeem artsen om in overleg met de apotheker en patiënt te kiezen voor een geneesmiddel zonder bijbetaling.

De consequentie van dit ontwerp is dat patiënten die gebruik maken van een geneesmiddel met een prijs boven het vergoedingslimiet hiervoor een eigen

⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 29 477 nr. 712

bijdrage betalen. Deze bijbetalingen zijn wel gemaximeerd op € 250 per patiënt per jaar.

Vraag 10

Wilt u deze vragen één voor één beantwoorden?

Antwoord 10

Ja.