

Vergaderjaar 2021–2022

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 749

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 april 2022

In Nederland heeft de patiënt via de apotheek toegang tot betaalbare en goede geneesmiddelenzorg. Dat is een groot goed, maar geen vanzelfsprekendheid. Veranderende (markt)omstandigheden maken blijvende inzet nodig. Mijn inzet is gericht op drie belangrijke kernwaarden, namelijk a) de kwaliteit van de geleverde zorg, b) de toegankelijkheid van de extramurale farmaceutische zorg voor patiënten, in termen van beschikbaarheid en betaalbaarheid voor patiënten, en c) de macrobetaalbaarheid van die zorg, nu en in de toekomst. Het ene beleid is vooral gericht op het borgen en verder verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg, zoals (het ondersteunen van) de veldafspraken over verantwoord wisselen, en ander beleid is weer gericht op het verder verbeteren van de toegankelijkheid, zoals het veiligheidsvoorraadbeleid. Over dit laatste onderwerp informeer ik u op korte termijn. Ik ben me bewust van de onderlinge verwevenheid van de verschillende beleidsmaatregelen en mogelijke effecten over en weer. Ik bekijk het beleid dan ook in zorgvuldige samenhang. Omdat het beleid met elkaar samenhangt, versterkt het elkaar op punten, maar vraagt dit soms ook om moeilijke onderlinge afwegingen. Deze brief gaat over een maatregel die primair gericht is op het betaalbaar houden van de Nederlandse zorg: de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS).

In het regeerakkoord «Vertrouwen in de Toekomst» van het kabinet-Rutte III (2017) is een taakstelling opgenomen voor extramurale genees- en hulpmiddelen van € 467 miljoen (Kamerstuk 34 700, nr. 34). Sluitpost daarvan is een structurele besparing van € 140 miljoen door middel van een herberekening van het GVS per 1 januari 2023. In de Kamerbrief van 10 mei 2021 heeft toenmalig Minister voor Medische Zorg en Sport uw Kamer geïnformeerd dat een herberekening van de vergoedingslimieten met een medisch inhoudelijk vangnet voor patiënten niet haalbaar is gebleken en dat verdere besluitvorming over het GVS daarmee aan het

nieuwe kabinet zou worden gelaten.¹ Verder geeft de toenmalig Minister voor MZS aan alvast een alternatief in voorbereiding te nemen waarbij de herberekening gepaard gaat met een financieel vangnet voor patiënten. In deze brief laat ik u weten dat ik besloten heb de geplande GVS-herberekening per 1 januari 2023 te realiseren, conform de budgettaire bijlage bij het coalitieakkoord. Vanwege de mogelijke gevolgen hiervan voor patiënten, ben ik voornemens de herberekening gepaard te laten gaan met één of meer verzachtende maatregelen en zo het GVS te «moderniseren». Ik denk dan ten eerste aan een financieel vangnet voor patiënten (een maximering van de eigen bijdrage). Daarnaast onderzoek ik de noodzaak en mogelijkheid van een verzachtende maatregel gericht op het beschermen van (potentieel) kwetsbare geneesmiddelen aan de zogenoemde onderkant van de geneesmiddelenmarkt om beschikbaarheidsproblemen als gevolg van de herberekening te voorkomen.

Achtergrond Geneesmiddelenvergoedingssysteem²

Het GVS maakt voor iedereen duidelijk op welke extramurale geneesmiddelen – geneesmiddelen die op recept door de apotheek worden verstrekt – aanspraak bestaat vanuit de basisverzekering en hoe hoog de vergoeding is. Het GVS deelt vergelijkbare geneesmiddelen in groepen (of clusters) in, en geeft daarmee aan welke middelen op populatieniveau onderling vervangbaar zijn. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) adviseert de Minister over opname en de plaats van geneesmiddelen in het GVS. Elk geneesmiddel in een cluster krijgt een vergoedingslimiet die gebaseerd is op de prijzen van de andere, vergelijkbare, middelen in het cluster. Hiermee zorgen we dat we niet méér betalen voor geneesmiddelen die voor eenzelfde doel worden ingezet. Als een fabrikant een prijs rekent die hoger is dan de vergoedingslimiet, betaalt de verzekerde patiënt het verschil; deze eigen bijdrage wordt ook wel de GVS-bijbetaling genoemd. Patiënten en voorschrijvers kunnen dan samen voor een vergelijkbaar geneesmiddel uit het cluster kiezen zonder bijbetaling. Dit stimuleert fabrikanten een prijs te rekenen die op of onder de vergoedingslimiet ligt, zodat voor de patiënt geen bijbetaling ontstaat. Het GVS is daarmee mede bedoeld als instrument om de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen te beheersen. Voor de volledigheid, geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn, zijn niet ingedeeld in een cluster, hebben daarom geen vergoedingslimiet en worden volledig vergoed.

Herberekening vergoedingslimieten

De uitgaven beheersende werking van het GVS is in de loop der jaren afgezwakt: de vergoedingslimieten zijn sinds 1998 nooit opnieuw vastgesteld terwijl het gemiddelde prijsniveau in het overgrote deel van de clusters is gedaald. De vergoedingslimieten zijn dus hoger dan nodig is. De uitgaven beheersende functie van het GVS voor het realiseren van doelmatige en betaalbare farmaceutische zorg is daardoor nu onvoldoende benut, met name voor relatief dure merkgeneesmiddelen.

Om deze reden wil ik per 1 januari 2023 een herberekening van de vergoedingslimieten doorvoeren en daarmee het systeem weer toepassen zoals het bedoeld is. Door middel van een herberekening worden de vergoedingslimieten geactualiseerd. Voor de herberekening hanteer ik de peildatum 1 februari 2022.

¹ Zie Kamerstuk 29 477, nr. 704.

² Zie voor nadere uitleg van het GVS de Kamerbrief van 27 januari 2020 (Kamerstuk 29 477, nr. 644).

Dat betekent dat de op dat moment aanwezige producten in de clusters tegen de dan geldende prijzen meewegen in de bepaling van de nieuwe vergoedingslimieten.

Ook ben ik voornemens de herberekening periodiek toe te passen, zodat we voorkomen dat vergoedingslimieten opnieuw flink verouderen en de uitgaven beheersende functie van het GVS opnieuw afneemt. Over de periode informeer ik u voor de zomer.

Spookclusters en combinatiepreparaten

De herberekening van de vergoedingslimieten vormt een goede aanleiding om ook enkele andere zaken nader te regelen. Zo zijn in de loop der tijd door het verdwijnen van middelen zogenoemde spookclusters ontstaan. Dit zijn clusters waarin nog slechts één geneesmiddel is opgenomen (terwijl het uitgangspunt van het GVS is dat clusters bestaan uit meerdere middelen die onderling vervangbaar zijn). Op basis van een advies van ZIN worden deze middelen binnen het GVS herplaatst. Hierdoor vervallen mogelijk ook bijbetalingen voor patiënten en wordt het GVS opgeschoond. Daarnaast zal ook de rekensystematiek van combinatiepreparaten³ in het GVS worden aangepast. Na de herberekening kan voor alle onderling vervangbare combinatiepreparaten een bijbetaling ontstaan. Om dat te voorkomen worden – wederom op advies van ZIN – combinatiepreparaten geclusterd en wordt altijd één bijbetalingsvrij middel aangewezen per cluster (zoals dat ook bij de clusters voor geneesmiddelen met één werkzame stof, de zogenoemde monopreparaten, geldt).

Impact voor patiënten

Ik ben mij bewust dat, wanneer fabrikanten hun prijzen niet matigen, een herberekening (grote) gevolgen kan hebben voor patiënten en zorgverleners. Immers als de fabrikant een geneesmiddel prijst boven de (nieuwe) vergoedingslimiet, betaalt de patiënt het verschil zelf. Ik doe daarom een expliciet beroep op fabrikanten van relatief dure geneesmiddelen om hun prijzen te matigen.

Mijn voorganger heeft u geïnformeerd dat in het uiterste scenario⁴, waarin geen enkele fabrikant de prijzen matigt en geen enkele patiënt wisselt naar een geneesmiddel zonder bijbetaling, een herberekening leidt tot een bijbetaling op één of meer geneesmiddelen voor 6 miljoen patiënten. Hiervan gebruiken 3,1 miljoen patiënten een geneesmiddel chronisch. In 2021 moesten 2,4 miljoen mensen voor één of meer geneesmiddelen bijbetalen.⁵ Voor net iets minder dan de helft van de patiënten bedraagt de totale eigen bijdrage na de herberekening in het uiterste scenario maximaal € 5 per jaar, in ongeveer 80% van de gevallen is de totale bijbetaling per jaar maximaal € 50. Ruim 150.000 patiënten zouden in die situatie te maken krijgen met een totale bijbetaling van meer dan € 250 per jaar. 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.

³ Dit zijn geneesmiddelen met meer dan één werkzame stof in een vaste combinatie.

⁴ Deze aantallen zijn gebaseerd op een analyse van Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) waarbij 1 april 2020 is gehanteerd als peildatum. De combinatiepreparaten zijn uitgesloten van deze analyse.

⁵ Zie berichtgeving van het SFK: <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2022/maximeringsregeling-gvs-helpt-63-000-mensen>.

Maximering eigen bijdrage voor geneesmiddelen

Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat het GVS zo is opgezet dat het patiënten en zorgverleners in principe handelingsperspectief biedt: zij kunnen ervoor kiezen bij te betalen, of te wisselen naar een geneesmiddel zonder bijbetaling. Een bijbetaling kan voor sommige patiënten echter financieel moeilijk op te brengen zijn. En sommige patiënten kunnen vanwege medische redenen, zoals een allergie voor een hulpstof, zijn aangewezen op een middel met bijbetaling. Deze bijbetaling is dan niet te vermijden, omdat wisselen voor hen vanuit medisch oogpunt geen optie is.

Ik wil de herberekening daarom gepaard laten gaan met één of meer verzachtende maatregelen, waaronder tenminste een financieel vangnet voor patiënten: een maximering van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen. In de jaren 2019 tot nu zijn de bijbetalingen voor geneesmiddelen al tijdelijk gemaximeerd tot een bedrag van € 250 per patiënt per jaar. Over de hoogte van de maximering per 2023, wanneer de modernisering van het GVS wordt doorgevoerd, informeer ik u voor de zomer van 2022. Deze maatregel past in het coalitieakkoord waarin expliciet gesproken wordt over het monitoren en beperken van bijbetalingen in de zorg en maximering van de eigen bijdrage bij het GVS.⁶

Aandacht voor de onderkant van de markt

Naast de maximering van de eigen bijdrage aan geneesmiddelen heb ik ook aandacht voor de toegankelijkheid van patiënten tot geneesmiddelen aan de zogenoemde onderkant van de geneesmiddelenmarkt. Een deel van de geneesmiddelen in het GVS heeft een (zeer) lage omzet. 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. Dit brengt een risico voor patiënten met zich mee en dat neem ik serieus. Daarom onderzoek ik of het nodig en mogelijk is om uit voorzorg potentieel kwetsbare geneesmiddelen te beschermen tegen eventuele te sterke prijsdruk waardoor beschikbaarheidsproblemen voor patiënten kunnen ontstaan. Ik verwacht uw Kamer hierover voor de zomer verder te informeren.

Tot slot

Met de GVS-modernisering zorgen we ervoor dat het GVS nu en in de toekomst opnieuw als uitgaven beheersend instrument kan worden toegepast en publieke middelen doelmatiger worden besteed. Dat is – gelet op de almaar stijgende zorgkosten – in ons aller belang. Uit oogpunt van zorgvuldigheid, ben ik zoals gezegd voornemens één of meerdere verzachtende maatregelen te nemen. Ik wijs er echter op dat alle partijen hun rol te spelen hebben. Ik verwacht dat fabrikanten van relatief dure geneesmiddelen hun prijzen matigen en doe een beroep op patiënten en zorgverleners om doelmatige keuzes te maken en dit op zorgvuldige wijze uit te voeren. Zo houden we een breed en betaalbaar verzekerd pakket aan geneesmiddelen beschikbaar voor patiënten en artsen. Ik realiseer me dat dit het nodige vraagt van verschillende partijen. Ik wil hen dan ook tijdig informeren en betrekken bij de verdere voorbereidingen van de uitvoering van de

⁶ Coalitieakkoord «Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst», 15 december 2021. Kamerstuk 35 788, nr. 77.

GVS-modernisering. Ik ga daarom op korte termijn met alle partijen in gesprek en blijf dit ook de aankomende periode regelmatig doen.

Zoals gezegd informeer ik uw Kamer voor de zomer van 2022 over de periode van de herberekening, de hoogte van de maximering van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen en de mogelijkheid tot het beschermen van kwetsbare geneesmiddelen tegen eventueel te sterke prijsdruk. Ik zal u in deze brief ook in den brede informeren over de stand van zaken van de GVS-modernisering.

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