

Vergaderjaar 2020–2021

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 704

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 mei 2021

Zoals eerder aan uw Kamer gemeld¹ was ik voornemens om de taakstelling voor de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) in te vullen met twee hoofdelementen: namelijk een periodieke herberekening van de vergoedingslimieten en een vangnet voor patiënten die om medische redenen aangewezen zijn op een geneesmiddel met een bijbetaling. Met deze brief wil ik u informeren dat ik dit vangnet niet langer haalbaar acht en daarmee de maatregel als geheel vooralsnog wordt opgeschort en aan het nieuwe kabinet wordt gelaten.

Achtergrond

In het regeerakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 34 700, nr. 34) «Vertrouwen in de Toekomst» van het kabinet-Rutte III is een taakstelling opgenomen voor extramurale genees- en hulpmiddelen van € 467 miljoen. Sluitpost daarvan is de taakstelling van € 140 miljoen structureel vanaf 2023² door middel van een modernisering van het GVS. Voor de taakstelling op de GVS-modernisering was ik voornemens om de vergoedingslimieten periodiek te actualiseren én een vangnet (voor bijbetalingen) voor patiënten te introduceren.

Herberekening GVS-vergoedingslimieten

Het GVS deelt geneesmiddelen die in het algemeen therapeutisch gelijkwaardig zijn in groepen (of clusters) in. Alle middelen in zo'n cluster hebben een vergoedingslimiet die gebaseerd is op de prijzen van de middelen in het cluster. Vraagt de fabrikant een prijs die hoger is dan de vergoedingslimiet, dan moet de patiënt het verschil zelf betalen. Dit

¹ Kamerstuk 29 477 nrs. 644 en 690.

² In het regeerakkoord gold de taakstelling vanaf de tweede helft van 2021. De modernisering van het GVS is echter twee keer uitgesteld, zoals aangekondigd in de volgende Kamerbrieven: Kamerstuk 29 477, nrs. 657 en 684.

stimuleert prijsconcurrentie tussen fabrikanten en matigt daarmee de prijzen van geneesmiddelen. Met een prijsverlaging voorkomen fabrikanten immers bijbetalingen en/of wisselingen voor patiënten. Ook stimuleert het artsen en patiënten om een doelmatig geneesmiddel zonder bijbetaling te kiezen. Deze uitgavenbeheersende werking van het GVS is in de loop der jaren echter afgezwakt: de vergoedingslimieten zijn sinds 1999 nooit opnieuw vastgesteld terwijl vaak het gemiddelde prijsniveau in de clusters is gedaald. De vergoedingslimieten zijn dus hoger dan nodig en we betalen vanuit de basisverzekering dus relatief veel voor bepaalde geneesmiddelen, met name merkgeneesmiddelen. Daarom was ik voornemens om een periodieke herberekening van de vergoedingslimieten door te voeren om het GVS weer toe te passen zoals het bedoeld is: niet onnodig meer betalen voor therapeutisch gelijkwaardige middelen. Hiermee worden de uitgaven beheerst zonder dat er aan het aanbod van vergoede geneesmiddelen in het GVS getoerd hoeft te worden. Hiermee blijft een brede voorschrijfkeuze voor artsen, en dus brede behandelmogelijkheden voor patiënten, behouden.

Vangnet «medische noodzaak» voor patiënt

In het geval fabrikanten na een herberekening hun prijzen niet matigen in lijn met de vaak lagere vergoedingslimieten, ontstaan bijbetalingen voor patiënten. Patiënten kunnen dan wisselen naar een vergelijkbaar geneesmiddel zonder bijbetaling. Echter, een patiënt kan vanwege medische redenen toch aangewezen zijn op een geneesmiddel met een bijbetaling. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer de richtlijn voor de betreffende patiënt-specifieke situatie de voorkeur uitspreekt voor een bepaald middel of wanneer de patiënt vanwege zijn/haar specifieke situatie bijvoorbeeld beter uitkomt met een drank in plaats van een tablet. Voor die situaties had ik het vangnet «medische noodzaak» voor patiënten aangekondigd. Daarmee zou geregeld worden dat de patiënt de bijbetaling niet verschuldigd zou zijn wanneer deze om medische redenen is aangewezen op een geneesmiddel met bijbetaling. Hiermee zou na de herberekening een bijbetaling voor een patiënt in principe altijd vermijdbaar zijn, namelijk op drie manieren: 1) fabrikanten verlagen hun prijzen waardoor er geen bijbetaling is, 2) patiënten wisselen naar een vergelijkbaar geneesmiddel zonder bijbetaling, of 3) patiënten waarvoor medische noodzaak geldt, zijn geen bijbetaling verschuldigd door toepassing van het vangnet.

Geen draagvlak voor vangnet «medische noodzaak»

Mijn ambtsvoorgangers en ik hebben ons de afgelopen jaren maximaal ingezet om de modernisering van het GVS per 1 januari 2023 in werking te laten treden. Na meerdere gesprekken met partijen moet ik nu helaas concluderen dat het realiseren van het vangnet «medische noodzaak» niet haalbaar is. Ik heb u eerder laten weten dat partijen hun zorgen en bezwaren bij mij hadden geuit, dat ik hierover met hen in gesprek was en hun zorgen uiterst serieus nam³. Partijen (artsen, apothekers, zorgverzekeraars en patiënten) hebben bezwaren bij mij geuit over de uitwisselbaarheid van geneesmiddelen met en zonder bijbetaling op het niveau van de individuele patiënt. Zij verwachten dat veel meer gebruik gemaakt zal worden van het vangnet en dat zij dan te maken krijgen met hoge administratieve en uitvoeringslasten. In de praktijk speelt op individueel patiëntniveau een veelheid aan factoren een rol om te bepalen wat het beste geneesmiddel is voor een patiënt. Het GVS is een systeem dat bewust uitgaat van geneesmiddelen en als doel heeft deze producten in algemene zin met elkaar te vergelijken en langs de lat te leggen om op

³ Kamerstuk 29 477, nr. 690.

indirecte wijze de prijzen te doen matigen waar dat kan. Vanwege dit doel en de focus op producten, moet het daarmee niet beoordeeld worden als een voorschrijfsysteem dat rekening houdt met alle factoren die in de patiënt-specifieke behandelpraktijk een rol kunnen spelen. Ik deel het beeld van partijen dat de toepassing van het vangnet niet uitsluitend om uitzonderlijke situaties gaat en daarom aanzienlijke implicaties kan hebben voor artsen en apothekers in de praktijk. Ook blijkt uit de gesprekken van de afgelopen periode dat de verschillende partijen tegengestelde en onoverbrugbare wensen en ideeën hebben als het gaat over de inzet, toetsing en naleving van het vangnet. Ik heb daarom helaas moeten concluderen dat het vangnet «medische noodzaak» niet langer haalbaar is.

Vervolg aan nieuw kabinet

Ik moet dus helaas concluderen dat de aanvankelijke voorkeursoptie voor de invulling van de modernisering van het GVS en de taakstelling, namelijk een herberekening van de vergoedingslimieten met vangnet «medische noodzaak», niet haalbaar is. Dit betekent ook dat ik het ontwerp van de wijziging van het Besluit zorgverzekering, die het vangnet mogelijk moest maken, niet langer bij uw Kamer zal voorhangen zoals eerder toegezegd⁴. Er moet gekeken worden naar een alternatieve invulling van de GVS-modernisering. Hierbij kan een financieel vangnet voor patiënten worden overwogen als alternatieve mitigerende maatregel voor bijbetalingen voor patiënten naast een nog steeds gewenste herberekening. In dat geval zou de herberekening van de GVS-vergoedingslimieten vergezeld gaan met een per patiënt gesteld maximum aan eigen GVS-bijdragen. Gezien de demissionaire status van het kabinet laat ik echter de besluitvorming hierover, en daarmee over de invulling van de GVS-modernisering en de taakstelling, aan het nieuwe kabinet. Wel zal ik een herberekening van de vergoedingslimieten met het geschetste alternatieve vangnet (i.e. de maximering van de eigen GVS-bijdragen) in voorbereiding nemen. Ik kies hiervoor zodat mocht een nieuw kabinet voor deze invulling kiezen, dit doorgevoerd kan worden per 1 januari 2023 conform de taakstelling uit het regeerakkoord.

De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark

⁴ Kamerstuk 29 477, nr. 690.