

Vergaderjaar 2023–2024

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 894

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 juni 2024

In het Commissiedebat Hulp- en Geneesmiddelenbeleid van 30 mei 2024 heeft uw Kamer mij gevraagd op verschillende punten het preferentiebeleid aan te passen of te verbeteren ten behoeve van de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Uw Kamer heeft mij daarnaast verzocht om u voorafgaand aan het Tweeminutendebat Hulp en Geneesmiddelenbeleid van 12 juni 2024 te informeren over het tijdpad van mijn aanpak. Graag kom ik hierbij deze toezegging na en geef ik u een voorlopig tijdpad. Voorlopig, omdat het uiteraard aan een nieuw Kabinet is om het definitieve tijdpad vast te stellen.

Zoals met uw Kamer besproken wil ik nogmaals benadrukken dat het preferentiebeleid niet de enige oorzaak is van de huidige geneesmiddelen tekorten, het gaat hier om een multifactorieel probleem.

Het preferentiebeleid is ooit in het leven geroepen omdat de apothekers en groothandels onderhandelden over de prijs van geneesmiddelen en de baten uit deze onderhandelingen direct ten goede kwamen aan de apothekers en groothandels. Nu komen de baten ten goede aan de premiebetalers. Desondanks is het inmiddels duidelijk dat het preferentiebeleid in zijn huidige vorm ook tot schaarste kan leiden. Ik ben het daarom met u eens dat het preferentiebeleid moet worden aangepast.

In het debat zijn drie mogelijke verbeteringen van het preferentiebeleid benoemd. Deze drie verbeteringen kennen ieder een eigen tijdpad, dat ik hieronder zal toelichten.

1. Aanpassing preferentiebeleid bij dreigende tekorten.

Uw Kamer stelde voor om al bij signalen van dreigende schaarste het preferentiebeleid voor een product op te heffen, en niet te wachten tot er een tekort is. Apotheken kunnen dan ook vergelijkbare producten van een andere leverancier aan de patiënt verstrekken.

Ik heb in de Taakgroep Preferentiebeleid gevraagd wanneer zorgverzekeraars een product uit preferentie halen of andere producten aanwijzen. Het blijkt dat zorgverzekeraars dit besluit nemen op basis van voorraadinformatie van leveranciers en andere beschikbare bronnen. Zorgverzekeraars wachten dus niet op een tekortenbesluit van de IGJ. Met andere woorden, bij dreigende tekorten wordt het preferentiebeleid al aangepast conform uw voorstel.

Toch is er wel verbetering mogelijk. Want als zorgverzekeraars de preferentiestatus aanpassen, duurt het nog tot zes weken voordat apotheken dit kunnen zien in hun ICT-systemen. De G-Standaard, de private database die aan de basis ligt van alle declaratiesystemen voor geneesmiddelen, wordt namelijk maar een keer per maand bijgewerkt. Voor dit probleem is de afgelopen jaren herhaaldelijk aandacht gevraagd in de Werkgroep Tekorten en meer recent in de Werkgroep Gezonde Nederlandse Geneesmiddelenmarkt.

De KNMP en Z-Index, de organisatie achter de G-Standaard, onderzoeken of bepaalde informatie sneller kan worden gedeeld naast de maandelijkse publicatie van de G-Standaard. Het gaat om de volgende situaties: bij importgeneesmiddelen na een tekortenbesluit door de IGJ, bij nieuwe generieke geneesmiddelen en bij een tijdelijk tekort aan een preferent geneesmiddel. Wanneer dit veranderd is, helpt dit apotheken en andere belanghebbenden om aanpassingen in deze drie situaties eenvoudiger te verwerken. KNMP heeft aangegeven dat zij deze zomer samen met Z-Index een plan van aanpak zullen presenteren, inclusief een implementatieadvies en een planning.

Ik heb de KNMP en Z-index gevraagd hier vaart achter te zetten. In het najaar 2024 informeer ik u over het plan van aanpak van KNMP en Z-Index om versneld bijwerken van de G-Standaard mogelijk te maken en inzicht te geven hoe snel deze aanpassing inwerking kan treden.

2. Voorkomen van verschraling van de markt

Daarnaast vroeg u mij om verdere verschraling van de markt door het preferentiebeleid te voorkomen. Op dit punt heb ik met partijen al eerste stappen gezet.

Zoals ik u in mijn brief van 16 mei 2024 heb geïnformeerd,¹ hebben de leveranciers met alle zorgverzekeraars afgesproken dat zorgverzekeraars vanaf nu een aanwijsperiode van twee jaar hanteren voor nieuwe contracten. Aanvullend daarop schrijven zorgverzekeraars hun tenders in de toekomst dakpansgewijs uit. Deze tweede aanpassing wordt wegens huidige contractuele verplichtingen per 2025 ingevoerd.

Een deel van de zorgverzekeraars hanteert de nieuwe standaard aanwijsperiode van twee jaar, een ander deel hanteert eenmalig een aanwijsperiode van drie jaar. Doordat zorgverzekeraars uiteindelijk vanaf 2027 hun tenders om en om per jaar zullen uitschrijven, wordt het voor leveranciers aantrekkelijker om hun producten op de markt te houden. Zij krijgen op deze manier namelijk bij de meeste producten jaarlijks de kans om aangewezen te worden als preferent en het voorkeursgeneesmiddel te leveren.

Met deze afspraak voorkomen zorgverzekeraars en leveranciers nog niet dat de zorgverzekeraars een bepaald product bij dezelfde leverancier aanwijzen, waardoor monopolievorming plaatsvindt. Dit is om twee

¹ Kamerstuk 29 477, nr. 889

redenen onwenselijk. Allereerst omdat ook dit tot verschraling van de markt kan leiden: als een leverancier voor een bepaald product één of meerdere jaren op rij geen afzetmarkt heeft, kan dit reden zijn om het product van de markt te halen. Ten tweede is het erg moeilijk voor niet-aangewezen leveranciers om bij te springen in geval van leveringsproblemen bij de door meerdere zorgverzekeraars aangewezen leverancier. Zij hebben vaak onvoldoende op voorraad om aan een onverwacht grote vraag naar hun product te voldoen.

In de taakgroep Preferentiebeleid was dit punt begin dit jaar al geïdentificeerd als een actiepunten. Er is voor gekozen om eerst andere punten uit te werken die snel opgelost konden worden en in de tenderprocedures van afgelopen voorjaar konden worden verwerkt. Het is in lijn met de afspraken van de taakgroep dat dit punt nu wordt opgepakt door zorgverzekeraars. Ik heb Zorgverzekeraars Nederland gewezen op het belang daarvan. Ik verwacht van de zorgverzekeraars dat zij hier direct na de zomer afspraken over maken. Om de druk op de ketel te houden bekijk ik parallel aan dit proces of het mogelijk is om wet- en regelgeving te maken in het geval het niet lukt om tot afspraken te komen. Ik informeer u over de voortgang in het najaar van 2024.

3. Uitsluiten van specifieke middelen uit het preferentiebeleid

In het debat stelde u tevens voor om bepaalde groepen geneesmiddelen uit te sluiten van het preferentiebeleid. U noemde daarbij toedieningsvormen speciaal voor kinderen als voorbeeld. Ik heb toegezegd de mogelijkheden daartoe te onderzoeken en de voor- en nadelen van het uitsluiten van groepen geneesmiddelen in kaart te brengen.

Een belangrijke kanttekening is dat niet alleen het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars, via preferentiebeleid, effect heeft op de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Andere grote spelers, zoals groothandels en ziekenhuizen kunnen, indien middelen zijn uitgesloten van preferentiebeleid, ook tenders uitzetten en daarmee grote delen van de afzetmarkt toewijzen aan slechts enkele leveranciers. Het effect op de beschikbaarheid van middelen kan daardoor nagenoeg hetzelfde zijn.

Dat gezegd hebbende, zeg ik toe om u in najaar 2024 nader te informeren over de mogelijkheden om bepaalde groepen geneesmiddelen uit te sluiten van het preferentiebeleid, of het preferentiebeleid voor deze groepen middelen te verzachten. Daarbij kijk ik ook naar toedieningsvormen speciaal voor kinderen.

Conclusie

Mijn voornemen is om u in het najaar van 2024 te informeren over de mogelijkheden om het preferentiebeleid te verbeteren. Ik verwacht u in ieder geval over de volgende zaken te informeren:

- het plan van aanpak van KNMP en Z-Index om versneld bijwerken van de G-Standaard mogelijk te maken en de planning daarvan,
- de mogelijkheden die zorgverzekeraars zien om aanvullende afspraken te maken over het verder voorkomen van verschraling van de markt door het preferentiebeleid, en mocht dit onmogelijk blijken de mogelijkheden om dit te realiseren door middel van aanpassing van wet- en regelgeving, en
- de mogelijkheden op bepaalde groepen geneesmiddelen uit te sluiten van het preferentiebeleid, of het preferentiebeleid voor deze groepen middelen te verzachten, en de voor- en nadelen daarvan.

Mochten de komende maanden nog andere opties naar voren komen om het preferentiebeleid te verbeteren dan zal daar serieus naar worden gekeken en zal dit met betrokken partijen worden besproken.

Ik hoop u hiermee voor nu voldoende geïnformeerd te hebben.

De Minister voor Medische Zorg,
P.A. Dijkstra