

-
-
-
-
-
-
-
-

Verdiepend inzicht in de effecten van de Wgp

**zorgvuldig
advies**

**Verdiepend inzicht in de effecten van
de Wgp**

20-03-2024 | Versie 1.0

Inhoud

| | |
|--|----|
| 1. Achtergrond, vraag en aanpak | 3 |
| 1.1 Achtergrond | 3 |
| 1.2 Doelstelling en vragen | 3 |
| 1.3 Aanpak en reikwijdte onderzoek | 4 |
| 2. Algemene informatie Wgp | 5 |
| 3. Uitkomsten onderzoek | 8 |
| 3.1 Marktsegmenten en Wgp effect (Stroomdiagram) | 8 |
| 3.2 Segmentering in relatie tot kostenverdeling | 16 |
| Bijlage 1: Gesprekspartners | 19 |
| Colofon | 20 |

1. Achtergrond, vraag en aanpak

1.1 Achtergrond

Met de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) probeert de overheid geneesmiddeluitgaven te beheersen. Tweemaal per jaar, in april en in oktober, kan de overheid besluiten om de maximumprijzen van receptgeneesmiddelen op grond van de Wgp te herijken. Deze maximumprijzen zijn het plafond voor de AIP's (apothekinkooprijzen, ook wel de lijstprijzen of adviesprijzen). We weten echter dat de lijstprijzen niet altijd de prijzen zijn die daadwerkelijk betaald worden. Partijen in de markt maken onderling prijs- en/of vergoedingsafspraken, bijvoorbeeld als onderdeel van preferentiebeleid of bilaterale kortingsafspraken.

Omdat deze afspraken niet openbaar zijn is het onduidelijk wat de werkelijke effecten van de Wgp zijn op uitgaven aan geneesmiddelen. Het ministerie van VWS wil graag de mechanismen beter begrijpen en vraagt zich af:

- Wat zijn de – directe en indirecte – effecten van maximumprijzen (de Wgp) op prijs- en/of vergoedingsafspraken tussen marktpartijen?
- Welke factoren zijn van belang om rekening mee te houden bij het inschatten van het werkelijke financiële effect (besparing op uitgaven) van de Wgp?

1.2 Doelstelling en vragen

Dit onderzoek betreft een compacte aanvulling op ons eerder uitgevoerde onderzoek naar de ramingen en onzekerheden in de uitgaven voor intra- en extramurale geneesmiddelen en hulpmiddelen.

In voorliggend rapport zal naar het eerdere onderzoek worden gerefereerd als 'Rapport inzicht in ramingen'. Het doel van de aanvullende opdracht is om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de effecten van de Wgp op de verschillende marktsegmenten van geneesmiddelen om zo een verdiepend inzicht te krijgen in de impact van aanpassingen van de maximumprijzen in het kader van de Wgp. Zicht op de daadwerkelijke effecten van de Wgp draagt eraan bij dat het ministerie zorgvuldige beleidsafwegingen kan maken. Daarvoor is het niet alleen van belang om te kijken naar de directe effecten, maar ook naar de indirecte effecten.

Om verdiepend inzicht te krijgen in de effecten van de Wgp heeft VWS drie deelonderwerpen gedefinieerd en daarbij een reeks concrete vragen opgesteld:

Deelonderwerp 1: Inzicht in relevante marktsegmenten

Er zijn verschillende categorieën geneesmiddelen waarbij sprake is van verschillen in vergoedingsmodel en prijsstelling. Het ministerie heeft een voorzet gegeven voor een onderverdeling naar relevante marktsegmenten voor de extramurale en intramurale geneesmiddelenmarkt. Deze voorzet van relevante marktsegmenten hebben we met relevante stakeholders getoetst en op onderdelen aangepast.

Deelonderwerp 2: Verdiepend inzicht in de invloed van de Wgp op prijzen en vergoedingen voor de verschillende marktsegmenten

De geneesmiddelen en/of stakeholders die actief zijn in de verschillende marktsegmenten reageren mogelijk/waarschijnlijk anders op (wijzigingen in) de Wgp. Vragen die hierbij horen zijn:

1. Welke – directe en indirecte - invloed hebben openbare lijstprijzen en/of maximumprijzen (Wgp) op prijs-/vergoedingsafspraken?
2. Hoe ervaren de verschillende marktpelers de invloed van openbare lijstprijzen en/of maximumprijzen (Wgp) op de werkelijke (uitonderhandelde) prijzen en werkelijke vergoedingen in verschillende marktsegmenten en wat is hun toelichting daarbij?
3. In hoeverre bewegen de werkelijke prijzen/vergoedingen mee met de hogere of lagere openbare lijstprijzen en/of maximumprijzen na de halfjaarlijkse herijkingen?

4. Kan geconcludeerd worden dat – indien openbare lijstprijzen onder de maximumprijs liggen – er geen effect meer te verwachten is op de daadwerkelijke prijzen/vergoeding als de maximumprijs verandert? Of ligt dit genuanceerder?
5. In hoeverre spelen historische openbare lijstprijzen en/of maximumprijzen een rol bij nieuwe prijs-/contractafspraken?
6. In hoeverre worden in contracten kortingspercentages op de lijstprijs vastgelegd en dus geen absoluut/vast bedrag?

→ Op verzoek van VWS hebben we de invloed van de maximumprijzen (Wgp) op de verschillende marktsegmenten weergegeven in een stroomschema.

→ Nader omschreven praktische vragen in de opdrachtbeschrijving zijn input geweest en verwerkt in de interviewleidraad.

Deelonderwerp 3: Inzicht in marktsegmenten/factoren die invloed hebben op de impact van de Wgp

7. Tussen welke marktsegmenten is het nuttig om onderscheid te maken bij het inschatten van de (financiële) effecten van aanpassing van de maximumprijzen/Wgp?
8. Met welke factoren dient rekening gehouden te worden bij het inschatten van het werkelijke financiële effect van de Wgp?

1.3 Aanpak en reikwijdte onderzoek

Om een beeld te krijgen van de (in)directe effecten van de Wgp, hebben we de vragen deels geïncorporeerd in de interviews die gevoerd werden in het kader van het onderzoek naar de ramingen. Vervolgens hebben we aanvullende vragen aan de zorgverzekeraars gesteld via email en zijn gesprekken gevoerd met diverse leveranciers en fabrikanten (Bijlage 1 bevat een overzicht van de gesprekspartners). Op basis van de opgehaalde data is een infographic, in dit geval een stroomdiagram, gecreëerd om de effecten in één overzicht in beeld te brengen. Deze infographic is herhaaldelijk getoetst tijdens de gesprekken met de relevante partijen.

Dit rapport richt zich voornamelijk op de afspraken die zorgverzekeraars maken over geneesmiddelenprijzen, zowel extramuraal als intramuraal (add-on geneesmiddelen). Er is niet gesproken met zorginstellingen over de afspraken die zij met leveranciers maken en de invloed van de Wgp hierop. Dit effect valt buiten de scope van dit rapport.

Dit beknopte onderzoek is een vervolg op het rapport 'Inzicht in ramingen'. We borduren voort op de informatie uit dat rapport, bijvoorbeeld over de kostenverhouding van de verschillende geneesmiddelensegmenten. In een aantal gevallen verwijzen we expliciet naar het rapport of herhalen we zaken wanneer we dat noodzakelijk achten voor de helderheid.

2. Algemene informatie Wgp

De prijzen, kosten en beschikbaarheid van geneesmiddelen in Nederland zijn de afgelopen jaren beïnvloed door ontwikkelingen in het Europees en nationale beleid, evenals veranderingen in wet- en regelgeving. Een belangrijk aspect hiervan is de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp). Geneesmiddelenprijzen worden sinds 1996 gereguleerd door de Wgp. Op grond van de Wgp kan de minister van VWS maximumprijzen vaststellen voor geregistreerde geneesmiddelen. Dit betreft de maximale prijs waarvoor het geneesmiddel wordt ingekocht door de partij die het geneesmiddel verstrekt: de apotheekinkoopprijs (AIP). Momenteel heeft 60% tot 65% van de geregistreerde geneesmiddelen een wettelijke maximumprijs.¹

Doel en werking

De Wgp heeft als doel de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te garanderen door te waarborgen dat de prijzen van geneesmiddelen zich in de buurt van het Europese gemiddelde bevinden. Het bereiken van het laagst mogelijke prijsniveau is niet het uitgangspunt. Eerder gaat het erom een goede balans te vinden tussen de betaalbaarheid van geneesmiddelen en te zorgen voor tijdige beschikbaarheid voor de patiënt.

De Wgp heeft betrekking op geregistreerde geneesmiddelen. Dit zijn geneesmiddelen met een handelsvergunning of parallelhandelsvergunning. Daarbij maakt de Wgp geen onderscheid tussen geneesmiddelen die extramuraal of intramuraal worden gebruikt. Magistrale en doorgeleverde bereidingen vallen niet onder de Wgp vanwege de niet-geregistreerde aard van de geneesmiddelen.

Vaststelling maximumprijzen

De minister stelt de maximumprijzen vast op het gewogen gemiddelde van de prijzen van vergelijkbare geneesmiddelen die aanwezig zijn in de prijslijsten van vier bij wet aangewezen referentielanden. Op dit moment zijn dat: België, Frankrijk, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk. De uiteindelijke maximumprijs wordt vastgesteld op het rekenkundig gemiddelde van de (omgerekende) gemiddelden van de referentielanden². Op basis daarvan onderzoekt de minister twee keer per jaar (april en oktober) of er aanleiding is de maximumprijzen te herijken. Als een geneesmiddel eenmaal een maximumprijs heeft gekregen, blijft het opgenomen in de lijst maximumprijzen.

Er zijn enkele belangrijke aspecten in het bepalen of een maximumprijs van kracht is. Zo is er voor de berekening nodig dat er in minimaal twee referentielanden een vergelijkbaar product voor elk geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm beschikbaar is. De prijs van dit middel moet bovendien in beide landen boven de nul Euro zijn. Daarnaast krijgt een geregistreerd geneesmiddel een Wgp-maximum prijs als de AIP boven of gelijk aan het berekende gemiddelde van de vier de landen ligt. Andersom gesteld: wanneer de AIP *onder* de (berekende) Wgp-maximum prijs ligt, zal deze niet worden opgenomen in de lijst.

Halfjaarlijkse herijking

Twee keer per jaar (april en oktober) herijkt de Minister de maximumprijzen van geneesmiddelen. Bij een herijking van de maximumprijzen wordt eerst een ontwerperegeling gepubliceerd in de Staatscourant en voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal. Dit bestaat uit een kennisgeving, ontwerperegeling (ontwerpbesluit en toelichting) en prijslijst met de conceptmaximumprijzen.

¹ CIBG, interview, 21 november 2023

² Op basis van de merkstamnaam van een vergelijkbaar geneesmiddel selecteert CIBG/Farmatec in elk land de verpakkingsgrootte(n) met de laagste prijs per eenheid product. Als een bepaalde verpakkingsgrootte meerdere keren in de prijslijst voorkomt, neemt men de gemiddelde prijzen van deze verpakkingsgrootten in de berekening op. Indien nodig, wordt de gemiddelde prijs omgerekend naar euro's. Daarbij geldt de middenkoers die op de datum waarop de betreffende prijslijst is uitgegeven. Op <https://www.farmatec.nl/prijsvorming/wet-geneesmiddelenprijzen/berekening-maximumprijzen> is een technische toelichting op de berekening weergegeven. Ook is via die link een praktisch voorbeeld te vinden.

Gedurende zes weken kunnen belanghebbenden hun zienswijze kenbaar maken, waarna de maximumprijzen zo nodig worden aangepast. Als deze periode verlopen is worden de maximumprijzen definitief vastgesteld en gepubliceerd in de Staatscourant.

Vervangend referentieland

In 2019 heeft de Minister een verandering doorgevoerd met als doel om het prijsniveau van geneesmiddelen, met name spécialités, in Nederland dichterbij het Europese gemiddelde te brengen. Om dit doel te bereiken werd Duitsland als referentieland vervangen door Noorwegen, waar de AIP-prijzlijst van (spécialité) geneesmiddelen relatief lager is. Dit heeft er volgens de SFK (Stichting Farmaceutische Kengetallen) toe geleid dat de Wgp herijking per oktober 2020 voor een gemiddelde prijsdaling van 3,6% (ongeveer 100 miljoen euro besparing op jaarbasis) zorgde in de extramurale geneesmiddelenmarkt³. Vanaf oktober 2021 zijn de effecten kleiner: de daling bedraagt gemiddeld rond de 1%.

Met de wijziging naar Noorwegen als referentieland spelen op dit moment – naast de euro – twee andere wisselkoersen een rol bij het bepalen van de maximumprijzen. Dit betekent dat geneesmiddelen bij gelijkblijvende prijzen toch goedkoper of duurder uit kunnen vallen, afhankelijk van de wisselkoers waarmee de maximumprijs berekend is. Dit heeft invloed op elke Wgp-aanpassing.

Ter illustratie

Bij het herijken van de prijzen in april 2023 werd een wisselkoers toegepast die gold op 1 oktober 2022. Op dat moment was de waarde van de Britse pond 6% en de Noorse kroon 8,5% lager dan bij de vorige herijking. Door koersverschillen werden geneesmiddelen in deze landen, bij onveranderde prijzen, als goedkoper doorgerekend in euro's. [SFK Data en feiten 2023].

Tijdelijke mitigerende maatregel (2020)

In het licht van de COVID-19-crisis is de herijking van april 2020, de eerst herijking waarin Duitsland door Noorwegen als referentie vervangen zou worden, niet doorgegaan. Bij de herijking van oktober 2020 zijn vervolgens twee mitigerende maatregelen van kracht geweest: 1) maximumprijzen zouden maximaal met 10% dalen, en 2) fabrikanten met geneesmiddelen met een omzet van minder dan € 1 miljoen per jaar in Nederland konden een verzoek indienen waarmee de verlaging van de maximumprijs niet doorgevoerd zou worden, en de oude, hogere, maximumprijs in stand zou blijven. Deze laatste maatregel is nog steeds van kracht en geldt tot 1 oktober 2024.

Invloed Wgp op betaalbaarheid en toegankelijkheid

Financieel

De Wgp stelt een wettelijk prijsplafond voor geneesmiddelen. De prijzen waarvoor deze geneesmiddelen gedeclareerd worden, is echter niet altijd gelijk aan het plafond omdat zorgverzekeraars en zorginstellingen lagere prijzen kunnen afspreken met fabrikanten.

Aangezien de overeenkomsten vertrouwelijk zijn⁴, leveren ook de gedeclareerde bedragen van apothekers geen volledig beeld van de prijzen die zorgverzekeraars voor geneesmiddelen vergoeden. Het effect van de Wgp kan dus alleen worden geschat. Daarbij zijn er ook andere variabelen, zoals de wisselkoersen van de Britse Pond en de Noorse Kroon die effect hebben op de Wgp maximumprijs.

³ SFK Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 156 Nr. 14. Deze berekening is gebaseerd op de verlaging van de AIP-prijzen. De besparing valt in de praktijk lager uit omdat onderhandelde prijzen lager liggen en de Wgp herijking dan een kleiner of zelfs geen effect heeft. Dit onderzoek is gericht op die daadwerkelijke effecten.

⁴ Zo zijn afspraken bij preferentiebeleid (veelal) onder couvert.

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) maakt jaarlijks een inschatting voor de besparing van Wgp-herijkingen voor de *extramurale farmacie* op basis van apotheekdeclaraties en maakt daarbij gebruik van de AIP. SFK gaf in het meest recente rapport aan dat de prijzen van receptplichtige geneesmiddelen in het basispakket in april 2023 met gemiddeld 1,1% daalden ten opzichte van de maand ervoor. Dit komt neer op een extramurale besparing van 42 miljoen euro⁵. Hier valt echter op te merken dat de besparing die benoemd wordt in het rapport in de praktijk niet werkelijk een besparing is. Eventuele kortingsafspraken tussen inkopers en leveranciers zijn namelijk niet meegenomen. Op basis van gesprekken en kennis van de markt, is te verwachten dat de besparingen in de werkelijkheid lager zullen zijn.

De financiële effecten van de Wgp in *het intramurale kader* zijn lastiger in te schatten, omdat er minder gedetailleerde informatie bekend is over declaraties. In het rapport Inzicht in ramingen zijn we uitgegaan van een Wgp-prijseffect van 0% tot -4% voor add-on geneesmiddelen. Zorgverzekeraars werken in het intramurale kader met NZa-maximumprijzen. Daarin worden Wgp-effecten met een vertraging verwerkt. Dit betekent dit dat wanneer de Wgp-maximumprijs stijgt, de meest recente AIP-prijs aangehouden wordt tot minimaal de nieuwe vaststelling van NZa-maximumprijs (per 1 januari). Wanneer de Wgp-maximumprijs echter onder de NZa-maximumprijs zakt, wordt de NZa-maximumprijs direct aangepast.⁶

In het volgende hoofdstuk gaan we verder in op de effecten van de Wgp per geneesmiddelensegment.

Beschikbaarheid

Een lagere maximumprijs kan leiden ertoe leiden dat geneesmiddelen niet, later of in minder grote aantallen op de Nederlandse markt beschikbaar komen. Omdat het Wgp-maximum een gemiddelde van vier landen is, lijkt dit risico beperkt. Wat betreft nieuwe *spécialité* geneesmiddelen geeft één van de geïnterviewde partijen aan dat Nederland qua volume weliswaar kleiner is, maar kapitaalkrchtig genoeg om een interessante afzetmarkt te zijn. Het ligt daarom niet voor de hand dat nieuwe introducties grootschalig uitblijven.

⁵ SFK Data en feiten 2023

⁶ Dit leggen we uitgebreider uit in Rapport Inzicht in Ramingen in het kader op blz 14

3. Uitkomsten onderzoek

De uitkomsten van ons onderzoek komen samen in een stroomschema. Eerst geven we aan welke keuzes we hebben gemaakt in de segmentering en waarom. Deze keuzes zijn besproken met de opdrachtgever (VWS), zorgverzekeraars en de diverse geïnterviewde partijen. Indien 'blokjes' in het stroomschema definiëring of toelichting vereisen, is dit verwerkt in paragraaf 3.1.

3.1 Marktsegmenten en Wgp effect (Stroomdiagram)

In deze paragraaf leggen we graag de keuzes voor de segmentering nader uit tezamen met de bevindingen in het kader van de effecten van de Wgp. De effecten van de Wgp zijn per segment verder toegelicht.

Definitie stroomdiagram

Single source geneesmiddelen = een geneesmiddel waarvoor geen alternatieve middelen met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm op de markt zijn; er is slechts één leverancier.⁷ Dit is over het algemeen een spécialité waar patent op rust of waar om andere redenen geen concurrerend geneesmiddel op de markt is. Wanneer concurrerende middelen op de markt komen, wordt het spécialité multisource. Een generiek geneesmiddel kan single source worden als het spécialité geneesmiddel en eventuele andere generieke alternatieven van de markt worden gehaald.

Multisource geneesmiddelen = gelijkwaardige spécialités en/of generieken* op basis van werkzame stof, farmaceutische vorm en therapeutisch effect) met meerdere leveranciers. Spécialités en de verschillende generieken kunnen er verschillend uitzien of andere hulpstoffen bevatten, maar zijn qua werking uitwisselbaar. Dit zijn daarom geneesmiddelen die direct met elkaar kunnen concurreren.

Naast multisource geneesmiddelen bestaan er (spécialité en generieke) geneesmiddelen met een vergelijkbare therapeutische werking, die verschillende werkzame stoffen, dosering of toedieningsvorm bevatten. Ook hier kan enige concurrentie bestaan, mits voorschrijvers bij de afspraak betrokken worden. Met name bij intramurale geneesmiddelen zijn hiervoor mogelijkheden. Wanneer er een therapeutisch equivalent geneesmiddel beschikbaar is voor een single source ('monopolie') geneesmiddel, wordt ook wel gesproken van een van een **oligopolie**. Ten behoeve van de overzichtelijkheid hebben we ervoor gekozen het oligopolie niet als apart onderdeel mee te nemen in het stroomschema.

Apotheekinkooprijzen (AIP) = de (bruto) prijzen die een geneesmiddelenleverancier vaststelt en onderhoudt⁸. Deze wordt maandelijks gepubliceerd in de Z-Index Taxe.

Werkelijke prijs: De uiteindelijke betaalde prijs door de zorgverzekeraar nadat afgesproken korting (preferentiebeleid, arrangementen en deel van de Clean Team afspraken) door fabrikant is terugbetaald.

Wgp maximumprijs: Maximale wettelijke prijs vanuit de Wgp.

- = Geen Wgp maximumprijs vastgesteld
- = Beperkt tot geen Wgp effect; effect afhankelijk van afgesproken prijs onder Wgp maximumprijs
- = Effect afhankelijk van nieuwe afspraken maar prijs zal dalen tot Wgp of zelfs lager
- = Effect vrijwel gelijk aan aanpassing Wgp
- = Effect gelijk aan aanpassing Wgp

⁷ Z-index: 'Bepaling multi/single source op PRK niveau', 24 augustus 2023 <https://www.z-index.nl/documentatie/functionele-beschrijvingen/documenten/IR%20bepaling%20multisinglesource%20op%20prk%20V-0-1-1.pdf>

⁸ Z-index.nl: overzicht prijzen/wet- en regelgeving'. <https://www.z-index.nl/wizard/velden-in-de-groep-prijzen-wet-en-regelgeving>

Stroomdiagram - Wgp effect per geneesmiddelensegment

Niet geregistreerde geneesmiddelen - geen Wgp maximumprijs

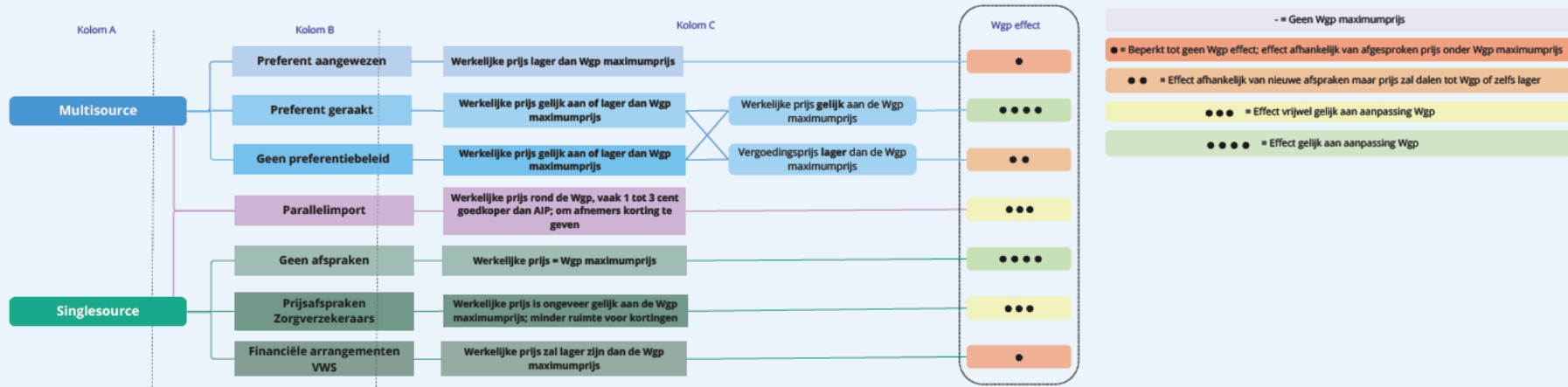
Doorgeleverde bereidingen

Magistrale bereidingen

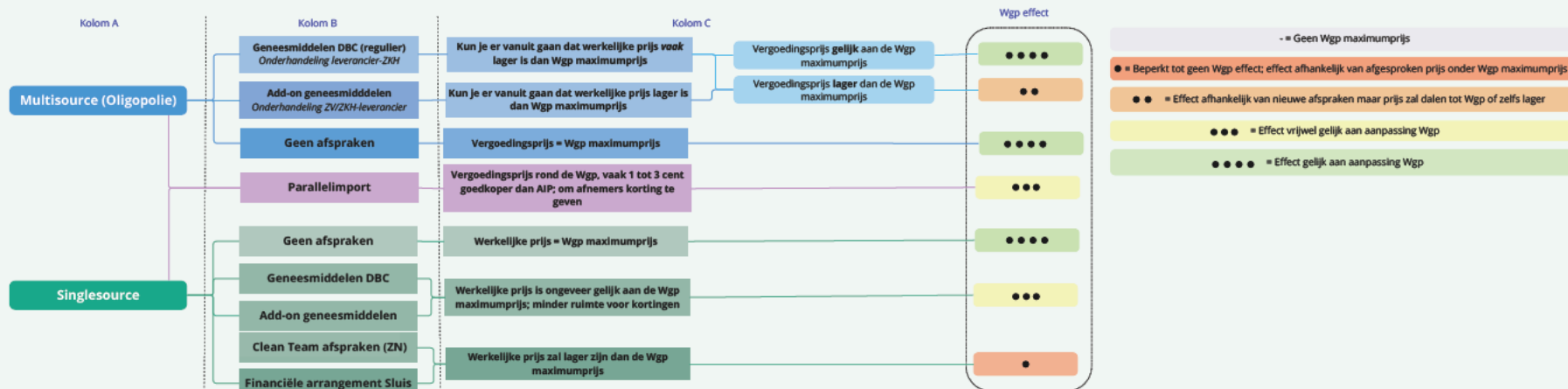
Geregistreerde geneesmiddelen - geen Wgp-maximumprijs

Dit is het geval wanneer de lijstprijs/AIP onder Wgp niveau zit of er voor dit geneesmiddel geen prijs bekend is in minstens twee van de referentielanden.

Geregistreerde extramurale geneesmiddelen - Wgp-maximumprijs



Geregistreerde Intramurale geneesmiddelen - Wgp-maximumprijs



Overkoepelend Wgp effect

Wgp als kader voor onderhandelingen (indirecte effecten)

Zorgverzekeraars gaven in ons eerdere onderzoek aan dat zij de Wgp als een gegeven meenemen in hun ramingen voor de kosten van uitgaven aan extramurale farmacie en intramurale geneesmiddelen. Zij schatten de financiële effecten van de halfjaarlijkse herijking en daarmee de impact op de ramingen als vrij klein in. Zorgverzekeraars hebben voor de herijkingen verschillende aanpakken; zo kiezen sommige zorgverzekeraars ervoor om de herijkingen niet mee te nemen en andere zorgverzekeraars om elk jaar met een vast percentage prijsdaling te rekenen (bijvoorbeeld 2%). De aanpak lijkt af te hangen van het marktaandeel van de betreffende zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars zien de Wgp vooral als een belangrijk prijsinstrument bij de start van onderhandelingen. Voor hen is de Wgp een gegeven kader en daarmee een referentiepunt voor onderhandelingen met leveranciers (extramuraal) en zorginstellingen (add-on geneesmiddelen). De Wgp-prijs is tenslotte de maximumprijs en daarmee ook de alternatieve prijs wanneer partijen niet tot overeenstemming kunnen komen. De aanwezigheid van een Wgp-prijs ondersteunt en geeft een richting en kader bij het onderhandelen over geneesmiddelenprijzen. Als de onderhandeling niet tot een afspraak leidt, is de prijs toch gemaximeerd door de Wgp. Zonder de Wgp zou de onderhandelingspositie van Zorgverzekeraars dus aanzienlijk zwakker zijn.

Samenloop Wgp met andere beleidsmaatregelen (extramuraal en intramuraal)

Zorgverzekeraars zien de Wgp als één van de beleidsmaatregelen die invloed hebben op de (lijst)prijs van geneesmiddelen. In het stroomschema hebben we de invloed van de Wgp-limiet op zichzelf weer gegeven, maar in de praktijk spelen ook andere maatregelen een rol.

Binnen extramurale geneesmiddelen heeft de GVS-vergoedingslimiet invloed. Als die lager is dan de Wgp dan houden leveranciers binnen hetzelfde GVS-cluster deze vaak aan. Uiteraard kan een leverancier er ook voor kiezen om de prijs boven de GVS-limiet te zetten. In sommige gevallen wordt gekozen voor een terugbetaalregeling, van de maximaal 250 euro die de patiënt moet bijbetalen als gevolg van de GVS-vergoedingslimiet.

Ook benoemen zorgverzekeraars de Leidraad verantwoord wisselen. Geneesmiddelen die volgens deze leidraad niet gewisseld mogen worden, zouden vaker geprijsd zijn op de Wgp-limiet. Tot slot is de mate van concurrentie – en daarmee samenhangend de ruimte voor actiever inkoopbeleid door zorgverzekeraars, ziekenhuizen, apothekers en groothandels – van belang voor de prijsstelling. Hoe sterker de concurrentie, des te meer ruimte voor een actief inkoopbeleid, en des de groter de kans dat de contractprijs (ver) onder de Wgp maximumprijs ligt.

Niet-geregistreerd, geregistreerd zonder Wgp maximumprijs en geregistreerd met Wgp maximumprijs

Deze segmentering is meegenomen om een compleet beeld te vormen van de verschillende geneesmiddelenmarkten en te zien waar de Wgp al dan niet effect heeft. Op de magistrale en doorgeleverde bereidingen is geen Wgp maximumprijs van toepassing omdat dit niet-geregistreerde middelen zijn. Daarnaast zijn er geneesmiddelen zoals in het kopje Vaststelling maximumprijzen nader toegelicht, die geen Wgp maximumprijs krijgen doordat de AIP lager ligt of doordat het geneesmiddel niet in minimaal twee referentielanden beschikbaar is.

Het laatste segment in dit kader is de groep geregistreerde geneesmiddelen met een Wgp maximumprijs. Dit vormt de grootste groep en is uiteindelijk het belangrijkste onderwerp van deze rapportage.

Extramuraal-intramuraal

Vanuit de organisatie en financiering van de farmaceutische zorg is het vanzelfsprekend om eerst een onderscheid te maken tussen de intramurale en extramurale zorg. Er is hier sprake van verschillende markten en actoren. Dit heeft ook invloed op de verdere segmentering. In de opdrachtverlening was deze indeling reeds het uitgangspunt.

Voor een uitgebreidere toelichting op extra- en intramuraal refereren we naar het rapport Inzicht in ramingen. In dat rapport zijn we uitgebreid ingegaan op de extramurale en intramurale geneesmiddelenmarkt en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren.

Segmentering single source en multisource (kolom A)

Zowel extramurale als intramurale geneesmiddelen delen we vervolgens op in multisource en single source geneesmiddelen. De segmentering tussen multisource en single source is relevant omwille van de concurrentie die speelt bij multisource geneesmiddelen. Bij single source geneesmiddelen speelt dit minder tot niet. Tevens worden op de multisource geneesmiddelen veelvuldig prijsafspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en leveranciers en (in mindere mate) apothekers. Prijsafspraken liggen in het algemeen ruim onder de AIP. Navraag leert dat er geen kortingspercentages worden afgesproken, de afspraken betreffen doorgaans nominale bedragen, waardoor een prijsverlaging van de Wgp-maximumprijs minder effect heeft.

Een andere mogelijke indeling zou hier 'spécialité' en 'generiek' zijn. Deze segmentering hebben we niet gekozen omdat het bestaan van concurrentie meer van invloed is op het effect van de Wgp dan of het geneesmiddel spécialité of generiek is. Immers, als een spécialité zijn patent verliest en er generieke toetreding komt, blijft het spécialité middel vaak wel beschikbaar, maar het gegeven dat er dan sprake is van multisource is relevanter voor de invloed van de Wgp.

Extramuraal – Multisource

Preferent aangewezen/niet-preferent aangewezen in een preferent cluster/geen preferentiebeleid (kolom B)

Bij geneesmiddelen die onder preferentiebeleid vallen zijn er twee varianten: een merk wordt daadwerkelijk – door één of meer zorgverzekeraars – als preferent aangewezen en zorgverzekeraar(s) en leverancier sluiten een overeenkomst af. Of een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof in het preferente cluster wordt niet als preferent aangewezen. Dit noemen we hier 'preferent geraakt'. Verkoop en prijs van de niet gekozen geneesmiddelen worden wel 'geraakt' door de preferentieafspraken die over het concurrerende middel zijn gemaakt. In het algemeen houden zorgverzekeraars de systematiek van de Laagste Prijs Garantie (LPG) aan voor overige multisource geneesmiddelen waarover ze geen preferentieafspraken maken. Dat betekent dat de prijs van het goedkoopste generieke middel in een (PRK-)cluster van geneesmiddelen met dezelfde werking, toedieningsvorm en dosering vergoed wordt aan de apotheker. Die heeft daarmee een prikkel het goedkoopste middel aan de patiënt mee te geven.

Zorgverzekeraars kiezen zelf over welke geneesmiddelen ze preferentiebeleid voeren. Het aantal middelen waarover preferentieafspraken gemaakt worden verschilt ook sterk per verzekeraar. Het kan dus voorkomen dat een geneesmiddel bij de ene zorgverzekeraar preferent is aangewezen en bij de andere 'preferent geraakt' of onder LPG valt. Een geneesmiddel kan daarmee gelijktijdig in meerdere categorieën vallen.

Inschatting Wgp effect (● / ●● / ●●●)

Bij het extramurale multisource segment geven zorgverzekeraars aan dat de Wgp relatief weinig invloed heeft als er preferentiebeleid wordt gevoerd. Prijzen liggen over het algemeen (ver) onder het Wgp-maximum. Voor geneesmiddelen preferent geraakt en geneesmiddelen zonder preferentiebeleid geldt vaak dat de prijs van het geneesmiddel dicht bij de Wgp maximumprijs ligt. Daarmee is het Wgp effect groter dan geneesmiddelen die preferent zijn aangewezen.

Sinds 2024 voeren alle zorgverzekeraars preferentiebeleid (meer toelichting hierop is te vinden op pagina 13 en 14 van het Rapport Inzicht in ramingen). Daarmee is LPG als standaard inkoopmodel (voor alle multisource groepen) verdwenen. Twee zorgverzekeraars wezen erop dat leveranciers hiermee vanuit LPG geen prikkel meer hebben om producten met de laagste prijs per cluster in de G-Standaard van Z-index B.V. te zetten. Leveranciers verhogen daarom hun lijstprijzen tot de Wgp-limiet of de GVS-limiet.

Kortom: het aantal multisource geneesmiddelen met een preferentieafspraken is de afgelopen jaren gegroeid. Dit leidt tot een kleinere invloed van de Wgp. Anderzijds is de invloed van de Wgp op de kleine groep multisource geneesmiddelen waarover géén preferentie afspraken bestaan, juist toegenomen. Het is goed om je te realiseren dat dit vanwege het kleine volume vaak geneesmiddelen betreft met een kleine omzet.

Extramuraal - Parallelimport (Kolom B)

Parallelimport is het importeren en vervolgens in Nederland op de markt brengen van een elders in de EU/EER geregistreerd geneesmiddel, terwijl dit geneesmiddel reeds in Nederland is geregistreerd. Bij parallelimport wordt het medicijn in Nederland op de markt gebracht door een importeur die niet door de oorspronkelijke vergunninghouder is aangewezen. Vaak is het eenzelfde of vrijwel zelfde geneesmiddel al in Nederland geregistreerd; het zogenoemde referentiegeneesmiddel. Het percentage parallel geïmporteerde geneesmiddelen neemt al geruime tijd af en bedroeg in 2022 1,6% van het aantal verstrekkingen, terwijl het aandeel in de kosten 8% was. In gevallen waar apothekers de mogelijkheden hebben om – in plaats van een parallel geïmporteerde middel – een (voordeliger) generiek geneesmiddel te verstrekken, kiezen zij hiervoor in 97% van de gevallen⁹. De prijs van een parallel geïmporteerde geneesmiddel kan echter lager zijn in een andere lidstaat. Het kan om deze reden economisch aantrekkelijk zijn om een geneesmiddel via parallelimport in de handel te brengen.

Inschatting Wgp effect (●●●)

Door de zorgverzekeraars wordt aangegeven dat in het algemeen de AIP wordt vergoed voor de parallel geïmporteerde (vaak spécialité) producten vanuit de zorgverzekeraars. Als de prijs van het parallel geïmporteerde product lager is, wordt die lagere prijs vergoed. Dit betekent dat in de meeste gevallen de Wgp wel een effect zal hebben (●●●).

Extramuraal - Singlesource

Geen afspraken

Bij singlesource geneesmiddelen vinden doorgaans beperkt onderhandelingen plaats – met uitzondering van hele dure en/of oligopolie geneesmiddelen – omdat er geen of beperkte concurrentie in de markt is.

Inschatting Wgp effect (●●●●)

Doordat er beperkt onderhandelingen plaatsvinden en de prijs vaak gelijk is aan de Wgp maximumprijs is het Wgp effect groot; een aanpassing in de maximumprijs levert daadwerkelijk een directe verlaging van de uitgaven op (●●●●).

Prijzafspraken door inkopers (zorgverzekeraar, zorginstelling, apotheker, inkoopcombinatie) (Kolom B)

Dit type afspraken komt soms voor en bevat met name oligopolie geneesmiddelen. Voorbeelden zijn middelen waarbij voorschrijvers, apothekers en zorgverzekeraars gezamenlijk afspraken maken over therapeutische substitutie en een aantal geneesmiddelen die aan de ziekenhuisinkoop gerelateerd kunnen worden (geneesmiddelen met zowel een aanspraak vanuit farmaceutische zorg als geneeskundige zorg).

Inschatting Wgp effect (●●●)

⁹ SFK Data en feiten 2023

De werkelijke prijs is ongeveer gelijk aan de Wgp maximumprijs. Dit omdat er in dit onderdeel niet veel ruimte is voor onderhandelingen. Het effect van de Wgp zal dan ook vrijwel gelijk zijn aan de Wgp maximumprijs aanpassing (●●●). Dit wordt ook bevestigd door de zorgverzekeraars.

Financiële arrangementen VWS

Sinds 2012 sluit het ministerie van VWS financiële arrangementen af met fabrikanten van (veelal nieuwe) dure geneesmiddelen voordat VWS besluit over opname in het basispakket van de zorgverzekering. Het ministerie van VWS bepaalt de vergoeding bij opname in het basispakket. Het Zorginstituut kan VWS in het kader van dat besluit adviseren om eerst over de prijs te onderhandelen en een financieel arrangement af te sluiten. Zo komt een meer maatschappelijk aanvaardbare prijs tot stand die liefst tegemoetkomt aan onzekerheden over de (kosten)effectiviteit van een duur geneesmiddel. Voor een nadere uitleg met betrekking tot de financiële arrangementen verwijzen we graag naar het rapport Inzicht in de ramingen.

Inschatting Wgp effect (●)

Voor dit onderdeel geldt dat bij de afspraken vanuit VWS de werkelijke prijs (ver) onder de Wgp-limiet zal liggen. Dit betekent dat een Wgp aanpassing bij de middelen in dit segment een zeer beperkt tot geen effect zal hebben (●).

Box: Distributievergoeding en de Wgp-limiet

In de gesprekken is aandacht geweest voor de distributievergoeding die groothandels ontvangen voor hun dienstverlening (logistiek, opslag). Begin 2023 is een verhoging afgesproken van die distributievergoeding om te voorzien in een compensatie voor gestegen kosten – bijvoorbeeld vanwege inflatie. De apothekers betalen de distributievergoeding uit hun declaraties, en dat leidt vervolgens tot een lagere vergoeding die overblijft voor de fabrikanten/leveranciers.

Intramuraal - Multisource

Geneesmiddelen Diagnose Behandel Combinatie (DBC)

Bij de intramurale farmacie behoren ook de groep geneesmiddelen die deel uitmaakt van DBC's. Deze groep geneesmiddelen viel buiten de scope van het eerder onderzoek naar Inzicht in ramingen (omdat hierbij geen afzonderlijke ramingen voor geneesmiddelen worden gemaakt, deze vallen binnen de ramingen voor medisch specialistische zorg).

In het kader van de effecten van de Wgp is deze groep wel relevant.

Inschatting Wgp effect (●● / ●●●●)

*De zorgverzekeraars geven aan dat er beperkt zicht is op DBC-geneesmiddelen. Op dit onderdeel geldt dat de werkelijke prijs vaak onder de Wgp-maximumprijs ligt, maar dit is niet altijd het geval. Om deze reden kan het Wgp effect gelijk zijn aan de Wgp aanpassing als er geen afspraak is (Werkelijke prijs **gelijk** dan Wgp maximumprijs ●●●●), een beperkt Wgp effect als er bijvoorbeeld een korting is afgesproken (Werkelijke prijs **lager** dan Wgp maximumprijs ●●).*

Add-on geneesmiddelen

De dure geneesmiddelen of add-on geneesmiddelen zijn wel een afzonderlijk onderdeel bij de ramingen voor medisch specialistische zorg (MSZ) en worden bij zorgverzekeraars ook afzonderlijk ingekocht als deel van de MSZ inkoop. Afspraken over dure geneesmiddelen worden gemaakt met ziekenhuizen en andere MSZ-instellingen.

Inschatting Wgp effect (●●)

Zorgverzekeraars maken in veel gevallen contractafspraken met MSZ-instellingen over zowel prijs als volume: een omzetplafond of een aanneemsom. In deze gevallen kan ervan uit worden gegaan dat de werkelijke prijs onder de Wgp maximumprijs zal zitten. Wel wordt de Wgp meegenomen in het maken van – vertrouwelijke – afspraken en berekenen van de kortingen. Dit betekent dat een Wgp effect afhankelijk is van de afspraak en dus primair een indirect effect heeft (●●).

Geen afspraken

Door de zorgverzekeraars wordt aangegeven dat ze in beperkte gevallen voor multisource geneesmiddelen geen afspraken maken. Twee verklaringen hiervoor zijn; (1) soms is het afhankelijk of de fabrikant zelf ook vindt dat het multisource is (denk aan een bepaalde toedieningsvorm waarmee een middel de facto als single source in de markt wordt gezet) en (2) het betreft een geneesmiddel waarvan de financiële impact op landelijk niveau te laag is waardoor er geen concurrentie op zit en het niet loont om er een afspraak over te maken.

Inschatting Wgp effect (●●●)

Dit is, zoals hierboven toegelicht, een heel kleine groep. De geneesmiddelen waar geen afspraken over zijn heeft een Wgp verandering een groot effect; de vergoedingsprijs is gelijk aan de Wgp maximumprijs.

Intramuraal – Parallelimport (Kolom B)

Voor uitgebreide uitleg voor parallelimport zie [Extramuraal - Parallelimport \(Kolom B\)](#). We behandelen de [parallelimport in het dit rapport alleen op hoofdlijnen](#).

Inschatting Wgp effect (●●●)

De zorgverzekeraars geven aan dat in het kader van een Wgp effect geen verschil is tussen de parallelimport van multisource en single source geneesmiddelen. Net zoals bij extramuraal heeft de Wgp op parallel geïmporteerde geneesmiddelen dus een effect dat vrijwel gelijk is aan de Wgp aanpassing (●●●).

Intramuraal – Singlesource

Geen afspraken

Inschatting Wgp effect (●●●)

Net zoals bij Extramuraal – Singlesource zijn er intramuraal singlesource geneesmiddelen waarover geen afspraken worden gemaakt. Intramuraal geldt wel dat een Wgp verhoging pas later mee wordt genomen in het NZa maximumtarief, dus een verhoging in Wgp heeft intramuraal een vertraagd effect. In het geval van een Wgp verlaging heeft Wgp een effect gelijk aan de verlaging (●●●).

Geneesmiddelen DBC

Zoals hierboven (Geneesmiddelen Diagnose Behandel Combinatie (DBC)) aangegeven valt deze groep buiten de scope van het onderzoek maar deze groep ondervindt wel effecten van de Wgp.

Inschatting Wgp effect (●●●)

Tijdens de gespreken met zorgverzekeraars is naar voren gekomen dat ook over geneesmiddelen in deze groep onderhandeld wordt. De Wgp heeft dus een indirect effect in onderhandelingen door het bepalen van een prijsplafond (de Wgp maximumprijs). Er is in deze groep minder ruimte voor kortingen dan in multisource DBC-geneesmiddelen, om deze reden kan het zijn dat een Wgp verlaging of verhoging wel degelijk effect heeft op prijs van geneesmiddelen in deze groep (●●●)

Add-on geneesmiddelen

Inschatting Wgp effect (●●●)

Zorgverzekeraars maken in hun add-on contracten afspraken over de gevolgen van een verandering in de Wgp-maximumprijs. Wanneer de Wgp maximumprijs daalt tot onder de afgesproken prijs, dan wordt de prijs automatisch aangepast naar de Wgp maximumprijs. Als er een significante daling van de Wgp-maximumprijs plaatsvindt, waarbij de Wgp maximumprijs boven de afgesproken prijs blijft, dan worden de prijsafspraken aangepast. In de meeste gevallen gebeurt dit in het jaar nadat de daling plaatsvond, er is dan immers een nieuwe (lagere) referentieprijs. In tegenstelling tot de extramurale markt geven zorgverzekeraars aan dat wijzigingen naar aanleiding van Wgp inderdaad zijn voorgekomen in de afgelopen jaren. Een stijging van de Wgp-maximumprijs wordt niet vertaald in een nieuwe prijsafpraak. Om deze reden heeft Wgp een (indirect) effect. (●●●)

Clean Team afspraken (Add-on geneesmiddelen)

Zoals we in het Rapport Inzicht in Ramingen kort beschreven, onderhandelt het Clean Team van ZN namens de gezamenlijke zorgverzekeraars over dure geneesmiddelen die nieuw op de markt komen, vrijwel altijd intramuraal. In dit vervolgonderzoek gaan we iets dieper in op de contractafspraken van het Clean Team om context te plaatsen bij de invloed van de Wgp.

Het Clean Team heeft als doel afspraken te maken over geneesmiddelen die wat betreft kosten (net) niet in aanmerking komen voor afspraken over een arrangement met VWS. Er zijn echter geen harde inclusiecriteria voor het Clean Team. Bij een besluit om te gaan onderhandelen over een geneesmiddel wordt er beoordeeld of het opportuun is om het gezamenlijk te doen. Er zijn ook geneesmiddelen waarbij onderhandelingen op voorhand niet kansrijk lijken maar vanuit een maatschappelijk oogpunt wel worden geprobeerd. Wanneer het Clean Team besluit te willen onderhandelen, wordt eerst mandaat opgehaald bij alle zorgverzekeraars. Op het moment dat het mandaat er ligt, mogen zorgverzekeraars niet meer individueel onderhandelen over het betreffende middel.

Momenteel heeft het Clean Team ongeveer veertig contracten lopen. De looptijd van deze contracten is over het algemeen drie jaar; de maximale looptijd die de ACM toestaat. De contractafspraken zijn op twee manieren gemaakt; een deel van deze contracten en afspraken bevat een couvert afspraak, met een teruggave achteraf van de leverancier naar de zorgverzekeraars. Een ander deel bevat een semi-transparante afspraak waarbij de vergoedingsprijs bij de zorginstellingen bekend is en zij direct het afgesproken bedrag bij de zorgverzekeraar kunnen declareren. Bovendien zijn er geneesmiddelen waarvoor weliswaar een mandaat is verkregen, maar waarvoor geen Clean Team-overeenkomst bestaat.

Dit kan voorkomen doordat het Clean Team er niet in geslaagd is tot een overeenkomst te komen, of omdat zij bij voorbaat al graag mandaat willen hebben over het geneesmiddel voor het geval zich een situatie voordoet waarin het nodig is om actie te ondernemen. Als er mandaat is maar geen afspraak dan loopt het geneesmiddel mee in het reguliere inkoopproces voor add-on geneesmiddelen waarbij de instelling onderhandelt met de leverancier.

Inschatting Wgp effect (•)

In de contracten tussen Clean Team en leverancier is een passage opgenomen dat er heronderhandeld kan worden bij een aanzienlijke daling van de Wgp-maximumprijs van bijvoorbeeld 10% (dit percentage verschilt per afspraak en is een voorbeeld). Een dergelijke daling is in de afgelopen jaren meerdere keren voorgekomen. In de praktijk is echter nooit opnieuw onderhandeld omdat de overeenkomst dan al bijna afliep, of omdat dit om andere redenen financieel niet de moeite waard was.

De Wgp kan ook prijsverhogend werken. Daar hebben leveranciers de afgelopen jaren gebruik van gemaakt door bij instellingen een hogere prijs in te dienen. In de meest recente contracten wordt dit meegenomen en wordt afgesproken dat een Wgp verhoging niet tot hogere prijzen kan leiden tijdens de looptijd van een overeenkomst.

Hierbij is van belang dat contracten meestal een of twee keer verlengd worden (tot het middel uit patent loopt en er concurrenten op de markt komen). Een prijsdaling vanuit de Wgp levert meestal een prijsdaling in het verlengde contract op (maar deze hoeft niet gelijk te zijn aan de Wgp daling en wordt dus met vertraging doorgevoerd).

Financiële arrangement sluis

Als een nieuw intramuraal geneesmiddel (of indicatie-uitbreiding) potentieel een hoog financieel risico ('jaarlijks macro kostenbeslag') vormt, worden middelen sinds 2015 in de zogenoemde pakketsluis geplaatst. Door plaatsing in de sluis is behandeling met dat geneesmiddel (voor een of meerdere indicaties) uitgesloten van het basispakket, totdat er een actief besluit is genomen over de aanspraak en vergoeding. Gedurende de sluisperiode beoordeelt het Zorginstituut het geneesmiddelen en volgen er, wanneer het Zorginstituut dat aan de minister adviseert n.a.v. haar beoordeling, onderhandelingen door het ministerie van VWS.

Wgp effect (•)

De werkelijke prijs van een geneesmiddel met een door VWS afgesloten financieel arrangement zal in principe lager zijn dan de Wgp maximumprijs. Om deze reden zal een aanpassing in de Wgp een (zeer) beperkt tot geen effect hebben op de prijs van dat geneesmiddel (•).

3.2 Segmentering in relatie tot kostenverdeling

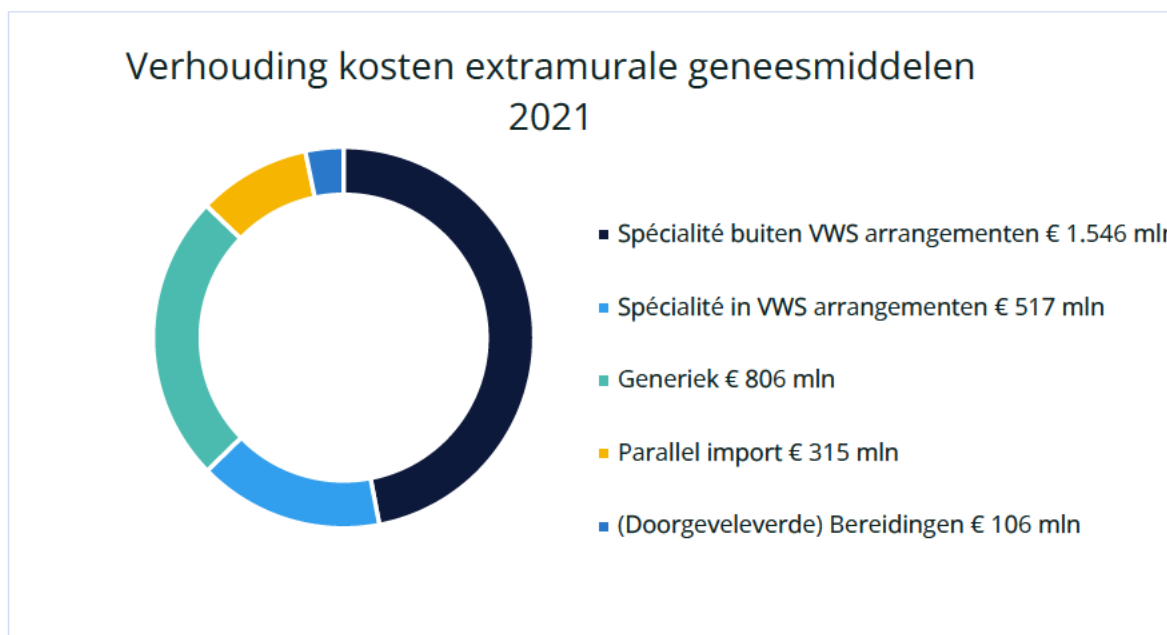
Het stroomschema geeft per segment het Wgp-effect weer, maar geeft geen informatie over de financiële impact van het segment. Vanwege de vele prijsafspraken die er bestaan in de geneesmiddelenmarkt, is het niet mogelijk de kosten per segment vast te stellen. Toch vinden we dat enig financieel perspectief niet kan ontbreken. We geven hieronder een globaal beeld en geven daarbij aan met welke factoren rekening gehouden dient te worden.

Extramuraal

Vanwege het covertmodel beschikken we niet over een inschatting van de kosten van geneesmiddelen die onder preferentie vallen, of onder andere afspraken. Om een financiële benadering te maken van deze groep, kan gekozen worden voor de kosten voor generieken, die vrijwel allemaal in het multisource segment vallen. Multisource spécialités blijven dan buiten beschouwing.

Op extramurale single source groepen, met name spécialités, heeft de Wgp veel invloed. Zorgverzekeraars maken maar over een klein deel van de single source geneesmiddelen afspraken, waardoor de leveranciers hun prijzen meestal op Wgp-limiet kunnen zetten. Uitzondering zijn de single source geneesmiddelen die onder de financiële arrangementen van VWS of de Clean Team afspraken vallen.

In onderstaande figuur hebben we de kostenverhoudingen voor de relevante geneesmiddelgroepen uitgesplitst op basis van de kosten in 2021, het meest recente jaar waarover gegevens over arrangementen bekend zijn. De verwerkte bedragen voor arrangementen betreffen de bedragen voordat de korting is afgetrokken ('gerealiseerde kosten'¹⁰). Hetzelfde geldt voor generieken; daarbij is geen rekening gehouden met de teruggave van de fabrikant aan de zorgverzekeraar.



Figuur 1: Verhouding kosten extramurale geneesmiddelen in 2021

Verschillende zorgverzekeraars hebben aangegeven zich zorgen te maken over de groeiende kosten in de groep doorgeleverde bereidingen. Volgens de GIP-databank bedroeg de stijging +19% in 2023¹¹. De Wgp heeft geen vat op deze stijging, terwijl de kosten van doorgeleverde bereiding een groter deel van de totale geneesmiddelenkosten zullen gaan uitmaken.

Tenslotte zijn de GVS-limiet en de Leidraad verantwoord wisselen factoren die invloed (kunnen) hebben op het prijseffect van de Wgp.

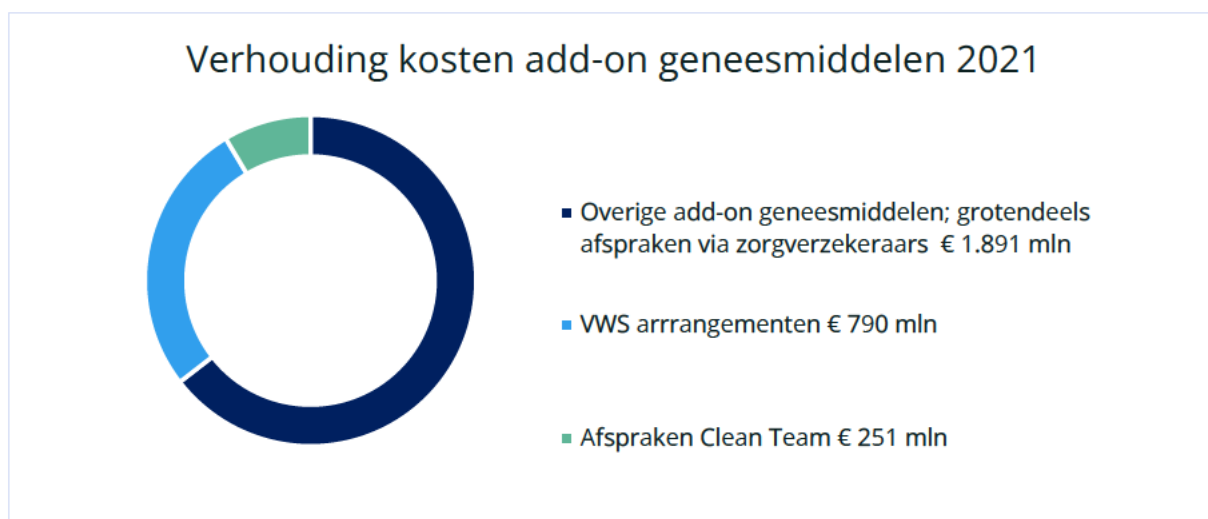
Intramuraal

Ook bij intramurale geneesmiddelen beschikken we niet over een kostenplaatje per segment. Zo hebben we geen gegevens over de kosten van de geneesmiddelen die onderdeel uitmaken van de DBC en waarover ziekenhuizen zelf onderhandelen met leveranciers. Voor de add-on geneesmiddelen hebben we voldoende informatie om een globale indeling maken van de totale kosten per groep die afspraken maakt met leveranciers. Dit is relevant omdat de Wgp-invloed aanzienlijk verschilt per groep; de invloed van de Wgp is klein voor geneesmiddelen waarover een VWS-arrangement bestaat of een Clean Team afspraak gemaakt is. In figuur 2 is te zien dat deze groep in 2021 nog relatief klein is. Deze neemt echter in omvang toe nu VWS en ZN steeds vaker afspraken over dure geneesmiddelen maken.

¹⁰ Voortgangsbrief financiële arrangementen geneesmiddelen 2022, 28 maart 2023

¹¹ GIP-databank: https://www.gipdatabank.nl/databank?infotype=g&label=00-totaal&tabel_g_00-totaal=R_05_db&geg=vg&spec=

Het gaat hier om totale gerealiseerde kosten over 2021 op basis van de gegevens uit GIP databank. Er is ook hier nog geen rekening gehouden met de teruggave van korting in arrangementen of Clean Team afspraken.



Figuur 2: Verhouding kosten add on geneesmiddelen in 2021

Bijlage 1: Gesprekspartners

Dit betreft gesprekspartners die we hebben gesproken in aanvulling op de gesprekspartners van het rapport Inzicht in Ramingen.

| Naam | Organisatie | Functie |
|------------|---|--------------------------|
| [REDACTED] | HollandBio | [REDACTED] |
| [REDACTED] | HollandBio | [REDACTED] |
| [REDACTED] | Zorgverzekeraars Nederland | [REDACTED] [REDACTED] |
| [REDACTED] | Roche Nederland | [REDACTED] |
| [REDACTED] | Vereniging Innovatie Geneesmiddelen (VIG) | [REDACTED] |
| [REDACTED] | BG Pharma | [REDACTED] |
| [REDACTED] | Mosadex Groep | [REDACTED] |

Colofon



Datum: 20-03-2024

Versie: 1.0

Opdrachtgever: Ministerie van VWS

Redactie

Piet de Bekker

Rachel van den Kieboom

Dieuwke van den Brink

Bezoek- en postadres: Grebbeberglaan 15, 3527 VX Utrecht
IBAN: NL70 RABO 01475.17.656 | KvK: 83030123 | BTW: NL 8626.98.169.B01
www.zorgvuldigadvies.nl