

Vergaderjaar 2018–2019

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 533

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 december 2018

Tijdens het VAO Geneesmiddelenbeleid van 5 juli 2018 is door het lid Dik-Faber (CU) een motie ingediend over de vergoedingslimieten in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en door uw Kamer aangenomen.¹ De motie verzoekt de regering een nadere analyse te maken van de huidige vergoedingslimieten in verhouding tot de actuele geneesmiddelenprijzen, en nader in te gaan op de voor- en nadelen van een herberekening van de vergoedingslimieten in het GVS.² Met deze brief beantwoord ik de motie.

Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem

Het GVS is in 1991 opgericht om de kosten van extramurale geneesmiddelen te beheersen. Het uitgangspunt van het GVS is dat geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn, niet te veel in prijs van elkaar mogen verschillen. Daarom worden geneesmiddelen binnen het GVS ingedeeld in clusters op basis van onderlinge vervangbaarheid op populatieniveau. Dit betekent dat bij de beoordeling van de onderlinge vervangbaarheid van een geneesmiddel, geen rekening gehouden wordt met individuele patiëntkenmerken. Voor de geclusterde geneesmiddelen geldt vervolgens een vergoedingslimiet. Als de prijs van een geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, betaalt de patiënt het verschil zelf. Geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn met andere middelen in het GVS worden niet geclusterd en kennen geen vergoedingslimiet. Dit betekent dat ik mij in onderstaand antwoord richt op de geclusterde geneesmiddelen met een vergoedingslimiet.

In 1999 zijn de vergoedingslimieten voor het laatst herijkt op basis van de prijzen van de geneesmiddelen in 1998. Dit betekent dat de limieten toen opnieuw vastgesteld zijn op basis van de prijzen van alle op dat moment geclusterde geneesmiddelen in het GVS. De vergoedingslimieten van

¹ Handelingen II, 2017/18, nr. 103, item 36.

² Kamerstuk 29 477, nr. 501.

clusters die vóór 1999 zijn gevormd, zijn dus afgeleid van de prijzen van de geneesmiddelen die ten tijde van de herijking in het cluster aanwezig waren. De vergoedingslimieten van clusters die gevormd zijn ná de herijking in 1999, zijn gebaseerd op de introductieprijs van het geneesmiddel in het cluster dat als eerste in de prijslijst vermeld stond. De prijzen van geneesmiddelen die na 1999 aan clusters zijn toegevoegd, spelen dus geen rol in de bepaling van de vergoedingslimieten. Sinds 1999 zijn de vergoedingslimieten niet meer herijkt.

Vergoedingslimieten in verhouding tot geneesmiddelenprijzen

Voor het eerste punt uit de motie heb ik Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) gevraagd een analyse te maken van de huidige vergoedingslimieten in verhouding tot de actuele geneesmiddelenprijzen, de zogenoemde apotheekinkoopprijzen (AIP's). Hiertoe heeft SFK gekeken naar de limieten en de prijzen van geneesmiddelen in het jaar 2017. De analyse laat zien dat in 2017 ongeveer € 2,9 miljard werd uitgegeven aan vergoede receptplichtige geneesmiddelen. Hiervan ging ongeveer € 2,2 miljard (75%) om in geneesmiddelen met een vergoedingslimiet, oftewel in de geclusterde middelen in het GVS. De overige 25% werd uitgegeven aan geneesmiddelen zonder vergoedingslimiet. Dit gaat voornamelijk om de niet-geclusterde middelen.

Voor de gevraagde analyse in de motie heeft SFK de geclusterde geneesmiddelen met een vergoedingslimiet verdeeld in drie categorieën:

1. Geneesmiddelen met een AIP hoger dan de GVS-limiet
2. Geneesmiddelen met een AIP op of net onder de GVS-limiet
3. Geneesmiddelen met een AIP onder de GVS-limiet

In de eerste categorie ligt de AIP minimaal 1 eurocent hoger dan de vergoedingslimiet. Het deel van de prijs dat boven de vergoedingslimiet ligt, betalen patiënten zelf bij. Van de totale uitgaven aan geclusterde geneesmiddelen valt € 72 miljoen in deze categorie. Van deze uitgaven is € 43 miljoen toe te schrijven aan de geneesmiddelkosten die boven de vergoedingslimiet liggen; en die dus door patiënten zelf moeten worden betaald. Een deel van deze eigen betalingen door patiënten valt onder terugbetalingsregelingen van fabrikanten aan patiënten of wordt bijvoorbeeld vergoed vanuit aanvullende zorgverzekeringen. De overige € 29 miljoen aan uitgaven is dus verzekerde zorg vanuit de basisverzekering.

In de tweede categorie ligt de AIP op of net onder de vergoedingslimiet. Ongeveer € 400 miljoen van de uitgaven aan geclusterde geneesmiddelen valt in deze categorie. SFK stelt dat fabrikanten voor deze geneesmiddelen de vergoedingslimiet mogelijk als richtprijs gebruiken voor hun prijsstelling.

In de derde categorie ligt de AIP ver onder de vergoedingslimiet. In deze categorie gaat het meeste geld om, namelijk ongeveer € 1,7 miljard. SFK stelt in haar analyse dat in deze categorie andere zaken dan de vergoedingslimiet ervoor zorgen dat de AIP tot ver onder de vergoedingslimiet zakt. SFK noemt bijvoorbeeld het preferentiebeleid van verzekeraars, de onderlinge concurrentie tussen leveranciers en de maximumprijzen uit de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp).

Ook heeft SFK per geneesmiddel berekend en weergegeven hoe de AIP zich verhoudt tot de voor die geneesmiddelen geldende vergoedingslimiet, voor de maand oktober 2018. In de bijlage van deze brief

vindt u het rapport van SFK met daarin de gevraagde analyse en de technische verantwoording³.

Herberekenen vergoedingslimieten

U heeft mij in de motie ook gevraagd nader in te gaan op de voor- en nadelen van herberekenen. De afgelopen jaren heeft uw Kamer regelmatig met mijn ambtsvoorgangers gesproken over het GVS en in het bijzonder over een herberekening van de vergoedingslimieten. Herberekening is ook aan de orde geweest tijdens het notaoverleg over de initiatiefnota «Big Farma: niet gezond!» (Kamerstuk 34 834, nr. 16). Bij een herberekening worden de vergoedingslimieten opnieuw vastgesteld. Dit kan door bij de berekening uit te gaan van een recentere peildatum (het zogenoemde herijken van de limieten) en/of door de vergoedingslimieten op een andere manier te bepalen (het hanteren van een andere rekensystematiek voor de limieten). Een herberekening kan gevolgen hebben voor alle vergoedingslimieten.

Voordelen herberekenen

In het verleden hebben diverse onderzoeken de gevolgen van herberekenen in kaart gebracht^{4, 5}. Uit deze onderzoeken blijkt dat herberekenen van de vergoedingslimieten tot een aanzienlijke besparing kan leiden, maar ook een toename van de eigen betalingen voor patiënten tot gevolg kan hebben. Zowel de besparing als de omvang van de bijbetaling zijn afhankelijk van de vraag of fabrikanten hun prijzen verlagen tot onder de nieuwe limieten en of patiënten zullen overstappen naar het goedkoopste middel in het cluster.

In het algemeen leidt herberekenen tot lagere vergoedingslimieten en dus tot lagere collectieve uitgaven. Dit komt doordat na de laatste herijking in 1999 nieuwe geneesmiddelen in de bestaande clusters terecht zijn gekomen. Dit zijn vaak goedkopere generieke geneesmiddelen die bij een herberekening een rol zullen gaan spelen in het bepalen van de nieuwe vergoedingslimieten, waardoor de limieten gemiddeld lager uit zullen komen. De onderzoeken laten zien dat een herberekening, in specifieke clusters, ook kan leiden tot hogere vergoedingslimieten.

Nadelen herberekenen

De gevolgen van een herberekening en de daardoor voornamelijk lagere limieten zijn onzeker en kunnen ingrijpend zijn voor patiënten, bijvoorbeeld doordat zij meer moeten bijbetalen. Daarnaast is het gedrag van fabrikanten, patiënten, artsen en apothekers lastig te voorspellen. Zo is het bijvoorbeeld niet zeker of fabrikanten hun prijzen laten zakken tot onder de nieuwe vergoedingslimieten. Sommige fabrikanten zullen hun prijzen immers fors moeten verlagen om onder de nieuwe vergoedingslimieten uit te komen. Niet elke fabrikant zal dit doen, omdat prijsverlagingen in Nederland omzetverlies in andere landen kunnen opleveren doordat de Nederlandse prijzen in buitenlandse prijsreferentiesystemen zijn opgenomen. Ook kunnen fabrikanten na een herberekening mogelijk minder geneigd zijn om nieuwe producten op de Nederlandse markt te brengen of zullen

zij mogelijk bestaande geneesmiddelen terugtrekken van de Nederlandse markt vanwege de lagere limieten.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁴ Kamerstuk 29 477, nr. 310.

⁵ Kamerstuk 29 477, nr. 391.

Als de prijzen niet dalen tot onder de nieuwe vergoedingslimieten, zullen veel patiënten moeten switchen naar een goedkoper geneesmiddel om bijbetaling te voorkomen. Dit vereist bijvoorbeeld mogelijk een extra consult bij de behandelend arts of aanvullende diagnostiek.

In specifieke situaties kunnen individuele patiënten lastig wisselen van geneesmiddel en daardoor na een herberekening geen gebruik maken van het geneesmiddel zonder bijbetaling. Met andere woorden dit leidt tot een verschuiving van de kosten naar de patiënt. Dit geldt bijvoorbeeld voor patiënten die medisch gezien niet uitkomen met het bijbetalingsvrije geneesmiddel.

Ook zorgverzekeraars kunnen vragen van patiënten en zorgverleners verwachten na een herberekening. En tot slot brengt een herberekening uitvoeringskosten met zich mee en bestaat het risico op juridische procedures vanuit fabrikanten vanwege herberekening.

Raakvlakken met ander beleid

De daadwerkelijke opbrengsten en gevolgen van herberekening zijn derhalve onzeker. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 en het daaropvolgende preferentiebeleid van zorgverzekeraars, zijn de prijzen van geneesmiddelen al flink gedaald. Ook zijn er inmiddels patenten van (dure) geneesmiddelen verlopen en meer generieke geneesmiddelen op de markt verschenen, waardoor de prijzen ook gedaald zijn. Sinds 2006 zijn de prijzen van extramurale geneesmiddelen gemiddeld met ongeveer 40% gedaald.⁶

Daarnaast wordt de Wgp per 1 januari 2020 aangepast, waarbij Duitsland als referentieland vervangen wordt door Noorwegen. Deze aanpassing leidt naar verwachting tot gemiddeld lagere maximumprijzen van geneesmiddelen.⁷ Ook worden de eigen betalingen voor geneesmiddelen in het GVS per 1 januari 2019 gemaximeerd op € 250 per verzekerde per jaar gedurende deze kabinetsperiode. Deze maximering zou ook gelden voor patiënten die na een eventuele herberekening van de vergoedingslimieten jaarlijks meer dan € 250 moeten bijbetalen. Voor patiënten die na een eventuele herberekening minder moeten bijbetalen dan € 250 per jaar, maar wel meer dan zij nu doen, biedt de maximering geen voordeel.

De bovenstaande veranderingen zijn van invloed op het effect van een eventuele herberekening. Immers, prijsdalingen door andere beleidsmaatregelen betekenen dat de vergoedingslimieten bij een herberekening nog verder zullen moeten dalen om een besparing op te leveren. Hierdoor zullen mogelijk ook de gevolgen voor patiënten groter zijn.

Modernisering van het GVS

Zoals aangekondigd in mijn brief van 15 juni 2018 heb ik ervoor gekozen het GVS deze kabinetsperiode te moderniseren en toekomstbestendig te maken, en op dit moment de vergoedingslimieten niet opnieuw te berekenen.⁸ Ik wil eerst de werking en de effecten van het GVS analyseren en kijken waar ik knelpunten voor patiënten en ondoelmatigheden kan wegnemen. Hierin heb ik ook oog voor ander geneesmiddelenbeleid, zoals de aanpassing van de Wgp en de maximering van de eigen

⁶ Stichting Farmaceutische Kengetallen, Data en feiten 2018, d.d. augustus 2018.

⁷ Kamerstuk 29 477, nr. 506.

⁸ Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 489.

betalingen in het GVS. Over de voortgang van de modernisering heb ik u in de voortgangsbrief Geneesmiddelenbeleid geïnformeerd. Ik zal u daar eind 2019 opnieuw over informeren.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins