

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal aanvullende vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 8 juni 2022 houdende antwoorden op vragen van de commissie over de modernisering van het geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS) (Kamerstuk 29 477, nr. 761).

De voorzitter van de commissie,  
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>Blz.</b>
<b>I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	3
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	3
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	4
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	5
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie	6
Vragen en opmerkingen van het lid van de fractie-Den Haan	8
<b>II. Reactie van de Minister</b>	<b>9</b>

## **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief met daarin de antwoorden op de vragen van de commissie over de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Deze leden danken de Minister voor zijn antwoorden met betrekking tot het GVS. Zij hebben nog enkele vragen.

De Minister geeft in zijn beantwoording aan dat het van verschillende factoren afhangt of het gebruik van meerdere geneesmiddelen uit een GVS-cluster daadwerkelijk leidt tot bijbetaling voor één of meerdere geneesmiddelen en/of het wisselen van geneesmiddelen. Kan de Minister aangeven of er mogelijkheden zijn om in kaart te brengen hoe vaak dit leidt tot bijbetaling en/of wisselen van geneesmiddel(en) en zo ja, of hij bereid is dit te doen en de Kamer hierover te informeren?

In de brief Mitigerende maatregelen onderkant geneesmiddelenmarkt Wgp en GVS<sup>1</sup> van 20 juni jl. geeft de Minister aan dat de herziening op een aantal punten van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) is vertraagd. In hoeverre heeft deze vertraging een effect op de modernisering van het GVS en het wisselen van geneesmiddelen?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister met direct betrokken partijen in gesprek gaat en deze heeft uitgenodigd deel te nemen aan een projectgroep «communicatie GVS-modernisering. Kan de Minister aangeven welke partijen deelnemen aan deze projectgroep, wanneer de eerste gesprekken gepland staan en wanneer de communicatie over de GVS-modernisering gereed is? Worden patiëntenverenigingen ook betrokken?

De Minister geeft aan dat in Europees verband geen structurele dialoog tussen lidstaten en farmaceutische industrie plaatsvindt. Heeft de Minister ondanks dat gegeven voorbeelden van hoe andere lidstaten omgaan met het betaalbaar houden van geneesmiddelen? Zo ja, kan hij dan enkele voorbeelden noemen? Kan de Minister aangeven wat noemenswaardige uitkomsten zijn van de overleggen met branchevereniging van merkgeneesmiddelen, de Vereniging voor Innovatieve Geneesmiddelen (VIG) en de belangenorganisatie van Biosimilars en generieke geneesmiddelen fabrikanten? Staan gesprekken met deze organisaties in de nabije

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 477, nummer 764.

toekomst gepland over de modernisering van GVS en de verantwoordelijkheid van fabrikanten hierin? Zo nee, waarom niet?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met interesse de antwoorden gelezen en danken de Minister voor het zorgvuldig overwegen van de impact van de modernisering van het GVS op patiënten, zorgverleners en apothekers. Deze leden constateren dat zorgen in het veld met betrekking tot de modernisering nog (deels) aanwezig zijn en hebben daarom enkele aanvullende vragen.

Genoemde leden lezen dat is gekozen voor een financieel vangnet voor patiënten in plaats van het eerder afgewezen medisch inhoudelijk vangnet. Kan de Minister toelichten hoe met het financieel vangnet de bezwaren komen te vervallen tegen het eerder voorgestelde medisch inhoudelijk vangnet? Kan de Minister verder aangeven op welke manier dit bijdraagt aan het voorkomen van extra financiële lasten voor de patiënt en welke middelen de Minister verder inzet om dit te bewerkstelligen?

De leden van de D66-fractie vinden het van belang dat het patiëntperspectief optimaal in overweging wordt genomen. Deze leden lezen dat in het beoordelingsproces de registratiehouder en andere belanghebbende partijen, waaronder patiëntenorganisaties, de gelegenheid krijgen om inhoudelijk commentaar te leveren op een conceptadvies van het Zorginstituut Nederland. Kan de Minister verder toelichten op welke manieren patiënten(-vertegenwoordigingen) verder worden betrokken bijvoorbeeld bij de samenstelling van de clusters? Zijn hier nog andere mogelijkheden voor die zorgen bij patiënten en andere veldpartijen wegnemen?

De leden van de D66-fractie constateren ook zorgen met betrekking tot de verwachte impact op de administratieve lasten voor de zorgverleners en apothekers. Kan de Minister aangeven hoe deze impact wordt beoordeeld en welke stappen hij voornemens is te zetten om potentiële administratieve lasten te drukken?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de antwoorden op de eerder gestelde vragen over de modernisering van het GVS. Deze leden hebben hier nog enkele aanvullende vragen over.

De Minister neemt bij de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem enkele verzachtende maatregelen om wisselingen en bijbetalingen te voorkomen. De leden van de CDA-fractie vinden dat een verstandige keuze. Eerder is ook verkend of het mogelijk is te voorzien in de situatie dat wanneer patiënten, als gevolg van een landelijk tekort aan een geneesmiddel zonder bijbetaling, moeten wisselen naar een geneesmiddel waarvan de kosten hoger zijn dan de vergoedingslimiet, zij geen eigen bijdrage verschuldigd zijn. Deze mogelijkheid lezen de leden van de CDA-fractie echter niet meer terug in de plannen van de Minister. Zij vinden dit spijtig, aangezien het voor apothekers moeilijk uit te leggen is aan patiënten dat zij verplicht moeten wisselen van geneesmiddel én daarbij ook te horen krijgen dat ze moeten gaan bijbetalen. Genoemde leden vragen daarom of de Minister bereid is deze verzachtende maatregel nogmaals te onderzoeken, zo mogelijk samen met de apothekersorganisatie Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP).

De leden van de CDA-fractie vragen verder of de Minister kan antwoorden op de gestelde vragen van de Patiëntenfederatie Nederland. Wanneer worden de nieuwe limieten binnen het GVS bekendgemaakt? Is de Minister nog steeds van mening dat er daarna voldoende tijd is voor een voor patiënten verantwoorde invoering per 1 januari 2023? Is de Minister bereid om met koepels van behandelaars en patiënten eerst een inhoudelijke toets op de clusters te laten plaatsvinden? Zo ja, is de invoering van het vernieuwde GVS per 1 januari 2023 in dat geval nog realistisch?

Deze leden vragen ten slotte of de Minister in kaart heeft gebracht wat de administratieve lasten zijn voor zorgverleners als zij mensen moeten begeleiden bij het wisselen naar een ander middel.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie**

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling het verslag van het schriftelijk overleg gelezen. Deze leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

Welke maatregelen zijn mogelijk om de prijzen van geneesmiddelen te drukken, zonder dat patiënten daar nadelige gevolgen van ondervinden? Kan een overzicht van maatregelen worden gegeven die theoretisch mogelijk zouden zijn en de argumentatie deze al dan niet in Nederland toe te passen? In hoeverre zou bijbetaling verminderd kunnen worden door aanscherping van de Wgp, en zou bijbetaling voorkomen kunnen worden door overheveling van clusters specialistische geneesmiddelen naar het ziekenhuis? Welke besparing is theoretisch wel mogelijk maar volgens de Minister niet wenselijk? Welke reden heeft de Minister om niet maximaal te proberen de geneesmiddelenprijzen te drukken? Waarom wordt ervan uitgegaan dat als de prijzen in Nederland verder zouden dalen, dit tot problemen met de geneesmiddelen beschikbaarheid zou leiden? Welke middelen zijn in Noorwegen, dat een lager prijsniveau heeft dan Nederland, niet beschikbaar en welke problemen doen zich daar voor?

Zijn er clusters (of geneesmiddelen) binnen het GVS waarvoor geldt dat de geneesmiddelen daarin alleen worden voorgeschreven door medisch specialisten?

De Minister geeft aan dat de aanpassing van de Wgp naar het «Noorse model» in Zorgkeuzes in Kaart 2020 is ingeschat op een besparing van € 50 miljoen (waarvan een deel betrekking heeft op extramurale en deel op intramurale geneesmiddelen). De te behalen besparing zal daardoor, als je dus zowel de GVS-herberekening als een extra aanpassing van de Wgp doet, naar verwachting hoger uitvallen. Toch kiest de Minister niet voor deze mogelijke extra besparing, met als argumentatie dat er geen reden is om te veronderstellen dat de taakstelling van € 140 miljoen niet al behaald wordt met de modernisering van het GVS. Waarom wordt niet gekozen voor extra druk op de geneesmiddelenprijzen, op die manier verdient toch immers de farmaceutische industrie minder in plaats van dat verzekeren meer betalen?

De verwachte besparing is alleen berekend op de huidige patiëntenpopulatie (dus zonder de potentiële besparing bij nieuwe gebruikers) en de besparing zal op termijn waarschijnlijk hoger liggen. Waarom is dat effect nog niet berekend en kan dat alsnog gebeuren? Kan over een periode van vijf en tien jaar aangegeven worden welk aandeel de nieuwe gebruikers zullen gaan innemen en wat dat betekent voor de besparing via het GVS? Zou het de moeite waard zijn dit te berekenen om te bezien of het vervolgens mogelijk zou zijn de taakstelling op te schuiven wanneer er sprake is van veel mensen die geconfronteerd worden met een bijbe-

taling, die voorheen niet aan de maximale eigen bijdrage van € 250 kwamen? Om hoeveel mensen gaat het hierbij? Waarom zijn hier geen cijfers over bekend?

Wanneer krijgen patiënten duidelijkheid en waarom geeft de Minister niet nu al meer voorlichting over de noodzaak van de GVS-herberekening, de gevolgen, maar ook over hoe deze gevolgen worden opgevangen? Wanneer is het communicatieplan gereed? Kan dit ook voorgelegd worden aan de Kamer? Hoe wordt nagegaan in hoeverre apothekers, verzekeraars en artsen hun verantwoordelijkheid nemen ten aanzien van het voorlichten van patiënten over het GVS, de vrijlopers enzovoort?

Zou het nadeel van switchen, bijvoorbeeld bij een oudere patiënt die veel geneesmiddelen gebruikt, kunnen worden verminderd wanneer deze switch wordt meegenomen in de zo gewenste regelmatige medicatiecheck? Bij hoeveel patiënten is dit het geval? Zou de apotheker niet bij uitstek degene moeten zijn om de zorgen van mensen bij een switch weg te nemen en zou met de medicatiecheck, deze aandacht voor het geneesmiddelengebruik, de therapietrouw ten goede kunnen komen? Is dit ook onderdeel van het communicatieplan?

Hoe worden medisch specialisten erop gewezen dat het in het belang van de patiënt is de vrijloper voor te schrijven, welke clusters veranderen en hoe wordt dit meegenomen in het communicatieplan?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het verslag van het schriftelijk overleg over de modernisering van het GVS. Zij hebben hierover nog een aantal kritische vragen en opmerkingen.

Deze leden blijven van mening dat het onwenselijk is om mensen bijbetalingen te laten betalen om zo lagere prijzen van farmaceuten af te dwingen. Waarom kiest de Minister er niet voor om de maximumgeneesmiddelenprijzen direct te verlagen, in plaats van een prijsverlaging indirect te proberen af te dwingen? De leden van de SP-fractie lezen dat de Minister schrijft dat het «in de eerste plaats aan fabrikanten [is] om bijbetalingen voor patiënten te voorkomen». Zij constateren dat de Minister hier de hoofdverantwoordelijkheid voor betaalbare geneesmiddelen bij de markt legt. Begrijpt de Minister dat de farmaceutische industrie als hoofddoel heeft om winst te maken en dat zij hun prijzen ook daarop baseren?

Deze leden vragen de Minister wanneer hij nou eindelijk werk gaat maken van het minder afhankelijk worden van de farmaceutische industrie. Komt de Minister met een plan om dit te bereiken? Is hij bijvoorbeeld bereid om een publiek geneesmiddelenfonds op te richten?

Genoemde leden lezen daarnaast dat het effect van de GVS-herziening op administratieve lasten nog onderzocht moet worden, terwijl het besluit voor deze herziening al genomen is. Waarom zijn de gevolgen van de GVS-herziening niet onderzocht voor dit besluit werd genomen? Is de Minister nog bereid om het besluit aan te passen of terug te draaien als blijkt dat de administratieve lasten enorm zijn? Deze leden vragen bovendien of zorgverleners nog op een bepaalde manier tegemoet worden gekomen voor de extra administratieve lasten.

De leden van de SP-fractie vragen tot welk moment het technisch nog mogelijk is om dit besluit uit te stellen, zodat de gevolgen eerst beter in kaart kunnen worden gebracht. Bestaat daar een specifieke deadline voor?

## Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie zijn ontevreden over de huidige gang van zaken rondom het voornemen betreffende de modernisering van het GVS. Miljoenen patiënten lopen het risico om een hogere eigen bijdrage te moeten betalen in tijden van grote financiële onzekerheid. Als farmaceuten hun geneesmiddelenprijzen niet verlagen, zullen patiënten immers fors moeten bijbetalen of moeten wisselen van geneesmiddel, terwijl wisselen lang niet altijd op medische basis verstandig is. Is de Minister zich ervan bewust dat volgens zorgverleners veel geneesmiddelen binnen een cluster niet uitwisselbaar zijn? Op welke manier wordt hier expliciet rekening mee gehouden bij het instellen van de nieuwe vergoedingslijsten per cluster, waar blijkt dat uit en hoe kan de Kamer de Minister hierop toetsen?

Genoemde leden maken zich zorgen over de haastige besluitvorming. In de beslisnota van de regering (zevende pagina) waarschuwen ambtenaren voor het volgende: *«Let op: de GVS-modernisering zoals hierboven beschreven is bijzonder ambitieus gegeven de deadline (1 januari 2023). Dit betekent dat op sommige punten (..) gekozen moet worden voor een beperkte en minder zorgvuldige uitwerking en dat dit ook implicaties heeft voor de mate waarin het veld actief betrokken kan worden»*. Waarom kiest de Minister er toch voor, ondanks deze waarschuwing, om het besluit door te zetten? Kan de Minister de Kamer een schematisch overzicht doen toekomen over de tijdlijn van dit kabinetsvoornemen: wanneer zijn de voorbereidingen getroffen, wanneer is wat uitgezet en welke stukken moeten de Kamer nog toekomen? Vervolgens stellen de ambtenaren dat het alternatief bestaat uit een *«structureel tekort in de begroting van VWS van € 140 miljoen per 2023 (..) Het tekort zou daarom elders binnen de VWS-begroting of elders binnen de Rijksbegroting moeten worden opgelost. Dat laatste vergt besluitvorming in de ministerraad.»* De voornoemde leden vragen of, en zo ja wanneer, dit kabinetsvoornemen is voorgelegd aan andere departementen zoals het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het Ministerie van Financiën. Welke zorgen zijn toen geuit en wanneer is het voornemen van de modernisering van het GVS voorgelegd in de ministerraad? Waarom ontbrak in de oorspronkelijke beslisnota een duidelijk overzicht over de impact van dit voornemen op (chronische) patiënten? Waarom wordt pas in de nadere beslisnota «mitigerende maatregelen» van 3 juni een overzicht gedeeld (derde pagina) van wat de mogelijke impact is van dit voornemen op de financiën van (chronisch) patiënten en de omvang? Wanneer is voor het eerst een inschatting door het departement gemaakt wat de financiële consequenties kunnen zijn van dit kabinetsvoornemen? Kan de Minister bevestigen dat de besparing van structureel 130 miljoen in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord (vijfde pagina) inderdaad de modernisering van het GVS betreft? Stel dat de «modernisering» meer oplevert dan 130 miljoen per jaar, waar gaan de resterende inkomsten dan naartoe? Kan de Minister toezeggen dat in de koopkrachtplaatjes voor de begroting over 2023 (de zogenoemde Prinsjesdagstukken) expliciet koopkrachtplaatjes worden meegenomen van chronisch patiënten, waarbij de effecten van dit voornemen in de koopkrachtplaatjes zijn betrokken? Tevens vragen de genoemde leden of de maximalisering van de «250 euro» aan eigen bijdrage wel een nieuwe mitigerende maatregel betreft. Is afgelopen jaar dan een voornemen geweest om de eigen bijdrage over 2023 en 2024 te verhogen? Wat is bij benadering de hoogte van de eigen bijdrage in het jaar 2030, mochten Kamer en kabinet niet ertoe besluiten om de eigen bijdrage na 2024 wederom te bevriezen?

De leden van de GroenLinks-fractie zijn tevens geschrokken van de grote onzekerheid van de consequenties die dit voorgenomen kabinetsbesluit met zich meebrengt. Is de Minister bereid een onafhankelijk onderzoek te verrichten naar de negatieve gezondheids- en financiële effecten voor patiënten en kunnen deze resultaten nog vóór 1 januari 2023 met de Kamer gedeeld worden?

De voornoemde leden vragen of geen alternatieve wijzigingen van prijsmechanismen mogelijk zijn die enkel de fabrikanten raken, en niet de patiënten en hun zorgverleners? Welke alternatieven hebben binnen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de revue gepasseerd over de jaren? Vindt de Minister het te rechtvaardigen dat de eindafrekening van de GVS-herberekening niet alleen bij fabrikanten, maar ook bij patiënten terechtkomt?

De GVS-modernisering zal ertoe leiden dat de eerste keus voorkeursgeneesmiddelen uit geldende medische richtlijnen niet meer vergoed zullen worden. Het handelen volgens richtlijnen zal hiermee onder druk komen te staan. Kan de Minister met de Kamer delen welke medische richtlijnen momenteel in de zorg worden gebruikt? Hoe kijkt de Minister aan tegen de risico's die dit met zich meebrengt? De Minister erkent dat de wijzigingen door de GVS-herberekening «op gespannen voet» staan met het streven uit de Leidraad verantwoord wisselen, om maximaal eenmaal per twee jaar te laten wisselen. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is betrokken geweest bij deze Leidraad. Is de voorgenomen herberekening niet strijdig met de afspraken die zijn gemaakt?

De leden van de GroenLinks-fractie maken zich ook zorgen over de toegenomen regeldruk die dit besluit met zich meebrengt. Onderzoek hiernaar, door SIRA Consulting, is nog niet met de Kamer gedeeld. Wanneer heeft SIRA Consulting de opdracht gekregen dit te onderzoeken? Waarom is het besluit tot modernisering van het GVS per 1 januari 2023 genomen vóórdat het rapport over de regeldrukeffecten en de daarmee gepaard gaande extra werkzaamheden en kosten voor zorgverleners bekend is? In de Kamerbrief Programma [Ont]Regel de Zorg 2022–2025<sup>2</sup> van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport staat dat bij nieuwe beleidsvoornemens de verwachte effecten ten aanzien van de regeldruk van tevoren in kaart worden gebracht zodat deze onderdeel uit kunnen maken van de totaalafweging over nut en noodzaak van een nieuwe wet of regel. De Kamer nam in maart 2022 de motie Van den Hil c.s.<sup>3</sup> aan om in bestaande en nieuwe zorgwetgeving de administratieve lasten een plek te geven. Wil de Minister nu overgaan tot een GVS-herberekening per 1 januari 2023 zonder de administratieve lasten (en kosten) in kaart te hebben gebracht? Is dit ook niet in strijd met de ambitie van de Minister om de regeldruk in de zorg te verminderen?

De leden van de GroenLinks-fractie hebben nog vragen over de steun voor het kabinetsvoornemen. Krijgt de Minister unaniem steun vanuit het zorgveld om per 1 januari 2023 over te gaan tot deze herberekening? In hoeverre zijn de zorgen van apothekers, artsen en patiënten over de onzekerheden en risico's van deze GVS-herberekening inmiddels weggenomen? Tot slot vragen deze leden of de Minister het met genoemde leden eens is dat de Kamer volledig geïnformeerd moet zijn over de effecten van de GVS-herberekening, voordat tot besluitvorming wordt overgegaan? Zo ja, vindt de Minister dat de Kamer, gezien de ontbrekende informatie, op dit moment de consequenties van de herberekening op patiënten, artsen en apothekers goed kan overzien?

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 515, nr. 480.

<sup>3</sup> Kamerstuk 35 738, nr. 5.



## Vragen en opmerkingen van het lid van de fractie-Den Haan

Het lid van de fractie Den Haan heeft kennisgenomen van de brieven bij dit schriftelijk overleg en heeft nog een aantal vragen. Fabrikanten geven aan dat geneesmiddelen zes maanden vooruit moeten worden besteld. Duidelijkheid over vergoedingslimieten wordt pas in september verwacht. Kan de Minister aangeven hoe hij gaat voorkomen dat er tijdelijke leveringsproblemen ontstaan in het eerste kwartaal van 2023?

In de beslisnota behorend bij de Kamerbrief Verzachtende maatregelen modernisering geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) d.d. 3 juni, wordt aangegeven dat er risico's zijn ten aanzien van de juridische haalbaarheid. De toelichting daarop is echter weggelakt. Kan de Minister aangeven of er juridische risico's zijn en zo ja, kunnen die met de Kamer worden gedeeld?

Er is nog altijd geen zicht op de effecten voor patiënten en ook is er geen zicht op de administratieve lasten. Wanneer verwacht de Minister hier meer zicht op te krijgen? Is de Minister bereid het Adviescollege Toetsing Regeldruk om een advies te vragen?

Er is geen zicht op hoe de Minister de GVS-maatregel wil monitoren. De effecten van de bezuiniging zijn pas met (grote) vertraging zichtbaar en het eventueel terugdraaien van deze bezuiniging is door de grote effecten op de geneesmiddelenmarkt op korte termijn niet te doen. Hoe wil de Minister deze maatregel monitoren? Welke indicatoren hanteert hij daarbij en wanneer is deze «modernisering» volgens de Minister geslaagd?

Kan de Minister aangeven wanneer de definitieve gewijzigde Regeling zorgverzekering, waarmee de GVS-modernisering wordt geïmplementeerd, naar verwachting wordt gepubliceerd in de Staatscourant?

In de Kamerbrief Mitigerende maatregelen onderkant geneesmiddelenmarkt Wgp en GVS<sup>4</sup> stelt de Minister dat een cluster binnen het GVS uit verschillende werkzame stoffen en toedieningsvormen kan bestaan. Erkent de Minister daarmee dat middelen onderling niet zomaar vervangbaar zijn op patiëntniveau? Zo ja, hoe ziet hij in dat geval zijn verantwoordelijkheid tegenover patiënten die voor hun behandeling afhankelijk zijn van een middel met een specifiek werkzame stof of toedieningsvorm dat mogelijk niet meer voor volledige vergoeding in aanmerking komt? Een deel van die patiënten kan mogelijk wisselen naar een ander middel uit het cluster. Wanneer dit echter een andere werkzame stof is, betekent dit een extra consult van de arts, een nieuw recept van de arts en nieuwe eerste terhandstelling van de apotheek. In plaats van een «gewoon» herhaalrecept krijgt de patiënt een nieuw recept. Voor de terhandstelling van zo'n nieuw middel via een nieuw recept, geldt een veel hoger tarief (ongeveer dubbel zo hoog). Ook dit komt op het bordje van de patiënt omdat dit valt onder het eigen risico. Betekent dit niet naast de extra lasten bij huisarts en apotheek ook een extra hoge rekening voor de patiënt?

De Minister erkent dat er een groep geneesmiddelen is waarbij mogelijk beschikbaarheidsproblemen ontstaan als de vergoedingslimiet in het GVS omlaag gaat. De Minister wil hiervoor mitigerende maatregelen nemen, gericht op de Wgp en het GVS. Kan de Minister aangeven om welke «kwetsbare» geneesmiddelen het hier gaat en welke patiënten hiervan afhankelijk zijn?

---

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 764.



De mitigerende maatregel van de Minister voor het GVS is gericht op clusters met een omzet kleiner dan één miljoen euro. De mitigerende maatregel is daarmee niet van toepassing op de clusters met een budgettaire impact groter dan één miljoen euro. Toch zitten in deze «grote» clusters diverse kwetsbare geneesmiddelen, waarvoor de mitigerende maatregel dus geen oplossing vormt. Hoe gaat de Minister kwetsbare geneesmiddelen beschermen die vallen in grote clusters waarop de mitigerende maatregel niet van toepassing is? Waarom kiest de Minister wel voor mitigerende maatregelen voor de onderkant van de markt, maar is er geen medisch vangnet voor patiënten?

De Minister verwijst in zijn reactie op vragen van de Kamer over de GVS-maatregel naar de fabrikanten die hun prijzen zouden moeten en kunnen verlagen. Op grond waarvan komt de Minister tot zijn analyse dat fabrikanten de prijzen kunnen verlagen?

Kan de Minister de Kamer een overzicht geven van de ramingen en realisatie (jaar op jaar) van de extramurale farmacie in de periode 2011–2021?

De Minister neemt aan dat de lijstprijs de werkelijke prijs van het geneesmiddel is; als gevolg van het geneesmiddelenbeleid van verzekeraars, zoals covertbeleid, ligt de werkelijke prijs van geneesmiddelen lager. Het zijn echter de verzekeraars die het prijsverschil kennen en aan wie het nu ten goede komt. Transparantie over de werkelijk betaalde prijzen ontbreekt dus. Kan de Minister aangeven voor welke middelen dat geldt? Is de Minister dan nog steeds van mening dat het noodzakelijk is ook de vergoedingslimieten van het GVS aan te passen? Zo ja waarom dan?

## **II. Reactie van de Minister**