

Vergaderjaar 2015–2016

**29 477**

**Geneesmiddelenbeleid**

**Nr. 391**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juli 2016

Naar aanleiding van mijn toezegging in het Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)(Kamerstuk 29 477, nr. 346) heb ik nader onderzoek verricht naar het selectief herberekenen van GVS-vergoedingslimieten en realistische switch-percentages. Het verdiepingsonderzoek is, na een aanbestedingsprocedure (offerte-aanvraag gepubliceerd in november 2015), uitgevoerd door APE<sup>1</sup>, die tevens de proefberekeningen (Kamerstuk 29 477, nr. 310) heeft uitgevoerd.

**Visie op geneesmiddelen: nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten**

In mijn visie op geneesmiddelen heb ik aangegeven dat ik aan de slag ga met de pakkettoelatings- en vergoedingssystemen om een betere prijsdruk te realiseren (Kamerstuk 29 477, nr. 358). Extramuraal betekent dat onder andere dat ik inzet op doelmatig voorschrijven, financiële arrangementen en gepast gebruik van geneesmiddelen. Daarnaast wil ik een zorgvuldige selectieve herberekening van GVS-clusters toepassen waarbij ik onderhoud aan het huidige systeem pleeg. Al deze acties zijn noodzakelijk om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Een herberekening van GVS-vergoedingslimieten houdt in dat de vergoedingslimieten van geneesmiddelen in clusters van (op populatieniveau) onderling vervangbare geneesmiddelen opnieuw worden berekend (dit is voor het laatst in 1998 gebeurd). In de praktijk betekent dit veelal een verlaging van de vergoedingslimieten. Het directe effect is een verlaging van de kosten ten laste van het geneesmiddelenkader, een verlaging van de prijs en/of een verhoging van de bijbetaling van patiënten. Zowel fabrikanten, voorschrijvers als patiënten zullen naar verwachting hierop reageren. Enerzijds is er waar mogelijk een verschuiving naar goedkopere geneesmiddelen te verwachten, om zodoende bijbetalingen door patiënten te

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

voorkomen. Anderzijds kunnen fabrikanten hun prijzen verlagen om deze substitutie te voorkomen. Beide effecten zorgen voor een besparing op het Budgettaire Kader Zorg (BKZ).

Uit de proefberekeningen van APE uit 2014 blijkt dat er besparingen te behalen zijn bij een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten, maar dat er nog vragen zijn over de consequenties van selectief herberekenen en wat realistische switchpercentages zijn.

### **Resultaten nader onderzoek**

Uit het rapport blijkt dat het mogelijk is om selectief te herberekenen, en dat wanneer er wordt uitgegaan van volledige herberekening op basis van aannemelijke switchpercentages, er een structurele besparing op het BKZ mogelijk is. Het rapport concludeert dat het wellicht mogelijk is om een aanzienlijk deel van het besparingspotentieel te benutten zonder dat individuele gebruikers geconfronteerd worden met grote bijbetalingen of grote negatieve therapeutische gevolgen bij overstappen zullen onder vinden. Het rapport geeft echter ook aan dat dit per individueel cluster nader onderzocht moet worden. Bij het presenteren van de besparingen is in het rapport geen rekening gehouden met uitvoeringskosten, zoals kosten voor een consult bij de huisarts of een ter handstelling door een apotheekhoudende waardoor mogelijke besparingen wat lager zullen uitvallen.

Het onderzoek van APE is een gedegen studie naar de mogelijke gevolgen van een herberekening van het GVS. Ik zie de conclusies van het rapport als ondersteuning van mijn voornemen in de geneesmiddelenvisie om een zorgvuldige selectieve herberekening van het GVS toe te passen. Ik ben mij er van bewust dat de resultaten indicatief zijn en sterk afhankelijk van veronderstelde gedragseffecten van patiënten. Er is een aantal clusters waarbij het relatief makkelijk is om te switchen van dure naar goedkope geneesmiddelen. Professionals geven aan dat voor deze clusters overstappen naar goedkopere geneesmiddelen zonder bijbetalingen ook daadwerkelijk mogelijk moet zijn.

Niettemin geeft het onderzoek aan dat de bijbetalingen van sommige patiënten fors zal toenemen, bijvoorbeeld bij polyfarmaciegebruikers. De mogelijke gevolgen voor patiënten vragen daarom om een zorgvuldige afweging van de clusters die voor de selectieve herberekening in aanmerking komen. Het onderzoek van APE toont aan dat de besparingsmogelijkheden vooral gezocht moeten worden in clusters met een combinatie van gepatenteerde en generieke geneesmiddelen. Het onderzoek geeft ook aan dat de effecten van de herberekening van de vergoedingslimieten op de prijsstelling van de fabrikanten moeilijk vooraf zijn in te schatten. Dit vergroot de onzekerheid over de mogelijke opbrengsten van de herberekening.

### **Vervolgonderzoek per cluster en start pilot**

Gegeven de onzekerheden en de mogelijk forse gevolgen voor patiënten wil ik op basis van nog op te stellen criteria een pilot starten waarbij ik een beperkt aantal clusters kies waarmee ik start met herberekenen. Ik zal hierbij rekening houden met de gedane aanbevelingen naar aanleiding van de evaluatie van de overheveling van specialistische geneesmiddelen (Kamerstukken 29 477 en 29 248, nr. 370).

Omdat het GVS al gedurende lange tijd niet meer is herberekend, doe ik dit in de vorm van een pilot, zodat goed kan worden gemonitord welke gevolgen herberekening anno nu heeft voor alle betrokkenen. Bij de keuze van de selectie vind ik het van belang te kijken naar het besparingspotentieel, de mogelijkheden tot switchen binnen het cluster, gebruik van betreffende geneesmiddelen door chronisch zieken en kinderen en de

uitvoeringskosten. Samen met betrokken partijen wil ik vervolgens de gevolgen in kaart brengen per geselecteerd individueel cluster. Elk cluster heeft zo zijn eigen dynamiek en er is nader onderzoek nodig om tot een zorgvuldig besluit te komen.

Naast bovengenoemde gevolgen wil ik ook rekening houden met de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Een sterke verlaging van de vergoedingslimieten kan er in het uiterste geval voor zorgen dat geneesmiddelenfabrikanten bepaalde geneesmiddelen niet langer rendabel aan kunnen bieden. Dit kan dan leiden tot leveringsproblematiek of zelfs tot het niet meer beschikbaar zijn van deze geneesmiddelen op de Nederlandse markt.

Een herberekening van GVS-vergoedingslimieten vindt plaats in de clusters die zijn opgenomen op bijlage 1a van de Regeling zorgverzekering. Innovatieve geneesmiddelen met een therapeutische meerwaarde ten opzichte van de andere farmacotherapeutische behandelingen, worden veelal geplaatst op bijlage 1b van deze regeling (niet onderling vervangbaar). Het (selectief) herberekenen van GVS-vergoedingslimieten heeft geen invloed op de geneesmiddelen op bijlage 1b.

Ik zal u eind 2016 op de hoogte stellen bij welke clusters de vergoedingslimieten worden herberekend in een pilot, hoe dat wordt gedaan, en het tijdpad.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers