

Vergaderjaar 2014–2015

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 297

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 oktober 2014

Bij brief van 19 augustus heeft u mij gevraagd om een uitgebreide reactie op de uitzending van Een Vandaag van 16 augustus 2014 over het onderzoek onder meer dan 2000 medisch specialisten dat deze TV-rubriek samen met de Orde van Medisch Specialisten heeft gehouden over het onderwerp «Prijsplafond in de zorg».

De vragen die u beantwoord wil zien richten zich op de prijsvorming van dure geneesmiddelen. Voordat ik over ga tot de beantwoording van die vragen wil ik u in dit verband wijzen op al eerder beantwoorde Kamer-vragen van het lid Kuzu (PvdA) over de betaalbaarheid van kankermedicijnen waarin al voor een groot deel op de nu gestelde vragen is ingegaan¹.

De commissie geeft aan het op prijs te stellen dat expliciet wordt ingegaan op de volgende vragen:

1. Wat kan er verbeterd worden in prijsonderhandelingen dure geneesmiddelen, waardoor de prijs net als in ons omringende landen daalt?

Prijsonderhandelingen met betrekking tot dure geneesmiddelen vinden op verschillende niveau's plaats. Zo onderhandelen ziekenhuizen met de farmaceutische groothandel en industrie over prijzen van dure geneesmiddelen. Een aantal ziekenhuizen is verenigd in inkoopcombinaties waardoor zij gezamenlijk onderhandelen om meer inkoopkracht te hebben bij het onderhandelen met geneesmiddelenleveranciers. Daarnaast kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderhandelen over de te declareren prijzen voor dure geneesmiddelen. Volledigheidshalve merk ik op dat zorgverzekeraar Achmea het initiatief heeft genomen om samen met ziekenhuizen te onderhandelen met fabrikanten over prijzen van dure geneesmiddelen.

¹ Aanhangsel Handelingen II 2013/14, nr. 1212.

Met het inzetten van het instrument van prijsarrangementen doet de overheid ervaring op met het onderhandelen over de prijzen voor nieuwe (dure) geneesmiddelen die bijvoorbeeld enig in hun soort zijn. Voor deze geneesmiddelen is het niet waarschijnlijk dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars maatschappelijk aanvaardbare prijzen kunnen uitonderhandelen.

Overigens spelen bij het beteugelen van de uitgaven voor geneesmiddelen niet alleen de prijzen een rol maar ook de afgezette aantallen (de volumes) en de wijze waarop de betrokken geneesmiddelen worden ingezet. In Nederland hanteren we overigens al een prijsplafond: de Wet geneesmiddelenprijzen die op basis van de prijzen in de ons omringende landen (België, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk) een plafond vaststelt.

2. Wat kunnen wij leren van ervaringen in het buitenland?

Alle landen zien zich geconfronteerd met uitgaven voor dure geneesmiddelen.

Binnen de EU wisselt Nederland nu al met een aantal landen ervaringen uit. Daarbij moet wel worden bedacht dat de verschillende landen verschillende stelsels van sociale zekerheid hebben en dat ervaringen in het ene land niet altijd zonder meer zijn over te nemen gezien het verschil in context. De meeste lidstaten willen op dit moment geen afstand doen van hun bevoegdheden op het gebied van de prijsvorming van geneesmiddelen in hun sociale stelsels. Nederland zoekt wel de samenwerking en zal zo mogelijk samenwerken met landen die hiertoe wel bereid zijn (meestal kleine landen). Er is toenemende interesse van individuele lidstaten voor enige vorm van samenwerking op het vlak van prijsarrangementen.

3. Hoe staat u tegenover het instellen van een «commissie van wijzen» die zich gaat buigen over de hoogte van een prijsplafond, in het licht van het beschikbaar houden van goede zorg en geneesmiddelen in relatie tot stijgende prijzen.

In het betreffende onderzoek onder medisch specialisten (en ook verder in de uitzending van Een Vandaag) werd het «prijsplafond» steeds in verband gebracht met de vraag hoe effectief zorg is: leidt de behandeling tot een klein beetje gezondheidswinst of tot genezing? Ik ben het ermee eens dat, zoals ook in het Regeerakkoord is bepaald, meer aandacht voor de verhouding tussen kosten en effectiviteit (kosteneffectiviteit) in de zorg wenselijk is. Ik heb het Zorginstituut in 2012 gevraagd mij te adviseren over de wijze waarop dit criterium nader kan worden geoperationaliseerd. Het eerste rapport daarover hebt u in oktober 2013 ontvangen. Het tweede rapport, waarin het Zorginstituut hier nader op in gaat, verwacht ik eind dit jaar. Ik wacht het vervolgrapport van het Zorginstituut met belangstelling af en zal op basis daarvan mij beraden op vervolgstappen.

De kosteneffectiviteitsratio is overigens maar één van de aspecten die van belang is om te kunnen bepalen of de prijs van een geneesmiddel reëel is. Dit heb ik ook aangegeven in mijn reactie op het signaleringsrapport «Toegankelijkheid van dure kankergeneesmiddelen – nu en in de toekomst» door de Signaleringscommissie Kanker van KWF-Kankerbestrijding, die ik op 1 juli 2014 naar de Tweede Kamer heb gestuurd (Kamerstuk 29 477, nr. 290). Een reële prijs is mijns inziens een prijs waarmee de industrie een maatschappelijke aanvaard bedrag terugverdient op de investeringen voor het nieuwe geneesmiddel. Vooral nog wil ik inzetten op het verder ondersteunen, versterken en ruimte bieden aan de bestaande mix van maatregelen en waarborgen waarmee ik gepast gebruik van zorg bevordert, zoals ik heb aangegeven in

de antwoorden op voornoemde Kamervragen van de heer Kuzu. Die maatregelen en waarborgen zijn:

- a) Niet alleen voor (dure) extramurale geneesmiddelen maar ook voor (dure) intramurale specialistische geneesmiddelen worden maximumprijzen vastgesteld.
- b) Nieuwe unieke geneesmiddelen die hogere kosten met zich meebrengen worden beoordeeld door het Zorginstituut op hun toegevoegde waarde, en in hoeverre die zich verhoudt met meerkosten; zo wordt de vergoeding beperkt tot die toepassingsgebieden waarvoor een meerwaarde is aangetoond.
- c) Toelating tot het verzekerde pakket gaat vaak gepaard met de voorwaarde voor aanvullend onderzoek naar kosteneffectiviteit en gepast gebruik, wat uiteindelijk kan leiden tot een meer doelmatige plaats van het middel in behandelrichtlijnen.
- d) Oncologen worden gestimuleerd, ondersteund en soms verplicht om de effecten van nieuwe dure kankermedicijnen in de praktijk te monitoren via registraties, hetgeen bijdraagt aan het verkrijgen van meer inzicht in de feitelijke waarde en doelmatige toepassing van de nieuwe middelen.
- e) Commissies van oncologen kijken zelf ook kritisch naar nieuwe kankermedicijnen en hoe deze zich verhouden tot bestaande behandelingen en brengen standpunten uit over de plaats van die middelen binnen het behandelarsenaal.
- g) Dure kankermedicijnen zijn in 2013 overgeheveld naar de ziekenhuisbesteding; dit biedt betere prikkels voor een doelmatige en kwalitatieve inzet van de kankermedicijnen in het ziekenhuis.
- h) Door de overheveling van kankermedicijnen naar de ziekenhuisbesteding worden randvoorwaarden geschapen voor prijscompetitie tussen leveranciers van geneesmiddelen en worden ziekenhuizen gestimuleerd om in gevallen waarin er sprake is van concurrerende geneesmiddelen lagere prijzen te bedingen.
- f) In individuele casus waarbij sprake is van nieuwe unieke kankermedicijnen met bovenmatig hoge kosten en die niet onderhevig zijn aan prijscompetitie, kunnen via een prijsarrangement bij het pakketbesluit de prijzen / kosten worden gedrukt.

Ik heb in de antwoorden verder aangegeven dat:

«Met het inzetten van het instrument van prijsarrangementen kunnen afspraken over de prijzen (al dan niet gerelateerd aan de volumes) worden gemaakt en kunnen voorwaarden worden gesteld ten aanzien van het bijhouden van registraties. Met dit instrument kan maatwerk worden geleverd en kan tegenwicht worden geboden daar waar veldpartijen en zorgverzekeraars onvoldoende «countervailing power» hebben om lagere prijzen uit te onderhandelen dan de brutolijstprijzen van de fabrikant».

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