

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

278

Vragen van het lid **Tielen** (VVD) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *draagvlak voor de modernisering van het Geneesmiddelvergoedingssysteem (GVS)* (ingezonden 19 augustus 2022).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 12 oktober 2022). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2021–2022, nr. 3858.

Vraag 1

Welke signalen krijgt u van de (beroepsorganisaties van) huisartsen, medisch-specialisten, apothekers en apothekersassistenten over de door u geplande modernisering van het Geneesmiddelvergoedingssysteem? Kunt u beschrijven of deze overwegend positief dan wel kritisch van aard zijn? En gaan deze signalen over het algemene beleidsvoornemen of over specifieke clusters van geneesmiddelen?

Antwoord 1

Vanuit het veld ontving en ontvang ik geregeld (zeer) kritische signalen over de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). In mijn brief van 27 september 2022, waarin ik bekend maakte de invoering van de GVS-modernisering uit te stellen tot 1 januari 2024, heb ik aangegeven dat ik de aankomende tijd wil gebruiken om de signalen die ik heb ontvangen nader te bestuderen, dat ik intensief in gesprek met partijen ben en dat ik dat de komende maanden blijf doen.¹ In reactie op de internetconsultatie van de ministeriele regeling waarmee de GVS-modernisering vastgelegd zou worden en ook in twee bijeenkomsten op 8 en 9 september 2022 naar aanleiding van de motie Den Haan², hebben partijen hun zorgen recentelijk nog toegelicht. Ik haal vier elementen uit de reactie van veldpartijen. Allereerst hebben partijen voorbeelden gegeven waarin kwetsbare patiënten geraakt worden door de GVS-modernisering. Dat kan gebeuren door zorgmijding, verminderde therapietrouw en uitstel van zorg als gevolg van bijbetaling, en door (ernstige) bijwerkingen wanneer patiënten wisselen van geneesmiddel. Ten tweede spreken partijen hun zorgen uit over de beschikbaarheid van geneesmiddelen, in het bijzonder de beschikbaarheid van geneesmiddelen met specifieke toedieningsvormen en lage sterktes die voor specifieke

¹ Zie Kamerstuk 29 477, nr. 786.

² Zie Kamerstuk 29 477, nr. 779.

patiëntgroepen op de markt gebracht zijn. Eén fabrikant stelt toekomstige geneesmiddelen, die een incrementele innovatie betekenen ten opzichte van het bestaande aanbod (zoals een geneesmiddel met dezelfde uitkomsten maar bijvoorbeeld een verbeterd gebruiksgemak), niet meer in Nederland aan te bieden. Ten derde noemen met name zorgverleners de mogelijke extra werkdruk en verwijzen zij daarbij naar het onderzoek van SIRA Consulting en het advies van het Adviescollege Toetsing Regeldruk³. Zo zijn zij van mening dat in de proportionaliteitsafweging van de GVS-modernisering onvoldoende rekening wordt gehouden met de kosten van mogelijke negatieve neveneffecten, zoals in het eerste element hierboven genoemd. Tot slot uiten voorschrijvers en apothekers, fabrikanten en patiëntenverenigingen in het algemeen kritiek op de clustercriteria en daarmee de clusterindeling van het GVS, met name daar waar deze niet aansluiten op behandelrichtlijnen, waaronder ook de Leidraad Verantwoord Wisselen.

Vraag 2 en 3

Wat heeft u gedaan met het signaal dat als noot 23 is opgenomen in het rapport van SIRA-consulting «Regeldruk modernisering GVS»⁴, waarin het NHG schrijft dat «artsen en apothekers duidelijk aangeven zich niet gehoord te voelen in het traject van modernisering van het GVS»?

Bent u het ermee eens dat – hoe groot of klein de keuze ook is – het van belang is dat keuzes binnen de zorg worden gesteund door (maatschappelijk) draagvlak, zoals overigens ook de WRR bepleit in haar rapport «Kiezen voor houdbare zorg»?⁵ Zo ja, op welke wijze heeft u voor de modernisering van het GVS aan draagvlak gewerkt bij de betrokken beroepsbeoefenaars? En bij patiënten, verzekerden en zorgverzekeraars?

Antwoord 2 en 3

Voorschrijvers, apothekers en fabrikanten geven dit signaal ook aan in de informatiebijeenkomsten over de GVS-modernisering die op regelmatige basis met alle genoemde partijen plaatsvinden, meest recentelijk zoals gezegd in het kader van de motie Den Haan. Ik vind het vervelend dat deze partijen zich niet gehoord voelen en vind het uiteraard belangrijk om voor zoveel mogelijk draagvlak te zorgen.

Vanaf de start van de GVS-modernisering, dat wil zeggen, sinds dit beleidsvoornemen is opgenomen in het Regeerakkoord van het Kabinet Rutte III in 2017, is het veld regelmatig op de hoogte gehouden en ook betrokken en om input gevraagd in verschillende bijeenkomsten. Ik vind dat van groot belang en blijf dat doen. Ik heb ook gezorgd voor tijdige publicatie van de nieuwe vergoedingslimieten (in concept), mede op verzoek van veldpartijen, en ik heb alle partijen nadrukkelijk uitgenodigd om samen met mij een communicatieplan op te stellen. Via verschillende wegen hebben partijen regelmatig hun zorgen en onvrede geuit. Ik ben hiermee niet lichtvoetig omgegaan. Ik kijk serieus naar de mogelijke negatieve gevolgen van de GVS-modernisering. Zo zijn de signalen dat het risico op beschikbaarheidsproblemen groter zijn dan eerder gedacht mijn primaire motivatie om de invoering van de GVS-modernisering met één jaar uit te stellen⁶.

Ik wil er tegelijk op wijzen dat het feit dat ik een andere afweging maak in antwoord op de vraag of een herberekening van het GVS nodig en gewenst is, niet betekent dat ik partijen niet hoor. Het is mijn taak om de uitgaven aan receptgeneesmiddelen te beheersen en daarmee bij te dragen aan de houdbaarheid van de Nederlandse zorg. Ik vind het in dat kader onwenselijk als patiënten onnodig relatief dure geneesmiddelen gebruiken, daar waar zij ook met goedkopere middelen uit de voeten kunnen. En naast andere instrumenten om doelmatigheid te stimuleren en prijzen te matigen zoals de Wet geneesmiddelenprijzen en inkoop- en preferentiebeleid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, vind ik het GVS en de daarin gehanteerde vergoe-

³ Zie ook hierover mijn brief van 27 september 2022, Kamerstuk 29 477, nr. 786.

⁴ Sira Consulting, 30 juni 2022, rapport versie 1.1.

⁵ <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>.

⁶ Idem.

dingslimieten voor op populatieniveau vergelijkbare producten nog steeds van meerwaarde.

Ook de WRR wijst op de spanning tussen het maatschappelijk draagvlak en de noodzaak tot het maken van scherpe keuzes door de politiek. Partijen erkennen overigens wel dat de met de GVS-modernisering te realiseren doelmatigheid nastrevenswaardig is, en dat er een gezamenlijke opdracht ligt om niet meer te betalen voor geneesmiddelen dan nodig. Zij vinden echter een herberekening van de vergoedingslimieten van het GVS niet het geschikte instrument, omdat zij zoals gezegd de mogelijke nadelige gevolgen niet vinden opwegen tegen de baten.

Vraag 4

Hoe beoordeelt u de afweging tussen de verwachte financiële baten van de modernisering van het GVS (ongeveer 140 miljoen euro) enerzijds en de te verwachten kosten, zoals berekend door Sira (in het berekende scenario 55 miljoen euro) plus de nog niet berekende kosten voor bijvoorbeeld het opnieuw instellen van diabetespatiënten ten behoeve van nieuwe medicatie, anderzijds?

Antwoord 4

De verwachte besparing is structureel, terwijl de kosten eenmalig zijn. Stel dat gerekend wordt met een periode van 10 jaar, dan ligt de verwachte besparing dus fors hoger dan de kosten. Daarnaast is het zo dat als patiënten van geneesmiddel wisselen om een bijbetaling te voorkomen, de eenmalige kosten voor met name zorgverleners inderdaad toenemen, maar daarmee ook de structurele besparing. Met andere woorden, het bedrag van € 140 miljoen is geen maximumbesparing, maar is de uitkomst van een conservatieve inschatting van de gevolgen waarbij voor verschillende factoren correcties zijn toegepast, zoals voor de kosten van de maximeringsregeling en de invloed van prijsarrangementen, inkoopbeleid verzekeraars, prijsaanpassingen en overstappedrag. Ik wijs er daarnaast op dat een minder hoge premie als gevolg van de GVS-modernisering ook baten oplevert voor de premiebetaler. Ik ben van mening dat de structurele baten van een GVS-modernisering daarom opwegen tegen de kosten, ook al besef ik dat die kosten, zoals het rapport van SIRA Consulting ook aangeeft, incidenteel fors kunnen zijn. Omdat ik op basis van recente signalen concludeer dat het risico op problemen met de beschikbaarheid van geneesmiddelen als gevolg van de modernisering groter is dan eerder gedacht en het niet mogelijk is hiervoor een oplossing uit te werken in de korte tijd die nog beschikbaar is tot 1 januari 2023, heb ik echter wel de ingangsdatum van de modernisering heroverwogen en besloten de invoering van de GVS-modernisering uit te stellen tot 1 januari 2024.

Vraag 5

Bent u het ermee eens dat het van belang is dat betrokkenen inzicht hebben in de afweging van baten en kosten bij het maken van keuzes in de zorg, omdat dat bijdraagt aan het benodigde draagvlak? Zo ja, hoe borgt u dat structureel inzicht in de afwegingen mogelijk is?

Antwoord 5

Ja, daar ben ik het mee eens. Ik heb daar bij de GVS-modernisering naar gestreefd en dat blijf ik doen. In de afgelopen jaren is er veelvuldig contact geweest met de betrokken partijen over de GVS-modernisering. In dit contact heb ik niet alleen om input gevraagd, maar heb ik ook inzicht gegeven in de verwachte effecten van de modernisering. Ook in brieven over de stand van zaken aan uw Kamer en in antwoord op vragen van uw Kamer heb ik dat gedaan, omdat ik het belangrijk vind te laten zien wat mijn afwegingen zijn. En nog voor het zomerreces heb ik het SIRA-rapport over regeldruk gedeeld met uw Kamer en de betrokken veldpartijen. Daarnaast heb ik het veld nadrukkelijk betrokken bij de verschillende waarden die ik nastreef in mijn beleid ten aanzien van de extramurale geneesmiddelenzorg (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid), en de balans daartussen. De modernisering betreft een maatregel die primair de betaalbaarheid te goede moet komen, andere maatregelen zijn weer gericht op de kwaliteit en de toegankelijkheid. Ik blijf daarbij benadrukken dat het de verantwoordelijkheid van ons allemaal is om de zorg houdbaar en betaalbaar te houden.

Vraag 6

Is het mogelijk om (maatschappelijk) draagvlak mee te nemen als factor bij de afwegingen die ten grondslag liggen aan (beleids)keuzes voor de zorg? Zo ja, kunt u de Kamer informeren op welke wijze u hieraan invulling gaat geven?

Antwoord 6

Dat draagvlak mee wordt gewogen bij het maken van beleidskeuzes is staand beleid en al jaren een vast onderdeel van beslisnota's. Niet alleen in het kader van de Wet open overheid kan uw Kamer kennisnemen van de weging van het draagvlak bij beleidskeuzes, maar ook in Kamerbrieven heb ik daar aandacht voor. Het is, gelet op de grote uitdagingen die er op het terrein van de zorg liggen (zie ook het in vraag 3 genoemde WRR-rapport), mijn verwachting dat er de komende jaren soms scherpe keuzes gemaakt moeten worden. Ik kan daardoor, net zoals bij de GVS-modernisering, niet toezeggen dat elke keuze altijd op veel steun kan rekenen. Wel kan ik toezeggen het veld altijd te betrekken bij afwegingen die tot een beleidskeuze leiden.