

Vergaderjaar 2019–2020

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 644

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 januari 2020

Betaalbare en toegankelijke zorg voor alle patiënten en voor iedere premiebetaler vind ik van groot belang. Daarom neem ik op het gebied van geneesmiddelen maatregelen voor een beheerste uitgavengroei. Dit doe ik onder andere door fabrikanten aan te zetten hun prijzen te matigen. Daarbij houd ik oog voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen voor patiënten. Hierbij informeer ik u over mijn voornemens voor het moderniseren van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en een herberekening van de vergoedingslimieten, in te voeren in de tweede helft van 2021.

Eerder heb ik u toegezegd een analyse te doen naar het GVS en dit te moderniseren. Het GVS dient twee doelen. Allereerst biedt het systeem patiënten en artsen in Nederland toegang tot een breed palet aan extramurale geneesmiddelen (zie tekstbox). Daarnaast is het bij uitstek ook een instrument voor een verantwoorde beheersing van de uitgaven. De vergoedingslimieten zorgen er immers voor dat we niet méér betalen dan nodig is voor geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn. Het behalen van deze doelen is alleen houdbaar als het systeem actueel is en werkt zoals het bedoeld is. Hierbij hebben fabrikanten, voorschrijvers, apothekers, zorgverzekeraars en patiënten allemaal hun rol te spelen.

De effectiviteit van het GVS als uitgaven-beheersend-instrument is in de loop der jaren afgezwakt. De huidige vergoedingslimieten zijn gebaseerd op de marktsituatie in 1998¹. Dat betekent dat latere prijswijzigingen niet doorwerken in de vergoedingslimieten. Dit is relevant omdat na 1998 in diverse groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen (zogenaamde «GVS-clusters») het gemiddelde prijsniveau is gedaald. Dit komt vaak doordat in het cluster meer prijsconcurrentie is ontstaan, bijvoorbeeld door nieuwe aanbieders na patentverloop. Als de vergoedingslimiet (uit 1998) hoger ligt dan het gemiddelde werkelijke prijsniveau

¹ Voor clusters die na 1998 zijn gevormd geldt dat de vergoedingslimieten zijn gebaseerd op de introductiemaand van het eerste geneesmiddel in het betreffende cluster.

in het cluster, hebben fabrikanten met nog relatief dure (veelal gepatenteerde) geneesmiddelen geen prikkel om mee te gaan met de lagere prijzen van andere, vergelijkbare, geneesmiddelen in het cluster. Tegelijkertijd is in sommige clusters het gemiddelde prijsniveau juist gestegen. Dit komt bijvoorbeeld door prijstoenames als gevolg van stijging van de grondstofprijzen of doordat bepaalde geneesmiddelen van de markt zijn gehaald. Hierdoor kan het voorkomen dat de patiënt geen keuze heeft voor een geneesmiddel zonder bijbetaling.

Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

Het GVS maakt expliciet en transparant welke extramurale geneesmiddelen vergoed worden vanuit de zorgverzekering. Bijna alle extramurale receptplichtige geneesmiddelen in Nederland zijn opgenomen in het GVS. Daarnaast is het een systeem om de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen te beheersen.

Extramurale geneesmiddelen worden op basis van een advies van het Zorginstituut Nederland door de Minister opgenomen in het basispakket. Deze geneesmiddelen worden dan vermeld in de Regeling zorgverzekering (Rzv). Een geneesmiddel dat onderling vervangbaar is met een geneesmiddel dat al in het GVS zit, wordt geclusterd op bijlage 1A van de Rzv. Voor geneesmiddelen in een cluster geldt een vergoedingslimiet. De vergoedingslimieten in het GVS zijn gebaseerd op de marktsituatie, qua prijzen en geneesmiddelen, uit 1998. Als de prijs van het geneesmiddel hoger ligt dan de vergoedingslimiet, betaalt de verzekerde het verschil uit eigen portemonnee. Deze bijbetalingen zijn voor deze kabinetsperiode (dus voor de jaren 2019 tot en met 2021) gemaximeerd op € 250 per verzekerde per jaar. Een geneesmiddel dat niet onderling vervangbaar is met een geneesmiddel dat al in het GVS zit, wordt op bijlage 1B van de Rzv geplaatst. In dat geval geldt geen vergoedingslimiet voor het geneesmiddel.

Voor iedere zorgverzekeringspolis wijzen zorgverzekeraars geneesmiddelen uit het GVS aan die onder de dekking vallen. Van alle werkzame stoffen die voorkomen in het GVS, moet een zorgverzekeraar tenminste één geneesmiddel aanwijzen. Dit wordt het preferentiebeleid genoemd. Wanneer behandeling met het door de zorgverzekeraars aangewezen geneesmiddel medisch niet-verantwoord is, heeft de verzekerde aanspraak op een geneesmiddel uit het GVS dat wel past bij de individuele behandeling.

Het GVS stimuleert, door middel van het stellen van vergoedingslimieten voor onderling vervangbare geneesmiddelen, prijsconcurrentie tussen fabrikanten. Ook geeft het prikkels aan voorschrijvers en patiënten om te kiezen voor een doelmatig geneesmiddel (zonder bijbetaling). Voor alle geneesmiddelen in het GVS geldt de Wet geneesmiddelenprijzen die de prijs voor een geneesmiddel maximeert.

Modernisering op hoofdlijnen

Ik wil het GVS dan ook weer effectiever maken door een herberekening van de vergoedingslimieten waarin nieuwe geneesmiddelen en prijswijzigingen na 1998 wel worden meegenomen. Hiermee zet ik fabrikanten van relatief hoog geprijsde geneesmiddelen in het cluster aan tot het matigen van hun prijzen. Daar waar fabrikanten, ook na een herberekening, hun prijzen niet matigen maar een geneesmiddel boven de vergoedingslimiet prijzen, ontstaat een bijbetaling voor de patiënt. De patiënt kan er dan

voor kiezen om over te stappen naar een vergelijkbaar geneesmiddel zonder bijbetaling. Ik besef dat dit voor patiënten belastend kan zijn en ongemak kan geven. Ik zou dat betreuren, want we mogen verwachten dat fabrikanten hun prijzen matigen. Maar als dat niet gebeurt, doe ik toch een beroep op patiënten, voorschrijvers en apothekers om zo bij te dragen aan betaalbare geneesmiddelenzorg.

Een herberekening is in het verleden vaker overwogen en in uw Kamer besproken, maar nooit eerder uitgevoerd. Een herberekening zonder aanvullende maatregelen kan namelijk leiden tot bijbetalingen voor de patiënt als fabrikanten hun prijzen niet aanpassen aan de nieuwe vergoedingslimieten. Als patiënten dan niet in staat zijn om te wisselen naar een vergelijkbaar geneesmiddel zonder bijbetaling, vind ik dit onwenselijk. Mede daarom wil ik niet alleen een herberekening uitvoeren, maar ook het GVS moderniseren. Onderdeel van die modernisering is een vangnet voor uitzonderlijke gevallen, waarin een patiënt om medische redenen alleen een geneesmiddel met een bijbetaling kan gebruiken. Dan hoeft de patiënt niet bij te betalen. Zo zorg ik ervoor dat na een herberekening een bijbetaling in principe altijd vermijdbaar is voor de patiënt: door te kiezen voor een geneesmiddel zonder bijbetaling en, als dat echt niet kan, door het vangnet. De modernisering bevat ook een aantal andere onderdelen, waarop ik verderop in deze brief in zal gaan.

Verschillende opties onderzocht

Het afgelopen jaar heb ik gekeken naar mogelijkheden voor het aanpakken van de twee opgaven die volgden uit de analyse naar het GVS. De eerste opgave betreft het beperkte drukkende effect van het GVS op de prijzen van geneesmiddelen in het GVS. De tweede betreft het feit dat patiënten momenteel niet altijd een geneesmiddel zonder bijbetaling kunnen gebruiken. Ik heb dus nadrukkelijk aandacht besteed aan het patiëntbelang. Ik vind immers dat elke patiënt de keuze moet hebben voor een geneesmiddel zonder bijbetaling. Daarnaast heb ik ook gezocht naar opties om het GVS weer meer als kosten-beheersend-instrument in te zetten en de taakstelling voor de GVS-modernisering uit het regeerakkoord in te vullen.

Naast de mogelijkheid van een herberekening, heb ik andere opties bekeken om de fabrikantprijzen te beïnvloeden en de taakstelling in te vullen. Denk hierbij aan een concurrentieafslag op de vergoedingslimieten, een vergoedingslimiet op de geneesmiddelen op bijlage 1B en het overgaan naar een ander systeem van pakketbeheer voor extramurale en intramurale geneesmiddelen. Ik heb deze ook met het veld besproken. Hieruit bleek dat partijen positieve aspecten zien aan het GVS. Zij noemden het GVS een transparant en duidelijk systeem en hechten waarde aan de informatie die het GVS verschaft over de vergoeding en over de onderlinge vervangbaarheid van geneesmiddelen. Het bleek dat de opties die mogelijk de taakstelling zouden kunnen invullen niet goed samengaan met het belang van de patiënt om de keuze te hebben voor een geneesmiddel zonder bijbetaling. Geen enkele onderzochte optie kan én garanderen dat de patiënt de keuze heeft voor een geneesmiddel zonder bijbetaling én de taakstelling invullen. Of de optie heeft mogelijk een nadelig effect op de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Uitzondering hierop is een herberekening in een gemoderniseerd GVS. Hiermee kan het GVS weer effectiever als uitgaven-beheersend-instrument worden ingezet (en daarmee de taakstelling worden ingevuld) en heeft de patiënt altijd de keuze voor een geneesmiddel zonder bijbetaling.

In de rest van deze brief licht ik u mijn voornemen tot de herberekening en modernisering van het GVS verder toe. Ik ga hierbij in het bijzonder in op

de herberekening, de onderdelen van de modernisering en de effecten. Ook schets ik u het vervolg en hoe partijen daarin nauw worden betrokken.

Herberekenen in een gemoderniseerd GVS

Ik ga de vergoedingslimieten van het GVS (periodiek) herberekenen. Dit zorgt ervoor dat het GVS weer actueel is (en blijft). De huidige vergoedingslimieten zijn gebaseerd op de geneesmiddelen die in 1998 op de Nederlandse markt beschikbaar waren tegen de prijzen die toen golden. Vergelijkbare geneesmiddelen die later beschikbaar kwamen in een cluster (waaronder ook generieken), geneesmiddelen die van de markt zijn gehaald en prijsverlagingen en/of prijsverhogingen zijn dus niet in de huidige vergoedingslimieten verwerkt. Met een herberekening wordt dit wel meegenomen. De vergoedingslimieten worden dan bepaald op basis van een ijkmoment voor geneesmiddelen en prijzen in een recent jaar.

Een herberekening herstelt het uitgangspunt dat elk cluster tenminste één geneesmiddel zonder bijbetaling bevat. De manier van berekenen van de vergoedingslimieten zorgt er namelijk altijd voor dat tenminste één geneesmiddel een prijs op of onder de vergoedingslimiet heeft. In de berekeningssystematiek wordt namelijk, kort gezegd, eerst een gewogen gemiddelde prijs uitgerekend van de geneesmiddelen in het cluster. Vervolgens wordt de vergoedingslimiet vastgesteld op basis van de prijs van het eerste geneesmiddel onder dit gewogen gemiddelde. Door de herberekening kan een patiënt binnen een cluster dus altijd een geneesmiddel zonder bijbetaling kiezen, terwijl dat nu niet altijd het geval is.

Modernisering van het GVS

Ik zal niet alleen de vergoedingslimieten herberekenen, maar ook het GVS moderniseren. Als fabrikanten hun prijzen niet aanpassen aan de nieuwe vergoedingslimieten die ontstaan na een herberekening, kunnen patiënten te maken krijgen met een bijbetaling op het geneesmiddel dat zij gebruiken. In dat geval kunnen zij kiezen voor een geneesmiddel zonder bijbetaling, omdat er door de herberekening in elk cluster tenminste één geneesmiddel zonder bijbetaling is. In uitzonderlijke gevallen kan de patiënt om medische redenen echter alleen gebruik maken van een geneesmiddel met een bijbetaling. Voor die patiënten creëer ik, als onderdeel van de modernisering, een vangnet dat regelt dat zij de betaling niet hoeven te betalen. Met andere woorden: ik wil het begrip «medische noodzaak» toepassen op de GVS-bijbetaling. Het wordt daarmee, ook na een herberekening, dus voor iedere patiënt mogelijk om een geneesmiddel zonder bijbetaling te kiezen. Bijbetalingen worden voor patiënten dus in principe vermijdbaar. Ik wil benadrukken dat het toekennen van «medische noodzaak» niet lichtvaardig mag gebeuren, omdat het alleen bedoeld is voor medische uitzonderingssituaties en niet voor het voorkomen van eventuele bijbetalingen die ontstaan na een herberekening. Ik zal hierin nauwe aansluiting zoeken bij het bestuurlijk traject Verantwoord Wisselen. Mocht dit traject onverhoopt niet tot de beoogde resultaten leiden, dan zal ik op een andere manier de noodzakelijke waarborgen regelen voor de prudente inzet van «medische noodzaak». Het gaat hierbij in ieder geval om het verankeren van de verantwoording, monitoring en controle. Ik zal dan analyseren op welke manier dit het beste kan.

De modernisering van het GVS kent naast het vangnet ook andere aspecten. Zo overweeg ik een clausele waarop fabrikanten een beroep kunnen doen indien zij kunnen aantonen dat de vergoedingslimiet te laag is om een geneesmiddel op de Nederlandse markt beschikbaar te houden

of te maken. Hieraan wil ik het komende jaar invulling geven. Het doel van een dergelijke clause zou zijn om, indien noodzakelijk, patiënten de mogelijkheid te (blijven) bieden een geneesmiddel zonder bijbetaling te kiezen.

Ook wil ik de berekening van de vergoedingslimiet voor zogenoemde combinatiepreparaten anders invullen. Dit zijn geneesmiddelen die bestaan uit twee of meer werkzame stoffen. De rekensystematiek voor combinatiepreparaten gaat nu nog uit van de vergoedingslimiet van geneesmiddelen met één werkzame stof. Hierdoor komt, na een herberekening, niet altijd een combinatiepreparaat zonder bijbetaling beschikbaar. Door aanpassing van de limietbepaling voor combinatiepreparaten is ook voor deze geneesmiddelen na een herberekening altijd een geneesmiddel zonder bijbetaling beschikbaar.

Ik heb u ook toegezegd te kijken naar een efficiëntere inzet van de beoordelingscapaciteit van het Zorginstituut. Verdere optimalisering binnen de huidige wettelijke kaders van de extramurale farmacie is beperkt mogelijk. Ik ga hierover verder in gesprek met het Zorginstituut en ga dit jaar starten met de uitwerking.

Effecten van herberekenen in een gemoderniseerd GVS

Een herberekening leidt bij bepaalde clusters tot verhoging en bij veel clusters tot verlaging van de vergoedingslimieten. Bij de geneesmiddelen waar de vergoedingslimiet omhoog gaat hebben patiënten niet langer een bijbetaling of valt de bijbetaling lager uit. Dit gaat vooral om geneesmiddelen in clusters waarin het prijsniveau in de loop der jaren boven de vergoedingslimiet is komen te liggen. Dit betreft bijvoorbeeld het cluster met ADHD-medicatie en de clusters waarin op dit moment geen enkel geneesmiddel zonder bijbetaling beschikbaar is. Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) is gevraagd een analyse te doen naar de effecten van een herberekening. Deze analyse² laat zien dat ongeveer 380.000 patiënten geen bijbetaling meer hebben na een herberekening terwijl zij dat nu wel hebben (zie ook tabel 1).

In het overgrote deel van de clusters dalen de vergoedingslimieten na een herberekening. Hiermee wil ik fabrikanten van onderling vervangbare, maar relatief hoog geprijsde geneesmiddelen, stimuleren hun prijzen te matigen en aan te passen aan de nieuwe, lagere, vergoedingslimieten. Daarmee voorkomen fabrikanten een bijbetaling voor de patiënt. Als alle fabrikanten hun prijzen aanpassen aan de nieuwe vergoedingslimieten, hebben patiënten na een herberekening geen bijbetaling.

Indien fabrikanten hun prijzen niet of deels verlagen, kunnen patiënten wel te maken krijgen met een bijbetaling. Patiënten kunnen er dan voor kiezen om te wisselen naar een vergelijkbaar geneesmiddel in het cluster zonder bijbetaling. Door de herberekening heeft tenslotte elk cluster van onderling vervangbare geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel zonder bijbetaling. Ik begrijp dat dit voor patiënten die al een bepaald geneesmiddel gebruiken vervelend en belastend kan zijn. Het is echter voor de betaalbaarheid van geneesmiddelen van belang dat gekozen wordt voor een doelmatig geneesmiddel. Er is immers een goedkoper geneesmiddel beschikbaar dat onderling vervangbaar is met het duurere geneesmiddel. Kan een patiënt om medische redenen niet wisselen, bijvoorbeeld omdat de patiënt een anti-epilepticum gebruikt, dan kan de voorschrijver op basis van het nieuwe vangnet aangeven dat voor deze

² De analyse is gebaseerd op data van SFK die informatie bevat over verstrekte geneesmiddelen van ruim 95% van de openbare apotheken (exclusief de apotheekhoudende huisartsen).

patiënt «medische noodzaak» tot het gebruik van een geneesmiddel met bijbetaling geldt. In dat geval kan de zorgverzekeraar voor deze patiënt de bijbetaling vergoeden vanuit de zorgverzekering.

In 2019 hadden 2,1 miljoen patiënten een GVS-bijbetaling. Het is niet goed mogelijk om te voorspellen hoe fabrikanten gaan reageren op een herberekening. Daarom is SFK gevraagd in haar analyse de effecten in een uiterst scenario te bepalen. Dit is het scenario waarin fabrikanten hun prijzen niet aanpassen, patiënten niet wisselen naar een geneesmiddel zonder bijbetaling én de «medische noodzaak» als vangnet er niet zou zijn. In dat scenario laat de analyse van SFK zien dat ongeveer 6 miljoen patiënten te maken zouden krijgen met een bijbetaling (zie ook tabel 1). Voor ruim 5 miljoen van hen zou de bijbetaling dan maximaal € 50 per jaar bedragen. Als fabrikanten hun prijzen niet aanpassen, zullen deze patiënten moeten wisselen van geneesmiddel om de bijbetaling te vermijden, behalve in het geval zij medisch gezien zijn aangewezen op het geneesmiddel met bijbetaling. Deze aantallen vallen lager uit naarmate (meer) fabrikanten hun prijzen verlagen naar de nieuwe vergoedingslimieten. Minder patiënten zullen dan moeten bijbetalen of moeten wisselen naar een geneesmiddel zonder bijbetaling.

Tabel 1. Verdeling aantal patiënten met/zonder bijbetaling voor en na een herberekening van de vergoedingslimieten van het GVS. Voor de situatie na de herberekening geldt dat dit om het uiterste scenario gaat waarin fabrikanten hun prijzen niet verlagen naar de nieuwe vergoedingslimieten, patiënten niet wisselen naar een geneesmiddel zonder bijbetaling en waarin de «medische noodzaak» als vangnet niet is ingevoerd. Ook de terugbetaalregelingen van sommige fabrikanten voor de bijbetalingen zijn hierin niet meegenomen. De weergegeven aantallen bevatten zowel patiënten die chronisch als incidenteel gebruik maken van een geneesmiddel. (bron: SFK)

	Aantal patiënten met bijbetaling in 2019 ¹	Na herberekening in het uiterste scenario	
		waarin fabrikanten hun prijzen niet verlagen, geen enkele patiënt wisselt naar een geneesmiddel zonder bijbetaling en het vangnet («medische noodzaak») er niet is	
		Aantal patiënten met bijbetaling	Aantal patiënten waarvoor de huidige bijbetaling vervalt
<i>Totaal</i>	<i>2,1 miljoen</i>	<i>6 miljoen</i>	<i>380.000</i>
€ 0 – € 5 per jaar	1,3 miljoen	2,9 miljoen	250.000
€ 5 – € 50 per jaar	560.000	2,2 miljoen	75.000
€ 50 – € 100 per jaar	62.000	420.000	18.000
€ 100 – € 150 per jaar	30.000	200.000	13.000
€ 150 – € 200 per jaar	17.000	107.000	8.000
€ 200 – € 250 per jaar	12.000	50.000	5.500
Meer dan € 250 per jaar ²	42.000	155.000	16.000

¹ Voorlopige cijfers over het kalenderjaar 2019.

² Vanwege de maximering van de GVS-bijbetalingen heeft tot en met 2021 niemand meer dan € 250 aan GVS-bijbetalingen.

Beperkt risico beschikbaarheidsproblemen

De vergoedingslimieten vallen, door een herberekening, voor het overgrote deel van de geneesmiddelen lager uit. Hiermee stimuleer ik fabrikanten hun prijzen te matigen. Tegelijkertijd ben ik mij bewust van de problemen die op dit moment spelen rondom de beschikbaarheid van bepaalde geneesmiddelen uit het GVS. Uit de meldingen van het

Meldpunt geneesmiddeltekorten blijkt dat deze problemen in het algemeen niet het gevolg zijn van de prijzen of vergoedingen in Nederland. Ze zijn vaak het gevolg van een vertraging in de productie of het distributieproces van een geneesmiddel. Lage prijzen kunnen mogelijk wel een rol spelen bij tekorten op het moment dat een fabrikant na een productieprobleem de productie weer opstart en bij de herverdeling van de beperkte nieuwe voorraad voorrang geeft aan de landen met hogere prijzen. Voor zover er een verband is tussen prijzen en tekorten, is het risico dat de herberekening hieraan bijdraagt beperkt.

Het valt echter niet uit te sluiten dat in een enkel geval zich de situatie voordoet dat vanwege een verlaging van de vergoedingslimiet een fabrikant een geneesmiddel van de markt haalt of niet op de markt brengt, dan wel een geneesmiddel later in Nederland terug op de markt brengt na een tekort. Om beschikbaarheidsproblemen voor patiënten te voorkomen overweeg ik de introductie van een clause waarop fabrikanten een beroep kunnen doen indien zij kunnen aantonen dat de vergoedingslimiet te laag is om een geneesmiddel op de Nederlandse markt te houden of te brengen. Uiteraard vraagt dat de nodige transparantie van de fabrikant. Verder vind ik het ook niet wenselijk dat patiënten een bijbetaling zouden moeten betalen indien er een landelijk tekort van het geneesmiddel zonder bijbetaling is vastgesteld en patiënten daarom een ander (duurder) geneesmiddel met bijbetaling zouden moeten gebruiken. Voor die situatie overweeg ik een regeling die erin voorziet dat de patiënt geen bijbetaling wordt gevraagd, hoewel dit uitvoeringstechnisch waarschijnlijk complex is. Beide hierboven genoemde punten werk ik dit jaar verder uit.

Continuering maximering bijbetalingen GVS

De GVS-bijbetalingen zijn voor deze kabinetsperiode (tot en met 2021) gemaximeerd op € 250 per patiënt per jaar om stapeling van eigen betalingen voor patiënten te beperken. Een herberekening stimuleert fabrikanten hun prijzen te verlagen naar de nieuwe, lagere, vergoedingslimieten. De maximering zou deze prikkel voor fabrikanten kunnen verminderen of tenietdoen. Zodra het maximum van € 250 is bereikt wordt voor extramurale geneesmiddelen immers geen bijbetaling meer verlangd. Na een herberekening is in elk cluster tenminste één geneesmiddel zonder bijbetaling beschikbaar voor de patiënt. Indien de patiënt om medische redenen een geneesmiddel met bijbetaling moet gebruiken, vervalt door het vangnet de bijbetaling. Bijbetalingen zijn dus, door de herberekening en dit vangnet, in principe voor iedere patiënt vermijdbaar na invoering van de modernisering in de tweede helft van 2021. De maximeringsregeling is voor deze kabinetsperiode ingesteld en is van kracht tot en met 31 december 2021.

Invulling taakstelling

Zoals aangegeven in de Kamerbrief van 15 juni 2018³ beoog ik met de modernisering van het GVS een deel van de totale taakstelling op genees- en hulpmiddelen uit het regeerakkoord 2017–2021 in te vullen, namelijk een besparingsbedrag van € 40 miljoen in 2021 en € 140 miljoen structureel vanaf 2022. Met de voorgenomen modernisering van het GVS, zoals geschetst in deze brief, voldoe ik hieraan.

Op basis van het rapport van APE uit 2016⁴ en de analyse van SFK is berekend wat de verwachte besparing van een herberekening van het GVS bedraagt. Vervolgens is voor de berekening van de besparing van de

³ Kamerstuk 29 477, nr. 489

⁴ APE, 2016. «Verdiepingsonderzoek Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)»

modernisering als geheel (inclusief de herberekening) ook nog rekening gehouden met onder andere de «medische noodzaak» als vangnet, prijsaanpassingen door fabrikanten, groei van uitgaven aan extramurale geneesmiddelen, de beoogde aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen in dit jaar en uitvoeringskosten. Hiermee kom ik tot de conclusie dat de verwachte besparing van de voorgenomen modernisering volstaat om de taakstelling in te vullen. Ik wil hierbij wel opmerken dat de hoogte van de besparing in belangrijke mate afhankelijk is van het gedrag van fabrikanten, voorschrijvers, apothekers en patiënten.

Samenwerking met veldpartijen

Om de voorgenomen modernisering van het GVS, inclusief de herberekening, goed te doen landen en slagen, is het van groot belang dat een goede uitvoering wordt voorbereid. Daarom wil ik hierin dit jaar nauw optrekken met patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, voorschrijvers en apothekers. Ik wil met hen praten over de randvoorwaarden waaronder de modernisering op een goede en effectieve manier uitgevoerd kan worden. Ik wil oog hebben voor de uitvoeringsgevolgen waar patiëntenorganisaties, voorschrijvers, apothekers en zorgverzekeraars mee te maken kunnen krijgen. Ik denk hierbij onder andere aan de volgende zaken. Een herberekening kan tot gevolg hebben dat patiënten zullen wisselen van geneesmiddel. Voorschrijvers en apothekers willen patiënten hierover informeren en hen goed begeleiden en dat is ook van belang. Ook zorgverzekeraars willen hun verzekerden van duidelijke informatie voorzien over de bijbetaling die na een herberekening kan ontstaan op het geneesmiddel dat zij gebruiken. Daarnaast zullen ook patiëntenorganisaties goed geïnformeerd moeten zijn om patiënten van relevante informatie te voorzien. Ook zal de invoering van de «medische noodzaak» als vangnet gevolgen hebben voor genoemde partijen. Tevens zal ik het aankomende jaar fabrikanten consulteren.

Ten tweede is de invulling van de «medisch noodzaak» van belang voor een goede uitvoering. Dit instrument hoort slechts in uitzonderingsgevallen ingezet te worden wanneer onderbouwd kan worden dat de patiënt om medische redenen alleen een geneesmiddel met bijbetaling kan gebruiken. Het is van belang dat voorschrijvers prudent omgaan met de «medische noodzaak» en ik verwacht dat ook van hen. Ook apothekers en zorgverzekeraars spelen daarbij een rol. Ik zal hierin nauwe aansluiting zoeken bij het bestuurlijk traject Verantwoord Wisselen. Mocht dit traject onverhoopt niet tot de beoogde resultaten leiden, dan zal ik, zoals eerder genoemd, op een andere manier de noodzakelijke waarborgen regelen voor de prudente inzet van «medische noodzaak».

Vervolg

Met een herberekening in een gemoderniseerd GVS streef ik dus drie doelen na. Ten eerste wil ik de patiënt, ook na een herberekening, de mogelijkheid geven altijd een geneesmiddel zonder bijbetaling te kiezen. Ten tweede wil ik de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen beheersen door fabrikanten aan te zetten tot het matigen van hun prijzen en voorschrijvers, apothekers en patiënten te stimuleren te kiezen voor een doelmatig geneesmiddel. Ten derde wil ik met dit toekomstbestendige GVS mogelijk maken dat een herberekening ook in de toekomst vaker en verantwoord kan worden uitgevoerd. Met de voorgenomen modernisering en het toekomstbestendig maken van het GVS waarborg ik de brede toegang tot geneesmiddelen voor voorschrijver en patiënt en zorg ik ervoor dat de zorg voor patiënt én premiebetaler betaalbaar blijft.

De aankomende maanden ga ik met partijen in gesprek over hoe de modernisering op een goede en verantwoorde wijze voorbereid en uitgevoerd kan worden. De inzet van partijen is van belang om met het GVS de genoemde doelen te behalen. Ik ga daarnaast het traject starten dat nodig is voor de aanpassing van de regelgeving om het vangnet voor patiënten mogelijk te maken. Ik streef ernaar de modernisering van het GVS in de tweede helft van 2021 te laten plaatsvinden. Ik zal u voor de zomer van 2020 wederom informeren over de stand van zaken van de modernisering van het GVS.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins