

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief inzake de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (Kamerstuk 29 477, nr. 749).

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 PVV-fractie	4
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	4
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	5
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	8
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie	9
Vragen en opmerkingen van het lid van de Den Haan-fractie	10
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie	11
<b>II. Reactie van de Minister</b>	<b>12</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 over de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Zij danken de Minister voor de stand van zaken met betrekking tot het geneesmiddelenvergoedingssysteem en het schetsen van de impact die dit kan hebben voor patiënten. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

Het GVS deelt vergelijkbare geneesmiddelen in groepen (of clusters) in, en geeft daarmee aan welke middelen op populatieniveau onderling vervangbaar zijn. Kan de Minister aangeven wat de gevolgen van de GVS-herziening zijn voor patiënten die meerdere geneesmiddelen in een cluster gebruiken?

Het GVS is zo opgezet dat het patiënten en zorgverleners in principe handelingsperspectief biedt. Zij kunnen ervoor kiezen bij te betalen, of te wisselen naar een geneesmiddel zonder bijbetaling. Hoe worden bijvoorbeeld patiëntenorganisaties, apothekers en (huis)artsen betrokken om mee te denken over deze handelingsperspectieven en hoe zij hierin het beste de patiënt kunnen ondersteunen?

Afgelopen maand bereikten de koepelorganisaties van apothekers, patiënten, voorschrijvers en zorgverzekeraars een overeenkomst over het verantwoord wisselen van geneesmiddelen. Aanleiding daarvoor was de zorg over het vele wisselen en de gevolgen ervan voor het medicijngebruik. Welke gevolgen heeft de GVS-herziening voor de afspraken die zij hebben gemaakt om het aantal wisselingen juist terug te dringen?

De GVS-herziening kan gevolgen hebben voor de beroepsrichtlijnen op basis waarvan artsen en apothekers specifieke geneesmiddelen voorschrijven. Op welke manier wordt er enerzijds zoveel mogelijk rekening gehouden met deze beroepsrichtlijnen en worden anderzijds beroepsgroepen betrokken om richtlijnen bestendig te maken aan de GVS-herziening?

De Minister wil de herberekening van de vergoedingslimieten gepaard laten gaan met een aantal verzachtende maatregelen. Over de hoogte van de maximering per 2023, wanneer de modernisering van het GVS wordt doorgevoerd, wordt de Kamer voor de zomer van 2022 geïnformeerd. Welke uitgangspunten/criteria worden betrokken bij het vaststellen van de maximering per 2023?

De Minister schrijft ook over een verzachtende maatregel voor de «zogenoemde onderkant van de geneesmiddelenmarkt». Genoemde leden willen graag weten wat de (kwantitatieve) definitie is van deze onderkant, hoeveel patiënten gebruikmaken van middelen uit dit deel van de markt en wat de mogelijke implicaties zijn die de Minister wil voorkomen.

Het betaalbaar houden van geneesmiddelen vraagt iets van alle partners in de keten. Welke gesprekken worden op dit moment met de industrie gevoerd over de betaalbaarheid van geneesmiddelen en wordt hierin ook op Europees niveau opgetrokken?

Passende zorg, de aanpak om ervoor te zorgen dat iedereen ook in de toekomst goede zorg kan krijgen, is op de agenda gezet. Kan de Minister aangeven in hoeverre het GVS in de transitie naar passende zorg past?

Welke gevolgen heeft deze modernisering op de Nederlandse ambitie tot meer strategische autonomie en leveringszekerheid? Wat doet de Minister om deze ambitie te kunnen blijven realiseren?

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

De leden van de D66-fractie hebben met interesse de brief van de Minister gelezen met betrekking tot de modernisering van het GVS. Deze leden delen de ambitie om te werken naar houdbare, doelmatige en duurzame zorg en herkennen de noodzaak om het GVS te moderniseren. Zij hebben nog enkele vragen ter verheldering.

Genoemde leden lezen dat de Minister schrijft dat de vergoedingslimieten sinds 1998 niet zijn geactualiseerd en het GVS hierdoor onvoldoende haar uitgaven beheersende functie realiseert. Kan de Minister uitleggen welke effecten dit heeft met betrekking tot betaalbare farmaceutische zorg?

De leden van de D66-fractie lezen dat deze herberekening voor het eerst in vijftientig jaar plaatsvindt. Is de Minister voornemens om de actualisatie van de vergoedingslimieten periodiek te laten plaatsvinden? Zo ja, welke plannen heeft de Minister hiervoor? Zo nee, waarom niet?

Genoemde leden constateren dat het geneesmiddelen tekort in Nederland een zorg is voor velen en daarmee op de eerste plaats voor patiënten. Kan de Minister toelichten hoe de modernisering van het GVS bijdraagt aan het oplossen, of ten minste niet verergeren van het geneesmiddelen tekort? Kan de Minister uitleggen welke stappen hij onderneemt om beschikbaarheidsproblemen als gevolg van de herberekening te voorkomen?

De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister plannen heeft om verzachtende maatregelen door te voeren. Kan de Minister aangeven welke plannen dit zijn en welke impact deze verzachtende maatregelen hebben op de leveringszekerheid van geneesmiddelen?

Genoemde leden lezen in het verslag van het commissiedebat Geneesmiddelenbeleid dat plaatsvond op 16 juni 2021<sup>1</sup> dat de Minister aangeeft dat moet worden ingezet op het vergroten van het draagvlak bij verschillende veldspelers ten goede van de implementatie van de modernisering van het GVS. Kan de Minister aangeven welke stappen zijn gezet om het draagvlak in het veld te vergroten? Kan de Minister toelichten wat de huidige stand van zaken is met betrekking tot draagvlak en implementatie

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 29 477, nr. 727.

van de modernisering van het GVS? Kan de Minister aangeven hoe de expertise uit het veld is betrokken bij de totstandkoming en wordt betrokken bij de implementatie van de modernisering van het GVS?

De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister een beroep doet op patiënten, zorgverleners en apothekers om doelmatige keuzes te maken. Kan de Minister toelichten op welke wijze patiënten, zorgverleners en apothekers worden geïnformeerd over het maken van een doelmatige keuze bij implementatie van de modernisering van het GVS? Kan de Minister in het bijzonder uitleggen welke plannen er zijn om patiënten en zorgverleners te ondersteunen bij het maken van een beslissing over wisselen van medicatie? Kan de Minister aangeven of, en zo ja hoe, het patiëntperspectief zal worden betrokken bij de samenstelling van de clusters?

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

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de modernisering van het GVS. Genoemde leden hebben nog een aantal vragen over de uitwerking. Zij verbazen zich over de plotselinge haast die de Minister nu heeft met de modernisering van het GVS. Er wordt al vele jaren over dit onderwerp gesproken en nu wordt de ingangsdatum opeens 1 januari 2023. Waarom deze haast en zijn alle partijen er wel klaar voor? Daarbij is het verzachtende vangnet voor patiënten die nadeel zullen ondervinden van de herberekening van het GVS nog niet gereed. Genoemde leden staan op het standpunt dat dit vangnet eerst vastgesteld moet worden voordat de modernisering van het GVS ingaat. Graag ontvangen zij hierop een reactie.

De leden van de PVV-fractie begrijpen dat de modernisering van het GVS geen rekening houdt met bestaande behandelrichtlijnen. Het kan dus gebeuren dat artsen geneesmiddelen voorschrijven volgens de geldende richtlijn waarvoor de patiënt straks een eigen bijdrage moet gaan betalen. Hoe vaak zal dit optreden? Hoe groot is de kans dat artsen van de richtlijnen gaan afwijken om zo de bijbetaling voor de patiënt te omzeilen? Dit zou immers een ongewenst gevolg kunnen zijn van de modernisering van het GVS. Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

Deze leden vragen zich tot slot af hoe patiënten over de gevolgen van de modernisering van het GVS op de hoogte worden gebracht. In een uiterst scenario zouden zes miljoen patiënten erdoor geraakt kunnen worden. Zijn deze patiënten al in kaart gebracht en is hierover al overleg gepleegd met patiëntenorganisaties, of mogen de apothekers dit probleem straks oplossen?

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

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister met betrekking tot de modernisering van het GVS. Deze leden steunen deze modernisering, maar willen wel waken dat elke patiënt er op moet kunnen vertrouwen dat hij een adequaat geneesmiddel krijgt zonder exorbitante eigen bijdragen te moeten betalen. Deze leden hebben daarom enkele vragen bij de voorgenomen modernisering van het GVS.

Genoemde leden vragen in eerste instantie of, en zo ja, hoe patiëntenorganisaties betrokken worden bij de samenstelling van de clusters. Komt er bijvoorbeeld een mogelijkheid voor patiëntenorganisaties om, in samenspraak met behandelaars, een aanvraag voor «herbeoordeling van een cluster» in te dienen?

Kan de Minister daarnaast aangeven of er aanwijzingen zijn dat patiënten door de GVS-herziening zouden (moeten) overstappen op geneesmiddelen die minder effectief zijn, mogelijk onnodige bijwerkingen hebben en/of vaker moeten worden toegediend? Kan de Minister daarnaast aangeven wat de gevolgen van de GVS-herziening zijn voor patiënten die meerdere geneesmiddelen in een cluster gebruiken?

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer patiënten meer helderheid krijgen over de maximering, hoogte en ingangsdatum van de eigen bijdrage GVS. Op basis van welke criteria en/of afwegingen wordt de maximering van de eigen bijdrage GVS vastgesteld? Blijft de eigen bijdrage na 2022 ook maximaal 250 euro per jaar? Welke andere mogelijke verzachtende maatregelen voor patiënten overweegt de Minister?

Genoemde leden vragen wanneer uiterlijk besloten moet worden over de hoogte van de maximering per 2023, zodat dit nog op tijd doorgevoerd kan worden. Wordt de Kamer op tijd over de plannen geïnformeerd, zodat de Kamer hier in de praktijk nog invloed op kan uitoefenen?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven wat er gebeurt als een geneesmiddel in een cluster dat 100% vergoed is, door omstandigheden niet beschikbaar zal zijn. Worden patiënten dan gedwongen over te stappen naar een ander geneesmiddel waar mogelijk een bijbetaling voor gaat gelden?

Deze leden vragen in hoeverre het mogelijk is dat geneesmiddelen binnen een cluster op papier weliswaar onderling inwisselbaar zijn, maar in de praktijk niet. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister het risico ziet dat in sommige gevallen patiënten een stap terug doen in hun regulatie of juist kiezen voor een beter alternatief buiten het cluster dat mogelijk vele malen duurder is. Voorbeeld hiervan zou kunnen zijn dat patiënten met diabetes die nu insuline gebruiken, overstappen op een insulinepomp die tien keer zo duur is. Hoe kijkt de Minister hier tegen aan?

De leden van de CDA-fractie vragen welke gevolgen deze modernisering volgens de Minister heeft of kan hebben op de Nederlandse ambitie tot meer autonomie en leveringszekerheid. Welke impact heeft de extra prijsdruk op extramurale geneesmiddelen op het Nederlandse vestigingsklimaat voor geneesmiddelenbedrijven? Welke gevolgen zijn te voorzien voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen aan de toch al kwetsbare onderkant van de markt? Wanneer kan de Minister meer helderheid geven over het beschermen van kwetsbare geneesmiddelen om beschikbaarheidsproblemen te voorkomen?

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Minister het risico op parallelexport naar landen met een hoger prijsniveau beoordeelt.

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

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling de brief over de modernisering van het GVS gelezen. Zij pleiten al jaren voor een herijking van het GVS en vragen of deze voorgestelde «modernisering» nu werkelijk de enig juiste mogelijkheid is om wat meer grip op de geneesmiddelenprijzen te krijgen en de exorbitante prijsstellingen door farmaceutische fabrikanten aan te pakken.

Deze leden zijn verheugd te lezen dat de Minister zich richt op de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid voor patiënten en de macrobetaalbaarheid van de zorg. Zij verbazen zich echter

over het feit dat de Minister het geneesmiddelenbeleid nog niet erg voortvarend aanpakt. Eerder wezen zij er al op dat een gezamenlijk integraal advies over het geneesmiddelenbeleid van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Zorginstituut Nederland en de Autoriteit Consument & Markt (ACM) wellicht tot krachtiger beleid zou kunnen leiden en meer mogelijkheden zou openen om farmaceutische fabrikanten af te remmen in hun zucht naar extreme winst ten koste van de zorg in Nederland. Is er immers niet nu al sprake van verdringing van medisch specialistische zorg door de toename van de extreem hoge geneesmiddelenprijzen?

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe zeker het is dat de taakstelling uit het regeerakkoord van € 140 miljoen, door deze herberekening van het GVS zal worden behaald en in hoeverre deze teniet gedaan zal worden door hogere kosten elders binnen de geneesmiddelen uitgaven. Deze leden willen benadrukken dat zij het niet gewenst achten dat de negatieve gevolgen van de herberekening in de vorm van bijbetalingen geheel bij patiënten worden neergelegd. Zij menen echter dat dit ook mede voorkomen kan worden als voorschrijvers doelmatiger gaan voorschrijven en hun patiënten beter voorlichten over het (ontbreken van) mogelijke verschillen tussen geneesmiddelen. Bovendien wijzen zij op het feit dat nieuwe gebruikers van een geneesmiddel wél direct op een zogenaamde vrijloper ingesteld kunnen worden. Bij die groep is er dan geen sprake van een wisseling van een geneesmiddel. Op termijn zou een doelmatiger voorschrijfgedrag dus tot lagere kosten kunnen leiden, zonder dat patiënten daar enige hinder van ondervinden. In hoeverre wordt daar nu rekening mee gehouden en in hoeverre worden medisch specialisten hier al op gewezen?

Kan uitgebreid worden ingegaan op het onderscheid tussen de (gedrags-)effecten voor switchers en voor nieuwe gebruikers? Kan een inschatting gemaakt worden van de besparing die door beide effecten kan worden bereikt en de gevolgen voor de gebruikers? Klopt het dat voor de nieuwe gebruikers geldt dat er geen eigen bijdrage is én geen negatieve gevolgen van switchen naar een ander middel en dat het uiteindelijke effect van de GVS-herberekening daarom pas na jaren duidelijk kan worden en naar alle waarschijnlijkheid dan hoger zal liggen? Welke mogelijkheden zouden er zijn om een tijdelijke oplossing te bieden aan chronisch zieken die werkelijk moeten switchen naar een middel met bijbetaling?

De leden van de PvdA-fractie vragen of er enig zicht is op de financiële gevolgen voor patiënten van het opruimen van spookclusters en het opnieuw indelen van geneesmiddelen uit spookclusters en van combinatiepreparaten. Voor hoeveel patiënten gaat gelden dat zij niet langer een bijbetaling hebben en voor hoeveel geldt dat juist wel een bijbetaling ontstaat, wanneer zij niet switchen?

Genoemde leden menen dat wanneer de limiet van een specialité geneesmiddel wordt verlaagd ten gevolge van herberekening van het GVS en de bijbetaling voor de verzekerde dus groter wordt, dit een prikkel vormt om waar mogelijk over te stappen op een generiek geneesmiddel. Zij vragen zich echter af in hoeverre deze prikkel teniet gedaan wordt door de voorschrijver, al dan niet beïnvloed door de farmaceutische industrie. Deze leden constateren dat de Minister stelt dat patiënten en zorgverleners kunnen kiezen voor een middel zonder bijbetaling. Zij wijzen erop dat niet de patiënt maar de voorschrijver in de meeste gevallen een geneesmiddel kiest.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke clusters binnen het GVS eigenlijk tot het ziekenhuisbudget zouden moeten behoren omdat er sprake is van door medisch specialisten voorgeschreven specialistische middelen. Kan een overzicht gegeven worden van die clusters waarbij de eigen bijdrage vervalt als ze overgeheveld zouden worden naar het ziekenhuisbudget? Zou overheveling naar het ziekenhuisbudget ook een prikkel voor doelmatig voorschrijven door de medisch specialist kunnen betekenen?

In hoeverre worden op dit moment therapeutische richtlijnen gevolgd? In hoeverre wordt op dit moment doelmatig voorgeschreven door medisch specialisten c.q. huisartsen? Hoe wordt vastgesteld in welke mate doelmatig wordt voorgeschreven en hoe kan worden bepaald in welke gevallen doelmatiger voorgeschreven kan worden?

De leden van de PvdA-fractie wijzen erop dat de voorschrijver ook nog vaak wordt beïnvloed in de keuze voor een geneesmiddel door de farmaceutische industrie. Zeker wanneer sprake is van de mogelijkheid van switchen van een merkgeneesmiddel naar een generiek middel, betekent dat volgens deze leden een extra inspanning van de voorschrijver. Het Transparantieregister Zorg laat nog steeds legio voorbeelden zien van fabrikanten die artsen beïnvloeden via (financiële) gunsten. Hoe gaat de Minister voorschrijvers wijzen op hun verantwoordelijkheid voor een mogelijke bijbetaling door hun patiënten en wat kan en gaat de Minister doen om patiënten erop te wijzen dat er altijd een vrijloper is en zij altijd het gesprek met hun arts aan kunnen gaan over de keuze van een middel? Welke rol kunnen patiëntenverenigingen hierbij spelen?

Genoemde leden denken dat veel mensen die chronisch ziek zijn en (veel) geneesmiddelen gebruiken, zich ongerust zullen maken over de komende herberekening van het GVS. Wanneer krijgen patiënten duidelijkheid over wat deze herberekening voor hun situatie betekent?

In hoeveel en voor welke clusters is het waarschijnlijk dat een situatie ontstaat waarin geen vrijloper bestaat en geen middel beschikbaar is zonder bijbetaling?

In hoeverre zijn specifieke cliëntkenmerken bepalend voor de keuze van een geneesmiddel, voor welke clusters geldt dit? Op welke manier zou een hardheidsclausule voor specifieke cliëntkenmerken kunnen worden meegenomen in de vergoeding bij herberekening van het GVS?

Wat is de opbrengst voor verzekerden als de vrijloper, het middel zonder bijbetaling buiten het eigen risico wordt gehouden en er derhalve een prikkel ontstaat om te switchen naar een middel zonder bijbetaling? Welk effect zou dit hebben voor zorgmijders, mensen die geen geneesmiddelen meer ophalen vanwege de eigen bijdrage en het eigen risico?

De leden van de PvdA-fractie zien de noodzaak van een maximering van de eigenbetaling GVS. Zij wijzen er echter op dat ook € 250 voor mensen met een chronische ziekte, die naast geneesmiddelen ook andere zorg gebruiken, nog steeds erg veel geld is. Zij vinden het dus prioriteit de geneesmiddelenprijzen aan te pakken bij de fabrikant en vragen welke beleid deze Minister daarin voorstaat. Welke concrete maatregelen zijn mogelijk en welke zullen worden ingezet? Welke mogelijke maatregelen zijn er voor patiënten die geconfronteerd worden met voor hen te hoge kosten voor geneesmiddelen?

De leden van de PvdA-fractie wijzen op het verband tussen het GVS en de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) en het preferentiebeleid. Zij zien graag de visie van de Minister in deze. Zou een combinatie van herijking van het GVS, met vangnet, maar in combinatie met een aanpassing van de Wgp volgens het Noorse systeem niet een grotere prijsdaling tot gevolg hebben en daarmee de taakstelling van het regeerakkoord (gemakkelijker) te behalen zijn? Klopt het dat een aanscherping van de Wgp volgens het Noorse systeem lagere prijzen betekent, maar dan wel transparant? Welk effect zou een dergelijke aanpassing van de Wgp hebben op de hoogte van de bijbetaling?

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

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de voorgenomen herberekening van het GVS en zij hebben hierover nog een aantal kritische vragen en opmerkingen. Deze leden lezen dat de herberekening van het GVS een bezuiniging van € 140 miljoen moet opleveren. Waar is dat bedrag op gebaseerd? Welk deel van dit bedrag zal naar verwachting worden verschoven naar de eigen betalingen van de gebruikers van geneesmiddelen?

Genoemde leden zijn zeer kritisch op het gebruik van het GVS als middel om de geneesmiddelenkosten te matigen. Zij zijn namelijk van mening dat eigen betalingen een onrechtvaardig middel zijn om dit doel te bereiken. Daarom vragen zij waarom de Minister er niet voor kiest om de kosten van geneesmiddelen aan te pakken via een aanscherping van de Wgp, in plaats van via het GVS. Waarom kiest de Minister bijvoorbeeld niet voor de invoering van het Noorse model? Kan de Minister punten aanwijzen waarop dit systeem in Noorwegen minder goed werkt dan dat een herzien GVS zou werken?

In de brief schrijft de Minister terecht dat sommige patiënten vanwege medische redenen zullen «zijn aangewezen op een middel met bijbetaling». De leden van de SP-fractie vragen of de Minister kan garanderen dat deze mensen in het herziene GVS niet te maken kunnen krijgen met bijbetalingen, aangezien zij vanwege medische redenen geen alternatief hebben. Zij constateren dat bij onvermijdbare bijbetalingen een groter risico bestaat op zorgmijding. Dit is in het bijzonder het geval bij mensen met lage inkomens. Hoe gaat de Minister voorkomen dat de herberekening van het GVS zorgmijding zal stimuleren? De leden van de SP-fractie vragen de Minister wanneer meer duidelijkheid komt over de «verzachtende maatregelen» die in de onderhavige brief worden besproken.

De leden van de SP-fractie vinden het van groot belang dat er meer transparantie komt in de opbouw van de prijzen die farmaceutische bedrijven vragen voor geneesmiddelen. Welke stappen zet de Minister om dit te bereiken?

Genoemde leden vragen de Minister wat de effecten zijn geweest van de maximering van de eigen bijdrage. Heeft dit nog effect gehad op de prijzen van geneesmiddelen? Zij lezen dat de Minister verwacht dat na de herberekening zes miljoen mensen te maken kunnen krijgen met bijbetalingen onder het GVS. Dat betekent ook dat deze herberekening waarschijnlijk miljoenen medicijnwisselingen teweeg zal brengen. Hoeveel mensen zullen daardoor naar verwachting te maken krijgen met bijwerkingen? Hoeveel mensen zouden dit bijvoorbeeld zijn als de volledige groep van zes miljoen mensen van medicijn zou wisselen? Wat zijn daarnaast de gevolgen van deze medicijnwisselingen voor de



administratieve lasten van zorgverleners? Hoeveel tijd zullen betrokken zorgverleners hieraan kwijt zijn?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe de herberekening van het GVS in verhouding staat tot de Leidraad Verantwoord Wisselen, die recent door veldpartijen is opgesteld. Die richtlijn heeft immers juist tot doel de hoeveelheid niet-medisch onderbouwde medicijnwisselingen te beperken. Is het niet tegenstrijdig om daarna deze maatregel te nemen, waardoor het aantal medicijnwisselingen weer wordt verhoogd?

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

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de modernisering van het GVS. Zij zijn van mening dat de gigantische winsten die gewonnen worden in de farmaceutische industrie op gespannen voet staan met de investeringen die gemaakt worden met publiek geld, die vaak aan de grondslag liggen van deze geneesmiddelen. Het valt genoemde leden op dat farmaceutische bedrijven dikwijls tot de meest winstgevende bedrijven van Europa behoren en dat uit de jaarverslagen van verschillende farmaceuten blijkt dat de Research & Development-afdeling kleiner is in (financiële) omvang dan de desbetreffende Marketingafdeling. Tevens hekelen deze leden het gebrek aan transparantie van farmaceuten in de totstandkoming van de marktprijs. Dat gezegd hebbende, hebben deze leden verscheidene zorgen over het voornemen van de Minister om het geneesmiddelenvergoedingssysteem te «moderniseren». Deze leden staan positief ten opzichte van maatregelen om de prijs van geneesmiddelen te drukken, maar desbetreffend voornemen lijkt vooral op het bordje te komen van (chronische) patiënten. De voornoemde leden merken op dat de Minister wel heel gemakzuchtig veronderstelt dat vergelijkbare geneesmiddelen ook daadwerkelijk onderling uitwisselbaar zijn op patiëntniveau. Dat wil zeggen, niet iedere patiënt kan overstappen op het goedkoopste middel en daarmee ook de beste behandeling ontvangen. Is de Minister het met deze leden hierover eens? Hoe gaat de Minister om met de bijbetaling van patiënten die om medische redenen op deze werkzame stof zijn aangewezen, en dus niet kunnen wisselen naar een geneesmiddel zonder bijbetaling? Is de Minister ervan op de hoogte dat (huis)artsen stellen dat dit voornemen een extra risico met zich meebrengt voor patiënten? Realiseert de Minister zich dat een slechtere behandeling op termijn ook een duurdere behandeling kan betekenen in de praktijk?

Vrijwel het gehele maatschappelijk middenveld verwacht dat de geraamde besparing die de modernisering oplevert, vrijwel volledig zal worden opgebracht door patiënten die meer moeten bijbetalen aan noodzakelijke geneesmiddelen. Kan een uitgebreide berekening met de Kamer worden gedeeld hoe de omvang van deze voorgenomen besparing gedetailleerd tot stand is gekomen (hoe is deze berekend?) en per post worden gesplitst waar deze veronderstelde besparing vandaan moet komen? Voor de leden van de GroenLinks-fractie is het onbestaanbaar als de besparing van patiënten moet komen, aangezien juist mensen met een (chronische) aandoening al meer kosten maken dan mensen zonder aandoening en ook vaker tot de (aller)laagste inkomens behoren. Dit voornemen kan dan ook het gevolg hebben dat de sociaaleconomische ongelijkheid tussen vermogende, gezonde, mensen en niet-vermogende zieke mensen, alleen maar groter wordt. Heeft de Minister überhaupt in kaart gebracht wat dit betekent voor de koopkracht van patiënten? Zo ja, kan de Minister dat met de Kamer delen? Zo nee, waarom heeft de Minister hierin verzaakt? Hoe denkt de Minister te voorkomen dat deze bezuinigingsmaatregel naast fabrikanten, vooral ook patiënten en zorgverleners zoals apothekers treft? Voor patiënten is dat financieel en apothekers krijgen er extra (administra-

tieve) lasten bij vanwege het overzetten van patiënten naar andere middelen.

De leden van de GroenLinks-fractie merken op dat de Minister stelt «verzachtende maatregelen» te willen nemen. Wanneer krijgen patiënten meer helderheid over de maximering, hoogte en ingangsdatum van de eigen bijdrage GVS? Op basis van welke criteria en/of afwegingen wordt de maximering van de eigen bijdrage GVS vastgesteld? Blijft de eigen bijdrage na 2022 ook maximaal 250 euro per jaar? Welke andere mogelijke verzachtende maatregelen voor patiënten overweegt de Minister?

De leden van de GroenLinks-fractie hebben bovendien bezwaar bij het fundamentele uitgangspunt dat niet artsen besluiten welke recepten worden voorgeschreven, maar dat het ministerie dit top-down afdwingt. Tevens hekelen genoemde leden de procedure. Uit de stukken blijkt dat de Minister wil voorkomen dat de Zorgverzekeringswet wordt aangepast en de indruk wordt gewekt dat de implementatie via een wijziging van de Regeling zal volstaan. Hierdoor is er geen mogelijkheid van voorhang, is advies van de Raad van State niet noodzakelijk en hoeft het desbetreffende besluit niet voorgelegd te worden in de ministerraad. Hoe is de Minister voornemens dit besluit definitief te nemen? Waarom is het maatschappelijk middenveld zo slecht betrokken geweest bij dit besluit? Kan de Minister uitvoerig uiteenzetten waarom de ambtsvoorganger de «modernisering» niet doorvoerde, en deze Minister wel dit voornemen heeft?

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

Het lid van de fractie-Den Haan heeft kennisgenomen van de brief over de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel. Zij heeft hierover nog een aantal vragen:

- Kan de Minister nader onderbouwen hoeveel patiënten negatieve gevolgen ondervinden van de modernisering van het GVS? Welke gevolgen zijn dat?
- Kan de Minister aangeven welke ziektebeelden met name worden geraakt door de aanpassing van het GVS? Om hoeveel patiënten gaat het per ziektebeeld?
- Heeft de Minister inzichtelijk wat de modernisering van het GVS betekent voor de toegankelijkheid van COVID-middelen?
- Kan de Minister onderbouwen hoeveel patiënten te maken krijgen met (onvermijdbare) bijbetalingen en welke ziektebeelden dit voornamelijk treft?
- Wat gaat de Minister doen om de financiële impact voor patiënten te beperken/voorkomen?
- Hoe beoordeelt de Minister dat (innovatieve) extramurale geneesmiddelen straks alleen nog toegankelijk zijn voor patiënten die dat zelf kunnen betalen?
- Hoe beoordeelt de Minister het risico op ongewenst wisselen om een bijbetaling te ontwijken?
- Kan de Minister aangeven hoe hij garandeert dat de meest kwetsbare patiënten niet de dupe worden van het van de markt verdwijnen van specialités?
- Voor welke geneesmiddelen zet de Minister de uitzondering voor de onderkant van de markt in?
- Kan de Minister garanderen dat patiënten door de GVS-herziening niet zullen hoeven over te stappen op geneesmiddelen die minder effectief zijn, mogelijk onnodige bijwerkingen hebben en/of vaker moeten worden toegediend? Zo, niet, kan de Minister dan aangeven waarom hij deze garantie niet kan geven?

- Kan de Minister aangeven wat de gevolgen van de GVS-herziening zijn voor patiënten die meerdere geneesmiddelen in een cluster gebruiken?
- In hoeverre blijft het mogelijk voor voorschrijvers om voorschrijfrichtlijnen te volgen en op basis van professionele autonomie medische noodzaak toe te passen?
- Komt bijbetaling voor patiënten te vervallen, wanneer volgens de voorschrijver sprake is van medische noodzaak?
- Gaat de Minister monitoren in hoeverre voorschrijvers zich gedwongen zullen voelen om af te wijken van behandelrichtlijnen om hiermee te zorgen dat patiënten een bijbetaling kunnen vermijden door te wisselen naar een ander geneesmiddel?
- Welke mitigerende maatregelen zijn genomen, en zullen genomen worden, om belastende gesprekken in de spreekkamer of aan de balie te voorkomen als gevolg van onrust en onduidelijkheid bij patiënten en zorgverleners?
- In hoeverre zullen de administratieve lasten van voorschrijvers, apothekers en zorgverzekeraars toenemen als gevolg van de voorgenomen modernisering en in welke mate zullen de kosten hiervan de mogelijke besparing teniet doen?
- In hoeverre zijn de noodzakelijke aanpassingen in de ICT-systemen uitgevoerd om de voorgenomen modernisering te kunnen absorberen?
- De Minister geeft aan zich bewust te zijn van de risico's voor zowel patiënten als voor de leveringszekerheid. In hoeverre is het wenselijk dat de modernisering nu op stel en sprong in 2023 wordt doorgevoerd, terwijl de plannen voor verzachtende maatregelen nog niet eens zijn uitgewerkt?
- Hoe gaat de Minister om met de zorgen uit het veld, zoals geuit door bijvoorbeeld voorschrijvers en apothekers? Hoe zijn veldpartijen betrokken en gehoord?

### **Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie**

Het lid van de BBB-fractie heeft met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister over de modernisering van het GVS. Zij vindt dat elke patiënt erop moet kunnen vertrouwen dat hij het best passende medicijn krijgt, zoals besproken en overeengekomen met zijn behandelaar. Vaak is daarbij een generiek medicijn passend. Maar voor sommige patiënten is optimale farmaceutische zorg alleen mogelijk met een bepaald merkmedicijn. Het GVS gaat uit van clusters, met daarin «uitwisselbare» medicijnen. De samenstelling van deze clusters is cruciaal. Genoemd lid hoort dan ook graag hoe patiëntenorganisaties worden betrokken bij de samenstelling van de clusters.

Wanneer een bepaald medicijn niet wordt toegevoegd aan een cluster dan kan dit grote gevolgen hebben voor gezondheid en welzijn van patiënten. Het lid van de BBB-fractie wil de Minister dan ook vragen om patiëntenorganisaties de mogelijkheid te geven om, in samenspraak met behandelaren, een aanvraag voor «herbeoordeling van een cluster» in te dienen. Kan de Minister hier achter staan en dit mogelijk maken?

De Minister is vanwege de mogelijke gevolgen voor patiënten, voornemens de modernisering van het GVS gepaard te laten gaan met één of meer verzachtende maatregelen. De Minister denkt daarbij aan een financieel vangnet voor patiënten (een maximering van de eigen bijdrage). En hij onderzoekt de noodzaak en mogelijkheid van het beschermen van (potentieel) kwetsbare geneesmiddelen om beschikbaarheidsproblemen als gevolg van de herberekening te voorkomen. Genoemd lid is blij met deze toezegging, maar constateert wel dat er nog

veel onzekerheid is bij patiënten over de uiteindelijke uitvoering. Daarom vraagt zij de Minister wanneer patiënten meer helderheid krijgen over de maximering, hoogte en ingangsdatum van de eigen bijdrage GVS.

Verder vraagt het lid van de BBB-fractie de Minister op basis van welke criteria en/of afwegingen de maximering van de eigen bijdrage GVS wordt vastgesteld. Kan de Minister aangeven of de eigen bijdrage ook na 2022 nog maximaal 250 euro per jaar bedraagt?

In bepaalde gevallen kan het voorkomen dat voor een geneesmiddel met een specifieke werkzame stof geen variant zonder bijbetaling beschikbaar is. Het genoemde lid vraagt de Minister dan ook hoe wordt omgegaan met de bijbetaling van patiënten die om medische redenen op deze werkzame stof zijn aangewezen, en dus niet kunnen wisselen naar een geneesmiddel zonder bijbetaling.

Zij constateert toenemende zorgen over de beschikbaarheid van kwetsbare geneesmiddelen. Wanneer kan de Minister meer helderheid geven over het beschermen van kwetsbare geneesmiddelen om beschikbaarheidsproblemen te voorkomen?

Met de beoogde GVS-herziening worden in vrijwel alle geneesmiddelenclusters (geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof) de vergoedingslimieten verlaagd. Daarmee worden fabrikanten aangezet om lagere prijzen te hanteren. Het lid van de BBB-fractie vindt dat de gevolgen van de GVS-herziening niet voor rekening moeten komen van patiënten en zorgverleners. Hoe voorkomt de Minister dat de bezuinigingsmaatregel naast fabrikanten, ook patiënten en zorgverleners zoals apothekers treft, met zowel directe kosten als voor extra (administratieve) lasten?

Tot slot vraagt het lid van de BBB-fractie hoe de Minister, in het geval dat de GVS-herziening per 1 januari 2023 wordt gerealiseerd, op korte termijn de mogelijk zes miljoen mensen die met bijbetaling te maken kunnen krijgen, over deze zeer technische wijziging informeert.

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