

Vergaderjaar 2015–2016

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 390

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2016

Deze brief doe ik u toekomen naar aanleiding van mijn toezegging tijdens de begrotingsbehandeling van november 2015 (Handelingen II 2015/16, nr. 21, item 7) om nader in te gaan op de vraag in hoeverre het Nieuw-Zeelandse model van inkoop en vergoeding van geneesmiddelen, ook wel het «Kiwi-model» genoemd, in het Nederlandse zorgstelsel kan worden geïntroduceerd. De motie van Kamerleden Voortman en van Dijk over dit onderwerp (Kamerstuk 29 477, nr. 383) die is ingediend naar aanleiding van het VAO Geneesmiddelen (Handelingen II 2015/16, nr. 81, item 31) is overigens verworpen (Handelingen II 2015/16, nr. 83, item 11).

Het Nieuw-Zeelandse model gaat uit van een aantal basisprincipes: aanbesteding van geneesmiddelen waar concurrentie mogelijk is (zowel door de introductie van generieke geneesmiddelen als door onderling vervangbare patentgeneesmiddelen), vertrouwelijke onderhandelingen over de prijs bij nieuwe geneesmiddelen en een gesloten budget voor alle geneesmiddelen.

Het is juist dat Nieuw-Zeeland voor bepaalde groepen geneesmiddelen lagere prijzen weet te bedingen dan in Nederland. De stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) heeft dit ook in haar recente publicatie¹ beschreven², maar concludeert dat dit model in Nederland naar verwachting niet zou leiden tot lagere totale uitgaven, mede dankzij het in Nederland zeer succesvolle preferentiebeleid dat door zorgverzekeraars wordt gevoerd. Ruim 72% van de receptgeneesmiddelen die openbare apotheken verstrekken is een generiek geneesmiddel, terwijl hun kosten nog geen 17% van het totaal uitmaken. Daarmee kent Nederland in Europa één van de gunstigste volume-kosten-verhoudingen.

¹ «Nieuw-Zeelandse Kiwi-model met centrale inkoop generieken is niet goedkoper», Pharmaceutisch weekblad, 20 mei 2016

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

In Nederland hechten wij aan tijdige beschikbaarheid van geneesmiddelen. Uit de praktijk blijkt dat het Nieuw-Zeelandse model in bepaalde gevallen leidt tot niet (tijdig) beschikbaar zijn van geneesmiddelen door een late introductie van geneesmiddelen in de vergoeding als gevolg van langdurige onderhandelingen of tenderprocedures, soms tot meer dan een jaar na de introductie³. Er zijn ook berichten dat fabrikanten de Nieuw-Zeelandse markt mijden en bepaalde geneesmiddelen niet, of zeer laat, op de markt brengen. In een brief aan Kamerleden heeft ook de KNMP gewaarschuwd voor geneesmiddelentekorten die mogelijk voortkomen uit de adoptie van een vergelijkbaar systeem als het Nieuw-Zeelandse model.⁴

In het model is ook sprake van beperkingen in de voorschrijfvrijheid als gevolg van de aanbesteding van geneesmiddelen. Dit past niet in het Nederlandse systeem waarbij terecht veel waarde gehecht wordt aan de professionele autonomie en de daarmee gepaard gaande voorschrijfvrijheid van de arts. (uiteraard met in acht neming van de geldende richtlijnen).

Zoals gezegd gaat het Nieuw-Zeelandse model uit van de inkoop en aanbesteding van geneesmiddelen. In Nederland is gekozen voor een andere benadering waarbij verzekeraars een belangrijke rol en een waardevolle bijdrage hebben bij de toepassing en bekostiging van (generieke) geneesmiddelen. Daarom is aanbesteding op overheidsniveau nu niet passend. Het zou een aanzienlijke en kostbare ingreep zijn om ons huidige systeem daarop aan te passen, zonder dat er zicht is op aanzienlijke voordelen. Tot slot past een gesloten budget gedurende het jaar niet bij onze fundamentele keuze om patiënten snel toegang te geven tot geneesmiddelen waar deze gedurende het jaar in het vergoedingssysteem kunnen indalen.

Ik vel geen oordeel over de wenselijkheid of kwaliteit van de toepassing van het model in Nieuw-Zeeland. Ik realiseer mij dat ieder model zijn voor- en nadelen heeft en ook bezien moet worden in de lokale context. Daarom vind ik het belangrijk om ook in internationaal verband informatie uit te wisselen en best-practices te delen. Het Nieuw-Zeelandse model analyserend ben ik echter tot de conclusie gekomen dat er in de Nederlandse context op dit moment weinig tot geen significante besparingen te realiseren zijn door het model over te nemen, noch dat dit leidt tot betere toegang tot geneesmiddelen voor de patiënt. Al met al zie ik geen reden om het Nieuw-Zeelandse model of elementen daaruit te introduceren in het Nederlandse zorgstelsel.

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

³ «Uptake of new medicines in New Zealand: evidence of a waiting list», Jacqueline M Barber; Kevin P Sheehy, *The New-Zealand Medical Journal*, 17th April 2015, Volume 128 Number 1412

⁴ Brief gericht aan Tweede Kamerleden met kenmerk LT/20160145