

## **INTERNET CONSULTATIE WIJZIGINGSREGELING MODERNISERING GVS**

### **IAK**

#### *1. Wat is de aanleiding?*

In het regeerakkoord "Vertrouwen in de Toekomst" van het kabinet-Rutte III is een taakstelling opgenomen voor extramurale genees- en hulpmiddelen (Bijlage bij Kamerstuk 34 700, nr. 34). Onderdeel daarvan is de taakstelling van € 140 miljoen structureel vanaf 2023 door middel van een modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Deze taakstelling is door het huidige kabinet overgenomen.

#### *2. Wie zijn betrokken?*

De modernisering van het GVS raakt verzekeren die geneesmiddelen gebruiken of gaan gebruiken, apothekers die geneesmiddelen verstrekken, artsen en anderen die geneesmiddelen voorschrijven, zorgverzekeraars die geneesmiddelen vergoeden alsmede fabrikanten en tussenhandelaren die geneesmiddelen op de markt brengen.

#### *3. Wat is het probleem?*

De vergoedingslimieten van op populatieniveau onderling vervangbare geneesmiddelen in het GVS zijn verouderd. De meeste vergoedingslimieten zijn nog gebaseerd op het prijspeil in 1998. Daardoor functioneert het GVS minder goed als instrument voor de beheersing van de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen. Onder meer omdat de vergoedingslimieten voor veel clusters gezien de huidige openbare prijzen van geneesmiddelen onnodig hoog zijn en omdat er in de loop der tijd clusters zijn ontstaan waarin alleen geneesmiddelen zijn overgebleven waarvoor een bijbetaling verschuldigd is.

Daarnaast zijn in het GVS zogenoemde spookclusters ontstaan waarin geen onderling vervangbare geneesmiddelen meer resteren. Verder zijn er clusters van combinatiepreparaten waarin er door de wijze van berekening van de vergoedingslimiet geen combinatiepreparaat is opgenomen waarvoor geen eigen bijdrage verschuldigd is.

#### *4. Wat is het doel?*

Het doel van de modernisering is de werking van het GVS te herstellen als instrument om uitgaven aan extramurale geneesmiddelen te beheersen. Dat kan door de vergoedingslimieten te baseren op actuele openbare prijzen van geneesmiddelen. Hierdoor dalen veel vergoedingslimieten. Dat zou fabrikanten en handelaren moeten aanzetten tot het verlagen van de openbare prijzen van hun geneesmiddelen die hoger zijn dan de vergoedingslimiet. Verzekeren hebben na de herberekening in beginsel immers de mogelijkheid om te wisselen naar een geneesmiddel waarvoor geen bijbetaling verschuldigd is. Het is de bedoeling deze herberekening van de vergoedingslimieten op basis van actuele openbare prijzen periodiek uit te voeren, namelijk eens per twee jaar.

Met de modernisering wordt een besparing gerealiseerd. De hoogte van de besparing is afhankelijk van de mate waarin fabrikanten de prijzen van hun geneesmiddelen verlagen en verzekeren wisselen naar een goedkoper geneesmiddel.

Verder worden de zogenoemde spookclusters zoveel mogelijk opgeheven en krijgen de clusters met combinatiepreparaten ten minste één preparaat waarvoor geen bijbetaling verschuldigd is.

#### *5. Wat rechtvaardigt overheidsinterventie?*

De beheersing van de collectieve uitgaven aan extramurale geneesmiddelen vloeit voort uit de verantwoordelijkheid van de overheid voor het stelsel van gezondheidszorg. Met het GVS wordt bepaald in hoeverre welke geneesmiddelen collectief bekostigd worden via de zorgverzekering en welk deel van de kosten voor rekening komt van de individuele verzekerde.

## *6. Wat is het beste instrument?*

Het GVS kan slechts gemoderniseerd worden door de toepasselijke regelgeving te wijzigen.

## *7. Wat zijn de gevolgen?*

Er is een kleine groep verzekerden voor wie de eigen bijdrage verdwijnt of vermindert als gevolg van de modernisering van het GVS. Als fabrikanten in reactie op de nieuwe vergoedingslimieten hun prijzen niet (of slechts ten dele) verlagen, zijn er echter ook verzekerden die te maken krijgen met (hogere) eigen bijdragen. Verzekerden kunnen een eigen bijdrage in beginsel voorkomen door te wisselen naar een ander geneesmiddel. Sommige patiënten kunnen dat om medische redenen niet. Om de financiële toegankelijkheid van extramurale geneesmiddelen voor deze patiënten te waarborgen, wordt de eigen bijdrage gemaximeerd op € 250 per verzekerde per jaar.

Apothekers moeten patiënten informeren over de mogelijke bijbetaling en over mogelijke alternatieve geneesmiddelen. Indien sprake is van een wisseling van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof kan de apotheker een alternatief middel verstrekken. Bij bepaalde, meer risicovolle wisselingen dient de apotheker de patiënt extra te begeleiden en te monitoren. Indien sprake is van een wisseling naar een geneesmiddel met een andere werkzame stof, moet de arts een nieuw recept uitschrijven. Het wisselen van geneesmiddelen betekent voor patiënten en zorgverleners een extra inspanning.

Zorgverzekeraars die geneesmiddelen vergoeden, zullen hun preferentie- en inkoopbeleid afstemmen op de wijzigingen van het GVS als gevolg van de modernisering. Tevens zullen zij hun verzekerden moeten informeren over de wijzigingen als gevolg van de modernisering van het GVS.

Verder ontstaat er door de modernisering van het GVS meer prijsdruk voor geneesmiddelen. Dit brengt risico's mee ten aanzien van de beschikbaarheid van geneesmiddelen in de zogenoemde onderkant van de geneesmiddelenmarkt. Om dit risico te mitigeren, krijgen de geneesmiddelen in clusters met een relatief lage omzet een opslag op hun vergoedingslimiet.