

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

**Boehringer Ingelheim bv**

Human Pharma

19 september 2022

---

Betreft: reactie Boehringer Ingelheim bv op consultatie Regeling  
zorgverzekering (Rzv) in verband met de modernisering van het  
geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS)

Your reference:

Our reference:

Boehringer Ingelheim bv (hierna: Boehringer Ingelheim) bedankt u voor de  
mogelijkheid om schriftelijk commentaar te leveren op de Wijziging  
Regeling zorgverzekering voor de modernisering van het GVS.

### **Context**

Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is ontworpen om de  
uitgaven aan extramurale geneesmiddelen die op recept door de apotheek  
worden verstrekt ten laste van de zorgverzekering te beheersen. Het  
gemiddelde prijsniveau van geneesmiddelen in de clusters van het GVS is in  
de afgelopen jaren gedaald. Dit komt o.a. door prijsverlagingen na  
patentverloop, de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) en een toename van  
concurrentie op de markt van geneesmiddelen. De vergoedingslimieten zijn  
de afgelopen 20 jaar echter niet aangepast. Hierdoor zijn de huidige  
vergoedingslimieten verouderd, waardoor er inmiddels geneesmiddelen zijn  
die zich qua prijs onder de vergoedingslimieten bevinden. Het GVS is toe  
aan modernisering, zodat het weer kan functioneren als instrument voor  
beheersing van uitgaven aan extramurale geneesmiddelen. Dit doel is  
helder. Voor Boehringer Ingelheim staat een modernisering als zodanig niet  
ter discussie. Wel signaleren wij dat de door Farmatec toegepaste  
methodologie niet toereikend is en problemen veroorzaakt voor specifieke  
clusters en voor patiënten die op geneesmiddelen uit deze clusters zijn  
aangewezen.

Basisweg 10  
1043 AP AMSTERDAM  
Postbus 56655  
1040 AR AMSTERDAM  
[www.boehringer-ingelheim.nl](http://www.boehringer-ingelheim.nl)

Door de voorgenomen GVS modernisering zal een aanzienlijke groep diabetes type II patiënten, de grootste groep chronisch zieke patiënten in Nederland, moeten wisselen van één of meerdere geneesmiddelen. Dit kan een geneesmiddel met een andere therapeutische stof zijn of zelfs een geneesmiddel uit een andere therapeutische groep. Goede of passende kwaliteit van zorg kan hierdoor niet gegarandeerd blijven. Patiënten vertrouwen erop dat artsen op basis van medische gronden, de best passende behandeling kiezen maar de concepttherieberekening van Farmatec laat zien dat dit niet altijd meer mogelijk zal zijn. Immers, als een bijbetaling te belastend voor de patiënt is, zal uitgeweken moeten worden naar een vergoede maar alternatieve variant. *Indien* beschikbaar. Dit kan betekenen dat patiënten niet meer conform de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) of de richtlijn van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) behandeld zullen worden, zonder dat dit door het medisch dossier gemotiveerd is. Dit is een aantasting van passende en veilige zorg voor de patiënt en beïnvloedt tevens de professionele integriteit van de behandelend arts.

U doet een beroep op fabrikanten om de prijzen te matigen tot het niveau van de nieuw bepaalde GVS-limiet om zo bijbetaling voor patiënten en extra (administratieve) belasting van de zorgverleners te voorkomen. De voorgestelde systematiek om tot een prijsverlaging te komen, laat echter een aantal belangrijke punten onderbelicht waarover zorgen en vragen bestaan. Deze leggen wij hier aan u voor:

#### **Vragen omtrent GVS modernisering**

- *Flatpricing*: het principe van flatpricing van doseringen van geneesmiddelen wordt tenietgedaan in de door Farmatec gebruikte methodiek. Dat is spijtig want flatpricing is juist wenselijk. Immers er zijn geen financiële belemmeringen of motivaties om niet te kiezen voor de juiste dosering. Wat nu gebeurt, is dat de lager geprijsde hoge dosering de gemiddelde clusterprijs kan ondermijnen tot een zorgelijk prijsniveau waardoor bijbetaling voor patiënten nagenoeg onontkoombaar wordt. Is de minister bekend met de bijzondere gevolgen voor clusters waar flatpricing aan de orde is?
- *Aanbevolen dagdosis in relatie tot de GVS-standaarddosis*: het is de bedoeling dat er in elk cluster minimaal één voor de patiënt geschikt geneesmiddel beschikbaar is waarvoor geen bijbetaling verschuldigd is. In geval van clusters waarbij flatpricing een rol speelt, is de vorm zonder bijbetaling veelal de hoge dosering. Consequentie daarvan kan zijn, dat er geen sterkte / dosering beschikbaar is in het cluster waarmee de in de richtlijnen aanbevolen dagdosis behaald kan worden zonder bijbetaling. Naast het risico op overdosering vragen wij ons af of het ontbreken van een passende vergoede dosering, niet strijdig is met het uitgangspunt van de minister?
- *Onderlinge vervangbaarheid*: Het wisselen van geneesmiddelen kan tot extra belasting voor de patiënt leiden zoals bijwerkingen, het opnieuw moeten aanleren van een inhalatietechniek of gebruik van injectiepen. Daarnaast rijst de vraag in hoeverre middelen en therapieën op individueel niveau onderling vervangbaar zijn? De minister

meent dat dit in theoretische zin op populatieniveau zou gelden. Dit zegt echter niets over de betekenis voor de individuele patiënt. Hoe verhoudt deze aanname van de minister zich tot de wens voor maatwerk en gezondheidswinst voor patiënten?

- *GVS-systematiek*: de systematiek van de herberekening van de vergoedingslimieten is inmiddels bijna 25 jaar oud. Er wordt in de rekensystematiek uitgegaan van de POG (eerste prijs onder het gemiddelde) om de vergoedingslimiet te bepalen. Deze verschilt aanzienlijk per cluster wat leidt tot een ongelijk speelveld. Voor nieuwere clusters, zoals het SGLT2 cluster (0A10BXAO V), betekent de methodiek van de POG in combinatie met flatpricing meer dan een halvering van de gemiddelde clusterprijs. Dit leidt tot onevenredige bijbetalingen en daarmee problemen voor de toegankelijkheid van dit geneesmiddel voor patiënten. Wij denken dat er alternatieve methodieken zijn die minder belastend voor patiënten zijn en recht doen aan de waarde die de beroepsgroep deze klasse toekent, o.a. door opname in de NIV en NHG Diabetes Mellitus type II richtlijn. Zo zou bijvoorbeeld uit kunnen worden gegaan van een herberekening op alleen de aanbevolen dagdoseringen. Dit resulteert in een herberekening waarvan de uitkomst minder belastend is voor patiënten. Zo worden zij niet gedwongen financiële overwegingen zwaar mee te wegen bij een keuze voor een behandeling en daarmee hun gezondheid.
- *Beschikbaarheid*: indien de geneesmiddelprijzen verlaagd worden naar de nieuwe GVS-limieten, voorzien wij naast de financiële effecten vooral een verschraving van zorg voor patiënten. Meer specifiek signaleren wij dat door een niet representatieve rekensystematiek sommige clusters, zoals het SGLT2-cluster, onevenredig hard geraakt worden. Binnen het SGLT2-cluster zijn namelijk geen generieke middelen of lager geprijsde gelijkwaardige alternatieven beschikbaar. Toch wordt ook hier de prijs meer dan gehalveerd. Wij vragen de minister daarom een alternatieve rekensystematiek te overwegen voor relevante clusters met flatpricing, in het bijzonder het SGLT2-cluster, omdat de voorgestelde systematiek ontoereikend blijkt.

Boehringer Ingelheim stelt een modernisering als zodanig niet ter discussie. Wel verzoeken wij de minister om het waardevolle principe van flatpricing te behouden en te bevorderen in de toekomst. Hiertoe volstaat naar ons idee een verfijning van de nu toegepaste methodiek. Dit resulteert in minder druk op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de SGLT2 klasse voor patiënten. Ook worden de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) gerespecteerd. Daarnaast wordt tegemoet gekomen aan de wens van de minister voor een herberekening.

We zijn graag bereid tot nadere toelichting.

Namens Boehringer Ingelheim