

Inbreng internetconsultatie “Wijziging Regeling zorgverzekering voor de modernisering van het GVS”

21 september 2022

De voorgenomen modernisering van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) staat haaks op het idee van passende zorg. Wanneer een fabrikant zijn prijs niet bijstelt – wat gegeven het feit dat Nederland al bodemprijzen voor extramurale geneesmiddelen heeft een reëel scenario is – resten patiënten twee opties: wisselen of bijbetalen wanneer het bijbetalingsvrije middel ongewenst is. Alleen al daarom zou er een streep door de voorgenomen herberekening moeten.

Het is HollandBIO’s ambitie om maximaal bij te dragen aan [gezondheid op maat](#). Wij gaan ervoor dat iedereen de beste behandeling op het juiste moment krijgt, of het nou gaat om geneesmiddelen, antivirale middelen, antibiotica, vaccins, of een andere interventie. Wanneer die behandeling er nog niet is, dan zetten onze leden zich in om deze behandelingen te ontwikkelen. Wanneer er wel een behandeling is, dan doen we er alles aan ervoor te zorgen dat deze de juiste patiënten bereiken. In het specifieke geval van de modernisering van het GVS is voor ons niet helder of een uitgaven-beheersend instrument voor de extramurale geneesmiddelenmarkt noodzakelijk dan wel zinvol is om de Nederlandse zorg betaalbaar te houden.

HollandBIO heeft er eerder op aangedrongen om de modernisering van het GVS breder in te steken dan alleen een extra manier om de uitgaven aan geneesmiddelen op korte termijn te beperken. Wij zien volop kansen om de toegang tot innovatieve geneesmiddelen te verbeteren en te stroomlijnen én de beperkte capaciteit van bijvoorbeeld het Zorginstituut efficiënter te benutten. Helaas moeten wij nog steeds concluderen dat de voorliggende plannen enkel gericht zijn op kostenreductie. Dat maakt de kernboodschap van onze inbreng op deze consultatie simpel en in lijn met het sentiment van de andere stakeholders: doe het niet, het is [geen verstandige stap](#). Ten eerste valt te betwijfelen of de zoveelste bezuiniging op de toch al uitgeknepen farmaceutische zorg wel te verantwoorden is. Ten tweede wegen de grote nadelige gevolgen van de voorgestelde herberekening van de clusters, voor patiënt, zorgprofessional en bedrijfsleven geenszins op tegen de potentiële besparing.

1) Bestaande systemen realiseren reeds volop prijsdruk

Het GVS heeft, ook zonder verdere bezuinigingsmaatregelen, een sterk prijsdrukkend effect. In de bestaande clusters komen nieuwe geneesmiddelen op de markt voor een prijs die in 1998 geaccepteerd was en die niet wordt geïndexeerd. Het GVS vernieuwt zich doordat er nog steeds nieuwe clusters met nieuwe geneesmiddelen worden samengesteld, met nieuwe vergoedingslimieten die gebaseerd zijn op de huidige pakketcriteria. Binnen de GVS-clusters zorgt het preferentiebeleid daarnaast voor verdere verlaging van de prijzen van spécialités en een push op generiek voorschrijven. De bezuiniging op het GVS komt bovenop de recente aanpassing van de Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp), die al heeft geresulteerd in een forse prijsdaling voor veel geneesmiddelen. In tegenstelling tot de herberekening van de GVS-clusters, leiden zowel de Wgp als het preferentiebeleid noch tot bijbetalingen, noch tot een gedwongen overstap van patiënten op een geneesmiddel met een andere werkzame stof.

2) Nadelen wegen geenszins op tegen de beoogde besparing

Het farmaceutische stakeholderveld is ongekend unaniem: de voorgestelde aanpassing van het GVS heeft negatieve gevolgen voor alle betrokkenen: patiënten, gezondheidsprofessionals, industrie en overheidsinstanties. Wij zien de volgende negatieve effecten:

- Bijbetaling of bijwerking: patiënt de dupe
- Toegankelijkheid nieuwe innovatieve geneesmiddelen in het gedrang
- Druk op de geneesmiddelenketen neemt toe

Onderstaand lichten we deze punten nader toe.

Bijbetaling of bijwerking: patiënt de dupe

De huidige uitwerking van de herberekening van de GVS-limieten heeft als gevolg dat de toegankelijkheid van de zorg in het gedrang komt voor grote groepen mensen. Weliswaar is er na de herberekening altijd één bijbetalingsvrij geneesmiddel beschikbaar per cluster, in de praktijk zal het betekenen dat in veel gevallen patiënten of moeten bijbetalen of moeten wisselen naar een ander middel. Bij deze keuze wegen de financiële belangen zwaarder dan medische afwegingen door een zorgprofessional, en wordt de vrije voorschrijfkeuze van artsen beperkt. De overheid gaat als het ware op de stoel van de dokter zitten, waarbij het belang van de patiënt wordt gedefinieerd als 'geen bijbetaling' in plaats van 'de best mogelijke zorg'.

In het geval van wisselen is het belangrijk te vermelden dat de definitie van 'onderlinge vervangbaarheid' zo is gesteld, dat er grote onderlinge verschillen kunnen bestaan in een cluster. Geclusterde medicijnen kunnen verschillen in effectiviteit en zelfs fors verschillen in het soort bijwerkingen, contra-indicaties, ervaring, toepasbaarheid en gebruiksgemak. Daarbij is het oordeel van het Zorginstituut statisch: onderlinge vervangbaarheid wordt bepaald bij het vergoedingsbesluit. Als nieuwe trials of Real World Evidence tot nieuwe inzichten leiden, is aanpassing niet mogelijk, tenzij fabrikanten een nieuw dossier indienen. Kortom: overstappen binnen een cluster is niet een formaliteit, zoals VWS het nu doet voorkomen. Het is een grote en ingrijpende stap die voor patiënten aanzienlijke gevolgen kan hebben. Een GVS-cluster is wat anders dan een groep generieke medicijnen met dezelfde werkzame stof.

In het geval van bijbetalen, worden chronische medicijngebruikers extra hard geraakt. Dit is een kwetsbare groep mensen die door hun gezondheid vaak al te maken heeft met betalingen voor het eigen risico, en mogelijke andere financiële gevolgen van hun ziekte, en waarvoor een extra bijbetaling voor medicatie onwenselijk is. In tijden van ongekend hoge inflatie en energieprijzen, is elke verdere lastenverzwaring onbestaanbaar.

Toegankelijkheid nieuwe innovatieve geneesmiddelen in het gedrang

Een herijking van de GVS-limieten beperkt de vergoeding van toekomstige innovaties aanzienlijk. Een aanpassing van een Nederlandse lijstprijs werkt, door het systeem van internationale reference pricing tussen EU-landen, door in de 15 andere landen waar Nederland referentieland voor is. Het is niet aannemelijk dat de Nederlandse lijstprijzen van nieuwe innovatieve geneesmiddelen worden aangepast. Nieuwe producten (met een betere risk-benefit ratio) komen alleen beschikbaar voor patiënten die dit zelf willen en kunnen betalen.

De eenzijdige focus op kostenbeheersing in het geneesmiddelenbeleid leidt voorts tot een almaar toenemende complexiteit van toegang, die niet zonder gevolgen blijft. Vanuit onze achterban vangen wij geregeld signalen op dat fabrikanten een product niet als eerste, niet als tweede, en zelfs niet als tiende in Nederland in de markt zetten. Dat baart ons zorgen. We lijken verzeild in een race naar de bodem, met de patiënt als kind van de rekening. Dat kan niet de bedoeling zijn.

Druk op de geneesmiddelenketen neemt toe

Wanneer de huidige plannen worden ingevoerd, neemt de druk op de keten van geneesmiddelen nog verder toe. We zien al jaren een toename in de aantallen geneesmiddelentekorten en de coronacrisis heeft ons doen beseffen hoe afhankelijk we zijn van goedkope productielanden als China en India. Zowel op nationaal als op Europees niveau is de wens uitgesproken geneesmiddelenproductie terug naar Europa te halen. De voorgenomen bezuiniging op het GVS staat haaks op die ambitie.

Geheel tegen onze gewoonte in zien wij geen mogelijkheid om de negatieve gevolgen van het huidige plan te mitigeren. De beste optie is dat we teruggaan naar de tekentafel, zodat deze kans om het gedateerde en ingewikkelde GVS daadwerkelijk te moderniseren wél gegrepen wordt.