

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum 6 september 2010
Betreft uitvoering van de motie 32123 XVI, nr 151

Geachte voorzitter,

Op 1 juli 2010 heeft uw Kamer een motie aanvaard van de leden Van der Veen (PvdA), Zijlstra (VVD) en Voortman (GL). Met de motie is de regering verzocht om af te zien van de introductie van eigen bijdragen bij paramedische zorg en tweedelijns GGZ-zorg. Financiële dekking van de hiermee gemoeide bezuiniging moet overeenkomstig de motie worden gevonden in "herberekening van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)". Daarnaast verzoekt de motie de regering rekening te houden met de hoogte van de bijbetalingen in het jaar 2011 en om "zo spoedig mogelijk selectieve herberekening van het GVS toe te passen, zodat specifieke groepen van patiënten niet geconfronteerd worden met te hoge bijbetalingen en deze herberekening uiterlijk per 1 januari 2012 in te voeren".¹

Ik wil u op dit moment al deelgenoot maken van mijn bevindingen bij de uitvoering van de motie omdat met name het financiële resultaat en de gevolgen van een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten voor chronische patiënten daartoe aanleiding geven. In de bijlage bij deze brief ga ik kort in op het proces van de herberekening.

Financiële dekking motie door herberekening onvoldoende

Met de invoering van eigen bijdragen voor paramedische zorg en de tweedelijns GGZ-zorg is een bedrag van in totaal € 140 mln gemoeid. Dat is dan ook de minimaal beoogde netto opbrengst van een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten waarmee financiële dekking wordt gezocht voor het afzien van de betrokken eigen bijdragen. Voor de berekening van de financiële gevolgen die uitvoering van de motie zou hebben, heeft een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten plaatsgevonden met de prijzen van juli 2010. De opbrengstberekening is in samenwerking met het College voor zorgverzekeringen (CVZ) uitgevoerd op basis van door het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) aangeleverde herberekende GVS-vergoedingslimieten en de gebruiksgegevens uit het Geneesmiddelen Informatie Project (GIP) van het CVZ.

Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Joost Moes
T 070 340 7224

Ons kenmerk

GMT-VDG 3019491

Bijlagen

1

Uw brief

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

¹ Kamerstukken 2009-2010, 32 123 XVI, nr 151.

De verlaging van de vergoedingslimieten zou het geneesmiddelenkader met maximaal € 251 mln ontlasten. Het gaat hier om een bruto-opbrengst. De daadwerkelijke opbrengst zou echter aanmerkelijk lager zijn: € 28 mln.² Met inachtneming van uitvoeringskosten en een opwaartse druk op de prijzen als gevolg van gedragseffecten, mede onder invloed van de maximeringsregeling, zal de opbrengst zelfs negatief kunnen uitvallen. Aan de hand van de aspecten "overlap" met andere beleidsmaatregelen, maximering van de eigen betalingen, uitvoeringskosten en gedragseffecten en financiële risico's, licht ik dit hieronder toe.

**Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie**

Ons kenmerk
GMT-VDG 3019491

Er is sprake van een "overlap" van de herberekening van de GVS-vergoedingslimieten met andere beleidsmaatregelen van de overheid en van zorgverzekeraars. Veel van deze maatregelen hebben gemeen dat zij direct of indirect het besparingspotentieel van octrooiverloop van geneesmiddelen beogen te realiseren. Met het herberekenen wordt dan ook "uit dezelfde financiële vijver gevist" als bij die andere maatregelen. Zo is een deel van de beoogde besparingen al ingeboekt in het kader van het ingezette beleid met betrekking tot doelmatig voorschrijven³. Ook met de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en het beleid van zorgverzekeraars (waaronder het preferentiebeleid en het substitutiebeleid) worden besparingen gerealiseerd die geheel of gedeeltelijk samenvallen met de besparingen die door een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten zouden kunnen worden bereikt. Daarnaast zijn ook de maximering van de eigen GVS-betalingen op € 200,- per verzekerde per jaar, het schrappen van de pil uit het verzekerde pakket en het grotendeels verdwijnen van de huidige bijbetalingen bij ADHD-middelen (na herberekening) van invloed op de opbrengst van een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten.

Vooralsnog is bij die opbrengstberekening ook nog geen rekening gehouden met uitvoeringskosten (waaronder de kosten van huisartsen, medische specialisten en apotheekhoudenden voor het omzetten naar een ander geneesmiddel en de kosten van verzekeraars voor het uitvoeren van de maximeringsregeling).

Gedragseffecten en financiële risico's

De gevolgen van herberekening worden sterk beïnvloed door gedragseffecten. Het is niet uitgesloten dat daardoor de opbrengst van € 28 mln nog lager kan uitvallen. Omdat prijsverlagingen in Nederland een veelvoud aan omzetverlies in andere landen oplevert voor producenten, doordat Nederlandse prijzen in buitenlandse referentie-prijssystemen zijn opgenomen, is de verwachting reëel dat in veel gevallen prijzen niet tot het niveau van de nieuwe vergoedingslimieten zullen worden verlaagd. In tegendeel, mede in verband met de maximeringsregeling van de GVS-bijbetalingen en de mogelijkheid tot het terugbetalen van de GVS-bijbetaling door fabrikanten aan de patiënt is het niet onaannemelijk dat fabrikanten hun prijzen juist verhogen tot aan het niveau van de maximumprijzen op grond van de WGP. Het CVZ berekent dit opwaartse financiële risico op maximaal € 200 mln. Voor zover de prijzen onder de nieuwe vergoedingslimieten liggen bestaat het risico dat fabrikanten deze prijzen verhogen tot aan de limieten voor zover althans het preferentiebeleid van zorgverzekeraars niet op die geneesmiddelen van toepassing is. Het CVZ berekent dit opwaartse risico op maximaal € 90 mln.

² Zie de bijlage bij deze brief.

³ Zie de brief van 30 juni 2010, Kamerstukken II 2009-2010, 32 123 XVI, nr. 154.

Naast bovengenoemde financiële risico's wijzen de Erasmus universiteit en Pharmo, in eerdere studies naar de gevolgen van herberekening van GVS-vergoedingslimieten, op mogelijke kosten als gevolg van eventuele medische schade van het overzetten van de patiënt naar andere geneesmiddelen.⁴

**Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie**

Ons kenmerk
GMT-VDG 3019491

Gevolgen voor chronische patiënten

In het geval dat in een GVS-cluster er slechts één geneesmiddel beschikbaar is zonder bijbetaling wordt de patiënt die aangewezen is op een geneesmiddel met een andere werkzame stof, geconfronteerd met een niet vermijdbare bijbetaling. Dit is het geval als een arts het medisch niet verantwoord acht dat de patiënt wordt omgezet op een geneesmiddel waarvoor niet hoeft te worden bijbetaald. Ik ben van mening dat zoveel als mogelijk moet worden voorkomen dat een patiënt wordt geconfronteerd met eigen betalingen voor geneesmiddelen die hij nodig heeft en waar voor hem geen alternatieven bestaan.

Of er sprake is van een bijbetaling is vooral afhankelijk van de prijsstelling door de fabrikant. De veronderstelling in de motie dat door de herberekening er steeds een geneesmiddel zonder bijbetaling beschikbaar zal zijn per GVS-cluster (een "vrijloper"), is slechts juist als de prijzen waarmee de nieuwe limieten zijn berekend (de prijzen van juli 2010) niet zouden worden verhoogd. Dit is inherent aan het karakter van het GVS als een bijbetalingsregeling.

Naar mijn inschatting zal een grote groep chronische patiënten en ouderen die meerdere geneesmiddelen gebruiken te maken kunnen krijgen met de maximale bijbetaling van € 200,-. Dit baart mij zorgen. Voor chronische patiënten bestaat er een compensatie van het eigen risico (CER) en een tegemoetkoming via de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg). Maar dergelijke eigen betalingen vallen echter niet onder deze compenserende maatregelen. In de praktijk zou een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten er toe leiden dat chronisch zieken wel worden gecompenseerd voor hun eigen risico, maar dat zij daar bovenop een nieuwe eigen betaling voor geneesmiddelen van € 200,- zouden krijgen. Dat acht ik vanuit een oogpunt van solidariteit en koopkrachtontwikkeling onwenselijk. Ook niet als de effecten daarvan (deels) zouden worden gemitigeerd door terugbetalingsregelingen van fabrikanten of door het aanvullend verzekeren van de GVS-bijbetalingen.

Geen eigen bijdragen paramedische zorg, wel eigen bijdragen GGZ-zorg

In het licht van het bovenstaande is uitvoering van de motie niet te verenigen met de veronderstelling die aan de indiening van de motie ten grondslag ligt. Namelijk dat via herberekening van de GVS-vergoedingslimieten financiële dekking kan worden gevonden voor het voorkomen van eigen betalingen voor paramedische zorg en tweedelijns GGZ-zorg. De netto opbrengst van de herberekening van de GVS-vergoedingslimieten van € 28 mln is daarvoor immers ruimschoots onvoldoende. Temeer omdat uitvoeringskosten en een aantal reële financiële risico's in deze "opbrengst" nog niet is opgenomen. Daarnaast kunnen er ongewenste gevolgen voor grote groepen van chronische patiënten en ouderen verbonden zijn aan uitvoering van de motie waar in de motie ook aandacht voor is gevraagd. Ik zal de motie dan ook niet kunnen uitvoeren.

⁴ Het rapport van de Erasmus Universiteit in opdracht van de Pharmaceutical Committee van de American Chamber of Commerce van augustus 2004: Herziening van het GVS: een maatschappelijke kosten-batenanalyse. En het rapport van Pharmo, instituut voor farmaco-epidemiologisch onderzoek in opdracht van het CVZ van maart 2005: Farmacotherapie gesubstitueerd.

Toch heb ik zorgverzekeraars bereid gevonden extra inspanningen te doen op het gebied van de inkoop van geneesmiddelen, waarmee een additionele opbrengst van structureel € 30 mln is gemoeid. Om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de strekking van de motie, stel ik voor om deze middelen uit het geneesmiddelenkader aan te wenden om eigen bijdragen voor paramedische zorg te voorkomen.

Ik zal dan ook geen eigen bijdragen voor paramedische zorg introduceren. Een en ander betekent echter wel dat, overeenkomstig mijn oorspronkelijke voorstel, eigen bijdragen voor de tweede lijns GGZ-zorg zullen worden ingevoerd per 1 januari 2011. Daartoe zal in lijn met het op 21 juni 2010 aan beide Kamers der Staten-Generaal voorgelegde ontwerp-besluit (Kamerstukken II, 29 689, nr. 303), in het Besluit zorgverzekering per 1 januari 2011 de bevoegdheid worden opgenomen om eigen bijdragen te regelen voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Met deze eigen bijdragen is een bedrag van € 110 mln gemoeid.

Op basis van het bovenstaande moet ik vaststellen dat de motie van onvoldoende dekking is voorzien. Dat betekent dat er geen voorhang van de herijkte GVS-vergoedingslimieten zal plaatsvinden. Deze voorhang had uiterlijk in de derde week van september moeten geschieden. Wel zal ik nadrukkelijk bezien of ik al eerder dan 1 januari 2012 kan overgaan tot de selectieve herberekening van GVS-vergoedingslimieten waar in de motie om wordt gevraagd en waarmee wordt beoogd om specifieke groepen van patiënten niet te confronteren met te hoge bijbetalingen. De bevoegdheid tot selectieve herberekening, die in lijn is met de langetermijnvisie van het kabinet met betrekking tot de geneesmiddelenvoorziening, was al opgenomen in de concept-wijziging van het Besluit zorgverzekering dat voor advies aan de Raad van State is gezonden.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink