

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

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

Ons kenmerk DBO-K-U-2689794	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp Kamervragen		Bijlage(n) 1	Uw brief 31 mei 2006

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Arib (PvdA) over het model dat in Nieuw-Zeeland wordt gehanteerd ter beperking van de kosten van geneesmiddelen (2050614200).

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief

Internetadres:
www.minvws.nl

Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Arib over het model dat in Nieuw-Zeeland wordt gehanteerd ter beperking van de kosten van geneesmiddelen.
(2050614200)

1

Bent u op de hoogte van het artikel, waarin een systeem wordt beschreven dat in Nieuw-Zeeland wordt gebruikt om de kosten van geneesmiddelen te beperken? 1)

1

Ja.

2

Wat is uw mening over dit zogenaamde kiwi-model?

3

Denkt u dat dit kiwi-model ook in Nederland toegepast zou moeten worden, of zijn hier al vergelijkbare instrumenten voor handen? Zou een systeem van aanbesteding in Nederland kans van slagen hebben? Zou het kiwi-model een aanvulling kunnen vormen voor het Nederlandse systeem? Zo ja, in welke zin? Welke belemmeringen zouden er zijn voor invoering van dit kiwi-model in Nederland?

5

Denkt u dat via het kiwi-model indirect misschien ook de kortingen en bonussen verder aangepakt zouden kunnen worden, omdat een fabrikant- als hij de laagste prijs vraagt - verzekerd is van een grote omzet, en hij kortingen en bonussen dus niet meer nodig heeft en deze dus ook niet door hoeft te berekenen in zijn prijs?

2, 3 en 5

Het kiwi-model is een vergoedingssystematiek die sinds geruime tijd in Nieuw-Zeeland wordt toegepast voor een groot aantal groepen generieke geneesmiddelen. Het betreft openbare aanbesteding op basis van de werkzame stof. Het wordt uitgevoerd door de centrale overheid. Het resultaat is een aanwijzing voor vergoeding van het geneesmiddel met de desbetreffende werkzame stof van de 'winnende' fabrikant, gedurende een bepaalde periode (normaliter drie jaar). Prijs is de belangrijkste factor voor de keuze van de winnende fabrikant. Het systeem lijkt in de Nieuw-Zeelandse verhoudingen te werken: in bepaalde gevallen heeft het tot aanzienlijke prijsverlagingen geleid.

In België heeft het kiwi-model op beperkte schaal en in lichtere vorm navolging gekregen ('kiwi-light'). In het Belgische systeem is niet daadwerkelijk sprake van openbare aanbesteding, maar van een groepsgewijze herziening van de vergoedingsstatus voor productcategorieën. Initieel voor cholesterolverlagers en later voor maagzuurremmers. Wellicht volgen in de toekomst andere groepen geneesmiddelen. De opzet van het Belgische systeem is in zoverre anders dat niet uitsluitend producten die "winnend" uit de aanbestedingsprocedure komen worden vergoed (zoals in Nieuw-Zeeland), maar dat aangewezen producten voor 75% worden vergoed en niet-aangewezen producten voor 50%. Een belangrijk verschil tussen het kiwi-model en de kiwi-light is dat het in de Belgische variant mogelijk is dat de 'aanbesteding' plaatsvindt tussen gelijksoortige middelen met verschillende werkzame stoffen. Net als in Nieuw-Zeeland zijn geoctrooierde geneesmiddelen uitgesloten van dit systeem.

In Nederland bestaat sinds enkele jaren een systeem met vergelijkbare elementen: het zogenaamde preferentiebeleid. Een belangrijk verschil met Nieuw-Zeeland en België is dat het preferentiebeleid wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars, en niet door de centrale

overheid. Daarnaast is er geen sprake van aanbesteding maar wijzen zorgverzekeraars op basis van objectieve criteria de preferente geneesmiddelen aan. Doel van het preferentiebeleid is het bevorderen van prijsconcurrentie in plaats van de huidige margeconcurrentie. Momenteel voer ik een evaluatie uit van het preferentiebeleid. Ik zal de Kamer hierover op korte termijn schriftelijk informeren.

Op zich zelf zou toepassing van het kiwi (-light) model in Nederland mogelijk zijn. Desondanks vind ik dit niet wenselijk, om een aantal redenen. De belangrijkste reden is dat (centrale) invoering van het kiwi-model niet past in het ingezette beleid in de geneesmiddelenvoorziening. Dat beleid is, zoals bekend, juist gericht op deregulering, het bevorderen van prijsconcurrentie en de totstandkoming van een nieuw modulair tariefsysteem voor apothekhoudenden. Het voorziet in een grotere rol voor zorgverzekeraars onder andere via toepassing van het preferentiebeleid. Met het Geneesmiddelenconvenant worden kortingen en bonussen vervangen door structurele prijsverlagingen. In aanvulling daarop kunnen met het preferentiebeleid en het contracteerbeleid lagere prijzen (en dus lagere kortingen en bonussen) worden verwezenlijkt. De achterliggende gedachte voor fabrikanten en leveranciers van geneesmiddelen om hun prijzen te verlagen is bij het preferentiebeleid dezelfde als bij het kiwi-model: het veiligstellen van hun omzet cq. deze te vergroten. Het is mijn verwachting dat een systeem waarin partijen in een concurrerende omgeving opereren, uiteindelijk een grotere en voor de toekomst beter houdbare doelmatigheid en kwaliteit zal opleveren, vergeleken met een systeem op basis van centrale regulering. Invoering van een nieuw centraal gereguleerd systeem, zoals het kiwi-model is, past niet in deze visie.

4

Wat is de prijs van simvastatine, aciclovir, omeprazole en ranitidine in Nieuw-Zeeland en wat is de prijs in Nederland?

4

Simvastatine 20 mg, per 30 tabletten: NL € 9,25; NZ € 6,75
Aciclovir 200 mg, per 100 tabletten: NL € 47,26; NZ € 5,00
Omeprazol 20 mg, per 30 capsules: NL € 12,34; NZ € 12,41
Ranitidine 150 mg, per 250 tabletten: NL € 51,25; NZ € 4,00

De Nederlandse prijzen zijn bruto-prijzen, het gaat niet om de prijzen die uiteindelijk in rekening worden gebracht en gedeclareerd. Deze bruto-prijzen zijn nog exclusief een aftrek voor kortingen en bonussen (de clawback van 6,82 %) en eventuele aanvullende (contractuele) afspraken tussen verzekeraar en afleveraar. De gehanteerde definities van prijs in de verschillende systemen zijn dan ook niet identiek.

Of deze voorbeelden een objectieve en goede weergave zijn van het relatieve succes van het kiwi-model wordt hiermee niet duidelijk. In ieder geval blijkt wel dat het kiwi-systeem in specifieke gevallen in Nieuw-Zeeland tot zeer lage prijzen kan leiden, met name ranitidine valt hierbij op. Ranitidine wordt door de uitvoeringsorganisatie van het kiwi-model dan ook genoemd als één van de grote successen van het systeem. Verder valt op dat de geneesmiddelen die onder het Nederlandse preferentiebeleid vallen een vergelijkbare bruto prijs hebben als dezelfde middelen in Nieuw-Zeeland. Hoewel dit een ondersteuning lijkt van het ingezette preferentiebeleid, blijven dit slechts voorbeelden.

6

Denkt u dat herberekening van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) een vergelijkbaar resultaat zou geven als het kiwi-model?

6

Dat is moeilijk in te schatten, aangezien het zeer verschillende systemen zijn en één en ander mede afhankelijk is van het bij de berekening van de vergoedingslimieten gehanteerde prijsniveau en de frequentie van herberekening van de vergoedingslimieten. Een kiwi-model zal wellicht aantrekkelijk zijn bij middelen met een aanzienlijke omzet, met meerdere aanbieders. Bij middelen met slechts één aanbieder sorteert het geen effect. In het Nieuw-Zeelandse kiwi-model wordt een geneesmiddel wel of niet vergoed, in het GVS bestaat de mogelijkheid van bijbetalingen. Het zal van de fabrikanten afhangen of de prijzen van geneesmiddelen verlaagd zullen worden tot aan de nieuwe vergoedingslimieten, of dat patiënten moeten gaan bijbetalen.

7

Klopt het dat er een reeds door de Raad van State goedgekeurde variant 99 klaarligt om het GVS te herberekenen? Welk resultaat zou toepassing van deze variant 99 hebben?

7

De Raad van State heeft positief geoordeeld over een nieuwe berekeningssystematiek voor de vergoedingslimieten van geneesmiddelen. Het CVZ heeft in het rapport 'Consequenties van de invoering van Variant 99' berekend dat deze berekeningssystematiek, uitgaande van de prijzen van maart 2005, zou leiden tot 155 miljoen euro aan bijbetalingen indien fabrikanten hun prijzen niet aanpassen aan de nieuwe vergoedingslimieten. Bij deze berekening is ervan uit gegaan dat de verlaagde 'convenantsprijzen' gecontinueerd worden.

8

Denkt u dat u meer geld kunt besparen door convenanten te sluiten of door invoering van een systeem, waarbij fabrikanten worden, gedwongen hun prijzen te verlagen? Zou herberekening van het GVS hetzelfde, meer of minder opbrengen dan de door u gesloten convenanten?

8

Ook dit is uiterst moeilijk in te schatten zonder duidelijkheid over de vormgeving en aangrijpingspunten van een dergelijk systeem. Overigens is het niet zo dat een convenant en een wettelijke maatregel niet naast elkaar kunnen bestaan. Op dit moment is er een geneesmiddelenconvenant met vrijwillige prijsverlagingen en worden fabrikanten daarnaast via de Wet geneesmiddelenprijzen gedwongen hun prijzen te verlagen. Voor een schatting van de opbrengst van een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten ten opzichte van andere maatregelen (convenant, wet) geldt ook dat eerst duidelijk moet zijn waar convenant en wettelijke maatregel precies op aangrijpen. Daarbovenop is van belang van welk prijsniveau wordt uitgegaan bij de herberekening van de GVS-vergoedingslimieten.

9

Zou het kiwi-model in Nederland feitelijk een meer uitgebreide vorm van preferentiebeleid zijn, omdat onafhankelijke deskundigen bepalen wat vergoed wordt en ook middelen met verschillende werkzame stof worden beoordeeld?

9

Het preferentiebeleid heeft eigenschappen die lijken op het kiwi-model, zoals hierboven al gemeld. Het grote verschil zit niet zozeer in de beoordeling, maar in wie het beleid uitvoert. Het kiwi-model wordt door de overheid uitgevoerd, het preferentiebeleid door verzekeraars.

Verder wordt bij het huidige preferentiebeleid gewerkt met bandbreedtes, waardoor er niet slechts één middel wordt vergoed, maar alle middelen die binnen de bandbreedte vallen. Overigens is het niet zo dat middelen met verschillende werkzame stoffen worden meegenomen, de aanbesteding in het Nieuw-Zeelandse kiwi-model gaat per werkzame stof. In de Belgische variant is het wel mogelijk om verschillende werkzame stoffen mee te nemen in een aanbesteding, mits die een voldoende gelijksoortige werking hebben. Of dit ook daadwerkelijk zal gebeuren staat nog niet vast: de eerste beoordelingen moeten nog starten.

10

Zouden GVS-herberekening, respectievelijk invoering van het kiwi-model effect kunnen hebben, zonder dat de agressieve marketingtechnieken van de farmaceutische industrie worden aangepakt? Zo neen, welke stappen kunt u nemen om deze marketing te verbieden, respectievelijk te beperken?

10

Herberekening van de huidige GVS-vergoedingslimieten zou effect hebben op de resterende ruimte voor kortingen en bonussen, er van uitgaande dat fabrikanten hun prijzen in overeenstemming brengen met de nieuwe vergoedingslimieten. De omvang van het effect zal afhankelijk zijn van het bij de herberekening gehanteerd prijsniveau. Voor het effect van de invoering van het kiwi-model is de reikwijdte van dit model van belang (voor welke geneesmiddelen geldt het systeem), de mate waarin fabrikanten inschrijven op de aanbestedingen en tegen welke prijzen.

11

Klopt het dat u op dit moment noch GVS-herberekening noch het zogenaamde kiwi-model zou kunnen invoeren in Nederland, omdat u zich gebonden heeft aan een convenant waarin staat dat u dit soort maatregelen niet mag nemen?

11

In het kader van het geneesmiddelenconvenant is afgesproken dat, voor zover de financiële doelstellingen voor de jaren 2006 en 2007 naar mijn oordeel niet worden gehaald, ik aanvullende maatregelen kan nemen om die doelstellingen te halen. Gedurende de looptijd van het convenant zal geen herberekening plaatsvinden van de GVS-vergoedingslimieten voor zover de beoogde opbrengsten van het Geneesmiddelenconvenant 2006/2007 van € 843 mln in 2006 en € 971 mln in 2007 worden gehaald. Bij voortijdige beëindiging van het convenant kunnen de GVS-vergoedingslimieten wel worden herberekend. Mede gezien de filosofie achter het convenant ligt de invoering van (een) variant van het kiwi-model op zichzelf niet voor de hand.

12

Bent u bereid toe te zeggen dat u geen nieuwe convenanten zult afsluiten voordat een discussie met de Tweede Kamer heeft plaatsgevonden, waarin ook alle mogelijke alternatieven voor geneesmiddelenbeleid zijn besproken? Zo neen, waarom niet?

12

Zoals ik al eerder heb aangegeven is het convenant een integraal onderdeel van mijn beleid dat gericht is op onder meer deregulering, het bevorderen van prijsconcurrentie en de totstandkoming van een nieuw modulair tariefsysteem voor apothekhoudenden. Het huidige geneesmiddelenconvenant heeft een looptijd van 2 jaar (2006 en 2007). Ik ga ervan

uit dat het convenant de beoogde opbrengsten gedurende die looptijd zal halen. Mijn termijn als Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport loopt in 2007 af, dan loopt het geneesmiddelenconvenant nog door. Het is niet verstandig om mijn opvolger door uitspraken van mijn kant te beperken in zijn beleids- en onderhandelingsruimte, zonder een inventarisatie van alle mogelijke alternatieven van het geneesmiddelenbeleid.

1) Trouw, 24 mei jl.