

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

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

**Ons kenmerk**  
GMT/VDG 2914873

**Bijlagen**

**Uw brief**

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

Datum 21 april 2009  
Betreft Geneesmiddelenbeleid, moties 29 477 nrs. 76, 77 en 78

Geachte voorzitter,

Tijdens het VAO over het geneesmiddelenbeleid op 16 december 2008 is een aantal moties ingediend, waarvan uw Kamer drie moties heeft aangenomen:

- 29 477, nr. 76; de motie Zijlstra c.s. waarin de regering wordt verzocht er zorg voor te dragen dat het voeren van een preferentiebeleid daadwerkelijk een financieel concurrentievoordeel oplevert voor een zorgverzekeraar en daarmee voor de klanten van die zorgverzekeraar;
- 29 477, nr. 77; de motie Sap c.s. waarin de regering wordt verzocht er zorg voor te dragen dat verzekerden daadwerkelijk preferente middelen geleverd krijgen en de Kamer voor 1 februari 2009 te laten weten op welke wijze en wanneer dit wordt geregeld;
- 29 477, nr. 78; de (gewijzigde) motie Van der Veen c.s. waarin de regering wordt verzocht het tarief voor apothekhoudenden zo spoedig mogelijk doch uiterlijk per 1 mei 2009 vast te stellen op € 6,61 en zo nodig nader bij te stellen als onderzoek van de NZa naar de effecten van het preferentiebeleid en resultaten van overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden daar aanleiding toe geven.

Ik wil graag informeren over de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van deze moties. Ik begin met de laatstgenoemde.

*Motie Van der Veen c.s.*

Op 18 december 2008<sup>1</sup> heb ik uw Kamer bericht dat de bevoegdheid tot het vaststellen van het tarief voor apothekhoudenden krachtens de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ligt. Het is voor mij daarom onmogelijk om zelf het tarief per 1 mei 2009 vast te stellen op € 6,61. Ik heb toen ook aangegeven dat de uitkomsten van het in de motie genoemde onderzoek van de NZa leidend zijn bij het vaststellen van een eventueel nieuw tarief door de NZa. Ik heb van de NZa begrepen dat het betreffende onderzoek, na een verplichte aanbesteding, inmiddels van start is gegaan. Bij dit onderzoek heeft de NZa een klankbordgroep ingesteld. De klankbordgroep bestaat uit vertegenwoordigers van organisaties uit het veld, die op persoonlijke titel enerzijds marktkennis inbrengen en anderzijds deskundig zijn

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 477, nr. 80

bij het interpreteren van de uitkomsten van het onderzoek<sup>2</sup>. De klankbordgroep is inmiddels een aantal maal bijeengewees om te overleggen over de opzet en voortgang van het onderzoek. Op nadrukkelijk verzoek van de klankbordgroep zal onderzoek bij de apotheekhoudende ter plekke plaatsvinden. De minimale doorlooptijd bedraagt daardoor 12 weken. De NZa verwacht de uitkomsten in juni 2009, waarna een bijstelling van het tarief, zo nodig, per 1 augustus 2009 kan plaatsvinden.

Ons kenmerk  
GMT/VDG 2914873

#### *Motie Sap c.s.*

Naar aanleiding van de motie Sap c.s. met betrekking tot het garanderen van de aflevering van preferente geneesmiddelen aan klanten van zorgverzekeraars, merk ik het volgende op.

In de motie is mij gevraagd er voor zorg te dragen dat verzekerden daadwerkelijk preferente geneesmiddelen geleverd krijgen en de Kamer vóór 1 februari 2009 te laten weten op welke wijze en wanneer dat geregeld wordt. Achterliggende gedachte hierbij is dat, onder andere door het niet tot stand komen van zorginkoopovereenkomsten tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars, het preferentiebeleid als zodanig gevaar zal lopen en de voordelen van het preferentiebeleid niet meer de patiënten/verzekerden en zorgverzekeraars zullen bereiken. Tijdens het algemeen overleg van 10 december 2008 heb ik aangegeven dat ik sympathiek sta ten opzichte van de uitgangspunten van de motie en dat ik bereid was te onderzoeken of dit juridisch geregeld kan worden. Daarbij heb ik er wel op gewezen dat uitvoering van de motie consequenties zou kunnen hebben voor de contracteervrijheid. De contracteervrijheid is één van de pijlers (naast een "level playing field" en het toezicht van met name de NZa op het handelen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars) waarop het zorgstelsel is gebaseerd.

Bij het ter hand nemen van de uitvoering van de motie heb ik nader gekeken naar dit aspect. Het opleggen van een eenzijdige verplichting voor apotheekhoudenden om preferente geneesmiddelen af te leveren, lijkt feitelijk neer te komen op het introduceren van een "omgekeerde contracteerplicht" voor apotheekhoudenden. Ook als apotheekhoudenden en zorgverzekeraars geen overeenkomst met elkaar hebben gesloten zouden apotheekhoudenden immers toch gehouden zijn om preferente geneesmiddelen in te kopen, in voorraad te houden en af te leveren aan alle verzekerden van die verzekeraar(s). Dit verhoudt zich als zodanig niet goed met de uitgangspunten van het zorgstelsel en die van de Zorgverzekeringswet in het bijzonder.

Het zorgstelsel gaat er (vooral wat de naturaverzekering betreft) vanuit dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar in onderhandeling treden over de zorg en de financiële condities die daar tegenover staan. De NZa houdt toezicht op de invulling die zorgverzekeraars aan hun zorgplicht geven. Zorgverzekeraars doen dat onder meer door het afsluiten van (voldoende) overeenkomsten. Voor zover er onvoldoende overeenkomsten (met de verplichting om preferente geneesmiddelen af te leveren) tot stand komen en afhankelijk van de signalen en de klachten ter zake, kijkt de NZa of er mogelijk sprake is geweest van aanmerkelijke marktmacht (AMM). De NZa kan in voorkomend geval van AMM de verplichting opleggen om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk redelijk verzoek van een ziektekostenverzekeraar tot het sluiten van een overeenkomst op

---

<sup>2</sup> Organisaties waarvan vertegenwoordigers betrokken worden zijn de KNMP/SFK, ZN/Vektis, GIP, ASKA, BG Pharma, Napco en de LHV apotheekhoudende afdeling.

of ten behoeve van de zorginkoopmarkt (Art. 48, 1e lid onder e van de Wmg). Bij de beoordeling of sprake is van AMM moet meegewogen worden dat een aantal zorgverzekeraars eigen apotheken bezitten en overeenkomsten kunnen afsluiten met landelijk werkende apotheken teneinde hun zorgplicht waar te kunnen maken.

Ons kenmerk  
GMT/VDG 2914873

Daarnaast zal de NZa op mijn verzoek bezien of er naast art. 48 Wmg nog ander instrumentarium binnen de Wmg mogelijk te hanteren is en of dat wenselijk is. Daarbij wordt onder andere gedacht aan art. 45 Wmg. In een gesprek met de NZa is er van mijn kant op gewezen dat de NZa, zo zij klachten over aanmerkelijke marktmacht krijgt, ernst maakt met een spoedige beoordeling van de situatie om zoonodig daadwerkelijk en effectief op te treden.

De NZa volgt de ontwikkelingen in de contractering van apothekers door zorgverzekeraars door middel van de Monitor contractering farmacie 2009. Deze monitor is naar verwachting eind juni gereed. Hieruit zal blijken hoeveel contracten daadwerkelijk zijn afgesloten en daar waar ze niet tot stand komen, wat daarvoor de reden is.

Tijdens het algemeen overleg van 10 december 2008 heb ik ook aangegeven dat ik de mogelijkheden zou onderzoeken of wellicht uitvoering aan de motie zou kunnen worden gegeven via het opnemen van een bepaling in het in voorbereiding zijnde wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg. Hiermee zou een verplichting voor zorgaanbieders om verzekerde zorg af te leveren worden geïntroduceerd. Een dergelijke ongeclausuleerde bepaling zou echter invloed kunnen hebben op de totstandkoming van overeenkomsten in de gehele zorg. Wellicht komen dan geen of minder overeenkomsten tot stand, omdat zorgaanbieders al (eenzijdig) verplicht zijn om verzekerde zorg af te leveren. Dit zou ik ten algemene een ongewenste ontwikkeling achten vanuit het oogpunt van werkzame mededinging en het (Europese) mededingingsrecht. Een dergelijke ongeclausuleerde bepaling staat ook tegenover ontwikkelingen zoals specialisatie van instellingen en vrije-beroepsbeoefenaren in de weg.

Niettemin acht ik het in het belang van alle betrokken partijen dat duidelijkheid bestaat over wat wel en niet geoorloofd is. Ik zal de NZa daarom, in aanvulling op het bovenstaande, vragen op welke wijze zij de normen met betrekking tot AMM kan concretiseren ten aanzien van het al dan niet tot stand komen van inkoopovereenkomsten, te bezien hoe dit kan worden vastgelegd in algemeen verbindende voorschriften of beleidsregels en of dit ook gehanteerd kan worden voor het afleveren van preferente geneesmiddelen. Ik wijs er hierbij op dat de NZa bij het beoordelen van situaties waarin mogelijk sprake is van AMM uiteraard gelijkelijk zal kijken naar het gedrag van alle betrokken partijen. Daartoe behoren ook de zorgverzekeraars.

Daarnaast zal ik de inmiddels ingestelde Commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders opdracht geven ook de verticale integratie tussen zorgverzekeraars en apotheken te bezien, om mij meer duidelijkheid te verschaffen over de bestaande praktijk en de mogelijkheden en wenselijkheid voor zorgverzekeraars om via verticale integratie aan hun zorgplicht te voldoen.

Op grond van de uitkomsten hiervan zal ik beslissen of, en zo ja op welke manier, het preferentiebeleid verder verankerd kan worden via de regelgeving. Ik zal uw Kamer hierover zo spoedig mogelijk nader schriftelijk informeren.

In de tussentijd functioneert het toezicht van de NZa, ambtshalve of op basis van formele klachten van zorgverzekeraars over het niet of onvoldoende tot stand komen van overeenkomsten met apothekhoudenden in verband met het voeren van preferentiebeleid.

#### *Motie Zijlstra c.s.*

Dan kom ik bij mijn reactie op de motie Zijlstra c.s. Zowel tijdens het algemeen overleg op 10 december 2008 als tijdens het VAO op 16 december 2008 heb ik aangegeven dat ik de strekking van een dergelijk verzoek sympathiek vind. Ik heb zeer serieus gekeken naar de mogelijkheden de motie ten uitvoer te brengen, omdat ik me ervan bewust ben dat het preferentiebeleid in zijn huidige vorm – met aanwijzing op basis van taxeprijzen en daaruit voortkomende lagere bruto-adviesprijzen in de openbare prijslijst – aanknopingspunten biedt voor doelmatig voorschrijven, richtlijnontwikkeling en het geneesmiddelenvergoedingssysteem. De strekking van de motie richt zich in wezen op het voorkomen van ‘meeprofitieren’. In mijn brief van 25 november 2008<sup>3</sup> en tijdens de overleggen op 10 en 16 december 2008 met uw Kamer ben ik hierop ingegaan; zorgverzekeraars die zelf geen preferentiebeleid voeren zouden ook profiteren van de opbrengsten van het preferentiebeleid die gerealiseerd worden door zorgverzekeraars die wél preferentiebeleid voeren. Daarbij leggen sommige zorgverzekeraars een relatie tussen ‘meeprofitieren’ en het risicovereveningssysteem. Ik heb toen aangegeven dat ik zou laten onderzoeken in hoeverre (wijziging van) het risicovereveningssysteem mogelijkheden biedt om de motie uit te voeren, zonder het systeem in de waagschaal te stellen door de introductie van beleidsaspecten. Daarmee ben ik aan de slag gegaan en helaas heb ik moeten constateren dat het instrument van de risicoverevening geen mogelijkheden biedt om aan uw wens tegemoet te komen. Ik zal dat toelichten.

#### *Mogelijkheden binnen het risicovereveningssysteem?*

De Zorgverzekeringswet (Zvw) legt de zorgverzekeraars behalve een acceptatieplicht ook het verbod op om premies te differentiëren naar verzekerdenkenmerken<sup>4</sup>. Zonder aanvullende mechanismen zijn zorgverzekeraars met een ongezonde populatie in het nadeel ten opzichte van zorgverzekeraars met een gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie haast wel gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Dit ondermijnt het gelijke speelveld waarop concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen. Risicoverevening is nodig om zorgverzekeraars te compenseren voor het feit dat zij in hun portefeuilles verzekerden met verschillende gezondheidsrisico's hebben.

In artikel 32 lid 2 Zvw is bepaald dat bij algemene maatregel van bestuur regels over de berekening van de vereveningsbijdrage worden gesteld. Een wettelijke bevoegdheid tot het stellen van regels mag uitsluitend worden gebruikt voor de doeleinden waarvoor die bevoegdheid is gegeven. Gebruik van een wettelijke bevoegdheid voor een ander doel ('détournement de pouvoir') is onrechtmatig. Dit betekent dat het binnen het kader van de Zvw niet mogelijk is zorgverzekeraars die preferentiebeleid voeren in een financieel gunstiger positie te brengen dan zorgverzekeraars die geen preferentiebeleid voeren, en zo een prikkel tot of

<sup>3</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 29 689, nr. 232

<sup>4</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 29 689, nr. 129

beloning voor het voeren van preferentiebeleid te introduceren.

In de memorie van toelichting op de Zvw en de verdere parlementaire behandeling is ook duidelijk tot uitdrukking gebracht wat het doel van het vereveningssysteem is. Kort samengevat is dat doel: te bereiken dat iedere burger voor de zorgverzekeraar een gelijk verzekeringsrisico vormt en daarmee bewuste of onbewuste selectie van gunstige risico's te ontmoedigen of te ondervangen. Tijdens de parlementaire behandeling van de Zvw is nooit aan de orde gekomen dat voor ogen heeft gestaan specifieke vormen van marktgedrag van zorgverzekeraars te stimuleren of een mogelijkheid daartoe te introduceren. Volstaan is met de introductie van een generiek stelsel van risicoverevening dat erop gericht is compensatie te bieden voor verschillen in verzekeringsrisico's. Onder deze omstandigheden is het risico zeer aanzienlijk dat introductie in het vereveningssysteem van een prikkel of beloning voor het voeren van preferentiebeleid moet worden aangemerkt als gebruik van de wettelijke bevoegdheid tot regelgeving voor een ander doel dan waarvoor die bevoegdheid gegeven is.

Ons kenmerk  
GMT/VDG 2914873

Verder zou het met terugwerkende kracht aanpassen van deze wet- en regelgeving alleen aan de orde kunnen zijn als het met instemming van alle betrokkenen (verzekeraars) plaatsvindt. Ik kan mij moeilijk voorstellen dat daarvan sprake zal zijn. Verzekeraars kunnen immers aanvoeren dat als zij vooraf geweten zouden hebben dat zij voor het voeren van preferentiebeleid een beloning/tegemoetkoming zouden ontvangen, zij mogelijk voor een andere koers hadden gekozen. Dit zou neerkomen op het achteraf aanpassen van de spelregels, wat in strijd zou zijn met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur.

Aanvullend wil ik hierbij opmerken dat de Europese Commissie de staatssteunaspecten van het risicovereveningssysteem heeft beoordeeld en van mening is dat de risicoverevening gerechtvaardigde staatssteun is. Twee elementen spelen daarbij een belangrijke rol: de vergoeding/vereveningsbijdrage bedraagt nooit meer dan de daadwerkelijk kosten en de vereveningsbijdrage vindt plaats op een volledig objectieve wijze die voor iedereen gelijk is en vooraf volledig juridisch is vastgelegd. Het gaat dus om een robuust systeem, dat door de Europese Commissie wordt geaccepteerd vanwege de objectiviteit en zuiverheid daarvan. Door subjectieve elementen toe te voegen aan het risicovereveningssysteem komen bovengenoemde voorwaarden onder druk te staan. Bij de "evenredigheidstoets" betreft de Commissie nadrukkelijk dat niet de verschillen in kosten van verzekeraars worden gecompenseerd, maar de risico's van verzekerden op basis van vereveningscriteria die samenhangen met de gezondheidstoestand. Door het risicovereveningssysteem zodanig aan te passen dat kostenvoordelen die niet voortvloeien uit verschillen in risico, op subjectieve wijze worden meegenomen wordt van dit belangrijke kenmerk van de risicoverevening afgeweken. Introductie van beleidsmatige elementen tast dus de objectiviteit van het risicovereveningssysteem aan en kan ertoe leiden dat de Europese Commissie het systeem gaat aanzien als *ongerechtvaardigde* steunverlening, zeker als er alternatieven zijn. Dat wil ik voorkomen.

Om bovengenoemde reden van nationale en Europeesrechtelijke aard acht ik de introductie van subjectieve (beleids)elementen in het risicovereveningssysteem niet haalbaar.

### *Afschaffing van de macro-nacalculatie een optie?*

Ons kenmerk  
GMT/VDG 2914873

De Zorgverzekeringswet gaat uit van een ex-ante risicovereveningssysteem, waarbij vooraf een zo goed mogelijke compensatie plaatsvindt voor te verwachten verschillen in zorgkosten per verzekerde. Niettemin is het in sommige gevallen ook noodzakelijk om achteraf (een deel van) de werkelijk gemaakte kosten in het compensatiebedrag mee te nemen. Het ex-ante risicovereveningssysteem kent daarom ook ex-post compensatiemechanismen.

De inzet van ex-post compensaties op de kosten van farmaceutische hulp is beperkt. Er is op deze kosten namelijk geen sprake van nacalculatie of een bandbreedteregeling. Alleen macro-nacalculatie is relevant voor de kosten van farmaceutische hulp. Sommige verzekeraars hebben mij gesuggereerd de macro-nacalculatie achterwege te laten en daarmee uitvoering te geven aan de motie. Ik heb onderzocht of dat een afdoende oplossing biedt voor het vraagstuk dat in de motie wordt geadresseerd.

Daarbij speelt de manier waarop zorgverzekeraars de preferente middelen aanwijzen ook een rol. In mijn brief van 25 november 2008<sup>5</sup> heb ik aangegeven dat het 'meeprofitieren' naar mijn mening niet ontstaat door de risicoverevening, maar door de manier waarop de zorgverzekeraars preferente geneesmiddelen aanwijzen. Tot nu toe gebeurde dit door het aanwijzen van de middelen van de fabrikanten met de laagste adviesprijs in de zogenaamde Taxe(-lijst). Deze adviesprijzen gelden echter ook voor andere verzekeraars. De andere verzekeraars profiteren dus in hun tariefafspraken met apothekers mee als een verzekeraar (of meerdere verzekeraars) fabrikanten er toe bewegen hun adviesprijs in de Taxe te verlagen. Dat betekent dat door deze manier van aanwijzen van preferente middelen ook zorgverzekeraars die geen preferentiebeleid voeren kostenvoordeel hebben. Er is dan ook geen individueel voordeel per zorgverzekeraar die op een dergelijke manier preferentiebeleid voert.

Onderstaande tabellen beschrijven de situaties ex-ante en ex-post met en zonder preferentiebeleid en macro-nacalculatie.

Tabel I beschrijft een situatie met twee verzekeraars van gelijke omvang en met gelijk risicoprofiel (X en Y). Bij beide verzekeraars zijn ex-ante verwachte kosten en vereveningsbijdragen in evenwicht.

I Ex-ante situatie							
	markt-	perc.		ex-ante	ex-ante		
	aandeel	risico		kosten	bijdragen	resultaat	
X	50%	100%		50	50	0	
Y	50%	100%		50	50	0	
	100%	100%		100	100	0	

In tabel II is beschreven de ex-post situatie als in de loop van het jaar verzekeraar X door zijn inkoopbeleid en verzekeraar Y meeliftend beide een kostenvoordeel van 10 behalen. In het geval er macro-nacalculatie wordt toegepast dalen de bijdragen van X en Y en behalen beide verzekeraars geen individueel voordeel.

<sup>5</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 29 689, nr. 232

II Ex-post situatie met preferentiebeleid en met macro-nacalculatie = huidige situatie							Ons kenmerk GMT/VDG 2914873
	markt- aandeel	perc. risico		ex-post kosten	ex-post bijdragen	resultaat	
X	50%	100%		40	40	0	
Y	50%	100%		40	40	0	
	100%	100%		80	80	0	

Sommige zorgverzekeraars geven aan dat de macro-nacalculatie achterwege zou moeten blijven, zodat zij het voordeel kunnen doorgeven aan hun verzekerden via de premies. Tabel III beschrijft deze situatie. Bij beide verzekeraars zijn ex-ante kosten en bijdrage in evenwicht (zoals in tabel I). In tabel III is beschreven de ex-post situatie als in de loop van het jaar verzekeraar X door zijn inkoopbeleid en verzekeraar Y daarop meeliftend een kostenvoordeel van 10 behalen.

In het geval dat er geen macro-nacalculatie wordt toegepast dalen de bijdragen van X en Y niet en behalen beide verzekeraars een voordeel, maar niet ten opzichte van elkaar (geen individueel voordeel). Deze voordelen kunnen door X en Y gebruikt worden om de nominale premie te verlagen.

III Ex-post situatie met preferentiebeleid en zonder macro-nacalculatie							
	markt- aandeel	perc. risico		ex-post kosten	ex-post bijdragen	resultaat	
X	50%	100%		40	50	+10	
Y	50%	100%		40	50	+10	
	100%	100%		80	100	+20	

Het verschil tussen II en III is dat in situatie II door de lagere kosten en de macro-nacalculatie de bijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds aan X en Y lager zijn. Dit betekent een voordeel voor het Zorgverzekeringsfonds. Dit voordeel leidt tot een lagere procentuele en een lagere nominale (reken)premie het jaar erop. De lagere kosten worden daarmee – buiten de verzekeraars om - doorvertaald naar alle verzekerden.

Als laatste de situatie waarin zorgverzekeraars de preferente middelen op een andere manier dan via de Taxe aanwijzen. Op die manier zouden zij in staat moeten zijn individueel voordeel te behalen. In tabel IV is beschreven de ex-post situatie als in de loop van het jaar verzekeraar X door zijn inkoopbeleid een individueel kostenvoordeel van 10 behaalt ten opzichte van andere verzekeraars. Zoals aangegeven dalen door de macro-nacalculatie de bijdragen aan de verzekeraars X en Y van ex-ante 50 naar ex-post 45. Hierdoor is het uiteindelijke voordeel van verzekeraar X niet 10 maar 5. Maar ook voor verzekeraar Y (de verzekeraar zonder inkoopvoordeel) daalt de bijdrage met 5. Door deze macro-nacalculatie wordt het nominale voordeel voor een individuele verzekeraar weliswaar minder, maar door de macro-nacalculatie ontvangen andere verzekeraars ook een lagere bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds. Hierdoor blijft het relatieve verschil tussen verzekeraar X en Y 10.

IV Ex-post situatie met individuele inkoopvoordelen en met macro-nacalculatie							Ons kenmerk GMT/VDG 2914873
	markt- aandeel	perc. risico		ex-post kosten	ex-post bijdragen	resultaat	
X	50%	100%		40	45	+5	
Y	50%	100%		50	45	-5	
	100%	100%		90	90	0	

De hierboven geïllustreerde ex-post situaties geven in hoofdlijnen aan welke mogelijkheden de risicoverevening in zich herbergt. De voorbeelden geven aan dat de risicoverevening relatieve kostenvoordelen ook bij macro-nacalculatie in het algemeen nagenoeg in tact laat. De voorbeelden geven ook aan dat het niet mogelijk is om binnen de risicoverevening een onderscheid te maken naar verzekeraars met en zonder preferentiebeleid, omdat met de huidige manier van aanwijzen van preferente middelen via de Taxe alle verzekeraars kostenvoordelen behalen.

Als een verzekeraar op een andere manier preferente middelen aanwijst, dan kan deze verzekeraar wel een individueel voordeel behalen. Hij realiseert dan een kostenvoordeel ten opzichte van andere concurrerende zorgverzekeraars. Binnen de risicoverevening behoudt een verzekeraar – ook na macro-nacalculatie - dit relatieve voordeel. Dit kan nu al binnen de huidige wet- en regelgeving. Het zou bijvoorbeeld kunnen via onderhandeling en door aanbesteding. Zo heb ik inmiddels begrepen dat zorgverzekeraar UVIT op 18 maart 2009 leveranciers heeft geïnformeerd over preferentiebeleid van UVIT voor de periode tussen 1 juni 2009 en 1 juli 2010, waarbij de Taxe slechts zijdelings van belang is bij het aanwijzen van de preferente middelen.

#### *Vergoeding buiten het risicovereveningssysteem?*

Ik heb eveneens gekeken of er een mogelijkheid bestaat de motie uit te voeren buiten het risicovereveningssysteem. Er zou dan bijvoorbeeld vooraf een bedrag aan preferentievoordeel worden bepaald dat niet in de risicoverevening wordt betrokken, maar vooraf naar rato verdeeld wordt over preferentievoerende verzekeraars. Daarbij loop ik echter tegen een ander nationaal rechterlijk bezwaar aan, namelijk dat een dergelijke vergoedingswijze geen basis heeft in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw kent een limitatieve opsomming van de uitgaven die ten laste van het Zorgverzekeringsfonds kunnen worden gebracht. Uitkeringen uit het Zorgverzekeringsfonds buiten het wettelijk geregelde kader zijn onrechtmatig.

Verder is deze optie Europeesrechtelijk niet uitvoerbaar zonder voorafgaande goedkeuring van de Europese Commissie. In feite wordt een nieuw soort verdelingssysteem opgezet, dat in materieel opzicht veel lijkt op de vereveningsbijdrage. De Europese Commissie heeft bij de beoordeling<sup>6</sup> van het risicovereveningssysteem van essentieel belang geacht dat de compensatie die aan zorgverzekeraars wordt geboden, evenredig is aan de kosten van de diensten die zorgverzekeraars leveren en dat de betalingen aan verzekeraars strikt beperkt blijven tot het compenseren van gemaakte meerkosten en het verschil in risicoprofielen. Een dergelijk verband tussen uitkering en kosten resp. risicoprofiel ontbreekt in de hierboven geschetste optie. Onder die omstandigheden valt in de

<sup>6</sup> Beschikking Europese Commissie van 3 mei 2005, onder 4.2.1.



beschikking van de Europese Commissie geen enkel aanknopingspunt te vinden voor legitimatie van een verdelingssysteem zoals voorgesteld. Veeleer is het tegendeel het geval en zal er sprake zijn van ongerechtvaardigde staatssteun.

Ons kenmerk  
GMT/VDG 2914873

#### *Vergoeding onkosten*

Door bepaalde verzekeraars is gesuggereerd dat zij, vanwege het ontbreken van zorgkostenvoordelen die alleen bij de verzekeraars die een preferentiebeleid voeren terecht komen, via de risicoverevening een vergoeding voor de gemaakte *onkosten* zouden moeten ontvangen. Het risicovereveningssysteem biedt hier echter geen soelaas. De risicoverevening richt zich sec op de kosten van zorg en niet op de uitvoeringskosten die in het kader van inkoop van deze zorg worden gemaakt. Deze kosten dienen verzekeraars uit de nominale premie te financieren.

#### *Conclusie*

Op basis van bovenstaande bevindingen kan ik niet anders dan tot de volgende conclusie komen. Binnen het kader van de Zvw is het niet mogelijk zorgverzekeraars die preferentiebeleid voeren in een financieel gunstiger positie te brengen dan zorgverzekeraars die geen preferentiebeleid voeren, en zo een prikkel tot of beloning voor het voeren van preferentiebeleid te introduceren. Introductie van beleidsaspecten zet de acceptatie van het risicovereveningssysteem door de Europese Commissie onder druk. Het risicovereveningssysteem is een stabiel en robuust systeem, dat vanwege zijn objectiviteit en zuiverheid door de Europese Commissie slechts wordt geaccepteerd voor een specifiek doel: het compenseren van zorgverzekeraars voor het feit dat zij in hun portefeuilles verzekerden met verschillende gezondheidsrisico's hebben. De risico's en consequenties van een dergelijke aanpassing zijn te verstrekkend.

Het risicovereveningssysteem biedt derhalve geen mogelijkheden om ervoor te zorgen dat alleen zorgverzekeraars die preferentiebeleid voeren daadwerkelijk van de opbrengst daarvan profiteren. Dit betekent dat ik uw motie - ondanks het aansprekende karakter ervan - niet kan uitvoeren.

Een zorgverzekeraar heeft echter wel de mogelijkheid om, door het toepassen van een andere manier van aanwijzen van preferentiemiddelen, relatief voordeel te behalen en behouden ten opzichte van andere zorgverzekeraars.

Tot slot wil ik wil ik opmerken dat ik het zeer op prijs stel dat uw Kamer zo actief meedenkt met de ontwikkelingen op het terrein van de farmacie. Zoals u weet zijn wij op weg naar een meer efficiënte geneesmiddelenvoorziening, waarin de toegevoegde waarde voor de patiënt en verzekerde centraal staat. De veranderingen zijn gericht op het bereiken van een zo goed mogelijke prijs-kwaliteitverhouding van de farmaceutische zorg in Nederland. Daarbij zullen we, ook in de toekomst, de nodige dynamiek tegenkomen.

Ik spreek daarom de hoop uit dat wij ook de komende tijd in overleg blijven over hoe we samen ons einddoel kunnen bereiken: het kunnen garanderen van kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke geneesmiddelenvoorziening in Nederland.

**Ons kenmerk**  
GMT/VDG 2914873

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink