

Vergaderjaar 2007–2008

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 58

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 juli 2008

Hierbij voldoe ik aan uw verzoek van 2 juni 2008 (08-VWS-B-038) om een «stand-van-zaken brief» over het preferentiebeleid in de geneesmiddelenvoorziening vóór het zomerreces.

Preferentiebeleid

De sturingsfilosofie achter de Zorgverzekeringswet komt bij de aanspraak op farmaceutische zorg onder meer tot uitdrukking in de mogelijkheid om zogenaamd preferentiebeleid te voeren. Op grond van het Besluit Zorgverzekering zijn zorgverzekeraars verplicht om de geneesmiddelen aan te wijzen waarop hun verzekerden aanspraak hebben¹. Daarbij moeten zij kiezen uit door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangewezen geneesmiddelen. Zij moeten voorts van elke werkzame stof die voorkomt in de door de minister van VWS aangewezen geneesmiddelen, ten minste één geneesmiddel aanwijzen met die werkzame stof. Het preferentiebeleid richt zich op verschillende versies van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof die uitsluitend op een daartoe uitgeschreven recept mogen worden afgeleverd door een apotheekhoudende (apotheker of apotheekhoudende huisarts). Feitelijk wordt de aanspraak van de verzekerden per zorgverzekeraars nader gespecificeerd tot (een) specifieke variant(en) van een geneesmiddel met eenzelfde werkzame stof.

Bij de keuze van preferente geneesmiddelen laten zorgverzekeraars zich leiden door de laagste bruto-apotheekinkooprijzen zoals die worden opgegeven door fabrikanten aan de G-Standaard (Taxe) van Z-Index B.V. (een onderdeel van de KNMP).

Indien een arts echter van mening is dat behandeling met een als preferent aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is (en dat aangeeft met de letters MN van medische noodzaak op het recept) dan

¹ Daar waar onder het regiem van de Ziekenfondswet ziekenfondsen verplicht waren alle door de minister van VWS aangewezen geneesmiddelen te vergoeden is dat nu niet meer het geval en omvat de aanspraak op farmaceutische zorg: «terhandstelling van de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar» (artikel 2.8, eerste lid, onder a van het Besluit zorgverzekering). Artikel 2.8, derde lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt: «De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen tenminste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is».

heeft de betrokken verzekerde gewoon aanspraak op het voorgeschreven niet-preferente geneesmiddel. De verzekerde heeft dan ook recht op vergoeding daarvan. Kortom de keuzevrijheid van de arts staat buiten kijf en wordt niet beïnvloed door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars.

Sinds een aantal jaren voert een deel van de zorgverzekeraars (meer dan 70% van de markt) een gezamenlijk preferentiebeleid voor drie groepen van geneesmiddelen. Met ingang van 1 juli 2008 is een aantal zorgverzekeraars daarnaast gestart met individueel preferentiebeleid. Individueel in de zin dat zij verschillende (aantallen) geneesmiddelen aanwijzen en verschillende preferente perioden hanteren. Met het preferentiebeleid beogen zorgverzekeraars, per werkzame stof, slechts de geneesmiddelen met de laagste bruto-apotheek-inkooprijzen op te nemen in de verzekeringsaanspraak van hun verzekerden. Niet-preferente geneesmiddelen worden niet vergoed. Hierdoor heeft de leverancier van een als preferent aangewezen geneesmiddel, gedurende de preferente periode, feitelijk een afzetgarantie, er van uitgaande dat de voorschrijvers de desbetreffende geneesmiddelen voorschrijven en de apothekers deze afleveren. Door na afloop van de preferente periode het proces te herhalen, kan er een zekere mate van dynamiek in de prijsvorming van de bruto-apotheekinkooprijzen ontstaan.

Bij de selectie van preferente geneesmiddelen hanteren zorgverzekeraars zowel voor het collectieve als het individuele preferentiebeleid de hierboven al gememoreerde laagste prijs zoals door de leveranciers opgegeven aan de G-Standaard van juni 2008. Als ingangsdatum van het individuele preferentiebeleid hanteren alle betrokken zorgverzekeraars 1 juli 2008.

Met name de methodiek van aanwijzing is onderwerp van juridische procedures geweest, en is dat nog steeds. Zeer recent heeft een kort geding gediend dat BG Pharma (de koepelorganisatie van volledig gesorteerde farmaceutische groothandels) en een aantal ketenapotheken tegen de betrokken zorgverzekeraars heeft aangespannen. Kern van de bezwaren is dat bij het selecteren van de preferente geneesmiddelen wordt uitgegaan van de landelijk geldende laagste apotheekinkooprijzen die in de G-Standaard zijn opgenomen. Zorgverzekeraars hadden een andere maatstaf moeten kiezen opdat de prijs uitsluitend zou gelden voor de verzekerden van de betrokken zorgverzekeraars en niet voor de rest van de markt. Het zou hier gaan om verboden afgestemd gedrag.

Voorts speelt bij de bezwaren tegen het preferentiebeleid een rol dat zorgverzekeraars door het voeren van (gezamenlijk) preferentiebeleid geen concurrentievoordeel ten opzichte van elkaar kunnen behalen. De met het preferentiebeleid afgedwongen verlagingen van de bruto-apotheekinkooprijzen gelden immers niet alleen voor alle zorgverzekeraars die preferentiebeleid voeren maar ook voor zorgverzekeraars die dat niet doen.

Daarnaast leidt een dergelijk preferentiebeleid tot uitsluiting van vergoeding (en verlies aan marktaandeel) van de geneesmiddelen van fabrikanten die hun prijzen onvoldoende hebben verlaagd. De door die fabrikanten opgegeven lagere prijzen gelden wel voor de rest van de markt, waardoor het preferentiebeleid feitelijk een landelijke werking heeft. Zij kunnen feitelijk geen hogere prijzen hanteren (of uitonderhandelen) met individuele zorgverzekeraars die geen preferentiebeleid hanteren of die bij de selectie van preferente middelen niet uit zouden gaan van de bruto-apotheekinkooprijzen zoals zij die opgeven. Op 27 juni 2008 heeft de kort geding rechter de eisen van BgPharma en de ketenapotheken afgewezen.

Volledigheidshalve merk ik op dat de apotheekinkooprijzen, zoals opgenomen in de G-Standaard, bruto-adviesrijzen zijn van geneesmiddelenleveranciers en dat in beginsel lagere netto-prijzen kunnen worden uitonderhandeld dan die bruto-adviesrijzen, voor zover die bruto-prijzen uiteraard niet op een dermate laag niveau liggen dat er geen ruimte meer is om inkoopvoordelen te verstrekken.

Stand van zaken preferentiebeleid zorgverzekeraars

Met ingang van 1 juli 2008 is een aantal zorgverzekeraars gestart met individueel preferentiebeleid, naast het reeds langer bestaande gezamenlijke preferentiebeleid. De prijsverlagingen die per 1 juni, de peildatum voor het individuele preferentiebeleid, zijn doorgevoerd zijn substantieel. Verlaging van de bruto-prijzen verkleint de ruimte voor inkoopvoordelen (kortingen en bonussen) en vermindert daarmee de margeconcurrentie in de sector en draagt zodoende bij aan meer normale marktverhoudingen. Het tegengaan van margeconcurrentie is, naast uiteraard lagere prijzen voor de «consument», ook altijd één van mijn doelstellingen geweest.

Het individuele preferentiebeleid is pas per 1 juli 2008 echt in werking getreden, maar ik denk dat nu al geconstateerd kan worden dat de effecten die voortvloeien uit dit beleid tot grote veranderingen in de hele farmaceutische sector kunnen leiden; van fabrikant tot groothandel en apotheekhoudende. De signalen die de NZa, mij en ook uw Kamer hebben bereikt geven dit wel aan. Zoals ik ook al in mijn brief van 15 januari 2008 heb aangegeven kent Nederland een hoogwaardig voorzieningenniveau op het gebied van de farmaceutische zorg en distributie van geneesmiddelen. Niemand is erbij gebaat dit af te breken. Er zijn echter ook andere distributiewijzen denkbaar dan de huidige. In beginsel zullen onderhandelingen over kwaliteit, doelmatigheid en bereikbaarheid van geneesmiddelen moeten uitmaken welke distributiewijzen levensvatbaar zijn en hoe de financiering daarvan plaatsvindt. Dit onder de uitdrukkelijke voorwaarde dat geneesmiddelen op een toereikende manier beschikbaar zijn en blijven.

De NZa zal vanuit haar wettelijke taak de ontwikkelingen monitoren en heeft partijen bij brief van 25 juni 2008 op hun zorgplicht en verantwoordelijkheden gewezen (zie bijlage)¹. De zorgplicht van zorgverzekeraars strekt zich uit tot (de organisatie) van de geneesmiddelenvoorziening, waaronder de distributie van geneesmiddelen. Het gaat er immers niet alleen om dat geneesmiddelen niet nodeloos duur zijn, zij moeten ook beschikbaar zijn.

Contact met de NZa heeft uitgewezen dat de NZa bij het bezien of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen ook de toegankelijkheid van (preferente) geneesmiddelen bij de apotheekhoudenden zal betrekken. Daarnaast neemt de NZa een en ander mee in de Monitor farmacie en zal zij zo nodig passende maatregelen nemen ter correctie indien er ernstige problemen ontstaan in de beschikbaarheid of toegankelijkheid van geneesmiddelen voor de verzekerden. Zorgverzekeraars hebben mij aangegeven zich terdege bewust te zijn van hun zorgplicht. In dit verband hebben zij garanties geëist en ontvangen van de leveranciers van preferente geneesmiddelen met betrekking tot de beschikbaarheid en levering.

Ook ik zal de veranderingen de komende tijd zeer goed blijven volgen omdat ik niet wil dat de patiënt nadelige consequenties ondervindt van die veranderingen in termen van beschikbaarheid van noodzakelijke geneesmiddelen. De patiënt moet er op kunnen blijven rekenen dat hij/zij tijdig het voor hem/haar meest geschikte geneesmiddel blijft ontvangen.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Tot mijn genoegen heeft de NPCF onlangs een meldpunt ingericht waar patiënten hun ervaringen kunnen melden. Ik zal, evenals de NZa, nauw contact houden met de NPCF.

De consequenties voor de apothekhoudenden zal ik uiteraard nauwlettend in de gaten blijven houden. Berichten dat 40% van de apothekers in acute financiële problemen komen zijn tot nu toe echter niet reëel onderbouwd. In individuele gevallen kunnen apothekhoudenden een beroep doen op financiële bijstand via zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal in dit geval de zorgverzekeraars aanspreken op hun zorgplicht. In bijzondere gevallen heeft de NZa de mogelijkheid haar discretionaire bevoegdheden in te zetten.

Apothekhoudenden hebben zich tot nu toe niet massaal gemeld bij hun contractspartij, de zorgverzekeraars, of bij de NZa met concrete en onderbouwde verzoeken om financiële ondersteuning. Ook de cijfers die zijn verzameld door de Werkgroep monitoring van het Transitieakkoord (Werkgroep monitoring) geven voorsnog geen aanleiding om te veronderstellen dat in 2008 te weinig kortingen en bonussen in de markt resteren om, zoals afgesproken in het Transitieakkoord, het deel van de kosten te financieren dat niet wordt gedekt door het receptregeltarief.

Hierbij moet worden bedacht dat de effecten van het individuele preferentiebeleid zich vanaf de per 1 juni 2008 doorgevoerde prijsverlagingen zullen voordoen en niet over het hele jaar 2008. Daarnaast is nog onduidelijk wat het daadwerkelijke effect van de door het preferentiebeleid afgedwongen prijsverlagingen op de inkoopvoordelen zal zijn. Hierbij zullen onder meer van invloed zijn de mate waarin preferente middelen ook daadwerkelijk worden voorgeschreven en afgeleverd en eventuele prijsverhogingen en verlagingen na 1 juli 2008.

Ik zal de bevindingen van de Werkgroep monitoring ter beoordeling voorleggen aan de NZa en de NZa daarnaast verzoeken de invloed van de feitelijke marktontwikkelingen op de inkoopvoordelen te bezien.

Volledigheidshalve merk ik op dat de KNMP een eenzijdig tariefverzoek heeft ingediend bij de NZa om de receptregelvergoeding ten algemene te verhogen. De NZa heeft hierop nog niet beslist. Naar aanleiding van de uitdrukkelijke wens van de Tweede Kamer onderzoekt de NZa thans de praktijkkosten en de inkoopvoordelen van apothekhoudenden.

Op 1 juli 2008 heeft de behandeling plaatsgevonden bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven van het verzoek van de KNMP om een voorlopige voorziening tegen de tariefbeschikkingen van de NZa waarmee de hoogte van de (gemiddelde) receptregelvergoeding per 1 juli 2008 is vastgesteld op € 6,10.

Afgezien van het feit dat daarmee juridische procedures en tariefaanvragen zouden worden doorkruist, zijn er voorsnog geen feiten die een algehele verhoging van dereceptregelvergoeding rechtvaardigen. Indien de onderzoeken die de NZa thans uitvoert daartoe aanleiding zouden geven, zou een verhoging van de gemiddelde receptregelvergoeding, – zonodig met verrekening voor de achterliggende periode – kunnen worden overwogen. In de tussenliggende maanden kunnen individuele apothekhoudenden zich (al dan niet samen met «hun» zorgverzekeraars) tot de NZa wenden voor een eventuele individuele financiële voorziening, zoals die bijvoorbeeld ook is toegepast bij orthodontisten.

Overigens zou een algehele verhoging van de receptregelvergoeding van overheidswege ook niet sporen met de omstandigheden in de

geneesmiddelenvoorziening die ik nastreef. Daarin past juist het loslaten van het tot nu toe centraal geregelde receptregeltarief en een overgang naar de decentrale afspraken tussen zorgverzekeraars en apotheekhoudenden. Zolang het zo ver nog niet is gefungeert het gemiddeld op € 6,10 uitkomende modulaire tarief als een soort vangnet voor apotheekhoudenden (naast de resterende inkomsten uit kortingen en bonussen). Zij kunnen in aanvulling daarop afspraken maken met zorgverzekeraars. Het is mijn bedoeling om dit vangnet met ingang van 01-01-2010 weg te halen. De huidige ontwikkelingen maken het noodzakelijk dat apotheekhoudenden mede vanuit hun in de WGBO verankerde zorgverlenerschap en zorgverzekeraars vanuit de verantwoordelijkheidsverdeling in de Zorgverzekeringswet (overeenkomstig mijn beleidsvoornemens en de nieuwe modulaire tariefstructuur) met elkaar in gesprek komen over de toegevoegde waarde van de diensten die apotheekhoudenden leveren en de beloning daarvan. Ik vind het van groot belang dat dit proces nu in gang wordt gezet. Daartoe moeten zowel zorgverzekeraars als apotheekhoudenden stappen zetten.

Preferentiebeleid en Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009

De ontwikkelingen rond het preferentiebeleid zijn voor de Bogin aanleiding geweest om het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009 op te zeggen. Zoals ik al eerder heb aangegeven in antwoord op Kamervragen vind ik het jammer dat de Bogin het Transitieakkoord heeft opgezegd. De Bogin, een van de drijvende krachten achter het Transitieakkoord en de omslag naar een meer marktconforme ordening van de geneesmiddelensector, is steeds een gewaardeerde partner geweest. De redenen voor het opzeggen door de Bogin liggen vooral in de vormgeving van het preferentiebeleid dat een aantal zorgverzekeraars met ingang van 1 juli 2008 voert en de door de Bogin verwachte effecten daarvan. Aan de andere kant ben ik verheugd dat individuele zorgverzekeraars hun rol en verantwoordelijkheden hebben opgepakt. Hierdoor gaan de ontwikkelingen in de geneesmiddelensector deels sneller dan de partijen bij het Transitieakkoord bij de ondertekening daarvan hebben voorzien.

Door het opzeggen is het Transitieakkoord overigens niet beëindigd. De Bogin heeft aangegeven dat hij de lijn van mijn langetermijnbeleid in de farmaceutische zorg ondersteunt en dat hij aan de nadere concretisering en uitwerking blijft meewerken. De gevolgen voor de uitvoering van het Transitieakkoord zijn daarom beperkt. Financieel heeft het opzeggen van de Bogin vooralsnog geen gevolgen. Ik sluit niet uit dat er de komende tijd in het transitieakkoord – op beperkte schaal prijsverhogingen zullen worden doorgevoerd door leden van de Bogin.

De gevolgen daarvan zullen overigens naar verwachting meer dan gecompenseerd worden door (ook door Bogin-leden) doorgevoerde prijsverlagingen in reactie op het individuele preferentiebeleid van zorgverzekeraars. De financiële taakstelling voor het jaar 2008, zoals opgenomen in het Transitieakkoord, zal volgens de inzichten die ik op dit moment heb worden gehaald of zelfs in positieve zin worden overschreden. De premiebetaler zou daar van kunnen profiteren.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink