

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 570

Vragen van het lid **Bouwmeester** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de gevolgen van het preferentiebeleid medicatie* (ingezonden 24 oktober 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 16 november 2012)

#### Vraag 1

Heeft u kennis genomen van de TV-uitzending over het preferentiebeleid geneesmiddelen?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Ja, ik heb kennis genomen van de TV-uitzending.

#### Vraag 2

Deelt u de mening dat het preferentiebeleid aanwijsbare voordelen heeft voor de consument/patiënt? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke? Kunt u aangeven tot welke besparingen het preferentiebeleid heeft geleid in de afgelopen jaren, en hoeveel dat omgerekend betekent voor de premie ziektekostenverzekering per persoon per jaar?

#### Antwoord 2

Ja, het preferentiebeleid heeft aanwijsbare voordelen voor de consument/patiënt. De lagere prijzen hebben geleid tot substantieel lagere zorgpremies. Daarnaast belasten niet alle zorgverzekeraars het eigen risico van de patiënt met de uitgaven voor preferente geneesmiddelen, waardoor de betreffende verzekerden een direct voordeel hebben. Door de aangepaste duur van de preferente periode (tot 2 jaar) hoeven patiënten in beginsel tegenwoordig minder van geneesmiddel te wisselen. Tot welke besparingen het preferentiebeleid precies heeft geleid is lastig aan te geven omdat de (bruto-)prijzen voor geneesmiddelen ook door andere beleidsmaatregelen worden beïnvloed. Volgens Zorgverzekeraars Nederland (met als bron Informatiecentrum Vektis) hebben de zorgverzekeraars door het toepassen van preferentiebeleid voor geneesmiddelen in de periode van 2008 tot en met 2010 de maatschappij € 1,115 miljard bespaard. De opbrengst van het preferentiebeleid loopt op. Enerzijds omdat er in de loop der jaren meer geneesmiddelen onder het preferentiebeleid zijn gebracht en

<sup>1</sup> Tros Radar, 22 oktober 2012

anderzijds omdat de afzet van die geneesmiddelen (het volume) is toegenomen, nam ook het effect van het preferentiebeleid toe. Vektis verwacht dat de totale besparing van het preferentiebeleid oploopt tot jaarlijks € 600 miljoen vanaf 2012. Uitgaande van 7 miljoen huishoudens zou dit een € 85,- minder hoge zorgpremie betekenen per huishouden, voor zover de lagere kosten niet zijn aangewend om het eigen risico van de gebruikers van preferente geneesmiddelen te ontlasten. Per persoon komt dit neer op een bedrag van circa € 35,- per jaar.

#### Vraag 3

Bent u van mening dat het preferentiebeleid leidt tot «grote risico's voor de volksgezondheid», zoals in de uitzending wordt gesuggereerd? Zo ja, welke?

#### Antwoord 3

Omdat het preferentiebeleid slechts is toegestaan voor geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, ligt het niet voor de hand dat het preferentiebeleid leidt tot grote risico's voor de volksgezondheid. De patiënt krijgt immers altijd een geneesmiddel met de werkzame stof die is voorgeschreven. Daarnaast geldt dat als de behandelend arts van oordeel is dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is, dat dan ook een door hem voorgeschreven, niet preferent geneesmiddel met dezelfde werkzame stof wordt vergoed.

#### Vraag 4

Bent u van mening dat het preferentiebeleid betekent dat «patiënten worden gekleineerd door verzekeraars», zoals in de uitzending wordt aangegeven? Vindt u de manier waarop patiënten nu worden geïnformeerd over medicatie door de apotheker en zorgverzekeraar patiëntvriendelijk? Zo nee, hoe kan dit beter?

Waar kan een patiënt met klachten over een medicatie en bijwerkingen momenteel terecht? Wilt u tevens aangeven hoeveel officiële klachten er zijn binnengekomen, en hoeveel hiervan gegrond zijn verklaard?

#### Antwoord 4, 5 en 6

De verzekeraar heeft de taak om de beste zorg te leveren tegen de scherpste prijs. Het preferentiebeleid is een middel daartoe en in het belang van een betaalbare zorg van goede kwaliteit. Er zijn specifieke toezichthouders zijn ingesteld die toezicht houden op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door zorgverzekeraars en waar patiënten met hun klachten terecht kunnen, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Met klachten over medicatie en bijwerkingen kunnen patiënten terecht bij hun behandelend arts en bij hun apotheekhoudenden. Daarnaast kunnen meldingen over bijwerkingen worden gedaan bij de Stichting Lareb door artsen, apotheekhoudenden en sinds enige tijd ook door geneesmiddelengebruikers via internet op [www.meldpuntbijwerkingen.nl](http://www.meldpuntbijwerkingen.nl). In 2011 zijn er 11 420 meldingen over bijwerkingen (inclusief meldingen over vaccins) binnengekomen bij Lareb. Dit betreffen dus geen klachten over het preferentiebeleid maar over bijwerkingen van geneesmiddelen.

Van de 1 188 klachten over verzekerde prestaties die in 2011 bij de SKGZ zijn ingediend hadden 70 klachten betrekking op geneesmiddelen. Van de 271 geschillen over de verzekerden prestaties in 2011 gingen 17 geschillen over geneesmiddelen (zie het Jaarverslag 2011 van de SKGZ). In totaal zijn er in 2011 60 geschillen gegrond verklaard.

#### Vraag 7

Bent u van mening dat de verzekeraar bepaalt welk geneesmiddel een patiënt krijgt, of deelt u de mening dat de arts bepaalt welk geneesmiddel iemand krijgt, en de verzekeraar er via het preferentiebeleid alleen voor zorgt dat het goedkoopste middel uit een groep van exact dezelfde geneesmiddelen wordt gegeven?

#### Antwoord 7

Ik deel de mening dat de behandelende arts vanuit zijn verantwoordelijkheid bepaalt welk geneesmiddelen iemand nodig heeft en krijgt. De zorgverzekeraar kan de aanspraak op het geneesmiddel en dus de vergoeding daarvan,

per werkzame stof, nader preciseren tot een aangewezen preferent geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. Als behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is dan heeft de verzekerde ook aanspraak, als de arts dit noodzakelijk vindt, op een niet preferent geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

#### Vraag 8

Bent u van mening dat het vertellen dat bijvoorbeeld Atorvastatine en Lipitor precies dezelfde stoffen bevatten, maar dat gekozen wordt voor het goedkoopste middel om kosten in de zorg te besparen, dermate ingewikkeld is dat een apotheker daar een zware extra taak aan heeft?

#### Antwoord 8

De apotheker zal in dialoog met de patiënt moeten toelichten dat dit een maatregel is waarbij deze medicijnen dezelfde werkzame stoffen bevatten, maar in het kader van de kostenbeheersing mensen een ander middel naar huis kunnen krijgen. Dit kan enige tijd vergen. Nu het preferentiebeleid al meer dan 5 jaar wordt gevoerd, is het merendeel van de patiënten inmiddels hiervan op de hoogte en hoeft het steeds minder te worden uitgelegd. Temeer omdat er veel chronische gebruikers zijn die niet elke keer opnieuw uitleg nodig hebben.

#### Vraag 9

Welke alternatieven zijn er voor het preferentiebeleid, waarbij eenzelfde besparing wordt bereikt?

#### Antwoord 9

Zoals in antwoord 2 al is aangegeven zijn de opbrengsten van beleidsmaatregelen die tegelijkertijd van kracht zijn, lastig te onderscheiden. Daarbij komt dat beleidsmaatregelen elkaar kunnen versterken of verzwakken en dat deze afhankelijk zijn van moeilijk in te schatten gedragseffecten. Wel kunnen we constateren dat het preferentiebeleid een ongekend bedrag heeft bespaard op de farmaceutische zorg zonder de kwaliteit aan te tasten. Ik kan geen andere maatregel bedenken met dezelfde financiële opbrengsten, met behoud van de kwaliteit en toegankelijkheid.

#### Vraag 10

Welke andere mogelijkheden zijn er om te besparen op de kosten van geneesmiddelen, zonder dat er sprake is van een verschuiving van de kosten naar de patiënten /consumenten?

#### Antwoord 10

Mogelijkheden om te besparen vallen globaal uiteen in maatregelen, afspraken en beleid die zijn gericht op:

- De prijsvorming
- Het doelmatig voorschrijven
- Therapietrouw van de patiënt
- De vergoeding
- De aanspraak
- Afspraken en contracten tussen apotheehoudenden en zorgverzekeraars

In Nederland is er sprake van een combinatie van maatregelen en beleid ten aanzien van al deze punten. Of er sprake is van een verschuiving van de kosten naar de patiënten is afhankelijk van de maatregel die je kiest. Zie ook het antwoord op vraag 9.

#### Vraag 11

Is het waar dat het Centraal Planbureau (CPB) voor herberekening van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) kiest voor een opbrengst van € 0,03 miljard, en dat dit het bedrag is dat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft berekend als meest negatieve uitkomst? Is het waar dat het CPB daarbij ook geen rekening heeft gehouden met de verschuiving van de dure reumageneesmiddelen naar het ziekenhuis? Is het waar dat het CVZ uitsluitend de opbrengst van de eigen betaling berekend heeft, en niet heeft berekend wat de minderkosten zijn bij een veranderd voorschrijf- en gebruiksgedrag? Kan een schatting worden gegeven van de besparing als daarmee wel rekening wordt gehouden?

#### Antwoord 11

Nee. Het CPB heeft aangegeven zich te vinden in de berekening van het CVZ en hanteert eenzelfde opbrengst als het CVZ in Keuzes in Kaart (KIK) 2013–2017. Daar staat aangegeven: «Het CVZ heeft een opbrengstberekening gemaakt van een eventuele herberekening van het geneesmiddelen vergoeding systeem (GVS). In de brief van 6 september 2010 gaat de minister daar op in. Zij concludeert dat de opbrengst van een herberekening van het GVS per saldo ten hoogste € 28 miljoen zou bedragen en dat, afhankelijk van het prijsgedrag van fabrikanten, er een risico is dat herberekening zelfs tot hogere uitgaven leidt. Het CPB rekent met eenzelfde opbrengst». In de bijlage van de brief aan de Tweede Kamer van 6 september 2010 (Kamerstukken II, vergaderjaar 2009–2010, 32 123 XVI, nr. 164) is precies aangegeven hoe de berekening is gemaakt en welke uitgangspunten daarbij zijn gebruikt. Daaruit blijkt dat het CVZ rekening heeft gehouden met de overheveling van dure reumageneesmiddelen.

Ik kan geen goede schatting geven van een besparing van een veranderd voorschrijf- en gebruiksgedrag gezien de, ook door het CPB gecon-stateerde, onzekerheid ten aanzien van de gedragseffecten en de samenhang met reeds ingezet beleid ten aanzien van doelmatig voorschrijven.