

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

806

Vragen van de leden **Van Gerven** en **Leijten** (beiden SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het preferentiebeleid van zorgverzekeraars* (ingezonden 24 oktober 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 11 december 2012). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 526.

Vraag 1

Deelt u de conclusie, getrokken door apothekers dat het preferentiebeleid van zorgverzekeraars te ver is doorgeschoten, en dat zorgverzekeraars te veel macht hebben gekregen inzake het geneesmiddelenbeleid?¹ Zo nee, waarom niet?

Antwoord 1

Het preferentiebeleid heeft grote voordelen en kostenbesparingen opgeleverd. Daarnaast worden nu ook bijwerkingen in de vorm van een aantal minpunten en schaduwzijden zichtbaar. Daar moet en wordt serieus aandacht aan besteed door zorgverzekeraars. Een aantal zorgverzekeraars zal het preferentiebeleid niet meer toepassen op geneesmiddelen met een structureel lage prijs. Bij nieuwe preferente geneesmiddelen wordt nu zichtbaar dat sommige zorgverzekeraars van fabrikanten verlangen dat zij een adequate distributievergoeding voor de farmaceutische groothandel in hun prijs opnemen. Zorgverzekeraars hebben door de bevoegdheid tot het voeren van preferentiebeleid naar mijn mening niet teveel macht gekregen bij het vormgeven van de verzekerde aanspraak op geneesmiddelen. Het is immers altijd de voorschrijvende arts die vanuit zijn verantwoordelijkheid bepaalt of en zo ja, welk geneesmiddel een patiënt nodig heeft. 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.

¹ Tros Radar 22 oktober 2012

Vraag 2

Is het waar dat door het preferentiebeleid de geneesmiddelenvoorziening ten behoeve van patiënten in gevaar is, nu bijvoorbeeld Brocacef heeft aangekondigd 1000 geneesmiddelen niet meer te kunnen of willen leveren?²

Antwoord 2

Dit ligt niet voor de hand, omdat de andere farmaceutische groothandels niet hebben aangekondigd preferente geneesmiddelen niet meer te zullen distribueren en omdat van deze geneesmiddelen ook niet-preferente varianten op de markt zijn. Overigens heeft Brocacef op 31 oktober 2012 in een persbericht aangegeven het voornemen om de leveringen stop te zetten op te schorten, omdat de gesprekken met zorgverzekeraars om tot een oplossing te komen, constructief verlopen. Zie ook het antwoord op vraag 1.

Vraag 3

Deelt u de mening dat bij de verzekeraars de plicht rust op een adequate wijze de geneesmiddelenvoorziening voor elke patiënt te borgen, zodat elke patiënt het medicijn kan krijgen dat hij of zij nodig heeft?

Antwoord 3

Ja, zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en zijn ten opzichte van hun verzekerden gehouden aan de bepalingen en verplichtingen zoals die zijn opgenomen in de zorgpolissen.

Vraag 4

Voldoen zorgverzekeraars thans aan deze plicht? Gaat u stappen ondernemen als zorgverzekeraars hun plichten in deze verzaken? Zo neen, wanneer acht het moment dan voor u daar om wel in actie te komen?

Antwoord 4

Of zorgverzekeraars voldoen aan hun zorgplicht, staat ter beoordeling van de daarvoor aangestelde toezichthouder. In dit geval de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa kan zo nodig sancties opleggen. Zie ook het antwoord op vraag 7.

Vraag 5

Vindt u het acceptabel dat zorgverzekeraars op de stoel van de arts gaan zitten door bepaalde sterktes van voorgeschreven medicijnen, zoals codeïne 15 mg, niet meer te vergoeden?

Antwoord 5

Voor zover een arts op het recept aangeeft dat behandeling met een niet als preferent aangewezen geneesmiddel medisch noodzakelijk is (zoals codeïne 15 mg), dan wordt dit niet-preferente geneesmiddel (de desbetreffende sterkte) vergoed.

Vraag 6

Wat is uw oordeel over het memo van verzekeraar Achmea over het preferentiebeleid? Gaat de verzekeraar hiermee niet op de stoel van de arts zitten, waarmee ook een principiële grens wordt overschreden?³

Antwoord 6

Het memo geeft een praktische invulling aan de wettelijke verplichting van zorgverzekeraars (in dit geval Achmea) om te bepalen of is voldaan aan de voorwaarde waaronder ook aanspraak op niet-preferente geneesmiddelen bestaat. Achmea gaat hiermee noch op de stoel van de voorschrijvende arts noch op de stoel van de wetgever zitten.

Vraag 7

Is het niet zo dat verzekeraar en apotheker in alle gevallen het voorgeschreven medicijn – indien de dokter aangeeft dat dit medisch noodzakelijk is – dienen af te leveren? Gebeurt dit ook in alle gevallen? Zo neen, waarom niet?

² Persbericht Brocacef, 17 oktober 2012

³ Memo Achmea: Medische noodzaak

Antwoord 7

De beoordeling of behandeling met een (als preferent) aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is, is mede afhankelijk van de voorschrijf- en behandelrichtlijnen van de beroepsgroepen. Het zal niet snel zo zijn dat behandeling met een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is omdat de patiënt immers altijd een geneesmiddel krijgt met de werkzame stof die door de arts is voorgeschreven. Alle betrokken partijen zijn zich er echter van bewust dat er ook uitzonderingen bestaan.

Voorschrijvers en zorgverzekeraars enerzijds en apothekhoudenden en zorgverzekeraars anderzijds kunnen afspraken met elkaar maken over de wijze waarop hiermee wordt omgegaan. Ik beschik niet over de gevraagde informatie met betrekking tot het aantal gevallen waarin niet het geneesmiddel wordt verstrekt dat de dokter met «MN» (medische noodzaak) op het recept heeft aangegeven.

Ik merk ook nog graag het volgende op. Er zijn specifieke toezichthouders 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). Van de 1188 klachten over verzekerde prestaties die in 2011 bij de SKGZ zijn ingediend hadden 70 klachten betrekking op geneesmiddelen. Van de 271 geschillen over de verzekerde 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.

Het preferentiebeleid van de verzekeraar vormde in de bemiddelingsfase een aantal malen aanleiding tot een klacht. Geschillen over dit onderwerp waren er echter niet of nauwelijks.

In recente jaren zijn hierover slechts twee bindende adviezen uitgebracht (2010.00540 en 2008.01217). In beide gevallen werd het verzoek afgewezen.

Vraag 8

Is het waar dat apothekers gemiddeld wel 20 uur per week bezig zijn om het preferentiebeleid uit te leggen aan patiënten? Wat vindt u daarvan?

Antwoord 8

Ik kan dit niet beoordelen. 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. Daarnaast halen zorgverzekeraars een aantal geneesmiddelen uit het preferentiebeleid en loopt de duur van de preferente periodes inmiddels in sommige gevallen op tot 2 jaar.

Vraag 9, 10

Is het niet beter te komen tot één landelijk uniform beleid van alle zorgverzekeraars inzake het preferentiebeleid om de belasting die patiënten en apothekers ondervinden tegen te gaan? Zo ja, welke stappen gaat u hierin ondernemen? Zo nee, waarom niet?

Wat vindt u van het idee om de vergoeding van alle geneesmiddelen, waarvan het patent verlopen is, bijvoorbeeld met een vast percentage te verlagen, zodat het preferentiebeleid overbodig wordt, en tot een uniform systeem wordt gekomen, waarbij voor generieke medicijnen een redelijke prijs wordt betaald?

Antwoord 9, 10

Met beide voorstellen ben ik het niet eens, enerzijds omdat de huidige belasting voor patiënten en apothekers zal afnemen en anderzijds omdat de voorstellen zullen leiden tot minder dynamiek en lagere opbrengsten. Zie ook het antwoord op vraag 8.

Vraag 11

Bent u bereid in het kader van de transparantie het nog steeds bestaande systeem van kortingen en bonussen bij apothekers af te schaffen, zodat volstrekt duidelijk wordt welke inkomsten apothekers genieten? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 11

Nee, enerzijds omdat in artikel 94, vierde lid, van de (gewijzigde) Europese richtlijn 2001/83/EG is bepaald dat lidstaten geen afbreuk mogen doen aan bestaande maatregelen of handelspraktijken inzake prijzen, marges en kortingen (zie hiervoor ook de nota naar aanleiding van het verslag Vaststelling Geneesmiddelenwet, Kamerstukken, 2005–2006, 29 359, nr.12). Anderzijds omdat het afschaffen van alle kortingen en bonussen er toe zou leiden dat apothekhoudenden geen prikkel meer zouden hebben om doelmatig in te kopen en zorgverzekeraars deze inkoopvoordelen niet meer zouden kunnen afromen om deze ten gunste te laten komen aan hun verzekerden. De wettelijke clawback (het afromen van kortingen en bonussen) is met de invoering van vrije tarieven voor apothekers per 1-1-2012 komen te vervallen. In contracten tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden komen clawback-bepalingen nog wel voor. De dynamiek van de onderhandelingen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars moet in de toekomst uitwijzen of en in welke mate dit instrument zal worden toegepast.

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen ter zake van het lid Bouwmeester (PvdA), ingezonden 24 oktober 2012 (vraagnummer 2012Z17937).