

Vergaderjaar 2005–2006

30 300 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2006

Nr. 170

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 augustus 2006

Op 1 juli 2005 zijn verzekeraars gestart met het zogenaamde geneesmiddelen-preferentiebeleid. Daarmee hebben verzekeraars invulling gegeven aan de wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering die het verzekeraars mogelijk maakt om, in bepaalde situaties, zelf te bepalen welke geneesmiddelen ten laste van de verzekering kunnen komen. Tijdens het algemeen overleg (AO) over deze wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering op 18 december 2003 (Kamerstuk 29 200 XVI, nr. 160), heb ik toegezegd het preferentiebeleid een jaar na aanvang te zullen evalueren. Die toezegging doe ik met deze brief gestand.

Tijdens het AO heb ik toegezegd het preferentiebeleid te evalueren op met name de consequenties voor patiënten en voorschrijvers. Daarnaast is het uiteraard ook van belang inzicht te krijgen in de financiële effecten van het preferentiebeleid. De kernvraag is: resulteert het preferentiebeleid in prijsdaling van geneesmiddelen zonder onaanvaardbare consequenties voor de patiënt?

Vektis, het informatiecentrum voor de zorgverzekeringsbranche, heeft op verzoek van de Nederlandse Mededingingsautoriteit recent een kwantitatieve evaluatie van het preferentiebeleid uitgevoerd. De belangrijkste conclusies van deze evaluatie heb ik in deze brief verwerkt.

Vertegenwoordigers van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn bij de evaluatie betrokken.

Wettelijke regeling preferentiebeleid in het kort

De wijziging van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering in 2003 geeft verzekeraars de mogelijkheid om van groepen geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, preferente middelen aan te wijzen die worden vergoed. Niet-aangewezen middelen behoren in principe niet tot de aanspraak. Slechts indien het medisch niet verantwoord is om een preferent middel bij een individuele patiënt voor te schrijven, behoort een niet-preferent middel tot de aanspraak. Deze uitzonderingsregel wordt hierna aangeduid met de «*uitzonderingsregel medische noodzaak*». Doel van het preferentiebeleid is het laten ontstaan van een marktsituatie waarbij prijsconcurrentie (waarbij de eindprijs bepalend is voor de concurrentiepositie) in de plaats komt van de huidige margeconcurrentie (waarin verdiensten van de tussenhandel bepalend zijn voor de concurrentiepositie).

Onder de Ziekenfondswet hadden ziekenfondsen de bevoegdheid om geneesmiddelen als preferent aan te wijzen. Onder de Zorgverzekeringswet moeten zorgverzekeraars geneesmiddelen aanwijzen waarop verzekerden aanspraak hebben, uit de door de minister aangewezen middelen. Verzekeraars hoeven echter geen middelen uit te zonderen en voeren in dat geval geen preferentiebeleid.

Invulling preferentiebeleid door zorgverzekeraar

Op 1 juli 2005 zijn vijf zorgverzekeraars gestart met het voeren van een gezamenlijk preferentiebeleid. Deze verzekeraars zijn samen goed voor een marktaandeel van ruim 50% van de verzekerden in Nederland. Per 1 januari 2006 hebben zich hier twee verzekeraars bij aangesloten. De belangrijkste reden voor *gezamenlijk* preferentiebeleid is dat op deze manier fabrikanten van aangewezen geneesmiddelen een substantiële afzetmarkt kan worden geboden. Een verzekeraar die een zelfstandig preferentiebeleid voert kan fabrikanten slechts een beperkte marktomzet garanderen.

Het preferentiebeleid is ingezet voor drie werkzame stoffen, binnen twee soorten geneesmiddelen. Het gaat om een maagzuurremmers, omeprazol, en twee cholesterolverlagers, simvastatine en pravastatine. Van deze middelen is het patent in de afgelopen jaren verlopen en zijn er diverse merkloze varianten op de markt gekomen. Het zijn alle drie geneesmiddelen met een bijzonder hoge omzet: voor omeprazol bij deze verzekeraars jaarlijks ongeveer € 40 mln. en voor de beide cholesterolverlagers ieder ongeveer € 25 mln.

Het preferentiebeleid is als volgt vormgegeven door de verzekeraars. Voor de drie geneesmiddelen zijn per cluster door de verzekeraars middelen aangewezen die zij vergoeden. Niet-aangewezen middelen worden niet vergoed, tenzij sprake is van medische noodzaak. Dit moet door de voorschrijver op het recept worden vermeld. Een preferentiecluster bevat alle artikelen met dezelfde werkzame stof, toedieningsweg en sterkte. Verzekeraars hebben ervoor gekozen om, per cluster, in principe alleen geneesmiddelen aan te wijzen die op een gegeven peildatum een prijs hebben die binnen een marge van 5% van de laagste prijs ligt binnen dat cluster. Een uitzondering wordt gemaakt indien de fabrikanten, die op basis van deze methodiek zijn aangewezen, gezamenlijk niet de markt voor de verzekeraars kunnen bedienen qua capaciteit. Daarnaast wordt de aanwijzing ingetrokken voor artikelen waarvan binnen de duur van het preferentiebeleid de prijs wordt verhoogd ten opzichte van de peildatum.

Verzekeraars: effecten en opbrengsten

Bij de start van het preferentiebeleid zijn op basis van bovengenoemde methodiek en de prijslijst van juni 2005 uitsluitend merkloze varianten van de middelen aangewezen. Specialités en parallelgeïmporteerde varianten hadden een prijs buiten de bandbreedte en werden niet aangewezen. Gedurende het verloop van het preferentiebeleid zijn er enkele nieuwe merkloze artikelen op de markt bijgekomen. Geen van die middelen had een prijs gelijk aan of lager dan de op dat moment bestaande laagste prijs binnen een cluster. Ook bij de al aangewezen middelen zijn geen prijsverlagingen doorgevoerd. Prijsverhogingen hebben zich nauwelijks voorgedaan. Waar dit zich wel voordeed werden deze middelen niet-preferent.

Het preferentiebeleid heeft een aanzienlijk effect gehad op het marktaandeel van generiek ten opzichte van specialité. Ongeveer 30% van de verzekeren die tot dan toe een specialité gebruikten is als gevolg van de inzet van het preferentiebeleid overgestapt op een generiek. Een klein deel daarvan is later weer geresubstitueerd naar het merkgeneesmiddel. Deze eenmalige verschuiving van merk naar (goedkopere) generieke geneesmiddelen is vooralsnog het belangrijkste effect van de inzet van het preferentiebeleid geweest. Echte prijsconcurrentie is door het preferentiebeleid nog niet op gang gekomen. Verklaring hiervoor lijkt voor een belangrijk deel de interferentie met andere maatregelen te zijn. Het niveau van prijsverlaging is bescheiden geweest, met name als gevolg van het geneesmiddelconvenant dat al een grote prijsverlaging tot gevolg had, juist ook bij de middelen waar preferentiebeleid bij is toegepast. Het effect van het invoeren van het preferentiebeleid is met name een eenmalig effect geweest, waar een dynamisch effect op prijzen wenselijk was geweest. Met betrekking tot dit onvoldoende ontstaan van dynamiek van prijsconcurrentie in het systeem kan als een belangrijke oorzaak worden gezien het ontbreken van een prikkel tot prijsverlaging in de WTG-systematiek, in het bijzonder de inkoopvergoeding van geneesmiddelen voor apothekers. De zogenaamde laagste prijs regel (de hoogte van de vergoeding voor de inkoopkosten van een geneesmiddel voor een apotheker wordt bepaald door de lijstprijs van dat geneesmiddel van de goedkoopste leverancier die de gehele markt kan voorzien) vormt een belemmering voor prijsverlaging en -concurrentie doordat deze ervoor zorgt dat prijsverlaging geen concurrentievoordeel oplevert. Immers: wanneer een aanbieder van een geneesmiddel een lagere prijs aanbiedt, is het gevolg voor andere leveranciers dat de maximale vergoeding voor een apotheker van hún middelen beperkt wordt tot het niveau van de eerste. Een lijstprijsverlaging impliceert daarmee een automatische verlaging van prijzen van concurrerende aanbieders en heeft dus weinig zin. Als gevolg daarvan kan een optimale werking van het preferentiebeleid worden bemoeilijkt.

Het preferentiebeleid heeft volgens Vektis, op basis van een kwantitatieve analyse over de eerste zes maanden van het preferentiebeleid, bij de deelnemende verzekeraars tot ongeveer € 3 mln kostenbesparing geleid, als gevolg van substitutie van merkmiddelen naar generieke middelen. Ongeveer 30% van die generieke substitutie is tenietgedaan door overstap naar andere, duurdere geneesmiddelen (waaronder resubstitutie naar het oorspronkelijke merk). Dit alles heeft geleid tot een totale kostenbesparing van ongeveer € 2,1 mln in de eerste zes maanden van het preferentiebeleid.

De verzekeraars hebben naar eigen zeggen weinig tot geen problemen gekend met de invoering van het preferentiebeleid. Dit geldt zowel publi-

citair als in het contact met individuele verzekerden, apothekers en voorschrijvers. Gezien de opbrengst en het uitblijven van negatieve publiciteit beschouwen de deelnemende zorgverzekeraars het preferentiebeleid als een succes.

Reacties van NPCF, KNMG en KNMP

Standpunt op preferentiebeleid in het algemeen

- De NPCF is in principe voorstander van het preferentiebeleid: het betreft immers zorg van gelijke kwaliteit voor een lagere prijs. Wel moet het mogelijk zijn dat patiënten die om zorginhoudelijke overwegingen niet met het preferente middel behandeld kunnen worden, een niet-preferent middel krijgen zonder bijbetaling. De NPCF is van mening dat het preferentiebeleid onder bepaalde voorwaarden verder zou kunnen worden uitgerold, mits in goed overleg met betrokken patiënten- en beroepsorganisaties.
- De KNMG heeft van begin af aan principieel stelling genomen tegen het preferentiebeleid, dat zij als inbreuk op de professionele autonomie van de arts beschouwt. Dit standpunt is, nu er enige ervaring mee is opgedaan, niet gewijzigd.
- Het standpunt van de KNMP over het preferentiebeleid is niet uitgesproken positief of negatief, vooral gezien het beperkte financiële belang ervan op dit moment. Dit beperkte financiële belang leidt volgens de KNMP ertoe dat er onder zijn leden op dit moment over dit onderwerp veel tolerantie bestaat.

Uitzonderingsregel medische noodzaak

Vooral de NPCF en de KNMG hebben met betrekking tot de uitvoering van de uitzonderingsregel medische noodzaak bij aanvang van het preferentiebeleid veel signalen van problemen gekregen, onder andere conflicten aan de apothekersbalie of het niet accepteren van verzekeraars van een recept waarop medische noodzakelijkheid («m.n.») was aangegeven. Alle partijen zijn het erover eens dat op dit moment de uitvoering van de uitzonderingsregel geen grote problemen meer oplevert in de uitvoering: «m.n.» op het recept wordt algemeen geaccepteerd.

Invloed preferentiebeleid op relaties patiënt – arts – apotheker – verzekeraar – verzekerde

- De NPCF is van mening dat bij de invoering van het preferentiebeleid onvoldoende aandacht is besteed aan de vaak complexe relaties tussen voorschrijvers, patiënten, verzekeraars en afleveraars.
- De NPCF en de KNMG zien beiden de communicatie van het preferentiebeleid richting patiënt, zeker in de context van ander beleid dat de patiënt raakt, als bijzonder lastig. Het is moeilijk uit te leggen waarom een patiënt op een ander middel wordt overgezet. Het oerwoud aan regels die, in de ogen van de patiënt, op elkaar lijken en elkaar beïnvloeden, maakt die taak nog complexer, hetgeen tot lastige situaties kan leiden in de spreekkamer.
- Verzekeraars stellen zich volgens de KNMG op als redelijke gesprekspartners richting voorschrijver over dit onderwerp: hoewel de emoties rondom de invoering van het preferentiebeleid in het begin hoog opliepen, loopt de communicatie nu veel beter. Wel had ZN zich volgens de KNMG minder terughoudend moeten opstellen in de communicatie naar voorschrijvers.
- De KNMP is van mening dat de apotheker wordt gebruikt als communicatie-instrument richting patiënt (consequenties van het beleid uitleggen) en voorschrijver (hoe omgaan met medische noodzaak). Hoewel de KNMP dit niet als een primaire rol ziet van de apotheker, maar van de verzekeraar, blijken hier in de praktijk tot nu toe weinig klachten over binnen te komen.

- De voorzichtige inzet van het preferentiebeleid ziet de KNMP als een positief punt, omdat relaties tussen partijen niet worden ondermijnd. Wel is het zo dat de relatief goede relaties tussen apothekers en verzekeraars volgens de KNMP vooral te danken zijn aan het geneesmiddelenconvenant.

Overige punten van kritiek op het preferentiebeleid

- Behalve in de context van de relatie tussen arts en patiënt zien de NPCF, de KNMG en de KNMP het gebrek aan communicatie als een algemeen punt van kritiek. In het bijzonder zijn partijen van mening dat de verzekeraars te sterk voor de communicatie naar de patiënt hebben geleund op artsen en apothekers en zelf te weinig activiteiten hebben ontplooid op dit front.
- KNMP noemt daarnaast de administratieve consequenties van de veelheid aan regels die van invloed zijn op het afleveren van geneesmiddelen en op elkaar (onder andere regelingen van individuele verzekeraars, preferentiebeleid, bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering).

Door partijen meegegeven voorstellen voor verbetering van huidig beleid

- Maak financiële opbrengsten van het preferentiebeleid direct merkbaar/zichtbaar voor patiënten. Bijvoorbeeld door direct aan de balie het voordeel te kunnen zien door een korting (NPCF).
- Voorkom verwarring bij de patiënt door de termijn van herevaluatie van preferente middelen minimaal een jaar te laten zijn (NPCF).
- Verzekeraars zouden bij het eventueel uitbouwen van het preferentiebeleid (waar in het bijzonder de KNMG niet voor is) meer aandacht moeten besteden aan communicatie naar de patiënten/verzekerden (alle partijen).
- Blijf controleren of het preferentiebeleid proportioneel is, met andere woorden of de doelmatigheidsopbrengst opweegt tegen de onrust die het beleid in het veld oplevert (KNMG).
- Als het preferentiebeleid wordt uitgebreid dient dit voorkeur uniform door verzekeraars worden ingevuld (KNMG).

Conclusie

De kernvraag van deze evaluatie is of het preferentiebeleid resulteert in prijsdaling van geneesmiddelen zonder onaanvaardbare consequenties voor de patiënt. Deze evaluatie toont aan dat het preferentiebeleid inderdaad tot een kostenbesparing heeft geleid en dat er geen onaanvaardbare gevolgen voor patiënten zijn opgetreden. Ik zie daarom geen aanleiding de regelgeving die preferentiebeleid mogelijk maakt op dit moment te wijzigen. Meer in het bijzonder zie ik als de belangrijkste bevindingen van de evaluatie de volgende:

- Verzekeraars hebben de geboden mogelijkheid daadwerkelijk en op een verantwoorde wijze opgepakt, wat ik als een positief signaal zie.
- Het resultaat van het preferentiebeleid is nog bescheiden, vooral vanwege het overschaduwende effect van het succesvolle geneesmiddelenconvenant en de beperking van de dynamiek als gevolg van de laagste prijsregel in de WTG-tariefsystematiek. Om tot meer prijsconcurrentie te komen zal ik voor de toekomst met het CTG/Zaio de mogelijkheden verkennen om de tariefsystematiek zodanig aan te passen een betere werking van het preferentiebeleid.
- De uitvoering van het preferentiebeleid heeft, na initiële strubbelingen, tot weinig problemen geleid.
- Er zijn geen signalen dat het preferentiebeleid ertoe heeft geleid dat patiënten noodzakelijke geneesmiddelen niet vergoed hebben gekregen.
- Bij verdere uitbouw zal meer aandacht aan communicatie moeten worden gegeven, vooral richting patiënt maar ook richting voorschrij-

ver. Verzekeraars zouden hierbij meer nadrukkelijk hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Ook roep ik verzekeraars op de voorstellen voor verbetering van het huidige preferentiebeleid in hun overwegingen over voortzetting van het preferentiebeleid mee te nemen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst