

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

### 807

Vragen van het lid **Bouwmeester** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *besparingen in de zorg* (ingezonden 9 november 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 11 december 2012).

#### Vraag 1

Bent u op de hoogte van het artikel in het Financieel Dagblad met voorstellen voor besparingen?<sup>1</sup> Bent u het eens met de auteurs dat de voorstellen ten aanzien van de ziektekostenpremie kansen bieden om het draagvlak voor besparingen te vergroten?

#### Antwoord 1

Ja, ik ben op de hoogte van het artikel. De voorstellen zoals door de auteurs verwoord zijn echter niet meer aan de orde omdat de inkomensafhankelijke zorgpremie van de baan is.

#### Vraag 2

Wat is uw reactie op het voorstel om de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) aan te scherpen volgens het Noorse systeem? Bent u het eens met de auteurs dat een prijsdaling van dure geneesmiddelen direct profijt zou opleveren voor de groep met een bovenmodaal inkomen die progressief meer eigen risico betaalt en daarmee opdraait voor de te hoge kosten van geneesmiddelen?

#### Antwoord 2

Het onderzoeksbureau Conquaestor heeft in mijn opdracht een onderzoek uitgevoerd naar de werking en de toekomstbestendigheid van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP). Daarbij is ook gekeken naar het Noorse systeem. Het onderzoek heb ik op 5 juli 2012 aan de Tweede Kamer gestuurd nog zonder standpuntbepaling in verband met de demissionaire status van het toenmalige kabinet. Als ik mijn standpunt op het rapport heb bepaald zal ik het aan de Tweede Kamer sturen. Zie verder het antwoord op vraag 1.

<sup>1</sup> Financieel Dagblad, 9 november 2012, «Effectief snijden in kosten van zorg» Julius van Dam en Henk Eleveld

### Vraag 3

Bent u van mening dat de limieten van geneesmiddelen op dit moment te hoog zijn vastgesteld omdat deze voor het laatst zijn aangepast in 1998? Betekent dit dat te dure geneesmiddelen vergoed worden terwijl een goedkoop middel beschikbaar is?

### Antwoord 3

Ik neem aan dat in de vraag de vergoedingslimieten uit het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zijn bedoeld. Naast het GVS is er een aantal andere beleidsmaatregelen van zorgverzekeraars dat van invloed is op de hoogte van de gedeclareerde en vergoede prijzen voor geneesmiddelen en die gelden als feitelijke vergoedingslimiet. De door zorgverzekeraars vergoede prijzen worden namelijk of afgesproken in de contracten tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden of vastgesteld door de zorgverzekeraars via de restitutievergoeding. Of dure geneesmiddelen worden vergoed terwijl er een goedkoop middel beschikbaar is, is vooral een gevolg van het niet-doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, als dit medisch wel verantwoord is. Overigens is er ook een groep patiënten juist aangewezen op duurdere geneesmiddelen die dankzij de nu geldende vergoedingslimieten wel volledig vergoed worden (zie het antwoord op de vragen 4, 5 en 6). Ik vind dan ook niet dat de limieten te hoog zijn vastgesteld.

### Vraag 4, 5, 6

Is het waar dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) alleen de opbrengst van de eigen bijbetaling heeft berekend en de kosten-vermindering door het gebruik van alleen de goedkope middelen niet in de berekening heeft opgenomen?

Is het waar dat het Centraal Planbureau (CPB) in de opbrengstberekening van herberekening van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) alleen de berekening van het CVZ heeft overgenomen?

Hoeveel zou bespaard kunnen worden door de WGP en het GVS aan te passen zoals vaker is voorgesteld? Klopt het dat hiermee minimaal 500 miljoen euro zou kunnen worden bespaard? Zo nee, waarom niet en welke bedragen en berekeningen zijn volgens u dan van toepassing? Wat zou dit voor de premie betekenen?

### Antwoord 4, 5, 6

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. Daarbij is aangegeven dat opbrengst te vinden valt in lagere prijzen en/of hogere bijbetalingen door patiënten. Daarbij is ook aangegeven dat een aantal patiënten noodgedwongen is aangewezen op de duurdere geneesmiddelen in hetzelfde GVS-cluster met een andere werkzame stof dan een middel waarvoor niet bijbetaald zou hoeven te worden. Ook is aangegeven dat de opbrengst van herberekening wordt beïnvloed door al ingezet beleid (met ingeboekte opbrengst) zoals het preferentiebeleid en substitutiebeleid van zorgverzekeraars en het beleid gericht op doelmatig voorschrijven. In de brief en bijlage is eveneens aangegeven dat bij de opbrengstberekening nog geen rekening is gehouden met uitvoeringskosten (waaronder de kosten van huisartsen, medische specialisten en apothekhoudenden voor het omzetten naar een ander geneesmiddel en de kosten van verzekeraars voor het uitvoeren van een maximeringsregeling). Niet meegenomen in de berekening maar wel reëel is het risico op prijsverhogingen. Het CPB heeft aangegeven zich te vinden in de berekening van het CVZ en hanteert eenzelfde opbrengst als het CVZ in de Keuzes in Kaart (KIK) 2013–2017. Daar staat aangegeven: «Het CVZ heeft een opbrengst-berekening gemaakt van een eventuele herberekening van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (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.» Of, en zo ja welke andere overwegingen het CPB in dit verband heeft gemaakt, is mij niet bekend.

Wat de opbrengst van een aanpassing van de WGP betreft heeft het CPB in de CPB-notitie «Aanvullende informatie voor de doorrekening van de verkiezingsprogramma's» van 3 juli 2012, als conclusie aangegeven: «Aanpassing WGP wordt door het CPB op PM gezet en er wordt bij de KIK doorrekening geen besparing ingeboekt.» Voor de argumenten die het CPB hanteert om tot deze conclusie te komen verwijs ik kortheidshalve naar blz. 11 van de CPB-notitie.

Gezien het bovenstaande heb geen enkele aanleiding om te veronderstellen dat er besparingen mogelijk zijn op de uitgaven in de orde van grootte zoals door de auteurs gesteld. Daarbij geldt dat een goede schatting van een mogelijke besparing die met aanpassingen van de WGP en het GVS zouden kunnen worden bereikt, wordt bemoeilijkt door de, ook door het CPB geconstateerde, onzekerheid ten aanzien van de gedragseffecten en de samenhang met reeds ingezet beleid (zie het antwoord op vraag 3).

Vraag 7, 8

Deelt u de mening dat voor hulpmiddelen, met de invoering van een systeem waarin goedkope middelen volledig worden vergoed en voor dure gelijke middelen een bijbetaling wordt gevraagd (systeem van vermijdbare bijbetaling), besparingen kunnen worden gerealiseerd? Hoe hoog schat u deze in?

Bent u bereid de Kamer een voorstel te sturen voor een dergelijk systeem voor hulpmiddelen?

Antwoord 7, 8

Nee, daar ben ik het niet mee eens. Ik zal de Tweede Kamer geen voorstel voor een dergelijk systeem sturen, omdat aan het hanteren van vergoedingslimieten nadelen zijn verbonden (minder dynamiek in de prijsvorming omdat, zoals in het verleden voor hulpmiddelen is gebleken, in een systeem van vergoedingslimieten de prijzen op de vergoedingslimiet komen te liggen en weinig sprake is van prijsconcurrentie). Ik geloof meer in een systeem van functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg met als uitgangspunt eenvoudige hulpmiddelen waar dat kan en complexe hulpmiddelen waar dat nodig is. Dat levert meer maatwerk op. Met vergoedingslimieten zou de beoogde beleidsvrijheid voor zorgverzekeraars om uitgaven te beheersen, juist te niet worden gedaan.

Vraag 9, 10

Deelt u de mening dat er transparantie dient te bestaan over de prijzen voor geneesmiddelen? Wat is uw mening ten aanzien van het couvert dan wel pakjesmodel dat door sommige verzekeraars wordt gehanteerd?

Bent u bereid het besluit zorgverzekering te wijzigen door aan artikel 1a toe te voegen dat de zorgverzekeraar dient te zorgen voor een transparante lage prijs die door een verzekerde is terug te vinden in een openbare prijslijst (bijvoorbeeld de Z-index)?

Antwoord 9, 10

Verzekerden hebben naar mijn mening meer belang bij lagere (netto-) prijzen die zorgverzekeraars voor hen bedingen dan bij volledige transparantie van bruto-prijzen die onderwerp van onderhandeling zijn en die niet gedeclareerd worden, zoals opgenomen in een openbare prijslijst zoals de Taxe van Z-Index B.V.

In de brief aan de Tweede Kamer van 9 november 2009 (Kamerstukken 2009–2010, 29 477, nr. 123) is mijn ambtsvoorganger uitgebreid ingegaan op het onder couvertsysteem en op het pakjesmodel. Ik deel zijn conclusies. Kortheidshalve verwijs ik verder naar de inhoud van deze brief.

Omdat de prijzen in een openbare prijslijst niet de prijzen hoeven te zijn die gedeclareerd worden, ben ik niet bereid om de voorgestelde verplichting in te voeren. Het zijn immers bruto-adviesprijzen waarover wordt onderhandeld. Daarnaast zouden met een dergelijke wijziging effectievere vormen van preferentiebeleid niet meer mogelijk zijn. Verzekerden zouden voordelen in de vorm van minder hoge zorgpremies en/of het niet belasten van het eigen risico, zoals nu bij het «onder couvertsysteem» plaatsvindt, worden onthouden. Met een dergelijke aanpassing zou ook een mogelijk concurrentievoordeel van zorgverzekeraars die preferentiebeleid onder couvert hanteren ten voordele van hun verzekerden, worden weggenomen. Een dergelijke

maatregel zal leiden tot minder dynamiek in de prijsvorming en hogere uitgaven dan zonder de maatregel.