



Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 5 juni 2018, kenmerk 1357336-177498-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering met betrekking tot het invoeren van een tijdelijke limiet aan eigen bijdragen voor farmaceutische zorg

De Minister voor Medische Zorg,

Gelet op artikel 2.16b, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

ARTIKEL I

Artikel 2.32 van de Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding '1.' geplaatst.
2. Er worden drie leden toegevoegd, luidende:
 2. In de jaren 2019, 2020 en 2021 is de verzekerde voor geneesmiddelen als bedoeld in het eerste lid niet meer dan € 250 aan eigen bijdragen per kalenderjaar verschuldigd.
 3. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt voor die overeenkomst het bedrag, bedoeld in het tweede lid, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
 4. Het op grond van het derde lid berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2019.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins*



TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

In het Regeerakkoord 2017–2021 ‘Vertrouwen in de toekomst’ (hierna: regeerakkoord) hebben de fracties van de partijen VVD, CDA, D66 en ChristenUnie een pakket aan maatregelen aangekondigd om de stapeling van eigen betalingen in de (langdurige) zorg en ondersteuning te verminderen.¹ Op die manier wil het kabinet borgen dat de kosten voor ontvangen zorg beperkt blijven, ook voor mensen die (binnen het huishouden) zorg uit meerdere domeinen ontvangen en daardoor met meerdere eigen bijdragen worden geconfronteerd. Het kabinet neemt daarom gerichte maatregelen om de stapeling van zorgkosten te verminderen. De maatregelen zijn uitgewerkt in de brief aan de Tweede Kamer van 17 november 2017². Eén van de maatregelen is het maximeren van de eigen bijdragen die verzekerden verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS). Deze eigen bijdragen worden voor een verzekerde gemaximeerd op € 250 per kalenderjaar. Deze maatregel is in het regeerakkoord afgesproken voor de huidige kabinetsperiode. Aangezien zorgverzekeringen per kalenderjaar worden afgesloten, betekent dit dat het bijdrageplafond geldt voor de jaren 2019 tot en met 2021.

2. Maximeren eigen bijdragen GVS

a. Algemeen

Geneesmiddelen die zijn vermeld in de Regeling zorgverzekering (Rzv) voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar vallen onder de aanspraak farmaceutische zorg van het basispakket. Deze geneesmiddelen worden dan vergoed met toepassing van het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS). In het GVS worden onderling vervangbare geneesmiddelen zoveel mogelijk geclusterd. Voor geneesmiddelen binnen een cluster is een vergoedingslimiet vastgesteld. Indien de verzekerde een geneesmiddel uit het cluster gebruikt dat duurder is, dan moet hij het bedrag boven de vergoedingslimiet bij wijze van eigen bijdrage betalen. Voor mensen die veel of meerdere geneesmiddelen gebruiken draagt dit bij aan een stapeling van eigen betalingen voor ontvangen zorg. De eigen bijdragen voor geneesmiddelen uit het GVS worden voor de periode van 2019 tot en met 2021 gemaximeerd op € 250 euro per verzekerde per jaar. Dit vermindert de stapeling van eigen betalingen voor ontvangen zorg. Op grond van cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) valt op te maken dat 40.000 mensen een voordeel zouden kunnen ondervinden.³ De hoogte van dat voordeel is onder andere sterk afhankelijk van de individuele situatie van de verzekerde, de gebruikte geneesmiddelen en het eventueel volmaken van het verplicht en vrijwillig eigen risico.

b. Relatie met het eigen risico

Deze eigen bijdragen voor geneesmiddelen uit het GVS gaan niet van het verplicht eigen risico af en komen daar als kosten dus bovenop. Alleen de kosten die via de zorgverzekering worden vergoed tellen mee voor het eigen risico. De maximering van de eigen bijdragen leidt ertoe dat de kosten van de geneesmiddelen uit het GVS weer geheel ten laste van de zorgverzekering komen op het moment dat de limiet ter hoogte van € 250 is bereikt. Die door de zorgverzekering gedekte kosten komen dan ook ten laste van het verplicht (en eventueel het vrijwillig) eigen risico voor zover dat nog niet was opgemaakt.

c. Uitvoering

Het staat zorgverzekeraars en apothekers vrij op welke wijze uitvoering wordt gegeven aan de maximering van de eigen bijdragen. De uitvoering moet voor verzekerden echter duidelijk en niet te belastend zijn. Het moet voor een verzekerde helder zijn wie zorgt dat de maximering op € 250 wordt gehanteerd. Om die reden hecht ik eraan dat de wijze van uitvoering van deze maximering bij alle zorgverzekeraars op uniforme wijze gaat plaatsvinden. Zowel Zorgverzekeraars Nederland (ZN) als de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) hebben bij de consultatie aangegeven dat de voorkeur wordt gegeven aan een uitvoering waarbij de verzekerden niet zelf de eigen bijdragen hoeven voor te schieten maar waarbij de zorgverzekeraar de bijdragen int tot het

¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2017/18, 34 700, nr. 34.

² Kamerstukken II 2017/18, 34 104 en 29 538, nr. 199.

³ Zie: SFK, Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 152 Nr 42, op: <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2017/20ac-130-miljoen-meer-uitgaven-aan-medicijnen-door-9-btw>.



jaarlijkse maximum van € 250. Hieronder wordt verder ingegaan op de reacties die zorgverzekeraars en de KNMP naar aanleiding van de consultatie van de maatregel hebben gegeven.

3. Consultatie

ZN heeft in een impactanalyse aangegeven dat de maximering van de eigen bijdragen voor geneesmiddelen uit het GVS uitvoerbaar is, maar aanzienlijke uitvoeringsconsequenties met zich meebrengt. Het gaat dan om aanpassingen in de declaratiesystemen van zorgverzekeraars en apothekers. ZN wijst er verder ook op dat deze systeemaanpassingen, alsmede het betalingsverkeer, de financiële administratie van eigen betalingen, de communicatie en informatieverstrekking naar verzekerden/apothekers leidt tot extra lasten in de uitvoering. Op mijn verzoek heeft ZN de uitvoeringsvarianten verder onderzocht waarbij ZN in overleg is getreden met de KNMP. In een brief van 16 mei 2018 geeft ZN aan dat de maatregel kan worden uitgevoerd indien aanpassingen plaatsvinden in de ICT van zorgverzekeraars en apotheken en er uitvoeringsafspraken worden gemaakt. Deze aanpassingen moeten zorgvuldig worden getest en geïmplementeerd. Zowel in het regeerakkoord als in de kamerbrief van 17 november 2017 is duidelijkheid verschaft over de invoering van de maatregel, hetgeen is herhaald in overleggen met ZN. Anders dan ZN aangeeft, is er geen sprake van regelgeving die via de beide Kamers der Staten-Generaal moet worden bekrachtigd, maar volstaat deze ministeriële regeling. Dat is eveneens al vermeld in de meergenoemde kamerbrief van 17 november 2017. Op de gevolgen voor de regeldruk wordt ingegaan in paragraaf 5.

De alternatieven voor de door het kabinet voorgestelde maximering die ZN schetst in de brief van 16 mei 2018 zijn in een eerder stadium al door mij verkend. In die alternatieven zie ik geen realistische oplossingen die hetzelfde effect zouden bereiken als met de maximering wordt beoogd, namelijk ervoor te zorgen dat er nooit meer mensen zijn die meer dan 250 euro bijbetalen. Verder heeft ZN opgemerkt dat er mogelijk onduidelijkheid zou kunnen ontstaan indien de verzekerde tussentijds van zorgverzekering verandert. Naar aanleiding daarvan is een verdeelsleutel opgenomen om het bijdrageplafond te splitsen voor zorgverzekeringen die niet het gehele kalenderjaar beslaan. Hier wordt verder op ingegaan in de artikelsgewijze toelichting.

De KNMP is in de brief van 11 april 2018 ook ingegaan op enkele uitvoeringsconsequenties. Zoals hierboven vermeld heeft de KNMP aangegeven de voorkeur te hebben voor een uitvoering waarbij de zorgverzekeraar de eigen bijdragen int tot het jaarlijkse maximum van € 250. Om dit mogelijk te maken heeft de KNMP aangegeven dat er noodzakelijke aanpassingen door te voeren in de informatiesystemen van apotheken nodig zijn. Ondanks deze investeringen en mogelijke bijeffecten van de maatregel geeft de KNMP aan géén voorstander te zijn van het mogelijke alternatief om de maximering van eigen bijdragen voor geneesmiddelen uit het GVS te koppelen aan een (selectieve) herberekening van de vergoedingslimieten van de clusters in het GVS.

4. Financiële gevolgen

De maximering van eigen bijdragen voor geneesmiddelen uit het GVS heeft financiële gevolgen voor de uitgaven onder het Budgetair Kader Zorg (BKZ). Deze bijdragen worden per 2019 in deze kabinetsperiode gemaximeerd op € 250 per verzekerde per jaar. Op basis van cijfers van de SFK zullen maximaal 40.000 verzekerden hierdoor minder gaan betalen aan bijbetalingen, omdat zij anders meer dan € 250 per jaar kwijt zouden zijn. Hiermee komen de totale kosten van de maximering op ongeveer € 15 miljoen per jaar. Deze kosten worden gedekt door een maatregel in het basispakket. Per 1 januari 2019 zullen vitamines, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop, niet meer worden vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering. Door deze maatregel komt ongeveer € 40 miljoen euro per jaar vrij. In de brief aan de Tweede Kamer van 1 juni 2018 is nader ingegaan op de financiële gevolgen van de pakketmaatregelen 2019.⁴

5. Gevolgen voor regeldruk

De maatregel heeft gevolgen voor de regeldruk. Wat die gevolgen zijn, is afhankelijk van de gekozen uitvoeringvariant. Zoals in paragraaf 2.c en 3 is toegelicht staat het apothekers en zorgverzekeraars vrij daar eigen keuzes in te maken. ZN en KNMP hebben aangegeven een voorkeur voor de uitvoeringsvariant te hebben waarbij de verzekeraar de eigen bijdragen voorschiet aan de apotheek en vervolgens int bij de verzekerde tot het jaarlijkse maximum van € 250. Indien alle uitvoerende partijen deze variant op uniforme wijze uitvoeren, zijn de gevolgen voor de regeldruk als volgt:

- *De verzekerde* heeft straks niet meer te maken met bijbetalingen aan de balie van de apotheek. Omdat inning door de zorgverzekeraar doorgaans via automatische incasso plaatsvindt, is er per saldo sprake van een daling van de regeldruk voor de verzekerde.

⁴ Brief met kenmerk 1355575-177357-Z



- De *apotheker* heeft ook niet meer te maken met bijbetalingen bij de balie, omdat alle kosten worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraars. Dit leidt tot een structurele daling van de regeldruk. De apotheker staat uiteraard, net als nu, de klant wel te woord. Er zijn incidentele aanpassingskosten voor de ICT.
- Voor *zorgverzekeraars* neemt de regeldruk toe. Zij moeten onder andere voortaan de volledige kosten aan apothekers vergoeden, per verzekerde de administreren of de grens van € 250 aan eigen bijdragen al is bereikt en de eigen bijdragen tot die grens innen bij de verzekerde. Dit is vergelijkbaar met de systematiek die bij het eigen risico gehanteerd wordt. ZN spreekt in de eerdergenoemde impactanalyse over aanzienlijke administratieve lasten. ZN schat in dat de aanpassings- en implementatiekosten eenmalig € 5 miljoen zullen bedragen. Daarbij gaat het om het systeem aanpassingen in het declaratieproces, frontofficeproces en controleproces). Vervolgens zijn er jaarlijkse (niet gekwantificeerde) kosten voor de uitvoering.

Artikelsgewijs

Artikel I

De eigen bijdrage voor geneesmiddelen uit het GVS is geregeld in artikel 2.32 van de Rzv. Daaraan worden drie leden toegevoegd. In het tweede lid wordt het totaal van de eigen bijdragen gemaximeerd op € 250 per verzekerde per kalenderjaar. Dit maximum geldt voor de jaren 2019, 2020 en 2021.

Het is mogelijk dat een zorgverzekering niet het gehele kalenderjaar beslaat. Voor die gevallen bevat het derde lid een verdeelsleutel. Deze verdeelsleutel regelt op gelijke wijze als bij het verplicht eigen risico⁵ dat het bijdrageplafond voor een volledig kalenderjaar wordt omgerekend naar een bijdrageplafond voor het deel van het kalenderjaar waarin de zorgverzekering heeft gelopen (als het een beëindiging van de zorgverzekering betreft) of zal gaan lopen (als het een nieuwe zorgverzekering voor de rest van het jaar betreft). Ter verduidelijking volgt hieronder een rekenvoorbeeld voor een zorgverzekering die op 31 januari 2019 eindigt:

$$€ 250 * 31 / 365 = € 21 \text{ (afgerond)}$$

De omrekening is gebaseerd op het aantal dagen waarop de zorgverzekering heeft gelopen of zal gaan lopen. Het aldus berekende bedrag wordt ingevolge het vierde lid afgerond op gehele euro's.

*De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins*

⁵ Zie artikel 22 van de Zorgverzekeringswet