



266

Besluit van 28 mei 1991, houdende wijziging van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden (Stb. 1986, 132) in verband met het geneesmiddelenvergoedingssysteem

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur van 27 november 1990, DGVGZ/VMP/VA-416442; Gelet op artikel 2, tweede lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Stb. 1986, 123);

Gehoord het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (advies van 25 september 1990, 90/O/-487/HTIJ/AvdB);

De Raad van State gehoord (advies van 16 april 1991, no. W13.90.0628.);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur van 24 mei 1991, VMP/VA-418 099;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Artikel 6 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden (Stb. 1986, 132)¹ komt te luiden:

Artikel 6

1. Vergoeding van de kosten van farmaceutische hulp omvat de vergoeding van de kosten van door huisartsen, specialisten, tandarts-specialisten en verloskundigen voorgeschreven genees- en verbandmiddelen, met uitzondering van:

a. verbandwatten en steriel hydrofiel-gaas, voorgeschreven ter zake van verloskundige hulp, verleend door huisartsen of verloskundigen;

b. de farmaceutische produkten, bedoeld in artikel 54, eerste lid, onder d, van het Besluit bereiding en aflevering farmaceutische produkten, tenzij de ziektekostenverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend; de ziektekostenverzekeraar kan de toestemming verlenen in gevallen waarin de verzekerde niet goed te behandelen is met enig ander geneesmiddel.

2. De vergoeding van kosten, bedoeld in het eerste lid, omvat niet de kosten van geneesmiddelen, op verstrekking waarvan een verzekerde op grond van het bepaalde krachtens artikel 10 van het Verstrekkingenbe-

sluit ziekenfondsverzekering (Stb. 1971, 550) geen recht heeft zolang daarvoor geen vergoedingslimiet is vastgesteld. In gevallen waarin een verzekerde in de zin van de Ziekenfondswet (Stb. 1986, 347) op grond van het bepaalde krachtens het in de eerste volzin genoemde artikel voor de verstrekking van een geneesmiddel een bijdrage verschuldigd is, blijft een bedrag, gelijk aan de door zodanige verzekerde voor dat geneesmiddel verschuldigde bijdrage, buiten de vergoeding van kosten op grond van dit besluit.

¹ Laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 26 juli 1990, Stb. 486

Het Advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in het bijvoegsel bij de Nederlandse Staatscourant van 9 juli 1991, nr. 130

ARTIKEL II

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 juli 1991.

Lasten en bevelen dat dit besluit met daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat daarvan afschrift zal worden gezonden aan de Raad van State.

's-Gravenhage, 28 mei 1991

Beatrix

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
H. J. Simons

Uitgegeven de vierde juni 1991

De Minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin

NOTA VAN TOELICHTING

I. Algemeen

Bij brief van 30 maart 1990, DGVGZ/HGB-733532, is aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal meegedeeld dat het kabinet voornemens is in de ziekenfondsverzekering een geneesmiddelenvergoedingssysteem in te voeren (Kamerstukken II, 1989/90, 21 500, nr. 1). Tevens is in deze brief aangekondigd dat bevorderd zal worden dat dit systeem eveneens ingevoerd zal worden in het vergoedingspakket ingevolge de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Stb. 1986, 123) (het zogenaamde standaardpakket). Het geneesmiddelenvergoedingssysteem heeft daarmee betrekking op een zo groot mogelijke groep van verzekerden. Bovendien is destijds bij de vaststelling van het wettelijke standaardpakket uitgangspunt geweest, dat dit pakket zoveel mogelijk dient aan te sluiten bij het ziekenfondspakket.

Het onderhavige besluit strekt tot invoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem in dit standaardpakket. Artikel 6 van het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden (Stb. 1986, 132) wordt daarvoor gewijzigd.

Ingevolge het bepaalde in artikel 2, tweede lid, van voornoemde wet is het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) over de voorgenomen wijziging gehoord.

Het KLOZ heeft op 25 september 1990, 90/0-487/HTIJ/AvdB advies uitgebracht. In dit advies stelt het KLOZ met betrekking tot de administratief-technische uitvoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem aan de orde dat het voor het KLOZ een voorwaarde is dat de nota van de apotheker of apotheehouder huisarts volledig gespecificeerd is, dat wil zeggen de noodzakelijke informatie zal bevatten om het geneesmiddelenvergoedingssysteem eenvoudig te kunnen uitvoeren. Voorts stelt het KLOZ aan de orde dat de verzekeraar voldoende tijd moet krijgen om zich administratief-technisch te kunnen voorbereiden. Aan beide voorwaarden is inmiddels voldaan. Het KLOZ is met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) over het specificeren van de nota tot overeenstemming gekomen. Verder is de invoeringsdatum van het geneesmiddelenvergoedingssysteem verschoven naar 1 juli 1991, terwijl over de exacte inhoud van het systeem duidelijkheid is verschaft door publikatie van de Regeling farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering in de Staatscourant van 16 april 1991 (nr. 73). Voor het inhoudelijke commentaar op het systeem zelf verwijst het KLOZ in zijn advies naar het reeds geleverde commentaar van de Ziekenfondsraad en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Ten aanzien hiervan zij opgemerkt dat dit commentaar betrokken is bij de besluitvorming over de regeling in het kader van de ziekenfondsverzekering.

In december 1990 is de Tweede Kamer der Staten-Generaal in principe accoord gegaan met de invoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (Kamerstukken II, 1990/91, 21 500, nr. 15). In overleg met de Tweede Kamer is echter besloten het systeem eerst nog voor een technische toets voor te leggen aan de speciaal voor dit systeem bij de Ziekenfondsraad ingestelde adviescommissie: de Commissie Vergoedingslimieten Geneesmiddelen. Aan de commissie is de aandacht gevraagd voor de opgestelde criteria en de toepassing daarvan voor de indeling van de geneesmiddelen. Tevens is de vraag voorgelegd of er in het voorgestelde systeem voldoende therapeutische alternatieven

beschikbaar zijn binnen een cluster van onderling vervangbare geneesmiddelen. In dit verband is voorts de bijzondere aandacht gevraagd voor de positie van de chronische patiënt.

In haar advies van 26 maart 1991 stelt de commissie dat er per groep geneesmiddelen voldoende therapeutische alternatieven zonder bijbetaling aanwezig zijn en dat, mits rekening wordt gehouden met haar kanttekeningen, de invoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem niet zal leiden tot een kwalitatieve achteruitgang van de farmacotherapie in Nederland. Met inachtneming van de aanbevelingen van de commissie is de Regeling farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering op 15 april 1991 vastgesteld.

Beide Kamers der Staten-Generaal zijn, op grond van artikel 2, vijfde lid, van voornoemde wet over de voorgenomen wijziging schriftelijk ingelicht.

II. Artikelgewijze toelichting

Artikel 1

In het kader van de ziekenfondsverzekering wordt het geneesmiddelenvergoedingssysteem ingevoerd bij een ministeriële regeling op grond van artikel 10 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (Stb. 1971, 550). Dit artikel geeft de minister de bevoegdheid te bepalen in welke gevallen en in welke mate de verzekerde bijdraagt in de kosten van farmaceutische hulp. Ten behoeve van de invoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem is er een nieuwe regeling voor de verstrekking farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering vastgesteld, die met ingang van 1 juli 1991 van kracht zal worden. In een van de bijlagen van deze regeling zijn de geneesmiddelen met de daarbij behorende vergoedingslimiet vermeld.

Met de onderhavige bepaling wordt voor de invoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem in het standaardpakket aan artikel 6 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden een tweede lid toegevoegd, waarin een technische koppeling is gelegd met hetgeen ter zake is bepaald op grond van artikel 10 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering.

Voor het standaardpakket houdt het vorenstaande in dat de vergoeding voor een geneesmiddel niet hoger zal zijn dan de vergoedingslimiet in het kader van de ziekenfondsverzekering. Tevens houdt dit in dat er geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een geneesmiddel waarop het geneesmiddelenvergoedingssysteem van toepassing is, zolang voor dat geneesmiddel nog geen vergoedingslimiet is vastgesteld. Dit laatste heeft betrekking op de geneesmiddelen die na inwerkingtreding van het geneesmiddelenvergoedingssysteem in Nederland in de handel komen.

Ondanks het verschil in systematiek tussen de particuliere verzekeringen enerzijds en de ziekenfondsverzekering anderzijds, is ervoor gekozen een koppeling te leggen met de regelgeving in het kader van de Ziekenfondswet (Stb. 1986, 347). Een dergelijke koppeling verdient de voorkeur omdat het geneesmiddelenvergoedingssysteem een gedetailleerde regelgeving vergt, die constant dient te worden aangepast in verband met het in de handel komen van geneesmiddelen die door het College ter beoordeling van geneesmiddelen krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (Stb. 1958, 408) worden geregistreerd. Zonder een dergelijke koppeling zou telkens zowel de regelgeving op grond van de Ziekenfondswet als die op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen moeten worden aangepast.

Ter toelichting op het tweede lid van artikel 6 zij volledigheidshalve nog opgemerkt dat met de «verzekerde», waarvan in deze bepaling sprake is, in alle gevallen wordt bedoeld op verzekerde in de zin van de Ziekenfondswet.

Artikel II

Voor de datum van inwerkingtreding van dit besluit is aangesloten bij de datum waarop de regeling met betrekking tot het geneesmiddelenvergoedingssysteem in het kader van de ziekenfondsverzekering van kracht wordt.

III. Dereguleringsstoets

Het onderhavige besluit is, aan de hand van de beknopte vragenlijst, zoals opgenomen in de Aanwijzingen inzake de toetsing van ontwerpen van wet en van algemene maatregel van bestuur, op dereguleringsaspecten getoetst. In het navolgende zal hierop worden ingegaan.

Het onderhavige besluit strekt tot wijziging van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden, teneinde er zorg voor te dragen dat de aanspraken op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen voor hen die aanspraak hebben op het vergoedingenpakket ingevolge de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen, het zogenaamde standaardpakket, zoveel mogelijk gelijk blijven met de aanspraken op verstrekking van geneesmiddelen, die gelden volgens het geneesmiddelenvergoedingssysteem in het kader van de ziekenfondsverzekering.

Zoals in het vorenstaande is aangegeven, zal met ingang van 1 juli 1991 in de ziekenfondsverzekering een geneesmiddelenvergoedingssysteem van kracht worden met als hoofddoel het komen tot een beheersing van de ten laste van deze verzekering komende kosten van geneesmiddelen. Door dit systeem in het standaardpakket in te voeren, wordt een dergelijke kostenbeheersing eveneens ten aanzien van dit pakket mogelijk.

Het geneesmiddelenvergoedingssysteem zal tot een kostenbesparing op de geneesmiddelenvoorziening leiden, omdat de jaarlijkse kostengroei door invoering van dit systeem sterk wordt beperkt. Deze kostenbesparing zal worden gerealiseerd door een eenmalig kostendalend-effect op het moment van invoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Dit kostendalend-effect wordt bereikt doordat de kosten van geneesmiddelen boven de vergoedingslimiet niet meer voor rekening komen van de ziekenfonds-, onderscheidenlijk van de verzekering die aanspraak geeft op het standaardpakket. Daarnaast is er het structurele besparingseffect op de kosten verbonden aan de vervanging van reeds bestaande, goedkopere geneesmiddelen door nieuwe, duurdere geneesmiddelen. Verder gaat de invoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem gepaard met initiatieven om te komen tot een rationeler voorschrijfgedrag en geneesmiddelengebruik. In het Financieel Overzicht Zorg 1991 (Kamerstukken II 1990/91, 21 812, nrs. 1-2) wordt uitgegaan van een gemiddelde groei van de kosten voor de geneesmiddelen van circa 4% per jaar over de jaren 1991 tot en met 1994 als gevolg van de werking van het geneesmiddelenvergoedingssysteem.

Aangezien mag worden aangenomen dat het gebruik van geneesmiddelen door hen die aanspraak kunnen maken op het standaardpakket

overeenkomt met het gemiddelde gebruik in Nederland, zal de groei van de kosten voor de geneesmiddelen die op grond van het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden vergoed worden, eveneens beperkt blijven tot 4% per jaar over de jaren 1991 tot en met 1994.

Uitgangspunt van het geneesmiddelenvergoedingssysteem is dat de verzekerde een kwalitatief goed geneesmiddelenpakket geboden wordt dat zonder bijbetaling voor de verzekerde beschikbaar is. Buiten dit geneesmiddelenpakket zijn er geneesmiddelen die niet geheel voor vergoeding ten laste van de ziektekostenverzekering komen. Voor deze geneesmiddelen geldt dat er een of meer goedkopere alternatieven van goede kwaliteit aanwezig zijn.

Het geneesmiddelenvergoedingssysteem zal leiden tot een meer kostenbewust voorschrijfgedrag van de arts en een meer kostenbewuste vraag naar geneesmiddelen door de verzekerde.

De hoogte van het bedrag dat de verzekerde voor duurdere geneesmiddelen zelf moet betalen, is gelijk aan het verschil tussen de inkoopvergoeding van het desbetreffende geneesmiddel en de bij dit geneesmiddel behorende vergoedingslimiet, omgerekend naar de hoeveelheid die wordt verstrekt.

Voor de vaststelling van de vergoedingslimieten zijn de geneesmiddelen, met uitzondering van bepaalde combinatiepreparaten, in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen onderverdeeld. Voor de geneesmiddelen die onderdeel uitmaken van zo'n groep is een gemiddelde prijs per standaarddosering berekend aan de hand van de stappen zoals die bij de regeling in het kader van de ziekenfondsverzekering zijn aangegeven. Dit gemiddelde vormt de berekeningsbasis voor de bepaling van de vergoedingslimieten van de geneesmiddelen binnen een groep.

Voor een systeem van indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen is gekozen om te bereiken dat er voor de verzekerden voldoende keus aan geneesmiddelen zal zijn voor een verantwoorde farmacotherapie zonder dat van bijbetaling door de verzekerde sprake is. Een systeem waarbij er slechts sprake zou zijn van het uitsluitend volledig vergoeden ten laste van de ziektekostenverzekering van de goedkoopste geneesmiddelen, zou een dergelijk breed pakket niet waarborgen. Bij het thans gekozen systeem heeft voorts als uitgangspunt gegolden dat nieuwe geneesmiddelen die niet kunnen worden ondergebracht in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, volledig voor vergoeding in aanmerking komen.

Het kabinet acht op dit moment geen alternatief aanwezig om het nagestreefde doel op een andere wijze te bereiken. Het zogenaamde Omni-partijenakkoord (OPA) van 18 augustus 1988, dat zo'n alternatief bevatte, heeft niet tot de gewenste resultaten geleid. In verband daarmee is besloten tot overheidsmaatregelen over te gaan.

De uitvoering van het onderhavige besluit zal een extra administratieve last betekenen voor de particuliere ziektekostenverzekeraars. Deze extra last en de daaruit voortvloeiende extra kosten, alhoewel de hoogte daarvan thans niet precies is aan te geven, zullen naar mag worden aangenomen echter gering zijn. Immers, tussen het KLOZ en de KNMP is overeenstemming bereikt de nota van de apotheker of apotheekhoudende huisarts zodanig te specificeren dat deze voor de uitvoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem door de particuliere ziektekostenverzekeraar eenvoudig te controleren is en de kosten voor het

geneesmiddel, voor zover aanspraak bestaat op vergoeding daarvan, eenvoudig aan de verzekerde te restitueren zijn. Voorts zij opgemerkt dat de particuliere ziektekostenverzekeraars krachtens artikel 6g van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen een vergoeding voor administratiekosten ontvangen. Deze vergoeding biedt de mogelijkheid om de extra kosten die voor de particuliere ziektekostenverzekeraars voortvloeien uit de uitvoering van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel, op te vangen. Verder zij opgemerkt dat ook de particuliere ziektekostenverzekeraar voordeel heeft bij een beheersing van de kosten voor geneesmiddelen.

Voor de burger betekent het onderhavige besluit enerzijds dat er geneesmiddelen zullen zijn waarvan de kosten niet meer volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed zullen worden, anderzijds heeft de burger baat bij een kostenbeheersing op het terrein van de geneesmiddelenvoorziening. Gezien het uitgangspunt dat er een kwalitatief goed pakket van geneesmiddelen beschikbaar zal blijven, dat volledig voor vergoeding voor rekening van de ziektekostenverzekeraar in aanmerking zal komen, zal genoemd nadeel voor de burger ruimschoots wegvallen tegen het voordeel van kostenbeheersing.

Voor de overheid, bedrijfsleven, artsen en apothekers betekent het onderhavige besluit niet of nauwelijks een extra belasting, daar het slechts gaat om aansluiting op een regeling in het kader van de ziekenfondsverzekering.

Het justitiële apparaat zal amper negatieve gevolgen ondervinden van het invoeren van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel in het standaardpakket, omdat de Beroepscommissie WTZ, te Houten, belast is met alle geschillen, voortvloeiend uit de bepalingen van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekering, dan wel uit de inhoud van de op deze wet gebaseerde verzekeringsovereenkomst.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
H. J. Simons