

Proefberekeningen Geneesmiddelenvergoedingssysteem

Rapportnr. 05-1197
december 2014

Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Proefberekeningen Ge- neesmiddelenvergoe- dingssysteem

Onderzoek in opdracht van het
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport


Nils Ellwanger (APE)

Tom Everhardt (APE)

Ingrid Thuis (OB&A)

Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezond-
heid, Welzijn en Sport

Den Haag, december 2014

 rapport nr. 05-1197

© Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv

Website: www.ape.nl

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt via druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Inhoud

Voorwoord	7	
Managementsamenvatting	9	
1	Inleiding	13
1.1	Aanleiding	13
1.2	Doelstelling	13
1.3	Opzet	14
1.4	Opbouw van het rapport	15
2	De markt voor extramuraal verstrekte geneesmiddelen	17
2.1	Inleiding	17
2.2	Vergoeding geneesmiddel	19
2.3	Apotheekinkoopprijs	20
2.4	Eigen bijdrage	21
2.5	Eigen risico	21
2.6	Kortingen onder couvert	21
3	GVS-clusters en limieten	23
3.1	GVS clusters	23
3.2	Berekeningswijze van de huidige limieten	24
3.3	IJking van de limieten	25
3.4	Variant 99 als alternatieve variant	25
3.5	Lage limieten als alternatieve variant	25
4	Aanpak (proef)berekeningen	27
4.1	Opzet van de (proef)berekeningen	27
4.2	Simulaties	29
4.3	Berekening van de besparingen op het Budgettair Kader Zorg	30
5	Gegevens en gegevensbewerkingen	33
6	Proefberekeningen ceteris paribus	37
6.1	Inleiding	37
6.2	Uitkomsten totaal	38
6.3	Eigen bijdragen op cliëntniveau	39
6.4	Kanttekeningen	45
7	Simulaties	47

7.1	Inleiding	47
7.2	Totale besparingen	48
7.3	Besparingen ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende	49
7.4	Nieuwe gebruikers	51
8	Conclusie	53
	Bijlage 1: Overzichtstabellen	55
	Bijlage 2: Toelichting op geneesmiddelenclusters	58
	Bijlage 3: Verslag Discussiebijeenkomst 29 okt 2014	63

Voorwoord

Het rapport waarvan dit onderzoek verslag doet, is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie (GMT). De uitvoering was in handen van Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics B.V. (APE) in samenwerking met Oldenburg Bonsèl & Associates B.V. (OB&A).

Op 29 oktober 2014 heeft een expertsessie plaatsgevonden in samenwerking met apotheker Gerrit Jan van Ochten (Zorgplan B.V.). Hieraan hebben de onderstaande organisaties deelgenomen, ofwel een schriftelijke reactie gegeven op het verslag van deze sessie. De uitkomsten van deze expertsessie zijn opgenomen in de bijlage van dit rapport.

Organisatie	Deelnemer
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Martin Potjens
Vektis B.V.	Michiel ten Hove
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)	Vertegenwoordigd door SFK
Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)	Ronald van der Vaart
Nederlandse Apothekers Coöperatie U.A. (NAPCO)	Willem Janse
Nefarma	Jan Oltvoort, Daisy Duell
Associatie van Ketenapotheken (ASKA)	Marco Kortleve
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Maarten Vermeulen
Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie (NVPF)	Bart van den Bemt
Bond van de generieke geneesmiddelen industrie (Bogin)	Martin Favié
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)	Jan Benedictus

Voor het onderhavige onderzoek hebben alle zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hun volledige medewerking toegezegd. Declaratiegegevens uit 2012 en 2013 van alle zorgverzekeraars en het Taxebestand van Z-index B.V. zijn door Vektis B.V. ter beschikking gesteld. De uitvoeringsorganisatie CIBG heeft de vergoedingslimieten aangeleverd.

APE

Den Haag, december 2014

Managementsamenvatting

Aanleiding

Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is onderdeel van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De huidige vergoedingslimieten zijn gestoeld op apotheekinkooprijzen van 1998. Op verzoek van de Tweede Kamer is een onderzoek gestart naar de vraag of herberekening van deze vergoedingslimieten op basis van actuele prijzen wel of niet zal leiden tot lagere uitgaven voor geneesmiddelen en/of een besparing op het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Dit laatste zou mogelijk tot een lagere premie voor de verzekerde kunnen leiden.

Beschrijving GVS

Binnen het GVS zijn geneesmiddelen die therapeutisch vergelijkbaar zijn geclusterd in eenzelfde rubriek. Per cluster wordt een vergoedingslimiet vastgesteld gebaseerd op de apotheekinkooprijzen. Als de apotheekinkoopprijs van een geneesmiddel boven de vergoedingslimiet binnen het betreffende cluster ligt wordt het verschil in rekening gebracht bij de cliënt in de vorm van een eigen bijdrage.

Proefberekeningen

In dit onderzoek zijn proefberekeningen uitgevoerd met een drietal alternatieve vergoedingslimieten: proefberekening A met 'geijkte limieten' volgens de huidige berekeningswijze gebaseerd op recente apotheekinkooprijzen, proefberekening B met limieten conform 'Variant 99' gebaseerd op recente apotheekinkooprijzen en proefberekeningen C met limieten die gelijk zijn gesteld aan de laagste recente apotheekinkoopprijs per cluster ('lage limieten').

Nuancering

De proefberekeningen geven een indicatie van de maximale besparing op het BKZ door theoretische uitgekeerde bedragen te berekenen zonder rekening te houden met andere maatregelen en het couverte beleid van zorgverzekeraars. De uitgekeerde bedragen zijn de afgesproken prijzen die de verzekeraar vergoedt en aan de apotheekhoudende betaalt. Verschillende factoren zijn daarbij buiten beschouwing gelaten. Er wordt geen rekening gehouden met marktdynamiek, de introductie van nieuwe geneesmiddelen, het verlopen van octrooien en er zijn geen uitvoeringskosten verrekend.

Ceteris paribus

In eerste instantie is een ceteris paribus proefberekening uitgevoerd, waarbij ervan uit wordt gegaan dat er niet wordt geswitcht naar andere geneesmiddelen

binnen de clusters en dat er geen prijsaanpassingen van geneesmiddelen worden doorgevoerd door de fabrikanten.

Als in plaats van de huidige vergoedingslimieten (referentie) de alternatieve limieten worden gebruikt, dan dalen de door de zorgverzekeraars aan de apothekhoudende uitgekeerde bedragen in de proefberekeningen. Deze besparingen gaan ten laste van de cliënten: terwijl de uitgekeerde bedragen dalen stijgen de eigen bijdragen.

Onderstaande tabel geeft aan wat de uitgekeerde bedragen, de besparingen en de eigen bijdrage in de proefberekeningen ceteris paribus zijn. De combinatiepreparaten zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.

Proefberekeningen ceteris paribus voor clusters met monopreparaten

Berekening	Uitgekeerd bedrag ^a	Besparing Budgettair Kader Zorg ^a	Eigen bijdrage ^a	Patiënten waarbij de eigen bijdrage toeneemt ^b
Referentie	1.610		35	
Proefberekening A	1.438	172	216	6.216
Proefberekening B	1.399	211	258	6.087
Proefberekening C	918	692	776	10.155

^a In € mln. exclusief BTW

^a In duizendtallen

Als we naar de individuele gevolgen voor cliënten kijken heeft een herijking van de limieten (proefberekening A) of de invoering van Variant 99 (proefberekening B) gevolgen voor ruim 6 miljoen cliënten terwijl voor ruim 5 miljoen cliënten de eigen bijdrage niet verandert. In deze proefberekeningen betalen ongeveer 5 miljoen cliënten tot € 50 meer eigen bijdrage dan voorheen en ongeveer 1 miljoen cliënten betalen meer dan € 50 extra. In de proefberekeningen met de 'lage limieten' (proefberekening C) zouden voor ruim 10 miljoen cliënten de eigen bijdragen toenemen: bijna 8 miljoen cliënten met extra eigen bijdragen van maximaal € 50, bijna 1 miljoen cliënten met € 50 tot € 100 extra en bijna 2 miljoen cliënten met nog hogere extra bijbetalingen.

Er zijn grote verschillen in de mate waarin de eigen bijdragen over de clusters zijn verdeeld. In proefberekening A kan een kwart van de eigen bijdragen worden toegewezen aan slechts drie clusters. Voor de meeste clusters stijgt de eigen bijdrage (of blijft deze gelijk). Echter binnen het cluster met ADHD-geneesmiddelen daalt de eigen bijdrage met ruim € 22 mln. in zowel proefberekening A als B, doordat de vergoedingslimiet na herijking stijgt in plaats van daalt. Alleen als de limiet wordt gelijkgesteld aan de laagste dagprijs (proefberekening C) dan is deze daling niet te zien.

Simulaties

Bij herijking van de limieten en bij Variant 99 kunnen extra besparingen worden gerealiseerd als gebruikers naar goedkopere geneesmiddelen switchen binnen een cluster. Ten opzichte van de proefberekeningen ceteris paribus zijn de besparingen bij deze varianten twee tot vier keer hoger als 50% tot 100% van de cliënten switcht. Als 80% van de **nieuwe** gebruikers het goedkoopste geneesmiddel per cluster gebruikt is de besparing ongeveer anderhalf keer zo groot als in de ceteris-paribus situatie. Bij toepassing van de 'lage limieten' wordt geen extra besparing gerealiseerd als cliënten (of nieuwe gebruikers) naar goedkopere geneesmiddelen switchen, omdat het uitgekeerde bedrag reeds gebaseerd is op de laagste dagprijs per cluster.

Een prijsverlaging naar de limiet leidt in geen van de varianten tot een extra besparing ten opzichte van de referentie-berekening. Dit komt doordat in de situatie waarbij de prijs boven de limiet ligt het uitgekeerde bedrag reeds gebaseerd wordt op de limiet. Een prijsverlaging naar het niveau van de limiet heeft dan geen gevolgen voor het uitgekeerde bedrag.

Bij switchgedrag of prijsverlagingen komt een deel van de besparing niet langer ten laste van de cliënt maar ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende. Hoe groter het aandeel dat switcht, of hoe groter het aandeel prijsverlagingen, des te groter het aandeel van de besparing op het BKZ dat ten laste komt van de keten fabrikant – apotheekhoudende.

Conclusies

De proefberekeningen laten voor alle drie limiet-varianten significante besparingen op het BKZ zien, waarbij de 'lage limieten' variant de grootste theoretische besparing geeft. Het effect van switchen kan de besparing bij de andere limiet-varianten op eenzelfde niveau brengen (als alle cliënten switchen naar het goedkoopste middel). De toename in eigen bijdrage in de verschillende varianten is echter niet gelijk over clusters verdeeld en zal dus sommige cliëntgroepen zwaarder belasten dan andere.

De proefberekeningen in deze rapportage zijn feitelijke berekeningen van theoretische maximale bedragen. Op een aantal punten zijn aannames opgenomen uit de motie Kuzu die tot de uitvoering van deze proefberekeningen hebben geleid. Bij het interpreteren van de resultaten is het belangrijk nuanceren van zowel de berekeningen als de aannames mee te nemen.

De aannames ten aanzien van het switchgedrag zijn niet getoetst op therapeutisch haalbaarheid of medische richtlijnen. Geneesmiddelen binnen een cluster

kunnen op populatie niveau therapeutisch vergelijkbaar zijn, maar dit betekent niet dat deze voor de individuele patiënt ook per definitie therapeutisch uitwisselbaar zijn. Ten aanzien van prijsverlagingen is geen rekening gehouden met andere prijsregulerende maatregelen en marktdynamiek die in de praktijk veel invloed hebben op de prijsstelling, zoals het preferentiebeleid van zorgverzekeraars en het verlopen van octrooien.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is een onderdeel van de aansprakenregeling van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Door dit systeem wordt de hoogte van de vergoedingen van de zorgverzekeraar aan cliënten gelimiteerd. Daarnaast is de hoogte van de eigen bijdragen van de cliënt afhankelijk van de vastgestelde vergoedingslimiet. Deze limieten zijn momenteel gestoeld op inkooprijzen van 1998. De vraag of herberekening van de vergoedingslimieten van het GVS zal leiden tot lagere uitgaven voor geneesmiddelen heeft in 2010 geresulteerd in een proefberekening van de GVS-vergoedingslimieten uitgevoerd aan de hand van de apotheekinkooprijzen van juli 2010¹.

Het GVS is een maatregel van vóór het huidige zorgstelsel. De kostenbeheersende functie van het GVS lijkt inmiddels voor een groot deel van de markt ingehaald door het inkoop- en preferentiebeleid van de zorgverzekeraars en de maximumprijzen die zijn vastgelegd in de Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp). Daarnaast zijn het geneesmiddelenpakket en de apotheekinkooprijzen door het verlopen van octrooien, een toename van generieke geneesmiddelen en nieuwe spécialités sterk veranderd. De minister van VWS heeft tijdens het algemeen overleg geneesmiddelen van 6 juni 2013 een nieuwe proefberekening van de GVS-vergoedingslimieten toegezegd. Een daaropvolgende motie van het lid Kuzu (PvdA) is door de Tweede Kamer aangenomen^{2, 3}.

1.2 Doelstelling

Uit de proefberekeningen moet beoordeeld kunnen worden of een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten met actuele apotheekinkooprijzen een besparing op het BKZ kan opleveren. Er worden proefberekeningen uitgevoerd met limieten die op drie verschillende wijzen zijn berekend. De besparingen op het

¹ Kamerstuk 32 123 XVI: Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010, Nr. 164, 6 september 2010.

² Kamerstuk 29 477: Geneesmiddelenbeleid. Motie van het lid Kuzu, Nr. 252, 18 juni 2013.

³ Kamerstuk 29 477: Geneesmiddelenbeleid. Brief van de Minister aan de Tweede Kamer, Nr. 245, 31 mei 2013.

Budgettair Kader Zorg ten gevolge van de drie berekeningswijzen van de nieuwe vergoedingslimieten moeten onderling vergelijkbaar zijn en afgezet kunnen worden tegen de overheidsuitgaven bij ongewijzigde vergoedingslimieten.

Daarnaast dient de proefberekening inzicht te verschaffen ten laste van welke partij de besparing komt. Een besparing veroorzaakt door verlagingen van vergoedingslimieten kan ten laste komen van de consument door toename van de eigen bijdrage of de keten fabrikant – apotheekhoudende, door prijsverlagingen of verschuivingen in het voorschrijfgedrag.

1.3 Opzet

In het onderhavige onderzoek worden de lasten voor het budgettair kader zorg in de uitgangssituatie berekend, gegeven de gerealiseerde geneesmiddelenvraag uit 2013 en bestaande vergoedingslimieten en apotheekinkooprijzen op 1 maart 2014⁴. Deze referentielasten worden afgezet tegen achtereenvolgens:

- 1.) Lasten voor het BKZ, gegeven de aangepaste vergoedingslimieten berekend volgens de huidige systematiek, maar dan gebaseerd op recente apotheekinkooprijzen van maart 2014 (Proefberekeningen A met 'geijkte limieten').
- 2.) Lasten voor het BKZ, gegeven de aangepaste vergoedingslimieten conform 'Variant 99' gebaseerd op recente apotheekinkooprijzen van maart 2014 (Proefberekeningen B met 'limieten Variant 99').
- 3.) Lasten voor het BKZ, gegeven de aangepaste vergoedingslimieten gelijkgesteld aan de laagste recente apotheekinkooprijzen (maart 2014) van een cluster (Proefberekeningen C met 'lage limieten').

In de bovenstaande proefberekeningen wordt uitgegaan van de ceteris paribus situatie: de geneesmiddelenvraag en de apotheekinkooprijzen veranderen niet naar aanleiding van de aangepaste limieten. In overeenstemming met de motie worden voorts worden enkele subvarianten van proefberekening A, B en C gesimuleerd waarbij de ceteris paribus situatie wordt losgelaten:

- a. 100% respectievelijk 80% en 50% van de voorschriften die nu niet voor het goedkoopste middel in een cluster zijn 'switchen' naar het goedkoopste geneesmiddel

⁴ De huidige limieten zijn in beginsel gebaseerd op apotheekinkooprijzen uit 1998.

- b. 80% van de nieuwe gebruikers starten direct met het goedkoopste middel terwijl de chronische cliënten niet switchen
- c. van 100% respectievelijk 80% en 50% van de geneesmiddelen die nu een inkoopprijs hebben die boven de vergoedingslimiet ligt daalt de prijs tot op de hoogte van de vergoedingslimiet.
- d. Combinaties van de scenario's onder a en c.

In alle berekeningen worden de geneesmiddelen die in 2013 en 2014 zijn overgeheveld naar de medisch specialistische zorg (het ziekenhuisbudget), en de in 2015 over te hevelen geneesmiddelen, buiten beschouwing gelaten.

1.4 Opbouw van het rapport

In het volgende hoofdstuk geven wij de werkwijze en omvang van de Nederlandse markt voor extramuraal verstrekte geneesmiddelen aan. In hoofdstuk 3 beschrijven wij de het GVS en de berekeningswijzen van de huidige en de drie alternatieve limieten. In hoofdstuk 4 presenteren wij onze aanpak voor de proefberekeningen. In hoofdstuk 5 gaan wij in op de gebruikte gegevens en de gegevensbewerkingen voor dit onderzoek. Hoofdstuk 6 bevat de resultaten van de proefberekeningen ceteris paribus en hoofdstuk 7 de resultaten van de simulaties. Hoofdstuk 8 sluit af met conclusies.

2 De markt voor extramuraal verstrekte geneesmiddelen

2.1 Inleiding

In 2013 bedragen de kosten voor extramuraal afgeleverde geneesmiddelen € 4.092 mln., exclusief BTW⁵. Bijna de helft van deze kosten (€ 1.991 mln.) bestaan uit vergoedingen voor geneesmiddelen die op populatieniveau therapeutisch vervangbare alternatieven kennen en daarom een vergoedingslimiet hebben (GVS bijlage 1A). Geneesmiddelen die geen alternatief kennen en daarom volledig vergoed worden (GVS bijlage 1B), overige Wmg-geneesmiddelen zoals magistrale bereidingen, geneesmiddelen die buiten de Wmg vallen (niet-receptplichtige medicatie) en vergoedingen voor de terhandstelling (afleververgoeding) maken geen deel uit van dit onderzoek.

Tabel 1: Uitgaven Budgettair Kader Zorg 2012 en 2013

Kostenpost	Uitgaven 2013 (in € mln.)
Geneesmiddelen GVS bijlage 1A (incl. bijlage 2)	1.991
Geneesmiddelen GVS bijlage 1B (incl. bijlage 2)	633
Overige Wmg-geneesmiddelen	88
Buiten-Wmg geneesmiddelen	96
Terhandstelling	1.284
Totaal extramuraal verstrekte geneesmiddelen	4.092

Bron: GI Peilingen 2013.

Sinds 2012 is een aantal geneesmiddelen binnen de aanspraken die verzekerden hebben op grond van de Zvw overgeheveld van de “extramuraal aanspraak farmaceutische zorg” naar de “ziekenhuisaanspraak geneeskundige zorg”. Dit betreft de TNF-alfablokkers (ingang 1 januari 2012) en de (dure) oncolytica en groeihormonen (ingang 1 januari 2013)⁶. Per 1 januari 2014 zijn ook de fertiliteitshormonen overgeheveld naar het ziekenhuisbudget⁶, waarmee ca. € 40 mln. aan kosten

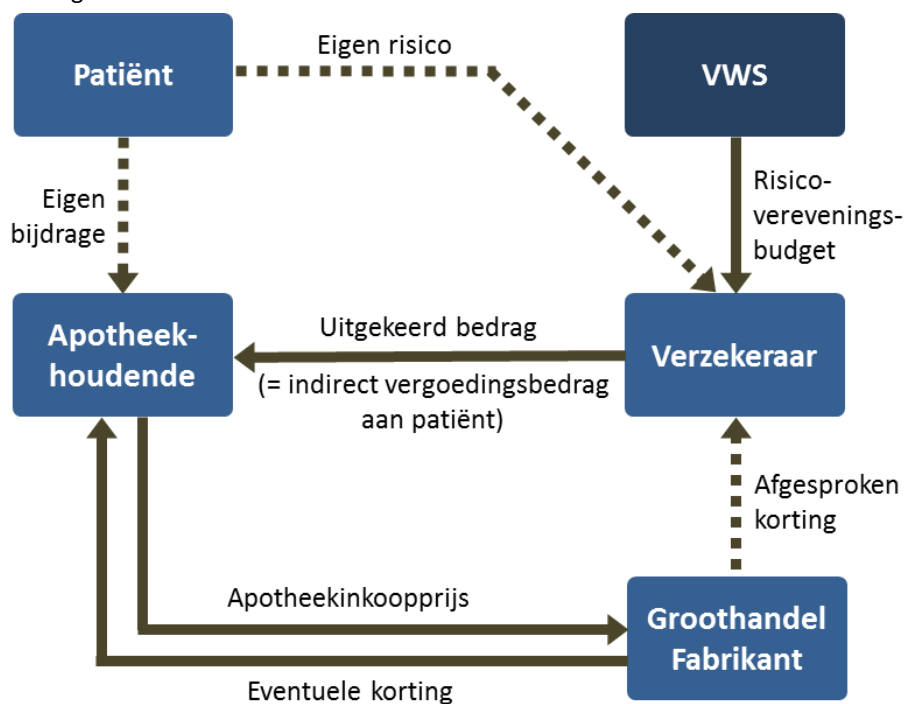
⁵ GI Peilingen 2013.

⁶ Kamerbrief Overheveling specialistische geneesmiddelen, 7 mei 2013.

is gemoeid⁷. Per 1 januari 2015 worden de overige oncolytica met een financieel beslag van ca. € 30 mln. overgeheveld⁸.

Vanuit het BKZ voor de extramurale farmacie wordt het beschikbare budget verdeeld over de zorgverzekeraars. Dit geschiedt voor een groot deel ex ante (voorafgaand aan het budgetjaar) en voor een klein deel ex post (na afloop van het budgetjaar) via het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg. De zorgverzekeraars vergoeden op hun beurt de verzekerden voor de bij de apotheken verstrekte geneesmiddelen en de geleverde farmaceutische zorg. Figuur 1 geeft de actoren en financiële stromen in de markt voor extramuraal verstrekte geneesmiddelen weer.

Figuur 1: Actoren en financiële stromen in de markt voor extramuraal verstrekte geneesmiddelen



⁷ KNMP (2013): Handboek Overheveling fertiliteitshormonen.

⁸ Kamerbrief Overheveling specialistische geneesmiddelen 2015, 15 mei 2014.

2.2 Vergoeding geneesmiddel

De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het aan de cliënt vergoeden van zowel het geneesmiddel als de terhandstelling door de apotheekhoudende. De vergoeding aan de cliënt vindt indirect plaats in de vorm van een door de verzekeraar uitgekeerd bedrag aan de apotheekhoudende. De vergoeding voor de terhandstelling (ook afleververgoeding of WMG-toeslag genoemd) en andere prestaties volgens de prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg blijven in dit onderzoek buiten beschouwing.

De maximale vergoeding wordt over het algemeen bepaald door de vergoedingslimiet. Als de apotheekinkoopprijs boven de limiet ligt, wordt het verschil tussen limiet en apotheekinkoopprijs in rekening gebracht bij de cliënt. Deze bijbetalingen worden eigen bijdragen of GVS-bijbetaling genoemd.

De uitgekeerde bedragen zijn sinds 2012 vrij onderhandelbaar. Vóór 1 januari 2012 was de clawback-regeling in werking. De clawback-regeling was een maatregel die apotheekhoudenden verplichtte om bij de declaratie van receptgeneesmiddelen een korting op de apotheekinkoopprijs te geven. Deze korting bedroeg in 2011 6,82% van de apotheekinkoopprijs en was gebonden aan een maximaal bedrag van € 6,80 per aflevering en geneesmiddel. De clawback-regeling was bedoeld om voor de inkoopvoordelen van de apotheekhoudende te compenseren. Met het vervallen van deze regeling ligt het uitgekeerde bedrag in het algemeen nog steeds onder de apotheekinkoopprijs, maar in een aantal gevallen ook hoger.

In 2013 was de gemiddelde korting 5,4% (gerealiseerd uitgekeerd bedrag ten opzichte van de theoretisch maximale vergoeding). Voor generieke middelen is deze korting gemiddeld 6,1% en voor spécialités 3,1%. De hoogte van het uitgekeerde bedrag is afhankelijk van het door de zorgverzekeraars gevoerde vergoedingsbeleid. Dit beleid kan per polis verschillen. Wij maken onderscheid in preferentiebeleid, het pakjesmodel, historische prijzen en de laagsteprijs-garantie. Als er geen prijsafspraken tussen verzekeraar en apotheekhoudende zijn wordt vaak op basis van restituties vergoedt.

Preferentiebeleid

De zorgverzekeraar kiest voor een of meerdere groepen per werkzame stof minstens één geneesmiddel, oftewel merk, dat vergoed wordt en onderhandelt hiervoor zelf met de fabrikanten over de prijs. Het beleid is tweeledig: enerzijds is er sprake van onder couvert beleid waarbij de verzekeraar een middel vergoedt waarvoor met de fabrikant kortingen op de inkoopprijs afgesproken worden, anderzijds is er sprake van openbaar preferentiebeleid waarbij de verzekeraar met

de apotheekhoudende afspreek dat voor een bepaald middel de apotheekinkoopprijs die geldt op een bepaald peilmoment vergoed wordt. Het preferente geneesmiddel wordt dan meestal ook volledig (tot aan de vergoedingslimiet) vergoed. Niet-preferente geneesmiddelen worden niet vergoed, tenzij er sprake is van medische noodzaak. Waar voorheen de apotheekhoudende het merk koos, wordt dit nu (deels) door de zorgverzekeraar bepaald. Dit beleid heeft de afgelopen jaren grote besparingen opgeleverd voor het BKZ ten laste van de fabrikanten. Ten gevolge hiervan is de premie die de verzekerde betaalt afgenomen.

Pakjesmodel

Voor een pakket aan middelen spreken zorgverzekeraar en apotheekhoudende een vaste vergoeding per verpakking af, ongeacht soort medicijn, merk, inkoopprijs en medische noodzaak. Op sommige medicijnen kan de apotheekhoudende verdienen, op zeldzame en dure medicijnen legt hij toe. Ter compensatie kan tevens het tarief voor de apotheekhoudende worden aangepast (dit wordt bijvoorbeeld toegepast door Achmea).

Historische prijzen en laagste prijs garantie

Sommige verzekeraars kiezen er voor om voor elk geneesmiddel met de apotheekhoudende een prijs af te spreken. Deze prijs kan gestoeld zijn op een prijs van het betreffende geneesmiddel uit het verleden (historische prijs) of op de prijs van het goedkoopste alternatief (laagste prijs garantie). Bij het alternatief gaat het dan normaliter om een geneesmiddel in hetzelfde cluster.

2.3 Apotheekinkoopprijs

De prijzen waarvoor apotheken geneesmiddelen inkopen bij geneesmiddelenfabrikanten (de apotheekinkooprijzen), grotendeels via een groothandel, zijn centraal geregistreerd in het zogeheten Taxebestand van Z-Index . Daarom wordt de apotheekinkoopprijs in de volksmond ook wel taxeprijs genoemd. De taxeprijzen zijn gebonden aan restricties door maximumprijzen, conform de wet geneesmiddelenprijzen (Wgp). De maximumprijs is vastgesteld op basis van het gemiddelde van de prijzen van vergelijkbare geneesmiddelen in de referentielanden België, Bondsrepubliek Duitsland, Frankrijk en Verenigd Koninkrijk.

De apotheekinkoopprijs inclusief eventuele distributiemarge van de groothandel hoeft niet de daadwerkelijke prijs te zijn die de apotheekhoudende aan de fabrikant of groothandel betaalt, omdat de apotheekhoudende bij de leverancier kortingen kan bedingen. Verder is de apotheekinkoopprijs aan verandering onderhevig. De apotheekinkoopprijs daalt bijvoorbeeld wanneer het octrooi van een

geneesmiddel verloopt en er generieke en concurrerende middelen op de markt verschijnen.

2.4 Eigen bijdrage

Als de apotheekinkoopprijs boven de limiet ligt kan de apotheekhoudende het verschil tussen limiet en apotheekinkoopprijs in rekening brengen bij de cliënt. Deze bijbetalingen worden eigen bijdragen of GVS-bijbetaling genoemd. Met aanvullende verzekeringen kunnen ook eigen bijdragen (deels) door de verzekeraar vergoed worden. Dit gegeven blijft in dit onderzoek echter buiten beschouwing. In 2012 bedragen de gerealiseerde eigen bijdragen € 42,7 mln. en in 2013 € 40,1 mln.⁹.

2.5 Eigen risico

Het door de zorgverzekeraar uitgekeerde bedrag aan de apotheekhoudende (voor zowel het geneesmiddel als de terhandstelling) kan op het eigen risico worden verhaald, voor zover dit nog niet verbruikt is. Het eigen risico wordt door het Ministerie van VWS als ontvangsten geboekt. De hoogte van de totale ontvangsten zijn in 2015 begroot op € 3.191 mln.¹⁰ Wij hebben geen gegevens over de hoogte van het eigen risico dat aan de vergoeding voor geneesmiddelen kan worden toegeschreven.

2.6 Kortingen onder couvert

Een aantal zorgverzekeraars hanteert het zogenoemde couvertbeleid (oftewel 'preferentiebeleid onder couvert'). Voor enkele dure merken bieden sommige fabrikanten een korting aan. Deze wordt rechtstreeks aan de verzekeraars betaald. Een merk kan op deze manier met andere merken blijven concurreren zonder dat de apotheekinkoopprijs naar beneden wordt bijgesteld. Een hoge apotheekinkoopprijs is namelijk van belang voor de prijsvorming (en daarmee gepaard gaande omzet) in andere landen.

⁹ GI Peilingen 2012 en GI Peilingen 2013

¹⁰ Begroting 2015.

3 GVS-clusters en limieten

3.1 GVS clusters

GVS-clusters bestaan uit op populatieniveau onderling vervangbare geneesmiddelen. Volgens artikel 2.40 van de Regeling zorgverzekering en de door het ZIN te toetsen criteria zijn geneesmiddelen onderling vervangbaar als zij (1) bij een gelijksoortig indicatiegebied kunnen worden toegepast, (2) via een gelijke toedieningsweg worden toegediend en (3) in het algemeen voor dezelfde leeftijdscategorie zijn bestemd. Geneesmiddelen worden niet als onderling vervangbaar gezien als er (a) tussen die geneesmiddelen verschillen in eigenschappen bestaan, (b) deze verschillen in eigenschappen zich voordoen of kunnen voordoen bij de gehele cliëntenpopulatie, bij welke de geneesmiddelen kunnen worden toegepast en (c) uit de gegevens en bescheiden, blijkt dat deze verschillen in eigenschappen, tezamen genomen, bepalend zijn voor de keuze van het geneesmiddel door de arts.

Een cluster kan dus geneesmiddelen met verschillende werkzame stoffen bevatten. Geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof hoeven echter niet allemaal in hetzelfde cluster ondergebracht te zijn, bijvoorbeeld als de toedieningsweg verschilt. Bij de toedieningswegen wordt een onderscheid gemaakt in toediening door middel van injectie waarbij systemisch het gewenste effect wordt beoogd, toediening niet door middel van een injectie waarbij systemisch het gewenste effect wordt beoogd, toediening door middel van injectie waarbij lokaal het gewenste effect wordt beoogd en toediening niet door middel van een injectie waarbij lokaal het gewenste effect wordt beoogd.

De meeste clusters, namelijk 374 van 513, bevatten werkzame stoffen die in geen ander cluster voorkomen. Hiermee is in 2013 een marktomzet¹¹ van € 1.615 mln. gemoeid. 78 clusters bevatten werkzame stoffen die ook in een ander cluster voorkomen (€ 198 mln. omzet). Hiernaast zijn er 61 clusters die uit combinatiepreparaten, een combinatie van twee of meer verschillende werkzame stoffen, bestaan (€ 291 mln. omzet).

¹¹ Apotheekinkooprijzen maart 2014 vermenigvuldigd met gerealiseerde geneesmiddelenvraag 2013 (per artikel).

3.2 Berekeningswijze van de huidige limieten

De huidige limieten zijn per geneesmiddel, en registratienummer, aangegeven op bijlage 1A van de Regeling zorgverzekering. Deze limieten zijn in de basis gestoeld op inkooprijzen uit 1998. Bij elk geneesmiddel hoort een vergoedingslimiet die per cluster is vastgesteld. Alhoewel elk geneesmiddel op bijlage 1A een vergoedingslimiet kent is niet elk geneesmiddel op bijlage 1A limietbepalend.

De gemiddelde clusterprijs wordt in de huidige situatie berekend op basis van de laagste dagprijs per clustercode, ATC-code, inkoopkanaal, merkstamnaam, hoeveelheid werkzame stof en farmaceutische vorm. De dagprijs is de prijs die een geneesmiddel per dag kost als de standaard dagdosering wordt gebruikt. De laagste dagprijzen worden gemiddeld tot merkprijzen (per clustercode, ATC-code, inkoopkanaal en merkstamnaam). De merkprijzen worden vervolgens gemiddeld per ATC-code en de gemiddelden per ATC-code worden vervolgens weer gemiddeld per cluster.

De limieten zijn in beginsel gestoeld op de hoeveelheid werkzame stof in een product en verlopen dus lineair. Indien van een geneesmiddel verschillende toedieningssterkten bestaan, wordt de vergoedingslimiet, berekend overeenkomstig de artikelen 2.41 tot en met 2.45 van de Regeling zorgverzekering. Voor het geneesmiddel met de kleinste toedieningssterkte wordt gecorrigeerd door de ongecorrigeerde vergoedingslimiet te vermenigvuldigen met $2/10$ maal het quotiënt van de referentiehoeveelheid en de kleinste toedieningssterkte van dat geneesmiddel, vermeerderd met $8/10$. Op deze manier wordt recht gedaan aan vaste productiekosten (kosten die onafhankelijk zijn van de hoeveelheid werkzame stof) bij geneesmiddelen met relatief weinig werkzame stof.

De vergoedingslimiet van een combinatiepreparaat als bedoeld in artikel 2.40, vijfde lid van de Regeling zorgverzekering, is gelijk aan de som van de vergoedingslimieten voor de geneesmiddelen, niet zijnde combinatiepreparaten, die de werkzame bestanddelen bevatten die in het combinatiepreparaat voorkomen en die langs dezelfde toedieningsweg worden toegediend en in het algemeen voor dezelfde leeftijdscategorie zijn bestemd als het combinatiepreparaat.

3.3 IJking van de limieten

Met de bestaande rekensystematiek zijn op basis van apotheekinkooprijzen van maart 2014 actuele vergoedingslimieten berekend¹². Wij noemen deze limieten de ‘geijkte limieten’. Ook al is de rekensystematiek onveranderd, de samenstelling van geneesmiddelen binnen een cluster, waarop de berekening van de vergoedingslimiet is gebaseerd kan bij de herberekening anders zijn. Dit is het geval bij het cluster met ADHD-middelen, waar in 1998 de limieten alleen op Ritalin® zijn gestoeld. Bij de herberekening van de limieten zijn naast Ritalin® ook langwerkende varianten zoals Concerta® of Medikinet® limietbepalend voor deze clusters. Omdat deze nieuwe producten veel duurder zijn dan Ritalin® stijgt de vergoedingslimiet in dit cluster.

3.4 Variant 99 als alternatieve variant

‘Variant 99’ is een variant waarin generieke middelen sterker wegen in de limietbepaling dan in de huidige situatie. Ook deze variant is berekend op basis van apotheekinkooprijzen van maart 2014. In ‘Variant 99’ tellen alle generieke middelen mee bij de berekening van de gemiddelde prijs, en niet zoals in de huidige berekening alleen het goedkoopste generieke middel.

3.5 Lage limieten als alternatieve variant

De ‘lage limieten’ is een variant waarin de hoogte van de limieten gelijk zijn gesteld aan de laagste dagprijs per cluster¹³. De limietbepalende geneesmiddelen zijn dezelfde als bij de huidige rekensystematiek en net als bij de geijkte limieten is deze variant berekend op basis van apotheekinkooprijzen van maart 2014. Omdat voor combinatiepreparaten geen dagprijs bekend is zijn voor deze clusters geen limieten berekend.

¹² De limietberekeningen van de ‘geijkte limieten’ zijn uitgevoerd door het CIBG.

¹³ De ‘lage limieten’ zijn berekend door APE op basis van CIBG-gegevens.

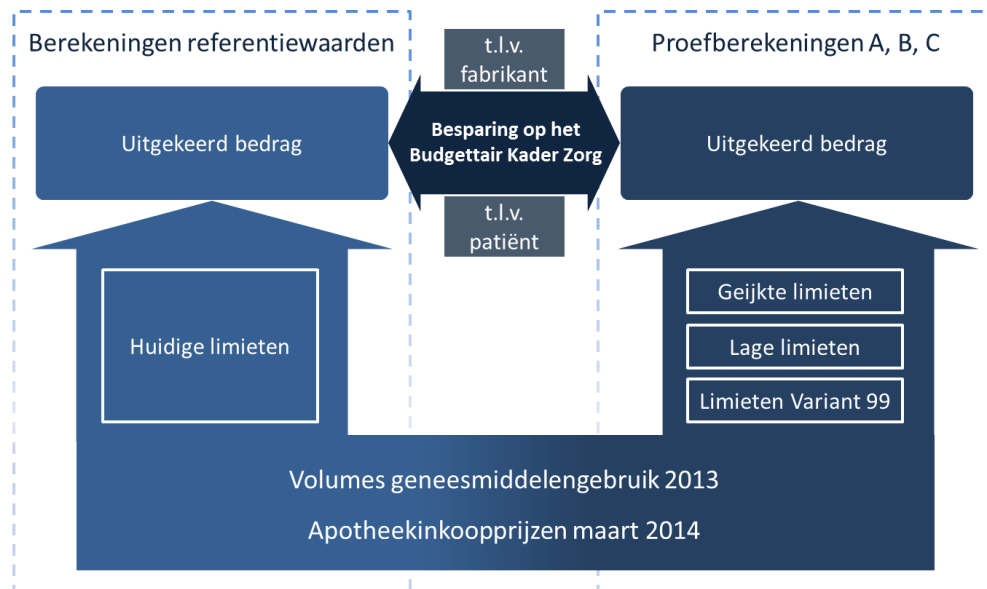
4 Aanpak (proef)berekeningen

4.1 Opzet van de (proef)berekeningen

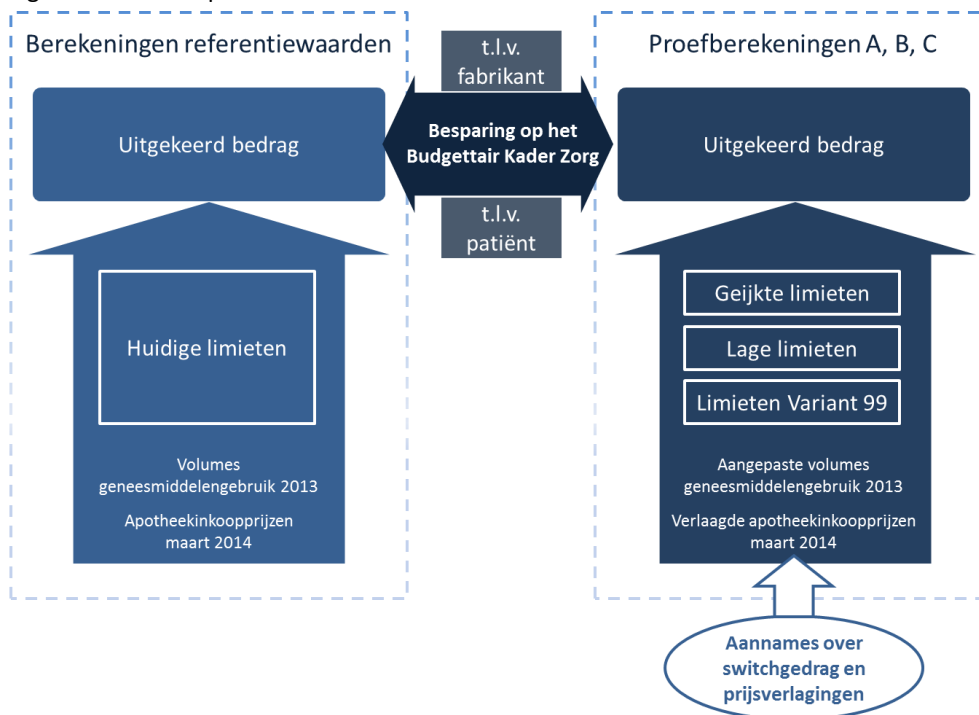
Wij berekenen de besparingen op het BKZ die toe te wijzen zijn aan de aangepaste limieten en geven aan welk deel van deze besparingen ten laste komt van de keten fabrikant – apotheekhoudende, en welk deel ten laste van de cliënt. In de rest van deze rapportage wordt met een besparing ten laste van de fabrikant de gehele keten van fabrikant, groothandel en apotheker bedoeld.

De lasten voor het BKZ in de referentiesituatie berekenen wij gegeven het geneesmiddelgebruik 2013 en de apotheekinkooprijzen van maart 2014. De besparing berekenen wij voorts door het uitgekeerde bedrag in de referentiesituatie te vergelijken met de bedragen die uit de verschillende proefberekeningen resulteren. In de ceteris paribus proefberekeningen blijven deze volumes en prijzen onveranderd (zie Figuur 2), in de simulaties worden deze waarden aangepast op basis van de in paragraaf 1.3 besproken aannames uit de motie van Kuzu² (zie Figuur 3).

Figuur 2: Conceptueel kader voor de (proef)berekeningen ceteris paribus



Figuur 3: Conceptueel kader voor de simulaties



De uitgekeerde bedragen in de referentiesituatie zijn uiteraard berekend op basis van de huidige limieten. In de proefberekeningen zijn de ‘geijkte limieten’ (proefberekening A), de limieten van ‘Variant 99’ (proefberekening B) en de ‘lage limieten’ (proefberekening C) gebruikt.

Apotheekinkooprijzen maart 2014

In referentiesituatie baseren wij ons op de apotheekinkooprijzen van maart 2014. Deze prijzen dienen ook als uitgangspunt voor de (her)berekening van de drie alternatieve limieten. Door de gebruikscijfers uit 2013 te vermenigvuldigen met de apotheekinkooprijzen maart 2014 verkrijgen wij een maximale referentieomzet. Op basis hiervan berekenen wij de uitgekeerde bedragen en de eigen bijdragen die als referentie dienen. Doordat tussen 2013 en maart 2014 de prijzen in het algemeen zijn gedaald zijn deze referentiewaarden dan ook lager dan de werkelijk uitgekeerde bedragen en eigen bijdragen in 2013.

Vergoedingsbeleid

De daadwerkelijk uitgekeerde bedragen zijn afhankelijk van het door de zorgverzekeraar gevoerde vergoedingsbeleid per geneesmiddel. Dit beleid verschilt niet alleen per zorgverzekeraar maar ook per polis. In de berekening van de uitgekeerde bedragen houden wij rekening met het door zorgverzekeraars gevoerde prijsbeleid. Wij doen dit door per geneesmiddel een korting op het maximale

theoretische uitgekeerde bedrag toe te passen. Deze korting is een naar volume gewogen gemiddelde van de gerealiseerde kortingen in 2013. Wij hanteren hierbij de volumes over het hele jaar en de op het moment van levering geldende apotheekinkooprijzen.

Eigen risico

Wij beschikken niet over eigen risico gegevens op receptregelniveau. Het aandeel van de besparing dat ten laste komt van het eigen risico van de cliënt kan daarom niet bepaald worden. Hierdoor zijn de bedragen die ten laste komen van de cliënt vertekend.

Afgesproken kortingen

Als fabrikanten de apotheekinkooprijzen niet willen verlagen (bijvoorbeeld omdat ze daardoor ook in andere landen een lagere prijs krijgen) kunnen zij de afgesproken kortingen verhogen of invoeren, waardoor een geneesmiddel bij de zorgverzekeraar als preferent aangemerkt kan worden. Het geneesmiddel wordt dan volledig vergoed waardoor de fabrikant afzet kan garanderen ook al is de bruto inkoop prijs relatief hoog.

Om de lasten voor het BKZ goed in te kunnen schatten moeten daarom eventuele kortingen op de uitgekeerde bedragen in mindering gebracht worden. Wij beschikken echter niet over deze kortingen en overschatten daarom de uitgekeerde bedragen. SFK heeft een globale inschatting van de afgesproken kortingen voor VGZ gemaakt, gebaseerd op het prijsverschil van als preferent aangewezen geneesmiddel en het goedkoopste geneesmiddel in een cluster. Volgens SFK verdient VGZ ongeveer € 25 mln. aan kortingen¹⁴.

4.2 Simulaties

Switch-gedrag

Ten gevolge van veranderende limieten zouden de geneesmiddelvoorschriften door de arts kunnen worden aangepast naar goedkopere alternatieven als cliënten worden geconfronteerd met hogere eigen bijdragen. Conform de motie Kuzu simuleren wij dit switchgedrag via een drietal scenario's: 50%, 80% en 100% van de voorschriften voor cliënten, die niet het goedkoopste geneesmiddel uit een cluster gebruiken, worden gewijzigd naar een voorschrift van het goedkoopste geneesmiddel binnen hetzelfde cluster. Het geneesmiddel waarnaar wordt uitgeweken, wordt at random gekozen.

¹⁴ Tros Radar uitzending van 29 oktober 2012.

In deze simulatie kan naar elk geneesmiddel worden geswitcht dat in maart 2014 op de markt was. Bij de bepaling van het goedkoopste geneesmiddel wordt rekening gehouden met de standaard dagdosering en de hoeveelheid werkzame stof in het geneesmiddel en hiermee wordt een zogenoemde dagprijs berekend. Voor combinatiepreparaten is geen dagprijs bekend. Alle simulaties worden daarom alleen met monopreparaten uitgevoerd. Verder wordt rekening gehouden met de correctiefactor (zie 0).

In een alternatieve simulatie gaan wij conform de motie Kuzu ervan uit dat 80% van de nieuwe gebruikers ('nieuwe cliënten') meteen ingesteld wordt op het goedkoopste middel. Cliënten die al geneesmiddelen gebruiken ('chronische cliënten') switchen in deze simulatie niet. We definiëren 'nieuwe gebruikers' als de cliënten waarvoor in 2013 een geneesmiddel is afgeleverd maar die in 2012 geen enkele keer een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof hebben ontvangen.

Prijsverlagingen

Van de vergoedingslimieten kan een prijsdrukkend effect uitgaan¹⁵. Daarom voeren wij naast de simulaties van switchgedrag ook simulaties van prijsverlagingen uit. Om een daling in de vraag naar geneesmiddelen waarvoor bijbetaald moet worden af te zwakken, zouden geneesmiddelenfabrikanten de prijs naar beneden kunnen bijstellen. We simuleren drie scenario's: 50%, 80% en 100% van de geneesmiddelen waarvan de prijs boven de vergoedingslimiet ligt krijgt een nieuwe prijs toegewezen die op het niveau van de limiet ligt. Ook hier wordt weer gerekend met de dagprijs en wordt rekening gehouden met de correctiefactor (zie 3.2).

4.3 Berekening van de besparingen op het Budgettair Kader Zorg

De besparing op het BKZ is het verschil tussen het uitgekeerde bedrag in de referentie-situatie (met huidige limieten) en het uitgekeerde bedrag in een alternatieve situatie (met nieuwe limieten). Wij gaan ervan uit dat het kortingspercentage dat de zorgverzekeraar bij de apothekhoudende afdingt ongewijzigd blijft.

Als de prijs niet verlaagd wordt en er niet naar goedkopere geneesmiddelen wordt geswitcht gaat de besparing altijd ten laste van de cliënt en eventuele extra uitgaven (bij limietverhogingen tot boven het niveau van de inkoopprijs) ten gunste van de cliënt. De cliënt heeft immers te maken met hogere of lagere eigen bijdragen. Bijlage tabel 1 geeft zeventien mogelijkheden hoe een verandering van de limiet tot extra uitgaven of besparingen kan leiden. In scenario 3 ligt bijvoor-

¹⁵ Kamerstuk 29 477: Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, 31 mei 2013, Nr. 245.

beeld de prijs van een geneesmiddel onder de huidige limiet. De prijs wordt dus volledig vergoed. De nieuwe limiet ligt onder de prijs. Als er geen prijsverlaging plaatsvindt krijgt de cliënt te maken met eigen bijdragen. In het geval van scenario 3 wordt de prijs echter verlaagd naar de limiet. Daarom gaat de besparing ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende. De besparing voor het BKZ is het verschil tussen de prijs en de nieuwe limiet.

Wanneer de fabrikant de prijs verlaagt gaat de besparing in de meeste gevallen ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende. Een uitzondering hierop is de situatie waarin de nieuwe limiet hoger is dan de huidige limiet en de prijs hoger is dan beide limieten (zie scenario 2 in Bijlage tabel 1). In dat geval is er sprake van extra uitgaven omdat de limiet gestegen is en er dus een hoger bedrag wordt uitgekeerd. Dit verschil gaat ten gunste van de cliënt, die minder hoeft bij te betalen.

Een besparing kan ook zowel ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende als ten laste van de cliënt gaan. Dit is bijvoorbeeld het geval als de cliënt switcht (een goedkoper alternatief voorgeschreven krijgt) en de nieuwe limiet lager ligt dan het goedkoopste geneesmiddel (scenario's 5 en 10)¹⁶. In dit geval krijgt de cliënt ondanks het switchen te maken met een eigen bijdrage. Tegelijk wordt het uitgekeerd bedrag kleiner waardoor de besparing ook ten laste gaat van de fabrikant, de groothandel of de apotheekhoudende.

¹⁶ Het gaat hierbij om 12 clusters met een huidige eigen bijdrage van € 0,4 mln. en een eigen bijdrage na ijking van de limiet van € 3,6 mln. De clusters zijn 1A06ACAO V, 4D07ADADZ V, 2N06BAAO V, 1C04AXAO V, 1A07ACAOS V, AC03EAAO V, 4N05AEAO V, 1N03AXCO V, 2N05ACAO V, 3D07ACADC V, 1C01DXAO V, 0D05BAAO V.

5 Gegevens en gegevensbewerkingen

In het onderhavige onderzoek is gebruik gemaakt (a) bestanden met declaratiegegevens 2012 en 2013, (b) het Z-Index bestand met informatie per geneesmiddel inclusief prijsveranderingen in 2013 en (c) CIBG-bestanden met per geneesmiddel de verschillende limieten, het GVS-cluster en enkele andere kenmerken. Deze bestanden kunnen in principe per artikel aan elkaar worden gekoppeld. Bij deze koppeling is rekening gehouden met verschillende eenheden¹⁷.

Alle zorgverzekeraars hebben voor dit onderzoek declaratiegegevens op receptregelniveau over 2012 en 2013 ter beschikking gesteld. Deze gegevens zijn gebruikt om de volumes in 2013 en de kortingen die de zorgverzekeraars bij apothekhoudende bedingen te bepalen.

Verwijderen van een zestal volmachten

Wij laten zes volmachten vanwege datavervuiling in alle analyses buiten beschouwing (Tabel 6). Het gaat hierbij om 1,15% van de receptregels en 0,93% van de verzekerden. Bij deze volmachten zijn onrealistische verhoudingen tussen het theoretisch maximale en het daadwerkelijke uitgekeerde bedrag gevonden (Tabel 7). Het uitgekeerde bedrag kan in theorie hoger zijn dan de apothekinkoopprijs, maar ruim 60 tot ruim 90 keer zo groot is zeer onwaarschijnlijk. De theoretisch maximale vergoeding is gelijk aan de apothekinkoopprijs of de hoogte van de limiet mits de apothekinkoopprijs hierboven ligt. De verhouding tussen het berekende maximale en het daadwerkelijk uitgekeerde bedrag is gemiddeld 0,93. Bovendien staat het aantal receptregels bij een aantal van deze volmachten niet in een logische verhouding tot het aantal verzekerden.

¹⁷ Bijvoorbeeld zijn de prijzen en limieten in de CIBG-bestanden voor het combinatiepreparaat Pantopac aangegeven per verpakking terwijl de volumes in het declaratiebestand in stuks zijn aangegeven.

Tabel 2: Uit de analyse buiten beschouwing gelaten verzekeraars

Uzovi	Verzekeraar	Receptregels	Verzekerden ^a
3328	Aevitae (ASR Ziektekosten)	117.100	230
8959	Caresco BV (ASR Ziektekosten)	26.773	3.385
8973	IAK Volmacht B.V. (ASR Ziektekosten)	36.145	8.151
8965	Caresco BV (VGZ)	711.847	25.449
8971	IAK Volmacht B.V. (Avéro Achmea)	172.871	20.578
8972	IAK Volmacht B.V. (VGZ)	1.465.320	154.254
	Totaal	2.530.056	212.047

^a Aantal verzekerdenjaren 2010 (Bron: Vektis).

Tabel 3: Verhoudingen tussen het berekende maximale en het daadwerkelijke uitgekeerde bedrag 2013 bij een zestal volmachten

Uzovi	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
3328	0,08	0,03	0,01	0,18	0,55	94,68	94,45	71,72	94,19	61,63	70,63	0,04
8959	0,04	0,02	1,17	0,89	0,56	93,51	93,49	93,72	93,86	95,45	92,71	1,03
8973	0,01	0,67	0,05	0,14	0,86	71,65	63,08	65,67	66,16	60,59	65,93	0,12
8965	2,80	3,07	3,13	3,14	3,29	3,52	2,37	2,63	0,81	2,74	2,99	2,92
8971	0,65	0,64	0,64	0,67	0,67	0,62	0,64	0,66	0,65	0,67	0,66	0,63
8972	0,74	0,74	0,72	0,73	0,72	0,73	0,74	0,76	0,73	0,75	0,76	0,68

Aanpassen uitgekeerde bedragen

Ondanks het verwijderen van de bovengenoemde volmachten zijn er nog een klein aantal foute uitgekeerde bedragen in het bestand aanwezig. Bij een aantal receptregels was het uitgekeerde bedrag plus eigen bijdrage bijna 10.000, 1.000 of 100 keer hoger dan het inkoopbedrag. De afgeleverde hoeveelheid en de apotheekinkooprijzen maart 2014 impliceren dat het hierbij om kommafouten gaat. De uitgekeerde bedragen zijn handmatig aangepast. Door deze aanpassing daalt het macro uitgekeerde bedrag met € 1,03 mln.

Onbekende artikelnummers

In het bestand zijn verder een klein aantal artikelnummers van Strattera[®] capsules¹⁸ en de Yasmin[®] tablet¹⁹ aanwezig die niet in het CIBG-bestand terug te vinden zijn en daarom ook geen limiet toegewezen krijgen. Deze specifieke artikelnummers worden niet meer vergoed maar de vraag naar deze middelen bestaat in 2014 nog wel. Daarom hebben wij de volumes van deze middelen geschaard on-

¹⁸ Het gaat hierbij om de artikelnummers 15569233, 15207358, 15207366, 15207374.

¹⁹ Het gaat hierbij om de artikelnummers 15602362, 15715299, 15584356, 15602362.

der vergelijkbare middelen qua prijs, hoeveelheid, inkoopkanaal en werkzame stof. Hierdoor hebben we deze volumes wel kunnen meenemen. Het gaat om in totaal een eigen bijdrage van € 135.000.

Overhevelingen

De fertiliteitshormonen die per 1 januari 2014²⁰ naar het ziekenhuisbudget zijn overgeheveld en de overige oncolytica die per 1 januari 2015²¹ zullen worden overgeheveld worden in de (proef)berekeningen niet meegenomen. Ook de eerder overgehevelde middelen, de TNF-alfablokkers en de (dure) oncolytica en groeihormonen, worden vanzelfsprekend niet meegenomen, omdat deze in 2013 niet meer voorkomen in de declaratiebestanden.

²⁰ Het gaat hierbij om de ATC-codes G03GA01, G03GA02, G03GA04, G03GA05, G03GA06, G03GA08 (ook ATC G03GA voor artikelnummer: 14680661), G03GA09, G03GB02, H01CA01, H01CA02, H01CC01, H01CC02 en L02AE04 (DECAPEPTYL INJECTIE VLSTF 0,5MG/ML en TRIPTOFEM INJVLST 0,1MG/ML WWSP 1ML).

²¹ Het gaat hierbij om de ATC-codes L01AA01, L01AA02, L01AA03, L01AB01, L01AC01, L01AD02, L01AX03, L01BB03, L01BB05, L01BC01, L01BC06, L01BC53, L01CA01, L01CA02, L01CB01, L01CB02, L01DA01, L01DB03, L01DB06, L01DB07, L01DC01, L01DC03, L01XA01, L01XB01, L01XX01, L01XX05 (alleen Hydrea), L01XX11, L01XX14 (alleen VESANOID CAPSULE), L01XX17, L01XX35, L01XE18, L04AX02.

6 Proefberekeningen ceteris paribus

6.1 Inleiding

Ceteris paribus

In dit hoofdstuk presenteren wij de proefberekeningen ceteris paribus. In deze berekeningen wordt het effect van de limietveranderingen in kaart gebracht zonder dat er andere effecten optreden zoals veranderingen in voorschrijfgedrag of apotheekinkooprijzen. Wij plaatsen in dit hoofdstuk een aantal kanttekeningen bij de resultaten.

Proefberekeningen A, B en C

De proefberekeningen zijn gemaakt met drie alternatieve limieten. Proefberekening A is gebaseerd op limieten die geijkt zijn op apotheekinkooprijzen van maart 2014. Proefberekening B is gebaseerd op limieten conform 'Variant 99'. Proefberekening C is gebaseerd op de 'lage limieten', limieten die gelijk zijn gesteld aan de laagste apotheekinkooprijzen per cluster.

Besparing op het Budgettair Kader Zorg

De besparing op het BKZ wordt aangegeven door het verwachte uitgekeerde bedrag bij toepassing van de alternatieve limieten te vergelijken met het verwachte uitgekeerde bedrag bij toepassing van de huidige limieten. Met andere woorden, wij vergelijken steeds de uit de proefberekeningen resulterende uitgekeerde bedragen met referentiewaarden. De referentiewaarden zijn berekend op basis van de volumes 2013 en de apotheekinkooprijzen van maart 2014.

Monopreparaten en combinatiepreparaten

Proefberekeningen A en B voeren wij in eerste instantie uit voor alle clusters, proefberekening C alleen voor clusters met monopreparaten omdat bij de 'lage limieten' voor combinatiepreparaten de dagprijs niet bekend is. Om het effect van de verschillende limieten onderling te kunnen vergelijken geven wij de besparingen bij proefberekeningen A en B ook aan voor de clusters met monopreparaten.

Uitgekeerde bedrag en eigen bijdrage in de referentie-situatie

Het uitgekeerde bedrag in de referentie-situatie ligt op € 1.872 mln. voor alle clusters en op € 1.610 mln. voor de clusters zonder combinatiepreparaten. De eigen bijdrage in de referentie-situatie is € 35 mln. Hiervan is slechts € 0,5 mln. voor combinatiepreparaten. Doordat de apotheekinkooprijzen in maart 2014 iets lager zijn dan in 2013 zijn de referentiebedragen lager dan het gerealiseerde uitgekeerde bedrag en de eigen bijdrage in 2013. Voor een groot deel kan dit toegeschreven worden aan de prijsdalingen bij ADHD-middelen. Bovendien zijn enkele kleinere volmachtverzekeraars uit de gegevensbestanden verwijderd (zie hoofdstuk 5) waardoor het analysebestand 'slechts' 99,07% van de verzekerden vertegenwoordigd.

6.2 Uitkomsten totaal

Uitkomsten proefberekeningen A en B

In deze ceteris paribus berekeningen komt de besparing volledig ten laste van de cliënten (Tabel 4). Bij een herijking van de limieten daalt het uitgekeerde bedrag met € 201 mln. en stijgen de eigen bijdragen met € 213 mln. (proefberekening A). De eigen bijdrage stijgt meer dan het uitgekeerde bedrag daalt. Dit komt doordat de zorgverzekeraar, afhankelijk van het prijsbeleid, bij de apotheekhoudende een korting in rekening brengt (in 2013 gemiddeld 5,4%) terwijl de cliënt het gehele verschil tussen apotheekinkoopprijs en vergoedingslimiet (zonder korting) bijbetaalt. Doordat de limieten bij herijking veelal dalen neemt het theoretisch maximale uitgekeerde bedrag af en daalt de totale korting die de zorgverzekeraar berekent.

Bij Variant 99 daalt het uitgekeerde bedrag met € 244 mln. en stijgen de eigen bijdragen met € 258 mln. (proefberekening B). 23% van het uitgekeerde bedrag is bestemd voor spécialités. Dit aandeel blijft in de proefberekeningen A en B hetzelfde. In de referentie-situatie worden 8% van de eigen bijdragen toegeschreven aan spécialités. In de proefberekeningen A en B is dit 18%. Deze toename wordt veroorzaakt doordat gebruikers van de relatief dure spécialités sneller geconfronteerd worden met (hogere)eigen bijbetalingen bij een limietverlaging. Dit komt doordat de relatief hoge apotheekinkoopprijs vaak al boven het niveau van de oude limiet ligt. Een limietverlaging vergroot dan de eigen bijbetaling. Daartegenover staat dat bij de relatief goedkope generieke geneesmiddelen de kans juist groter is dat de inkoopprijs bij een limietverlaging nog steeds onder het niveau van de nieuwe limiet ligt. Van een eigen bijbetaling is dan geen sprake.

Tabel 4: Totale uitkomsten van proefberekeningen A en B ceteris paribus voor alle clusters (percentage spécialités tussen haakjes)

Berekening	Uitgekeerd bedrag ^a	Eigen bijdrage ^a
Referentie	1.872 (23%)	35 (8%)
Proefberekening A	1.671 (23%)	248 (18%)
Proefberekening B	1.628 (23%)	293 (18%)

^a in € mln.

Uitkomsten proefberekening C

Als de proefberekening met de 'lage limieten' wordt uitgevoerd daalt het uitgekeerde bedrag met € 695 mln. (Tabel 5). Dit bedrag is een onderschatting omdat in proefberekening C combinatiepreparaten buiten beschouwing zijn gebleven. Om het effect van deze 'lage limieten' te kunnen vergelijken met de twee andere limieten hebben wij ook voor de twee andere limieten de proefberekeningen zonder combinatiepreparaten uitgevoerd.

Tabel 5: Totale uitkomsten van proefberekeningen A, B en C ceteris paribus voor alleen clusters met monopreparaten (percentage spécialités tussen haakjes)

Berekening	Uitgekeerd bedrag ^a	Eigen bijdrage ^a
Referentie	1.610 (20%)	35 (6%)
Proefberekening A	1.438 (21%)	216 (13%)
Proefberekening B	1.399 (21%)	258 (13%)
Proefberekening C	918 (26%)	776 (12%)

^a In € mln.

6.3 Eigen bijdragen op cliëntniveau

In de proefberekeningen is de toe- of afname in eigen bijdrage niet bij elke cliënt en niet voor elk middel even groot. Vele cliënten gebruiken in een jaar meerdere verschillende geneesmiddelen naast of achter elkaar ('stapeling'). Tabel 6 geeft aan in welke mate cliënten met veranderingen in eigen bijdragen geconfronteerd worden.

In de proefberekeningen ceteris paribus heeft een herijking van de limieten of de invoering van Variant 99 gevolgen voor ruim 6 miljoen cliënten en voor ruim 5 miljoen cliënten verandert de eigen bijdrage niet. Ongeveer 5 miljoen cliënten betalen tot € 50 meer eigen bijdrage dan voorheen en ongeveer 1 miljoen cliënten betalen meer dan € 50 extra. In de proefberekeningen met de 'lage limieten' zouden bijna 8 miljoen cliënten met extra eigen bijdragen van maximaal € 50 te ma-

ken hebben, bijna 1 miljoen cliënten met € 50 tot € 100 en bijna 2 miljoen cliënten met nog hogere extra bijbetalingen.

Tabel 6: Mutatie in eigen bijdrage op cliëntniveau in de proefberekeningen ceteris paribus

Mutatie eigen bijdrage	Aantal cliënten^a geijkte limieten	Aantal cliënten^a Variant 99	Aantal cliënten^a lage limieten^b
minstens € 500 minder	7	7	0
€ 250 tot € 500 minder	30	30	0
€ 100 tot € 250 minder	28	28	0
tot € 100 minder	212	209	59
onveranderd	4.084	4.216	401
tot € 50 meer	5.339	5.024	7.622
€ 50 tot € 100 meer	353	434	913
€ 100 tot € 250 meer	391	435	847
€ 250 tot € 500 meer	94	145	458
minstens € 500 meer	39	49	275
totaal	10.576	10.576	10.576

^a Maal 1.000.

^b In deze berekeningen is geen rekening gehouden met combinatiepreparaten.

Scheve verdeling van eigen bijdrage over de clusters

De verhoging van de eigen bijdragen in absolute zin is scheef verdeeld over de clusters. Zo kan in proefberekening A een kwart van de eigen bijdragen worden toegewezen aan drie clusters. Tabel 7 geeft de clusters met de grootste absolute veranderingen in eigen bijdragen die uit de drie proefberekeningen resulteren. Terwijl de eigen bijdragen per cluster over het algemeen stijgen (of gelijk blijven) vormt het cluster met ADHD-geneesmiddelen een uitzondering. Hier daalt de eigen bijdrage met ruim € 22 mln. in proefberekeningen A en B. Dit komt doordat de vergoedingslimieten na herijking in dit cluster niet dalen, maar stijgen. Als de limiet aan de laagste dagprijs gelijk wordt gesteld (proefberekening C) is er in dit cluster geen sprake meer van een daling in eigen bijdrage.

Bij cholesterol synthese remmers en anti-epileptica stijgt de eigen bijdrage van € 0 naar respectievelijk € 29 mln. en € 15 mln. (zie Tabel 7). Daartegenover staat dat bij het cluster met ADHD-geneesmiddelen de eigen bijdrage daalt van € 23 mln. naar € 1,2 mln. De vergoedingslimiet voor dit cluster stijgt bij herijking ondanks een algemene prijsdaling voor de geneesmiddelen in dit cluster. Dit heeft ermee te maken dat in de limietberekeningen 1998 langwerkende, duurdere ADHD-middelen niet zijn meegenomen terwijl dat in de ijking wel het geval is.

De eigen bijdrage voor cholesterolsynthese remmers stijgt met € 29 mln. Algemeen²² wordt geadviseerd bij gebruik van statines een middel te gebruiken met beschikbare effectiviteitsgegevens en lagere kosten (simvastatine of pravastatine).

Voor het cluster 'Overige anti-epileptica' stijgt de eigen bijdrage met € 15 mln. De geneesmiddelen in dit cluster worden in het algemeen voorgeschreven als de eerste keus geneesmiddelen onvoldoende werkzaam zijn.

De eigen bijdrage binnen het cluster 'Overige middelen bij anemie (parenteraal)' neemt met € 9 mln. toe. De mogelijkheid en wens tot switchen naar een middel zonder eigen bijdrage is afhankelijk van het gebruik. Switchen naar een goedkoper middel (erythrocytenconcentraat) heeft de voorkeur, echter bij langdurig gebruik kan een lagere toedienfrequentie (van darbepoëtine) een voordeel zijn.

Toelichting op de overige clusters is terug te vinden in bijlage 2.

²² Farmacotherapeutisch Kompas

Tabel 7: Eigen bijdragen per cluster: de 10 clusters^a met de grootste absolute veranderingen in eigen bijdragen

Cluster	Eigen bijdrage ^b	Eigen bijdrage ^b	Eigen bijdrage ^b	Eigen bijdrage ^b	Cliënten ^d
	referentie	geijkte limieten	Variant 99	lage limieten	
Cholesterolsynthese remmers (statines)	0	29	38	68	2.788
Overige anti-epileptica	0	15	15	35	175
B ₂ -Sympathicomimeticum en corticosteroïd (bij astma/COPD)	0	10	11	n.v.t. ^c	231
Overige middelen bij anemie (parenteraal)	0	9	11	22	27
Calciumantagonisten (oraal)	0	7	10	24	967
B ₂ -Sympathicomimetica (bij astma/COPD)	0	7	9	n.v.t. ^c	263
Antidepressiva - SSRI's	0,5	7	7	29	863
Parasympaticolytica, inhal. (bij COPD)	0	6	7	7	250
Protonpompremmers (bij reflux/ulcus)	0	6	6	27	2.573
Corticosteroïden (nasaal)	0	5	6	21	1.431
Overige antipsychotica (bij schizofrenie)	0	3	4	21	256
Middelen bij urine-incontinentie	2	3	4	19	173
Angiotensine II antagonisten	0	2	4	27	904
Psychostimulantia (bij ADHD)	23	1	1	28	301

^a De lijst meer dan 10 clusters omdat het hier gaat om de top 10 per proefberekening.

^b In € mln.

^c Hierbij gaat het om combinatiepreparaten.

^d Maal 1.000.

Tabel 6 toont een scheve verdeling van de mutaties in eigen bijdragen per cliënt. Tabel 7 geeft de totale (mutaties van de) eigen bijdragen per cluster. Om meer inzicht te krijgen in het type geneesmiddel met grote individuele gevolgen voor de hoogte van de eigen bijdragen moet naar de veranderingen per geneesmiddel en cliënt worden gekeken. In Tabel 8 geven wij een overzicht van de clusters met de grootste veranderingen. In proefberekening A zou bijvoorbeeld een gemiddelde cliënt op jaarbasis € 2.718 meer voor een geneesmiddel in het cluster 'Antimycotica - triazolen' moeten bijbetalen.

In het cluster 'Overige alimentaire en metabole producten' neemt de eigen bijdrage per cliënt toe met € 719. Tyrosinemie type I is een ernstige chronische levensbedreigende aandoening. Behalve dieetmaatregelen en levertransplantatie zijn er geen therapeutische mogelijkheden.

In de top 10-lijst bevinden zich twee clusters met Antibacteriële middelen, te weten de aminoglycosiden en de fluorchinolonen met respectievelijk een toename van € 577 en € 479 per cliënt. De aminoglycosiden hebben elk hun eigen indicatiegebied tegen infecties door micro-organismen gevoelig voor het specifieke middel. De fluorchinolonen zijn 'reserve' antibiotica. Om resistentieontwikkeling te voorkomen dient toepassing te worden gereserveerd voor situaties waar met andere antibiotica onvoldoende resultaat wordt verkregen.

Toelichting op de overige clusters is terug te vinden in bijlage 2.

Tabel 8: Gemiddelde eigen bijbetalingen per cliënt per cluster: de 10 clusters^a met grootste absolute veranderingen in eigen bijdragen

Cluster	Eigen bijdrage ^b referentie	Eigen bijdrage ^b geijkte limieten	Eigen bijdrage ^b Variant 99	Eigen bijdrage ^b lage limieten	Cliënten ^c
Antimycotica - triazolen	1	2.719	2.745	2.720	1,4
Antitrombotica - trombocytenaggregatieremmers	0	2.003	2.003	4.821	0,2
Antivirale middelen bij HIV	0	1.170	1.170	1.170	2,4
Antihypertensiva bij pulmonale arteriele hypertensie	0	1.104	1.104	6.245	1,1
Overige alimentaire en metabole producten	0	719	719	719	0,0
Antibacteriële middelen - aminoglycosiden	95	577	577	2.033	2,6
Zenuwstelsel overige middelen	0	507	210	746	1,5
Antibacteriële middelen - fluorchinolonen	0	479	479	479	0,1
Selectieve immunosuppressiva	0	421	421	484	1,6
Hypothalamushormonen	0	411	411	1.265	3,3
Overige middelen bij anemie (parenteraal)	0	311	397	822	27,3
Opioiden (oraal)	0	291	258	789	18,0
Antivirale middelen nucleosiden en nucleotiden (excl. RTI's)	0	407	407	443	1,6

^a De lijst meer dan 10 clusters omdat het hier gaat om de top 10 per proefberekening.

^b In €.

^c Maal 1.000.

6.4 Kanttekeningen

Uit de proefberekeningen ceteris paribus resulteren grote besparingen die volledig ten laste komen van de cliënten in de vorm van hogere eigen bijdragen. Er wordt in deze proefberekening verondersteld dat een verandering van de limieten geen enkel effect heeft op factoren zoals de inkoopprijs of consumptiegedrag (switchgedrag). De plausibiliteit van deze berekeningen is dan ook in de discussiebijeenkomst met stakeholders (zie bijlage 3) ter discussie gesteld. In deze alinea illustreren wij aan de hand van een aantal clusters mogelijke gevolgen van een limietverandering wat betreft switchgedrag.

Bij rationeel gedrag zou een cliënt die opeens te maken krijgt met (hogere) eigen bijdragen naar een goedkoper geneesmiddel switchen. Aan dit gedrag zijn echter een aantal voorwaarden gekoppeld. Er kan niet worden geswitcht als er geen geschikt alternatief geneesmiddel bestaat. Bovendien is deze overstap afhankelijk van de keuzes die de voorschrijvende arts maakt en de voorkeuren van de cliënt.

De mate waarin een ander geneesmiddel geschikt is als alternatief is afhankelijk van meerdere factoren. Allereerst is de therapeutisch uitwisselbaarheid belangrijk. Een geneesmiddel dat therapeutisch vergelijkbaar is, is niet per definitie uitwisselbaar. Bij voorkeur worden daarin de therapeutische richtlijnen gevolgd, waarbij effectiviteit van de behandeling voorop staat. Daarnaast zijn ook specifieke cliëntkenmerken van belang, zoals bijvoorbeeld inhalatiekracht bij specifieke inhalatoren. Daarnaast kunnen bij de keuze van een geneesmiddelen ook de werkingsduur, toedienfrequentie en de beschikbaarheid van specifieke doseringen een rol spelen.

7 Simulaties

7.1 Inleiding

Simulaties van veranderingen in het voorschrijfgedrag en prijsverlagingen

In dit hoofdstuk presenteren wij de simulaties: proefberekeningen met de aannames over switch-gedrag en prijsverlagingen conform de motie Kuzu. Middels de simulaties wordt het theoretische effect van de limietveranderingen in kaart gebracht bij een gelijktijdige verlaging van de prijs en/of verandering in het voorschrijfgedrag. Wij presenteren de effecten van een switch van 50%, 80% en 100% van de cliënten naar het goedkoopste geneesmiddel in hetzelfde cluster²³, van een situatie waarin 80% van de nieuwe gebruikers het goedkoopste middel per cluster gebruikt²⁴ en van een prijsverlaging naar de vergoedingslimiet bij 50%, 80% en 100% van de geneesmiddelen. Hiernaast geven wij aan wat het effect is bij een gelijktijdige switch van 50% van de cliënten en een prijsverlaging bij 50% van de geneesmiddelen.

Besparing op het Budgettair Kader Zorg (BKZ)

De besparing op het BKZ wordt bij de simulaties op dezelfde manier berekend als bij de proefberekeningen ceteris paribus, namelijk door het verwachte uitgekeerde bedrag bij toepassing van de alternatieve limieten te vergelijken met het verwachte uitgekeerde bedrag bij toepassing van de huidige limieten. Het verschil met de proefberekeningen ceteris paribus is dat niet alle besparingen volledig ten laste van de cliënten gaan, maar dat een deel van de besparing ten laste komt van de schakels in de keten fabrikant – apotheekhoudende. Wij maken hierbij geen onderscheid in de verschillende schakels, zoals apotheekhoudende, groothandel of fabrikant. Er zijn, afhankelijk van de hoogte van de limiet, 17 scenario's denkbaar die bepalen welk aandeel van de besparing ten laste of ten gunste van de

²³ Hiertoe wordt de dagprijs bepaald, de prijs voor een standaarddosis per dag. Er wordt geen rekening gehouden met de hoeveelheid werkzame stof. Een cliënt kan dus bijvoorbeeld switchen van een tablet van 50 mg naar een tablet van 25 mg. Als de standaarddosis 50mg is moet hij van het alternatieve geneesmiddel twee tabletten innemen.

²⁴ 'Nieuwe gebruikers' zijn gebruikers die in 2013 een geneesmiddel hebben gekregen dat zij in 2012 niet hebben gebruikt. Wij kijken hierbij naar de werkzame stof.

cliënt komt en welk aandeel ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende (zie Bijlage tabel 1).

Simulaties alleen voor monopreparaten

Voor combinatiepreparaten kunnen geen simulaties van een switch naar het goedkoopste middel worden uitgevoerd omdat de minimale dagprijs hiervoor niet kan worden vastgesteld. Daarom worden alle simulaties alleen uitgevoerd voor de clusters met monopreparaten en zijn de resultaten van de verschillende simulatie-varianten onderling vergelijkbaar.

7.2 Totale besparingen

Tabel 9 geeft de totale besparingen op het BKZ die uit de simulaties resulteren. Bij herijking van de limieten en bij Variant 99 kunnen extra besparingen worden gerealiseerd als gebruikers naar goedkopere geneesmiddelen switchen in een cluster. Ten opzichte van de proefberekeningen ceteris paribus zijn de besparingen bij deze varianten twee tot vier keer hoger als 50% tot 100% van de cliënten switcht. Als 80% van de nieuwe gebruikers het goedkoopste geneesmiddel per cluster gebruikt is de besparing ongeveer 1,5 keer zo groot.

Bij toepassing van de ‘lage limieten’ wordt geen extra besparing gerealiseerd als cliënten (of nieuwe gebruikers) naar goedkopere geneesmiddelen switchen. Dit komt doordat de limieten gelijk zijn gesteld aan de laagste apotheekinkoopprijs per cluster. De vergoeding is in de referentie-situatie gelijk aan de inkoopprijs van het goedkoopste middel in een cluster²⁵. Een overstap naar dit middel resulteert logischerwijs dan niet in een extra besparing op het macro uitgekeerde bedrag.

Een prijsverlaging naar de limiet leidt in geen van de varianten tot een extra besparing ten opzichte van de referentie-berekening. Dit komt doordat in de situatie waarbij de prijs boven de limiet ligt het uitgekeerde bedrag gebaseerd wordt op de limiet. Een prijsverlaging naar het niveau van de limiet heeft dan geen gevolgen voor het uitgekeerde bedrag. Hierdoor is de besparing in de simulaties waarbij gelijktijdig 50% switcht en 50% van de inkooprijzen verlaagd wordt naar de limiet identiek aan de simulatie waarbij alleen 50% switcht.

²⁵ Als hierbij geen rekening gehouden wordt met de clawback en het preferentie-beleid.

Tabel 9: Besparing op het BKZ per simulatie (alleen monopreparaten)

Simulatie	Besparing geijkte limieten ^a	Besparing Variant 99 ^a	Besparing lage limieten ^a
Ceteris paribus	172	211	692
Switch 50%	433	453	692
Switch 80%	590	598	692
Switch 100%	695	695	692
Nieuwe gebruikers 80% switch	253	289	692
Prijsverlaging 50%	172	211	692
Prijsverlaging 80%	172	211	692
Prijsverlaging 100%	172	211	692
Switch 50% en prijsverlaging 50%	433	453	692

^a in € mln.

7.3 Besparingen ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende

Tabel 10 geeft aan welk deel van besparingen op het BKZ ten laste gaan van de keten fabrikant – apotheekhoudende. Het resterende percentage gaat ten laste van de cliënt.

Tabel 10: Besparing ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende op het BKZ per simulatie (alleen monopreparaten)

Simulatie	Besparing geijkte limieten ^a	Besparing Variant 99 ^a	Besparing lage limieten ^a
Ceteris paribus	0	0	0
Switch 50%	80	77	50
Switch 80%	94	93	80
Switch 100%	100	100	100
Nieuwe gebruikers 80%	44	39	16
Prijsverlaging 50%	59	55	50
Prijsverlaging 80%	86	86	80
Prijsverlaging 100%	100	100	100
Switch 50% en prijsverlaging 50%	92	74	90

^a In %.

Geijkte limieten versus Variant 99

In alle switch-simulaties gaat er bij de geijkte limieten een hoger aandeel van de besparing ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende dan bij Variant 99. De reden hiervoor valt uiteen in twee oorzaken:

- De besparing die ten laste gaat van deze keten is bij beide varianten absoluut gezien even groot. Namelijk het verschil tussen de inkoopprijs in de referentiesituatie (of de oorspronkelijke limiet als die lager ligt) en de laagste apotheekinkoopprijs in het cluster²⁵. Deze besparing op het uitgekeerde bedrag ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende is onafhankelijk van de nieuwe limiet en daardoor in beide varianten identiek.
- De limieten van Variant 99 liggen over het algemeen op of onder het niveau van de geijkte limieten omdat de relatief goedkopere generieke middelen zwaarder meewegen in Variant 99. De totale besparing in de simulaties met limieten conform Variant 99 is daardoor groter dan in de simulaties met geijkte limieten.

Als we deze twee oorzaken combineren kunnen we concluderen dat het aandeel dat ten laste gaat van de keten fabrikant – apotheekhoudende in de switch-simulaties altijd kleiner is bij de limieten conform variant 99 dan bij de geijkte limieten. Alleen in de situatie dat 100% switcht is het aandeel dat ten laste komt van de keten in beide varianten gelijk, namelijk 100%.

In de prijsverlagings-simulaties is het aandeel van de besparing dat ten laste komt van de keten fabrikant – apotheekhoudende iets groter dan het aandeel van de geneesmiddelen waarvoor de prijs wordt verlaagd. Dit komt doordat bij een aantal clusters de nieuwe limiet hoger ligt dan de oude limiet waardoor de eigen bijdragen voor cliënten kleiner worden of verdwijnen. Dit speelt met name bij ADHD-middelen. Er is dan sprake van extra uitgaven voor het BKZ ten gunste van de cliënt. Deze extra uitgaven compenseren de besparingen door prijsverlagingen die ten laste komen van de cliënten gedeeltelijk waardoor het bijbehorende aandeel in de prijsverlagings-simulaties kleiner is dan het aandeel van de geneesmiddelen waarvoor de prijs wordt verlaagd.

Lage limieten

Bij de 'lage limieten' gaat hetzelfde aandeel van de besparing ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende als het aandeel cliënten dat switcht. Dit komt doordat bij degenen die niet switchen de besparing op het uitgekeerde bedrag hetzelfde is als een vergelijkbaar iemand die wel switcht. Bij de overige varianten is de besparing bij mensen die niet switchen (waarbij de besparing ten laste komt van de cliënten) kleiner dan vergelijkbare personen die wel switchen (waarbij de besparing ten laste komt van de keten fabrikant – apotheekhoudende). Dit komt doordat bij deze varianten de nieuwe limiet boven de laagste dagprijs ligt.

Bij de lage limieten komt bovendien geen situatie meer voor waarbij de nieuwe limiet boven de oude limiet ligt waardoor de eigen bijdragen afnemen (ADHD-middelen). Het aandeel van de besparing op het uitgekeerde bedrag bij prijsverlagingen dat ten laste komt van de keten fabrikant – apotheekhoudende is bij deze variant daarom gelijk aan het aandeel van de geneesmiddelen waarvan de inkoopprijs wordt verlaagd.

Veranderd voorschrijfgedrag in combinatie met prijsverlagingen

Bij een combinatie van switchen en prijsverlagingen is het aandeel dat ten laste komt van de fabrikant groter dan bij de afzonderlijke simulaties. Dit is logisch doordat bij een deel van de cliënten die niet switchen de fabrikant de inkoopprijs nu wel verlaagt naar het niveau van de limiet. In deze gevallen komt dan een deel van de besparing ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende.

7.4 Nieuwe gebruikers

In Tabel 11 zijn de clusters gegeven waarvoor in de referentiesituatie het meeste wordt uitgekeerd ten behoeve van nieuwe gebruikers. We tonen hiermee de geneesmiddelenclusters waarbij het direct instellen op het goedkoopste middel in een cluster een impact kan hebben op de uitgaven van het BKZ. Het uitgekeerde bedrag voor het cluster ‘Hematopoëische groeifactoren’ is voor nieuwe gebruikers het hoogst met € 28 mln. In het Farmaceutisch Kompas is voor deze middelen nog geen beoordeling van de therapeutische toepassing opgenomen.

Voor het cluster ‘Antitrombotica – Heparine groep’ is de vergoeding voor nieuwe gebruikers in de referentiesituatie € 23 mln. In het algemeen hebben bij de preventie of behandeling van trombo-embolische aandoeningen laagmoleculaire heparine geen voordelen boven de conventionele. In de thuissituatie kan de subcutane toediening voordelen hebben vanwege minder frequente toediening en omdat in de regel geen stollingsonderzoek nodig is.

Voor het cluster ‘Parasympaticolytica, inhal. (bij COPD)’ komt het uitgekeerd bedrag neer op € 18 mln. Bij de keuze voor een middel en inhalator binnen dit cluster spelen cliëntgebonden factoren een belangrijke rol, zoals coördinatie en inspiratiekracht. Dit geldt tevens voor de geneesmiddelen in het cluster ‘Corticosteroiden (nasaal)’, waarin het uitgekeerd bedrag € 11 mln. wordt in proefberekening A.

Het uitgekeerd bedrag voor nieuwe gebruikers in het cluster Osmolytische laxantia in de referentiesituatie € 15 mln. Binnen dit cluster vallen geneesmiddelen als lactulose, macrogol en magnesium zouten.

Toelichting op de overige clusters is terug te vinden in bijlage 2.

Tabel 11: Top 10 uitgekeerd bedragen voor nieuwe gebruikers in proefberekening A

Cluster	Nieuwe gebruikers ^a	Uitgekeerd bedrag ^b
Hematopoëtische groeifactoren (parenteraal)	82	28
Antitrombotica - Heparine groep (parenteraal)	88	23
Parasympaticolytica, inhal. (bij COPD)	33	18
Osmolytische laxantia	61	15
Overige middelen bij anemie (parenteraal)	44	14
Overige anti-epileptica	53	12
Opioiden alkaloiden	70	11
Corticosteroiden (nasaal)	49	11
Prostaglandinesynthetaseremmers (bij reuma)	64	10
Opioiden (oraal)	72	10

^a Het aandeel nieuwe gebruikers in 2013 (in %).

^b In € mln.

8 Conclusie

De feitelijke proefberekeningen laten voor alle drie de limiet-varianten significante besparingen op het Budgettair Kader Zorg (BKZ) zien zonder rekening te houden met andere maatregelen en het couvertbeleid van zorgverzekeraars. De lage limieten variant levert met € 695 mln. de grootste besparing op (excl. combinatiepreparaten). Zonder rekening te houden met eventuele prijsverlagingen zou deze besparing volledig ten laste komen van de cliënt in de vorm van een toename van de eigen bijdrage.

In de proefberekeningen waarbij rekening wordt gehouden met gedragsreacties zoals switchen en prijsverlagingen, wordt een verschuiving gezien. Als 50 tot 100% van de cliënten overstapt naar het goedkoopste middel dan is de besparing bij proefberekening A ('geijkte limieten') en B (limieten conform 'Variant 99') twee tot vier keer zo groot ten opzichte van de situatie waarbij niet wordt overstapt. Prijsverlagingen leiden echter niet tot extra besparingen ten opzichte van de referentieberekening. Prijsverlaging naar het niveau van de limiet heeft geen gevolgen voor het uitgekeerde bedrag, maar zorgt wel voor een verschuiving van de lasten. Dit betekent dat de eigen bijdrage afneemt en dat een deel van de besparing nu ten laste komt van keten fabrikant – apotheekhoudende.

Er zijn grote verschillen in de mate waarin de eigen bijdragen over de clusters is verdeeld. In proefberekening A kan een kwart van de eigen bijdragen worden toegewezen aan slechts drie clusters. Dit betekent dat specifieke cliëntgroepen in hun eigen bijdrage zwaarder worden belast dan andere cliënten. In proefberekening A valt de grootste belasting bij cliënten die geneesmiddelen gebruiken tegen een te hoog cholesterol (statines), bij epilepsie (overige anti epileptica) en/of bij astma/COPD (B₂-Sympathicomimeticum en corticosteroïd).

De proefberekeningen in deze rapportage zijn feitelijke berekeningen. Op een aantal punten zijn aannames opgenomen uit de motie Kuzu die tot de uitvoering van deze proefberekeningen hebben geleid. Bij het interpreteren van de resultaten is het belangrijk de nuanceringen van zowel de berekeningen als de aannames mee te nemen.

De gebruikte switchpercentages van 50%, 80% en 100% komen voort uit de motie. Er is niet bepaald of deze percentages realistisch zijn en of deze geneesmiddeloverzettingen vanuit een therapeutisch oogpunt aanbevolen worden voor de betreffende cliënten, dan wel aansluiten bij landelijke richtlijnen. Daarnaast is in de berekening geen rekening gehouden met uitvoeringskosten, zoals consulten en uitgifte gesprekken, die met mogelijk switchen gepaard gaan.

Ten aanzien van de te verwachten prijsverlagingen is geen rekening gehouden met andere marktdynamieken, zoals het feit dat Nederland samen met omliggende landen als referentieland fungeert. Tevens zijn de effecten van andere prijsregulerende maatregelen, zoals de WGP en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars geen onderdeel van de proefberekeningen. Ten slotte is het verlopen van octrooien en de prijsdrukkende effecten daarvan buiten de berekeningen gehouden.

Bijlage 1: Overzichtstabellen

Bijlage tabel 1: 17 scenario's per geneesmiddel die tot een besparing of tot extra uitgaven ten laste of ten gunste van de cliënt of de keten fabrikant – apotheekhoudende kunnen leiden

Scenario	Besparing / uitgaven	t.l.v. cliënt	t.l.v.keten	
<i>Prijsverlaging naar de nieuwe limiet</i>				
1	$P \geq L$ en $L > NL$	+	L*-NL*	X
2	$P > NL$ en $NL > L$	-	L*-NL*	X
3	$L \geq P$ en $P > NL$	+	P*-NL*	X
<i>Tegelijk met het invoeren van een nieuwe limiet vindt een switch naar de laagste prijs plaats (geen prijsverlaging)</i>				
4	$P \geq L$ en $L \geq NL'$ en $NL' \geq \text{MinP}$	+	L*-MinP*	X
5	$P \geq L$ en $L \geq \text{MinP}$ en $\text{MinP} \geq NL'$	+	MinP*-NL'* (cliënt)	X
		+	L*-MinP* (fabrikant)	X
6	$P \geq \text{MinP}$ en $\text{MinP} \geq L$ en $L > NL'$	+	L*-NL'*	X
7	$P \geq \text{MinP}$ en $\text{MinP} \geq NL'$ en $NL' > L$	-	L*-NL'*	X
8	$P \geq NL'$ en $NL' \geq L$ en $L > \text{MinP}$	+	L*-MinP*	X
9	$P \geq NL'$ en $NL' \geq \text{MinP}$ en $\text{MinP} > L$	-	L*-MinP*	X
10	$L \geq P$ en $P \geq \text{MinP}$ en $\text{MinP} \geq NL'$	+	MinP*-NL'* (cliënt)	X
		+	P*-MinP'* (fabrikant)	X
11	$L \geq P$ en $P \geq NL'$ en $NL' \geq \text{MinP}$	+	P*-MinP*	X
12	$L \geq NL'$ en $NL' \geq P$ en $P > \text{MinP}$	+	P*-MinP*	X
13	$NL' \geq L$ en $L \geq P$ en $P > \text{MinP}$	+	P*-MinP	X
14	$NL' \geq P$ en $P \geq L$ en $L > \text{MinP}$	+	L*-MinP*	X
<i>Tegelijk met ijkingswitch naar laagste prijs (P) vindt een prijsverlaging naar de nieuwe limiet (NL) plaats</i>				
15	$P \geq L$ en $L > \text{Min}(\text{MinP}, NL)$	+	L*-Min(MinP, NL)*	X
16	$P \geq \text{Min}(\text{MinP}, NL)$ en $\text{Min}(\text{MinP}, NL) > L$	-	L*-Min(MinP, NL)*	X
17	$L \geq P$ en $P > \text{Min}(\text{MinP}, NL)$	+	P*-Min(MinP, NL)*	X

- De tweede kolom geeft een beschrijving van het scenario. Hierbij staat P voor prijs, L voor limiet, NL voor nieuwe limiet (dus de geijkte limiet, lage limiet of limiet volgens Variant 99), MinP is de laagste prijs in een cluster, NL' is de nieuwe limiet die bij laagste prijs in een cluster hoort, eventueel opgehoogd met de correctiefactor die voor geneesmiddelen met relatief weinig werkzame stof geldt.
- In de derde kolom wordt aangegeven of het scenario tot een besparing (+)extra uitgaven (-) of allebei, leidt.
- In de vierde kolom wordt aangegeven hoe de besparing ofwel de extra uitgaven worden berekend. * geeft aan dat de prijs of de limiet vermenigvuldigd is met het volume (hoeveelheid afgeleverd stof) en gecorrigeerd met het kortingspercentage dat de hoogte van de vergoeding bepaald.
- De vijfde en zesde kolom geven aan of de besparing of de extra uitgaven effect hebben op de cliënt (verlaging of verhoging van de eigen bijdrage) of de fabrikant (verlaging of verhoging van het uitgekeerde bedrag).

Bijlage tabel 2: Clusters en bijbehorende clustercodes

Cluster	Clustercode
Angiotensine II antagonisten	0C09CAAO V
Antibacteriële middelen - aminoglycosiden	0J01GBAII V
Antibacteriële middelen - fluorochinolonen	0J01MAAP V
Antidepressiva - SSRI's	2N06ABAO V
Antihypertensiva bij pulmonale arteriele hypertensie	0C02KXAO V
Antimycotica - triazolen	0J02ACBO V
Antitrombotica - Heparine groep (parenteraal)	0B01ABAP V
Antitrombotica - trombocytenaggregatieremmers	0B01ACAP V
Antivirale middelen nucleosiden en nucleotiden (excl. RTI's)	0J05ABCO V
Antivirale middelen bij HIV	0J05AFAO V
Calciumantagonisten (oraal)	0C08CAAO V
Cholesterol synthese remmers (statines)	0C10AAAAO V
B2-Sympathicomimetica (bij astma/COPD)	YR03ACCIDAV
B2-Sympathicomimeticum en corticosteroid (bij astma/COPD)	YR03AKAIDCV
Corticosteroiden (nasaal)	0R01ADAN V
Hematopoëtische groeifactoren (parenteraal)	0L03AACPV
Hypothalamushormonen	0H01CBAP V
Middelen bij urine-incontinentie	0G04BDBO V
Opioïden (oraal)	0N02ABCO V
Opioïden alkaloiden	0N02AAAAO V
Osmolytische laxantia	1A06ADAO V
Overige alimentaire en metabole producten	0A16AXAO V
Overige anti-epileptica	0N03AXCO V
Overige antipsychotica (bij schizofrenie)	4N05AXAO V
Overige middelen bij anemie (parenteraal)	0B03XAAP V
Parasympaticolytica, inhal. (bij COPD)	0R03BBCID V
Prostaglandinesynthetaseremmers (bij reuma)	0M01AHBO V
Protonpomp remmers (bij reflux/ulcus)	0A02BCAO V
Psychostimulantia (bij ADHD)	0N06BAAO V
Selectieve immunosuppressiva	0L04AACO V
Zenuwstelsel overige middelen	0N07XXBO V

Bijlage 2: Toelichting op geneesmiddelen-clusters

Bron: Farmacotherapeutisch Kompas

Angiotensine II antagonisten

De geneesmiddelen in dit cluster werken bloeddrukverlagend en komen in aanmerking als mogelijk alternatief voor ACE remmers (ander cluster) in het beperkte aantal gevallen waarin prikkelhoest een probleem vormt.

Antibacteriële middelen – aminoglycosiden

De aminoglycosiden zijn antibiotica met elk hun eigen indicatiegebied tegen infecties door micro-organismen gevoelig voor het specifieke middel.

Antibacteriële middelen – fluorchinolonen

De fluorchinolonen zijn ‘reserve’ antibiotica. Om resistentieontwikkeling te voorkomen dient toepassing te worden gereserveerd voor situaties waar met andere antibiotica onvoldoende resultaat wordt verkregen.

Antidepressiva - SSRI's

De SSRI's (Selectieve serotonine reuptake inhibitor) zijn antidepressiva. De initiële keuze voor een middel speelt prijs een belangrijke rol. Switchen van geneesmiddel binnen deze groep als de cliënt reeds is ingesteld kan risico's met zich meebrengen en kan alleen onder de verantwoording van de arts gebeuren.

Antihypertensiva bij pulmonale arteriële hypertensie

Geneesmiddelen in dit cluster worden gebruikt tegen hoge bloeddruk bij pulmonale arteriële hypertensie wordt in het algemeen door medisch specialisten voorgeschreven.

Antimycotica – triazolen

Antimycotica hebben een fungistatische werking. Er zijn verschillen in de breedte van werkingsspectrum en de toepasbaarheid van de individuele middelen is afhankelijk van de gevoeligheid van de schimmel.

Antitrombotica - Heparine groep (parenteraal)

Binnen de heparine groep vallen antistollingsmiddelen die het algemeen worden toegepast bij de preventie of behandeling van trombo-embolische aandoeningen. Laagmoleculaire heparine heeft geen voordelen boven de conventionele. In de thuissituatie kan de subcutane toediening voordelen hebben vanwege minder

frequente toediening en omdat in de regel geen stollingsonderzoek nodig is. De keuze voor een middel binnen de groep kan dus afhankelijk zijn van de individuele situatie.

Antitrombotica – trombocytenuitremmers

Trombocyten hebben plaats bij de secundaire preventie van de vorming van arteriële trombose.

Antivirale middelen - nucleosiden en nucleotiden (excl. RTI's)

De antivirale middelen in dit cluster zijn werkzaam tegen bepaalde herpes virussen.

Antivirale middelen bij HIV

Bij de behandeling van een HIV-infectie wordt de voorkeur gegeven aan een triple-therapie. Meestal worden uit dit cluster twee geneesmiddelen naast elkaar gebruikt, wat de onderlinge vervangbaarheid zeer beperkt maakt.

Calciumantagonisten (oraal)

De meeste calciumantagonisten vinden toepassing bij angina pectoris en hypertensie. De voorkeur gaat uit naar een preparaat met geleidelijk intredende en lang aanhoudende werking en waarvan er uit grote klinische studies aanwijzingen zijn voor een gunstig effect op de harde eindpunten, zoals nifedipine met gereguleerde afgifte en nitrendipine.

Cholesterol synthese remmers (statines)

Cholesterol synthese remmers vallen binnen de lipidenverlagende middelen en worden gebruikt ter verlaging van het cholesterol. Algemeen wordt geadviseerd bij gebruik van statines een middel te gebruiken met beschikbare effectiviteitsgegevens en lagere kosten (simvastatine of pravastatine).

Combinatie B2-Sympathomimetica (bij astma/COPD)

Inhalatie geneesmiddelen voor obstructieve longziekten zoals astma en COPD . De keuze van een geneesmiddel is naast therapeutische toepasbaarheid mede afhankelijk van factoren als inspiratiekracht, inhalatietechniek en toedieningsvorm. De longdepositie kan variëren van ca. 10% bij dosis aerosolen tot ca. 23% bij turbuhalers.

Combinatie B2-Sympathomimeticum en corticosteroïd (bij astma/COPD)

Inhalatie geneesmiddelen voor obstructieve longziekten zoals astma en COPD . De keuze van een geneesmiddel is naast therapeutische toepasbaarheid mede afhankelijk van factoren als inspiratiekracht, inhalatietechniek en toedienings-

vorm. De longdepositie kan variëren van ca. 10% bij dosis aerosolen tot ca. 23% bij turbuhalers.

Corticosteroïden (nasaal)

Inhalatie corticosteroïden worden via speciale inhalatoren toegepast en zijn geïndiceerd als onderhoudsbehandeling bij persistent astma. De keuze van een geneesmiddel is naast therapeutische toepasbaarheid mede afhankelijk van factoren als inspiratiekracht, inhalatietechniek en toedieningsvorm.

Hematopoëtische groeifactoren (parenteraal)

Het betreft bloed-aanmaak-bevorderende middelen. In het Farmaceutisch Kompas is voor deze middelen nog geen beoordeling opgenomen.

Hypothalamushormonen

Geneesmiddelen in dit cluster worden toegepast indien de afgifte van specifieke hypothalamus hormonen geremd of gestimuleerd dient te worden.

Middelen bij urine-incontinentie

Geneesmiddelen uit dit cluster worden ingezet als symptomatische behandeling al dan niet in combinatie met niet-medicamenteuze behandeling.

Opioiden (oraal)

Het gebruik van opioïden dient te worden beperkt tot die gevallen waar de niet-opioïden analgetica niet kunnen worden toegepast. Bij de behandeling van chronische pijn bij kanker zal de keuze steeds individueel worden bepaald.

Opioiden alkaloiden

Het gebruik van opioïden dient te worden beperkt tot die gevallen waar de niet-opioïden analgetica niet kunnen worden toegepast. Bij de behandeling van chronische pijn bij kanker zal de keuze steeds individueel worden bepaald.

Osmolytische laxantia

Binnen dit cluster vallen geneesmiddelen als lactulose, macrogol en magnesium zouten. Keuze is afhankelijk van de indicatie en of de toepassing therapeutisch of diagnostisch is.

Overige alimentaire en metabole producten

Tyrosinemie type I is een ernstige chronische levensbedreigende aandoening. Behalve dieetmaatregelen en levertransplantatie zijn er geen therapeutische mogelijkheden.

Overige anti-epileptica

De geneesmiddelen tegen epilepsie in dit cluster worden in het algemeen voorgeschreven als de eerste keus geneesmiddelen (ander cluster) onvoldoende werkzaam zijn.

Overige antipsychotica (bij schizofrenie)

Na een eerste episode van schizofrenie treedt bij minder van 20% van de cliënten volledig herstel op. Het gebruik van antipsychotica in deze groep is dus vaak chronisch. Antipsychotica als aripiprazol en risperidon vallen binnen dit cluster. Bij switchen van geneesmiddelen is voorzichtigheid geboden omdat andere bijwerkingen kunnen optreden.

Overige middelen bij anemie (parenteraal)

De mogelijkheid en wens tot switchen naar een middel zonder eigen bijdrage is afhankelijk van het gebruik. Switchen naar een goedkope middel (erythrocytenconcentraat) heeft de voorkeur, echter bij langdurig gebruik kan een lagere toedienfrequentie (van darbepoëtine) een voordeel zijn.

Parasympaticolytica, inhal. (bij COPD)

Bij de keuze voor een middel en inhalator binnen dit cluster spelen cliëntgebonden factoren een belangrijke rol, zoals coördinatie en inspiratiekracht.

Prostaglandinesynthetaseremmers (bij reuma)

Indien gebruik van een prostaglandinesynthetase remmer is geïndiceerd verdienen de conventionele middelen in de laagst effectieve dosering de voorkeur.

Protonpompremmers (bij reflux/ulcus)

Protonpompremmers worden toegepast bij de behandeling van verschillende ulcus vormen en refluxziekte en tevens ter preventie van beschadiging van het maagslijmvlies door gebruik van NSAID's. Omdat tussen de verschillende protonpompremmers nauwelijks of geen relevante verschillen zijn, speelt de prijs bij de keuze een belangrijke rol.

Psychostimulantia (bij ADHD)

Methylfenidaat is het middel van eerste keus. Er is geen verschil in werkzaamheid en bijwerkingen tussen de tablet met gereguleerde afgifte en de gewone tablet aangetoond. Tegenover het voordeel van het gebruikersgemak staat de veel hogere prijs van middelen met gereguleerde afgifte.

Selectieve immunosuppressiva

De individuele geneesmiddelen hebben elk specifieke indicatiegebieden zoals MS, reumatoïde artritis en profylaxe orgaanafstoting.

Zenuwstelsel overige middelen

De middelen in dit cluster hebben als specifieke indicaties zoals amyotrofische laterale sclerose (ALS), Lambert-Eaton-myastheniesyndroom, ziekte van Huntington, Multiple Sclerose (MS) en symptomatische perifere neuropathie.

Bijlage 3: Verslag Discussiebijeenkomst 29 okt 2014

Op 29 oktober is een discussiebijeenkomst gehouden over de proefberekeningen GVS met een aantal stakeholders. Van deze bijeenkomst is een verslag gemaakt waarop op zowel de aanwezigen als afwezige stakeholders schriftelijk konden reageren. Deze aanvullingen zijn zo veel mogelijk verwerkt in dit verslag. Onderdelen ten aanzien van de berekeningen die reeds een plek in de eindrapport hebben zijn buiten beschouwing gelaten.

Aanwezig:

Organisatie	Naam
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Martin Potjens
Vektis B.V.	Michiel ten Hove
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)	Vertegenwoordigd door Ronald van der Vaart (SFK)
Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)	Ronald van der Vaart
Nederlandse Apothekers Coöperatie U.A. (NAPCO)	Willem Janse
Nefarma	Jan Oltvoort, Daisy Duell
Associatie van Ketenapotheken (ASKA)	Marco Kortleve
Zorgplan B.V.	Gerrit Jan van Ochten
Ape	Tom Everhardt, Nils Ellwanger
Oldenburg Bonsèl & Associates (OB&A)	Ingrid Thuis
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	Joost Moes Ilse Jansen

Afwezig:

Organisatie	Naam
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)	Leon Tinke
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Maarten Vermeulen
Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie (NVPF)	Bart Van Den Bemt
Bond van de generieke geneesmiddelen industrie (Bogin)	Martin Favié
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)	Jan Benedictus

A. Vragen ten aanzien van proefberekeningen:

- Zijn er alleen financiële verschuivingen naar patiënt (eigen bijdrage) en fabrikant (omzet) meegenomen?
Ja. Echter in het geval van de fabrikant zou ook de 'zorgketen' gelezen kunnen worden. De omzetsdaling komt niet per definitie (volledig) bij de fabrikant terecht, maar ook deels ten laste van de groothandel en de apotheekhoudende.

- Is er bij de proefberekening ook rekening gehouden met eventuele prijsstijgingen, bijvoorbeeld naar de maximumprijs (WGP) of naar de nieuwe limiet als deze hoger is?
Nee. De proefberekeningen zijn conform de motie Kuzu en de daarin genoemde aannames uitgevoerd. Indien de limiet binnen een cluster hoger wordt door de herberekening is niet rekening gehouden met een mogelijke prijsstijging van de geneesmiddelen binnen dit cluster naar de limietprijs. Ook bij een limietverlaging zijn voor middelen met een AIP onder de nieuwe limiet geen prijsstijgingen naar het niveau van de limiet gesimuleerd. Dergelijke scenario's zijn mogelijk met de huidige data en kunnen een interessante stress-test zijn, echter maken geen onderdeel uit van de opdracht.

- Is in de proefberekeningen rekening gehouden met de clawback? Zo ja, op welke manier?
Ja. Ten aanzien van de clawback is gerekend met de verhouding tussen het daadwerkelijke uitkeringsbedrag en het theoretische vergoedingsbedrag per artikel. Het theoretische vergoedingsbedrag is de apotheekinkoopprijs (als de limiet hierboven ligt) of de limiet (als de limiet onder de apotheekinkoopprijs ligt).

- De combinatiepreparaten zijn in de proefberekeningen buiten de berekening gehouden. Hoe groot is het aandeel van de combinatiepreparaten op het geheel?
De combinatiepreparaten omvatten ca. 14% van het totaal uitgekeerde bedrag.

- Wat wordt er in dit rapport onder dagprijs verstaan?
Dit is de prijs van de standaard dosis in het GVS.

- Is er een analyse uitgevoerd van de eigen bijdragen per patiënt? Zijn er bijvoorbeeld patiëntgroepen met polyfarmacie waarvoor de eigen bijdrage enorm toeneemt? (bijv. chronische ziekten)
Deze analyse is nog niet uitgevoerd. In de eindrapportage wordt aangegeven voor welke patiëntgroepen de impact het grootste is.

- Is er rekening gehouden met de nacalculatie die verschillende verzekeraars vaak eenmaal per kwartaal verrekenen? Dit betreft vaak specifieke afspraken tussen apotheker en zorgverzekeraar.
Nee, hiermee kon geen rekening gehouden worden gegeven de beschikbare gegevensbestanden.
- Is er rekening mee gehouden dat patiënten ook tussen clusters kunnen switchen? Bijv. indien voor het middel in een ander cluster geen eigen betaling nodig is en in huidige cluster wel?
Nee, er is geen rekening gehouden met mogelijk switchgedrag tussen clusters. De proefberekeningen zijn conform de motie Kuzu en de daarin genoemde aannames uitgevoerd.
- Is het mogelijk dat bij herberekening van de limieten er clusters ontstaan waar geen middel zonder bijbetaling beschikbaar is?
Op het moment dat de limieten worden vastgesteld is er in theorie altijd binnen een cluster minimaal één geneesmiddel zonder bijbetaling beschikbaar. Als de prijs van dit geneesmiddel stijgt is het echter mogelijk dat er vervolgens geen middel zonder eigen bijdrage beschikbaar is.

B. Discussiepunten

Getoetste aannames in de proefberekeningen

Switchgedrag: In navolging van de Motie is zijn in de proefberekeningen ten aanzien van het switchgedrag percentages van 50%, 80% en 100% switch naar de goedkoopste variant binnen de clusters doorgerekend.

- SFK: Switchpercentages van 50% zijn in de praktijk nog nooit gezien, dit ligt veel lager. De keuze om voor switchpercentages van 50%, 80% en 100% te kiezen wordt door alle aanwezigen als irrealistisch gezien. Het toetsen van de effecten van bijv. 10% en 20% switch zou meer in de verwachting hebben gelegen.
- Een risico van toename van de eigen bedrage van geneesmiddelen is dat patiënten stoppen of minder medicatie gaan gebruiken met gezondheidsschade als gevolg.
- De uitvoeringskosten die met switchen gepaard gaan zijn niet meegenomen in de berekeningen. Denk daarbij aan o.a. per switch een (poli)consult en voorschrift van arts of specialist en een eerste uitgifte gesprek bij de apo-

theek. In 2010 is door een zorgverzekeraar een inschatting gemaakt van deze invoeringskosten, waarbij dit werd geschat op ca. € 100mln.

- Het is niet duidelijk op welke manier wordt omgegaan met minimale bijbetalingen. Indien op basis van de nieuwe limietprijs een eigen bijdrage van 10 cent wordt gevraagd, dan kost het hanteren van het beleid al snel meer dan de werkelijke besparing. Dit kan ook voor patiënten een belasting worden, omdat zij bijv. bij iedere aflevering wekelijks kleine bedragen moeten bijbetalen.
- Als eigen bijdrage toenemen zal er op verschillende manieren gecompenseerd worden. Dit is ook bij de invoering van het GVS gezien. Voorbeeld: Van een 10mg tablet van een geneesmiddel wordt een eigen bijdrage gevraagd en voor een 2 mg tablet van hetzelfde geneesmiddel geldt geen eigen bijdrage. De patiënt kiest er vervolgens voor liever 5 tabletten van de 2 mg tabletten te slikken. Resultaat is stijging totale kosten en veel ongemak voor de patiënt.
- Bij het switchen binnen een cluster wordt in de berekening enkel naar het kosten aspect gekeken. Echter voor verschillende geneesmiddelen speelt ook het patiënt gebruiksgemak een belangrijke rol. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van inhalatoren.

Prijsverlaging: In navolging van de Motie zijn in de proefberekeningen mogelijke prijsverlagingen van geneesmiddelen naar de limietprijs in het betreffende cluster meegenomen.

- Eventuele prijsverlagingen komen niet enkel ten laste van de fabrikant, dit zal zich verspreiden over de gehele zorgketen. De marktdynamiek is in deze proefberekening niet meegenomen.
- Nederland dient samen met de omliggende landen als referentie voor de geneesmiddelen prijzen. Fabrikanten zullen in de praktijk niet zomaar hun prijzen verlagen omdat dit zou betekenen dat dit ook in de omliggende landen zou moeten.
- Nefarma: Er is geen rekening gehouden met compensatiegedrag in deze proefberekeningen.
- Zonder herberekening vinden er door decentrale onderhandelingen bij octrooiverlies van een geneesmiddel al besparingen plaats waar geen rekening mee is gehouden.

- Er is geen rekening gehouden met de Wgp. De maximprijzen zijn niet betrokken in de proefberekeningen en er is geen rekening gehouden met de besparingen die door de Wgp zijn behaald sinds maart 2013.

Mogelijke gevolgen aanpassing limieten voor stakeholders

SFK

- Specifieke patiëntgroepen kunnen voor enorme bijbetalingen komen te staan. Met name chronische patiënten zijn hierin een risicogroep.
- De uitvoeringskosten van invoering nieuwe limieten en het realiseren van de switchen zijn aanzienlijk. Daarnaast staan de stijgende administratieve kosten voor lage eigen bijdragen niet in verhouding tot de besparing die het op kan leveren.

ASKA

- De proefberekeningen laten zien dat het van overheidswege aanpassen van de vergoedingslimieten leidt tot theoretische opbrengsten. Het aanpassen van de vergoedingslimieten gaat voorbij aan de huidige dynamiek in de markt waarbij marktpartijen afspraken maken over prestaties en prijzen. Marktpartijen hebben zorgprogramma's ontwikkeld waarin naast farmaceutische zorg ook doelmatigheid een plek heeft gekregen. Het van overheidswege aanpassen van de vergoedingslimieten doet geen recht aan de verantwoordelijkheid die partijen in de farmaceutische zorg hebben gekregen en de resultaten die partijen nu al bereiken. Het effect van de voorgestelde aanpassingen op de huidige positieve trend richting lagere kosten is moeilijk te voorspellen.

Nefarma

- De kosten en kwaliteit van een behandeling dienen altijd in relatie tot elkaar beoordeeld te worden. De herberekening van het GVS leidt er echter toe dat financiële argumenten (waaronder eigen betalingen) de boventoon gaan voeren zonder te kijken naar de kwaliteit. Daar waar de beweging is om juist met behulp van het Kwaliteitsinstituut de richtlijnen de boventoon te laten voeren.
- Doordat financiële argumenten zwaarder gaan wegen na een herberekening leidt dit tot het switchen van medicatie. Dit zal onder andere een negatieve invloed hebben op de compliance, wat tot gezondheidsproblemen en extra kosten kan leiden. Daarbij is van belang dat producten die in een GVS cluster zitten weliswaar als onderling vervangbaar worden beschouwd, maar daarmee niet (en zeker niet voor alle patiënten) onderling uitwisselbaar zijn. Individuele gevolgen voor de patiënt worden in onze ogen te veel onderschat.

- Een herberekening van het GVS zal in de praktijk leiden tot een sterk verminderde keuzevrijheid van de zorgverlener en de patiënt. Door de herberekening kan het voorschrijfgedrag dusdanig worden beïnvloed dat artsen niet meer conform richtlijnen kunnen voorschrijven. Zo kan herberekening voor een door de beroepsgroep vastgestelde eerste keus geneesmiddel tot een bijbetaling leiden.
- Het GVS is een instrument uit de periode van voor de invoering van het nieuwe zorgstelsel. Met de introductie van gereguleerde marktwerking is het overbodig om een herberekening uit te voeren. Een GVS herberekening kan zelfs leiden tot een situatie waar er voor de patiënt een bijbetaling ontstaat terwijl de uit onderhandelde prijs lager ligt dan de nieuwe GVS limiet.
- In het huidige farma-klimaat met de diverse prijsregulerende systemen is er veel minder manoeuvreerruimte voor farmaceutische bedrijven (zeker in vergelijking tot 1999), wat naar verwachting bij een herberekening van de GVS limieten zal leiden tot minder lijstprijsdalingen, hetgeen dat zal resulteren in meer bijbetalingen door de patiënt. De in de berekening gehanteerde hoge percentages ten aanzien van prijsdalingen zijn dan ook irreëel. Dit zal de opbrengst van de maatregel sterk neerwaarts beïnvloeden en kan zelfs negatief uitpakken.
- De AIP wordt weliswaar alleen voor Nederland vastgesteld, maar dient ook als referentie voor een groot aantal andere landen. Een fabrikant zal dus niet enkel voor Nederland zijn lijstprijzen kunnen verlagen.
- Vaststelling van nieuwe limieten kan de introductie van nieuwe geneesmiddelen belemmeren. Binnen een onaantrekkelijk cluster zal niet snel een nieuw middel worden geïntroduceerd. Dit leidt tot een verminderde beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen en suboptimale behandeling van sommige patiëntgroepen.

NAPCO

- Er zijn veel inhoudelijk bezwaren voor het GVS dat mogelijk ongunstige switchen voor patiënten in de hand werkt. Het overstappen naar een ander middel binnen hetzelfde cluster is niet eenvoudig. De geselecteerde switchpercentages zijn dan ook niet reëel.
- In de markt worden steeds meer afspraken gemaakt over doelmatigheid, daarin is veel meer spraken van nuance en wordt gekeken wat daadwerkelijk reële switchen zijn. Het risico van een herberekening is dat dergelijke initiatieven teniet worden gedaan.
- In de proefberekeningen is ook geen rekening gehouden met het verlopen van octrooien. Binnen de cholesterolverlagers (statines) zou rekening gehouden worden met octrooi verlopen op korte termijn.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

- Onrealistisch grote switchpercentages naar generiek (conform motie Kuzu). Doelmatig voorschrijven en andere acties hebben al tot een verschuiving geleid.
- Er wordt aangenomen dat er geen ander marktgedrag plaatsvindt dan de in de motie genoemde gedragingen;
- Uitvoeringskosten worden door sommige partijen wel erg hoog ingezet: deel van die uitvoeringskosten worden al gemaakt in kader van convenant doelmatig voorschrijven, in discussiestuk nu door zorgverzekeraar genoemde € 100 miljoen, echter geen inzicht in onderbouwing.
- Combinatiepreparaten worden in de berekening niet meegenomen terwijl dit grote stijgers zijn.
- Marktdynamiek:
 - Herberekening van de vergoedingslimieten kan tot gevolg hebben dat de fabrikant reimbursement richting de klant instelt om bij betaling te compenseren. Dat wordt op dit moment ook al gezien;
 - ZN verwacht niet dat een product snel van de markt wordt gehaald. Zo lang er een winstmogelijkheid is, zal de fabrikant zich op de markt blijven begeven. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de statines, die nog steeds worden aangeboden.

Zorgplan B.V.

- Patiënten willen in het algemeen niet switchen. Het geeft veel onrust in de spreekkamer en apotheek. De impact is veel groter dan wordt aangenomen.

Bogin

- Het GVS is in 1991 ingesteld als instrument voor de beheersing van de uitgaven farmaceutische zorg. Met het instellen van de vergoedingslimieten konden patiënten die een duurder geneesmiddel gebruikten kiezen of voor een goedkoper middel of het verschil bij betalen. In de praktijk bleek (als aangename verassing) dat fabrikanten hun prijzen verlaagden tot de vergoedingslimiet wat het GVS tot een succes maakte. In 1999 is het GVS nog een keer herijkt. Daarna is het niet meer aangepast.
- In 1996 is de WGP geïntroduceerd waardoor er wettelijk maximale prijzen voor geneesmiddelen zijn vastgesteld. De WGP wordt frequent herijkt en heeft geleid tot aanzienlijke besparingen (volgens GIP 2,3 miljard in 2013).
- In 2005 zijn zorgverzekeraars gestart met het preferentiebeleid en in 2008 met het individuele preferentiebeleid. Dit heeft ook geleid tot een aanzienlijke besparing.
- Het voordeel wat het GVS nu nog biedt, naast de vergoedingslimieten, is dat nieuwe geneesmiddelen eventueel kunnen worden ingedeeld in een cluster zodat er direct een vergoedingslimiet kan worden vastgesteld. Het effect op

kostenbeheersing is verder op dit moment gering. Besparingen worden gerealiseerd door WGP en preferentie.

- Aanpassen van het GVS zoals in de modellen gepresenteerd kan leiden tot minder uitgaven maar het is onduidelijk wie uiteindelijk de rekening gaat betalen. Het kan zijn dat fabrikanten de prijzen gaan verlagen maar het is ook niet uitgesloten dat patiënten moeten gaan bijbetalen. Het kan dan gebeuren dat voor een recept met een geneesmiddel met medische noodzaak de patiënt moet gaan bijbetalen. Gezien de ruime steun voor de motie van Gerven lijkt mij dat niet de intentie van de leden van de tweede kamer. Dat de industrie prijzen gaat verlagen onder het WGP niveau is gezien de “reference pricing” modellen in Europa niet aannemelijk. Hooguit komen er weer terugbetalingsregelingen wat ongemak geeft voor patiënten en/of apotheek.
- Het is onzeker of patiënten gaan kiezen voor een ander geneesmiddel in het cluster omdat ze vaak bewust hebben gekozen en vaak al een ander product hebben moeten proberen. Omzetting naar een ander geneesmiddel is overigens ook niet zonder kosten of risico.

Reactie NPCF (Memo van Jan Benedictus d.d. 28 november 2014)

Patiëntenfederatie NPCF reageert met deze memo kort op het verslag van de discussiebijeenkomst Proefberekeningen GVS, 29 oktober 2014. De NPCF heeft deze bijeenkomst niet bijgewoond, dit vanwege de simpele reden, dat ze daarvoor niet was uitgenodigd. Deze reactie is gebaseerd op de ontvangen powerpoint presentatie; openbare stukken, zoals ook naar de Tweede Kamer gestuurd en een zeer beperkte consultatie intern NPCF (bureau NPCF en enkele lidorganisaties).

We zien ons voor een dilemma geplaatst. Een die mede zijn oorsprong kent in de gehanteerde term ‘ceteris paribus’, bij zowel de aanpak als de resultaten van de proefberekeningen. ‘Overige omstandigheden gelijk blijvend’: we begrijpen heel goed dat dit voorbehoud gemaakt wordt. Tegelijkertijd zijn we ervan overtuigd dat omstandigheden zullen gaan wijzigen bij genoemde aanpassingen. Deze, moeilijk te voorspelen, dynamiek zou voor groepen patiënten kunnen leiden tot hogere kosten en/of een verminderde beschikbaarheid van, de door patiënten gewenste, medicijnen.

Anderzijds zien we de potentie, met name bij single source. Vanzelfsprekend willen wij ter behoud van een duurzaam zorgsysteem, dat patienten/verzekerden, niet onnodig te veel betalen voor medicijnen. In hoeverre substantiële besparingen mogelijk zijn wordt beperkt duidelijk, daar we onvoldoende inzicht hebben in de mate van mogelijke negatieve effecten en kosten van invoering van een nieuw/aangepast systeem.

De genoemde switchpercentages lijken echter te optimistisch ingeschat. In hoeverre door preferentiebeleid, 't doelmatig voorschrijven al optima bereikt zijn (of snel kunnen worden gerealiseerd), vinden we lastig in te schatten. Maar als 'on top of' extra switches nodig zijn, zou de 'rek' er weleens uit kunnen raken. Daarnaast zullen extra bijbetalingen voor groepen patiënten tot problemen leiden. Chronisch zieken en zeker zij met co-morbiditeit, worden met veel extra kosten geconfronteerd, terwijl hun inkomenspositie vaak al ernstig onder druk staat. Signalen van zorgmijding moeten we serieus nemen.

Resumerend:

We zien dus enerzijds mogelijkheden, maar maken ons ernstig zorgen over negatieve effecten. Effecten voor met name de individuele patiënt. Uit de ons beschikbare informatie kunnen wij derhalve geen harde, duidelijke conclusies trekken.