

Vergaderjaar 2010–2011

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 133

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 september 2010

Donderdag 16 september heeft het Algemeen Overleg (AO) Eigen betalingen paramedische zorg en tweedelijns GGZ-zorg en TNF-Alfa remmers plaatsgevonden. Uw Kamer heeft tijdens dit overleg nadere informatie gevraagd over het (selectief) herberekenen van het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS), over een aantal dekkingalternatieven zoals aangedragen door de heer Van der Veen, over de overheveling van alle dure geneesmiddelen naar intramuraal, over een eventuele mogelijkheid om kwetsbare groepen uit te zonderen van de maatregel Eigen Betaling tweedelijns GGZ en over het inboeken van eventuele gedragseffecten als besparing.

In mijn brief getiteld «Uitvoering van de motie 32 123 XVI, nr 151» heb ik u onlangs geïnformeerd over mijn conclusie dat ik de in de motie opgenomen oproep tot herberekening van het GVS niet kan overnemen, omdat deze onvoldoende dekking biedt als alternatief voor de invoering van de eigen bijdrage GGZ en de eigen bijdragen bij logopedie, ergotherapie en dieetadvisering. In dezelfde brief heb ik aangegeven dat ik wel enkele zorgverzekeraars bereid heb gevonden om extra inspanningen te doen op de inkoop van geneesmiddelen, en de uitgaven ten laste van het geneesmiddelenkader zo verder te verlagen. Ook in het verleden is het voorgekomen dat opbrengsten van aangekondigd prijsbeleid van zorgverzekeraars zijn ingeboekt. De uitbreiding van het inkoopbeleid is mij pas zeer recent bekend geworden. Deze maatregel bespaart € 30 mln structureel. Ik heb u aangegeven dat het invoeren van de eigen bijdragen voor logopedie, ergotherapie en dieetadvisering daardoor niet door hoeft te gaan.

Het oorspronkelijke voornemen om eigen bijdragen voor paramedische zorg en de tweedelijns GGZ te introduceren zou echter een bedrag van in totaal € 140 mln besparen. Van deze € 140 mln zou € 110 mln gedekt

moeten worden uit de oorspronkelijke aangegeven maatregel, namelijk een eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ.

Farmacie

De heer Van der Veen heeft tijdens het AO enkele voorstellen gedaan om alternatieve dekking te vinden in het geneesmiddelenkader. Met name ging hij in op de hoogte van het tarief apotheehoudenden, mogelijke kostenbesparingen als gevolg van een ander tarief voor baxteren en de opbrengst van de tijdelijke verhoging van de clawback.

In Trouw van 10 september 2010 heeft, zoals de heer Van der Veen tijdens het AO aangaf, een bericht gestaan over de kortingen en bonussen die apothekers verdienen op de inkoop van geneesmiddelen. Het artikel suggereerde dat apothekers in 2009 en 2010 € 75 mln meer inkomsten hebben gehad dan vooraf was ingeschat, omdat de werkelijke inkoopvoordelen hoger waren dan eerder geraamd. De heer Van der Veen deed de suggestie om (een deel van) dit bedrag vanaf 2011 in te zetten om eigen bijdragen voor de tweedelijns GGZ te voorkomen. Zijn vraag was of dat mogelijk is.

Ik betwijfel dat ten zeerste. Het bericht in Trouw is gebaseerd op zeer voorlopige en vertrouwelijke cijfers van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dat biedt geen basis voor eventuele maatregelen op dit moment. Mocht niettemin blijken dat er inderdaad sprake is van een dergelijk bedrag in 2009/2010, dan is evenzeer van belang, of een dergelijk bedrag kan leiden tot een structurele besparing op het geneesmiddelenkader. Dit is echter niet het geval. Dat komt doordat het tarief voor apotheehoudenden jaarlijks opnieuw wordt vastgesteld door de NZa op basis van de nieuwste onderzoeksgegevens en geactualiseerde aannames over het volgende jaar. Aannames in 2008 ten aanzien van de hoogte van de inkoopvoordelen en praktijkkosten van apotheehoudenden in 2009 werken niet door in het tarief van 2010 (dan wel 2011). In die zin werkt een mogelijk teveel aan inkomsten in 2009 en 2010 niet structureel door in het geneesmiddelenkader. Daarom is het ook niet in te zetten als een structurele besparing vanaf 2011.

Naast deze berichtgeving in Trouw heeft het College van Beroep voor het Bedrijfsleven op 31 augustus 2010 uitspraak gedaan in de bodemprocedure van de KNMP tegen het tarief apotheehoudenden 2009. De rechter heeft ondermeer opgemerkt dat het tarief voor apotheehoudenden geen aanspraak op een bepaald inkomensniveau voor individuele apothekers inhoudt, maar is gericht op het kunnen bereiken van een gemiddeld inkomen. De onzekerheidsmarge is in de uitleg van de rechter betrokken.

De heer Van der Veen stelde de vraag of in de uitspraak van het College een mogelijke besparing is te vinden, wanneer de onzekerheidsmarge in het tarief wordt teruggebracht. In antwoord daarop, wijs ik erop dat de bevoegdheid om het tarief voor apotheehoudenden vast te stellen ligt bij de NZa. De NZa zal deze uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB) meenemen in haar vaststelling van het tarief 2011. De NZa berekent op dit moment het tarief 2011. Mogelijke kostenbesparingen als gevolg van een ander tarief voor baxteren neemt de NZa mee in het lopende onderzoek naar inkoopvoordelen en praktijkkosten en in de berekening van het tarief 2011. De NZa kan op dit moment nog geen uitspraken doen over eventuele besparingen in het BKZ in 2011. Ik verwacht dat de NZa begin november het tarief apotheehoudenden 2011 bekend zal maken. Hoewel er op dit punt en op dit moment dus niets hard is, heb ik voldoende indicatie op grond waarvan ik een neerwaartse

bijstelling van het geneesmiddelenkader met maximaal € 30 mln verdedigbaar acht.

Tenslotte vroeg de heer Van der Veen naar de opbrengst van de tijdelijke verhoging van de clawback. De NZa heeft de tijdelijke schorsing van de clawback in 2008 verrekend in de vorm van een tijdelijke verhoging van de clawback over 2009 en 2010. De verwachting destijds was dat deze maatregel € 90 mln zou opleveren. Onder meer als gevolg van prijsdalingen in de afgelopen periode heeft deze tijdelijke maatregel tot nu tot ca. € 60 mln opgeleverd. Het is aan de NZa om te beslissen over niet alleen het tarief voor 2011, maar ook over de hoogte van de clawback over 2011.

Selectief herberekenen

Zoals ik in mijn brief getiteld «uitvoering van de motie 32 123 XVI, nr 151, d.d. 06-09-2010» heb aangegeven, wil ik nadrukkelijk bezien of een selectieve herberekening van het GVS per 2012 tot de mogelijkheden behoort. Het selectieve karakter van een dergelijke benadering zit hem in het aanwijzen van specifieke GVS clusters die in aanmerking komen voor een herberekening van de vergoedingslimiet. Op basis van de huidige regelgeving is een herberekening van toepassing op alle GVS clusters. Een belangrijke reden om selectief te herberekenen is voorkomen dat er grote bijbetalingen ontstaan die onwenselijk zijn. Ik streef er dan ook naar dat bij invoering van selectief herberekenen er geen maximeringsregeling nodig is. Dit zorgt ervoor dat strategisch gedrag van partijen en mogelijke prijsverhogingen voorkomen worden.

De uitvoerbaarheid en juridische haalbaarheid om flexibiliteit in de regelgeving in te bouwen ga ik onderzoeken. Daarbij moet ik rekening houden met het gegeven dat mede vanwege Europese vereisten er transparante en objectieve criteria dienen te worden vastgesteld voor het selectief aanwijzen van voor herberekening in aanmerking komende GVS clusters. Deze analyse van de juridische mogelijkheden moet uitwijzen of – en op welke wijze – selectieve herberekening uitgevoerd kan worden. In totaal zijn 9 maanden nodig om de selectieve herberekening te realiseren (5 maanden voor aanpassen software CIBG; 4 maanden voor daadwerkelijke herberekening, die bestaat uit herberekenen, voorhangprocedure, verwerken van reacties van partijen op de voorhang en tot slot publicatie van definitieve limieten). Ik kan dan ook op dit moment geen indicatie geven van de opbrengst die hier mogelijk mee gemoeid is. Zodra de lopende voorhangprocedure, waarin selectieve herberekening mogelijk wordt gemaakt, afgerond is, zet ik verdere stappen.

Risico prijsverhogingen door fabrikanten

Ik heb in mijn brief de feitelijke ruimte voor prijsverhogingen door fabrikanten vermeld en op die wijze inzicht willen geven in de maximale opwaartse financiële risico's (van € 200 mln plus € 90 mln) van een, met een maximeringsregeling gepaard gaande, herberekening van het GVS. Die risico's zijn, zoals ook in het overleg met uw Kamer ter sprake kwam, met nadruk niet meegenomen in de opbrengstberekening (€ 33 mln¹). De vraag is natuurlijk in hoeverre dat maximale risico in de praktijk als werkelijk risico is aan te merken. Het gedragseffect (prijstrategieën van fabrikanten) is immers niet te voorspellen. Wel is het zo dat indien er slechts een tiende deel van de geschetste risico's werkelijkheid zou worden, daarmee de opbrengst al zo goed als teniet zou worden gedaan. De praktijk, na herberekening van GVS vergoedingslimieten, zal waarschijnlijk een mix te zien geven van prijsverlagingen, prijsverhogingen en ongewijzigde prijzen. De risico's, die ik in mijn brief van 6 september j.l. heb aangegeven waren uitsluitend bedoeld om te

¹ . € 28,3 mln opbrengst, zoals in mijn brief getiteld «uitvoering van de motie 32 123 XVI, nr 151» plus € 4,8 mln, nu de overheveling van de TNF-alfa remmers per 1-1-2012 zal plaatsvinden naar het ziekenhuiskader.

illustreer dat ook bij zo'n mix onder ogen moet worden gezien dat de kans aanzienlijk is dat een herberekening van GVS vergoedingslimieten geen geld zal opbrengen en mogelijk zelf geld zal kosten.

Langtermijnvisie geneesmiddelen

Gezien bovengenoemde financiële risico's zou ook het doorvoeren van GVS herberekening zonder daarvoor opbrengst in te boeken niet als vrijblijvende mogelijkheid opgevat moeten worden. Immers de kans op een negatief resultaat blijft ook in dat geval aanwezig. Ik beantwoord hiermee de vraag van de heer Zijlstra over het eventuele nut van het doorvoeren van de herberekening ook al zou die niets opbrengen. Naast reeds gevoerde argumenten (anders dan financiële) die pleiten tegen herberekening van het GVS noem ik de tegenstrijdigheid die ontstaat als herberekening zou leiden tot bijbetalingen bij (chronische) patiënten die vanwege het gebruik van diezelfde geneesmiddelen juist compensatie genieten voor het eigen risico. Ruim 800 000 mensen zullen worden geconfronteerd met een bijbetaling van tussen de € 100,- en € 200,-. Het leeuwendeel (circa 600 000) hiervan betreft gebruikers van cholesterolverlagende middelen en gebruikers van middelen tegen botontkalking (circa 80 000). Waarvan volgens berekeningen van het CVZ het in totaal om ruim 50 000 mensen met een bijbetalingsbedrag van meer dan € 200,- per jaar gaat. Dat is inclusief de mensen die TNF Alpha blokkers gebruiken.

Alles overziende kan ik redelijkerwijs niet uitsluiten dat genoemde risico's uitblijven en dat geneesmiddelfabrikanten de geneesmiddelprijzen wel degelijk zullen verlagen naar het niveau van de nieuwe GVS-vergoedingslimieten. In het best mogelijk geval, waarbij over de gehele linie sprake zou zijn van prijsverlagingen, resulteert er dus een opbrengst van € 33 mln en zijn er geen bijbetalingen voor de patiënt. Ook is het zo dat indien na herberekening zich bijbetalingen zouden voordoen, de patiënt geprikkeld zou kunnen worden om te switchen naar een bijbetalingsvrij, en vaak goedkoper geneesmiddel (bijvoorbeeld van een duurder gepatenteerd cholesterolverlagend geneesmiddel naar een merkloze cholesterolverlager). In die gevallen dat een patiënt op dit moment onnodig een duurder geneesmiddel gebruikt, zou vanuit deze prikkel een positief effect kunnen uitgaan op het realiseren van de reeds ingeboekte opbrengsten omtrent doelmatig voorschrijven. Daar staat tegenover dat in dat geval patiënten die niet behandeld kunnen worden met het bijbetalingsvrije alternatief dus wel een bijbetaling krijgen. Wat dat betreft is het bevorderen van doelmatig voorschrijven, zoals ik nu al doe, een meer elegante methode dan een GVS herberekening, omdat er via die benadering geen sprake is van niet-vermijdbare bijbetalingen.

Uit de uitgevoerde herberekening blijkt dat de bij een aantal GVS clusters nog opbrengst behaald kan worden maar dat tegelijkertijd in andere clusters mogelijk hoge bijbetalingen zouden ontstaan. Een selectieve herberekening kan, indien uitvoerbaar, bij die clusters mogelijk nog opbrengst genereren. Dan dient die herberekening echter niet gepaard te gaan met een maximeringsregeling, teneinde strategische prijsverhogingen te voorkomen. Een dergelijke selectieve herberekening zou als een tussenstap kunnen worden uitgevoerd in het traject naar het loslaten van de GVS limieten. Zoals ik hier boven al heb aangegeven, onderzoek ik daarom of een selectieve herberekening per 2012 mogelijk is.

Dure geneesmiddelen overhevelen

Naast geneesmiddelen met een vergoedingslimiet kent het GVS een segment (bijlage 1B) met unieke geneesmiddelen waarvoor geen

vergoedingslimiet geldt en waarbij nog onvoldoende sprake is van onderlinge concurrentie tussen producten. Dit zijn nieuwe geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn met geneesmiddelen met een vergoedingslimiet (bijlage 1A). Een aantal van deze geneesmiddelen betreft dure medisch-specialistische geneesmiddelen die in aanmerking komen voor overheveling naar de ziekenhuisbekostiging. Voor deze dure geneesmiddelen, maar ook voor de resterende 1B middelen in het GVS, overweeg ik te komen tot nadere regulering die moet leiden tot een gepaste prijsstelling en gepast gebruik binnen het verzekerde pakket. Dat kan worden gerealiseerd door het toepassen van een voorwaardelijke vergoeding/financiering bij die geneesmiddelen. Daarbij kan de overheid eisen stellen aan vervolgonderzoek en herbeoordeling en kunnen tussen de inkopende partijen en leveranciers afspraken worden gemaakt over risk-sharing en/ of prijs-volumeregelingen.

De overheveling van meerdere, zo niet alle, dure geneesmiddelen naar de ziekenhuisbekostiging per 2012 zal ik serieus onderzoeken. Daarbij maak ik wel het voorbehoud dat een dergelijk grootschalige aanpak niet op gespannen voet moet komen te staan met een zorgvuldige uitvoering ervan, teneinde de patiënt geen hinder te laten ondervinden van de overheveling. In 2012 zal ik in ieder geval de TNF-Alfa remmers overhevelen naar de ziekenhuisbekostiging.

GGZ

De uitgaven aan de curatieve GGZ beslaan 10% van de totale curatieve zorg¹. De totale uitgaven van de GGZ (zowel cure als care) zijn met bijna 100% gestegen van circa € 2,6 miljard in 2000 naar circa € 5,1 miljard in 2009. Jaarlijks betekent dit voor de GGZ een groei van gemiddeld circa 10%.

Indien gekeken wordt per circuit, dan zijn de circuits jeugd en beschermd wonen de grootste stijgers. Het circuit volwassenen laat ook een aanzienlijke stijging zien. Het jaarlijks aantal ingeschreven volwassen cliënten is tussen 2003 en 2007 gegroeid van 469 000 tot 581 000². Circa 76 000 mensen in de tweedelijns GGZ komt op eigen initiatief³. Uit het IBO GGZ blijkt dat circa 30% van de cliënten in de tweedelijns GGZ last heeft van milde psychische klachten die ook in de eerstelijnszorg (kunnen) worden behandeld.

De eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ is mijns inziens gerechtvaardigd, aangezien de vraag naar de GGZ de afgelopen jaren fors is gegroeid. Bovendien noodzaakt de financiële situatie nu de introductie van een eigen bijdrage.

Daarbij wil ik ook de huidige onlogische prikkel ten opzichte van de eerste lijn wegnemen. In de eerstelijns GGZ geldt momenteel – in tegenstelling tot de overige curatief-somatische zorg – een eigen bijdrage van € 10,- per consult. Ook is het aantal consulten dat wordt vergoed gemaximeerd tot acht. Doordat dit in de tweedelijns niet geldt, geeft het systeem een financiële prikkel om direct naar de, voor het collectief duurdere, tweedelijns GGZ te gaan. Deze prikkel is naar mijn mening incorrect en niet in lijn met mijn beleid waarin de eerstelijns een poortwachtersrol dient te vervullen. Door mijn beoogde maatregel tot invoering van een eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ wordt deze verkeerde prikkel weggenomen.

Bovendien vind ik het voor de betaalbaarheid van de zorg van belang dat patiënten hieraan ook financieel bijdragen, temeer omdat door een eigen bijdrage de patiënt ook meer bewust wordt van de kosten van een behandeling.

¹ Dit is exclusief de uitgaven aan huisartsen en geneesmiddelen.

² Dit is exclusief de aantallen cliënten van vrijgevestigden, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en een aantal kleinere aanbieders. Daarover zijn geen cliëntenaantallen bekend.

³ IBO, pagina 29. Bij de tweedelijns GGZ komt 34% via andere kanalen, waaronder bureau jeugdzorg (6%), andere ggz-instelling (13%) en overig, zoals o.a. politie (15%).

Ook GGZ-Nederland heeft eerder in een brief d.d. 26 mei 2009 (Dir/jsb/116157/2009) en tijdens een bestuurlijk overleg in diezelfde periode te kennen gegeven niet tegen een eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ te zijn. GGZ-Nederland heeft mij nog zeer recent – tijdens de discussie over de per 2010 in te voeren tariefmaatregel van ruim 3% bij instellingen – nadrukkelijk gevraagd waarom ik niet een eigen betaling of remgeld dan wel een pakketverkleining introduceer om de groeiende vraag naar de GGZ af te vlakken.

Gezien bovenstaande ben ik van mening dat de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ gerechtvaardigd is en dat deze ook past binnen mijn ingezette beleid.

Uitzondering van kwetsbare groepen

U heeft mij gevraagd welk deel van de mensen, die geconfronteerd worden met een eigen bijdrage in de GGZ behoort tot de kwetsbare groepen c.q. minima en of die uit te sluiten zijn.

Op basis van de gegevens van de bevolkingsstudie NEMESIS-2 blijkt dat van de mensen met GGZ-zorg in het afgelopen jaar (ongeveer 6,2% van de Nederlandse bevolking van 18–65 jaar) er naar schatting 34% een uitkering heeft. Dan gaat het om circa 220 000 mensen in die leeftijdsgroep. Ter vergelijking: bij de mensen zonder GGZ-zorg is het percentage mensen met een uitkering 8%.

Mevrouw Wiegman-Van Meppelen Scheppink heeft gevraagd of het mogelijk is de eigen bijdrage GGZ niet te laten gelden voor kwetsbare groepen, bijvoorbeeld verzekerden in de maatschappelijke opvang. Uitzonderingen op regelingen maken deze complex, ook wat betreft de uitvoering. De les die van eerdere bijdrageregelingen met uitzonderingen – zoals de algemene eigen bijdrageregeling in de Ziekenfondswet (1997/98) – is geleerd, is dat een regeling zo eenvoudig mogelijk moet blijven. Anders gaat een regeling aan haar complexiteit ten onder. Indien in de eigen bijdrage GGZ uitzonderingen zouden worden opgenomen, wordt niet voldaan aan dit algemene vereiste. Daarnaast zijn er vragen of duidelijk is af te bakenen welke verzekerden tot bedoelde kwetsbare groepen behoren en of van die groepen betrouwbare, uniforme en volledige gegevensbestanden aanwezig zijn. Dergelijke gegevensbestanden moeten bovendien geautomatiseerd beschikbaar zijn om hoge uitvoeringskosten te voorkomen. Ook gaat het uitzonderen van groepen verzekerden van de eigen bijdrage GGZ uiteraard gepaard met opbrengstverlies, dat gecompenseerd moet worden.

Tijdens het AO is ook de suggestie gedaan of verzekerden met een inkomen op minimumniveau vrijgesteld zouden kunnen worden van de eigen bijdrage GGZ. Een vrijstelling van eigen bijdragen aan de hand van een inkomenscriterium staat haaks op de systematiek van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Bij de Zvw is het uitgangspunt dat via twee instrumenten rekening wordt gehouden met de draagkracht van verzekerden: via de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgtoeslag. Met deze twee instrumenten wordt de inkomenssolidariteit in de Zvw afdoende gewaarborgd. Een groep verzekerden vrijstellen van het voldoen van een eigen bijdrage aan de hand van een inkomenscriterium, past niet in dit systeem, dat overigens wetswijziging zou vergen.

Daarnaast betekent zo'n uitzondering dat de uitvoerders van de eigen bijdrage GGZ inzicht moeten hebben in de inkomensgegevens van de betreffende verzekerden. Dit om te kunnen bepalen of er inderdaad sprake is van een inkomen op minimumniveau. Uw Kamer heeft meermalen uitgesproken dat het ongewenst is dat de zorgverzekeraars dergelijke

inkomensgegevens zouden hebben. Voor een dergelijke uitzondering zou dus buiten de zorgverzekeraars om, een nieuw systeem van gegevensuitwisseling moeten worden opgezet. Dat zou een aanzienlijke verzwaring van de uitvoeringslasten betekenen met forse administratieve lasten. Tenslotte wijs ik erop dat zo'n uitzondering aan de hand van een inkomenscriterium voor de betreffende groep verzekerden de zogenaamde armoedeval zou vergroten. Indien een verzekerde een inkomen heeft net boven het minimumniveau, moet hij immers voor de tweedelijns GGZ wel deze eigen bijdrage voldoen. Het beleid van achtereenvolgende kabinetten is juist gericht op het verkleinen van de armoedeval.

Aan een eventuele tegemoetkoming voor de eigen bijdrage GGZ aan verzekerden behorende tot de kwetsbare groepen, zijn dezelfde bezwaren verbonden als aan het uitzonderen van groepen verzekerden van de eigen bijdrage GGZ. Bijkomend bezwaar is dat daarmee een aparte tegemoetkoming zou worden ingevoerd naast de compensatie voor het verplicht eigen risico. Het naast elkaar bestaan van verschillende tegemoetkomingen leidt tot een onoverzichtelijk en nauwelijks uit te leggen systeem. Het zou ook tot veel onduidelijkheid voor verzekerden leiden.

Mijn conclusie is dan ook dat een uitzondering op of een tegemoetkoming voor de eigen bijdrage GGZ ongewenst is en bovendien tot een aanmerkelijke verzwaring van de uitvoering zal leiden, met de daarmee gepaard gaande verhoging van de uitvoeringskosten en administratieve lasten. Ik ben daarom niet bereid tot invoering van een dergelijke uitzondering of tegemoetkoming. Wel wil ik wijzen op het onderstaande.

Alternatief scenario

Desgewenst ben ik, indien u mij daartoe verzoekt, bereid om het volgende pakket van maatregelen als alternatief ter dekking van de € 110 mln te overwegen:

1. De invoering van een eigen bijdrage in de tweede lijns GGZ, waarbij de hoogte in eerste instantie beperkt blijft tot € 90,- per DBC, maar waarbij eventuele toekomstige verhogingen niet worden uitgesloten (opbrengst € 60 mln);
2. Structurele verlaging vanaf 2011 van het geneesmiddelenkader met € 30 mln naar aanleiding van de uitspraak van het CBB m.b.t. tarief apothekhoudenden;
3. In 2011 het geneesmiddelenkader met € 20 mln eenmalig (incidenteel) te verlagen;
4. Het verhogen van het Eigen Risico per 1 januari 2012 met € 5,- (opbrengst € 35 mln).

Op basis van zeer recente informatie van het CVZ over de raming van het geneesmiddelenkader blijkt dat het (restant) besparingsverlies van € 20 mln in 2011 incidenteel kan worden opgevangen in het geneesmiddelenkader.

Voor een extra (netto-)opbrengst van € 35 mln per 1 januari 2012 door middel van het eigen risico, dient het bedrag van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet met € 5,- te worden verhoogd. Deze verhoging komt dan bovenop de, in de begroting 2011 afgesproken, verhoging van het eigen risico met € 40,- per 2012. Deze alternatieve dekking beperkt echter wel de ruimte voor het nieuwe Kabinet om het verplicht eigen risico te verhogen, nog meer dan de begrotingsafspraken reeds doen.

Gedragseffecten

Uw Kamer vroeg naar de wijze waarop er bij het Centraal Planbureau en het Ministerie van Financiën wordt omgegaan met de opbrengsten van gedragseffecten. Het CPB, Financiën en VWS hanteren één lijn daar waar het gaat om de opbrengst van gedragseffecten bij het verplicht eigen risico. Bij het verplicht eigen risico wordt gerekend met een gedragseffect van ongeveer 15%.

Bij eigen bijdragen in de Zvw hebben Financiën én VWS tot nu toe geen besparingen door het optreden van gedragseffecten geraamd. VWS en Financiën hanteren dit uitgangspunt vanuit de veronderstelling dat eigen bijdragen in de Zvw in principe kunnen worden herverzekerd, waardoor de prijsprikkel en daarmee het gedragseffect teniet wordt gedaan. Het verplicht eigen risico kan weliswaar ook worden herverzekerd, in de praktijk komt dit zeer zelden voor. Vanuit het oogpunt van behoedzaam begrotingsbeleid en vanwege het tot op heden relatief beperkt inzetten van een dergelijke maatregel, zijn tot nu toe daarom geen gedragseffecten budgettair verwerkt bij maatregelen die betrekking hebben op eigen bijdragen in de Zvw.

Ik vertrouw erop u met deze brief voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink