

Vergaderjaar 2009–2010

32 123 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010

Nr. 164

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 september 2010

Op 1 juli 2010 heeft uw Kamer een motie aanvaard van de leden Van der Veen (PvdA), Zijlstra (VVD) en Voortman (GL). Met de motie is de regering verzocht om af te zien van de introductie van eigen bijdragen bij paramedische zorg en tweedelijns GGZ-zorg. Financiële dekking van de hiermee gemoeide bezuiniging moet overeenkomstig de motie worden gevonden in «herberekening van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)». Daarnaast verzoekt de motie de regering rekening te houden met de hoogte van de bijbetalingen in het jaar 2011 en om «zo spoedig mogelijk selectieve herberekening van het GVS toe te passen, zodat specifieke groepen van patiënten niet geconfronteerd worden met te hoge bijbetalingen en deze herberekening uiterlijk per 1 januari 2012 in te voeren».¹

Ik wil u op dit moment al deelgenoot maken van mijn bevindingen bij de uitvoering van de motie omdat met name het financiële resultaat en de gevolgen van een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten voor chronische patiënten daartoe aanleiding geven. In de bijlage bij deze brief ga ik kort in op het proces van de herberekening.

Financiële dekking motie door herberekening onvoldoende

Met de invoering van eigen bijdragen voor paramedische zorg en de tweedelijns GGZ-zorg is een bedrag van in totaal € 140 mln gemoeid. Dat is dan ook de minimaal beoogde netto opbrengst van een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten waarmee financiële dekking wordt gezocht voor het afzien van de betrokken eigen bijdragen. Voor de berekening van de financiële gevolgen die uitvoering van de motie zou hebben, heeft een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten plaatsgevonden met de prijzen van juli 2010. De opbrengstberekening is in samenwerking met het College voor zorgverzekeringen (CVZ) uitgevoerd op basis van door het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezond-

¹ Kamerstukken 2009–2010, 32 123 XVI, nr. 151.

heidszorg (CIBG) aangeleverde herberekende GVS-vergoedingslimieten en de gebruiksgegevens uit het Geneesmiddelen Informatie Project (GIP) van het CVZ.

De verlaging van de vergoedingslimieten zou het geneesmiddelenkader met maximaal € 251 mln ontlasten. Het gaat hier om een bruto-opbrengst. De daadwerkelijke opbrengst zou echter aanmerkelijk lager zijn: € 28 mln.¹ Met inachtneming van uitvoeringskosten en een opwaartse druk op de prijzen als gevolg van gedragseffecten, mede onder invloed van de maximeringsregeling, zal de opbrengst zelfs negatief kunnen uitvallen. Aan de hand van de aspecten «overlap» met andere beleidsmaatregelen, maximering van de eigen betalingen, uitvoeringskosten en gedragseffecten en financiële risico's, licht ik dit hieronder toe.

Er is sprake van een «overlap» van de herberekening van de GVS-vergoedingslimieten met andere beleidsmaatregelen van de overheid en van zorgverzekeraars. Veel van deze maatregelen hebben gemeen dat zij direct of indirect het besparingspotentieel van octrooiverloop van geneesmiddelen beogen te realiseren. Met het herberekenen wordt dan ook «uit dezelfde financiële vijver gevist» als bij die andere maatregelen. Zo is een deel van de beoogde besparingen al ingeboekt in het kader van het ingezette beleid met betrekking tot doelmatig voorschrijven². Ook met de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en het beleid van zorgverzekeraars (waaronder het preferentiebeleid en het substitutiebeleid) worden besparingen gerealiseerd die geheel of gedeeltelijk samenvallen met de besparingen die door een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten zouden kunnen worden bereikt. Daarnaast zijn ook de maximering van de eigen GVS-betalingen op € 200,- per verzekerde per jaar, het schrappen van de pil uit het verzekerde pakket en het grotendeels verdwijnen van de huidige bijbetalingen bij ADHD-middelen (na herberekening) van invloed op de opbrengst van een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten. Vooral nog is bij die opbrengstberekening ook nog geen rekening gehouden met uitvoeringskosten (waaronder de kosten van huisartsen, medische specialisten en apothekhoudenden voor het omzetten naar een ander geneesmiddel en de kosten van verzekeraars voor het uitvoeren van de maximeringsregeling).

Gedragseffecten en financiële risico's

De gevolgen van herberekening worden sterk beïnvloed door gedragseffecten. Het is niet uitgesloten dat daardoor de opbrengst van € 28 mln nog lager kan uitvallen. Omdat prijsverlagingen in Nederland een veelvoud aan omzetverlies in andere landen oplevert voor producenten, doordat Nederlandse prijzen in buitenlandse referentie-prijssystemen zijn opgenomen, is de verwachting reëel dat in veel gevallen prijzen niet tot het niveau van de nieuwe vergoedingslimieten zullen worden verlaagd. In tegendeel, mede in verband met de maximeringsregeling van de GVS-bijbetalingen en de mogelijkheid tot het terugbetalen van de GVS-bijbetaling door fabrikanten aan de patiënt is het niet onaannemelijk dat fabrikanten hun prijzen juist verhogen tot aan het niveau van de maximumprijzen op grond van de WGP. Het CVZ berekent dit opwaartse financiële risico op maximaal € 200 mln. Voor zover de prijzen onder de nieuwe vergoedingslimieten liggen bestaat het risico dat fabrikanten deze prijzen verhogen tot aan de limieten voor zover althans het preferentiebeleid van zorgverzekeraars niet op die geneesmiddelen van toepassing is. Het CVZ berekent dit opwaartse risico op maximaal € 90 mln.

¹ Zie de bijlage bij deze brief.

² Zie de brief van 30 juni 2010, Kamerstukken II 2009–2010, 32 123 XVI, nr. 154.

Naast bovengenoemde financiële risico's wijzen de Erasmus universiteit en Pharmo, in eerdere studies naar de gevolgen van herberekening van GVS-vergoedingslimieten, op mogelijke kosten als gevolg van eventuele medische schade van het overzetten van de patiënt naar andere geneesmiddelen.¹

Gevolgen voor chronische patiënten

In het geval dat in een GVS-cluster er slechts één geneesmiddel beschikbaar is zonder bijbetaling wordt de patiënt die aangewezen is op een geneesmiddel met een andere werkzame stof, geconfronteerd met een niet vermijdbare bijbetaling. Dit is het geval als een arts het medisch niet verantwoord acht dat de patiënt wordt omgezet op een geneesmiddel waarvoor niet hoeft te worden bijbetaald. Ik ben van mening dat zoveel als mogelijk moet worden voorkomen dat een patiënt wordt geconfronteerd met eigen betalingen voor geneesmiddelen die hij nodig heeft en waar voor hem geen alternatieven bestaan.

Of er sprake is van een bijbetaling is vooral afhankelijk van de prijsstelling door de fabrikant. De veronderstelling in de motie dat door de herberekening er steeds een geneesmiddel zonder bijbetaling beschikbaar zal zijn per GVS-cluster (een «vrijloper»), is slechts juist als de prijzen waarmee de nieuwe limieten zijn berekend (de prijzen van juli 2010) niet zouden worden verhoogd. Dit is inherent aan het karakter van het GVS als een bijbetalingsregeling.

Naar mijn inschatting zal een grote groep chronische patiënten en ouderen die meerdere geneesmiddelen gebruiken te maken kunnen krijgen met de maximale bijbetaling van € 200,-. Dit baart mij zorgen. Voor chronische patiënten bestaat er een compensatie van het eigen risico (CER) en een tegemoetkoming via de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtzc). Maar dergelijke eigen betalingen vallen echter niet onder deze compenserende maatregelen. In de praktijk zou een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten er toe leiden dat chronisch zieken wel worden gecompenseerd voor hun eigen risico, maar dat zij daar bovenop een nieuwe eigen betaling voor geneesmiddelen van € 200,- zouden krijgen. Dat acht ik vanuit een oogpunt van solidariteit en koopkrachtontwikkeling onwenselijk. Ook niet als de effecten daarvan (deels) zouden worden gemitigeerd door terugbetalingsregelingen van fabrikanten of door het aanvullend verzekeren van de GVS-bijbetalingen.

Geen eigen bijdragen paramedische zorg, wel eigen bijdragen GGZ-zorg

In het licht van het bovenstaande is uitvoering van de motie niet te verenigen met de veronderstelling die aan de indiening van de motie ten grondslag ligt. Namelijk dat via herberekening van de GVS-vergoedingslimieten financiële dekking kan worden gevonden voor het voorkomen van eigen betalingen voor paramedische zorg en tweedelijns GGZ-zorg. De netto opbrengst van de herberekening van de GVS-vergoedingslimieten van € 28 mln is daarvoor immers ruimschoots onvoldoende. Temeer omdat uitvoeringskosten en een aantal reële financiële risico's in deze «opbrengst» nog niet is opgenomen. Daarnaast kunnen er ongewenste gevolgen voor grote groepen van chronische patiënten en ouderen verbonden zijn aan uitvoering van de motie waar in de motie ook aandacht voor is gevraagd. Ik zal de motie dan ook niet kunnen uitvoeren.

Toch heb ik zorgverzekeraars bereid gevonden extra inspanningen te doen op het gebied van de inkoop van geneesmiddelen, waarmee een additionele opbrengst van structureel € 30 mln is gemoeid. Om zoveel

¹ Het rapport van de Erasmus Universiteit in opdracht van de Pharmaceutical Committee van de American Chamber of Commerce van augustus 2004: Herziening van het GVS: een maatschappelijke kosten-batenanalyse. En het rapport van Pharmo, instituut voor farmacoepidemiologisch onderzoek in opdracht van het CVZ van maart 2005: Farmacotherapie gesubstitueerd.

mogelijk tegemoet te komen aan de strekking van de motie, stel ik voor om deze middelen uit het geneesmiddelenkader aan te wenden om eigen bijdragen voor paramedische zorg te voorkomen.

Ik zal dan ook geen eigen bijdragen voor paramedische zorg introduceren. Een en ander betekent echter wel dat, overeenkomstig mijn oorspronkelijke voorstel, eigen bijdragen voor de tweede lijns GGZ-zorg zullen worden ingevoerd per

1 januari 2011. Daartoe zal in lijn met het op 21 juni 2010 aan beide Kamers der Staten-Generaal voorgelegde ontwerp-besluit (Kamerstukken II, 29 689, nr. 303), in het Besluit zorgverzekering per 1 januari 2011 de bevoegdheid worden opgenomen om eigen bijdragen te regelen voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Met deze eigen bijdragen is een bedrag van € 110 mln gemoeid.

Op basis van het bovenstaande moet ik vaststellen dat de motie van onvoldoende dekking is voorzien. Dat betekent dat er geen voorhang van de herijkte GVS-vergoedingslimieten zal plaatsvinden. Deze voorhang had uiterlijk in de derde week van september moeten geschieden. Wel zal ik nadrukkelijk bezien of ik al eerder dan 1 januari 2012 kan overgaan tot de selectieve herberekening van GVS-vergoedingslimieten waar in de motie om wordt gevraagd en waarmee wordt beoogd om specifieke groepen van patiënten niet te confronteren met te hoge bijbetalingen. De bevoegdheid tot selectieve herberekening, die in lijn is met de langetermijnvisie van het kabinet met betrekking tot de geneesmiddelenvoorziening, was al opgenomen in de concept-wijziging van het Besluit zorgverzekering dat voor advies aan de Raad van State is gezonden.

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

Bijlage

Toelichting

Hieronder ga ik meer specifiek in op het proces van herberekening van de GVS-vergoedingslimieten, de te verwachten (gedrags-)effecten daarbij en de financiële gevolgen van herberekening.

Proces herberekening

De technische en juridische voorbereiding van de herberekening van de GVS-vergoedingslimieten liggen op schema. In het concept Besluit zorgverzekering is een grondslag gecreëerd voor de maximering van de eigen GVS-bijdragen. In de inmiddels in de Staatscourant gepubliceerde wijziging van de Regeling zorgverzekering zijn de eigen GVS-bijdragen tot € 200,- per patiënt per jaar gemaximeerd. De Regeling zorgverzekering zou verder nog op een enkel punt moeten worden aangepast. Zo moet de peildatum van de prijzen waarmee de GVS-vergoedingslimieten zijn herberekend worden opgenomen. De derde week van september zouden de nieuw berekende GVS-vergoedingslimieten kunnen worden «voorgehangen» zodat de betrokken farmaceutische fabrikanten er op kunnen reageren. Zonodig worden de GVS-vergoedingslimieten daarna nog aangepast. De definitieve GVS-vergoedingslimieten zouden vervolgens uiterlijk eind november gepubliceerd kunnen worden zodat fabrikanten daarmee rekening kunnen houden in hun prijsstelling per 1 januari 2011.

Wat de maximering van de GVS-bijbetalingen betreft, hebben zorgverzekeraars aangegeven dat twee varianten van een maximering van de eigen (bij) betalingen technisch uitvoerbaar zijn:

- A. De zorgverzekeraar schiet alle declaraties voor en verhaalt de eigen bijdrage achteraf bij de patiënt;
- B. De patiënt betaalt de eigen bijdrage in de apotheek en declareert daarna bij zijn zorgverzekeraar de bedragen boven € 200,-.

Een maximeringsregeling acht ik alleen goed uitvoerbaar als hij simpel is en ook de bevolking er goed en duidelijk over kan worden voorgelicht. Mijn voorkeur zou uitgaan naar een eenduidige maximeringsregeling met ook zo min mogelijk administratieve lasten en opschudding in de apotheek. Dat betekent geen varianten waarbij elke zorgverzekeraar op zijn eigen manier invulling geeft aan de maximering van de bijbetalingen.

Er zijn voorbereidingen getroffen om de maatregel tijdig en doeltreffend onder de aandacht van de bevolking en beroepsbeoefenaren te brengen. Inmiddels zijn over de communicatie van de maatregel al gesprekken gevoerd met organisaties van patiënten en consumenten en met organisaties van apotheekhoudenden, huisartsen en ook met zorgverzekeraars zijn gesprekken gevoerd. De communicatie naar het publiek zal in ieder geval ook moeten lopen in het kader van de najaarscampagne over de aanpassingen in de aanspraken.

Financiële gevolgen herberekening GVS-vergoedingslimieten

Herberekening van de GVS-vergoedingslimieten heeft plaatsgevonden met de prijzen van juli 2010. Deze prijzen zijn de meest recente prijzen die niet meer door de fabrikanten voorafgaand aan de herberekening konden worden opgetrokken om zodoende een hogere GVS-vergoedingslimiet te krijgen.

Herberekening met de prijzen van juli 2010 levert maximaal circa € 250 mln op volgens het Geneesmiddelen Informatieproject van het CVZ. Dit bedrag is als volgt opgebouwd:

Opbrengst herberekening	€ 286 mln
Af Huidige GVS-bijbetalingen saldo	€ 40 mln
	€ 246 mln
Bij BTW 6 % van € 246 mln saldo	€ 15 mln
	€ 261 mln
Af verlies clawbackopbrengst	€ 10 mln
Gecorrigeerde opbrengst	€ 251 mln

Van de totale opbrengst van € 286 mln komt circa 95 % uit bijbetalingen in 15 GVS-clusters:

Tabel 1: Top 15 GVS-clusters bijbetalingen agv herberekenen

GVS-cluster	Opbrengst cluster	Cumulatief % opbrengst
TNF-alfa remmers (overheveling 2011)	€ 105,7 mln	37,0 %
Cholesterol synthese remmers	€ 87,3 mln	67,5 %
Protonpompremmers	€ 10,5 mln	71,2 %
Botontkalking	€ 9,9 mln	74,6 %
Anti epileptica	€ 6,4 mln	76,9 %
Anticonceptie (2011 uit pakket > 21 jaar)	€ 5,9 mln	78,9 %
Prostaatmiddelen	€ 5,3 mln	80,8 %
Overige hypertensiva	€ 5,1 mln	82,6 %
Selectieve beta blokkers	€ 4,9 mln	84,3 %
Antidepressiva SSRI's	€ 4,6 mln	85,9 %
Antitrombotica	€ 4,5 mln	87,4 %
Urine incontinentiemiddelen	€ 4,4 mln	89,0 %
Opioïden	€ 4,4 mln	90,5 %
Overige antivirale middelen	€ 4,1 mln	92,0 %
Overige antitrombotica	€ 3,8 mln	93,3 %
Totaal	€ 266,8 mln	93,3 %

Bron CVZ

De opbrengst van de herberekening wordt beïnvloed door:

- De maximering van de bijbetalingen en het aantal patiënten;
- Al ingezet beleid (cq. ingeboekte opbrengst) zoals
 - preferentiebeleid en substitutiebeleid van zorgverzekeraars
 - de toepassing van de WGP op dure geneesmiddelen
 - de pil uit het verzekerde pakket,
 - de overheveling van TNF-alfa remmers naar ziekenhuizen
 - en doelmatig voorschrijven.
- Voor de clusters met ADHD-middelen resulteert herberekening in een hogere vergoedingslimiet. Hierdoor kunnen de voor het BKZ relevante uitgaven oplopen met maximaal € 42 mln.
- Voor de clusters met ADHD-middelen resulteert herberekening in een hogere vergoedingslimiet. Hierdoor kunnen de voor het BKZ relevante uitgaven oplopen met maximaal € 42 mln.

Tabel 2: Totale opbrengst herberekenen GVS

Totale opbrengst	€ 251,0 mln
Af Overheveling TNF alfa remmers	€ - 105,7 mln

Totale opbrengst	€ 251,0 mln
Saldo	€ 145,3 mln
Af ADHD middelen hogere limiet	€ – 42,0 mln
Saldo	€ 103,3 mln
Af Anti-conceptie uit pakket ¹	€ – 5,0 mln
Saldo	€ 98,3 mln
Af Besparingsverlies maximering bijbetaling	€ – 15,0 mln
Saldo	€ 83,3 mln
Af dubbeling met al ingeboekte opbrengst doelmatig voorschrijven huisartsen en aanscherping voorwaarden vergoeding cholesterolverlagers	€ – 55,0 mln
Daadwerkelijke opbrengst herberekening Saldo	€ 28,3 mln
Af Besparingsverlies eigen bijdragen polyfarmacie	– PM mln
Af Uitvoeringskosten	– PM mln
Maximaal risico prijsverhogingen	€ – 290,0 mln

¹ Ten aanzien van de pil geldt dat er een kleine bijbetaling komt voor vrouwen onder de 21 jaar van circa € 4,- per jaar bij ongewijzigde prijzen.

Hoogte van bijbetalingen

Om een indruk te geven van de uiterste bijbetalingen die ontstaan als gevolg van de herberekening indien geen rekening wordt gehouden met een maximering van de bijbetaling op € 200,- per verzekerde per jaar en het omzetten naar geneesmiddelen waarvoor geen bijbetaling bestaat, geeft het CVZ aan dat zonder maximering omzetting of verlaging van de prijzen er 76 patiënten zouden zijn die een eigen betaling van € 59 000,- hebben, 1 850 patiënten een eigen betaling van ruim € 6 000,- en 24 000 patiënten een eigen betaling van € 4 400,-.

Overheveling TNF alfa remmers

Hoewel de TNF-alfa remmers per 1 januari 2011 worden overgeheveld naar de ziekenhuisbekostiging, kan aan de hand van de TNF-alfa remmers het effect van de maximering van de bijbetalingen tot € 200,- duidelijk worden gemaakt. Volgens het CVZ zou € 105 mln kunnen worden bespaard als fabrikanten hun prijzen verlagen naar het niveau van de nieuwe vergoedingslimiet. Doen zij dat niet dan zou de € 105 mln moeten worden opgebracht door de bijbetalingen (circa € 4 400,- per patiënt). Maar omdat er slechts 24 000 gebruikers zijn zouden de gemaximeerde eigen betalingen ten hoogste € 4,8 mln (24 000 x € 200,-) bedragen bij gelijkblijvende (juli-)prijzen.

Hierdoor slinkt de maximale opbrengst van € 250 mln tot € 145 mln. Hierbij is nog geen rekening gehouden met beleidsmaatregelen die ook aangrijpen op het «switchen» naar goedkopere geneesmiddelen en op de prijsvorming van geneesmiddelen (doelmatig voorschrijven, preferentie-beleid en overig beleid van zorgverzekeraars, de toepassing van de WGP en het uit octrooi lopen van geneesmiddelen). Voorkomen moet worden dat er sprake is van dubbeltellingen bij de opbrengstberekeningen van de onderscheiden maatregelen.

Dubbeling opbrengst doelmatig voorschrijven huisartsen en aanscherping voorwaarden vergoeding cholesterolverlagers

De opbrengst van het herberekenen wordt, los van de TNF-alfa remmers, vooral gehaald bij de cholesterolverlagers en de maagzuurremmers. Deze opbrengst is echter al grotendeels ingeboekt als opbrengst voor doelmatig voorschrijven door huisartsen en het aanscherpen van de voorwaarden voor vergoeding van cholesterolverlagers (in 2011 resp. € 110 mln en € 97 mln). Herberekening kan bovenop deze al ingeboekte bedragen bij de geneesmiddelengroepen die dit betreft (cholesterolverlagers en maagzuurremmers) wel voor een extra opbrengst zorgen (€ 55 mln).

Uiteindelijk resulteert een herberekening van de GVS-vergoedingslimieten met de juli prijzen en bij ongewijzigde prijzen in een besparing van € 28 mln.

Uitvoeringskosten

Vooralsnog is bij deze opbrengstberekening geen rekening gehouden met uitvoeringskosten (waaronder de kosten van huisartsen, medische specialisten en apotheekhoudenden voor het omzetten naar een ander geneesmiddel en de uitvoeringskosten die verzekeraars moeten maken voor het uitvoeren van de maximeringsregeling) en de kosten van eventuele medische schade als gevolg van het overstappen naar andere geneesmiddelen.

Eén zorgverzekeraar taxeert de kosten van het omzetten van recepten door artsen, op basis van een extrapolatie van hun schadegegevens, op ten minste € 100 mln voor het eerste jaar.

De KNMP wijst op de extra tijd die aan de balie nodig is voor patiënten die moeten bijbetalen dan wel voorgelicht moeten worden over het omzetten op een ander geneesmiddel. De KNMP acht uitvoering van de motie zijn doel voorbij schieten en op langere termijn juist kostenverhogend werken. De KNMP wijst er op dat:

- Bijbetalingen de therapietrouw belemmeren;
- Innovatieve geneesmiddelen minder toegankelijk worden;
- Een toename van administratieve lasten door bijbetalingen ten koste gaat van de patiëntenzorg;
- Herberekening van de GVS-vergoedingslimieten leidt tot nieuwe prijsdruk (minder kortingen) en noodzaakt tot het afschaffen van de clawback.

De KNMP berekent de in het tarief te compenseren kosten op € 200 mln. Ook als deze schatting aan de hoge kant moet worden geacht dan nog resulteert een aanmerkelijke tariefclaim van de apotheekhoudenden.

Gedragseffecten en risico prijsverhogingen

Prijsverlagingen in Nederland leveren een veelvoud van omzetverlies in andere landen op omdat de Nederlandse prijzen voor die geneesmiddelen in buitenlandse referentieprijssystemen zijn opgenomen. Fabrikanten zullen dan ook zeker niet al hun prijzen kunnen verlagen tot aan het niveau van de nieuwe GVS-vergoedingslimieten.

Fabrikanten kunnen zelfs hun prijzen verhogen tot aan het niveau van de maximumprijzen op grond van de WGP. Dit mede onder invloed van de maximeringsregeling. Het resultaat hiervan kan zijn dat er clusters van

geneesmiddelen zijn waar voor alle geneesmiddelen moet worden betaald of waar de bijbetaling voor de patiënt hoger wordt. Fabrikanten zouden de GVS-bijbetalingen dan weer kunnen compenseren via terugbetalingsregelingen en dit kunnen financieren uit de financiële ruimte die is ontstaan door prijsverhogingen. Resultaat hiervan is dan dat er voor deze geneesmiddelen geen sprake is van een budgettaire besparing maar juist van extra uitgaven. Op dit moment hanteren fabrikanten al enige tijd dergelijk terugbetalingsregelingen al voor geneesmiddelen waarvoor op dit moment moet worden betaald. Daarnaast zal wellicht het aantal aanvullende verzekeringen waarbij de GVS-bijbetalingen zijn «wegverzekerd» toenemen.

Op grond van het bovenstaande is de verwachting gerechtvaardigd dat veel prijzen niet tot het niveau van de nieuwe vergoedingslimieten zullen worden verlaagd en dat prijzen die onder de vergoedingslimieten liggen zullen stijgen tot aan de limieten. Voor zover er geen (preferentie)beleid van zorgverzekeraars voor die middelen geldt. Het CVZ heeft aangegeven dat er nog € 200 mln ruimte is voor fabrikanten om hun prijzen te verhogen tot aan het niveau van de WGP-maximumprijzen en € 90 mln ruimte om de prijzen tot aan de nieuwe vergoedingslimieten op te trekken. Samen een risico van structureel ten hoogste € 290 mln hogere uitgaven.