

Notitie met antwoorden op vragen uit het bestuurlijk overleg farmacie

1. Vrije tarieven en nieuwe prestatiebeschrijvingen extramurale farmaceutische zorg

Bij de voorbereiding op de invoering van vrije tarieven en nieuwe prestatiebeschrijvingen voor extramurale farmaceutische zorg spelen nog een enige vragen. Uit het bestuurlijk overleg farmacie kwam naar voren dat een aantal aspecten door VWS minder zijn belicht dan andere en dit gaf aanleiding tot vragen en enige onzekerheid over de gevolgen van het dereguleren van het "tarief voor apothekhoudenden".

Deze notitie beoogt meer duidelijkheid te geven en de onzekerheid voor een deel weg te nemen. De onzekerheid helemaal wegnemen is niet mogelijk. De essentie van het vrijlaten van het tarief en het vaststellen van nieuwe prestatiebeschrijvingen is juist om partijen meer ruimte en mogelijkheden te geven om betere en meer samenhangende zorg aan te bieden, te contracteren en te betalen. Dit betekent inderdaad meer onzekerheid ten opzichte van de huidige situatie omdat dit op verschillende manieren bereikt kan worden. Er zullen keuzes moeten worden gemaakt die goed of minder goed kunnen uitvallen ten opzichte van de concurrent. Dit geeft onzekerheid maar ook een stimulans om het steeds beter te doen en niet stil te blijven staan bij eenmaal gemaakte keuzes en verder de verantwoordelijkheid aan de overheid te laten. Het biedt juist de mogelijkheid om ook echt het verschil te maken voor de patiënt en verzekerde door middel van zorgvernieuwing.

Dé manier om onzekerheid terug te brengen ligt besloten in het zorgstelsel zelf: zorgverzekeraars, die er voor hebben gekozen om het zorgstelsel uit te voeren, sluiten contracten met zorgaanbieders. Voordat contracten worden gesloten zullen (groepen van) partijen dan met elkaar moeten praten en kenbaar moeten maken welke samenhangende zorg zij de patiënt kunnen en willen bieden. Wellicht komen zij samen tot nieuw zorgaanbod. Om mogelijk te maken dat nieuw zorgaanbod mag worden betaald is in de aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) opgenomen dat bij overeenkomst kan worden afgeweken van de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen. Voor zover er geen contracten tot stand komen, bieden met name de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) het kader hoe dan te handelen. Op dit aspect komt de notitie hieronder terug.

Het vrijlaten van de tarieven en het invoeren van nieuwe prestatiebeschrijvingen geeft partijen de ruimte. Het betekent niet dat iedereen alles anders **moet** doen overeenkomstig een nieuwe "blauwdruk". Het betekent wel dat partijen die er klaar voor zijn, en het willen, de verkregen ruimte **mogen** en kunnen benutten. Door het wegnemen van de belemmeringen in de tariefregulering komt er ruimte voor meer dynamiek in het stelsel die ten goede kan komen van de patiënt en de verzekerde. Kortom: " het hoeft niet anders, maar het mag wel". Dat betekent dat in 2012 contracten kunnen worden afgesloten volgens het huidige tariefsysteem. Maar ook dat andere contracten kunnen worden afgesloten, waardoor betere resultaten kunnen worden bereikt. Hierop zullen andere partijen moeten reageren om zich zelf niet uit de markt te prijzen. Dat is de dynamiek en drang naar verbetering waarop het zorgstelsel is ingericht, waarop patiënten en verzekerden recht hebben en waartoe zorgaanbieders en zorgverzekeraars verplicht zijn. Dit proces wordt in gang gezet met het vrijlaten van het tarief voor apothekhoudenden.

2. Vragen en antwoorden

Hieronder wordt ingegaan op de vragen die overgebleven zijn na het vorige bestuurlijk overleg farmacie. De vragen gaan over wat er nu precies gedereguleerd wordt per 1-01-2012 en wat er gebeurt in situaties als er geen contract tot stand komt tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder. Ook is verzocht om een nadere toelichting op de positie en de rol van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) en de Taxe in de situatie dat het tarief is gedereguleerd. Tenslotte bleef een vraag over in hoeverre een drietal nieuwe door de Nederlandse Zorgautoriteit onderscheiden prestaties onder de per 1-01-2011 gewijzigde aanspraak op farmaceutische zorg vallen.

3. Wat wordt er per 1-1-2012 gedereguleerd?

Op die datum wordt alleen het maximum tarief voor extramurale farmaceutische zorg (het tarief voor apothekhoudenden) vrij gelaten. Dat is het tarief dat als basis dient voor de contractonderhandelingen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars. In de praktijk is dit maximumtarief een minimumtarief geworden. Het kwam de afgelopen jaren maar weinig voor dat contracten werden gesloten op een prijsniveau onder dat van het maximumtarief met uitzondering

van wat er rond de prijsvorming van geneesmiddelen is gebeurd onder invloed van het preferentiebeleid, pakjesmodellen e.d.. Het kwam voor dat als er geen contract was afgesloten met een apotheekhoudende, deze toch het maximumtarief in rekening mocht brengen.

Er is sprake van één maximumtarief dat uit twee onderdelen bestaat die samen met de niet afgeroomde inkomsten uit kortingen en bonussen tot een gemiddeld kostendekkende vergoeding voor de apotheekhoudenden moeten leiden:

1. een maximumvergoeding voor de dienstverlening van de apotheekhoudende (de receptregelvergoeding);
2. een maximumvergoeding van de inkoopkosten van het aan de patiënt afgeleverde receptgeneesmiddel (de materiaalkostenvergoeding).

De receptregelvergoeding is gedifferentieerd. De maximum receptregelvergoeding die apotheekhoudenden en zorgverzekeraars kunnen afspreken, bedraagt voor het jaar 2011 gemiddeld € 7,50. Daarbovenop mogen partijen een hogere receptregelvergoeding en een hogere materiaalkostenvergoeding afspreken in verband met extra dienstverlening. Deze verhogingen zijn op hun beurt ook gemaximeerd (het zogenaamde max-max tarief).

De materiaalkostenvergoeding is niet gebaseerd op de echte inkoopprijs die apotheekhoudende betaalt. De apotheekhoudende mag maximaal de bruto-adviesprijs van de fabrikant (de apotheekinkoopprijs (AIP) die vrijwel altijd in de Taxe is opgenomen) in rekening brengen minus de clawback. De clawback is een gemiddelde korting op de materiaalkostenvergoeding bedoeld ter (gedeeltelijke) compensatie van de kortingen en bonussen die apotheekhoudenden ontvangen. De hoogte van de clawback is onderhandelbaar.

Omdat de NZa nu op grond van de Wmg gehouden is een tarief vast te stellen waarmee de gemiddelde (standaard) apotheek geen verlies leidt en kostenstijgingen in beginsel telkens meegenomen worden in het nieuwe tarief, gaat er van het tarief geen enkele prikkel uit om efficiënter te werken en om kosten te besparen. In tegendeel, alle kostenstijgingen worden in beginsel meegenomen (bijv. de Cao loonsverhoging wordt zonder meer doorberekend in het tarief, ongeacht de hoogte daarvan).

Het tarief bevordert het "doosjes schuiven" (meer volume) en beloont niet verbetering van de farmaceutische zorg. Hoe meer geneesmiddelen worden afgezet, hoe meer de apotheker verdient ongeacht de kwaliteit en het resultaat van de farmaceutische zorg (de dienstverlening) die hij levert. Van het tarief gaat verder ook nog eens een opwaartse druk uit op de prijzen van de afgeleverde geneesmiddelen waardoor meer kortingen kunnen worden gegeven.

Het tarief voor apotheekhoudenden stelt aan ene kant een maximum-tariefhoogte vast dat werkt als een focal point. Aan de andere kant is er ook sprake van een verplichte systematiek die in acht moet worden genomen bij het declareren. Er moet altijd een receptregelvergoeding en een aparte vergoeding voor de materiaalkosten in rekening worden gebracht. Hieraan komt ook een einde als de tarief wordt gedereguleerd. Met het afschaffen van het tarief worden tariefafspraken vormvrij en komt er veel meer nadruk te liggen op het onderhandelen over de toegevoegde waarde en niet een vaste vergoeding afhankelijk van het volume/omzet.

Met het vrijlaten van het tarief vervalt de maximum-receptregelvergoeding en de maximum materiaalkostenvergoeding van het afgeleverde geneesmiddel en daarmee dus ook de wettelijke clawback. Daarnaast krijgen partijen de vrijheid om andere vergoedingsystemen af te spreken zoals capitation (all in tarief), volledige transparantie en een prikkel voor doelmatig inkopen en varianten op de huidige pakjesmodellen.

4. Dienstverlening en het vrij laten van de receptregelvergoeding

Het loslaten van het maximumtarief voor de dienstverlening staat niet ter discussie bij de deelnemers aan het bestuurlijk overleg farmacie. Naast het loslaten van het tarief stelt de NZa prestatiebeschrijvingen vast die als gezamenlijke onderhandelingstaal fungeren en die van belang zijn voor de declaratie van de dienstverlening.

In samenspraak met het apotheekhoudenden zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties heeft de NZa inmiddels een tiental prestatiebeschrijvingen opgesteld. Zij zijn een afspiegeling van de huidige stand van zaken met betrekking tot de extramurale farmaceutische zorg. Partijen voeren op dit moment zelf een "pilot" uit waarvan de NZa de uitkomsten kan gebruiken om de 10 prestatiebeschrijvingen aan te passen. Op basis van de

prestatiebeschrijvingen ontwikkelt de KNMP richtlijnen voor apothekhoudenden overeenkomstig haar Witboek.

Om maximale ruimte te creëren voor partijen om nieuw zorgaanbod te ontwikkelen en dat ook te kunnen betalen heeft de Minister van VWS in de aanwijzing over de prestatiebeschrijvingen en de invoering van vrije tarieven per 101-2011 aangegeven dat er bij overeenkomst kan worden afgeweken van de door de NZa vastgesteld prestatiebeschrijvingen. Feitelijk zal er sprake zijn van een min of meer vormvrije 11^e prestatie die zorgverzekeraars en apothekhoudenden gezamenlijk kunnen afspreken.

De achterliggende gedachte is om niet meer de kosten van een apotheek leidend te laten zijn voor de vergoeding van de dienstverlening (farmaceutische zorg) van de apotheker maar de (toename van) de toegevoegde waarde van zijn dienstverlening en de ontwikkeling van betere zorg. Daar heeft de patiënt veel meer aan en zal er toe leiden dat de apotheker ook echt doet waarvoor hij is opgeleid.

5. Vrijlaten van de materiaalkostenvergoeding

Een apothekhoudende brengt in het algemeen een hogere prijs aan de patiënt of zorgverzekeraar in rekening voor het afgeleverde geneesmiddel dan de inkoopprijs die de apothekhoudenden zelf echt heeft betaald. Die hogere prijs is de apotheekinkoopprijs (AIP) van de fabrikant die meestal ook in de Taxe is opgenomen. Dat betekent dat de apotheekhoudende kortingen en bonussen ontvangt. Ter compensatie voor de kortingen en bonussen wordt van de maximaal te declareren AIP een gemiddelde korting afgetrokken. Dat is de wettelijke clawback. De clawback is al onderhandelbaar gemaakt en een aantal zorgverzekeraars heeft nu al specifieke afspraken daarover met apothekhoudenden.

Zorgverzekeraars hebben tot nu toe steeds de AIP (bruto-prijzen) van de fabrikant minus de clawback aan apothekers vergoed. Dit gedrag en de tariefbeschikking leiden tot een gezamenlijk belang van de farmaceutische industrie en apothekhoudenden om de AIP (bruto-prijzen) zo hoog mogelijk te houden om zo veel mogelijk korting te kunnen geven en om zo om de gunst van de apotheker te concurreren (margeconcurrentie). Die kortingen moeten dan weer afgeroomd worden en/of verrekend in het tarief. Het tarief, met name deze verrekening en de hoogte van de resterende kortingen en bonussen, vormt keer op keer onderwerp van juridische procedures van de KNMP tegen de NZa.

6. Clawback afschaffen

Partijen hebben de zorg uitgesproken dat het loslaten van de clawback zal leiden tot hogere prijzen voor de patiënt en de zorgverzekeraar en kortingen die in de zak van de industrie blijven. Dat ligt niet voor de hand omdat:

- De concurrentieverhoudingen tussen farmaceutische industrie, groothandel en apothekhoudenden niet veranderen en er gewoon druk op de netto-inkooprijzen blijft bestaan;
- Twee grote zorgverzekeraars de clawback al grotendeels buiten werking hebben gesteld (Achmea en CZ) en de inkoopkortingen hebben verrekend in hun contracten met apothekhoudenden. De kortingen zijn daardoor niet verdwenen maar afgeroomd en komen ten goede aan de verzekerde;
- Zorgverzekeraars de inkomsten uit kortingen en bonussen zullen afkomen of verrekenen in de contracten met apothekhoudenden;
- Als er geen contract tot stand komt een zorgverzekeraar een restitutievergoeding voor niet gecontracteerde zorg moeten vaststellen en de hoogte daarvan kenbaar moet maken aan zijn verzekerden;
- Er contracteervrijheid bestaat voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders behoudens in uitzonderlijke gevallen (waar sprake is van misbruik van een economische machtspositie of aanmerkelijke marktmacht) kan een contracteerverplichting worden opgelegd tegen de op de markt gebruikelijke condities.

Van belang is verder dat de prijzen voor geneesmiddelen gestaag dalen. Daarmee kan er ook minder korting worden gegeven en wordt een wettelijke clawback minder relevant. Voor geneesmiddelen waar concurrentie is, dalen de prijzen door het preferentiebeleid. Daar waar geen of minder concurrentie is dalen de prijzen door de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp).

Het blijven reguleren van de inkoopkosten op het niveau van de bruto-prijs houdt het systeem van kortingen en bonussen juist in stand. Apothekers mogen dan de kortingen houden die niet zijn

afgeroomd door de clawback. Er is dan ook een belang om de prijzen zo hoog mogelijk te houden om zoveel mogelijk kortingen te kunnen geven die dan weer apart afgeroomd zouden moeten worden. Dat is slechts symptoombestrijding.

Praktisch gezien zijn er ook bezwaren wat de onderbouwing van de hoogte van de clawback betreft. De NZa bepaalt op dit moment de hoogte van dit maximumtarief inclusief de hoogte van de clawback. Daarbij is de NZa gebonden aan de eisen van de Wmg. Dat wil zeggen dat elk tarief van de NZa kostendekkend moet zijn. Dat geldt ook voor het vaststellen van een tarief voor het doorberekenen van de materiaalkosten.

De NZa stelt een (gemiddeld) kostendekkend tarief vast en kijkt naar de (praktijk)kosten van de apothekhoudenden en naar hun inkomsten. De apothekhoudende heeft inkomsten uit de receptregelvergoeding voor zijn dienstverlening en uit de verkoop van het geneesmiddel aan de patiënt voor zover zijn kortingen en bonussen niet worden afgeroomd door de clawback en/of door zijn contract met een zorgverzekeraar. De NZa houdt rekening met de inkomsten uit niet afgeroomde kortingen en bonussen bij het vaststellen van de hoogte van de maximum receptregelvergoeding. De twee tariefonderdelen werken als communicerende vaten en leveren samen het door de NZa berekende kostendekkende maximumtarief op. Vooruitlopend op de overgang naar vrije tarieven en de gezien de dalende trend van de kortingen en bonussen, heeft de NZa voor het jaar 2011 een transitietarief vastgesteld dat hoger is dan het berekende maximumtarief en heeft zij het tarief al meer flexibel gemaakt met een onderhandelbare clawback.

7. Voor- en nadelen van het "splitsen" van het tarief voor apothekhoudenden

De vrees is geuit dat apothekhoudenden een hogere prijs voor het afgeleverde geneesmiddel gaan vragen aan de patiënt en zorgverzekeraar dan de maximumprijs op basis van het huidige tarief. De prijs voor het afgeleverde geneesmiddel die op dit moment ten hoogste in rekening mag worden gebracht is de AIP van de fabrikant minus de clawback. De AIP wordt gemaximeerd door de Wgp en hoewel de Wgp slechts van toepassing is op de inkoopprijs (AIP) van de apothekhoudenden werkt de maximering van de AIP daarom door in de verkoopprijs van de apotheker via de tariefbeschikking van de NZa. Na het vrijlaten van het apothekerstarief zouden apothekhoudenden in beginsel meer dan de Wgp-maximumprijs in rekening mogen brengen aan de patiënt en de zorgverzekeraar. Daarom pleiten sommigen er voor om het maximumtarief niet volledig te dereguleren maar te splitsen in een vrij deel en in een gereguleerd deel. De vergoeding voor de dienstverlening (de receptregelvergoeding) zou vrij gelaten kunnen worden maar de vergoeding voor de materiaalkosten niet. Die zou gemaximeerd moeten blijven.

Bij deze wens past een aantal wezenlijke kanttekeningen op grond waarvan een dergelijke (kunstmatige) splitsing in een deels gereguleerd en deels niet gereguleerd tarief veel minder aantrekkelijk is dan op het eerste gezicht misschien lijkt.

Uitgangspunt van het zorgstelsel is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders contracten met elkaar sluiten. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten voldoende verantwoorde zorg contracteren en zorgaanbieders hebben de plicht om verantwoorde zorg te leveren. Er geldt evenwel geen contracteerverplichting over en weer tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder (er is sprake van contracteervrijheid).

Het is uitgesloten dat een zorgverzekeraar een hogere prijs zal accepteren dan de Wgp maximumprijs in een contract met een apothekhoudende. Zorgverzekeraars zijn goed op de hoogte van de prijzen en de kortingen en bonussen die worden gehanteerd. Het valt niet in te zien waarom zorgverzekeraars wel in staat zouden zijn om in hun contracten met apothekhoudenden tot begrenzing van de vergoeding voor dienstverlening te komen en niet tot begrenzing van de vergoeding van de materiaalkosten.

Kennelijk voelen met name zorgverzekeraars desondanks onzekerheid met betrekking tot de beheersbaarheid van de materiaalkostenvergoeding. Het voorlopig in stand houden van de huidige regels ten aanzien van de materiaalkostenvergoeding zou dan als voordeel hebben dat de onzekerheid wordt weggenomen. Daartegenover staan de volgende nadelen:

- De ruimte voor zorgvernieuwing voor de patiënt en de mogelijkheid om de apothekhoudende daarvoor te belonen blijft beperkt;
- Het in stand houden van de opwaartse druk op de prijzen en de kortingen en bonussen (margeconcurrentie blijft in stand);
- Het beperkt de concurrentieruimte en de vrijheid van partijen: integrale bekostiging is dan niet mogelijk (capitation) evenals afspraken waarbij de apothekhoudende goed inkoop

ten behoeve van de zorgverzekeraar en alle kortingen doorgeeft en daarvoor een financiële vergoeding krijgt;

- Het verder ontwikkelen van "pakjesmodellen" (IDEA etc) wordt bemoeilijkt;
- Problemen met de uitvoerbaarheid: op grond van de Wmg zal het tarief voor het afleveren van een geneesmiddel steeds kostendekkend moeten zijn en moeten worden onderbouwd : de kortingen lopen terug, wellicht is een maandelijks onderbouwing en aanpassing van het clawbackpercentage nodig, dan wel moet worden afgezien van het huidige gemiddelde clawbackpercentage om te voorkomen dat geneesmiddelen met verlies worden afgezet door apothekhoudenden;
- De NZa moet doorgaan met het uitvoeren van een onderzoek naar de werkelijke inkomsten uit kortingen en bonussen en de aan het vertrekken van geneesmiddelen verbonden kosten, om een onderbouwd tarief te kunnen vaststellen.

8. Als er geen contracten tot stand komen, wat geldt dan?

Partijen hebben aangegeven dat in uitzonderlijke gevallen er geen contracten tot stand komen. Het zorgstelsel kent geen contracteerverplichting. Dit geldt zowel voor zorgverzekeraars als voor zorgaanbieders. Als beide partijen er niet uit komen en er geen contract tot stand komt, dan moet de zorgverzekeraar volgens de Zvw aangeven welke vergoeding een verzekerde ontvangt voor niet gecontracteerde zorg (restitutievergoeding). In het "Richtsnoer zorgverzekeringen" geeft de NZa aan wat zij wel en niet transparant acht in dit verband. De NZa kijkt hierbij niet naar de hoogte van die restitutievergoeding. De NZa toetst de restitutievergoeding slechts procedureel op het aspect van duidelijkheid voor de verzekerde. Daarbij hanteert de NZa de stelregel dat elke restitutievergoeding acceptabel is mits voor de verzekerden duidelijk (transparant) is wat hij vergoed krijgt van zijn zorgverzekeraar op grond van zijn polis. Het is vervolgens aan de verzekerde om die polis te kiezen die het beste bij hem past.

Aanmerkelijke marktmacht AMM

In het uitzonderlijke geval dat een zorgaanbieder beschikt over aanmerkelijk marktmacht (AMM) kan de NZa zo nodig een contracteerverplichting opleggen. In het geval van Apotheek Breskens waarbij een contract geweigerd werd wegens het voeren van preferentiebeleid, heeft de NZa de apotheek de verplichting opgelegd om onder redelijke voorwaarden in te gaan op een redelijke verzoek van een zorgverzekeraar. In dit verband zij nogmaals gewezen op de verplichting van de zorgverzekeraar om een restitutievergoeding vast te stellen voor niet gecontracteerde zorg.

9. Het GVS, de Wgp en de Taxe na deregulering van het tarief voor apothekhoudenden

Het GVS na het dereguleren van het apothekerstarief

Het GVS blijft onverkort van toepassing per 1-01-2012. De werking van de vergoedingslimieten zal als zodanig niet veranderen door het dereguleren van het tarief voor apothekhoudenden. Het GVS regelt de vergoeding van de prijs die de patiënt aan de apothekhoudende betaalt voor zijn geneesmiddelen. Het GVS is een bijbetalingsregeling waarbij de vergoeding is gemaximeerd per groep van onderling vervangbare geneesmiddelen. Dat kunnen ook geneesmiddelen met verschillende werkzame stoffen zijn. Dit betekent dat de patiënt zelf moet bijbetalen als de prijs die de apotheker in rekening brengt (de AIP) hoger is dan de GVS-vergoedingslimiet voor de groep van onderling vervangbare geneesmiddelen waartoe zijn geneesmiddel behoort.

Het GVS is geen prijsmaatregel. Fabrikanten zijn dan ook niet verplicht om een lagere AIP te hanteren dan de vergoedingslimiet. De AIP zelf wordt gemaximeerd door de Wgp. Of een patiënt moet bijbetalen beslist uiteindelijk de fabrikant. In de praktijk hebben fabrikanten tot nu meestal bijbetalingen zo veel mogelijk vermeden. Omdat de Nederlandse AIP's in toenemende mate in buitenlandse referentie-prijssystemen meetellen en de omzet in het buitenland een veelvoud van de omzet in Nederland is, zal de farmaceutische industrie zich bij de prijsstelling steeds minder door een GVS-limiet laten leiden.

Wet geneesmiddelenprijzen na het dereguleren van het apothekerstarief

De Wgp maximeert de AIP's. Door de toepassing van de Wgp en door het preferentiebeleid en het andere inkoopbeleid van zorgverzekeraars dalen de AIP's gestaag. Hierdoor kunnen er ook minder kortingen worden gegeven. Het dereguleren van het apothekertarief beïnvloedt niet de werking van de Wgp in het vaststellen van maximumprijzen voor AIP's.

Zoals hiervoor al is aangegeven maximeert de Wgp de AIP's. Via de tariefbeschikking van de NZa is de maximumvergoeding van de inkoopkosten van het door de apothekhoudende afgeleverde geneesmiddel dezelfde AIP minus de clawback ((6,82% met een maximum van € 6,80 per

receptregel). Zie verder de tekst hierboven onder de kopjes: **Vrijlaten van de materiaalkostenvergoeding** en **Clawback afschaffen**.

Taxe na het dereguleren van het apothekerstarief

De Taxe is een prijslijst waarin de lijstprijzen van fabrikanten zijn opgenomen. Een lijstprijs van een fabrikant is een bruto prijs = de AIP. Omdat de Taxe voldoet aan de inrichtingseisen van de NZa voor Wmg-vergoedingslijsten mag een apothekhoudende de inkoopkosten van het afgeleverde geneesmiddel (de materiaalkosten) op basis van de lijstprijzen van de Taxe declareren minus de clawback. Als geen lijstprijs is opgenomen in een Wmg-vergoedingslijst dan mag ten hoogste lijstprijs van de fabrikant minus de clawback in rekening worden gebracht aan de patiënt of diens zorgverzekeraar. Materieel maakt het dus niet uit of een lijstprijs al of niet is opgenomen in een Wmg-vergoedingslijst (Taxe) of dat een fabrikant zelf zijn lijstprijs kenbaar maakt.

Om als een Wmg-vergoedingslijst in aanmerking te komen moet een prijslijst voldoen aan de "inrichtingseisen" van de NZa (o.a. een indeling naar specifieke inkoopkanalen bevatten) en de AIP's van de fabrikanten bevatten. Iedereen mag en kan een Wmg-vergoedingslijst samenstellen en exploiteren. De Taxe zoals opgenomen in de G-standaard van Z-index B.V., een onderdeel van de holding van de KNMP, is op dit moment de enige Wmg-vergoedingslijst die aan de inrichtingseisen van de NZa voldoet. Het is een privaatrechtelijke lijst waarvoor fabrikanten zelf hun AIP's aanleveren. Het is dus geen prijs- of vergoedingslijst van de overheid. Na het dereguleren van de het tarief voor apothekhoudenden heeft de Taxe geen formele functie of status meer als Wmg-vergoedingslijst en zal het bestaansrecht van de Taxe in de markt moeten blijven.

In de praktijk heeft de Taxe waarde voor het declaratieverkeer tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars en voor het aanwijzen van preferente geneesmiddelen door zorgverzekeraars die "openbaar" preferentiebeleid voeren (in tegenstelling tot het "onder couvert" voeren van preferentiebeleid). Omdat de in de Taxe opgenomen prijzen bruto-prijzen zijn en apothekhoudenden daadwerkelijk lagere prijzen uitonderhandelen, zijn er van die kant vooralsnog geen mededingingsrechtelijke bezwaren.

10. Duiding CVZ van de verzekerde prestaties

De vraag in het bestuurlijk overleg farmacie in hoeverre een drietal nieuwe door de Nederlandse Zorgautoriteit onderscheiden prestaties onder de per 1-01-2011 gewijzigde aanspraak op farmaceutische zorg vallen, is beantwoord door het CVZ. De vraag betreft de volgende drie prestaties:

- Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep;
- Advies over UA, UAD en zelfzorgmiddelen;
- Advies reizen bij UR-middelen.

De gewijzigde tekst van het Besluit Zorgverzekering luidt per 1-1-2011: "Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

- a. De bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze middelen zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
- b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in: [...]
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

etc."

Het CVZ stelt dat het uitgangspunt bij de duiding de status van het geneesmiddel is: is het geneesmiddel een te verzekeren prestatie, dan is de begeleiding hierbij dat ook. Dat betekent dat alle handelingen die apothekers plegen te bieden als het gaat om geneesmiddelen die vergoed worden, onder de aanspraak vallen. Dus ook de prestaties Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep en Advies reizen bij (vergoede) UR-middelen. Wat de prestatie Advies over UA, UAD en zelfzorgmiddelen betreft, betekent dit dat sommige zelfzorggeneesmiddelen in bepaalde omstandigheden een te verzekeren prestatie kunnen zijn (conform de voorwaarden op bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering): in dat geval is de begeleiding ervan ook verzekerd. UA/UAD en AV middelen die geen bijlage 2 middelen zijn komen voor rekening van de gebruiker. Eventuele advisering hierover mag dan niet ten laste worden gelegd bij de basisverzekering.

In de conceptbeleidsregel van de NZa staat bij de laatste prestatie dat deze alleen in rekening kan worden gebracht indien dit advies op een ander moment wordt verstrekt dan op het moment van terhandstelling van UR-geneesmiddel(en) en een vastlegging plaats vindt in het digitale patiëntendossier. Het CVZ zegt daarover dat als men constateert dat de patiënt naast een UR-middel ook relevante zelfzorgmiddel(en) gebruikt, dan gaat het over een verantwoord gebruik van het betreffend UR-middel. Deze begeleiding wordt wel vergoed. Het lijkt het CVZ dan vanzelfsprekend dat de prestatie zelfzorg dan niet nog eens wordt gedeclareerd bij de patiënt (al geeft het CVZ aan daar niet over te gaan, omdat dit buiten de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet valt).

VWS/GMT mei 2011