

Vergaderjaar 2008–2009

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 91

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juni 2009

Met het oog op het Algemeen Overleg geneesmiddelenbeleid op 25 juni 2009 wil ik u graag informeren over de stand van zaken met betrekking tot een aantal ontwikkelingen op het terrein van de farmacie. Deze ontwikkelingen passen binnen het kader van mijn langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening¹ (LTV), die zich vooral richt op veranderingen in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de verzekerde aanspraak op farmaceutische zorg en de onderlinge verhoudingen tussen de verschillende daarbij betrokken partijen. Doel van deze veranderingen is te komen tot een nieuwe inrichting van de geneesmiddelenvoorziening, waarin voorschrijvers, apothekhoudenden en zorgverzekeraars invulling kunnen geven aan hun (nieuwe) rol. De nieuwe inrichting borgt de kwaliteit en toegankelijkheid van de farmaceutische zorg en geeft deze daar waar nodig een impuls. Dat is wat voor mij voorop staat: het realiseren van betere zorg en meer keuzevrijheid voor de patiënt. De noodzakelijke veranderingen en randvoorwaarden heb ik gegroepeerd binnen de vier thema's van de langetermijnvisie: doelmatig voorschrijven/richtlijnen, de aanspraak op geneesmiddelen, de prijsvorming van geneesmiddelen en de bekostiging van apothekhoudenden.

In deze brief zal ik onder andere ingaan op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van december 2008 over het traject naar vrije tarieven voor farmaceutische zorg door apothekhoudenden. Ook zal ik mijn voorstellen toelichten om een pilot te starten, die erop is gericht bij specifieke geneesmiddelgroepen (cholesterolverlagers en maagzuurremmers) de aanspraak in mindere mate van detail te omschrijven en daarbij tevens de vergoedingslimieten los te laten.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 477, nrs. 39, 62.

Advies NZa over de Langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening

De NZa heeft mij in december 2008 geadviseerd over de mogelijkheden van vrije tarieven voor farmaceutische zorg door apothekhoudenden per 1 januari 2010. Het advies heeft u op 4 december 2008 van mij ontvangen¹. Tijdens het AO van 10 december 2008 hebben wij hierover al kort van gedachten gewisseld. Ik wil de hoofdelementen van dit advies graag kort aanhalen.

De NZa heeft de mogelijkheden voor vrije tarieven voor farmaceutische zorg bekeken tegen de achtergrond van het kunnen garanderen van een kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke geneesmiddelenvoorziening in Nederland. Dat is ook het uitgangspunt van mijn langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening. De NZa concludeert in haar advies dat de invoering van vrije prijsvorming in de farmaceutische zorg kan leiden tot meerwaarde voor consumenten, apothekhoudenden en zorgverzekeraars. Ook beschrijft de NZa aan welke randvoorwaarden voldaan moet zijn om de positieve effecten te realiseren. Concreet noemt de NZa als belangrijkste randvoorwaarde het zorgvuldig vaststellen van een door partijen gedragen set nieuwe prestatiebeschrijvingen. Wat betreft de timing van het proces stelt de NZa voor het proces zo in te richten dat per 1 januari 2011 vrije prijsvorming geïntroduceerd kan worden. Ook gaf de NZa aan dat er in 2009 ruimte wordt gecreëerd voor apothekhoudenden en verzekeraars om te onderhandelen over afwijkende tarieven. Verder gaf de NZa aan voor het tarief van 2010 te zullen bekijken in hoeverre deze ruimte kan worden uitgebreid.

Prestatiebeschrijvingen

Als belangrijkste voorwaarde noemt de NZa het ontwikkelen en vaststellen van een nieuwe set prestatiebeschrijvingen. Inmiddels zijn betrokken partijen² onder regie van de NZa gestart met het project «Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg», waarin deze nieuwe set prestatiebeschrijvingen wordt ontwikkeld. Dat moet enerzijds kansen bieden aan apothekhoudenden om hun toegevoegde waarde beter inzichtelijk en waardeerbaar te maken. Aan de andere kant moet de set het onderhandelingsproces tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars ondersteunen door het creëren van een gemeenschappelijke onderhandelingstaal. Naar consumenten toe biedt de set transparantie over wat de apothekers aan zorgverlening te bieden hebben.

Het project wordt voor het eind van dit jaar afgerond. Dat betekent dat de nieuwe set prestatiebeschrijvingen voor 1 januari 2010 vastgesteld zal zijn. Ik zal uw Kamer te zijner tijd informeren over de uitkomsten van dit project.

Timing

Wat betreft het tijdpad voor de invoering van vrije prijsvorming gaf de NZa aan dat er tijd nodig is om te werken aan (draagvlak voor) de nieuwe set prestatiebeschrijvingen, om alle veranderingen ook technisch te kunnen uitvoeren en ook om het onderlinge vertrouwen tussen partijen te laten groeien. De NZa adviseerde daarom vrije tarieven per 1 januari 2011 in te voeren.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 477, nr. 72.

² Tijdens de eerste bijeenkomst op 23 april 2009 waren vertegenwoordigd: KNMP, CG-Raad, ASKA, LHV-AHHA, NVZA, NHG, Menzis, Uvit, CZ, Achmea, IGZ, NPCF, CVZ, Consumentenbond, ZN.

wennen. Ik heb daarom besloten om het advies van de NZa met betrekking tot de ingangsdatum op te volgen.

Introductie van vrije prijsvorming met ingang van 1 januari 2011 betekent dat de NZa in 2010 nog tarieven voor farmaceutische zorg zal vaststellen. Omdat ik het jaar 2010 zie als een overgangsjaar naar nieuwe verhoudingen tussen zorgverzekeraars en apothekers vind ik wel dat er, vooruitlopend op vrije tarieven, meer ruimte moet zijn voor onderhandelingen tussen deze partijen.

De huidige tariefstructuur voor farmaceutische zorg door apotheekhoudenden is met ingang van 1 januari 2009 al meer flexibel gemaakt. Dat biedt ruimte voor verhogingen van maximum-vergoedingen en maximum-toeslagen voor dienstverlening. Apotheekhoudende en zorgverzekeraar moeten dat wel schriftelijk overeenkomen. Met die flexibiliteit wordt gestimuleerd dat zorgverzekeraars en apothekers werk gaan maken van onderhandelingen over de kwaliteit en dienstverlening op het vlak van de farmaceutische zorg en de vergoeding die daar tegenover staat. De NZa volgt momenteel de ontwikkelingen in de contractering van apothekers door zorgverzekeraars in de Monitor contractering farmacie 2009. Deze monitor verloopt volgens planning en de resultaten zullen eind juni beschikbaar zijn. Ik heb van de NZa begrepen dat uit de voorlopige resultaten van de Monitor contractering farmacie 2009 blijkt dat er in beperkte mate inmiddels ook gebruik wordt gemaakt van deze ruimte.

Op dit moment kan echter alleen van de tariefstructuur worden afgeweken bij wijze van een formeel experiment. Dat wil ik eenvoudiger maken. Daarvoor acht ik een verdere flexibilisering in de prestatiebekostiging van de farmaceutische zorg door apotheekhoudenden noodzakelijk. In overleg met de NZa bekijk ik op dit moment welke mogelijkheden er zijn om in 2010 verdere flexibiliteit in het tarief in te bouwen.

Selectieve gedifferentieerde clawback per inkoopkanaal

Met mijn brief van 5 december 2008¹ heb ik gereageerd op de gewijzigde motie van de heer Van der Veen², waarin werd gevraagd om te bevorderen dat de door de rechter per 1 juli 2008 geschorste clawback met terugwerkende kracht zou worden hersteld, het clawback percentage zou worden verhoogd en daarnaast een selectieve gedifferentieerde clawback per inkoopkanaal voor 2009 zou worden ingevoerd op basis van de cijfers van het NZa-onderzoek. In die brief heb ik aangegeven dat de NZa inmiddels al had besloten de clawback per 1 januari 2009 te herstellen en de tijdelijke schorsing van de clawback in het tarief voor 2009 te verrekenen door middel van een aanvullende clawback-korting.

Wat de oproep tot de invoering van een selectieve gedifferentieerde clawback per inkoopkanaal betreft, heb ik aangegeven dat een gedifferentieerde clawback mij aanspreekt voor zover het instrument van de clawback ook op langere termijn gehanteerd moet blijven worden, omdat daarmee in beginsel beter kan worden aangesloten bij de daadwerkelijk gehanteerde kortingspercentages per categorie van geneesmiddelen. Ik heb er verder op gewezen dat aan de introductie van een gedifferentieerde clawback juridische haken en ogen zitten die een gedegen onderzoek vooraf vergen en dat de rechter aan de praktische uitwerking van een gedifferentieerde clawback in het verleden ook juridische consequenties heeft verbonden. De zogenaamde «maatregel De Geus», die uitging van een gedifferentieerde clawback in de tariefbeschikking voor apotheekhoudenden, is daarop gestrand.

¹ Kamerstukken II 2008–2009, 29 477, nr. 73.

² Kamerstukken II 2008–2009, 31 700 XVI, nr. 79.

In het algemeen overleg van 10 december 2008¹ heb ik aangegeven dat ik bij de verdere besluitvorming over de Langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening (LTV) zou nagaan of de clawback aan de orde blijft en zo ja, in welke vorm en dat ik u hierover medio 2009 uitsluitel zou geven. Hierbij doe ik deze toezegging gestand.

Een van overheidswege ingestelde clawback past in principe niet in een situatie waarin apotheehoudenden en zorgverzekeraars afspraken maken over de toegevoegde waarde van de farmaceutische zorg en de vergoeding die daar tegenover staat.

Dit uitgangspunt van de LTV, dat leidt tot het afschaffen van wettelijke tarieven, wordt onderschreven door de NZa zoals hierboven al is aangegeven. De NZa heeft de route hier naar toe ingezet door de introductie per 1 januari 2009 van de flexibele prestatiebekostiging voor apotheehoudenden en de ontwikkeling van prestatiebeschrijvingen en indicatoren. Het flexibele tarief stimuleert beide partijen tot onderhandeling. De geboden ruimte in de tarieven biedt immers mogelijkheden voor apotheehoudenden en zorgverzekeraars om afspraken te maken over aanvullende zorgprestaties en de vergoeding daarvan. Dit zal leiden tot zorgvernieuwing en een betere prijs/kwaliteitverhouding bij farmaceutische zorg, hetgeen in het belang is van de consument. Ook de hoogte van de huidige clawback is hierbij onderhandelbaar gemaakt.

Het introduceren van een (tijdelijke) selectieve gedifferentieerde clawback van overheidswege is niet noodzakelijk om de kortingen en bonussen af te romen, nu gebleken is dat zorgverzekeraars hierin erg succesvol kunnen zijn en het preferentiebeleid, in al zijn vormen, een krachtig hulpmiddel vormt bij onderhandelingen over geneesmiddelenprijzen. Het zou daarnaast de ruimte die is gecreëerd voor (de gewenste) onderhandelingen tussen apotheehoudenden en zorgverzekeraars weer beperken. Een dergelijke maatregel vormt dan ook een belemmering voor het bereiken van de lange termijn doelstellingen.

In een, onder meer door het preferentiebeleid, steeds dynamischer markt zou een selectieve, gedifferentieerde clawback ook een permanent onderhoud vergen. Dat wil zeggen vrijwel permanent onderzoek naar de hoogte van de kortingen en bonussen en zeer frequente aanpassing van de NZa-tariefbeschikking. Dit zal ook leiden tot een grotere administratieve belasting voor de betrokkenen in de sector.

Gezien het bovenstaande (en mede gezien de in deze brief niet nader benoemde juridische haken en ogen en de praktische bezwaren van een dergelijke maatregel) zal ik niet inzetten op een selectieve, gedifferentieerde clawback in de prestatiebekostiging voor apotheehoudenden.

Aanvullend onderzoek naar praktijkkosten en inkoopvoordelen apotheehoudenden

Ten aanzien van het aanvullende onderzoek dat de NZa op dit moment uitvoert naar de effecten van het individuele preferentiebeleid op de praktijkkosten en inkoopvoordelen van apotheehoudenden merk ik op dat dit onderzoek zich in de afrondende fase bevindt. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek zal de NZa in juli beslissen of het tarief voor apotheehoudenden 2009 aangepast moet worden. De eventuele aanpassing kan dan per 1 augustus 2009 in werking treden. Ik zal uw Kamer van de uitkomsten van het onderzoek en de beslissing van de NZa op de hoogte stellen.

In dit verband vind ik het relevant om te vermelden dat de voorzieningenrechter op 12 februari 2009 het verzoek van de KNMP om in te grijpen in de hoogte van het apothekerstarief 2009 heeft afgewezen². De NZa heeft

¹ Kamerstukken II 2008–2009, 29 477, nr. 82.

² www.rechtspraak.nl/LJN/BH2677

inmiddels op 29 april 2009 de bezwaren van de koepelorganisatie van apothekers KNMP (tarief niet kostendekkend) en Zorgverzekeraars Nederland (tarief te hoog) tegen de hoogte van het per 1 januari 2009 geldende tarief voor farmaceutische zorg ongegrond verklaard¹.

Daarnaast loopt nog een bodemprocedure van de KNMP tegen de NZa over de tariefbeschikking van 1 juli 2008. De uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) in deze zaak wordt eind juni verwacht.

Monitoring in 2009 en 2010

De directe aanleiding voor het onderzoek naar inkoopvoordelen en praktijkkosten dat de NZa op dit moment uitvoert is gelegen in de effecten van het individuele preferentiebeleid op de inkomsten van apotheekhoudenden. In mijn antwoord op de motie Zijlstra cs.² (over het belonen van zorgverzekeraars die preferentiebeleid voeren) heb ik aangegeven dat er verschillende modellen zijn om het individuele preferentiebeleid vorm te geven. Ik ben van mening dat in de toekomstige, meer marktconforme, geneesmiddelenvoorziening in Nederland verschillende manieren van inkoopbeleid door zorgverzekeraars naast elkaar moeten kunnen bestaan. Ik heb geconstateerd dat zorgverzekeraars elk aan de slag zijn gegaan met het ontwikkelen van hun eigen inkoopbeleid. Dat heeft recent geresulteerd in een voortzetting van het individuele preferentiebeleid in 2009, al dan niet in gewijzigde vorm ten opzichte van 2008. Deze dynamiek in de markt en de effecten daarvan op de verschillende spelers in de farmaceutische sector, en met name de gevolgen voor de bekostiging van apotheekhoudenden, wil ik goed in de gaten houden. Om die reden zal ik de NZa verzoeken de gevolgen van de ontwikkelingen in 2009 te onderzoeken – met als bijzonder aandachtspunt de gevolgen van het individuele preferentiebeleid in 2009 op de inkoopvoordelen en praktijkkosten van apotheekhoudenden – en mij over de uitkomsten daarvan voor de zomer van 2010 te informeren.

Daarnaast zal ik de NZa verzoeken om voor de zomer van 2010 een uitgebreide Monitor farmacie uit te voeren. In deze monitor zal onder meer aandacht zijn voor de mate waarin zorgverzekeraars en apothekers onderhandelen over de te leveren zorg, gebruik maken van de geboden flexibiliteit in het tarief en de mate waarin sprake is van een level playing field tussen deze partijen.

Pilot functionele aanspraak geneesmiddelen

In de LTV heb ik aangegeven dat ook een deregulering van de aanspraak kan bijdragen aan een meer doelmatige farmaceutische zorg.

Op lange termijn is voorzien dat de wettelijke aanspraak op geneesmiddelen niet langer via een positieve lijst op productniveau, maar in meer algemene bewoordingen is omschreven. Bij die benadering is het aan zorgverzekeraars om via de polis concreet invulling te geven aan de aanspraak op farmaceutische zorg. Behandelrichtlijnen dienen daarbij leidend zijn. Via die richtlijnen wordt inzichtelijk waar zorgverzekeraars op populatieniveau doelmatigheidskeuzes kunnen maken zonder daarbij het noodzakelijk medisch handelen te beperken. Tegelijkertijd zal er altijd aanspraak zijn indien op gronden van medische noodzakelijkheid gemotiveerd wordt afgeweken van die richtlijn.

Via deze aanpak wordt de arts het vertrouwen gegeven om, als voorschrijver maar ook als richtlijnopsteller, zorg te dragen voor een betaalbare en doelmatige farmaceutische zorg. Een dergelijke benadering biedt meer ruimte voor vergoeding van medisch maatwerk en innovatie dan door overheid centraal opgelegde voorwaarden voor vergoeding.

¹ www.nza.nl/nza/Nieuws/bezwarenongegronnd/

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 477, nr. 87.

In dat toekomstplaatje ziet ook de rol van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) er anders uit dan nu. Zoals hierboven beschreven zal daar waar mogelijk de wettelijke aanspraak in meer algemene bewoordingen worden omschreven. Dit kan zijn op het niveau van een therapeutische groep, maar ook breder (bijvoorbeeld per indicatie). Daar waar op groepsniveau niet langer vergoedingslimieten worden vastgesteld valt een «focal point» voor de prijsstelling door fabrikanten weg. Dat bevordert prijsconcurrentie. Dit geldt in het bijzonder voor groepen geneesmiddelen met kenmerken zoals een relatief grote marktomvang en een divers aanbod aan werkzame stoffen en generieke producten. Het indelen van geneesmiddelen in groepen van vergelijkbare geneesmiddelen, zoals thans gebeurd binnen het GVS, wordt ook voor deze middelen in stand gehouden, niet langer als onderdeel van het wettelijke systeem, maar ter ondersteuning van partijen bij het invullen van hun rol. Er zullen echter altijd groepen geneesmiddelen bestaan die bovengenoemde kenmerken in onvoldoende mate hebben. Van het loslaten van vergoedingslimieten kan bij deze geneesmiddelen geen prijsdaling worden verwacht. Het GVS zal bij dergelijke groepen geneesmiddelen ook als limietsysteem een positieve bijdrage aan kostenbeheersing blijven leveren en daarvoor zo lang als nodig is in stand worden gehouden en worden verbeterd waar nodig.

De hierboven beschreven benadering betreft het eindplaatje dat pas op langere termijn gerealiseerd kan worden. Op korte termijn (vanaf 2010) werk ik aan een tussenstap op weg naar dat eindplaatje. In die tussenstap is voorzien om in het kader van een pilot bij specifieke geneesmiddelgroepen (cholesterolverlagers en maagzuurremmers) de wettelijke aanspraak in mindere mate van detail te omschrijven en daarbij tevens de vergoedingslimieten los te laten. De wijziging van de aanspraak bij deze geneesmiddelgroepen (GVS clusters) maakt dat verzekeraars niet langer wettelijk verplicht zijn *alle* in een groep voorkomende werkzame stoffen in hun polis op te nemen (zoals nu het geval is), maar de aanspraak kunnen beperken tot één of enkele van die producten. Ook hier geldt echter dat in alle gevallen aanspraak bestaat op het medisch noodzakelijke geneesmiddel.

Deze pilot wordt thans mogelijk gemaakt via een AMvB. Het is mijn bedoeling om dit onderdeel van de LTV stapsgewijs uit te voeren met tussentijdse evaluaties naar onder meer de uitvoerbaarheid en de effecten op kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Ook de relatie tussen aanspraak en richtlijnen zal daarbij betrokken worden. Ik zal het College voor Zorgverzekeringen verzoeken dit evaluatieproces uit te voeren. Tevens zal ik het College vragen om mij tijdens het veranderingsproces van de zorgaanspraak farmacie te informeren en adviseren over de maatvoering en het tempo van de veranderingen.

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