

Vergaderjaar 2003–2004

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 maart 2004

Op 31 oktober 2003 heeft het kabinet het (middel)lange termijn geneesmiddelenbeleid vastgesteld (Kamerstuk 29 200 XVI, nr. 21). Het kabinet geeft in dit kabinetsstandpunt zijn reactie op het rapport van de stuurgroep «Prijs- en vergoedingssysteem geneesmiddelen». Aan deze stuurgroep namen vertegenwoordigers deel van Zorgverzekeraars Nederland, de koepelvereniging van apothekers (KNMP) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Op 28 januari 2004 is in een Algemeen Overleg met de Tweede Kamer over het kabinetsstandpunt (middel) lange termijn geneesmiddelenbeleid gesproken (Kamerstuk 27 428/27 543/29 200 XVI, nr. 46). Hierin heeft de Kamer (op onderdelen voorlopig) groen licht gegeven deze plannen verder uit te werken.

Het kabinetsstandpunt bevat een eerste inschatting van benodigde termijnen die nodig zijn om de voorgestelde maatregelen te implementeren. In het kabinetsstandpunt is toegezegd dat de Tweede Kamer in februari een plan van aanpak ontvangt met een meer gedetailleerde beschrijving van het implementatietraject. Hierbij worden ook de lopende uitvoeringstrajecten betrokken van de MDW-maatregelen die niet expliciet door de stuurgroep zijn genoemd, maar die het kabinet wel in haar kabinetsstandpunt heeft aangestipt. Met deze brief voldoe ik aan deze toezegging van het kabinet.

In dit plan van aanpak wordt achtereenvolgens ingegaan op doel, resultaat en uitgangspunten van het project (paragraaf 1 en 2). Vervolgens ga ik in op de verhouding tussen het nieuwe prijs- en vergoedingssysteem en de voortgangsrapportage aan de Kamer (paragraaf 3 en 4). In paragraaf 5 worden de maatregelen uit het kabinetsstandpunt uitgewerkt. Tenslotte ga ik in paragraaf 6 in op de bij dit project betrokken MDW-maatregelen.

1. Doel en resultaat van het project

Doel

Op de lange termijn moet de geneesmiddelenvoorziening in Nederland:

1. toegankelijk zijn voor de burger,
2. doelmatig zijn voor de burger,
3. veilig en van goede kwaliteit zijn.

De kosten van de geneesmiddelenvoorziening stijgen in Nederland met ongeveer 10% per jaar. Het kostenniveau voor de geneesmiddelenvoorziening lag in het jaar 2002 op ongeveer € 4 miljard. De sterke groei in de geneesmiddelenkosten wordt veroorzaakt door autonome factoren zoals vergrijzing en (echte) innovatie maar ook door marktimperfecties.

De knelpunten in het huidige systeem zijn:

- hoge eindprijzen van generieke geneesmiddelen doordat er geen prijsconcurrentie plaats vindt maar margeconcurrentie;
- verschuiving in voorschrijven van goede, potentieel goedkope middelen naar (nieuwe) dure merkgeneesmiddelen;
- doelmatig voorschrijven vindt onvoldoende plaats;
- kostenbewustzijn bij de patiënt ontbreekt;
- de zorgexpertise van de apotheker wordt onvoldoende benut.

Het project uitvoering middellange-termijn-beleid geneesmiddelen pakt de hierboven genoemde knelpunten in het huidige systeem aan en brengt realisatie van de doelstellingen (toegankelijkheid/ doelmatigheid en kwaliteit/veiligheid) dichterbij.

Resultaat

Het concrete resultaat van het project is een nieuw prijzen vergoedings-systeem voor geneesmiddelen. Het nieuwe systeem is gerealiseerd als alle tien de maatregelen uit het kabinetsstandpunt in werking zijn getreden. Dit wil niet zeggen dat alle maatregelen tegelijkertijd in werking treden. Nee, elke maatregel zal zo snel als mogelijk is operationeel worden. De diverse maatregelen treden hierdoor op verschillende tijdstippen in werking. De modernisering van het GVS treedt op 1 januari 2005 in werking. De prijsmaatregel wordt gelijktijdig of zo snel mogelijk na de modernisering van het GVS ingevoerd.

Wat zijn deze tien maatregelen, wie is verantwoordelijk voor de uitvoering van deze maatregelen, welke regelgeving is met de maatregel gemoeid en wat is tijdpad?:

1. Maatregelen om de positie van verzekeraars te versterken

Wie	Maatregel	Regelgeving	Gereed
Overheid	Sturende rol zorgverzekeraars: – aanpassing Verstrekkingsbesluit Ziekenfondswet – Wijziging Ziekenfondswet mbt overeenkomstenstelsel – Onderzoek juridische mogelijkheden verzekeraars	– Wijziging Verstrekkingsbesluit Ziekenfondswet – Wijziging Ziekenfondswet	– 1 januari 2004 – 1 juli 2004 – 1 juli 2004
Overheid	Duaal stelsel		1 juli 2004: inventarisatie gereed

2. Maatregelen om het doelmatig voorschrijven te intensiveren

Wie	Maatregel	Regelgeving	Gereed
Overheid	Doelmatig voorschrijven bevorderen		1 juli 2004: inventarisatie van mogelijkheden

3. Modernisering van het GVS

Wie	Maatregel	Regelgeving	Gereed
Overheid	Modernisering Geneesmiddelenvergoedings-systeem	Wijziging Verstrekkingsbesluit Ziekenfondswet	1 januari 2005, haalbaarheid van deze invoeringsdatum is afhankelijk van te kiezen vorm
Overheid	Informatie campagne		vanaf 1 oktober 2004
Overheid	Actuele prijsinformatie		1 oktober 2004

4. Prijsmaatregel

Wie	Maatregel	Regelgeving	Gereed
Overheid	Prijsmaatregel	Nieuwe wet, wetswijziging of wijziging AMvB	1 juni 2004 inventarisatie gereed, daadwerkelijk invoeringsdatum afhankelijk van te kiezen vorm

5. Flexibel tarief voor apothekhoudenden

Wie	Maatregel	Regelgeving	Gereed
Overheid	Modulair tarief voor apothekhoudenden: Fase 1 Fase 2	Wijziging tariefstructuur, beleidsregel CTG	Fase 1: 1 juli 2004 Fase 2: 1 januari 2005 (afhankelijk overeenstemming praktijkkostenonderzoek)

6. Informatie en onderzoek

Wie	Maatregel	Regelgeving	Gereed
Apothekers en Overheid	Declaratieprijs op het etiket	Bij geen overeenstemming met apothekers wijziging AMvB of wet	1 oktober 2004 bij overeenstemming 1 april 2005 indien geen overeenstemming
Overheid	Onderzoek praktijkkosten en inkoopvoordelen apothekhoudenden		1 juli 2004

In paragraaf 5 wordt inhoudelijk op deze maatregelen ingegaan.

2. Uitgangspunten voor het nieuwe prijs- en vergoedingssysteem

Het nieuwe prijs- en vergoedingssysteem moet zo veel mogelijk aan de volgende uitgangspunten voldoen:

1. Medische noodzaak en vermijdbare bijbetaling

Net zoals in het huidige GVS moet minstens één van de geneesmiddelen uit een GVS-cluster volledig worden vergoed. Daarbij moet rekening worden gehouden met de indelingscriteria van GVS-clusters.

De geneesmiddelen uit GVS-clusters zijn op hoofdindicatie en op populatieniveau als onderling vervangbaar beoordeeld.

Voor een individuele patiënt kan echter de situatie ontstaan dat het volledig vergoede geneesmiddel niet kan worden ingezet en een alternatief en duurder geneesmiddel moet worden gebruikt dat in principe niet volledig wordt vergoed en waarvoor moet worden bijbetaald. Voor deze situatie dient een oplossing te worden gevonden, zodanig dat de patiënt het voor hem medisch noodzakelijke geneesmiddel toch volledig vergoed krijgt. Het begrip medische noodzaak dient daartoe duidelijk te worden gedefinieerd.

2. *Snelle invoering van dit nieuwe systeem*

Het kabinetsstandpunt stelt dat de modernisering van het GVS op uiterlijk 1 januari 2005 ingevoerd moet worden. De prijsmaatregel wordt gelijktijdig of zo snel mogelijk na de modernisering van het GVS ingevoerd.

3. *Besparing van het nieuwe systeem is minimaal gelijk aan de geraamde opbrengsten van de kortingsmaatregel*

Dit houdt in een besparing van € 622 miljoen in 2004 en in 2005 van € 685 miljoen.

4. *Praktische uitvoerbaarheid en administratieve lasten*

Het nieuwe systeem moet praktisch en uitvoerbaar zijn en mag niet tot hoge administratieve lasten leiden.

3. Verhouding nieuw prijs- en vergoedingssysteem en kortingsmaatregel

Op 1 september 2003 trad een kortingsmaatregel (maatregel de Geus) in werking. In december heeft de CBB-rechter echter de tariefsbeschikkingen van het CTG voor deze kortingsmaatregel vernietigd. Momenteel wordt gewerkt aan reparatiewetgeving die op 1 april 2004 moet ingaan.

Op 13 februari hebben vertegenwoordigers van de KNMP, ZN en de Bond van generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland (Bogin) een convenant afgesloten. Dit convenant leidt tot het vervangen van kortingen en bonussen voor generieke geneesmiddelen door structurele prijsverlagingen voor die geneesmiddelen. De fabrikanten van generieke geneesmiddelen verlagen de apotheekinkooprijzen van hun geneesmiddelen met 40% (rekening houdend met de bestaande claw back van 6,82%). Het convenant loopt tot 1 januari 2005. Gedurende de looptijd worden de prijzen voor generieke geneesmiddelen niet verhoogd. Het convenant kan met maximaal 1 jaar worden verlengd. Verlenging is afhankelijk van de definitieve inwerkingtredingsdatum van het nieuwe prijs- en vergoedingssysteem voor geneesmiddelen. Het nieuwe prijs- en vergoedingssysteem komt bij inwerkingtreding namelijk in de plaats van het convenant.

Het CTG heeft op dit moment een nieuwe kortingsmaatregel in voorbereiding. Deze kortingsmaatregel is gebaseerd op een wijziging van het Besluit maximumtarieven WTG dat nu voor advies bij de Raad van State ligt. De kortingsmaatregel wordt volgens planning afgerond maar zolang het convenant werkt wordt afgezien van invoering van deze kortingsmaatregel.

4. Informatie aan de Tweede Kamer

Het kabinetsstandpunt (middel)lange termijn geneesmiddelenbeleid bevat een blauwdruk voor het nieuwe systeem. Er zijn nog veel vragen over de uitwerking van het systeem: Op welke manier wordt het GVS gemoderni-

seerd? Welke vorm krijgt de prijsmaatregel? Hoe gaan we om met medische noodzakelijkheid in het gemoderniseerde GVS?

Een deel van deze vragen kan worden beantwoord na de uitvoeringstoets die het College voor zorgverzekeringen verricht. Maar op een aantal vragen zal het antwoord pas later in het traject, gedurende de uitwerking van de diverse maatregelen, gegeven kunnen worden.

Het is dus noodzakelijk om de Tweede Kamer goed te informeren over de voortgang van het project. Ieder half jaar ontvangt de Kamer een voortgangsrapportage over het gehele project. De eerste rapportage ontvangt de Kamer in juni 2004. De uitvoeringstoets van het CVZ en het onderzoek naar mogelijkheden voor de prijsmaatregel zullen in deze eerste rapportage worden meegenomen. Op basis van deze rapportage wordt medio 2004 opnieuw met de Kamer gesproken over de modernisering van het GVS en de prijsmaatregel.

5. Beschrijving maatregelen uit kabinetsstandpunt

In deze paragraaf zijn de tien maatregelen uit het kabinetsstandpunt (middel) lange termijn geneesmiddelenbeleid verder uitgewerkt.

5.1. Positie verzekeraars versterken

Positie van de verzekeraars wordt versterkt door:

- Sturende rol voor verzekeraars, scheiding zorg en handel
- Duaal stelsel

Sturende rol voor verzekeraars

Het kabinet gaat door op de ingeslagen weg van verzekeraarssturing. Deze keuze voor verzekeraarssturing is eind 1999 gemaakt in het MDW-rapport Geneesmiddelen.

Het huidige beleid bevat maatregelen die de positie van de zorgverzekeraar moeten versterken. Het gaat hierbij om de volgende maatregelen:

- a. wijziging Verstrekkingbesluit; deze wijziging is per 1 januari 2004 gerealiseerd.
Deze wijziging formaliseert de scheiding van zorg en handel. De wijziging vergroot de inkoopmacht van verzekeraars omdat ze nu als het ware een afzetgarantie kunnen geven aan leveranciers van goedkope geneesmiddelen.
Wijziging houdt in dat: zorgverzekeraars het recht hebben de aanspraak van verzekerden per werkzame stof te preciseren tot door hen aangewezen geneesmiddelen. De patiënt blijft wel aanspraak houden op niet aangewezen geneesmiddelen voor zover de voorschrijvende arts de behandeling met de aangewezen geneesmiddelen medisch niet verantwoord acht voor de patiënt.
- b. aanpassing van de Ziekenfondswet (art. 44- 46); herziening overeenkomstenstelsel; deze wijziging ligt op dit moment voor behandeling in de Tweede Kamer. De datum voor inwerkingtreding voor de wetswijziging is 1 juli 2004. De aanpassing van het overeenkomstenstelsel past in de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggericht stelsel. Met de wetswijziging worden de volgende maatregelen genomen:
 - i. afschaffen van de landelijk geldige uitkomsten van overleg en modelovereenkomsten in de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
 - ii. faciliteren van contracteervrijheid voor verzekeraars en zorginstellingen;
 - iii. wegnemen van belemmeringen voor zorgverzekeraars in een ander

EU – of EER – land, of verdragsland om zorg aan Nederlandse verzekerden te verlenen.

Beide wijzigingen versterken de positie van de verzekeraar waardoor het inkoopmandaat voor geneesmiddelen de facto bij de verzekeraar ligt.

Daarnaast wordt onderzocht welke juridische mogelijkheden er zijn om het inkoopmandaat bij verzekeraars verder te versterken. Ook de voor- en nadelen van deze juridische mogelijkheden worden in beeld gebracht. Basis voor het onderzoek is een juridisch advies van ZN over dit onderwerp. Leveren de maatregelen a en b niet de gewenste scheiding van zorg en handel op dan worden de juridische mogelijkheden uit het onderzoek overwogen.

Planning

- 1 januari 2004: inwerking treding wijziging van het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering.
- 1 juli 2004 Inwerkingtreding wijziging Overeenkomstenstelsel Ziekenfondsverzekering
- 1 juli 2004: onderzoek juridische mogelijkheden voor verzekeraars gereed.

Duaal stelsel

Een duaal stelsel maakt flexibiliteit in contractering tussen zorgverzekeraars, voorschrijvers en apothekhoudenden mogelijk. Een dergelijk stelsel biedt ruimte voor lokale afspraken die ingaan tegen de WTG-regels maar toch worden goedgekeurd als partijen overeenstemming over deze afspraken hebben en de afspraken doelmatig zijn.

Op dit moment wordt gewerkt aan een wijziging van de WTG, de WTG-expres. Hiermee worden experimenten en prestatiebekostiging mogelijk gemaakt. Het komende half jaar wordt bekeken hoe deze WTG-expres zich verhoudt tot een duaal stelsel.

Planning

1 juli 2004 is in kaart gebracht waar een duaal stelsel aan moet voldoen en hoe een duaal stelsel zich tot de WTG-express verhoudt. Op basis hiervan worden conclusies getrokken over de invoering van het duale stelsel. De daadwerkelijke invoeringsdatum voor een duaal stelsel is afhankelijk van de definitieve uitwerking.

5.2 Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen intensiveren

Nederlandse artsen zijn redelijk terughoudend in het voorschrijven van geneesmiddelen. Toch schrijven artsen niet altijd kostenbewust voor. Er vindt een continue verschuiving plaats in het gebruik van goede en (potentieel) goedkope middelen naar nieuwe duurdere geneesmiddelen. Hierbij is lang niet altijd sprake van medische noodzaak.

Verder kenmerkt de geneesmiddelenmarkt zich door intransparante, asymmetrische informatie. De arts weet meer dan de patiënt maar de geneesmiddelenfabrikanten weten weer veel meer over hun middelen dan de arts.

Het CVZ constateert in zijn rapport «Regierol zorgverzekeraars in het farmaciedossier 2003» dat in het sturen op doelmatig voorschrijfgedrag nog veel te winnen valt.

Het kabinet bestudeert hoe zij samen met zorgverzekeraars en voorschrijvers het doelmatig voorschrijven kan bevorderen. Er gebeurt al veel op het terrein van doelmatig voorschrijven en er zijn de afgelopen jaren verschillende mogelijkheden geopperd om tot verdere intensivering te

komen. Het huidige beleidsinstrumentarium op dit gebied (Farmaco therapeutisch overleg en elektronisch voorschrijfsysteem) wordt kritisch beschouwd. Ook het elektronisch medicatiedossier en het elektronisch patiëntendossier, maatregelen uit het MDW-rapport geneesmiddelen, worden hierin meegenomen. Verder wordt bestudeerd hoe doelmatig voorschrijven en meer symmetrische informatie voor de voorschrijver op andere manieren te bevorderen is.

Gedacht wordt hierbij aan het invoeren van een promotiebelasting, nascholing over doelmatig voorschrijven, bonus-malus regeling voor doelmatig voorschrijven, diagnose-behandel-combinaties en contracten met hulpverleners. Na de inventarisatie zal een keuze in activiteiten moeten worden gemaakt. Hiervoor zullen criteria worden opgesteld. Gedacht wordt onder andere aan de volgende criteria: verwachte opbrengst, uitvoerbaarheid/haalbaarheid, kosten, draagvlak, tijd tot effect, ondersteuning van modernisering GVS, verantwoordelijkheid VWS.

Een kanttekening bij deze maatregel is op z'n plaats. Bedacht moet worden dat de overheid de randvoorwaarden en instrumenten voor doelmatig voorschrijven kan verbeteren. Maar het zijn de individuele voorschrijvers zelf die de (cultuur)omslag naar doelmatig voorschrijven daadwerkelijk gestalte moeten geven.

Planning

- 1 juli 2004: afronden inventarisatie-fase. Na de inventarisatie wordt een keuze gemaakt uit in te zetten maatregelen voor bevorderen doelmatig voorschrijven. Criteria hierbij zijn onder meer: verwachte opbrengst, uitvoerbaarheid, administratieve lasten en kosten.
- 1 augustus 2004: keuze welke maatregelen worden ingezet om doelmatig voorschrijven te bevorderen.
De daadwerkelijke realisatie datum voor het deelproject intensiveren doelmatig voorschrijven is afhankelijk van de te kiezen maatregelen.

5.3 Modernisering van het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)

Wijziging van het GVS

Als een geneesmiddel uit patent loopt kunnen de noodzakelijke kosten flink dalen. De vergoedingslimiet van een dergelijk middel kan dan ook flink omlaag, evenals de vergoedingslimiet van de onderling vervangbare middelen, ook al hebben die nog patentbescherming. Het doel van deze maatregel is dan ook het verlagen van vergoedingslimieten van clusters van geneesmiddelen, in die clusters waar minstens één middel uit patent is. De vergoedingslimieten worden ook aangepast zodra er in een cluster middelen uit patent lopen.

Voor de uitvoering van deze maatregel is een uitvoeringstoets aan het CVZ gevraagd (zie bijlage bij deze brief)¹. In deze uitvoeringstoetsaanvraag zijn ook de uitgangspunten voor het nieuwe GVS opgenomen: medische noodzakelijkheid en vermijdbare bijbetaling, praktische uitvoerbaarheid en administratieve lasten.

Het CVZ werkt twee voorstellen voor de modernisering van het GVS uit: een normatieve en een dynamische variant. Deze twee voorstellen worden uitgewerkt binnen de hierboven aangegeven randvoorwaarden.

Het CVZ brengt ook de gevolgen van de modernisering van het GVS voor diverse betrokken partijen in beeld zoals:

- het verwachte strategisch gedrag van partijen
- eventuele neveneffecten

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

- raming van de omvang van de besparingen
- verwachte invoeringstermijnen.

Verder betreft het CVZ de patiënten- en consumentenorganisaties, voorschrijvers, afleveraars, fabrikanten, leveranciers en verzekeraars bij de uitvoering van de toets.

Ook de Kamer heeft aandachtspunten meegegeven voor de modernisering van het GVS: de therapeutische substitutie van een geneesmiddel, (stapsgewijze)innovatie van nieuwe geneesmiddelen en informatie over kwaliteit van geneesmiddelen voor de gebruiker.

Planning

Juni 2004: wordt een keuze over de vorm van de maatregel gemaakt. De invoeringsdatum van 1 januari 2005 is alleen haalbaar als gekozen wordt voor een snel in te voeren vorm. Wordt gekozen voor een ingewikkelde vorm dan is deze datum niet haalbaar en wordt de planning aangepast.

Een informatiecampagne voor alle verzekerden bij de invoering van het nieuwe systeem

Verzekerden moeten uitgebreid geïnformeerd worden over de modernisering van het geneesmiddelen vergoedingssysteem en de prijsmaatregel.

Planning

- 1 oktober 2004: start informatiecampagne. In het laatste kwartaal voordat de modernisering van het GVS en de prijsmaatregel in werking treden zal deze informatiecampagne plaatsvinden

Actuele prijsinformatie voor de verzekerden en voorschrijvers

Bij de invoering van het nieuwe prijs- en vergoedingssysteem moeten zorgverlener en zorggebruiker kunnen beschikken over up-to-date-prijsinformatie over geneesmiddelen. Duidelijk moet zijn welke geneesmiddelen volledig worden vergoed, op welke middelen de zorggebruiker moet bijbetalen en hoeveel hij moet bijbetalen. De prijsinformatie moet eenvoudig door zowel zorgverlener als zorggebruiker kunnen worden geraadpleegd. Gedacht wordt aan een website, frequent verschijnend boekwerk en/of een module binnen het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS).

Planning

1 oktober 2004: actuele prijsinformatie is beschikbaar voor zorgverlener en zorggebruiker.

5.4 Prijsmaatregel

Net als in het huidige GVS moet minstens één van de geneesmiddelen uit een GVS-cluster volledig worden vergoed. Om dit te garanderen komt er een prijsmaatregel. Met deze prijsmaatregel kan de minister ingrijpen in de prijs van patentloze geneesmiddelen.

Randvoorwaarde bij het ontwikkelen van een prijsmaatregel is Europa. De prijsmaatregel moet voldoen aan de Europese regelgeving.

De prijsmaatregel kan op verschillende manieren vorm krijgen:

- Via een generieke prijzenwet. Dit kan een nieuwe wet zijn of een aanpassing van de Wet Geneesmiddelenprijzen.
- Via een toelatingssysteem zoals ze dat in België kennen. Een generiek

middel wordt pas tot de vergoeding/ het pakket toegelaten als de prijs van dat middel X% lager ligt.

De vorm van de prijsmaatregel wordt bepaald nadat diverse mogelijkheden zijn geïnventariseerd. De diverse mogelijkheden worden ook op juridische houdbaarheid getoetst.

Planning

- 1 juni 2004: inventarisatie mogelijke vormen van de prijsmaatregel en juridische mogelijkheden van de beschreven vormen en keuze definitieve vorm prijsmaatregel
- De invoeringsdatum van de prijsmaatregel is afhankelijk van de vorm die wordt gekozen. In juni 2004 is meer te zeggen over de invoeringsdatum, de planning wordt hierop aangepast.

5.5 Flexibel kostendekkend tarief

Het modulaire tarief is een tariefstructuur voor apothekhoudenden die is opgebouwd uit een basis tarief en daar bovenop de mogelijkheid voor diverse modules. Modules kunnen bijvoorbeeld zijn: inkoop, farmaceutische patiëntenzorg of deelname aan Farmaco Therapeutisch Overleg. Zorgverzekeraars kunnen zelf bepalen welke diensten zij, naast het basale minimumpakket willen afnemen van de apothekhoudende. Dit modulaire tarief zal in twee stappen worden ingevoerd. Het invoeren van het modulaire tarief wordt al enige tijd voorbereid. Ook in het MDW-rapport geneesmiddelen is het modulaire tarief opgenomen als maatregel.

Invoering van het modulaire tarief vindt plaats in twee stappen:

- Eerste fase modulaire tariefstructuur: op basis van de huidige tarifiering een modulair tarief invoeren volgens de afspraken uit het overleg tussen de KNMP en ZN over de structuur van het apothekerstarief. Deze afspraken tussen KNMP en ZN zijn gemaakt naar aanleiding van het MDW-rapport geneesmiddelen.
- Tweede fase modulaire tarief: Er vindt een onderzoek plaats naar de praktijkkosten van apothekhoudenden. Na dit onderzoek wordt een bijgesteld kostendekkend modulair tarief vastgesteld. In deze fase kan ook nadere invulling worden gegeven aan de inhoud van het basistarief en de aanvullende modules.

Planning

- 1 juli 2004: eerste fase modulaire tarief afgerond en ingevoerd. CTG heeft tariefstructuur aangepast.
- 1 januari 2005: invoering tweede fase modulaire tarief. Voor het invoeren van deze tweede fase is overeenstemming vereist met de veldpartijen over de uitkomsten van het praktijkkosten onderzoek.

5.6 Informatie en onderzoek

Onder informatie en onderzoek vallen een aantal maatregelen:

- informatie over:
 - declaratieprijs van een geneesmiddel voor de gebruiker;
 - informatie voor verzekeren over de invoering van het nieuwe systeem;
 - informatie over de prijs van geneesmiddelen voor verzekeren en voorschrijvers;
- onderzoek naar praktijkkosten en inkoopvoordelen van apothekhoudenden.

Het vermelden van de declaratieprijs op het etiket van een geneesmiddel bij aflevering verhoogt het kostenbewustzijn van de verzekerde. De prijs op het etiket leidt tot meer transparantie en inzichtelijkheid en is op een eenvoudige en goedkope manier in te voeren.

Gestreefd wordt naar het maken van afspraken met apothekhoudenden over de vermelding van de prijs op het etiket. Daarnaast worden ook de juridische mogelijkheden verkend om een dergelijke maatregel wettelijk op te leggen. Deze laatste optie heeft niet de voorkeur.

Planning

- 1 oktober 2004: bij overeenstemming met apothekhoudenden kan de prijs redelijk snel op het etiket worden geplaatst, per 1 oktober 2004.
- 1 juli 2005 of 1 januari 2006: Moet de prijs op het etiket opgelegd worden bij wet- en regelgeving dan zal invoering plaatsvinden in de eerste helft van 2005 (bij AMvB) of per 1 januari 2006 (bij wet).

Onderzoek praktijkkosten en inkoopvoordelen apothekhoudenden

- Onderzoek naar praktijkkosten
De tweede fase van het modulaire tarief voor apothekhoudenden wordt pas ingevoerd na uitvoering van een onderzoek naar de hoogte van de praktijkkosten en andere inkomsten van apothekhoudenden. Het onderzoek naar de praktijkkosten verschaft inzicht in de normale kosten van een apotheek.

– Periodiek onderzoek naar inkoopvoordelen

Apothekhoudenden ontvangen nu hoge kortingen en bonussen bij de inkoop van (patentloze) geneesmiddelen. Deze kortingen en bonussen mogen in het nieuwe systeem niet meer aanwezig zijn. Om dit te kunnen monitoren wordt er periodiek onderzoek gedaan naar de inkoopvoordelen die apothekhoudenden ontvangen. Jaarlijks wordt een rapportage opgesteld over de hoogte, samenstelling en spreiding van de inkoopvoordelen die apothekhoudenden ontvangen.

De KNMP, ZN en de LHV zijn betrokken bij de formulering van de uitgangspunten van beide onderzoeken. Zaken die hierbij aan de orde komen:

- wie voert het onderzoek uit en met welke bevoegdheden
- formulering onderzoeksprotocol en randvoorwaarden

Planning

- 1 mei 2004: formuleren onderzoekopdracht en uitgangspunten
- 1 oktober 2004: afronden onderzoek.

6. MDW-maatregelen

In het kabinetsstandpunt is aangegeven dat in het plan van aanpak ook de lopende werkzaamheden worden betrokken van de MDW-maatregelen die in het kabinetsstandpunt zijn aangestipt. Het gaat hier om de volgende maatregelen;

1. aanpassing van het Verstrekkingsbesluit Ziekenfondsverzekering
2. aanpassing van de Ziekenfondswet (art. 44 – 46); herziening overeenkomstenstelsel
3. introduceren van een duale WTG-systematiek
4. invoeren van een modulair tarief voor apothekhoudenden
5. liberaliseren van de apotheekbranche

6. versterken van de keuzevrijheid van patiënten door invoering elektronisch medicatiedossier
7. bevorderen doelmatig voorschrijven.

De punten 1 t/m 4, 6 en 7 zijn al in de voorgaande paragrafen van dit plan van aanpak aan de orde gekomen.

Punt 5, het liberaliseren van de apotheekbranche, is uitgewerkt in een wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel wijzigt artikel 19 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG). Met het voorstel wordt het verbod voor apothekers opgeheven om in meerdere apotheken werkzaam te zijn. Het voorstel maakt een verruiming van het apotheekaanbod mogelijk zonder kwaliteitsverlies van het aanbod en vergroot de toegankelijkheid van de apothekerszorg. Het wetsvoorstel wordt op 11 maart plenair in de Tweede Kamer behandeld.

Momenteel is een taakherschikking gaande over de (eerstelijns)zorg. In dit kader wil het kabinet onder andere nagaan of de opleidingseisen die aan apotheker worden gesteld aanpassing behoeven.

Voor de volledigheid treft u bij deze brief de aanvraag voor de uitvoeringstoets aan het CVZ aan. Ik vertrouw erop u met deze brief voldoende te hebben geïnformeerd over de organisatie, planning en aard van de maatregelen uit het kabinetsstandpunt (middel)lange termijn geneesmiddelenbeleid.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst