

Bijlage A: beschrijving huidige regelgeving aanspraak, prijsvorming en bekostiging.

Aanspraak en geneesmiddelenvergoedingssysteem

Beschrijving huidige situatie

Een centraal kostenbeheersingsinstrument in de farmaceutische zorg is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het GVS heeft twee doelen die van belang zijn voor de ordening van de geneesmiddelenvoorziening: het regelt de aanspraak en de financiering van geneesmiddelen.

1 Aanspraak

Het GVS bepaalt de omvang van de wettelijk verzekerde aanspraak op geneesmiddelen en de wijze waarop die aanspraak is geregeld, namelijk via een zogenaamde positieve lijst. Dat is een lijst van geneesmiddelen die gezamenlijk de omvang van het verzekerde pakket geneesmiddelen bepalen (bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering);

2 Financiering

In ieder GVS-cluster, een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, wordt een zogenaamde vergoedingslimiet vastgesteld. Als de prijs van een geneesmiddel hoger is dan zijn vergoedingslimiet, moet de patiënt het verschil bijbetalen. Daarmee organiseert het GVS financiële prikkels in de markt, vanwege de bijbetalingen die het kan opleveren voor patiënten en vanwege het feit dat fabrikanten in veel gevallen bij de prijsstelling van hun producten rekening houden met de vergoedingslimiet om bijbetalingen te voorkomen.

Ad. 1 Door de gedetailleerde omschrijving van het verzekerde pakket (per individueel product), hebben verzekeraars weinig ruimte om te sturen op doelmatigheid. Een uitzondering hierop vormt het zogenaamde preferentiebeleid, waarbij verzekeraars keuzes maken bij het aanwijzen van middelen met dezelfde werkzame stof tussen verschillende leveranciers. Ook zijn er voorbeelden van verzekeraars die via financiële prikkels artsen proberen te sturen tot doelmatiger voorschrijven overeenkomstig voorschrijfrichtlijnen.

Ad. 2 Indirect gevolg van het systeem van vergoedingslimieten is dat fabrikanten het niveau van de vergoedingslimiet vaak gebruiken als *focal point* voor de prijsstelling van hun producten. Bijbetalingen komen in Nederland zeer weinig voor (ongeveer 0.5% van de totale kosten geneesmiddelen in 2006). Het indirecte prijssturende effect van het GVS leidt tot kostenbeheersing, maar is tegelijkertijd een reden dat prijsconcurrentie tussen producten die onderling vervangbaar zijn niet op gang komt. Waarom zou een fabrikant zijn prijzen verlagen tot onder de vergoedingslimiet als duurdere alternatieven ook volledig vergoed worden ?

Bovengenoemde karakteristieken van het GVS maken het systeem belemmerend voor marktwerking en concurrentie op de bruto-prijs. Tegelijkertijd geldt dat het GVS grote voordelen heeft: de toegankelijkheid tot geneesmiddelen is goed geregeld, er gaat een kostenbeheersend effect vanuit, het instrument is transparant en het is juridisch robuust gebleken. Met aanpassingen of afbouw van het GVS om meer ruimte te geven voor marktwerking moet daarom voorzichtig worden omgegaan. Het oplossen van de belemmeringen voor marktwerking mag immers niet ten koste gaan van de positieve effecten die het systeem heeft.

Prijsvorming van geneesmiddelen

Beschrijving huidige situatie

Een van de criteria voor een goed functionerende markt is gelegen in een reële prijsvorming voor de zorgconsument en de zorgverzekeraar. Daarvan is op dit moment nog onvoldoende sprake in de geneesmiddelenvoorziening als gevolg van de regelgeving van de centrale overheid en van de NZa die de gehele bedrijfskolom omvat, de marktstructuur en als gevolg van het op die regelgeving afgestemde gedrag van de verschillende actoren in de geneesmiddelenvoorziening.

1. *Wet geneesmiddelenprijzen*

Fabrikanten, importeurs en farmaceutische groothandels vallen onder de werkingssfeer van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP). Met de WGP kunnen (bruto-) apotheek-inkooprijzen worden gemaximeerd op het gemiddelde van de prijzen voor (op werkzame stof, farmaceutische vorm, en sterkte) vergelijkbare geneesmiddelen in 4 referentielanden (Duitsland, België, Frankrijk en Engeland). Er mogen geen hogere inkooprijzen in rekening worden gebracht aan apotheekhoudenden dan de vastgestelde (maximum) apotheekinkooprijzen. Met de toepassing van de WGP vindt de facto ook maximering van de (bruto-) verkoopprijzen van de farmaceutische groothandel plaats.

2. *Invloed Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)*

Hoewel het GVS de verzekeringsvergoeding regelt heeft het GVS in de praktijk ook invloed op de prijsstelling door fabrikanten en leveranciers van geneesmiddelen die zoveel mogelijk bijbetalingen van de zorgconsument willen vermijden. Zij stellen zelden hogere (bruto-) apotheekinkooprijzen vast dan de desbetreffende vergoedingslimiet.

Met het hiervoor al aangehaalde preferentiebeleid van zorgverzekeraars kunnen zorgverzekeraars specifieke varianten van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof aanwijzen waarop hun verzekerden slechts aanspraak hebben. Bij de selectie van de preferente middelen wordt uitgegaan van de laagste (bruto-)prijs voor deze geneesmiddelen. Het preferentiebeleid beoogt enige dynamiek in de (bruto-) prijsvorming van geneesmiddelen. Aangezien niet als preferent aangewezen geneesmiddelen in het geheel niet worden vergoed (en waarschijnlijk dan ook niet worden afgeleverd) is het van belang voor fabrikanten om niet door hun prijsstelling buiten de boot te vallen.

3. *Wet marktordening gezondheidszorg (WMG)*

Dienstverlening van apothekers en apotheekhoudende huisartsen valt onder de werkingssfeer van de WMG. De inkoopkosten van de in dat kader afgeleverde WMG-geneesmiddelen (uitsluitend op recept verkrijgbaar) mogen aan de zorgconsument in rekening worden gebracht. Als maximum-inkoopvergoeding geldt de door de fabrikant of leverancier vastgestelde bruto-inkoopprijs zoals die staat vermeld in een vergoedingslijst (die voldoet aan door de NZa gestelde eisen) minus de op € 6,80 gemaximeerde clawback van 6,82 %. Binnen de tariefssystematiek bestaat daarnaast een specifieke bepaling die invloed heeft op de prijsstelling: de zogenaamde laagste prijsregel.

Op grond hiervan mogen apotheekhoudenden geen hogere (bruto-) apotheekinkoopprijs in rekening brengen dan de laagste prijs voor "dezelfde" geneesmiddelen (van een leverancier die de gehele markt kan voorzien). Hoewel bedoeld als instrument om de kosten te verlagen werkt de WMG-inkoopvergoeding averechts. Enerzijds omdat de maximum WMG-inkoopvergoeding als "focal point" uitwerkt anderzijds omdat sinds jaar en dag geen beroep wordt gedaan op de laagste prijsregel. Als kostenbeheersings-maatregel levert de laagste prijsregel dan ook niets op, maar hij is wel remmend voor prijsconcurrentie. Er is immers sprake van een zekere belangenparalelie om deze prijzen zo hoog mogelijk te houden om zodoende in staat te zijn hoge kortingen en bonussen aan apotheekhoudenden te verstrekken. Door de laagste prijsregels zullen (bruto) prijsverlagingen als zodanig niet tot

vergroting van de afzet (cq. concurrentievoordeel) kunnen leiden omdat voor concurrerende generieke en parallel “geïmporteerde” geneesmiddelen dezelfde verlaagde inkoopkosten maximaal in rekening mogen worden gebracht. De WMG-tariefsystematiek bevat ook overigens geen prikkels tot prijsverlaging.

Ondanks deze regelgeving, met (prijs-) plafonds waarbinnen de actoren in beginsel ruimte hebben om lagere prijzen overeen te komen, is er onvoldoende sprake van maatschappelijk aanvaardbare uitkomsten nu de concurrentie zich vooral vertaalt in op de leverancier van de eindgebruiker gerichte margeconcurrentie. De voordelen daarvan (de kortingen en bonussen die apothekhoudenden bedingen) komen niet of slechts in zeer beperkte mate ten goede aan de zorgconsument en de zorgverzekeraar.

Op de ongewenste uitkomsten van de regulering en gedrag is tot nu toe gereageerd met meer regelgeving ter bestrijding van deze ongewenste symptomen. Zoals bijvoorbeeld de introductie van de clawback waarmee een deel van de inkoopvoordelen wordt afgeroomd. Daarmee is echter geen sprake van een structurele marktconforme aanpassing van de prijsvorming.

Met de geneesmiddelenconvenanten en het Transitieakkoord wordt beoogd om de (bruto) prijzen voor geneesmiddelen te verlagen waardoor de ruimte voor het verstrekken van kortingen en bonussen (inkoopvoordelen) en de margeconcurrentie wordt beperkt.

Bekostiging

Beschrijving huidige situatie

1. *Het huidige tariefsysteem voor apothekhoudenden*

Het huidige tarief voor apothekers bestaat uit twee onderdelen. Enerzijds mag de apotheker een maximum vergoeding per afgeleverd geneesmiddel in rekening brengen (de zogenaamde receptregelvergoeding). Anderzijds mag de apotheker inkoopkosten voor het afgeleverde geneesmiddel doorberekenen aan de patiënt of zorgverzekeraar.

De receptregelvergoeding is bedoeld om alle kosten te kunnen dekken van de exploitatie van een apotheek: de zogenaamde praktijkkosten. Onder deze kosten vallen ook de kosten voor het inkomen en pensioen van de apotheker. De receptregelvergoeding is een genormeerde vergoeding die jaarlijks door de NZa wordt aangepast aan de hand van volumeontwikkelingen (aantal afgeleverde recepten) en waarop een prijs- en loonindexering wordt toegepast.

Dit tarief bevat geen mogelijkheid tot differentiëring of voor het belonen van een betere kwaliteit, service of voor het belonen van zorgvernieuwing. Kortom er is geen, of zeer beperkte "incentive" voor apothekhoudenden en zorgverzekeraars om met elkaar in gesprek te komen over verbetering van kwaliteit en zorgvernieuwing (anders dan in experimentele vorm en onder de beperkingen die de WMG toestaat).

2. *Het nieuwe tariefssysteem voor apothekhoudenden per 1-07-2008*

Met de introductie van de nieuwe op prestatiebekostiging gebaseerde tariefssystematiek die de NZa inmiddels heeft vastgesteld, komt hier weliswaar verandering in maar de verplichte structuur van het tariefsysteem van receptregelvergoeding en een aparte vergoeding van de inkoopkosten blijft bestaan. Hiervan kan niet worden afgeweken.

In het kort gaat de nieuwe tariefssystematiek uit van een onderscheid tussen reguliere farmaceutische zorg met basisverrichtingen en een aantal te onderscheiden specifieke verrichtingen zoals de magistrale (eigen) bereidingen en de ANZ-uitgifte (Avond, Nacht en Zondag-uitgifte). Voor alle basisverrichtingen gelden maximumtarieven.

Tegenover deze basisverrichtingen staan afzonderlijk te contracteren prestaties zoals projecten op het gebied van farmaceutische patiëntenzorg, farmaceutische consulten en een vergoeding (prikkel) voor het doelmatig inkopen en afleveren van geneesmiddelen. Hiervoor mogen pas rechtsgeldig tarieven of prijzen in rekening worden gebracht als apothekhoudenden en zorgverzekeraars expliciete afspraken hebben gemaakt over de te leveren prestaties, de beloning daarvan en de toetsing van de resultaten. Er zal hier sprake zijn van vrije prijzen die partijen met elkaar uitonderhandelen.

Het nieuwe tariefsysteem beoogt de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening en de onderhandelingen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars te bevorderen en aan te jagen door het hanteren van "prikkel". Uitgangspunt is dat toegevoegde waarde wordt beloond en dat apothekhoudenden en zorgverzekeraars hierdoor worden gestimuleerd met elkaar in overleg treden over de (kwaliteit van de) te verlenen zorg en de wensen van de zorgconsumenten en verzekerden.