

Vergaderjaar 2004–2005

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 5

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 oktober 2004

Met deze brief wil ik u informeren over de kernpunten van mijn beleid ten aanzien van het bevorderen van een doelmatige geneesmiddelenvoorziening op de lange termijn en de wijze waarop dit tot uitdrukking komt in het geneesmiddelenbeleid voor 2005.

Kernpunt van het beleid voor de lange termijn is een nieuw sturings-evenwicht centraal/ decentraal. Dit houdt in meer marktwerking c.q. sturing door zorgverzekeraars op het gebied van zowel doelmatig inkopen en afleveren als doelmatig voorschrijven, en centrale sturing waar nodig (voorbeelden: de Wet Geneesmiddelenprijzen, het geneesmiddelenvergoedingensysteem, bepaalde aspecten van doelmatig geneesmiddelengebruik en geneesmiddelenpromotie). Op termijn kan hierdoor mogelijk andere regulering (o.a. WTG-beleidsregels) verdwijnen.

De hoofdpunten van het beleid voor 2005 zijn:

- Verzekeraarssturing (gericht op zowel doelmatig inkopen en afleveren als doelmatig voorschrijven).
- Intensivering van het algehele beleid gericht op een doelmatig gebruik van geneesmiddelen.
- Convenant 2005 (zie bijlage): verlenging en uitbreiding van het convenant 2004.

Met deze maatregelen zal de taakstelling voor 2005 (€ 685 mln) worden gerealiseerd.

Toezeggingen

In de voortgangsrapportage betreffende het geneesmiddelenbeleid voor de middellange termijn (mijn brief van 2 juli jl., GMT/G 2494463) heb ik de verwachting uitgesproken u in september te kunnen informeren over de maatregelen die ik per 1 januari 2005 ga invoeren. Met deze brief kom ik

hieraan tegemoet, zij het – door de duur van de convenants-
onderhandelingen – een maand later dan verwacht.

Verder heb ik tijdens het Algemeen Overleg van 28 januari jl. toegezegd dat ik in het onderzoek naar de aanvullende juridische mogelijkheden voor verzekeraarssturing ook de problematiek zou betrekken van apotheekhoudenden die weigeren contracten te sluiten met zorgverzekeraars. De uitkomsten van dit onderzoek, die een rol hebben gespeeld bij de totstandkoming van het beleid uiteengezet in deze brief, vindt u in de bijlage bij deze brief.

Geneesmiddelenbeleid lange termijn: Beleidsdoelen en perspectief

Het einddoel voor het geneesmiddelenbeleid is eerder verwoord in het kabinetsstandpunt van 31 oktober 2003, namelijk een kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke geneesmiddelenvoorziening. Door de ontwikkelingen van het afgelopen jaar, in het bijzonder het convenant dat ik heb gesloten met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Bond van generieke geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin), is er sprake van voortschrijdend inzicht over de beste route op weg naar dit doel. Ik kom daar later in deze brief op terug.

Het langetermijnperspectief van het kabinet voor de geneesmiddelensector is onveranderd en sluit nog steeds aan bij het door het kabinet voorgestane langetermijnperspectief voor de gehele zorgsector: gereuleerde marktwerking met een sturende rol voor zorgverzekeraars en een terugtrekkende overheid (deregulering).

Kortom: een nieuw evenwicht in de verdeling tussen centrale en decentrale sturing, waarbij het laatste meer gewicht krijgt. De rol van de patiënt daarin zal belangrijker worden, temeer daar het kabinet ervoor heeft gekozen een groter beroep te doen op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Overigens is het goed vast te stellen dat het een complex proces betreft, dat tijd nodig heeft. Partijen moeten de kans krijgen zich hun nieuwe rol eigen te maken, niet iedere verandering is in één keer een succes. Centrale regels worden pas daadwerkelijk overbodig als partijen de hen toegekende verantwoordelijkheden in een evenwichtige onderlinge verhouding waar kunnen maken. Dit is ook de reden dat voor bepaalde deelmarkten, waarin de regie nog niet volledig overgelaten kan worden aan zorgverzekeraars, ik in eerste instantie gekozen heb voor het sluiten van een convenant tussen betrokken partijen. Het is dan de verantwoordelijkheid van de individuele verzekeraar om de in het convenant gemaakte afspraken op hoofdlijnen vervolgens om te zetten in specifieke afspraken in de medewerkersovereenkomsten met zorgaanbieders.

Meer decentrale sturing

Meer decentrale sturing betekent voor de farmacie dat zorgverzekeraars meer invloed uitoefenen op zowel de voorschrijfbeslissing van de arts als de inkoop- en afleverbeslissing van de apotheekhoudende. Ik reken er overigens op dat die invloed van zorgverzekeraars niet alleen doelmatigheidsverhogend, maar ook kwaliteitsverhogend zal uitwerken. Praktijkvoorbeelden laten zien dat kwaliteit en doelmatigheid hand in hand kunnen gaan.

• *Doelmatig afleveren en inkopen*

In het kabinetsstandpunt van 31 oktober 2003 heb ik aangekondigd onderzoek te verrichten naar de juridische mogelijkheden om zorgverzekeraars verder te instrumenteren.

De uitkomsten van dit onderzoek, dat mede gebaseerd is op een onderzoek met beleidsaanbevelingen van ZN, staan in de eerder genoemde bijlage. Ik beperk mij hier tot de hoofdlijnen.

Via de wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering van 19 december 2003 hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid gekregen om zich actief met de inkoop en aflevering van geneesmiddelen bezig te houden, via de prijsstelling of de keuze voor een preferent middel, waardoor ze daadwerkelijk kostenbesparingen kunnen realiseren. De Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (Hoz), die naar verwachting per 1-1-2005 in werking zal treden, kan zorgverzekeraars in het door hen te voeren (preferentie)beleid ondersteunen. Tot nu toe zijn zorgverzekeraars namelijk onder alle omstandigheden gehouden om overeenkomsten met zorgaanbieders ten grondslag te leggen aan alle zorg die zij ten behoeve van hun verzekerden betalen. Uitgaven van zorg waaraan geen overeenkomst ten grondslag ligt zijn onrechtmatig. Zorgaanbieders (i.c. apotheekhoudenden) kunnen in de onderhandelingen gebruik maken van deze wetenschap, te meer daar het ontbreken van een rechtmatigheidsverklaring in de openbaarheid komt. De Wet Hoz regelt dat, indien overeenkomsten ontbreken maar de zorgverzekeraar kan aantonen dat deze zich maximaal heeft ingespannen om toch tot een overeenkomst te komen, het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) de zorgverzekeraar kan ontheffen van de verplichting om in die situatie overeenkomsten af te sluiten. Ik verwacht van deze wetswijziging een positief effect op de onderhandelingspositie van verzekeraars. Zij kunnen de onderhandelingen nu ingaan zonder de vrees dat het niet slagen daarvan kan leiden tot een onrechtmatigheidsverklaring.

Verder zal door de wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (de Wtg ExPres) de nadruk bij de tariefonderhandelingen op centraal niveau te liggen. De Wtg ExPres die naar verwachting per 1 januari 2005 in werking treedt, beoogt de ruimte voor individuele en lokale oplossingen bij de tariefonderhandelingen te vergroten. De speelruimte wordt vergroot door de introductie van meer tariefsoorten dan alleen een vast en een maximumtarief. Ook de invoering van een modulair tariefsysteem voor apotheekhoudenden in 2005 biedt zorgverzekeraars in die zin meer sturingsmogelijkheden.

Tenslotte zullen zorgverzekeraars zich na de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringwet (beoogde invoeringsdatum 1 januari 2006) meer dan nu het geval is, genoodzaakt zien zich in te spannen om verzekerden te behouden en te werven, aangezien het voor verzekerden makkelijker wordt om van zorgverzekeraar te wisselen. Zorgverzekeraars zullen daarom sterker gemotiveerd zijn om in hun onderhandelingen met zorgaanbieders doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg af te dwingen. De ruimte voor ondernemerschap voor zorgverzekeraars wordt verder gestimuleerd doordat de Zorgverzekeringwet winstmotief toestaat aan zorgverzekeraars. Ook mogen zorgverzekeraars dan – binnen zekere grenzen – naast een «naturapolis» een «restitutiepolis» of een mengvorm van beiden aanbieden. Deze ruimte voor zorgverzekeraars vergroot de mogelijkheden tot het bieden van maatwerk aan verzekerden.

Gelet op het voorgaande ben ik van mening dat zorgverzekeraars na inwerkingtreding van de genoemde maatregelen over aanzienlijk meer

instrumenten beschikken dan nu het geval is, om daadwerkelijk een sturende rol te kunnen spelen bij de doelmatige verstrekking van geneesmiddelen. De praktijk zal moeten uitwijzen of zorgverzekeraars deze handschoenen kunnen en willen oppakken. Zoiets gaat niet van vandaag op morgen. Voor zorgverzekeraars speelt er namelijk een dilemma. Het oppakken van een sturende rol kan hen in conflict brengen met apothekhoudenden, die belang hebben bij handhaving van de status quo. Dit conflict kan mogelijk publicitair via de verzekerden worden uitgespeeld, iets wat zorgverzekeraars bij voorkeur zullen willen voorkomen. Het verheugt mij daarom dat er wel een tendens zichtbaar is die aantoont dat zorgverzekeraars hun nieuwe rol niet schuwen. De volgende initiatieven zijn daar een voorbeeld van:

- aanbesteding van bepaalde veel gebruikte geneesmiddelen;
- de oprichting van eigen apotheken door DSW;
- overeenkomsten van CZ en VGZ met de Etos-apotheek;
- diverse initiatieven op het gebied van het preferentiebeleid (beperking van aanspraak op een aantal generieke middelen tot het middel met de laagste prijs).

• *Doelmatig voorschrijven*

De afgelopen jaren zijn al diverse acties in gang gezet gericht op het bevorderen van doelmatig voorschrijven. Zo zijn voor de belangrijkste geneesmiddelgroepen protocollen op het gebied van voorschrijven ontwikkeld en werken de meeste huisartsen met het elektronisch voorschrijf systeem (EVS).

Daarnaast proberen voorschrijvers en afleveraars, vaak ook samen met zorgverzekeraars, tot meer samenwerking te komen in het Farmaco Therapie Overleg (FTO en FTTO). Uit een recente peiling van het Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik DGV is gebleken dat het niveau van FTO's het afgelopen anderhalf jaar is verbeterd.

Verder voeren apothekers in het kader van de meerjarenafspraken zorgvernieuwingsprojecten uit, waardoor onder meer de aandacht voor elektronische gegevensuitwisseling is toegenomen, evenals de beschikbaarheid van juiste en actuele informatie over geneesmiddelen. Tenslotte is in de vergoedingsfeer geregeld dat een aantal geneesmiddelen slechts onder bepaalde doelmatigheidsvoorwaarden mag worden voorgeschreven.

Hoewel deze maatregelen een impuls hebben gegeven aan het verbeteren van een doelmatig gebruik van geneesmiddelen, blijkt uit de vele rapporten die over dit onderwerp zijn verschenen dat het beleid nog verder kan worden geïntensiveerd. Ik ben daarom van start gegaan met het project «Doelmatig Geneesmiddelengebruik», waarin in samenwerking met alle betrokken veldpartijen aanvullende beleidsmaatregelen zullen worden opgesteld. Ik kom hier later in deze brief op terug.

Ik zie ten aanzien van het bevorderen van doelmatig voorschrijven ook een belangrijke rol weggelegd voor zorgverzekeraars. Diverse projecten laten zien dat zorgverzekeraars reeds over instrumenten beschikken om dit te bewerkstelligen. Als voorbeeld noem ik hier het CZ-project «Optimaal Geneesmiddelengebruik», waarin concrete, meetbare afspraken worden gemaakt met groepen huisartsen over voorschrijfbeleid. Hierbij wordt niet alleen naar de kosten gekeken, maar ook naar de kwaliteit. Verder monitoren veel zorgverzekeraars het voorschrijfgedrag van artsen en leveren ze spiegelinformatie.

De komende tijd wordt het instrumentarium verder uitgebreid. Zo zullen vanaf 2006 alle voorschrijvers en afleveraars van geneesmiddelen elektronisch inzage hebben in het actuele medicatieoverzicht van de patiënt, wat zorgverleners in staat zal stellen hun voorschrijf- en afleverbeleid optimaal

af te stemmen. Verder zal ook de gewijzigde bekostigingssystematiek voor de huisarts, waar ik naar streef, zorgverzekeraars meer mogelijkheden geven om afspraken te maken t.a.v. doelmatig voorschrijven. Ten slotte biedt ook de Wtg ExPres naar mijn mening mogelijkheden voor zorgverzekeraars om aanvullende afspraken met voorschrijvers te maken, dit gezien de grotere ruimte voor individuele en lokale oplossingen bij de tariefonderhandelingen.

Gelet op het voorgaande ga ik ervan uit dat zorgverzekeraars ook op het terrein van doelmatig voorschrijven voldoende inhoud kunnen geven aan hun sturende rol. Ook hier geldt overigens dat de veranderingen niet van vandaag op morgen op grote schaal zullen kunnen plaatsvinden.

Deregulering

Minder centrale sturing houdt in deregulering waar mogelijk. Dit betekent dat op termijn bijvoorbeeld de Wtg-beleidsregels die betrekking hebben op de materiaalkosten van geneesmiddelen wellicht kunnen verdwijnen. Wanneer deze regulering overbodig wordt, hangt af van de snelheid waarmee de sector komt tot effectieve afspraken over doelmatig inkopen en afleveren.

Hier ligt voor mij ook een dilemma. Deregulering is al enige jaren de beleidslijn van VWS. Toch is centraal ingrijpen in de afgelopen jaren enkele keren noodzakelijk gebleken, mede vanwege de budgettaire belangen op korte termijn. En dit blijft zo. Een goed voorbeeld van dit dilemma is dat als het geneesmiddelenconvenant onverhoopt toch niet effectief blijkt, en er geen alternatieve afspraken gemaakt kunnen worden met de sector, ik een (gedifferentieerde) kortingsmaatregel alsnog zal moeten invoeren om de taakstellingen voor 2004 en/of 2005 te kunnen realiseren.

Bepaalde vormen van centrale beïnvloeding zal ik in ieder geval ook op langere termijn handhaven, namelijk op die plaatsen waar zorgverzekeraars (of anderen) die functie niet kunnen overnemen. Voorbeelden hiervan zijn de volgende:

- De Wet geneesmiddelenprijzen (WGP): met name op het terrein van innovatieve, niet uitwisselbare geneesmiddelen ontbreekt het zorgverzekeraars aan instrumenten om tot prijsconcurrentie te komen.
- Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (zie onder).
- Onderdelen van doelmatig voorschrijven die het best centraal worden georganiseerd, zoals poliklinische geneesmiddelen in DBC's en het elektronisch medicatie- en patiëntendossier.
- Het bestrijden van ongewenste (effecten van) geneesmiddelenpromotie.

Rol van de patiënt

Een nieuw evenwicht in de verdeling tussen centrale en decentrale sturing heeft ook gevolgen voor de rol van de patiënt. Het kabinet heeft ervoor gekozen patiënten meer eigen verantwoordelijkheid te laten nemen ten aanzien van het beheersen van de kosten voor de zorg.

De verwachting is dat door de invoering van de no-claimregeling verzekerden meer afgewogen gebruik gaan maken van medische voorzieningen en dat daarmee de kostenstijging zal afnemen. Dit zal vervolgens leiden tot gemiddeld minder sterk stijgende kosten voor de verzekerden.

Daarbij is het van belang dat patiënten goed zijn toegerust, zodat zij kunnen kiezen voor de zorg die het beste aansluit bij hun wensen en zij

invloed kunnen uitoefenen op het zorgaanbod. Momenteel wordt daarom gewerkt aan goed toegankelijke, vergelijkende informatie over zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Om patiënten daarnaast meer inzicht te geven in de kosten van geneesmiddelen zal binnenkort de prijs van een geneesmiddel op het etiket worden vermeld en wordt een website ontwikkeld met daarop prijs- en vergoedingsinformatie over geneesmiddelen.

Geneesmiddelenbeleid lange termijn: Hoe daar te komen?

Zoals gezegd is wat betreft de gewenste route op weg naar de beleidsdoelen voor de lange termijn sprake van voortschrijdend inzicht, met name door het geneesmiddelenconvenant dat ik op 13 februari jl. heb gesloten met de Bogin, de KNMP en ZN. Vorig jaar zag het kabinet een nieuw prijs- en vergoedingssysteem nog als het meest geëigende instrument om de destijds geconstateerde knelpunten (hoge prijzen voor generieke middelen en onvoldoende kostenbewustzijn bij patiënt/verzekerde) op te lossen.

Inmiddels heeft het convenant laten zien dat ook in de geneesmiddelensector, waar de financiële belangen zeer groot zijn, het mogelijk is om op basis van goede afspraken veranderingen teweeg te brengen. Het geneesmiddelenconvenant 2004 heeft ervoor gezorgd dat de prijzen van merkloze geneesmiddelen substantieel zijn gedaald, en stimuleert verder dat zorgverzekeraars en apothekhoudenden samen afspraken maken over doelmatig inkoop- en aflevergedrag. De opbrengst van het convenant voor 2004 wordt op basis van de declaratiegegevens over het eerste half jaar geraamd op tenminste € 600 mln (inclusief het niet-terugvorderen van de opbrengst van de maatregel De Geus). Dankzij het convenant ziet het er naar uit dat de totale uitgaven aan geneesmiddelen in 2004 voor het eerst sinds lange tijd dalen in plaats van stijgen.

Met het convenant wordt naar mijn mening een goede stap gezet op weg naar de gewenste eindsituatie, waarin zorgverzekeraars op eigen kracht lagere prijzen voor geneesmiddelen kunnen bedingen, alsmede afspraken kunnen maken met apothekhoudenden over bijvoorbeeld farmaceutische patiëntenzorg. Zo worden in de contracten tussen verzekeraars en apothekhoudenden nu afspraken gemaakt over het daadwerkelijk afleveren van goedkopere middelen, iets wat voor het convenant nog niet of nauwelijks gebeurde. Deze stap had mijns inziens met centraal overheidsingrijpen, i.c. een kortingsmaatregel om kortingen en bonussen verder af te romen, niet gezet kunnen worden. Het inzicht dat mijn langetermijnbeleid meer gediend is met een inhoudelijk goed convenant dan met centraal ingrijpen, heeft het kabinet doen besluiten dat een nieuw prijs- en vergoedingssysteem, i.c. modernisering van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) in 2005, niet langer eerste keus is op weg naar de gewenste eindsituatie. Mijn inzet bij de gesprekken met partijen was dan ook om te komen tot een convenant voor 2005 waarin partijen zelf de hele budgettaire taakstelling van € 685 miljoen realiseren, met afspraken die passen in mijn beleid voor de langere termijn.

Ik ben dan ook zeer tevreden dat ik een convenant langs deze lijnen met veldpartijen heb kunnen sluiten. Op de inhoud van het convenant kom ik zodadelijk terug. Buiten de reikwijdte van het convenant wil ik maximaal inzetten op het tot stand komen van afspraken tussen artsen en zorgverzekeraars over doelmatig voorschrijven. Ook hierop kom ik later in deze brief terug.

Het feit dat ik voor 2005 een convenant sluit conform de hierboven beschreven inzet, betekent overigens niet dat aanpassing van het GVS definitief van de baan is, integendeel. De komende tijd zal worden gebruikt om het huidige GVS kwalitatief verder te verbeteren, en daarbij

ook te kijken naar een oplossing voor patiënten voor wie geldt dat zij uit medische noodzaak een middel moeten gebruiken waarvoor bijbetaald zou moeten worden. Op deze manier kan worden gewaarborgd dat het GVS ook in de toekomst zal kunnen blijven zorgen voor een redelijk vergoedingsniveau voor geneesmiddelen, op basis van reële uitgangspunten. Uit een internationale vergelijking is overigens gebleken dat ook andere landen op dit moment hard bezig zijn om referentieprijzen- en vergoedingssystemen in te voeren die vergelijkbaar zijn met ons GVS.

Geneesmiddelenbeleid 2005

Wat betekent het bovenstaande voor het geneesmiddelenbeleid het komende jaar? Ten eerste dat de afspraken die gemaakt zijn in het convenant 2004 aangescherpt en uitgebreid zullen worden in 2005. Ten tweede dat ook op andere gebieden, met name ten aanzien van doelmatig voorschrijven, gestreefd zal worden naar het maken van afspraken met partijen.

Convenant 2005: voortzetting en uitbreiding Convenant 2004

De afspraken uit het huidige convenant ten aanzien van de prijsdaling van generieke geneesmiddelen en de afspraken tussen apothekers en zorgverzekeraars met betrekking tot het afleveren en declareren van geneesmiddelen met de laagste apotheekinkooprijzen zullen in 2005 worden aangescherpt. Omdat de taakstelling voor 2005 € 685 mln hoger is dan in 2004 zijn aanvullende afspraken nodig. Deze aanvullende afspraken zijn nu vastgelegd in het convenant voor 2005.

De hoofdlijnen van het Convenant 2005 zijn de volgende (het volledige convenant is als bijlage bij deze brief gevoegd).

- Nieuwe partij: Nefarma (Vereniging van de research-georiënteerde geneesmiddelenindustrie). Nefarma voegt zich bij de bestaande convenantpartijen KNMP, ZN en Bogin (generieke geneesmiddelenfabrikanten).
- Met de toetreding van Nefarma worden ook de prijzen voor geneesmiddelen van Nefarma-leden waarvoor generieke varianten beschikbaar zijn of komen met gemiddeld 40 procent verlaagd. Samen met de generieke geneesmiddelen zijn dit de zogenaamde multi-source geneesmiddelen.
- Alle andere prijzen voor geneesmiddelen van worden in 2005 verlaagd of bevroren.
- De Bogin-leden (generieke geneesmiddelenindustrie) verlagen de prijzen van zelfzorggeneesmiddelen die met ingang van 1-01-2005 weer in het verzekerde pakket worden opgenomen, zelfs met gemiddeld 50 procent.
- Het beleid om de bestaande kortingen voor apothekhoudenden te vervangen door prijsverlagingen wordt hiermee voortgezet. Verzekeraars en apothekhoudenden nemen die lagere prijzen over in hun contracten. Hierdoor komt een groot deel van de kortingen die apothekers ontvangen ten goede aan de verzekerden. De overige afspraken uit het geneesmiddelenconvenant blijven bestaan. Zo zullen verzekeraars goedkope geneesmiddelen aanwijzen voor hun verzekerden en wordt de kostendekkendheid van het tarief voor apothekers bezien. Het CTG/ZAio doet inmiddels onderzoek naar een nieuw, kostendekkend en modulair tarief voor apothekhoudenden.
- De besparing van 685 miljoen euro wordt bereikt door: de prijsverlaging van generieke geneesmiddelen (325 miljoen euro); prijsdaling na het verloop van octrooi (110 miljoen euro); het handhaven van de claw

back (205 miljoen euro) en een prijsdaling van die geneesmiddelen waarvoor het octrooi al eerder was afgelopen (minimaal 45 miljoen euro).

- In ruil voor de prijsverlagingen zal ik afzien van wettelijke maatregelen om de taakstelling voor 2005 te halen zolang de opbrengst wordt gehaald.

Verzekeraarssturing: doelmatig inkopen en afleveren

Zorgverzekeraars zullen, in aanvulling op de afspraken uit het convenant, lokale afspraken met apothekhoudenden moeten maken over doelmatig inkoop- en aflevergedrag (bijv. ten aanzien van generieke substitutie en preferente middelen), maar ook over farmaceutische patiëntenzorg. Zoals al eerder in deze brief aangegeven ben ik van mening dat zorgverzekeraars in 2005 over voldoende instrumenten zullen beschikken om tot deze afspraken te kunnen komen. Het modulair tarief voor apothekhoudenden is hierbij een specifiek instrument voor de farmacie.

Verzekeraarssturing: doelmatig voorschrijven

Eén van de knelpunten die het kabinet signaleerde in het standpunt van 31 oktober 2003 was het gebrek aan kostenbewustzijn bij patiënten en voorschrijvers, wat zich – mede onder invloed van de farmaceutische industrie – onder meer uit in een medisch niet-noodzakelijke verschuiving in het voorschrijven van goede, bestaande middelen naar nieuwe, doorgaans duurdere middelen. Zoals gezegd zag het kabinet een nieuw prijs- en vergoedingssysteem als het meest geëigende instrument om dit knelpunt op te lossen, naast het beschikbaar maken van prijs- en vergoeding-informatie op het internet en het vermelden van de prijs op het etiket. Een van de achterliggende gedachten hierbij was dat zorgverzekeraars nog niet voldoende in staat zouden zijn ook ten aanzien van het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen een sturende rol te kunnen spelen. Dit had onder meer te maken met de kleine prijsverschillen tussen generieke middelen en zogenoemde specialités (merkgeneesmiddelen), waardoor het zorgverzekeraars soms ontbrak aan een goede argumentatie richting voorschrijvers.

Het convenant biedt zorgverzekeraars echter een goede gelegenheid juist nu in te zetten op doelmatig voorschrijven. Immers, door het convenant zijn de prijzen van patentloze geneesmiddelen gedaald en zijn er aanzienlijke prijsverschillen ontstaan binnen groepen van vergelijkbare geneesmiddelen. De prijzen van de meest voorgeschreven cholesterolverlager en maagzuurremmer zijn bijvoorbeeld met ongeveer 60% gedaald. Zorgverzekeraars kunnen deze nieuwe situatie aangrijpen om voorschrijvers te stimuleren meer kostenbewust voor te schrijven. Zorgverzekeraars moeten bevorderen dat de arts binnen een groep van onderling vergelijkbare geneesmiddelen voor het goedkoopste middel kiest, tenzij de patiënt niet met dat middel kan worden behandeld. De voorschrijver zou binnen zo'n groep moeten uitgaan van het principe «goedkoop als het kan, duur als het moet». Overigens heeft een aantal zorgverzekeraars hierover in de medewerkersovereenkomsten over 2004 al afspraken gemaakt met voorschrijvers.

Patiënten zullen zich ook meer bewust worden van de kosten van geneesmiddelen, en de prijsverschillen tussen patentloze merkgeneesmiddelen en generieke geneesmiddelen. Zo komt de prijs van een geneesmiddel op het etiket te staan en gaan de kosten mee tellen in de no-claimregeling. Zorgverzekeraars kunnen hier gebruik van maken in hun beleid gericht op doelmatig voorschrijven.

Door het convenant en de invoering van de no-claimregeling zijn er dus nieuwe mogelijkheden ontstaan om het kostenbewustzijn van voorschrijvers en patiënten te verhogen, als alternatief voor de invoering van een nieuw prijs- en vergoedingsstelsel. De komende maanden wil ik gebruiken om te onderzoeken hoe deze situatie zich verder ontwikkelt en hoe kan worden bevorderd dat zorgverzekeraars en voorschrijvers afspraken maken over het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen. Het is een uitgelezen kans voor zorgverzekeraars om hun regierol op te pakken en voor voorschrijvers om zich van hun kostenbewuste kant te laten zien.

Intensivering van het algehele beleid gericht op doelmatig geneesmiddelengebruik

Het bevorderen van doelmatig geneesmiddelengebruik betreft een gedragsverandering. Voor de uitvoering van beleidsmaatregelen is de inzet van betrokken partijen daarom een vereiste. Vandaar dat ik ben gestart met het project «doelmatig geneesmiddelengebruik», waarin samenwerking is gezocht met de belangrijkste partijen (patiënten, huisartsen, medisch specialisten, apothekers, zorgverzekeraars en de farmaceutische industrie).

De afgelopen maanden heb ik geïnventariseerd welke initiatieven met betrekking tot het bevorderen van doelmatig geneesmiddelengebruik er op dit moment lopen en welke aanvullende maatregelen genomen kunnen worden. In deze herfstmaanden organiseer ik daarom bijeenkomsten met de betrokken partijen waarin het draagvlak voor mogelijk aanvullend beleid wordt getoetst. Mede op basis van de uitkomsten van deze bijeenkomsten zal ik deze winter besluiten welke concrete initiatieven ik zal nemen om het doelmatige gebruik van geneesmiddelen verder te stimuleren. Hiervoor heb ik voor de komende jaren € 1,5 miljoen vrijgemaakt op mijn begroting.

Tot slot

Het is de overtuiging van het kabinet dat met de bovengenoemde maatregelen een volgende stap gezet wordt op weg naar een stelsel van geregeerde marktwerking, met daarin een sturende rol voor zorgverzekeraars en een terugtrekkende overheid. Hoe het beleid na 2005 verder concreet wordt vormgegeven zal mede afhangen van de mate waarin zorgverzekeraars gebruik gaan maken van de eerder genoemde instrumenten en de resultaten die ze hiermee in 2005 al behalen.

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

Juridische mogelijkheden voor versterking van de sturende rol van zorgverzekeraars in de farmacie

Op 31 oktober 2003 heeft het kabinet het kabinetsstandpunt (middel)lange termijn geneesmiddelenbeleid vastgesteld. Verschillende van de daarin genoemde maatregelen zijn gericht op het versterken van de positie van zorgverzekeraars.

De gedachte achter de verzekeraarssturing is dat zorgverzekeraars¹ die rechtstreeks contact hebben met zowel verzekerden, artsen als apothekers beter in staat zijn om de stijgende kosten van de geneesmiddelenvoorziening te beheersen en de doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening te bevorderen dan de centraal sturende overheid met klas-sieke prijs- en kostenbeheersingsinstrumenten. Verzekeraars hebben daarvoor wel adequate instrumenten nodig en tevens dienen eventuele belemmeringen te worden geslecht.

In mijn brief (29 477, nr. 2) van 2 juli 2004 inzake de voortgangsrapportage uitvoering middel-lange-termijn geneesmiddelen beleid heb ik toegezegd in kaart te zullen brengen welke juridische mogelijkheden er nu reeds zijn en welke er de komende tijd zullen worden doorgevoerd om de positie van zorgverzekeraars op het farmacie-dossier te versterken. Met de onderhavige notitie doe ik deze toezegging gestand. In paragraaf 1 wordt achtereenvolgens ingegaan op de wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering², de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (Hoz), de wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG ExPres) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft een onderzoek laten uitvoeren naar juridische mogelijkheden om zorgverzekeraars verder te instrumenteren voor hun regierol in de geneesmiddelenvoorziening. In paragraaf 2 wordt daarop ingegaan. Zowel het College voor zorgverzekeringen (CVZ) als het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) hebben gerapporteerd over de rol en prestaties van zorgverzekeraars in het streven naar een doelmatige geneesmiddelenvoorziening. In paragraaf 3 ga ik beknopt op beide rapportages in. Paragraaf 4 geeft een overzicht van initiatieven die zorgverzekeraars reeds hebben genomen om daadwerkelijk inhoud te geven aan hun meer sturende rol. Paragraaf 5 bevat mijn conclusie.

1. Maatregelen die de positie van zorgverzekeraars versterken

1.1 Wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering

Met de wijziging van het Verstrekkingenbesluit welke op 19 december 2003 in werking is getreden (Staatsblad 2003, 523), hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid gekregen om niet meer alle geneesmiddelen te vergoeden die zijn opgenomen op bijlage 1 bij de Regeling Farmaceutische hulp. Zorgverzekeraars hebben nu de vrijheid om te bepalen dat hun verzekerden, binnen een groep middelen met dezelfde werkzame stof, bijvoorbeeld alleen het goedkoopste middel krijgen vergoed. Indien het aangewezen (preferente) middel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is, blijft de verzekerde aanspraken hebben op een niet preferent middel.

Zorgverzekeraars hebben daarmee de mogelijkheid gekregen om zich actief met de inkoop bezig te houden. Via de prijsstelling of de keuze voor een preferent middel kunnen zij kostenbesparingen realiseren. Deze mogelijkheid hadden zij voor de inwerkingtreding van dit besluit niet.

¹ Waar in deze nota gesproken wordt over «zorgverzekeraars», wordt bedoeld op ziekenfondsen en particuliere verzekeraars voor zover zij de WTZ uitvoeren.

² Gezien de koppeling met de ziekenfondsaanspraken is ook het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden aangepast. Waar in deze nota gesproken wordt over de wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, wordt eveneens bedoeld op de daarmee samenhangende wijziging van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden.

Algemeen

De Wet herziening overeenkomstenstelsel (beoogde datum van inwerking-treding is 1 januari 2005) is erop gericht de verzekeraars en de aanbieders van zorg meer mogelijkheden te geven zelf invulling te geven aan hun contractuele relatie. Op dit moment is het zo geregeld dat organisaties van ziekenfondsen en van zorgaanbieders overleg plegen over de inhoud van de zogenaamde medewerkerovereenkomsten. Indien dit overleg tot overeenstemming leidt, moet de uitkomst van overleg (uvo) worden goedgekeurd door het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Wordt geen overeenstemming bereikt dan stelt het CVZ een modelovereenkomst vast. De Zfw regelt momenteel dat individuele overeenkomsten tussen zorg-aanbieders en zorgverzekeraars moeten overeenstemmen met de uvo's of de modelovereenkomsten. De uvo's laten dus weinig ruimte voor maatwerk en stimuleren het niet om werk te maken van individuele onderhandelingen. Door het afschaffen van de landelijk geldende uitkomsten van overleg worden de directe onderhandelingspartijen (zorgverzekeraar en zorgaanbieder) verantwoordelijk voor de zorgcontractering. Hierdoor ontstaat ruimte voor de onderhandelende partijen om beter tegemoet te komen aan de zorgbehoefte van verzekerden en afspraken te maken over doelmatige zorginkoop, kortom; om maatwerk te leveren. Tevens ondersteunt de Hoz verzekeraars in het door hen te voeren preferentiebeleid.

Instrumenten zorgverzekeraars voor het geval apothekers weigeren een contract te sluiten

Zorgverzekeraars ondernemen de laatste jaren steeds meer activiteiten gericht op doelmatige zorginkoop. Deze activiteiten kunnen hen in conflict brengen met zorgaanbieders, die soms andere belangen hebben dan het aanbieden van hun diensten op een wijze en tegen voorwaarden die, vanuit de optiek van de sociale ziektekostenverzekering, het meest doelmatig is. Zorgverzekeraars die een preferentiebeleid voeren op het farmaciedossier hebben soms grote moeite om overeenkomsten te sluiten met apotheekhoudenden. Veel apotheekhoudenden weigeren overeenkomsten te sluiten waarin een preferentiebeleid is opgenomen.

Tot nu toe zijn zorgverzekeraars onder alle omstandigheden gehouden om overeenkomsten met zorgaanbieders ten grondslag te leggen aan alle zorg die zij ten behoeve van hun verzekerden betalen. Uitgaven van zorg waaraan geen overeenkomst ten grondslag ligt zijn onrechtmatig. Zorgaanbieders weten dat zorgverzekeraars gebonden zijn aan de plicht om overeenkomsten te sluiten en weten ook dat zorgverzekeraars onrechtmatig handelen als zij niet aan deze plicht voldoen. De eigen externe accountant van het ziekenfonds kan niet de wettelijk voorgeschreven rechtmatigheidsverklaring afgeven als overeenkomsten ontbreken. Omdat het ontbreken van een rechtmatigheidsverklaring in de openbaarheid komt, voelen zorgverzekeraars zich kwetsbaar op dit punt. Het is niet ondenkbaar dat zorgaanbieders gebruik maken van dit gegeven door zorgverzekeraars onder druk te zetten met een weigering een overeenkomst te sluiten als de door het ziekenfonds aangeboden overeenkomst hen niet bevalt, of als de bestaande machtsbalans tussen henzelf en het ziekenfonds zich in hun nadeel dreigt te wijzigen.

Ook ZN wijst op dit probleem. In haar rapportage van november 2003 (zie ook paragraaf 2) wijst ZN erop dat ziekenfondsen de totstandkoming van reële prijzen niet kunnen afdwingen omdat zij geen instrumenten hebben die voorzien in de situatie die ontstaat indien onderhandelingen met apothekers en industrie niet tot een voor het ziekenfonds aanvaardbare prijs leiden.

Met de inwerkingtreding van de wet Hoz is in een oplossing voor dit probleem voorzien. De Hoz maakt het namelijk mogelijk dat het CTZ (op verzoek van een ziekenfonds) kan besluiten dat de externe accountant van het desbetreffende ziekenfonds bij het afgeven van de rechtmatigheidsverklaring geen rekening hoeft te houden met het feit dat een overeenkomst ontbreekt. Het CTZ beoordeelt of het feitelijk handelen van het ziekenfonds rechtmatig was.

Dit wordt beoordeeld aan de hand van de werkelijke inspanningen die het ziekenfonds heeft gedaan om op redelijke condities voldoende overeenkomsten af te sluiten. Een ziekenfonds kan dus in speciale gevallen ontslagen worden van de verplichting om een overeenkomst met een zorgaanbieder af te sluiten. Een dergelijk besluit van het CTZ voorkomt dat een ziekenfonds formeel onrechtmatig handelt terwijl het zich juist maximaal inspant om te voldoen aan de wettelijke opdracht om de sociale ziektekostenverzekering doelmatig uit te voeren.

Dit heeft een positief effect op de onderhandelingspositie van verzekeraars. Zij kunnen de onderhandelingen nu ingaan zonder de vrees dat het niet slagen daarvan kan leiden tot een onrechtmatigheidsverklaring.

1.3 De Wtg ExPres

Algemeen

Met de Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (Wtg ExPres; beoogde datum van inwerkingtreding is 1 januari 2005) komt de nadruk bij de tariefonderhandelingen op decentraal niveau te liggen. Door speelruimte te bieden aan zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars en onnodige overheidsregulering te schrappen ontstaat meer ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en voor individuele en lokale oplossingen bij tariefonderhandelingen. De speelruimte wordt ondermeer vergroot door de introductie van meer tariefsoorten dan alleen een vast- en een maximumtarief. In dit kader past ook het voornemen om te komen tot een modulaire tariefstructuur voor apotheehoudenden die meer sturingsmogelijkheden biedt voor de zorgverzekeraars en die de expertise van de apotheker beter kan benutten en belonen.

Betekenis van de Wtg ExPres voor de ziektekostenverzekeraars in de geneesmiddelensector

De betekenis van de Wtg ExPres voor de zorgverzekeraars is gelegen in:

- Het primaat voor een tariefafspraken ligt net als in de huidige wet bij de individuele zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar. Zij krijgen daarbij wel meer speelruimte. In de (uitvoering van de) wet komt de nadruk bij tariefonderhandelingen te liggen op decentraal niveau. Geen collectieve dictaten met weinig ruimte voor individuele en lokale oplossingen meer.
- De introductie van meer tariefsoorten dan alleen een vast- en een maximumtarief vergroot de speelruimte. Allerlei verschillende tariefsoorten als een vast tarief, maximumtarief, minimumtarief, toptarief, basistarief, bodemtarief, opslagtarief, deeltarief, bandbreedtetarief, totaaltarief (inkomstenbudget), of een andere in een zodanige beleidsregel beschreven juridisch bindende tariefsoort kunnen worden toegepast.
- Een experimenteerartikel in de wet bevordert innovatie van bekostigingssystemen voor zorgaanbieders en prestaties. Een zorgaanbieder met een nieuwe nog niet in beleidsregels beschreven prestatie kan zelf bij het CTG een tarief of een prestatiebeschrijving aanvragen. De aanvraag hoeft niet gedaan te worden in samenwerking met een representatieve organisatie.

1.4. Zorgverzekeringswet (Zvw)

Mijn voornemen om te komen tot een Zorgverzekeringswet waarin het onderscheid tussen ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoerders van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren wordt opgeheven, heb ik voor advies aan de Raad van State voorgelegd. Na inwerkingtreding van deze wet (beoogde datum van inwerkingtreding is 1 januari 2006) beschikken alle zorgverzekeraars over dezelfde sturingsmogelijkheden. Daarmee is de creatie van één homogene, transparante markt met gelijke spelregels voor alle zorgverzekeraars een feit.

De Zvw vergemakkelijkt het voor verzekerden om van zorgverzekeraar te wisselen. Dit noodzaakt zorgverzekeraars om zich in te spannen om verzekerden te houden en te werven. Zorgverzekeraars zullen daarom sterker gemotiveerd zijn om in hun onderhandelingen met zorgaanbieders doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg af te dwingen. De ruimte voor ondernemerschap voor zorgverzekeraars wordt verder gestimuleerd doordat de Zvw winstmotief toestaat aan zorgverzekeraars. Ook mogen zorgverzekeraars binnen zekere grenzen naast een «naturapolis» een «restitutiepolis» of een mengvorm van beiden aanbieden. Deze ruimte voor zorgverzekeraars vergroot de mogelijkheden tot het bieden van maatwerk aan verzekerden.

2. Advies van Zorgverzekeraars Nederland

In haar rapportage van november 2003 gaat ZN in op de juridische mogelijkheden om zorgverzekeraars verder te instrumenteren voor hun regierol in de geneesmiddelenvoorziening en stelt daartoe de volgende maatregelen voor:

- De mogelijkheid om vooraf een restitutiebesluit in de zin van (een gewijzigd) artikel 11 van de Ziekenfondswet af te kondigen;
- Het aanpassing van het huidige artikel 17 f WTG om een (lager) restitutietarief mogelijk te maken;
- Het voorschrijven op stofnaam te verplichten, tenzij medische noodzaak anders vereist. Daartoe zou in ieder geval artikel 10 van Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering moeten worden aangescherpt.

De door ZN voorgestelde maatregelen hebben inmiddels een rol gespeeld bij de totstandkoming van de wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, de Wet Hoz en de WTG ExPres. Hieronder ga ik kort specifiek in op de onderwerpen restitutie/natura en het voorschrijven op stofnaam.

Restitutie

De door ZN voorgestelde wijzigingen ten aanzien van restitutie hebben tot doel apotheken te stimuleren overeenkomsten te sluiten, daar zij bij het ontbreken van een overeenkomst terecht komen in een voor hen onaantrekkelijk restitutiesysteem. Dit leidt niet tot een evenwicht in de machtsverhouding tussen apotheek en zorgverzekeraar, maar draait deze machtsverhouding juist om. Het wordt dan immers aantrekkelijk voor een zorgverzekeraar om geen contracten te sluiten. Het hierboven besproken wetsvoorstel Hoz leidt wel tot meer evenwicht. De nadelen van het niet hebben van een overeenkomst worden door dit wetsvoorstel namelijk wel flink kleiner voor een zorgverzekeraar, maar aantrekkelijk wordt het niet, net zo min als voor een apotheek.

Voorschrijven op stofnaam

De wenselijkheid c.q. noodzaak van de aanbeveling om het voorschrijven op stofnaam te verplichten en artikel 10 van het Verstrekkingenbesluit

ziekenfondsverzekering aan te scherpen, zal mede worden gezien aan de hand van de uitkomsten van het (deel)Project doelmatig geneesmiddelen-gebruik waarin een campagne is opgenomen voor het meer voorschrijven op stofnaam. Opgemerkt zij dat het voorschrijven op stofnaam (dus zonder aanvullende afspraken met zorgverzekeraars of voorschrijvers) op zichzelf onvoldoende is om er voor te zorgen dat ook daadwerkelijk geneesmiddelen met lagere prijzen worden afgeleverd.

Hiermee is voor een deel tegemoet gekomen aan de wensen van ZN. Of en in hoeverre nadere wijzigingen wenselijk dan wel noodzakelijk zijn, zal worden gezien in het kader van de totstandkoming van de Zorgverzekeringwet die per 1 januari 2006 in werking moet treden. Tussentijdse wetswijzigingen liggen dan ook niet voor de hand.

3. Rapportages van CVZ en CTZ

Rapport van het CVZ: Regierol verzekeraars in het farmaciedossier

In oktober 2003 heeft het CVZ een rapport uitgebracht over «de regierol van verzekeraars in het farmaciedossier». Het CVZ signaleert hierin dat de positionering van zorgverzekeraars als regisseur langzaam gestalte krijgt. De inspanningen van verzekeraars hebben zich met name gericht op afspraken over doelmatige farmaceutische zorg. Hoe verzekeraars dit doen is verschillend. De ene helft kiest ervoor zijn sturende rol te realiseren met instandhouding van de bestaande machtsverhoudingen in de farmaceutische zorgketen, de andere helft kiest ervoor om de zeggenschap over de farmaceutische zorg naar zicht toe te trekken (preferentie-beleid).

CVZ constateert dat de activiteiten van zorgverzekeraars op het gebied doelmatig voorschrijven nog zeer beperkt zijn en wijst erop dat uit onderzoek van KPMG blijkt dat verzekeraars hieraan het afgelopen jaar minder aandacht hebben besteed. Het CVZ is van mening dat dergelijke activiteiten juist het fundament vormen van de invulling van de regierol van de zorgverzekeraars. Volgens CVZ is het een grote uitdaging voor de zorgverzekeraars, om samen met zorgaanbieders en verzekerden hieraan verdere invulling te geven. Ik sluit mij hier graag bij aan. Tezamen met het CVZ verwacht ik dat op het gebied van voorschrijf – aflevergedrag en het gebruik van geneesmiddelen nog veel doelmatigheidswinst te behalen is.

Rapport van het CTZ: De prestaties van zorgverzekeraars in het streven naar een doelmatige geneesmiddelenvoorziening

In mei 2004 heeft het CTZ een rapport uitgebracht, getiteld «De prestaties van zorgverzekeraars in het streven naar een doelmatige geneesmiddelenvoorziening». In dit rapport gaat het CTZ in op de mate waarin zorgverzekeraars activiteiten hebben ondernomen om de geneesmiddelenvoorziening te verbeteren en op de resultaten die daarbij zijn behaald. CTZ constateert dat de meeste zorgverzekeraars activiteiten hebben ondernomen om de zorgverlening aan hun verzekerden te dekken en daarmee voorschrijfverbeteringen en besparingen hebben gerealiseerd (bijvoorbeeld afspraken maken over verbetering voorschrijfgedrag, besparingen op de kosten van geneesmiddelen en het maken van kwaliteitsafspraken met apothekers). Een groep van vier zorgverzekeraars presteert matig, aldus het CTZ. Het CTZ constateert dat zorgverzekeraars een verbeterde taakuitvoering kunnen realiseren door:

- afspraken met zorgverleners te maken over voorschrijfinitiatieven waarvan de effectiviteit is gebleken en de spiegelinformatie af te stemmen op deze initiatieven;
- in de overeenkomsten op te nemen dat de overdracht van de overeenkomst bij overdracht van de apotheek niet vanzelfsprekend is;
- concrete kwaliteitseisen te stellen aan de zorgverlening door apothekers en de jaarverslaggeving van apothekers hierop aan te laten

sluiten. Daarmee neemt de waarde van de jaarverslaggeving door apothekers voor de zorgverzekeraar toe. Het CTZ zal de zorgverzekeraars die matig presteren op hun functioneren aanspreken. In 2005 zal het CTZ het onderzoek herhalen en dan een zwaarder accent leggen op gerealiseerde besparingen en tevens bezien of aan de aanbevelingen van het CTZ gevolg is gegeven.

4. Initiatieven van zorgverzekeraars

De keuze voor een sturende rol voor verzekeraars betekent een koerswijziging voor de partijen die betrokken zijn bij de geneesmiddelenvoorziening. De verzekeraars moeten wennen aan hun nieuwe rol. Sommige verzekeraars hebben deze nieuwe uitdaging vrij snel opgepakt. Het afgelopen jaar zijn de resultaten daarvan zichtbaar geworden. Voorbeelden van de door zorgverzekeraars ontwikkelde initiatieven zijn. Hieronder geef ik u daarvan enkele voorbeelden.

Aanbestedingen van bepaalde veel gebruikte geneesmiddelen

Aanbesteden betekent de uitvoering van een levering van een bepaald geneesmiddel in het openbaar voor een prijsopgave beschikbaar stellen. De Farmaceutische proeftuin Groningen (zorgverzekeraar Geové) heeft de groep van protonpompremmers waaronder het middel omeprazol aanbesteedt. De verzekeraars CZ/VGZ en Univé hebben de middelen omeprazol en simvastatine aanbesteedt. Voor beide aanbestedingen waren geen of te weinig inschrijvingen waardoor ze moesten worden afgeblazen. Doel van de aanbestedingen was om tot een lagere prijs voor deze middelen te komen of een deel van de apotheekmarge naar zorgprojecten te laten vloeien. Tegenover deze lagere prijs voor de verzekeraar stond voor de fabrikant een (tijdelijk) afzetgarantie.

Eigen apotheken van DSW¹

DSW heeft het nodige gedaan om zijn regierol in het farmaciedossier gestalte te geven. Er is in de regio een duidelijk beleid neergezet om overname door de farmaceutische groothandel van bestaande apotheken te ontmoedigen én iets te doen aan de stijgende goodwillprijzen. Daarnaast is DSW op strategisch juiste plekken, de huisartsen onder één dak (HOED) locaties, apotheken gestart. Door dit beleid heeft DSW zijn onderhandelingspositie hersteld over vestiging en verplaatsing van apotheken, overdracht van de apotheken aan derden en leveringsvoorwaarden van geneesmiddelen aan hun verzekerden.

Overeenkomst van CZ en DSW met de Etos-apotheek

In april 2003 is de drogisterij keten Etos, redelijk geruisloos twee eigen apotheken gestart in Den Bosch. Daarnaast kunnen mensen ook voor hun medicijnen terecht in één van de acht medicijnpunten die Etos in Albert Heijn vestigingen heeft geopend.

In juli hebben de verzekeraars CZ en VGZ bekend gemaakt dat ze een overeenkomst hebben gesloten met de Etos-apotheken. De Etos-apotheken leveren de medicijnen aan de verzekerden van beide verzekeraars voor lagere prijzen en zullen consequent het goedkoopste middel leveren. Op deze wijze komen de kortingen en bonussen die de Etos apotheek ontvangt bij de inkoop van geneesmiddelen (gedeeltelijk) toe aan de verzekerden van beide verzekeraars.

Preferentiebeleid

Op 6 mei verliep het octrooi op de meest voorgeschreven cholesterolverlager, simvastatine. Op die datum betrad een tiental generieke aanbieders deze markt, met prijzen vlak onder die van het merkmiddel, Zocor. Eén kleine aanbieder, Genthon, rekende zelfs een prijs van 42,5% onder de Zocor-prijs. Hiermee speelde Genthon in op het nieuwe beleid van zorg-

¹ De informatie in deze passage is gehaald uit het jaarverslag van DSW over het jaar 2002: Bouwen aan zorg.

verzekeraar Geové om de aanspraak op een aantal generieke middelen te beperken tot het middel met de laagste prijs. Enkele zorgverzekeraars reageerden inderdaad prompt met het aanwijzen van Genthon-simvastatine als preferent middel. Genthon was de enige kleine aanbieder die zijn prijs flink onder de prijs van Zocor stelde. Dit leidde voor Genthon tot een boycot van hun middel door apothekhoudenden, waardoor Genthon in feite dus werd afgestraft voor het verlagen van zijn prijs. Naar aanleiding van het door verzekeraars ingezette preferentiebeleid is er een aantal rechtszaken aangespannen. Daaruit is gebleken dat verzekeraars rekening dienen te houden met de gerechtvaardigde belangen van apothekers en dat aan het preferentiebeleid wel overeenkomsten met apothekers ten grondslag moeten liggen. Het inmiddels gewijzigde Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering biedt daarvoor de grondslag.

5. Conclusie

Wanneer alle hierboven genoemde maatregelen in werking zijn getreden, beschikken de zorgverzekeraars over aanzienlijk meer instrumenten dan op dit moment om een sturende rol te kunnen spelen bij de doelmatige verstrekking van geneesmiddelen.

Zo ver is het echter nog niet. Op dit moment is alleen de wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering daadwerkelijk in werking getreden. De overige maatregelen treden naar verwachting op 1 januari 2005 (Wet Hoz en WTG ExPres), respectievelijk 1 januari 2006 in werking. We moeten dus nog afwachten of de betreffende instrumenten in de praktijk het beoogd effect sorteren in de zin van meer invloed van de zorgverzekeraars op zowel de voorschrijfbeslissingen van artsen als op de inkoop- en afleverbeslissingen van de apothekers. Zoiets gaat niet van vandaag op morgen.

Ik ben van mening dat na inwerkingtreding van de genoemde maatregelen, de juridische voorwaarden waaronder zorgverzekeraars doelmatige inkoop en aflevering van geneesmiddelen kunnen stimuleren in voldoende mate aanwezig zijn. De praktijk zal moeten uitwijzen of zorgverzekeraars deze handschoenen oppakken.

Alhoewel er zeker sprake is van verbeterde mogelijkheden voor zorgverzekeraars, heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft mij gewaarschuwd voor een al te rooskleurig beeld. ZN wijst erop dat de juridische instrumenten wel in relatie moeten worden gezien tot de countervailing power van zorgverzekeraars ten opzichte van apothekhoudenden. ZN signaleert hier terecht een spanningsveld: een door de zorgverzekeraar gewenste clause in een overeenkomst betreffende doelmatig afleveren is voor apothekhoudenden een reden om niet tot een overeenkomst te komen. Zorgverzekeraars kunnen apothekhoudenden daar ook niet toe dwingen. En zonder overeenkomst kan een zorgverzekeraar zijn sturende rol niet goed of minder goed waarmaken. Wat wel kan is dat een zorgverzekeraar (in zijn polisvoorwaarden) bepaalt dat zijn verzekerden, binnen een groep middelen met dezelfde werkzame stof, alleen aanspraak hebben op het goedkoopste middel. Met het beperken van de aanspraken van verzekerden loopt de verzekeraar dan wel het risico van verlies van verzekerden. Dat kan een remmende factor zijn.

Kortom, de praktijk is weerbarstiger dan de leer. Ook al hebben zorgverzekeraars theoretisch en juridisch straks voldoende instrumenten om een sturende rol te kunnen spelen bij de doelmatige verstrekking van geneesmiddelen, dan nog wil dat niet zeggen dat zij deze rol feitelijk ook zullen oppakken.

Het is de komende jaren de kunst om gezamenlijk verder te werken aan een doelmatige geneesmiddelenvoorziening en ik zal daartoe alle betrokken partijen blijven aanspreken.

Om toch positief te eindigen: op dit moment is reeds een tendens zichtbaar waaruit blijkt dat zorgverzekeraars hun nieuwe rol niet schuwen. De bovengenoemde initiatieven van zorgverzekeraars zijn daarvan een voorbeeld.

Convenant inzake het omzetten van kortingen en bonussen voor geneesmiddelen in structurele prijsverlagingen 2005

Partijen,

van de zijde van de overheid:

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Drs. J.F. Hoogervorst, handelend als bestuursorgaan en als vertegenwoordiger van de Staat der Nederlanden,

en van de zijde van de farmaceutische sector:

de Bond van de generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland (Bogin), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Vereniging van Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie (Nefarma);

hierna te noemen convenantpartijen,

overwegende,

- dat het beleid is gericht op het terugbrengen van kortingen en bonussen, het tegengaan van margeconcurrentie en het bevorderen van prijsconcurrentie en transparantie;
- dat daardoor de uitgaven voor de geneesmiddelenvoorziening beter beheersbaar zullen zijn en dat daardoor de toegankelijkheid van de geneesmiddelenvoorziening in de toekomst gegarandeerd kan worden;
- dat een financiële taakstelling op de uitgaven van de geneesmiddelenvoorziening voor het jaar 2004 geldt van € 622 mln (incl. btw) en voor het jaar 2005 van € 685 mln. (incl. btw) uitgaande van een volumestijging voor 2005 van 10%;
- dat op 13 februari 2004 een convenant is gesloten (convenant 2004) tussen KNMP, Bogin, ZN en de minister van VWS dat is gericht op het omzetten van kortingen en bonussen in structurele prijsverlagingen en waarmee de financiële taakstelling 2004 kan worden gehaald.
- dat betrokken partijen het convenant 2004 willen voort zetten in 2005 en dat Nefarma bereid is toe te treden tot het convenant waardoor de financiële taakstelling 2005 kan worden gehaald;
- dat een herijkt en aangepast modulair tarief voor apothekhoudenden in de loop van 2005 in werking zal treden, gebaseerd op de uitkomst van het onderzoek naar de praktijkkosten en inkoopvoordelen zoals thans wordt uitgevoerd onder regie van het CTG/ZAIO;
- dat het streven van partijen is gericht op het bevorderen van prijsconcurrentie en dat het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekering prijsconcurrentie verder zal bevorderen;
- dat de bepalingen van de Mededingingswet j^o. art 81 EG-verdrag onverminderd van toepassing zijn op de inhoud van dit convenant de daaruit voortvloeiende verplichtingen en de wijze waarop aan deze verplichtingen wordt voldaan;

verklaren het volgende te zijn overeengekomen voortbouwend en in aanvulling op het op 13 februari 2004 afgesloten convenant 2004:

1. Definities en reikwijdte

Artikel 1 Definities

In dit convenant wordt verstaan onder:

Kortingen en bonussen: alle op geld waardeerbare voordelen in verband met de inkoop en aflevering van Wtg-geneesmiddelen;

Artikel 2 Reikwijdte

Dit convenant heeft betrekking op inkoopvoordelen die apotheekhoudenden bedingen (realiseren) ten aanzien van de afzet van Wtg-geneesmiddelen in Nederland, op het tot stand brengen van een modulair kostendekkend tarief voor apotheekhoudenden en op de prijzen voor zelfzorggeneesmiddelen die zijn opgenomen in het verstrekkingenpakket.

2. Doelstelling

Artikel 3 Doelstelling

Het vervangen van kortingen en bonussen voor geneesmiddelen door verdere structurele prijsverlagingen als eerste stap op weg naar meer marktwerking. Hiermee kan de financiële taakstelling worden gerealiseerd.

3. Inspanningen voor convenantpartijen

Artikel 4

De Bogin zal bevorderen dat de leveranciers van generieke geneesmiddelen die aangesloten zijn bij de Bogin de apotheekinkooprijzen van generieke geneesmiddelen zoals zij die opgeven aan Z-Index b.v. voor opname in de G-standaard met ingang van 1-2-2004 zodanig verlagen dat – met inachtneming van de claw back van 6,82% tot een maximum van € 6,80 per receptregel – op het door hen geleverde generieke geneesmiddelenpakket een effectieve daling van de omzetwaarde plus claw back van 40% wordt gerealiseerd ten opzichte van de omzetwaarde van december 2003 maal 12.

De Bogin zal bevorderen dat de op basis van dit convenant verlaagde prijzen gedurende de looptijd van het hele convenant niet zullen worden verhoogd.

Nieuwe generieke geneesmiddelen worden gemiddeld tenminste 40% lager geprijsd dan de apotheekinkoopprijs van het corresponderende merkeneesmiddel in de maand voor het verstrijken van het octrooi op het geneesmiddel.

De Bogin zal bevorderen dat de bij haar aangesloten leveranciers de apotheek-inkooprijzen van de per 1-1-2005 weer in het verzekerde pakket opgenomen zelfzorggeneesmiddelen vanaf die datum met gemiddeld tenminste 50% verlagen ten opzichte van die apotheekinkooprijzen per 1 januari 2004.

Artikel 5

Nefarma zal bevorderen dat de leveranciers van Wtg-geneesmiddelen die aangesloten zijn bij Nefarma de apotheekinkooprijzen van de Wtg-geneesmiddelen zoals zij die opgeven aan Z-index b.v. voor opname in de G-standaard met ingang van 1-01-2005 zodanig verlagen dat – met inachtneming van de claw back van 6,82% tot een maximum van € 6,80 per receptregel – op het door hen geleverde geneesmiddelenpakket een effectieve daling wordt gerealiseerd die overeenkomt met 40 % van de omzetwaarde plus claw back over de maand december 2003 maal 12 van de door hen in de handel gebrachte geneesmiddelen waarvoor op stof- en toedieningsniveau vergelijkbare generieke geneesmiddelen beschikbaar waren.

Nefarma zal bevorderen dat de op basis van dit convenant verlaagde prijzen gedurende de looptijd daarvan niet zullen worden verhoogd en dat ook overigens gedurende de looptijd van het convenant 2005 geen prijsverhogingen plaatsvinden.

Nefarma zal bevorderen dat de bij haar aangesloten leveranciers na afloop van het octrooi op een geneesmiddel waarvoor op stof- en toedieningsniveau vergelijkbare generieke geneesmiddelen in de handel worden gebracht aanvullende prijsverlagingen doorvoeren van gemiddeld tenminste 40 % ten opzichte van de maand vóór het verstrijken van het octrooi op het geneesmiddel.

Artikel 6

Het op grond van artikel 4 en 5 ontstane laagsteprijsniveau zal als uitgangspunt gelden voor de vergoeding van op stof- en toedieningsniveau vergelijkbare generieke- en merkgeneesmiddelen met een in de medewerkersovereenkomst vast te stellen marge.

De bestaande laagste-prijsregel ex WTG, die slechts geldt als de goedkoopste leverancier de hele markt kan voorzien, blijft gehandhaafd.

Artikel 7

ZN zal het totstandkomen van medewerkersovereenkomsten tussen zorgverzekeraars, voorschrijvers respectievelijk apotheekhoudenden bevorderen waarin afspraken zijn opgenomen over het voorschrijven op stofnaam, het tenminste handhaven van het huidige substitutieniveau, respectievelijk het afleveren en declareren van het geneesmiddel (merk of generiek) met de in artikel 6 genoemde laagste apotheek-inkoopprijs.

ZN spant zich in om hun leden ertoe te bewegen dat zij gebruik maken van de mogelijkheden die het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering biedt met betrekking tot het preciseren van de aanspraak.

Artikel 8

De KNMP zal het totstandkomen van medewerkersovereenkomsten met zorgverzekeraars en apotheekhoudenden bevorderen waarin afspraken zijn opgenomen over het tenminste handhaven van het huidige substitutieniveau, respectievelijk het afleveren en declareren van het geneesmiddel (merk of generiek) met de in artikel 6 genoemde laagste apotheekinkoopprijs.

De KNMP zegt toe als representatieve WTG-partij af te zien van tariefverzoeken tot nacalculatie over de periode 1 september 2003 tot aan

31 december 2003. Tevens zal de KNMP bevorderen dat ook in medewerkersovereenkomsten wordt afgezien van deze nacalculatie. Indien dit convenant wordt opgezegd of voortijdig eindigt blijft het gestelde in deze alinea van kracht.

Artikel 9

De minister van VWS zal de tariefbeschikkingen van het CTG die per 1-04-2004 in werking traden, gedurende de looptijd van het convenant 2005 in stand laten tenzij de taakstelling voor 2005 naar het oordeel van de minister van VWS niet wordt of dreigt niet te worden gerealiseerd. Hiermee blijft de huidige clawback gehandhaafd op 6,82% met een maximum van € 6,80 en zal de minister van VWS afzien van het invoeren van een verhoging van de korting op de inkoopvergoeding voor apothekhoudenden.

Indien de taakstelling voor 2005 naar het oordeel van de minister van VWS niet wordt of dreigt niet te worden gerealiseerd zal de minister van VWS maatregelen, zoals een tijdelijke verhoging van de huidige claw back gedurende de looptijd van het convenant, (doen) invoeren teneinde de financiële taakstellingen alsnog te realiseren.

Bij voortijdige beëindiging van het convenant 2005 behoudt de minister van VWS zich het recht voor om een gedifferentieerde claw back zoals voorbereid door het CTG/ZAI0 te introduceren.

Behoudens voortijdige beëindiging van het convenant 2005, zal de minister van VWS afzien van herberekening van de GVS-vergoedingslimieten voor de duur van het convenant, vermeerderd met een periode van 6 maanden in verband met de gebruikelijke consultatieprocedure en de feitelijke implementatie.

4. Tarief

Artikel 10

De minister van VWS, KNMP en ZN dragen binnen de looptijd van dit convenant zorg voor de invoering van een modulair tariefsysteem voor de vergoeding van de apotheek(houdende) in aansluiting op het Basispakket Farmaceutische Zorg zoals reeds gedefinieerd is door KNMP en ZN.

Deze partijen dragen binnen de looptijd van het convenant zorg voor de invoering van een systeem voor de monitoring van inkoopvoordelen op macroniveau. Hiertoe zullen partijen onderzoek verrichten naar de door apothekhoudenden gerealiseerde inkoopvoordelen. Beide trajecten zullen parallel en in samenhang worden uitgevoerd. De onderzoeken worden periodiek herhaald.

Binnen de looptijd van dit convenant zal voor apothekhoudenden een kostendekkend tarief worden vastgesteld. De hoogte van dit tarief is gebaseerd op de uitkomsten van bovengenoemd onderzoek.

Ten behoeve van de uitvoering van bovenstaand onderzoek zullen VWS, KNMP en ZN overeenstemming bereiken over:

- de definitie van het begrip inkoopvoordelen
- te hanteren onderzoeksmethoden
- toepassing van de uitkomsten van het onderzoek

Bij de bepaling van een eventuele bovenmatigheid van inkoopvoordelen wordt rekening gehouden met de inkoopvoordelen die reeds verdisconteerd zijn in de vergoedingsprijzen van geneesmiddelen en het feit dat apothekhoudenden kosten en risico's die voortvloeien uit de uitoefening van het apothekbedrijf financieren uit de inkoopvoordelen.

CTG/ZAio onderzoekt naar aanleiding van het verzoek van de minister van VWS in zijn brief van 13 mei 2004 (GMT/G 2 479 107) de praktijkkosten, de kosten die voortvloeien uit de specifieke uitoefening van het apothekbedrijf en de inkomsten uit apothektarieven en inkoopvoordelen (kortingen en bonussen) die apothekhoudenden realiseren, ten einde tot een kostendekkend, modulair tarief voor apothekhoudenden te komen. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek kan bepaald worden in hoeverre kostenposten toegerekend kunnen worden aan noodzakelijke zorg en wat een adequaat tarief is voor de diverse modules.

Invoering van het berekende kostendekkende tarief vindt gelijktijdig plaats met het vervallen of verrekenen van de berekende inkoopvoordelen.

Waar zorgverzekeraars en apothekhoudende overeenkomen dat de apothekhoudende de inkoop van geneesmiddelen voor zijn rekening neemt, maken beide partijen afspraken over de vergoeding die tegenover de inkoopinspanningen staat.

5. Monitoring

Artikel 11

De convenantpartijen monitoren de uitvoering van het convenant. Zij stellen een commissie «uitvoering convenant» in. Zij brengen de resultaten van de monitoring in. Zij controleren of de in dit convenant genoemde inspanningen worden uitgevoerd en resultaten worden bereikt.

De commissie komt éénmaal per maand bijeen dan wel zo veel vaker voor zover daartoe concrete aanleiding bestaat op basis van bij de commissie ingediende gegevens. De commissie kan voorstellen doen ter verbetering van de uitvoering van het convenant.

De commissie monitort in ieder geval:

- de prijsontwikkeling van de betrokken geneesmiddelen
- de volumeontwikkeling van de betrokken geneesmiddelen
- verschuivingen in substitutiegraad, respectievelijk de substitutiegraad van nieuwe generieke geneesmiddelen;
- eventuele ressubstitutie;

De commissie legt haar bevindingen terzake voor aan de convenantpartijen.

Niet dan nadat de resultaten zijn besproken door convenantpartijen worden maatregelen als bedoeld in artikel 9 doorgevoerd.

6. Slotbepalingen

Artikel 12

Dit convenant treedt onmiddellijk in werking na ondertekening en eindigt per 1 januari 2006.

Partijen kunnen dit convenant opzeggen indien zij van mening zijn dat de in dit convenant beschreven inspanningen onvoldoende plaatsvinden of de in artikel 3 beoogde resultaten niet worden bereikt.

aldus overeengekomen en getekend in vijfvoud te 's-Gravenhage op 20 oktober 2004.

J. F. Hoogervorst (Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)

P. F. Bongers (Bond van de generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland)

M. J. W. Bontje (Zorgverzekeraars Nederland)

M. L. A. Favié (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Pharmacie)

C. de Visser (Nederlandse Vereniging van Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie)