

Vergaderjaar 2010–2011

29 477

Geneesmiddelenbeleid

D

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 21 maart 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin (VWS/JG)¹ heeft in haar vergadering van 22 februari 2011 gesproken over de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 februari 2011² inzake voorhang prestatiebeschrijvingen en invoering vrije tarieven farmaceutische zorg. Naar aanleiding hiervan heeft zij de minister op 25 februari 2011 een brief gestuurd.

De minister heeft op 17 maart 2011 gereageerd.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,
Warmolt de Boer

¹ Samenstelling:

Leden: Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), vicevoorzitter, Swenker (VVD), Linthorst (PvdA), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Biermans (VVD), Putters (PvdA), Slagter-Roukema (SP), voorzitter, Engels (D66), Thissen (GL), Hamel (PvdA), Goyert (CDA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Huijbregts-Schiedon (VVD), Meurs (PvdA), Ten Horn (SP), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), Laurier (GL), Koffeman (PvdD), Yildirim (Fractie-Yildirim), Benedictus (CDA), Flierman (CDA) en Knip (VVD).

² EK 29 477, letter C.

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 25 februari 2011

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin (VWS/JG) heeft in haar vergadering van 22 februari 2011 gesproken over uw brief van 4 februari 2011¹ inzake voorhang prestatiebeschrijvingen en invoering vrije tarieven farmaceutische zorg.

Op grond van artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) dient de zakelijke inhoud van het voornemen tot het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over het vaststellen van prestatiebeschrijvingen en het invoeren van vrije tarieven voor extramurale farmaceutische zorg per 1 januari 2012 schriftelijk aan de beide Kamers der Staten-Generaal te worden meegedeeld. Het besluit wordt niet eerder vastgesteld dan nadat 30 dagen zijn verstreken na die mededeling.

Gezien het feit dat de commissie VWS in de Tweede Kamer op 17 februari 2011 vragen heeft gesteld over deze voorhang wenst de commissie VWS/JG zich het recht voor te behouden inhoudelijk op het voornemen te reageren, maar zal zij het besluit daarover uitstellen totdat zij door u schriftelijk geïnformeerd is over de uitkomst van het schriftelijk overleg inzake deze voorhang in de Tweede Kamer.

Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,
T. M. Slagter-Roukema

¹ EK 29 477, letter A.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 maart 2011

In reactie op uw brief van 25 januari 2011 (kenmerk 147942.02u), zend ik u hierbij de antwoorden op de vragen van de Tweede Kamerfracties van de PvdA, PVV, CDA, SP en ChristenUnie in het kader van het VSO over de Voorhang prestatiebeschrijvingen en invoering vrije tarieven voor de extramurale farmaceutische zorg (TK, 2010–2011, 29 477 nr. 144).

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

Antwoorden op kamervragen van de Tweede Kamerfracties van de PvdA, PVV, CDA, SP en ChristenUnie over de Voorhang prestatiebeschrijvingen en invoering vrije tarieven voor de extramurale farmaceutische zorg (TK, 2010–2011, 29 477, nr. 144)

Een aantal fracties heeft aan mij vragen en opmerkingen voorgelegd over de Voorhang prestatiebeschrijvingen en invoering vrije tarieven voor de extramurale farmaceutische zorg. Ik stel het zeer op prijs dat zij meedenken over de stappen die nodig zijn om de kwaliteit van de extramurale farmaceutische zorg te verhogen en dank hen daar hartelijk voor.

Voordat ik de vragen van de fracties beantwoord, wil ik kort ingaan op mijn besluit om nieuwe prestaties voor de extramurale farmaceutische zorg in te voeren en de verplichte tariefregels af te schaffen. Mijn besluit is eerst en vooral ingegeven door de wens om betere zorg voor de patiënt mogelijk te maken. Het belang van de patiënt staat voor mij voorop. Samen met de nieuwe prestatiebeschrijvingen bieden vrije tarieven ruimte voor zorgvernieuwing en innovatie, waarbij het veel beter dan nu mogelijk wordt om kwaliteit van zorg gericht te belonen.

Natuurlijk is het niet zo dat er op dit moment geen initiatieven worden ontplooid om de farmaceutische zorg te verbeteren. Er zijn goede voorbeelden in de praktijk die laten zien dat, wanneer partijen ruimte krijgen en nemen, zij tot betere zorg kunnen komen. Recent was in het nieuws hoe het UMC Maastricht het aantal medicatiefouten bij het toedienen van parenteralia op verpleegafdelingen met 97% heeft teruggedrongen. Dit kon door zorgverleners slimmer in te zetten. In dit geval door apothekersassistenten, in plaats van verpleegkundigen, alle parenteralia klaar te laten maken op de afdeling. Een ander voorbeeld is de pilot polyfarmacie van PoZoB in Zuidoost-Brabant. Die pilot draaide om het verbeteren van kennis rondom het medicatiegebruik bij patiënten die 6 of meer medicijnen gebruiken. De samenwerking tussen apotheker, huisarts en praktijkondersteuner was daar onderdeel van de pilot. De resultaten laten zien dat intensievere samenwerking leidt tot beter inzicht in wat de patiënt nodig heeft en tot betere voorschriften wat betreft geneesmiddelgebruik. Daarnaast lijkt een besparing op de uitgaven aan geneesmiddelen te realiseren.

Het gaat nu om relatief geïsoleerde voorbeelden. Als deze en vergelijkbare wijzen van werken breed toepassing zouden vinden is er nog een wereld te winnen voor de patiënt. Ik vind daarom dat er veel meer werk gemaakt moet worden van het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening. Bijvoorbeeld door het verbeteren van de volledigheid van medische dossiers, door het terugdringen van het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen door verkeerd geneesmiddelgebruik (HARM-onderzoek), door het vergroten van de therapietrouw en het intensiveren van de begeleiding van chronisch zieken bij hun geneesmiddelgebruik.

Ik wil partijen maximale ruimte geven voor dergelijke ontwikkelingen. Daarom haal ik de belemmeringen die dat in de weg staan weg, zodat partijen zelf afspraken kunnen maken over goede zorg en de vergoeding die daar tegenover staat. Dat kunnen ze nu onvoldoende, omdat ze aanlopen tegen een verplichte tariefsystematiek met slechts één prestatie voor alle soorten werkzaamheden. Dat maakt het afspreken van maatwerk lastig zo niet onmogelijk. Partijen richten zich ook nog te veel op regels, in plaats van op zorgvernieuwing en maatwerk voor de patiënt. Dat leidt tot verstarring in het aanbod en dat moet anders. Daarom wil ik nieuwe prestatiebeschrijvingen als onderhandelingstaal invoeren en de verplichte tariefsystematiek afschaffen.

Dat betekent dat partijen vrij zijn om afspraken met elkaar te maken, binnen de ruimte die de nieuwe prestatiebeschrijvingen van de NZa bieden zullen bieden. De verschillende zorgprestaties kunnen straks apart van elkaar en bij verschillende farmaceutische zorgverleners ingekocht en beloofd worden. De vergoeding daarvoor hoeft niet meer verrekend te worden met de vergoeding voor de terhandstelling van geneesmiddelen. Dat biedt partijen de mogelijkheid om meer aandacht te besteden aan juist die prestaties die zij van belang achten voor goede zorg aan de patiënt en om dat gerichter te doen. Farmaceutische zorgverleners kunnen beter aantonen waar hun toegevoegde waarde ligt. Zij kunnen op die manier worden beloofd voor de zorgprestatie die zij leveren en krijgen op die manier ook een stimulans om, al dan niet samen met een zorgverzekeraar, nieuw zorgaanbod te ontwikkelen dat beter aansluit bij de zorgvraag. Dat biedt mogelijkheden voor zorgvernieuwing, specialisatie en differentiatie in de diensten die zorgverleners aanbieden. De een zal zich meer richten op zorginhoudelijke taken (zoals bijvoorbeeld de specialisatie op begeleiding van patiënten met een specifiek ziektebeeld), terwijl de ander zich specialiseert in distributie (de veilige en efficiënte aflevering van het product). Kwaliteit van zorg komt zo veel meer op de voorgrond dan nu het geval is, en kan ook veel gerichter beloofd worden. Zorgverleners die zorg van hoge kwaliteit leveren kunnen dan beter beloofd worden dan zorgverleners die dat (nog) niet doen.

Natuurlijk realiseer ik mij dat dit verandering betekent voor de betrokken partijen en dat deze verandering onzekerheid met zich meebrengt. De mate van onzekerheid hebben partijen echter ook zelf in de hand. Niemand is verplicht om alles anders te doen dan voorheen, maar dat wordt wel mogelijk gemaakt. Partijen die dat willen, kunnen ook besluiten om hun huidige afspraken voort te zetten. Ik houd uiteraard een vinger aan de pols om de voorbereidingen van partijen in 2011 te volgen. Ik ben ervan overtuigd dat dit de weg is naar betere kwaliteit van farmaceutische zorg voor de patiënt en wat mij betreft is het tijd om de volgende stap te zetten.

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennis genomen van de Voorhang prestatiebeschrijvingen en invoering vrije tarieven farmaceutische zorg. Deze leden hebben de volgende vragen.

1 en 2

Van hoeveel prestatiebeschrijvingen zijn op dit moment onderliggende specificaties van uit te voeren zorghandelingen gereed? Zijn deze opgesteld door alle veldpartijen en patiëntenorganisaties samen? Zo nee, zijn deze door alle veldpartijen en patiëntenorganisaties geaccordeerd? In hoeverre is van de nieuwe prestatiebeschrijvingen bekend of en hoe ze toegevoegde waarde hebben voor verzekerden? Op welke richtlijnen berusten de prestatiebeschrijvingen? In hoeverre zijn deze richtlijnen evidence-based? In hoeverre bevatten deze richtlijnen doelmatigheidscriteria?

In 2009 en 2010 hebben veldpartijen (vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en consumenten- en patiëntenorganisaties) onder leiding van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gewerkt aan prestatiebeschrijvingen voor de extramurale farmaceutische zorg. Dat heeft uiteindelijk geresulteerd in een set van 10 prestaties, waarmee alle betrokken partijen op 4 november 2010 unaniem hebben ingestemd. Daarmee ligt er een goede, werkbaar set die in de praktijk bruikbaar is als gemeenschappelijke onderhandelingsstaal. De precieze invulling van de werkzaamheden binnen de prestaties is de verantwoordelijkheid van

partijen en zal tot uitdrukking komen in de overeenkomsten die zij met elkaar sluiten.

De NZa kan deze prestaties vaststellen nadat zij hiertoe een aanwijzing van de minister van VWS heeft ontvangen. In die zin zijn de prestaties nog «in concept».

De set prestaties beschrijft de belangrijkste onderdelen van extramurale farmaceutische zorg en dient als zodanig als een gemeenschappelijke onderhandelingstaal voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij hun onderhandelingen over de in te kopen diensten en het in rekening brengen daarvan (de declaratie). Het betreft hier uitvoering van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg), niet van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Het gaat hier niet over evidence-based richtlijnen. Binnen het kader van de tariefregulering van de Wmg, op basis waarvan de prestaties door de NZa worden vastgesteld, zijn de prestatiebeschrijvingen de declaratietitels. De invulling van de afgesproken prestaties valt onder de verantwoordelijkheid van partijen zelf. Zij doen dat in onderling overleg, in de overeenkomsten die zij met elkaar sluiten. Daarbij gebruiken ze onder andere veldnormen, richtlijnen en prestatie- en kwaliteitsindicatoren die voorhanden zijn om te bepalen wat verantwoorde zorg is en aan welke eisen die moet voldoen. De prestatiebeschrijvingen zelf geven die invulling niet, en zijn slechts bedoeld ten behoeve van de declaratie van de overeengekomen prestaties.

De prestaties beschrijven de werkzaamheden van de farmaceutisch zorgverlener. Die werkzaamheden zijn op zichzelf niet nieuw. Zaken als het geven van gebruiksinstructie bij geneesmiddelgerelateerde hulpmiddelen, begeleiding van chronisch zieken of begeleiding bij opname in het ziekenhuis vinden nu ook plaats. En zorgverzekeraars betalen er ook voor. Niettemin vind ik dat er veel meer werk gemaakt moet worden van het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening. Bijvoorbeeld door het terugdringen van het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen door verkeerd geneesmiddelgebruik, door het vergroten van de therapietrouw en het intensiveren van de begeleiding van chronisch zieken bij hun geneesmiddelgebruik.

Nieuw is dat de prestaties straks apart van elkaar en bij verschillende farmaceutische zorgverleners ingekocht en beloond kunnen worden en dat de vergoeding daarvoor niet meer verrekend hoeft te worden met de vergoeding voor de terhandstelling van geneesmiddelen (op dit moment de enige prestatie). Dat biedt partijen de mogelijkheid meer aandacht te besteden aan juist die prestaties die zij van belang achten voor goede zorg aan de patiënt en omdat ook gericht te doen. Farmaceutische zorgverleners kunnen beter aantonen waar hun toegevoegde waarde ligt. Zij kunnen op die manier worden beloond voor de zorgprestatie die zij leveren. Dat biedt mogelijkheden voor zorgvernieuwing, specialisatie en differentiatie in de diensten die zorgverleners aanbieden. De een zal zich meer richten op zorginhoudelijke taken (zoals bijvoorbeeld de specialisatie op begeleiding van patiënten met een specifiek ziektebeeld), terwijl de ander zich specialiseert in distributie (de veilige en efficiënte aflevering van het product). Kwaliteit van zorg komt zo veel meer op de voorgrond dan nu het geval is en kan ook veel gericht worden beloond. Zorgverleners die zorg van hoge kwaliteit leveren kunnen dan beter beloond worden dan zorgverleners die dat (nog) niet doen.

Veldpartijen, en met name beroepsorganisaties, werken voortdurend aan het verbeteren van veldnormen en richtlijnen. Door de komende introductie van de 10 prestaties farmaceutische zorg is het werk aan de veldnormen voor extramurale farmaceutische zorg in een stroomver-

snelling geraakt. Dat vind ik een goede zaak, mits er ruimte blijft voor zorgvernieuwing.

3

Hoe kan aangekondigd worden dat de nieuwe prestatiebeschrijvingen per 1 januari 2012 worden ingevoerd, terwijl de pilot waarin ervaring moet worden opgedaan nog moet beginnen, laat staan dat er resultaten bekend zijn?

De nieuwe prestatiebeschrijvingen beschrijven werkzaamheden die op zichzelf niet nieuw zijn, maar nu al worden verricht. In die zin is een afgeronde pilot dan ook geen voorwaarde voor het vaststellen van prestatiebeschrijvingen. Daarnaast zullen de prestatiebeschrijvingen ruimte laten voor het mogen declareren van nieuwe zorg en betere kwaliteit die apothekhoudenden en zorgverzekeraars schriftelijk met elkaar afspreken. Wel zullen de resultaten van de pilot mogelijk tot enige aanpassingen van de prestatiebeschrijvingen kunnen leiden.

Aan uitstel kleeft een belangrijk nadeel. Partijen die wel aan de slag willen met de nieuwe prestaties en het belonen van kwaliteit van zorg voor de patiënt kunnen dat dan niet doen. Ik zie daarom geen reden om de invoeringsdatum af te laten hangen van de uitkomsten van de pilot. Vanzelfsprekend blijf ik met partijen in gesprek over de voortgang van hun voorbereidingen en zal ik naar bevind van zaken handelen.

4 en 5

Wie is verantwoordelijk voor de (opzet van) de pilot? Welke rol en verantwoordelijkheid heeft de NZa hierbij?

Wanneer gaat de pilot van start en hoe en door wie is deze precies opgezet? Wie gaat de pilot begeleiden?

Partijen zijn zelf verantwoordelijk voor de opzet, uitvoering en evaluatie van de pilot. De pilot is bedoeld om ervaring op te doen met het omgaan met de 10 prestaties in de praktijk en mogelijk de prestaties aan te scherpen waar nodig. Partijen hebben aandachtspunten geïdentificeerd, die in een pilot aan de orde moeten komen. De NZa heeft aangeboden de pilot te faciliteren. Partijen hebben er voor gekozen een onafhankelijke procesbegeleider in te huren en vooralsnog geen gebruik te maken van de ondersteuning van de NZa. Partijen nemen daarmee hun verantwoordelijkheid en dat verwacht ik ook van hen. Ik heb begrepen dat een externe procesbegeleider van Boer & Croon, op gezamenlijk verzoek van partijen, is ingehuurd om de pilot te begeleiden.

Naast de pilot die partijen gezamenlijk uitvoeren, zijn zij overigens vrij om op individuele basis onderling initiatieven te starten om ervaring op te doen met de nieuwe prestatiebeschrijvingen,

6

Hoe verhoudt een vrij tarief zich tot de weigering van apothekers tot het tekenen van een contract omdat een verzekeraar preferentiebeleid voert (motie Sap december 2009)?

Het invoeren van vrije tarieven heeft geen relatie met de weigering van apothekhoudenden om een contract te tekenen omdat een verzekeraar preferentiebeleid voert. Zowel onder maximumtarieven als bij vrije prijzen is er sprake van contracteervrijheid evenzeer voor de apothekhoudende als de zorgverzekeraar. In de situatie van vrije prijzen zonder dat sprake is van een contract met een zorgverzekeraar kan de apotheker zelf het tarief bepalen dat hij of zij in rekening brengt bij de consument. Een consument die zorg afneemt bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder krijgt,

afhankelijk van de polis, mogelijk niet 100% van de in rekening gebrachte kosten voor de geleverde prestatie vergoed van zijn of haar zorgverzekeraar. Dat kan voor hem aanleiding zijn om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar of een andere apothekhoudende.

Als een apotheker die weigert een contract te tekenen, beschikt over aanmerkelijke marktmacht (AMM) dan kan de NZa optreden en een verplichting opleggen om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk naar het oordeel van de NZa redelijk contractvoorstel van een zorgverzekeraar. Dit is bijvoorbeeld gebeurd in het geval van Apotheek Breskens, waarbij de NZa recent een contracteerverplichting heeft opgelegd vanwege AMM.

7

Welke waarde moet er worden gehecht aan de opmerking 7 in het verslag van de commissie Alders dat zorgverzekeraars en apothekhoudenden overeengekomen zijn dat apothekhoudenden een extra vergoeding mogen vragen voor het op voorraad houden en afleveren van preferente geneesmiddelen?

Is een dergelijke algemene afspraak in lijn met de marktwerking of zou dit daar strijdig mee zijn? Is deze opmerking voor rekening van de heer Alders of is deze een letterlijke weergave van een tussen partijen gemaakte afspraak?

Is het mogelijk dat een dergelijke afspraak over een toeslag op preferente middelen de kosten voor preferentiebeleid zodanig omhoog drijft dat een eventuele toekomstige kostendaling deels gedaan wordt en preferentie beleid de facto buiten spel wordt gezet door een conventantafpraak tussen apothekers en zorgverzekeraars?

Is het mogelijk dat bij vrije prijzen en het ontbreken van een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar patiënten deze toeslag zelf moeten gaan betalen?

Alle opmerkingen in de voorzitterconclusies van de heer Alders komen voor rekening van de heer Alders. Het gaat om zijn weergave van de gesprekken die hij heeft gevoerd met zorgverzekeraars en apothekhoudenden. Uiteraard is het zo dat de heer Alders zich er zeker van heeft gesteld, dat partijen zich in zijn conclusies herkennen, voordat hij deze aan mij heeft aangeboden.

Er zijn geen concrete afspraken tussen partijen gemaakt en dat was ook niet de bedoeling van het Alders-overleg. Zorgverzekeraars en apothekhoudenden hebben in de overleggen onder leiding van de heer Alders standpunten uitgewisseld en verkend waar zij elkaar kunnen vinden als het gaat om opvattingen over de doelen van farmaceutische zorg. Een van de aspecten waarover partijen het eens zijn met elkaar is dat tegenover het uitvoeren van een prestatie een redelijke vergoeding moet staan. Dat hebben partijen ook zo tegenover elkaar uitgesproken als het gaat om de bewuste zinsnede onder opmerking 7 van de conclusies van de heer Alders. Dat is iets anders dan een gezamenlijke afspraak over een toeslag op preferente middelen of conventant zoals in vraag 7 wordt gesuggereerd.

8

Hoe worden partijen geacht prijzen voor prestaties te berekenen, waarvan niet bekend is hoe vaak ze worden uitgevoerd in een apotheek en welk tijdsbeslag ermee gemoeid is?

Uitgangspunt is het belonen van de toegevoegde waarde van de afgenomen diensten van de gecontracteerde apothekhoudenden en niet om het berekenen van de kostprijs van de desbetreffende apotheek. In het

kader van de tariefvaststelling door de NZa hebben zorgverzekeraars overigens door de onderzoeken naar de praktijkkosten en de inkoopvoordelen van apothekhoudenden een goed inzicht gekregen in de kosten en de inkomsten van apothekhoudenden. Daarvan zullen zij gebruik kunnen maken bij de tariefonderhandelingen naast de waarde van de te leveren prestaties.

Het is aan partijen om te bedenken welke vergoeding ze voor een bepaalde dienst willen overeenkomen. Daarbij geef ik of de NZa geen blauwdruk, partijen kunnen en zullen dat op verschillende wijze met elkaar overeenkomen.

9

Op welke wijze wordt gegarandeerd bij vrije prijzen dat de patiënt inzicht heeft in de kosten van het geneesmiddel en de geleverde prestatie, nu apothekers prijsinformatie niet op etiketten weergeven? Hoe kan de patiënt zorgtarieven van verschillende apotheken vergelijken?

De NZa kent momenteel het richtsnoer Informatieverstrekking Zorgaanbieders dat inzichtelijk maakt welke transparantie-eisen er gelden op basis van artikelen 38 en 39 van de Wmg. Daarin is opgenomen dat de zorgaanbieder consumenten tijdig en zorgvuldig moet informeren over het voor de prestatie in rekening te brengen tarief wanneer dat rechtstreeks met de cliënt wordt verrekend of wanneer de cliënt daarom vraagt. De NZa overweegt in 2011 een nadere regel Informatieverstrekking extramurale farmaceutische zorg vast te stellen. De nadere regel kan bepalen welke informatie voorafgaand aan de zorgverlening en ná de farmaceutische zorgverlening bekend moet worden gemaakt, waarbij rekening wordt gehouden met de administratieve lasten voor apothekhoudenden en mededingingsrechtelijke facetten.

Daarnaast kan de patiënt uit eigen beweging inzage vragen in kosten en tarieven bij zijn zorgverzekeraar en bij zijn zorgverlener.

10

Hoe wordt gewaarborgd dat een patiënt zelf kan kiezen voor welke farmaceutische zorg hij wenst te betalen (eerste uitgifte toeslag, medicatiecheck, etc.).

In het algemeen geldt dat er geen prestaties in rekening zullen worden gebracht waar de patiënt geen weet van heeft, of waarmee hij niet heeft ingestemd.

De patiënt is uiteraard wel tot op zekere hoogte afhankelijk van de besluiten die een zorgverlener in het kader van een behandeling neemt. Wat het in rekening brengen van een eerste uitgiftetoeslag betreft is de patiënt in eerste instantie afhankelijk van de voorschrijvende arts die bepaalt of de patiënt een (nieuw) geneesmiddel nodig heeft. In tweede instantie is hij afhankelijk van de afspraken die zijn zorgverzekeraar heeft gemaakt met de desbetreffende apothekhoudende in het kader van zijn (natura) polisvoorwaarden.

In de praktijk wordt tot nu toe aangenomen dat er sprake is van een eerste uitgifte wanneer de patiënt één jaar voorafgaand aan het voorschrijven door de arts het betrokken geneesmiddel niet heeft gebruikt. Ik kan mij voorstellen dat zorgverzekeraars en apothekhoudenden dit continueren of afspreken.

Wat de medicatiecheck betreft zou een zorgverzekeraar de beoordeling over de noodzaak daarvan bijvoorbeeld over kunnen laten aan de huisarts

van de betrokken patiënt. Omdat ook het verlenen van farmaceutische zorg verantwoorde zorg moet zijn zal een zorgverzekeraar niet gehouden zijn om meerdere (uitgebreide) medicatiechecks per jaar al dan niet bij verschillende farmaceutische zorgverleners te vergoeden, als daar geen noodzaak toe is.

11

In hoeverre zijn alle apotheken gekoppeld, zodat voorkomen wordt dat dezelfde zorg door meerdere apotheken aan een verzekerde geleverd wordt?

Het is niet de bedoeling dat apotheken worden gekoppeld om te voorkomen dat dezelfde zorg door meerdere apotheken aan een verzekerde geleverd wordt. Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om te controleren of dezelfde zorg meermaals wordt gedeclareerd. Voor zover apotheken een prestatie declareren voor zorg die niet geleverd is, is er sprake van een economisch delict. De NZa houdt hier toezicht op.

12

Kan de stelling worden toegelicht dat de huidige tariefregulering marktpartijen belemmert om maatwerk af te leveren en verstarrend en kostenverhogend werkt. Welke alternatieven voor beter maatwerk zijn er theoretisch mogelijk (zowel binnen als buiten het huidige systeem), behoudens prestatiebeschrijvingen en invoering van vrije prijzen? Kan van elk van deze alternatieven worden aangegeven waarom hier niet voor wordt gekozen? Kan tevens aangegeven worden tot welke kostendaling de verschillende alternatieven leiden in vergelijking tot de huidige vergoedingssystematiek.

Ik ga geen encyclopedie schrijven van theoretisch mogelijke alternatieven. Er zijn in wezen twee hoofdstromen voor oplossingsrichtingen:

1. doorgaan binnen de huidige regulering;
2. verantwoordelijkheid bij partijen neerleggen.

De keuze voor optie 1 zou weinig consistent zijn met de uitgangspunten van het zorgstelsel, zou voortzetting van de huidige problemen en belemmeringen betekenen, zou de belangen van gevestigde partijen conserveren en zorgvernieuwing tegenhouden. Mijn keuze voor optie 2 betekent dat ik de verplichte tariefsystematiek en ook de clawback afschaf en partijen de ruimte bied om te onderhandelen over de prijs en kwaliteit van in te kopen diensten en geneesmiddelen, aan de hand van een gezamenlijke onderhandelingstaal in de vorm van nieuwe prestatiebeschrijvingen. Dat biedt maximale ruimte voor maatwerk voor de patiënt. De invulling daarvan wil ik graag overlaten aan de creativiteit en deskundigheid van apotheekhoudenden en zorgverzekeraars.

13

Kan uitgebreid aangegeven worden wat de voordelen van enerzijds de nieuwe prestatiebeschrijvingen en anderzijds vrije prijzen zijn voor de patiënt/cliënt? Welke bewijzen liggen ten grondslag aan het idee dat de kwaliteit van zorg verbetert met vrije prijzen?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik graag naar mijn inleidende opmerkingen aan het begin van deze brief.

14

Wat betekent het voor verzekerden als zorgverzekeraars niet meer alle apotheken contracteren? Zijn patiënten/consumenten op de hoogte van dit gevolg? Is dit gevolg besproken met de NPCF en de Consumenten-

tenbond? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat is de reactie van deze organisaties?

De Zvw biedt de mogelijkheid zorg met en zonder overeenkomsten te regelen. De zorgverzekeraar dient kenbaar te maken of en zo ja met welke zorgaanbieders hij overeenkomsten heeft gesloten. De zorgverzekeraar kan ook besluiten geen zorgaanbieders te contracteren of met maar een beperkt aantal zorgaanbieders afspraken te maken. Het feit dat de zorgverzekeraar in de polis de ruimte geeft ook zorg af te nemen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders geeft patiënten extra keuzevrijheid.

Echter, ook indien de zorgverzekeraar besluit om de zorg voor zijn verzekerden alleen te regelen via afspraken met zorgaanbieders over de door hen te leveren zorg, dan houdt de verzekerde toch de vrijheid om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan wel in de polis vastleggen dat de verzekerde dan geen recht heeft op volledige vergoeding van de kosten van de zorg.

Deze situatie is vanaf 2006, het moment waarop de Zorgverzekeringswet (Zvw) werd ingevoerd, in de Zvw geregeld. De patiënten/consumentenorganisaties weten dat en hebben nooit tegen dit gevolg bezwaar gemaakt. Immers, het draagt bij aan een zo groot mogelijke keuzevrijheid van verzekerden, een gewenst gevolg waar patiënten- en consumentenorganisaties aan hechten.

15 en 16

Is het reëel te veronderstellen dat in plaatsen waar slechts één apotheekhoudende gevestigd is een redelijke prijs kan worden overeengekomen. Is het waarschijnlijk dat de marktmeester NZa in staat is alle plaatsen waar de apotheekhoudende een aanmerkelijke markt macht heeft, een goede prijsregulering af te dwingen?

Is het mogelijk dat zorgverzekeraars in die situaties waarbij verzekerden aangewezen zijn op slechts één apotheek, alleen tegen veel hogere prijzen dan het huidige maximum tarief afspraken kunnen maken omdat bij ontbreken van overeenkomst hun verzekerden anders vele kilometers verder hun zorg moeten gaan betrekken?

Wat een redelijke prijs is hangt af van te contracteren prestaties en de kwaliteit daarvan en van de omstandigheden van het geval en zal tussen partijen overeengekomen moeten worden. Dat kan betekenen dat er verschillen zijn tussen plaatsen waar veel zorgaanbieders zijn en plaatsen waar dat niet het geval is. Een zorgverzekeraar zal op verschillende wijzen te werk (moeten) gaan om aan zijn zorgplicht te voldoen in plaatsen waar minder of meer zorgaanbieders zijn gevestigd.

Het is voor de NZa mogelijk om in te grijpen wanneer onredelijke prijzen tot stand zouden komen door een machtspositie van een apotheek of een zorgverzekeraar. NZa heeft dan bijvoorbeeld de mogelijkheid om een apotheek een verplichting op te leggen om voor een redelijke prijs diensten aan te bieden of aan een zorgverzekeraar de verplichting om een redelijke prijs voor geleverde diensten te betalen. Of er in een situatie daadwerkelijk sprake is van aanmerkelijke marktmacht (AMM) bij een partij wordt bepaald aan de hand van de mate waarin een partij zich onafhankelijk kan gedragen en welke alternatieven er voor de andere partijen zijn. Dat is afhankelijk van een heel aantal factoren, zoals concurrentiedruk van alternatieve apotheken, alternatieven om de zorg te realiseren, de positie van een zorgverzekeraar ten opzichte van de apotheek en of toetreding tot de markt in die plaats gemakkelijk is.

Zie ook het antwoord op vraag 6.

17

Op welke wijze worden resterende inkoopvoordelen van apothekhoudenden uit het systeem gehaald? Is het mogelijk dat met vrije prijzen van geneesmiddelen de nu verleende kortingen in stand worden gehouden?

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het uitonderhandelen van kortingen en bonussen. Mede op basis van de onderzoeken naar de inkoopvoordelen van de NZa hebben zorgverzekeraars een goed inzicht in de hoogte van de kortingen en bonussen die apothekhoudenden bedingen. Zorgverzekeraars kunnen in hun contractering rekening houden met de inkomsten uit kortingen en bonussen van apothekhoudenden. Zij zouden bijvoorbeeld in ruil voor volledige transparantie apothekhoudenden een financiële prikkel voor doelmatig inkopen kunnen geven, waardoor de voordelen aan de patiënt en verzekerde ten goede kunnen komen.

18

Zijn er schriftelijke verklaringen van de verschillende softwarehuizen van apothekhoudenden en andere zorgaanbieders en verzekeraars waaruit opgemaakt kan worden dat de ICT vóór 1 januari 2012 klaar is om met de nieuwe prestatiebeschrijvingen en vrije prijzen te gaan werken? Zijn de meeste prestaties farmaceutische zorg voorbehouden aan apothekhoudenden?

Ik weet niet of er dergelijke verklaringen zijn. Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zorgverleners om hierover in overleg te treden met de softwarehuizen. Ik heb van de NZa begrepen dat deze gesprekken ook worden gevoerd. Daarbij gaat het vooral om het verwerken van de nieuwe prestaties in de software van zorgverzekeraars en apothekhoudenden. Die prestaties waren eind 2010 bekend, wat betekent dat er een jaar de tijd was om ICT-aanpassingen door te voeren. Van de NZa heb ik eveneens begrepen dat in ieder geval één groot softwarehuis tegenover de NZa mondeling heeft aangegeven geen problemen te voorzien met het doorvoeren van noodzakelijke aanpassingen voor 1-1-2012.

Ten aanzien van de vraag over voorbehouden handelingen: de prestatie «terhandstelling» is voorbehouden aan apothekhoudenden, overeenkomstig art. 61 van de Geneesmiddelenwet.

19

Welke garanties zijn er dat het invoeren van een geheel nieuw systeem per 1-1-2012, zowel voor praktijkkosten als voor materiaalkosten, leidt tot een beheersing van de kosten voor farmaceutische zorg?

Met ingang van 2012 zal er niet een geheel nieuw systeem worden ingevoerd. Door het dereguleren van de (verplichte) tariefssystematiek en het vaststellen van nieuwe prestatiebeschrijvingen mogen partijen het wel anders doen. Kortom het systeem van maximumtarieven wordt niet vervangen door een nieuwe blauwdruk en betrokkenen zouden ook bestaande afspraken (al dan niet gewijzigd) kunnen continueren. Omdat zorgverzekeraars daardoor vaker geconfronteerd kunnen worden met alternatieve vormen van bekostiging van de farmaceutische zorg door andere zorgverzekeraars, zullen zij hierop moeten reageren als die alternatieven tot betere resultaten leiden voor die concurrerende zorgverzekeraars. Hierdoor kan een dynamiek ontstaan die onder het huidige maximum-tariefsysteem niet tot stand is gekomen. Omdat zorgverzekeraars dan directer geconfronteerd zullen worden met

concurrerende zorgverzekeraars die het «beter doen» verwacht ik dat er na 1 januari 2012 een nog betere beheersing van de uitgaven voor farmaceutische zorg mogelijk zal zijn dan met het huidige systeem dat als zodanig juist opwekt tot het verlenen van kortingen en bonussen nu er bruto-prijzen mogen worden gedeclareerd (minus de clawback). Het vooraf geven van garanties is niet mogelijk, maar ook niet wenselijk. Garanties leiden tot starheid en die moet nu juist worden bestreden. Natuurlijk moeten we niet blind erop vertrouwen dat alles vanzelf wel goed zal gaan. Daarom zullen de uitkomsten van het (markt)proces worden gemonitord. Op basis daarvan kan iedereen voor zichzelf oordelen of deregulering leidt tot maatschappelijk meer aanvaardbare resultaten.

20 en 22

Wat zal de invloed van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) worden op de vrije markt?

Hoe denkt de minister de kosteneffecten van de vrije tarieven binnen het BKZ te houden? Wie is verantwoordelijk voor het redresseren van eventuele overschrijdingen van het BKZ als gevolg van de overschrijdingen van de kosten van de farmaceutische hulp? Heeft de verantwoordelijke partij voldoende instrumenten om het terug betalen van overschrijdingen af te dwingen? Zo ja wat zijn die instrumenten?

Als invoering van vrije prijzen per 1-1-2012 doorgaat en toch leidt tot hogere kosten, hoe worden deze dan in de toekomst gereduceerd? Hoe kan worden nagegaan in dit nieuwe systeem wie van de hogere kosten daadwerkelijk heeft geprofiteerd en wie ze uiteindelijk heeft betaald?

Ik heb geen reden om aan te nemen dat de invoering van vrije tarieven zal leiden tot een overschrijding van het BKZ. Integendeel, ik denk dat de uitgaven de komende jaren, ook gelet op de jaarlijkse groeiruinimte, binnen het BKZ extramurale farmaceutische zorg blijven. Zoals in het Regeerakkoord is opgenomen blijft de mogelijkheid bestaan voor zorgverzekeraars om preferentiebeleid te voeren in hun rol als inkoper van kwalitatief goede en doelmatige zorg. Datzelfde geldt voor de waarborgen op het terrein van kostenbeheersing die het GeneesmiddelenVergoedings-Systeem (GVS) en de Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp) bieden, al dan niet in gewijzigde vorm op basis van de uitvoering van de afspraken daarover in het Regeerakkoord. Binnenkort zal ik u mijn voorstellen sturen, waarmee ik uitvoering wil geven aan deze afspraken en waarmee ik vooral de beheersing van de groei van de uitgaven voor dure, specialistische geneesmiddelen beoog, en tegelijkertijd zo snel mogelijke opname van deze middelen in het verzekerde pakket wil realiseren.

Het BKZ is de verantwoordelijkheid van de minister van VWS. Als er overschrijdingen zijn, zal ik op macroniveau bezien wat er moet gebeuren. Dit kan via pakketverkleining, eigen bijdragen dan wel via tariefmaatregelen. Het is niet mijn bedoeling dat er dan weer onmiddellijk tarieven voor extramurale farmaceutische zorg worden vastgesteld door de NZa.

21

Wat wordt de invloed van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)? Wat zijn de randvoorwaarden voor een geregleerde marktwerking? In hoeverre blijven VWS en de NZa verantwoordelijk voor het publieke belang?

VWS en NZa zijn en blijven de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid waarborgen.

De Wmg is een kaderwet, hij dwingt niet tot een bepaalde beleidsrichting of tot het toepassen van instrumenten. De Wmg is beleidsarm en wordt

zowel toegepast in situaties met maximumtarieven als in situaties met vrije tarieven. Dat betekent dat extramurale farmaceutische zorg blijft vallen onder de werkingssfeer van de Wmg (inclusief de onderzoeksbepalingen). Randvoorwaarden voor gereguleerde marktwerking zijn onder andere de ontwikkeling van marktcondities een voldoende zorgaanbod, doelmatigheidsprikkels, transparantie en een effectief toezicht.

23

Zou gefaseerde invoering van vrije prijzen, waarbij eerst de praktijkkosten onder voorwaarden worden losgelaten en eventueel op een later moment de materiaalkosten meer kans bieden op een voor de patiënt gunstige ontwikkeling van de zorgtaken van de apotheker?

Een fasering in de zin van het loslaten van het tarief voor de dienstverlening en het handhaven van de regulering van de inkoopvergoeding zou een averechts effect kunnen hebben op een voor de patiënt gunstige ontwikkeling van de zorgtaken van de apotheker. Dit zou namelijk betekenen dat de apotheker een financieel belang blijft houden bij het inkopen van geneesmiddelen. Het systeem van kortingen en bonussen blijft hierdoor juist in stand.

24

Bent u bereid een pilot te starten waarin uitsluitend het tarief van de apotheekhoudende (receptregel) wordt vrijgegeven waarbij indien er geen overeenkomst tot stand komt, een door de NZa vastgesteld tarief geldt?

Nee. Zie het antwoord op vraag 23. Een dergelijke pilot zou ook indruisen tegen de gedachte achter de Wmg en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wmg en Zvw gaan uit van contracteervrijheid van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Er zouden minder contracten tot stand komen, terwijl nu juist het tot stand komen van contracten bevorderlijk is voor het goed functioneren van het wettelijke systeem van de Wmg en Zvw.

Er zou geen sprake zijn van een level playing field als één van de partijen feitelijk kan «kiezen» voor een tarief van de NZa als hij denkt dat dat lager of hoger is dan dat hij met onderhandelen zou bereiken. Een en ander zou tot strategisch gedrag kunnen leiden en tot een «premie» op het niet tot stand komen van contracten leiden.

25

Is complete transparantie ten aanzien van kortingen en bonussen voor apotheekhoudenden een voorwaarde om te komen tot een beloning van kwaliteit van de farmaceutische zorg en resultaat voor de patiënt?

Nee, dat is geen voorwaarde. Wel zouden apotheekhoudenden en zorgverzekeraars dat met elkaar kunnen afspreken.

Bij dergelijke afspraken kunnen partijen overeenkomen dat apotheekhoudenden geen direct financieel belang meer hebben bij het afleveren van geneesmiddelen anders dan via een beloning voor doelmatig inkopen in combinatie met volledige transparantie.

26

Wat gebeurt er met de ongeveer € 300 mln. kortingen en bonussen die nu verrekend worden in het tarief en met de clawback?

Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om doelmatig in te kopen. Zij worden geacht inkoopvoordelen uit te onderhandelen en te betrekken bij de vergoeding die zij met een zorgverlener overeenkomen.

27

Op welke wijze wordt gewaarborgd dat de nu verstrekte kortingen vanwege de clawbackheffing bij het opheffen van de clawbackheffing niet door fabrikanten/groothandels worden stopgezet en verdwijnen?

Kortingen en bonussen worden bedongen door apotheekhoudenden en door de farmaceutische groothandel die dergelijke marges met name gebruikt als vergoeding voor de logistieke dienstverlening. Daar zullen zij niet gelijk mee ophouden als er vrije tarieven komen. Maar nieuwe manieren van belonen voor kwaliteit zullen dit steeds minder aantrekkelijk maken ook al omdat zorgverzekeraars door hun preferentiebeleid de kortingen en bonussen fors hebben teruggebracht. Het afkomen van de kortingen en bonussen die apotheekhoudenden bedingen gebeurt nu onder meer door middel van de «wettelijke» clawback. Het clawback-percentage is onderhandelbaar tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraar en kan op «nul» worden gezet. In de huidige IDEA-contracten van Achmea/Agis (het pakjesmodel) is gebruikt gemaakt van deze mogelijkheid. Mede op basis van de onderzoeken naar de inkoopvoorwaarden van de NZa hebben zorgverzekeraars een goed inzicht in de hoogte van de kortingen en bonussen die apotheekhoudenden bedingen. Korthedshalve verwijs ik verder naar het antwoord op vraag 17. Ik zal in de loop van dit jaar nog overleggen met de partijen die zijn betrokken bij het in de handel brengen van geneesmiddelen en met het groothandelscircuit over de te verwachten effecten voor hen en het monitoren daarvan.

28

Op welke wijze komen de nu door de NZa in de tariefberekening verwerkte opbrengst van buiten Wmg-producten (hulpmiddelen) bij vrije prijzen nog ten goede aan de premiebetaler?

Zorgverzekeraars en apotheekhoudenden moeten afspraken gaan maken over de vergoeding voor de toegevoegde waarde van de dienstverlening en de vergoeding voor de inkoopkosten van receptplichtige geneesmiddelen (Wmg-producten). Het is aan zorgverzekeraars te bepalen of ze bij hun tariefaanbod rekening houden met de opbrengsten van buiten Wmg-producten. Het is aan zorgverleners te bepalen of zij dat tariefaanbod aanvaarden of niet.

29

Hoe kunnen zorgverzekeraars tot een reëel tarief komen, nu de NZa in de afgelopen jaren (2009, 2010, 2011) een te hoog tarief heeft gehanteerd en geen enkele zorgverzekeraar een lager dan dit te hoge maximum tarief afspraken heeft kunnen maken? In hoeverre speelt mee dat de NZa gedwongen door VWS, het tarief € 0.60 hoger heeft vastgesteld dan de NZa noodzakelijk achtte?

De NZa is verantwoordelijk voor het vaststellen van het tarief en heeft voor 2011 een transitietarief vastgesteld van gemiddeld € 7,50 (inclusief nacalculatie). VWS heeft de NZa nergens toe gedwongen. Voor de toelichting op het tarief 2011 verwijs ik u naar mijn brief van 16 december 2010 (TK, 2010–2011, 29 477, nr. 141).

Het gaat daarbij om een maximum-tarief. Het is onjuist te stellen dat zorgverzekeraars geen afspraken over een lager tarief hebben *kunnen* maken. Dat konden zij wel degelijk. Het gegeven dat zorgverzekeraars zich zonder meer conformeren aan het maximumtarief en in de praktijk vrijwel geen lagere tarieven afspreken, geeft eens te meer aan dat de huidige regelgeving verstarrend en kostenverhogend werkt. Het maximumtarief dat de NZa de afgelopen jaren vast heeft gesteld, diende daarom als een

ankerpunt in de onderhandelingen. Als er geen contract werd gesloten tussen verzekeraar en aanbieder kon de apotheker het maximumtarief in rekening brengen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars zich de afgelopen jaren veelal gericht op het realiseren van kostenbesparingen via het preferentiebeleid. Het onderhandelen over de tarieven voor dienstverlening is nog onvoldoende van de grond gekomen. Als er vrije tarieven gelden hebben beide partijen meer belang bij onderhandelen om tot een reëel tarief te komen.

30

Welke reden zou een apotheekhoudende op dit moment hebben om niet minstens het huidige maximumtarief te bedingen?

Die vraag moet u bij apotheekhoudenden neerleggen, ik kan niet voor hen spreken. Elk antwoord van mijn kant zou speculatief zijn.

31 en 32

Is het waarschijnlijk dat een apotheekhoudende in de nieuwe situatie een lager tarief dan het huidige zal eisen en daarbovenop een aanvulling voor extra geleverde diensten en/of kwaliteit? Wat betekent dit voor de macrokosten voor geneesmiddelen?

Kan een apotheekhoudende een (hoger) tarief afdwingen bij de zorgverzekeraar omdat de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft? Zo ja, betekent dit dat de verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing volledig bij de zorgverzekeraars komt te liggen? Zo ja, hoe wordt voorkomen dat dit doorberekend wordt in de premie en de premiebetaler uiteindelijk opdraait voor een relatief te hoog tarief van een apotheekhoudende?

Ik kan niet in de toekomst kijken. Ik weet dus ook niet wat een apotheekhoudende in de nieuwe situatie wil eisen of afdwingen. Ik zou ook niet willen spreken van «eisen» en «afdwingen» in dit kader. Het gaat om onderhandelingen tussen partijen die op elkaar aangewezen zijn om goede zorg voor de patiënt te leveren. Wat partijen in die onderhandelingen van elkaar vragen zal voor iedereen anders zijn. Het is afhankelijk van de afspraken die partijen met elkaar maken. Ik kan dus ook geen uitspraak doen over eventuele effecten op de macrokosten voor geneesmiddelen. Als met macrokosten voor geneesmiddelen het BKZ extra-murale farmaceutische zorg wordt bedoeld, verwijs ik verder naar mijn antwoord op de vragen 19, 20 en 22.

Uitgavenbeheersing en doelmatigheid vind ik in ons zorgstelsel een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle partijen in de zorg.

33

Hoe wordt bepaald wat verstaan wordt onder «extra kwaliteit», waarvoor beloond moet worden? Past het een zorgverlener, geregistreerd als zodanig in de Wet BIG, niet om altijd optimale kwaliteit te bieden? Heeft u voldoende duidelijk afgebakend wat verstaan moet worden onder basis kwaliteit en extra kwaliteit? Kunt inzichtelijk maken wat de meetbare en toetsbare winst voor de patiënt is van deze «extra» kwaliteit? Wat is de rol van de IGZ indien er minder dan de optimale kwaliteit wordt geleverd? Op welke wijze kan een verzekeraar de basis kwaliteit toetsen?

Elke zorgaanbieder moet verantwoorde zorg aanbieden. Daaronder wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. Beroepsgroepen en zorgverzekeraars stellen gezamenlijk vast wat onder verantwoorde zorg valt. Dat wordt neergelegd in veldnormen. De IGZ toetst of zorgverleners zich aan die normen houden. Als dat niet het geval is, zal de IGZ optreden.

Als partijen meer willen bieden aan hun patiënten/verzekerden, kunnen zij daar onderling afspraken over maken. Zij zullen dan ook voor zichzelf de afweging moeten maken of er meerwaarde is voor de patiënt en hoe zij dat inzichtelijk willen maken. De kwaliteitsindicatoren die in het kader van het project Zichtbare Zorg zijn afgesproken kunnen daarbij behulpzaam zijn.

34

Welke mogelijkheden hebben verzekeraars in het nieuwe systeem van vrije prijzen nog ten aanzien van preferentiebeleid? Wat betekent dit voor de prijzen en kosten van geneesmiddelen?

De mogelijkheden van zorgverzekeraars om preferentiebeleid te voeren blijven ongewijzigd, zoals ook in het Regeerakkoord is vermeld. Met het preferentiebeleid wordt (per werkzame stof) tenminste één geneesmiddel aangewezen waarop de verzekerde aanspraak heeft. Van het voeren van preferentiebeleid zal een prijsdrukkend effect op apotheekinkooprijzen blijven uitgaan. Zorgverzekeraars zullen die bruto-prijzen als uitgangspunt van hun onderhandelingen met apotheekhoudenden hanteren.

35

Hoe verhoudt het voorgestelde systeem zich tot het beleid in andere Europese landen waar juist aanscherping plaatsvindt van de prijzen van geneesmiddelen? Wat is de kans dat het voorgestelde systeem zal leiden tot onbetaalbare zorg, zoals in de VS?

Het Nederlandse zorgstelsel wijkt in aanzienlijke mate af van de stelsels in de andere landen van Europa. Een vergelijking van specifieke overheidsmaatregelen ten aanzien van de prijzen voor geneesmiddelen is dan ook niet altijd even reëel. Via de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) profiteren wij overigens wel van lagere bruto-prijzen in de referentielanden. In Nederland hebben wij een andere verantwoordelijkheidsverdeling afgesproken waarbij onderling concurrerende zorgverzekeraars een rol hebben gekregen in het betaalbaar houden van de zorg door middel van het inkopen van verantwoorde zorg.

Of er sprake is van onbetaalbare zorg is in eerste instantie een politieke beslissing. Bij die beslissing moet niet alleen gekeken worden naar de uitgaven maar ook naar de baten van de (farmaceutische) zorg. Daarnaast is het gezien het beslag van de extramurale geneesmiddelenvoorziening op de middelen en de inspanningen van zorgverzekeraars tot nu toe, niet erg waarschijnlijk dat dit zal leiden tot onbetaalbare zorg. Het vrij laten van de tarieven geeft zorgverzekeraars juist nog meer mogelijkheden om de uitgaven te beheersen en om zorgvernieuwing en betere kwaliteit voor hun verzekerden (die weer kan leiden tot lagere uitgaven) te belonen.

Ik merk op dat veel Europese landen met grote interesse kijken naar het Nederlandse model van de extramurale geneesmiddelenvoorziening. Dit heeft te maken met de combinatie van meer vrijheden voor onderhandelende partijen die reeds bestaat en een stabiele uitgavenontwikkeling.

Wat de Verenigde Staten betreft merk ik op dat, evenals geldt voor andere Europese landen, ons zorgstelsel dermate afwijkt dat ik een vergelijking niet opportuun acht.

36

Wanneer wordt het GVS herberekend, (zoals door de Kamer per motie gevraagd en in het regeerakkoord is aangekondigd), en hoe verhoudt dit zich tot het voorgestelde systeem van vrije prijzen?

Over de wenselijkheid en de gevolgen van het herberekenen van alle GVS-vergoedingslimieten op basis van het huidige GVS is vorig jaar uitgebreid gediscussieerd met de Tweede Kamer. Deze discussie vond plaats in het kader van het voornemen om eigen betalingen voor tweede-lijns GGZ en enkele vormen van paramedische zorg te voorkomen door het herberekenen van de GVS-vergoedingslimieten. Dat zou leiden tot onaanvaardbare eigen betalingen. De bezwaren tegen volledige herberekening (op basis van het huidige GVS) zijn onverkort van kracht. Op korte termijn zal ik uw Kamer een brief sturen met mijn beleidsvoor-nemens ten aanzien van de farmaceutische zorg en de uitvoering van de afspraken daarover in het Regeerakkoord. Daarbij zullen ook de positie en de toekomst van het GVS en de herberekening van vergoedingslimieten worden betrokken.

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennis genomen van het voornemen van de minister om per 1 januari 2012 de prestatiebeschrijvingen en vrije tarieven in te voeren voor farmaceutische zorg. Deze leden zijn met de minister van mening dat de huidige tariefregeling verstarrend werkt en zijn dan ook voorstander van de voorgenomen invoering. Gelet op het noodzakelijke draagvlak in het veld hebben zij wel een paar vragen.

1

Hoe wordt de pilot vormgegeven waarmee ervaringen opgedaan kunnen worden met het 10-tal «concept» prestatiebeschrijvingen? Welke partij neemt hierin het voortouw en hoe vindt de evaluatie plaats?

In het proces om tot de nieuwe prestatiebeschrijvingen te komen hebben de betrokken partijen aandachtspunten geïdentificeerd, die in een pilot aan de orde moeten komen. De pilot is dan ook bedoeld om ervaring op te doen met het omgaan met de 10 prestaties in de praktijk en mogelijk de prestaties aan te scherpen waar nodig. Dat is ook mogelijk, omdat de NZa de prestaties nog formeel moet vaststellen (in die zin is er sprake van «concept» prestaties). Partijen kunnen daartoe uiterlijk 1 juni 2011 hun eventuele wensen voor aanpassingen van de 10 prestatiebeschrijvingen bij de NZa aanleveren, met het oog op invoering per 1 januari 2012.

Partijen zijn zelf verantwoordelijk voor de opzet, uitvoering en evaluatie van de pilot. Ik heb begrepen dat de betrokkenen half maart de opzet van de pilot uitvoerig met elkaar bespreken en vaststellen. Op dit moment kan ik daarom nog niet aangeven hoe de pilot precies wordt vormgegeven. Ik heb begrepen dat een externe procesbegeleider van Boer & Croon is ingehuurd om de pilot te begeleiden.

De NZa heeft aangeboden de pilot te faciliteren. Partijen hebben er voor gekozen een onafhankelijke procesbegeleider in te huren en vooralsnog geen gebruik te maken van de ondersteuning van de NZa. Daarmee nemen zij hun verantwoordelijkheid en dat verwacht ik ook van hen.

2

Over welke gegevens beschikt de minister dat de ICT voorzieningen en de werkprocessen in de apotheek klaar zullen zijn per 1-1-2012?

Ik vind het de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zorgverleners om in overleg te treden met de softwarehuizen over de benodigde aanpassingen in ICT voorzieningen en werkprocessen. Ik heb van de NZa begrepen dat deze gesprekken ook gevoerd worden. Daarbij gaat het vooral om het verwerken van de nieuwe prestaties in de software van zorgverzekeraars en apotheekhoudenden. Die prestaties waren eind 2010

bekend, wat betekent dat er een jaar de tijd was om ICT-aanpassingen door te voeren. Van de NZa heb ik eveneens begrepen dat in ieder geval één groot softwarehuis tegenover de NZa mondeling heeft aangegeven geen problemen te voorzien met het doorvoeren van noodzakelijke aanpassingen voor 1-1-2012.

3

Heeft de minister ook een gefaseerde invoering laten onderzoeken waarbij het belang van de patiënt is meegewogen? Zo ja wat was daar de uitkomst van?

Het belang van de patiënt staat voor mij voorop bij de invoering van vrije tarieven voor de extramurale farmaceutische zorg. Samen met de nieuwe prestatiebeschrijvingen bieden vrije tarieven ruimte voor het belonen van zorgvernieuwing en betere kwaliteit ten behoeve van de patiënt. Door dit gefaseerd te doen kan niet meteen gebruik worden gemaakt van alle mogelijkheden die ontstaan als alle belemmeringen in één keer worden weggehaald.

Kern van het (onder voorwaarden van prestatiebeschrijvingen) loslaten van de tariefregulering is juist dat partijen meer mogelijkheden krijgen maar dat zij niet verplicht zijn andersoortige tariefafspraken te maken dan zij nu doen. In die zin kunnen partijen zelf een gefaseerde overgang bewerkstellingen door als zij dat wenselijk achten de bestaande tariefafspraken te verlengen. Daarom heb ik besloten om geen fasering in het dereguleren van de tariefsystematiek aan te brengen.

Een fasering in de zin van het loslaten van het tarief voor de dienstverlening en het handhaven van de regulering van de inkoopvergoeding voor geneesmiddelen zou een averechts effect kunnen hebben op een voor de patiënt gunstige ontwikkeling van de zorgtaken van de apotheker. Dit zou namelijk betekenen dat de apotheker een financieel belang blijft houden bij het inkopen van geneesmiddelen. Het systeem van kortingen en bonussen zou hierdoor in stand blijven.

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het voornemen van de minister om een aanwijzing te geven aan de NZa voor het vaststellen van prestatiebeschrijvingen en voor het invoeren van vrije tarieven voor extramurale farmaceutische zorg per 1.1 2012.

Deze leden hebben de volgende vragen en opmerkingen.

1

Het doel van de invoering van prestatiebeschrijvingen en vrije tarieven ligt in de mogelijkheid dat hiermee partijen worden aangemoedigd voor de kwaliteit van de dienstverlening aan de patiënt te vergroten. Nu nog wordt het aantal verstrekkingen bekostigd. Er wordt op dit moment gewerkt aan een tiental prestatiebeschrijvingen. Wanneer zijn deze gereed?

In 2009 en 2010 hebben veldpartijen (vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en consumenten- en patiëntenorganisaties) onder leiding van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gewerkt aan prestatiebeschrijvingen voor de extramurale farmaceutische zorg. Dat heeft uiteindelijk geresulteerd in een set van 10 prestaties, waarmee alle betrokken partijen op 4 november 2010 unaniem hebben ingestemd. Daarmee ligt er een goede, werkbaar set die in de praktijk bruikbaar is als gemeenschappelijke onderhandelingsstaal.

Deze set prestaties beschrijft de belangrijkste onderdelen van extramurale farmaceutische zorg en dient als zodanig als een gemeenschappelijke onderhandelingsstaal voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij hun onderhandelingen over de in te kopen diensten van apotheekhoudenden en de vergoedingen daarvoor. Omdat de NZa de prestaties pas definitief kan vaststellen nadat zij hiertoe een aanwijzing van de minister van VWS heeft ontvangen, wordt nog gesproken over «concept»-prestaties. De NZa zal de nieuwe prestaties na ontvangst en verwerking van de inhoud van de aanwijzing, uiterlijk 1 juli 2011 vaststellen, met als invoeringsdatum 1 januari 2012.

2

Er staat een pilot gepland voor dit jaar, waarbij partijen hiermee ervaringen kunnen opdoen. Doen alle apotheken aan deze pilot mee? Kunnen de ervaringen bij deze pilot nog tijdig verwerkt worden in het vaststellen van de prestatiebeschrijvingen door de NZa die per 1.1.2012 zullen ingaan? Welke randvoorwaarden gelden om een verantwoorde overgang te maken naar vrije prijzen in 2012? Kan de minister een reactie geven op de stelling van apothekers dat fasering bij het vrijlaten van de tarieven voor de farmaceutische zorg aansluit bij de slotpassage van uw brief?

In het proces om tot de nieuwe prestatiebeschrijvingen te komen, hebben de betrokken partijen aandachtspunten geïdentificeerd, die in een pilot aan de orde moeten komen. De pilot is dan ook bedoeld om ervaring op te doen met het omgaan met de 10 prestaties in de praktijk en mogelijk de prestaties aan te scherpen waar nodig. Dat is mogelijk, omdat de NZa de prestaties nog formeel moet vaststellen. Partijen kunnen daartoe hun eventuele wensen voor aanpassingen van de prestatiebeschrijvingen bij de NZa aanleveren.

Partijen zijn zelf verantwoordelijk voor de opzet, uitvoering en evaluatie van de pilot. Ik heb begrepen dat de betrokkenen half maart de opzet van de pilot uitvoerig met elkaar bespreken en vaststellen. Op dit moment kan ik daarom nog niet aangeven hoe de pilot precies wordt vormgegeven en weet ik niet of alle apotheken aan de pilot meedoen. Ik heb begrepen dat een externe procesbegeleider van Boer & Croon is ingehuurd om de pilot te begeleiden.

De NZa heeft aangeboden de pilot te faciliteren. Partijen hebben er voor gekozen een onafhankelijke procesbegeleider in te huren en voornamelijk geen gebruik te maken van de ondersteuning van de NZa. Daarmee nemen zij hun verantwoordelijkheid en dat verwacht ik ook van hen.

Wat betreft fasering wil ik het volgende opmerken. Ik schaf de belemmering die in de huidige, verplichte tariefsystematiek zit af. Dat betekent dat partijen vrij zijn om zelf afspraken te maken over de in te kopen diensten en geneesmiddelen en de vergoeding daarvoor. Dat betekent ook dat zij, als zij dat wenselijk achten, hun huidige afspraken kunnen voortzetten. En dat zij overeenkomen dat ze op een later tijdstip veranderingen doorvoeren. In die zin hebben partijen zelf de mogelijkheid om de invoering te faseren. Maar daarmee lopen ze wel het risico dat anderen (zorgverzekeraars en zorgverleners) wel vernieuwingen doorvoeren en daarmee betere zorg kunnen verlenen ten opzichte van degenen die dat (nog) niet doen. De mogelijkheid tot fasering is er dus. Tegelijkertijd zal er dynamiek ontstaan als gevolg van het geleidelijk ontstaan van concurrentie.

3 en 4

De leden van de CDA-fractie vragen de minister aan te geven hoe de ruimte voor zorgvernieuwing eruit zou kunnen zien. Kan zij hiervan een voorbeeld geven? Zijn er ook voorbeelden dat op dit moment al gebruik gemaakt wordt van de ruimte die de huidige tariefstructuur biedt voor apotheekhoudenden? Is de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg gewaarborgd met uw voorstel? Zijn er bij invoering van vrije tarieven in 2012 voldoende garanties voor het op peil houden en vergroten van de zorgcomponent in de farmaceutische zorg? Zal deze zorg voldoende worden gecontracteerd?

In de brief wordt vermeld dat de NZa de tarieven geleidelijk meer flexibel heeft gemaakt door het belonen van extra kwaliteit en resultaat. Wat zijn de ervaringen die hiermee zijn opgedaan?

Uit de monitor extramurale farmacie 2010 blijkt dat zorgverzekeraars en apotheekhoudenden sinds de introductie van het flexibele tarief in 2009, geleidelijk meer aanvullende afspraken zijn gaan maken. De ruimte die aan zorgverzekeraars en apotheekhoudenden is gegeven, wordt dan ook in toenemende mate benut.

Zo heeft zorgverzekeraar Menzis met 85 % van de apotheekhoudenden een kwaliteitscontract afgesloten. De apothekers die een kwaliteitscontract afgesloten hebben met Menzis ontvangen een aanvullend tarief voor de begeleiding van patiënten die COPD-medicatie gebruiken. Daarnaast betaalt Menzis apothekers die zijn gevestigd in Menzis» kerngebied extra vergoedingen voor onder andere certificering en goede scores op kwaliteitsindicatoren. Menzis heeft ook aangekondigd met apothekers tot meer concrete afspraken te willen komen over meetbare kwaliteit van farmaceutische zorg en geen contracten meer te willen sluiten met apotheekhoudenden die onvoldoende investeren in kwaliteit.

Zorgverzekeraar Achmea heeft op grote schaal zogenaamde meerjarige IDEA-contracten (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken) afgesloten waarbij eveneens gebruik is gemaakt van de mogelijkheid om een hoger tarief af te spreken in ruil voor extra kwaliteitseisen die leiden tot verbetering van de zorg. Zo doet de apotheker bijvoorbeeld onderzoek naar klantervaringen en zet de apotheker zich in om klanten te informeren over het medicijngebruik, bijwerkingen en medicijncombinaties.

Het is wel juist dat het totaal van de afspraken nog niet indrukwekkend is. Een van de redenen waarom er op dit moment nog niet genoeg gebeurt op dit vlak, zou wel eens kunnen zijn dat het huidige receptregeltarief zorgverzekeraars in zekere zin ook lui maakt. Zij hebben het gevoel dat zij via de receptregelvergoeding al voor alles betalen en voelen er niet zoveel voor om daar nog iets bij te doen.

De toegankelijkheid van de farmaceutische zorg is gewaarborgd doordat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben en voldoende verantwoorde farmaceutische zorg moeten contracteren.

Het wegnemen van de wettelijke belemmeringen betekent dat partijen de vrijheid hebben om zelf betere vormen van bekostiging van farmaceutisch maatwerk te kiezen. Er is dan immers niet meer de verplichting om altijd een receptregelvergoeding in rekening te brengen en een vergoeding van de inkoopkosten van het afgeleverde geneesmiddel. Dit betekent bijvoorbeeld dat een farmaceutische zorgverlener die zich specialiseert op het uitvoeren van medicatie-checks (en dus geen geneesmiddelen ter hand stelt) dan beloond kan worden voor de toegevoegde waarde en de resultaten van zijn diensten. Dat betekent ook dat voor diensten met een relatief lage toegevoegde waarde dan ook minder zal worden betaald. Het

«krenten uit de pap pikken» door het verrichten van relatief makkelijke diensten tegen het vastgestelde maximum-tarief zal met vrije tarieven veel minder makkelijk kunnen gebeuren.

5

Het onderhandelen over vrije tarieven tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars kan alleen tot vruchtbare resultaten leiden, wanneer beide partijen een onderhandelingspositie hebben. De afgelopen jaren hebben apotheekhoudenden in hun bedrijfsvoering veel veranderingen meegemaakt, vooral als gevolg van het preferentiebeleid. In de afgelopen jaren kon de verhouding tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars ten tijde van de invoering van het preferentiebeleid soms als moeizaam worden geschetst. Is de lucht zo opgeklaard dat constructief onderhandelen over vrije tarieven mogelijk is?

Ja, ik denk dat dat mogelijk is. In de praktijk gebeurt dat ook nu al. Tussen individuele apotheekhoudenden en individuele zorgverzekeraars worden ook op dit moment afspraken gemaakt over de hoogte van het tarief en de diensten die daar tegenover staan.

Op het niveau van Raden van Bestuur van de zorgverzekeraars en de koepels van apotheekhoudenden heeft het overleg, dat afgelopen jaar onder leiding van de heer Alders is gevoerd, in ieder geval de basis gelegd voor herstel van onderling vertrouwen tussen deze partijen. Ik heb u daarover bericht in mijn brief van 11 februari 2011 (TK, 2011–2011, 29 477, nr. 145).

Partijen werken op dit moment ook gezamenlijk aan de opzet van de pilot met de nieuwe prestatiebeschrijvingen. Dat neemt niet weg dat de onderlinge verhoudingen en omgangsvormen een belangrijk aandachtspunt zijn voor deze partijen. Tijdens het bestuurlijk overleg over de invoering van vrije tarieven voor de extramurale farmaceutische zorg, hebben partijen onder leiding van VWS op 17 februari 2011 onder meer afgesproken dat zij met elkaar in gesprek blijven over de manier waarop zij in redelijkheid met elkaar omgaan als het gaat om het afsluiten van contracten. De «good contracting practices – zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg» van de NZa (december 2010) en de «Richtsnoeren voor de zorgsector» (NMa en NZa, maart 2010) kunnen hen daarbij behulpzaam zijn.

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met zeer gemengde gevoelens kennis genomen van het voornemen van de minister om per 1 januari 2012 vrije tarieven voor apotheekhoudenden in te voeren. De genoemde leden hebben veel vragen over de gevolgen van de invoering van vrije tarieven in deze sector.

1

Kan de minister garanderen dat de vrije onderhandelingen niet leiden tot verlies van kwaliteit? Op welke manier wordt dit uitgevoerd? Welke afspraken zijn er gemaakt om de kwaliteit te garanderen? Vindt u niet dat vrije prijsvorming riskant is nu er nog geen goede landelijke normering bestaat wat goede apothekerszorg nu feitelijk inhoudt? Kan de minister aangeven waarop de verwachting is gebaseerd dat vrije prijzen zullen leiden tot betere zorg voor de patiënt?

Mijn besluit om vrije tarieven en nieuwe prestaties voor de extramurale farmaceutische zorg in te voeren is eerst en vooral ingegeven door de wens om betere zorg voor de patiënt mogelijk te maken. Het belang van

de patiënt staat voor mij voorop. Samen met de nieuwe prestatiebeschrijvingen bieden vrije tarieven ruimte voor zorgvernieuwing en innovatie, waarbij het juist veel beter dan nu mogelijk wordt om kwaliteit van zorg te belonen.

Elke zorgaanbieder moet verantwoorde zorg aanbieden. Daaronder wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. Beroepsgroepen en zorgverzekeraars stellen gezamenlijk vast wat onder verantwoorde zorg valt. Dat wordt neergelegd in veldnormen. De IGZ toetst of zorgverleners zich aan die normen houden. Als dat niet het geval is, zal de IGZ optreden. Die waarborg bestaat en zal blijven bestaan.

Als partijen, los van dit minimumvereiste, meer willen bieden aan hun patiënten/verzekerden, kunnen zij daar onderling afspraken over maken. Zij zullen dan voor zichzelf de afweging moeten maken of er meerwaarde is voor de patiënt en hoe zij dat inzichtelijk willen maken. De kwaliteitsindicatoren die in het kader van het project Zichtbare Zorg zijn afgesproken kunnen daarbij behulpzaam zijn.

De verwachting is dat met de nieuwe prestatiebeschrijvingen gecombineerd met «vrije tarieven» apotheken zich uit de markt zullen prijzen als bijvoorbeeld de medicatieveiligheid niet op orde is of niet verbeterd. Deze verwachting is gerechtvaardigd nu zorgverzekeraars en apotheekhoudenden zich ook expliciet richten op betere en meer samenhangende farmaceutische zorg. Één grote zorgverzekeraar heeft al aangegeven na de introductie van vrije tarieven geen contracten meer te zullen sluiten met apothekers die onvoldoende investeren in kwaliteit. Dit sluit aan bij de initiatieven van de beroepsgroep van apothekers (KNMP) die werkt met een kwaliteitsprofiel van apotheken. Apotheken die ondanks herhaald aandringen achterblijven bij dit kwaliteitsprofiel zullen wellicht geen lid meer kunnen blijven van de KNMP. Daarnaast heeft de KNMP het project innovatieve apotheken opgestart waar apotheken hun concrete projecten presenteren en delen met andere apotheken.

2

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van apotheken bij snelle invoering van vrije prijzen, met name in de landelijke gebieden. Bent u bereid eerst de landelijke kaders te ontwikkelen en ook een minimale apothekerbereikbaarheidsnorm vast te stellen, voor u overgaat tot invoering van vrije prijsvorming? Zijn er ook afspraken gemaakt om het aantal apotheken te garanderen? Bent u bereid te monitoren dat er geen apotheken verdwijnen als gevolg van het invoeren van marktwerking? Vindt u het een gewenst effect als het aantal apotheken zou afnemen? Bent u op de hoogte van het standpunt van apothekersorganisatie KNMP dat te snelle invoering van vrije prijzen negatieve gevolgen kan hebben voor het fijnmazige netwerk van openbare apotheken in Nederland? Bent u bereid die kritiek ter harte te nemen?

Daar maak ik mij geen grote zorgen over, maar ik zal de ontwikkelingen na de invoering van «vrije prijzen» natuurlijk nauwgezet monitoren. De redenen waarom ik mij geen grote zorgen maak zijn de volgende. Het aantal openbare apotheken is de laatste jaren fors gestegen (van 1 629 apotheken in 2001 naar 1980 apotheken in 2010). Vorig jaar heeft de Stichting Farmaceutische Kengetallen van de KNMP aangegeven dat de grootste groei van het aantal apotheken juist plaats vindt in niet stedelijke gebieden (Pharmaceutisch Weekblad jaargang 145, nr. 6). Farmaceutische zorg in niet stedelijke gebieden wordt daarnaast ook door apotheekhou-

dende huisartsen verstrekt. Omdat de Inspectie voor de Gezondheidszorg richtlijnen heeft vastgesteld voor het gebruik van geneesmiddelenuitgifte-automaten (robots), zijn daarnaast nieuwe, vaak klantvriendelijke, initiatieven met betrekking tot farmaceutische zorg mogelijk. Ook valt te denken aan (rondreizende) ambulante apothekers die in kleine woonkernen of zelfs bij de mensen thuis farmaceutische zorg verstrekken.

In de monitor farmacie 2010 geeft de NZa aan dat ruim 96% van de Nederlandse bevolking een apotheekhoudende heeft op minder dan 5 kilometer afstand van zijn huisadres. In december 2008 concludeerde de NZa dat bijna 82% zelfs 2 apotheken van verschillende eigenaren op 5 kilometer van zijn huisadres heeft. Bij een afname van 10% van de apotheekhoudenden zou volgens de NZa meer dan 95% van de Nederlandse bevolking een apotheekhoudende op 5 kilometer afstand van zijn huisadres hebben en meer dan 99% op 7,5 kilometer.

Ten aanzien van de toegankelijkheid van de (ook meer acute) farmaceutische zorg geldt dat deze in de avonduren en weekeinden in de praktijk ook wordt verleend door dienstapotheken, de spoedeisende hulp afdelingen van ziekenhuizen en natuurlijk ook door de dokter (ambulance) in spoedeisende gevallen. Landelijk werkende apotheken die zich met name richten op het verstrekken van herhaalreceptuur completeren op dit moment het palet.

De toegankelijkheid van de farmaceutische zorg is daarnaast gewaarborgd doordat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben en voldoende verantwoorde farmaceutische zorg moeten contracteren. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij die verantwoordelijkheid nemen samen met de NZa. Steunbeleid zal altijd in overeenstemming moeten zijn met de Europese bepalingen over steunverlening en kan dan ook niet erop gericht zijn dat alle huidige apotheken of het apotheekgedeelte van apotheekhoudende huisartsen (ook de inefficiënte en onrendabele) per definitie in stand gehouden moeten worden. Alleen als de farmaceutische zorg in delen van Nederland in het geding komt en niet meer is gewaarborgd zullen zorgverzekeraars en de NZa apotheekhoudenden kunnen ondersteunen.

Ten aanzien van het standpunt van apothekersorganisatie KNMP dat te snelle invoering van vrije prijzen negatieve gevolgen kan hebben voor het fijnmazige netwerk van openbare apotheken in Nederland merk ik op dat de KNMP al eerder dergelijke uitspraken heeft gedaan. Zo heeft de KNMP in 2008 aangegeven dat door het gevoerde beleid en het NZa-tarief 40% van de apotheken binnen drie maanden failliet zou gaan. Deze bewering is volstrekt niet uitgekomen. Daarnaast bieden vrije tarieven partijen nu juist de mogelijkheid om meer maatwerk te leveren in die zin dat zonnodig een hoger tarief met apotheekhoudenden kan worden afgesproken.

Op grond van het bovenstaande ben ik niet bereid om een landelijke kader met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van apotheken of een minimale apothekerbereikbaarheidsnorm vast te stellen dan wel daar afspraken over te maken.

3

De minister schrijft dat het invoeren van vrije prijzen mogelijk zal maken dat er beloningen komen voor extra kwaliteit. Deelt de minister de mening dat dit een systeem van bonussen en kortingen tot gevolg kan hebben? Vindt u het wenselijk dat apothekers bonussen of kortingen kunnen krijgen van verzekeraars? Wat dient volgens u de salarishnorm van een apotheker te zijn? Hoe borgt u dat een apotheker niet teveel of te weinig verdient in een stelsel van vrije prijsvorming? Hoe voorkomt u dat

«handige jongens» veel verdienen terwijl de apotheker die gaat voor de inhoud de rekening gepresenteerd krijgt? Hoe borgt u in een stelsel van vrije prijsvorming een adequaat toezicht van de IGZ op de kwaliteit? Welke garantie biedt u aan patiënten dat medicijnen ook verkrijgbaar blijven als er geen contract is tussen zorgverzekeraar en apotheker over een bepaalde prestatie? Welke garantie biedt u aan patiënten in dorpen met slechts 1 apotheek dat zij hun medicijnen kunnen blijven afnemen bij hun dorpsapotheek als hun zorgverzekeraar op bepaalde prestaties geen overeenkomst heeft gesloten met deze dorpsapotheek?

Het is juist mijn bedoeling dat apothekers die voor inhoud «gaan» een betere beloning krijgen dan de zogenaamde «doosjesschuivers». Dat is de inzet van het wegnemen van de belemmeringen in de huidige tariefregulering. Met de huidige tariefregulering wordt nu juist het volume (het aantal afgeleverde geneesmiddelen waarop kortingen en bonussen worden bedongen) meer beloond dan de betere kwaliteit van de farmaceutische zorg die direct en indirect (minder ziekenhuisopnames e.d.) ten goede komt aan de patiënt en diens zorgpremie. In die zin zal er met vrije tarieven geen sprake zijn van een systeem van kortingen en bonussen zoals bij de geneesmiddelen waarbij de kortingen en bonussen niet staan voor een beloning van de toegevoegde waarde van de apotheekhoudende.

Er is op dit moment geen salarisonorm voor de apothekers en ik zal die ook niet invoeren. Dat kan ook niet nu er geen wettelijke basis is in de Wmg of andere wetgeving om inkomensbeleid voor apotheekhoudenden te voeren. Wel wordt in het huidige apothekerstarief dat is gebaseerd op een standaard apotheek, rekening gehouden met genormeerde salariskosten van een apotheker. De genormeerde salariskosten komen overeen met de ambtelijke salarisschaal 14 vermeerderd met een vergoeding voor werkgeverslasten zoals pensioenpremie e.d. In totaal wordt in het apothekerstarief rekening gehouden met een kostenpost van € 109 000,-. Wat een apotheker daadwerkelijk verdient is afhankelijk van de omzet van zijn apotheek en de kostenstructuur van die apotheek.

Het feit dat de tarieven worden gedereguleerd brengt geen wijziging aan in de positie en het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de kwaliteit van de farmaceutische zorg.

De beschikbaarheid van geneesmiddelen heeft als zodanig geen verband met het invoeren van vrije tarieven voor apotheekhoudenden en het al of niet bestaan van contracten tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars.

Ook als er geen contract is afgesloten tussen een apotheekhoudende en de zorgverzekeraar van de patiënt kan de patiënt zich wenden tot de apotheker van zijn keuze. Er gelden dan andere regels met betrekking tot de vergoeding door de zorgverzekeraar aan de patiënt van de kosten van de apotheekhoudende.

Kortheidshalve verwijs ik verder naar het antwoord hierboven op vraag 14 van de PvdA-fractie hierover.

4

Klopt het dat in de huidige regeling ook al de mogelijkheid bestaat om innovatieve prestaties van apothekers te belonen met een hoger maximumtarief? Klopt het dat die onderhandelingsruimte nauwelijks wordt gebruikt? Is het waar dat dit wordt veroorzaakt door verzekeraars die werken met standaardcontracten? Op grond van welke informatie denkt de minister dat de verzekeraars niet met standaardcontracten zullen

werken als er sprake is van vrije tarieven? Op welke manier kan een zelfstandige apotheker op gelijk voet tariefonderhandelingen voeren met grote zorgverzekeraars?

In de huidige NZa-tariefregulering bestaat inderdaad de mogelijkheid om een hoger tarief af te spreken. De ruimte is echter beperkt tot gemiddeld maximaal € 10,- per receptregelvergoeding plus het verlagen van de clawback tot 0%. Uit de monitor extramurale farmacie 2010 van de NZa blijkt dat zorgverzekeraars en apotheehoudenden, sinds de introductie van het flexibele tarief in 2009, geleidelijk meer aanvullende afspraken zijn gaan maken. De ruimte die aan zorgverzekeraars en apotheehoudenden is gegeven, wordt dan ook in toenemende mate benut. Het is wel juist dat het totaal van de afspraken nog niet indrukwekkend is. Een van de redenen waarom er op dit moment nog niet genoeg gebeurt op dit vlak, zou wel eens kunnen zijn dat het huidige receptgeltarief zorgverzekeraars in zekere zin ook lui maakt. Zij hebben het gevoel dat zij via de receptregelvergoeding al voor alles betalen en voelen er niet zoveel voor om daar nog iets bij te doen.

Het wegnemen van de wettelijke belemmeringen betekent dat partijen de vrijheid hebben om zelf een optimale vorm van bekostiging van farmaceutisch maatwerk te kiezen. Er is dan immers niet meer de verplichting om altijd een receptregelvergoeding in rekening te brengen en een vergoeding van de inkoopkosten van het afgeleverde geneesmiddel. Dit betekent bijvoorbeeld dat een farmaceutische zorgverlener die zich specialiseert op het uitvoeren van medicatie-checks (en dus geen geneesmiddelen ter hand stelt) dan beloond kan worden voor de toegevoegde waarde en de resultaten van zijn diensten. Dat betekent ook dat voor diensten met een relatief lage toegevoegde waarde dan ook minder zal worden betaald. Het «krenten uit de pap pikken» door het verrichten van relatief makkelijke diensten tegen het vastgestelde maximum-tarief zal met vrije tarieven veel minder makkelijk kunnen gebeuren.

In de Richtsnoeren voor de zorgsector van de NMa en in de onlangs tot stand gekomen Good Contracting Practices van de NZa is aangegeven hoe (groepen van) apotheehoudenden, zonder in strijd te komen met de mededingingsbepalingen, gezamenlijk met zorgverzekeraars kunnen onderhandelen. Inmiddels zijn bij de contractonderhandelingen tussen apotheehoudenden en zorgverzekeraars al sinds enige tijd een aantal zorgmakelaars betrokken, waardoor de onderhandelingen feitelijk al op een grotere schaal plaatsvinden. Dit kan zowel voor de apotheehoudende als voor de zorgverzekeraar voordelig zijn.

5

De leden van de SP-fractie hebben hun bedenkingen bij de voorgestelde pilot. Waarom wordt het besluit om vrije prijzen in te voeren genomen voor de pilot is uitgevoerd? Zou het niet de normale gang van zaken zijn om eerst te experimenteren met het systeem voordat het besluit wordt genomen? Hoe moeten apothekers in de pilot gaan contracteren met de zorgverzekeraar? Hebben de apothekers genoeg tijd om voor de pilot te automatiseren, zodat de vereiste zorgvuldigheid bij uitvoering van de pilot kan worden betracht? Kloppen de berichten dat de ICT van de apothekers nog niet klaar is voor de pilot, in tegenstelling tot hetgeen de NZa hierover schrijft? Beschikt de minister, dan wel de NZa, over schriftelijke verklaringen van softwareproducenten waarop het vertrouwen is gebaseerd dat de apothekers wel op tijd klaar zullen zijn met de automatisering? Vindt u het geen teken aan de wand dat de apothekers zelf aangeven dat de invoering te snel gaat, zelf als zij voorstander van vrije prijsvorming zijn?

De 10 prestatiebeschrijvingen zijn uitvoerig en gedetailleerd besproken (tijdens pre-pilotbijeenkomsten, klankbordgroepbijeenkomsten en technisch overleggen), voordat vertegenwoordigers van zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars als consumenten- en patiëntenorganisaties daarmee unaniem hebben ingestemd en de NZa de prestaties eind 2010 in concept heeft vastgesteld. Daarmee ligt er een goede, werkbare set die in de praktijk bruikbaar is als gemeenschappelijke onderhandelingsstaal. Dat vind ik voldoende basis om de belemmeringen van de huidige tariefsystematiek weg te halen door vrije tarieven in te voeren. De precieze invulling van de werkzaamheden binnen de prestaties is de verantwoordelijkheid van partijen en zal tot uitdrukking komen in de overeenkomsten die zij met elkaar sluiten.

Partijen hebben ook aandachtspunten geïdentificeerd, die in een pilot aan de orde moeten komen. De pilot is dan ook bedoeld om ervaring op te doen met het omgaan met de 10 prestaties in de praktijk en mogelijk de prestaties aan te scherpen waar nodig. Dat is ook mogelijk, omdat de NZa, zoals hierboven vermeld, de prestaties nog formeel moet vaststellen. Ik kan mij daarom overigens niet voorstellen dat partijen in de pilotfase daadwerkelijk volgens de nieuwe prestaties gaan *contracteren*, omdat dat in feite pas mogelijk is nadat de nieuwe prestaties formeel zijn vastgesteld en ingevoerd door de NZa.

Partijen zijn zelf verantwoordelijk voor de opzet, uitvoering en evaluatie van de pilot. Ik heb begrepen dat de betrokkenen half maart de opzet van de pilot uitvoerig met elkaar bespreken en vaststellen. Op dit moment kan ik daarom nog niet aangeven hoe de pilot precies wordt vormgegeven. De NZa heeft aangeboden de pilot te faciliteren. Partijen hebben er voor gekozen een onafhankelijke procesbegeleider in te huren en vooralsnog geen gebruik te maken van de ondersteuning van de NZa. Partijen nemen daarmee hun verantwoordelijkheid en dat verwacht ik ook van hen. Ik heb begrepen dat een externe procesbegeleider van Boer & Croon is ingehuurd om de pilot te begeleiden.

Partijen zijn overigens vrij om onderling afspraken te maken over het opdoen van ervaring met de nieuwe prestatiebeschrijvingen, naast de pilot die zij gezamenlijk uitvoeren.

Wat betreft de ICT wil ik het volgende opmerken. Ik beschik zelf niet over schriftelijke verklaringen van softwarehuizen. Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zorgverleners om hierover in overleg te treden met de softwarehuizen. Ik heb van de NZa begrepen dat deze gesprekken ook gevoerd worden. Daarbij gaat het vooral om het verwerken van de nieuwe prestaties in de software van zorgverzekeraars en apothekhoudenden. Die prestaties waren eind 2010 bekend, wat betekent dat er een jaar de tijd was om ICT-aanpassingen door te voeren. Van de NZa heb ik eveneens begrepen dat in ieder geval één groot softwarehuis tegenover de NZa mondeling heeft aangegeven geen problemen te voorzien met het doorvoeren van noodzakelijke aanpassingen voor 1-1-2012.

6 en 7

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de prestatieomschrijvingen die de marktpartijen hebben gemaakt. Is het waar dat dit nog slechts concepten zijn? Zijn die concepten goed genoeg om een geloofwaardige pilot mee te houden? Over welke zaken is er nog geen duidelijkheid in de prestatieomschrijvingen?

De leden van de SP-fractie hebben van twee van de vier grote zorgverzekeraars berichten ontvangen waarin vraagtekens worden geplaatst bij de snelle invoering van vrije prijzen. Waarop baseert de minister haar

vertrouwen dat marktpartijen in staat zijn om uiterlijk 1 juni 2011 een pilot af te ronden die leidt tot een adequate verdere uitwerking van de prestatiebeschrijvingen voor contractering in 2012? Als de KNMP en de zorgverzekeraars UVIT en Menzis hun twijfels uitspreken over de haalbaarheid hiervan, kan er dan nog sprake zijn van voldoende draagvlak onder de partijen die de vrije prijsvoering moeten uitvoeren?

De nieuwe prestatiebeschrijvingen zijn sinds november 2010 gereed. Alle betrokken partijen (inclusief Menzis, UVIT en de KNMP) hebben daarmee op 4 november 2010 unaniem ingestemd, dus ook met de vaststelling dat deze set goed genoeg is om de pilot in de eerste helft van 2011 uit te voeren. Deze set prestaties beschrijft op hoofdlijnen de belangrijkste onderdelen van extramurale farmaceutische zorg en dient als zodanig als een gemeenschappelijke onderhandelingsstaal voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij hun onderhandelingen over de in te kopen diensten en de vergoedingen daarvoor. Omdat de NZa de prestaties pas definitief kan vaststellen nadat zij hiertoe een aanwijzing van de minister van VWS heeft ontvangen, wordt nog gesproken over «concept»-prestaties. De NZa zal de nieuwe prestaties na ontvangst en verwerking van de inhoud van de aanwijzing, uiterlijk 1 juli 2011 vaststellen, met als invoeringsdatum 1 januari 2012.

Partijen hebben ook aandachtspunten geïdentificeerd, die in de pilot aan de orde moeten komen. Die is onder meer bedoeld om de prestatiebeschrijvingen waar nodig aan te scherpen, vooral wat betreft de afbakening van prestaties. Dat betreft bijvoorbeeld de vraag of het mogelijk is de prestatie «Terhandstelling van een UR-geneesmiddel» in rekening te brengen als weloverwogen wordt besloten het voorgeschreven UR-geneesmiddel niet ter hand te stellen, de vraag of in alle situaties waarin sprake is van een eerste terhandstelling ook sprake is van therapeutische noodzaak, of de vraag over de afbakening in de praktijk tussen de prestatie «Terhandstelling van een UR-geneesmiddel» en de prestatie «Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik». Partijen kunnen hun eventuele wensen voor aanpassingen van de prestatiebeschrijvingen bij de NZa aanleveren.

De precieze invulling van de werkzaamheden binnen de prestaties is de verantwoordelijkheid van partijen en zal tot uitdrukking komen in de overeenkomsten die zij met elkaar sluiten.

Wat betreft fasering wil ik het volgende opmerken. Ik schaf de belemmering die in de huidige, verplichte tariefsystematiek zit af. Dat betekent dat partijen vrij zijn om zelf afspraken te maken over de in te kopen diensten en geneesmiddelen en de vergoeding daarvoor. Dat betekent natuurlijk ook dat zij, als zij dat wenselijk achten, hun huidige afspraken kunnen voortzetten. En dat zij overeenkomen dat ze op een later tijdstip veranderingen doorvoeren. Bijvoorbeeld omdat zij samen vinden dat ze langer willen experimenteren. In die zin hebben partijen zelf de mogelijkheid om de invoering te faseren. Maar daarmee lopen ze wel het risico dat anderen (zorgverzekeraars en zorgverleners) wel vernieuwingen doorvoeren en het daarmee betere zorg kunnen verlenen ten opzichte van degenen die dat (nog) niet doen. De mogelijkheid tot fasering is er dus. Tegelijkertijd zal er dynamiek ontstaan als gevolg van het geleidelijk ontstaan van concurrentie.

8

Waarop baseert de minister haar vertrouwen dat het in één keer invoeren van een systeem van vrije prijzen, zowel voor praktijkkosten als materiaal-kosten, leidt tot een beheersing van de kosten voor de farmaceutische zorg? Mocht invoering van de van volledig vrije prijzen per 2012 leiden tot

een toename van de kosten, kan de minister dan aangeven op welke wijze deze in de daarop volgende jaren gereduceerd kan worden?

Ik heb geen reden om aan te nemen dat de invoering van vrije tarieven leidt tot een overschrijding van het BKZ. In tegendeel, ik denk dat de uitgaven de komende jaren, ook gelet op de jaarlijkse groeiruimte, binnen het BKZ extramurale farmaceutische zorg blijven. Zoals in het Regeerakkoord is opgenomen blijft de mogelijkheid bestaan voor zorgverzekeraars om preferentiebeleid te voeren in hun rol als inkoper van kwalitatief goede en doelmatige zorg. Datzelfde geldt voor de waarborgen op het terrein van kostenbeheersing die het GVS en de Wgp bieden, al dan niet in gewijzigde vorm op basis van de uitvoering van de afspraken daarover in het Regeerakkoord. Binnenkort zal ik u mijn voorstellen sturen, waarmee ik uitvoering wil geven aan deze afspraken en waarmee ik vooral de beheersing van de groei van de uitgaven voor dure, specialistische geneesmiddelen beoog, en tegelijkertijd zo snel mogelijke opname van deze middelen in het verzekerde pakket wil realiseren.

Het BKZ is de verantwoordelijkheid van de minister van VWS. Als er overschrijdingen zijn, zal ik op macroniveau bezien wat er moet gebeuren. Dit kan via pakketverkleining, eigen bijdragen dan wel via tariefmaatregelen. Het is niet mijn bedoeling dat er dan weer onmiddellijk tarieven voor extramurale farmaceutische zorg worden vastgesteld door de NZa.

Inbreng ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Deze leden vinden het belangrijk dat apothekers een blijvende bijdrage kunnen leveren aan bereikbare, laagdrempelige en veilige gezondheidszorg. In dit licht hebben deze leden een aantal algemene vragen naar aanleiding van de brief:

1

De minister stelt dat de huidige tariefregulering partijen belemmert om maatwerk af te leveren en toegesneden zorg op de individuele wensen en noden van de patiënt te leveren en te bekostigen. Kan de minister aangeven waarop de verwachting is gebaseerd dat vrije prijzen deze belemmering wegnemen?

Het wegnemen van de wettelijke belemmeringen betekent dat partijen de vrijheid hebben om zelf een betere vorm van bekostiging van farmaceutisch maatwerk te kiezen. Er is dan immers niet meer de verplichting om altijd een receptregelvergoeding in rekening te brengen en een vergoeding van de inkoopkosten van het afgeleverde geneesmiddel. Dit betekent dat een farmaceutische zorgverlener die zich specialiseert op het uitvoeren van medicatie-checks (en dus geen geneesmiddelen ter hand stelt) dan beloond kan worden voor de toegevoegde waarde en de resultaten van zijn diensten.

2

Kan de minister aangeven hoe het uitvoeringstechnisch mogelijk is om de vrije tarieven per 1 januari 2012 in te voeren. Deze leden vragen voorts hoe het staat met de ICT-ontwikkelingen voor verzekeraars en apothekers? Beschikt de minister, dan wel de NZa, over schriftelijke verklaringen van de verschillende softwarehuizen van apotheehoudenen waarop het vertrouwen gebaseerd kan worden dat de ICT op 1 januari 2012 klaar is om de nieuwe prestatiebeschrijvingen te verwerken?

Ik interpreteer de term «uitvoeringstechnisch» zo, dat bedoeld wordt op de vraag of partijen voldoende tijd hebben om zich voor te bereiden op de

invoering van vrije tarieven en nieuwe prestaties. Ik ben van mening dat dat het geval is. Er is al jaren sprake van dat er vrije tarieven voor de extramurale farmaceutische zorg worden ingevoerd. In december 2010 heb ik uw Kamer op de hoogte gebracht van mijn besluit om per 1-1-2012 vrije tarieven en nieuwe prestaties in te voeren. De nieuwe prestaties zijn sinds november 2010 bekend. Partijen hadden dus een jaar om zich voor te bereiden op de invoering van de nieuwe prestaties en vrije tarieven. Partijen zijn inmiddels ook bezig met hun voorbereidingen.

Wat betreft de ICT wil ik het volgende opmerken. Ik beschik zelf niet over schriftelijke verklaringen van softwarehuizen. Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zorgverleners om hierover in overleg te treden met de softwarehuizen. Ik heb van de NZa begrepen dat deze gesprekken ook gevoerd worden. Daarbij gaat het vooral om het verwerken van de nieuwe prestaties in de software van zorgverzekeraars en apothekhoudenden. Die prestaties waren eind 2010 bekend, wat betekent dat er een jaar de tijd was om ICT-aanpassingen door te voeren. Van de NZa heb ik eveneens begrepen dat in ieder geval één groot softwarehuis tegenover de NZa mondeling heeft aangegeven geen problemen te voorzien met het doorvoeren van noodzakelijke aanpassingen voor 1-1-2012.

Als u met «uitvoeringstechnisch» doelt op het aanpassen van de regelgeving om vrije tarieven mogelijk te maken, dat voorzie ik daar geen problemen.

3

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben begrepen dat de eerste gezamenlijke bijeenkomst van marktpartijen voor de pilot nog moet plaatsvinden. Volgens de brief van de minister zal de pilot dit jaar plaatsvinden, tevens worden dit jaar conclusies uit deze pilot getrokken. Waarop baseert de minister dat de marktpartijen deze pilot dit jaar kunnen afronden? Wanneer verwacht de minister een evaluatierapport van deze pilot naar de Kamer te kunnen sturen? Als er negatieve conclusies getrokken worden uit de evaluatie van deze pilot, kan de minister dan nog besluiten om de ingangsdatum van de prestatiebeschrijving voor extramurale farmaceutische zorg naar achteren te verschuiven?

De 10 prestatiebeschrijvingen zijn uitvoerig en gedetailleerd besproken (tijdens pre-pilotbijeenkomsten, klankbordgroepbijeenkomsten en technisch overleggen), voordat vertegenwoordigers van zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars als consumenten- en patiëntenorganisaties daarmee, en met de vaststelling dat deze set goed genoeg is om de pilot in de eerste helft van 2011 uit te voeren, unaniem hebben ingestemd en de NZa de prestaties eind 2010 in concept heeft vastgesteld. Daarmee ligt er een goede, werkbaar set die in de praktijk bruikbaar is als gemeenschappelijke onderhandelingsstaal. Dat vind ik voldoende basis om de belemmeringen van de huidige tariefssystematiek weg te halen door vrije tarieven in te voeren per 1-1-2012. Daar komt bij dat de precieze invulling van de werkzaamheden binnen de prestaties de verantwoordelijkheid is van partijen en zal tot uitdrukking komen in de overeenkomsten die zij met elkaar sluiten. Partijen hebben daarbij de mogelijkheid om, wanneer zij dat in onderling overleg wenselijk of noodzakelijk achten, hun huidige afspraken voort te zetten. Bovendien kunnen zij overeenkomen dat ze op een later tijdstip veranderingen doorvoeren. In die zin hebben partijen zelf de mogelijkheid om de invoering te faseren. Maar daarmee lopen ze wel het risico dat anderen (zorgverzekeraars en zorgverleners) wel vernieuwingen doorvoeren en daarmee betere zorg kunnen verlenen dan degenen die dat (nog) niet doen. De mogelijkheid tot fasering is er dus.

Tegelijkertijd zal er dynamiek ontstaan als gevolg van het geleidelijk ontstaan van concurrentie.

Uitstel van de invoering van vrije tarieven en nieuwe prestaties levert daarom geen voordeel op. Wel levert het nadeel op voor partijen die aan de slag willen met de nieuwe prestaties en het belonen van kwaliteit van zorg voor de patiënt. Ik zie daarom geen reden om de invoeringsdatum af te laten hangen van de uitkomsten van de pilot. Vanzelfsprekend blijf ik met partijen in gesprek over de voortgang van hun voorbereidingen en zal ik naar bevind van zaken handelen.

Partijen zijn zelf verantwoordelijk voor de opzet, uitvoering en evaluatie van de pilot. Ik heb begrepen dat de betrokkenen half maart de opzet van de pilot uitvoerig met elkaar bespreken en vaststellen. Partijen hebben er voor gekozen een onafhankelijke procesbegeleider in te huren en vooralsnog geen gebruik te maken van de ondersteuning van de NZa. Ik heb begrepen dat een externe procesbegeleider van Boer & Croon is ingehuurd om de pilot te begeleiden.

Uiterlijk 1 juni 2011 kunnen de betrokken partijen hun eventuele wensen voor aanpassingen van de 10 prestatiebeschrijvingen bij de NZa aanleveren, met het oog op invoering per 1 januari 2012. De resultaten van de pilot kunnen ertoe leiden dat de NZa de prestatiebeschrijvingen aanpast. Ik zal uw Kamer de definitieve prestatiebeschrijvingen doen toekomen.

4

Waardoor is de minister ervan overtuigd dat bij het in één keer invoeren van een systeem van vrije prijzen, zowel voor praktijkkosten als materiaal-kosten, de apotheker wordt gestimuleerd om extra zorg te leveren? Zal een gefaseerde invoering van vrije prijzen waarbij per 1 januari 2012 eerst de praktijk kosten worden losgelaten en op een later moment de materiaal kosten tot een grotere kans leidt dat de gewenste zorgtaken voor de apotheker werkelijk tot ontwikkeling kunnen komen?

Het belang van de patiënt staat voor mij voorop bij de invoering van vrije tarieven voor de extramurale farmaceutische zorg. Samen met de nieuwe prestatiebeschrijvingen bieden vrije tarieven ruimte voor het belonen van zorgvernieuwing en betere kwaliteit ten behoeve van de patiënt. Door dit gefaseerd te doen kan niet meteen gebruik worden gemaakt van alle mogelijkheden die ontstaan als alle belemmeringen in één keer worden weggehaald.

Kern van het (onder voorwaarden van prestatiebeschrijvingen) loslaten van de tariefregulering is juist dat partijen meer mogelijkheden krijgen, maar dat zij niet verplicht zijn andersoortige tariefafspraken te maken dan zij nu doen. In die zin kunnen partijen zelf een gefaseerde overgang bewerkstellingen door, als zij dat wenselijk, achten de bestaande tariefafspraken te verlengen. Daarom heb ik besloten geen fasering in het dereguleren van de tariefsystematiek aan te brengen.

Een fasering in de zin van het loslaten van het tarief voor de dienstverlening en het handhaven van de regulering van de vergoeding voor de inkoop van geneesmiddelen zou een averechts effect hebben op een voor de patiënt gunstige ontwikkeling van de zorgtaken van de apotheker. Dit zou namelijk betekenen dat de apotheker een financieel belang blijft houden bij het afleveren van geneesmiddelen. Het systeem van kortingen en bonussen zou daardoor juist in stand blijven.

5

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden grote verschillen tussen apotheken in kwaliteit van medicatieveiligheid niet aanvaardbaar. Verwacht de minister, dat wanneer de prestatiebeschrijving ingaat het verschil in kwaliteit tussen verschillende apotheken groter wordt?

De verwachting is dat met de nieuwe prestatiebeschrijvingen gecombineerd met «vrije tarieven» apotheken zich uit de markt zullen prijzen als de kwaliteit van de medicatieveiligheid niet op orde is of niet verbetert. Deze verwachting is gerechtvaardigd nu zorgverzekeraars en apotheekhoudenden zich ook expliciet richten op betere en meer samenhangende farmaceutische zorg. Één grote zorgverzekeraar heeft al aangegeven na de introductie van vrije tarieven geen contracten meer te zullen sluiten met apothekers die onvoldoende investeren in kwaliteit. Dit sluit aan bij de initiatieven van de beroepsgroep van apothekers (KNMP) die werkt met een kwaliteitsprofiel van apotheken. Apotheken die ondanks herhaald aandringen achterblijven bij dit kwaliteitsprofiel zullen wellicht geen lid meer kunnen blijven van de KNMP. Daarnaast heeft de KNMP het project innovatieve apotheken opgestart waar apotheken hun concrete projecten presenteren en delen met andere apotheken.

6

Mocht de invoering van volledig vrije prijzen per 1 januari 2012 leiden tot een toename van de kosten. Kan de minister aangeven op welke wijze deze in de daarop volgende jaren gereduceerd kunnen worden?

Ik heb geen reden om aan te nemen dat de invoering van vrije tarieven leidt tot een overschrijding van het BKZ. In tegendeel, ik denk dat de uitgaven de komende jaren, ook gelet op de jaarlijkse groei ruimte, binnen het BKZ extramurale farmaceutische zorg blijven. Zoals in het Regeerakkoord is opgenomen blijft de mogelijkheid bestaan voor zorgverzekeraars om preferentiebeleid te voeren in hun rol als inkoper van kwalitatief goede en doelmatige zorg. Datzelfde geldt voor de waarborgen op het terrein van kostenbeheersing die het GVS en de Wgp bieden, al dan niet in gewijzigde vorm op basis van de uitvoering van de afspraken daarover in het Regeerakkoord. Binnenkort zal ik u mijn voorstellen sturen, waarmee ik uitvoering wil geven aan deze afspraken en waarmee ik vooral de beheersing van de groei van de uitgaven voor dure, specialistische geneesmiddelen beoog, en tegelijkertijd zo snel mogelijke opname van deze middelen in het verzekerde pakket wil realiseren.

Het BKZ is de verantwoordelijkheid van de minister van VWS. Als er overschrijdingen zijn, zal ik op macroniveau beziën wat er moet gebeuren. Dit kan via pakketverkleining, eigen bijdragen dan wel via tariefmaatregelen. Het is niet mijn bedoeling dat er dan weer onmiddellijk tarieven voor extramurale farmaceutische zorg worden vastgesteld door de NZa.