

Vergaderjaar 2003–2004

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 2

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2004

Inleiding

Op 31 oktober 2003 heeft het kabinet het (middel)lange termijn geneesmiddelenbeleid vastgesteld. Het kabinetsstandpunt bevat onder meer een blauwdruk voor een nieuw prijs- en vergoedingensysteem. Op 28 januari 2004 is in een Algemeen Overleg met de Tweede Kamer over dit kabinetsstandpunt gesproken. De Tweede Kamer heeft (op onderdelen voorlopig) groen licht gegeven deze plannen verder uit te werken. In mijn plan van aanpak (29 477, nr. 1) van 10 maart 2004 heb ik aangegeven dat ik de Tweede Kamer ieder half jaar over de voortgang van de uitvoering van het middel-lange-termijn-beleid informeer. De eerste voortgangsrapportage zou de Tweede Kamer in juni 2004 ontvangen. Met deze brief voldoe ik aan die toezegging.

In deze voortgangsrapportage ga ik in op stand van zaken met betrekking tot de tien maatregelen uit het kabinetsstandpunt. Bij de bespreking van deze maatregelen heb ik de volgorde uit het plan van aanpak aangehouden.

In mijn brief (28 200 XVI, nr. 246) van 4 juni 2004 heb ik u al nader geïnformeerd over de stand van zaken rondom het geneesmiddelenconvenant tussen VWS, KNMP, Zorgverzekeraars Nederland en de Bond van de generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland. In het huidige convenant is afgesproken dat de apotheekinkooprijzen van generieke geneesmiddelen met gemiddeld 40% (inclusief claw back) dalen ten opzichte van januari 2004. Daarnaast zullen verzekeraars en apothekers in hun contracten afspraken maken over het voorschrijven op stofnaam, het tenminste handhaven van het huidige substitutieniveau en het afleveren en declareren van geneesmiddelen met de laagste apotheekinkooprijzen. Ten aanzien van dit laatste kan een marge worden overeengekomen. Dit convenant loopt op 1 januari 2005 af. In deze brief besteed ik ook

aandacht aan de relatie van dit convenant met een aantal maatregelen uit het middellange termijn geneesmiddelenbeleid.

1. Positie van verzekeraars versterken

1.1 Sturende rol voor verzekeraars

Momenteel onderzoek ik welke juridische mogelijkheden er zijn om de inkoopmacht bij en de onderhandelingspositie van verzekeraars bij het afsluiten van overeenkomsten met apothekhoudenden verder te versterken. Uitgangspunt bij dit onderzoek is een juridisch advies van Zorgverzekeraars Nederland over dit onderwerp. Verder wordt in kaart gebracht welke maatregelen de laatste jaren zijn doorgevoerd om de positie van de zorgverzekeraars (op het farmacie dossier) te versterken.

Dit onderzoek naar juridische mogelijkheden voor verzekeraars is in september 2004 gereed. Zodra dit onderzoek gereed is, zal ik u over de resultaten informeren. Ik zal dan ook ingaan op de eventuele vervolgstappen.

1.2 Duaal stelsel

Een duaal stelsel maakt flexibiliteit in contractering tussen zorgverzekeraars, voorschrijvers en apothekhoudenden mogelijk. Een dergelijk stelsel past de regels van de Wtg flexibel toe waardoor ruimte ontstaat voor voor lokale afspraken. De afspraken worden goedgekeurd als partijen overeenstemming hebben en de afspraken doelmatig zijn.

Het wetsvoorstel inzake de wijziging van de WTG, de WTG-expres, is onlangs door de Tweede Kamer aanvaard. Met deze wijziging worden experimenten en prestatiebekostiging mogelijk gemaakt. Ik inventariseer op dit moment of de WTG-Expres voldoende mogelijkheden biedt om het duaal stelsel vorm te geven. Deze inventarisatie wordt begin juli 2004 afgerond. De vertraging bij de invoering van de WTG-expres heeft tot gevolg dat ook de invoering van het duaal stelsel langer om zich laat wachten.

2. Intensivering doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen

Afgelopen maanden heb ik geïnventariseerd welke initiatieven met betrekking tot het bevorderen van doelmatig voorschrijven er op dit moment lopen. Verder wordt geïnventariseerd welke aanvullende maatregelen genomen kunnen worden om doelmatig voorschrijven verder te bevorderen. Het bevorderen van doelmatig voorschrijven betreft een gedragsverandering. Voor de uitvoering is de inzet van de belangrijkste betrokken partijen daarom een absolute vereiste. De belangrijkste partijen zijn de farmaceutische industrie, de huisartsen, de medische specialisten, de apothekers en de zorgverzekeraars.

In het najaar zullen bijeenkomsten, zogenaamde focusgroepen, met deze partijen georganiseerd worden. In deze focusgroepen wordt het draagvlak van de aanvullende maatregelen getoetst. Mede op basis van de uitkomsten van de focusgroepen zal ik een keuze in activiteiten maken. Om tot deze keuze te kunnen komen worden criteria opgesteld. Gedacht wordt onder andere aan de volgende criteria: uitvoerbaarheid/haalbaarheid, kosten verwachte opbrengst, draagvlak, tijd tot effect, ondersteuning van modernisering GVS, verantwoordelijkheid VWS.

Binnenkort wordt de inventarisatiefase afgerond. In augustus en september komen de focusgroepen bij elkaar. In oktober 2004 maak ik een keuze over welke activiteiten worden ingezet om doelmatig

voorschrijven te bevorderen. De uiteindelijke realisatiedatum voor het deelproject intensiveren doelmatig voorschrijven is afhankelijk van deze te kiezen activiteiten.

Promotiebelasting

Tijdens het algemeen overleg dat ik op 28 januari 2004 met de Tweede Kamer had, heb ik een aantal mogelijkheden genoemd die doelmatig voorschrijven kunnen bevorderen. Eén van deze mogelijkheden was het invoeren van promotiebelasting op geneesmiddelen. In Frankrijk werkt men met een dergelijke promotiebelasting. Door het invoeren van een promotiebelasting wordt het mogelijk een belasting te heffen over uitgaven die farmaceutische bedrijven doen in het kader van marketing en promotie van hun farmaceutische producten. Het doel dat ik met een dergelijke heffing wilde bereiken is het ontmoedigen van farmaceutische bedrijven om veel geld uit te geven aan marketing en promotie. De geneesmiddelenmarkt kenmerkt zich door asymmetrische informatie. Niet alleen weet de arts veel meer dan de patiënt, de geneesmiddelenfabrikant weet ook nog eens veel meer over hun producten dan de arts. Via marketinginformatie vult de fabrikant de informatiebehoefte van de arts aan. Deze informatie is niet onafhankelijk en is bedoeld om het voorschrijfgedrag van de arts te beïnvloeden.

Ondanks het feit dat deze maatregel voordelen heeft ben ik tot de conclusie gekomen dat het invoeren van een promotiebelasting in Nederland niet wenselijk is. De voordelen van een dergelijke maatregel wegen niet op tegen de nadelen hiervan. De praktijk in Frankrijk leert dat het niet meevalt om de exacte allocatie van marketing- en promotiekosten boven water te krijgen. Hiermee wordt het in rekening brengen van de belasting lastig en is het erg moeilijk om adequaat toezicht te houden. Tevens bestaat er het gevaar van een mogelijk prijsopdrijvend effect, omdat farmaceutische bedrijven de belasting op de patiënt proberen af te wentelen. De Wet op de Geneesmiddelenprijzen biedt weliswaar een begrenzing aan de prijzen voor geneesmiddelen, maar dat neemt niet weg dat daar waar nog ruimte bestaat de fabrikanten de prijzen kunnen verhogen.

Tot slot blijkt dat de invoering van een dergelijke heffing in strijd is met twee speerpunten van het kabinet, namelijk het terugdringen van de administratieve lasten en het voor bedrijven aantrekkelijker maken zich in Nederland te vestigen.

3. Modernisering van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

3.1 Geneesmiddelenvergoedingensysteem

Inleiding

De doelstelling van het in 1991 ingevoerde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is te komen tot beheersing van de kosten van geneesmiddelen waarop verzekerden volgens de Ziekenfondswet aanspraak hebben. Dit moet worden bereikt door de onnodige verschuiving in het gebruik van goede, goedkope geneesmiddelen naar (duurdere) varianten op deze goedkope al bestaande middelen tegen te gaan. Het GVS moet dus leiden tot een meer kostenbewust voorschrijfgedrag van de arts en een meer kostenbewuste vraag naar geneesmiddelen door de verzekerde.

Het GVS houdt in dat ik bepaal welke geneesmiddelen in het kader van de Ziekenfondswet tot de aanspraak behoren. Daarnaast beoordeel ik of de vergoeding moet worden gebonden aan een limiet. Het GVS bestaat dus uit twee belangrijke componenten: toelating tot het pakket en limietstelling.

Toelating

Het GVS dient als systeem om te beoordelen of ik een middel in het pakket kan laten opnemen. Het GVS werkt met een zogenaamde «positieve lijst». Dit houdt in dat alleen de geregistreerde geneesmiddelen die bij ministeriële regeling zijn aangewezen in het pakket zitten. De ministeriële regeling waar het om gaat, is de Regeling farmaceutische hulp 1996. Op bijlage 1 van deze regeling staan alle geregistreerde geneesmiddelen die in het ziekenfondspakket zitten. Deze bijlage bestaat uit twee onderdelen. Bijlage 1A bevat alle geregistreerde geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld. Bijlage 1B bevat alle geregistreerde geneesmiddelen waarvoor geen vergoedingslimiet is vastgesteld. Fabrikanten dienen aanvragen tot opname in het pakket bij mij in. Vervolgens laat ik mij door het CVZ adviseren of het geneesmiddel onderling vervangbaar is met één of meerdere geneesmiddelen die al in het ziekenfondspakket zijn opgenomen. Als blijkt dat dit het geval is, wordt het middel opgenomen op Bijlage 1A.

Als het middel niet onderling vervangbaar is, volgt een tweede toets. Bij deze tweede toets wordt beoordeeld of er sprake is van een dusdanige therapeutische waarde en doelmatigheid dat het belang van de volksgezondheid vereist dat het middel in het pakket wordt opgenomen. Deze geneesmiddelen worden, ongeacht de prijs, volledig vergoed en staan dus op Bijlage 1B.

Limieten

Het GVS dient ook als systeem om de vergoedingslimieten te bepalen. De vergoedingslimiet voor een geneesmiddel op Bijlage 1A is afgeleid van de gemiddelde prijs van een groep onderling vervangbare geneesmiddelen, de GVS-clusters. Deze clustering van geneesmiddelen vindt plaats volgens criteria die in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering zijn opgenomen. Per GVS-cluster is een vergoedingslimiet berekend. Bij de berekening van de vergoedingslimieten wordt uitgegaan van de geneesmiddelen die op een bepaalde peildatum op de markt waren en van de prijzen die op die datum in rekening werden gebracht. Op dit moment is die peildatum 1 oktober 1998.

Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger dan de limiet, dan betaalt de verzekerde het verschil bij. Uitgangspunt is dat de verzekerde deze eigen bijdrage kan vermijden door te kiezen voor een geneesmiddel met een prijs op of onder de limiet. In 2003 bedragen GVS-bijbetaling 0,5 procent van de totale kosten.

Wijziging van het GVS

In het kabinetsstandpunt van 31 oktober 2003 heb ik aangegeven met de modernisering van het GVS vergoedingslimieten te willen verlagen in die clusters waar minstens één middel uit patent is. De vergoedingslimieten zullen ook aangepast worden zodra er in een cluster geneesmiddelen uit patent lopen. In het plan van aanpak heb ik reeds aangegeven dat de invoeringsdatum van 1 januari 2005 alleen haalbaar is als gekozen wordt voor een snel in te voeren modernisering.

Op 19 januari 2004 heb ik het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verzocht een uitvoeringstoets uit te brengen gericht op de modernisering van het GVS. Ik heb het CVZ verzocht in de uitvoeringstoets bijzondere aandacht te schenken aan een viertal door mij geformuleerde uitgangspunten: medische noodzaak, vermijdbaarheid van bijbetalingen, praktische uitvoerbaarheid en administratieve lasten. Op 22 april 2004 heeft het CVZ een eerste rapportage uitvoeringstoets modernisering GVS; «aanscherping berekeningssystematiek GVS-vergoedingslimieten» (uitgave CVZ, nr. 191) vastgesteld. Het CVZ doet hierin een aantal voorstellen voor een eerste aanscherping van het GVS in 2005.

Het CVZ stelt voor het GVS aan te scherpen in twee fasen. De eerste fase heeft als doel een herberekening van de limieten van alle groepen onderling vervangbare geneesmiddelen volgens een aangepaste berekenings-systematiek. De tweede fase bestaat uit de invoering van een nieuwe systematiek voor het herberekenen van de vergoedingslimiet van een groep zodra binnen een groep een middel uit patent loopt.

Het huidige CVZ-voorstel zal ik bezien in samenhang met het convenant «inzake het omzetten van kortingen en bonussen voor generieke geneesmiddelen in structurele prijsverlagingen» van 13 februari 2004. Het CVZ-voorstel gaat namelijk uit van beëindiging van het convenant op 1 januari 2005. Momenteel overleg ik echter met de de convenantspartijen in hoeverre een combinatie mogelijk is van het aanpassen van het GVS en het voortzetten van het convenant. Het zal hierbij gaan om een kleinere wijziging van het GVS dan het CVZ voorstelt en welke beter lijkt te passen in het lange termijn perspectief dat ik voor ogen heb. In september verwacht ik de Tweede Kamer te kunnen informeren over de maatregelen die ik per 1 januari 2005 ga invoeren.

Voor de langere termijn kies ik voor maatregelen die zowel het probleem van de kortingen en bonussen als dat van de medisch onnodige verschuivingen te lijf gaan. Deze maatregelen zijn gericht op het verhogen van het kostenbewustzijn, een sturende rol voor verzekeraars en het bevorderen van doelmatig voorschrijven. Dit langere termijn perspectief wil ik bereiken middels een proces van kleine stappen.

De sturende rol van de zorgverzekeraars zal op de middellange termijn veel van de huidige regelgeving overbodig maken. Naast een actieve rol van verzekeraars op het gebied van vergoedingen is ook een actieve rol van de verzekeraars op het gebied van doelmatig voorschrijven van belang. De resultaten die zorgverzekeraars weten te boeken bij het toepassen van het preferentiebeleid en het stimuleren van doelmatig voorschrijven zijn richtinggevend bij het realiseren van het lange termijn perspectief. Zolang zorgverzekeraars hun positie nog aan het versterken zijn en deze nog niet volledig (financieel) waar kunnen maken zie ik een rol voor een gemoderniseerd GVS of convenant weggelegd.

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

Verzekerden moeten uitgebreid geïnformeerd worden over de modernisering van het GVS. In de volgende voortgangsrapportage zal ik aangeven wie, hoe en wanneer hierover geïnformeerd worden.

De planning van deze maatregel is ongewijzigd. De start van de informatiecampagne is afhankelijk van het moment waarop een wijziging van het GVS in werking treedt. De informatie campagne start enkele maanden voordat de wijziging in werking treedt.

3.3 Actuele prijsinformatie voor verzekerden en voorschrijvers

Bij de invoering van het nieuwe prijs- en vergoedingssysteem moeten zorgverlener en zorggebruiker kunnen beschikken over up-to-date-prijsinformatie over geneesmiddelen. Duidelijk moet zijn welke geneesmiddelen volledig worden vergoed, op welke middelen de zorggebruiker moet bijbetalen en hoeveel hij moet bijbetalen. De prijsinformatie moet eenvoudig door zowel zorgverlener als zorggebruiker kunnen worden geraadpleegd. In de volgende voortgangsrapportage kan ik aangeven hoe, waar en vanaf wanneer de prijsinformatie te raadplegen is.

4. Prijsmaatregel

De prijsmaatregel aangekondigd in het kabinetsstandpunt heeft tot doel de prijzen van patentloze geneesmiddelen te verlagen. Idealiter wordt hierdoor ook gegarandeerd dat er ook na de modernisering van het GVS in elk cluster een middel zonder bijbetaling beschikbaar blijft. In het kabinetsstandpunt staan twee mogelijke vormen van de prijsmaatregel genoemd:

1. Belgisch systeem
2. Prijzenwet voor patentloze geneesmiddelen

Het doorvoeren van een van deze maatregelen is niet noodzakelijk, omdat er in feite al een variant op het Belgische systeem in Nederland bestaat. Hieronder maak ik duidelijk waarom.

Belgisch systeem

Het Belgische systeem houdt in dat merkloze geneesmiddelen zonder «economische meerwaarde» niet worden toegelaten tot/ worden verwijderd uit het vergoedingspakket. In België betekent economische meerwaarde dat het merkloze geneesmiddel een bepaald percentage lager (in 2003 26 procent) geprijsd moet zijn dan het merkgeneesmiddel voordat het uit patent liep. Met de laatste wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering is een «Belgisch» systeem in Nederland eigenlijk al effectief. De wijziging van het Verstrekkingenbesluit geeft zorgverzekeraars namelijk de mogelijkheid om de aanspraak binnen een groep geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof te beperken tot één of enkele producten, op grond van een lage prijs (preferentiebeleid). De overige producten worden dan niet door de verzekeraar vergoed tenzij de arts behandeling met het aangewezen (preferente) middel niet verantwoord acht voor een individuele patiënt. De mate waarin het beoogde effect van dit systeem optreedt hangt af van de inspanningen van de verschillende verzekeraars. Het gaat hier, in tegenstelling tot België, om een mogelijkheid en niet om een verplichting.

Momenteel zijn de prijzen van merkloze geneesmiddelen laag door toedoen van het convenant. Het convenant zorgt er tevens voor dat zorgverzekeraars en apotheken afspraken maken over het afleveren van deze goedkope middelen. Als apotheken onverhoopt dure middelen afleveren of als producenten hun prijzen weer verhogen, verwacht ik dat zorgverzekeraars deze onnodig dure middelen zullen uitsluiten van vergoeding.

Prijzenwet voor patentloze geneesmiddelen

De huidige Wet op de Geneesmiddelenprijzen (WGP) heeft de prijzen van geneesmiddelen als onderwerp. De doelstelling van de wet is: gemiddelde Europese geneesmiddelenprijzen in Nederland. De wet stelt maximumprijzen voor geneesmiddelen in Nederland vast op basis van het gemiddelde van de geneesmiddelenprijzen in Duitsland, België, Verenigd Koninkrijk en Frankrijk. Voor de prijsvaststelling in die landen wordt gebruik gemaakt van officiële lijsten met prijzen van geneesmiddelen in die landen.

Bij de berekening van de maximumprijs voor een geneesmiddel worden de prijzen van alle varianten van dat geneesmiddel, zowel merk als merkloos, naar evenredigheid meegenomen. Door bij het vaststellen van de maximumprijzen ook de prijzen van de merkloze middelen mee te nemen wordt de maximumprijs fors gedrukt. Zo is de maximumprijs van de cholesterolverlager die in mei 2003 uit patent liep, per 1 maart 2004 met 30% gedaald.

Een aparte prijzenwet, of aparte maximumprijs voor merkloze geneesmiddelen is niet nodig. Dit omdat, zoals ik al eerder aangaf, er al een variant van het Belgische systeem in Nederland bestaat. Tevens worden in de huidige berekeningsystematiek van de WGP de prijzen van merkloze geneesmiddelen al expliciet meegenomen. Bovendien bemoeilijkt een aparte prijzenwet voor patentloze geneesmiddelen de concurrentie op de geneesmiddelenmarkt, wat de toets van de (Europese) rechter naar verwachting niet zal kunnen doorstaan. Ook zal door een splitsing in een maximumprijs voor merk- en merkloze geneesmiddelen de prijs van de merkgeneesmiddelen stijgen. Het voordeel van een prijsdaling van merkloze geneesmiddelen wordt hiermee teniet gedaan.

Andere opties

De beoogde prijsmaatregel-opties uit het kabinetsstandpunt zijn dus al effectief binnen de huidige regelgeving. Een nieuwe prijsmaatregel (met een nieuwe doelstelling) acht ik daarom op dit moment niet nodig. Wel bekijk ik momenteel of de huidige doelstelling van de WGP ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd; leidt de WGP tot prijzen op het niveau van het Europese gemiddelde. Op basis van het antwoord op deze vraag bekijk ik óf, en zo ja, hoe de WGP gewijzigd wordt.

De maximumprijzen in Nederland worden berekend op basis van vier referentielanden. De analyse rond de prijsmaatregel heeft aan het licht gebracht dat in de prijslijst van het Verenigd Koninkrijk alleen de (hoge) prijzen van de merkgeneesmiddelen zijn opgenomen en niet de (lage) prijzen van de merkloze geneesmiddelen. De Engelse prijslijst weerspiegelt hierdoor niet de werkelijke prijzen binnen het Verenigd Koninkrijk. Het toevoegen van een prijslijst van merkloze geneesmiddelen ligt voor de hand. Binnen het Verenigd Koninkrijk blijkt een dergelijke officiële generieke prijslijst echter niet te bestaan. Op basis van het onderzoek naar geneesmiddelenprijzen in Europa wordt bekeken of dit er toe leidt dat de WGP zijn doel haalt. Als dit niet het geval is bekijk ik of en hoe deze tekortkoming in de huidige regelgeving kan worden verholpen.

Over de voortgang en uitkomsten van deze analyse zal ik de Tweede Kamer in de volgende voortgangsrapportage informeren.

5. Flexibel kostendekkend tarief

Het modulaire tarief is een tariefstructuur voor apothekhoudenden die is opgebouwd uit een basis tarief en daar bovenop de mogelijkheid voor diverse modules. Modules kunnen bijvoorbeeld zijn: inkoop, farmaceutische patiëntenzorg of deelname aan Farmaco Therapeutisch Overleg. Het doel hier van is om de zorgverzekeraars meer sturingsmogelijkheden te geven. Zorgverzekeraars kunnen dan namelijk zelf bepalen welke diensten zij, naast het basale minimumpakket, willen afnemen van de apothekhoudende.

In het plan van aanpak is aangegeven dat dit modulaire tarief in twee stappen wordt ingevoerd. De eerste fase van het modulaire tarief zou op 1 juli 2004 worden ingevoerd. Deze eerste fase is in overleg met de convenantpartijen komen te vervallen. Invoering van het modulaire tarief zal in een keer plaatsvinden, omdat de uitkomsten van het onderzoek naar de praktijkkosten en inkoopvoordelen van apothekhoudenden dan direct meegenomen kunnen worden. Ik heb het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) verzocht om dit onderzoek uit te voeren (zie bijlage)¹. Dit gebeurt in combinatie met het onderzoek naar praktijkkosten en inkoopvoordelen.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Na afloop van dit onderzoek kan een bijgesteld kostendekkend modulair tarief worden vastgesteld. In deze fase kan ook nadere invulling worden gegeven aan de inhoud van het basistarief en de aanvullende modules.

6. Informatie en onderzoek

6.1 Vermelding van de declaratieprijs op het etiket van het geneesmiddel

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

Gestreefd wordt naar het maken van afspraken met apothekhoudenden over de vrijwillige vermelding van de prijs op het etiket.

Het ziet er naar uit dat deze maatregel snel en eenvoudig kan worden ingevoerd, zonder extra administratieve lasten. Het belang van prijsinformatie neemt overigens toe bij invoering van de no-claim. De streefdatum voor het invoeren van deze maatregel is 1 oktober 2004.

6.2 Onderzoek praktijkkosten en inkoopvoordelen apothekhoudenden

Onderzoek naar praktijkkosten

Het modulaire tariefsysteem voor apothekhoudenden kan pas worden ingevoerd na uitvoering van een onderzoek naar de hoogte van de praktijkkosten en andere inkomsten van apothekhoudenden. Het onderzoek naar de praktijkkosten verschaft inzicht in de normatieve kosten van een apotheek.

Periodiek onderzoek naar inkoopvoordelen

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

In overleg met de convenantspartijen is besloten deze onderzoeken via het CTG te laten verlopen. In eerder genoemde brief heb ik daarom het CTG ook verzocht om de verdere aanbesteding van deze onderzoeken ter hand te nemen. Periodiek vindt overleg plaats met het CTG over de voortgang.

Ik hoop u met deze brief voldoende te hebben geïnformeerd over de voortgang van de uitvoering middel-lange-termijn geneesmiddelenbeleid.

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