

TARIEFBESCHIKKING



Nederlandse
Zorgautoriteit

Nummer 5100-1900-07-1	Datum ingang 1 januari 2007	Datum beschikking 6 december 2006	Datum verzending 18 december 2006
Volgnr. 34	Geldig tot	Behandeld door drs. H.S.A. Scholman	

De Nederlandse Zorgautoriteit

heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wmg

op basis van de beleidsregels:

voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden én die geneesmiddelen afleveren ten aanzien waarvan artikel 4 lid 3 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening van toepassing is of waarop de Wet bloedtransfusie van toepassing is.

en gelet op:

Wmg-artikel 35 jo.
art. 52 lid 5

besloten:

dat rechtsgeldig

door:

zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden én die geneesmiddelen afleveren ten aanzien waarvan artikel 4 lid 3 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening van toepassing is of waarop de Wet bloedtransfusie van toepassing is en zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1 onder c sub2 van de Wmg

aan:

alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden, met inachtneming van de in de bijlage gestelde beperkingen. Betreft hulp aan alle patiënten die op naam van de zorgaanbieder voor farmaceutische hulp zijn ingeschreven en waarvoor dus tevens het inschrijvingstarief voor geneeskundige zorg zoals huisartsen die bieden, van toepassing is.

prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's):

maximaal de bedragen, vermeld achter de desbetreffende prestaties, zoals omschreven in de bijlage onder punt 1,3 en 4 bij de bijgevoegde tarievenlijst, in rekening kunnen worden gebracht.

aan:

alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden, met inachtneming van de in de bijlage gestelde beperkingen. Betreft hulp aan alle andere patiënten:

prestatiebeschrijving en bijbehorend maximumtarief (in euro's):

maximaal de bedragen, vermeld achter de desbetreffende prestaties, zoals omschreven in de bijlage onder punt 2, 3 en 4 bij de bijgevoegde tarievenlijst, in rekening kunnen worden gebracht.

De geldigheidsduur van de eerder afgegeven tariefbeschikking 5100-1900-06-2 van 1 december 2006 wordt met de afgifte van deze tariefbeschikking beperkt tot 1 januari 2007.

namens deze,

St



drs. L.M. Hoppen,
Directeur Zorgmarkten Cure

zie bijgevoegde toelichting

bij tariefbeschikking

1. Werkingssfeer

Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die

- krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
- in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
- krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens enig ander door Nederland gesloten bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelijkgesteld met een Zorgverzekeringswet-/AWBZ-verzekerde.

2. Bezwaar/Beroep

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) juncto artikel 7:1 lid 1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax, indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Bezwaar, beroep en boetes, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. Het bezwaar dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Het verdient aanbeveling om een afschrift van het bestreden besluit bij te voegen.

TARIEVENLIJST

Bijlage bij tariefbeschikking 5100-1900-07-1
van 6 december 2006



Nederlandse
Zorgautoriteit

DE MAXIMUMTARIEVEN DIE DOOR ZORGAANBIEDERS DIE GENEESKUNDIGE ZORG LEVEREN ZOALS HUISARTSEN DIE BIEDEN ÉN DIE GENEESMIDDELEN AFLEVEREN TEN AANZIEN WAARVAN ARTIKEL 4 LID 3 VAN DE WET OP DE GENEESMIDDELENVOORZIENING VAN TOEPASSING IS OF WAAROP DE WET BLOEDTRANSFUSIE VAN TOEPASSING IS, IN REKENING KUNNEN WORDEN GEBRACHT VOOR PRESTATIES VERRICHT MET INGANG VAN 1 JANUARI 2007

1.1 Tarieven met ingang van 1 januari 2007 voor prestaties verricht ten behoeve van patiënten die op naam van de zorgaanbieder voor farmaceutische hulp zijn ingeschreven en waarvoor dus tevens het inschrijvingstarief voor geneeskundige zorg zoals huisartsen die bieden, van toepassing is.

1.2 Het maximumbedrag voor de module farmaceutische hulp per op naam van de zorgaanbieder ingeschreven patiënt is gelijk aan het basisbedrag exclusief BTW plus, indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan, een bedrag per module in verband met scheiden van zorg en handel.

Code	Tarief per verzekerde per kwartaal	Tarief met ingang van 1 januari 2007
11400	basisbedrag exclusief BTW	€ 8,70
11401	module scheiden van zorg en handel voor verzekerden tot 65 jaar, exclusief BTW*)	-/-€ 0,60
11402	module scheiden van zorg en handel voor verzekerden vanaf 65 jaar, exclusief BTW*)	€ 21,20

1.3 Het moduletarief van scheiden zorg en handel kan in rekening worden gebracht indien

- Hieraan een overeenkomst met de desbetreffende zorgverzekeraar ten grondslag ligt en kan in rekening worden gebracht indien de zorgverzekeraar van een patiënt uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt onder voorwaarde dat er een overeenkomst is voor de betreffende module met minimaal een (1) andere zorgverzekeraar.

- De hierboven bedoelde overeenkomst houdt in dat er tussen de betreffende zorgverzekeraar en de zorgaanbieder overeenstemming is bereikt over de door de zorgaanbieder gegeven volledige transparantie over alle met de inkoop* van geneesmiddelen samenhangende voordelen (alle in geld waardeerbare inkoopvoordelen) voor de totale praktijk en de besteding van die inkoopvoordelen.

Het moduletarief per kwartaal kan in rekening worden gebracht voor bij de zorgaanbieder op de eerste dag van het kwartaal ingeschreven (niet-)verzekerden.

1.4 Voor het "Formularium Nederlandse Apotheekhoudenden", door die zorgaanbieder die in enig jaar op het FNA zijn geabonneerd: de kosten van dat abonnement voor dat jaar, naar rato van het percentage verzekerden op naam van de zorgaanbieder ingeschreven in de praktijk.

2. Tarieven met ingang van 1 januari 2007 voor prestaties verricht voor alle andere patiënten:

Het betreft hier het passantentarief, te declareren voor hulp aan niet op naam van de zorgaanbieder ingeschreven patiënten. Hiervoor geldt een vergoeding van het inkomen en de praktijkkosten per (equivalent) voorschrift.

De declaratiecode is 12407.

Voor de bepalingen alsmede voor de hoogte van het betreffende tarief wordt volledig aangesloten bij de tariefbeschikking van zorgaanbieders die geneesmiddelen afleveren ten aanzien waarvan artikel 4 lid 3 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening van toepassing is of waarop de Wet bloedtransfusie van toepassing is per 1 januari 2007, waarover u separaat wordt geïnformeerd. Met name relevant is in dit verband de bijlage bij de betreffende tariefbeschikking, punt 1.

3. De vergoeding van de door de zorgaanbieder afgeleverde geneesmiddelen exclusief BTW:

De bepaling van de vergoeding voor de door te berekenen kosten van de afgeleverde geneesmiddelen heeft als uitgangspunt dat de inkoopkosten minus 6,82% mogen worden doorberekend. (Deze korting is gemaximeerd op een bedrag per voorschrift van € 6,80.) Daarbij geldt de volgende uitwerking:

3.1 Wanneer er een vergoedingslijst tot stand komt, dient daarin in principe voor alle wettig op de Nederlandse markt toegelaten geneesmiddelen ten minste naar inkoopkanaal en per presentatievorm één vergoedingsprijs per rekeneenheid (x tabletten van y mg., x ml., x durettes etc.) te zijn opgenomen.

De volgende inkoopkanalen worden onderscheiden.

- (a) de specialités of EMEA-registraties
- (b) de generieke preparaten *)
- (c1) de specialités parallel geïmporteerd (dubbel RVG-nummer, gescheiden met "/")
- (c2) overige EMEA-registraties (andere dan onder (a))
- (d) de generieke preparaten parallel geïmporteerd (dubbel RVG-nummer, gescheiden met "/")
- (e) grondstoffen (ten behoeve van zelfbereiding in de apotheek)

* De 'Branded Generics' worden gerangschikt onder (b).

3.2 Wanneer een geneesmiddel in de vergoedingslijst staat vermeld, kan maximaal de in de vergoedingslijst vermelde vergoedingsprijs in rekening worden gebracht;

3.2.1 Wanneer een geneesmiddel niet in de vergoedingslijst staat vermeld, dan kan maximaal de lijstprijs van de desbetreffende leverancier worden doorberekend, minus 6,82%. (Deze korting is gemaximeerd op een bedrag per voorschrift van € 6,80.)

3.3 De vergoedingsprijs voor de inkoopkanalen (c1) en (d) wordt per land van herkomst gebaseerd op de lijstprijs van de goedkoopste leverancier per land van herkomst minus 6,82%. (Deze korting is gemaximeerd op een bedrag per voorschrift van € 6,80.) De vergoedingsprijs voor het inkoopkanaal (c2) wordt gebaseerd op de lijstprijs per leverancier minus 6,82%. (Deze korting is gemaximeerd op een bedrag per voorschrift van € 6,80.) De vergoedingsprijs voor de inkoopkanalen (a), (b) en (e) wordt gebaseerd op de lijstprijs van de goedkoopste leverancier die de gehele markt kan voorzien, minus 6,82%. (Deze korting is gemaximeerd op een bedrag per voorschrift van € 6,80.)

4. De clustering van de WTG-geneesmiddelen werkt als volgt:

4.1 Wanneer er een vergoedingslijst tot stand komt, dan worden alle hierin vermelde geneesmiddelen ingedeeld in clusters, die elk in principe alle inkoopkanalen omvatten.

4.2 Onder één cluster van geneesmiddelen vallen ten minste die geneesmiddelen die:

- a. en generiek dezelfde of nagenoeg dezelfde naam hebben
- b. en farmaceutisch dezelfde vorm hebben
- c. en eenzelfde toedieningsweg hebben
- d. en dezelfde hoeveelheid/sterkte hebben

4.3 De vergoedingsprijs per inkoopkanaal, zoals gedefinieerd onder lid 3.3, wordt binnen elk onderscheiden cluster, bedoeld in het voorgaande artikel, vastgesteld.