

- ZN
- KNMP
- ASKA
- Napco
- VJA
- NVPF/NVZA
- LHV
- NPCF/CG-raad
- Consumentenbond

En aan:

- VWS
- IGZ
- CVZ

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11

F 030 296 82 96

E info@nza.nl

I www.nza.nl

Behandeld door
MHET/mpan/GGZ

E-mailadres
informatielijn@nza.nl

Kenmerk
CI/11/24c
11D0026432

Onderwerp
Aanpassing beleid farmacie 2011 en 2012

Datum
14 juli 2011

Geachte heer, mevrouw,

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 juli 2011 de volgende besluiten genomen:

1. Aanpassing van de Beleidsregel 'Prestatiebekostiging farmaceutische zorg' 2011 met ingangsdatum 1 augustus 2011 (BR/CU-5045).
2. Beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg' met ingangsdatum 1 januari 2012 (BR/CU-5046).
3. Regeling 'Declaratie- en transparantieverplichtingen farmaceutische zorg' met ingangsdatum 1 januari 2012 (NR/CU-509.).

Ad 1.

In de huidige beleidsregel onder 5.2 staat de volgende passage opgenomen:

De toeslag kan niet in rekening worden gebracht voor behandeling als omschreven in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ voor patiënten met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking en voor patiënten met een psychosociaal probleem (voormalig verzorgingshuis).

Deze passage blijkt verouderd. Er wordt niet meer over psychosociale problemen gesproken. Cliënten met een indicatie voor **verblijf en behandeling** in een AWBZ instelling hebben geen recht op farmaceutische zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). De farmaceutische zorg zit voor deze cliënten in de AWBZ. Cliënten met **alleen** een indicatie voor **verblijf** in een AWBZ instelling hebben wel recht op farmaceutische zorg vanuit de Zvw.

De passage is als volgt aangepast:

De toeslag kan niet in rekening worden gebracht voor verzekerden die aanspraak hebben op farmaceutische zorg op grond van artikel 15 Besluit zorgaanspraken AWBZ (behandeling en verblijf in dezelfde instelling).

Kenmerk
CI/11/24c
11D0026432

Pagina
2 van 4

De aangepaste beleidsregel en tariefbeschikking gaan in op 1 augustus 2011.

Ad 2.

Deze beleidsregel is tot stand gekomen nadat zowel zorgaanbieders als ziektekostenverzekeraars eind 2008 te kennen hebben gegeven een eenduidiger onderhandelingstaal te willen met het oog op de situatie dat er geen maximumtarieven meer worden vastgesteld. Met dit doel voor ogen zijn deze farmaceutische zorgprestaties met het veld ontwikkeld waarbij handelingen die vallen onder farmaceutische zorg zichtbaar worden in de onderhandeling tussen ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders. In vergelijking met de voorgaande beleidsregel is de bekostiging daarom gekoppeld aan de (farmaceutische) dienstverlening en niet meer uitsluitend aan de terhandstelling van geneesmiddelen. Dit doet meer recht aan de werkelijkheid waarin de zorgaanbieder ook op andere momenten dan alleen bij een terhandstelling zorg verleent.

Met de invoering van de facultatieve prestatie vraagt de NZa zich af in hoeverre dit tegenstrijdig is met de mate van gedetailleerdheid in de andere prestaties. De NZa heeft besloten deze mate van gedetailleerdheid niet voorafgaand aan de invoering van vrije prijsvorming af te willen breken, maar zal in 2013 bezien of de prestaties minder detaillistisch vormgegeven kunnen worden. De NZa blijft hierover in gesprek met veldpartijen.

De beleidsregel biedt middels de facultatieve prestatie ziektekostenverzekeraars en farmaceutisch zorgaanbieders extra ruimte doordat het mogelijk is om andere prestatiebeschrijvingen af te spreken dan de uniform geldende prestatiebeschrijvingen. Vanaf 1 januari 2012 kunnen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars gezamenlijk een aanvraag indienen bij de NZa tot het vaststellen van een prestatiebeschrijving. Partijen kunnen hierdoor van de in deze voorliggende conceptbeleidsregel opgenomen prestaties afwijken.

Het gevolg is dat partijen hierdoor meer vrijheidsgraden en mogelijkheden krijgen om zich te onderscheiden. Het betekent ook dat er meer verantwoordelijkheid komt te liggen bij ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder om te komen tot een duidelijke prestatiebeschrijving en de voorwaarden waaronder een tarief in rekening mag worden gebracht. De NZa toetst in beginsel uitsluitend of de prestatie voldoende duidelijk is omschreven en valt binnen de reikwijdte van de Wet marktordening gezondheidszorg en of sprake is van een gezamenlijk verzoek. De NZa zal de facultatieve prestatie uniform toepasbaar maken, met als voorwaarde dat er sprake is van een contract tussen een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar over de betreffende prestatie.

Het is aan zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar om te voldoen aan de eerder beschreven voorwaarden. Partijen kunnen zelf de voorwaarden waaronder een tarief in rekening mag worden gebracht nader overeenkomen. Daarvoor hoeven geen voorschriften door de NZa te worden vastgesteld. De NZa toetst de aanvraag voor een nieuwe prestatiebeschrijving dus beperkt.

Kenmerk
CI/11/24c
11D0026432
Pagina
3 van 4

Bij tarieven die vrij onderhandelbaar zijn, is het belangrijk dat de prestaties waarvoor de tarieven in rekening worden gebracht, duidelijk worden omschreven en vastgelegd. Dit is mede relevant voor de verbodsbepaling op grond van artikel 35, lid 1 Wmg waaruit volgt dat het verboden is een tarief in rekening te brengen voor een prestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving is vastgesteld of waarvoor een andere prestatiebeschrijving is vastgesteld. Gezien deze verbodsbepaling zal door de NZa worden gelet op de precisie en duidelijkheid van de voorgestelde prestatieomschrijving. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars mogen de nieuwe prestatie declareren respectievelijk vergoeden wanneer een beschikking door de NZa is vastgesteld.

Ad 3.

De transparantieverplichtingen voor zorgaanbieders in deze regeling hebben betrekking op een specifieke consumentengroep, namelijk de niet verzekerde consumenten en op consumenten waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder.

Er gelden naast de in deze nadere regel opgenomen transparantieverplichting ook transparantieverplichtingen voor zorgaanbieders én voor ziektekostenverzekeraars indien aan de overige categorie consumenten zorg wordt geboden, namelijk aan verzekerden waarvan de ziektekostenverzekeraar wel een overeenkomst heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder.

De wettelijke voorschriften in de artikelen 38, 39 en 40 lid 1 tot en met 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verplichten zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars hun consumenten respectievelijk verzekerden tijdig en zorgvuldig te informeren over de tarieven die zij voor prestaties en deelprestaties in rekening brengen. In het 'Richtsnoer informatieverstrekking zorgaanbieders' en in het 'Richtsnoer informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2010' wordt uitleg gegeven over deze wettelijke voorschriften en een aantal begrippen wordt nader ingevuld. Deze richtsnoeren zijn te vinden op de website van de NZa, www.nza.nl.

Tot slot

U kunt de bovenstaande beleidsregels en regeling vanaf heden vinden op de website van de NZa (www.nza.nl) onder de rubriek 'Zorgonderwerpen', 'Apotheekzorg', 'Actueel' en onder de algemene rubriek 'Wet- en regelgeving'. Op korte termijn zal hier ook de 'Prestatiebeschrijvingbeschikking farmaceutische zorg' worden gepubliceerd die in werking treedt per 1 januari 2012 en die is gebaseerd op de beleidsregel farmaceutische zorg 2012.

Eventuele vragen naar aanleiding van de inhoud van deze circulaire kunt u per e-mail richten aan informatielijn@nza.nl.

Kenmerk
CI/11/24c
11D0026432

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Pagina
4 van 4

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.S. Mulder
directeur Zorgmarkten Cure