

Berekening GVS eigen bijdrage vanaf 2012

versie 0.1 (concept)

1. inleiding

Per 1 januari 2012 zijn er "vrije prijzen" voor WMG-geneesmiddelen en "vrije tarieven" voor WMG-prestaties. De invoering hiervan staat echter volledig los van de berekening van de eigen bijdrage.

De regeling zorgverzekering geeft aan hoe de hoogte van de maximale eigen bijdrage voor geneesmiddelen berekend kan worden (art. 2.39). Uit de strekking van de regeling zorgverzekering blijkt volgens het ministerie van VWS dat de zorgverzekeraar vanuit de zorgverzekering nooit meer dan de GVS-vergoedingslimiet kan bijdragen aan de geneesmiddelkosten.

Wel is het denkbaar dat verzekeraars in hun polisvoorwaarden het berekenen van de eigen bijdrage op GVS-geneesmiddelen verschillend vastleggen. Hierbij zijn twee mogelijkheden:

- polisvoorwaarde A: de patiënt betaalt de maximale wettelijke eigen bijdrage, de zorgverzekeraar betaalt de rest van de geneesmiddelkosten, tot de maximale GVS-vergoedingslimiet (dit is de enige berekeningswijze tot 31 december 2011).
- polisvoorwaarde B: de verzekeraar betaalt maximaal de GVS-vergoedingslimiet, eventuele resterende kosten worden door de patiënt betaald, tot de maximale wettelijke eigen bijdrage (deze berekeningswijze is mogelijk nieuw vanaf 1 januari 2012, indien uitdrukkelijk zo vastgelegd in de polisvoorwaarden van de verzekeraar).

Op dit moment ontbreekt definitief uitsluitel over de vraag of beide polisvoorwaarden volgens het systeem van de zorgverzekeringswet naast elkaar toepassing kunnen vinden. Softwaresystemen zullen daarom op dit moment met beide polisvoorwaarden rekening moeten houden.

Dit document geeft aan hoe op basis van de gegevens van de G-Standaard en de contractafpraak met de zorgverzekeraar de eigen bijdrage en het bij de zorgverzekeraar te declareren bedrag berekend moeten worden.

2. wet- en regelgeving rondom eigen bijdrage

De zorgverzekeringswet geeft in artikel 11 lid 3 en 4 de mogelijkheid dat er een eigen bijdrage van toepassing kan zijn:

Artikel 11 zorgverzekeringswet:

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

- a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of*
- b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.*

Berekening GVS eigen bijdrage vanaf 2012 **versie 0.1 (concept)**

- 2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.*
- 3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.*
- 4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;*
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;*
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.**
- 5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.*

Het besluit zorgverzekering introduceert het GVS:

art. 2.8, lid 1 aanhef en sub a besluit zorgverzekering:

- 1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;**

Vervolgens zegt het besluit het volgende over de berekening van de eigen bijdrage:

art. 2.8, lid 6 besluit zorgverzekering:

De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij ministeriële regeling wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.

Deze ministeriële regeling is de regeling zorgverzekering, het GVS wordt daarin uitgewerkt vanaf artikel 2.39. De berekening van de eigen bijdrage staat als volgt beschreven:

art. 2.49 regeling zorgverzekering:

De eigen bijdrage bedraagt de kosten van een geneesmiddel, dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, voor zover de toepasselijke vergoedingslimiet, omgerekend naar de desbetreffende hoeveelheid, lager is dan de inkoopprijs die vermeld staat in de Taxe, verhoogd met de over het verschil verschuldigde omzetbelasting.

De taxe wordt overigens als volgt gedefinieerd in de regeling zorgverzekering:

art. 1 lid 1 aanhef en onder h regeling zorgverzekering:

- 1. Deze regeling verstaat onder:
 - h. Taxe: de Taxe, uitgegeven door Z-Index B.V.;**

Berekening GVS eigen bijdrage vanaf 2012

versie 0.1 (concept)

Er zijn op dit moment geen wettelijke regels, of anderszins richtlijnen, over hoe een prijsafspraken over geneesmiddelprijzen tussen apotheek en zorgverzekeraar er uit moet zien.

3. Berekening eigen bijdrage op basis van de G-Standaard en contractafspraken zorgverzekeraar

Deze berekening is alleen van toepassing op geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in de G-Standaard en die zijn opgenomen in het GVS; kortom artikelen die HPRZVV=F in bestand 031 hebben (thesaurus 1510, itemnr=2).

N.B.: u dient op alle bedragen (Inkoopprijs, GVS-limiet, contractprijs) een afleveringshoeveelheidsfactor (AHF) toe te passen.

$AHF = \text{afgeleverde_hoeveelheid} / \text{inkoophoeveelheid (VPINHV in bst004)}$

*Voorbeeld: aflevering van 45 tabletten, terwijl er 30 tabletten in één doosje zitten: $AHF = 1.5$
Alle bedragen moeten nu met factor 1.5 worden vermenigvuldigd.*

Basisgegevens:

- 1.1. Inkoophoeveelheid (IKH): veld VPINHV in bst004
- 1.2. Afgeleverde hoeveelheid
- 1.3. Afleveringshoeveelheidsfactor (AHF) = afgeleverde hoeveelheid / IKH

- 1.4. Inkoopprijs (AIP) = veld PGIKPR in bst004 * AHF
- 1.5. GVS-limiet (GVS) = veld GSVGL in bst004 * AHF
- 1.6. Contractprijs: afgesproken prijs tussen zorgverzekeraar en apotheker over betreffende artikel, deze prijs kan afkomstig zijn uit een prijslijst, of gebaseerd zijn op AIP minus een afgesproken percentage en eventuele aftopping, of anderszins zijn afgesproken. Op het afgesproken bedrag dient ook de AHF te worden toegepast, en wel voordat een eventuele korting en aftopping worden berekend.

Tussengegevens:

- 2.1. Maximale eigen bijdrage (MEB):
Als (AIP > GVS) -> $MEB = AIP - GVS$
Anders: $MEB = 0$
- 2.2. Maximale declaratieprijs zorgverzekeraar (MDZ):
Als (Contractprijs > GVS) -> $MDZ = GVS$
Anders: $MDZ = \text{contractprijs}$
- 2.3. Maximale vergoedingsprijs apotheek (MVergP)
 $MVergP = MDZ + MEB$

Berekening GVS eigen bijdrage vanaf 2012

versie 0.1 (concept)

Eindgegevens:

3.1. Werkelijke vergoedingsprijs (WVergP)

Als (Contractprijs > MVergP) -> WVergP = MVergP

Anders: WVergP = Contractprijs

Afhankelijk van de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar blijkt dat (A) de patiënt maximale eigen bijdrage betaalt en de resterende geneesmiddelkosten door de verzekeraar worden betaald (tot de maximale GVS-vergoedingslimiet) of (B) de verzekeraar een maximale vergoeding betaalt tot de GVS-vergoedingslimiet, en de patiënt eventuele resterende geneesmiddelkosten betaalt, tot de maximale wettelijke eigen bijdrage.

Indien Polisvoorwaarde A (maximale bijdrage patiënt, "klassieke berekening", gebruiken als "default", ook toepassen indien niets blijkt uit contract):

4.1. Werkelijke Eigen Bijdrage (WEB):

Als (WVGP > MEB) -> WEB = MEB

Anders: WEB = WVGP

4.2. Werkelijke declaratieprijs zorgverzekeraar (WDZ):

WDZ = WVGP - WEB

Indien Polisvoorwaarde B (maximale vergoeding door zorgverzekeraar, "nieuwe berekening", deze methode bestond niet voor 2012, alleen toepassen indien expliciet vastgelegd):

5.1. Werkelijke declaratieprijs zorgverzekeraar (WDZ):

Als (WVGP > MDZ) -> WDZ = MDZ

Anders: WDZ = WVGP

5.2. Werkelijke Eigen Bijdrage (WEB):

WEB = WVGP - WDZ

Declaratie:

De apotheek kan in rekening brengen:

- bij de zorgverzekeraar de WDZ

- bij de patiënt de WEB

Alle bedragen zijn exclusief BTW. Bovendien kan de apotheek ook nog het tarief voor de terhandstelling, en eventuele deeltarieven bij de zorgverzekeraar declareren (zelfs indien WDZ=0)

===

Bas van der Meer

Productmanager Wet- en Regelgeving