

A D S T R A T

Aan: Nederlandse Zorgautoriteit
Van: Jurriaan Pröpper – Managing partner
C.c.:
Betreft: Consultatie Advies lange termijn visie farmacie
Datum: 1 november 2008

Onderstaande antwoorden op uw vragen zijn gebaseerd op ons werk als strategie adviseurs voor de verschillende schakels in de farmacie waardeketen: producent van specialité geneesmiddelen, hulpmiddelen of generieke geneesmiddelen, groothandel, zelfstandige- of ketenapotheek, verzekeraar en AIS softwarehuis. Samengevat zijn wij het eens met uw visie maar niet met de voorgestelde uitvoering.

De toegevoegde waarde en daarmee toekomstige rol en beloning van de openbare apothekers ligt inderdaad in het verbeteren van het rendement van de farmaceutische zorgverlening. En vrije prijzen zijn cruciaal om de goeden beter te kunnen belonen dan de slechten. Maar dit ligt mijlenver van hun huidige opleiding, inspanningen en opvattingen dat zij een vanzelfsprekende en homogene ‘nutsvoorziening’ zijn. De grote weerstand van de openbare apothekers moet niet als sterkte (macht) maar als zwakte gezien worden: ze kunnen en weten niet anders.

Aan de andere kant staan de verzekeraars die alleen in grote lijnen weten wat zij willen bereiken: verhoging van het rendement van de kosten van farmaceutische zorg en verbetering van hun imago bij verzekerden. Ook zij weten niet hoe dit te bereiken “want wij zijn geen openbare apothekers en dat willen we ook niet worden. Zij moeten met voorstellen komen.” Dat kunnen de openbare apothekers niet zelfstandig. Er moet eerst een brug gebouwd worden (Optie 2) vóórdat er aan vrije prijzen begonnen kan worden. En die brug bevat meer dan alleen uniforme prestatiedefinities (“D-standaard”). Er zal ook een berekeningsmethode moeten komen voor de opbrengst van de diensten en daarmee de toegestane kosten (i.p.v. de huidige kostenverdeling/toerekening). En er zal vooral een ICT systeem moeten zijn om dit te ondersteunen. Een landelijk experiment zonder brug valt letterlijk en figuurlijk in het water. Het wordt een chaos, ook voor de consument.

Voorgaande samenvatting vindt u terug in de onderstaande antwoorden op uw vragen vanaf pagina 61 in het consultatiedocument. Hierbij wordt dezelfde nummering aangehouden:

1. De farmacotherapeutische dienstverlening is nog niet klaar voor vrije tarieven. Nu praten verzekeraars en openbare apothekers volledig langs elkaar heen. Verzekeraars verwachten meetbare opbrengsten en openbare apothekers verdedigen hun inspanningen. Er is een viertal zaken nodig om dit te overbruggen, die minimaal een jaar aan voorbereiding zullen kosten:
 - a. een classificatie en beschrijving van zorgdiensten (“Diensten-standaard”),
 - b. een berekenmethode van de mogelijke toegevoegde waarde van deze diensten als basis voor onderhandeling over kwaliteit, kosten en tarieven,
 - c. een ICT infrastructuur voor uitvoering, verantwoording en afrekening van deze diensten en

- d. een transitiefasering om de huidige tarieven te kunnen reduceren en te kunnen vervangen door de nieuwe diensten met variabele opbrengsten.
2. De onderscheidende toegevoegde waarde van een apothekhoudende is het optimaliseren van het rendement van farmaceutische zorg tussen patiënt, arts en verzekeraar. De totale opbrengst – in de breedste zin van het woord – in verhouding tot de totale kosten van de zorg, ook voor en door patiënt. Wij zijn het dus eens met de stelling.
 3. Zie antwoord 1. Optie 2 biedt in tegenstelling tot optie 1 de mogelijkheden om de apothekhoudende te focussen en belonen voor hun onderscheidende toegevoegde waarde, ook ten opzichte van zijn minder presterende collega's (veel gehoorde klacht). En is in tegenstelling tot optie 3 uitvoerbaar en dus efficiënt. Een uniforme definitie van prestaties (diensten) is cruciaal om deze prestaties te kunnen uitvoeren, verantwoorden en afrekenen. Optie 3 wordt een kostbare chaos.
 4. De prestaties (diensten) moeten vooraf vastgesteld worden. Samen met een berekenmethode voor de opbrengst van de diensten als basis voor onderhandeling over tarieven én met automatisering voor uitvoering, afrekening en verantwoording.
 5. Uniformiteit is nodig voor de uitvoerbaarheid, maar staat later innovatie in de weg. Als op termijn de transitie van vaste tarieven voor inkoop/logistiek naar variabele tarieven voor zorgprestaties voltooid is, zullen de ontwikkeling van de prestatiebeschrijvingen losgelaten kunnen en moeten worden.
 6. Maatregel 1 is zeker nodig om het draagvlak te verbeteren voor kostenbeheersing, maar staat los van vrije tarieven. Ook met vaste tarieven is transparantie van kosten naar de patiënt nodig. Overigens zijn de IGZ, KNMP en SIR te veel apotheker en te weinig bedrijfseconoom. Ze benaderen de prestaties vanuit het vak en de inspanning in plaats van uit het doel en het resultaat. Dit bouwt een bruggenhoofd, maar geen brug.
 Maatregel 3 zal een voorwaarde zijn van de apothekhoudende om te investeren in nieuwe diensten en lagere tarieven. Er zal meer volume en dus meer patiënten door sturing van verzekeraars tegenover lagere tarieven moeten staan. Zo werkt dat in iedere (andere) markt.
 Maatregel 4 is een typische prestatie/dienst van de toekomst (vanuit bedrijfseconomisch perspectief, zie maatregel 1). De apotheker heeft bewezen dit goed te kunnen. Geef de apotheker een bonus die afhankelijk is van het % generiek. Hier zijn hele mooie getrapte modellen voor te maken.
 Gedifferentieerde eigen bijdragen voor extra service is een goed werkend middel in andere landen, mits het eenvoudig gehouden wordt. Dus dit voorbeeld kan. Als iemand toch per sé een specialité wil moet de patiënt het verschil bijbetalen.
 'Herssubstitutie' is een te klein probleem met een andere oorzaak om met keten DBC's effectief op te lossen. Een beloning voor doelmatigheid aan openbare apothekers is voldoende.
 Maatregel 5a is niet nodig en niet wenselijk. Er zullen straks minder openbare apotheken en meer openbare apothekers nodig zijn. De apotheker komt los van de apotheek omdat er veel meer geneesmiddelen rechtstreeks afgeleverd worden. Daarentegen zal het zorgvolume sterk moeten stijgen om een inkomen te verdienen. En dat is werk voor de apotheker zelf. Veel apotheeklocaties zullen de transitie niet kunnen maken en halen. Daarvoor in de plaats zullen andere uitgiftepunten en afleverkanalen ontstaan. Dus maatregel 5b zal zich vanzelf voltrekken onder druk van lagere 'concurrerende' logistieke tarieven.

7. Zoals aangegeven mis ik de berekeningsmethode/grondslag voor de waarde van de prestaties/diensten en begrip voor de omvang van de ICT aanpassingen voor de uitvoering.
8. Een experiment vind ik een verkeerd woord en een verkeerde benadering. Er zal regie gevoerd moeten worden voor een georganiseerde transitie. Dit betekent eerst Optie 2 voorbereiden met de bijbehorende berekeningsmethode en ICT infrastructuur. Dan de regelvergoedingen verlagen om budgettaire ruimte te maken voor beloning van zorgprestaties. En pas dan kan het experiment beginnen met een verplichting aan verzekeraars om het vrijgekomen budget ook uit te geven in vrije onderhandelingen en dus tarieven.
9. De eerste terugvaloptie is geen optie. Als de nood aan de man komt is dit veel te ingewikkeld. Er gaan hele studies en rechtszaken aan vooraf. Het is een voortzetting van de impasse op een nieuw terrein. De marktmacht (en kunde) van de openbare apothekers is klein gebleken tijdens het preferentiebeleid. De verzekeraars hebben de macht maar ontberen de kennis en kunde om diensten te definiëren én waarderen én implementeren. Ze hebben de grootste moeite om de modulaire tarieven werkend te krijgen. En dat zijn maar een paar diensten en tarieven.
De tweede terugvaloptie ligt in het verlengde van ons eerdere pleidooi voor een goed voorbereide Optie 2. Als de markt er niet uitkomt kan de NZa zelf minimum tarieven vaststellen voor de gedefinieerde prestaties volgens de ontwikkelde berekeningsmethode. En deze kunnen direct in de systemen ingevoerd worden. Zo wordt er een bodem gelegd onder de markt tijdens de transitie.
10. De voorbereidingen van Optie 2 zullen langer vergen dan 1 jaar. De ICT zal de remmende factor zijn.
11. De apotheekhoudende had uitsluitend ‘macht’ (positie om zelfstandig keuzes te maken) over merksubstitutie naar en tussen generieke geneesmiddelen. Deze macht is verdwenen. De apotheker heeft nu weinig invloed over de therapiekeuze door de huisarts, de belangrijkste bepaler van kosten. Door zorg in plaats van logistiek te gaan belonen en invoering van het landelijk EPD, komt de apotheker los van de receptenstroom en de huisarts. Hierdoor kan de apotheker de grote(re) macht van de huisarts in opdracht van de verzekeraar helpen beheersen.
12. In afgelegen gebieden zijn huisarts en apotheker tot elkaar veroordeeld of zelfs dezelfde persoon. Dit kan natuurlijk tot ongewenste praktijken leiden, maar ook tot betere controle en beheersing van het voorschrijfgedrag. Het laatste komt vanuit mijn optiek vaker voor, gegeven de hoge substitutiegraad waar de verzekeraars nu volop van profiteren.
13. De inkoopmacht van verzekeraars is groot voor gedefinieerde producten met meerdere aanbieders en met vrije prijzen en tarieven. Dit is nu alleen nog het geval voor generieke geneesmiddelen (en het B-segment) en dus nog beperkt.
14. Producenten van generieke geneesmiddelen hebben geen enkele macht meer, is gebleken.
15. Producenten van specialité (single source) hebben macht vanuit hun patenten en hun vakinhoudelijke benadering en relatie met de artsen. Het leidt zeker tot kwalitatieve verbeteringen maar ook tot verhoging van de zorgvraag en de prijs. De kosten kunnen dan de pan uit rijzen, waardoor uiteindelijk de consument de dupe is (USA). De macht is echter tanende. Ten eerste omdat er steeds minder gepatenteerde geneesmiddelen overblijven en deze een kleiner werkingsgebied en

- verbetering hebben. Er komen ook steeds meer concurrenten bij. Ten tweede omdat artsen steeds meer gestuurd en beloond worden voor doelmatigheid.
16. Groothandelaren hebben hun macht voor een groot deel verloren door het succes van het preferentiebeleid. Zij leefden van marges op het aggregeren van generiek volume naar één merk en daar aan gekoppelde mandaten/afspraken met individuele openbare apothekers. De verzekeraars hebben deze rol overgenomen.
 17. Ja, nog niet alle generieke geneesmiddelen zijn preferent. En het preferentiebeleid is per definitie effectief. Door sturing vindt aggregatie van volume plaats waardoor de beste prijzen tot stand komen voor uniforme producten. Deze prijzen zullen in een aantal golven uiteindelijk uitkomen op een niveau waar de markt zich in stand houdt. Dus net voldoende om het voor meerdere producenten interessant te houden om mee te blijven doen. Dit lijkt nu niet het geval. Er wordt marktaandeel gekocht.
 18. Nee, Nederland is te klein voor HMO's. Verzekeraars stellen de gewenste prestaties vast, samenwerkingsverbanden van openbare apothekers stellen oplossingen voor en samen onderhandelen ze een prijs uit.
 19. Ja, per definitie. Zie antwoord 17.
 20. Ja, het is zelfs cruciaal dat beter presteren ook beter beloond wordt, zodat de goeden verder kunnen investeren in verbetering van de zorgverlening en de slechten gedwongen worden dit alsnog te doen. Dit vergt wel professioneel 'procurement' van verzekeraars om een betrouwbare klant te zijn die ruimte laat voor investeringen en niet met harde 'purchasing' voor een paar euro minder voor slechtere zorgverleners kiest en de goeden met hun investeringen laat zitten.
 21. De G-standaard is cruciaal voor een efficiënte marktwerking en uitvoering. Het loslaten hiervan leidt tot allerlei verschillende databases met bijbehorende hoge kosten, vele fouten en gebrek aan transparantie.
De huidige regels omtrent de maximum prijzen is een maatregel van de overheid om de kosten te drukken. Dit blijkt niet meer nodig te zijn omdat de verzekeraars over voldoende macht bezitten om de prijzen van generiek te laten dalen. Verzekeraars hebben allemaal dezelfde maximum prijs gehanteerd omdat de ICT ontbreekt om met individuele prijzen te werken. Dit zouden ze graag doen. Ook om het meeliften van passieve collega's tegen te gaan.
Voor de marktwerking is het daarom belangrijk dat de G-standaard blijft bestaan, er vrije prijzen mogen van de wetgeving en ook kunnen door ICT aanpassingen. Dit laatste bepaalt de timing. Hetzelfde geldt voor de prestaties/diensten.
 22. Eigen bijdragen worden vermeden omdat er geen overeenstemming is over welke zorg echt nodig en welke zorg nuttig maar extra is. Hier verschillen de meningen nog over binnen de politiek, het publiek, de artsen, de openbare apothekers en de verzekeraars. Bovendien zijn de openbare apothekers niet gewend om te discussiëren met patiënten. Ze doen alleen mededelingen. En het leidt tot extra administratie.
 23. De merksubstitutie is uitstekend gegeven de grote bedragen die eerst de claw-back en nu preferentie steeds weer uit de waardeketen haalt. Therapeutische substitutie staat nog in de kinderschoenen door de grote afhankelijkheid bij openbare apothekers van de receptenstroom van huisartsen. Een eigen voorbeeld is de afspraak dat huisartsen bij Naproxen (achtigen) altijd maagzuurremmers meegeven. Ook als patiënt daar nog nooit last van heeft gehad. Ik heb net een doosje Nexium met einddatum in 2007 ongebruikt in de prullenbak gegooid. Openbare apothekers moeten patiënten wijzen op de mogelijkheid dat het kan

- gebeuren en hen 3 pillen meegeven en/of ze vragen terug te komen als ze last van hun maag krijgen.
24. Zoals hiervoor opgemerkt kan de apotheker in het algemeen niet veel uitrichten voor therapeutische substitutie naar doelmatige geneesmiddelen. Alleen als huisartsen zelf willen of moeten, verandert er iets. Merksubstitutie bewijst dit. De huisarts is verplicht de stofnaam op te schrijven. Daar heeft de apotheker het FTO niet voor nodig.
 25. Natuurlijk nemen de inspanningen voor substitutie af als daar geen beloning meer tegenover staat. Zie vraag 6, maatregel 4: anders belonen.
 26. Wie betaalt bepaalt. Een andere beloning voor openbare apothekers op zorgrendement maakt hen minder afhankelijk van de receptenstroom en geeft hen de mogelijkheden en prikkels om meer substitutie bij huisartsen te bewerkstelligen. Deze kan bij huisartsen ook direct gerealiseerd worden door andere beloning.
 27. Specialité fabrikanten zien het ziekenhuis terecht als een bron van nieuwe langdurige klanten voor hun producten. Daarom geven zij veel geld uit aan allerlei ondersteuning van specialisten. En zijn ze bereid producten vrijwel gratis weg te geven voor de korte duur dat patiënten daar zijn. Het feit dat patiënten in ziekenhuizen vaak specialité krijgen heeft dus niets te maken met de bekostiging, maar met de samenwerking tussen specialist en industrie. Deze is vanuit hun optiek heel doelmatig: hoge kwaliteit tegen hele lage kosten. Hier is in het ziekenhuis dus weinig tegen te doen. Wel zodra patiënt het ziekenhuis verlaat. Dan zullen huisarts en/of apotheker beloond moeten worden om de patiënt eventueel therapeutisch te switchen naar een doelmatiger geneesmiddel.
 28. Zolang de verstrekkers verdienen aan de marge en dus aan de prijs van een product, is financiële belangenverstrengeling tussen voorschrijvers en verstrekkers lonend. Door de verzekeraars rechtstreeks in te laten kopen bij de producenten wordt de bron hiervan weggenomen.
 29. Zie ook 22. Er dient overeenstemming te zijn over wat in het buitenland 'health economics' wordt genoemd. De totale kosten en opbrengsten van behandeling. Met een dergelijk model kunnen inhoudelijk discussies gevoerd worden en beslissingen genomen worden over wat iets mag kosten en wat dus wel en niet vergoed wordt.
 30. Openbare apothekers zullen zeggen dat de farmacotherapeutische zorg goed is. De uitgaven per patiënt zijn internationaal gezien niet hoog. En patiënten zijn tevreden, er wordt voldaan aan de verwachtingen. Zoals winkeliers wel eens zeggen: 'Loyaliteit is een gebrek aan beter'. De patiënten (en openbare apothekers) hebben geen idee wat 'beter' is. Mondjesmaat worden er initiatieven genomen op bijvoorbeeld polifarmacie. Kortom, de nutsvoorziening is prima, maar de zorg kan beter.
 31. Vanuit de patiënt gezien heeft de apotheker 3 taken. Ten eerste zorgen dat de patiënt op tijd de voorgeschreven medicijnen geleverd krijgt. De regie voeren over de logistiek. Dit wil niet zeggen zelf uitvoeren. Ten tweede zorgen dat de patiënt geneesmiddelen krijgt die goed werken, de controle functie op het voorschrijfgedrag van artsen. En ten derde het gebruik van de medicijnen begeleiden. De apotheker besteedt nu voor de gedachte 60% van de tijd aan de logistiek, 30% aan controle en 10% aan begeleiding. En dit moet precies andersom worden: 10, 30 en 60%.

32. De logistiek kan voor een groot deel overgenomen worden door een centraal systeem met bijvoorbeeld central filling voor herhaalrecepten of zelfs een hele internetapotheek. De controle wordt nu al in hoge mate uitgevoerd door het AIS in de apotheek. Een landelijk/regionaal EPD is essentieel om de controle functie te kunnen blijven uitoefenen als de logistiek meer en meer rechtstreeks gaat. De derde begeleidingstaak zou in theorie door huisartsen gedaan kunnen worden. In de praktijk zijn ze daar te druk en te gefocust voor. Huisartsen specialiseren zich steeds meer in het stellen van diagnoses en minder in de uitvoering en begeleiding daarvan. Hier nemen ze praktijkverpleegkundigen voor aan. Het is zeker denkbaar dat openbare apothekers een loket/kamer in de huisartsenpraktijk krijgen.
33. Op dit moment is de apotheker niet belangrijk in het FTO, omdat de apotheker afhankelijk is van de huisartsen. Het FTO kan wel een belangrijk instrument worden voor verzekeraars als zij met een andere beloning de apotheker daar een rol in therapeutische substitutie geven.
34. Nee, verzekeraars letten onvoldoende op de kwaliteit van de diensten van openbare apothekers. Ze kunnen het op dit moment ook niet, omdat ze een andere definitie van kwaliteit nodig hebben (D-standaard en rekenmodel) voordat ze hierop kunnen sturen. De huidige rapportages van openbare apothekers beschrijven vooral inspanningen en weinig concrete resultaten. En verdwijnen daarom tot frustratie van de openbare apothekers op de grote stapel.
35. Ja, er is een tijdelijke rol weggelegd voor overheidsregulering voor een ordelijke transitie van een inkoop/logistiek model met vaste uniforme prijzen naar een zorgdiensten model met variabele prijzen. De werelden van openbare apothekers en verzekeraars, het nu en straks, liggen te ver uit elkaar om dit op zijn beloop te laten. De vaste tarieven zullen stapsgewijs afgebouwd moeten worden om ruimte te maken voor gestandaardiseerde zorgdiensten tegen variabele tarieven met meer concurrentie.
36. Zie 35.
37. Het aantal locaties is voldoende. De openingstijden mogen ruimer. En de huisartsenpost en dienstapotheek mogen naar het ziekenhuis verhuizen. Daar zijn meer mogelijkheden en een groter assortiment.
38. De tarieven nu loslaten in een landelijk experiment, leidt tot vele onnodige faillissementen met bijbehorende schadeclaims. Openbare apothekers en verzekeraars weten nog niet hoe de toekomstige dienstverlening en prijsvorming er uit ziet. De bodem onder de inkomsten uithalen betekent dat openbare apotheken voorlopig bezig zijn met ontslagrondes en sluitingen i.p.v. innovatie. Nadat de toekomstige dienstverlening en prijsvorming bekend zijn en met ICT aanpassingen uitvoerbaar is, zullen faillissementen wel nodig zijn om veel openbare apothekers te dwingen hun rol anders in te vullen. De tarieven voor de oude diensten zullen tijdens de transitie dus niet kostendekkend moeten zijn. Een shake-out is noodzakelijk om een efficiëntere ordening in de keten te krijgen.
39. Er is een onderscheid tussen de apotheker en de apotheekvestiging. De rol van de apotheker wordt versterkt om de doelmatigheid te verhogen. De logistieke rol van de apotheekvestiging zal veel minder worden, omdat een groot deel van de receptenstroom op een andere directe manier efficiënter kan worden uitgevoerd. Er zullen zeker vestigingen permanent verdwijnen, maar daar komen andere vormen voor terug zoals internet en uitgiftepunten bij huisartsen en misschien wel weer drogisterijen.

40. Zie 39. De rechtstreekse thuisbezorging en daarmee toegang voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen wordt juist verbeterd. Dit is efficiënter en onder regie van een apotheker vanuit een landelijk/regionaal EPD net zo veilig.
41. Zie 39 en 40. Minder vestigingen zijn nodig voor verlaging van de kosten en verhoging van de doelmatigheid in de keten. Een andere inzet en beloning van de openbare apothekers is daar ook voor nodig.
42. Zie 39, 40 en 41. Er zal meer rechtstreeks geleverd gaan worden waardoor er vestigingen zullen verdwijnen, of beter gezegd op een andere manier worden ingevuld. Ook bij een internetapotheek moet een onderscheid gemaakt worden tussen de zorg en de logistiek. Het eerste zal geen grote vlucht nemen. Patiënten willen door hun eigen apotheek/apotheker geholpen worden. Het tweede zal wel een grote vlucht nemen. In die zin wordt iedere apotheker een internetapotheek: dankzij ICT een locatie onafhankelijke rol met scheiding van zorg en logistiek.