

NZa
Mevrouw Drs. C.C. van Beek MCM
Postbus 3017
3502 GA Utrecht



Datum
4 november 2008
Onderwerp
Reactie Agis Zorgverzekeringen op
Consultatiedocument Advies lange
termijnvisie geneesmiddelen beleid
Behandeld door
Barbara de Reijke
033 445 62 99
Ons kenmerk
8-0315/BdR/MA/IK

Geachte mevrouw Van Beek,

Graag willen wij van de gelegenheid gebruik maken om namens Agis Zorgverzekeringen een reactie te geven op het Consultatiedocument Advies langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid.

Alvorens over te gaan op de beantwoording van de consultatievragen, willen wij graag een aantal algemene opmerkingen plaatsen. In de huidige systematiek bestaat het inkomen van de apotheekhoudende uit twee verschillende onderdelen, de marge op geneesmiddelen enerzijds en anderzijds het tarief voor apotheekhoudende wat een vergoeding omvat voor de distributie van geneesmiddelen en de geleverde farmaceutische zorg.

Sinds 1991 zijn apotheekhoudenden gestimuleerd om de inkoopvoordelen op geneesmiddelen te behouden voor de eigen exploitatie. Een gedeelte van de inkoopvoordelen wordt gebruikt voor de overige functies van de apotheek, de distributie en de farmaceutische zorg. Hierdoor zijn onduidelijkheden in de financiering ontstaan.

Een financiering die zowel distributie als farmaceutische zorg omvat, alsmede de bovengenoemde kruisfinanciering, laat onvoldoende mogelijkheden voor honorering naar de zorg toegevoegde waarde van de apotheekhoudende. De apotheekhoudenden kan immers, ook indien onvoldoende farmaceutische zorg geleverd wordt en geen contract met de zorgverzekeraar afgesloten wordt, wel de apothekerstarieven en geneesmiddelentarieven in rekening brengen.

Om te gaan naar een situatie waarin de apotheker gehonoreerd kan worden voor zijn zorg toegevoegde waarde is, in onze visie, een scheiding in de financiering tussen de verschillende functies naar onze mening noodzakelijk. Dit leidt tot de volgende onderdelen:

1. Geneesmiddelen
2. Distributie
3. Farmaceutische Zorg / Zorgtoegevoegde waarde (ZTW)

Ad 1: Inkoopvoordelen van geneesmiddelen dienen niet langer als financieringsbron voor de apotheekhoudende. Inkoopvoordelen dienen direct in lagere prijzen omgezet te worden, de marge dient dus naar nul teruggebracht te worden. De verantwoordelijkheid tot beheersing van de prijzen van geneesmiddelen ligt dan primair bij de zorgverzekeraar en het Ministerie van VWS. Een middel om dit te bereiken kan bijvoorbeeld het preferentiebeleid zijn. Dit preferentiebeleid is dus geen doel op zich.

Ad 2: De distributie van geneesmiddelen dient ook als zodanig gehonoreerd te worden. Dit dient niet op de Nederlandse Apothekers Norm (NAN) gebaseerd te zijn, maar een absoluut minimum aan kwaliteitseisen te bevatten. Een internetapotheek zou hier bijvoorbeeld ook aan moeten kunnen voldoen. Wel is er een mogelijkheid tot differentiatie naar aflevering (baxtering, bijzondere bereidingen, etc.). Naar onze mening dient dit tarief door de NZa kostendekkend vastgesteld te worden. Hierbij kan niet uitgegaan worden van de huidige kostenstructuur in een apotheek, omdat deze op dit moment tevens een gedeelte van de ZTW omvat. Wanneer dit door de NZa wordt vastgesteld, laat dit ruimte aan de zorgverzekeraar en apotheekhoudende om zich te concentreren op inhoud en onderhandelingen over de ZTW.

Ad 3: De zorgtoegevoegde waarde kan aflevergebonden zorg en niet- aflevergebonden zorg omvatten. Dit gedeelte van de financiering omvat vrije tarieven en prestaties en dient in overleg tussen zorgverzekeraar en apotheekhoudende vastgesteld te worden. Indien onderling niet tot afspraken gekomen kan worden, kan ook geen prestatie in rekening gebracht worden bij de verzekerde. Hierdoor ontstaat de noodzaak bij de apotheekhoudende om hierover afspraken te maken en de kwaliteit nader te omschrijven.

Consultatievraag 1: Is de farmacotherapeutische dienstverlening naar uw oordeel klaar voor vrije tarieven? Op welke termijn?

Als zorgverzekeraar achten wij het op termijn mogelijk en wenselijk om een deel van de tarieven voor apotheekhoudende te liberaliseren. Eerste afspraken over zorgtoegevoegde waarde kunnen reeds binnen de huidige structuur plaatsvinden. Echter, de distributiegebonden tarieven dienen nog bepaald te worden door de NZa. Wel is een verdere slag nodig om tot transparantie in kwaliteit (zorgtoegevoegde waarde) te komen. De IGZ prestatie-indicatoren zoals die nu zijn vastgelegd zijn niet voldoende, vooral omdat die onvoldoende zeggen over de toegevoegde waarde voor de consument. Zorgverzekeraars zijn vooral op zoek naar resultaatgerichte indicatoren in plaats van procesindicatoren.

Consultatievraag 2: Welke visie heeft u op de kerntaken van de apotheekhoudende? In hoeverre bent u het eens met de stelling in paragraaf 2.3 dat de kerntaken van de apotheker primair gerelateerd zijn aan zorginhoudelijk advies, en secundair aan de inkoop- en distributietaken?

Wij zijn het deels oneens met de stelling dat de kerntaak van de apotheker primair gerelateerd is aan zorginhoudelijk advies. Volgens ons zijn de kerntaken van de apotheekhoudende die taken, die wettelijk aan hem/haar zijn voorbehouden in de Geneesmiddelenwet en de WGBO. Die taken zijn met name de terhandstelling (distributie) van geneesmiddelen aan de individuele patiënt en alle handelingen daaromheen (medicatiebewaking, advies, uitleg). Wel zijn wij van mening dat de apotheker zich dient te differentiëren op de taken gerelateerd aan zorginhoudelijk advies. Wij zien hier met name een rol voor de zorgverzekeraar en apotheekhoudende onderling om hierover afspraken te maken.

Consultatievraag 3: Welke optie ten aanzien van het vaststellen van prestaties zoals beschreven in paragraaf 3.3.2 acht u de meest geschikte voor het vaststellen van prestaties in de aanloop naar en onder het systeem van vrije tarieven? Met meest geschikt wordt hier bedoeld: in termen van het consumentenbelang (kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid). In hoeverre beschouwt u deze optie als (noodzakelijke) randvoorwaarde voor de introductie van vrije tarieven?

Zoals ook in de inleiding aangegeven, achten wij een scheiding tussen geneesmiddelenprijzen, distributie en zorg een noodzakelijke randvoorwaarde voor het betaalbaar en doelmatig houden van de farmaceutische zorg. De distributie van geneesmiddelen dient daarbij omschreven te worden zonder verstengeling van farmaceutische zorg en zodanig dat alle apotheken hieraan kunnen voldoen, inclusief internetapotheken. De Nederlandse Apothekers Norm (NAN) voldoet in deze dus niet.

Consultatievraag 4: Mochten er nieuwe prestaties vastgesteld worden, op basis van optie 2 of 3 zoals genoemd in paragraaf 3.3.2, wanneer moeten deze in uw ogen dan uiterlijk gereed zijn in verhouding tot de invoering van vrije tarieven?

Naar onze mening zal het vooraf inkaderen van prestaties het ontwikkelingsproces verstarren. Dit heeft niet onze voorkeur. Wij zijn van mening dat additionele prestaties op zorgtoegevoegde waarde tussen zorgverzekeraar en apotheekhoudende afgesproken dienen te worden. Dit dient te gebeuren op meetbare en toetsbare indicatoren, niet alleen op proces- of inspanningsindicatoren.

Consultatievraag 5: In hoeverre acht u het vaststellen, onderhouden en aanvullen van prestatiebeschrijvingen na de invoering van vrije tarieven (nog) van belang?

N.v.t.

Consultatievraag 6: Welke van de overige maatregelen vooraf zoals beschreven in paragraaf 3.3 zijn nodig om een goede uitgangspositie te creëren voor vrije tarieven? In hoeverre ziet u deze maatregelen als (noodzakelijke) randvoorwaarde voor de introductie van vrije tarieven?

Verbetering van de transparantie van kwaliteit van apothekers is noodzakelijk. Dit dient te gebeuren op meetbare en toetsbare indicatoren, niet alleen op proces- of inspanningsindicatoren. De door de IGZ ontwikkelde indicatoren zijn in deze onvoldoende.

Consultatievraag 7: Welke andere maatregelen vooraf acht u noodzakelijk en/of gewenst?

- Loskoppelen van inkoop van geneesmiddelen, distributie en farmaceutische zorg
- Distributietarief, alleen voor de distributie van geneesmiddelen, ontleed van farmaceutische zorg (zie inleiding)
- Prikkel voor de apotheekhoudende om afspraken te maken met zorgverzekeraars over de zorgtoegevoegde waarde. Wij zijn van mening dat dit gewaarborgd is wanneer de prestatie alleen bij onderlinge overeenstemming in rekening gebracht kan worden.
- Er dienen dus met nadruk geen prestaties door de NZa te worden vastgelegd voor die situaties waarin geen overeenstemming tussen de apotheekhoudende en de zorgverzekeraar tot stand komt! De terugvaloptie in dit geval is het distributietarief.

Consultatievraag 8: In hoeverre acht u het in dit hoofdstuk beschreven benadering voor een marktbreed landelijk experiment kansrijk?

Op dit moment is het binnen de huidige financiering reeds mogelijk om over te gaan op (plus-)afspraken over farmaceutische zorg tussen apotheken en zorgverzekeraars.

Consultatievraag 9: In hoeverre acht u de in dit hoofdstuk beschreven terugvalopties kansrijk? Welke alternatieven bestaan er (bijvoorbeeld vasthouden aan prestatiebeschrijvingen met (gedeeltelijke) tariefregulering)?

De terugvaloptie met dynamisch omzetplafond lijkt ons niet de juiste. Hierin zit de kruisfinanciering van inkoopvoordelen en apothekerstarief verweven. Een betere terugvaloptie is het loskoppelen van inkoop, distributie en farmaceutische zorg (zie inleiding en consultatievraag 7).

Ad terugvaloptie 2: DGV niveau 4 is onzes inziens een procesindicator, geen resultaatsindicator.

Consultatievraag 10: Hoeveel tijd hebben marktpartijen nodig om zich voor te bereiden op vrije tarieven van apotheekhoudende? Is het haalbaar het experiment te starten per 1-1-2010?

Is afhankelijk van de gemaakte keuzes.

Consultatievraag 11: Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van apotheekhoudende? Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?

De marktmacht van apotheekhoudenden is aanmerkelijk. Met name bij restitutie polissen waarbij 100% vergoeding is, ook bij niet-gecontracteerde zorg. Door de sterke onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars wil de zorgverzekeraar de consument zo goed mogelijk bedienen. Dit komt in het geding wanneer de apotheek dreigt om nota's aan de verzekerde mee te gaan geven. Dit kan tevens leiden tot een sterke toename van administratieve lasten. Een zorgverzekeraar zal daarom de eisen aan de apotheek niet te hoog stellen. Het is daarom in het verleden niet mogelijk geweest om lagere dan de maximumprijzen af te spreken met apothekers (uitgezonderd voor internetapotheken). Tevens is het ook niet mogelijk geweest om afspraken te maken over de inkoopvoordelen. Dit heeft hoge prijzen voor consumenten als gevolg gehad en weinig inzicht in kwaliteit.

De effectiviteit van het preferentiebeleid is geen indicatie dat het met de marktmacht van de apotheekhoudende meevalt, omdat het preferentiebeleid niet in onderhandeling met de apotheek geregeld hoeft te worden. Het preferentiebeleid kan door de zorgverzekeraar in de polis met de verzekerde geregeld worden. De effectiviteit van het preferentiebeleid zegt daarom meer over de marktmacht van zorgverzekeraars ten opzichte van generieke fabrikanten dan over de marktmacht van zorgverzekeraars ten opzichte van apotheekhoudenden.

Consultatievraag 12: Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van apotheekhoudende in delen van Nederland met een geringe dichtheid van apothekers? Welke gebieden heeft u hierbij specifiek op het oog?

In dorpen, in het bijzonder aan de rand van het primaire werkgebied van een zorgverzekeraar of in het buitengebied is de marktmacht levensgroot. Om de verzekerden te voorzien van gecontracteerde zorg in deze gebieden, kan de zorgverzekeraar nauwelijks voorwaarden stellen. Daarom weigeren apothekers de polisvoorwaarden uit te voeren. Tevens zijn er apotheken die hun zorgplicht verzaken door verzekerden niet te wijzen op de mogelijkheid dat sommige geneesmiddelen niet vergoed worden door hun zorgverzekeraar. Tevens adviseren deze apothekers hun klanten om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.

Consultatievraag 13: Hoe beoordeelt u de mate van inkoopmacht van zorgverzekeraars, en de invloed daarvan op de consumentenbelangen?

Doordat er voor de consument nog onvoldoende inzicht is in kwaliteit tussen zorgverleners, is ook de inkoopstrategie van zorgverzekeraars nog onvoldoende duidelijk voor de consument. Hierdoor wordt tussen zorgverzekeraars voornamelijk op prijs geconcurrerd.

Consultatievraag 14: Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van producenten van multisource geneesmiddelen? Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?

Sinds de doorbraak in het preferentiebeleid van 1 januari 2008 is de marktmacht van producenten van multisource geneesmiddelen sterk afgenomen, getuige ook het feit dat de prijzen van generieke geneesmiddelen sterk zijn gedaald.

Consultatievraag 15: Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van producenten van singlesource geneesmiddelen? Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?

De marktmacht van de singlesource fabrikanten is groot. Er is geen invloed van zorgverzekeraars op de prijzen van nieuwe geneesmiddelen. De fabrikant bepaalt volledig de prijs. De reden hiervoor is dat de Minister beslist over de opname in het pakket. Wanneer een geneesmiddel eenmaal in de vergoeding is opgenomen is er voor de zorgverzekeraar geen mogelijkheid meer om hierover afspraken te maken. De enige mogelijkheid tot prijsafspraken met singlesource geneesmiddelenfabrikanten is wanneer geneesmiddelen niet of niet-volledig vergoed worden.

Consultatievraag 16: Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van groothandelaren? Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?

Niet relevant

Consultatievraag 17: Verwacht u dat het preferentiebeleid ook na de volgende contractronde effectief zal zijn in het beheersing van de prijzen van generieke geneesmiddelen? Waarop baseert u deze verwachting?

Ja, uit gesprekken met generieke leveranciers blijkt dat het preferentiebeleid nog steeds zijn effect heeft.

Consultatievraag 18: Verwacht u dat op langere termijn in Nederland gespecialiseerde inkooporganisaties zullen ontstaan die in opdracht van zorgverzekeraars de inkoop van geneesmiddelen (en mogelijk ook andere taken rond rationele farmacotherapie) gaan uitvoeren?

Ja, dit zou een mogelijkheid kunnen zijn.

Consultatievraag 19: In hoeverre impliceert een duurzaam effectief preferentiebeleid een sterke onderhandelingspositie van verzekeraars tegenover apotheekhoudende?

De effectiviteit van het preferentiebeleid is geen indicatie dat het met de marktmacht van de apotheekhoudende meevalt, omdat het preferentiebeleid niet in onderhandeling met de apotheek geregeld hoeft te worden. Het preferentiebeleid kan door de zorgverzekeraar in de polis met de verzekerde geregeld worden. De effectiviteit van het preferentiebeleid zegt daarom meer over de

marktmacht van zorgverzekeraars ten opzichte van generieke fabrikanten dan over de marktmacht van zorgverzekeraars ten opzichte van apothekhoudenden.

Consultatievraag 20: Indien effectief preferentiebeleid een sterke onderhandelingspositie van verzekeraars tegenover apothekhoudende impliceert, volgt hier dan uit dat op termijn de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening kunnen worden vrijgelaten?

Nee. Het preferentiebeleid is geen voorbeeld van een sterke onderhandelingspositie. Met het preferentiebeleid is het mogelijk de aanspraak van verzekerden aan te scherpen. Dit is niet mogelijk met de tarieven van apothekers.

Consultatievraag 21: Kunnen de regels voor een prijslijst, zoals genoemd in paragraaf 4.7, afgeschaft worden? Op welke termijn?

Nee. Een algemene prijslijst is van waarde, ook voor de voorschrijvers in de FTO's. Mogelijk zullen daarnaast wel prijslijsten per zorgverzekeraar ingesteld kunnen worden.

Consultatievraag 22: Tot dusver worden eigen bijdragen van patiënten vermeden. Wat is hiervoor naar uw mening de reden

Op dit moment wensen wij hier niet nader op in te gaan.

Consultatievraag 23: Hoe beoordeelt u de huidige mate van substitutie van geneesmiddelen in Nederland? Waarop baseert u dit oordeel?

Geen commentaar.

Consultatievraag 24: Welke rol speelt de apothekhoudende (in het kader van het FTO) bij het tot stand brengen van gewenste substitutie naar doelmatige geneesmiddelen?

Er is enerzijds de generieke substitutie en anderzijds de therapeutische substitutie. De invloed van de apotheker op de generieke substitutie was groot. Door de hoge marge hierop streefde de apotheker immers naar maximalisatie van inkoopvoordelen. Door een lagere marge ten gevolge van het preferentiebeleid zal de inspanning van de apotheker hierop teruglopen. Echter, de generieke substitutie is met het preferentiebeleid geregeld in de aanspraak van de verzekerden. Het kan echter wel therapeutische substitutie tot gevolg hebben (een duurder singlesource geneesmiddel).

De invloed van de apotheker op de therapeutische substitutie is gering. De voorschrijver is en blijft verantwoordelijk voor welk middel voorgeschreven wordt. Voor het maken van afspraken met huisartsen over het voorschrijfgedrag dient ook de marktmacht van huisartsen in aanmerking genomen te worden. Deze is groter dan die van de apotheek, met name door de sterke binding die de consument heeft met zijn/haar huisarts.

Consultatievraag 25: In hoeverre neemt de bereidheid van apothekhoudende af om generieke substitutie actief te promoten nu de marges op generieke geneesmiddelen zijn gedaald?

Door de hoge marge op generieke producten streefde de apotheker naar maximalisatie van inkoopvoordelen. Door een lagere marge ten gevolge van het preferentiebeleid zal de inspanning van de apotheker hierop teruglopen. Echter, de generieke substitutie is met het preferentiebeleid

geregeld in de aanspraak van de verzekerden. De verzekerde heeft immers geen recht meer op vergoeding van de duurderes spécialités. De generieke substitutie kan zo op niveau blijven. Indien er afspraken gemaakt worden tussen huisartsen en apothekers kan het preferentiebeleid echter wel therapeutische substitutie tot gevolg hebben (naar een duurder singlesource geneesmiddel).

Consultatievraag 26: Onder welke voorwaarden willen en kunnen zorgverzekeraars een actievere rol spelen bij het stimuleren van gewenste substitutie? Welke instrumenten hebben verzekeraars om deze rol vorm te geven? Welke aanvullende instrumenten hebben verzekeraars nodig?

De invloed van de apotheker op de therapeutische substitutie is gering. De voorschrijver is en blijft verantwoordelijk voor welk middel voorgeschreven wordt. Voor het maken van afspraken met huisartsen over het voorschrijfgedrag dient ook de marktmacht van huisartsen in aanmerking genomen te worden. Deze is groter dan die van de apotheek, vooral door de sterke binding die de consument heeft met zijn/haar huisarts.

Consultatievraag 27: In welke mate leidt het verschil in bekostiging tussen intramuraal en extramuraal geneesmiddelengebruik tot ongewenste substitutie-effecten? Wat valt hier tegen te doen?

Er wordt intramuraal vaak om financiële redenen voor bepaalde geneesmiddelen gekozen. Door fabrikanten van singlesource geneesmiddelen wordt hun product (vrijwel) om niet aan het ziekenhuis verstrekt, omdat dit leidt tot een uitstralingseffect in de (extramurale) 1e lijn. Hierdoor zijn FTTO - afspraken slecht te maken.

Consultatievraag 28: Hoe groot acht u het risico dat financiële belangenverstrengeling en andere ontwikkelingen tussen voorschrijvers en verstrekkers leidt tot minder doelmatig voorschrijven?

Groot, door financiële belangenverstrengeling maakt de voorschrijver regelmatig keuzes voor minder doelmatige middelen. De voorschrijver heeft dan immers financieel gewin bij het voorschrijven van een bepaald geneesmiddel of door oneigenlijk gebruik van 'medische noodzaak'.

Consultatievraag 29: Welke andere ontwikkelingen zijn van belang bij (on)gewenste substitutie?

Richtlijnen van voorschrijvers zijn vaak onduidelijk, laten ruimte voor verschillende interpretatie, men houdt zich er slecht aan en het is lastig afspraken te maken over het volgen van richtlijnen, onder meer door de aanmerkelijke marktmacht van huisartsen.

Consultatievraag 30: Hoe beoordeelt u het huidige kwaliteitsniveau van de extramurale farmacotherapeutische zorg in Nederland? Waarop baseert u dit oordeel?

Mede door de huidige eenheidsfinanciering is er op dit moment onvoldoende inzicht in het kwaliteitsniveau van de extramurale zorg.

Consultatievraag 31: Hoe belangrijk is zorgadvisering in de apotheek? Waaruit bestaat deze advisering? Wat is hierbij de (vanuit de consument gezien) gewenste rol van de apotheker?

Onder de kerntaken van de apotheker, volgens de Geneesmiddelenwet en de WGBO, zijn de handelingen rond de terhandstelling van medicatie. Hieronder wordt advies en uitleg verstaan.

Consultatievraag 32: Kunnen deze taken gemakkelijk worden overgenomen door andere zorgaanbieders zoals huisartsen?

Nee, deze taken kunnen niet gemakkelijk door anderen worden overgenomen. De huisarts en specialist hebben onvoldoende farmacologische kennis, met name de kennis over interacties tussen geneesmiddelen zou met name bij de apotheekhoudende dienen te liggen.

Consultatievraag 33: Hoe belangrijk is de apotheker binnen het FTO? Wat zouden de consequentie zijn indien apotheekhoudende niet langer actief participeren in het FTO?

Het FTO is naar onze mening een procesmaat en geen uitkomstmaat.

Consultatievraag 34: Letten zorgverzekeraars voldoende op de kwaliteit van de diensten van apotheekhoudende? Zo nee, wat zijn hiervan de oorzaken? Zo ja, waar blijkt dit uit?

Zorgverzekeraars kunnen nu onvoldoende de kwaliteit van de apotheekhoudende beoordelen. De huidige indicatoren zijn met name te veel gericht op het proces in plaats van op de resultaten te worden en de toegevoegde waarde voor zorgverzekeraar en consument. Om dit te kunnen meenemen in de zorginkoop, dienen allereerst goede indicatoren opgesteld en vervolgens dient een algemene benchmark uitgevoerd te worden, zodat de zorgverzekeraar in staat wordt gesteld de apotheken langs de lat te leggen.

Consultatievraag 35: Is er een (tijdelijke of structurele) rol weggelegd voor overheidsregulering van de tarieven voor zorgadvisering door apotheekhoudende?

Nee.

Consultatievraag 36: Is er een (tijdelijke of structurele) rol weggelegd voor overheidsregulering van de prestaties voor zorgadvisering door apotheekhoudende?

Nee.

Consultatievraag 37: Hoe beoordeelt u de huidige bereikbaarheid van apotheken in Nederland?

De distributie van geneesmiddelen en de bijbehorende bereikbaarheid is over het algemeen goed te noemen.

Consultatievraag 38: Hoe groot is het risico dat prijsverlagingen leiden tot faillissementen?

Omdat de afgelopen jaren de inkoopvoordelen groot waren, is het zeer waarschijnlijk dat zich onder de huidige apotheken ook apotheken bevinden met een inefficiënte of zeer inefficiënte bedrijfsvoering. Wij menen daarom dat prijsverlagingen ook kunnen leiden tot faillissementen. De vraag is echter in hoeverre het onacceptabel is dat bedrijven met een inefficiënte bedrijfsvoering failliet gaan.

Consultatievraag 39: Hoe groot is het risico dat prijsverlagingen leiden tot permanente sluiting van apothekersvestigingen?

Omdat de afgelopen jaren de inkoopvoordelen groot waren, is het zeer waarschijnlijk dat zich onder de huidige apotheken ook apotheken bevinden met een inefficiënte of zeer inefficiënte

bedrijfsvoering. Wij menen daarom dat prijsverlagingen ook kunnen leiden tot sluitingen van apothekersvestigingen.

Consultatievraag 40: Indien prijsverlagingen leiden tot permanente sluitingen, hoe groot is dan de kans dat de toegang tot de farmaceutische zorg (in termen van reistijd) voor bepaalde bevolkingsgroepen zoals chronisch zieken, gehandicapten en ouderen in gevaar komt?

Het aantal apotheken is de laatste jaren fors toegenomen. Wij menen daarom dat een eventuele afname van het aantal apotheken acceptabel is.

Consultatievraag 41: In hoeverre acht u een eventuele afname van het aantal apotheken in Nederland acceptabel?

Het aantal apotheken is de laatste jaren fors toegenomen. Hieronder bevinden zich ook apotheken met een inefficiënte of zeer inefficiënte bedrijfsvoering. Wij menen daarom dat een eventuele afname van het aantal apotheken acceptabel is.

Consultatievraag 42: In hoeverre kunnen alternatieve distributievormen (bijvoorbeeld internetapotheken) een eventuele afname van het aantal apotheken beïnvloeden?

Wij zijn van mening dat de functies van de apotheker gescheiden dienen te worden en in overeenstemming daarmee gefinancierd dient te worden. Dit leidt ertoe dat de distributie en zorg door verschillende zorgverleners verleend zouden kunnen worden. Wanneer er gekozen wordt voor distributie via een internetapotheek, zou dit betekenen dat de overige apotheken zich kunnen blijven richten op farmaceutische zorg.

Wij vertrouwen erop dat u onze opmerkingen meeneemt in de verdere besluitvorming rond de invoering van vrije tarieven in de farmaceutische zorgverlening. Uiteraard zijn wij tot nadere toelichting bereid.

Met vriendelijke groet,


Mr. M.C. Alkemade, MBA
directeur Zorg & AWBZ


Drs. B.M. de Reijke, MBA
accountmanager Zorg