



BOND VAN DE GENERIEKE  
GENEESMIDDELENINDUSTRIE  
NEDERLAND

Raad van Bestuur NZa  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

Den Haag, 4 november 2008

Betreft: Uw referentie FVOT/MZEE/2008/A/703/088

Reactie Bogin op Consultatiedocument Advies lange termijnvisie Geneesmiddelenbeleid  
(Hoofdlijnennotitie over mogelijkheden vrije prijsvorming farmacie)  
Onze referentie: NZA 031108/PFB

De Bogin maakt gebruik van de mogelijkheid te reageren op de bovengenoemde notitie. Helaas is voor een gedetailleerd commentaar/aanvullingen op deze notitie te weinig tijd beschikbaar, mede gezien de korte tijd die er was ter voorbereiding van deze consultatie. In deze reactie zal op hoofdpunten worden gereageerd. Dat is niet eenvoudig, aangezien de vele processen in de farmaceutische zorg nauw aan elkaar gerelateerd zijn en het te eenvoudig is om het vrijlaten van tarieven voor farmaceutische dienstverlening, in dit kader wijs ik op de ter vergadering uitgedeelde vergadernotitie op 3 november 2008, op zich te beschouwen zonder die in het kader van de bredere problematiek te beschouwen. De Bogin staat een integrale oplossing voor die recht doet aan alle partijen actief in de zorg, waaronder ook zeker de patiënt, en waarbij kwaliteit, toegang tot de zorg en betaalbaarheid maar ook continuïteit, van ondermeer levering van (generieke) geneesmiddelen centraal staan. Daarbij zou uitsluiting, zoals nu gebeurd in het preferentiebeleid, verlaten moeten worden en vervangen door meer en betere marktdynamiek en marktwerking.. In de mondelinge discussie op 3 november 2008 is een aantal punten verder en meer gedetailleerd toegelicht.

De Bogin heeft er behoefte aan een aantal algemene punten vooraf naar voren te brengen, punten die weergeven belangrijke uitgangspunten voor de discussie evenals uitgangspunten die noodzakelijk zijn voor een goede marktwerking.

A:  
Stappenplan geneesmiddelen voorziening:  
Uitgangspunten,

- Het is essentieel uit te gaan dat geneesmiddelen een essentieel kosteneffectief onderdeel zijn van de zorg.
- De geneesmiddelenmarkt is een ongedeelde markt waar binnen de marktwerking moet plaatsvinden.
- Europese aspecten zijn van invloed op de Nederlandse markt.

Zurich Toren, Muzenstraat 89 2511 WB Den Haag  
tel: 070-4262237, fax 070-4262428  
Bank: ABN 54.02.69.158., K.v.K. Utrecht: 40480847  
E-mail: [bogin@wxs.nl](mailto:bogin@wxs.nl) Internet: [www.bogin.nl](http://www.bogin.nl)

Lid European Generic Medicines Association



- Lange termijn doelen bepalen de korte termijn stappen. Daarbij moet wel worden uitgegaan van het feit dat de verandering niet teveel in kleine stappen moeten verlopen omdat dat tot marktverstoring leidt.
- De groei van de markt kan door de technologische ontwikkelingen, de dubbele vergrijzing en de grotere aandacht voor effectieve farmacotherapie (bijvoorbeeld door verbeteren therapietrouw, duidelijker sturen op te realiseren klinische eindpunten, eerdere inzet van geneesmiddelen in het kader van preventie, duurdere nieuwe geneesmiddelen etc.), sterker zijn dan de huidige voorspellingen. Dat zal een duidelijke focus op zinvolheid, kosteneffectiviteit en doelmatigheid van de farmacotherapie noodzakelijk maken, waarbij transparante en meetbare klinische einddoelen een grote rol spelen.
- De omslag naar vraagsturing zal mogelijk niet in lijn blijven met de kostengroei zoals die in de BKZ planning wordt voorzien.
- De huidige situatie in de markt is een gevolg van de regulering. Partijen gedragen zich volgens deze vastgestelde regels. Bovendien is door de keuze van Simons in 1991, zoals u ook in uw document aangeeft, een vermenging van vergoedingen en kortingen als basis voor het inkomen voor apothekhoudenden een onduidelijke situatie ontstaan. In de markt is er sprake van duidelijke en sterke concurrentie, die zich als gevolg van de eerdere genoemde regulering uit als margeconcurrentie.
- Er moet duidelijkheid komen over welke zaken centraal en welke zaken decentraal moet worden geregeld. De Bogin beseft dat de markt nooit een geheel vrije markt kan worden. Daarom is het essentieel dat de centrale kaders duidelijk zijn, waarbinnen decentraal de marktwerking kan plaatsvinden. Er zou dan ook op decentraal niveau geen ingrepen moeten plaatsvinden, daar doet de markt zijn werk.
- Centraal zou moeten plaatsvinden: regulering betreffende kwaliteit, solidariteit en toegankelijkheid (betaalbaarheid), toegang tot de markt, beoordeling toegevoegde waarde, bepaling basispakket/aanspraak, stimuleren zinvol en kosteneffectief geneesmiddelengebruik. De WGP zou kunnen blijven bestaan.
- Decentraal zou ondermeer moeten plaatsvinden: inkoop geneesmiddelen, concurrentie tussen (zorg) aanbieders, zorgverzekeraars, geneesmiddelenaanbieders, logistieke diensten.
- Het GVS zou moeten blijven bestaan als systeem van clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen.
- Voorkomen moet worden dat er systemen zijn die marktverstrend werken en/of op de iets langere termijn kunnen leiden tot verschraling van de aanbodzijde en mogelijk dan kunnen resulteren in marktdominantie van enkele partijen. Het huidige preferentiebeleid werkt in die zin marktverstrend!
- De focus op doelmatigheid en kosteneffectiviteit zijn essentieel. Hierbij kunnen (internationaal) gevalideerde en actuele richtlijnen een belangrijke rol spelen. Parameters zijn hierbij meetbare, harde klinische eindpunten. In dit kader ondersteunt de Bogin de plannen van de minister van VWS om te komen tot een nieuw onafhankelijk kwaliteitsinstituut dat wordt belast met kwaliteits- en doelmatigheidscriteria en het bevorderen van totstandkoming van richtlijnen die daaraan beantwoorden. Hierbij is een internationale oriëntatie essentieel.
- De rol van de Taxe is onderbelicht in uw document. De Taxe is een prijslijst met adviesprijzen, maar wordt gebruikt als bepalende referentielijst. Daardoor werkt het huidige preferentiebeleid als een marktbreed systeem en is er in feite sprake van veel aanbieders en aan de andere kant een samenwerkende vraagzijde. Deze vraagzijde heeft door de gebruikte referentie (Taxe) een zeer sterke, buitengewoon dominante positie. Uw analyse met betrekking tot het belang van preferentie, en de positie van de zorgverzekeraars in dit kader, deelt de Bogin niet.



- Het is belangrijk dat de continuïteit van levering van geneesmiddelen niet in gevaar komt. Hiervoor is ondermeer noodzakelijk dat er geen monopolie of oligopolie situaties ontstaan door het verdwijnen van aanbieders van geneesmiddelen. De beste garantie voor marktwerking is dat de markt daadwerkelijk competitief is zonder dat uitsluitingen voor langere periodes plaatsvinden. Dergelijke uitsluitingen kunnen leiden tot vermindering van aanbieders en bemoeilijking van intrede van nieuwe aanbieders. Naast het feit dat preferentiebeleid op dit moment werkt als gezamenlijk beleid van de zorgverzekeraars, en er dus sprake is van schending van de mededingingsregels, zijn de huidige regels van het preferentiebeleid strijdig met de noodzakelijke (aanloop)tijden voor productie en logistiek. Op dit moment zijn er nog voorraden bij de leveranciers, maar na afbouw van deze voorraden en de onzekerheid over het preferentiebeleid, zullen er geen voorraden van preferente producten meer zijn om op terug te vallen. Ook is het onzeker of nieuwe generieke producten in Nederland zullen worden geïntroduceerd, als daar ook het risico van preferentie dreigt!
- Het huidige systeem van regulering stimuleert de margeconcurrentie. Door de margeconcurrentie wordt prijsconcurrentie geremd. Lagere prijzen resulteren niet in meer marktvolume!
- Door de recente ontwikkelingen, in afwijking van de afspraken in het Transitie Akkoord (TA), en wel door de uitbreiding van het gezamenlijke preferentiebeleid (zie ook hiervoor) is het vertrouwen tussen partijen in de markt niet bevorderd. Het herstel van vertrouwen tussen allen partijen moet de hoogste prioriteit hebben. Zonder een basis van vertrouwen zal het moeilijk zijn decentraal afspraken te maken of te onderhandelen over afspraken.

B:

Algemene opmerkingen/kanttekeningen bij het consultatiedocument:

1. Het consultatie document heeft nog een voorlopig karakter, zeker wat betreft de concept adviezen. Onder deze omstandigheden is het niet eenvoudig om adequaat te reageren op dit document.
2. De Langetermijnvisie( LTV) van de minister van VWS is de basis. In deze LTV zijn nog vele zaken onduidelijk. In het bijzonder is onduidelijk hoe vraagsturing zich verhoudt met de budgettaire kaders. Daarnaast is nog niet duidelijk wat centraal en wat decentraal zou moeten plaatsvinden. En op welk moment en op basis van welke criteria de minister van VWS of de NZa meent te moeten ingrijpen in de markt. Marktwerking vindt niet plaats bij maximale transparantie. Wel moeten de criteria en regels voor kwaliteit, doelmatigheid en kosteneffectiviteit transparant zijn. En moeten natuurlijk ook de mededingingsregels gerespecteerd worden.
3. Lessen uit het preferentiebeleid kunnen niet de basis zijn voor invoering van vrije tarieven. Preferentiebeleid zoals nu uitgevoerd heeft een marktbreed effect (zie ook hiervoor) omdat de Taxe als referentielijst door alle zorgverzekeraars wordt gevoerd. De aspecten van inkomenseffecten (kortingen dekken voor een deel de praktijkkosten) voor apothekhoudenden, als gevolg van de eerder genoemde maatregel van Simons in 1991, compliceert dit beeld verder. In het TA was dit onderkend en daarom waren de afspraken ook voor twee jaar omdat de regelgeving moest worden aangepast.
4. Onder 2.2 wordt gesteld dat de aanbieders ervoor kozen om de Taxe prijzen van generieke geneesmiddelen hoog te houden. Dat is een onjuiste formulering. Door de margeconcurrentie (zie in dit kader ook punt 3) zou een lagere prijs ook leiden tot een lagere omzet. De "keuze" was een direct gevolg van de regulering door de Overheid, die



- lagere prijzen hierdoor verhinderde. Dit is onderkend in de diverse convenanten en het TA en partijen waren het er over eens dat dergelijke foute stimuli moest verdwijnen.
5. Het zou goed zijn om in het kader van transparante regels duidelijk te omschrijven wat de basis farmaceutische zorg is die iedere apotheekhoudende zou moeten leveren. Over eventuele additionele zorg, en de betaling daarvan, zou tussen apotheekhoudende en (afzonderlijke) zorgverzekeraars moeten worden onderhandeld. Wel moet in dit kader er een goed overleg/onderhandelingsklimaat worden gecreëerd tussen partijen.
  6. De Bogin vindt het juist dat de consument centraal staat en dat de toegevoegde waarde duidelijk moet zijn voor die consument. Onduidelijk is of die consument dat ook kan herkennen, zeker als die consument geen zorg nodig heeft en dan, zeker gedurende de gezonde periode, kiest voor de goedkoopste vorm van verzekeren.
  7. Rationele farmacotherapie is belangrijk. Het grote aantal generieke geneesmiddelen, in nagenoeg elke GVS cluster zijn een of meer generieke geneesmiddelen beschikbaar, zou de basis kunnen vormen voor een beleid dat elke therapie met geneesmiddelen wordt begonnen met een generiek geneesmiddel, tenzij vooraf duidelijk is dat niet de gewenste klinische effecten oplevert of dat er andere gegronde redenen zijn dat niet te doen (bv door bijwerkingen of interacties bij polyfarmacie). Indien het gewenste klinische effect niet wordt bereikt kan worden overgestapt op een ander (generiek of gepatenteerd) geneesmiddel. Overigens in de meeste richtlijnen is vaak het generieke geneesmiddel de eerste keus. Afspraken, en evaluatie van die afspraken, tussen zorgverzekeraars en voorschrijvers en afleveraars op praktijkpopulatie niveau over gebruik van richtlijnen (zie ook hiervoor) is daarbij zeer belangrijk. P4P kan daarbij een rol spelen. ( Zoals ook in de door u gerefereerde publicatie Simoens en Coster aangeven).
  8. Op pagina 33 geeft u aan dat Grabowski (2007) concludeert dat de prijzen bij een klein aantal producenten hoger zijn. Dit wordt geplaatst in het kader van de "fusiegolf" onder producenten van generieke geneesmiddelen. Grabowski refereert aan de ontwikkeling en introductie van bio-similars in de Amerikaanse markt. De suggestie dat dit maatgevend is voor Nederland, of Europa, is fout. Bio-similars zijn in de begin fase van ontwikkeling en de markt in de USA is in het geheel geen referentie voor de Nederlandse markt. Overigens valt het nog al mee met de fusiegolf. Er zijn wereldwijd veel (grote) aanbieders en op dit punt is er veel concurrentie tussen deze aanbieders. Wel is sprake van een grotere druk op de prijzen waardoor ook de rentabiliteit van generieke producenten onder druk staat. De generieke geneesmiddelenindustrie levert aanzienlijke bijdrages aan de besparingen van de geneesmiddelenkosten en er zou in dit verband meer oog moeten zijn voor de continuïteit van deze industrie. (noot: in Nederland is ruim 50 % van het volume generiek voor kosten die momenteel liggen in de orde van grootte van 10-15 % van de totale geneesmiddelenkosten! Hieruit volgt dat de besparingen die generieke geneesmiddelen realiseren niet alleen groot zijn maar ook essentieel om de geneesmiddelenvoorziening betaalbaar te houden.)
  9. In hoofdstuk 3 worden onder 3.2 randvoorwaarden en onder 3.3 maatregelen genoemd die voorafgaand aan de liberalisering moeten zijn geregeld. Zowel het realiseren van de randvoorwaarden als de maatregelen hebben nogal wat voorbereiding nodig en moeten gezien de impact in de markt tijdig, dat wil zeggen ruim voor de invoeringsdatum, maar tenminste een half jaar, bekend zijn. Het is niet waarschijnlijk dat voor 1 juli 2000 deze maatregelen en uitgewerkt en gereed zijn voor invoering. In principe is het noodzakelijk dat ook het EPD landelijk dekking heeft. Ondanks de huidige plannen op dit terrein lijkt dit optimistisch. Bovendien moeten deze maatregelen niet het effect hebben dat hierdoor andere, mogelijke nieuwe aanbieders van (bestaande) zorgconcepten drempels voor intreden zullen ondervinden. Voor het borgen van de generieke substitutie, of zelfs het waar mogelijk verbeteren van de generieke substitutie alsmede het optimaliseren van het gebruik van generieke geneesmiddelen door focus op zinvolle en kosteneffectieve farmacotherapie verdient het aanbeveling te werken met stimuli. (zie ook Simoens en



Coster). Om zinvol en kosteneffectief voorschrijven en afleveren te bevorderen kan een stimulus goed werken. Om ook de competitie tussen leveranciers van (generieke) geneesmiddelen te stimuleren kan gedacht worden aan lagere prijs plus een stimulus waardoor de apothekhoudende wordt gestimuleerd goed en kosteneffectief in te kopen. Uiteraard moeten in een dergelijk systeem ontsnappingsroutes voor patentloze spécialités waarvoor gelijkwaardige generieke geneesmiddelen beschikbaar zijn worden voorkomen. Voor patentloze spécialités en vergelijkbare generieke geneesmiddelen moet er sprake zijn van een gelijke markt situatie. (Op dit moment hebben overigens al een aantal verzekeraars doelstellingen voor apothekhoudenden voor generieke substitutie graad. Hiervan is de effectiviteit nog niet geheel duidelijk evenals of er sprake is. De Bogin is bereid het punt van effectieve stimuli voor zinvol en kosteneffectief voor te schrijven en af te leveren nader met u te bespreken en uit te werken, uiteraard ook in samenwerking met andere betrokken partijen!

10. De onder punt 3.5 genoemde terugval opties (wat zijn de concrete criteria voor een dergelijke optie?) lijken niet realistisch. De genoemde stimuli passen beter onder 3.3. Optie 1 is normering die en uitermate lastig is gezien de verschillende omgevingsfactoren voor apotheken en tevens niet aansluit bij vraagsturing! Het is beter de randvoorwaarden goed vast stellen en te borgen.
11. Het valt op dat onder 3.7 er nog veel wordt gemeten. Een monitoring die jaarlijks wordt uitgevoerd en niet past bij een marktwerking zoals beoogd door de minister.

C:

Onderstaand zullen, veelal kort, de consultatievragen worden beantwoord. De Bogin is gaarne bereid in een nadere discussie dieper op de vragen in te gaan.

#### *Consultatievraag 1:*

*Is de farmacotherapeutische dienstverlening naar uw oordeel klaar voor vrije tarieven? Op welke termijn?*

*Antw; Zie eerdere opmerkingen onder A en B. De complexiteit en verwevenheid van de diverse aspecten van farmacotherapeutische dienstverlening en de aanpassing van regelgeving lijken een snelle invoering in de weg te staan.*

#### *Consultatievraag 2:*

*Welke visie heeft u op de kerntaken van de apothekhoudende? 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?*

*Antw: Er zijn meerdere vormen mogelijk en in het kader van marktwerking misschien wel wenselijk. De genoemde kerntaken zijn natuurlijk relevant. Wel is het belangrijk uit oogpunt van garanderen van basis farmaceutische zorg dat deze zorg die iedere apothekhoudende moet leveren goed is vastgelegd. Daarenboven kunnen aanvullend zorgmodules worden afgesproken tussen apothekhoudende en zorgverzekeraar. Of de inkoop- en distributie secundair zijn is een lastige vraag. Het veronderstelt dat dat niet een belangrijke taak is en*



*er geen kosten meegemoed zijn. Het hangt ook af hoe de honorering voor de apotheekhoudende gaat plaatsvinden. Dat kan overigens in het kader van afspraken tussen zorgverzekeraars en apotheekhoudenden.*

*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?*

*Antw: Zie ook antwoord op vraag 2. Het is belangrijk welke startpositie wordt gekozen. Ook is belangrijk wie de inkoop blijft doen. Als dat de apotheekhoudende is moeten ook afspraken over materiaalkosten en logistieke kosten worden gemaakt. Hierbij kan de eerder genoemde stimulus regeling voor goed inkopen deel uitmaken van de afspraken tussen apotheekhoudende en zorgverzekeraars. (waardoor ook de concurrentie tussen aanbieders van geneesmiddelen is gewaarborgd) Ook kunnen aanvullende afspraken worden gemaakt. De Bogin denkt dus aan een combinatie van optie 2 en 3.*

*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?*

*Antw: Het is uitermate belangrijk dat er tijdig hierover wordt besloten en gecommuniceerd. Partijen moeten zich op een nieuwe situatie kunnen instellen en natuurlijk moet er tijd zijn voor onderhandelingen. Dat heeft tot gevolg dat tenminste op 1 juli 2009 een en nader vastgesteld moet zijn, waarbij er wel zorg bestaat, als 1 juli 2009 al haalbaar is, of dat dan toch niet te weinig tijd geeft voor een goede invoering in 2010!*

*Consultatievraag 5:*

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

*Antw: Zie antwoord vraag 3 en 4. Voor de aanvullende afspraken hoeft geen onderhoud plaats te vinden, dat zijn afspraken tussen partijen. Partijen maken afspraken met elkaar en moeten die bijstellen of vernieuwen als daartoe behoefte of aanleiding is. Voor de basis farmaceutische zorg hoeft ook geen onderhoud plaats te vinden, ervan uitgaande dat een dergelijk concept goed wordt voorbereid.*

*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?*

*Antw:*

*- De rol van de consument is belangrijk. Echter de consument moet kunnen sturen/kiezen op herkenbare parameters. Dat lijkt in een korte tijd niet haalbaar. Vrije prijsvorming moet er op gericht zijn dat dat de kwaliteit bevordert. Op een herkenbare manier voor de consument.*

*- Hierbij hoort dat de prestaties van de apotheehoudende herkenbaar (transparant) zijn voor de consument. Overigens zal dat ook moeten gelden voor prestaties die de consument wel of niet via de apotheehoudende in het kader van zijn/haar verzekering van de zorgverzekeraar vergoedt krijgt. De prestaties die een apotheehoudende kan leveren hangen ook af van de prestaties die verzekerd zijn.*

*- De sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars mogen worden verruimd mits dat op een transparante wijze gebeurt. En ook aan de consument duidelijk is dat er verschil niet alleen tussen apotheehoudenden kan zijn maar ook tussen zorgverzekeraars. Hierbij moet wel een rol blijven spelen dat de bereikbaarheid redelijk blijft!*

*- De generieke substitutie kan op meerder wijzen worden geborgd. Enerzijds door de al genoemde stimulus regel. Anderzijds door substitutie doelstellingen vast te leggen. Hierbij moet een gelijke markt positie voor off-patent spécialité en vergelijkbaar generiek worden gegarandeerd. Daarnaast is belangrijk, zo niet belangrijker, dat de basis van zinvol en kosteneffectief afleveren, op basis van (actuele) richtlijnen, goed wordt afgesproken. (Geldt ook voor voorschrijven van geneesmiddelen. Zie ook eerder)*

*- Het verlagen van toetredingsdrempels kan vernieuwing brengen en ook daardoor de marktwerking verbeteren. Het zal niet gemakkelijk de toetredingsdrempels te verlagen als gevolg van de bestaande regelgeving en kwaliteitsnormen die van belang zijn.*

*Consultatievraag 7:*

*Welke andere maatregelen vooraf acht u noodzakelijk en/of gewenst?*

*Antw: De eerste stap, essentieel voor succes, is herstel van het vertrouwen tussen partijen in de markt. En ook moet tussen die partijen transparantie zijn wat er bereikt moet worden. En moet het mogelijk zijn doelen te bepalen die voor beide partijen herkenbaar en realistisch zijn.*

*Consultatievraag 8:*

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

*Antw: Al eerder is aangegeven dat er twijfel is of op de korte termijn dit haalbaar is..Onder referte aan vraag 7 is het wel belangrijk dat zo snel mogelijk de huidige situatie van weinig vertrouwen tussen de partijen wordt veranderd in een meer positieve vertrouwensrelatie.*

*Consultatievraag 9:*



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

*Antw: De eerste terugvaloptie lijkt op wegnemen van elke positieve prikkel. Optie twee is al besproken in de eerdere positieve aanpak. (vraag 5) Regulering zal weer gereguleerd gedrag uitlokken.*

*Consultatievraag 10:*

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

*Antw: Zie ook antwoord op vraag 1. Het is meer dan alleen de vrije tarieven invoeren. De samenhang van maatregelen, ook voor de andere partijen, moet in het nieuwe model duidelijk zijn. Regelgeving moet worden afgeschaft of veranderd. 2010 is zeer ambitieus, zeker als we ook aan vraag 7 en 8 refereren.*

*Consultatievraag 11:*

*Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van apothekhoudenden? Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?*

*Antw: De apothekhoudende heeft doorgaans een relatief vaste klantengroep. Dat geeft natuurlijk een positie in de markt. Of dat direct marktmacht kan worden genoemd is de vraag.. Met prikkels bij de patiënt, vooral financiële prikkels, zou dat snel kunnen veranderen. Op dit moment zouden er al meer afspraken kunnen worden gemaakt door de zorgverzekeraars met apothekhoudenden. Dat gebeurt niet. Zorgverzekeraars lijken die stap niet te willen zetten. Het huidige preferentiebeleid, dat de facto gezamenlijk wordt uitgevoerd, is een stap op niveau van de taxen. Niet op het niveau van afspraken tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden.*

*Consultatievraag 12:*

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

*Antw: De analyse in uw rapport geeft aan dat er geen probleem is. Ook zijn er nu al meerdere distributie concepten in de markt. Evenals modellen van specifieke farmaceutisch zorg. Een aantal jaren geleden is door apothekhoudenden ook weer gestart met een bezorgdienst.*

*Consultatievraag 13:*

*Hoe beoordeelt u de mate van inkoopmacht van zorgverzekeraars, en de invloed daarvan op de consumentenbelangen?*

*Antw: Zorgverzekeraars hebben aanzienlijke inkoopmacht, zeker regionaal. Daar komt bij dat een klein aantal zorgverzekeraars ruim 80 % van de consumenten/patiënten markt*



vertegenwoordigen. Het huidige (gezamenlijke) preferentiebeleid toont dat overduidelijk aan. De uitdaging ligt in het feit dat zorgplicht moet worden gecombineerd met beheersing van de schadelast. Daarvoor is samenwerking met partijen die zorg leveren noodzakelijk. Onderhandelingen tussen partijen is daarvoor de juiste weg.

*Consultatievraag 14:*

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

*Antw: De multisource producenten hebben geen grote marktmacht. Er zijn veel aanbieders met vergelijkbare producten. De markt is zeer competitief. Het huidige preferentiebeleid kan tot gevolg hebben dat er minder aanbieders van generieke geneesmiddelen zullen overblijven. Dat komt de consument niet ten goede. Die is gebaad met goede concurrentie en tijdige levering van nieuwe generieke geneesmiddelen.*

*Consultatievraag 15:*

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

*Antw: Producenten van singlesource geneesmiddelen hebben een monopolie voor het gepatenteerde geneesmiddel tijdens de patentperiode. In dat opzicht is sprake van marktmacht. Echter er zijn ook regels die daarop ingrijpen zoals GVS en WGP. Dat beperkt de marktmacht. Er is ook concurrentie tussen de diverse gepatenteerde producten, die zich vaak uit in marketing activiteiten. Door de marketing activiteiten is ook sprake van een zekere marktmacht. Toenemende aandacht voor de aangetoonde toegevoegde klinische waarde van innovatieve geneesmiddelen, mede in relatie tot de patiëntengroep waarvoor de toegevoegde waarde aantoonbaar is, is een goede ontwikkeling en kan worden ingezet om te komen tot zinvolle en kosteneffectieve inzet van innovatieve geneesmiddelen. Dit moet vertaald worden in actuele richtlijnen. Indien op deze wijze wordt gewerkt komt belangrijke innovatie direct ten goede aan de juiste patiënt.*

*Consultatievraag 16:*

*Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van groothandelaren? Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?*

*Antw: De positie van de groothandelaren wordt bepaald door een aantal factoren. Ten eerste hebben de huidige ontwikkelingen er toe geleid dat meer accent op de logistieke functie komt te liggen. Het zou te overwegen zijn of deze functie ook niet een eigen prijs zou moeten hebben. Verschillende logistieke diensten zouden dan ook een verschillende prijs moeten hebben. Ten tweede is door de voorwaartse integratie van een aantal groothandelaren er een nieuw fenomeen bijgekomen: de ketenapotheek. De ketenapotheek moet natuurlijk in het kader van de apotheekfunctie worden beschouwd. Of de ketenapotheek een ander dynamiek in de markt tot gevolg heeft moet nog worden afgewacht.*



*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?*

*Antw: Preferentie heeft geen toekomst. Preferentie zal tot gevolg hebben dat de continuïteit van de levering van generieke geneesmiddelen onder druk komt te staan. Zie ook hiervoor. Daarnaast is het gevaar van monopolie of oligopolie situaties niet ondenkbaar. Ook zorgverzekeraars geven aan dat preferentie slecht middel en geen doel is en dat ook de zorgverzekeraars, en dus ook de consument, er belang bij hebben dat er in de markt goede concurrentie blijft bestaan. Eerder is aangegeven dat preferentie moet worden losgelaten en vervangen door een systeem van marktwerking.(zie ook 9)*

*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?*

*Antw: Dat is een moeilijk te beantwoorden vraag. Indien de juiste stimuli in de markt aanwezig zijn is misschien geen plaats voor gespecialiseerde inkoopcombinaties. Op dit moment zijn overigens al inkoopcombinaties actief. Anderzijds zal in een nieuw marktsituatie ook nieuwe concepten worden ingevoerd, indien die toegevoegde waarde hebben. In dit kader zou ook van de aanbodzijde samenwerkingscombinaties mogelijk moeten zijn!*

*Consultatievraag 19:*

*In hoeverre impliceert een duurzaam effectief preferentiebeleid een sterke onderhandelingspositie van verzekeraars tegenover apothekhoudenden?*

*Antw: Het huidige preferentiebeleid is niet duurzaam van karakter. Marktwerking zoals eerder aangegeven, zie ook 9, is wel duurzaam. Duurzaam zowel in de vorm van concurrentie tussen aanbieders van geneesmiddelen als in de rol van de apothekhoudende (en voorschrijver) die zal (moeten) letten op kosteneffectiviteit en generieke substitutie waar mogelijk.*

*Consultatievraag 20:*

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

*Antw: In dit kader wordt gewezen naar de inleiding van deze bief.*

*Consultatievraag 21:*



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

*Antw: De taxe moet weer terug naar de oorspronkelijke functie van een adviesprijslijst. Afspraken tussen partijen over honorering van diensten, waaronder de distributie functie aan de patient, komen in de plaats.*

*Consultatievraag 22:*

*Tot dusver worden eigen bijdragen van patiënten vermeden. Wat is hiervoor naar uw mening de reden?*

*Antw: Eigen bijdrage is op zich al aanwezig in de vorm van een eigen risico. Eigen bijdrage moet wel structureel zijn en niet alleen voor bepaalde onderdelen, zoals geneesmiddelen gelden. Het bijbetalen door consumenten ervan uitgaande dat dat niet de toegankelijkheid beperkt en niet selectief wordt toegepast is een optie.*

*Consultatievraag 23:*

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

*Antw: De generieke substitutie was in Nederland goed. De generieke substitutie is ongeveer 80-85 % en op dat gebied is nog verdere verbetering mogelijk, zoals in de USA waar tot 95 % wordt gerealiseerd. Markt ontwikkelingen geven aan dat het regelmatig voorkomt dat voor recente introducties van generieke geneesmiddelen deze percentages niet meer worden gerealiseerd. Dat heeft te maken met de huidige regelgeving en marktomstandigheden en kan ondervangen worden door eerder genoemde marktinstrumenten.*

*Consultatievraag 24:*

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

*Antw: Apothekhoudenden zijn belangrijk in dat proces. Goede afspraken op dat terrein zullen die rol kunnen versterken.*

*Consultatievraag 25:*

*In hoeverre neemt de bereidheid van apothekhoudenden af om generieke substitutie actief te promoten nu de marges op generieke geneesmiddelen zijn gedaald?*

*Antw: Indien de juiste afspraken worden gemaakt en in het goede marktmodel, zie ook 9, zal de apothekhoudende op dit gebied een goed rol (blijven) spelen.*

*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?*



*Antw: Goede afspraken over gebruik van (actuele) richtlijnen en te realiseren substitutie doelen, tezamen met goed afspraken over betaling van (zorg)taken zijn de basis voor zinvolle en kosteneffectieve farmacotherapie. Dat is in het belang van de consument.*

*Consultatievraag 27:*

*In welke mate leidt het verschil in bekostiging tussen intramuraal en extramuraal geneesmiddelengebruik tot ongewenste substitutieeffecten? Wat valt hier tegen te doen?*

*Antw: Het intramurale geneesmiddelengebruik is op zich geen maat voor het extramurale geneesmiddelengebruik. Wel is belangrijk dat poliklinisch voorschrijven ook gebeurd volgens de richtlijnen.*

*Consultatievraag 28:*

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

*Antw: Bij het op een juiste wijze van afspreken van doelstellingen, onder gebruikmaking van al eerder genoemde maatregelen, is dat risico klein. Actieve monitoring door betrokken partijen is wel essentieel.*

*Consultatievraag 29:*

*Welke andere ontwikkelingen zijn van belang bij (on)gewenste substitutie?*

*Antw: Zie antwoord vraag 27 en 28*

*Consultatievraag 30:*

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

*Antw: Richtlijnen zijn niet altijd actueel. Richtlijnen worden niet altijd gevolgd, misschien mede als gevolg dat ze niet altijd actueel zijn. Richtlijnen die én actueel én ook internationaal georiënteerd zijn almede afspraken daarover kunnen de zorg op een nog hoger niveau brengen.*

*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?*



*Antw: Goede zorgadvisering door de apothekhoudende is belangrijk voor de arts, consument en zorgverzekeraar. Vanuit de consument gezien kunnen/moeten zowel arts, apothekhoudende en zorgverzekeraar, ieder vanuit hun verantwoordelijkheid, een belangrijke bijdrage op gebied van zorgadvisering leveren. Afspraken hierover zijn belangrijk.*

*Consultatievraag 32:*

*Kunnen deze taken gemakkelijk worden overgenomen door andere zorgaanbieders zoals huisartsen?*

*Antw: Zie vraag 32*

*Consultatievraag 33:*

*Hoe belangrijk is de apotheker binnen het FTO? Wat zouden de consequenties zijn indien apothekhoudenden niet langer actief participeren in het FTO?*

*Antw: De apothekhoudende is de expert in geneesmiddelen en moet die rol ook spelen in het FTO.*

*Consultatievraag 34:*

*Letten zorgverzekeraars voldoende op de kwaliteit van de diensten van apothekhoudenden? Zo nee, wat zijn hiervan de oorzaken? Zo ja, waar blijkt dit uit?*

*Antw: Op dit moment lijkt het erop dat het vertrouwen tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden verstoord is. De uitbreiding van het (gezamenlijke) preferentiebeleid, ondanks de afspraken in het Transitie Akkoord (TA), heeft hieraan bijgedragen. Dat geldt ook voor de Bogin, die om die reden zich genoodzaakt voelde uit het TA te stappen, ondanks het feit dat de Bogin de doelstellingen en uitgangspunten van het TA ondersteunt! Dat is geen basis voor een goede samenwerking. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars en apothekhoudende open over de (zorg)diensten voor de consument door een apothekhoudende kunnen overleggen en daarover afspraken maken, inclusief de beloning daarvoor.*

*Consultatievraag 35:*

*Is er een (tijdelijke of structurele) rol weggelegd voor overheidsregulering van de tarieven voor zorgadvisering door apothekhoudenden?*

*Antw: De minister van VWS geeft in de Lang Termijnvisie aan dat VWS zich zal moeten beperken tot het vaststellen van de randvoorwaarden en dat partijen binnen dat kader met elkaar afspraken moeten maken.*

*Consultatievraag 36:*

*Is er een (tijdelijke of structurele) rol weggelegd voor overheidsregulering van de prestaties voor zorgadvisering door*



*apotheekhoudenden?*

*Antw: Zie vraag 35. In aanvulling hierop kan wel de gewenste vereiste basis farmaceutische zorg, zie ook eerder, door de Overheid worden vastgesteld.*

*Consultatievraag 37:*

*Hoe beoordeelt u de huidige bereikbaarheid van apotheken in Nederland?*

*Antw: Zie ook vraag 12. De bereikbaarheid is goed. Zoals in andere branches kunnen ontwikkelingen zoals bezorgen, openingstijden, afleveren via andere wegen een rol gaan spelen.*

*Consultatievraag 38:*

*Hoe groot is het risico dat prijsverlagingen leiden tot faillissementen?*

*Antw: Marktwerking is nooit risicoloos. Uitgaande van marktwerking op basis van transparante criteria zullen partijen zich volgens die markt gaan gedragen*

*Consultatievraag 39:*

*Hoe groot is het risico dat prijsverlagingen leiden tot permanente sluiting van apothekersvestigingen?*

*Antw: Zie vraag 38*

*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?*

*Antw: Zie vraag 38 en 12.*

*Consultatievraag 41:*

*In hoeverre acht u een eventuele afname van het aantal apotheken in Nederland acceptabel?*

*Antw: Het is niet aan de Bogin om hier een uitspraak over te doen.*

*Consultatievraag 42:*

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

*Antw: Alternatieve distributievormen zijn er nu al. Vraag en aanbod zullen hier een rol spelen.*



De Bogin is gaarne bereid nadere toelichting te geven. De Bogin geeft aan dat in het kader van deze consultatieronde gezien de complexiteit van de materie en de relatief korte tijd die voor de beantwoording beschikbaar was alleen op hoofdpunten is gereageerd. Een verandering in de markt realiseren kost tijd, maar kan pas starten als er duidelijke doelen zijn geformuleerd, er vertrouwen tussen partijen bestaat en er voldoende tijd is om de noodzakelijke voorbereidingen te treffen. De geneesmiddelenvoorziening mag niet verstoord worden en de overgang naar de gewenste situatie zoals in de Lange Termijnvisie van de minister van VWS is geschetst moet soepel en snel verlopen. Dat vereist een goede voorbereiding door alle partijen.

De contactpersoon namens de Bogin is ondergetekende,

Hoogachtend,

Drs. P.F.Bongers

Voorzitter Bogin