

3 november 2008

Health Services Nederland b.v./De Centrale Apotheek b.v.

dr.Hans B.J.Boerema
drs. Marijke S.C.Dirksen

Bijlage 2. Overzicht consultatievragen

Onderstaand is een overzicht van de consultatievragen opgenomen. De vragen zijn ook opgenomen bij het relevante onderdeel van de tekst. De hier aangehouden volgorde heeft geen betrekking op het relatieve belang van deze vragen.

Gelieve uw antwoord steeds te voorzien van een motivering en waar mogelijk van voorbeelden en onderbouwende (kwalitatieve en/of kwantitatieve) gegevens. Vanzelfsprekend kan ook commentaar gegeven worden op andere voor AMM relevante onderwerpen dan die welke in de consultatievragen aan de orde komen.

Consultatievraag 1:

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

In zijn algemeenheid is met betrekking tot de verbetering van de farmaceutische dienstverlening een bredere aanpak noodzakelijk. In grote lijnen zien we de volgende onderdelen die met elkaar in verband staan:

- Herpositionering van de voorschrijver(huisarts) en de apotheker met betrekking tot de definitie van de toegevoegde waarde in relatie tot de farmaceutische zorg
- Preferentiebeleid in brede zin
- Vrije tarieven met een realistische bandbreedte ter stimulering van de concurrentie.

Indien wij het goed hebben begrepen zijn de vrije tarieven gerelateerd aan de farmaceutische dienstverlening en mogelijk ook aan prestatiebeschrijvingen. De maximale tarieven blijven verankerd in de WGP (maximumprijzen) en GVS (vergoeding die de verzekeraar maximaal mag betalen aan de patiënt).

In principe zou het systeem van vrije tarieven, mits er inderdaad genoeg garanties zijn voor de kwaliteit en veiligheid voor de consument, te verkiezen boven het huidige vergoedingensysteem. Echter, we moeten daarbij wel de uitgangspositie goed omschrijven en vastleggen. Indien de bandbreedte zodanig gekozen wordt dat de apotheekhoudende slechts op prijs blijft letten en onvoldoende aandacht heeft voor de overige taken als farmaceutische zorgverlener dan komen we van de regen in de drup. We moeten een uitgangspositie definiëren door eerst op een grote groep apotheekhoudenden een Activity Based Costing analyse los te laten. Wat is de kostprijs om op een verantwoorde wijze farmaceutische zorg te leveren en welke adequate financiering past daarbij. Bovendien vinden wij het juist om diensten waarop tarieven betrekking hebben goed vast te leggen en te standaardiseren. Dit laatste om de meetbaarheid te kunnen garanderen.

Voor het overige moet er rekening gehouden worden met een differentiatie in de farmaceutische dienstverlening. Het is aan de apotheekhoudende hoe hij/zij het dienstenpatroon qua omvang en inhoud vorm gaat geven in de praktijk. Vrije tarieven, mits goed overwogen, kunnen bijdragen aan gezonde concurrentie onder de apotheekhoudenden.

Om de farmaceutische dienstverlening extramuraal nu en in de toekomst efficiënt, veilig en betaalbaar te houden is het belangrijk dat naast het vrijlaten van de prijzen en het reeds ingezette preferentiebeleid, nog een essentiële stap gezet wordt, namelijk het wijzigen van de huidige conventionele infrastructuur. Het verdient aanbeveling om nu eens niet alleen naar de groep te kijken die altijd in de belangstelling staat en zich daar zelf ook geplaatst heeft, de apotheker, maar ook te kijken naar een groep die eveneens een substantiële toegevoegde waarde heeft, de voorschrijver, *in casu* de huisarts. Doen we dit niet dan dreigen alle genomen en te nemen maatregelen uiteindelijk niet het gewenste resultaat op te leveren.

Conclusie:

Vrije tarieven zeer goed mogelijk en ook op korte termijn met in achtneming van een geprotocolleerde meeting van de "nulwaarde".

Farmacotherapeutische dienstverlening dient niet gezien te worden als een domein alleen van de apotheker, de rol van de voorschrijver dient structureel heroverwogen te worden en meegenomen te worden in de hele discussie rondom de vrije tarieven.

Het herstructureren van logistieke en financiële stromen is een essentieel onderdeel van een herwaardering van de farmacotherapeutische dienstverlening.

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?

Zie antwoord bij vraag 1 en 3.

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?

De plaats van de voorschrijver(huisarts) en de apotheker met betrekking tot de farmaceutische zorg kan door de inzet van innovatieve technologieën in combinatie met een alternatief en vernieuwend concept herzien worden. In dat kader zijn wij het volledig eens met de 'Jonge apothekers' die de farmaceutische dienstverlening los zien staan van de distributie van farmaceutische producten.

De keuze voor ons valt op optie 3, met dien verstande, dat, indien de onderhandeling niet leidt tot resultaat, de NZa (met verzekeraars) prestaties vastlegt met eisen waaraan men minimaal moet voldoen.

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?

Pilots opstarten in 2009 en invoering in 2010 na evaluatie en eventuele aanpassingen.

Consultatievraag 5:

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

Zeer belangrijk. Meten is weten. De ingevoerde prestaties kunnen na evaluatie aangepast worden en een en ander moet ook kunnen leiden tot nieuwe prestaties.

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?

Cruciaal is de medewerking van betrokken partijen. Het toelaten van nieuwe partijen en de daaraan gerelateerde veranderingsgezinde apothekhoudenden moeten wel de mogelijkheid krijgen een rol te kunnen spelen.

- Vrije tarieven kunnen de keuze mogelijkheden van zorgverzekeraars en consumenten vergroten. Het is van belang dat professionele nieuwe toetreders hierbij niet stuiten op 'onbehoorlijke oppositie' van de conventionele partijen. We kunnen hierbij denken aan uitsluiting van ICT structuren (Medicom) en leveringsboycot door farmaceutische groothandels.
- Mogelijkheid van de consument om te kiezen uit meerdere mogelijkheden
Incentives: eigen bijdrage, premie.
- Substitutie generieken: 'pay for performance'
- Meten van prestaties

Consultatievraag 7:

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

Met betrekking tot een eventuele invoering van de vrije tarieven moeten we rekening houden met een toename van administratieve procedures door het wegvallen van de (automatische) updates van het apothekinformatiesysteem (AIS) en het ontstaan van een mogelijke onoverzichtelijke declaratiestructuur aan de kant van de verzekeraars. Een en ander kan leiden tot een substantiële kostenpost. Derhalve is het aan te bevelen deze substantiële wijzigingen in de farmaceutische 'boekhouding' in beeld te brengen.

Consultatievraag 8:

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

Zoals de NZa aangeeft gaat het bij het invoeren van maatregelen in de farmaceutische zorg om die maatregelen die de volgende zaken bevorderen:

- Kwaliteit
- Betaalbaarheid
- Toegankelijkheid

Zoals bij vraag 1. is aangegeven geeft alleen het invoeren van vrije tarieven voor de farmaceutische zorg onvoldoende garantie dat de beoogde doelen bereikt zullen worden. Hier is meer voor nodig. De vrije tarieven zijn teveel geënt op slechts één partij in de markt, de apotheek. In het verleden is gebleken dat nieuwe initiatieven alleen gericht op deze groep niet altijd geleid hebben tot substantiële verbeteringen in de farmaceutische zorg maar helaas steeds verzandde in discussies op inkomen(betalbaarheid).

Een meer evenwichtige benadering van de geneesmiddelendistributie in de eerstelijnsgezondheidszorg waarbij de rol van voorschrijver en leverancier kritisch onderzocht dienen te worden heeft de voorkeur.

Beide partijen hebben een toegevoegde waarde in dit proces, nooit eerder is onderzocht bij welke partij welke toegevoegde waarde naar de patiënt het beste kan worden ondergebracht. Het HSN/DCA concept (bijlage 1,2) legt het accent op de toegevoegde waarde van de huisarts in dit proces en is bereid dit te onderzoeken.

Evaluëren en publiceren van de bereikte resultaten met betrekking tot de aangebrachte veranderingen in de kolom is essentieel voor de acceptatie van een herpositionering bij betrokkenen in de farmaceutische zorg.

Consultatievraag 9:

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

Terugvaloptie 1 dynamisch omzetplafond: Te ingewikkeld

Terugvaloptie 2 Kwaliteitsprikkel:

Een evenwichtige verdeling in de farmaceutische zorg tussen voorschrijver en apotheekhoudende leidt tot een vermindering van de marktmacht van de apotheek waardoor terugvaloptie 2 de beste keuze is.

Dit proces is goed in te passen mits hierbij ook het meten is weten principe wordt toegepast. 'Pay for performance' is niet alleen voor apothekers maar ook voor de huisarts van belang.

Consultatievraag 10:

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

Het is haalbaar het experiment te starten per 1-1-2010 mits er duidelijk naar betrokken partijen in de markt gecommuniceerd wordt en er naast het invoeren van vrije tarieven, zoals bedoeld in dit consultatiedocument, plaats is voor een gelijktijdige opwaardering van de voorschrijvende partij met het ondersteunen en accepteren van kwalitatief goede

initiatieven en actie tegen partijen die vasthouden aan hun bestaande marktmacht met als gevolg het creëren van een *status quo*.

Consultatievraag 11:

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

De marktmacht van de apothekers heeft in het algemeen tot aan de invoering van het preferentiebeleid slechts geleid tot langjarige discussies over het inkomen. De consument heeft daarbij vaak onvoldoende aandacht gekregen. Enkele kanttekeningen bij deze opmerking is wel op z'n plaats. De apotheker als professionele farmaceutische zorgverlener moet zijn plaats behouden in de eerstelijnsgezondheidszorg. De rol van de apotheker en de inhoud van zijn dienstverlening moet echter veel meer gericht zijn op de farmaceutische zorg en niet op inkoop, distributie en een 100% betrokkenheid bij 80% van de verstrekking van medicatie ofwel de herhaalmedicatie. Voor de functies inkoop en distributie zijn efficiëntere kanalen beschikbaar. Voor het overgrote deel van de voorgeschreven medicatie (herhaalmedicatie) moet ook de andere belangrijke zorgverlener, *in casu* de voorschrijver, een grote rol gaan spelen. Dit wordt o.a. verwoord bij vraag 32. Dat aan de kant van de apotheker een goede honorering afgesproken moet worden in relatie tot de vrije tarieven om scherp te blijven is duidelijk. Of er echter voor de puur farmaceutische zorg circa 1900 apotheken nodig zijn is de vraag.

De huisarts kan met ondersteuning van bijvoorbeeld alternatieve concepten zoals het HSN/DCA concept (bijlage 1,2) zeer goed de grote stroom van herhaalrecepten onder controle houden. Vergeet daarbij ook niet de relatief grote groep apothekhoudende huisartsen die nog steeds een heftig domeingevecht voeren met de officine apothek. Ook voor de apothekhoudende huisarts is bijvoorbeeld het DCA concept een mogelijkheid om zijn dienstverlening te optimaliseren.

HSN/DCA ondersteunt de huisarts en apothekhoudende huisarts waarbij als speerpunten de completering van het medicatiedossier, de therapietrouw en het doelmatig voorschrijven aan de orde zijn. Periodiek moeten consulten ingelast worden om deze 'routine medicatie' goed te monitoren. Dit is het terrein van de huisarts. De consument is er zeer bij gebaat dat de specifieke farmaceutische zorg geleverd wordt door de hiervoor opgeleide professional, die daar ook voldoende tijd voor uit moet trekken en er dus ook moet zijn.

De langdurig verstrekte medicatie met de daarbij behorende zorg hoort bij de huisarts thuis. Ook de functie van centrale optimalisering van het medicatiedossier hoort hierbij. Dit is het terrein van de huisarts. Dat de huisarts op dit gebied meer vertrouwen geniet dan de apotheker is recentelijk nog eens gebleken bij TNS Nipo onderzoek (oktober 2008) waarbij 83% van de patiënten aangeeft de apotheker eigenlijk geen inzage te willen geven in zijn medisch dossier.

Een opmerking over internetapotheken is misschien in dit kader ook van belang. Wij zien in het kader van de kwaliteit van farmaceutische zorg geen grote rol weggelegd voor de internetapothek. De consument moet door zowel de apotheker in de beschreven rol alsook door de huisarts begeleidt worden. Het internet als medium kan vanzelfsprekend wel een rol spelen in de informatieve en logistieke service voor de consument.

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?

Indien we de dichtheid van apothekers in Nederland als een strikte voorwaarde gaan opnemen in relatie tot een alternatieve financiering en invoeren van alternatieve zorgtrajecten dan komen we niet erg ver. De consument moet overtuigd worden dat de veranderingen in de farmaceutische zorgverlening leiden tot een betere betaalbaarheid en veiligheid van deze zorg.

Indien we spreken over een geringe dichtheid in absolute zin dan denken we aan het platteland van o.a. Groningen, Friesland, Zeeland. Zoals verwoord bij vraag 11 vinden wij hier de versterking van de positie van de apothekhoudende huisartsen van primair belang.

Consultatievraag 13:

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

De zorgverzekeraar kan op dit moment de verzekerden alternatieven aanbieden voor het verlenen van farmaceutische zorg. Door de risicodragendheid van de zorgverzekeraars wordt soms de pure prijspolitiek naar aanbieders van zorg teveel op de voorgrond geplaatst. Projecten en alternatieve concepten die naast het kostenverlagende effect ook de kwaliteit van de farmaceutische zorg tot doel hebben moeten niet uit het oog worden verloren. Cruciaal is het professioneel begeleiden en evalueren van projecten en alternatieve concepten op de werkvloer en het publiceren van de resultaten hiervan. Het door zorgverzekeraars ingevoerde preferentiebeleid is een goed voorbeeld van de mogelijkheden om een starre markt te doorbreken. Of dit beleid op lange termijn in deze vorm effect heeft op betaalbaarheid en kwaliteit van de farmaceutische zorg is de vraag. Wij vinden het essentieel om bij dit soort beleidsmaatregelen tevens de structuur effectief te wijzigen zoals bijvoorbeeld met het HSN/DCA concept (bijlage 1,2). Bij dit concept hoort ook de centrale inkoop en de moderne verwerking van (herhaal)medicatie.

Consultatievraag 14:

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

Tegenover marktmacht van producenten kan heel simpel gezegd regulerend overheidsbeleid/verzekeraars geplaatst worden of inkoopvolume. Redelijkheid in onderhandelingen moet wel op de voorgrond staan om te voorkomen dat zeker bij de innovatieve farmaceutische industrie bepaalde landen minder 'aandacht' krijgen dan andere meer assertieve landen. Een en ander geldt zolang het vrije farmaceutische verkeer in de landen van de EU helaas nog niet aan de orde is.

Consultatievraag 15:

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

Zie vraag 14.

Consultatievraag 16:

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

Indien we hier alleen de extramurale markt beschouwen moeten we de farmaceutische groothandels met de specifieke infrastructuur en de daarbij behorende knowhow niet onderschatten. De producent kan de service die de groothandel kan leveren in de extramurale markt niet evenaren. Maatregelen die de groothandel financieel bovenmatig treffen zullen zeker via de apotheekhoudenden ook de consument treffen.

Een groter probleem is de verwevenheid van de groothandel direct of indirect met de apotheek in relatie tot de introductie van professionele nieuwkomers. De 'marktmacht' van de afnemende partij, de conventionele apotheek, is nog zo groot dat voor nieuwkomers een boycot volgt op de levering van medische- en farmaceutische producten door de groothandel. Voor HSN/DCA was dit een reden om een eigen groothandel op te starten.

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?

Onze mening is dat op zichzelf staande maatregelen niet zullen leiden tot een betaalbare en een meer veilige farmaceutische (extramurale)zorg. Het op elkaar afstemmen van o.a. het preferentiebeleid, vrije tarieven en alternatieve vormen van farmaceutische dienstverlening, door het herschikken van bestaande structuren, kan meer positieve effecten teweeg brengen dan het afzonderlijk invoeren van elke maatregel apart.

Het preferentiebeleid heeft in ieder geval aangetoond dat enerzijds de concurrentie onder producenten van generieke geneesmiddelen de prijsverlaging wel zeer snel mogelijk hebben gemaakt en dat dit beleid anderzijds de apothekers heeft wakker geschud dat er in het normale economische verkeer ook plaats is voor alternatieve 'spelers'.

Nu dit is bereikt hebben we gezien dat als reactie op het preferentiebeleid een groot aantal apotheken in de huidige contractronde geen contract meer tekenen met een of meerdere verzekeraars.

Dit heeft voor de consument als consequentie dat er voor de medicatie die bij de apotheek in kwestie afgegeven wordt direct afgerekend moet worden. Dit past eigenlijk niet bij een professionele farmaceutische zorgverlener. De effectiviteit van het preferentiebeleid dreigt door de marktmacht van de huidige apotheekhoudenden ondermijnd te worden als er geen alternatieven zijn.

Aanpak:

- Korte termijn: de apotheek tegemoet komen door de receptregelvergoeding aan te laten sluiten bij de reële kostenstructuur van de apotheek.
- Korte termijn: de zorgverzekeraar de mogelijkheid te geven alternatieven te ondersteunen.
- Middenlange termijn: de apotheek als farmaceutische dienstverlener definiëren en evalueren, waarbij het aantal apotheken gereduceerd kan worden. Daarnaast de positie van de huisarts/apotheekhoudende huisarts opwaarderen in relatie tot de farmaceutische zorg (zie concept HSN/DCA, bijlage 1,2)).

Maatregelen rondom de vergoedingsprijzen van geneesmiddelen moeten niet louter en alleen gebaseerd zijn op een 'benzineprijspolitiek', dat wil zeggen het simpel verlagen

van prijzen en tarieven zonder dat men zich overtuigd heeft of deze actie(s) geen nadelige effecten heeft op de betaalbaarheid en de veiligheid van de farmaceutische zorg in zijn geheel. Onderstaande zaken zullen een integraal onderdeel moeten vormen van een effectief prijsbeleid:

- Realistische kostenvergoeding van apothekhoudende op basis van kostenonderzoek(activity based costing) in de huidige situatie en in de op termijn ontstane nieuwe situatie waarbij de apotheker farmaceutische zorgverlener is zonder de functies van inkoop en distributie van onder andere de grote stroom herhaalrecepten.
- Realistische kostenvergoeding voor de voorschrijver met betrekking tot de nieuwe functie in de farmaceutische dienstverlening(M&I module)
- Professionele nieuwkomers moeten een kans krijgen
- Verzekeraars moeten hun verzekerden een apothekkeuze kunnen voorleggen waarbij incentives als premieverlaging en het niet hoeven betalen van een eigen bijdrage, indien men gebruik maakt van een preferente aanbieder, tot de mogelijkheid behoren.
- 'Pay for performance' zoals bijvoorbeeld de mate van doelmatig voorschrijven, de optimalisering van het medicatiedossier.
- Meten is weten

De frequentie van periodieke wijzigingen in de lijst van gekozen preferente geneesmiddelen moeten voor de consument niet leiden tot onnodig vaak veranderen van een geneesmiddel in een andere 'look en feel'. Ook voor de toeleverancier(groothandel) kan het te frequent veranderen van preferente geneesmiddelen leiden tot kostenverhoging.

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?

Dit zou zeer wel mogelijk zijn. Zie vraag 14. Zie concept HSN/DCA (bijlage 1,2).

Consultatievraag 19:

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

Het effect van het preferentiebeleid zal op een gegeven moment 'uitgewerkt' zijn en er zal een nieuw evenwicht ontstaan. Dat wil niet zeggen dat het ingezette beleid met betrekking tot preferente geneesmiddelen gewijzigd zou moeten worden. Echter, het preferentiebeleid is alleen gericht op de apotheek. Doelmatig voorschrijven door de huisarts speelt bij het kosteneffectief verstrekken van geneesmiddelen een veel grotere rol. Bovendien moeten we goed beseffen dat de grootste kostenpost van de geneesmiddelen toch in de groep spécialités blijft zitten. In volume vormen generieken een relatief groot aandeel maar in kosten zijn de spécialités veruit de grootste groep.

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?

Een effectief preferentiebeleid zal de invloed op de vrijlating van de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening negatief kunnen beïnvloeden indien de farmaceutische dienstverlening van apothekhoudenden niet meer kostendekkend is. De farmaceutische dienstverlening moet in relatie blijven staan tot de kosten die hiervoor door 'de ondernemer' moeten worden gemaakt. Wordt de bandbreedte van de vrije tarieven te smal dan zal onherroepelijk de kwaliteit en service richting consument daar behoorlijk onder gaan leiden.

Consultatievraag 21:

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

In de geneesmiddelenbranche komt de prijs die wordt gehanteerd voort uit onderhandelingen tussen de industrie, groothandel en apotheker. Het afschaffen van de KNMP taxen en het GVS is geen nieuwe gedachte. In dit kader is de reactie van de toenmalige minister van VWS, E. Borst-Eilers, op een motie van Van Blerck-Woerdman en Oudkerk (24124, nr. 103, 22 september 2000(!)) wel illustratief. Deze motie behandelde destijds al de afschaffing van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), de taxen en de CTG-tariefbeschikking. Maximumprijzen voor vergoeding van de door apothekhoudenden verstrekte medicatie aan de consument werden tot voor kort steeds gehanteerd. Een van de eerste acties om de maximuminkoopvergoeding op de geneesmiddelen te verlagen vormde het afnemen van de kortingen en bonussen (het verschil tussen de door de apotheker feitelijk betaalde inkoopprijs en de taxen prijs), de zogenaamde 'claw-back'. Het ingevoerde preferentiebeleid met betrekking tot generieke geneesmiddelen door zorgverzekeraars bleek effectief in die zin dat een aantal leveranciers van generieke geneesmiddelen hun prijzen soms met vele procenten omlaag brachten. Het GVS, dat uitgaat van maximale vergoedingslimieten van geneesmiddelen in een cluster heeft er toe geleid dat deze maximale vergoedingen ook inderdaad door apothekhoudenden werden gehanteerd.

In haar antwoord op bovengenoemde motie stelt de minister dat de opheffing van het GVS en de afschaffing van de taxen slechts aan de orde kan zijn als de zorgverzekeraars voldoende inkoopmacht hebben opgebouwd.

In zekere zin kan gesteld worden dat de zorgverzekeraars aan de vraagzijde van de markt aan marktkracht hebben gewonnen en de huidige vergoedingswetgeving zou gedereguleerd kunnen worden. Op de vraag of opheffing van de taxen (en het GVS) aan de orde zou kunnen zijn moet op basis van de vermindering van de monopolistische positie van industrie en apothekhoudende een positief antwoord gegeven worden.

Consultatievraag 22:

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

Eigen bijdragen in de gezondheidszorg hebben geen goed imago. In het verleden heeft een eigen bijdrage geleid tot een toename van administratieve handelingen bij de aanbieder van zorg en de financier van zorg. Voor een consument is de hoogte van de

eigen bijdrage van belang en de consument wil weten waar men een eigen bijdrage voor moet betalen. Een belangrijk feit is echter dat er tot nu toe nauwelijks of geen alternatieven in de (farmaceutische)zorg aangeboden kunnen worden die gerelateerd zijn aan de hoogte van de eigen bijdrage of zelfs van het niet of wel verschuldigd zijn van een eigen bijdrage. Een zorgverzekeraar kan, indien er alternatieven zijn, gebruik maken van het sturingsmechanisme dat versterkt wordt door van de verzekerde wel of geen eigen bijdrage te vragen voor de farmaceutische zorg. Dit houdt wel in dat de consument goed op de hoogte moet zijn van de inhoud van de zorg en de kosten daarvan bij een specifieke aanbieder of een alternatieve structuur.

Consultatievraag 23:

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

De partijen die een rol spelen bij substitutie van geneesmiddelen zijn niet compleet in paragraaf 5.1.1. De sturende werking van de overheid en de zorgverzekeraars is onder het preferentiebeleid duidelijk geworden. Dat het alleen voeren van een prijsbeleid weer kan leiden tot de vlucht in de *spécialités* is kernachtig weergegeven in paragraaf 5.1. *'uitgavenstijging door verminderde substitutie: een rekenvoorbeeld'*. In feite vormen ook de generieke geneesmiddelen wel percentueel een groot volume aandeel van de totale geneesmiddelenverkoop maar de uitgaven aan de groep *spécialités* vormen de grootste kostenpost.

Het doelmatig voorschrijven blijft de belangrijkste factor in het substitutiebeleid met in ons inziens de centrale rol van de voorschrijver zowel extramuraal, maar ook intramuraal. Evaluatie van de mate waarin dit voorschrijfbeleid wordt aangehouden blijft achter en is daarom een aandachtspunt. In het HSN/DCA concept (bijlage 1,2) met de huisarts als centrale voorschrijver is het doelmatig voorschrijfbeleid en het meten daarvan een van de speerpunten.

Consultatievraag 24:

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

Het merendeel van de voorschrijvers(huisartsen) schrijven op stofnaam voor. Indien op het recept geen specifieke aanduiding staat dat bijvoorbeeld een *spécialité* gewenst is ligt de beslissing om een generiek of *spécialité* uittegeeft bij de apotheekhoudende.

Consultatievraag 25:

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

Het preferentiebeleid behelst nog niet alle generieken. Indien het beleid uitgebreid zou worden zonder aanvullende maatregelen dan zou het niet ondenkbeeldig zijn dat de farmaceutische zorgtaak in het kader van het voorkeursbeleid voor generieken ondergeschikt wordt aan de aandacht voor het inkomen van de apotheekhoudende. Hier zal het van belang zijn de bandbreedte voor de vrije prijzen van geneesmiddelen goed te definiëren samen met de realistische kostenopbouw in de apotheek.

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?

Zorgverzekeraars kunnen een actieve rol spelen bij het stimuleren van de gewenste substitutie onder andere door:

- Eigen bijdrage voor de consument, als de consument geen gebruik maakt van de substitutie
- Keuzemogelijkheden voor preferente aanbieders (apothekhoudenden) die feitelijk bewezen hebben zich optimaal te houden aan het substitutiebeleid
- 'Pay for performance' voor voorschrijvers (huisartsen) die zich houden aan het beleid om doelmatig voor te schrijven (farmaceutische M&I module).

Consultatievraag 27:

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

Het komt regelmatig voor dat patiënten die opgenomen worden in het ziekenhuis switchen naar een ander geneesmiddel, vaak een *spécialité*, vanwege het inkoopbeleid van de geneesmiddelen intramuraal. Dit kan voor de patiënt vervelende consequenties hebben indien de uitwisseling van gegevens met de huisarts (en apotheek) niet optimaal is. De patiënt neemt vaak bij thuiskomst de geneesmiddelen van vóór de ziekenhuisopname ook weer in. Dit kan bijvoorbeeld polyfarmacie in de hand werken.

De optimalisering van het medicatiedossier is in dit kader van groot belang. De gegevens uit de intramurale setting dienen snel en adequaat toegevoegd te worden aan het medicatiedossier. Op het terrein van de uitwisseling van medicatiegegevens tussen intra- en extramuraal kan nog veel verbeteren. Het automatiseringproces kan in orde zijn, maar de gebruikers moeten wel de juiste gegevens op de juiste plaats en op tijd invoeren.

Consultatievraag 28:

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

De strekking van artikel 11 WOG is te voorkomen dat een arts zich bij zijn beslissing om een patiënt een geneesmiddel voor te schrijven (mede) laat leiden door financiële belangen. Deze belangenverstremming zou afbreuk kunnen doen aan een verantwoorde patiëntenzorg.

Het aangepaste verbod (artikel 11) 19 maart 2007 beoogt geen afspraken te verbieden voor zover deze afspraken uitsluitend zijn ingegeven door overwegingen van een goede geneesmiddelenvoorziening. Daarbij valt te denken aan:

- Afspraken met zorgverzekeraars over het belonen van zorgverleners voor doelmatig voorschrijven en farmacotherapieafspraken tussen beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars.

- Het farmacotherapieoverleg tussen voorschrijvers en apothekhoudenden.
- Afspraken over rationele geneesmiddelenvoorziening in instellingen die eerstelijnszorg leveren.

Voorkomen moet worden dat juist gewenste vormen van samenwerking in de eerstelijnszorg zonder meer zouden worden verboden.

Samenwerkingsverbanden die ontstaan door nieuwkomers zoals HSN/DCA zijn gericht op betaalbaarheid en veiligheid van de geneesmiddelenverstrekking. Dat de huisarts, als voorschrijver, hierbij centraal gesteld wordt is voor de initiatiefnemers een logische keuze waarbij belangenverstrengeling niet aan de orde is. De speerpunten van de nieuwe organisatie zijn:

- Kostenvermindering door inzet van moderne technologie in de (centrale)apotheek
- Effectieve logistiek, ook in de huisartsenpraktijk
- Optimalisering service voor de consument
- Optimalisering van het medicatiedossier
- Stimuleren doelmatig voorschrijven

Cruciale effecten van de werking van dit concept worden gemeten en gepubliceerd. De voorschrijver moet in het kader van dit concept meerwerk verrichten waarbij de verbetering van de zorg voorop staat en ook geëvalueerd en gefinancierd moet worden.

Consultatievraag 29:

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

Zie beantwoording vraag 23 t/m 27

Consultatievraag 30:

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

De extramurale farmacotherapeutische zorg is over het algemeen van een goed niveau. Op een aantal terreinen kunnen zeker verbeteringen aangebracht worden. Dit betreft het betaalbaar houden van de farmacotherapeutische zorg en de verbetering van de veiligheid van de medicatieverstrekking voor de consument. Het is bijvoorbeeld een publiek geheim dat het merendeel van de medicatiedossiers van patiënten in Nederland niet compleet zijn. Het ideaalbeeld van een compleet medicatiedossier is ook heel moeilijk te realiseren. Het shoppen van consumenten bij verschillende apotheken, de opkomst van de (internationale) internetapotheken en de niet optimale uitwisseling van gegevens tussen 1^e - en 2^e lijns gezondheidszorg liggen o.a. ten grondslag aan het niet compleet zijn van het medicatiedossier. Welke informatiesysteem men in de eerste lijn(HIS, AIS) en tweede lijn(ZIS) ook gebruikt het is wezenlijk dat de gebruikers de medicatiegegevens en de wijzigingen daarin juist invoeren op de juiste plaats en op tijd. Verder is het van belang de uitgangswaarden van het medicatiedossier centraal(ons inziens bij de voorschrijver) te bepalen en aan te vullen of te wijzigen met betrekking tot het recente gebruik van medicatie door de patiënt. Dit is een grote klus waarvoor de

zorgverlener veel extra werk, met de nodige ondersteuning, moet verrichten. Het concept van HSN/DCA (bijlage 1,2) voorziet hierin. De Centrale Apotheek heeft een centraal AIS en streeft ernaar samen met de huisarts en de patiënt medicatiegegevens op te slaan, ook vanuit de 2^e lijn en ook de zelfzorgmedicatie.

De betaalbaarheid is reeds uitvoerig aan de orde geweest bij eerdere vragen.

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?

De visie van HSN/DCA is in het kort centraal te verrichten wat centraal kan met ondersteuning van moderne technologie. De apotheker moet zich in principe toeleggen op zijn farmaceutische zorgtaak zonder daarbij gestoord te worden door inkoopverzekeringen en distributie van de grote stroom herhaalmedicatie. De farmaceutische zorgtaak omvat onder andere de informatie rond de 1^e en 2^e uitgifte, de polyfarmacie, farmaceutische inzet bij specifieke thuiszorg, adviseren van zorgverleners extramuraal, uitwisseling farmacotherapeutische informatie met de 2^e lijn. Voorwaar een omvangrijke taak. Een goede financiering die recht doet aan deze taak is van wezenlijk belang.

Consultatievraag 32:

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

In het HSN-DCA concept (bijlage 1,2) komt de huisarts centraal te staan in relatie tot de farmaceutische patiëntenzorg, vanzelfsprekend in samenwerking met zowel de apotheek nieuwe stijl (zie vraag 31) en een (de) centrale apotheek.

Met de inzet van innovatieve technologieën enerzijds en een efficiënte logistiek en ICT infrastructuur anderzijds ter ondersteuning van de huisarts kan een kosteneffectief farmaceutisch systeem gecreëerd worden, dat bovendien de veiligheid van het medicatiegebruik door de consument ten goede komt. Hiervoor zal de positie van de officine apotheek in relatie tot de voorschrijver gewijzigd dienen te worden, waarbij beide professionals ieder hun eigen duidelijk omschreven toegevoegde waarde zullen hebben. Moderne technologie maakt het mogelijk het merendeel van de handelingen in de apotheek, waaronder de inkoop en distributie, op een efficiënte wijze centraal te verwerken.

Wij zien de apotheek 'nieuwe stijl' als een farmaceutisch kenniscentrum, waarbij de nadruk ligt op de meer specifieke farmaceutische vraagstukken die op kunnen treden bij de 1^e en 2^e uitgifte, polyfarmacie, specifieke farmaceutische thuiszorg etc. Of hiervoor alle circa 1900 officine apotheken gehandhaafd moeten blijven is daarbij een belangrijke vraag.

Het centraal plaatsen van de voorschrijver bijvoorbeeld volgens het concept van HSN/DCA (bijlage 1,2) heeft voor de consument grote voordelen op het gebied van het veilig voorschrijven en vervolgen van de herhaalmedicatie.

In 75 –80 % van de uitgeschreven recepten door de huisarts betreft het herhaalmedicatie. In het verloop van vaak jarenlang gebruik van de medicatie door de patiënt zijn adequate controle consulten op gezette tijden noodzakelijk. Op basis van de uitkomst van onderzoek door de huisarts zijn aanpassingen van de herhaalmedicatie noodzakelijk zoals onder andere:

- Chronische aandoeningen veranderen in de loop van de tijd
- De patiënt wordt ouder waardoor de gevoeligheid voor bepaalde medicamenten afneemt
- Het medische beleid kan bij stijgende leeftijd veranderen.
- Nieuwe inzichten in de behandeling van bepaalde ziektebeelden
- Nieuwe aandoeningen bij de patiënt
- Wijzigingen in laboratoriumwaarden
- Het optreden van bijwerkingen

Indien de herhaalmedicatie voor de patiënt te routinematig gaat worden onttrekt de patiënt zich aan de reguliere controles omdat men de medicatie toch wel krijgt. Ook blijkt dat in circa 10% de patiënt zijn/haar medicatie niet inneemt.

De huisarts is de aangewezen persoon om als een spin in het web het overzicht te kunnen houden over de aandoening van de patiënt en de daarbij behorende verstrekte medicatie. Voor de huisarts is het uitschrijven van het herhaalrecept een moment bij uitstek om na te gaan of er aanpassingen noodzakelijk zijn. De medische en de farmaceutische informatie dient optimaal geïntegreerd te worden.

We kunnen er vanuit gaan dat het medicatiedossier zowel bij de apotheek, de huisarts en 2^e lijnsvoorzieningen op dit moment niet compleet is. De oorzaken zijn divers:

- Versnippering van afleverpunten door vrije apotheekkeuze
- Het aanwezig zijn van verschillende typen apotheken(locale apotheken, internetapotheken, politheken etc.)
- Bestellen van medicatie bij nationale en internationale internet apotheken.
- Onvoldoende uitwisseling tussen HIS, AIS en ZIS door technische- of persoonlijke problematiek.

Het landelijk in te voeren EPD(elektronisch patiëntendossier) via een LSP(landelijk schakelpunt) is zeker een 'tool' dat de technische problematiek en een deel van de overige knelpunten kan oplossen. Echter, men blijft afhankelijk van zorgverleners die de informatie in de praktijk moeten invoeren op de juiste wijze, op tijd en op de juiste plaats. Knelpunten zijn en blijven de beschikbare tijd op een drukke praktijk en in een drukke poliklinische omgeving. De patiënt kan tevens blijven shoppen via de internet apotheek en we laten hierbij (te) vaak het omvangrijke gebruik van zelfzorggeneesmiddelen buiten beschouwing. Ook zelfzorggeneesmiddelen, zeker bepaalde categorieën, horen ook in het medicatiedossier thuis.

Consultatievraag 33:

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

Er zijn goed en minder goed georganiseerde FTO's. Informatie-uitwisseling tussen voorschrijvers en apothekers blijft van belang en voor de laatste groep moet dit een onderdeel blijven van de apotheek nieuwe stijl. Wellicht is in dit kader ook eens te overwegen om het medium internet meer in te schakelen(E-learning). De voorschrijvers kunnen dan op elk gewenst tijdstip de informatie opnemen.

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?

Onbekend. In zekere zin is de bewaking van de kwaliteit van geleverde farmaceutische zorg een taak van de IGZ. De aandacht van overheden en zorgverzekeraars is de afgelopen decennia uitgegaan naar de prijs/inkomsten van de apothekhoudende. Mogelijk zal de aandacht van zorgverzekeraars door de huidige ontwikkelingen met onder andere ook de introductie van preferente zorgaanbieders meer gericht worden op specifieke kwaliteitseisen.

Consultatievraag 35:

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

Zie beantwoording vraag 31. De financiering van de apotheek nieuwe stijl verdient een structurele realistische financiering.

Consultatievraag 36:

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

Zie beantwoording vraag 31. De structurele regulering van de prestaties voor zorgadvisering lijkt ons overgedragen te kunnen worden aan de zorgverzekeraar. Voorkomen moet worden dat de prestaties te star vastgelegd worden en na evaluatie niet aangepast of gewijzigd kunnen worden.

Consultatievraag 37:

Hoe beoordeelt u de huidige bereikbaarheid van apotheken in Nederland?

De bereikbaarheid van de apotheek in Nederland is goed te noemen (zie paragraaf 4.2.1.). De bereikbaarheid van de apotheker lijkt in het algemeen minder goed te zijn.

Consultatievraag 38:

Hoe groot is het risico dat prijsverlagingen leiden tot faillissementen?

Zie beantwoording vragen 20, 21, 25 en 31. De huidige apotheekvoorziening en de op termijn apotheek nieuwe stijl moet adequaat gefinancierd worden. Bij verandering van de huidige structuur zullen geen 1900 apotheken nodig zijn.

Consultatievraag 39:

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

Zie beantwoording vragen 20, 21, 25 en 31. De huidige apotheekvoorziening en de op termijn apotheek nieuwe stijl moet adequaat gefinancierd worden. Bij verandering van de huidige structuur zullen geen 1900 apotheken nodig zijn.

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?

Zie paragraaf 4.2.1. Bij een afname van 20% van het huidige aantal apotheken zal de bereikbaarheid nauwelijks beïnvloed worden. Voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen kunnen specifieke logistieke concepten ingezet worden. Hierbij kan men denken aan thuisbezorging (zoals al op grote schaal regionaal gebeurd) met eventueel de inzet van mobiele apothekersassistenten voor de nodige advisering thuis.

Consultatievraag 41:

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

Zie vraag 40

Consultatievraag 42:

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

Alternatieven die gericht zijn op een zinvolle herstructurering van de extramurale farmaceutische dienstverlening kunnen de afname van het aantal apotheken beïnvloeden. Daarbij is het van belang dat de essentiële onderdelen van de farmaceutische dienstverlening, de voorschrijver en de apotheekhoudende bewaard blijven. Door de herschikking van taken en de inzet van moderne technologie zoals bijvoorbeeld de apotheek nieuwe stijl (farmaceutische zorg optimaliseren zonder inkoop en logistieke taken) en de centraal geplaatste huisarts in de farmaceutische dienstverlening kan tegemoet gekomen worden aan de betaalbaarheid en de veiligheid van de geneesmiddelenverstrekking. Het HSN/DCA concept (bijlage 1,2) komt tegemoet aan deze doelstellingen.

BIJLAGE 1. VISIEDOCUMENT HSN/DCA CONCEPT

De Centrale Apotheek

De Centrale Apotheek (DCA), gevestigd in Delfzijl, is een nieuw initiatief van Health Services Nederland voor de centrale verwerking van herhaalrecepten. Deze herhaalrecepten zijn via DCA binnen een dag overal in Nederland beschikbaar. Het afleveradres kan de huisartspraktijk zijn, maar DCA kan medicijnen ook bij de patiënt thuis bezorgen.

DCA is voor de wet gelijk aan elke andere, lokale apotheek en kan en mag daarom dezelfde diensten leveren als elke andere, lokale apotheek. DCA is een transparante organisatie. Initiatiefnemer Health Services Nederland is dan ook bereid om met een ieder over DCA in overleg te treden.

Waarom dit initiatief?

Het initiatief van de DCA is mede ingegeven door de mogelijkheid van een substantiële kostenbesparing in de gezondheidszorg. Circa 80 procent van de uitgegeven medicijnen betreft namelijk herhaalmedicatie. Met een innovatieve (logistieke) apotheek infrastructuur kunnen veel kosten worden bespaard op de uitgaven aan herhaal medicijnen. DCA is in overleg met zorgverzekeraars over de mogelijke raakvlakken op dit gebied. Inmiddels tonen diverse huisartsen en gezondheidscentra belangstelling voor dit initiatief.

Wat is de rol van de huisarts binnen DCA?

De huisarts vervult binnen dit initiatief een belangrijke rol en komt meer centraal te staan bij het completeren van het medicatiedossier. Dit komt een veilige geneesmiddelenvoorziening ten goede. Naast een kostenbesparing levert DCA dus ook een verbetering van de medicatiebewaking op. De huisarts is de aangewezen persoon om als een spin in het web het overzicht te houden over de aandoening van de patiënt en de daarbij behorende verstrekte medicatie. Hij als geen ander de mogelijkheid om de medische en farmaceutische informatie optimaal te integreren. In de samenwerking met betrokkenen (patiënt, huisarts, apotheek en polikliniek apotheek) werkt DCA actief aan het completeren van het medicatiedossier inclusief het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen. Verder krijgt iedere bij DCA ingeschreven patiënt de mogelijkheid zijn beveiligd medisch dossier, inclusief medicatiedossier, via internet beschikbaar te hebben, zodat hij altijd en overal met up-to-date informatie een zorgverlener kan consulteren.

Wie levert de medicijnen?

De apothekers van DCA stellen de geneesmiddelen ter hand, niet de huisarts. De apothekers maken daarbij gebruik van de eigen bezorgdienst en de uitdeelpost in de praktijk van de huisarts. Dergelijke 'uitdeelposten' bestaan sinds jaar en dag in allerlei soorten en maten. DCA onderkent de farmaceutische kennis van de apotheker. Die kennis geeft zij een goede plaats binnen haar concept.

Patiënten blijven te allen tijde vrij om hun receptgeneesmiddel te halen bij een apotheek naar keuze.

Hoe zorgt DCA ervoor dat medicijnen bij de juiste patiënt terechtkomen?

DCA heeft waterdichte procedures ontwikkeld op basis van track & tracing. Op verschillende niveaus wordt het herhaalrecept visueel en op barcode gescand. Dit gebeurt zowel bij het verlaten van de verzendverpakking op de apotheek als bij aankomst op de uitdeelpost én als de patiënt zijn recept afhaalt. Een up-to-date status is op elk moment in te zien. Als een patiënt de herhaalmedicatie niet afhaalt, dan kan DCA de geneesmiddelen regionaal op het huisadres bezorgen. DCA neemt in die gevallen in ieder geval contact op met de patiënt en zijn huisarts. De huisarts onderzoekt de reden van het niet afhalen en bewaakt zodoende ook nog eens de therapietrouw. Zijn de redenen om medicijnen niet af te halen legitiem, dan neemt de bezorgdienst van DCA de geneesmiddelen mee retour.

Hoe zit het met vergoedingen?

DCA onderzoekt of het, binnen het wettelijke kader, mogelijk is dat de huisarts een declarabele vergoeding ontvangt voor de door hem goed omschreven zorgprestatie in het kader van de completering van het medisch- en medicatiedossier. Zolang hier geen duidelijkheid over bestaat, betaalt DCA geen vergoeding.

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft het DCA-concept gecontroleerd en geaccordeerd op dit aspect.

De Inspectie van de Gezondheidszorg heeft inmiddels de De Centrale Apotheek in Delfzijl alsook de uitdeelposten van de DCA bij de huisartsen goedgekeurd.

Health Services Nederland biedt substantiële kostenbesparing op geneesmiddelen uitgaven

Delfzijl, 26 maart 2008 - Op de uitgaven voor geneesmiddelen kan een substantiële en meetbare kostenbesparing worden behaald van minimaal € 500 miljoen. De oplossing: de verwerking van herhaalrecepten centraliseren waarbij de huisartsenpraktijk als logistiek afleverpunt dient. Met De Centrale Apotheek kan dit doel worden bereikt.

De Centrale Apotheek, gevestigd in Delfzijl, is een nieuw initiatief van Health Services Nederland voor de centrale verwerking van herhaalrecepten. Deze herhaalrecepten zijn via De Centrale Apotheek binnen een dag overal in Nederland beschikbaar. Het afleveradres kan de huisartspraktijk zijn, maar De Centrale Apotheek kan medicijnen ook,

in overleg met de huisarts, bij de patiënt thuis bezorgen.

De Centrale Apotheek hanteert het adagium dat de huisarts als zorgverlener centraal dient te staan in de eerstelijns gezondheidszorg. Directeur Hans Boerema van Health Services Nederland: "Deze opzet sluit aan bij het groeiende besef van de huisarts dat hij zijn rol als regisseur van de ketenzorg dient te vervullen en dat herhaalmedicatie een wezenlijk onderdeel vormt van die zorg."

Op dit moment onderzoekt Health Services Nederland of werken volgens het concept van De Centrale Apotheek tot onkosten leidt voor de betrokken huisartsenpraktijk. Blijkt dit inderdaad het geval, dan wil Health Services Nederland de huisartsen hiervoor op basis van de kostprijs 'compenseren'. "Uiteraard kan er alleen sprake van compensatie zijn als dat mogelijk is binnen de bestaande wettelijke structuur. Belangenverstremming tussen huisarts en apotheek is namelijk ontoelaatbaar krachtens de Geneesmiddelenwet en daar staan wij volledig achter", benadrukt Boerema. "Wij streven louter naar doelmatigheid en kwaliteitsverhoging, waarbij de vrije apotheekkeuze van de patiënt gewaarborgd blijft."

Om ook bij een eerste recept de uitlevering van medicijnen mogelijk te maken, heeft Health Services Nederland medisch-farmaceutische steunpunten in oprichting. Onlangs is een apotheek gevestigd in Arnhem. "Overname van andere apotheken of het vrij vestigen

van apotheken in de toekomst sluiten wij niet uit. Samenwerking met bestaande apotheken is eveneens mogelijk", besluit Boerema.

Over Health Services Nederland

Health Services Nederland is in februari 2007 gestart en richt zich op het initiëren en realiseren van innovatieve projecten in de gezondheidszorg. Onder de vlag van Health Services Nederland vallen, naast De Centrale Apotheek, ook de medisch-farmaceutische groothandel Health Services & Logistics en HuisartsCentraal.