

De NZa nodigt u uit om vóór 4 november 2008 schriftelijk uw eigen visie en commentaar in te sturen op de punten die in deze hoofdlijnennotitie aan de orde komen. Wij ontvangen uw commentaar bij voorkeur in elektronische vorm als bijlage bij een e-mail bericht.

Commentaar cursief afgedrukt

Wat betreft de geneesmiddelenprijzen is het beeld gemengd (voor zover gegevens beschikbaar zijn): de prijzen van octrooigeneesmiddelen zijn waarschijnlijk lager dan in landen zonder maximumprijzen (VS, VK), maar de prijzen van generieke geneesmiddelen waren in ieder geval tot medio dit jaar relatief hoog (zie paragraaf 5.1).

(generieke prijzen waren al laag in Nederland, nu gevaarlijk laag)

Dit leidt tot het voorlopige advies van de NZa om als aan de randvoorwaarden is voldaan per 1 januari 2010 vrije prijsvorming te introduceren in de vorm van een marktbreed landelijk experiment.

(advies, regionale proef bv Limburg, provincie met weinig grenzen binnen Nederland)

In de huidige situatie krijgt de consument vaak pas inzicht in de kosten van het geneesmiddel nadat hij dit heeft gebruikt, namelijk bij de opgave van het 'gebruikte' eigen risico door de zorgverzekeraar.

(op etiket staat verplicht de prijs vermeld)

Consultatievraag 8:

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

(zelfmoord, start regionaal)

indien a. er voldoende concurrentie is tussen zorgverzekeraars;

(die is er regionaal zeker niet. Standard Oil werd destijds opgesplitst)

binnen de EU is alleen in Scandinavië en Oostenrijk het aantal inwoners per apotheker nog hoger dan in Nederland (zie figuur 3).

(Oostenrijk staat niet in de tabel: Nederland 15miljoen:1800, ruim 8000, geen 6000, rest bij apotheekhoudend arts)

Weliswaar is sprake van een trend in de richting van ketenvorming waardoor de concentratie op de markt toeneemt, maar op dit moment komt geen enkele keten boven een marktaandeel van 10%.

(onjuist, Mediq 14%)

De meest recente monitor (van juni 2008) komt tot een positief oordeel over de positie van de consument op de zorgverzekeringsmarkt.

(consument is vaak door ziekte gebonden aan zorgverzekeraar, vooral de aanvullende verzekering)

Zo concluderen Grabowski et al. (2007) dat bij één generieke aanbieder de prijs van het generieke geneesmiddel 90% van de prijs is van het merkgeneesmiddel, bij vijf aanbieders 63% en bij

tien aanbieders 40%.

¹³ D. Long, vice-president van IMS, een consultancy, geciteerd in Wadman, 2007.

(grote gevaar van Preferentiebeleid, generieke producenten verlaten het aanbestedingscasino)

Bovendien hebben de zorgverzekeraars die niet deelnemen aan het preferentiebeleid afspraken gemaakt met apothekhoudenden dat uitsluitend het middel met de laagste prijs wordt vergoed, voor zover sprake is van dezelfde werkzame stof binnen het CTG-cluster.

(foute conclusie, uitsluitend de laagste prijs binnen een smalle marge,

het middel mag de apothekhoudende bepalen. Dit biedt grote logistieke winst)

Dit gegeven, en het feit dat dit in de praktijk niet onder de taxeprijs wordt gedeclareerd, wijst mogelijk op teveel marktmacht bij apothekers

(wmg kende reeds de clawback, bovendien laagste prijs afspraken bij generiek:

niet-wmg kent wel forse kortingen op de taxeprijs)

Consultatievraag 11:

Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van apothekhoudenden?

Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?

(marktmacht nog zeer laag, neemt toe met AHOED's en vooral ketenvorming)

Consultatievraag 13:

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

(veel te groot in bepaalde regio's; moeten worden opgesplitst)

Consultatievraag 22:

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

(conclusie is niet juist. Anticonceptie, ADHD kennen wel veel gvs-leveringen. Fabrikanten proberen op het GVS te introduceren omdat de andere clusterleden vrijlopers zijn)

- medisch specialisten in hun rol als voorschrijver. Hierbij is relevant dat medisch specialisten niet altijd een prikkel hebben om het meest doelmatige middel voor te schrijven (zie paragraaf 5.1.2);

(medisch specialisten staan niet onder contract bij de zorgverzekeraar itt huisartsen)

De mogelijke financiële belangenverstremming tussen voorschrijvers en verstrekkers van geneesmiddelen in nieuwe samenwerkingsvormen in de eerste lijn zoals AHOEDs, kan resulteren in ongewenste substitutie naar spécialités. Dit dient zorgvuldig gemonitord te worden. Als er aanwijzingen zijn dat hierdoor het doelmatig voorschrijven onder druk komt te staan kan besloten worden in te grijpen

(AHOED's bepalen wat goed is voor de AHOED)

De keerzijde is dat lagere

marges van apothekhoudenden de kwaliteit kunnen verlagen. Dit gaat niet per definitie in tegen het belang van de consument. Als de kwaliteitsverlaging betrekking heeft op aspecten die de consument niet hoog waardeert, mag worden aangenomen dat de consumentenwelvaart per saldo toeneemt: lagere prijzen of premies en een iets lagere kwaliteit.

(meest waarschijnlijk zijn langere wachttijden in de apotheek en meer leveranties binnen 24 uur in plaats van direct)

NSAID's

De groep ontstekingsremmende pijnstillers, de NSAID's, zijn vaak de veroorzaker van de geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopname. Deze geneesmiddelen moeten daarom ook verstrekt worden in een omgeving waar deskundige begeleiding toegankelijk is. Deze begeleiding kan gegeven worden in een apotheek waar ook medicatiebewaking verricht kan worden en waar geschoold personeel aanwezig is.

Bron: Eindrapport HARM-onderzoek (2006)

(NSAID's worden zonder computarmedicatiebegeleiding verstrekt in de drogisterij, bovendien wordt er reclame voor gemaakt omdat het geen UR middelen zijn, bv Voltaren)

Vrije tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening in de VS

In de VS zijn de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening de geneesmiddelenprijzen. De uitgaven aan farmaceutische hulp per hoofd van de bevolking zijn in de VS het hoogste van de hele OECD, bijna tweemaal zo hoog als in Nederland. Dit is niet het gevolg van hogere prijzen van geneesmiddelen

(vrije markt geeft hogere kosten via $\text{Kosten} = \text{Volume} * \text{Prijs}$, het Nederlandse systeem is financieel en kwalitatief het beste, daarom wordt het opgeheven, Amerikaanse druk, zie www.farmamedia.nl)

Per Troein, IMS

Uit een recente steekproef onder 100 apothekhoudenden bleek dat de gemiddelde betaling voor inkoopkosten per receptregel ongeveer \$9 dollar hoger was dan de feitelijke inkoopkosten. Bovendien ontvingen apothekhoudenden een gemiddelde 'receptregelvergoeding' (dispensing fee) van bijna \$3 per receptregel te bedragen. In totaal zijn de inkomsten per receptregel voor de apotheker dus ongeveer \$12 (Department of Human Services 2008).

(vergoeding in de USA circa 9 euro bij veel hoger gebruik)

Volume en mix van geneesmiddelengebruik resulteren niettemin in geneesmiddelenuitgaven per hoofd van de bevolking die twee maal zo hoog zijn als in Nederland. Dit onderstreept het belang van doelmatig voorschrijven voor de beheersing van de uitgaven aan geneesmiddelen.

(dit impliceert dat het Nederlandse model geëxporteerd moet worden en niet moet worden afgeschaft)

Als aanvulling op mijn visie wil ik de volgende vergelijking trekken.
VWS zond een vijf jaar geleden Inspecteurs van de IGZ naar de USA.
Ze kwamen met zeer negatieve verhalen terug over de zorgverlening in de USA.

1. Twee keer zo duur als in Nederland.

2. Zoveel onverzekerden dat resistentie bij onverzekerden een gigantisch probleem is geworden bij infectieziekten zoals Tuberculose en HIV/AIDS

Advies : dit model niet overnemen.

De NZA (onderdeel VWS) lijkt andere opvattingen te hebben.

Enkele jaren later zond het ministerie van VW ingenieurs naar New Orleans.
De Amerikanen namen de adviezen over die inhielden dat de kans op overstroming van 1 op 100 jaar terug moest naar 1/1000.

Stel nu dat VW zich anders opstelt.

Het Amerikaanse model van overstromingen in 1x per 100 jaar wordt overgenomen in Nederland.

Het onderhoud aan de dijken kan tientallen jaren achterwege blijven, hetgeen financiële middelen vrijmaakt.

Bovendien is het een duidelijk signaal aan bouwers dat bouwen beneden NAP riskant is. Nu met onze hoge dijken wordt zelfs in het laagste punt van het land woningbouw gepland.

De opstelling van VW in bovenstaande casus, adoptatie van het minderwaardige Amerikaanse Model wordt nu door de NZA overgenomen met betrekking tot de Geneesmiddelenvoorziening.

De kwaliteit van de Nederlandse Geneesmiddelenvoorziening is de beste van de hele wereld, net als onze deltawerken.

De teneur van uw Langetermijnvisie onttaardt in het eind in de volgende alinea.

"Vrije tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening in de VS In de VS zijn de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening de geneesmiddelenprijzen. De uitgaven aan farmaceutische hulp per hoofd van de bevolking zijn in de VS het hoogste van de hele OECD, bijna tweemaal zo hoog als in Nederland."

Het is zaak dat de USA het Nederlandse model adopteert, niet andersom.

Waarvan akte.

Dhr. JC Kortekaas apotheker

31 10 2008