

Raad van Bestuur van de
Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

3 november 2008

Betreft: Commentaar Nefarma op NZa consultatiedocument vrije tarieven farmaceutische zorg
Uw kenmerk: FVOT/MZEE/2008/A/704
Ons kenmerk: JO/JO/2008/14477

Dames en Heren,

Nefarma stelt het op prijs de gelegenheid te krijgen commentaar te leveren op het NZa consultatiedocument over vrije tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening. Hij maakt daarvan dan ook gaarne gebruik.

Alvorens concrete consultatievragen te beantwoorden vraagt Nefarma aandacht voor het volgende.

Kader

1. Zoals ook blijkt uit de begeleidende brief van de NZa, past de discussie over mogelijke vrije tarieven in de geneesmiddelensector binnen de uitvoering van de lange termijn visie van VWS op de geneesmiddelenvoorziening.

Die lange termijn visie (zoals weergegeven in de kamerbrieven van 15 januari en 3 juli 2008) geeft nog niet tot in detail op alle punten duidelijkheid over de te bereiken eindsituatie en ook niet over de wijze waarop en het tempo waarin die moet worden bereikt. Maar op hoofdlijn en richting is die wel duidelijk en voor het doel van deze reactie komt het daarmee beschreven kader neer op het volgende:

- a. Geneesmiddelen en farmaceutische zorg vormen een integraal onderdeel van de gezondheidszorg. Daarmee zal enige vorm van (tarief)regulering in de geneesmiddelensector ook moeten passen binnen de opzet van de stelsels van gezondheidszorg en van zorgverzekeringen.
- b. In dat verband heeft de afgelopen jaren ombouw plaatsgevonden van een systeem gebaseerd op aanbodregulering naar vraagsturing.
- c. In het belang van de verzekerde/consument/patiënt worden door concurrentie en marktwerking op de zorginkoopmarkt(en) en op de zorgverzekeringmarkt voordelen verwacht die met centrale regelgeving niet zijn te bereiken.

2. Uit diverse analyses blijkt dat de geneesmiddelenmarkt zich - tot aan de apotheekhoudenden - al lange tijd kenmerkt door een zeer hevige mate van concurrentie. Al eerder is geconstateerd dat de daarmee - binnen het 'oude' systeem - behaalde voordelen niet voldoende worden doorgegeven aan de eindgebruiker.

Naar onze mening kunnen de daaraan ten grondslag liggende oorzaken als volgt worden samengevat:

- a. Een stevig dichtgetimmerd centraal vastgesteld regelgevingsstelsel met een cultuur bij (vrijwel) alle betrokken actoren die meer is bepaald door 'leven naar en optimaal benutten van de regels' dan door het streven marktpositie te verwerven door toegevoegde waarde te leveren.

Dat kan ook nauwelijks anders wanneer bijvoorbeeld eerst centraal (bij wettelijk voorschrift) prestaties worden beschreven (zonder onderscheid naar kwaliteit of wijze van uitvoering) alvorens een prijs mag worden berekend die als maximumprijs is vastgesteld (maar wel op zodanig niveau dat er weinig of geen ruimte naar beneden bestaat).

- b. Iedere vorm van centrale regelgeving moet aan eisen voldoen (objectieve criteria) die maatwerk onmogelijk maken (tenzij de regels op een hoog abstractieniveau zijn geformuleerd). Regels gaan dan ook uit van een soort gemiddelde (bijvoorbeeld 'de modale apotheker' of 'de gehele patiëntenpopulatie') en daarmee zullen die regels uiteindelijk slechts voor een ondergeschikt deel van die markt werkelijk passend zijn. Voor de rest van de markt geeft de regulering óf te veel óf te weinig armslag. Dat aspect speelt onvermijdelijk bij alle vormen van centrale regelgeving en is een van de oorzaken van het vastlopen van de 'oude' regulering.
- c. Die centrale aanpak leidde ook in de praktijk binnen de geneesmiddelenmarkt tot kruissubsidies en assortimentregelingen, waardoor de echte prijs van producten en diensten - vaak ook voor direct betrokkenen - wordt versluierd en free riders ruimte krijgen om te profiteren van dat soort systeemeffecten.
- d. Er bestaat een fictie dat taxe-prijzen echte marktprijzen zouden zijn. Door die misvatting werden die taxe-prijzen steeds kritikloos betaald (als onderdeel van het materiële kosten tarief). Daarin is op onderdelen enige verandering gekomen (bijvoorbeeld via laagste prijs declaratie binnen PRK cluster en het afrekenen van parallel geïmporteerd product tegen een niet hogere prijs van het reguliere specialité) maar de fictie is nog niet verdwenen, zoals onder andere blijkt uit het huidige preferentiebeleid dat nog steeds op die fictie is gebaseerd.
- e. Het ontbreken van enige stimulans om een lagere prijs (als bruto apotheekkoopprijs) in de taxe te laten noteren dan de prijs waarvan de Minister van VWS heeft laten weten dat hij dat een acceptabele prijs of vergoedingsbedrag vindt; en direct daarop aansluitend
- f. de nog steeds nagalmende Meerjaren Afspraak Farmaceutische Hulp waarmee apotheekhoudenden (tegen een beperkte forfaitaire korting op het tarief) een vrije jacht op inkoopvoordelen kregen.

Dat ze dat goed hebben gedaan blijkt uit omvangrijke inkoopvoordelen. Correcties daarop via regelgeving (claw back) kunnen niet op voldoende gedifferentieerde wijze tot passende oplossingen leiden.

- g. Met name op het niveau van medewerkersovereenkomsten (op de inkoopmarkt) tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden blijkt de bereidheid om daadwerkelijk te onderhandelen, nogal beperkt.
 - i. Dat is ook begrijpelijk wanneer één van beide partijen daarbij alleen maar positie kan verliezen.

In dat kader speelt een rol de bescherming die wordt ontleend aan het WMG tarief. Die zal in bepaalde tijden voor de ene partij en op andere tijden voor de andere partij als een prettig vangnet werken. Een goede balans is door de differentiaties in (producten en) diensten niet centraal te bereiken.

- ii. Daarnaast bestaan feitelijke en administratieve beperkingen voor zorgverzekeraars om met vele honderden ondernemende zorgverleners (apothekhoudenden) te onderhandelen en contracten aan te gaan, en het mede daardoor veroorzaakte
 - iii. gebrek aan vertrouwen tussen de partijen die steeds (en op zichzelf niet onbegrijpelijk) hebben geprobeerd binnen de bescherming van de regelgeving te opereren en daar het beste uit te halen.

De 'oude' aanpak

- 3. De 'oude' aanpak van de regelgeving past niet meer bij de ontwikkelingen in de praktijk. Vooral denken wij daar aan het volgende:
 - a. Het keurige onderscheid binnen de handelskolom tussen industrie, groothandel en apothekhoudende bestaat niet meer en is nu diffuus en gedifferentieerd (denk onder andere aan voorwaartse en achterwaartse integratie en nieuwe distributievormen).
 - b. Ook binnen elk kolomniveau is sprake van toenemende differentiatie. De discussie over bijvoorbeeld de vraag of een apothekhoudende zorgverlener of handelaar is of zou moeten zijn, is door de praktijk van de markt ingehaald.

Zo zijn er apothekhoudenden waar de verhouding zorg:handel dicht ligt tegen 1:99 (internet en postorderapotheken) en anderen waar die verhouding meer in de buurt komt van 90:10. En de meeste apothekhoudenden zullen (breed verspreid) tussen die uitersten passen.

- c. Differentiatie zien we ook aan de kant van verzekerden. Sommige verzekerden (en die zullen een duidelijke minderheid vormen) willen juist alles zelf regelen en kiezen voor volledige keuzevrijheid op de zorgverleningmarkt (via een restitutiepols). Anderen daarentegen kiezen (in volle vrijheid) voor een opzet waarbij alle sores door de zorgverzekeraar uit handen wordt genomen (via een naturapolis). Maar het grootste gedeelte zit ook hier (verspreid) tussen die twee uitersten.

Regels die op de modale verzekerde zijn geënt, werken daardoor niet goed en dragen niet bij aan oplossingen op maat.

- d. De situatie van verzekeraars op de verzekeringsmarkt levert vergelijkbare differentiatie op, maar dan als spiegelbeeld van die bij de verzekerden. Dat zal ook doorwerken voor het gedifferentieerd gedrag van verzekeraars op de zorginkoopmarkt, met meer of minder aansturing van zorgverleners.
- e. Ook bij geneesmiddelen zien we differentiatie en vergelijkbare uitersten. Er zijn relatief eenvoudige geneesmiddelen die voor geroutineerde gebruikers geen enkele begeleiding meer behoeven. Andere middelen en met name moderne 'personalized medicines' komen eigenlijk niet eens in aanmerking voor feitelijke (losse) aflevering aan de patiënt omdat begeleiding nodig is tot en met de toediening en het gebruik van dergelijke middelen.

Wat nu?

4. Gedetailleerde regelgeving kan geen rekening houden met alle vormen van differentiatie. De markt doet dat wel. Maar ongebreidelde marktwerking biedt ook geen oplossing (gezien de noodzakelijke publieke waarborgen) en dus zijn regels nodig. Regels moeten (ook volgens de lange termijn visie) wel beperkt blijven tot die zaken die de markt niet goed aan kan, en dan alleen nog voor zover regels daar wel een aanvaardbare oplossing voor bieden.
5. Wat is er voor nodig om de voordelen van de markt wel te bereiken (rekening houdend met op publieke waarborgen te richten regels):
 - a. Omstandigheden waarbij marktpartijen ruimte hebben om ieder product en iedere dienst die zij kunnen leveren een eigen prijs te geven. Enige vaste koppeling tussen diensten (anders dan logistieke) en producten moet worden vermeden, tenzij dat het gevolg is van marktonderhandeling.

Uiteraard zal de koper/betaler uitmaken of de gevraagde prijs marktconform is en of de prijs/kwaliteit verhouding aanvaardbaar is.
 - b. Er moet voldoende ruimte zijn voor differentiatie van producten en/of diensten om de leveranciers daarvan in staat te stellen datgene aan te bieden waar zij goed in zijn. Maar dan moet ook wel over de daarvoor te rekenen prijs kunnen worden onderhandeld. Die prijzen zullen zeker differentiëren aan de hand van de wijze waarop beide partijen verder aan hun afspraken vorm geven.
 - c. Geen wettelijke bescherming (ontleend aan regels) voor partijen, producten of diensten die iedere vorm van onderhandeling voor een van de partijen zinloos maakt omdat er niets valt te winnen ('geen wettelijk vangnet dat wel lekker uitkomt').
 - d. Ruimte voor minder administratieve belasting bij de totstandkoming van medewerkersovereenkomsten en tegelijkertijd meer kans op echte marktonderhandelingen (op basis van prijs/kwaliteit aspecten).

Toegesplitst op apotheehoudenden: zolang apothekers als zelfstandige ondernemers wordt verboden om vormen van samenwerking aan te gaan bij de verkoop van hun diensten, komen echte onderhandelingen niet goed van de grond. De aantallen zijn daarvoor nu gewoon te groot.

In een situatie waarbij bijvoorbeeld een beperkt aantal ketens en coöperaties of andere samenwerkingverbanden (waarbij een groot deel van de markt zich aansluit) dan is er een basis om met een evenzeer beperkt aantal verzekeraars(groepen) aan de andere kant daadwerkelijk iets te kunnen gaan bespreken en daarin ook gedifferentieerde afspraken te bereiken.

De 'route'

6. Naar goed Nederlands gebruik zal de eerste neiging zijn om voorzichtig te kijken of en hoe we stapje voor stapje dichterbij het doel kunnen komen.

Een echte keuze - binnen de lijnen van het in Nederland gekozen stelsel - betekent echter dat niet alleen maar enige ruimte wordt gegeven voor de nodige cultuurveranderingen. Die veranderingen zullen ongetwijfeld tijd nodig hebben, maar zonder een echte omslag komen die niet eens op gang. Wanneer slechts op onderdelen en dan ook nog eens bij wijze van experiment (met dichtgetimmerde terugvalopties) een poging wordt gedaan tot deregulering, dan lijken die acties bij voorbaat weinig kansrijk.

Overgangsperiodes gaan niet werken zeker niet als niet meer dan halve keuzes worden gemaakt tussen toch nog veel regels en - op onderdelen - een beetje meer aan de markt over laten. De aanpak zou dan ook naar de mening van Nefarma meer gericht moeten zijn op vertrouwen in partijen door ze de ruimte geven om te onderhandelen en misschien zelfs wel daartoe enige dwang uit te oefenen door wettelijke vangnetten weg te halen.

7. Met deze aanpak moet het mogelijk zijn om partijen in de betrokken markten er toe te brengen om de toegevoegde waarde van hun producten en diensten voortdurend te bewijzen en daarvoor te worden beloond. Dan zal het gedrag minder zijn gericht op het maximaal benutten van de regels en meer op effectief en efficiënt marktgedrag gebaseerd op eigen verantwoordelijkheid van iedere betrokken partij, met optimale resultaten voor de eindgebruiker als gevolg.

Overige kanttekeningen vooraf

8. De tekst van het consultatiedocument geeft aanleiding tot enkele meer specifiek daarop gerichte aspecten, waarbij wij ons beperken tot het volgende:
 - a. Er wordt voortdurend gesproken over het bij voorkeur 'generiek' voorschrijven. Onze aanbeveling is dit te vervangen door 'voorschrijven op stofnaam'. Bij het 5e aandachtstreepje in paragraaf 2.4 moet 'generiek' zelfs helemaal worden weggelaten.

- b. Bij informatiestromen in dezelfde paragraaf worden de farmaceutische bedrijven ten onrechte niet genoemd.
- c. Het document besteed onevenredig veel aandacht aan het preferentiebeleid. Zoals hierboven aangegeven, het preferentiebeleid heeft ongetwijfeld bijgedragen aan een beweging in (het zichtbare deel van) de markt. Maar het is eerder verwonderlijk dat van alle instrumenten die verzekeraars zouden kunnen inzetten (zie bijvoorbeeld het Programma Deregulering & Instrumentering uit 2000) voorlopig alleen deze is gebruikt. De huidige vorm van het preferentiebeleid past in ieder geval niet bij de lange termijn visie omdat die is gebaseerd op het 'oude regiem' en daarnaast de hoogst noodzakelijke onderhandelingen bij voorbaat onevenredig belast.
- d. De weergave in het document van de rest van de (resterende) regels (vooral GVS en WGP) is wel erg kort door de bocht en vormt slechts één van de mogelijke interpretaties van de lange termijn visie.

Ook de 'relevante buitenlandse ervaringen' in Bijlage 1 bij het document en de in het document aangegeven vermeende ongewenste substitutie roepen vragen op over de onderbouwing daarvan.

- e. Er wordt nogal wat aandacht besteed in het consultatiedocument aan 'substitutie'. Hoewel uit de praktijk bekend, blijken daar nogal wat misverstanden over te bestaan. De apotheekhoudende moet afleveren wat de arts voorschrijft. Op dat voorschrijfgedrag kan tevoren (via FTO of anderszins) invloed op zijn uitgeoefend, maar dat doet niet af aan het feit dat moet worden afgeleverd wat op het recept staat. Vaak is dat een stofnaam en dan kiest de apotheker uit de beschikbare middelen (voor zover hij die ruimte heeft behouden binnen de polisvoorwaarden). Dan gaat het niet om substitutie, maar om een keuze (al dan niet in overleg met de patiënt) uit beschikbare mogelijkheden.
9. Bij sommige van de specifieke consultatievragen heeft Nefarma de volgende reacties, waarbij duidelijk zal zijn dat die in veel gevallen aansluiten op de meer algemene opmerkingen, die hieronder niet steeds worden herhaald. Bij de niet behandelde vragen heeft Nefarma geen (aanvullende) kanttekeningen.

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?

- Optie 3: Zorgverzekeraars kunnen op basis van te maken afspraken verschillende onderdelen van de farmaceutische zorg belonen. Afhankelijk van de effecten van die afspraken voor de inkoop zullen ook productkosten onderdeel van die afspraken uit kunnen maken, waaronder een beloning voor goed inkopen.

Daarmee kan ook worden ondervangen de door de NZa geuite zorg dat bij lagere prijzen de apotheek niet meer geprikkeld zou zijn tot goed inkopen.

Consultatievraag 6/7:

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

- Door de introductie van vrije prijsvorming bij apotheekhoudenden ontstaan prijs- en kwaliteitsprikkel.
- De afspraken die verzekeraars maken met apotheekhoudenden moeten (voor zover zij invloed hebben op de aanspraak) transparant zijn voor de verzekerden. Daarover moet duidelijkheid bestaan uiterlijk op het moment dat de verzekerden kunnen switchen van zorgverzekeraar.
- Met uitzondering van het voorstel om het eigen risico toe te passen op uitsluitend geneesmiddelen zijn de maatregelen de sturingsmogelijkheden voor de consument te verbeteren goed. Een eigen risico op uitsluitend geneesmiddelen is geen goede optie, omdat dit kan leiden tot uitstel van geneesmiddelengebruik en inzet van minder kosteneffectieve behandelingen middelen wat kan leiden tot een verslechterende gezondheidstoestand en tot hogere kosten.

Wij tekenen nog maar eens aan dat in Nederland nauwelijks sprake van ondoelmatig gebruik van geneesmiddelen (zie het meest recente OECD rapport).

- Het inzetten van eigen risico door zorgverzekeraars naar preferente zorgaanbieders/apothekers is één van de mogelijke sturingsmechanismen die kan worden toegepast door zorgverzekeraars, maar ook hier geldt dat dat transparant voor verzekerden moet zijn.
- Substitutie naar intramuraal kan worden voorkomen door over te gaan naar één systeem van bekostiging (wat in het rapport ook wordt aangegeven bij 3.3.4) en het eigen risico ook voor de tweede lijnszorg te laten gelden (huidige situatie).
- Richtlijnen zijn bestemd voor en kunnen bijdragen aan toezicht op het juist handelen van de artsen. Zij kunnen daarmee een middel zijn voor zorgverzekeraars om het goed zorgverlenerschap bij de uitvoering van medewerkersovereenkomsten achteraf te toetsen.

Via (steeds geactualiseerde) richtlijnen (die zijn opgesteld vanuit medisch farmacotheapeutische overwegingen) kan de kwaliteit van de zorg worden geborgd door ondermeer de doelstelling van de behandeling vast te leggen. Als de zorgverzekeraar met de arts (en apotheekhoudende) afspraken maakt over doelmatige therapie, dan zijn aparte afspraken en eventuele extra beloningen voor een bepaald voorschrijfgedrag niet meer nodig.

- Meer producten (ook als die niet een grote toegevoegde waarde zouden hebben) en nieuwe distributievormen leiden tot meer concurrentie en dat moet in een markt een positief effect hebben op de kostenontwikkelingen.
- Voor het tot stand komen van onderhandelingen is wenselijk een basis van vertrouwen en een evenwichtig speelveld tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden. Voor beiden moet een win-win situatie mogelijk zijn.

Overheidsmaatregelen hebben vrijwel steeds effect op de positie van partijen en zullen daardoor meestal niet bijdragen aan een versterking van de basis van onderling vertrouwen en een gelijk speelveld.

Consultatievraag 9:

In hoeverre acht u de in dit hoofdstuk beschreven terugvalopties kansrijk?

Welke alternatieven bestaan er (bijvoorbeeld vasthouden aan prestatiebeschrijvingen met (gedeeltelijke) tariefregulering)?

- Het dynamisch omzetplafond lijkt heel erg op de maatstafconcurrentie zoals deze was voorgesteld in het intramurale segment. Een dergelijk systeem neemt elke prikkel weg om te onderhandelen voor lagere prijzen omdat je daar later voor 'gestraft' wordt.
- De mening van Nefarma is dat het bieden van terugvalopties partijen de gelegenheid biedt zich hierachter te verschuilen waardoor huidige ongewenste effecten (gedeeltelijk) kunnen blijven bestaan.

Consultatievragen 11, 12, 13, 14, 15 en 16

Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van apothekhoudenden, zorgverzekeraars producenten van multi source c.q. single source geneesmiddelen, groothandelaren ?

Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?

- In alle schakels zullen partijen met meer of minder marktmacht voorkomen. Dat is in andere (normale, minder gereguleerde) markten niet anders.
- Marktmacht is in beginsel geen probleem. Misbruik van marktmacht is dat wel. Het mededingingsrecht biedt instrumenten om daartegen op te treden. Uiteindelijk gaat het om de mate van concurrentie in een markt en de vraag in hoeverre een partij bij zijn marktgedrag rekening moet houden met de rol en positie van anderen.
- Ook tussen partijen met marktmacht kunnen via afspraken optimale prijs/kwaliteitverhoudingen worden bereikt waarvan de consument uiteindelijk voordeel geniet.

Meer specifiek gericht op producenten van single source geneesmiddelen

- Nefarma realiseert zich dat bij veel stakeholders een beeld bestaat over de marktmacht van producenten van single source geneesmiddelen. Die producenten hebben inspanningen verricht die vaak tot lucratieve producten hebben geleid en waarbij ook de kosten van onderzoek en ontwikkeling meer dan zijn terugverdiend. Dat bevestigt het beeld van 'marktmacht'.

Tegelijkertijd zijn voorbeelden bekend van afschrijving van enorme investeringen. Die kwetsbaarheid en risico's behoren te worden betrokken bij het beeld van gepercipieerde macht.

- Nefarma is van mening dat in de markt zo veel tegenwichten (countervailing power) bestaan dat, welke marktmacht ook aan de producenten van single source geneesmiddelen wordt toegedacht, voldoende gewicht aan de andere kant van de weegschaal ligt om uiteindelijk het risico van misbruik van dergelijke macht tot verwaarloosbare omvang terug te brengen.
 1. Producenten van single source geneesmiddelen opereren op een markt die veel groter is dan alleen Nederland. Voor zover het al niet om een wereldmarkt gaat, dan toch tenminste een markt van Europese schaal.
 2. Anders dan bij 'normale consumentengoederen' dienen producenten van single source geneesmiddelen alle kennis en informatie over hun producten te delen met overheidinstanties, die eerst goedkeuring moeten geven voordat een geneesmiddel op de markt mag worden gebracht.
 3. In diverse landen dient een single source geneesmiddel zijn positie binnen de behandeling van ziekten in de praktijk en toegevoegde waarde aannemelijk te maken in het kader van de vraag of het middel in vergoedingssystemen wordt opgenomen. De resultaten daarvan zijn internationaal kenbaar.
 4. Bij de promotie en marketing activiteiten voor (single source) geneesmiddelen gelden wettelijke voorschriften en strakke beperkingen. Daarop wordt toezicht uitgeoefend (ook vanuit concurrenten) en op overtreding staan zware straffen.
 5. De activiteiten van producenten van single source geneesmiddelen worden kritisch gevolgd door overheid, politiek, media en diverse stakeholders. Daartegen bestaat geen enkel bezwaar en die producenten hebben daar bij hun marktgedrag rekening mee te houden.
 6. Bij de inkoop van single source geneesmiddelen, zijn de afnemers goed in staat om bij de inkooponderhandelingen tot een faire prijs te komen.
- Voordelen van concurrentie en van innovatie (in alle gedifferentieerde vormen waarin zij voorkomen) zullen binnen een markt ten goede komen van de consument. In het Nederlandse stelsel komt dat uiteindelijk tot uitdrukking in de premie voor de zorgverzekering.

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 kan. Er zijn bijvoorbeeld nu ook al inkoopcombinaties die op intramurale markt namens zorgverzekeraars optreden (hetgeen door de NMa wel is toegestaan).

- Naast het ontstaan van inkoopcombinaties dient er voor een evenwichtige balans ook de mogelijkheid zijn om verkoopcombinaties te vormen. Deze disbalans zou door de NMa moeten worden rechtgezet.

Consultatievraag 21:

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

- Ja, dit kan per direct. De Taxe kan als adviesprijslijst in stand blijven. Zorgverzekeraars kunnen ook nu al tot lagere declaratieprijzen komen. Daarvoor moeten zij decentraal afspraken maken met apothekers.

Consultatievragen 23 t/m 29:

Reacties bij vragen betreffende *doelmatig voorschrijven en 'substitutie' van geneesmiddelen.*

- Bij alle partijen dient het belang van een optimale behandeling van een individuele patiënt voorop te staan. Actuele richtlijnen (regelmatig aangepast aan de laatste stand van de wetenschap en praktijk) en toezicht en marktevenwicht kunnen daaraan bijdragen.
- Op het terrein van geneesmiddelen en farmacotherapie hebben apothekers, behandelaren en farmaceutische expertise die kan bijdragen aan afspraken over doelmatig voorschrijven. Ook zorgverzekeraars hebben daar vanzelfsprekend belang bij. Die kunnen binnen de medewerkersovereenkomsten een rol spelen bij het toetsen van de doelmatigheid van het voorschrijf- en aflevergedrag van artsen en apotheekhoudenden.
- Kwalitatieve eisen ten aanzien van het bereiken van gezondheidsdoelen kunnen de effectiviteit van dergelijke afspraken versterken.
- Doelmatig betekent niet altijd 'goedkoop'. 'Goedkoop als het kan, duur als het moet' komt daarbij dichterbij in de buurt. Om doelmatigheid te bestendigen en waar mogelijk te verbeteren is een adequate opleiding van behandelaren vereist ook op het gebied van de farmacotherapie. Vervolgopleidingen kunnen bijdragen aan het bijhouden van ontwikkelingen op dat gebied.
- In Nederland is de penetratie van generiek en parallel zeer succesvol (zie hiervoor ook de OECD overzichten). Dat betekent op zich zelf overigens nog niet dat er dan ook steeds sprake is van doelmatigheid.
- Zoals Nefarma ook eerder in ander verband heeft aangegeven: het invoeren van een eenduidig prestatie bekostigingsysteem (intra- en extramuraal) lijkt wenselijk om ongewenste effecten te voorkomen.
- De overheid zou alleen randvoorwaarden moeten scheppen om te stimuleren dat kwalitatieve doelen worden vastgelegd op basis waarvan gedifferentieerde afspraken kunnen ontstaan zodat de patiënt de voor hem juiste behandeling krijgt.

Wij hopen met het bovenstaande een bijdrage te leveren aan de verdere gedachtevorming.
Daarover is nog wel meer te zeggen, maar wij beperken ons in dit stadium tot deze reactie.
Tot nader overleg zijn we desgewenst gaarne bereid.

Met vriendelijke groet,

Dr. Michel A. Dutrée
Algemeen Directeur