

Ik heb kennis genomen van het consultatiedocument “Advies langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid”

Mijn commentaar treft u hieronder aan.

Inleiding

Ik schrijf dit commentaar omdat ik al jaren een structureel betere transparantere farmaceutische zorg voor de consument van belang acht.

Ik hoop dat mijn opmerkingen, die ik binnenkort ook aan de hoofdvertegenwoordiging van het IGZ zal presenteren, bijdragen tot een betere markt.

Er bestaat een groot verschil in farmaceutische dienstverlening en farmacotherapeutische dienstverlening. Het eerste omvat het tweede volledig; echter veel apotheekhoudenden schieten tekort in het tweede, terwijl nu juist daar de aandacht moet liggen voor de kerntaken.

Ik mis de rol van apotheekhoudende huisartsen in het advies, net zoals ik een goede omgevingsanalyse van de apotheekhoudende mis. En dan met name in relatie tot de sturingsmogelijkheden van de apotheekhoudenden. Tot die omgeving behoren naast de in het advies aan bod komende zorgverzekeraars, industrieën en groothandelaren de volgende groepen: de huisartsen, specialisten, automatiseringsbedrijven, een differentiatie van apotheekhoudenden en een geluid van de consument.

Consultatievraag 1.

[Consultatievraag 1: Is de farmacotherapeutische dienstverlening naar uw oordeel klaar voor vrije tarieven? Op welke termijn?](#)

Nee. Zoals in de inleiding opgemerkt is er een verschil tussen farmaceutische dienstverlening (of dienstverlening door een apotheekhoudende en farmacotherapeutische dienstverlening.

De parameters waarop farmaco-therapeutische dienstverlening dient plaats te hebben, zijn nog lang niet uitgekristalliseerd. De prestatie-indicatoren zoals die nu zijn vast gelegd (zie rapport IGZ) zijn lang niet voldoende om tot transparante kwaliteit te komen. Prestatie-indicatoren dienen te worden uitgebreid naar indicatoren die:

1. kwaliteitsverbeteringen bevatten
2. economische evaluaties bevatten
3. een transparante afhandeling van laten zien en
4. transparante interventies en het resultaat (zie 1 en 2) laten zien

(De Hospitheel, poliklinische apotheek in Apeldoorn hanteert deze werkwijze)

Het verdient aanbeveling per direct een pilot te starten binnen een beperkt aantal apotheekhoudenden (Hospitheel Apeldoorn, Apotheek Stevenshof Leiden, en nog 2 of 3) Dit project

kan in een half jaar afgerond zijn en kan ism de Universiteit Utrecht of Groningen, IGZ, NZA en ZN geëvalueerd worden.

Als 2^{de} wil ik opmerken dat de organisatiekracht door de ketens beter benut zou kunnen worden. Dat betekent dat zij middels centrale aansturing sneller hun apotheekhoudenden dan vrijgevestigden hun farmaco-therapeutische dienstverlening zoals die nu bestaat, en niet zoals hierboven omschreven op vrije tarieven kan baseren, temeer omdat zij hun winst kunnen verleggen naar de eigenaar van de keten. Dat heeft tot gevolg dat een scheve verhouding kan ontstaan in het aanbod van de apotheekhoudenden. Over de marktmacht van deze organisaties merk ik later op dat hierdoor een initiële lage prijs door de ketens kan worden aangeboden, die niet door overige apotheekhoudenden gevolgd kan worden, en dat door het inkrimpen van het aantal apotheekhoudenden dat dit tot gevolg heeft uiteindelijk de prijs hoger dan gewenst zal zijn.

(Overigens merk ik als ex-werknemer van een keten op dat de maatregelen die nu geëffectueerd zijn (preferentiebeleid) tot direct gevolg hebben dat sturing op kosten nog nadrukkelijker is geworden, wat direct gevolgen heeft voor de werkdruk en de geleverde kwaliteit bij de werknemers van een apotheekhoudende.)

Ik ben voor gedeeltelijk vrije tarieven voor de echte zorg toegevoegde waarde van de apotheekhoudende, echter binnen de context van mijn opmerkingen zal dat alleen haalbaar zijn voor die apotheekhoudenden die dat kunnen, en daarnaast op een resultaatgerichte wijze transparant met de zorgverzekeraar kunnen afstemmen en tevens de consument van deze kwaliteit kunnen overtuigen.

Consultatievraag 2

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?

Ik ben het eens met de stelling dat de kerntaken van de apotheker primair gerelateerd zijn aan zorginhoudelijk advies en secundair aan de inkoop- en distributietaken.

Om marketing excellence redenen dient echter het product niet losgekoppeld te worden van de dienst. Bij laag risicogeneesmiddelen lijkt dit een element van minder belang. Bv Anticonceptie via mail delivery services; echter toenemend gebruik van 'clinical rules' en meer beschikbaar komen van uitkomsten van farmaco-epidemiologische studies zullen het aantal risico's op gebruik van geneesmiddelen aantonen. De consument moet kunnen vertrouwen op een marketingketen / adviesketen die solide is. De management literatuur is duidelijk in afwijzing wanneer het gaat om loskoppelen van advies met het product, wanneer dat producten betreft met een hoge graad van professionaliteit en complexiteit.

Ik onderschrijf voor een deel de kerntaken, zoals die benoemd zijn door de VJA (Rapport, blz. 20).

1. In de kerntaken mis ik alle kerntaken genoemd onder Consultatievraag 1

Uitbreiding: Het moet tot de kerntaken van de apotheker behoren dat hij/zij vastlegt welke interventies hij op een recept pleegt. Het komt nog veel te vaak voor dat de voorschrijver het recept niet veranderd, hoewel het farmacotherapeutisch advies van de apotheker anders adviseert. De apotheehoudenden dienen dit te registreren, en in het EPD van de patiënt op te nemen. Macro dient naar dit gedrag van de voorschrijver onderzoek te worden gedaan, en als PI bij de voorschrijver te worden opgenomen. Dit interventiedocument dient in het FTO te worden opgenomen.

(Ik kan u de data van een herhaalde, niet gepubliceerde studie uit midden jaren 90 overleggen, waaruit blijkt dat op 35.000 recepten, met 10.000 medicatiebewakingsignalen (mbs), met 1.000 mbs relevantie I (Interventie noodzakelijk) er slechts in 14 gevallen het recept door de voorschrijver gewijzigd werd. Deze studie is uitgevoerd ism de Universiteit Utrecht).

2. Tot de kerntaken van de apotheker moet het ingrijpen in farmacotherapeutisch handelen mogen behoren. Voorbeeld bij veel interacties van geneesmiddelen moet regelmatig een bloedbeeld bepaald worden. Het moet de apotheker mogelijk zijn, mede op grond van de WGBO, de patiënt te verwijzen naar het klinisch lab. Dit moet echter alleen mogelijk zijn wanneer de apotheker daar eenduidige afspraken met de voorschrijver over heeft gemaakt. Dit moet ook slechts mogelijk zijn indien de apotheehoudende hierin zijn competentie en vaardigheden heeft aangetoond.
3. Tevens moet de diagnose bij de apotheker bekend zijn. Pas dan kan de apotheehoudende zijn taak goed uitvoeren. (Hoewel op grond van de WGBO de apotheker elke keer de diagnose zou moeten opvragen is het in de praktijk beter wanneer de voorschrijver het voorschrift met de diagnose vergezeld doet gaan.
4. Tot de kerntaken behoort tevens het monitoren en evalueren van de PI's. Zoals eerder opgemerkt zijn de nu gedefinieerde PI's te statisch van aard.

Een belangrijke kerntaak voor de apotheehoudende is niet beschreven. De in het rapport genoemde kerntaken richten zich op extern. De kerntaak als leidinggevende voor zijn/haar organisatie ontbreekt. Met name op het gebied van sturing van de medewerkers van de apotheek, waaronder overigens ook de apotheker (zelf) valt is, vanuit consumenten perspectief veel te verbeteren.

Consultatievraag 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?

Eerder heb ik opmerkingen gemaakt over de kerntaken gedefinieerd door de VJA. Dat de invulling van zorg verschuift van product georiënteerd naar patiënt georiënteerd, deel ik echter maar ten dele.

Het aantal producten met een zeer specifieke kennis van het product en de (farmacotherapeutische) behandeling neemt snel toe. Ik doel hier op alle producten die via unieke leveringen op de markt

worden gebracht, en daarnaast op zeer specialistische producten die sinds enkele jaren door de farma-industrie via de ziekenhuisapotheek en/of openbare apotheek op de markt worden gebracht.

Dit eist van de apotheekhoudende een grote kennis (meer dan nu!!!!) van product, patiënt en zorgtraject.

De Hospitheel in Apeldoorn is doende producten die nu uitsluitend door landelijk unieke leveringen aan de consument worden geleverd, op een regionale basis via de Hospitheel in een totaal zorgtraject uit te leveren. Dit omdat wordt vastgesteld dat tenminste tegen gelijkblijvende en mogelijk lagere kosten, de zorg bij de consument verhoogd wordt.

Tot de farmaceutische dienstverlening behoren naast farmacotherapeutische dienstverlening ook services op gebied van farmaceutische hulpmiddelen.

Ook behoort dienstverlening op gebied van opname- en ontslagbegeleiding, organisatie van thuiszorg (technoteams), oa. bij gebruik van farmaca die in de thuissituatie per infuus moeten worden toegediend, tot de taken van de apotheekhoudende. Ik ben overigens hier van mening dat opname- en ontslagbegeleiding een specifieke taak moet zijn – binnen een preferred supplier relatie – met de zorgverzekeraar - voor één apotheekhoudende per regio, bij voorkeur een poliklinische apotheek.

In consumenten belang is optie 2 de meest wenselijke. Ik zou dan persoonlijk 2 opties willen onderzoeken. (Dit zou echter niet zonder optie 3 mogelijk kunnen zijn, omdat marktpartijen dan niet weten waar de een of de ander mee bezig is)

1. Een situatie waarbij een basistarief per handeling wordt betaald, zoals nu het geval is, waarboven op honorering van de nieuwe prestaties plaatsvindt.
2. Een abonnementshonorarium voor de apotheek met een tarief per deelaflevering (situatie voor introductie WTG) voor de basis activiteiten (zie NAN-norm) en daarboven op honorering van de nieuwe prestatie.

De honorering van nieuwe prestaties moet voldoen aan wetmatigheden van doelmatigheid, specifiek en meetbaar te zijn.

Het is een doorn in het oog dat een apotheekhoudende naast je hetzelfde tarief ontvangt terwijl zijn prestatie achter, of zelfs onder de maat, blijft.

Consultatievraag 4

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?

De genoemde termijn is haalbaar, mits een trial (zie boven wordt gedaan).

Consultatievraag 5

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

Ik ben van mening dat de NZa, IGZ de vaststelling moeten doen. Echter op basis van vrije prijs- en prestatievorming onder de voorwaarden van economische en kwalitatieve doelmatigheid.

Consultatievraag 6

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?

Geen commentaar

Consultatievraag 7

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

Geen commentaar

Consultatievraag 8

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

Ik acht de kans voor een marktbreed landelijk experiment kansrijk. Echter er zijn de volgende kritische succesfactoren:

1. Pilot van 6 maanden bij genoemde apotheken (vergelijk het experiment in de Maartenskliniek; echter met beter benoemde parameters en knock-out argumenten)
2. De pilot moet transparante gegevens opleveren die voor de hele sector kunnen gelden

Consultatievraag 9

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

Geen commentaar

Consultatievraag 10

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?

Zie eerder

Consultatievraag 11, 12 en 13

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

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?

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

De marktmacht van apothekhoudenden lijkt gering wanneer gekeken wordt naar de individuele beroepsbeoefenaar. Echter wanneer gekeken wordt naar vertegenwoordigingen van apothekhoudenden, zoals regionale apothekersverenigingen, departementen, en landelijk de beroepsvertegenwoordiging kan gesproken worden van een grote markt macht.

In dit document wil ik vanwege de openbaarheid niet ingaan op de marktmacht van apothekhoudenden in de informele sociale structuren en de beïnvloeding die daar plaatsvindt.

Over de rol van de KNMP in relatie tot de marktmacht van apothekhoudenden wil ik in het kader van de openbaarheid van dit rapport evenmin opmerkingen doen.

Dit document bevat een aparte paragraaf over poliklinische apotheken. De marktmacht van apothekhoudenden blijkt uit bijna alle situaties in Nederland waar een poliklinische apotheek zich vestigt. Op basis van de situatie in Tilburg zijn de poliklinische apotheken die daarna zijn opgericht geheel in eigendom van het ziekenhuis. De apothekhoudenden in het adherentiegebied van een dergelijke poliklinische apotheek traineren gezamenlijk de toegang van de poliklinische apotheek tot

OZIS, wanneer apothekhoudenden ieder voor zich worden aangesproken trekt de apothekersvereniging de regie tot traineren naar zich toe, zeggen de apothekhoudende tegen de consument dat ze niet veilig zijn wanneer zij geneesmiddelen ophalen bij een andere apotheek dan de 'eigen', etc, etc.

Recent is er bij de NZa een klacht binnengekomen met betrekking tot de poliklinische apotheek in Zaandam. Ook hier misbruiken de apothekhoudenden hun marktmacht.

Uit een recent overzicht blijkt dat de eigendomsverhoudingen binnen nieuw op te richten poliklinische apotheken (Harderwijk, CWZ Nijmegen e.a.) zodanig is dat de richtlijn van de NZa wordt overschreden. De nieuwste 'constructie' om een dergelijke aandeelhouder te rechtvaardigen heet een STAK, een stichting administratiekantoor, waarbij schijnbaar alleen winst- en verliesrisico wordt gedragen. Echter een 2^{de} belangrijk aspect van dergelijke constructies is dat de innoverende prikkel bij deelnemers volledig wordt weggehaald. Immers de winst wordt of in de eigen apotheek, of in de STAK apotheek gemaakt. Ook de innoverende prikkel bij de STAK-apotheek zal beduidend minder zijn, immers minder innovatie verkleint het verliesrisico.

Op uitnodiging van de NMA heb ik hierover recent een gesprek met hen gevoerd en hen mijn visie daarover gegeven.

Het feit dat er geen boetes aan apothekhoudenden worden uitgedeeld, resulteert in de situatie dat het keer op keer loont de marktmacht van de apothekhoudenden te misbruiken.

Ook is er aanzienlijke marktmacht door de ketenvorming van apotheken. Het gegeven dat zij als keten inschrijven op percelen en dat vervolgens onder de 'eigen' apotheken verdelen, behoeft op zijn minst nader onderzoek. Eigenaar apothekhoudenden zouden in hun situatie (topografisch!) misschien beter in staat zijn om de consument te bedienen, maar kunnen nimmer meedingen naar deze percelen.

Ketenvorming bij apotheken zal leiden tot schaarste in het aanbod van apothekhoudenden (of het aantal apothekhoudenden dat contractuele onderhandeling met zorgverzekeraars kan voeren). Dat zal initieel de prijs drukken en uiteindelijk tot een hoger gemiddeld prijsniveau van farmaceutische zorg leiden.

De marktmacht van zorgverzekeraars is groot. Het marktaandeel van de 4 grootste zorgverzekeraars is zodanig (88%) dat van prijselasticiteit in deze aanbodmarkt te weinig sprake is. Het is voor een apotheek houdende niet mogelijk om met een van deze 4 (Achmea/Agis, UVIT, CZ/OZ/Delta Lloyd en Menzis Zorggroep niet te contracteren het gemis aan consumenten, en dus het gemis aan marge is niet te compenseren. Dat brengt dat zorgverzekeraars kunnen dicteren binnen de elementen van het contract dat zij aanbieden. (In de VS is sprake van marktmonopolie wanneer de Q4 meer dan 80% van de markt bedienen. Dat betekent in de VS dat wanneer de markt zodanig is gestructureerd de overheid een belangrijke taak heeft om fair play te garanderen.)

Ook de zorgplicht van de apothekhoudende maakt dat hij afhankelijker moet onderhandelen.

Dat daarnaast de zorgverzekeraars op termijn alleen effectief met apothekhoudenden kunnen onderhandelen, als zij geloofwaardig kunnen dreigen hun verzekerden naar een andere apotheek te

sturen is, behoudens het dreigende karakter, wenselijk om tot 'preferred supplier' relaties te komen. Uit marktmacht overwegingen blijft dit serieus aandacht vragen.

Over de rol van de KNMP in relatie tot de marktmacht van apothekhoudenden wil ik in het kader van de openbaarheid van dit rapport geen opmerkingen doen.

Over de informele aspecten wil ik in het kader van de openbaarheid van dit rapport evenmin opmerkingen doen.

Consultatievraag 14 en 15

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

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

De marktmacht van de single source fabrikanten is groot. Introductie van nieuwe geneesmiddelen gebeurt tegen hoge prijzen. De maatschappelijke verantwoording zorgt er vervolgens voor dat de maatschappij deze geneesmiddelen in vele gevallen vergoed (al dan niet onder de voorwaarden van een aanvullende verzekering). Deze producten worden echter met steeds minder korting aan de apothekhoudenden aangeboden. Indien de fabrikanten marge niet als sturingselement bezitten gebruiken zij het besparen van het weggeven van bonussen en kortingen liever om de marketing van hun product te verstevigen.

De marktmacht van producenten van multi-source geneesmiddelen is zeer beperkt. Opgemerkt moet worden dat het aantal producenten in dit segment verder zal afnemen, wat op termijn zal resulteren in toenemende marktmacht en hogere prijzen.

Consultatievragen 16,

[Consultatievraag 16: Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van groothandelaren? Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?](#)

Niet relevant

Consultatievraag 17

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

Ja, het effect van het huidige preferentiebeleid is niet meer terug te draaien en zal derhalve effect blijven sorteren. Ik ben wel van mening dat het effect dat nu bereikt is eenmalig is geweest.

Consultatievraag 18

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?

Nee, de uitgangspunten in Nederland zijn daar te goed voor. Het zou betekenen dat hoge aanvangsinvesteringen – de drempel - gemaakt moeten worden om een alternatief systeem in de markt te krijgen. Het is niet in het belang van de consument wanneer dergelijke inkooporganisaties zullen ontstaan. Feitelijk zijn deze inkooporganisaties al actief. Voor specialistische farmacotherapeutische zorg kan ik mij voorstellen dat zorgverzekeraars exclusieve contracten aangaan om de geneesmiddelen in te kopen en met farmaceutische zorg en zorg toegevoegde waarde trajecten bij de consument te krijgen.

Consultatievraag 19

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

Geen commentaar

Consultatievraag 20

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?

Het preferentiebeleid impliceert een sterke onderhandelingspositie van zorgverzekeraars tegenover apothekhoudenden. (Echter niet alleen daardoor). Overigens doet de vraag zich voor of preferentiebeleid niet gewoon een prijsmaatregel is.

De marktmacht van zorgverzekeraars is ook zonder preferentiebeleid groot. Tarieven voor farmaceutische dienstverlening kunnen pas worden vrijgelaten wanneer consumenten weten waarvoor ze wat in hun polis afsluiten, wanneer zorgverzekeraars transparantie ontvangen en apothekhoudenden transparantie over hun handelen geven en wanneer de voorschrijvers op hun voorschrijfgedrag door de apothekhoudenden goed kunnen worden geïntervenieerd.

De hierboven beschreven pilot zou behulpzaam kunnen zijn.

Consultatievraag 21

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

Nee. Het aantal variabelen dat een rol speelt is te groot. Uitvoerig onderzoek (zie mijn commentaar elders ivm onderzoek ism de Universiteit Nijmegen) kan uitsluitsel geven.

Consultatievraag 22

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

Eigen bijdragen van patiënten worden vermeden omdat daar in het verleden slechte ervaringen mee zijn opgedaan. Het voorbeeld van de introductie van de medicijnenknaak zal ik daarvoor hieronder illustreren. Dit heeft te maken met het feit dat het grote aantal (financieel-economische) variabelen die daarmee gemoeid zijn niet door scenario analisten adequaat en volledig benaderd kunnen worden.

De gedachte dat een introductie van een eigenbijdrage op een recept een verlaging van het aantal recepten en daardoor een verlaging van de kosten is onjuist gebleken.

De introductie van de knaak zorgde weliswaar voor een verlaging van het aantal recepten; echter ook voor een verhoging van het aantal eenheden per geneesmiddel per recept. De verhoging van het aantal eenheden per geneesmiddel bleek dominantanter dan het aantal recepten. Midden jaren 80 heeft dit tot een dramatische kostenstijging geleid. Een apart fenomeen heeft zich tegelijk met deze introductie van de medicijnenknaak voorgedaan; nl. het 'hamsteren' in december door de consument.

In samenwerking met de vakgroep System Dynamics en Group Model building van de Universiteit Nijmegen olv Prof J. Vennix is dit verder geanalyseerd. Het blijkt dat de invloed van (veel) variabelen prima te modelleren valt, en daar waar de menselijke hersenen kan de computer goed berekenen wanneer – na een zorgvuldige intake op het aantal mogelijke variabelen – een beoogd resultaat bereikt kan worden.

Overigens geldt deze redenering niet alleen voor de medicijnenknaak, maar ook voor het weghalen van geneesmiddelen uit de vergoedingsfeer.

Een gemiddelde homeopathische verstrekking op recept was 40 tot 50% goedkoper dan een allopathische verstrekking. Door het wegvallen van de vergoeding voor deze middelen steeg de gemiddelde receptprijs.

Door het doorhalen van de vergoeding van paracetamol is het voorschrijven van NSAID's fors toegenomen; immers de consument wenst een geneesmiddel waar hij / zij voor verzekerd is.

Daarnaast is het aantal ongewenste schadelijke effecten van de toename van NSAID's (zie HARM-wrestling) groot en kostenverhogend ten gevolge van ziekenhuisopnames, toename van het gebruik van protonpompremmers etc. Het verdient aanbeveling Paracetamol weer in het vergoedingspakket op te nemen.

Noot: Er zijn in Nederland ongeveer 300.000 personen die last hebben van drug induced headache. Deze groep personen consumeert in aanzienlijke mate Paracetamol en andere pijnstillers. In Duitsland is daarvoor de maatregel genomen dat hoeveelheden groter dan 20 receptplichtig zijn geworden.

Ook de prescriptieregeling zorgt voor ongewenste effecten niet bedoelde gevolgen voor de kosten. Een eerste uitgifte kent een maximum van 15 dagen. Behoudens dat dit niet praktisch is omdat hierdoor altijd een verpakking moet worden aangebroken, de voorraad van een apotheekhoudende daardoor altijd losse tabletten bevat (zonder bijsluiter) heeft de termijn van 15 dagen ook ongewenste farmacotherapeutische effecten.

Anti-depressiva hebben een farmacotherapeutisch bijwerkingenprofiel waarbij de bijwerkingen na anderhalve week tot drie weken na begin van de therapie hevig tot zeer hevig zijn. De consument die in deze situatie na 2 weken zijn opvolgend recept moet halen doet dat in vele gevallen niet. Het staken van de therapie op deze wijze is onwenselijk en kostenverhogend, doordat andere vormen van therapieën worden aangesproken. Voor deze groep van geneesmiddelen zou een eu- termijn van 1 maand veel beter zijn.

Ik ben voorstander van een eigen bijdrage van € 2,- per receptregel. De bijdrage mag echter niet gemaximeerd worden en moet aan strikte voorwaarden voldoen met betrekking tot de voorgeschreven hoeveelheid. De aanbeveling om dit te doen, na analyse zoals hier direct boven beschreven blijft van kracht. Het Deense model kan eveneens nader uitgewerkt worden.

Daarnaast ben ik voor een hoog eigen risico voor "niet ziekenfondspatiënten" (boven € 750,-). In uitvoering betekent dit dat voor inkomens die tot het modaal inkomen verdienen het eigen risico middels de belastingaangifte teruggevraagd moet kunnen worden en voor de hogere inkomens niet. Tijdens de scheiding van particulier en ziekenfondsverzekerden was een duidelijk verschil in consumptiepatroon tussen beide groepen waarneembaar. Dat is bij de opheffing van deze scheiding verdwenen.

Consultatievraag 23 en 24

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

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

De substitutiegraad is goed te noemen. De invloed van ketens speelt hier een belangrijke rol; deze streven immers winstmaximalisatie na! Invloed op de mogelijkheid de brutowinst van de apotheekhoudende positief te beïnvloeden was altijd een belangrijke reden te substitueren. Midden

jaren 80 was een kortingspercentage op generieke producten van gemiddeld 30% al goed te noemen wanneer dat in de onderhandeling met groothandels / leveranciers bereikt kom worden.

Om de substitutie te bevorderen is door de voormalige Minister Borst de stimulansregeling in het leven geroepen. Die hield in dat de apothekhoudenden 1/3 van het prijsverschil als bonus mochten op strijken. Simpel geredeneerd: Wanneer de prijs van het spécialité 100 is en de prijs van het generiek 70, mag de apothekhoudende 70 (de inkoopprijs) + 10 (1/3 prijsverschil-stimulans) = 80 declareren. Vanaf dat moment steeg de prijs van het generiek omdat het ministerie tegelijk bepaalde dat de goedkoopste prijs de referentie prijs zou zijn en dat die vergoed zou worden.

De prijs van het generiek steeg tot 100. Het lijkt daardoor dat de apothekhoudende geen stimulans bonus meer opstreek. Dat is juist echter ten opzichte van de oorspronkelijke prijs van 70 was 30 lucht verdeeld die de apothekhoudende en de leverancier deelden, waarbij de apotheker 25 ontving en de leverancier 5. De zorgverzekeraar was op dat moment 20 duurder uit !!!! Daarnaast ontving de apothekhoudende de korting van gemiddeld 40 % (oorspronkelijk 30 % zie hierboven), zodat als gevolg van een goed bedoelde stimulans regeling de korting voor de apothekhoudende kon oplopen tot gemiddeld 65% !! Dit ten gevolge van een overheidsmaatregel!!!

Het is mijn inschatting dat de substitutiegraad terug zal lopen. Dat heeft enerzijds te maken met de geringere marge die de apothekhoudende daarop extra kan maken. Anderzijds worden de geneesmiddelen waarvan de octrooien verlopen steeds moeilijker te produceren en wanneer die op de markt komen zal het prijsverschil met het spécialité veel geringer zijn dan bij de huidige generatie generieke geneesmiddelen. Wanneer de apothekhoudende op een andere wijze inkomsten kan genereren dan zal hij dat laten prefereren.

Daarnaast zijn de Apotheek Informatie Systemen niet goed genoeg om de apothekhoudende steeds het beste substituut voor te houden. Niet op generieke substitutie, niet op therapeutische substitutie.

Het is noodzakelijk dat de consument een stimulans voor de apothekhoudende zal kunnen zijn. Dit kan middels een getrappt premiesysteem. De consument moet derhalve een actieve rol hebben in de keuze voor het laagste prijs artikel. De apothekhoudende moet een verplichting hebben de consument daar steeds over te informeren.

Het voorbeeld van doelmatig voorschrijven : het voorbeeld van de statines op blz 44 is niet volledig. Het is onjuist te veronderstellen dat, omdat de voorkeur volgens de NHG-standaard naar simvastatine of pravastatine, de keuze naar de goedkoopste van de 2 moet gaan. In een clinical ruling over welk statine moet worden afgeleverd aan de consument moet bv. worden meegenomen of de patiënt bijwerkingen op zijn spierweefsel ondervindt. Belangrijker is dat Lipitor als enige statine een zeer gunstig effect heeft op de daling van het triglyceriden gehalte, een belangrijke factor in de comorbiditeit van patiënten met hartfalen (NYHA II en hoger).

Het is onbegrijpelijk dat er nog altijd geen WINAP standaard is, wanneer het gaat om doelmatig en therapeutisch verantwoord voorschrijven. De apothekhoudende zal echter bij elke aflevering moeten kunnen aantonen waarom hij geïntervenieerd heeft. Dat geldt niet alleen voor substitutie van de ene statine naar de andere statine, maar dat geldt voor elke interventie. **De Hospitheel in Apeldoorn werkt met standaardtabellen om deze interventies vast te leggen, te monitoren en het handelen van de Hospitheel daarmee transparant te maken.**

Consultatievraag 24

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

De rol die de apotheekhoudende speelt bij het tot stand brengen van gewenste substitutie (in het kader van het FTO) is diffuus. Substitutie naar generiek gebeurt doorgaans zonder overleg tussen apotheekhoudende en voorschrijver, hoewel er consumenten zijn die om persoonlijke redenen zonder motivatie het spécialité wensen. Therapeutische substitutie ligt veel moeilijker. In een studie uitgevoerd midden jaren negentig bleek dat slechts in een zeer gering van zeer relevante interventies (Niveau 1) de voorschrijver de interventie ook daadwerkelijk volgde. Veel subjectieve argumenten speelden hierbij een rol. Dit onderzoek is door een zeer prominent hoogleraar in 2004/2005 in een openbare apotheek herhaald. Ook hij slaagde er niet in de voorschrijver op andere gedachten te brengen.

Het verdient daarom aanbeveling de interventies van de apotheekhoudende richting voorschrijver periodiek te benchmarken en vanuit die benchmarks de voorschrijvers aan te spreken. Voor een dergelijke zorg toegevoegde waarde kan dan ook een tarief of abonnement aan de apotheekhoudende worden verstrekt. In samenhang verdient het aanbeveling de voorschrijver de diagnose op ICD-10 code op het recept te laten vermelden. De apotheekhoudende moet deze diagnose middels het EPD raadplegen alvorens tot aflevering over te gaan!!!!

Consultatievraag 25

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

Prijs of marge is niet het enige argument om te substitueren. Marketing activiteiten die vanuit de farmaceutische innoverende industrie als begeleiding voor de apotheekhoudenden en de voorschrijvers worden ontwikkeld zullen in toenemende mate een belangrijkere rol spelen naast het marge verhaal om te substitueren of juist niet. Het is niet ondenkbeeldig dat Farma-industriën risico-inventarisaties van de apotheekhoudende overnemen. Hierdoor bespaart de apotheekhoudende mogelijk op zijn exploitatie. Overigens neemt de bereidheid van de farma-industrie om kortingen op spécialités te verstrekken ook af. Het fenomeen van unieke leveringen is daar een goed voorbeeld van. Bij een aflevering van Embrel™ door Red Swan krijgt de apotheekhoudende de factuur van Red Swan, die deze bij de zorgverzekeraar declareert. Van korting is geen sprake. Van medicatiebewaking door Red Swan of de apotheekhoudende overigens ook niet.

Wanneer de marge op generieke geneesmiddelen afneemt zal ook de bereidheid om te substitueren afnemen. Dat is hierboven ook al opgemerkt.

Consultatievraag 26

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?

?? Lastig.

Ik kan mij hooguit voorstellen dat apothekhoudenden op basis van een actievere rol van de zorgverzekeraar mee willen werken aan substitutie wanneer dat de brutowinst / hun inkomen niet direct nadelig beïnvloedt.

Consultatievraag 27

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

Het verschil in bekostiging tussen intramuraal en extramuraal geneesmiddelengebruik leidt niet tot ongewenste substitutie-effecten.

De verhouding tussen ziekenhuisopnames (intramuraal geneesmiddelenvoorziening) en poliklinische bezoeken (leidend tot extramuraal geneesmiddelengebruik) is ongeveer 1 : 10. De invloed van de specialistische voorschrijver in het poliklinische traject is groot. De laatste jaren laten al duidelijk een trend zien dat de inkooprijzen intramuraal en extramuraal dicht bij elkaar zijn komen te liggen; of anderszins dat de korting gegeven intramuraal substantieel lager aan het worden is. De farma-industrie haalt zodoende steeds meer marge uit de kolom.

Consultatievraag 28

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

1. Er zijn een aantal aspecten te benoemen die tot minder doelmatig voorschrijven kunnen leiden ten gevolge van financiële belangenverstrengeling.

De wijze waarop de huidige receptstroom is geautomatiseerd, nl dat de voorschrijver middels een druk op de knop het recept doorstuurt naar de 'eigen' apotheek, is zorgwekkend. Dit belemmert de vrije keuze van de consument ernstig. De consument wordt zo gestuurd. Tevens wordt hij in zijn privacy gehinderd; immers wanneer hij/zij besluit het geneesmiddel niet op te halen is dat zichtbaar bij de apotheek en bij vervolgens bij de voorschrijver. Een belangrijke vraag die derhalve beantwoord

moet worden is of de privacy van de consument prefereert boven het therapeutische belang. Ik ben van mening dat de privacy de voorrang dient te hebben.

Het verdient aanbeveling in het LSP (of een andere structuur) de specificatie op te nemen dat de voorschrijver het recept naar een centrale server stuurt, en dat de patiënt bij elke apotheek naar keuze zijn / haar geneesmiddel ophaalt. Eventueel kan de consument dit proces middels internet nog beïnvloeden.

Dit betekent overigens dat herhaalreceptuur in een ander daglicht komt en dat de apotheekhoudende daar moeite voor moet gaan doen. Het kan voor de consument goed uitpakken wanneer apotheekhoudenden gaan concurreren op het binnenhalen van de herhaalreceptuur en de zorg toegevoegde waarde die het afleveren van vaak poly-farmacie herhaalreceptuur met zich meebrengt.

2. Met toenemende zorg moet de vorming of de aanwezigheid van AHOED's worden gevolgd.

Apotheekhoudenden zoeken in toenemende mate een plek in AHOEDen. Met het enige doel het recept dat op 2 meter afstand wordt voorgeschreven te kunnen afleveren. Het eigenaarschap van het pand, onderhoud van het automatiseringssysteem, de huur, de servicekosten etc., Etc die door de verschillende partijen betaald moet worden zijn en worden frequent gebruikt om de receptgang zeker te stellen.

Consultatievraag 29

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

Geen commentaar

Consultatievraag 30

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

Ik beoordeel de kwaliteit van de huidige extramurale farmaceutische zorg als zeer wisselend.

Het kwaliteitsniveau in veel apotheek is bedroevend laag. Dit uit zich in lage transparantie in interventies, onvoldoende kennis om medicatiebewaking breder uit te voeren dan het AIS (en die zijn niet op alle gebieden adequaat uitgerust), dat aangeeft. Een onderzoek of de aanbevelingen uit het HARM-onderzoek ook daadwerkelijk bij apotheekhoudenden zijn geïmplementeerd zal ogen openen.

Een 2^{de} aspect is de hoge werkdruk zoals die door medewerkers van apotheekhoudenden wordt ervaren. De distributietask is al zoveel omvattend dat in veel apotheken niet aan farmaceutische zorg of zorg toegevoegde waarde trajecten wordt gedaan. Implementatie van alle aspecten waar een

apothekhoudende op grond van de WGBO, wet BIG, NAN-normering, e.a. aan moet voldoen loopt gevaar door onduidelijkheid over de financiering.

Wanneer bij de dienstverlening ook de wachttijd in de apotheek, of de wachttijd aan de telefoon, of het tijdstip waarop de herhaalreceptuur kan worden afgehaald (de volgende dag??!!) wordt betrokken, dan kan er nog veel verbeterd worden.

Er zijn echter ook apothekhoudenden die zeer goede kwaliteit leveren. Met name die het aspect van het afleveren van het geneesmiddel koppelen aan een solide zorgadvies.

Het is bijzonder teleurstellend dat op dit moment alle apothekhoudenden hetzelfde tarief ontvangen voor een wisselende kwaliteit van dienstverlening. De 42 Prestatie-Indicatoren die nu als onderbouwing van de kwaliteit moeten dienen zijn lang niet toereikend om een stimulerende rol te vervullen bij de bereidheid van apothekhoudenden om uit zichzelf de kwaliteit te verbeteren (zie overigens ook mijn opmerkingen hierover onder vraag 1.)

Consultatievraag 31

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

Zorgadvies is onmisbaar in de apotheek. Deze zorg is gericht op :

1. De consument. De zorgadvies omvat uitgiftebegeleiding, (aanwezigheid, zichtbaarheid, tijd zijn daarvoor PI's), gebruikadvies, profielanalyse en profielbesprekingen, waarschuwen. Instructie. Zorgadvies moet ook buiten sluitingstijd in bepaalde gevallen door de afleverende apotheek gewaarborgd blijven!! Het benadrukken van de therapie en zodoende therapietrouw bevorderen, huisbezoeken en follow-up. Uitleg over hoe (recidiverende) aandoeningen voorkomen kunnen worden, *uitleggen dat de behandeling ook kan bestaan uit een zonder geneesmiddelen*. Zie verder voor gemaakte opmerkingen in de text naar aanleiding van mijn opmerkingen over kerntaken
2. De voorschrijver. Intervenieren op voorschrijfgedrag, informeren over de werkzaamheid, bijwerkingen, farmaco-therapeutische, farmacokinetische, farmaco-dynamische aspecten. Feedback van consumentenervaringen.
3. De zorgverzekeraar. Transparant aantonen wat het zorgadvies heeft ingehouden

Consultatievraag 32

[Consultatievraag 32: Kunnen deze taken gemakkelijk worden overgenomen door andere zorgaanbieders zoals huisartsen?](#)

Nee, deze taken kunnen niet door anderen worden overgenomen.

De farmacologische, farmaco-dynamische elementen zijn niet het vakgebied van bv. de huisarts. Het is mijn ervaring dat zelfs de specialist of de specialist in opleiding veel behoefte heeft aan een gedegen advies. De complexiteit van de farmaceutische producten zal daarentegen toenemen, wat voor anderen dan farmaceutisch opgeleiden zeer moeilijk zal zijn om te volgen. Het is een belangrijke taak van de apothekhoudende de voorschrijver te informeren over deze ontwikkelingen. Het is voor de consument van het grootste belang dat er een 2^{de} partij is die het voorgeschreven geneesmiddel objectief beoordeelt.

Consultatievraag 33

[Consultatievraag 33: Hoe belangrijk is de apotheker binnen het FTO? Wat zouden de consequentie zijn indien apothekhoudenden niet langer actief participeren in het FTO?](#)

Het FTO dient anders opgezet en gestructureerd te worden. Indien het FTO in de huidige vorm ophoudt te bestaan zal de patiënt er weinig van merken. Wanneer echter de apothekhoudende op basis van transparante interventiemetingen zijn bevindingen met de voorschrijver communiceert en hem / haar confronteert met afwijkingen in de benchmarks heeft FTO wel degelijk zin.

Consultatievraag 34

[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?](#)

Nee. Zorgverzekeraars letten niet voldoende op de kwaliteit van de diensten van apothekhoudenden.

Ik heb zeer recent een presentatie gegeven bij een grote landelijke zorgverzekeraar. Dit mede naar aanleiding van eerder overleg met deze zorgverzekeraar, waaruit naar voren kwam, dat zorgverzekeraars de kwaliteit van de farmaceutische en farmacotherapeutische dienstverlening niet kunnen beoordelen omdat zij daar de benchmark-gegevens niet voor hebben. Ik heb hierboven uitgebreid beschreven dat de basis voor beoordeling van de dienstverlening door apothekhoudenden transparante informatie over het handelen en interveniëren noodzakelijk is. De presentatie kenmerkte zich door 4 onderwerpen toe te lichten:

1. Hospitheel Transparante Interventie
2. Hospitheel Profielscanning
3. Hospitheel Prestatie Indicatoren
4. Hospitheel Specialistische Zorgtrajecten

De presentatie geeft houvast voor uitbreiding van prestatie-indicatoren, aantoonbaarheid van de kwaliteit van de dienstverlening door apothekhoudenden, beoordeling van het totale profiel (medicatie, co-morbiditeiten, een aantal voedingsaspecten) van de patiënt en de rol van de

Hospitheel in (in dit geval) pijnbestrijding in een extramurale setting waar nog geen product, en derhalve ook geen vergoeding voor is, terwijl de kwaliteit van leven voor de patiënt van bijna onmogelijk naar zeer acceptabel veranderde.

De huidige financieringsstructuur maakt het onmogelijk om met de zorgverzekeraar structureel een tarief af te spreken voor bovengenoemde diensten.

Ook op het gebied van distributie is er voor de zorgverzekeraar weinig zicht op de kwaliteit van de apothekhoudende.

De transparantie bij de apothekhoudende over servicegraad, wachttijden, en andere operationele processen is er niet of nauwelijks. Ook hier is het frustrerend te constateren dat zelfs op het niveau van distributie er geen tariefdifferentiatie mogelijk is en dat een apothekhoudende die het beter doet daar niet voor beloond wordt.

Het is van belang om vast te stellen dat apothekhoudenden ook niet op de hoogte zijn van de kwaliteit van zorgverzekeraars. Het totale pakket van diensten van een zorgverzekeraar omvat meer dan het vergoeden van geneesmiddelen. Het zou apothekhoudenden en zorgverzekeraars helpen wanneer zij meer inzicht hebben in de prestaties van de ander. Dan ontstaat een contractvorm waarbij beide partijen oog hebben voor elkaars competenties in plaats van dat zij verzuipen in wantrouwen.

Diensten als 24 uur telefonische bereikbaarheid van een arts, of een telefonisch advies van een arts of apothekhoudende behoort naar mijn idee niet tot de kerntaken van een zorgverzekeraar.

Consultatievraag 35

[Consultatievraag 35: Is er een \(tijdelijke of structurele\) rol weggelegd voor overheidsregulering van de tarieven voor zorgadvisering door apothekhoudenden?](#)

Ja er is een tijdelijke rol weggelegd voor overheidsregulering van de tarieven voor zorgadvisering en zorg toegevoegde waarde trajecten door apothekhoudenden. Deze rol houdt in dat de NZa de prestaties kan benoemen die nu niet benoemd zijn. Nu zijn er slechts enkele tarieven die nix of nauwelijks van doen hebben met zorg, maar alles met distributie. Zoals eerder bij beantwoording van een consultatievraag al is opgemerkt.

De NZa dient ten eerste vast te stellen dat tarieven mogen en kunnen worden afgesproken tussen zorgverzekeraars, consumenten en apothekhoudenden op het gebied van:

1. zorg toegevoegde waarde trajecten
2. "preferred supplier" relatie tussen zorgverzekeraar en apothekhoudenden
3. ketenzorgtrajecten, waarbij de regie bij de apothekhoudende ligt
4. diagnose behandelcombinatie
5. benchmark studies
6. Etc

Consultatievraag 36

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

Nee. Wanneer de overheid daar regulering op toepast, zal de mogelijkheid om onderscheidend te zijn afnemen. Dat belemmert de innovatie in de markt. Dat is niet in het belang van de consument.

Consultatievraag 37

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

De bereikbaarheid van apotheken in Nederland is in stedelijke gebieden goed, in Randstedelijke gebieden goed, buiten de stedelijke gebieden redelijk. De distributie van geneesmiddelen is echter over het algemeen goed te noemen. Apothekhoudenden hebben bezorgdiensten die thuis bezorgen.

Zorgwekkend is de bereikbaarheid van een apotheek in een dienstsituatie. De afstandscriteria zoals die in het commentaar geformuleerd zijn voldoen dan in vele gevallen niet meer. Ik geef het voorbeeld van de gemeente Oss. Deze gemeente omvat onder meer de woonkernen Ravenstein en Schaijk. De huisartsen hebben hun waarneming geregeld middels een centrale huisartsen post in het ziekenhuis in Oss. De apotheken in de regio, waaronder de 2 apotheken in Ravenstein en Schaijk hebben hun centrale dienstapotheek geregeld met een apotheek in Oss. De bereikbaarheid van de huisarts in de waarneemsituatie is allang niet binnen het 5-7 km profiel. Die van de apothekhoudenden ook niet. De consument uit Ravenstein moet derhalve eerst naar Oss en daarna nog eens verder de stad Oss in om naar de dienstapotheek te gaan. Het criterium dat consumenten binnen 15 minuten farmaceutische hulp moeten kunnen ontvangen is niet meer gangbaar. Voor de consument is dit een ontoelaatbare achteruitgang.

Een 2^{de} voorbeeld is Apeldoorn waar een centrale dienstapotheek is, en wel in het Gelre Ziekenhuis, locatie Juliana. Apeldoorn is een grote gemeente. Het is in deze situatie voor een consument onmogelijk om binnen een redelijke termijn naar deze dienstapotheek te komen. Begin 2009 verhuist deze dienstapotheek zelfs naar Gelre Ziekenhuizen, locatie Lukas in Apeldoorn Zuid. Het is vanuit consumentenbelang en uit oogpunt van medicatie en therapieveiligheid ongewenst dat consumenten uit Apeldoorn Noord een dergelijke afstand moeten overbruggen.

Ik kan meerdere van deze situaties beschrijven.

Wat een ongewenst neveneffect hiervan is dat apothekhoudenden huisartsen voorzien van medicijnkoffers met daarin 'eerste levensbehoeften' zoals antibiotica, spierverslappers, pijnstillers e.a.. Deze worden in de waarneemsituatie dan aan de consument verstrekt en pas op zijn vroegst vind de daarop volgende morgen (in het weekend kan dat tot 2 dagen oplopen) medicatiebewaking plaats.

Het verdient aanbeveling de wetgeving hieromtrent aan te scherpen. Het verdient tevens aanbeveling om een financiële analyse te maken van dienstwaarneming door apothekhoudenden en hier een separaat tarief voor te creëren.

Consumentenvraag 38, 39 en 41

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

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

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

Het risico dat prijsverlagingen (eigenlijk niet de prijsverlaging op zich, maar de niet of te weinig getrapte verlaging van de marge) leiden tot faillissementen en permanente sluiting van apothekvestigingen is reëel aanwezig. Dat het aantal apotheken in Nederland afneemt is zeker acceptabel. Het aantal apotheken is de laatste jaren fors toegenomen. Een afname van het aantal apotheken betekent echter wel dat de mogelijkheid van concurrentie ook afneemt.

Ik ben van mening dat een afname van het aantal apotheken niet uitmaakt voor de kwaliteit van de distributie van geneesmiddelen. Ik voorzie dat ongeveer 20% van de apothekhoudenden een uitgebreid 'preferred supplier' contract kunnen, willen en mogen afsluiten met de zorgverzekeraars. Deze 'prime pharmacies' zullen 4 functies in transparantie en goede tot zeer goede farmacotherapeutische zorg voor de consument leveren. Deze 4 functies zijn:

1. Organisatie en management van de apotheek (waaronder inkoop)
2. Distributie van het geneesmiddel naar de consument / zorgadvies aan de consument en voorschrijver
3. Specialistische Farmaceutische zorgtrajecten binnen de ketenzorg en
4. Transparante interventies, zowel actief als proactief

Consultatievraag 40

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?

Sluitingen van apotheken zal niet direct een daling van recepten opleveren. Dat betekent dat de werkdruk, die voor veel apothekmedewerkers al als hoog wordt ervaren, nog hoger zal worden. Dit

leidt tot een onbehoorlijke druk op de kolom. In dit kader komt niet de toegang maar de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg in gevaar.

Consultatievraag 42

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

Internetfarmacie is een fenomeen waar huidige apotheekhoudenden en groothandelaren in vertegenwoordigd zijn. Het raakt deze apotheekhoudenden niet wanneer de afname bij de internet apotheek toeneemt. Het weerhoudt hem er echter wel van om een innovatieve prikkel in zijn apotheek te initiëren; immers de winst wordt of op de ene plek of op de andere plek gemaakt.

De keteneigenaren initiëren initiatieven tot 'central filling'. Dit lijkt overigens in strijd met de Geneesmiddelen Wet. Dit wordt gedaan om de winstgevendheid van de apotheekhoudende op peil te houden; immers in de apotheek kan men met minder personeel af. Dat kan leiden tot een ongewenste daling van het tarief (immers de praktijkkostenvergoeding kan dalen), waardoor dan wel de daling van het aantal apotheekhoudenden ongewenste vormen aanneemt. Dat kan in een klein land als Nederland ook het gevolg zijn van internetfarmacie wanneer deze een marktaandeel boven een kritische grens bereikt.

Over poliklinische apotheken, welke een aparte distributievorm zijn, vind u hieronder een aparte paragraaf.

Aanvullende opmerkingen.

Een van de belangrijkste factoren van de groei van de kosten van de geneesmiddelen is het gevolg van het gegeven dat steeds meer het consult van de arts verlaten met een recept. Lag dit eind jaren 80 nog in de buurt van de 60%. Inmiddels is dit gestegen tot in de buurt van de 80%. Het verdient aanbeveling om bij huisartsen parameters op te stellen of zij doelmatig voorschrijven.

Het is opmerkelijk dat in het honoreringssysteem, waar gebruik werd gemaakt van een abonnementshonorarium en een lagere vergoeding per handeling door de zorgverlener minder op het aantal handelingen werd gestuurd.

Het verdient aanbeveling om ook naar een basishonorarium middels een abonnementsstructuur te onderzoeken. Dit zou dan niet meer gaan om inschrijving op naam, maar op aanwijzing van de consument die voor een bepaalde zorgverlener heeft gekozen.

Notitie poliklinische apotheek

Een relatief nieuwe speler op de markt is de poliklinische apotheek. Behoudens opmerkingen hierboven gemaakt over reacties daarop in de markt is het soort diensten dat een poliklinische apotheek uitgebreider van aard dan die van een gewone openbare apotheek.

Het transmurale karakter impliceert dat de poliklinische apotheek een rol speelt in de medicatie bij opname en ontslag. Hoewel er daar begin 2008 een rapport over is verschenen, is voor deze diensten geen tarief vastgesteld.

Transmurale farmacie zit vaak aan het begin van de zorg. Veel eerste uitgiftes kenmerken het profiel van een poliklinische apotheek. Hoewel er een ander tarief bestaat voor een EU, vindt veel farmaceutisch advies plaats. In mijn eigen organisatie vindt daarnaast follow-up plaats (zo u wilt: post marketing surveillance), profielbegeleiding en een hoge terugkoppelingsgraad met de voorschrijvend specialist. Hoewel ik uitgebreid zou kunnen toelichten dat een poliklinische apotheek een profiel kent dat anders is dan van andere apotheekhoudenden valt het mij op dat in het Advies langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid zoals dat nu voorligt er geen vergelijkingen worden gevraagd met poliklinische apotheken.

Het is mijn advies om de groepen apotheekhoudenden onderling te vergelijken alvorens tot een definitieve beleidsvaststelling te komen. Het verdient ook aanbeveling ziekenhuisapothekers, daar waar die een rol zouden kunnen hebben bij de kwaliteit van de farmacotherapeutische zorg te betrekken.

Mocht u een toelichting wensen op deze notitie dan ben ik gaarne bereid deze te geven.

Herpen, 3 November 2008

Ruud Simons