

**Van:** drs. S.L. Sloothaak, apotheker [sloothaak@apotheeksloothaak.nl]

**Verzonden:** maandag 3 november 2008 1:57

**Aan:** Voorlichting

**Onderwerp:** Reactie op consultatiedocument farmacie

**Opvolgingsmarkering:** Opvolgen

**Markeringsstatus:** Rood

Geachte heer/mevrouw,

Graag reageer ik als actief zorgverlener op uw consultatiedocument lange termijn visie geneesmiddelenbeleid. Hieronder zijn enkele opmerkingen op uw visie.

- De NZA maakt zich zorgen over de macht van apothekers in de bedrijfskolom. Hoezo macht? Openbaar apothekers zijn een speelbal van andere partijen (zorgverzekeraars, overheid en industrie). Apothekers bepalen ook de prijzen in de taxen niet. Fabrikanten bepalen zelf waarvoor ze hun artikelen in de taxen zetten. Apothekers bepalen ook niet wat de verzekering van de patiënt vergoed. Dit doet de overheid en de verzekeraars.
- De NZA wil dat apothekers individueel gaan onderhandelen over hun basistarief met zorgverzekeraars. Hoezo onderhandelen? Zorgverzekeraars reageren nooit op wijzigingsvoorstellen. Er is nu al niet sprake van onderhandelen maar tekenen bij het kruisje.
- Het loslaten van de taxen. Dit zal juist voor minder transparantie zorgen. Zowel voor de consument als de verzekeraar. Het niet declareren volgens de taxeprijzen leidt tot administratieve chaos. De automatisering van zorgverzekeraars kan dit ook niet aan. De taxen zijn een transparante leidraad. Er worden thans al veel prijsafspraken gemaakt tussen apothekers en zorgverzekeraars onder de prijzen van de taxen.
- Er zijn geen aanwijzingen dat er teveel marktmacht bestaat bij zorgverzekeraars. Hoezo geen marktmacht? Er is regelmatig gestructureerd overleg binnen Zorgverzekeraar Nederland tussen individuele verzekeraars. Zorgverzekeraars zijn geografisch niet sterk verspreid over heel Nederland en hebben regionaal een dominante positie. Een individuele zorgverlener is totaal afhankelijk van een contract met de dominante zorgverzekeraar. Teveel marktmacht en samenwerking is ook zichtbaar in gezamenlijk afgestemd gedrag zoals het collectief vergoeden van de anticonceptiepil, het kiezen van preferente geneesmiddelen, het vermijden van eigen bijdragen van patiënten. Wellicht moet zorgverzekeraars lokaal/regionaal een maximaal marktaandeel te hebben.
- Vergroten van alternatieve distributiekanaalen buiten de apotheek? Dat mag maar dan wel eerlijke concurrentie op basis van ondeelbare farmaceutische zorg. Dit alleen zorgt ervoor dat de eigen apotheek van de patiënt het overzicht houdt en medicatiebewaking en veiligheid gewaarborgd is. Verder zullen alternatieve distributiekanaalen moeten voldoen aan dezelfde kwaliteits eisen en indicatoren die voor reguliere openbaar apotheken geldt. Alternatieve distributiekanaalen hebben tot nu toe geen periodiek overleg met huisartsen over verbeteren van de farmacotherapie (FTO) of hebben direct patiënten contact. Ook voorzien alternatieve distributiekanaalen tot nu toe niet in spoedeisende hulp of het leveren van zorg tijdens avond- nacht- en weekenddiensten. Het is voor apothekers oneerlijk concurreren met alternatieve distributiekanaalen als deze niet te hoeven investeren in kwaliteit, service, bereikbaarheid en het voeren van een volledig assortiment. Wat wil de overheid? Wat wil de minister? Graag dezelfde spelregels voor iedereen zodat eerlijke concurrentie mogelijk is en de kwaliteit van de farmaceutische zorg gewaarborgd blijft. Nu verplicht de ene zorgverzekeraar mij bijvoorbeeld om te certificeren en een cliëntenonderzoek door de NPCF te laten uitvoeren. Vervolgens gaat dezelfde zorgverzekeraar in zee met een leverancier die niet voldoet aan deze kwaliteitseisen en hier dus niet in hoeft te investeren.

- Zorgverzekeraars dienen vaak niet het consumentenbelang maar hun eigen financiële belang. Aan de balie bij de apotheek komt vaak de 'slecht nieuws' boodschap dat iets niet wordt vergoed, er een bijbetaling is of de apotheek moet verwijzen naar een andere leverancier. Als het consumenten veel makkelijker wordt gemaakt om tussentijds van zorgverzekeraar te wisselen dan denk ik dat zorgverzekeraars veel meer het consumentenbelang gaan dienen.
- Ik zie te weinig concurrentie op de markt voor zorgverzekeraars. Overleg en afgestemd gedrag binnen Zorgverzekeraars Nederland is de praktijk van alledag. Verder maak ik me zorgen dat er teveel geld dat eigenlijk ten goede moet komen aan de zorg weglekt door toegenomen marketinginspanningen door verzekeraars en inefficiëntie. Als je de jaarcijfers van een aantal grote zorgverzekeraars bekijkt dan zie je de interne kosten van de verzekeraar (ook per verzekerde cliënt) toenemen.
- Preferentiebeleid wordt ook met weinig kennis van zaken uitgevoerd. Zo vallen bijvoorbeeld een aantal antibiotica onder het preferentiebeleid. Een recept met een antibioticum is wat mij betreft altijd spoedeisend. De apotheek kan niet het preferente generieke antibioticum bestellen en de patiënt een of twee dagen later laten starten met de therapie. Het starten met een antibioticum is per definitie spoedeisend. Ook een pijnstillers zoals Brufen Bruis (granulaat oplosbaar in water) voorgeschreven door een tandarts of kaakchirurg valt niet te vervangen door een dragee van een preferent merk generiek ibuprofen. Kortom niet alle generieke geneesmiddelen zijn geschikt voor preferentiebeleid. Ik verwacht van de minister dat hij hier regelgeving voor maakt zodat alleen chronische medicatie kan worden aangewezen voor preferentie beleid. Overigens vind ik het onbegrijpelijk dat de minister nog niet heeft ingegrepen op dit punt. Geen enkel antibioticum of pijnstillers kan onder een preferentiebeleid vallen. Ook recepten uitgeschreven tijdens de AZN-diensten (Avond, Zondag en Nacht) kunnen niet aan het preferentiebeleid voldoen. Een AZN recept is per definitie spoedeisend.
- Ik maak me zorgen over de steeds toenemende administratieve lastendruk voor openbaar apothekers. Dit kost teveel tijd die niet aan het verlenen van zorg besteed kan worden en werkt kostenverhogend. Declaratieverkeer, afkeuringen, steeds wisselend beleid, machtigingsaanvragen, uitvoeren preferentiebeleid, aanvullende logistieke kosten, aanpassingen in automatisering spelen allemaal een negatieve rol in deze.
- Ik ben als apotheker actief in twee verschillende FTO groepen. Dankzij mijn inspanningen hebben beide FTO's het hoogste niveau 4. Dat betekent dat we aan de hand van de wetenschappelijke literatuur en studies plus de beschikbare medische standaarden een optimale keuze maken in het voorschrijfgedrag voor onze patiënten. Resultaatdoelstellingen zowel kwalitatief (keuze voorkeurs geneesmiddel) als kwantitatief (percentage patiënten op dit voorkeursmiddel) worden geformuleerd en achteraf getoetst. Zonder de inbreng van mij als apotheker is een FTO op dit niveau absoluut niet mogelijk. Ons doel is om de allerbeste zorg te geven tegen de laagste prijs. De marketinginvloed van de innovatieve farmaceutische industrie op het voorschrijfgedrag van mijn FTO artsen is drastisch afgenomen of zelfs nihil geworden. Ik denk dat we hierdoor een veel betere kwaliteit hebben bereikt en veel goedkoper en effectiever (evidence based) voorschrijfgedrag hebben gerealiseerd.
- Bij geneesmiddelen geldt toch dat de kosten voor de baten uitgaan. Iemand moet bijvoorbeeld lang een bloeddruk verlagen of cholesterolverlagen slikken om een cardiovasculair event te voorkomen. Het slikken van geneesmiddelen voorkomt latere gezondheidsschade en hogere ziektekosten door ziekenhuisopname, arbeidsverzuim of revalidatie. Voor verzekeraars lijkt het me lastig om vandaag de kosten te moeten maken om op lange termijn (bijvoorbeeld 10 jaar) de kosten terug te verdienen. Derhalve is de

verleiding voor korte termijn beleid bij verzekeraars erg groot en helaas ook de praktijk.

- Op welke rekenmodellen zijn geneesmiddel kosten gebaseerd? Hoeveel kost een levensjaar van een mens in dat model? Wat zijn de internationale verschillen in deze parameter? Zegt dit iets over wat we als samenleving ervoor over hebben een menselijk levensjaar te winnen? Ik zou het zeer interessant vinden dit eens uit te laten zoeken. Wellicht kunt u hier antwoord op geven. Het geeft inzicht in de keuzes waar verzekeraars en overheid voor staan. We moeten niet vergeten dat 'doodgaan' voor verzekeraars nog steeds het goedkoopste is voor een verzekeraar bij een zieke patiënt. Echter ik denk dat dit juist de keuzes zijn die een rijksoverheid moet maken en niet een individuele verzekeraar.
- Nederland heeft thans (nog) een goede kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening. Als je kijkt naar de substitutie naar generiek, de geneesmiddelkosten per inwoner, de geneesmiddelkosten als percentage van ons BNP of als percentage van de totale gezondheidszorg dan zie je op alle fronten een hele goede score. We behoren in Europa tot de absolute top tegen lage kosten. Ik hoop dat we het kind niet weggooien met het badwater. In Europa en de USA zien we veel voorbeelden hoe het juist niet moet. Soms concentreren we ons teveel op wat voor verbetering vatbaar is zonder te beseffen dat er ook een heleboel positieve punten aan ons gezondheidszorg systeem is wat we juist moeten koesteren.

Ik hoop dat u zo wat heeft aan mijn input en reactie op uw consultatiedocument. Als u nog vragen heeft naar aanleiding van mijn schrijven dan verneem ik dat graag.

Met vriendelijke groet,  
Drs S.L. Sloothaak, apotheker

Apotheek Sloothaak (Rijnsburg)