

Geacht mevrouw de Peijper,

De NZA heeft een boeiend advies geschreven over de mogelijkheden van vrije prijsvorming in de farmacie. Dit rapport geeft interessante informatie en ook voldoende gespreksstof voor vervolgdiscussies. Uiteraard zal de KNMP onze koepel reageren of heeft al gereageerd gezien de termijn, maar het FBA heeft ook een aantal opmerkingen over het rapport. Zonder alle consultatievragen te beantwoorden wil ik graag de volgende toevoegingen doen:

- 2.4 rationale farmacotherapie: Een belangrijke randvoorwaarde die ik niet zie staan is “de erkenning van de samenhang met andere zorgverleners binnen zorgprogramma’s” Dit leidt tot betere en integrale patiëntenzorg en waarschijnlijk ook doelmatiger.
- Pag. 14. naast artsen zijn apothekers bij uitstek dataverzamelaars. Is hetgeen voorgeschreven is ook daadwerkelijk opgehaald? Hoe zit het met de therapietrouw, halen ze na 30 dagen weer een nieuw middel op? Instructie’s rondom 1<sup>ste</sup> uitgifte en interacties signaleren. Tevens beschikken de verzekeraars over geweldige databases waar op wijk en zorgverleners niveau afwijkingen van normgetal in beeld gebracht kunnen worden. Als dit bij elkaar gebracht kan worden binnen de grenzen van de privacywetgeving, kan je het nodige aan doelmatigheid bewerkstelligen.
- Pag 15. Als zorgverzekeraars een apotheek gaan exploiteren etc. Logischer is als zorgverzekeraars de inkoopfunctie van medicijnen gaan overnemen en dit gaan leveren aan de apothekers. Inkoopvoordeel bij zorgverzekeraars en lagere premies voor verzekerden, zodat ze een gedegen uurtarief (conform huisartsenfinanciering) aan de apothekers gaan geven voor de inhoudelijke kennis.
- Pag 18. Vraag is of de patiënt gaat kiezen obv prijs voor geneesmiddel. Terwijl er duidelijk een rol zou moeten zijn voor de voorschrijver om het beste middel voor die patiënt tegen een acceptabele prijs, waarvan de marges vooraf aangegeven zijn.
- Pag 19. bovenaan. Volgens mij wordt er in dit geval veel administratie bij de zorgverlener neergelegd, terwijl er meer bij de zorgverzekeraar gedaan zou moeten worden.
- Pag 20/21 heel positief dat de verschillende kerntaken van de apotheker zo benoemd worden. Binnen toekomstige DBC’s zou dit ook meegenomen kunnen worden.
- Pag. 21. Angst voor marktmacht bij apotheekhoudende lijkt me onterecht. Gezien het feit dat er ruim 110 apotheken in Amsterdam zijn die toch concurreren om de cliënt zie ik een veel grotere concentratie bij de zorgverzekeraars. In Amsterdam heeft AGIS bv nog steeds 80% van de markt in handen en met de fusie met ACHMEA nog meer. Hoezo teveel marktmacht apotheekhoudende en het daarom versterken van de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars. ....
- Pagina 22. Het loslaten van het bestaande principe 1-vent-per tent lijkt mij niet ten goede komen aan de kwaliteit van zorg....

Verder geen concrete aanvullingen op het rapport.

Ik hoop van harte dat u nog iets kan met mij opmerkingen.

Met vriendelijke groet,

Bob de Dood  
Projectmanager Ketenzorg