

Consultatiedocument

**Advies langetermijnvisie
geneesmiddelenbeleid**

Hoofdpijnennotitie + consultatievragen

oktober 2008

Inhoud

Vooraf	5
1. Consultatieprocedure	7
1.1 Context	7
1.2 Consultatie-informatie	8
1.3 Vertrouwelijkheid	8
2. Inleiding	9
2.1 De huidige regulering	9
2.2 Adviesverzoek	10
2.3 Reikwijdte van dit advies	11
2.4 Rationele farmacotherapie	12
2.5 Mogelijke voordelen vrije tarieven	15
2.6 Voorwaarden en risico's vrije tarieven	16
2.7 Opbouw notitie	16
3. Hoofdlijn advies	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Randvoorwaarden en risico's	17
3.3 Maatregelen voorafgaand aan liberalisering	18
3.4 Introductie vrije tarieven	22
3.5 Terugvalopties	23
3.6 Timing	24
3.7 Monitoring experiment	24
4. Betaalbaarheid	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Risico I. Marktmacht apothekers	27
4.3 Risico II. Marktmacht zorgverzekeraars	32
4.4 Risico III. Marktmacht producenten	33
4.5 Risico IV. Marktmacht groothandel	34
4.6 Preferentiebeleid	34
4.7 De rol van de taxe	37
4.8 Conclusies en beleidsopties	37
5. Kwaliteit	41
5.1 Risico V. Ongewenste substitutie	41
5.2 Risico VI. Achteruitgang kwaliteit	46
6. Toegankelijkheid	51
6.1 Risico VII. Verminderde bereikbaarheid	51
6.2 Empirische analyse	51
6.3 Conclusies en beleidsopties	53
7. Geraadpeegde Literatuur	55

Vooraf

Voor u ligt het consultatiedocument advies langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid. Dit document bevat een analyse naar de mogelijkheden van vrije tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening door apothekhoudenden.

In deze notitie geeft de NZa de hoofdlijnen weer van de invulling van haar advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de Minister) over de mogelijkheden van vrije tarieven voor apothekhoudenden per 1 januari 2010. Vrije prijsvorming is het uitgangspunt van de minister zoals neergelegd in de Langetermijnvisie Geneesmiddelenbeleid (LTV) van 15 januari 2008.

Een belangrijke doelstelling van het consultatiedocument is om te toetsen of de in dit document gepresenteerde analyse juist en volledig is. Dit rapport wordt ter consultatie voorgelegd aan marktpartijen. Het document wordt ook op de internetsite van de NZa geplaatst.

Wij nodigen u uit om op de in dit document opgenomen vragen te reageren. Uw bijdrage helpt ons om een juiste weergave van de markt te schetsen en eventuele onjuistheden weg te nemen. Daarnaast dient de consultatie om inzicht te krijgen in de vraag of de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening vrijgegeven kunnen worden of niet.

Dit consultatiedocument geeft nog geen advies over het al dan niet vrijgeven van de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening. Het presenteert wel een voorlopige conclusie. De in dit document gepresenteerde analyse ligt hieraan ten grondslag. Aan deze voorlopige conclusie kunnen geen rechten worden ontleend. Het definitieve advies wordt 1 december 2008 aan de Minister gecommuniceerd, en kort daarop openbaar gemaakt.

Gegeven de ingrijpende gevolgen die vrije prijsvorming kan hebben voor de geneesmiddelensector als geheel, en de individuele partijen in het bijzonder, hecht de NZa eraan alle betrokken partijen en geïnteresseerden de gelegenheid te geven hun zienswijze te geven op de invulling van het advies.

De NZa hanteert een openbare consultatieprocedure. Uw bijdrage is daarom in principe openbare informatie. Waar relevant wordt in het document verwezen naar individuele bijdragen. Een overzicht van de reacties wordt op onze website www.nza.nl gepubliceerd.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

1. Consultatieprocedure

1.1 Context

De markt voor farmacotherapeutische zorg is momenteel volop in beweging, als gevolg van het preferentiebeleid van verzekeraars. Dit is mede mogelijk gemaakt door de Minister, die de verzekeraars deze bevoegdheden heeft gegeven bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (ZvW).

Het beleid van de minister is neergelegd in de Langetermijnvisie Geneesmiddelenbeleid (LTV) van 15 januari 2008. Deze langetermijnvisie richt zich vooral op veranderingen in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de verzekerde aanspraak op farmaceutische zorg en de onderlinge verhoudingen tussen de verschillende daarbij betrokken partijen.

De Minister ziet voor de overheid in de eindsituatie voornamelijk een voorwaardenscheppende en toezichhoudende rol: overheidsregulering zal zich uiteindelijk vooral moeten richten op het randvoorwaardelijk beschermen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en op het vaststellen van de omvang van de aanspraak onder de zorgverzekering. Niet op het aanbod, de organisatie en de feitelijke inrichting van de zorg. Zorgaanbieders moeten ruimte krijgen om op de behoeften van cliënten in te spelen.

Op 3 juli 2008 heeft de minister de Tweede Kamer een brief gestuurd waarin hij een nadere invulling geeft aan de LTV, inclusief een stappenplan om deze visie uit te voeren (GMT/VDG 2861767). In deze brief kondigt de minister aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om advies te zullen vragen over de voorwaarden voor en invulling van het traject naar vrije prijsvorming.

Bij brief van 10 september 2008 heeft de minister de NZa formeel verzocht hem te adviseren over de volgende onderwerpen:

- de voorwaarden voor vrije tarieven in de (extramurale) geneesmiddelenvoorziening;
- de invulling van het traject naar vrije tarieven per 1 januari 2010;
- een eventuele versnelling van de introductie van vrije tarieven;
- prikkels voor patiënten en verzekeraars.

In deze notitie geeft de NZa de hoofdlijnen weer van de wijze waarop zij haar advies zal invullen. De notitie is tot stand gekomen op grond van eigen onderzoek van de NZa en een 'quick scan' van de sector uitgevoerd in opdracht van de NZa.

De hoofdlijnennotitie wordt voorgelegd aan marktpartijen in de vorm van een consultatieronde. Op basis van de argumenten die in de consultatie naar boven komen, zal de NZa haar advies opstellen.

Parallel aan de totstandkoming van de hoofdlijnennotitie en het consultatietraject, wordt in opdracht van de NZa tevens een monitor uitgevoerd naar marktontwikkelingen waaronder met name de gevolgen van het preferentiebeleid, en de lessen die we hieruit kunnen trekken voor de invoering van vrije tarieven. Ook de uitkomsten van de monitor zullen betrokken worden in het uiteindelijke advies.

Uiterlijk 1 december 2008 zal de NZa haar advies naar de Minister zenden.

1.2 Consultatie-informatie

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

Gelieve uw antwoord steeds te voorzien van een motivering en waar mogelijk van voorbeelden en onderbouwende (kwalitatieve en/of kwantitatieve) gegevens. Vanzelfsprekend kan ook commentaar gegeven worden op andere voor AMM relevante onderwerpen dan die welke in de consultatievragen aan de orde komen.

U kunt uw reactie sturen aan het secretariaat van de directie Ontwikkeling van de NZa, via het volgende e-mail adres: adviesfarmacie@nza.nl.

Indien u uw reactie (ook) per post of fax in wilt sturen kunt u deze richten aan:

Secretariaat directie Ontwikkeling
Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Faxnummer (030) 296 82 96

Onder vermelding van 'Reactie <uw naam of bedrijf> consultatie Advies langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid'.

Gelieve in uw bijdrage een contactpersoon aan te duiden onder vermelding van naam, telefoonnummer en e-mail adres, voor het geval uw bijdrage aanleiding geeft tot vragen om toelichting. Voor verdere informatie van onze kant kunt u contact opnemen met de projectleider Advies monitor & farmacie bij de NZa, Michiel Lugt, via adviesfarmacie@nza.nl.

1.3 Vertrouwelijkheid

Binnengekomen commentaar op het consultatiedocument Advies langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid wordt openbaar gemaakt op de website van de NZa (www.nza.nl). Indien u om een vertrouwelijke behandeling van uw commentaar verzoekt en/of een duidelijk als zodanig gemarkeerde vertrouwelijke en een niet-vertrouwelijke versie van uw commentaar verstrekt, zal de NZa alleen de niet-vertrouwelijke versie openbaar maken.

2. Inleiding

2.1 De huidige regulering

Tarieven van apothekhoudenden zijn in Nederland gereguleerd. Volgens de WMG moet de NZa de tarieven en prestaties van apothekhoudenden vaststellen. Tot 1 juli 2008 gold een vaste vergoeding per receptregel, sinds 1 juli 2008 is hier het zogeheten modulair tarief voor in de plaats gekomen (zie tabel 1). Deze nieuwe modulaire tariefstructuur maakt een onderscheid naar tijdstip en aard van de uitgifte. Het tarief is gekoppeld aan de uitgifte van een geneesmiddel. Er bestaat geen apart tarief voor andere activiteiten zoals bijvoorbeeld voorlichting over het gebruik van een inhalator.

Tabel 1. Huidige prestaties en tarieven

Prestatie	Tarief in euro per receptregel
Standaarduitgifte	5,30
Weekuitgifte	2,90
Eerste uitgifte	1,05
Avond/nacht/zondag-recept	10,60
Bijzondere magistrale bereiding	79,40
Reguliere magistrale bereiding	10,60

Bron: NZa

Apothekhoudenden mogen naast het gereguleerde tarief kortingen en bonussen bedingen bij fabrikanten. Deze mogelijkheid is in 1991 geïntroduceerd en staat bekend als de maatregel Simons. Deze Bonussen en kortingen dekken sinds een aantal jaren voor een deel de praktijkkosten. De apotheker mag maximaal de zogeheten taxe-prijs in rekening brengen (tot voor kort minus een claw-back).¹

De taxe-prijs is de officiële prijs waartegen fabrikanten het middel op de Nederlandse markt aanbieden. De taxe-prijs maakt geen onderscheid naar afnemer of locatie. Iedere consument of zorgverzekeraar betaalt maximaal dezelfde taxe-prijs. Fabrikanten en groothandelaren stellen zelf de taxe-prijs vast. Voor veel middelen geldt via de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) dat deze prijs niet hoger mag zijn dan een maximum; dit is een gemiddelde van de prijzen in België, Frankrijk, Duitsland en het VK. De NZa heeft een beleidsregel waarin voorwaarden staan waaraan een prijslijst, waaronder deze Taxe, minimaal moet voldoen. In de Taxe staan zowel de Single Source als de Multi Source geneesmiddelen vermeld.

Er is bovendien sprake van een zogeheten laagste prijsregel: als meerdere aanbieders hetzelfde product aanbieden, wordt de inkoopvergoeding bepaald door de laagste prijs.² Deze laagste prijsregel wordt op dit moment door de NZa geëvalueerd en blijft in dit advies verder buiten beschouwing.

¹ Zie NZa-Beleidsregel CV-5200-4.0.2.-15, *De tariefopbouw inzake het maximumtarief voor de inkoopvergoeding van geneesmiddelen in de farmaceutische zorg*. De lijstprijzen van fabrikanten en importeurs worden doorgegeven aan Z-index, een bedrijf gelieerd aan de KNMP, de brancheorganisatie voor de apothekhoudenden, en vermeld op de maandelijks geactualiseerde taxe.

² Zie opnieuw NZa-Beleidsregel CV-5200-4.0.2.-15.

Het Geneesmiddel Vergoedingssysteem (GVS) bepaalt de vergoeding die een verzekeraar maximaal aan de patiënt mag betalen voor een geneesmiddel. Indien de prijs hoger is dan deze GVS-limiet moet de patiënt het verschil bijbetalen. Als de vergoedingslimiet die volgt uit het GVS lager is dan de WGP-prijs, kiezen aanbieders van niet-unieke middelen (middelen zonder goed substituuat) er vrijwel altijd voor om de prijs vast te stellen onder de vergoedingslimiet. Zo worden eigen bijdragen van patiënten vermeden.

Tot voor kort kozen aanbieders ervoor om de taxe-prijzen van generieke geneesmiddelen relatief hoog te houden en vervolgens forse kortingen en bonussen aan apothekhoudenden te verstrekken. Dit wees erop dat fabrikanten niet zozeer concurreerden op de taxe-prijs maar op de marge van apothekhoudenden. Dit fenomeen staat bekend als marge-concurrentie. De introductie van preferentiebeleid door zorgverzekeraars voor een aantal veel gebruikte generieke geneesmiddelen wijst erop dat marge-concurrentie (in ieder geval tijdelijk) heeft plaatsgemaakt voor concurrentie op prijs.

De openbare apothekers vallen sinds 1 juli 2007 onder de werkingssfeer van de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). Hiermee is de zorgverlenende rol van de apotheker, als medeverantwoordelijke voor het resultaat van de behandeling met geneesmiddelen, wettelijk verankerd.

2.2 Adviesverzoek

Uit bovenstaande schets van de huidige regulering volgt dat de eindgebruikersprijs van geneesmiddelen beïnvloed wordt door drie vormen van regulering:

- De WGP die de maximumprijzen van veel geneesmiddelen bepaalt;
- Het GVS dat de vergoeding bepaalt die de verzekeraar maximaal voor het middel mag betalen aan de patiënt;
- De WMG die bepaalt dat de NZa de prestaties en de bijbehorende tarieven van de apothekhoudende vaststelt.

De Minister heeft aangegeven de WGP en het GVS te willen handhaven. De adviesaanvraag heeft betrekking op de regulering via de WMG van de tarieven voor apothekhoudenden.

Voor zover WGP en GVS de resultaten van vrije tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening beïnvloeden, komt dit wel aan bod. Het gaat dan vooral om het gebruik van het GVS als 'clusterinstrument' (paragraaf 5.1.5) en het (herziene) GVS als terugvaloptie voor het geval vrije prijzen niet tot maatschappelijk acceptabele uitkomsten leiden (paragraaf 3.6) in termen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

De Minister gaat uit van een eindbeeld waarin prijzen voor geneesmiddelen en tarieven voor apothekhoudenden niet langer via de WMG gereguleerd zijn. Gelet op het bovenstaande houdt dit in het vrijlaten van de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening en mogelijk ook van de prestatiebeschrijvingen. Wat dit laatste betreft: vrije tarieven kunnen samengaan met een gereguleerde prestatieomschrijving. In dat geval zijn de tarieven vrij, maar de diensten waar de tarieven betrekking op hebben staan min of meer vast.

In het verlengde van het vrijlaten van de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening valt dus ook het loslaten van

overige prijsbepalende regels onder het advies. Dit betreft de rekenregels in de WMG-tariefbeschikking. In paragraaf 4.7 wordt hier nader op ingegaan.

Kern van het adviesverzoek

Het adviesverzoek heeft primair betrekking op het vrijlaten van de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening door apotheekhoudenden.

Onder '*apothekhoudenden*' wordt in deze hoofdlijnennotitie verstaan: extramurale aanbieders van farmacotherapeutische dienstverlening. Dit kunnen zowel openbare apotheken zijn, als internetapotheken, als apotheekhoudende huisartsen.

Onder '*tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening*' wordt in deze hoofdlijnennotitie verstaan: de tarieven die thans vallen onder de receptregelvergoeding, inclusief clawback, plus de tarieven die vallen onder overige voor de apotheekhoudende relevante prijsbepalende regels zoals de rekenregels in de WMG-tariefbeschikking voor de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen.

Dit advies gaat in op de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om te zorgen dat deregulering van tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening bijdraagt aan de realisatie van publieke doelen. Bij de onderbouwing van dit advies wordt gebruik gemaakt van relevante buitenlandse ervaringen. Hierbij gaat de aandacht uit naar OECD-landen die erin slagen de uitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking laag te houden en naar landen waar de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening helemaal vrij zijn. Bij de eerste groep landen zijn twee vragen relevant:

- Op welke wijze lukt het de uitgaven te beheersen?
- Resulteert de uitgavenbeheersing in ongewenste neveneffecten?

Bij dit laatste is van belang dat geneesmiddelen vaak een grote bijdrage aan de consumentenwelvaart hebben geleverd in de vorm van een betere gezondheid en welzijn. Bovendien kan adequaat geneesmiddelengebruik bijdragen aan lagere kosten binnen en buiten de zorg.³ Bij de tweede groep landen is de vraag relevant of vrije tarieven resulteren in hoge of lage uitgaven aan geneesmiddelen.

Consumentenbelang staat voorop

De NZa stelt het belang van de consument voorop. Consumenten, in hun dubbele rol als patiënt en premiebetaler, hebben belang bij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Elk van deze aspecten komt in dit advies aan bod.

2.3 Reikwijdte van dit advies

Dit advies richt zich op de regulering van prijzen en tarieven van extramurale verleners van farmacotherapeutische dienstverlening. Prijsregulering van intramuraal verstrekte geneesmiddelen komt niet uitgebreid aan bod, behalve in paragraaf 5.1.2 waarin wordt ingegaan op

³ Zie bijvoorbeeld Lichtenberg (2008). Hij concludeert dat elke dollar uitgegeven aan nieuwe cardiovasculaire middelen de kosten elders in de Amerikaanse gezondheidszorg met bijna 4 dollar heeft verlaagd.

ongewenste substitutie-prikkels als gevolg van de afwijkende bekostiging van intramuraal verstrekte geneesmiddelen.

In dit advies staan de voorwaarden voor vrije prijsvorming centraal. Het is echter van belang de bredere context van het geneesmiddelenbeleid in ogenschouw te nemen. Een te enge focus op de prijsdimensie brengt risico's met zich mee voor andere publieke doelen binnen het geneesmiddelenbeleid.

Het algemene uitgangspunt van de NZa is dat het consumentenbelang voorop staat. Het consumentenbelang heeft betrekking op de dimensies toegankelijkheid/bereikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit. De criteria betaalbaarheid en kwaliteit in de zin van effectiviteit komen samen in het begrip rationele farmacotherapie (zie 2.4). Uit dit uitgangspunt volgt dat dit advies gebaseerd dient te zijn op een analyse van de effecten van vrije tarieven van apothekhoudenden op alle relevante aspecten van de farmacotherapeutische dienstverlening door apothekhoudenden.

De dienstverlening in de apotheek (door apothekers en/of apothekersassistenten) omvat inkoop, distributie, advies aan patiënten en huisartsen (dit laatste ondermeer in het kader van het farmacotherapeutisch overleg), medicatiecontrole (tegengaan medicatiefouten, met name in het geval van polyfarmacie) en het meewerken aan verbetering van de informatie-uitwisseling met ondermeer huisartsen.⁴

Kerntaken apothekhoudende

De kerntaken van de apothekhoudende bestaan uit die elementen waar hij/zij vanuit zijn/haar vakgebied de meeste toegevoegde waarde kan bieden. Dit betekent dat zijn/haar taken primair gerelateerd zijn aan zorginhoudelijk advies en secundair aan inkoop- en distributietaken.

Deze focus op de zorginhoudelijke kerntaken van de apothekhoudende betekent niet dat inkoop en distributie geen taken zijn voor apothekhoudenden. We betekent dit dat inkoop en distributie op de tweede plaats komen, na de zorginhoudelijke taken als advies aan patiënten en huisartsen, medicatiecontrole (met name polyfarmacie) en het meewerken aan verbetering van de informatie-uitwisseling met ondermeer huisartsen.

Een voor dit advies relevante vraag is in hoeverre de invoering van vrije tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening deze dienstverlening beïnvloeden. Dit komt aan de orde in hoofdstuk 5.

2.4 Rationele farmacotherapie

Rationele farmacotherapie houdt kortgezegd in: het juiste geneesmiddel tegen zo laag mogelijke kosten voor de consument (patiënt of premiebetaler).^{5,6} Om dit te realiseren moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan:

- kennis bij voorschrijvers over de geneesmiddelen die geïndiceerd zijn voor de patiënt met een specifieke diagnose en andere kenmerken;
- kennis van de specifieke situatie van de patiënt door of bij de apotheekhoudende;
- kennis bij voorschrijvers over de interactie met andere geneesmiddelen. Dit wordt steeds belangrijker door het toenemend aantal patiënten met polyfarmacie;
- doelmatig voorschrijfbeleid: niet nodeloos voorschrijven, generiek voorschrijven indien mogelijk, indien een spécialité moet worden voorgeschreven aandacht voor de prijs/kwaliteitverhouding van het spécialité;
- doelmatig verstrekkingenbeleid van apotheekhoudenden: uitleveren van kosteneffectieve generieke geneesmiddelen met lage prijzen;
- therapietrouw bij de patiënt moet gevolgd en bevorderd kunnen worden;
- geen excessieve prijzen voor farmacotherapeutische dienstverlening.

In vergelijking met andere landen scoort Nederland op dit moment goed wat betreft de terughoudendheid en de doelmatigheid bij het voorschrijven.

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

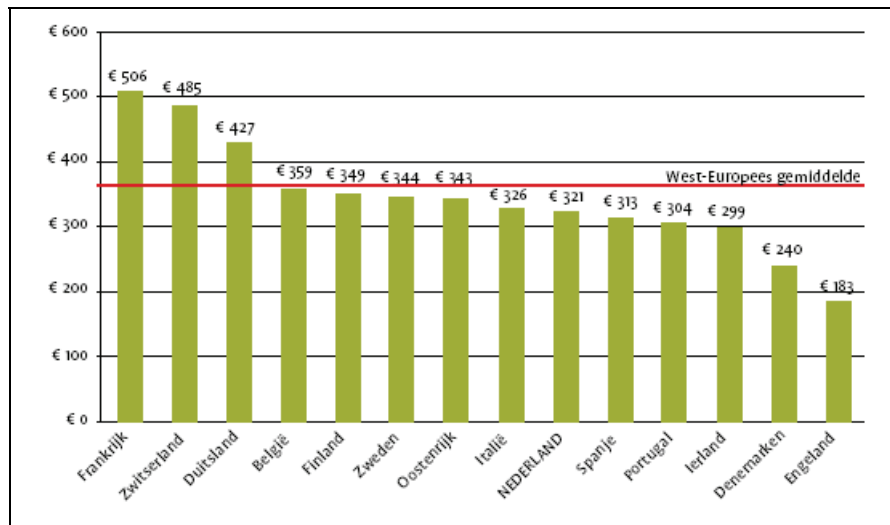
Per saldo resulteren in ons land relatief lage uitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking (zie figuur 1). Alleen in Denemarken en het VK waren de uitgaven per hoofd nog aanzienlijk lager dan in Nederland. In de bijlage komen relevante buitenlandse ervaringen nader aan de orde.

⁴ Van polyfarmacie is sprake bij patiënten die meerdere geneesmiddelen naast elkaar gebruiken.

⁵ Het CVZ (2003) definieert rationele farmacotherapie als volgt: "De behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de ziekenfondsverzekering."

⁶ Onder het juiste geneesmiddel kan worden verstaan: het meest effectieve geneesmiddel (het middel dat de grootste gezondheidswinst oplevert) of het meest kosteneffectieve geneesmiddel (het middel dat de grootste gezondheidswinst *per euro* oplevert). De laatste definitie impliceert een mogelijke uitruil tussen betaalbaarheid en effectiviteit: een geneesmiddel dat leidt tot een iets betere gezondheidsuitkomst maar dat veel duurder is dan het naast beste alternatief, is niet kosteneffectief. RVZ (2007) en CPB (2007) hebben recent gepleit voor meer frequent en consistent gebruik van het kosteneffectiviteitscriterium in de Nederlandse gezondheidszorg.

Figuur 1. Uitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking, 2006



Bron: SFK (2008)

Rationele farmacotherapie kan alleen tot stand komen door goed samenspel van verschillende actoren:

- artsen in hun hoedanigheid als voorschrijver, maar ook als dataverzamelaar. Artsen zijn immers bij uitstek gepositioneerd om de veranderingen in de gezondheidstoestand van patiënten te monitoren en te registreren;
- artsen/opleiders die bijdragen aan het in stand houden van de bestaande cultuur van terughoudend en doelmatig voorschrijven;
- kennisproducenten: onderzoekers bij universiteiten en gespecialiseerde centra die de effecten van geneesmiddelen in kaart brengen, opstellers van richtlijnen;
- kennistransfer-specialisten, die de onderzoeksresultaten vertalen in richtlijnen voor de praktijk en die een laagdrempelige vraagbaak vormen voor voorschrijvers;
- apotheekhoudenden die de juiste geneesmiddelen uitleveren, voorlichting geven aan patiënten over het gebruik van geneesmiddelen, en die tevens een rol spelen bij medicatiebewaking en bij het bevorderen van therapietrouw;
- consumenten die de voorgeschreven geneesmiddelen op de juiste wijze gebruiken;
- inkoopers met voldoende inkoopmacht; dit kunnen zorgverzekeraars zijn, maar ook de overheid (zoals in Zweden) of gespecialiseerde bedrijven zoals Pharmaceutical Benefit Companies (PBMs) in de VS;
- zorgverzekeraars en/of de overheid die de verschillende actoren prikkelen om hun taken op de juiste wijze te vervullen.

Dit samenspel van verschillende actoren stelt hoge eisen aan de onderlinge informatiestromen:

- Artsen hebben baat bij spiegelinformatie over hun voorschrijfgedrag. Dit vereist dat een instantie gegevens over voorschrijfgedrag van individuele artsen verzamelt, vergelijkt en terugkoppelt (na anonimiseren).
- Kennisproducenten hebben behoefte aan gegevens over de gevolgen van geneesmiddelengebruik op patiëntniveau. Dit vereist dat gegevens over voorgeschreven geneesmiddelen, therapietrouw, polyfarmacie, patiëntkenmerken, bijwerkingen voor specifieke doelgroepen en gezondheidsveranderingen centraal beschikbaar komen.

- Afhankelijk van het gekozen reguleringsmodel hebben zorgverzekeraars of de overheid behoefte aan gegevens over voorschrijfgedrag van artsen en uitlevergedrag van apothekhoudenden om te kunnen monitoren in hoeverre afgesproken doelstellingen worden gehaald.
- Alle actoren hebben baat bij inzicht in de mate van tevredenheid van cliënten en/of consumenten.

Om deze informatiestromen optimaal te laten verlopen is een goede ICT-infrastructuur onmisbaar.

2.5 Mogelijke voordelen vrije tarieven

De kern van liberalisering van markten is dat prijsregulering in sectoren wellicht niet nodig en niet wenselijk is. Als marktspelers de hun toegedichte rol op de markt kunnen spelen kan overheidsregulering verstrend werken. Het past binnen de rol van de NZa om de juiste voorwaarden te scheppen om een markt goed te laten functioneren. Indien marktpartijen in staat zijn om de markt te vormen is regulering niet meer nodig. In het recente verleden zijn positieve ervaringen opgedaan met vrije prijsvorming, onder meer in de fysiotherapie (zie tekstbox).

Ervaringen vrije prijsvorming fysiotherapie

In de monitor Fysiotherapie 2007 adviseert de NZa de minister om na drie jaar experimenteren met vrije prijzen de markt per 1 januari 2008 definitief vrij te geven. In de experimenteerperiode is gebleken dat de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid goed geborgd zijn in een omgeving van vrije prijsvorming. Het experiment heeft daarnaast geleid tot meer dynamiek in de markt. Verzekeraars en fysiotherapeuten maken meer afspraken over concrete producten en zorgprogramma's voor consumenten.

Het experiment heeft daarmee bijgedragen aan het ondernemerschap van fysiotherapeuten. Daarnaast heeft vrije prijsvorming geleid tot meer prikkels voor het leveren van kwaliteit en doelmatigheid. Fysiotherapeuten die een hogere kwaliteit kunnen leveren en efficiënter werken worden beter beloond.

De monitor fysiotherapie 2007 is te vinden op www.nza.nl. De minister heeft het advies van de NZa overgenomen.

Indien aan een aantal voorwaarden is voldaan (zie hierna) kunnen vrije tarieven voor farmacotherapeutische dienstverleningbijdragen aan een betere prijs/kwaliteitsverhouding. Bij gereguleerde tarieven bestaat het risico dat de tarieven te laag worden vastgesteld, met als gevolg kwaliteitsverlies, verminderde bereikbaarheid. Gereguleerde tarieven kunnen echter ook te hoog zijn, met als gevolg overwinsten bij apothekhoudenden of een groter aanbod dan noodzakelijk.

Hoewel dit in de praktijk afhangt van de wijze van overheidsregulering, hebben marktpartijen in principe meer instrumenten om de juiste tarieven vast te stellen dan toezichthouders. Zo kunnen zorgverzekeraars, mits zij over een goede onderhandelingspositie beschikken (zie hoofdstuk 4), dreigen apothekhoudenden niet te contracteren. Een andere mogelijkheid is dat zorgverzekeraars zelf een apotheek gaan exploiteren (hetgeen een aantal verzekeraars al heeft gedaan), met als doel de concurrentie te bevorderen. Een tweede

voordeel van de marktroute is dat deze meer ruimte biedt voor innovatie. Gereguleerde tarieven vereisen dat de toezichthouder de prestatie nauwkeurig definieert. De marktroute geeft marktpartijen de ruimte om zelf een bijdrage te leveren aan het definiëren van nieuwe prestaties.

De marktroute en regulering sluiten elkaar niet uit. Integendeel, regulering kan marktpartijen ondersteunen bij het realiseren van uitkomsten die gunstig zijn voor de consument. Regulering kan bijvoorbeeld de vorm aannemen van een geleidelijke weg naar vrije apothekerstarieven, indien marktpartijen hier zelf niet uit komen.

In alle gevallen geldt dat het consumentenbelang optimaal geborgd moet worden. Het is het streven van de NZa de betaalbaarheid in deze sector te optimaliseren met behoud van het bestaande hoge kwaliteits- en toegankelijkheidsniveaus van de huidige farmacotherapeutische dienstverlening in Nederland. In de hoofdstukken 4 tot en met 6 wordt dit nader uitgewerkt.

2.6 Voorwaarden en risico's vrije tarieven

Aan welke voorwaarden moet een markt voldoen om ervoor te zorgen dat kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg geborgd zijn en dat alle spelers op de markt optimaal gemotiveerd zijn om in de belangen van de consument op te treden? Hiertoe gelden de volgende voorwaarden:

- Apotheekhoudenden mogen (individueel of collectief) niet over teveel marktmacht beschikken, ook niet als het aantal apotheekhoudenden terug zou lopen in reactie op lagere prijzen.
- Zorgverzekeraars, groothandel en producenten van multi-source geneesmiddelen mogen niet over dusdanige marktmacht beschikken dat afbreuk gedaan wordt aan de consumentenbelangen.
- Consumenten en hun agenten (huisartsen en zorgverzekeraars) kiezen apotheekhoudenden niet alleen op basis van prijs maar ook op basis van de kwaliteit van de farmaceutische dienstverlening.
- Lage prijzen voor individuele geneesmiddelen resulteren niet in ongewenste substitutie naar duurdere spécialités.
- De verschillende partijen hebben voldoende voorbereidingstijd om hun contracten, ICT etc. op orde te brengen.

Wanneer aan één of meer van deze voorwaarden niet is voldaan dan brengen vrije tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening risico's met zich mee voor de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de farmacotherapeutische dienstverlening. In de volgende hoofdstukken wordt nader ingegaan op deze risico's.

2.7 Opbouw notitie

Hoofdstuk 3 presenteert het voorlopige advies van de NZa. Hoofdstukken 4 tot en met 6 bevatten de analytische bouwstenen waar de NZa zijn advies mede op wil baseren. Elk van de hoofdstukken sluit af met een aantal consultatievragen. Bijlage 1 gaat kort in op relevante buitenlandse ervaringen. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de consultatievragen.

3. Hoofdlijn advies

Dit hoofdstuk bevat een eerste inschatting van de mogelijkheid om de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening te liberaliseren. Deze inschatting is gebaseerd op de risicoanalyse in de hoofdstukken die volgen. De inschatting is voorlopig en zal wijzigen als de uitkomsten van de consultatieronde daar aanleiding toe geven.

De argumenten van partijen in reactie op deze notitie zullen uitdrukkelijk betrokken worden bij de opstelling van het uiteindelijke advies.

3.1 Inleiding

Liberalisering van de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening is voor de NZa alleen dan een optie wanneer het consumentenbelang hiermee gediend is. Dit vereist dat de eventuele risico's voor de consument als gevolg van liberalisering beheersbaar zijn. Deze risico's worden uitgebreid besproken in de hoofdstukken die volgen.

Hoofdlijn van het advies

Naar de voorlopige inschatting van de NZa zijn de eventuele risico's als gevolg van liberalisering van de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening voldoende beheersbaar.

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

In dit hoofdstuk komen allereerst de randvoorwaarden voor vrije prijsvorming aan bod (paragraaf 3.2). Vervolgens wordt een aantal maatregelen besproken die de slaagkans van het voorgestelde experiment kunnen vergroten (paragraaf 3.3). De eventuele terugvaloptie is het onderwerp van paragraaf 3.5. Paragraaf 3.6 gaat in op de timing van het experiment. Paragraaf 3.7 sluit af met een bespreking van de monitor ter evaluatie van het experiment.

3.2 Randvoorwaarden en risico's

In hoofdstuk 1 werd geconcludeerd dat in voldoende mate aan de volgende voorwaarden moet zijn voldaan om over te kunnen gaan tot vrije prijsvorming:

- Apotheekhoudenden mogen (individueel of collectief) niet over teveel marktmacht beschikken, ook niet als het aantal apothekhoudenden terug zou lopen in reactie op lagere prijzen.
- Zorgverzekeraars, groothandel en producenten van multi-source geneesmiddelen mogen niet over dusdanige marktmacht beschikken dat afbreuk gedaan wordt aan de consumentenbelangen.
- Consumenten en hun agenten (huisartsen en zorgverzekeraars) kiezen apothekhoudenden niet alleen op basis van prijs maar ook op basis van de kwaliteit van de farmaceutische dienstverlening.

- Lage prijzen en lagere apotheekhoudendenmarges voor generieke geneesmiddelen resulteren niet in ongewenste substitutie naar duurere spécialités.
- De verschillende partijen hebben voldoende voorbereidingstijd om hun contracten, ICT etc. op orde te brengen.

Is aan één of meer van deze voorwaarden in onvoldoende mate voldaan, dan brengen vrije tarieven voor farmacotherapeutische dienstverleningrisico's met zich mee. In hoofdstuk 4 tot en met 6 worden de volgende risico's geanalyseerd:

- teveel marktmacht van apotheekhoudenden;
- versterking van marktmacht bij zorgverzekeraars, groothandelaren of producenten van multi-source geneesmiddelen;
- ongewenste substitutie in de richting van duurere merkgeneesmiddelen;
- kwaliteitsverlies van de dienstverlening door de apotheker aan consumenten en voorschrijvers;
- verminderde bereikbaarheid van farmaceutische dienstverlening.

3.3 Maatregelen voorafgaand aan liberalisering

Voordat overgegaan wordt tot vrije tariefvorming kan een aantal maatregelen genomen worden die de slaagkans vergroten. Het betreft maatregelen die aanvullend genomen kunnen worden op het loslaten van de tarieven en bijbehorende prijsregels, waarvan vooralsnog niet vaststaat dat ze noodzakelijk zijn voor het welslagen van vrije tariefvorming. In de consultatievragen komt de vraag aan de orde in hoeverre één of meer maatregelen mogelijk wel een noodzakelijke randvoorwaarde vormen voor vrije tariefvorming.

Het betreft de volgende maatregelen, die in de navolgende paragrafen verder uitgewerkt worden:

- *verbeteren sturingsmogelijkheden consument*: de consument zou de mogelijkheid moeten hebben te kiezen op basis van prijs- en/of kwaliteitsverschillen tussen apotheekhoudenden;
- *verbeteren transparantie prestaties apotheker*: de prestaties van een apotheker kunnen beter inzichtelijk gemaakt worden door nieuwe prestatiebeschrijvingen te (laten) introduceren;
- *verruimen sturingsmogelijkheden en prikkels zorgverzekeraars*: de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om consumenten te stimuleren naar een voorkeursapotheker te gaan kunnen worden verruimd;
- *borgen generieke substitutie*: Lagere marges op generieke geneesmiddelen verzwakken de prikkel voor apotheekhoudenden om actief mee te werken aan substitutie van merkgeneesmiddelen naar goedkopere generieke middelen. Het is daarom van belang dat deze substitutieprikkels op andere manieren te borgen;
- *verlagen toetredingsdrempels*: Lagere toetredingsdrempels dragen bij aan de toegankelijkheid, en kunnen de betaalbaarheid bevorderen.

3.3.1 Maatregel 1: Verbeteren sturingsmogelijkheden consument

Om het keuzeproces van consumenten te ondersteunen is het van belang dat verschillen in vergoedingen tussen geneesmiddelen en tussen apotheekhoudenden transparant worden gemaakt. In de huidige situatie krijgt de consument vaak pas inzicht in de kosten van het geneesmiddel nadat hij dit heeft gebruikt, namelijk bij de opgave van het 'gebruikte' eigen risico door de zorgverzekeraar. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn de consument hierover te informeren op het moment dat hij de geneesmiddelen aanschaft, dus in de apotheek. Concreet houdt dit in dat

de consument een kopie van de nota ontvangt bij het verlaten van de apotheek.

Ook is van belang dat de consument weet waar hij aan toe is als hij een apotheek bezoekt waar de zorgverzekeraar geen contract mee heeft gesloten. Dit moet duidelijk in de polisvoorwaarden zijn vermeld.

Naast informatie over het kostenniveau is het van belang dat de consument informatie heeft over de kwaliteit van de verleende zorg. Op dit moment is het echter moeilijk voor de consument (en de verzekeraar) om op grond van kwaliteitsverschillen een keuze te maken tussen verschillende apotheekhoudenden. Er is weinig inzicht in kwaliteitsverschillen tussen apotheekhoudenden. Meer transparantie over de relatieve kwaliteitsprestaties van apotheekhoudenden is wenselijk om daadwerkelijke vraagsturing op gang te brengen. Dit geldt vooral in een geliberaliseerde markt, om te voorkomen dat er alleen wordt geconcentreerd op prijs. Prestatie-indicatoren voor apotheekhoudenden, zoals die nu ontwikkeld en geïmplementeerd worden door IGZ, KNMP/WINAp en SIR, zijn naar de mening van de NZa hiervoor een zeer belangrijk instrument.

Tot slot zou een eigen risico voor geneesmiddelen ingevoerd kunnen worden voor farmacotherapeutische dienstverlening. Met een eigen risico wordt een consument gestimuleerd naast de baten ook de kosten af te wegen van een geneesmiddel. De extra kosten die dit met zich meebrengt voor een individuele patiënt worden, wanneer succesvol, gecompenseerd door een daling van de totale uitgaven voor geneesmiddelen, en daarmee de betaalbaarheid voor alle consumenten.

3.3.2 Maatregel 2: Verbeteren transparantie prestaties apotheekhoudende

Zoals vermeld in het voorgaande hoofdstuk bestaan de kerntaken van de apotheekhoudende uit die elementen waar hij/zij vanuit zijn/haar vakgebied de meeste toegevoegde waarde kan bieden. Dit betekent primair de taken gerelateerd aan zorginhoudelijk advies, en secundair de inkoop- en distributietaken.

Taken gerelateerd aan zorginhoudelijk advies zijn onder meer advies aan patiënten en huisartsen (dit laatste ondermeer in het kader van het farmacotherapeutisch overleg), medicatiecontrole (tegengaan medicatiefouten, met name in het geval van polyfarmacie) en het meewerken aan verbetering van de informatie-uitwisseling met ondermeer huisartsen.⁷

Er zijn signalen dat de huidige prestatieomschrijvingen onvoldoende recht doen aan de kerntaken van apotheekhoudenden. De Vereniging van Jonge Apothekers (VJA) stelt: "De invulling van de zorg vanuit de openbare apotheek verschuift steeds verder van productgeoriënteerd naar patiëntgeoriënteerd." (zie onderstaand kader). Een algemene conclusie die uit deze omschrijving kan worden getrokken luidt, dat de farmaceutische dienstverlening door apotheekhoudenden voor een belangrijk deel los staat van de distributie van geneesmiddelen. De huidige honorering op basis van het aantal uitleveringen doet onvoldoende recht aan deze situatie.

⁷ Van polyfarmacie is sprake bij patiënten die meerdere geneesmiddelen naast elkaar gebruiken.

De kerntaken van de apotheker volgens de VJA

Onder farmaceutische zorg valt als belangrijkste onderdeel de medicatieveiligheid, medicatiebewaking, beheer van het patiëntendossier, bevordering van therapietrouw. Daarnaast wordt de farmaceutische zorg ingevuld met onder andere huisbezoeken na ontslagmedicatie, preventieprogramma's, zorgprojecten en farmaceutische consulten. De apotheker fungeert als vraagbaak voor patiënten, artsen en het apotheekteam. Ook samenwerking met artsen, bijvoorbeeld op het gebied van het opstellen van doelmatige farmacotherapeutische richtlijnen, is van essentieel belang om goede farmaceutische zorg te kunnen leveren. Omdat patiënten regelmatig in de apotheek komen, kennen zij de assistentes en de apotheker en durven daarom snel vragen te stellen. Anderzijds kent het apotheekteam de patiënten en kan daardoor situaties sneller op waarde schatten.

Bron: Vereniging van Jonge Apothekers (2008)

Om beter recht te kunnen doen aan de toenemende diversiteit van de farmaceutische dienstverlening door apotheekhoudenden, stelt de NZa de volgende opties voor:

- *optie 1*: vasthouden aan de huidige prestatie (gedifferentieerde receptregel plus inkoopvergoeding);
- *optie 2*: introduceren nieuwe prestaties;
- *optie 3*: prestaties vastgesteld door partijen onderling (apotheekhoudenden/zorgverzekeraars);

Optie 1: vasthouden aan huidige prestaties

In principe is het mogelijk vrije tarieven te introduceren voor farmacotherapeutische dienstverlening binnen het huidige gedifferentieerde receptregelsysteem met inkoopvergoeding. In deze optie stelt de NZa alleen de prestaties vast en komen de tarieven tot stand via onderhandelingen tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars.

Een belangrijk nadeel hiervan is dat de huidige prestaties geen recht doen aan de kerntaken van de apotheekhoudenden zoals hierboven omschreven. Het biedt geen ruimte voor de toegevoegde waarde en dienstverlening van de apotheker en het verder ontwikkelen en belonen van kwaliteit en van innovatieve vormen van dienstverlening door apothekers. Bij de huidige prestaties is de vergoeding aan de apothekers immers direct gekoppeld aan de levering van geneesmiddelen: de apothekers ontvangt een bedrag per receptregel. Dit betekent dat het belonen van farmacotherapeutische zorg die losstaat van het leveren van geneesmiddelen niet direct zichtbaar is. Voorbeelden van deze vorm van farmacotherapeutische zorg zijn: controle door de apotheker van de geneesmiddelenvoorraad thuis bij patiënten van polyfarmacie en participatie in het FTO.

Optie 2: introduceren nieuwe prestaties

In deze optie worden apotheekhoudenden en zorgverzekeraars uitgenodigd nieuwe prestaties te definiëren en voor te leggen aan de NZa, die deze prestaties dan kan opnemen in de tarieven systematiek.

Voordeel van deze optie is dat ook recht gedaan kan worden aan de kerntaken en toegevoegde waarde van de apotheekhoudenden als zorgverlener bijvoorbeeld zoals die hierboven omschreven. Daarbij biedt deze optie ruim baan voor het vaststellen van prestaties voor innovatieve diensten.

Het is denkbaar in deze optie een onderscheid te maken naar de verschillende kerntaken van de apotheker: handel, logistiek/distributie en zorgverlening, waaronder zorginhoudelijke advisering, informatieverstrekking en consultering. Voorbeelden van prestaties die vallen binnen de laatste categorie zijn participatie door de apotheker in FTO-overleg op niveau 4 en controle van medicatie thuis bij patiënten met polyfarmacie.

In deze optie stelt de NZa alleen de prestaties vast en komen de tarieven tot stand via onderhandelingen tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars. Een variant hierop zou kunnen zijn dat de tarieven per uitlevering worden vrijgelaten, maar dat tarieven voor de zorgverlening gereguleerd blijven.

Deze optie biedt enerzijds kansen aan apotheekhoudenden om hun toegevoegde waarde beter inzichtelijk en waardeerbaar te maken. Anderzijds ondersteunt deze beleidslijn het onderhandelingsproces tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars door het creëren van een gemeenschappelijke onderhandelingstaal en geeft naar de consumenten toe transparantie over wat de apothekers aan zorgverlening te bieden heeft.

Optie 3: prestaties vastgesteld door partijen onderling

In deze optie stellen de apotheekhoudende en de zorgverzekeraar onderling de prestaties vast en komen de tarieven tot stand via onderhandelingen tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars.

Deze optie biedt enerzijds kansen aan apotheekhoudenden om hun toegevoegde waarde beter inzichtelijk en waardeerbaar te maken. Anderzijds ondersteunt deze beleidslijn het onderhandelingsproces tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars door het creëren van een gemeenschappelijke onderhandelingstaal (per verzekeraar). Ook deze optie biedt kansen aan apotheekhoudenden om hun toegevoegde waarde beter inzichtelijk en waardeerbaar te maken.

Anders dan bij optie 2 toetst de NZa bij deze optie de prestaties niet. Een mogelijk gevolg is dat de prestatiedefinities (de 'onderhandelingstaal') niet voor elke verzekeraar of apotheker of consument identiek en dus vergelijkbaar zijn. Dit kan de vergelijkbaarheid van de dienstverlening, de kwaliteit en de kosten per eenheid product tussen apothekers verminderen. Tegenover dit mogelijke nadeel staat het voordeel dat in deze optie marktpartijen de maximale ruimte krijgen om innovatieve producten en contractvormen te ontwikkelen in het belang van de consument, mits hierover overeenkomsten afgesloten kunnen worden.

Er zullen overigens door de NZa wel prestaties moeten worden vastgelegd voor die situaties waarin er geen overeenstemming tussen de apotheker en verzekeraar tot stand komt.

3.3.3 Maatregel 3: Verruimen sturingsmogelijkheden zorgverzekeraars

Om het risico van teveel marktmacht bij apotheekhoudenden te reduceren, kan bij de start van het experiment de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars worden versterkt. Een beleidsoptie die in paragraaf 8 wordt genoemd, is zorgverzekeraars toe te staan het verplichte eigen risico gericht in te zetten om patiënten naar een preferente apotheker te sturen. Dit zou inhouden dat zorgverzekeraars het eigen risico geheel of gedeeltelijk kwijtschelden indien de verzekerde de geneesmiddelen betreft van een voorkeursapothek. Verzekerden betalen dan geen of minder eigen risico als zij een voorkeursapothek bezoeken.

Deze beleidsoptie kan zo worden vormgegeven dat geen enkele verzekerde er hierdoor op achteruit gaat ten opzichte van de huidige situatie. Dit valt te bereiken door het eigen risico alleen nog van toepassing te laten zijn op farmaceutische zorg. Om ongewenste substitutie richting intramurale zorg te voorkomen, verdient het aanbeveling het eigen risico ook van toepassing te laten zijn voor intramuraal verstrekte geneesmiddelen. Het directe effect van deze beleidsoptie is dat de BKZ-relevante zorguitgaven stijgen (eigen bijdragen tellen niet mee bij de BKZ-relevante zorguitgaven). Hier staat echter tegenover dat de uitgaven aan farmaceutische hulp kunnen dalen door de betere onderhandelingspositie van zorgverzekeraars.

3.3.4 Maatregel 4: Borgen generieke substitutie

Om generieke substitutie ook in de toekomst te bevorderen dienen zich verschillende beleidsopties aan. Artsen kunnen standaard worden voorzien van spiegelinformatie over hun eigen voorschrijfgedrag. Verzekeraars kunnen hierbij een actieve rol spelen. Als verzekeraars de rol van de apotheker als 'substitutie-motor' niet kunnen of willen overnemen, is er een mogelijke rol voor aanvullend overheidsbeleid, bijvoorbeeld pay-for-performance (P4P) bonussen voor doelmatig voorschrijfgedrag.

Een andere beleidsoptie is het gebruik van gedifferentieerde eigen bijdragen. Consumenten betalen dan een hogere eigen bijdragen voor een spécialité waarvoor een generiek substituuut beschikbaar is. Schrijvende gevallen kunnen worden ontzien door uitzonderingen toe te staan op basis van medische noodzaak.

Ongewenste 'herssubstitutie' van generiek naar spécialité als gevolg van de verschillen in bekostiging tussen intramuraal en extramuraal geneesmiddelengebruik valt tegen te gaan door de verschillen in bekostigingssystematiek op te heffen of door het gebruik van 'keten-DBC's', waarbij bijvoorbeeld het ziekenhuis ook verantwoordelijk is voor de extramurale geneesmiddelenkosten.

3.3.5 Maatregel 5: Verlagen toetredingsdrempels

Maatregelen die de toetredingsdrempels verlagen dragen op twee manieren bij aan het consumentenbelang. In de eerste plaats kunnen hiermee potentiële bereikbaarheidsproblemen opgelost worden.

In de tweede plaats wordt hiermee de betaalbaarheid geborgd. Zodra op een locatie of in een regio een apothekhouder in staat is marktmacht aan te wenden voor het vragen van (te) hoge tarieven, zullen aanbieders toetreden die een vergelijkbare dienst tegen een lager tarief kunnen leveren.

Maatregelen die de toetredingsdrempels verlagen zijn:

- aanpassen van het criterium in de Geneesmiddelenwet voor het mogen voeren van een apotheek. Concreet wordt aanbevolen het bestaande principe van '1-vent-per-tent' los te laten;
- ruimte laten voor nieuwe distributiekanaalen zoals internetapotheken en medicijnautomaten bij huisartsen.

3.4 Introductie vrije tarieven

De introductie van vrije tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening is voor de NZa alleen dan een optie wanneer het

consumentenbelang hiermee gediend is. Vrije prijsvorming is naar de voorlopige mening van de NZa mogelijk mits de hiervoor genoemde risico's beheersbaar zijn. Daarbij adviseert de NZa de maatregelen te nemen zoals genoemd in de voorgaande paragraaf.

Met inachtneming van het voorgaande luidt het voorlopige advies van de NZa om vrije prijsvorming van apothekerstarieven te introduceren in de vorm van een marktbreed experiment. Marktbreed houdt in dit geval in dat het experiment zou gaan gelden voor alle apotheehoudenden, alle zorgverzekeraars en alle geneesmiddelen.

Een dergelijk marktbreed landelijk experiment geeft marktpartijen de mogelijkheid nieuwe diensten te ontwikkelen en stimuleert marktpartijen tot het vergroten van de doelmatigheid van de farmaceutische dienstverlening. Ook kan een experiment marktpartijen in staat stellen nieuwe contractvormen uit te testen, zoals een abonnementensysteem, aparte bekostiging van onderdelen van de farmaceutische dienstverlening of vergoeding op basis van normprijzen in plaats van feitelijke inkooprijzen. In hoeverre marktpartijen deze vrijheid krijgen hangt overigens af van de gekozen optie bij de vaststelling van prestaties (zie paragraaf 3.4.2).

Het experiment zou maximaal drie jaar kunnen duren, en zal door de NZa tijdig worden geëvalueerd. Of het experiment wordt omgezet in definitieve liberalisering hangt af van de resultaten van de evaluatie. Ook kunnen resultaten van de evaluatie aanleiding geven tot aanvullende beleidsmaatregelen, gericht op het verbeteren van de uitkomsten voor de consument.

3.5 Terugvalopties

Wanneer gedurende het experiment met vrije prijzen blijkt dat het consumentenbelang (toch) in het geding komt, kan de NZa besluiten tot een of meer maatregelen die de kwaliteit, betaalbaarheid en/of toegankelijkheid van de farmacotherapeutische zorg (alsnog) bevorderen. Mogelijke terugvalopties zijn de volgende.

Terugvaloptie 1: dynamisch omzetplafond

regulering van de apotheehoudenden in de vorm van een dynamisch omzetplafond. Dit zou in hoofdlijnen het volgende kunnen inhouden:

- De tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening zijn vrij.
- De omzet per apotheehoudende is als volgt gemaximeerd:
normomzet geneesmiddel X = volume geneesmiddel X maal normprijs per geneesmiddel X;
- De maximum omzet per apotheehoudende is gelijk aan de aldus berekende normomzet per geneesmiddel, gesommeerd over alle geneesmiddelen.
- De normprijs per geneesmiddel is gelijk aan de som van de normatieve apothekersmarge en de normatieve inkooprijzen van het betreffende geneesmiddel.
- De normatieve apothekersmarge wordt bepaald op basis van het norminkomen van apotheehoudenden.
- De normatieve inkooprijzen zijn gelijk aan het gemiddelde van de feitelijke inkooprijzen van alle apothekers.

Terugvaloptie 2: kwaliteitsprijken

Het is mogelijk in een dergelijk reguleringsmodel kwaliteitsprijken in te bouwen, bijvoorbeeld via aparte *pay-for-performance* bonussen voor apotheehoudenden die bepaalde doelstellingen weten te realiseren, bijvoorbeeld de participatie in Farmacotherapeutisch Overleg op het

hoogste niveau zoals gedefinieerd door het DGV (het hoogste niveau is niveau 4, de bijbehorende eis is 'regelmatig overleg met toetsing van gemaakte afspraken').

Pay-for-performance bonussen kunnen ook gekoppeld worden aan de realisatie van streefwaarden bij generieke substitutie. Generieke substitutie valt ook af te dwingen door apothekers wettelijk te verplichten tot generiek afleveren indien medisch mogelijk, zoals nu het geval is in Denemarken (zie bijlage 1).

Keuze terugvaloptie(s)

De keuze voor de terugvaloptie(s) hangt sterk samen met de waargenomen ontwikkelingen en gedragingen van marktpartijen. Wanneer alsnog sprake blijkt van een (te grote) marktmacht van de apothekers, ligt terugvaloptie 1 voor de hand. Indien juist onvoldoende mogelijkheden bestaan voor apothekers hun toegevoegde waarde te benutten, dan liggen de kwaliteitsprikkels in terugvaloptie 2 meer voor de hand.

3.6 Timing

Een beleidsexperiment met vrije tarieven en – eventueel – vrije prestatieomschrijving kan op zijn vroegst worden gestart per 1 januari 2010. Bij een start in 2009 zouden partijen onvoldoende voorbereidingstijd hebben. De contractbesprekingen voor 2009 zijn al in volle gang. Bovendien zullen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars hun ICT-voorzieningen moeten aanpassen aan de nieuwe systematiek.

Om te kunnen starten per 1 januari 2010 is een vereiste dat eventuele nieuwe prestaties (zie paragraaf 3.3.2) tijdig, bijvoorbeeld uiterlijk 1 juni 2009, zijn vastgesteld.

3.7 Monitoring experiment

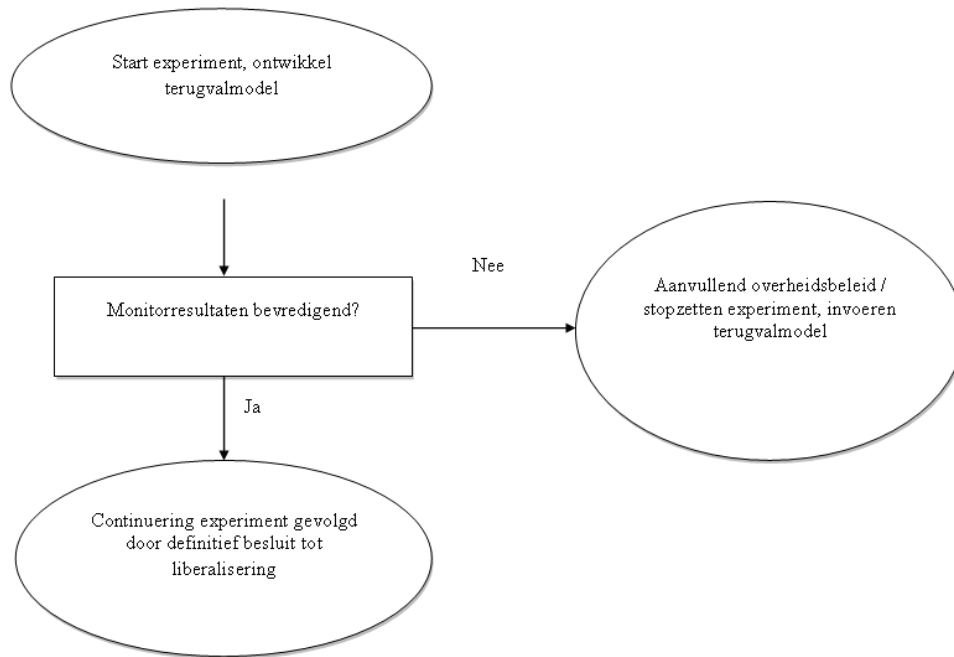
Vanaf de aanvang van het experiment zal de NZa de ervaringen jaarlijks zorgvuldig monitoren. De eerste monitor start voorafgaand aan het experiment. De volgende onderwerpen zullen in de monitor in ieder geval aan bod komen:

- prijsontwikkeling van geneesmiddelen, tarieven van apotheekhoudenden, bonussen en kortingen;
- inhoud van de contracten tussen verzekeraars en apotheekhoudenden, zoals afspraken over preferente geneesmiddelen, over generieke substitutie en over de kwaliteit van de dienstverlening;
- participatie van apothekers in het FTO;
- bereikbaarheid van apotheken;
- kwaliteit van de dienstverlening door apotheekhoudenden;
- voortgang bij het Elektronisch Medicatie Dossier (EMD).

Als uit de monitor blijkt dat op een of meer aspecten sprake is van voor de consument ongewenste ontwikkelingen, dan kan de NZa ingrijpen in de vorm van gehele of gedeeltelijk (her)regulering. Omgekeerd zal de NZa bij gunstige resultaten (vanuit consumentenperspectief) de minister adviseren om na afloop van het experiment de tarieven en prestatieomschrijvingen definitief vrij te laten.

Figuur 2 geeft de beslismomenten tijdens het experiment weer.

Figuur 2. Experiment met vrije prijzen: beslismodel



Consultatievraag 1:

Is de farmacotherapeutische dienstverlening naar uw oordeel klaar voor vrije tarieven? Op welke termijn?

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?

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?

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?

Consultatievraag 5:

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

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?

Consultatievraag 7:

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

Consultatievraag 8:

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

Consultatievraag 9:

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

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?

4. Betaalbaarheid

4.1 Inleiding

Vrije prijzen kunnen resulteren in te hoge consumentenprijzen, als sprake is van teveel marktmacht bij één of meer van de betrokken marktpartijen.

Onder marktmacht verstaat de NZa: de positie van een of meer zorgaanbieder(s) of ziektekostenverzekeraar(s) om alleen dan wel gezamenlijk de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan te kunnen belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van:

- zijn concurrenten;
- zijn producenten/leveranciers, indien het een zorgaanbieder betreft;
- ziektekostenverzekeraars, indien het een zorgaanbieder betreft;
- zorgaanbieders, indien het een ziektekostenverzekeraar betreft, of
- consumenten.⁸

In dit hoofdstuk komt aan de orde in hoeverre sprake is of zou kunnen zijn van teveel marktmacht bij spelers uit de bedrijfskolom: apothekers (paragraaf 4.2), verzekeraars (paragraaf 4.3), producenten van geneesmiddelen (paragraaf 4.4) of bij de groothandel (paragraaf 4.5).

Aan het slot van dit hoofdstuk komt aan de orde in hoeverre gedragingen van partijen naar aanleiding van het preferentiebeleid (paragraaf 4.6) en de taxe (paragraaf 4.7) nader licht kunnen werpen op de onderlinge verhoudingen in de farmacotherapeutische bedrijfskolom.

4.2 Risico I. Marktmacht apothekers

Indien sprake is van teveel marktmacht bij apotheekhoudenden, kunnen vrije prijzen resulteren in te hoge consumentenprijzen. Een te hoge prijs' betekent: een consumentenprijs die substantieel hoger is dan de onderliggende kosten. De kosten omvatten hierbij zowel de inkoopkosten van het geneesmiddel, de distributiekosten als de kosten van dienstverlening door de apotheker.

De praktijkkosten van apotheekhoudenden zijn het onderwerp van lopend onderzoek in opdracht van de NZa. De resultaten van dit onderzoek zullen nog in dit advies worden verwerkt.

Bij het ontbreken van prijsconcurrentie kunnen de kosten van apotheekhoudenden hoger zijn dan de onderliggende (efficiënte) kosten. Zo resulteren een hogere kwaliteit en een betere uitstraling van een apotheek in hogere kosten en hogere tarieven voor de apotheekhoudende, maar omdat consumenten de prijs van de geneesmiddelen (inclusief de kosten van de apotheekhoudende) doorgaans niet zelf betalen zal dit hun keuze van apotheker niet beïnvloeden. Dit kan resulteren in een, vanuit maatschappelijk perspectief gezien, te hoog kwaliteitsniveau en/of een groter aanbod dan noodzakelijk (zie Gaynor, 2005). Anders geformuleerd: de extra kwaliteit weegt niet altijd op tegen de extra kosten.

⁸ Zie NZa Beleidsregel AL/BR-100.069.

Paragraaf 4.2.1 analyseert mogelijke factoren van marktmacht bij apotheekhoudenden. Paragraaf 4.2.2 bespreekt het risico op een collectief dominante positie van van apotheekhoudenden. Conclusies en beleidsopties staan vermeld in paragraaf 4.8.

De analyse in dit hoofdstuk beperkt zich tot de prijzen van individuele geneesmiddelen. Zoals aangegeven in paragraaf 2.4 garanderen lage consumentenprijzen voor individuele geneesmiddelen nog niet dat de bredere doelstellingen van rationele farmacotherapie, kwaliteit en toegankelijkheid ook gehaald worden. De mogelijke effecten van lagere consumentenprijzen op die bredere doelstellingen komen aan bod in de volgende hoofdstukken.

4.2.1 Individuele marktmacht apotheekhoudende

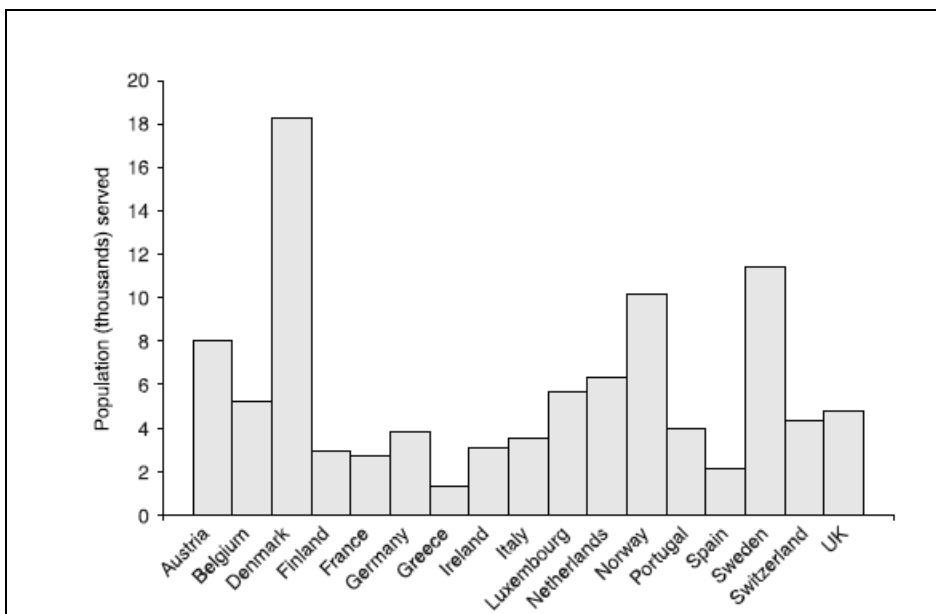
Apotheekhoudenden kunnen beschikken over marktmacht indien consumenten of zorgverzekeraars niet of nauwelijks van apotheek wisselen in reactie op verschillen in prijs. Apotheekhoudenden kunnen dan hoge prijzen of hoge eigen bijdragen vragen aan consumenten of zorgverzekeraars zonder veel marktaandeel te verliezen. Het bestaan van marktmacht bij individuele apotheekhoudenden hangt af van een aantal factoren:

- de dichtheid van onafhankelijke apotheekhoudenden;
- de beschikbaarheid van alternatieve afzetkanalen;
- de bereidheid van patiënten om op zoek te gaan naar een andere apotheker in reactie op prijsverschillen; en
- de prikkel bij verzekeraars om de kosten van geneesmiddelen te beheersen.

Hieronder komen deze factoren nader aan de orde.

Dichtheid onafhankelijke apotheekhoudenden: Internationaal gezien kent Nederland een relatief lage dichtheid van apotheken (apotheken per hoofd van de bevolking); binnen de EU is alleen in Scandinavië en Oostenrijk het aantal inwoners per apotheker nog hoger dan in Nederland (zie figuur 3).

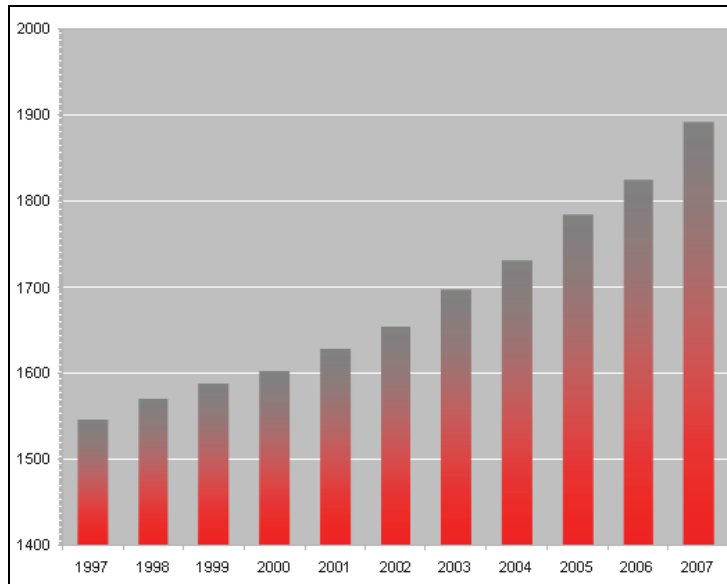
Figuur 3. Aantal inwoners per apotheker in Europa, 2001



Bron: Taylor et al., 2005

Dit wordt deels gecompenseerd door een hogere bevolkingsdichtheid in Nederland, waardoor de afstand tot een of meer apotheken in Nederland lager zal zijn dan in Scandinavië en Oostenrijk. Bovendien is het aantal openbare apotheken de afgelopen 10 jaar recent sterk gestegen (zie figuur 4).

Figuur 4. Aantal openbare apotheken, 1997-2007

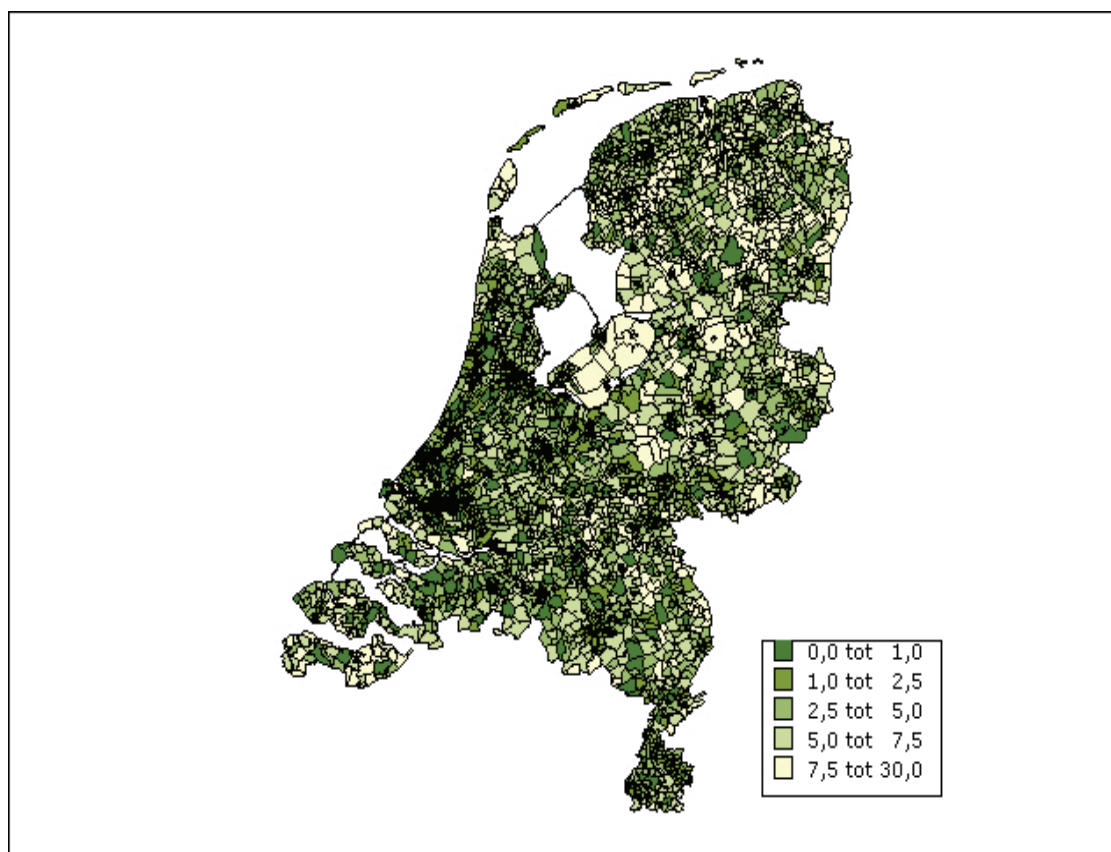


Bron: SFK (2008)

De groei van het aantal apothekers betekent echter niet dat de concurrentie ook is toegenomen. De reden is dat tegelijkertijd sprake is van een trend richting ketenvorming, waardoor de concurrentie kan afnemen. Op dit moment hebben de vier grootste ketens van apotheken een gezamenlijk marktaandeel van bijna 20%.

Om rekening te houden met deze ketenvorming is nagegaan welk deel van de bevolking kan kiezen uit tenminste twee apotheken *van verschillende eigenaren* binnen een straal van X kilometer. Hiertoe is gebruik gemaakt van gegevens voor 2007. Het bestand bevat alle openbare apotheken, de apotheekhoudende huisartsen en de ziekenhuisapotheken voor zover deze ook extramuraal geneesmiddelen leveren. Internetapotheken blijven in deze analyse weer buiten beschouwing. De resultaten zijn samengevat in de eerste rij van tabel 3. Figuur 5 laat de resultaten grafisch zien.

Figuur 5. Twee apotheken van verschillende eigenaren binnen een straal van maximaal X kilometers, per viercijferig postcodegebied*



*Toelichting: de indeling is gebaseerd op de afstanden tussen het midden van de postcodegebieden.

Vervolgens is nagegaan hoe deze cijfers veranderen als het aantal apotheken met 20% zou dalen, waarbij aangenomen is dat deze 20% willekeurig over Nederland is verdeeld. De resultaten zijn samengevat in de tweede rij van tabel 3. De potentiële concurrentie blijkt hierdoor nauwelijks af te nemen. Tenslotte is nagegaan wat het effect zou zijn indien de vier grootste ketens met een gezamenlijk marktaandeel van 18% zouden verdwijnen. De resultaten van deze analyses staan in de laatste rij van tabel 3. Opnieuw zijn de effecten op de potentiële concurrentie gering.

Tabel 3. Percentage van de bevolking met twee apotheken van verschillende eigenaren binnen een straal van X kilometer

	1 km	2.5 km	5 km	7.5 km	10 km	12.5 km
Uitgangssituatie	26.7	57.9	81.4	94.6	98.6	99.6
Na afname aantal apotheken met 20%	23.1	55.4	79.2	92.0	97.3	99.2
Zonder de vier grootste ketens	20.2	49.4	75.3	90.6	96.8	99.1

Alternatieve afzetkanalen: Consumenten kunnen ervoor kiezen hun (recept-)geneesmiddelen te ontvangen via andere distributeurs dan de openbare apotheek, bijvoorbeeld een internetapotheek, drogist of supermarkt. Voor geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn (zogenoeten UR-geneesmiddelen) geldt echter de wettelijke beperking

dat deze alleen door een apotheker werkzaam in een apotheek ter hand mogen worden gesteld, op vertoon van een doktersrecept.⁹ Consumenten die hun geneesmiddelen betrekken bij supermarkten, drogisten, internetapothekhoudenden en andere alternatieve afzetkanalen zullen dus een doktersrecept moeten overleggen, waarmee de betreffende distributeur dan naar een openbare apotheek moet gaan om de geneesmiddelen ter hand te stellen.

Prikkel zorgverzekeraars: Indien zorgverzekeraars geen stimulans zouden hebben om te streven naar lage geneesmiddelenprijzen, impliceert dit een lage prijselasticiteit van de vraag naar geneesmiddelen met als gevolg marktmacht bij apothekhoudenden en andere spelers in de kolom. Het feit dat zorgverzekeraars zijn overgegaan tot het voeren van een preferentiebeleid, wijst uit dat zorgverzekeraars wel streven naar lage prijzen voor geneesmiddelen. Dit is in overeenstemming met de stimulans die uitgaat van de bestaande risicovereveningsystematiek: zorgverzekeraars zijn risicodragend over de kosten van extramuraal verstrekte geneesmiddelen.¹⁰

De prikkel voor de zorgverzekeraar zou mogelijk nog verder aangescherpt kunnen worden door ook de bestaande ex post vereveningsbijdrage te schrappen over het verschil tussen de werkelijke macro schadelast en de ex ante geraamde schadelast, zoals afgesproken tussen de Minister en zorgverzekeraars in de bevoorschotting 2008.

Sturingsmogelijkheden zorgverzekeraars: Boonen et al (2007) hebben onderzocht in hoeverre Nederlandse zorgverzekeraars met behulp van financiële prikkels zoals tegoedbonnen of kortingen de keuze van apotheker door verzekerden kunnen sturen. Zij concluderen dat beperkte financiële prikkels al een substantiële invloed hebben op de keuze van apotheker.

Prijsgevoeligheid consument: Het feit dat geneesmiddelenprijzen zelden boven de GVS-vergoedingslimiet uitkomen is consistent met prijsgevoelige consumenten. Kleine bijbetalingen zijn kennelijk al voldoende voor een apotheker om naar een ander middel over te stappen, het geen erop wijst dat apothekhoudenden geen eigen bijdrage in rekening willen brengen bij consumenten (zie de Laat et al., 2004). Indien consumenten niet kunnen wisselen van apotheker, zouden bijbetalingen vanuit het perspectief van apothekhoudenden geen probleem zijn. Zij zouden dan zelfs een voorkeur kunnen hebben voor middelen mét bijbetalingen, omdat een hogere eindverbruikersprijs meer ruimte laat voor kortingen en bonussen. Die ruimte is immers gelijk aan het verschil tussen de eindverbruikersprijs minus de productiekosten en de groothandelsmarge.¹¹

⁹ De letterlijke formulering in de Geneesmiddelenwet luidt als volgt: "Het is een ieder verboden UR-geneesmiddelen of UA-geneesmiddelen ter hand te stellen, met uitzondering van:
a. apothekhoudenden die hun beroep in een apotheek uitoefenen;
b. huisartsen die in het bezit zijn van een vergunning als bedoeld in het achtste of negende lid;
c. daartoe bij ministeriële regeling aangewezen personen en instanties in de in de regeling bedoelde omstandigheden." (Geneesmiddelenwet, , art 61 lid 1). De vereiste van een doktersrecept staat in artikel 1 lid 1 van dezelfde wet.
¹⁰ Zie de Regeling Zorgverzekering, Staatcourant 9-10-2007: "Het College zorgverzekeringen past geen nacalculatie toe op het deelbedrag kosten van overige prestaties, noch is sprake van generieke verevening." De kosten van farmaceutische hulp vallen onder overige prestaties.

¹¹ Anderzijds betalen onverzekerden in de VS hogere prijzen dan verzekerden (Dranove, 2005, p. 94). Het gaat veelal om consumenten met lage inkomens, waarvan het juist aannemelijk is dat de vraag prijsgevoelig is. Dit wijst erop dat deze consumenten niet erg sterk reageren op prijsverschillen tussen apothekhoudenden.

4.2.2 Collectieve marktmacht apothekhoudenden

Ook onderling afgestemd gedrag van apothekhoudenden kan resulteren in te hoge consumentenprijzen. In reactie op signalen over mogelijk concurrentiebeperkend gedrag van de brancheorganisatie KNMP en haar leden hebben de KNMP en haar leden na tussenkomst van de NMa in 2006 een compliance-programma opgesteld. De NMa hoopt dat de maatregelen bijdragen aan de voorkoming van concurrentiebeperkingen zoals collectief onderhandelen en vestigingsbeleid dat nieuwe toetreders van de markt weert (persbericht NMa dd 5-7-2006).

De structurele kenmerken van de markt voor farmacotherapeutische dienstverlening werken onderling afgestemd gedrag niet in de hand. Zo is sprake van een groot aantal aanbieders. Ook lijken de toetredingsdrempels laag, gelet op het aantal nieuwkomers de afgelopen jaren. Er is al gewezen op de opkomst van internetapothekhoudenden als alternatief distributiekanaal. Weliswaar is sprake van een trend in de richting van ketenvorming waardoor de concentratie op de markt toeneemt, maar op dit moment komt geen enkele keten boven een marktaandeel van 10%. Ten slotte is geen sprake van een homogeen product, ervan uitgaande dat apothekhoudenden zich van elkaar kunnen differentiëren wat betreft de dienstverlening aan patiënten, huisartsen en zorgverzekeraars.

4.3 Risico II. Marktmacht zorgverzekeraars

Wanneer de zorgverzekeraar in zijn rol als inkoper teveel marktmacht heeft, kan hij (te) gunstige voorwaarden bedingen op het gebied van prijs en kwaliteit bij apothekhoudenden. Indien dit het geval zou zijn, zou dit op lange termijn ten koste gaan van de kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid van de farmacotherapeutische zorg.

Zorgverzekeraars leveren polissen met een goed prijs/kwaliteit verhouding (inclusief de prijs en de kwaliteit van de gecontracteerde farmaceutische zorg) indien a. er voldoende concurrentie is tussen zorgverzekeraars; en b. consumenten hun keuze voor een zorgverzekeraar baseren op prijs en kwaliteit van de door de verzekeraars gecontracteerde zorgaanbieders waaronder apothekhoudenden. De mate waarin aan deze voorwaarden is voldaan vormt het onderwerp van de jaarlijkse NZa-monitor van de zorgverzekeringmarkt. De meest recente monitor (van juni 2008) komt tot een positief oordeel over de positie van de consument op de zorgverzekeringmarkt. Voor een nadere onderbouwing van dit oordeel zij verwezen naar de NZa-monitor.

Als aan deze voorwaarden is voldaan, vormt eventuele inkoopmacht van zorgverzekeraars geen probleem vanuit het perspectief van de consument. Onder het systeem van de Wmg is het juist de beoogde rol van de ziektekostenverzekeraars om een prijsdrukkende en kwaliteitsverhogende druk uit te oefenen op de zorgleveranciers.¹²

Een partij met inkoopmacht kan ook proberen concurrenten op de consumentenmarkt zoals de zorgverzekeringmarkt uit te sluiten van leveringen door exclusieve afspraken op de (zorg)inkoopmarkt. Hierdoor kunnen partijen met inkoopmacht hun positie op hun eigen

¹² Bron: NZa, Toelichting op de Beleidsregel Aanmerkelijke Marktmacht in de Zorg, juni 2007, pag. 22.

verkoopmarkten versterken. Dit kan schadelijk zijn als hierdoor uiteindelijk teveel marktmacht ontstaat op de verkoopmarkten, waarna consumenten alsnog kunnen worden uitgebuit. In het geval van farmacotherapeutische dienstverlening zou inkoopmacht de zorgverzekeraar in staat stellen eenzijdig de voorwaarden vast te stellen in de contracten met zorgaanbieders. Dit zal echter niet resulteren in onacceptabel kwaliteitsverlies. Immers, zolang aan bovenstaande voorwaarden is voldaan, dwingt concurrentie op de markt voor zorgpolissen de zorgverzekeraar ook de kwaliteit van de gecontracteerde zorgdiensten te bewaken.

4.4 Risico III. Marktmacht producenten

Het preferentiebeleid van zorgverzekeraars heeft geresulteerd in sterke prijsdalingen van de inkoopprijs voor een reeks generieke geneesmiddelen (zie tabel 4). Dit wijst op intensieve concurrentie tussen producenten van deze geneesmiddelen.

Tabel 4. Top 10 van de goedkoopste varianten met de meeste impact op de geneesmiddelenomzet

Geneesmiddel	Leverancier	AIP* mei	AIP juni	Mutatie
Omeprazol tabletten/capsules 20mg	Ratiopharm	€ 0,36	€ 0,05	-88%
Alendroninezuur tabletten 70mg	Centrafarm	€ 4,99	€ 0,36	-93%
Omeprazol tabletten/capsules 40mg	Centrafarm	€ 0,65	€ 0,09	-86%
Paroxetine tabletten 20mg	Ratiopharm	€ 0,37	€ 0,07	-82%
Simvastatine tabletten 40mg	Actavis	€ 0,27	€ 0,04	-84%
Pravastatine tabletten 40mg	Focus Farma	€ 0,54	€ 0,13	-76%
Simvastatine tabletten 20mg	Ratiopharm/Actavis	€ 0,17	€ 0,03	-85%
Tamsulozine tabletten/capsules 0,4mg	Centrafarm	€ 0,34	€ 0,07	-80%
Amlodipine tabletten 5mg	Ratiopharm	€ 0,19	€ 0,03	-85%
Citalopram tabletten 20mg	Ratiopharm	€ 0,34	€ 0,04	-88%

*) AIP = Apotheekinkoopprijs

Bron: SFK (2008)

De laatste jaren is sprake van een wereldwijde fusiegolf onder producenten van generieke geneesmiddelen. Sommige waarnemers verwachten dat uiteindelijk slechts een klein aantal producenten van generieke geneesmiddelen overblijven.¹³ Er zijn aanwijzingen dat de prijzen van generieke geneesmiddelen aanmerkelijk hoger zijn bij een klein aantal producenten. Zo concluderen Grabowski et al. (2007) dat bij één generieke aanbieder de prijs van het generieke geneesmiddel 90% van de prijs is van het merkgeneesmiddel, bij vijf aanbieders 63% en bij tien aanbieders 40%.

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

4.5 Risico IV. Marktmacht groothandel

De vier grootste farmaceutische groothandels (Alliance Healthcare, OPG Farma, Mosadex en Brocasef) zijn samen goed voor ongeveer 80% van de markt (met globale marktaandeelen van respectievelijk 25 %, 25 %, 15 %, en 15 %). Twee andere groothandels (Regifarm en Plurifarm) bedienen samen een kleine 10% van de markt. Dit zijn samen de grote volgesorteerde groothandels (degene die bijna alles in assortiment hebben). Een deel van de leveringen loopt rechtstreeks van producent naar apotheek. De algemene indruk onder experts is dat deze markt gezonde concurrentieverhoudingen kent, ook omdat toetreding niet gepaard gaat met hoge kosten.

De laatste jaren is sprake van een tendens tot verticale integratie van groothandel en apotheekhoudenden. Dit kan in bijzondere gevallen resulteren in een verlies aan concurrentie, namelijk indien andere (niet verticaal geïntegreerde) apotheekhoudenden niet of minder goed bediend zouden worden door een groothandel. Dit verschijnsel staat bekend als *foreclosure* (Bijlsma et al. 2008). Door de concurrentie van onafhankelijke groothandels in combinatie met de lage toetredingsdrempels op deze markt, is het risico van *foreclosure* gering.

4.6 Preferentiebeleid

De verhoudingen op de geneesmiddelenmarkt kunnen in de praktijk getoetst worden aan de ontwikkelingen die op dit moment plaatsvinden naar aanleiding van de invoering van het preferentiebeleid per 1 juli 2008.

De effectiviteit van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid lijkt erop te wijzen dat apotheekhoudenden niet beschikken over teveel marktmacht. Deze conclusie is echter voorbarig (zie paragraaf 4.6.1).

Als het preferentiebeleid echter *duurzaam* effectief blijkt te zijn, wijst dit erop dat zorgverzekeraars onderhandelingsmacht hebben ten opzichte van apotheekhoudenden. Is er dan nog een reden om tarieven van apotheekhoudenden te reguleren? Met andere woorden, volgt uit effectief vol preferentiebeleid dat de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars sterk genoeg is om de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening te kunnen afschaffen? Deze vraag komt aan bod in paragraaf 4.6.2.

4.6.1 Preferentiebeleid: tijdelijk of duurzaam effectief?

Het preferentiebeleid van zorgverzekeraars heeft geresulteerd in een uitgavendaling van bijna 400 miljoen euro, op een totaal van ongeveer 4,4 miljard euro aan uitgaven aan geneesmiddelen over 2007.¹⁴ Het preferentiebeleid is dus succesvol geweest in het verlagen van de eindgebruikersprijs van geneesmiddelen. Bovendien zijn er (nog) geen aanwijzingen dat het preferentiebeleid negatieve gevolgen heeft gehad voor bereikbaarheid en kwaliteit.

Tabel 2 geeft een overzicht van de geneesmiddelen die onder het preferentiebeleid van één of meer zorgverzekeraars vallen. De meest actieve verzekeraar is UVIT. Andere verzekeraars profiteren ook van de door UVIT bedongen prijsverlagingen, omdat de lagere prijs automatisch

¹⁴ Uitgaven geneesmiddelen 2007: generieke middelen ca. 900 miljoen euro, merkgenesmiddelen ca. 3.500 miljoen euro.

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

Apothekhoudenden zijn volgens de jurisprudentie van deze zomer tot 2009 gehouden aan bestaande contracten die voorschrijven dat verzekeraar een preferent geneesmiddel mag aanwijzen. Onder de lopende contacten is de apotheker verplicht het door de verzekeraar aangewezen middel te leveren; onder de bestaande regelgeving mag de apotheker hier maximaal de taxeprijs voor in rekening brengen

Bovendien zijn apothekhoudenden ook indien zij geen contract met een zorgverzekeraar hebben gesloten, toch gehouden mee te werken aan het preferentiebeleid van die zorgverzekeraar. Indien er de keuze bestaat tussen gelijkwaardige middelen waarvan een deel wel en een deel niet verzekerd is, moet de apotheker het verzekerde middel wel verstrekken. Alleen dan zou hij zich gedragen als goed hulpverlener.

De nieuwe contractronde en polisvoorwaarde ronde moet uitwijzen of het preferentiebeleid effectief kan blijven. Het valt niet uit te sluiten dat apothekhoudenden contracten met zorgverzekeraars opzeggen, of slechts bereid zijn contracten te sluiten indien weer meer ruimte wordt geboden voor kortingen en bonussen.

Gevolgen preferentiebeleid

Als gevolg van het Transitieakkoord waren de prijzen van generieke geneesmiddelen in de eerste maanden van dit jaar al met gemiddeld 13% verlaagd. Uitgedrukt in euro's betreft dit een bedrag van 125 miljoen euro. Verdere prijsdalingen na 1 juni resulteren in een omzetzaling van nog eens nog eens 250 miljoen euro. Doordat de verzekeraar alleen nog (het middel met) de laagste prijs vergoedt, komt hier nog 60 miljoen euro bij. Ten slotte heeft het preferentiebeleid ook een uitstralingseffect naar merkgeneesmiddelen, wat leidt tot een extra omzetverlaging van nog eens 45 miljoen.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen 2008

Tabel 2. Omzetmutatie van geneesmiddelen die vallen binnen het preferentiebeleid, per werkzame stof, op jaarbasis

Werkzame stof	Omzetmutatie	In %	ZN*	UVIT	CZ	Menzis	Agis
Omeprazol	- 67,9 mln.	- 78%	•				
Simvastatine	- 43,7 mln.	- 88%	•				
Alendroninezuur	- 27,3 mln.	- 89%		•	•	•	•
Paroxetine	- 20,7 mln.	- 76%		•	•	•	
Amlodipine	- 18,3 mln.	- 81%		•		•	•
Pravastatine	- 18,2 mln.	- 75%	•				
Enalapril	- 15,7 mln.	- 80%		•	•		
Citalopram	- 10,9 mln.	- 77%		•			
Tamsulosine	- 9,7 mln.	- 51%		•	•	•	•
Glimepiride	- 8,8 mln.	- 69%		•			
Sumatriptan	- 8,7 mln.	- 53%		•	•	•	•
Perindopril	- 8,4 mln.	- 38%		•			
Risperidon	- 8,0 mln.	- 57%		•			
Metformine	- 7,7 mln.	- 46%		•			

Metoprolol	- 6,6 mln.	- 13%		•			
Lisinopril	- 6,2 mln.	- 69%		•			
Finasteride	- 5,0 mln.	- 80%		•	•	•	•
Alfuzosine	- 5,0 mln.	- 61%		•			
Mirtazapine	- 4,9 mln.	- 67%		•	•	•	
Sertraline	- 4,3 mln.	- 62%		•			
Ciprofloxacin	- 4,3 mln.	- 77%		•			
Fluoxetine	- 3,8 mln.	- 82%		•	•	•	
Fosinopril	- 3,6 mln.	- 53%		•			
Ranitidine	- 3,3 mln.	- 58%		•			

*) Gezamenlijk preferentiebeleid onder regie van Zorgverzekeraars Nederland

Bron: Stichting Farmaceutische kengetallen, 2008

Het huidige preferentiebeleid gaat over een kleine groep 'hardlopers'. Het is onduidelijk of verzekeraars ook in staat zijn gunstige contracten te sluiten voor een grotere groep geneesmiddelen. Het is ook mogelijk dat landelijk het preferentiebeleid duurzaam effectief is, maar dat in aantal regio's toch problemen ontstaan. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn in delen van Nederland met een geringere dichtheid van apothekhoudenden. Het valt niet uit te sluiten dat zorgverzekeraars in deze regio's een zwakke onderhandelingspositie hebben ten opzichte van apothekhoudenden.

4.6.2 Preferentiebeleid en het modulair tarief

Preferentiebeleid wordt op dit moment gevoerd bij gereguleerde tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening. Een voor dit advies relevante vraag is, of het preferentiebeleid ook effectief kan zijn bij geliberaliseerde tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening. Of bestaat het risico dat apothekhoudenden het verlies aan kortingen en bonussen dan compenseren door de tarieven te verhogen?

In theorie hangt het succes van het preferentiebeleid niet af van het al dan niet reguleren van tarieven van apothekhoudenden. Ook bij vaste tarieven van apothekhoudenden kan preferentiebeleid alleen duurzaam effectief zijn indien verzekeraars een sterke positie hebben tegenover apothekhoudenden. Het preferentiebeleid is onderdeel van de te verzekeren prestaties van de zorgverzekering. Uit de polis moet blijken op welke geneesmiddelen een verzekerde recht heeft.

Zoals eerder opgemerkt betekent bovenstaande dat zorgverzekeraars een effectief preferentiebeleid kunnen voeren, zelfs indien apothekhoudenden geen contracten wensen af te sluiten met verzekeraars. Dit vereist dat verzekeraars geloofwaardig kunnen dreigen met het niet-contracteren van een apotheker of met het 'sturen' van verzekerden naar een apotheker die wél meewerkt aan het preferentiebeleid. Indien verzekeraars hier *niet* geloofwaardig mee kunnen dreigen, kan het preferentiebeleid niet duurzaam effectief zijn. Dit geldt ongeacht de regulering van tarieven van apothekhoudenden.

Indien zorgverzekeraars bij de volgende contractronde erin slagen het preferentiebeleid te continueren (of te vervangen door andere effectieve manieren om de eindgebruikersprijzen van generieke geneesmiddelen te beheersen), dan zouden verzekeraars ook effectief moeten kunnen onderhandelen met apothekhoudenden over tarieven van apothekhoudenden.

4.7 De rol van de taxe

In deze paragraaf komt aan de orde in hoeverre de zogenoemde 'taxe' van invloed is op de verdeling van de onderhandelingsmacht tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars.

Onder de taxe wordt verstaan de "Taxe Wmg-geneesmiddelen" die wordt uitgegeven door Z-Index BV, een dochteronderneming van de KNMP. De taxe is een uittreksel uit het belangrijkste product van Z-Index, de G-standaard: een zeer uitgebreide database over zo goed als alle in de handel zijnde geneesmiddelen. De taxe bevat alleen de informatie over de prijzen van receptgeneesmiddelen.

Bij de huidige Wmg-regelgeving voor een prijslijst geldt dat wanneer een geneesmiddel in de vergoedingslijst (in de praktijk is dit de taxe) staat vermeld, de apotheker maximaal de in de vergoedingslijst vermelde vergoedingsprijs (is de lijstprijs van de leverancier minus een eventuele claw back-korting) in rekening mag brengen bij de zorgverzekeraar of de consument. In het (op dit moment hypothetische) geval dat een middel niet op de vergoedingslijst staat (bijvoorbeeld omdat de fabrikant geen officiële prijs heeft gepubliceerd) mag de apotheek maximaal de inkoopkosten (is de lijstprijs van de leverancier) minus een eventuele clawback-korting in rekening brengen.¹⁵

Het is van belang te benadrukken dat de taxe betrekking heeft op *maximum*prijzen. Zorgverzekeraars mogen dus met apothekers een lagere prijs afspreken dan de lijstprijs. Bij het huidige preferentiebeleid hebben zorgverzekeraars deze route echter niet gekozen, maar baseren zij de keuze van preferent middel op de taxeprijs. Dit gegeven, en het feit dat dit in de praktijk niet onder de taxeprijs wordt gedeclareerd, wijst mogelijk op teveel marktmacht bij apothekers. Een andere mogelijkheid is, dat de markt nog in ontwikkeling is.

Op grond van bovenstaande luidt de voorlopige conclusie van de NZa dat de taxe en de regelgeving die hierop is gebaseerd de onderhandelingsposities van apothekers en zorgverzekeraars niet lijkt te beïnvloeden. De vraag is dan ook of die regels voor een prijslijst wel gehandhaafd moeten worden.

Het feit dat zorgverzekeraars hun preferentiebeleid tot dusverre hebben gebaseerd op de taxe, heeft tot gevolg dat ook zorgverzekeraars die (voor een bepaald middel) geen preferentiebeleid voeren, meeliften op de onderhandelingsinspanningen van de zorgverzekeraars die wel een preferentiebeleid voeren. Dit verzwakt de prikkel voor zorgverzekeraars tot het voeren van een preferentiebeleid. Dit probleem is alleen op te lossen door verzekeraars zelf, door hun preferentiebeleid te baseren op individuele prijsafspraken, naar het voorbeeld van Amerikaanse zorgverzekeraars (zie bijlage).

4.8 Conclusies en beleidsopties

Op grond van bovenstaande bestaan vooralsnog geen aanwijzingen dat vrije tariefvorming voor apothekhoudenden een (structureel) risico oplevert voor de betaalbaarheid, met uitzondering van gebieden met een geringere dichtheid van apothekhoudenden.

¹⁵ Zie NZa-Beleidsregel CV-5200-4.0.2-15, die in werking is getreden op 1 januari 2007.

Eenzijds is niet duidelijk in hoeverre apothekhoudenden structureel teveel marktmacht hebben. Anderzijds is onderling afgestemd gedrag met als doel de tarieven hoog te houden niet aannemelijk maar valt ook niet uit te sluiten. In beide gevallen is hierop ook het algemeen mededingingsrecht van toepassing.

Vooralsnog zijn er daarnaast geen aanwijzingen dat teveel marktmacht bestaat bij zorgverzekeraars, groothandelaren of producenten van multi-source geneesmiddelen. De mogelijke wereldwijde consolidatie bij aanbieders van generieke geneesmiddelen is een aandachtspunt. Nederlandse beleidsmakers hebben hier echter geen grip op.

Het verlagen van toetredingsdrempels kan de concurrentie op (delen van) de markt voor farmaceutische dienstverlening bevorderen. Een optie is uitbreiding van het aantal apothekhoudenden. Een andere optie is het vergroten van de ruimte voor alternatieve afzetkanalen naast apotheken.

Buitenlandse internetapotheken die niet aan Nederlandse kwaliteitseisen voldoen moeten van de Nederlandse markt geweerd blijven. Binnen deze randvoorwaarde kan het uitbreiden van potentiële alternatieven (aanbodsubstituten) de inkoopmacht van zorgverzekeraars versterken. Niet alle nieuwe aanbieders zullen het hele pakket aan diensten kunnen en willen leveren dat de reguliere apotheek levert. Zo zijn internetapotheken minder goed in staat om advies op maat te leveren. Internetapotheken zijn daarom vooral een alternatief voor de reguliere apotheek bij de distributiefunctie.

Zorgverzekeraars kunnen op termijn alleen effectief onderhandelen met apothekhoudenden als zij geloofwaardig kunnen dreigen hun verzekerden naar een andere apotheek te sturen (Schut en Brouwer 2004). De sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars kunnen worden vergroot door verzekeraars toe te staan het verplichte eigen risico gericht in te zetten om patiënten naar een preferente apotheker te sturen. Dit zou inhouden dat zorgverzekeraars het eigen risico geheel of gedeeltelijk kwijtschelden indien de verzekerde de geneesmiddelen betreft van een voorkeursapotheek. Verzekerden betalen dan geen of minder eigen risico indien zij een voorkeursapotheek bezoeken. Om ongewenste substitutie richting intramurale zorg te voorkomen, verdient het aanbeveling het eigen risico ook van toepassing te laten zijn voor intramuraal verstrekte geneesmiddelen (zie ook paragraaf 5.1.2).

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?

Consultatievraag 14:

Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van producenten van multi-source geneesmiddelen? Welke invloed heeft dit op de

consumentenbelangen?

Consultatievraag 15:

Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van producenten van single-source geneesmiddelen? Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?

Consultatievraag 16:

Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van groothandelaren? Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?

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?

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?

Consultatievraag 19:

In hoeverre impliceert een duurzaam effectief preferentiebeleid een sterke onderhandelingspositie van verzekeraars tegenover apotheekhoudenden?

Consultatievraag 20:

Indien effectief preferentiebeleid een sterke onderhandelingspositie van verzekeraars tegenover apotheekhoudenden impliceert, volgt hier dan uit dat op termijn de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening kunnen worden vrijgelaten?

Consultatievraag 21:

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

Consultatievraag 22:

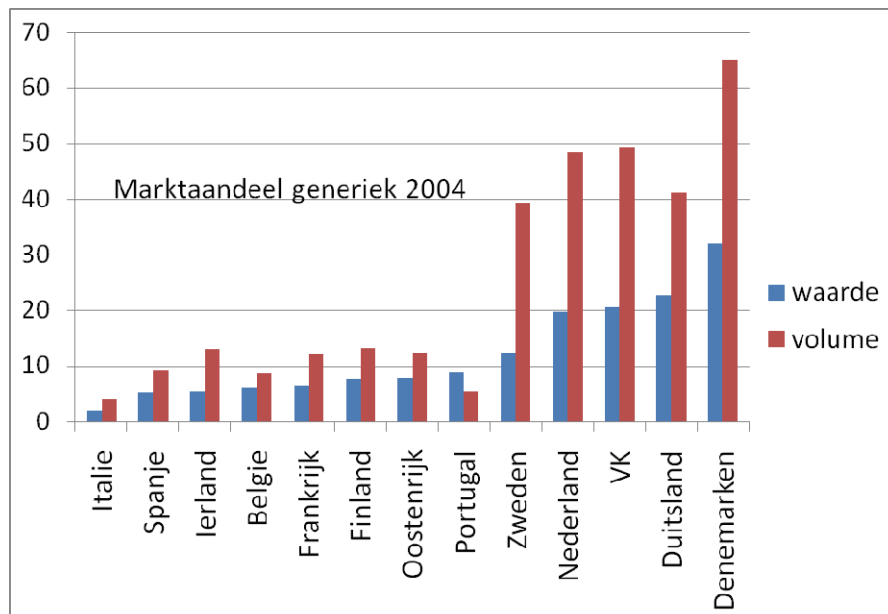
Tot dusver worden eigen bijdragen van patiënten vermeden. Wat is hiervoor naar uw mening de reden?

5. Kwaliteit

5.1 Risico V. Ongewenste substitutie

Consumenten gebruiken in Nederland relatief vaak een generiek geneesmiddel in plaats van een duurder *spécialité* (zie figuur 6). De prijzen van generieke geneesmiddelen waren in ons land daarentegen tot voor kort relatief hoog (Danzon en Ketcham, 2003, p. 30). Deze twee feiten kunnen niet los worden gezien van elkaar. Hoge consumentenprijzen voor generieke geneesmiddelen waren deels het gevolg van hoge marges op deze geneesmiddelen. Dankzij deze hoge marges hebben apothekhoudenden actief meegewerkt aan het vervangen van dure merkgeneesmiddelen door generieke substituten – zogenoemde generieke substitutie.

Figuur 6. Internationale vergelijking marktaandeel generieke geneesmiddelen



Bron: Perry (2006)

Prijzdalingen van generieke geneesmiddelen, hoewel op zichzelf wenselijk vanuit consumentenperspectief, kunnen de bereidheid van apothekhoudenden om actief mee te blijven werken aan de maatschappelijk gewenste substitutie naar goedkope maar effectieve geneesmiddelen doen afnemen.

Het is van belang onderscheid te maken tussen twee soorten substituten:

- *generieke substituten*: alternatieven met dezelfde werkzame stof,
- *therapeutische substituten*: alternatieven met een andere werkzame stof die echter wat betreft effectiviteit en bijwerking grotendeels vergelijkbaar is.

Apothekhoudenden spelen een belangrijke rol bij het tot stand brengen van generieke substitutie; voorschrijvers zijn de initiatienemers bij therapeutische substitutie.

Als de marges van apothekhoudenden op generieke geneesmiddelen dalen, kan de bereidheid van apothekhoudenden om generieke substitutie actief te promoten afnemen. Als gevolg hiervan kunnen de uitgaven aan geneesmiddelen stijgen, zelfs als de prijzen van generieke geneesmiddelen fors dalen. Een rekenvoorbeeld kan dit duidelijk maken (zie kader). Het preferentiebeleid kan ook om een andere reden resulteren in ongewenste substitutie naar spécialités. Indien de voorkeursmiddelen niet altijd beschikbaar zijn kunnen artsen besluiten toch maar een spécialité voor te schrijven omdat deze tenminste gegarandeerd beschikbaar zijn.

Uitgavenstijging door verminderde substitutie: een rekenvoorbeeld

Op dit moment is het volume-aandeel van generieke geneesmiddelen in de totale geneesmiddelenverkoop in Nederland ongeveer 60%. De uitgaven aan generieke middelen bedroegen in 2007 ongeveer euro 900 miljoen en aan merkgeneesmiddelen ongeveer euro 3500 miljoen. Merkgeneesmiddelen waren dus *gemiddeld* bijna zes maal zo duur als generieke geneesmiddelen. Door het preferentiebeleid zijn de uitgaven aan generieke middelen met ongeveer 400 miljoen euro gedaald. Indien een deel van de gebruikers omschakelt naar een merkgeneesmiddel nemen echter de uitgaven aan merkgeneesmiddelen toe. Stel dat, door de verminderde substitutieprikkel bij apothekhoudenden, het marktaandeel van generieke middelen met 10% daalt tot 50%. We nemen bovendien aan dat de betreffende spécialités zes maal zo duur zijn als de corresponderende generieke middelen; in werkelijkheid kan deze factor hoger of lager zijn. De uitgaven aan spécialités nemen dan toe tot $(50/40) \times 3500 = \text{euro } 4375$ miljoen, een toename met euro 875 miljoen. De uitgaven aan generieken dalen met 100 mln. Per saldo nemen de uitgaven aan geneesmiddelen toe met $875 - 400 - 100$ mln euro = 375 mln euro.

5.1.1 Partijen die een rol spelen bij substitutie

Bij het tot stand brengen van tijdige (generieke en therapeutische) substitutie spelen verschillende actoren een rol:

- verenigingen van beroepsbeoefenaren die richtlijnen opstellen, bijvoorbeeld NHG-richtlijnen;
- farmacologische experts die hun kennis overdragen aan opstellers van richtlijnen en aan praktijkbeoefenaren in het kader van het Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO);
- apothekhoudenden, huisartsen en (soms) zorgverzekeraars die in het kader van het zogeheten farmacotherapeutisch overleg (FTO) op lokaal niveau periodiek afspraken maken over het voorschrijfbeleid. Hierbij wordt vaak besloten de voorkeur te geven aan goedkopere generieke geneesmiddelen;
- medisch specialisten in hun rol als voorschrijver. Hierbij is relevant dat medisch specialisten niet altijd een prikkel hebben om het meest doelmatige middel voor te schrijven (zie paragraaf 5.1.2);
- de innovatieve farmaceutische industrie die er belang bij heeft dat merkgeneesmiddelen worden voorgeschreven;
- consumenten die een voorkeur kunnen hebben voor een merkgeneesmiddel of juist voor een generiek geneesmiddel; hierbij speelt ook de mate van bijbetaling voor de verschillende middelen een rol.

5.1.2 Het schot tussen intra- en extramuraal

Voor geneesmiddelen die op voorschrift van de medisch specialist worden verstrekt door voorschrijvers in ziekenhuizen (inclusief de polikliniek) en verpleeghuizen geldt een ander bekostigingssysteem dan voor geneesmiddelen op recept van de huisarts. In een ziekenhuis zijn doorgaans niet alle geneesmiddelen beschikbaar die in de openbare apotheek aanwezig zijn. Hierdoor komt het regelmatig voor dat patiënten moeten switchen naar een ander geneesmiddel (Pronk et al. 2005). Niet zelden betreft het dan een merkgeneesmiddel, ook als de patiënt al een generiek middel gebruikte. De reden voor deze omgekeerde substitutie kan zijn dat ziekenhuisinkopers soms zeer forse kortingen ontvangen op merkgeneesmiddelen. Ook banden tussen medisch specialisten en de farmaceutische industrie kunnen een rol spelen.

5.1.3 Belangenverstrengeling tussen voorschrijvers en verstrekkers van geneesmiddelen

In Nederland is er, net als in veel andere landen, voor gekozen het voorschrijven van geneesmiddelen enerzijds en het inkopen en verstrekken van geneesmiddelen anderzijds onder te brengen bij aparte beroepsgroepen. Alleen in uitzonderlijke situaties is het huisartsen toegestaan een apotheek te voeren (zie paragraaf 6.1). Een nadeel van deze vrij strikte arbeidsdeling is dat de patiënt de geneesmiddelen meestal niet direct mee naar huis kan nemen na een dokterbezoek, maar eerst een bezoek aan de apotheek moet brengen. Hier staan echter belangrijke voordelen tegenover. Zo bevordert de arbeidsverdeling tussen artsen en apothekers dat extra controles plaatsvinden op de medicatie en dat de adviesdiensten van een farmacie-expert beschikbaar zijn voor de consument.

De verplichte functiescheiding heeft nog een belangrijk voordeel. Het voorkomt dat voorschrijvers zich bij hun voorschrijfgedrag laten leiden door persoonlijke financiële motieven. Dit vergt echter wel dat naast de functionele scheiding ook sprake is van een economische scheiding: voorschrijvers zouden geen financieel belang moeten hebben in een apotheek. Bij een aantal, op zichzelf zeer wenselijke, nieuwe samenwerkingsvormen in de eerste lijn is deze economische scheiding doorbroken. Een recent onderzoek komt tot de volgende conclusie: "Zeker is dat er financiële afhankelijkheden gaan ontstaan tussen arts en apotheekhoudenden, daar waar het gaat om de AHOED, GOED en zorggroepen." (Hellendoorn et al. 2007).

In het omringende buitenland is de wet- en regelgeving stenger. Het al genoemde onderzoek stelt: "De conclusie is dat – met uitzondering van Groot-Brittannië – de omringende EU-landen wet- en regelgeving hebben die, uitgaande van de geïnterviewde kenmerken en de daarover beschikbare informatie, de risico's van en de voedingsbodem voor belangenverstrengeling kleiner maken dan in Nederland." (Hellendoorn et al. 2007).

5.1.4 Therapeutische substitutie: kansen voor verbetering?

Over therapeutische substitutie bestaan aanwijzingen dat er ruimte is voor aanzienlijk kostenbesparingen zonder negatieve gevolgen voor de consument (zie kader). Een recent rapport van het instituut Pharmo (2005), geschreven in opdracht van het CVZ, concludeert echter dat therapeutische substitutie *niet* tot aanzienlijke besparingen kan leiden: "Het stimuleren van therapeutische substitutie kan een middel zijn om de uitgaven aan farmaceutische hulp terug te dringen. In sommige gevallen zal therapeutische substitutie overwogen kunnen worden. Massale

therapeutische substitutie lijkt echter vanuit zowel medisch als economisch standpunt onverstandig. [...] Met name de onzekerheid in financieel succes maakt dat experimenten met therapeutische substitutie beperkt moeten blijven.” (Pharmo 2005, p. 82-83).

Doelmatig voorschrijven: het voorbeeld van de statines

Er zijn in Nederland vijf statines als antilipaemica geregistreerd, namelijk simvastatine, pravastatine, fluvastatine, atorvastatine en rosuvastatine. Van deze statines zijn fluvastatine, atorvastatine en rosuvastatine nog onder patent, waardoor deze middelen relatief duur zijn. Atorvastatine, beter bekend onder de naam Lipitor, neemt bijvoorbeeld eenderde van de markt voor zijn rekening, maar de helft van de kosten van de statines. Volgens de NHG-standaard Cardiovasculair Risicomanagement (2006) gaat bij de keuze voor een statine de voorkeur uit naar simvastatine of pravastatine. Omdat er geen relevante verschillen bestaan tussen simvastatine en pravastatine hoort de prijs een rol te spelen in de keuze tussen beide middelen. Uit doelmatigheidsoogpunt verdient simvastatine de voorkeur. Daarnaast is over simvastatine het meest bekend met betrekking tot de werking en bijwerkingen, waardoor dit middel relatief het veiligst is.

Bron: DGV (2007)

5.1.5 Conclusies en beleidsopties

Generieke substitutie – het vervangen van een spécialité door een goedkoper generiek geneesmiddel met dezelfde werkzame stof – verloopt tot dusverre in Nederland vrij succesvol, waarschijnlijk mede doordat het voor apothekhoudenden ook financieel aantrekkelijk was deze vorm van substitutie actief te bevorderen. Het is onduidelijk hoeveel doelmatigheidswinst te halen is via therapeutische substitutie. De meningen van experts hierover lopen uiteen.

Om generieke substitutie ook in de toekomst te bevorderen zijn er verschillende beleidsopties. Artsen kunnen standaard worden voorzien van spiegelinformatie over hun eigen voorschrijfgedrag. Verzekeraars kunnen hierbij een actieve rol spelen.

Als verzekeraars de rol van de apotheker als ‘substitutie-motor’ niet kunnen of willen overnemen, is er een mogelijke rol voor aanvullend overheidsbeleid, bijvoorbeeld pay-for-performance (P4P) bonussen voor doelmatig voorschrijfgedrag.¹⁶

Een andere beleidsoptie is het gebruik van gedifferentieerde eigen bijdragen. In de VS wordt dit instrument met succes toegepast om generieke substitutie te stimuleren: consumenten betalen een hogere eigen bijdragen voor een spécialité waarvoor een generiek substituuut beschikbaar is. Dit soort gedifferentieerde eigen bijdragen is te bereiken via een aangepast GVS (zie de Laat et al (2004)). Uitzonderingen kunnen

¹⁶ Ook verzekeraars kunnen P4P-programma's starten, bijvoorbeeld gericht op doelmatig voorschrijven of op het bewaken van geneesmiddelengebruik bij polyfarmacie. Een voorbeeld van dit laatste is de Pillencheck van apotheek Pillen en Praten in Den Haag. Patiënten die chronisch meerdere medicijnen slikken krijgen in Den Haag een periodiek gesprek met hun apotheker; de Pillencheck. De apotheker ontvangt een vergoeding van zorgverzekeraar CZ voor de gesprekken. In ruil daarvoor gaat het tarief voor het afleveren van medicijnen omlaag.

worden toegestaan op basis van medische noodzaak, naar het voorbeeld van Denemarken (zie Simoens en de Coster 2006, p. 18).

De ongewenste 'hersubstitutie' van generiek naar spécialité als gevolg van de verschillen in bekostiging tussen intramuraal en extramuraal geneesmiddelengebruik valt tegen te gaan door de verschillen in bekostigingssystematiek op te heffen. Dit heeft echter als mogelijk nadeel dat de farmaceutische zorg uit de DBCs moet worden 'gelicht'. Een andere mogelijkheid is bevorderen dat de intramurale formularia beter aansluiten op de richtlijnen voor extramurale farmaceutische hulp. Ook 'keten-DBC's', waarbij bijvoorbeeld het ziekenhuis ook verantwoordelijk is voor de extramurale geneesmiddelenkosten, gaan dit soort ongewenste substitutie tegen.

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

De mogelijkheden voor verzekeraars om therapeutische substitutie te stimuleren kunnen worden vergroot door de aanspraken op farmaceutische zorg functioneel te omschrijven, zoals vermeld in de langetermijnvisie (LTV) van de Minister. Op dit moment geldt een positieve lijst van geneesmiddelen die de zorgverzekeraar moet vergoeden. Een dergelijke functionele aanspraak kan bijvoorbeeld inhouden dat op basis van richtlijnen van de beroepsgroep waarin het kostenoogpunt is meegenomen, alleen de eerste-, tweede- en derde-lijns therapievoorkeuren voor een specifieke indicatie worden vergoed. De minister van VWS heeft onlangs een eerste stap in deze richting gezet, met het besluit dat cholesterolverlagers voortaan worden vergoed volgens richtlijnen die de huisartsen zelf hebben opgesteld.¹⁷ Een functionele aanspraak kan ook de vorm krijgen van de verplichting om tenminste één geneesmiddel uit een cluster te vergoeden zonder bijbetaling. De clustersystematiek van het (aangepaste) GVS kan hierbij als uitgangspunt dienen.

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?

Consultatievraag 25:

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

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?

¹⁷ Bron: <http://www.minvws.nl/dossiers/prinsjesdag-2008/toelichting-door-bewindslieden/presentatie-klank/> (website bezocht 20-9-2008)

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?

Consultatievraag 28:

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

Consultatievraag 29:

Welke andere ontwikkelingen zijn van belang bij (on)gewenste substitutie?

5.2 Risico VI. Achteruitgang kwaliteit

De kwaliteit van de farmacotherapeutische dienstverlening door apothekhoudenden omvat verschillende aspecten waaronder:

- tijdige levering van het voorgeschreven geneesmiddel;
- advies over het gebruik van geneesmiddelen;
- tegengaan van medicatiefouten;
- advies over het gebruik van geneesmiddelen gelijktijdig of bij specifieke klachten (niet gerelateerd aan de te behandelen ziekte, bijvoorbeeld allergie);
- voorlichting aan huisartsen in het kader van het FTO; goede informatie-uitwisseling met huisartsen en andere belanghebbenden.

Als zorgverzekeraars geen prikkel hebben om de verschillende kwaliteitsaspecten op peil te houden, kunnen lagere marges bij apothekhoudenden resulteren in kwaliteitsverlies en vermindering van de dienstverlening. Zoals eerder al is opgemerkt is het aannemelijk dat hoge marges van apothekhoudenden hebben geresulteerd in kwaliteitsconcurrentie (zie paragraaf 2.5). De keerzijde is dat lagere marges van apothekhoudenden de kwaliteit kunnen verlagen. Dit gaat niet per definitie in tegen het belang van de consument. Als de kwaliteitsverlaging betrekking heeft op aspecten die de consument niet hoog waardeert, mag worden aangenomen dat de consumentenwelvaart per saldo toeneemt: lagere prijzen of premies en een iets lagere kwaliteit.

5.2.1 Tegengaan medicatiefouten

Onderzoekers van de Universiteit van Utrecht constateren in een recent rapport dat medicatiefouten resulteren in veel onnodige ziekenhuisopnames, en stellen dat apothekhoudenden mogelijk een rol kunnen spelen bij het voorkomen van medicatiefouten (zie kader). De vraag wordt dan relevant of marktpartijen de juiste keuze in dit dilemma zullen maken. Alleen als er redenen zijn om hieraan te twijfelen is er aanleiding voor aanvullend overheidsbeleid gericht op kwaliteitsborging.

Vermijdbare ziekenhuisopnames: een rol voor de apotheker?

Uit het HARM-onderzoek (HARM staat voor hospital admission related to medication) van onderzoekers van de Universiteit van Utrecht blijkt dat er landelijk 19.000 potentieel vermijdbare geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnames zijn. De geschatte kosten hiervan zijn ruim 85 miljoen euro per jaar. Het onderzoek had betrekking op bijna 30 000 ziekenhuisopnames in 2006; 714 van deze opnames waren

geneesmiddel-gerelateerd, bijna de helft hiervan is door de onderzoekers als potentieel vermijdbaar aangemerkt. De onderzoekers doen de volgende aanbevelingen, maar tekenen hierbij aan: "de effectiviteit van dergelijke interventies en strategieën dient nader onderzocht te worden." (p. 50).

Risicopatiënten

Vanuit het HARM-onderzoek kunnen risicopatiënten aangewezen worden; de onderzoekers noemen echter geen aantallen. Het gaat hierbij om patiënten die chronisch meer dan vijf geneesmiddelen gebruiken, meerdere aandoeningen hebben, niet zelfstandig wonen, een verminderde cognitie hebben en/of niet volgens voorschrift van de arts hun geneesmiddelen gebruiken (therapieontrouw zijn). Door patiënten met deze risicofactoren intensiever te begeleiden bij hun medicatiegebruik kunnen de geneesmiddel gerelateerde problemen wellicht worden teruggedrongen. Het verdient aanbeveling om deze groep patiënten proactief te benaderen voor extra medicatiebegeleiding (bijvoorbeeld in de vorm van een jaarlijkse medicatiereview), optimale behandeling van de bestaande aandoeningen, adequate monitoring en het terugdringen van ongewenste polyfarmacie. Gezamenlijke aanpak door de verschillende behandelaren en apotheker is hier aan te bevelen.

Therapietrouw

Therapieontrouw is in het HARM-onderzoek vastgesteld als een risicofactor voor het krijgen van een geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopname. Het verbeteren van de therapietrouw is daarom een continue aandachtspunt voor de behandelend arts en apotheker om geneesmiddel gerelateerde problemen te voorkomen.

Informatie-uitwisseling en medicatiebewaking

Een verminderde nierfunctie bleek een belangrijke risicofactor te zijn. Bewaking daarop is dan ook aan te bevelen. Voor de uitvoering hiervan en voor de bewaking op andere factoren is het echter wel noodzakelijk dat deze informatie bij de verschillende zorgverleners gemakkelijk toegankelijk is, dus dat er sprake is van optimale informatie uitwisseling.

De huidige medicatiebewaking (voornamelijk bewaking op doseringen, interacties en (afgeleide) contra-indicaties) kan dan verfijnd worden naar een individuele medicatiebewaking, waarbij – behalve op de al genoemde factoren – ook bewaakt wordt op zaken als nierfunctie en comorbiditeiten (en dan niet afgeleid uit het medicatiegebruik, maar op basis van daadwerkelijke registratie).

NSAID's

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

Bron: Eindrapport HARM-onderzoek (2006)

5.2.2 Voorlichting aan patiënten en huisartsen

Apothekers spelen een belangrijke rol bij het voorzien van artsen van objectieve spiegelinformatie over het eigen voorschrijfgedrag. Dit gebeurt in het kader van het reeds genoemde farmacotherapeutisch overleg (FTO). Ook kunnen apothekers of apothekersassistenten een rol

spelen bij het voorlichten van patiënten over de wijze waarop zij hun geneesmiddelen moeten innemen of toedienen.

5.2.3 Medewerking aan EMD, ICT

Onder een aantal voorwaarden zal een zorgverzekeraar in het belang van zijn verzekerden een goede afweging maken tussen prijs en kwaliteit (inclusief de omvang van de dienstverlening) van de door hem gecontracteerde zorgaanbieders, waaronder apothekhoudenden. Die voorwaarden luiden (zie ook paragraaf 4.3):

- er is voldoende concurrentie is tussen zorgverzekeraars en;
- consumenten baseren hun keuze voor een zorgverzekeraar op prijs en kwaliteit van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde apothekhoudenden.

Als aan deze voorwaarden niet is voldaan, bestaat het risico dat zorgverzekeraars de belangen van hun verzekerden niet goed behartigen, en *ten onrechte* slechts geïnteresseerd zijn in de prijs van het geneesmiddel en niet in de kwaliteit van andere apothekhoudendendiensten. Er is dan sprake van marktfalen. Aan dit marktfalen kunnen informatieproblemen ten grondslag liggen. Stel bijvoorbeeld dat medicatiefouten vrijwel altijd onopgemerkt blijven, ook als de patiënt hier nadelige gevolgen van ondervindt. Verzekeraars lopen dan geen reputatieschade indien zij het tegengaan van medicatiefouten verwaarlozen (en nalaten apothekhoudenden hiervoor te belonen).

5.2.4 De rol van de zorgverzekeraars

Onder een aantal voorwaarden zal een zorgverzekeraar in het belang van zijn verzekerden een goede afweging maken tussen prijs en kwaliteit (inclusief de omvang van de dienstverlening) van de door hem gecontracteerde zorgaanbieders, waaronder apothekhoudenden. Die voorwaarden luiden (zie ook paragraaf 4.3):

- er is voldoende concurrentie is tussen zorgverzekeraars en;
- consumenten baseren hun keuze voor een zorgverzekeraar op prijs en kwaliteit van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde apothekhoudenden.

Als aan deze voorwaarden niet is voldaan, bestaat het risico dat zorgverzekeraars de belangen van hun verzekerden niet goed behartigen, en *ten onrechte* slechts geïnteresseerd zijn in de prijs van het geneesmiddel en niet in de kwaliteit van andere apothekhoudendendiensten. Er is dan sprake van marktfalen. Aan dit marktfalen kunnen informatieproblemen ten grondslag liggen. Stel bijvoorbeeld dat medicatiefouten vrijwel altijd onopgemerkt blijven, ook als de patiënt hier nadelige gevolgen van ondervindt. Verzekeraars lopen dan geen reputatieschade indien zij het tegengaan van medicatiefouten verwaarlozen (en nalaten apothekhoudenden hiervoor te belonen).

5.2.5 Borging kwaliteit

Behalve een goede prestatiebeschrijving is het ook van belang dat de consument en de verzekeraar informatie hebben over de kwaliteit van de verleende zorg. Alleen door bij de keuze voor een aanbieder bewust te letten op de geleverde kwaliteit kunnen consumenten zorgaanbieders stimuleren om die kwaliteit daadwerkelijk te leveren. Wanneer de consument/verzekeraar alleen op de prijs van de geleverde zorg let, bestaat er immers een risico dat zorgaanbieders niet investeren in de kwaliteit van de geleverde zorg.

De consument heeft enerzijds behoefte aan informatie over de borging van de kwaliteit en anderzijds aan informatie over kwaliteitsverschillen tussen verschillende aanbieders.

Apotheekhoudenden moeten aan diverse eisen, zoals omschreven in de kwaliteitscriteria, voldoen. Hierop wordt toegezien door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Hoewel de minimum kwaliteit dus geborgd is, is er weinig inzicht in kwaliteitsverschillen tussen apothekhoudenden. Het is voor de consument en de verzekeraar moeilijk om op grond van kwaliteitsverschillen een keuze te maken tussen verschillende apothekhoudenden. Meer transparantie over de relatieve kwaliteitsprestaties van apothekhoudenden is wenselijk om daadwerkelijke vraagsturing op gang te brengen. Dit geldt vooral in een geliberaliseerde markt, om te voorkomen dat er alleen wordt geconcentreerd op prijs. Prestatie-indicatoren voor apothekhoudenden zoals die thans ontwikkeld en geïmplementeerd worden door IGZ, KNMP/WINAp en SIR, zijn naar de mening van de NZa hiervoor een zeer belangrijk instrument.

Juist het liberaliseren van een markt creëert een extra stimulans die de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren op gang brengt. Immers, in een goed werkende markt waarin het leveren van goede kwaliteit beloofd wordt, hebben zorgaanbieders die goede kwaliteit leveren een sterke prikkel om dit inzichtelijk te maken.

5.2.6 Conclusies en beleidsopties

In theorie is het mogelijk dat lagere tarieven van apothekhoudenden de kwaliteit van de farmaceutische hulp onder druk zetten, maar zeker is dit niet. Het is evenmin evident dat zorgverzekeraars zich voldoende zullen inspannen om deze risico's tegen te gaan. Marktfalen valt niet uit te sluiten. De ontwikkeling van prestatieindicatoren voor apothekhoudenden is van essentieel belang. Een beleidsoptie is marktpartijen een kans te geven hun rol waar te maken, en de uitkomsten zorgvuldig te monitoren. Indien er aanwijzingen zijn dat de kwaliteit van de farmaceutisch zorg ernstig onder druk komt te staan kan dan worden ingegrepen. Een mogelijke beleidsoptie is dan het invoeren van *Pay for performance*-bonussen voor apothekhoudenden die specifieke kwaliteitsdoelen halen, bijvoorbeeld aansluiting op het LSP, het tegengaan van medicatiefouten, of actieve participatie in het FTO. Indien mogelijk zouden dergelijke P4P-bonussen gekoppeld moeten worden aan objectief meetbare uitkomst-indicatoren.

Consultatievraag 30:

Hoe beoordeelt u het huidige kwaliteitsniveau van de extramurale farmacotheapeutische zorg in Nederland? Waarop baseert u dit oordeel?

Consultatievraag 31:

Hoe belangrijk is zorgadvisering in de apotheek? Waaruit bestaat deze advisering? Wat is hierbij de (vanuit de consument gezien) gewenste rol van de apotheker?

Consultatievraag 32:

Kunnen deze taken gemakkelijk worden overgenomen door andere zorgaanbieders zoals huisartsen?

Consultatievraag 33:

Hoe belangrijk is de apotheker binnen het FTO? Wat zouden de consequentie zijn indien apotheehoudenden niet langer actief participeren in het FTO?

Consultatievraag 34:

Letten zorgverzekeraars voldoende op de kwaliteit van de diensten van apotheehoudenden? Zo nee, wat zijn hiervan de oorzaken? Zo ja, waar blijkt dit uit?

Consultatievraag 35:

Is er een (tijdelijke of structurele) rol weggelegd voor overheidsregulering van de tarieven voor zorgadvisering door apotheehoudenden?

Consultatievraag 36:

Is er een (tijdelijke of structurele) rol weggelegd voor overheidsregulering van de prestaties voor zorgadvisering door apotheehoudenden?

6. Toegankelijkheid

6.1 Risico VII. Verminderde bereikbaarheid

Lagere tarieven van apothekhoudenden kunnen resulteren in een daling van het aantal apotheken. Dit kan een efficiënte uitkomst zijn wanneer de optimale schaal van een apotheek hoger is dan de huidige schaal. Een ongewenst neveneffect kan echter zijn dat in delen van Nederland de bereikbaarheid van de apotheek verslechtert. Dit hoofdstuk presenteert de uitkomsten van een hypothetisch scenario waarin het aantal apotheken daalt. Nagegaan is wat de gevolgen hiervan zijn voor de afstand tot een apotheker. De analyse maakt gebruik van dezelfde gegevens als ten grondslag liggen aan figuur 5 en tabel 3 in hoofdstuk 4. Internetapotheken blijven in deze analyse weer buiten beschouwing.

De wetgever heeft in de Geneesmiddelenwet impliciet normen vastgesteld voor de bereikbaarheid van apotheken. Artikel 62 lid 10 van deze wet bepaalt dat huisartsen geen receptgeneesmiddelen mogen verstrekken tenzij de afstand tussen de meest dichtbij dat gebied gevestigde apotheker en de in dat gebied meest dichtbij die apotheek wonende potentiële patiënt ten minste 4,5 kilometer is. Indien de afstand minder dan 4,5 kilometer is kan de minister een vergunning verlenen als dit in het belang is van de geneesmiddelenvoorziening.

In deze formulering wordt uitgegaan van de patiënt in het werkgebied van de huisarts die het meest dichtbij de dichtstbijzijnde apotheek woont. Als een huisarts apotheek werkzaam is in een gebied met een straal van 5 kilometer, dan woont de meest veraf wonende patiënt nog 5 kilometer verder en de *gemiddelde* patiënt ongeveer 2 kilometer verder van de dichtstbijzijnde apotheker. Al met al kan geconcludeerd worden dat de wetgever een reisafstand van 5-7 kilometer acceptabel acht vanuit het oogpunt van bereikbaarheid.

Vanuit de consument geredeneerd is het aannemelijk dat afstand eerder een hindernis vormt voor bepaalde bevolkingsgroepen zoals chronisch zieken, gehandicapten en ouderen. Het datamateriaal staat een uitsplitsing op basis van dit soort persoonskenmerken echter niet toe.

6.2 Empirische analyse

Om na te gaan hoe het momenteel met de bereikbaarheid van de farmaceutische zorg gesteld is en wat de effecten op de toegankelijkheid zouden kunnen zijn als het aantal apotheken afneemt, hebben we op basis van een postcodebestand van alle inwoners van Nederland en van de huidige apotheken in Nederland verschillende analyses uitgevoerd en mogelijke toekomstige scenario's berekend. De resultaten worden hier beschreven.

6.2.1 Afstand tot de dichtstbijzijnde apotheek

Het uitgangspunt bij het meten van de bereikbaarheid van de farmaceutische zorg is het percentage van de bevolking dat binnen een straal van X kilometer een apotheek kan bereiken. Tabel 5 heeft een samenvattend beeld van de bereikbaarheid gebaseerd op gegevens voor 2006. Door de toename van het aantal apotheken sinds 2006 zal het huidige beeld nog iets gunstiger zijn. 75% van de bevolking kan een apotheek bereiken binnen een reisafstand van 1 kilometer. Voor vrijwel

de gehele Nederlandse bevolking (99,5%) geldt dat een apotheek te vinden is binnen een straal van 7,5 kilometer.

Tabel 5. Percentage van de bevolking dat binnen een straal van X kilometers een apotheek kan bereiken

Afstand	1 km	2.5 km	5 km	7.5 km	10 km	12.5 km
% Bevolking met een apotheek binnen deze afstand	75.3	88.9	97.1	99.5	99.9	100

6.2.2 Toegankelijkheid indien het aantal apotheken daalt

Het is niet bij voorbaat uit te sluiten dat liberalisering van de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening resulteert in een afname van het aantal apotheken. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als lagere tarieven dwingen tot schaalvergroting. Ook faillissementen zijn niet uit te sluiten, hoewel hierbij de kanttekening past dat faillissementen niet hoeven te resulteren in beëindiging van de praktijk.

De effecten van een daling van het aantal apotheken op de bereikbaarheid is als volgt gekwantificeerd. Allereerst is nagegaan welk percentage van de bevolking binnen een straal van X kilometer een apotheek kan bereiken als 10, 20 en 30% van de apotheken verdwijnt. De resultaten zijn weergegeven in tabel 6. Bij een daling van het aantal apotheken met 30% wordt nog voor 91,6% van de Nederlanders voldaan aan de eis van bereikbaarheid, uitgaande van het criterium dat een apotheker binnen en afstand van 5 kilometer bereikbaar moet zijn. Als het criterium wordt verruimd tot 7,5 kilometer is het corresponderende percentage 97,5.

Tabel 6. Percentage van de bevolking dat binnen een straal van X kilometers een apotheek kan bereiken

Afstand	1 km	2.5 km	5 km	7.5 km	10 km	12.5 km
% Bevolking met een apotheek binnen deze afstand	75.3	88.9	97.1	99.5	99.9	100
Idem, bij 10% daling	70.4	85.8	95.5	99.1	99.8	100
Idem, bij 20% daling	65.9	83.0	94.0	98.6	99.6	99.9
Idem, bij 30% daling	59.9	79.0	91.6	97.5	99.3	99.8

6.2.3 Gevoeligheidsanalyse: landelijke gebieden

De bovenstaande analyse is ook apart uitgevoerd voor de niet-stedelijke gebieden, gedefinieerd als 4-cijferige postcodegebieden met minder dan 1500 adressen er vierkante kilometer. 43% van alle Nederlanders woont volgens deze definitie in een niet-stedelijk gebied. In de uitgangssituatie (de eerste rij in tabel 7) is de bereikbaarheid in de niet-stedelijke gebieden minder goed dan gemiddeld (in vergelijking met de eerste rij in tabel 5). Ook is de achteruitgang in bereikbaarheid groter indien het aantal apotheken zou afnemen. Dit is vooral het geval als de eis wordt gesteld dat binnen 5 kilometer een apotheek bereikbaar moet zijn. Het aandeel van de bevolking in landelijke gebieden waarvoor aan dit

criterium is voldaan, daalt van 91,4% in de uitgangssituatie tot 79,6% indien het aantal apotheken met 30% zou afnemen.

Tabel 7. Percentage van de bevolking dat binnen een straal van X kilometers een apotheek kan bereiken, landelijke gebieden

Afstand	1 km	2.5 km	5 km	7.5 km	10 km	12.5 km
% Bevolking met een apotheek binnen deze afstand	68.7	77.1	91.4	98.3	99.8	99.9
Idem, bij 10% daling	64,1	72,8	88,3	97,2	99,3	99,8
Idem, bij 20% daling	58,9	68,0	85,1	95,9	98,7	99,7
1) Idem, bij 30% daling	51,9	61,6	79,6	93,5	97,9	99,4

6.3 Conclusies en beleidsopties

De empirische analyses wijzen uit dat de bereikbaarheid van apotheken op dit moment goed is, als we als criterium nemen dat vrijwel iedere Nederlander binnen een afstand van 5-7 kilometer een apotheek moet kunnen bereiken. Voor meer dan 97% van de Nederlanders is aan deze eis voldaan. Indien het aantal apotheken fors zou dalen neemt de bereikbaarheid af. Bij een daling van het aantal apotheken met 30% wordt nog voor 91,6% van de Nederlanders voldaan aan de eis van bereikbaarheid, uitgaande van het criterium dat een apotheker binnen en afstand van 5 kilometer bereikbaar moet zijn. Indien het criterium wordt verruimd tot 7,5 kilometer is het corresponderende percentage 97,5.

Voor zover bereikbaarheidsproblemen kunnen ontstaan, zijn deze het sterkst in landelijke gebieden. In de uitgangssituatie kan 91,4% van de bevolking van landelijke gebieden een apotheek bereiken binnen een afstand van 5 kilometer, en 98,3% van de bevolking binnen een afstand van 7,5 kilometer. Bij een daling van het aantal apotheken met 30% dalen deze percentages tot 79,6% en 93,5%.

Indien zich na de liberalisering van de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening bereikbaarheidsproblemen zouden voordoen dienen zich een aantal beleidsopties aan. Om te beginnen zullen meer huisartsen gaan voldoen aan het criterium in de Geneesmiddelenwet voor het mogen voeren van een apotheek. Daarnaast kunnen nieuwe distributiekanaalen zoals internetapotheken en medicijnautomaten bij huisartsen een grotere rol gaan spelen in de geneesmiddelenvoorziening.

[Consultatievraag 37:](#)

Hoe beoordeelt u de huidige bereikbaarheid van apotheken in Nederland?

[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 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?

Consultatievraag 41:

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

Consultatievraag 42:

In hoeverre kunnen alternatieve distributievormen (bijvoorbeeld internetapotheken) een eventuele afname van het aantal apotheken beïnvloeden?

7. Geraadpeegde Literatuur

Boonen, L.H.H. M., F.T. Schut, X. Koolman, 2007, Consumer channelling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market, *Health Economics* 16, te verschijnen

Bijlsma, M., V. Kocsis, V. Shestalova en G. Zwart (2008), Vertical foreclosure: a policy framework, CPB Document 157

Department of Health, Office of the Inspector General (2008), Review of the relationship between Medicare Part D payments to local, community pharmacies and the pharmacies' drug acquisition costs

DGV (2007), Cardiovasculair risicomangement Simvastatine: keuze en dosering in 2007

Dranove, D. (2008), Code Red: an economist explains how to revive the healthcare system without destroying it, Princeton: Princeton University Press

Eindrapport HARM-onderzoek (2006), Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences

Gaynor, M. (2006), What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets?, NBER Working Papers 12301, National Bureau of Economic Research

Government Accounting Office (2003), Effects of Using Pharmacy Benefit Managers on Health Plans, Enrollees, and Pharmacies, Washington: GAO

Grabowski, H.G., D. B. Ridley en K. A. Schulman (2007), Entry and Competition in Generic Biologics, *Managerial and Decision Economics*, 28: 439-451

Hellendoorn, J.W.M., B. Karssen en B. Jurling (2007), In wiens belang? Onderzoek naar samenwerkingsvormen en belangen-verstrengeling tussen arts en apotheekhoudende in de eerstelijnsgezondheidszorg, Barneveld: Significant

Lichtenberg, F. (2008), Have Newer Cardiovascular Drugs Reduced Hospitalization? Evidence From Longitudinal Country-Level Data on 20 OECD Countries, 1995-2003, NBER-Paper 14008, mei 2008

Møller Pedersen, K. (2003), Pricing and reimbursement of drugs in Denmark, *European Journal of Health Economics*, vol 4 no 1:60-65

OESO (2008), Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market, Parijs: OESO

Pharmo (2005), Farmacotherapie gesubstitueerd, Utrecht: Farmo Instituut

Schoonderbeek, C.J.R.A., Pronk, M.H., en Bonsel, G.J. (2005), Structuur geneesmiddelenvergoeding binnen dan wel buiten de ziekenhuismuren: twee systemen op één kussen, *TSG* 83 no 3, pp. 145-151

Schut, E., en W. Brouwer (2004), De prefente apotheker? Jazeker!, *Economisch Statistische Berichten* 89, nr 4425, p. 266-269

Stichting Farmaceutische Kengetallen (2008), Prijzenslag generieke geneesmiddelen, Farmaceutisch Weekblad 30-5-2008

Strandberg-Larsen, M, M. Nielsen, S. Vallgård, A. Krasnik, K. Vrangbæk (2007), Denmark Health system review, Geneve: WHO

Taylor, D., M. Mrazek en E. Mossialos (2004), Regulating pharmaceutical distribution and retail pharmacy in Europe, Hoofdstuk 11 in: Mossialos, E., M. Mrazek en T. Walley, Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality, Berkshire: Open University Press

Wadman, M. (2007), Copycat Consolidation, Nature, Vol 449, 27 September 2007, p. 292

Bijlage 1. Relevante buitenlandse ervaringen

Inleiding

Een systematische analyses van alle relevante buitenlandse ervaringen met prijsbeleid op farmaciegebied valt buiten de reikwijdte van dit advies. Voor het doel van dit advies zijn twee soorten ervaringen vooral relevant:

- De ervaringen in de VS, een land met vrije tarieven van apotheekhoudenden. Wat zijn hiervan gevolgen geweest voor de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening en consumentenprijzen? Welke marktinitiatieven zijn tot stand gekomen?
- De ervaringen in Denemarken, een land met veel lagere uitgaven per hoofd aan geneesmiddelen in Nederland. Hoe is dit gerealiseerd? Waren er ook negatieve effecten op kwaliteit, bereikbaarheid of andere publieke doelen?

Vrije tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening in de VS

In de VS zijn de tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening de geneesmiddelenprijzen. De uitgaven aan farmaceutische hulp per hoofd van de bevolking zijn in de VS het hoogste van de hele OECD, bijna tweemaal zo hoog als in Nederland. Dit is niet het gevolg van hogere prijzen van geneesmiddelen. Een recente prijsvergelijking door de OESO laat zien dat de eindgebruikersprijzen van geneesmiddelen in de VS maximaal 20% hoger zijn dan in Nederland (OESO, 2008). Het betreft hier een gemiddelde van generieke geneesmiddelen en merkgeneesmiddelen. De OESO presenteert geen aparte cijfers voor de twee groepen geneesmiddelen, maar anderen komen tot de conclusie dat merkgeneesmiddelen in de VS aanzienlijk (gemiddeld ongeveer 80%) duurder zijn dan in andere landen (Sager en Socolar 2004).

Deze vergelijking is voor de VS gebaseerd op de openbare prijzen van internetapotheken. Zorgverzekeraars (HMOs) in de VS betalen echter veel lagere prijzen. Alleen onverzekerden in de VS betalen de hoge lijstprijzen van internetapothekhoudenden (Dranove, 2005, p. 94). Combinatie van deze feiten leidt tot de conclusie dat generieke geneesmiddelen in de VS waarschijnlijk goedkoper zijn dan in Nederland, met de kanttekening dat internationale prijsvergelijkingen van geneesmiddelen notoir moeilijk te maken zijn.

De verklaring voor de hoge uitgaven aan de VS moet dus worden gezocht in het volume en de mix van geneesmiddelengebruik. Het voorschrijfgedrag van artsen speelt hierbij ongetwijfeld een belangrijke rol.

Private verzekeraars en HMOs besteden de verzekering voor de kosten van farmaceutische doorgaans uit aan Pharmaceutical Benefit Management bedrijven (PBMs). PBMs stellen ten behoeve van hun klanten, de verzekeraars en grote werkgevers, vast welke generiek geneesmiddel van een bepaalde fabrikant of importeur in aanmerking komt voor vergoeding.

Zij gebruiken verschillende instrumenten om te komen tot een doelmatige inkoop van generieke geneesmiddelen voor hun klanten:

- ontwikkelen en beheren van lijsten met vergoede geneesmiddelen (formularia) ten behoeve van verzekeringspolissen voor verzekeraars en werkgevers;

- onderhandelen met fabrikanten en groothandelaren over de opname van een geneesmiddel op lijsten met vergoede geneesmiddelen en het bedingen van kortingen op lijstprijzen;
- vormen van een netwerk van voorkeursapothekhoudenden (apothekhoudenden en internetapothekhoudenden) en het onderhandelen over prijzen van generieke geneesmiddelen en vergoedingen voor hun dienstverlening.

Formularia: Een verzekeraar kiest uit het aanbod van een PBM de geneesmiddelen op basis waarvan vergoeding plaatsvindt. Deze geneesmiddelen kunnen dus qua samenstelling en reikwijdte tussen verzekeraars verschillen.

Onderhandelen en selectief contracteren: PBMs hebben onderhandelingsmacht ten opzichte van fabrikanten en importeurs van zowel octrooigeneesmiddelen als van generieke geneesmiddelen dankzij hun omvang en het gebruik van preferentiebeleid. Fabrikanten en importeurs bieden kortingen aan in ruil voor opname voor vergoeding van hun geneesmiddel.

Selectief contracteren van apothekhoudenden: PBMs contracteren een netwerk van apothekhoudenden en internetapothekhoudenden waarmee zij afspraken maken over de generieke geneesmiddelen die worden afgeleverd en de beloning die hier tegenover staat. In de praktijk contracteren de meeste PBMs 90% of meer van alle apothekhoudenden in de regio's waarin zij actief zijn.

Eigen bijdragen: In de VS betalen verzekerden vaak een deel van de kosten van geneesmiddelen uit eigen zak. De eigen bijdrage of procentuele bijbetaling verschilt per geneesmiddel (octrooigeneesmiddel versus generiek geneesmiddel) en veelal ook per distributiekanaal (apothek versus internetapothek). Met behulp van bijbetalingen voor geneesmiddelen kunnen PBMs verzekerden sturen van octrooigeneesmiddelen naar generieke geneesmiddelen.

Directe empirische ondersteuning voor de hoogte van de door PBMs onderhandelde kortingspercentages is schaars: inkoopvoordelen gelden als bedrijfsvertrouwelijke informatie. Een onderzoek naar de detailhandelsprijzen van geneesmiddelen, ingekocht door PBMs, komt tot de volgende conclusie: "The average price PBMs negotiated for drugs from retail pharmacies was about 18 percent below the average cash price customers would pay at retail pharmacies for 14 selected brand-name drugs and 47 percent below the average cash price for 4 selected generic drugs." (Government Accounting Office 2003, p. 4) Bovendien concludeert het onderzoek dat de kortingen werden doorgegeven aan hun klanten de zorgverzekeraars.

Medicare, het Amerikaanse programma voor de gezondheidszorg voor ouderen, besteedt de verzekering voor de kosten van farmaceutische hulp uit aan zogenoemde prescription drug plans. Apothekhoudenden worden betaald op basis van de geschatte inkoopkosten (doorgaans een gemiddelde van de gepubliceerde groothandelsprijzen minus een bepaald percentage om te compenseren voor kortingen en bonussen) plus een receptregelvergoeding. Uit een recente steekproef onder 100 apothekhoudenden bleek dat de gemiddelde betaling voor inkoopkosten per receptregel ongeveer \$9 dollar hoger was dan de feitelijke inkoopkosten. Bovendien ontvingen apothekhoudenden een gemiddelde 'receptregelvergoeding' (dispensing fee) van bijna \$3 per receptregel te bedragen. In totaal zijn de inkomsten per receptregel voor de apotheker dus ongeveer \$12 (Department of Human Services 2008).

Denemarken: inkoop door de overheid¹⁸

Binnen de groep landen met een welvaartsniveau dat vergelijkbaar is met dat in Nederland, kent Denemarken de op één na laagste uitgaven per hoofd van de bevolking – zo'n 25% lager (zie figuur 1 in hoofdstuk 1). Het betreft hier de uitgaven inclusief de eigen bijdragen. Alleen in het VK zijn de uitgaven per hoofd nog lager. Volgens de al genoemde prijsvergelijking door de OESO liggen de geneesmiddelenprijzen in Denemarken ongeveer 10% hoger dan in Nederland (OESO, 2008). De lage uitgaven aan geneesmiddelen komen dus voor rekening van volume en mix van geneesmiddelengebruik.

De gezondheidszorg in Denemarken wordt gefinancierd uit belastingen; er zijn echter wel aanvullende verzekeringen. De tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening zijn gereguleerd. De verkoopprijs mag niet hoger zijn dan de inkoopprijs vermeerderd met een vaste marge. Er geldt een verbod op kortingen (IMS, 2008).

De overheid heeft de inkooprol op zich genomen. Hiertoe wordt een preferentiebeleid beleid gevoerd, met een zeer frequente wisseling van preferente producten (tweewekelijks) waarbij het product met de laagste prijs binnen een geneesmiddelencluster de vergoedingslimiet bepaalt. Bovendien kent Denemarken een systeem van referentieprijzen, maar met andere landen dan Nederland. Sinds april 2005 geldt bovendien een GVS-systeem waarbij de vergoedingslimiet in beginsel wordt vastgesteld op het laagst geprijsde product in een cluster (IMS 2008). Ook probeert de overheid de geneesmiddelenuitgaven sinds de jaren '90 te beperken via een reeks convenanten met de farmaceutische industrie.

Veel apothekhoudenden leveren diensten zoals het meten van BMI, bloedsuiker, bloeddruk en cholesterol; 60% van de apothekhoudenden levert advies over het gebruik van inhalators. Voor deze laatste dienstverlening krijgen apothekhoudenden een aparte vergoeding.

Apothekhoudenden zijn verplicht te substitueren naar een goedkoper middel tenzij de voorschrijvende arts heeft aangegeven dat sprake is van medische noodzaak. Artsen worden via voorlichting en nascholing gestimuleerd tot doelmatig voorschrijven. In 1999 is het Deense Instituut voor Rationele Farmacotherapie opgericht met als doel het ondersteunen van artsen bij rationeel voorschrijven. Bovendien heeft het Instituut tot taak het opstellen van behandelrichtlijnen die rekening houden met de kosten.

Er zijn regelmatig problemen rond de beschikbaarheid van de goedkoopste producten. Momenteel bestudeert de overheid dan ook mogelijke aanpassingen van het systeem (IMS 2008).

Denemarken kent forse eigen bijdragen. De eerste 75 euro aan geneesmiddelenkosten komen geheel voor eigen rekeningen, van 75 tot 180 euro 50%, van 180 tot 420 euro 25%, tot 2800 euro 15%, vanaf 2800 euro 0%. Eigen bijdragen zijn goed voor bijna 30% van de totale uitgaven aan receptgeneesmiddelen. 30% van de Denen heeft aanvullende verzekering die onder andere kosten van geneesmiddelen dekt (Strandberg-Larsen et al. 2007).

Conclusies

De beperkte inventarisatie van internationale ervaringen in dit hoofdstuk levert een aantal interessante observaties op:

¹⁸ Bronnen: Møller Pedersen (2003) en (Strandberg-Larsen et al. 2007), tenzij anders vermeld.

- De feitelijk door zorgverzekeraars betaalde prijzen van individuele generieke geneesmiddelen zijn in de VS waarschijnlijk niet hoger, mogelijk zelfs lager, dan in andere landen waaronder Nederland. Volume en mix van geneesmiddelengebruik resulteren niettemin in geneesmiddelenuitgaven per hoofd van de bevolking die twee maal zo hoog zijn als in Nederland. Dit onderstreept het belang van doelmatig voorschrijven voor de beheersing van de uitgaven aan geneesmiddelen.
- Amerikaanse apothekhoudenden die leveren aan Medicare-patiënten realiseren een gemiddelde bruto-marge per receptregel van ongeveer \$12.
- In Denemarken vervult de overheid de inkooprol in plaats van individuele apothekhoudenden. Dit resulteert eerder in hogere dan in lagere prijzen dan in Nederland.

Doelmatig geneesmiddelgebruik wordt in Denemarken op verschillende manieren gestimuleerd: door hoge eigen bijdragen van consumenten, verplichte substitutie door apothekhoudenden en voorlichting en nascholing van voorschrijvende artsen.

Bijlage 2. Overzicht consultatievragen

Onderstaand is een overzicht van de consultatievragen opgenomen. De vragen zijn ook opgenomen bij het relevante onderdeel van de tekst. De hier aangehouden volgorde heeft geen betrekking op het relatieve belang van deze vragen.

Gelieve uw antwoord steeds te voorzien van een motivering en waar mogelijk van voorbeelden en onderbouwende (kwalitatieve en/of kwantitatieve) gegevens. Vanzelfsprekend kan ook commentaar gegeven worden op andere voor AMM relevante onderwerpen dan die welke in de consultatievragen aan de orde komen.

Consultatievraag 1:

Is de farmacotherapeutische dienstverlening naar uw oordeel klaar voor vrije tarieven? Op welke termijn?

Consultatievraag 2:

Welke visie heeft u op de kerntaken van de apothekhoudende? 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?

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?

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?

Consultatievraag 5:

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

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?

Consultatievraag 7:

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

Consultatievraag 8:

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

Consultatievraag 9:

In hoeverre acht u de in dit hoofdstuk beschreven terugvalopties

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

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?

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?

Consultatievraag 14:

Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van producenten van multi-source geneesmiddelen? Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?

Consultatievraag 15:

Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van producenten van single-source geneesmiddelen? Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?

Consultatievraag 16:

Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van groothandelaren? Welke invloed heeft dit op de consumentenbelangen?

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?

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?

Consultatievraag 19:

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

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?

Consultatievraag 21:

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

Consultatievraag 22:

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

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 apothekhoudende (in het kader van het FTO) bij het tot stand brengen van gewenste substitutie naar doelmatige geneesmiddelen?

Consultatievraag 25:

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

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?

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?

Consultatievraag 28:

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

Consultatievraag 29:

Welke andere ontwikkelingen zijn van belang bij (on)gewenste substitutie?

Consultatievraag 30:

Hoe beoordeelt u het huidige kwaliteitsniveau van de extramurale farmacotheapeutische zorg in Nederland? Waarop baseert u dit oordeel?

Consultatievraag 31:

Hoe belangrijk is zorgadvisering in de apotheek? Waaruit bestaat deze advisering? Wat is hierbij de (vanuit de consument gezien) gewenste rol van de apotheker?

Consultatievraag 32:

Kunnen deze taken gemakkelijk worden overgenomen door andere zorgaanbieders zoals huisartsen?

Consultatievraag 33:

Hoe belangrijk is de apotheker binnen het FTO? Wat zouden de consequenties zijn indien apothekhoudenden niet langer actief participeren in het FTO?

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?

Consultatievraag 35:

Is er een (tijdelijke of structurele) rol weggelegd voor overheidsregulering van de tarieven voor zorgadvisering door apothekhoudenden?

Consultatievraag 36:

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

Consultatievraag 37:

Hoe beoordeelt u de huidige bereikbaarheid van apotheken in Nederland?

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 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?

Consultatievraag 41:

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

Consultatievraag 42:

In hoeverre kunnen alternatieve distributievormen (bijvoorbeeld internetapotheken) een eventuele afname van het aantal apotheken beïnvloeden?