

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Amerongen, Aerdenhout
28 februari 2013

Geachte mevrouw Schippers,

U hebt ons op 2 januari 2013 aangesteld als “Verkenners extramurale farmaceutische zorg”. In deze brief beantwoorden wij uw vraag of *“partijen, met inachtneming van elkaars verantwoordelijkheden in onderling overleg en onderhandelingen in staat zijn om tot zodanige uitkomsten te komen dat enerzijds sprake is van het doorzetten van noodzakelijke veranderingen en vernieuwingen in de extramurale farmaceutische zorg en anderzijds patiënten onbelemmerd toegang hebben en houden tot farmaceutische zorg van de vereiste kwaliteit tegen aanvaardbare kosten?”*

In de achterliggende weken hebben wij gesproken met een groot aantal betrokken partijen, namelijk de NPCF en de Consumentenbond, de KNMP en ASKA, Bogin, BG Pharma, de NVZA en NVPF, Optima Farma, de LVG en de apotheekhoudende afdeling van de LHV, en Zorgverzekeraars Nederland en individuele zorgverzekeraars. Bovendien hebben wij kennis genomen van relevante rapporten en documenten alsmede van alle informatie die ons via een voor dit doel geopende digitale postbus werd aangereikt. Door de openhartige gesprekken kregen wij een helder beeld van de huidige situatie, de nieuwe ontwikkelingen en de strategische onderwerpen op de markt voor extramurale farmaceutische zorg. Onze bevindingen en aanbevelingen zoals verwoord in deze brief hebben wij gedeeld met genoemde partijen.

De kortst denkbare samenvatting van ons antwoord op uw vraag is: “ja”. De centrale kwestie in uw taakopdracht is of het systeem van vrij onderhandelbare prijzen in de extramurale farmaceutische zorg kan worden voortgezet. Wij denken dat dat kan. Wij hebben met genoeg geconstateerd dat alle veldpartijen een soortgelijk toekomstbeeld voor ogen staat. Wij zijn ervan overtuigd dat zij gezamenlijk in staat zijn om die gewenste toekomst te realiseren. Wel constateren wij dat verschillende spelers nog moeten wennen aan de nieuwe situatie van vrij onderhandelbare prijzen en dat er nog veel ruimte voor verbetering is. Ook is het wenselijk en haalbaar dat de dynamiek van de markt meer dan nu bijdraagt aan de maatschappelijke doelstellingen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Recente ontwikkelingen in de extramurale farmaceutische zorg

Positieve ontwikkelingen

Er is de afgelopen jaren veel veranderd in de extramurale farmaceutische zorg. Door de vrije prijsvorming en het al langer bestaande preferentiebeleid zijn allerlei wijzigingen in gang gezet. Het belangrijkste positieve effect is dat niet alleen de prijzen van afzonderlijke geneesmiddelen zijn gedaald maar dat ook de totale uitgaven aan geneesmiddelen ten opzichte van voorgaande jaren zijn gezakt, terwijl alle andere zorgsectoren fors duurder werden. De NZa raamt de totale besparingen door het preferentiebeleid op 0,75 tot 0,9 miljard in de afgelopen vijf jaar. De effecten van de vrije prijzen in 2012 komen hier nog bij. Dit alles heeft er aan bijgedragen dat in Nederland verhoudingsgewijs veel minder aan geneesmiddelen wordt uitgegeven dan in omliggende landen.

Een tweede positief effect zou moeten zijn dat veldpartijen meer ruimte krijgen om te innoveren, hun bedrijfsvoering te verbeteren en optimaal in te spelen op de wensen van de patiënten en verzekerden. Door het wegvallen van belemmeringen in (tarief)regelgeving zijn inderdaad mogelijkheden voor nieuwe business modellen ontstaan, met name op het terrein van de distributie. Hierbij denken wij aan Baxteringmethoden voor het leveren van weekdoseringen aan patiënten, uitgifte automaten, central filling en het instellen en contracteren van een distributievergoeding voor de groothandelsfunctie.

Mede als gevolg van deze ontwikkelingen scoort Nederland op kwaliteit goed in vergelijking met andere landen. Uit alle onderzoeken naar de tevredenheid van patiënten komt naar voren dat de overgrote meerderheid van de ondervraagden tevreden tot zeer tevreden is.

Wij constateren, kortom, dat de sector goed presteert tegen lage kosten en dat de patiënten tevreden zijn. Maar alle partijen die wij gesproken hebben zien nog veel mogelijkheden tot significante verbeteringen van de kwaliteit van de zorg en van de doelmatigheid van de sector als geheel. Zij zijn bereid om hun schouders daaronder te zetten.

Knelpunten

Naast de positieve ontwikkelingen ervaren de veldpartijen in wisselende mate ook knelpunten. Deze vormden de directe aanleiding tot deze verkenning. Niet altijd is even duidelijk hoe de feitelijke situatie zich tot deze zorgen verhoudt. Op onderdelen is nader onderzoek gewenst.

Contractering

Een eerste bron van onvrede betreft de gang van zaken tijdens de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en apothekers. Over het algemeen zijn de zorgverzekeraars tevreden, ook al zien zij verbeterpunten waar het gaat om het eerder laten plaatsvinden van het gehele onderhandelingsproces. Bij de apothekers wisselen de ervaringen, maar overheerst het ongenoegen. Breed leeft het gevoel geen tegendruk te kunnen bieden aan de zorgverzekeraars. Ook vinden de apothekers dat de zorgverzekeraars te weinig farmaceutische zorg inkopen. Bij de start van de vrij onderhandelbare prijzen hadden ze positieve verwachtingen van de contractering hiervan. Na het eerste jaar tonen ze zich hierover – met enige uitzonderingen - ernstig teleurgesteld.

Preferentiebeleid

De grootste onvrede concentreert zich rond het preferentiebeleid. Apothekers klagen over een gebrekkige leveringszekerheid van geneesmiddelen die hiervan het gevolg zou zijn. Gezien de grote zorg van apothekers hierover is dringend onderzoek gewenst. Het preferentiebeleid mag niet leiden tot een te kort schietende leveringszekerheid van geneesmiddelen aan patiënten.

Daarnaast zou het preferentiebeleid leiden tot een veel hogere werkdruk. Apothekersassistenten geven indringend aan dat ze steeds meer tijd kwijt zijn aan de uitleg van het beleid van de zorgverzekeraar en aan het geruststellen van patiënten wanneer een medicijn weer eens van doosje en kleur is gewisseld. Samen met de apothekers vrezen zij dat patiënten de weg in hun medicatie kwijt raken met uiteindelijk negatieve gevolgen voor hun gezondheid.

Hier is de ernst van de feiten niet altijd even duidelijk. Zo kunnen de vertegenwoordigers van consumenten en patiënten deze negatieve gevolgen van het preferentiebeleid niet bevestigen. Zij hebben echter beperkt zicht op de cliëntervaringen in de extramurale farmaceutische zorg. De kwaliteitsinformatie vanuit het perspectief van de patiënten is beperkt en hun vertegenwoordigers spelen in deze sector slechts een bescheiden rol.

De belangrijkste implicatie van het preferentiebeleid is dat het traditionele bedrijfsvoeringsmodel van de openbare apotheek erdoor wordt ondermijnd. Vanouds combineerde de apotheker de handel in geneesmiddelen met de zorg voor patiënten. Met winsten uit deze handel en kortingen en bonussen van fabrikanten en groothandelaars konden apothekers niet alleen een florerend bedrijf exploiteren, maar ook de verliesgevende patiëntenzorg financieren. Door de sterke daling van de prijzen is de handel in een groot deel van de geneesmiddelen voor de meeste apotheken nu niet winstgevend meer en staan de bedrijfsvoering en de patiëntenzorg onder druk. Apothekers bezuinigen op personeel, en de werkdruk onder apothekersassistenten neemt toe.

Een gedegen financiële analyse op de kortst mogelijke termijn door bijvoorbeeld de NZa naar de financiële positie van apothekers is bijzonder gewenst. Volgens de apothekers staat het water velen van hen financieel aan de lippen. Een groot aantal apotheken zegt failliet te zullen gaan als er niet snel iets verandert. Op grond van de aan ons aangeleverde stukken hebben wij helaas onvoldoende inzicht in de financiële situatie van apothekers kunnen krijgen om hierover uitspraken te doen. Zolang hierover geen duidelijkheid bestaat blijft dit een wrijvingspunt tussen apothekers en zorgverzekeraars.

Door het preferentiebeleid zijn ook voor de groothandelaren de marges steeds kleiner geworden. De distributiekosten kunnen binnen het huidige businessmodel, van marge op de apotheek inkoopprijzen, bijna niet meer worden terugverdiend. Uit kosten oogpunt houden groothandels en apothekers daarom steeds kleinere voorraden aan, mede waardoor leveringsproblemen ontstaan. Sommige zorgverzekeraars onderkennen dit en hebben op basis van hun zorgplicht met de groothandel een distributievergoeding afgesproken.

Taakverdeling eerste en tweede lijn

Een andere belangrijke ontwikkeling betreft de verschuiving van een deel van de geneesmiddelenverstrekking naar de ziekenhuizen. Voor een deel gaat het om een bewuste keuze van de minister om de verstrekking van medisch-specialistische geneesmiddelen via het ziekenhuis te laten verlopen, waarbij er overigens ziekenhuizen zijn die hiervoor contracten sluiten met openbare apothekers. Voor een ander deel wordt dit veroorzaakt door de opkomst en sterkere positionering van de poliklinische apotheken die voorzien in door medisch-specialisten voorgeschreven geneesmiddelen. Door deze ontwikkelingen dreigt de markt voor de openbare apotheek kleiner te worden. Daar staat overigens wel tegenover dat er door de vergrijzing steeds meer oudere patiënten bijkomen. Het aantal recepten dat door openbare apothekers en hun assistenten werd afgehandeld is de laatste jaren dan ook sterk toegenomen.

Kwaliteit van medicatie overdracht

Hoewel Nederland in sommige internationale vergelijkingen genoemd wordt, noemden al onze gesprekspartners dat de kwaliteit van de farmaceutische zorg nog veel beter kan. Met name de overdracht van medicatie en medicatiegegevens tussen de verschillende zorgverleners zou nog veel beter kunnen, zowel binnen de eerste lijn als tussen ziekenhuizen en openbare apotheken. Volgens de IGZ zijn daarmee veel incidenten te voorkomen en is nog veel gezondheidswinst voor de patiënten te behalen.

Wij concluderen dat door de vrije prijsvorming een dynamiek is ontstaan die enerzijds tot grote maatschappelijke besparingen heeft geleid, maar anderzijds ook een aantal minder gewenste ontwikkelingen tot gevolg heeft gehad. De extramurale farmaceutische zorg vervult een cruciale rol binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Wij vinden het essentieel dat de dynamiek in deze sector in goede banen wordt geleid, zodat de besparingen in stand blijven en de knelpunten verdwijnen.

Toekomstperspectief voor de extramurale farmaceutische zorg

Tot ons genoegen kwamen wij bij alle partijen een identiek langetermijnperspectief tegen, uiteraard met variatie in de detaillering. In deze visie heeft de extramurale farmaceutische zorg een essentiële plaats binnen de Nederlandse gezondheidszorg. De patiënt en zijn gezondheid staan daarbij centraal. Iedere patiënt heeft recht op farmaceutische zorg van uitstekende kwaliteit die bovendien goed beschikbaar en toegankelijk is. Dit zien we terug in beleid en financieringsvormen waarvan de focus verschuift van ziekte en zorg in de richting van gezondheidswinst. Bij innovaties moet meer dan voorheen rekening worden gehouden met de patiënt, zowel waar het diens wensen betreft als met betrekking tot zijn eigen verantwoordelijkheid voor een goed en gepast gebruik van de zorg.

Van groot belang voor de toekomst is de doorgaande extramuralisatie van de zorg. Steeds meer zorgafhankelijke ouderen blijven zelfstandig wonen, ook al nemen hun gezondheidsproblemen en medicijngebruik toe. De zorg van de toekomst zal zoveel mogelijk zorg zijn in de buurt van de patiënt.

Een sterke, geïntegreerde eerstelijnszorg vormt de spil van een toekomstbestendige gezondheidszorg. Alle partijen zijn het erover eens dat bestaande schotten moeten verdwijnen en dat tussen de verschillende beroepsgroepen veel moet worden samengewerkt. Nauwe samenwerking tussen apotheker en huisarts kan leiden tot een veel betere patiëntenzorg tegen minder kosten.

Wij verwachten dat de rol van de openbare apotheker in de toekomst verder zal veranderen. Eerder was de rol van de apotheker vooral het bereiden van geneesmiddelen. Tegenwoordig ligt de focus sterk op het verstrekken van geneesmiddelen. Bij een kwalitatief hoogstaande extramurale farmaceutische zorg hoort een apotheker die vooral zorgverlener is. Een zorgverlener die weet of een patiënt een juist middel krijgt, die toezicht houdt op de totale medicatie van een patiënt, de therapietrouw bewaakt en die samenwerkt met andere zorgverleners in de eerste en de tweede lijn. Wij vinden het belangrijk dat de apotheker als professional kan functioneren en dat deze in de eerstelijnszorg van de toekomst een centrale rol zal spelen. De apotheker van de toekomst is de specialist voor farmaceutische zorgverlening.

Visie van de verkenner en aanbevelingen voor de toekomst

Deze verkenning volgt relatief snel na de liberalisering van de extramurale farmaceutische zorg op 1 januari 2012. Wij vinden het lastig om vast te stellen of er voldoende evenwicht bestaat tussen vragers en aanbieders. Uiteraard achten wij het van belang dat de professionaliteit van de apotheker kan floreren binnen de nieuwe marktomstandigheden. De NZa zal dit kritisch moeten volgen.

Hieronder geven wij onze visie op de huidige marktsituatie, vergezeld van enkele aanbevelingen voor de toekomst. Wij vinden dat vooral de veldpartijen aan zet zijn om gezamenlijk een toekomstbestendige farmaceutische zorg tot stand te brengen. Zij zijn er het beste toe in staat, vanuit de gedeelde toekomstvisie die wij hierboven constateerden. De rol van de overheid kan dan beperkt blijven tot het faciliteren en stimuleren van de veldpartijen. Wij vatten onze visie en adviezen in vier punten samen en gaan daarbij in op de rol van de verschillende partijen.

1. Liberalisering stelt nog verdere opgaven

De liberalisering van de extramurale farmaceutische zorg heeft op 1 januari 2012 een volgende fase bereikt met de introductie van vrij onderhandelbare prijzen. Veel apothekers en zorgverzekeraars zijn sindsdien

nog op zoek naar de invulling van hun nieuwe rol. Apothekers willen geen contracten weigeren omdat ze vanuit hun professionele beroepshouding een zorgplicht ervaren en omdat ze bang zijn om bestaande klanten en bestaande zekerheid te verliezen. Zorgverzekeraars onderkennen de problemen van apothekers, maar zijn niet snel bereid om individuele apotheken te hulp te komen wanneer andere zorgverzekeraars daar ook van profiteren. Beide partijen moeten er samen uitkomen, maar er zijn momenten waarop zij elkaar min of meer gevangen houden. Daardoor stagneren wenselijke ontwikkelingen en worden maatschappelijke doelen niet gehaald.

We constateren dat beide partijen zich willen inzetten om deze dilemma's te doorbreken in hun streven naar betere farmaceutische zorg. In de dynamiek van de markt en onder druk van preferentiebeleid ontstaan al nieuwe samenwerkings- en organisatievormen. Zo onderhandelen steeds meer apothekers gezamenlijk of met gebruik van een zorgmakelaar. Er is bijvoorbeeld een marktpartij die functioneert als hoofdaannemer voor meer dan 650 apothekers om gezamenlijk hun positie tegenover zorgverzekeraars te versterken. Deze apothekers zijn vaak meer tevreden over de afgesloten contracten. Apothekers maken steeds ook meer deel uit van een geïntegreerde eerstelijnszorg en er zijn vele apothekers die projecten starten met zorgverzekeraars met als doel de patiëntenzorg te verbeteren. Cruciaal hierbij is dat de apothekers transparant zijn over de zorgprestaties en resultaten die zij leveren en zich daarbij toetsbaar opstellen.

Ook zorgverzekeraars werken aan de kwaliteit en innovatie van zorg door dit steeds meer een onderdeel te laten zijn van het inkoopproces. Wel vinden wij dat zorgverzekeraars dit nog meer kunnen doen door op maat gemaakte contracten. De markt is daar na een eerste fase, waarin vooral op de prijs gestuurd werd, ook aan toe. De prijsverlagingen waren weliswaar in het belang van de premiebetaler, maar de kwaliteit van zorg mag uiteraard niet in het gedrang komen. Eerder gaven we aan dat de IGZ verontrust is over een in haar ogen te geringe inkoop van zorgprestaties rondom medicatieoverdracht, terwijl de inkoop van zorg op het gebied van therapietrouw en preventie wellicht van nog groter belang is. Tot slot mag het niet zo zijn dat door het preferentiebeleid de lokale en tijdige beschikbaarheid van geneesmiddelen in het geding komt. De onomstreden wettelijke zorgplicht van zorgverzekeraars op dit terrein biedt het aanknopingspunt om dergelijke situaties efficiënter te voorkomen dan thans het geval lijkt. Daarbij constateren wij dat de exacte invulling van de zorgplicht her en der ruimte biedt voor verschillende interpretaties. Zo kan de zorgplicht van zorgverzekeraars bij de inkoop van acute farmaceutische zorg nader worden gepreciseerd.

We zien voldoende positieve ontwikkelingen om de liberalisering van de extramurale farmacie markt te handhaven. Alle partijen leveren daarvoor forse inspanningen. Als het gaat om de marktverhoudingen adviseren wij voor de komende tijd om extra werk te maken van het opstellen en naleven van aangescherpte good contracting practices, die een basis kunnen vormen voor het onderlinge vertrouwen. Belangrijk is ook dat de zorgverzekeraars ruimte maken voor op maat gesneden contracten om innovatie te bevorderen. Contracten moeten evenwichtig en compleet zijn. Om slechts een voorbeeld te noemen: tegenover de aanwijzing van een preferent middel dient de garantie te staan dat dit middel ook tijdig geleverd zal worden. Graag geven wij ook de verdere ontwikkeling van meerjarige contracten in overweging. Deze kunnen bijdragen aan een zekere rust die nodig is om te investeren in kwaliteit en innovatie.

Voor een goede werking van de markt zijn heldere en realistische verwachtingen belangrijk, alsmede volledige transparantie over de prestaties en resultaten die geleverd worden. Wij dagen de veldpartijen uit om hier nog meer werk van te maken. Dit geldt in het bijzonder voor de informatievoorziening aan de patiënt. Deze moet duidelijkheid hebben over de farmaceutische zorgprestaties op het moment dat hij zijn

polis afsluit of verlengt. Wij adviseren de vertegenwoordigers van de patiënten te proberen om hun rol hierbij te versterken.

Wij leggen het primaat bij de veldpartijen. Maar in deze beginfase van liberalisering vraagt dit nog wel om een overheid die actief partijen stimuleert en faciliteert. Leidend daarbij is een heldere en aansprekende toekomstvisie waarin de patiënt centraal staat. Wij adviseren de minister om deze visie, zoals hierboven aangeduid, samen met het veld verder uit te werken en uit te dragen. Om de markt soepeler te laten werken adviseren wij de minister om een georganiseerd overleg in te stellen waaraan alle relevante veldpartijen onder voorzitterschap van de minister deelnemen: patiënten, fabrikanten, groothandels, apotheken en zorgverzekeraars. Hier kan al op korte termijn mee gestart worden. We denken dat dit overleg 1 à 2 keer per jaar zal moeten plaatsvinden. Dit georganiseerd overleg geeft alle partijen de mogelijkheid om met elkaar te spreken over hoe het systeem van de extramurale farmaceutische zorg in zijn totaliteit werkt. Mogelijke negatieve gevolgen kunnen hier worden besproken. Zo kunnen, veel beter dan nu, bestuurlijke afspraken worden gemaakt om knelpunten op te lossen. Dit is bovendien het escalatiepad als de verhoudingen tussen partijen verstoord dreigen te raken.

De overheid heeft verder de belangrijke taak om juridische belemmeringen weg te nemen die de marktwerking verstoren. Wij denken overigens niet dat die er nu zijn. Maar mochten deze een rol gaan spelen, dan zien wij in het georganiseerd overleg een prima middel om ze aan de orde te stellen.

Een ernstige belemmering betreft thans wel de uitwisselbaarheid van patiëntengegevens tussen zorgverleners. Deze is op dit moment nog ontoereikend, terwijl die voor werkelijk geïntegreerde zorg wel cruciaal is. Verbetering hiervan lijkt niet vanzelf tot stand te komen. Wij zien hier een voorwaardenscheppende rol voor de overheid die met prioriteit ter hand moet worden genomen.

2. Distributie en zorg kennen elk hun eigen dynamiek

De extramurale farmaceutische zorg kenmerkt zich ten opzichte van andere zorgsectoren door de koppeling van distributie en zorg. Beide zijn belangrijk, en kennen hun eigen dynamiek. Daarbij hoort een passende financiering. Uit het oogpunt van de gewenste professionalisering van zowel de distributie als de zorgprestaties adviseren wij om de kruissubsidiëring tussen distributie en zorg zo veel mogelijk te elimineren. Innovaties die de distributie verbeteren of goedkoper maken mogen niet belemmerd worden door een koppeling met zorgtaken. De distributie van geneesmiddelen dient op een redelijke en transparante wijze gefinancierd te worden. Omgekeerd mag de ontwikkeling van zorgtaken en bijvoorbeeld de integratie daarvan met de activiteiten van andere zorgverleners niet belemmerd worden door het ontbreken van financiering uit de opbrengsten van die distributie.

Innovaties in de distributie kunnen betrekking hebben op internetapotheken en andere nieuwe vormen van distributie via de detailhandel, zoals drogisten en supermarkten, uitdeelposten en uitgifteautomaten. Ook de ontwikkeling van central filling en Baxtersystemen kan in dit verband worden genoemd. Bij deze systemen worden al vroeg in de distributieketen de geneesmiddelen op maat verpakt voor individuele patiënten. Bovenop de distributievoordelen bieden deze verpakkingen ook een oplossing voor het probleem van de steeds weer andere doosjes en de onvrede van de patiënten daarover. Ze kunnen bevorderlijk zijn voor de therapietrouw.

Met betrekking tot de groothandel hebben wij vastgesteld dat de veldpartijen al werken aan een oplossing voor de smalle distributiemarges, in de vorm van een contracteerbare distributievergoeding. Wij hebben er

vertrouwen in dat de veldpartijen er in zullen slagen om een duurzame oplossing te realiseren. Van grote betekenis daarbij achten wij de zorgplicht van de zorgverzekeraar, die ook de verantwoordelijkheid voor de tijdige leverbaarheid van de geneesmiddelen omvat. Indien daar behoefte aan is, kan in het georganiseerd overleg een nadere invulling aan deze zorgplicht worden gegeven.

De scheiding van distributie en zorgtaken heeft als groot voordeel dat de apothekers veel meer toekomen aan waarvoor zij uiteindelijk zijn opgeleid: de beste farmaceutische zorg voor hun patiënten. Zij kunnen veel meer werk maken van hun professie en hun expertise komt beter tot zijn recht. In dit verband kan ook worden gedacht aan een herschikking van taken tussen apothekers, assistenten en farmaceutisch consulenten, alles in het licht van het toekomst beeld van de geïntegreerde eerstelijnszorg

3. Preferentiebeleid kan met aanpassingen gehandhaafd blijven

Wij vinden dat de voordelen van het preferentiebeleid opwegen tegen de nadelen. De verdiensten van het preferentiebeleid staan ook bij geen enkele veldpartij ter discussie. Wel is de naam inmiddels met zoveel negatieve emoties omgeven dat wij suggereren om op een andere terminologie over te stappen. Er zal iets moeten gebeuren om de negatieve gevolgen te verminderen.

In dit verband werd door sommige gesprekspartners gesproken over “doorgeschoten preferentiebeleid”. Wij constateren dat het preferentiebeleid moet resulteren in een zo kort mogelijke periode na het verlopen van de octrooibeschermt. Van belang is dat nieuwe aanbieders kunnen toetreden en dat de prijs van geneesmiddelen snel daalt naar het laagst mogelijke niveau. Van de veldpartijen hebben wij vernomen dat die periode hooguit twee jaar omvat en in veel gevallen beduidend korter is. Na de initiële prijsdaling vallen er via het preferentiebeleid na enige tijd nog maar zeer beperkte voordelen te behalen. In de praktijk zien we dan ook dat zorgverzekeraars sommige middelen na verloop van tijd weer uit het preferentiebeleid halen. Cruciaal is dan wel, dat de prijs ook in die fase op een aanvaardbaar niveau blijft.

Het is ten principale aan de individuele zorgverzekeraar om te bepalen wanneer de prijs voldoende is gedaald en een middel “uit preferentie” kan gaan. Van belang is dat de fabrikanten na de afloop van het preferentiebeleid passend druk blijven ervaren om voor de laagste prijs te gaan (waarbinnen voor de apotheker weer een zekere keuzevrijheid ontstaat), en dat nieuwe toetreders reële kansen blijven krijgen. Wanneer de prijzen na afloop van de fase van het aanbestedingsbeleid vrij worden gelaten, bestaat een reëel risico dat deze na verloop van tijd meer zullen stijgen dan op basis van productiekosten mag worden verwacht. Om dit te voorkomen moeten zorgverzekeraars in geval van onterechte prijsstijgingen kunnen teruggrijpen op hun eerdere preferentiebeleid.

Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn om na afloop van de aanbestedingsfase een zekere vorm van prijsregulering in te voeren. Op grond van verschillende voorstellen die wij van hen ontvangen hebben denken wij dat de veldpartijen uitstekend in staat zullen zijn om op basis van zelfregulering zo'n systeem te ontwerpen. Komen zij er niet uit, dan zou de minister een rol kunnen spelen. Het georganiseerd overleg kan voorzien in de noodzakelijke monitoring van hoe het vernieuwde preferentiebeleid in totaliteit op systeemniveau uitwerkt.

Bij alles geldt dat transparantie voor de patiënt essentieel is. Wij onderkennen dat op een concurrerende markt een zekere spanning bestaat tussen contractgeheim en transparantie. In de extramurale farmacie wordt dit gecompliceerd door de verhouding tussen fabrikant, zorgverzekeraar, zorgaanbieder en patiënt. Er is daarom niet een eenvoudige oplossing voor de spanning tussen hetgeen een zorgverzekeraar met de

fabrikant afspreekt en wat de patiënt daarvan weet. Wij roepen de veldpartijen op om een juiste balans te zoeken tussen de prijsinformatie die voor de patiënt van belang is en de contracten die met fabrikanten en apothekers worden gesloten.

4. Apothekers moeten vooral farmaceutische zorg verlenen

In het centrum van de extramurale farmaceutische zorg staat de zorgverlening. Toch komt deze nog te weinig uit de verf. Daarvoor is niet zomaar één oorzaak aan te wijzen. Het is veel belangrijker om naar de toekomst te kijken. In onze visie is de toekomst van de extramurale farmaceutische zorg onlosmakelijk verbonden aan een verdere integratie met de overige delen van de eerstelijnszorg en dan met name de huisartsenzorg. Daarvoor zijn meerdere opties denkbaar, variërend van netwerkachtige samenwerkingsverbanden tot een volledige integratie, waarbij zowel artsen als apothekers werkzaam zijn in een gezondheidscentrum. De optimale vorm verschilt per regio en per situatie. In onze optiek zijn de veldpartijen verantwoordelijk voor de ontwikkeling van geschikte bedrijfs- en financieringsmodellen. Mogelijk bieden de pilots voor populatiegebonden bekostiging aanknopingspunten voor geïntegreerde bekostiging.

Voor de inhoud van de zorgverlening adviseren wij een verdere uitwerking van de zorgprestaties die door de NZa in samenspraak met het veld zijn ontwikkeld. Wij vinden het van groot belang dat de vertegenwoordigers van de patiënten structureel bij de ontwikkeling en monitoring van deze zorgprestaties betrokken zijn. Op alle terreinen van de zorg, zoals optimalisering van de farmacotherapie, doelmatig voorschrijven, medicatiebewaking en therapietrouw, zijn nog aanzienlijke verbeteringen mogelijk. Deze zijn niet alleen in het belang van de patiënt, maar ook van de zorgverzekeraar. Los van zijn zorgplicht heeft de zorgverzekeraar ook een financieel belang bij de verdere ontwikkeling en toepassing van de zorgprestaties. Wij roepen de zorgverzekeraars daarom op om meer werk te maken van de contractering van deze zorgprestaties en daarin waar mogelijk voor maatwerk te kiezen.

De zorgprestaties die de overdracht van patiënten en hun medicatie betreffen dienen verder ontwikkeld te worden in samenwerking met vertegenwoordigers van de medisch specialisten, de ziekenhuisapotheken en de poliklinische apotheken. Overdracht veronderstelt daarbij dat zowel de tweede als de eerste lijn bij de ontwikkeling en contractering van deze prestaties zijn betrokken. Algemeen geldt dat de financiële prikkels gericht moeten zijn op zinnige en zuinige zorg. Onterechte zorg moet ontmoedigd worden, zinnige zorg moet niet belemmerd worden. In dit verband verdient het overweging om bepaalde zorgprestaties, zoals de medicatiebeoordeling, buiten het verplichte eigen risico van de verzekerde te laten vallen.

De apotheker is primair een zorgverlener. Wij vinden die zorgverlening van groot belang, niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de zorgverzekeraar en de samenleving als geheel. Wij vinden ook dat de veldpartijen nog veel meer werk van deze zorgverlening kunnen maken. De apothekers kunnen veel meer dan waartoe ze nu in staat worden gesteld. Wij pleiten voor innovatie in de verdere ontwikkeling en contractering van de zorgprestaties, en roepen alle partijen – zorgverzekeraars, apothekers en zorggebruikers – op om hierbij een passende rol te spelen.

De zorg behoort primair tot de professionele verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders. De overheid ziet daar via de IGZ op toe en kan daarnaast maatregelen nemen die de transparantie van de zorgprestaties voor de patiënt vergroten. Daarnaast heeft de overheid een belangrijke voorwaardenscheppende rol. In dit verband adviseren wij de minister om maatregelen te treffen die de uitwisseling van patiënt- en medicatiegegevens tussen zorgverleners verder bevorderen. De veldpartijen zijn daar zelf onvoldoende toe

in staat. Voor het welslagen van de liberalisering van de gezondheidszorg is een voor iedere zorgverlener elektronisch toegankelijke uitwisseling van patiëntgegevens een cruciale voorwaarde.

Besluit

De minister stelde ons de vraag of de veldpartijen zelf in staat zijn om een duurzame en kwalitatief hoogstaande farmaceutische zorg tot stand te brengen. Wij beantwoorden deze vraag volmondig met “ja”. Tijdens onze verkenning werden wij meermalen plezierig getroffen door allerlei positieve ontwikkelingen. Wij proefden bij iedereen de wil om de schouders te zetten onder het gezamenlijke toekomstbeeld, zowel individueel als met elkaar. In het door ons bepleite gezamenlijk overleg kan verantwoordelijkheid gedeeld worden voor de route daar naartoe.

Wij danken iedereen die wij tijdens deze verkenning mochten ontmoeten voor hun openheid en inspiratie, en vertrouwen erop dat we met deze verkenning kunnen bijdragen aan een toekomst van de extramurale farmaceutische zorg die zowel innovatief als doelmatig en duurzaam is.

Robert Reibestein
Alexander Rinnooy Kan