

**Monitor**

## **Werking farmaciemarkt**

Analyse van de ontwikkelingen op de farmaciemarkt

december 2008



## Inhoud

<b>1. Vraagstelling en werkwijze</b>	<b>9</b>
1.1 Aanleiding	9
1.2 Doelstelling monitor	9
1.3 Vraagstelling	9
1.4 Werkwijze & informatiebronnen	10
1.5 Leeswijzer	11
<b>2. Ontwikkelingen farmaciemarkt (structuur en gedrag)</b>	<b>13</b>
2.1 Inleiding	13
2.2 Historie	13
2.3 Marktstructuur	16
2.4 Ontwikkelingen	19
<b>3. Toezicht op de farmaciemarkt</b>	<b>23</b>
3.1 Inleiding	23
3.2 NZa	23
3.3 IGZ	23
3.4 NMa	24
<b>4. Toegankelijkheid: distributie van geneesmiddelen en financiële toegankelijkheid</b>	<b>25</b>
4.1 Inleiding	25
4.2 Toegankelijkheid algemeen	25
4.3 Distributievormen	28
4.4 Klinische ziekenhuisapothek	37
4.5 Toegankelijkheidsanalyse farmaceutische zorg	38
4.6 Groothandel	39
4.7 Fabrikanten/unieke leveringen	39
4.8 Conclusie toegankelijkheid	41
<b>5. Betaalbaarheid: inkoop van geneesmiddelen en bedrijfsvoering</b>	<b>43</b>
5.1 Inleiding	43
5.2 Ontwikkelingen geneesmiddelenprijzen en volumes	43
5.3 Bedrijfsvoering apothekhoudenden	48
5.4 Macrobetalbaarheid	51
5.5 Betaalbaarheid algemeen	54
5.6 Conclusie betaalbaarheid	55
<b>6. Kwaliteit: Farmaceutische patiëntenzorg</b>	<b>57</b>
6.1 Inleiding	57
6.2 Kwaliteit algemeen	57
6.3 Productkwaliteit	58
6.4 Kwaliteit van de organisatie	59
6.5 Kwaliteit voor de patiënt	61
6.6 Conclusies kwaliteit/farmaceutische patiëntenzorg	65
<b>Bijlage 1. Verklarende woordenlijst</b>	<b>67</b>
<b>Bijlage 2. Lijst met gespreksgroepen</b>	<b>69</b>



## Vooraf

Voor u ligt de eerste monitor Werking Farmaciemarkt. De monitor is een van de middelen die de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) gebruikt om inzicht te krijgen in ontwikkelingen van markten, in dit geval de farmaciemarkt. Met haar monitoractiviteiten bekijkt de NZa de ontwikkelingen op een zorgmarkt gedurende een heel jaar.

Voor de farmaceutische markt bestond nog geen aparte monitor. De ontwikkelingen op deze markt in de tweede helft van 2008, creëerde de behoefte daaraan. Het door zorgverzekeraars per 1 juli 2008 ingevoerde individuele preferentiebeleid zorgde voor een aantal drastische verschuivingen.

De NZa hecht bij ieder advies over een markt belang aan een actueel beeld van deze markt. Dit heeft de NZa doen besluiten tot een tussentijdse, verkorte monitor werking farmaciemarkt.

Deze monitor richt zich met name op de recente ontwikkelingen en de gevolgen daarvan op de publieke doelen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Deze monitor is tot stand gekomen met behulp van diverse gegevensbronnen. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere instanties zijn hierbij behulpzaam geweest. Voor een overzicht van de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de managementsamenvatting.

Door de korte doorlooptijd van de monitor (drie maanden) is deze minder uitgebreid dan gewoonlijk. De NZa beschouwt deze monitor als een eerste inzicht, een zogeheten nulmeting. De monitoractiviteiten op de farmaceutische markt zullen in 2009 verder worden uitgebreid.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

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



## Managementsamenvatting

In 2008 is veel gebeurd op de farmaciemarkt. Begin juli 2008 werd een nieuwe bekostiging ingevoerd. In plaats van een uniforme vergoeding per recept is een gedifferentieerde receptregelvergoeding ingevoerd met twee basisprestaties en vier aanvullende prestaties. Daarnaast is in juli 2008 het individuele preferentiebeleid door een aantal zorgverzekeraars ingevoerd. Deze monitor richt zich in belangrijke mate op (de gevolgen van) het preferentiebeleid.

Omdat hier sprake is van zeer recente ontwikkelingen geeft de monitor een eerste indicatie van de effecten. Dit heeft te maken met de volatiliteit van de markt en de beperkte beschikbaarheid van feitelijke gegevens. De NZa zal de farmaciemarkt dan ook nauwlettend blijven monitoren en jaarlijks een monitorrapportage uitbrengen om op deze wijze de effecten steeds beter te kunnen duiden. Daarnaast zal de NZa in de eerste helft van 2009 aanvullend kostenonderzoek doen naar de exacte gevolgen van het preferentiebeleid. De uitkomsten hiervan worden uiteraard opgenomen in de monitor.

Het preferentiebeleid heeft betrekking op multi-source geneesmiddelen, middelen die door meer dan één producent worden gemaakt. Preferentiebeleid betekent dat bij multi-source geneesmiddelen een zorgverzekeraar niet al die producten hoeft te vergoeden, maar slechts minimaal één van die producten.

Tot voor kort werden op multi-source geneesmiddelen grote kortingen gegeven. Dit gebeurde omdat het voor deze producten aan de apotheker was, om te bepalen welk middel een patiënt krijgt. Producenten concurreerden met elkaar om in de gunst van de apotheker te komen door het bieden van hoge marges, de zogenaamde margeconcurrentie. De patiënt en zijn verzekeraar betalen echter de lijstprijs (de tax). Hierdoor waren de prijzen van generieke middelen in Nederland in vergelijking met het buitenland relatief duur.

Preferentiebeleid heeft hier voor veel producten een einde aan gemaakt. De prijzen die patiënten en verzekeraars voor de onder het preferentiebeleid vallende producten betalen, zijn sterk gezakt, tot wel 90%. De kortingen op deze producten zijn nagenoeg verdwenen.

Deze monitor richt zich met name op deze recente ontwikkelingen en de gevolgen daarvan voor de publieke doelen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

### *Toegankelijkheid*

De toegankelijkheid van de farmaceutische zorg in Nederland is op dit moment goed. De huidige apotheekdichtheid in Nederland is voldoende: 89% van de bevolking woont minder dan 2,5 kilometer van de dichtstbijzijnde apotheekhoudende (apotheek of apotheekhoudende huisarts) en 99% minder dan 7,5 kilometer. Ook als het aantal apotheken zou afnemen, door preferentiebeleid of andere oorzaken, komt de fysieke toegankelijkheid niet in gevaar. Indien 10% van de apotheken zou verdwijnen zou nog steeds 99% van de bevolking binnen 7,5 kilometer van een apotheek wonen.

Preferentiebeleid heeft vooralsnog geen negatief effect op de toegankelijkheid van farmaceutische zorg. Preferente geneesmiddelen zijn bijna altijd voorradig en worden door verzekeraars volledig vergoed.

Indien er een medische noodzaak is voor het gebruik voor een niet-preferent middel, dan wordt dit vergoed.

#### *Betaalbaarheid*

Preferentiebeleid blijkt een effectieve manier om de prijzen van multi-source geneesmiddelen te verlagen. Hiermee levert het een belangrijke bijdrage aan de betaalbaarheid van de zorg. Dit is in het belang van de consument. Tegelijkertijd is hiermee een belangrijke stap gezet in het beëindigen van de margeconcurrentie op deze generieke middelen.

De daling van de lijstprijzen van generieke geneesmiddelen heeft een positief effect op de macro uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland. Op grond van haar conclusie in de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008 dat deze markt voldoende functioneert, concludeert de NZa dat verzekeraars de bespaarde middelen laten terugvloeien naar de patiënt en het preferentiebeleid dus leidt dit tot lagere zorgkosten voor de consument.

De administratieve lasten nemen door de invoering van het preferentiebeleid vooralsnog toe, maar op de lange termijn kunnen systemen worden ingericht op de nieuwe werkwijze en verdwijnen deze lasten. De NZa zal dit proces monitoren, en indien de lasten ook op lange termijn onnodig oplopen partijen hierop aanspreken.

#### *Kwaliteit*

De basiskwaliteit van zorg is in Nederland geregeld in een aantal wettelijke bepalingen en gewaarborgd doordat instanties toezien op de naleving ervan (Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), College ter beoordeling van geneesmiddelen(CBG)). Dit geldt zowel voor de productkwaliteit als voor de kwaliteit van de organisatie.

Er zijn op dit moment, ook naar het oordeel van de IGZ, geen aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg door preferentiebeleid in het geding komt.



# 1. Vraagstelling en werkwijze

## 1.1 Aanleiding

In deze eerste monitor Werking Farmaciemarkt, brengt de NZa de farmaciemarkt in kaart en rapporteert zij over de belangrijkste ontwikkelingen op deze markt, naar aanleiding van preferentiebeleid.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de Minister) heeft de NZa in het kader van zijn lange termijnvisie op de extramurale farmaceutische zorg gevraagd hem te adviseren over liberalisering van apothekersvergoedingen. Om goed te kunnen adviseren over liberalisering van een markt, moet de betreffende markt in kaart worden gebracht.

Het recent door zorgverzekeraars geïntensiveerde preferentiebeleid (zie paragraaf 2.3.1) en de reacties daar op door marktpartijen, geeft een indicatie voor de marktverhoudingen en daarmee de vraag op welke termijn de markt voor farmaceutische zorg geschikt is voor liberalisering.

De focus van deze monitor ligt daarom op het preferentiebeleid. Er wordt in kaart gebracht wat de belangrijkste gevolgen van dit beleid zijn voor de consument op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

## 1.2 Doelstelling monitor

Deze monitor kijkt af van reguliere monitorrapportages van de NZa, omdat de monitor zich specifiek richt op het ingezette preferentiebeleid.

Deze monitor richt zich op twee onderwerpen:

- de ontwikkelingen op de markt voor farmaceutische zorg, specifiek het zogenaamde preferentiebeleid;
- de invloed van preferentiebeleid op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Door de korte doorlooptijd van deze monitor, en het korte tijdsbestek waarin de het individuele preferentiebeleid van kracht is, beschouwt de NZa deze monitor als een eerste inzicht, een zogeheten nulmeting. De monitoractiviteiten op de farmaceutische markt zullen in 2009 verder worden uitgebreid.

## 1.3 Vraagstelling

Het verzoek van het ministerie van VWS tot het uitvoeren van een monitor komt voort uit de recente ontwikkelingen in de markt voor farmaceutische zorg. Deze markt is momenteel volop in beweging als gevolg van de transitie van een gereguleerd systeem met centraal vastgestelde tarieven naar een meer geliberaliseerd systeem. In deze overgangsfase spelen marktmechanismen een rol, terwijl tegelijkertijd nog sprake is van centrale regulering.

Voor de volledigheid is in onderstaande box de definitie opgenomen van het begrip 'vrije prijzen':

Het vrijlaten van de tarieven voor farmaceutische zorg door apothekhoudenden:

Onder '*apothekhoudenden*' wordt in deze monitor verstaan: extramurale aanbieders van farmaceutische zorg. Dit kunnen zowel openbare apotheken zijn, als internetapotheken, als apothekhoudende huisartsen, als dienstapotheken, als poliklinische apotheken.

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

De vraagstelling van deze monitor richt zich op de werking van de farmaciemarkt, met name op het in beeld brengen van de effecten van recente ontwikkelingen in de markt (zoals deze worden beschreven in hoofdstuk 2). De focus bij het benoemen en beoordelen van de effecten van ontwikkelingen in de farmaciemarkt, ligt op de borging van de drie publieke belangen in de zorg: toegankelijkheid (met name continuïteit van zorg), betaalbaarheid en kwaliteit van farmaceutische zorg.

Het ministerie van VWS heeft de NZa verzocht in deze monitor expliciet aandacht te besteden aan mogelijke belangenverstremming binnen de eerstelijns gezondheidszorg (meer specifiek: belangenverstremming tussen apothekers en andere vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg). In het hoofdstuk over betaalbaarheid wordt hierop expliciet ingegaan.

## 1.4 Werkwijze & informatiebronnen

Een deel van de in deze monitor opgenomen bevindingen, is kwalitatief van aard en volgt uit een groot aantal afgenomen interviews met sleutelfiguren in de farmaciemarkt. De interviews zijn afgenomen door onderzoekers van adviesbureau 'De Praktijk', in aanwezigheid van vertegenwoordigers van de NZa. De kwalitatieve informatie is – voor zover beschikbaar - aangevuld met kwantitatieve informatie en analyses.

In de periode mei tot en met oktober 2008 hebben de gesprekken, op vertrouwelijke basis, plaatsgevonden. Er is, op basis van een vooraf opgestelde vragenlijst, gesproken met vertegenwoordigers breed uit de farmaciekolom: zorgverzekeraars, apothekhoudenden met en zonder keten, vertegenwoordigers van apothekhoudende huisartsen, apothekers van internetapotheken, politheken en ziekenhuisapotheken, groothandels en fabrikanten (zowel Nederlands als internationaal en zowel van *spécialité*- als generieke geneesmiddelen). Daarnaast is gesproken met vertegenwoordigers van patiënten- en consumentenorganisaties en kwaliteit bevorderende instituten. In totaal zijn er 40 interviews afgenomen.

Zoals gesteld hebben de gesprekken op vertrouwelijke basis plaatsgevonden, er is dan ook geen lijst met namen van geïnterviewden in dit stuk opgenomen. Daar waar wordt verwezen naar concrete bronnen of personen, is uitdrukkelijke toestemming door de betreffende respondent verleend.

Voor de analyse van de fysieke toegankelijkheid van farmaceutische zorg heeft de NZa met behulp van de software SAS een kwantitatieve analyse uitgevoerd op data van CBS en Geodan.

## 1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 brengt de belangrijkste ontwikkelingen van de farmaciemarkt in kaart, beginnend met een historisch perspectief en eindigend met de meest recente ontwikkelingen.

In hoofdstuk 3 wordt stil gestaan bij de toezicht- en reguleringsactiviteiten die door de verschillende toezichthouders op de farmaciemarkt worden ondernomen. De nadruk ligt hier op activiteiten van de NZa, maar er wordt ook naar de activiteiten van de IGZ en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) gekeken.

In de volgende hoofdstukken wordt achtereenvolgens ingegaan op de drie publieke belangen. Hoofdstuk 4 handelt over de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg. Het gaat hierbij zowel om geografische toegankelijkheid als om verkrijgbaarheid van geneesmiddelen. De distributiefunctie van de verschillende vormen apothekhoudenden en de invloed die de ontwikkelingen in de farmaceutische zorg uit hoofdstuk 2 daarop hebben, worden uitgebreid besproken.

In hoofdstuk 5 komt de betaalbaarheid van farmaceutische zorg aan de orde. Het hoofdstuk handelt niet alleen over de macrobetaalbaarheid van farmaceutische zorg, maar ook over bedrijfsvoering en financiële positie van apothekhoudenden en de tariefstructuur. Bij het introduceren van marktwerking past een tariefstructuur die aansluit bij onderhandelingen over kwaliteit, prijs en volume. De toegevoegde waarde van de apotheker en het objectiveren daarvan is een belangrijk uitgangspunt.

Hoofdstuk 6 gaat over de kwaliteit van farmaceutische zorg, het gaat hierbij om de borging van (basis) kwaliteit door medicatiebewaking, medicatieveiligheid, richtlijnen, maar ook om de eerder benoemde toegevoegde waarde die apothekers hebben in het kader van farmaceutische patiëntenzorg. Eveneens komt het Electronisch Medicatie Dossier aan de orde en de afspraken die in het FTO tussen huisartsen en apothekers worden gemaakt.

Als een rode draad loopt het consumentenbelang door alle hoofdstukken heen. Keuzevrijheid voor patiënten, kwalitatief goede zorg en borging van een goede continuïteit van de zorg is hierbij een kernwaarde. In dit kader is ook de rol van de zorgverzekeraar zeer van belang.

Eveneens van belang is het effect dat recente ontwikkelingen hebben op de administratieve lastendruk. Ook dit punt zal in ieder hoofdstuk aan de orde komen.



## 2. Ontwikkelingen farmaciemarkt (structuur en gedrag)

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste recente ontwikkelingen beschreven, voorafgegaan door een schets van de historie en de werking van de farmaciemarkt. In de volgende hoofdstukken wordt ingegaan op de meer specifieke effecten van deze ontwikkelingen op de drie publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.

### 2.2 Historie

#### 2.2.1 Tariefstructuur en geneesmiddelenvergoeding

Tarieven van apotheekhoudenden zijn in Nederland gereguleerd. Tot 1 juli 2008 gold voor apotheken een uniforme tariefstructuur, waarin onderscheid werd gemaakt tussen dienstverlening en de vergoeding voor de inkoopkosten van het afgeleverde geneesmiddel<sup>1</sup>. De vergoeding voor dienstverlening was gesteld op een bedrag per voorschrift (de receptregelvergoeding). Daarnaast gelden er sinds 1998 rekenregels voor de vergoeding van inkoopbaten van geneesmiddelen waarop een forfaitaire procentuele korting wordt toegepast: de clawback.

In 1998 is de zogeheten claw back geïntroduceerd. Naar Engels voorbeeld voerde de toenmalige Minister van Volksgezondheid een wettelijke regeling in waarbij apotheken werden verplicht een deel van de gerealiseerde inkoopvoordelen als prijsvoordeel door te berekenen aan de gebruiker respectievelijk de zorgverzekeraar. Op 8 oktober 1999 sloot de Minister van Volksgezondheid een akkoord met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Pharmacie (KNMP) voor de periode 2000-2002. Het akkoord voorzag in een geleidelijke verhoging van de receptregelvergoeding in samenhang met een bijstelling van de claw back.

Sinds 1 juli 2008 is er een nieuwe gedifferentieerde tariefstructuur, waarbij een onderscheid wordt gemaakt naar tijdstip en aard van de uitgifte van het geneesmiddel (zie verder paragraaf 2.4.2).

Apotheekhoudenden mogen, naast het gereguleerde tarief, de kosten van het uitgeleverde geneesmiddel in rekening brengen. Tot 1991 mochten apothekers de netto-inkoopprijs in rekening brengen, inclusief een opslag voor hun distributiekosten. Sinds 1991 mogen apothekers maximaal de zogeheten taxe-prijs in rekening brengen, ongeacht de prijs waartegen het betreffende geneesmiddel is ingekocht bij fabrikant of groothandel.<sup>2</sup> De taxe-prijs is de officiële prijs waartegen een fabrikant het middel op de Nederlandse markt aanbiedt. De taxe-prijs maakt geen onderscheid naar afnemer of locatie. Fabrikanten stellen zelf de prijzen in de taxe vast. De Taxe wordt gemaakt door Z-Index, een bedrijf dat gelieerd is aan de KNMP. Eventueel door de apotheker bedongen

<sup>1</sup> Voor apotheekhoudende huisartsen gold tot 1 juli 2008 het abonnementsstelsel.

<sup>2</sup> 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 apotheekhoudenden, en vermeld op de maandelijks geactualiseerde taxe.

kortingen ten opzichte van de taxe-prijs, zijn sinds 1991 een extra bron van inkomsten voor de apotheker. Deze verandering staat bekend als de maatregel Simons.

Voor veel middelen wordt op grond van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) een maximumprijs gesteld: het is aan fabrikanten verboden om een prijs te hanteren die boven dit maximum ligt. Dit maximum wordt bepaald op basis van de prijzen in België, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

Er is bovendien sprake van de zogeheten laagste prijsregels: als meerdere aanbieders hetzelfde product aanbieden, wordt de inkoopvergoeding bepaald door de laagste prijs.<sup>3</sup> Deze laagste prijsregels worden per 1 januari 2009 door de NZa afgeschaft.<sup>4</sup>

Het Geneesmiddel Vergoedingssysteem (GVS) bepaalt de vergoeding die een verzekeraar maximaal aan de patiënt mag betalen voor een geneesmiddel. Indien de prijs in de taxe 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 er vrijwel altijd voor om de prijs in de taxe vast te stellen onder de vergoedingslimiet. Zo worden eigen bijdragen van patiënten vermeden.

### 2.2.2 Geneesmiddelenconvenanten

Voor 2004 en 2005 hebben VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), KNMP, de bond van generieke industrie Nederland (Bogin) en de vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland (Nefarma) een tweetal convenanten gesloten met als doel de door apothekhoudenden ontvangen kortingen en bonussen voor generieke geneesmiddelen te vervangen door structurele prijsverlagingen. De financiële taakstelling op de uitgaven van geneesmiddelen bedroeg € 622 miljoen voor 2004 en € 685 miljoen voor 2005.

Daarnaast hebben KNMP, ZN en VWS afgesproken om te komen tot een kostendekkend, modulair tarief met een, tussen apothekhoudende en zorgverzekeraar, af te spreken vergoeding. De vergoeding bevat een financiële prikkel voor doelmatig inkopen door de apothekhoudende. Achterliggende gedachte daarbij is dat door het kostendekkend maken van het tarief, inkomsten uit kortingen en bonussen als zodanig niet meer nodig zijn voor het (deels) dekken van de praktijkkosten.

Eind 2005 is tussen de deelnemende partijen een nieuw geneesmiddelenconvenant gesloten voor de jaren 2006 en 2007 met als financiële taakstelling € 843 miljoen voor 2006 en € 971 miljoen voor 2007.

Door ConQuaestor is in 2006 onderzoek uitgevoerd naar de praktijkkosten en de inkoopvoordelen in 2004. De belangrijkste conclusies van deze onderzoeken zijn dat het tarief voor apothekers de praktijkkosten niet volledig dekt en dat de inkomsten via de inkoopvoordelen in 2004 hoger liggen dan nodig om het verschil tussen tarief en praktijkkosten te dekken.

---

<sup>3</sup> Zie opnieuw NZa-Beleidsregel CV-5200-4.0.2.-15.

<sup>4</sup> Zie NZa-Tariefbeschikking 5200-1900-09-01, met ingangsdatum 1 januari 2009.

### 2.2.3 Transitieakkoord

In navolging van de geneesmiddelenconvenanten zijn in september 2007 betrokken partijen het Transitieakkoord farmaceutische Zorg overeengekomen. Partijen hebben overeenstemming bereikt over het verder omzetten van kortingen en bonussen voor geneesmiddelen in structurele prijsverlagingen. Op basis van de gemaakte afspraken blijft een deel van de inkoopvoordelen noodzakelijk voor de dekking van de praktijkkosten van apothekhoudenden.

Het transitieakkoord bevat voor 2008 een extra taakstelling van € 340 miljoen (en vanaf 2009 van € 456 miljoen). De totaal te realiseren opbrengst onder dit Transitieakkoord bedraagt daarmee € 1.311 miljoen vanaf 2008 en € 1.427 miljoen vanaf 2009.

**Tabel 1. Financiële taakstelling op basis van convenanten en Transitieakkoord (in € miljoen, inclusief BTW)**

Jaar	Financiële taakstelling
2004	622
2005	685
2006	843
2007	971
2008	1311
2009	1427

### 2.2.4 Preferentiebeleid

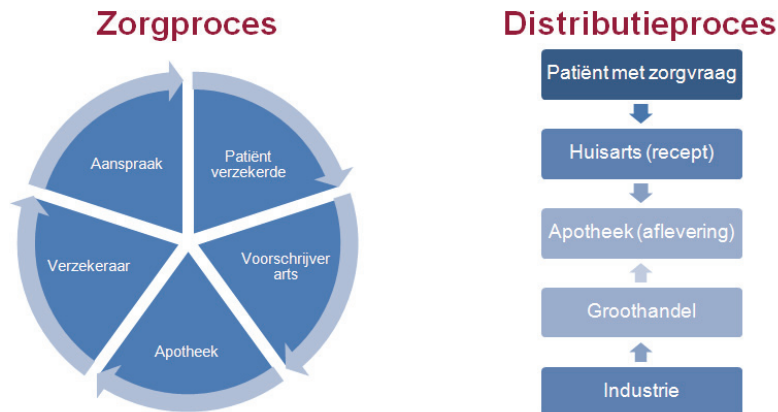
In 2004 hebben zorgverzekeraars bevoegdheden gekregen ten aanzien van het uitvoeren van preferentiebeleid. Zorgverzekeraars kunnen bepalen dat hun verzekerden slechts aanspraak hebben op vergoeding van de door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, voor zover behandeling met een aangewezen geneesmiddel medisch verantwoord is.

In 2005 en 2006 hebben zorgverzekeraars gezamenlijk preferentiebeleid gevoerd met betrekking tot de geneesmiddelen omeprazol (maagzuurremmer), simvastatine en pravastatine (cholesterolverlagers).

Eind 2007 hebben de zorgverzekeraars een aanvullend preferentiebeleid ontwikkeld. Tegen dit beleid zijn een aantal juridische kort gedingen aangespannen door de Bogin en individuele leveranciers van generieke geneesmiddelen en vervolgens ook door groothandels en apothekketens, die – voor zover de procedures zijn afgerond – in hoger beroep zijn afgewezen. Mede naar aanleiding van deze rechtspraak heeft Bogin in mei 2008 zijn medewerking aan het Transitieakkoord opgezegd.

## 2.3 Marktstructuur

**Figuur 1. Marktstructuur**

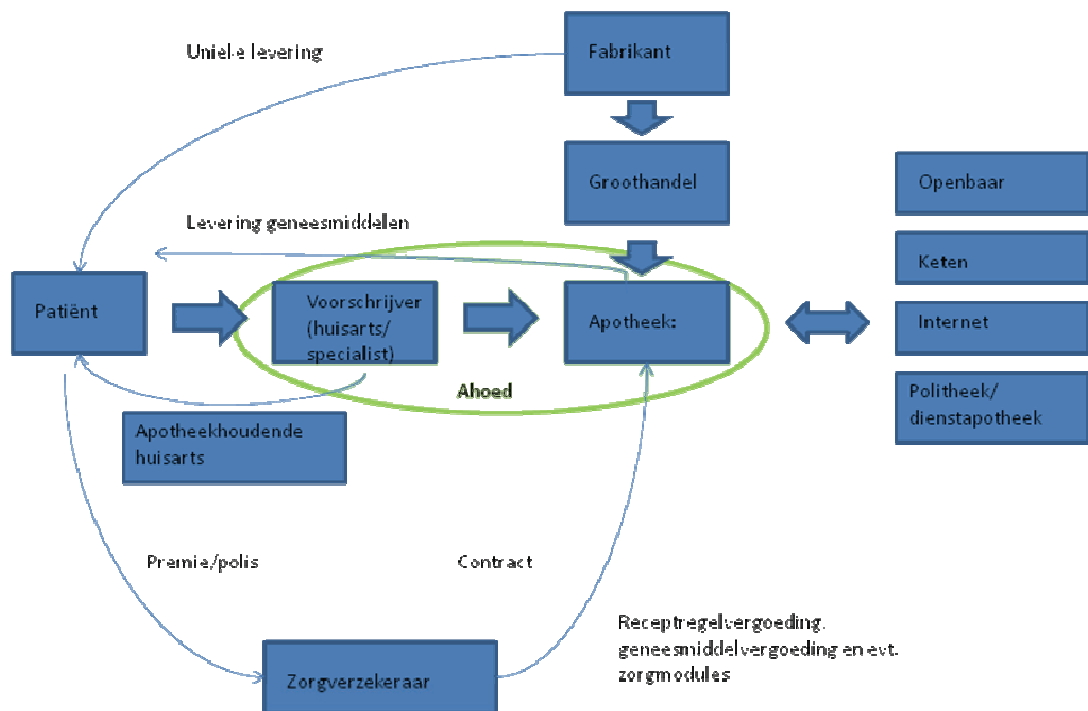


Bron: De Praktijk

In bovenstaande figuur worden het zorgproces en het distributieproces weergegeven. De patiënt ontvangt van de voorschrijver (huisarts of specialist) een recept, dat wordt uitgeleverd door de apotheek. De apotheek krijgt de geneesmiddelen geleverd door de groothandel, die zijn voorraad weer betreft bij de geneesmiddelenfabrikanten (industrie).

Er bestaat een groot aantal distributievormen, schematisch ziet het gehele plaatje er als volgt uit:

**Figuur 2. Distributievormen**



Bron: De Praktijk



De zorgconsument betaalt premie aan zijn zorgverzekeraar. De meeste zorgverzekeraars hebben contracten afgesloten met apothekhoudenden, waardoor de kosten van afgenomen geneesmiddelen door patiënten direct gedeclareerd worden aan de zorgverzekeraar. De patiënt hoeft daardoor niet aan de balie te betalen. In de contracten tussen zorgverzekeraar en apothekhoudende worden afspraken gemaakt over de betaling van kosten door de verzekeraar. Deze bestaat uit een door de NZa vastgestelde vergoeding per receptregel, de geneesmiddelenkosten volgens taxatie (voor preferente middelen het afgesproken geneesmiddel en voor verzekeraars met een laagste prijs garantie (LPG) de prijs van het goedkoopste generieke middel, ongeacht het afgeleverde geneesmiddel. Zie voor meer informatie paragraaf 2.3) en een eventuele vergoeding voor zorgmodules.

In contracten tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden worden verder nog afspraken gemaakt over de algemene inkoopvoorwaarden, zorg (plusmodules), kwaliteit en doelmatigheid, controle, declaratie en betaling, openingstijden, 24-uurs dienstverlening en bereikbaarheid, FTO en machtigingen.

Er bestaan verschillende soorten groepen geneesmiddelen: single-source en multi-source geneesmiddelen.

#### *Single-source*

Een single-source geneesmiddel is een geneesmiddel waarvoor op de markt dus geen gelijkwaardige alternatieven bestaan en dat uniek is in één of meerdere van de volgende eigenschappen:

- werkzame stof;
- indicatie;
- toedieningsweg;
- dosering;
- farmaceutische vorm.

Single-source geneesmiddelen zijn geneesmiddelen waar een patent op rust en zijn uitgesloten van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars. Wel zijn single-source geneesmiddelen relevant als het gaat om resubstitutie. Dat betekent dat de arts of de apotheker in GVS clusters van uitwisselbare geneesmiddelen een keus maakt voor een single-source product waar de patiënt eerder een multi-source product gebruikte (bijvoorbeeld het vervangen van simvastatine (merkloos, multi-source) door Lipitor (single-source specialite). Resubstitutie is ongewenst wanneer een duurder identiek product worden afgeleverd en er daarvoor geen sprake is van medische noodzaak

Patentgeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvoor de producent ontwikkelingskosten heeft gemaakt, die hij gedurende de octrooiperiode in de prijsstelling van het geneesmiddel verwerkt. Patenten worden ingezet op toelating op Europees niveau. Prijsstelling vindt plaats op basis van de WGP. Daardoor is er mogelijkheid voor een internationale benchmark.

#### *Multi-source algemeen*

Multi-source geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die als homogeen product door meerdere aanbieders op de markt worden aangeboden en waarvan er per werkzame stof en sterkte meer dan 1 variant is geregistreerd en die gelijkwaardig zijn ten aanzien van:

- werkzame stof;
- indicatie;
- toedieningsweg;
- dosering.

Een multi-source geneesmiddel kan zowel een generiek als een spécialité geneesmiddel zijn.

#### *Multi-source generiek*

Een generiek geneesmiddel is het therapeutische equivalent van een origineel farmaceutisch product, waarvan het patent is verlopen. Het bevat dezelfde actieve ingrediënten als het origineel en is in essentie gelijkwaardig en daardoor uitwisselbaar met het spécialité. Een generiek geneesmiddel wordt op de markt gebracht overeenkomstig de internationale patentwetten. Generieke middelen luisteren naar de internationaal vastgestelde stofnaam (INN) of worden - minder gebruikelijk - onder eigen merknaam op de markt gebracht.

Er is geen therapeutisch verschil tussen een generiek geneesmiddel en een spécialité (merkgeneesmiddel). Een prijsverschil is er wel, een generiek geneesmiddel is kijkend naar de gedeclareerde prijzen 20% tot 80% goedkoper dan het originele product. Dit is afhankelijk van de nationale prijsbeleid en de prijsstrategie van de fabrikant van het merkgeneesmiddel. Gelijkwaardige generieke geneesmiddelen kunnen wel andere niet-actieve hulpstoffen bevatten (bijvoorbeeld kleurstoffen, zetmeel, sacharose etc.), maar die hebben geen therapeutisch effect. In bepaalde gevallen kunnen spécialités en generieke geneesmiddelen wel verschillen als het gaat om ingrediënten als zouten en esters. Deze mogen geen effect hebben op de therapeutische gelijkwaardigheid tussen de twee producten. Van merkgeneesmiddelen veranderen in de loop der tijd soms ook de niet-actieve ingrediënten.

#### *Multi-source spécialité*

Een spécialité is een geneesmiddel in een farmaceutische vorm, dat in de handel wordt gebracht onder een speciale benaming en in een standaardverpakking. Op dit merkgeneesmiddel rust of rustte octrooirecht.

Fabrikanten van merkgeneesmiddelen worden door het preferentiebeleid gestimuleerd om hun prijzen te verlagen na - soms zelfs voor - afloop van het patent, vanwege de concurrentie met generieke geneesmiddelen. Voor het preferentiebeleid werden de prijzen niet verlaagd maar werd via het geven van kortingen de concurrentie met de generieke geneesmiddelen aangegaan.

Data-exclusiviteit garandeert extra marktbescherming voor merkgeneesmiddelen. Het voorkomt dat de aanvragen van marketingautorisatie voor generieke geneesmiddelen worden geaccepteerd gedurende de periode van exclusiviteit. De effectieve periode van marktexclusiviteit voor de fabrikant van het spécialité is de periode van data exclusiviteit (op dit moment 6 of 10 jaar) plus de tijd die het kost om het generieke geneesmiddel te registreren en op de markt te brengen, 1 tot 3 jaar.

Bedrijven die specialistische generieke middelen op de markt brengen, kunnen hun prijzen lager stellen dan innovatieve bedrijven (die investeringen in onderzoek en ontwikkeling immers moeten terugverdienen). Een aantal fabrikanten betaalt dan ook de innovatie uit de generieke omzet.

Uit de schets van de huidige regulering in de historiebeschrijving en in bovenstaande, volgt dat de eindgebruikersprijs van geneesmiddelen beïnvloed wordt door drie vormen van overheidsregulering:

- 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 apotheekhoudende vaststelt.

## 2.4 Ontwikkelingen

### 2.4.1 Preferentiebeleid

Per 1 juli 2008 heeft een aantal verzekeraars naast het al gevoerde landelijke beleid het individuele vergoedingsbeleid ten aanzien van generieke substituten (farmacologische substituten) veranderd. Verzekeraars vergoeden alleen nog maar de goedkoopste variant (op basis van de Apotheek Inkoopprijs, AIP). Dit fenomeen staat beter bekend onder de noemer 'preferentiebeleid'. Bij farmacologische substitutie gaat het om geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof die door meerdere producenten op de markt worden gebracht.

Tot invoering van het preferentiebeleid lag de keuze voor elk generiek middel dat de patiënt kreeg geleverd bij de apotheker, waarbij de verzekeraar de AIP vergoedde, zolang de AIP onder de GVS-limiet bleef.

Sinds 2005 wordt een landelijk preferentiebeleid gevoerd door de zorgverzekeraars Agis, CZ, De Friesland, Delta Lloyd/Ohra, Menzis (Menzis Anderzorg en Confidor) en Uvit (Unive, VGZ, IZA, Trias). Dit wordt gedaan voor drie geneesmiddelen, de cholesterolverlagers simvastatine en pravastatine en de maagzuurremmer omeprazol. Per 1 juli 2008 hebben vier verzekeraars, Agis, CZ, Menzis (Menzis Anderzorg en Confidor) en Uvit (Unive, VGZ, IZA, Trias) gebruik gemaakt van de mogelijkheid het individuele preferentiebeleid uit te breiden naar andere middelen. Om welke middelen het gaat, verschilt per verzekeraar, waarbij lijsten variërend van 6 tot 33 nieuwe preferente middelen zijn opgesteld. Ruim 100 productsterktes worden daarbij geraakt door het aanvullende preferentiebeleid, hetgeen qua omzet neerkomt op zo'n 50% van de totale generieke markt.

Achmea en Zorg en Zekerheid zijn voorbeelden van verzekeraars met de laagste prijs garantie, de LPG. Zij vergoeden de apotheek de prijs van het goedkoopste generieke product uit de landelijke prijstaxe. De prijs van deze generieke middelen wordt maandelijks vastgesteld. Apotheken van de LPG (Laagste Prijs Garantie) verzekeraars moeten de prijslijst maandelijks bijhouden om te zien welke generieken het goedkoopste zijn. Die worden dan vergoed door de betreffende verzekeraars. De verzekeraars vergoeden dus niet de prijs die de apotheek in rekening brengt, maar binnen een zekere bandbreedte de laagste prijs van het identieke generieke middel in de prijslijst van de lopende maand. Apothekers zijn in deze variant vrij om het eigen label te blijven voeren, en krijgen de laagste prijs binnen de bandbreedte vergoed.

In mei 2008 hebben fabrikanten hun prijzen uitgebracht (taxe op peildatum) voor geneesmiddelen die voor preferentiebeleid in aanmerking kwamen, waarbij de prijzen met 80 tot 90% daalden. Zorgverzekeraars hebben vervolgens preferente producten aangewezen. In reactie daarop hebben de niet-preferente leveranciers de prijzen voor middelen die vallen in het preferentiebeleid in veel gevallen verlaagd tot in de buurt van het preferente prijsniveau. Een mogelijke verklaring is dat veel apotheken contracten met zorgverzekeraars hebben over het afleveren van een product binnen een x% afstand van het goedkoopste product. Door niet te zakken raakten fabrikanten anders hun afzet kwijt.

## 2.4.2 Wijziging tariefstructuur

Met ingang van 1 juli 2008 is een nieuw tariefsysteem voor farmaceutische zorg ingevoerd. Het nieuwe tariefsysteem geldt voor zowel openbare apotheken als apotheekhoudende huisartsen. De receptregelvergoeding is vervangen door een gedifferentieerd receptregelvergoedingssysteem, waarin twee basisprestaties (standaarduitgifte en weekuitgifte) en vier aanvullende prestaties (eerste uitgifte, ANZ-recept - dat wil zeggen verstrekkingen gedurende de avond, nacht en zondag - en bijzondere en reguliere magistrale bereiding) zijn onderscheiden.

**Tabel 2. 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

De gemiddelde vergoeding per receptregel in de nieuwe systematiek bedraagt € 6,10 (excl. btw). Verder kent het nieuwe systeem (met verzekeraars vrij onderhandelbare) tarieven voor onderlinge dienstverlening. Voor innovatieve prestaties kunnen een individuele verzekeraar en een individuele apotheekhoudende gebruikmaken van de algemene beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties.

De bepaling van de vergoeding voor de door te berekenen kosten van de afgeleverde geneesmiddelen heeft als uitgangspunt dat de inkoopkosten minus de clawback-korting mogen worden doorberekend. De clawback-korting bedraagt 6,82%. Deze korting is gemaximeerd op een bedrag van € 6,80 per voorschrift.

## 2.4.3 Schorsen clawback

Op 11 juli 2008 heeft de voorzieningen rechter van het College van Beroep in het kader van een kort geding dat was aangespannen door de KNMP (de beroepsorganisatie van apothekers) besloten de clawback-korting op de inkooprijzen voorlopig te schorsen. Argumentatie hiervoor was dat met het gevoerde preferentiebeleid niet duidelijk is of de inkoopvoordelen die door apotheekhoudenden nog kunnen worden behaald voldoende zijn om de praktijkkosten te dekken, in relatie tot de vigerende receptregelvergoeding. Uitgangspunt hierbij vormt het beeld dat de huidige receptregelvergoeding niet kostendekkend is. De NZa heeft een nieuw onderzoek uitgevoerd naar de praktijkkosten en inkoopvoordelen bij apotheekhoudenden, als basis voor de tariefstelling in 2009. Op basis hiervan heeft de NZa besloten nader onderzoek te doen naar de exacte gevolgen van het preferentiebeleid.

De discussie over het voortbestaan van de clawback-korting past volledig bij de discussie over de vergoedingssystematiek in de farmaceutische kolom. Momenteel bestaan er verschillende systemen en kostenbesparende maatregelen naast elkaar (GVS-systeem, clawback, daaraan gekoppelde receptregelvergoeding en preferentiebeleid) met

een sterke onderlinge verwevenheid. VWS heeft de NZa gevraagd te onderzoeken of per 2010 vrije prijsvorming in de farmaciemarkt mogelijk is (en derhalve centraal vastgestelde apothekerstarieven komen te vervallen).

#### 2.4.4 Introductie nieuwe declaratiestandaard

Naast de invoering van het nieuwe tariefsysteem is een nieuwe declaratiestandaard ingevoerd. Deze was nodig voor de nieuwe tariefstructuur en voor de invoering van het BSN nummer in de declaratiestructuur. Deze heeft volgens vrijwel alle geïnterviewde apotheehoudenden en zorgverzekeraars tot problemen geleid in het betaalbaar stellen van declaraties voor apothekers en in de administratieve afhandeling bij de zorgverzekeraars. De oorzaak zit met name in software fouten in de declaratiesystemen door de snelle invoering.

Enkele zorgverzekeraars zijn daarom overgegaan tot bevoorschotting. Andere zorgverzekeraars keuren declaraties (in zijn geheel) af conform de gemaakte procedureafspraken tussen ZN en KNMP. Zowel verzekeraars als apothekers geven aan dat de nu gevolgde procedure tot extra administratieve werkzaamheden leidt. Voor zowel apotheehoudenden als zorgverzekeraars geldt dat kan worden geïnvesteerd in het beter verlopen van het declaratieproces en de afhandeling van declaraties.

#### 2.4.5 Kredietcrisis

Een andere externe ontwikkeling met consequenties voor de farmaciemarkt is de recente turbulentie op de financiële markten, beter bekend als de kredietcrisis. Door deze turbulentie zijn banken volgens respondenten terughoudend beleid gaan voeren met betrekking tot het verschaffen van leningen voor onder andere goodwill, overnames en de opzet van medische centra (vastgoedfinanciering). Hierdoor is de financiering voor apotheehoudenden, met name waar het gaat om kapitaalintensieve initiatieven, volgens hen minder vanzelfsprekend geworden. Volgens een deel van de respondenten ondervinden apothekers die de laatste vijf jaar een apotheek hebben overgenomen, door de afname van inkomsten als gevolg van het preferentiebeleid, moeilijkheden bij het herfinancieren van hun schulden.

In ieder geval één verzekeraar verzoekt aan apotheehoudenden om hun bevoorschotting met 14 dagen op te schuiven (zie hierover ook paragraaf 2.3.6). Met name voor de apotheehoudenden in de kernwerkgebieden heeft dit consequenties, maar wellicht zelfs voor de gehele kolom. Rekeningen van toeleverende groothandels worden in de praktijk vrijwel daags na ontvangst van de voorschotten van de verzekeraar bij de apotheek afgeboekt. Groothandels zeggen eveneens geen reserves te hebben om dit soort liquiditeitsproblemen op te vangen en zullen problemen krijgen om hun leveranciers te betalen (fabrikanten in de farmaceutische sector eisen over het algemeen directe betaling).

Onder normale omstandigheden worden dit soort tijdelijke liquiditeitsproblemen opgevangen middels aanvullend rekening courant kredieten bij de bank. Het verkrijgen van een rekening courant krediet is volgens een aantal respondenten onder de huidige marktomstandigheden (zowel door de kredietcrisis als door onzekerheid in de apotheekkolom) geen vanzelfsprekendheid.

De NZa heeft voor de zorg de mogelijke gevolgen in kaart gebracht van de recente turbulentie op de financiële markten in een brief aan de Minister en staatssecretaris.<sup>5</sup>

#### **2.4.6 Contractering 2009**

In de gevoerde gesprekken heeft een aantal apothekhoudenden de zorg uitgesproken dat voor het jaar 2009 geen contracten tot stand zullen komen.

De onderhandelingsmogelijkheden richting zorgverzekeraars zijn, zoals verwoord door apothekhoudenden tijdens de interviews, beperkt. De apothekhoudenden zouden met de betreffende verzekeraar kunnen onderhandelen over de verschillende voorwaarden in het contract. In de praktijk echter blijkt dat, indien een apotheker niet akkoord gaat met dit contract, het huidige contract niet meer doorloopt.

Verzekeraars geven aan dat zij bij voorkeur met ketens of groepen apothekhoudenden afspraken maken. Het individuele contracteren is op dit moment volgens de respondenten onwerkbaar voor zowel verzekeraar als afzonderlijke apotheek. Er zijn overigens apothekers die zich laten vertegenwoordigen door 1 zorgmakelaar.

Het is volgens de gesproken verzekeraars (in tegenstelling tot hetgeen de apothekhoudenden zelf aangaven) de verwachting dat in de kernwerkgebieden (vrijwel) alle apotheken en verzekeraars tot een contractafpraak komen. Indien er geen contract tot stand komt, wordt door de verzekeraar in ieder geval een betaalovereenkomst aangeboden om te voorkomen dat verzekerden contant af moeten rekenen indien er geen contract zou zijn. Dit voorkomt administratieve lasten en ongemak bij consument, apotheek en verzekeraar.

---

<sup>5</sup> Kenmerk brief: ANOR/MZEE/2008/A/725, d.d. 30 oktober 2008. Zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

## 3. Toezicht op de farmaciemarkt

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de toezicht- en reguleringsactiviteiten op het gebied van de farmaceutische markt in kaart gebracht van achtereenvolgens de NZa, de IGZ en de NMa.

### 3.2 NZa

De NZa is op basis van de Wmg belast met het vaststellen van prestaties en tarieven voor de ter handstelling van geneesmiddelen die uitsluitend op recept mogen worden verstrekt. In dit kader stelt de NZa jaarlijks de receptregelvergoeding vast.

De NZa onderzoekt in opdracht van de Minister van VWS de mogelijkheid van vrije prijsvorming van apothekersvergoedingen.

De NZa ziet ook toe op de juiste naleving van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw bepaalt dat zorgverzekeraars zorgplicht hebben naar hun verzekerden. De NZa ziet er op toe dat zorgverzekeraars hun zorgplicht nakomen.

Na uitbreiding van het individuele preferentiebeleid door zorgverzekeraars medio 2008 en de bewegingen die door deze uitbreiding op de farmaceutische zorgmarkt ontstonden, heeft de NZa besloten de ontwikkelingen op deze markt nauwlettend te volgen. Dit heeft geleid tot een risicoanalyse van preferentiebeleid. Deze risicoanalyse is verwerkt in deze monitor.

De NZa volgt nauwlettend signalen over eventuele problemen bij de farmaceutische zorgmarkt en heeft met de verschillende betrokken partijen aangesproken op hun wederzijdse verantwoordelijkheden. Deze verhoogde dijkbewaking is bedoeld om problemen die eventueel voordoen snel op te sporen en aan te pakken. Uitgangspunt van de NZa is steeds het consumentenbelang. Op grond van deze uitgebreide aandacht constateert de NZa geen significante problemen bij de werking van de markt.

### 3.3 IGZ

De IGZ houdt risicogestuurd toezicht, vanuit efficiency- en effectiviteitsoverwegingen. Waar mogelijk maakt de IGZ hierbij al haar handnavingsresultaten actief openbaar. De IGZ onderscheidt vier soorten van handhaving:

- incidententoezicht (IT): toezicht op basis van meldingen en signalen; veelal casusgericht toezicht);
- thematisch toezicht (TT): toezicht op een bepaald onderwerp in instellingen of bij beroepsbeoefenaren);
- gefaseerd toezicht (GT): toezicht op basis van brede informatieverzameling aan de hand van kwaliteitsindicatoren en analyse daarvan op risico's);
- opsporing van strafbare feiten.

Op dit moment heeft de IGZ vanuit de patiënt geen signalen ontvangen dat de kwaliteit van farmaceutische zorg in het geding komt door het preferentiebeleid. De IGZ blijft onderzoeken uitvoeren op gebied van kwaliteit die raken aan het preferentiebeleid.

De IGZ en NZa zullen nadere afspraken maken over de monitoring van de ontwikkelingen op de markt voor farmaceutische zorg, in het bijzonder de verdere gevolgen van het preferentiebeleid en de invoering van het nieuwe tarief voor apothekhoudenden voor 2009.

### **3.4 NMa**

De uitvoering van de Mededingingswet is opgedragen aan de NMa. De NMa handhaaft het verbod op kartels en op misbruik van een economische machtspositie en toetst fusies en overnames.

De NMa volgt ook de naleving van de mededingingswet door zorgverleners. Tot op heden heeft de NMa geen publieke acties ondernomen naar aanleiding van het preferentiebeleid. De NMa en NZa stemmen op grond van een samenwerkingsprotocol hun activiteiten af en informeren elkaar over signalen die de mededinging raken.



## 4. Toegankelijkheid: distributie van geneesmiddelen en financiële toegankelijkheid

### 4.1 Inleiding

Toegankelijkheid van zorg is een belangrijk thema in de Wmg. Zorg is toegankelijk als “personen die zorg behoeven, deze zorg ook daadwerkelijk krijgen”. In hoofdstuk 2 over de marktstructuur is de ontwikkeling van de farmaceutische zorgmarkt aan de orde gekomen. Daar is ook gekeken naar het aantal zorgaanbieders waaruit patiënten in principe kunnen kiezen. Dit hoofdstuk gaat in op de daadwerkelijke toegang tot dit zorgaanbod voor patiënten.

Het gaat hierbij zowel om de distributie van geneesmiddelen (verkrijgbaarheid) als om financiële toegankelijkheid. Keuzevrijheid voor de zorgconsument en de hoogte van zorgkosten zijn hierbij belangrijke uitgangspunten.

In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op algemene effecten van het preferentiebeleid en recente marktontwikkelingen op de toegankelijkheid van zorg. Daarna wordt voor een aantal onderscheiden soorten apothekhoudenden (stads- en plattelandsapothek, ketenapothek, internetapothek, apothekhoudende huisarts, AHOED, politheek, ziekenhuisapothek) groothandel en industrie (directe leveringen) de uitwerking van de verschillende ontwikkelingen besproken.

### 4.2 Toegankelijkheid algemeen

Zoals gesteld, bestaan er meerdere vormen van toegankelijkheid. Deze worden in dit hoofdstuk achtereenvolgens besproken. Van belang zijn hierbij de keuzevrijheid van patiënten en de continuïteit van zorgverlening. In deze paragraaf wordt ingegaan op de algemene (brede) effecten van de ontwikkelingen in de farmaceutische markt.

Over de toegankelijkheid en waarborgen van de continuïteit van kwalitatief goede zorg, heeft de NZa aan de Minister een brief gezonden over de zogenoemde ‘dijkbewaking’. In deze brief is ook de rol en verantwoordelijkheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) benoemd. De IGZ heeft aangegeven geen extra activiteiten in te zetten op dijkbewaking, maar op basis van signalen haar toezichtstaak in te vullen. Tot op heden heeft de IGZ in het kader van de continuïteit van zorg en het kwaliteitsaspect geen signalen ontvangen.

#### 4.2.1 Keuzevrijheid

##### *Patiënt/consument*

Onder keuzevrijheid van patiënten wordt zowel de keuzevrijheid van verzekering als de vrijheid van keuze voor een bepaalde zorgverlener verstaan. Het preferentiebeleid brengt voor zorgverzekeraars de mogelijkheid om gedurende de looptijd van een afgesloten polis (theoretisch gezien mogelijk meerdere malen in een jaar) de voorwaarden ten aanzien van vergoeding van geneesmiddelen te wijzigen. Indien een zorgverzekeraar tussentijds de polis wijzigt, dan is

dit een grond voor een verzekerde om de verzekering te ontbinden, mits de wijziging ten nadele van de verzekerde is. Of het toepassen van preferentiebeleid door bij een aantal werkzame stoffen slechts een beperkt aantal middelen voor vergoeding in aanmerking te laten komen een verslechtering van de verzekering in het nadeel van de verzekerde inhoudt, is niet met zekerheid te zeggen. Er heeft zich over deze vraag nog geen rechter uitgesproken. In een volgend jaar kan een patiënt er in ieder geval voor kiezen over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Daarnaast zijn er verzekeraars die het mogelijk toepassen c.q. wijzigen van het preferentiebeleid in de polis hebben staan. In die gevallen weet de verzekerde dus vooraf waar voor wordt gekozen.

De patiënt kan wel kiezen voor een bepaald geneesmiddel, ook al zou er een preferent alternatief zijn. Indien er geen medische noodzaak is voor het gebruik van het niet preferente middel, is de consequentie hiervan dat de patiënt het niet preferente middel zelf moet betalen. De zorgverzekeraar vergoedt in dat geval niets, ook niet de kosten van het preferente middel. De NZa gaat er vanuit dat dit niet ten kosten gaat van de keuzevrijheid, aangezien het hier om dezelfde werkzame stof gaat.

#### *Contracteermomenten*

De volgtijdelijkheid van het contracteren vereist volgens een groot aantal geïnterviewden aanpassing. Wanneer contracten voor 2009 niet tot stand komen, zijn apothekhoudenden verplicht alsnog het preferentiebeleid uit te voeren; dit houdt in dat middels een betaalovereenkomst met de verzekeraar, of middels restitutie, het preferente middel moet worden afgeleverd en afgerekend. Omdat een groot aantal apotheken nog geen contract heeft gesloten met zorgverzekeraars, en de besprekingen nog gaande zijn, is voor patiënten die voor januari 2009 een nieuwe polis afsluiten nog niet bekend of zij in het komende jaar met volledige vergoeding bij hun eigen apotheek terecht zullen kunnen.

De NZa gaat in op het probleem van het niet aansluiten van contracteercyclus en overstapcyclus in haar Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008. De NZa doet op dit moment verder onderzoek naar de vraag hoe deze cycli beter op elkaar kunnen worden aangesloten.

Voor wat betreft de vrije keuze van patiënten, wordt vanuit de zijde van apothekhoudenden in de interviews zonder uitzondering aangegeven dat de macht bij onderhandelingen ligt bij de zorgverzekeraar, die eenzijdig voorwaarden kan wijzigen en (wanneer geen contract wordt afgesloten) patiënten kan 'sturen' naar een andere apotheek. Apothekhoudenden gaan ervan uit dat de overstapbereidheid bij patiënten naar een andere verzekeraar (bijvoorbeeld naar een verzekeraar die wel een contract heeft met de eigen apotheek) zeer laag is. Het betreft vaak oudere of 'dure' patiënten, die voor de aanvullende polis niet of tegen een verhoogde premie, toegelaten worden bij een andere verzekeraar en collectieve laaggeprijsde contracten. Overigens bestaat voor verzekerden de mogelijkheid om de basisverzekering en aanvullende verzekering bij verschillende zorgverzekeraars af te sluiten.

In de gesprekken met een aantal zorgverzekeraars ontstaat een exact tegengesteld beeld: de zorgverzekeraar is zich ervan bewust dat de gemiddelde Nederlandse zorgconsument zeer gehecht is aan zijn eigen arts en apotheek. Volgens zorgverzekeraars zullen patiënten, wanneer geen contract wordt gesloten met de plaatselijke apotheek, zich elders gaan verzekeren. Overigens zijn er ook verzekeraars die aangeven dat

zij zich voldoende in staat achten om tot evenwichtige contracten te komen met apothekhoudenden.

Door de invoering van het preferentiebeleid, zijn apothekhoudenden verplicht om het door de verzekeraar preferent verklaarde generieke middel af te leveren. Verschillende verzekeraars hanteren verschillende lijsten met preferent verklaarde middelen, waardoor per patiënt moet worden nagegaan welk middel moet worden afgeleverd en verschillende voorraden op peil moeten worden gehouden. Verzekeraars die een laagste prijs garantie hanteren geven de apotheker enige mate van autonomie bij de aflevering van generieke middelen. Deze verzekeraars profiteren overigens wel mee van de lagere prijzen als gevolg van het preferentiebeleid van andere verzekeraars.

Een mogelijk risico bij het voeren van preferentiebeleid, is dat resubstitutie naar duurdere geneesmiddelen, met name single-source geneesmiddelen, plaats zal vinden. Artsen en patiënten willen (zoals vernomen in een aantal gesprekken met apothekhoudenden, verzekeraars en een consumentenorganisatie) in sommige gevallen niet accepteren dat een- tot tweemaal per jaar van medicijnverpakking moet worden gewisseld.

Verzekeraars bemerken tot op heden nog geen grote toename van het voorschrijven van een specifiek middel op medische noodzaak. Daarnaast maken verzekeraars afspraken met apothekhoudenden over de toegestane substitutiegraad, waarbij de substitutiegraad voor ingang van het individueel preferentiebeleid de maatstaf is. Het risico op resubstitutie naar spécialité lijkt vooralsnog dan ook beperkt.

Bij de distributie van geneesmiddelen en toegankelijkheid behoort uiteraard ook de beschikbaarheid van preferente generieke middelen. Na enige opstartproblemen blijken de preferente middelen voldoende beschikbaar te zijn. Bij leveringsproblemen worden door verzekeraars alternatieve afleveringen toegestaan.

#### **4.2.2 Financiële gevolgen**

Voor consumenten van farmaceutische zorg heeft het preferentiebeleid geleid tot een directe (eigen risico) en indirecte verlaging van de zorgkosten. Doordat prijzen van generieke geneesmiddelen fors zijn gedaald, dalen per saldo de (macro) uitgaven aan zorg. Uit de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008 van de NZa blijkt dat de zorgverzekeringsmarkt hierin naar behoren functioneert en dat de prijsverlagingen middels premieverlagingen of investeringen in kwaliteit van de zorg, terugvloeien naar de zorgconsument.

Preferentiebeleid heeft voor apothekhoudenden geleid tot het wegvallen van de marge op preferente generieke middelen. Door het voorlopig schorsen van de clawback-korting op single-source geneesmiddelen, wordt dit effect gedempt.

Door de financiële druk, is er volgens de gesproken apothekers momenteel onvoldoende ruimte voor het financieren van activiteiten die buiten de basiszorg vallen. Zo wordt door hen bezuinigd op het leveren van extra zorgactiviteiten. Ook op bijdragen van apothekers aan samenwerkingsverbanden wordt bespaard. Hierdoor kan volgens apothekers met name het voortbestaan van 24-uurs dienstapotheken onder druk komen te staan.

Anderzijds is druk op bedrijfsvoering vaak een prikkel tot verdergaande efficiency. Met name de ketens lijken door kostenbesparingen in staat deze efficiency slag te maken.

#### *Administratieve lasten*

Tijdens de gesprekken worden veel administratieve problemen in de financiële afhandeling met verzekeraars gemeld. Verzekeraars keuren volgens apothekers in sommige gevallen hele declaraties van boven de 100.000 euro af op een enkele fout. Verzekeraars handelen hiermee overigens in lijn met de afspraken die zijn gemaakt tussen ZN en de KNMP over declaratieafhandelingen. Systemen van verzekeraars en apotheekhoudenden zijn volgens beide partijen niet hetzelfde geprogrammeerd en zijn nog onvoldoende ingesteld op de nieuwe declaratiestandaard. In plaats van tijd voor zorgverlening, geven de gesproken apothekers aan nu veel tijd te besteden aan het oplossen van administratieve problemen.

Ten aanzien van de voorschrijven op medische noodzaak zijn de administratieve processen zo in gericht, dat op een voorschrift met medische noodzaak door de voorschrijver een handgeschreven handtekening moet worden geplaatst. Hiermee valt een dergelijk voorschrift buiten de gebruikelijke elektronische afhandeling van voorschriften en de communicatie tussen voorschrijver en apotheek, met bijbehorende administratieve handelingen voor zowel arts, apotheker als zorgverzekeraar.

Samengevat blijkt het preferentiebeleid een effectieve manier om de prijzen van generieke geneesmiddelen te verlagen. Hiermee levert het een belangrijke bijdrage aan de betaalbaarheid van de zorg. Tegelijkertijd is hiermee een belangrijke stap gezet in het beëindigen van de marge concurrentie op deze generieke middelen. Vooralsnog nemen de administratieve lasten door de invoering van het preferentiebeleid toe, op de lange termijn kunnen systemen echter worden ingericht op de nieuwe werkwijze. De NZa zal dit proces monitoren, en indien de lasten ook op lange termijn onnodig oplopen partijen hierop aanspreken.

### **4.3 Distributievormen**

Van oudsher wordt de Nederlandse bevolking voor de distributie van geneesmiddelen bediend door openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen (in gebieden waar binnen een straal van 4,5 kilometer geen apotheek is gevestigd). De laatste jaren is echter een aantal nieuwe distributievormen geïntroduceerd, die in aard en opzet verschillen van de klassieke apotheekhoudende. Het gaat hierbij om 24-uurs-dienstapotheken, politheken, ketenapotheken en internetapotheken. De nieuwe distributievormen vergroten de keuzevrijheid voor consument, maar ook de contracteermogelijkheden voor de verzekeraar, om een keuze te maken voor een passende service, distributie en expertise waar de consument (en verzekeraar) op dat moment behoefte aan heeft.

In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat de huidige bekostigingswijze van apotheekhoudenden geen onderscheid maakt naar apotheekvormen. De 'nieuwe' apotheekvormen (met kosten- en bedrijfsstructuur die afwijkt van de 'standaardapotheek' die als norm dient voor de tariefstelling) profiteren daarmee van de bestaande tariefstructuur, dan wel voelen zich daardoor belemmerd. In deze paragraaf worden de diverse distributievormen, nieuw en klassiek, nader besproken.

### 4.3.1 Stads- en plattelandspothek

Voor openbare apotheken geldt dat de toegankelijkheid in Nederland op dit moment is geborgd<sup>6</sup>. Met meer dan 1800 apotheken is de apotheekdichtheid voldoende, hoewel deze lager ligt dan in een aantal andere Europese landen. Om echter een inschatting te kunnen maken van de borging van de continuïteit van zorgverlening wanneer apotheken failliet zouden gaan, is het van belang in kaart te brengen hoe de dekkinggraad van apotheekhoudenden in Nederland eruit ziet.

Eind 2007 telde Nederland 1.893 openbare apotheken. In vergelijking met eind 2003 is het aantal openbare apotheken gestegen (van 1.697 eind 2003 tot 1.893 eind 2007). Nog 65% van alle apotheken is in handen van zelfstandige apothekers. Ongeveer 35% van de openbare apotheken is in bezit van apotheekketens. Deze ontwikkeling is terug te voeren op de liberalisering van het Wet op Geneesmiddelenvoorziening (WOG) in 1998. Daardoor is het voor niet-apothekers eenvoudig geworden om apotheken te bezitten (SFK, 2008).

Een andere mogelijke verklaring voor de stijging van het aantal apotheken is dat het vanwege de te behalen marges in de afgelopen jaren voor apothekers financieel interessant was om een apotheek te beginnen. De trend in ketenvorming (die in 2002-2006 enorm toenam), is de afgelopen twee jaar gestabiliseerd. Partijen verwachten dat de ketenvorming als gevolg van de recente ontwikkelingen in de farmaciemarkt (financieel risico) de komende jaren zal toenemen.

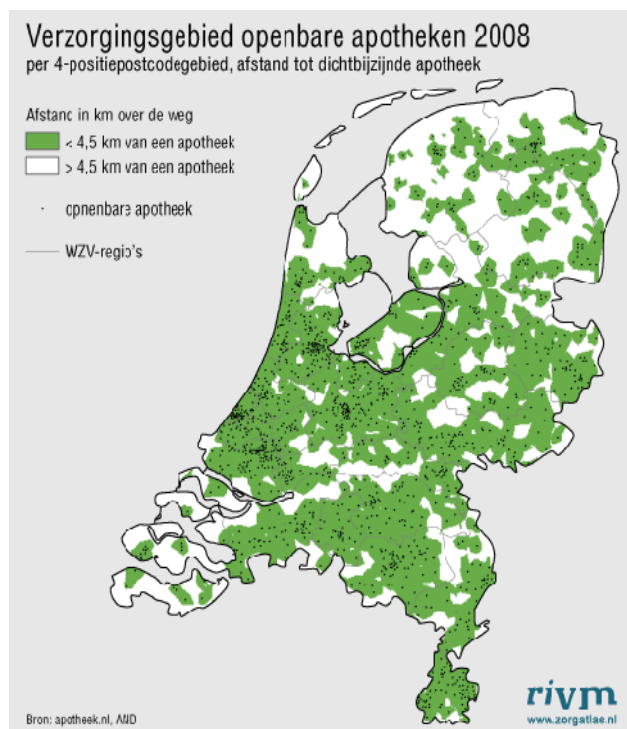
Van 443 gemeenten hebben er 51 in 2008 geen openbare apotheek. Deze gemeenten bevinden zich voornamelijk in het noorden van Nederland, in het rivierengebied en in Zeeland. Dit 'gemis' wordt deels gecompenseerd door een groter aantal apotheekhoudende huisartsen, waarop in paragraaf 3.3.3 inhoudelijk wordt ingegaan. Amsterdam heeft de meeste apotheken (87), gevolgd door de gemeente Rotterdam met 75 openbare apotheken.

De kaart van verzorgingsgebieden van openbare apotheken in Nederland, ziet er als volgt uit:

---

<sup>6</sup> Bron: Zorgatlas RIVM

**Figuur 3. Verzorgingsgebied openbare apotheken**



Bron: Nationale Atlas Volksgezondheid, versie 3.15, 25 september 2008

© RIVM, Bilthoven.

De 'groene' verzorgingsgebieden zijn afgebakend op basis van de afstand van 4,5 kilometer over de weg vanaf elke locatie tot dichtstbijzijnde openbare apotheek. Binnen deze verzorgingsgebieden woont ruim 91% van de bevolking.

De wetgever heeft in de Geneesmiddelenwet impliciet normen vastgesteld voor de bereikbaarheid van apotheken. Als er onvoldoende apotheken in een gebied zijn, mag een huisarts receptgeneesmiddelen verstrekken aan patiënten. Artikel 62 lid 10 van de Geneesmiddelenwet bepaalt dat een huisarts dit pas mag doen, als de afstand van zijn meest verre patiënt tot de eerstvolgende apotheek groter is dan 4,5 kilometer. Hierop zijn uitzonderingen mogelijk. Als het in het belang van de geneesmiddelenvoorziening is, kan de Minister een huisarts toch een vergunning verlenen.

In Nederland heeft een (apotheekhoudende) huisarts gemiddeld genomen een werkgebied met een straal van 5 kilometer. De meest verre patiënt van een apotheekhoudende huisarts moet dus voor farmaceutische zorg óf 5 kilometer reizen naar de apotheekhoudende huisarts óf 4,5 kilometer de andere kant op naar de apotheek. Bij de bepaling van een redelijke bereikbaarheid van farmaceutische zorg, gaat de NZa echter uit van een gemiddelde patiënt. Deze gemiddelde patiënt bevindt zich op 2,5 kilometer afstand van de apotheekhoudende huisarts. Een gemiddelde patiënt moet dus, als hij gebruik wil maken van de diensten van een apotheek, een afstand afleggen van 7 kilometer (2,5 + 4,5 kilometer).

Uit de Geneesmiddelenwet wordt derhalve door de NZa afgeleid dat een reisafstand van 7 kilometer tot een apotheek acceptabel is vanuit het oogpunt van bereikbaarheid.

De gebieden die verder dan 4,5 kilometer liggen van de dichtstbijzijnde apotheek (in figuur 2 wit aangegeven), zijn vooral rurale gebieden in het noorden, op de Waddeneilanden, Zeeland, rond de Peel en in het rivierengebied. In deze gebieden wonen ongeveer 1,5 miljoen (9%) mensen. Voor de meeste van hen wordt de levering van (recept-) geneesmiddelen door een apotheekhoudende huisarts verzorgd. De verzorgingsgebieden van apotheekhoudende huisartsen sluit er redelijk aan bij die van de van openbare apotheken.

In 2008 zijn in Nederland 162 openbare apotheken meer dan in 2004. De grootte van het verzorgingsgebied blijkt ten opzichte van 2004 echter nauwelijks veranderd. Dit komt door de ligging van nieuw gekomen apotheken. Hun verzorgingsgebied valt grotendeels binnen het verzorgingsgebied van al bestaande openbare apotheken. De groei van apotheken is deels te verklaren door het ontstaan van gespecialiseerde apotheken (dienstapotheken), of ziekenhuizen die een apotheek openen (politheken).

Momenteel zijn 15 miljoen Nederlanders aangewezen op een openbare apotheek, en 1,5 miljoen Nederlanders aangewezen op een apotheekhoudende huisarts. Door de druk op een efficiënte bedrijfsvoering en toenemende concurrentie, is de verwachting dat de ketenvorming in Nederland versneld plaats gaat vinden. Vanuit deze ketens zullen apotheken, die niet meer aan hun (betalings)verplichtingen kunnen voldoen, overgenomen worden. Een andere tijdens interviews genoemde trend is de vorming van grotere apotheken in eerstelijns gezondheidscentra, die de volume groei door automatisering en robotisering op gaan vangen.

In Nederland is een fijnmazig netwerk van geneesmiddeldistributie met nauwe afstemming tussen groothandel en apotheek. Zo krijgt iedere apotheek meerdere leveringen per dag (waarvan de bulk overnight) waardoor het merendeel van alle in Nederland geregistreerde geneesmiddelen binnen 6 uur beschikbaar zijn voor de eindgebruiker, waar ook in Nederland. Hierdoor is de geneesmiddelenvoorziening naar de eindgebruiker, ook voor de acute zorg, gewaarborgd.

Tijdens de gesprekken die in het kader van de monitor gevoerd zijn met vertegenwoordigers binnen de farmaceutische sector, kwam meerdere malen aan de orde dat het risico bestaat dat kleinere apotheken in financiële problemen komen als gevolg van het preferentiebeleid. Het gaat dan om apotheken met een volume van minder dan 60.000 receptregels. Dit betreffen vaak apotheken in rurale gebieden en nieuwvestigingen in meer stedelijk gebied.

In het advies komt aan de orde dat deze apotheken in principe gebaat zijn bij vrijere prijsvorming. Dit stelt hen in staat te worden gecompenseerd voor het feit dat zij - als gevolg van hun dunbevolkte afzetgebied - lagere schaalvoordelen genieten dan hun collega's in dichtbevolkte gebieden. Voor verzekeraars zou dit - binnen de grenzen van het redelijke - acceptabel moeten zijn. Daarbij zijn toetredingsdrempels laag en zijn in toenemende mate alternatieven beschikbaar.

In de stedelijke gebieden zal een sanering van het aantal apotheken naar verwachting geen problemen geven in de toegankelijkheid, en zijn er voldoende keuzemogelijkheden om bij een andere apotheek de farmaceutische zorg te betrekken en de continuïteit van zorg te garanderen.



### Overstappedrag

In de gesprekken kwam ook de reisbereidheid van de patiënt ten aanzien van verkrijgbaarheid van geneesmiddelen aan de orde. Buiten het bestaan van de norm van 4,5 kilometer, zijn patiënten met name ingesteld op hun lokale apotheek. Deze wordt door patiënten ervaren als laagdrempelig en zeer toegankelijk. Patiënten hebben de behoefte laagdrempelig vragen te kunnen stellen over hun medicatie en vervullen deze het liefst bij de vertrouwde apotheek 'om de hoek'. De bereidheid van patiënten om over te stappen naar een andere apotheek, wellicht zelfs gevestigd binnen 4,5 kilometer, wordt daarom door de gesproken respondenten klein geacht. Het is niet bekend of patiënten, wanneer zij zelf moeten (bij)betalen als zij ervoor kiezen naar een bepaalde (niet-gecontracteerde) apotheek te gaan, daadwerkelijk niet zullen overstappen.

In stedelijke gebieden geldt de schroom van patiënten om over te stappen naar een andere apotheek minder; zo wordt bijvoorbeeld Den Haag genoemd als een goed voorbeeld van stevige marktwerking tussen apotheken, waarbij patiënten zich meer als consument opstellen.

Naast de vestiging van openbare apotheken wordt ook een trend geconstateerd in het ontstaan van gespecialiseerde apotheken, gericht op medicatie en zorgverlening rondom één of meerdere specifieke ziektebeelden.

#### **Speciale apotheken voor hiv-patiënten**

Zeventien speciale hiv-apotheken openen morgen, op Wereld Aids Dag, hun deuren. Het zijn de eerste gespecialiseerde apotheken in ons land.

De zogenaamde plusapotheken zijn op diverse vlakken speciaal gericht op mensen met hiv. Zo zijn de hiv-medicijnen in plusapotheken altijd op voorraad; in 'gewone' apotheken is de dure medicatie niet altijd beschikbaar. De apothekers en assistenten hebben specifieke kennis op het gebied van hiv-medicijnen.

Ook is privacy een belangrijk item bij de gespecialiseerde apotheken. Voor veel mensen met hiv is het moeilijk om bij de apotheek om de hoek aidsremmers te halen; in plusapotheken is dit zo normaal dat het schaamtegevoel zal afnemen. De plusapotheken claimen erg laagdrempelig te zijn.

De in hiv gespecialiseerde apotheken worden begeleid door het in hiv gespecialiseerde bureau Volle Maan.

*Bron: Verpleging en verzorging - 30-11-2007*

Binnen dit concept zijn de investeringen in dure HIV medicatie efficiënt opgelost door pooling van voorraad binnen de groep van 17 apotheken (landelijk dekkend logistiek model). Deze keten van HIV apotheken is echter (nog) niet tot aanvullende contractvoorwaarden met verzekeraars gekomen om de kosten van deze dienstverlening zeker te stellen.

#### **4.3.2 Ketenapotheek**

In Nederland is een steeds groter deel van de apotheken onderdeel van een keten of formule, met of zonder een binding met een specifieke groothandel, al is deze groei in het jaar 2007 voor het eerst gestagneerd.



Een aantal van de ketenapotheken in Nederland is onderdeel van een beursgenoteerde onderneming, die in Nederlandse dan wel buitenlandse handen is. Met name voor deze bedrijven geldt dat door de aandeelhouders apotheken en groothandels worden gezien als reguliere bedrijven die in staat moeten zijn een gezond rendement te kunnen behalen om de bedrijfscontinuïteit te kunnen waarborgen. Op dit moment voorziet de bekostiging van apotheekhoudende zorg hier naar hun mening niet in, omdat gerekend moet worden met een (op dit moment niet) kostendekkend tarief per receptregel en clawback-kortingspercentage op de inkoopkosten. Ook in deze omstandigheden worden echter nog steeds ondernemersrisico's genomen, zoals investeringen in robottechnologie.

Op grote schaal gederfde inkomsten door het wegvallen van kortingen op generieke geneesmiddelen, konden volgens de apotheken bij het aangaan van financiële verplichtingen niet altijd worden voorzien, ondanks de door ministerie en Tweede Kamer veelvuldig uitgesproken opvatting dat inkoopvoordelen uit het systeem zouden moeten verdwijnen.

De risico's van het voeren van een apotheek zijn door de recente ontwikkelingen toegenomen. Het gaat hierbij met name om historisch gegroeide hoge overnamesommen, aanzienlijke investeringen die gemoeid zijn bij de start van een apotheek (gemiddeld € 1,5 miljoen) en bedrijfsmatige risico's van het houden van voorraden en het op peil houden van liquide middelen (rekening courant). Uit de gesprekken in het kader van de monitor is gebleken dat veel apotheken die dergelijke investeringen in de afgelopen jaren hebben gedaan, risico lopen in financiële problemen te komen. Ketenvorming kan voor apotheekhoudenden waar deze situatie speelt, een oplossing zijn.

Ketens leggen, in verhouding tot reguliere openbare apotheken, een zwaarder accent op de distributie van geneesmiddelen. Een gemiddelde ketenapotheek heeft een omzet van 80.000 receptregels (waarvan 40.000 herhaalrecepten). Een keten heeft tijdens een interview aangegeven de mogelijkheid te onderzoeken herhaalreceptuur voor alle aangesloten apotheken centraal te gaan bestellen en uit te leveren via zogenoemde 'distributieapotheken' of per post. Waar bij internetapotheken in de levering een vertraging kan oplopen, kunnen grote ketens vanwege hun schaalvoordeel binnen een aantal uren leveren.

Ook omdat ketens in de praktijk reeds verschillende wijzen van distributie hanteren, is het maken van afspraken hierover gemakkelijker dan voor apotheken die geen onderdeel zijn van een keten. Eén formule-organisatie heeft aangegeven geen operationele problemen te hebben geconstateerd bij de introductie van het preferentiebeleid. De formule heeft haar leden actief ondersteund in de communicatie over preferentiebeleid en gevolgen daarvan voor de individuele patiënt.

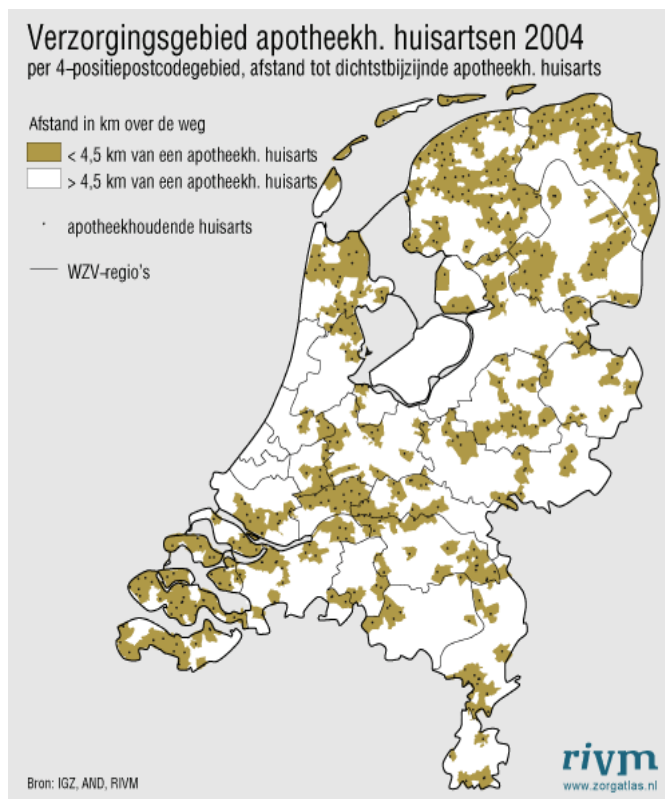
### 4.3.3 Apotheekhoudende huisarts

In Nederland is een aantal gebieden onvoldoende gedekt door de aanwezigheid van openbare apotheken. In deze gebieden wordt de farmaceutische zorg van oudsher verleend door apotheekhoudende huisartsen. Een huisarts kan een toelating aanvragen voor de functie van apotheekhoudende indien 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.

In 2004 telt Nederland 490 apotheekhoudende huisartsen. Van alle in Nederland zelfstandig gevestigde huisartsen is ruim 6% apotheekhoudend. In het recente onderzoek dat ConQuaestor in opdracht van de NZa heeft uitgevoerd, is gebleken dat er in 2007 nog 471 apotheekhoudende huisartsen waren, daarvan is echter geen spreidingskaart bekend. In 2003 waren dit er nog 593, ofwel 8% van de zelfstandig gevestigde huisartsen. In 184 van de 483 gemeenten bevinden zich één of meer apotheekhoudende huisartsen. De kaart toont dat de apotheekhoudende huisartsen vooral zijn gevestigd in meer landelijke gebieden, voornamelijk in het noorden van het land en in Zeeland. Daarmee vult dit kaartbeeld het kaartbeeld van de openbare apotheken aan.

Evenals voor de openbare apotheken, is het verzorgingsgebied van apotheekhoudenden voor een compleet beeld van belang.

**Figuur 4. Verzorgingsgebied apotheekhoudende huisartsen**



Bron: Nationale Atlas Volksgezondheid, versie 3.15, 25 september 2008  
© RIVM, Bilthoven

Deze kaart toont de spreiding van de verzorgingsgebieden van de apotheekhoudende huisartsen in 2004. Ongeveer 2,4 miljoen (14,8%) Nederlanders wonen binnen 4,5 km van een apotheekhoudende huisarts. In 2001 waren dat 2,8 (18%) miljoen Nederlanders. De kaart toont dat de apotheekhoudende huisartsen vooral gevestigd zijn in Friesland en Zeeland.

Bij apotheekhoudende huisartsen bestaat de scheiding tussen voorschrijven en afleveren niet, zoals die wel aanwezig is bij reguliere huisartsen en openbare apotheken. Tijdens de gesprekken die in het kader van de monitor zijn gevoerd, kwam meerdere malen aan de orde dat de uitvoering van het preferentiebeleid en de mogelijkheid om therapeutische substitutie te bedrijven, bij apotheekhoudende huisartsen

eenvoudiger is dan in de relatie huisarts apotheker. Tijdens de gesprekken in het kader van de monitor werd door meerdere partijen gesuggereerd dat apotheekhoudende huisartsen vanwege het ontbreken van de scheiding tussen voorschrijven en afleveren, vaker gebruik zouden maken van therapeutische substitutie naar single-source geneesmiddelen, waar na invoering van preferentiebeleid nog wel inkoopvoordelen gelden. Alle gesproken zorgverzekeraars hebben in de monitorgesprekken aangegeven de aantallen voorschriften met medische noodzaak te monitoren om ongewenst voorschrijfgedrag vroegtijdig te signaleren. Op het moment van het verschijnen van deze monitor zijn hiervan echter nog geen uitkomsten bekend. In de monitors die de NZa de komende jaren zal uitvoeren, zal dit nader onderzocht worden.

Ten aanzien van de uitvoering en handhaving van het preferentiebeleid betrachten verzekeraars coulance ten aanzien van apotheekhoudende huisartsen. Apotheekhoudende huisartsen hebben enkele maanden de tijd gekregen om te voldoen aan het preferentiebeleid.

#### 4.3.4 Ahoed/1<sup>e</sup> Lijns gezondheidscentrum

Het ministerie van VWS heeft de NZa specifiek gevraagd in deze monitor aandacht te besteden aan Ahoed's (Apotheker en huisarts onder één dak) en gezondheidscentra. Hierover is op 22 oktober 2008 door de Minister van VWS een brief naar de Tweede Kamer gezonden (GMT/VDG 2882405). Er is inmiddels een aantal signalen dat deze samenwerkingsvorm kan leiden tot ongewenste belangenverstrengeling<sup>7</sup>.

Ahoed vorming heeft voor de patiënt voordelen in termen van toegankelijkheid (een geïntegreerd zorgaanbod), maar ook in termen van schaalvoordelen is samenwerking tussen huisartsen en apotheekhoudenden interessant. Kostenvoordeel, efficiency, vloeiende en snelle onderlinge communicatie, gezamenlijk zorgprogramma's richting zorgverzekeraars en klantvriendelijkheid naar patiënten toe zijn het meest in het oog springende voordelen. Daarnaast kan een apotheek zijn strategische positie verankeren door veel administratieve en organisatorische lasten van de huisarts over te nemen. Voor apotheekhoudenden kan het verzekeren van een bepaalde afzet een prikkel zijn tot deelname aan een gezondheidscentrum of Ahoed.

In de gesprekken in het kader van de monitor is het onderwerp 'samenwerkingsverbanden' meerdere malen aan de orde geweest. Er zijn voorbeelden genoemd van het faciliteren van huisartsen op het gebied van huisvesting en ICT.

Door onduidelijkheid in de besluitvorming van de overheid over financiering van gezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden en de financiële onzekerheid bij apotheekhoudenden, geven de apothekers aan terughoudend te zijn ten aanzien van het aangaan van nieuwe samenwerkingsverbanden.

Ook verzekeraars spelen een steeds grotere rol bij het ontstaan van gezondheidscentra. Een aantal verzekeraars heeft eigen 1<sup>e</sup> lijns centra en apotheken in bezit.

---

<sup>7</sup> De NZa heeft hierover in juni 2007 een studie uitgebracht: "In wiens belang? Onderzoek naar samenwerkingsvormen en belangen-verstrengeling tussen arts en apotheekhoudende in de eerstelijnsgezondheidszorg".

### 4.3.5 Internetapothek

Het fenomeen internetapothek bestaat sinds een aantal jaren. Bestonden er in 2004 nog geen internetapotheken, in het jaar 2007 werden er drie geteld (bron: ConQuaestor) en in 2008 zeven.

Internetapotheken zijn deels een alternatief voor het invullen van de volledige farmaceutische zorg in een gebied. Voor reguliere uitgifte van geneesmiddelen (eerste uitgifte zonder spoed en herhaalreceptuur) is dit een reële optie. In Nederland is volgens SFK in 2007 74% van de recepten een herhaalrecept, de overige 26% betreft eerste uitgiften.

Levering van acute medicatie (pijnstillers, antibiotica e.d) kan volgens sommige respondenten door internetapotheken echter niet worden gegarandeerd binnen de voor de patiënt gewenste tijd. Internetapotheken vormen in de ogen van deze respondenten op dit punt dan ook geen volwaardig alternatief voor het invullen van de volledige farmaceutische zorg in een gebied.

Een aantal zorgverzekeraars, voorschrijvers en consumentenorganisaties zijn van mening dat het heel goed mogelijk is zonder kwaliteitsverlies de distributiekanaal ook op andere wijze dan via de apothekers te regelen. Uvit heeft inmiddels bekend gemaakt samenwerking te hebben gezocht met De Centrale Apothek.

#### **De Centrale Apothek**

De Centrale Apothek (DCA) ondersteunt en faciliteert de rol van de huisarts als regisseur van de eerstelijnszorg. Het doel van De Centrale Apothek is de genees- en hulpmiddelenverstrekking onder de regie van de huisarts te organiseren. Centraal wordt de herhaalmedicatie verwerkt en de volgende dag kan de medicatie bij voorkeur in de praktijk van de huisarts door de patiënt opgehaald worden. Indien gewenst kan de medicatie ook bij de patiënt thuis afgeleverd worden door het regionale distributiesysteem van De Centrale Apothek. Via medisch-farmaceutische steunpunten in eigen beheer, die in samenspraak met de regionale huisartsen of huisartsgroepen opgezet zijn, wordt de overige medicatie afgeleverd. Alle medicatiegegevens worden centraal opgeslagen.

*Bron: [www.huisartscentraal.nl](http://www.huisartscentraal.nl)*

Internetapotheken voorzien in een behoefte van patiënten die ontevreden zijn over hun eigen apothek, privacygevoelige middelen en patiënten die zelf de keuze maken voor aflevering van spécialité (dat niet wordt uitgeleverd door de eigen apothek). Zij kunnen daardoor voor de zorgconsument een meerwaarde vormen ten opzichte van de reeds bestaande, klassieke distributievormen als de openbare apothek of apothekhoudende huisarts.

Internetapotheken kenmerken zich door een ander businessmodel dan reguliere apotheken. Internetapotheken kunnen bestaan door het distribueren van hoge volumes van met name herhaalreceptuur. Zij leveren daarin een landelijke dekking. Een aantal internetapotheken heeft ook de zorgverleningsfunctie belegd.

Internetapotheken worden geconfronteerd met hoge transport- en verzendkosten, die in de huidige tariefstructuur niet worden gedekt. Anderzijds houden zij aan andere kostensoorten over. Het feit dat

internetapotheken ontstaan wekt de indruk dat internetapotheken binnen de huidige bekostiging voordelen denken te kunnen behalen.

#### 4.3.6 Politheek

Politheken zijn apotheken die gevestigd zijn in het ziekenhuis en extramurale farmaceutische zorg leveren. Politheken in academische en topklinische ziekenhuizen leveren vooral complexe en dure medicatie, waarbij de intake en voorlichting van patiënten veel tijd kost. In het kader van de monitorgesprekken, is gesproken met de apotheker van een poliklinische apotheek waarbij deze productmix bestond. De kosten van deze politheek waren 3-4 keer hoger dan in een reguliere apotheek, vanwege de kosten die gepaard gaan met intensieve voorlichting aan de patiënt over een juist geneesmiddelgebruik van (vaak) dure medicijnen.

Op dit moment wordt de niet sluitende exploitatie van politheken opgevangen door het ziekenhuis, waarbij het gaat om een verschuiving van middelen tussen de verschillende zorgsegmenten. Met de toenemende marktwerking in de ziekenhuiszorg, het toenemende financiële risico bij ziekenhuizen en de steeds groter wordende focus op efficiency, zal dit soort interne subsidiëring in de toekomst naar verwachting minder mogelijk zijn. Specifieke aandacht voor de financiering van apotheken met een specialistische functie is volgens een groot deel van de respondenten (zowel apotheekhoudenden als verzekeraars) dan ook noodzakelijk, omdat verliezen in politheken worden gesubstitueerd binnen het ziekenhuisbudget.

### 4.4 Klinische ziekenhuisapotheek

Ieder ziekenhuis in Nederland beschikt over een klinische ziekenhuisapotheek, die de aflevering van geneesmiddelen binnen het ziekenhuis verzorgt.

Het gaat hierbij om geneesmiddelenvoorziening aan klinisch opgenomen patiënten. Patiënten die op de polikliniek geneesmiddelen krijgen voorgeschreven, kunnen deze verkrijgen bij de politheek, dienstapotheek of de eigen openbare extramurale apotheek.

Klinische ziekenhuisapotheken hebben te maken met een andere productmix dan extramurale apotheken. Met name dure geneesmiddelen en spécialités worden in het ziekenhuis voorgeschreven en uitgeleverd door de ziekenhuisapotheek, al dan niet met extramurale voortzetting.

Uit het onderzoek naar inkoopvoordelen dat onlangs door ConQuaestor op verzoek van de NZa is uitgevoerd, is gebleken dat ziekenhuisapotheken *gemiddeld* gezien hogere inkoopvoordelen behalen dan extramurale apotheken en apotheekhoudende huisartsen. Een mogelijke verklaring daarvoor zijn de grotere volumina en de andere productmix. In het onderzoek werd echter ook geconstateerd dat de behaalde inkoopvoordelen per ziekenhuisapotheek onderling sterk verschillen. De focus van een aantal ziekenhuisapotheken is niet altijd even sterk gericht op onderhandelingen over de prijs. Dit kan voortkomen uit de bekostiging van de ziekenhuisapotheek, die verloopt via het budget van het ziekenhuis. Ziekenhuisapotheken declareren niet, zoals extramurale apotheken, tegen taxeprijs, maar betalen een netto inkoopprijs voor geneesmiddelen en worden gefinancierd middels een budget danwel middels DBC-inkomsten uit het B-segment. Elke verlaging in de prijs die voor geneesmiddelen wordt betaald door ziekenhuisapotheken, leidt tot minder kosten voor het ziekenhuis.

Als preferentiebeleid leidt tot lagere netto inkooprijzen (zoals geldt voor (preferent verklaarde) generieke geneesmiddelen), dan profiteren ziekenhuizen van het preferentiebeleid door lagere kosten aan geneesmiddelen.

#### 4.5 Toegankelijkheidsanalyse farmaceutische zorg

Zoals blijkt uit de voorgaande paragrafen zijn er veel verschillende type apotheekhoudenden. De NZa heeft een analyse uitgevoerd om de huidige toegankelijkheid in kaart te brengen en de gevolgen van een eventuele afname in het aantal apotheekhoudenden op de toegankelijkheid voor patiënten. Bij de analyse is onderscheid gemaakt tussen stedelijke en niet-stedelijke gebieden. 43% van de Nederlandse bevolking woont in stedelijke gebieden en 57% van de Nederlandse bevolking woont in niet-stedelijke (landelijke) gebieden.

**Tabel 3. Huidige toegankelijkheid farmaceutische zorg**

	<1 km	<2,5 km	<5 km	<7,5 km
Nederland	75,3	88,9	97,1	99,5
Stedelijk	83,7	97,2	99,8	99,9
Niet-stedelijk	68,7	77,1	91,4	98,3

Het percentage van de bevolking dat dichterbij dan een bepaalde afstand van een apotheekhoudende woont.

Bron: NZa

Uit tabel 3 blijkt dat op dit moment een groot deel van de bevolking minder dan 2,5 kilometer van een apotheekhoudende woont en nagenoeg iedereen minder dan 7,5 kilometer. De afstand tot de dichtstbijzijnde apotheekhoudende is zoals te verwachten in niet-stedelijke gebieden groter dan in stedelijke gebieden.

Om te analyseren hoe robuust de huidige toegankelijkheid is, is onderzocht hoe de toegankelijkheid zich zou ontwikkelen indien een aantal willekeurige apotheken zouden uitvallen.

**Tabel 4. Toegankelijkheid bij afname aantal apotheekhoudenden**

	<1 km	<2,5 km	<5 km	<7,5 km
Nederland (10 % uitval)	70,4	85,8	95,5	99,1
Stedelijk (10 % uitval)	78,6	95,1	99,1	99,6
Niet-stedelijk (10 % uitval)	64,1	72,8	88,3	97,2
Nederland (20 % uitval)	65,9	83,0	94,1	98,6
Stedelijk (20 % uitval)	74,9	94,1	98,3	99,3
Niet-stedelijk (20 % uitval)	58,9	68,0	85,1	95,9
Nederland (30 % uitval)	59,9	79,0	91,6	97,6
Stedelijk (30 % uitval)	70,3	93,0	98,2	99,1
Niet-stedelijk (30 % uitval)	51,9	61,6	79,7	93,5

Het percentage van de bevolking dat dichterbij dan een bepaalde afstand van een apotheekhoudende woont, indien willekeurig 10, 20 of 30 procent van de apotheekhoudenden zou stoppen.

Bron: NZa

De resultaten laten zien dat vrijwel de gehele populatie (99%) van Nederland een apotheek binnen 7,5km afstand heeft in het geval van

10% willekeurig uitval van apotheken. Zelfs bij 30 % willekeurige uitval geldt dit nog voor 98 % van de bevolking.

Bovenstaande analyse gaat uit van willekeurige uitval. Of de uitval meer stedelijke of meer landelijke gebieden zou treffen, is niet met zekerheid te zeggen. In stedelijke gebieden is meer concurrentie, maar in landelijke gebieden zijn relatief meer apotheken met weinig receptregels. Deze effecten werken tegen elkaar in en het nettoresultaat is onbekend.

## 4.6 Groothandel

Groothandels verzorgen in Nederland het overgrote deel van de levering van geneesmiddelen (single-source en multi-source) aan apotheekhoudenden.

Groothandels voelen op een tweetal manieren de gevolgen van het preferentiebeleid. Enerzijds hebben groothandels op 1 juli 2008 te maken gekregen met een grootschalige afwaardering van voorraden geneesmiddelen (met name niet-preferent verklaarde generieke substituten). Groothandels geven tijdens de interviews aan dat middelen voor hen soms 'bij verrassing' preferent worden verklaard, zonder dat tevoren is geïnventariseerd of leveranciers wel in staat zijn grote volumes af te leveren.

Daarnaast worden groothandels geconfronteerd met afnemers die in financiële problemen geraken en die niet binnen de gestelde termijn aan hun verplichtingen kunnen voldoen. Normaliter worden facturen van groothandel daags na het ontvangen van de bevoorschotting door zorgverzekeraars door apotheekhoudenden voldaan. Een aantal van de groothandels die in het kader van deze monitor zijn geïnterviewd geeft aan te zoeken naar alternatieve vormen van distributie, zoals het direct afleveren van bijvoorbeeld incontinentiemateriaal aan eindgebruikers.

Vrijwel alle groothandels hebben vormen van voorwaartse integratie toegepast door middel van ketenvorming of de ontwikkeling van franchise formules.

## 4.7 Fabrikanten/unieke leveringen

Een aantal fabrikanten maakt gebruik van selectieve distributie van specialistische geneesmiddelen, oftewel unieke leveringen. Deze leveringen gaan buiten de openbare apotheek om. Voorbeelden van geneesmiddelen die tot de unieke leveringen worden gerekend zijn Adalimumab en etanercept.

Deze unieke leveringen kenmerken zich door de omvang van de doelgroep (klein), toedieningswijze (complex) en kosten (hoog). Deze geneesmiddelen kunnen niet zondermeer door iedere openbare apotheek worden geleverd. Fabrikanten kiezen er voor om deze geneesmiddelen niet - zoals gebruikelijk - via iedere groothandel aan te bieden, maar door slechts met één partij in zee te gaan. Van verzekeraars is tijdens de gesprekken vernomen dat zij deze ontwikkeling niet bevorderlijk achten voor een goede marktwerking. Het is voor de verzekeraars immers moeilijk een dergelijke apotheek een contract weigeren, aangezien zij verzekerden dan geen toegang zouden hebben tot dat unieke product.

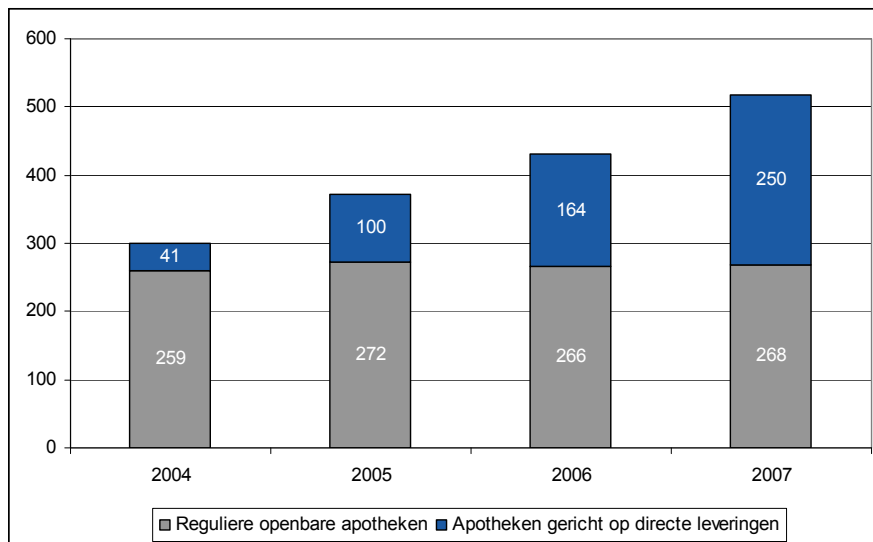
Voorbeelden van bedrijven die zich op deze markt (directe aflevering) begeven, zijn Red Swan, Apotheekzorg, Klinerva, Medizorg en Alloga. Zij



leveren sommige geneesmiddelen rechtstreeks aan de patiënt. In dat geval is het voor de reguliere apotheek niet mogelijk om deze geneesmiddelen te leveren. Ook zijn er geneesmiddelen die tot de directe leveringen worden gerekend, waarbij het wel mogelijk is dat de patiënt het voorgeschreven geneesmiddel bij een apotheek naar eigen keuze kan betrekken.

Zowel het aantal geneesmiddelen dat selectief wordt gedistribueerd als de bijbehorende omzet groeit relatief sterk. De uitgaven van de betrokken geneesmiddelen kwam in 2007 uit op € 518 miljoen. Dit is een toename van 25% ten opzichte van het jaar daarvoor. Deze toename loopt vrijwel volledig via de bedrijven die zich richten op de directe leveringen. De uitgaven via de reguliere openbare apotheek bleven in de periode 2004 tot en met 2007 vrijwel gelijk. In onderstaande figuur zijn de uitgaven aan directe leveringen via apotheken, gericht op directe leveringen en reguliere openbare apotheken weergegeven.

**Figuur 5. Directe leveringen (€ mln)**



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Voor de zorgconsument kent het fenomeen van directe leveringen zowel nadelen als voordelen. In termen van toegankelijkheid en beschikbaarheid is aflevering en voorlichting dichtbij de patiënt georganiseerd. Doordat de aflevering buiten de eigen reguliere apotheek plaatsvindt, bestaat echter het risico op een versnipperde medicatiehistorie/medicatie dossier met bijbehorende effecten op de medicatieveiligheid en de mogelijkheden tot een goede medicatiebewaking.

In onderstaande box wordt een voorbeeld weergegeven van een fabrikant die gebruik maakt van directe leveringen en die afspraken maakt over vergoedingen met de verzekeraar. De verzekeraar dient afspraken te maken met de apotheek over de vergoeding van de geleverde specialistische zorg. Dit is een voorbeeld van scheiding van zorg en (dure) inkoop.

**Regeling financiering extramuraal Flolan behandeling GSK-Zorgverzekeraars**

In 1998 werd in Nederland aangevangen met de Flolan behandeling van pulmonale artériële hypertensie (PAH). Op dat moment was Flolan nog



niet geregistreerd voor deze indicatie. Omdat de behandeling derhalve ook niet werd vergoed, heeft GlaxoSmithKline BV in overleg met Zorgverzekeraars Nederland en de expert behandelaar uit het VUmc sinds eind 1998 een overeenkomst opgesteld waarin de kosten van de Flolan behandeling worden beperkt.

In 1999 is voor de indicaties idiopatische PAH en PAH gerelateerd aan bindweefselziekten voor Flolan registratie en opname in het GVS verkregen. De regeling met zorgverzekeraars is, in overleg met CVZ, echter tot op heden gecontinueerd omdat declaratie op AIP basis van het Flolan gebruik door de stijgende dosis (tachyfylaxie) binnen een aantal jaren kan oplopen tot meer dan € 300.000,- per jaar. In samenhang met de regeling werd de vergoeding echter wel toegekend aan alle patiënten met PAH (een aantal andere vormen van PAH zijn nl zeer zeldzaam waardoor alleen case report over de werkzaamheid beschikbaar zijn en dus geen registratie).

De overeenkomst kan door een zorgverzekeraar per individuele patiënt worden aangevraagd.

Wanneer de zorgverzekeraar deze overeenkomst afsluit zal de Flolan direct door GSK worden geleverd aan de apotheker die het geneesmiddel bereidt en/of levert aan de patiënt. De apotheker ontvangt geen factuur voor de bestelde Flolan (krijgt daardoor ook geen marge). In plaats daarvan ontvangt de zorgverzekeraar maandelijks een factuur van GSK met een vastbedrag voor de Flolan behandeling.

Voorwaarde voor deze overeenkomst is dat de zorgverzekeraar een apotheker vindt die bereid is om aan deze regeling mee te werken. De apotheker maakt met de zorgverzekeraar per patiënt een afspraak voor een aanvullende vergoeding voor de bereiding en aflevering.

Oorspronkelijk was het maandelijks bedrag gebaseerd op de kosten per gewonnen levensjaar van een longtransplantatie bij patiënten met PAH (ongeveer € 5.000,- per maand). Later is hier een differentiatie in aangebracht waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen patiënten met een lage, een gemiddelde of een hoge dosering Flolan (€3.670,- resp. €4.750,- resp. €8.250,- per maand).

*Bron: GSK*

## 4.8 Conclusie toegankelijkheid

In deze paragraaf worden de in hoofdstuk 4 getrokken conclusies nog eens gezamenlijk weergegeven. De scope die hierbij wordt gehanteerd is die van het consumentenbelang.

Het preferentiebeleid en de overige benoemde ontwikkelingen in de farmaciemarkt hebben consequenties voor de toegankelijkheid van geneesmiddelenzorg in het perspectief van de zorgconsument. Door preferentiebeleid wordt voor de patiënt alleen nog maar het preferent aangewezen middel vergoed, daar waar voorheen de apotheker de keuze maakte tussen generieke middelen. Voor de patiënt resteert echter wel de vrijheid te kiezen voor een bepaald (spécialité) geneesmiddel, ook al zou er een preferent alternatief zijn. Consequentie hiervan is wel dat de patiënt deze zelf moet betalen. De zorgverzekeraar vergoedt in dat geval niets, ook niet de kosten van de receptregel.

Een mogelijk risico bij het voeren van preferentiebeleid, is dat resubstitutie naar single-source geneesmiddelen plaats zal vinden. Artsen en patiënten willen (zoals vernomen in een aantal gesprekken met apotheekhoudenden, verzekeraars en een consumentenorganisatie)

in sommige gevallen niet accepteren dat een- tot tweemaal per jaar van medicijnverpakking moet worden gewisseld.

De huidige apotheekdichtheid in Nederland is objectief gezien voldoende: 89 % van de bevolking woont minder dan 2,5 kilometer van de dichtstbijzijnde apotheekhoudende en 99 % minder dan 7,5 kilometer. Het feit dat preferentiebeleid heeft geleid tot lagere geneesmiddelenprijzen en hiermee ook lagere inkomsten uit marge voor apotheekhoudenden, zou voor de zorgconsument gevolgen kunnen hebben voor de toegankelijkheid van zorg in termen van continuïteit (faillissementen). Echter, de resultaten van de toegankelijkheidsanalyse tonen aan dat vrijwel de gehele populatie (99%) van Nederland een apotheek binnen 7,5 kilometer afstand heeft in het geval van 10% willekeurig uitval van apotheken.

Mochten er apothekers van de markt verdwijnen, dan zal de kans echter klein zijn dat een aanbieder verdwijnt uit een gebied waar hij de enige of een van de weinigen is. Juist in deze gebieden hebben de aanbieders mogelijk een machtspositie (zie hoofdstuk 4 van het advies) en de zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht een belang dat aanbieders blijven bestaan. Daarnaast bestaan voldoende toetredingsmogelijkheden voor alternatieve aanbieders als internetapotheken en uitdeelposten, om ook in deze gebieden het aanbod op peil te houden.

In het kader van toegankelijkheid is ook de keuzevrijheid van patiënten van groot belang. Hieronder wordt zowel de keuzevrijheid van verzekering als de vrijheid van keuze voor een bepaalde zorgverlener verstaan.

Preferentiebeleid kan de transparantie in de verzekeringsmarkt verlagen, doordat een verzekerde niet van tevoren weet welk specifiek middel in de loop van een jaar preferent wordt en dus vergoed. Indien een verzekerde een voorkeur heeft voor een specifiek middel, zonder dat hier een medisch inhoudelijke grond voor is, kan dit als nadelig door de verzekerde worden beschouwd. Of dit een legitieme grond is om de verzekering tussentijds op te zeggen, kan niet met zekerheid worden gesteld. Een vermindering van de transparantie betekent een vermindering in de keuzevrijheid.

#### *Vervolgstappen NZa*

De NZa blijft de toegankelijkheid van farmaceutische zorg monitoren en zal wanneer nodig partijen aanspreken op hun zorgplicht. In de advisering omtrent liberalisering van de vergoedingen van apotheekhoudenden wordt ook nadrukkelijk gekeken hoe toegankelijkheid en keuzevrijheid kunnen worden geborgd.

## 5. Betaalbaarheid: inkoop van geneesmiddelen en bedrijfsvoering

### 5.1 Inleiding

Betaalbaarheid van zorg is het tweede publieke belang dat in deze monitor wordt behandeld.

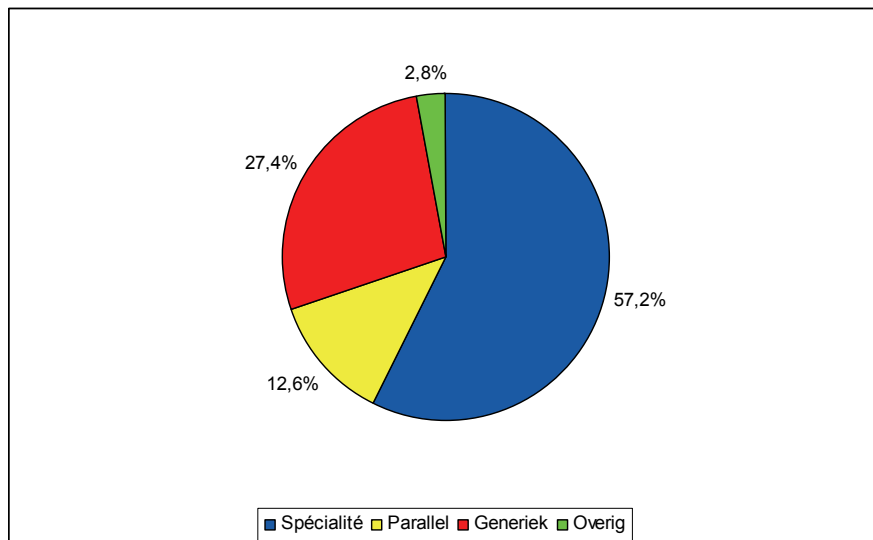
In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de effecten van preferentiebeleid en andere ontwikkelingen op de prijzen en volumes van geneesmiddelen. Vervolgens wordt in kaart gebracht wat de gevolgen van deze ontwikkelingen zijn op apotheektarieven. Vervolgens wordt gekeken naar de macro geneesmiddelenuitgaven en (mogelijke) effecten op zorgpremies. Tot slot worden andere inzichten besproken, die voortkomen uit de monitorinterviews.

### 5.2 Ontwikkelingen geneesmiddelenprijzen en volumes

Bij de ontwikkelingen van geneesmiddelenprijzen en volumes van geneesmiddelen, wordt onderscheid gemaakt naar type geneesmiddel: single-source en multi-source geneesmiddelen. Er wordt nog apart stil gestaan bij dure geneesmiddelen.

In Nederland ziet de kostenverdeling naar productgroep er als volgt uit:

**Figuur 6. Kostenverdeling naar productgroep (in %)**



Bron: GIP

#### 5.2.1 Single-source

Single-source geneesmiddelen zijn geneesmiddelen waar een patent op rust en waarop dus geen preferentiebeleid van zorgverzekeraars mogelijk is. Wel spelen single-source geneesmiddelen een rol in het preferentiebeleid als het gaat om resubstitutie. Door zorgverzekeraars

wordt daarom alleen als er medische gronden zijn, een niet preferent middel vergoed.

In de gesprekken in het kader van de monitor is meermalen aan de orde gekomen dat respondenten zich enige zorgen maken over de pijplijn van nieuwe innovatieve medicijnen. Op dit moment lijken fabrikanten weinig te investeren in innovatie en ontwikkeling van nieuwe medicijnen, investeringen worden vooral gericht op de ontwikkeling van dure geneesmiddelen voor oncologiepatiënten (een relatief kleine patiëntengroep) en biopharmaceuticals.

De komende jaren zal nog een aantal geneesmiddelen uit patent lopen. In de systematiek van een aantal jaar geleden zouden fabrikanten van generieke geneesmiddelen generieke varianten van deze middelen op de markt gaan brengen. Nu de prijsstelling van generieke middelen echter zo laag is dat tegen kostprijs moet worden geleverd, dreigen volgens een aantal respondenten generieke producenten deze middelen niet meer op de markt te gaan brengen. Zolang er enige mate van winst te behalen valt, is dit scenario volgens de NZa echter zeer onwaarschijnlijk.

Van fabrikanten van single-source geneesmiddelen is in de monitorgesprekken vernomen dat, naast de 'standaard korting' van 6,82% die wordt gegeven ter dekking van de clawback gemiddeld nog 3,5% additionele korting aan de groothandel op de taxe prijs verleend wordt ter dekking van de distributiekosten (levering van alle geneesmiddelen naar apotheekhoudenden). Het surplus (ruim 1%) wordt als marge aan de apotheekhoudende doorgegeven. Dit beeld stemt overeen met hetgeen is onderzocht in het onderzoek naar inkoopvoordelen in 2007 door ConQuaestor in opdracht van de NZa. In dit onderzoek bleek gemiddeld gezien een marge van 8% te worden verstrekt/genoten op spécialités.

### 5.2.2 Multi-source

Een multi-source geneesmiddel kan zowel een generiek als een spécialité al dan niet parallel import geneesmiddel zijn.

#### *Generiek*

De prijsstelling van generieke geneesmiddelen is als gevolg van het preferentiebeleid in juni 2008 spectaculair gedaald. Om concurrerend te blijven (met name voor zorgverzekeraars die een laagste prijs garantie hanteren) hebben ook fabrikanten van generieke middelen die niet preferent zijn verklaard, hun prijzen verlaagd tot rond de prijsstelling van het preferente middel.

De daling van de lijstprijzen van generieke geneesmiddelen heeft een verlagend effect op de macro uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland. Ervan uitgaande dat verzekeraars de bespaarde middelen laten terugvloeien naar de patiënt (in termen van concurrentie met andere zorgverzekeraars, investeringen in kwaliteit van zorg en/of een lagere zorgpremie) leidt dit tot een betere prijs/kwaliteitverhouding voor de consument.

De ontwikkeling van nieuwe generieke middelen zal, volgens een aantal respondenten, met name betrekking hebben op biosimilars (separaat aan de focus van geneesmiddelenfabrikanten op biofarmaceuticals als het gaat om innovatie en ontwikkeling van nieuwe middelen).

In onderstaande box is hiervan een voorbeeld opgenomen:

### **Biosimilars: De nieuwe generatie**

**'tegen 2010 zullen dure biofarmaceutische producten 25% van de farmaceutische omzet en 50% van alle nieuwe toepassingen omvatten'**

Op het 5de EGA symposium over biosimilars\* op 3 mei 2007 in Londen opende algemeen directeur EGA Greg Perry als volgt: 'Nu wetenschappelijk en wettelijk de weg is vrijgemaakt, moeten industrie en toezichthouders zich concentreren op het toegankelijk maken van de markt voor biosimilars. Biosimilars zetten de traditie voort die door generieke geneesmiddelen in de afgelopen 20 jaar is geschapen. Generieke geneesmiddelen zijn goed voor bijna 50% van de geneesmiddelen in de huidige 27 EU-landen. Dat betekent een besparing van 18 tot 20 miljard euro.'

### **Economische innovatie**

'Biosimilars kunnen beschouwd worden als een 'economische innovatie'. Tegen 2010 zullen dure biofarmaceutische producten 25% van de farmaceutische omzet en 50% van alle nieuwe toepassingen omvatten. Daarom zijn biosimilars spoedig noodzakelijk als onderdeel van toekomstig zorgbeleid. Zo zal een 20% prijsreductie op zes patentloze biofarmaceutische producten de EU zo'n 1,6 miljard euro per jaar besparen. De eerste twee biosimilars zijn inmiddels op de markt gebracht en in 2007 worden in totaal nog eens 12 aanvragen verwacht. Het toegankelijk maken van de markt verdient alle aandacht, zodat deze nieuwe, meer betaalbare producten snel beschikbaar komen voor patiënten. Met name het vergroten van het vertrouwen bij patiënten en professionals is erg belangrijk. Biosimilars zijn even veilig als het referentieproduct. Ze worden zeer grondig geëvalueerd op gelijkwaardigheid en vergelijkbaarheid met het referentieproduct. Bedrijven moeten de modernste analytische en klinische technologieën gebruiken, soms zelfs technologieën die oorspronkelijk niet beschikbaar waren om het referentieproduct te beoordelen. Ook moeten ze een strategie hebben voor het monitoren na verkoop, om de veiligheid en efficiëntie zeker te stellen.' Perry drong in dit verband aan op de volgende maatregelen: erkenning van de uitwisselbaarheid van biosimilars, handhaving van de huidige wetenschappelijke benadering van INN\*\* benaming en prijsstructuren invoeren die de markttoetreding van biosimilars en concurrentie aanmoedigen.

\* Biosimilar: de generieke variant van een biotechnologisch product.

\*\* INN: International Non-proprietary Name. Dit is de wetenschappelijke naam om een specifiek molecuul te identificeren dat gebruikt wordt bij een farmaceutische behandeling. Generieke geneesmiddelen zijn over het algemeen bekend onder hun INN in plaats van een bedachte handelsmerknaam.

Bron: Bogin, [www.bogin.nl/biosimilars](http://www.bogin.nl/biosimilars)

### *Spécialité*

Tijdens de gesprekken in het kader van de monitor is ook het onderwerp resubstitutie aan de orde gesteld (een patiënt die eerder was overgezet op een generiek geneesmiddel, wordt (weer) teruggezet op een spécialité). Hoewel door een aantal respondenten is aangegeven dat de druk op de voorschrijver om spécialité voor te schrijven lijkt toe te nemen, met name door patiënten die in 1 jaar al een aantal keer van (preferente) leverancier zijn gewijzigd, kunnen deze vermoedens op dit

moment niet worden gestaafd door cijfermatige onderbouwing. Het onderwerp resubstitutie zal terugkomen in de volgende monitor.

### 5.2.3 Dure geneesmiddelen

In deze subparagraaf worden twee soorten dure geneesmiddelen behandeld. Eerst wordt ingegaan op dure geneesmiddelen binnen ziekenhuizen, die onder de beleidsregel 'dure geneesmiddelen' vallen. Vervolgens wordt gekeken naar extramuraal geneesmiddelen met hoge kosten (meer dan € 500 per voorschrift).

#### *Dure geneesmiddelen in ziekenhuizen*

In de beleidsregel 'dure geneesmiddelen' stelt de NZa vast welke dure geneesmiddelen voor een extra vergoeding in aanmerking komen.

Volgens deze beleidsregel is een geneesmiddel duur wanneer de totale kosten per jaar tenminste 0,5% bedragen van alle geneesmiddelkosten in ziekenhuizen gezamenlijk en wanneer het geneesmiddel per behandeldag minstens tien keer duurder is dan de gemiddelde kosten per dag. Dure geneesmiddelen worden zowel intramuraal als extramuraal voorgeschreven. Momenteel staan er 27 geneesmiddelen op de lijst van de beleidsregel dure geneesmiddelen, met geregistreerde indicaties en sommige daarvan alleen met nader bepaalde indicaties.

Het verdient volgens een aantal respondenten aanbeveling om dure en complexe middelen op te nemen in een DBC zorgprofiel. Dit geeft volgens de respondenten een doelmatigheidsimpuls en bevordert het nadenken over het totale zorgprofiel binnen ziekenhuizen.

Eind oktober heeft de NZa de Minister van VWS geadviseerd over de invoering van prestatiebekostiging voor dure intramurale geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen<sup>8</sup>. Dit advies komt er op neer dat dure geneesmiddelen via apart declarabele prestaties (zogenaamde add-ons) zouden moeten worden vergoed. De reden voor aparte prestaties is de grote kostenheterogeniteit van behandelingen met dure geneesmiddelen. Het verwerken van de kosten van dure geneesmiddelen in DBC's zou prikkels tot onder- en overbehandeling introduceren.

In één van de gesprekken werd een voorbeeld gegeven van hoe in de Sint Maartenskliniek wordt omgegaan met afspraken over het voorschrijven van bepaalde (dure) medicijnen. Dit voorbeeld is opgenomen in onderstaande box.

#### **Afspraken over voorschrijven (dure) medicijnen**

Infliximab (Remicade) is één van de nieuwe biologicals die bij reumatoïde artritis (RA) wordt gebruikt om de klachten te verminderen en de beschadiging van de gewrichten te remmen. Meestal wordt bij reumatoïde artritis infliximab in de standaarddosis voorgeschreven: 3 mg per kilo lichaamsgewicht. Dit wordt doorgaans eens per 8 weken toegediend in het ziekenhuis. Infliximab is echter een zeer duur geneesmiddel, de standaarddosering kost ongeveer 13.000 euro per jaar. En niet iedereen met RA reageert hetzelfde op het middel. Er zijn mensen die bij de standaarddosis baat hebben, er zijn mensen die een hogere dosis of frequentie nodig hebben, en er zijn mensen die er helemaal niet op reageren.

De afdelingen reumatologie en farmacie van de Sint Maartenskliniek bepalen daarom het effect en de dosis van de behandeling per individu

<sup>8</sup> NZa: Advies bekostiging dure en weesgeneesmiddelen, oktober 2008.

door middel van de Disease Activity Score (DAS). Immers, bij reumatoïde artritis is de DAS-score een bewezen parameter om de ziekteactiviteit te monitoren en de behandeling op aan te passen. Zo blijkt uit onderzoek dat behandelen op basis van de ziekteactiviteit, de klachten van de patiënt op populatieniveau meer verminderen en de radiologische schade beperkter is in vergelijking tot standaard zorg. Op grond van een protocol waarin DAS-gestuurd behandelen centraal staat, verzamelt de afdeling farmacie de benodigde gegevens en bepaalt aan de hand hiervan of de vigerende dosering nog optimaal is, en informeert de reumatoloog als op grond van het protocol een ander doseringsinterval of dosering moet worden gekozen. De reumatoloog moet zich tegenover zijn collega artsen verantwoorden als hij van het protocol wil afwijken. Behalve dat hiermee een optimaal effect voor de patiënt bereikt wordt, heeft dit meer voordelen.

Vaak worden hoge doses infliximab of korte doseringsintervallen voorgeschreven zonder dat deze meer effect hebben. Dat kan leiden tot meer bijwerkingen. Het tweede nadeel van hogere doseringen of korte doseringsintervallen is dat deze meer geld kosten. Het bedrag kan oplopen tot 45.000 euro per jaar. Daarnaast kan men door DAS-gestuurd te behandelen tijdig mensen traceren die niet reageren op het geneesmiddel en waarbij de behandeling met infliximab dus geen zin heeft. Tot slot dient het project met infliximab als "oefenproject" om later ook de dosering van andere biologicals te bepalen aan de hand van de ziekteactiviteit.

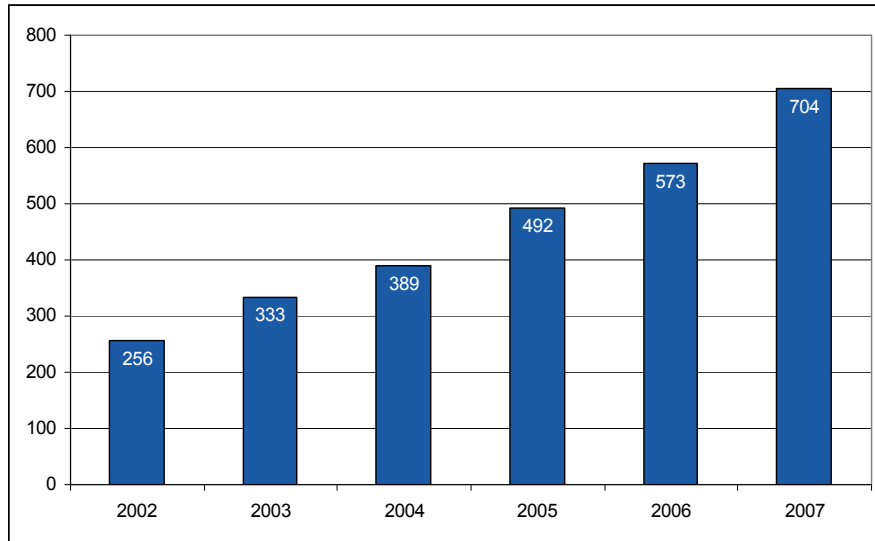
Het feit dat de kosten van infliximab binnen de Sint Maartenskliniek in het kader van het DBC-experiment zijn opgenomen binnen de Diagnose Behandel combinatie (DBC) is, naast de kwalitatieve argumenten hierboven benoemd, zeker een prikkel geweest om de behandeling met infliximab te optimaliseren en zinnig en zuinig voor te schrijven. Hierdoor kan een concurrerende DBC-prijs aangeboden worden aan verzekeraars terwijl tevens de uitkomst van de behandeling gemeten wordt en dus transparant is en kan worden vergeleken met een referentie.

*Bron: Sint Maartenskliniek, B. Benraad*

#### *Dure extramurale geneesmiddelen*

SFK brengt in haar publicatie 'Data en Feiten 2008' de uitgaven aan geneesmiddelen van meer dan € 500 per voorschrift in beeld:

**Figuur 7. Dure extramurale geneesmiddelen (in € mln)**



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

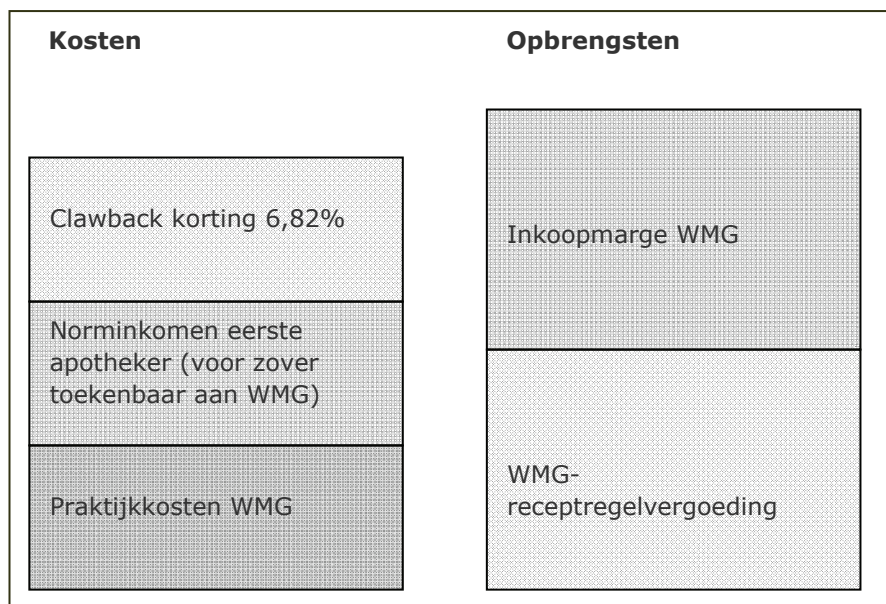
De groep dure geneesmiddelen is verantwoordelijk voor bijna 40% van de uitgavengroei in 2007. Daarnaast groeiden de uitgaven door een sterke landelijke groei van het aantal recepten.

Tijdens de gesprekken is aan de orde gekomen dat er een lage korting wordt gegeven op dure medicatie, bij een groot aantal middelen zelfs niet kostendekkend (doorbelasting van de distributiekosten door de groothandel).

### 5.3 Bedrijfsvoering apothekhoudenden

De winst- en verliesrekening van een apothekhoudende ziet er schematisch uit als in figuur 8. Voor elk van deze posten zal kort in kaart worden gebracht welke effecten preferentiebeleid en andere ontwikkelingen hier op hebben.

**Figuur 8. Winst- en verliesrekening apotheek**





### 5.3.1 Receptregelvergoeding

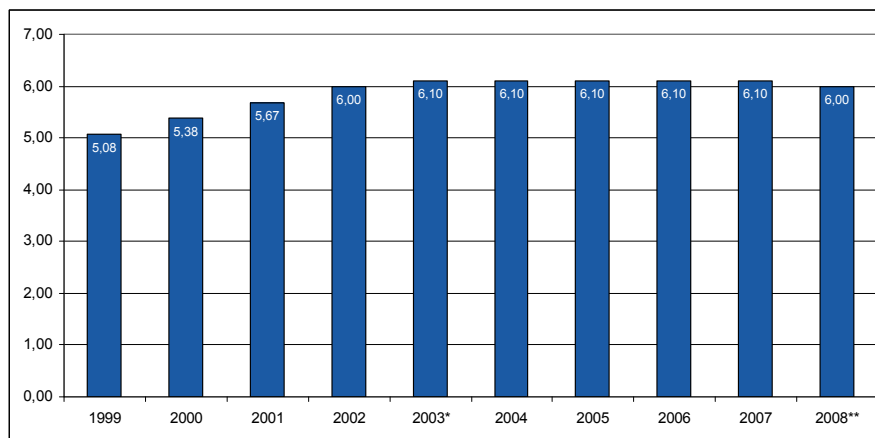
In 2007 hebben openbare apotheken voor in totaal € 851 miljoen aan WMG-receptregelvergoeding ontvangen (NZa onderzoek inkoopvoordelen en praktijkkosten farmacie). Dat komt neer op een WMG receptregelvergoeding van gemiddeld € 469.000 per openbare apotheek. De receptregelvergoeding is de belangrijkste component van de apotheekvergoeding. In 2007 bedroeg de receptregelvergoeding € 6,10 per afgeleverd WMG-geneesmiddel.

WMG-geneesmiddelen zijn receptgeneesmiddelen die uitsluitend in de apotheek verkrijgbaar zijn en die een vaste vergoeding per voorschrift kennen. De apotheker heeft geen belang bij het afleveren van (nodeloos) dure geneesmiddelen. Per voorschrift ontvangt de apotheek een vaste afleververgoeding ongeacht de prijs en de hoeveelheid van het desbetreffende geneesmiddel. Afhankelijk van de situatie en het soort geneesmiddel geldt er wel een maximale afleverduur: 15, 30 of 90 dagen.

Het tarief dat apotheken voor hun dienstverlening in rekening mogen brengen per afgeleverd receptgeneesmiddel is op 1 januari 2007 vastgesteld op € 6,10. Hiermee bleef het tarief voor het vijfde opeenvolgende jaar gelijk. Op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit jaarlijks de beleidsregels voor de receptregelvergoeding vast. Bij de aanpassing van de receptregelvergoeding houdt de NZa naast de inflatie en de loonkostenontwikkeling rekening met de ontwikkeling van het aantal voorschriften per apotheek (via aanpassing van de rekennorm). Per 1 januari 2008 verlaagde de NZa de receptregelvergoeding naar € 6,00. per 1 juli 2008 is het weer opgetrokken naar € 6,10.

De ontwikkeling van de receptregelvergoeding per WMG-receptregel in de afgelopen jaren is als volgt geweest:

**Figuur 9. Receptregelvergoeding (in €)**



\* september – december 2003: € 6,30.

\*\* juli – december 2008: € 6,10

Bron: NZa

De huidige receptregelvergoeding is niet kostendekkend, het systeem is dan ook zo opgebouwd, dat de apotheekhoudende de kosten die niet worden gedekt door de receptregelvergoeding moet bekostigen uit de inkoopvoordelen. Nu de inkoopvoordelen voor een deel van de omzet gereduceerd zijn, komt dit ten laste van de bedrijfsvoering van de categorie apotheekhoudenden die voor invoering van het preferentiebeleid reeds een bescheiden rendement behaalden.

De NZa heeft per 1 juli 2008 een gedifferentieerde receptregelvergoeding ingevoerd. Daarbij is weer uitgegaan van € 6,10 per receptregel. Naast een basisvergoeding per behandelde receptregel geldt er een additionele vergoeding voor aanvullende prestaties zoals een Eerste Uitgifte en (bijzondere) apotheekbereidingen of een toeslag bij uitgifte gedurende een avond-, nacht- of zondagsdienst. Tenslotte heeft de NZa een aparte afleververgoeding vastgesteld voor levering via een weekdoseersysteem.

**Tabel 5. Gedifferentieerd tariefsysteem**

	Tarief	Indicatie aantal gevallen, gemiddeld per jaar	Indicatie vergoeding, gemiddeld per jaar
<b>Basistarief</b>			
Standaarduitgifte	€ 5,30	69.000	€ 365.700
Weekdosering	€ 2,90	12.000	€ 34.800
<b>Aanvullend tarief</b>			
1 <sup>e</sup> uitgifte	€1,05	12.700	€ 13.400
Reguliere bereiding	€ 10,60	1.875	€ 19.900
Bijzondere bereiding	€ 79,40	165	€ 13.100
ANZ-dienst	€ 10,60	975	€ 10.300
<b>Totaal</b>			€ 457.200
			75.000 x € 6,10 = € 457.200

Bron: NZa/Stichting Farmaceutische kengetallen

Volgens een aantal van de respondenten die in het kader van de monitor zijn geïnterviewd, pakt de gedifferentieerde tariefstelling in de praktijk ongunstig uit: de gemiddelde apotheek zou er qua gemiddelde receptregelvergoeding op achteruitgaan (vanwege de casemix in hun apotheek). De eerste evaluatie heeft opgeleverd dat er wel verschillen zijn tussen apotheken, maar dat de uitkomst macro gemiddeld toch nagenoeg neutraal is. Er behoeft in het tarief 2009 maar 0,01 per receptregel te worden verrekend.

### 5.3.2 Inkoopvoordelen

Naast de receptregelvergoeding, zijn inkoopvoordelen een andere belangrijke bron van inkomsten voor apotheekehoudenden. De NZa heeft onderzoek gedaan naar de inkoopvoordelen in 2007. Uit dit onderzoek blijkt dat de inkoopvoordelen per openbare apotheekhoudende (dus exclusief apotheekhoudende huisartsen) in 2007 gemiddeld € 417.000 bedroegen. Rekening houdend met preferentiebeleid en andere ontwikkelingen, is de prognose van de NZa voor de inkoopvoordelen in 2008 € 304.000 en € 266.000 in 2009.

Preferentiebeleid leidt duidelijk tot lagere inkoopvoordelen. Voor de preferente middelen lijken de inkoopvoordelen nagenoeg te verdwijnen. Lang niet alle Multi-source middelen vallen echter onder preferentiebeleid en ook op single-source geneesmiddelen worden kortingen gegeven. Inkoopvoordelen zijn door het preferentiebeleid dan ook niet verdwenen.

### 5.3.3 Ontwikkelingen praktijkkosten

Het preferentiebeleid heeft een negatief financieel effect op de apotheekhoudende en de groothandel. Volgens een aantal respondenten zijn voorraden door de in juli 2008 sterk dalende prijzen voor generieke middelen afgewaardeerd. In de rapportage bij het onderzoek naar inkoopvoordelen en praktijkkosten in 2007, rekent de NZa met een kostenpost voor emballage en spillage van gemiddeld € 2.000 per apotheekhoudende huisarts en € 6.000 per openbare apotheek. Voor 2008 is die post voor apothekers verhoogd met € 2000.

Daarnaast wordt op dit moment, naast het verdwijnen van de marge op generieke middelen, door een aantal toeleveranciers een distributiefee gerekend.

### 5.3.4 Clawback

In een kortgeding in het kader van de gevolgen van het preferentiebeleid, heeft de voorzieningenrechter de clawback voor de 2<sup>e</sup> helft 2008 geschorst.

## 5.4 Macrobetaalbaarheid

### 5.4.1 Afspraken overheid met sector

Aansluitend op eerder gemaakte afspraken heeft de overheid in december 2006 landelijke afspraken met de sector (apothekers, geneesmiddelenleveranciers en zorgverzekeraars) gemaakt over de prijsontwikkeling van geneesmiddelen in de jaren 2006 en 2007. Voor het jaar 2007 was deze besparingsdoelstelling vastgesteld op € 971 miljoen. Ondersteund door de verlaging van de maximumprijzen onder invloed van de Wet Geneesmiddelenprijzen en het verlopen van de geneesmiddelenpatenten van diverse geneesmiddelen zijn de in de convenanten overeengekomen besparingsdoelstellingen vanaf het jaar 2005 steeds gerealiseerd.

In september 2007 sloot de overheid opnieuw een akkoord met de sector. Enerzijds betrof dit een continuering en aanscherping van de bezuinigingsafspraken uit de eerdere convenanten. Anderzijds is afgesproken dat partijen op grond van een gezamenlijk uit te werken stappenplan in twee jaar tijd zouden toewerken naar een nieuwe marktsituatie waarbij de diverse schakels in de kolom worden geprikkeld om maximale toegevoegde waarde voor de klant te leveren en bestaande regelgeving kan worden afgebouwd. Om deze reden is de afspraak Transitieakkoord genoemd.

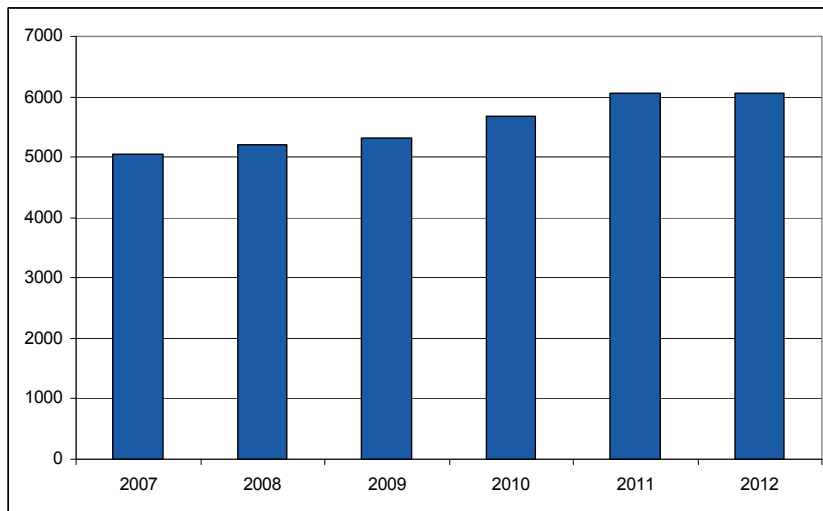
Daarenboven is afgesproken dat de claw back gedurende de maanden december 2007 tot en met juni 2008 tijdelijk verhoogd werd met een transitietoeslag van 6,82% tot 11,3%. Bovenop het bedrag van € 215 miljoen (incl. BTW) aan inkoopvoordelen die apotheekhoudenden inleveren via de reguliere claw backregeling, betekende dit dat nog eens € 50 miljoen (incl. BTW) aan extra inkoopvoordelen bij apotheekhoudenden werd afgeroomd (SFK 2007).

### 5.4.2 Macrobudgettaire kader (BKZ)

Het kabinet heeft in het coalitieakkoord afspraken vastgelegd over de budgettaire ruimte die in de jaren tot en met 2011 beschikbaar is voor de collectieve zorguitgaven, het Budgettaire Kader Zorg (BKZ). Het uitgavenplafond dat in het coalitieakkoord is afgesproken wordt

weergegeven in reële termen. Uitgaven die vallen onder het BKZ zijn de zorguitgaven die behoren tot het verzekerde pakket van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). In haar begroting verbijzondert het ministerie van VWS het totale BKZ naar de verschillende deelsectoren binnen Zvw en AWBZ. Voor het onderdeel 'budgettaire ruimte die beschikbaar is voor farmaceutische hulp' geldt de volgende meerjarenreeks, waarin de besparingen als gevolg van het geneesmiddelenconvenant en het Transitieakkoord zijn verwerkt.

**Figuur 10. BKZ uitgaven farmaceutische zorg (in € mln)**

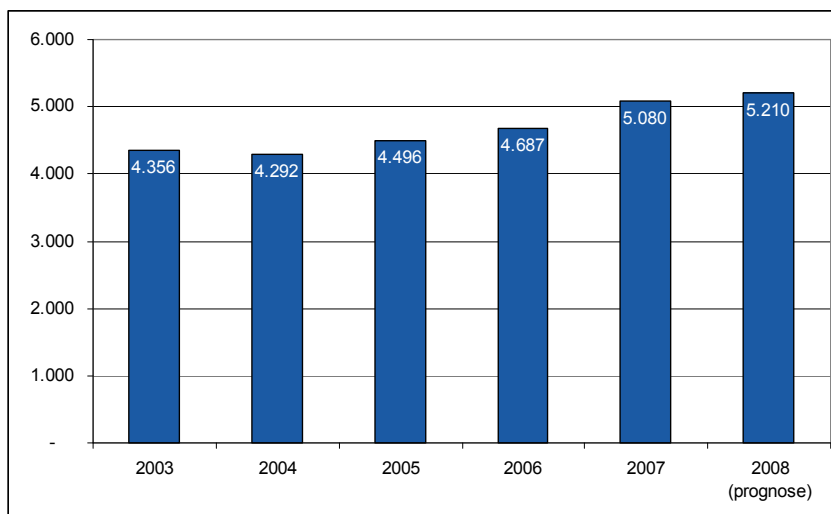


Bron: Rijsbegroting 2009

### 5.4.3 Ontwikkeling geneesmiddelenuitgaven

Het Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP) heeft in 'GIPeilingen 2007' de daadwerkelijke geneesmiddelenuitgaven in openbare apotheken in de afgelopen jaren in kaart gebracht:

**Figuur 11. Geneesmiddelenuitgaven**



Bron: GIPeilingen 2007

*Geneesmiddelenuitgaven in 2007 met 8,4% gestegen*

Via de openbare apotheken is er in 2007 € 5.080 miljoen uitgegeven aan geneesmiddelen die binnen het wettelijk verzekerd pakket vallen. Dit is € 393 miljoen ofwel 8,4% meer dan in 2006. De uitgavenstijging is in de eerste plaats terug te voeren op een toenemend gebruik van 'dure' geneesmiddelen (geneesmiddelen waarbij de kosten per recept hoger zijn dan € 500). De groep dure geneesmiddelen is verantwoordelijk voor bijna 40% van de uitgavengroei in 2007. Daarnaast groeiden de uitgaven door een sterke landelijke groei van het aantal recepten (SFK 2007 en GIP 2007).

*Verwachting voor 2008*

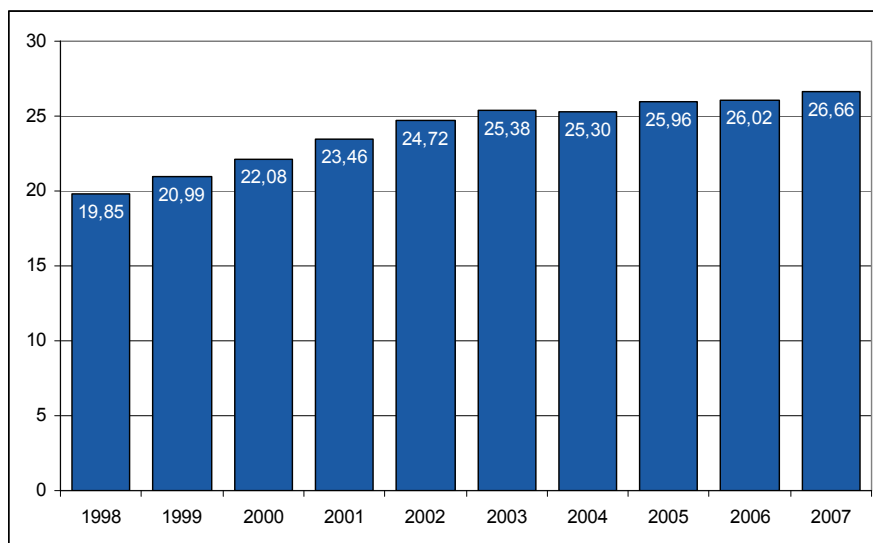
Het GIP verwacht dat de uitgaven aan farmaceutische hulp via openbare apotheken in 2008 licht zullen stijgen tot € 5.210 miljoen. Hierbij is onder meer rekening gehouden met de structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven, de prijsverlagingen onder invloed van het Transitieakkoord 2008, de prijsverlagingen in juni en juli 2008 als gevolg van het preferentiebeleid, de heropname van de anticonceptiemiddelen in het pakket, alsmede de verlaging van de maximumprijzen naar aanleiding van prijsontwikkelingen in de landen om ons heen.

*Structurele groei*

Zonder ingrijpen door overheid of marktpartijen stijgen de geneesmiddelenuitgaven op dit moment jaarlijks met 9 tot 10%. Het stijgen van de geneesmiddelenuitgaven is een structureel verschijnsel dat toe te schrijven is aan een verschuiving in het geneesmiddelengebruik naar nieuwere, doorgaans duurdere geneesmiddelen, demografische factoren (bevolkingsgroei en vergrijzing), het toenemend chronisch gebruik van geneesmiddelen, het toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket en de verschuiving van de zorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie. Verder is de toename van het marktaandeel van openbare apotheken ten koste van het marktaandeel van apotheekhoudende huisartsen van invloed op de groei van de geneesmiddelenuitgaven bij openbare apotheken (SFK 2007).

SFK heeft in haar publicatie 'Data en Feiten 2008' de geneesmiddelenkosten per WMG-voorschrift in kaart gebracht:

**Figuur 12. Geneesmiddelenkosten per WMG recept (in €)**



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Dit betreft de totale geneesmiddelenkosten, waarin kosten voor distributie en transport zijn inbegrepen.

Door een aantal respondenten werd aangegeven dat landelijke taxeprijzen een verlamrende werking hebben op initiatieven die gericht zijn op het verlagen van de prijs. Tijdens de gesprekken is aan de orde geweest dat mogelijk gedacht kan worden aan een systeem van gedifferentieerde taxen (per regio of per verzekeraar). Eveneens wordt door respondenten gemeld dat de landelijke taxeprijzen in grote mate de 'echte' onderhandelingsmogelijkheid frustreert, doordat differentiatie in prijsvorming hierdoor ontmoedigd wordt.

#### **5.4.4 Effecten op zorgpremies**

De daling van de lijstprijzen van generieke geneesmiddelen heeft een verlagend effect op de macro uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland. Er van uitgaande dat verzekeraars de bespaarde middelen laten terugvloeien naar de patiënt (in termen van concurrentie met andere zorgverzekeraars, investeringen in kwaliteit van zorg en/of een lagere zorgpremie) leidt dit tot lagere zorgkosten voor de consument.

Het individueel preferentiebeleid is pas medio 2008 ingezet. Daarnaast zijn geneesmiddelen uitgaven slechts één component van de curatieve zorg. In welke mate besparingen bij zorgverzekeraars door preferentiebeleid invloed hebben op de premies voor 2009 is daarom niet te bepalen.

### **5.5 Betaalbaarheid algemeen**

In alle gesprekken die zijn gevoerd met respondenten uit de farmacotherapeutische sector in Nederland, is de betaalbaarheid van farmacotherapeutische zorg aan de orde geweest. Er is bij de respondenten algemeen overeenstemming dat het systeem van marge concurrentie eindig was en dat in het verleden behaalde overwinsten door ontvangen kortingen en bonussen uit de markt moeten verdwijnen door een meer reële prijsvorming. Betaalbaarheid uit zich voor de zorgconsument in een goede prijs/kwaliteitverhouding, waarbij prijzen en kosten niet kunstmatig hoog worden gehouden. Een reële prijsstelling voor de kosten van geneesmiddelen met daarbij een reële vergoeding voor de apotheekhoudenden, waardoor apotheekhoudenden in staat zijn hun ondernemerschap en zorgverlenersfunctie goed in te vullen, zijn volgens de geïnterviewden de randvoorwaarden voor een systeem waarbij prestaties en kosten in balans zijn.

Een onderdeel van betaalbaarheid op micro- en macroniveau vormen de administratieve lasten (mede door de afhandeling van na invoering van het preferentiebeleid op grote schaal afgekeurde declaraties en controle van uit te leveren geneesmiddelen per patiënt aan de balie) die, zowel bij de individuele apotheekhoudende als bij groothandel en zorgverzekeraar, toenemen.

Bij de bespreking van betaalbaarheid dient ook een doelmatig geneesmiddelengebruik en doelmatig voorschrijfbeleid te worden betrokken. Daarbij is naast prijsstelling, vooral sturing op volume van belang. In FTO's en richtlijnen wordt hierover informatie uitgewisseld, c.q. worden afspraken gemaakt. In hoofdstuk 6 wordt nader ingegaan op het FTO.

## 5.6 Conclusie betaalbaarheid

In deze paragraaf worden de gevolgen van het preferentiebeleid samengevat in termen van de betaalbaarheid voor de consument.

Samengevat blijkt het preferentiebeleid een effectieve manier om de prijzen van generieke geneesmiddelen te verlagen. Hiermee levert het een belangrijke bijdrage aan de betaalbaarheid van de zorg. Tegelijkertijd is hiermee een belangrijke stap gezet in het beëindigen van de marge concurrentie op deze generieke middelen. De financiële gevolgen worden merendeels gedragen door apothekhoudenden, met een toenemende druk op efficiency (positief). Vooralsnog nemen de administratieve lasten door de invoering van het preferentiebeleid toe, op de lange termijn kunnen systemen echter worden ingericht op de nieuwe werkwijze.

De daling van de lijstprijzen van generieke geneesmiddelen heeft een verlagend effect op de macro uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland. Er van uitgaande dat verzekeraars de bespaarde middelen laten terugvloeien naar de patiënt (in termen van concurrentie met andere zorgverzekeraars, investeringen in kwaliteit van zorg en/of een lagere zorgpremie) leidt dit tot lagere zorgkosten en/of hogere kwaliteit voor de consument.

### *Vervolgstappen NZa*

De NZa adviseert in opdracht van de Minister over de mogelijkheid om de vergoeding van apothekhoudenden te liberaliseren<sup>9</sup>. Deze liberalisering is erop gericht om een efficiëntere allocatie van middelen mogelijk te maken en om via marktwerking de inkoopvoordelen van apothekhoudenden tot een redelijk niveau te beperken, om zo met minder administratieve lasten en reguleringskosten een maatschappelijk wenselijke uitkomst te realiseren.

---

<sup>9</sup> Zie Advies Langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid, december 2008.





## 6. Kwaliteit: Farmaceutische patiëntenzorg

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kwaliteit van de farmacotherapeutische zorg.

Met betrekking tot het publieke belang kwaliteit zijn drie aspecten te onderscheiden:

- de daadwerkelijke kwaliteit van de zorg;
- het inrichten van de markt op een wijze die zorgaanbieders stimuleert tot kwaliteit en innovatie;
- de procesmatige aanpak van verzekeraars door kwaliteitseisen te stellen bij zorginkoop.

Op het eerste punt houdt de NZa geen toezicht, in de monitor komt dan ook niet aan bod komen of de kwaliteit van zorg is verbeterd of verslechterd. Het toezicht op de kwaliteit van een individuele zorgaanbieder is een taak van de IGZ. De IGZ heeft op dit moment vanuit de patiënt geen signalen die er op wijzen dat de kwaliteit van zorg door preferentiebeleid in het geding komt. Dit hoofdstuk ziet vooral op het tweede en derde punt.

Naast kwaliteit in het algemeen, gaat het hierbij met name om de toegevoegde waarde van de apotheker als het gaat om de zorgverlenersrol. Hierbij zal achtereenvolgens ingegaan worden op de aspecten productkwaliteit, kwaliteit van de organisatie en kwaliteit voor de patiënt. Centraal staat de vraag of in het huidige bekostigingssysteem de juiste prikkels zijn gebouwd om kwalitatief goede zorgverlening mogelijk te maken.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de algemeen ervaren kwaliteit, productkwaliteit (geneesmiddel), kwaliteit van de organisatie, en patiëntgebonden kwaliteit.

### 6.2 Kwaliteit algemeen

Het belang van de zorgconsument bestaat eruit kwalitatief goede zorg te ontvangen voor zo laag mogelijke zorgkosten. Het is van belang het begrip 'kwaliteit' te definiëren in termen van de toegevoegde waarde die de apotheker heeft buiten het sec afleveren van geneesmiddelen.

De kerntaken van de apotheker richten zich primair op zorginhoudelijke dienstverlening, en secundair op inkoop- en distributietaken. Zorginhoudelijke dienstverlening heeft onder meer betrekking op medicatieveiligheid, medicatiebewaking, beheer van het patiëntendossier en bevordering van therapietrouw. In aanvulling daarop houden apothekers zich bezig met onder andere huisbezoeken na ontslagmedicatie, preventieprogramma's, zorgprojecten en farmaceutische consulten. Ook samenwerking met artsen, bijvoorbeeld op het gebied van het opstellen van doelmatige farmacotherapeutische richtlijnen, is hierbij van belang.

Wat betreft de toegevoegde waarde van de apotheker als het gaat om de zorgverlenersrol, wordt door een aantal respondenten (met name apotheekhoudenden en kwaliteitsorganisaties) gesteld dat de apotheker als medebehandelaar een toegevoegde waarde heeft als de indicatie,

maar ook bepaalde laboratoriumwaarden beschikbaar zijn. Enkele verzekeraars beschouwen de rol die de apotheker heeft in het opstellen en bewaken van de naleving van richtlijnen en de toegevoegde waarde van apothekers in plusmodules als onvoldoende.

In de HARM-studie (Hospital Admissions Related to Medication) 2006 komt deze toegevoegde waarde aan de orde. Tijdens deze studie werd prospectief onderzoek gedaan naar ziekenhuisopnames ten gevolge van medicatiegebruik in een representatieve selectie van Nederlandse ziekenhuizen. In Nederland blijkt in 2,4% van alle ziekenhuisopnames en 5,6% van alle spoedopnames een medicatiefout de oorzaak van de ziekenhuisopname te zijn. Hiervan is volgens de onderzoekers de helft vermijdbaar. Geëxtrapoleerd naar heel Nederland zijn er 19.000 opnames per jaar ten gevolge van vermijdbare medicatiefouten.

Alertheid bij het voorschrijven en gebruiken van geneesmiddelen zijn daarbij van essentieel belang, zowel in termen van voorkomen van zorgkosten door (dure) ziekenhuisopnamen, maar ook in termen van kwaliteit van de zorg voor de patiënt.

De komende jaren, zo komt uit de interviews naar voren, zal door apothekers moeten worden ingezet op het zichtbaar maken van de toegevoegde waarde van de apotheker in termen van kwaliteit en de uitwerking hiervan voor patiënten. Op basis hiervan kan in samenspraak met de zorgverzekeraar worden gewerkt aan productontwikkeling en prestatieomschrijvingen rond medicatieveiligheid, polyfarmacie, chronische patiëntengroepen en outcomeparameters. Daar staat tegenover dat door de huidige ontwikkelingen de hele farmacotherapeutische zorg volgens geïnterviewde apotheekhoudenden onder druk is komen te staan.

Vanwege de noodzakelijke kostenbesparingen zijn volgens respondenten de eerste ontslagen gevallen en vindt afvloeiing van assistentes en tweede apothekers plaats. Dit gaat volgens hen ten koste van o.a de wachttijden en de service in de apotheek. Ongeveer 10% van alle afleveringen vraagt volgens de geïnterviewde apothekers om een specialistisch consult. Daarnaast vergt specialistische begeleiding ervaren (dure) krachten en investering in continue opleiding.

Hoewel er nog weinig concrete voorbeelden zijn waarbij verzekeraar en apotheekhoudenden tot een financiële afspraak zijn gekomen voor het leveren van aparte prestaties, geeft een aantal verzekeraars aan hier zeker welwillend tegenover te staan. Dit betreffen dan vaak prestaties die zich richten op medicatieveiligheid en doelmatig gebruik van geneesmiddelen, met name gericht op het beïnvloeden van de volumecomponent.

### **6.3 Productkwaliteit**

Het eerste aspect van de toegevoegde waarde van de apotheker en bezien vanuit het consumentenbelang, heeft betrekking op de productkwaliteit. Volgens het WINAp is deze vorm van kwaliteit in Nederland op goed niveau gegarandeerd. Van overheidswege wordt streng toegezien op de kwaliteit van middelen die in Nederland op de markt komen en aanwezig zijn.

De magistrale bereiding of eigen bereiding in de apotheek krijgt momenteel veel aandacht, mede vanwege kwaliteitsaspecten en verscherpte eisen van de inspectie (IGZ). De magistrale bereidingen

worden in toenemende mate door centrale apotheken bereid. Apotheken hebben vaak jarenlange relaties met hun toeleveranciers, waarbij afbreuk in productkwaliteit grote consequenties heeft voor deze relatie. Door de introductie van preferentiebeleid door verzekeraars is de labelkeuze voor de betrokken middelen verschoven van de apotheker naar de verzekeraar. Op de apotheker berust echter ook voor deze middelen de productaansprakelijkheid, dus de verantwoordelijkheid zich te verzekeren van de juiste kwaliteit en leverbaarheid van de preferente middelen. Deze schijnbare tegenstrijdigheid geeft in het algemeen geen probleem, aangezien het CBG geneesmiddelen controleert voor ze de Nederlandse markt op mogen.

In een aantal gesprekken is door geïnterviewden zorg geuit over een gebrek aan effectiviteitskennis wanneer geneesmiddelen geïntroduceerd zijn in de markt. Met name bij dure en complexe medicatie, maar ook bij middelen die breed inzetbaar zijn, zou voorschrijven van medicatie bij aanvang wellicht kunnen worden beperkt tot gespecialiseerde kenniscentra.

Binnen deze kenniscentra zouden richtlijnontwikkeling, richtlijnimplementatie en richtlijnevaluatie hand in hand gaan. Bovendien lenen deze centra zich voor de opzet van een database om de effecten van nieuwe geneesmiddelen te kunnen nagaan. Ook fabrikanten zouden deze centra moeten kunnen benaderen bij de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Het doel van deze kenniscentra is het creëren van snellere toegang van een nieuw middel tot de markt en het sneller evalueren van de effecten en ervaringen.

Voor de komende 5 jaar is de verwachting van geïnterviewde geneesmiddelenfabrikanten dat een groot aantal single-source geneesmiddelen uit patent gaat, en dat nieuwe geneesmiddelintroducties zich meer richten op niche indicaties, of indicaties met een levensbedreigend karakter (met name oncologie) en biofarmaceuticals. Bij deze indicaties is het aannemelijk dat de maatschappij een belangrijke financiële bijdrage kan doen. Dit betekent voor de introductie van nieuwe geneesmiddelen dat de farmaindustrie zich meer zal gaan richten op het ziekenhuis en de medisch specialist.

In enkele interviews werd gesteld dat men terughoudend is met therapeutische substitutie middels richtlijnen. Wel kunnen verzekeraars bijvoorbeeld FTO groepen stimuleren tot het maken van afspraken die leiden tot doelmatig gebruik binnen de richtlijnen. Verzekeraars doen op sommige indicaties aan benchmarking om te zien of richtlijnen voldoende nageleefd worden.

## 6.4 Kwaliteit van de organisatie

De kwaliteit van de organisatie wordt hier weergegeven als 'de kwaliteit die binnen een apotheek wordt geleverd'. Het gaat dan om het voor de consument garanderen van veilige en kwalitatief hoogwaardige zorg. Dit gebeurt binnen de farmaceutische sector op de volgende wijzen:

### 6.4.1 Certificering

De Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht instellingen om patiënten 'verantwoorde zorg' te leveren. Hiervoor is het van belang dat kwaliteit genormeerd en toetsbaar wordt. Transparantie van kwaliteit kan onder andere bereikt worden door certificatie.

Op basis van de informatie van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) is momenteel ongeveer de helft van de apotheken gecertificeerd. De ervaring is dat apotheken die gecertificeerd zijn, kritisch naar hun bedrijfsprocessen gekeken hebben, en hierdoor innovatiever en slagvaardiger worden. Verbeterprocessen komen beter op gang, en worden beter geborgd in de organisatie.

#### 6.4.2 FTO

Een vorm van samenwerking en afstemming tussen apothekers en huisartsen vindt plaats in het farmacotherapieoverleg (FTO). Om de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid in de geneesmiddelenvoorziening te bevorderen worden in deze lokale samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en apothekers afspraken gemaakt over het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen en over de voorlichting over deze middelen. In Nederland zijn 850 FTO-groepen, ingedeeld naar vier niveaus.

**Tabel 6. Indicatoren niveau-indeling FTO**

Indicator	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Aantal bijeenkomsten	≥ 1	≥ 4	≥ 4	≥ 5
Vorbereiding		Arts of apotheker	Arts en apotheker	Arts en apotheker
Duur bijeenkomsten			≥ 1.5 uur	≥ 1.5 uur
Werken met cijfers			Ja	Ja
Vastleggen afspraken			Ja	Ja
Toetsen afspraken				ja

Bron: DGV rapport, FTO peiling 2007

De laatste jaren is een duidelijke stijging in niveau 4 waar te nemen; van 8% in 2002 naar 39% in 2007. Dit betekent dat FTO-groepen meer en meer bekwaam zijn in het toetsen van afspraken met behulp van prescriptiecijfers, de eis voor niveau 4.

**Figuur 13. Trends in het FTO-niveau over de afgelopen zes jaar**



Bron: DGV rapport, FTO peiling 2007

Sommige apothekers geven een terugkoppeling op de resultaten via de SFK/WINAP benchmark. Maar weinig FTO groepen zitten volgens het grootste deel van de respondenten overigens echt op niveau 4.

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.

#### **6.4.3 Elektronisch Medicatie Dossier**

Door de verschillen in distributiekanaal (stadsapotheek, politheek, internetapotheek etc.) raakt het medicatiedossier van de patiënt volgens een groot aantal respondenten steeds meer versnipperd. De verscheidenheid in distributievormen en met name het gebrek aan informatieoverdracht, brengt volgens deze respondenten (zowel apotheekhoudenden, kwaliteitsorganisaties als enkele zorgverzekeraars) de medicatieveiligheid in gevaar. Andere zorgverzekeraars, voorschrijvers en consumentenorganisaties zijn van mening dat het heel goed mogelijk is zonder kwaliteitsverlies de distributiekanaal ook op andere wijze dan via de apothekers te regelen.

In dit verband is het dan ook van belang om het dossierhouderschap van medicatie goed te definiëren. De apotheker heeft sinds de invoering van de automatisering een belangrijke rol gespeeld in het verhogen van de medicatieveiligheid. Een aantal apotheken en apotheekketens maakt hun dossier via internet toegankelijk voor de patiënt. Hiermee wordt in ieder geval transparantie gerealiseerd over de afgeleverde geneesmiddelen in de betreffende apotheek, en alle geneesmiddelen die door andere distributiekanaal (zoals politheek) verstrekt zijn, en afgestemd naar de huisapotheek van de patiënt.

Het systeem OZIS is door geïnterviewden aangedragen als mogelijk hulpmiddel bij de elektronische registratie van medicatiegegevens. Een beperking van het systeem is echter dat het alleen regionaal inzicht geeft in de medicatiehistorie. Wanneer buiten de regio geneesmiddelen worden afgeleverd, dan wordt dit niet in OZIS geregistreerd met versnippering van de medicatiegegevens tot gevolg. Omdat het ontbreekt aan een volledige medicatiehistorie is het volgens een groot aantal apothekers (van zowel openbare, poliklinische als klinische apotheken) vaak noodzakelijk de patiënt uit te vragen over het daadwerkelijke medicatiegebruik. Dit is volgens hen een erg tijdsintensieve, maar op dit moment in het kader van de medicatieveiligheid noodzakelijke activiteit om de patiënt actiever te betrekken bij zijn medicatiegebruik.

### **6.5 Kwaliteit voor de patiënt**

Naast nauwe samenwerking tussen apotheker en huisarts is het zeer van belang om te investeren in kwaliteit van zorgverlening aan de patiënt. Een belangrijk kwaliteitsaspect is de bewustwording bij de patiënt. In de volgende paragrafen wordt een aantal zaken dat bij de kwaliteit voor de patiënt van belang is nader uitgelicht.

#### **6.5.1 Medicatiebewaking**

Medicatiebewaking wordt als een van de belangrijkste kerntaken van de apotheker gezien. Voor de patiënt is medicatiebewaking in het kader van de medicatieveiligheid (met name bij patiënten die veel medicatie gelijktijdig slikken, de zogenoemde polyfarmaciepatiënten) van groot belang. Medicatiebewaking en distributie kunnen niet los van elkaar worden gezien. Zoals in de voorgaande paragraaf is aangegeven, vragen meer distributiekanaal om regie op het medicatiedossier (om de

uitvoering van de medicatiebewakingstaak van de apotheekhoudende mogelijk te maken).

Apothekers geven tijdens de gesprekken aan veel aandacht te besteden aan ontslagmedicatie na ontslag van patiënten uit het ziekenhuis. Deze activiteit wordt in het huidige systeem echter niet apart zichtbaar vergoed.

### 6.5.2 Medicatieveiligheid

Een ander belangrijk onderdeel van de farmaceutische zorg betreft de medicatieveiligheid en in het verlengde daarvan de bevordering van therapietrouw.

Labelwisseling door preferentiebeleid blijkt volgens sommige respondenten de therapietrouw niet te bevorderen. Het vaak verwisselen van verpakking geeft met name bij oudere patiënten verwarring, met een vergroot risico op medicatiefouten. Sommige patiënten hebben volgens geïnterviewden in één jaar drie keer moeten wisselen van label.

Ontslagmedicatie, maar ook de kwaliteit van het geneesmiddelgebruik binnen een ziekenhuis laat volgens respondenten vaak te wensen over. In de Maartensapothek is er sprake van een regiepunt in zowel de ziekenhuisapothek als de politheek. Er is volgens deze apotheker geen sprake van fouten bij de overdracht of gedwongen medicatiewisselingen. Bovendien lijkt er minder spillage te zijn en geldt een uniform formularium in de regio (zie paragraaf 3.3.6).

Een ander voorbeeld van farmacotherapeutische zorg die losstaat van het leveren van geneesmiddelen is controle door de apotheker van de geneesmiddelenvoorraad thuis bij patiënten van polyfarmacie. Een van de aanbevelingen uit het HARM onderzoek is dat het belangrijk is om, zeker wanneer iemand meerdere medicijnen tegelijk gebruikt, periodiek goed te bekijken of de medicijnen nog wel goed op elkaar zijn afgestemd, of de doseringen nog wel juist zijn en of alle medicijnen nog nodig zijn. Dit wordt een medication review genoemd. Medication reviews worden op dit moment slechts in een beperkt aantal gevallen door de zorgverzekeraar apart vergoed.

#### **Medication Review**

In het Farmacotherapeutisch ThuisConsult (FTC) voert de apotheker in nauwe samenwerking met de huisarts een medicatie review uit. Essentieel is dat naast het medicijnenoverzicht uit de apotheek en medische informatie van de huisarts (episoden lijst en klinische gegevens) hierbij ook de ervaringen van de patiënt met zijn of haar medicijnen in kaart worden gebracht. De apotheker gaat daarom bij de patiënt op huisbezoek om van de patiënt zelf te horen wat zijn of haar ervaringen en verwachtingen zijn van de medicijnen.

De apotheker en huisarts bespreken vervolgens samen of er verbeteringen in de medicijnen mogelijk zijn. Mochten er aanpassingen nodig zijn dan wordt dit met de patiënt overlegd. Ook kan het zijn dat de patiënt voorlichting / educatie behoeft om de medicijnen correct te gebruiken. Dit om de therapietrouw te bevorderen. In het FTC-onderzoek wordt onderzocht of deze aanpak kan helpen het aantal problemen met medicijnen te verminderen.

*Bron: LLOYDS Apotheken*

Hieronder is een aantal voorbeelden opgenomen waarin een zorgverzekeraar met ingang van 2009 samen gaat werken met een aantal apothekers ten aanzien van zorgprojecten.

#### **Toegevoegde waarde van de apotheek: zorgprojecten**

Zorgverzekeraar Achmea is voornemens in 2009 te gaan samenwerken met apothekers aan een tweetal zorgprojecten, die de medicatieveiligheid ten goede komen:

De 'medication review': Door het gericht benaderen van de risicogroep voor geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames uit het HARM onderzoek, wordt getracht ziekenhuisopnames in de toekomst te voorkomen.

Een ander project is een onderzoek of het administratief/technisch mogelijk is om, rekening houdend met de eisen van vastlegging, terminale patiënten niet te belasten met administratieve procedures.

*Bron: Zorgverzekeraar Achmea, juli 2008.*

#### **Recept voor therapietrouw**

Evaluatie van het Therapietrouwproject Diabetes Groningen (in samenwerking met SFK en Menzis) laat zien hoe apothekers het geneesmiddelgebruik van patiënten met diabetes type 2 het beste kunnen bevorderen. Landelijke projectondersteuning is het resultaat. Inmiddels zijn honderd apothekers hiermee gestart.

Aan het einde van het Groningse project was de gemiddelde therapietrouw na tien maanden verbeterd met 29%. Iedere vierde patiënt kon als therapietrouw worden beschouwd omdat hij in de laatste vier maanden van het project voor meer dan 80% van de dagen over medicatie beschikte [1-4].

Bij evaluatie van de gegevens van het Departement Groningen bleek dat brieven of telefoontjes naar de ontrouwe patiënten weinig invloed hadden op de therapietrouw. Een brief om de huisarts te attenderen op zijn therapieontrouwe patiënten was met vijf minuten per brief de interventie die de minste tijd kostte. Patiënten hadden echter een 30% lagere slagingskans dan patiënten over wie de huisarts niet geïnformeerd was. Bij navraag in Groningen bleek dat de apothekers zich na versturen van de brief niet meer verantwoordelijk voelden voor de therapieontrouw, terwijl de huisarts het probleem kennelijk niet had overgenomen.

Het gesprek in de apotheek duurde gemiddeld 25 minuten. Dit was echter wel rendabel, want deze patiënten bleken een 50% verhoogde kans op therapietrouw te hebben vergeleken met patiënten zonder gesprek.

*Bron: WINAp, artikel PW, 2008*

#### **Project polyfarmacie bij diabetespatiënten**

Diabetespatiënten met hart- en vaatziekten gebruiken veel medicijnen en verdienen daarom extra aandacht voor goed en veilig medicatiegebruik. In een polyfarmacieproject in Groningen hebben huisarts en apotheker gezamenlijk de medicatie beoordeeld. Een online meetinstrument heeft eerste resultaten geleverd.

In het project van de Proeftuin Farmacie Groningen (PFG) beoordeelden huisartsen en apothekers de medicatie van diabetespatiënten die meer dan vijf chronische geneesmiddelen gebruiken, waaronder een cardiovasculair middel.

Apothekers selecteerden patiënten van met hen samenwerkende huisartsen vanuit hun ApotheekInformatie-Systeem of met de SFK-webrapportage Polyfarmacie. Vervolgens bespraken zij het medicatiegebruik en mogelijke verbeteringen met de huisarts aan de hand van een door de PFG ontwikkeld stappenplan. Een van de zorgverleners overlegde vervolgens veranderingen in het medicijngebruik met de patiënt.

In samenwerking met het KNMP-departement en Menzis hebben de SFK en KNMP/WINAp een onlinemeetinstrument ontwikkeld. Apothekers kunnen uit een patiëntenoverzicht van een SFK-webrapportage de patiënten kiezen aan wie zij extra zorg willen verlenen. Deze worden overgezet in een patiëntmonitor, waarin het reeds bij de SFK bekende medicijngebruik van deze patiënt is weergegeven. In deze monitor legt de apotheker additionele informatie van de huisarts vast zoals diagnose en labwaarden. Voor elke medicatie kan de apotheker het type wijziging aanklikken en vastleggen.

Op basis van de voorlopige gegevens ontstaat het beeld dat als apotheker en huisarts de medicatie bij complexe patiënten gezamenlijk beoordelen en kennis over het complete medicijngebruik combineren met informatie over labwaarden en diagnoses, dit bij een op de drie gebruikte geneesmiddelen tot een wijziging leidt. Deze wijziging is in circa 40% van de gevallen bewezen geïmplementeerd. Het ontwikkelde onlinemeetinstrument is bruikbaar gebleken voor gegevensverzameling, waarbij naar schatting diagnoses en labwaarden mogelijk voor 30% niet vastgelegd waren.

*Bron: WINAp, Pharmaceutisch Weekblad, 2008*

### 6.5.3 Zorgprogramma's

Zorgverzekeraars kunnen selectieve zorginkoop toepassen door openbare apotheken niet te contracteren wanneer zij niet aan minimale kwaliteitseisen voldoen. Maar zij kunnen ook samen met apotheken innovatieve ideeën ontwikkelen.

Er zijn door zowel de beroepsorganisatie van apothekers als de diverse ketens diverse zorgprogramma's ontwikkeld die de service en zorg aan de patiënt ten goede komen. Deze programma's variëren van geïntegreerde 1<sup>e</sup> lijns programma's voor diabetes, tot gestructureerde instructie van patiënten voor het juist gebruik van oogmedicatie. Er zijn echter vrijwel geen voorbeelden bekend van zorgprogramma's bij apotheken, waarvoor ook daadwerkelijk een aanvullende vergoeding is verkregen van de verzekeraar. Een van de uitzonderingen betreft het bovengenoemde initiatief 'Pillencheck' van de Haagse Apotheek Pillen en Praten, dat door CZ wordt vergoed. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat door het geringe aantal CZ-verzekerden in de Haagse regio het aantal declarabele Pillenchecks beperkt is.

Uit de interviews is gebleken dat verzekeraars zorgprojecten bij apothekers hebben stopgezet. Een veelgehoord argument hiervoor is dat verzekeraars projecten uitvoeren via de lijn van M&I gelden bij huisartsen. Overigens zouden die verzekeraars van de innovatie



beleidsregel gebruik kunnen maken voor de apothekers die bij die M&I projecten betrokken zijn. Huisartsen kunnen ook aanspraak maken op extra inkomsten uit subsidie trajecten met verzekeraars (buiten de M&I gelden), indien huisartsen zich vestigen in een AHOED.

Een aantal verzekeraars geeft aan alleen 'zorgmodules' met gegarandeerd rendement te willen afnemen. Kostenbesparingen dienen op korte termijn zichtbaar te zijn. In de meeste zorgprogramma's van apotheken zijn deze effecten echter pas na ongeveer drie jaar zichtbaar, hetgeen voor de zorgverzekeraar een te lange termijn is.

Naar de mening van enkele verzekeraars is niet de apotheker maar de huisarts de spil in programma's voor chronische patiëntengroepen. De huidige financiering van transmurale DBC's draagt hier volgens deze partijen aan bij; de verzekeraar koopt de transmurale diabetes-DBC in bij huisarts, de apotheker moet vervolgens van de huisarts de kosten voor zijn inzet vergoed krijgen. Binnen de diabetesprojecten die nu bekend zijn, blijkt verdeling van wie welk honorarium krijgt het belangrijkste struikelblok om tot geïntegreerde zorg te komen.

Er zijn ook alternatieve oplossingen zoals de geïntegreerde 1<sup>e</sup> lijnscentra, waarbij artsen en apothekers in loondienst zijn.

## **6.6 Conclusies kwaliteit/farmaceutische patiëntenzorg**

In deze paragraaf worden de in hoofdstuk 6 getrokken conclusies nog eens gezamenlijk weergegeven. De scope die hierbij wordt gehanteerd is die van het consumentenbelang. Voor de zorgconsument is het van groot belang dat de prijs/kwaliteitsverhouding van de ontvangen zorg zo optimaal mogelijk is.

De minimumkwaliteit van zorg is in Nederland geregeld in een aantal wettelijke bepalingen en gewaarborgd doordat instanties toezien op de naleving ervan (onder meer IGZ, zie ook hoofdstuk 5 van het advies hierover).

Daarnaast wordt op verschillende wijzen (certificering, FTO, zorgprogramma's) door zorgverzekeraars en apotheekhoudenden gewerkt aan het borgen en stimuleren van kwalitatief goede zorg. Medicatieveiligheid, medicatiebewaking en het Electronisch Medicatiedossier zijn hierin belangrijke zaken. Hierover zijn echter nog weinig financiële afspraken gemaakt tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars.

Het preferentiebeleid brengt door de herhaalde labelwisselingen voor de patiënt mogelijk risico's met betrekking tot medicatiefouten en problemen met de therapietrouw met zich mee. Zorgconsumenten mogen er in de basis, door de controle van het CBG wel van uitgaan dat de aangewezen preferent verklaarde middelen een volwaardig substituut vormen.

In het verloop van de monitor is geconstateerd dat, mede door de financiële positie van apothekers door het preferentiebeleid en de kredietcrisis, op dit moment wordt bespaard op zorgprogramma's. Anderzijds vormen deze ontwikkelingen wel een prikkel om de toegevoegde waarde van zorginhoudelijke activiteiten duidelijk zichtbaar te maken.

Er zijn op dit moment, ook naar het oordeel van de IGZ, geen aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg door preferentiebeleid in het geding komt.

*Rol NZa*

Waar het de kwaliteit van individuele instellingen betreft, volgt de NZa het oordeel van de IGZ. Bij eventuele systeemwijzigingen is het effect van deze wijziging op kwaliteit van zorg een belangrijk punt van aandacht.

## Bijlage 1. Verklarende woordenlijst

Begrip	Verklaring
Apotheek informatiesysteem	Informatiseringssysteem van apothekhoudenden.
Apotheekrobot	Gerobotiseerde uitgifte van geneesmiddelen.
Claw-back	Terugbetaling van een deel van het door een apotheek genoten inkoopvoordeel op basis van een door de NZa vastgesteld percentage van de AIP-waarde, met een maximum bedrag per recept.
Inkoopkanaal	Te onderscheiden inkoopkanalen in de farmaciemarkt: generiek, spécialité, parallel, overig.
Inkoopvoordelen/bonussen en kortingen	In het onderzoek naar omvang van inkoopvoordelen 2007 is – net zoals bij de onderzoeken over 2004 en 1999 – uitgegaan van een definitie van inkoopvoordelen (componenten) die gebaseerd is op definitiestudie Bonussen & Kortingen apothekhoudenden van begin 1998.
Lange termijn visie extramurale geneesmiddelenvoorziening	Visie van de Minister van VWS, zoals weergegeven in een brief aan de Tweede Kamer met nummer: GMT/VDG 2861767. Aan de NZa is gevraagd de visie van het Ministerie van VWS op het vrijgeven van tarieven te analyseren en de Minister op uiterlijk 1 december van advies te voorzien.
Nieuw tariefsysteem apothekhoudenden	Modulair systeem met twee basisprestaties (standaarduitgifte en weekuitgifte) en vier aanvullende prestaties (eerste uitgifte, avond-, nacht- en zondagrecept en bijzondere en reguliere magistrale bereiding).
Patent	Octrooi op geneesmiddelen.
Preferentiebeleid	Een zorgverzekeraar vergoedt van bepaalde veelgebruikte geneesmiddelen uitsluitend het preferent verklaarde geneesmiddel (van één of meerdere aangewezen fabrikant(en)).
Receptregel	Voorschrift.
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen.
GVS	Geneesmiddel Vergoedingssysteem
Taxe	Officiële prijs waartegen fabrikanten een geneesmiddel op de Nederlandse markt aanbieden.
WGP	Wet Geneesmiddelprijzen
FTO	Farmacotherapeutisch overleg tussen apothekers en huisartsen.
FTTO	Farmacotherapeutisch overleg tussen apothekers, medisch specialisten en huisartsen.



## Bijlage 2. Lijst met gespreksgroepen

In het kader van de monitor zijn in totaal 40 interviews gehouden met sleutelfiguren in de farmaceutische sector in Nederland. Vanwege het vertrouwelijke karakter van de gesprekken, wordt hier geen lijst met namen van geïnterviewden opgenomen. Wel wordt een onderverdeling gemaakt naar het soort organisatie waar respondenten werkzaam zijn.

In totaal werden vier gesprekken met zorgverzekeraars gevoerd, waarbij zowel zorgverzekeraars werden gesproken die individueel preferentiebeleid uitvoeren als een zorgverzekeraar met een laagste prijs garantie beleid.

Voor het onderdeel kwaliteit en doelmatig voorschrijfgedrag is gesproken met een drietal organisaties die zich bezig houden met de kwaliteitsverbetering binnen de farmaceutische zorg, zoals bijvoorbeeld het ondersteunen van FTO.

Daarnaast is gesproken met een brede vertegenwoordiging binnen de apothekhoudenden. Een tweetal ziekenhuisapothekers is gesproken, die beiden ook werkzaam waren in een poliklinische apotheek, een viertal vrijgevestigde apothekhoudenden en vier apotheekketens, twee coöperatieve structuren van apothekhoudenden en een internetapotheek.

Ook zijn vertegenwoordigers van drie groothandels en vier bedrijven werkzaam in de innovatieve farmaceutische industrie geïnterviewd en één generieke fabrikant.

Vervolgens is met een aantal bredere organisaties gesproken, zoals een patiënten- en consumentenorganisatie, een vertegenwoordiger van (apothekhoudende) huisartsen en drie financieel gerichte organisaties. Ook is gesproken met een zorgmakelaar. Voor inzicht in cijfers en getallen hebben tot slot nog vier gesprekken plaatsgevonden met organisaties die zich bezighouden met registratie van geneesmiddelenuitgaven.