

Kampen, 03-11-2008

Geachte Mevrouw van Beek,

Hartelijk dank voor uw uitnodiging om op uw consultatieve nota te mogen reageren. Ik heb met genoegen deelgenomen aan het interview van de monitor farmacie. Ik heb het tevens zeer gewaardeerd dat u en uw medewerkers een werkbezoek aan Apotheek Flevowijk te Kampen hebben gebracht.

Bij beide gelegenheden hebben we, gezamenlijk, de gelegenheid aangegrepen te discussiëren over de beste wijze waarop de farmacotherapeutische zorg en de farmacie een bijdrage kunnen leveren aan de gezondheid van onze burgers.

Ik zou graag beginnen met een terugblik op uw bezoek.

Het doel van dit bezoek was u de gelegenheid te bieden achter de schermen van de apotheekpraktijk te kijken en aan den lijve te ervaren welke activiteiten wij in de apotheek uitvoeren om onze zorg voor onze patiënten op een hoge kwaliteit aan te bieden. De Nederlandse Farmacie staat op een hoog niveau, maar ook hier in Nederland gebeuren nog veel zaken die verbeterd kunnen worden. Denk hierbij aan de uitkomsten van het HARM onderzoek.

Ik heb u in een eerdere brief al gewezen op de bijzondere aspecten van ons systeem. De patiënten zijn zeer loyaal aan één apotheek, waardoor een goede medicatiebewaking, – begeleiding en farmaceutische patiëntenzorg zeer goed mogelijk zijn. De praktijken hebben een zo grote omvang, dat collegialiteit en teamwerk bijdraagt aan onderlinge discussie en verbetering van ons systeem en ons handelen. Er bestaat een goede, professionele relatie met de huisartsen, waardoor niet alleen in het FTO goed overleg mogelijk is, maar ook in de dagelijkse praktijkvoering. Apothekers zijn goed bekwaam in de farmacotherapie en door een proces van "clinical decision making" wordt een grote bijdrage geleverd aan de patiëntveiligheid. Een collegiaal netwerk van IT (met apothekers, huisartsen en soms ook al ziekenhuizen en laboratoria) is hierbij onontbeerlijk.

Het principe van het "fixed fee" systeem heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van deze bijzondere elementen.

Nadat we het de relatie hebben vastgesteld die bestaat tussen systemen, processen en uitkomsten (Donabedian) hebben we besproken dat een proces niet "zomaar" kopieerbaar is. Daarom moet veel aan de systemen worden gewerkt en ontwikkeld, om de gewenste processen mogelijk te maken en de gewenste uitkomsten te bereiken. Ook het belang van een balans tussen de verschillende soorten van uitkomsten (economische, klinische en humanistische: het ECHO model van Kozma) is besproken.

In Apotheek Flevowijk hebben we getracht deze balans te bereiken bij patiënten die van ons de zogenaamde "chronische medicatie service (CMS)" ontvangen. De interventie hierbij bestaat uit synchronisatie van de medicatie en een proces om de patiënten te waarschuwen wanneer hun medicatie herhaald dient te worden.

De ondermedicatie verbeterde van gemiddeld 77% naar 96% en de overmedicatie verbeterde van 156% naar 116%. De satisfactie van deze patiënten kan worden uitgedrukt in een algemeen cijfer voor de apotheek. De CMS patiënten gaven ons een 8,6, terwijl Apotheek Flevowijk in algemene zin een 8,5 kreeg (landelijk is dit 8,2).

We hebben tijdens uw bezoek stilgestaan bij de receptafhandeling en vooral gekeken naar aspecten als medicatiebewaking, farmaceutische patiëntenzorg, en zorg voor de

Reactie op uitnodiging van de NZa

chronische patiënten, die niet meer goed zelfredzaam zijn. Als een rode draad liepen daar aspecten doorheen als controle systemen, kwaliteitssystemen en certificering, informatie aan de patiënten, het FTO en het dagelijkse contact met de huisarts, (het behoud van) de bekwaamheid van onze medewerkers ten aanzien van de eigen bereidingen etc.

We hebben hierbij ook steeds gesproken over een professionele benadering van de praktijk versus een retail benadering. Het aspect van privacy kwam eveneens nadrukkelijk aan de orde. Hoewel bij ons de privacy is geregeld door middel van een "eilandjes"-systeem, bestaat er toch bij patiënten en onszelf de wens om dit te verbeteren. Plannen en tekeningen zijn klaar, maar het "gedoe" in de markt heeft ook Apotheek Flevowijk getroffen en we wachten even af.

Natuurlijk kwamen het tariefsysteem en het preferentiebeleid tijdens uw bezoek aan de orde. Ik heb u uitgelegd, dat wanneer het tariefsysteem geen incentives biedt voor "zorgaspecten" in de apotheek, er in een groot aantal gevallen een einde aan deze ontwikkelingen en praktijkvoering zal komen.

De gedachte dat een cafetariamodel met een behoorlijk aantal interventies, die in de apotheek kunnen worden uitgevoerd, zou kunnen worden aangeboden, werd door ons verder besproken. Wanneer een set van interventies wordt samengesteld door (externe) deskundigen, behoeven individuele apothekers en zorgverzekeraars niet steeds opnieuw het wiel uit te vinden. Dit zal bijdragen aan werkzaamheid (evidence), kwaliteit en efficiency. Individuele apothekers en zorgverzekeraars kunnen dan hun keuzes maken en nader afspreken.

Het effect van het preferentiebeleid op de werkvloer is in Apotheek Flevowijk niet erg groot. Achmea is onze grootste verzekeraars en die voert de Laagste Prijs Garantie.

Ik heb u een aantal materialen meegegeven, voor verdere bestudering. Dit betrof onder andere een set van ons Kwaliteitsjaarverslag/Kwaliteitsjaarplan, een Beleidsplan en, vertrouwelijk, heb ik u een Management Review meegegeven. Ook een handout van het besprokene behoorde tot de set. Daarnaast ontving u een Handboek van de WHO/FIP over Change Management van de apotheekpraktijk en een CD-ROM van EuroPharm Forum, waarop u allerlei protocollen en belangrijke links kunt terugvinden. Landelijke en regionale organisaties kunnen deze verzameling op de CD-ROM gebruiken om hun eigen cafetariamodel te ontwikkelen.

Nu een aantal algemene opmerkingen over uw langetermijnvisie.

Ik begrijp dat Minister Klink heeft gesteld dat er vrije tarieven moeten komen en dat uw visie op deze stelling ingaat.

Ik vraag me af, waarom vrije tarieven in de gezondheidszorg beter zouden zijn dan een gereguleerd stelsel van tarieven. Het is geen gewone markt. Degene die betaalt ontvangt niet het product, de zorg. Degene die betaalt heeft vaak (gelukkig) slechts weinig ervaringen in het stelsel. Hij/zij is nog jong en niet chronisch ziek, terwijl de patiënten die een apotheek bezoeken zeer vaak chronisch ziek zijn en afhankelijk van goede geneesmiddelen en het goede gebruik ervan.

Een geneesmiddel is pas veilig als het goed wordt gebruikt. Ik begrijp niet waarom we de (chronische) patiënten niet meer zeggenschap geven in het keuzeprocess. In uw visie vind ik dit onderbelicht.

Reactie op uitnodiging van de NZa

U beschrijft vaak consumentenbelangen. Ze gaan echter (te) vaak over de economische belangen. Gezondheid en welbevinden behoren ook bij de belangen. Ik mis een juiste balans. In het Tallinn Charter (WHO/EURO, juni 2008) wordt een aardige samenhang gegeven. (Zie http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_edoc06.pdf of de bijlage).

U stelt, terecht, dat een hoofdzaak van de farmacie het farmacotherapeutische proces betreft. Vreemd is dat in uw nota dit aspect slechts aan het eind en erg kort aan de orde komt. Ik zou graag wat meer inhoud over deze aspecten aan de orde zien gesteld. Bv. het door ons besproken cafetariamodel en de aanwezigheid (van evidence betreffende) de interventies.

Indien het systeem van vrije tarieven doorgang zou vinden, voorzie ik een sterke verschuiving naar retail, hetgeen zal leiden tot een gemiddeld lager niveau van farmacotherapeutische zorg en FPZ dan we nu bieden. Ik voorzie zelfs dat we onder het Europees gemiddelde zullen zakken. Ik schat dit in als een onomkeerbaar proces. Met een systeem van vrije tarieven en bij de huidige opstelling van de Nma, verwacht ik veel "kracht en macht" bij de ketens van apotheken en de zorgverzekeraars. Tot nu toe zie ik onvoldoende professioneel inhoudelijk sterke vertegenwoordigingen, die ook voldoende ruimte van het management krijgen om de farmacie een professioneel inhoudelijke positie te geven en innovatie van zorg te bevorderen.

U stelt in uw visie dat de marktmacht van de zorgverzekeraar dient te worden vergroot. Ik neem aan dat u deze opinie stoelt op apotheken, enig ter plaatse, die onvoldoende presteren. U stelt een aantal maatregelen voor ter correctie, zoals verwijdering van art 19 ("één vent per tent") uit de wet, alsmede het gebruik van méér internetapotheken of apotheken die worden geëxploiteerd door verzekeraars.

Maar wat te doen aan zorgverzekeraars die enig in de regio zijn en hun positie misbruiken? De apothekers zijn niet in staat samen op te treden vanwege de Nma. De verzekeraar heeft tot nu toe niet getoond individueel te willen onderhandelen en, zoals hierboven beschreven, is de professionaliteit in deze processen in ieder geval aan de kant van de verzekeraar twijfelachtig. Dit betekent uiteindelijk een dictaat van de verzekeraar waar de burger mee wordt geconfronteerd.

In dit systeem is, lijkt mij, geen/onvoldoende ruimte voor inhoudelijke innovatie.

In uw visie kijkt u in de keuken van de farmacie in de VS en in Denemarken. Ik vind dit een onvoldoende perspectief.

In de VS bestaat geen systeem. Veel mensen zijn onderbehandeld en niet verzekerd, en de kosten zijn erg hoog.

In Denemarken bestaat een typisch Scandinavisch model, met een door de overheid geregeld vestigingsstelsel, grote apotheken met meerdere apothekers en een sociaal verzekeringstelsel, dat regionaal door de staat is ingesteld.

Als u naar vrije markt wilt kijken zijn ook Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk interessant. Ik raad u aan dan vooral te kijken naar een kosten-kwaliteit verhouding, niet alleen op het gebied van de geneesmiddelen, maar vooral op het gebied van de aangeboden farmacotherapeutische zorg.

U stelt voor om het systeem van vrije tarieven als een experiment in te voeren. U zet hier een proces van monitoring op.

Dit klinkt als principe aanvaardbaar. Maar de wereld is snel en bekwaamheden glippen snel weg.

Stel dat de farmacotherapeutische zorg niet meer door apotheken kan worden geboden, omdat de onderhandelingen met de zorgverzekeraars tot niets hebben geleid. In een

Reactie op uitnodiging van de NZa

groot aantal regio's, waar de zorgverzekeraars dominant zijn, kunnen de apotheken niet overleven en geen zorg meer bieden. Als het experiment eindigt, zijn er geen apotheken meer die invulling kunnen geven aan de noodzakelijke zorg. Ik voorzie dat de verzekeraars dan zelf apotheken gaan oprichten of zich tot de grote eigenaren zullen gaan wenden. Welk niveau van zorg zal dan nog worden geboden? Overigens, welke jonge apotheker (of bankverzekeraar) wil hier nog in investeren?

Het ligt niet in mijn aard alleen negatief te zijn.

Daarom wil ik graag een paar adviezen neerleggen.

- 1 Ontwikkel een panel/raad van adviseurs om het hierboven genoemde cafetariamodel te vullen.
- 2 Ontwikkel een (gereguleerd) systeem dat innovatie en implementatie bevordert. De maatschappij heeft hieraan veel behoefte.
- 3 Maak meer gebruik van de huidige voorlopers

Tenslotte nog een paar opmerking bij uw visie, zoals u had gevraagd:

- 1 Pag 12-13: De rol van de apotheker bij rationele farmacotherapie is te sterk beperkt tot uitleveren (wat is dat voor rare term) van kosteneffectieve geneesmiddelen met lage prijzen: waar is de rol van medicatie bewaking, - begeleiding en FPZ?
- 2 Pag 15: Het is inderdaad de taak van de NZa om de juiste voorwaarden te scheppen, als ZORG autoriteit. Na uw bezoek heb ik daar vertrouwen in, na het lezen van dit visie stuk niet.
- 3 Pag 19: U veronderstelt dat farmacotherapeutische zorg kan worden losgemaakt van het logistieke proces. In principe klopt dit uitgangspunt. In de praktijk valt deze scheiding nogal tegen. In de Angelsaksische praktijken zien we een paar "consultant pharmacists". Patiënten willen toch graag de koppeling behouden. Bovendien levert de aflevering van een geneesmiddel een uitgelezen kans om de patiënt vragen te stellen over zijn ervaringen en op welke wijze het geneesmiddelgebruik een bijdrage levert aan gezondheid en welbevinden. De huisartsen hanteren ditzelfde principe door consult te bieden bij het aanvragen van een herhalingsrecept.
- 4 Pag 20, optie 1: Mag de verzekerde of nog liever de patiënt hierbij ook een rol spelen?
- 5 Pag 22: Ik zie niet in waarom medicijnautomaten bij de huisarts moeten staan. Om tegemoet te komen aan het gemak (convenience) van de patiënt stoppen we nu de geneesmiddelen als M&M's in een automaat. Als dat toch zou moeten, dan toch liever in de handen van de lokale apotheker die weet wanneer het wel of niet voor die specifieke patiënt geschikt zou zijn. Soms kan dit inderdaad via de robot, indien het een herhaling of zelfs een eerste uitgifte betreft, waarover goed met de patiënt is gecommuniceerd door de eigen apotheker, maar soms is dit ook erg onverstandig.
- 6 Pag 24, monitoring: De kwaliteit van de dienstverlening wordt wel erg laat genoemd. Als apotheker lijkt het mij ongewenst te worden beoordeeld tezamen met de dienstverlening van apotheekhoudende huisartsen. Ook het HKZ beschouwt dit als twee verschillende systemen. Overigens, het simpele feit dat wij apothekers niet in staat zijn om de farmacie ten plattelande fatsoenlijk te regelen, maakt mij nu een apotheekhoudende. Op mijn diploma staat apotheker en daar ben ik trots op. Ik hoop dat deze terminologie geen inhoudelijke consequenties gaat hebben.
- 7 Pag 27: U gaat in op het sociaal beginsel. Zieke mensen zijn nu eenmaal duurder dan gezonde mensen. In Nederland hebben we gekozen voor een sociaal

- stelsel (sterke schouders etc.). Als dure interventies dan ook toegerekend gaan worden aan individuele patiënten, ontstaat de kans dat sommige noodzakelijke interventies niet meer worden toegestaan (machtigingen). Vooral wanneer de toekenning plaatsvindt door leken.
- 8 Pag 28, figuur 3: Dit grafiekje geeft het aantal apothekers weer en niet het aantal apotheken. In Nederland zijn de apotheken gemiddeld groter. Zie ook de SFK-uitgave "Data en feiten".
 - 9 Pag 29: Streeft u naar kleine apotheken zoals in ons buurland België? Men is daar heel patiënt (ik bedoel klant)vriendelijk met name vanwege de klandizie. Wat is de toegevoegde waarde van kleine apotheken in vergelijking met grotere apotheken als het gaat om de kwaliteit en de kosten van de zorg?
 - 10 Pag 28 – 31: Een raar verhaal dat nergens op slaat.
 - 11 Pag 33: Het zou interessant zijn te onderzoeken waar het preferentiebeleid toe gaat leiden. Wie gaat de macht krijgen? Tot nu toe heeft sterke concurrentie slechts geleid tot nieuwe monopolies of oligopolies. Zie de laatste crises in het bankwezen. Leidt het eigenbelang van de bestuurders tot een slechtere positie van de klanten? Blijven er in Nederland nog betaalbare generieken in de markt?
 - 12 Pag 37: De vraag is of de apothekers en verzekeraars de gehele dag bezig moeten zijn met prijzen, indien de taxe verdwijnt. De vooruitzichten lijken niet in de richting te gaan van professioneel (dus zorg) handelen.
 - 13 Pag 38: Het is toch een Utopia te veronderstellen dat internationale internetapotheken geweerd kunnen worden? Het in deze richting sturen van het publiek is onethisch. Het levert een gevaarlijk en patiëntonveilige situatie op.
 - 14 Pag 43: De term arbeidsdeling is wat vreemd. Ik zou liever spreken van verschillen rollen en functies. Het bestaat niet voor niets al minstens sinds 1240. De geneesmiddelen worden niet minder werkzaam (lees gevaarlijker) en bij ondeskundige toepassing ontstaan ernstiger problemen bij de patiënten. Alles spreekt dus voor handhaving van deze scheiding. Artsen moeten niet gaan afleveren en apothekers moeten geen diagnoses gaan stellen.
 - 15 Pag 48: De plaats en de inhoud van 5.2.3 zijn wat vreemd.

Ik hoop u hiermee voldoende informatie te hebben gegeven.

Ik wil u nogmaals hartelijk danken voor uw uitnodiging commentaar te leveren en voor het werkbezoek dat u bij ons hebt afgelegd.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Th.F.J. Tromp
Apotheker
Apotheek Flevowijk
Lelystraat 80
8265 BE Kampen
038-3371400
info@flevowijk.nl of tt@flevowijk.nl