

Secretariaat directie Ontwikkeling  
Nederlandse Zorgautoriteit  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

email: [adviesfarmacie@nza.nl](mailto:adviesfarmacie@nza.nl)

“Reactie Service Apotheek Sassenheim, Hoofdstraat 190, 2171 BM , Sassenheim.  
Dhr ANH Jansen, Consultatie Advies lange termijn visie geneesmiddelbeleid”.

3 november 2008.

### Antwoorden op de consultatie vragen.

Consultatie vraag 1: Is de farmacotherapeutische dienstverlening naar uw oordeel klaar voor vrije tarieven? Op welke termijn?

Neen. De farmacotherapeutische dienstverlening is op geen enkele termijn klaar voor vrije tarieven. E.a. heeft te maken met de unieke werkwijze en functie van farmaceutische, en farmacotherapeutische, zorgverlening. In meerdere documenten wijst de OECD daarop. Ook Peter R Kongstvedt in zijn Managed Care Handbook wijst daarop. Niet is in te zien waarom Nederland het hier beter zou weten en anders zou willen doen.

Openbare apotheken hebben in ieder land een bijzondere functie. Enerzijds distributeur, verstrekker, van bijzondere middelen met een goede en een slechte werking afhankelijk van de persoon die deze krijgt voorgeschreven en wordt geacht deze te gebruiken. Juist wegens deze paradoxale werking van medicijnen is deze taak toebedeeld aan apotheken. Als schakel en controle post tussen arts/specialist en patiënt. Naast het verstrekken van de medicijnen heeft de apotheek een andere functie: toezien op juist gebruik van het middel. Hiertoe komen meer mogelijkheden tot de beschikking van apotheken. De Deense en Zweedse situatie is daarbij de wens van iedere moderne apotheker: met het doosje ook controle op alle ter zake doende bloed en urine waarden zodat optimale zorg kan worden verleend. Deense apotheken hebben dan ook meer farmacotherapeuten in dienst dan “apothekers” .

Vrije tarieven is in een dergelijke “markt” onmogelijk. Handel en advies functie zijn te zeer verweven. Wel is het mogelijk de handel functie los te koppelen van de honorering. Van nationaal belang is het in stand houden van een goed netwerk van apotheken: uitgangspunt moet dan zijn de bereikbaarheid binnen 15 minuten voor acute zorg. De Denen en Zweden kiezen voor verstrekking in dun bevolkte gebieden voor uitdeelposten in winkels. Alleen Nederland en Engeland kennen het fenomeen “apotheek-houdende” huisarts. Ieder ander land herkent de gevaren van de kat op het spek binden en het schrappen van de controle functie van de apotheekhoudende op het voorschrijven.

Vrije prijsvorming in een competitieve zorgverzekeraars markt kent het gevaar van “Free Rider”. In monopolie gebieden, met 90% marktaandeel van de verzekeraar, is mogelijk een uniforme tarievering af te spreken. In gebieden met 4 verzekeraars die 90% van de omzet van een apotheekhoudende vormen is het heel moeilijk met ieder een afspraak te maken over de hoogte van de tarieven en zo ja voor welke diensten. De zorgverzekeraars zijn immers

enerzijds gebonden aan het BKZ en anders risicodragend voor de extramurale farmacie. Zij kunnen zodoende de kosten niet klakkeloos verrekenen met hun verzekerden.

Farmacotherapeutische dienstverlening is niet klaar voor vrije tarieven en zal dat dan ook nimmer zijn.

Consultatie vraag 2: Welke visie heeft u op de kerntaken van de apothekhoudende? In hoeverre bent u het eens met de stelling in paragraaf 2.3 dat de kerntaken van de apotheker primair gerelateerd zijn aan zorginhoudelijk advies, en secundair aan de inkoop- en distributietaken?

Inkoop-en distributie maken inherent deel uit van de adviestaken. De apothekhoudende weet welke medicijnen de klant heeft gekregen (middels het eigen controle en afgifte systeem) en het moment van afhalen is een contact moment voor beide partijen: juist dan is er gelegenheid therapie te bespreken. Zodra deze taken worden gesplitst over meerdere kanalen is niet meer te achterhalen wie wat in welke dosering en wanneer moet gebruiken.

De farmacotherapeutisch adviseur moet 200% zekerheid hebben over welke medicijnen een klant beschikt en wie deze heeft voorgeschreven. (en natuurlijk de reden: indicatie, bloed, urine en orgaanwaarden moeten bekend zijn om een deugdelijk en zinvol advies te kunnen geven)

Splitsing van taken maakt de zaak inefficiënter en juist ondoelmatiger. De verzekerde dient dan twee of meerdere adressen, indien de Nza ook nog gespecialiseerde farmacotherapeutische taken wenst door te drukken, af te gaan voor het inwinnen van informatie. Uit zichzelf gaan de verzekerden, en met name de ouderen en minder mondige patiënten, deze dienstverleners minder snel benaderen. Zij weten niet wie ze waarvoor moeten hebben. Mobiele, kritische en hoog opgeleide patiënten kunnen goed voor zichzelf opkomen. Het gros van de patiënten kan dit niet. Het merendeel is immers 70 plus. Dat zijn de complexe polyfarmaceutische patiënten met allerlei bijkomende geriatrische problemen.

Juist de combinatie van medicijnen en generale kennis op farmacotherapie maakt de apothekhoudende zo efficiënt en in staat tot het verlenen van “bemoeizorg”. Dit nieuwe aspect van de farmaceutische zorg wordt wel eens vergeten in een tijd waarin de Overheid steeds meer laat neerkomen op “mantelzorg”.

Wel is het mogelijk de honorering van apothekhoudende los te koppelen van de handel. Dat schept duidelijkheid in de beloningsstructuur van apothekhoudenden en neemt de achterdocht bij beleidsmedewerkers en politici weg.

Daarnaast dient de apothekhoudende 24 uurs zorg te kunnen leveren inclusief de acute zorg. Ten allen tijde dient er sprake te zijn van optimale farmaceutische zorgverlening, inclusief de mogelijkheid van ad hoc bereidingen. (denk aan speciale infusen en injecties)

Consultatie vraag 3: Welke optie ten aanzien van het vaststellen van prestaties zoals beschreven in paragraaf 3.3.2. acht u de meest geschikte voor het vaststellen van prestaties in de aanloop naar en onder het systeem van vrije tarieven? Met meest geschikt wordt hier bedoeld: in termen van het consumentenbelang (kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid). In hoeverre beschouwt u deze optie als (noodzakelijke) randvoorwaarde voor de introductie van vrije tarieven?

Geen van de genoemde opties is in mijn optiek mogelijk. De functie van een moderne openbare apotheek is zo uniek dat slechts het vaststellen van de brede basistaak met een universeel basistarief recht doet aan deze functie. Basistarief is dan voor beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid. Farmacotherapeutische taken deels basis, deels op afname (daadwerkelijk modulair tarief. Te prefereren is een stelsel waarin iedere apotheek alle modules aan zijn patiënten moet en kan aanbieden.

Afzonderlijke verzekeraars kijken ieder voor zich anders aan tegen de mogelijkheden en zijn allen ook veroordeeld tot het BKZ en de rekenpremie. Zij zullen voor de laagste prijs gaan om ieder risico uit te sluiten. Verzekeraars zijn immers risicodragend voor de extramurale farmaceutische zorgverlening. In het geval van oligopolies met 3 tot 4 verzekeraars in een verzorgingsgebied bestaat het gevaar van “free rider” schap. 1 of 2 stellen een vergoeding voor aan de apotheekhoudenden en 3 en 4 doen dit niet in de hoop en verwachting dat hun verzekerden toch dezelfde service ontvangen als de anderen. Een apotheekhoudende kan zeer moeilijk onderscheid maken in de mate van dienstverlening aan verschillend verzekerde patiënten. Dat geeft onrust onder de klanten en assistenten en apothekers weten niet waaraan zij toe zijn: noodzakelijke farmacotherapeutische zorg aan verzekerden onthouden omdat de verzekeraar deze niet wenst te vergoeden is onmogelijk gezien de WGBO.

Zorgverzekeraars, patiënten en apotheken bepalen de zeer diverse functies van een moderne openbare apotheek en de Nza hangt aan elke functie een tarief. ZN-leden, apotheekketens en patiëntenverenigingen toetsen kwaliteit, toegankelijkheid, openingstijden, betaalbaarheid, vele begeleidingsmodules, farmacotherapeutische taken, distributietaken )

Een vestigingsbeleid zou een uitkomst zijn de toegankelijkheid landelijk te optimaliseren. Het stimuleren van apotheekhoudende huisartsen is in Europees verband een lachertje. Werken met uitdeelposten en actief farmacotherapeutisch zorgverlenerschap van de hoofdapotheek (met daarvoor een honorarium) is beter en zeer goed mogelijk. Zie Denemarken, Noorwegen en Zweden. Vestigingsbeleid en vrije markt gaan echter niet samen. Hopelijk zien de economen van de Nza en VWS dit nu ook in?

Consultatievraag 4:

Mochten er nieuwe prestaties vastgelegd worden, op basis van optie 2 of 3 zoals genoemd in paragraaf 3.3.2., wanneer moeten deze in uw ogen dan uiterlijk gereed zijn in verhouding tot de invoering van vrije tarieven?

Nieuwe prestaties hadden er al moeten zijn en zijn er bij vele apotheken al. Deze werden betaald uit de marge. Het WMG tarief is immers ook naar de mening van VWS, Nza en ZN-leden nog steeds niet kostendekkend. Goede apotheken blijven echter investeren in optimale farmaceutische zorgverlening. Zo goed als het kan worden lopende modules aangehouden. Door de wijziging in vergoeding per 1 juli 2008 en het preferentiebeleid staat deze zorgverlening onder druk.

Nieuwe prestaties zijn niet 1, 2, 3 in een apotheek in te voeren. Je hebt daar geschikt personeel voor nodig. Mogelijk extra personeel. Op Ad Hoc basis deze prestaties leveren is niet mogelijk. Zij dienen deel uit te maken van het reguliere apotheekwerk. Ontwikkelingen gaan altijd door. Op landelijk niveau dienen nieuwe prestaties voortdurend te worden uitgedacht, uitgeprobeerd en landelijk ingevoerd. Dat zijn de ware experimenten in de Zorg.

#### Consultatievraag 5:

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

Is mijns inziens van groot belang. Vrije tarieven lijken mij onmogelijk in de bijzonder wereld van de openbare farmacie. Doorgaande ontwikkeling van prestaties en nieuwe inzichten dienen altijd ruimte krijgen middels experimenten. Na gebleken geschiktheid (harde eindcijfers, patiënttevredenheid) landelijk invoeren tegen landelijke tarieven. Apotheken die deze nieuwe prestaties niet waarmaken of zelfs niet willen doen kunnen deze niet declareren. Concurrentie tussen apotheken onderling is dan in principe mogelijk mits de reisafstand voor de patiënt haalbaar is en het sturend vermogen van de huisarts wordt verboden. Deze concurrentie betekent een toename in het aantal apotheken. Dat staat haaks op de wens van de Nza om een vermindering door te drukken. De Denen hebben het nog niet zo gek voor elkaar. Let wel. Frankrijk, België en Duitsland hebben inmiddels ook een vestigingsbeleid voor apotheken om te bereiken dat farmaceutische zorgverlening voor iedere ingezetene binnen handbereik is. Dat kan niet aan de “vrije” markt worden overgelaten. De OECD is het daar mee eens. Apotheek-houdende artsen in plaats van apotheekhoudenden is een zet terug in de tijd en uniek in de wereld. Nederland laat zich dan weer eens van de verkeerde kant kennen.

#### Consultatievraag 6:

Welke van de overige maatregelen vooraf zoals beschreven in paragraaf 3.3. zijn nodig om een goede uitgangspositie te creëren voor vrije tarieven? In hoeverre ziet u deze maatregelen als (noodzakelijke) randvoorwaarden voor de introductie van vrije tarieven?

Genoemde maatregelen hebben allen betrekking op prijzen. OECD laat zien dat fixatie op prijzen onverstandig is.

Verbeteren sturingsmogelijkheden consument is zeer belangrijk voor verbetering van de zorg. Indien iedere apotheek de begeleiding van patiënten beter zou verzorgen in plaats van zich te beperken tot doosjesschuiven zal dit resulteren in een verlaging van het gebruik, vermindering van de spillage en vermindering van complicaties. OECD deelt deze mening. Hier is Kaiser Permanente een voorbeeld. Kaiser Permanente zet zwaar in op preventie en juist gebruik van de middelen. De Denen doen als land niet anders.

Verbetering transparantie prestaties apotheker: Het Reclame Besluit maakt het openbaar adverteren met prijzen onmogelijk. De patiënt kan zo nimmer kennis nemen van de prijsverschillen tussen apotheken (die er nu al zijn!!!)  
De collectieve verzekeringen nemen nu al 70% voor hun rekening. De individuele consument kan zo niet sturen. De verschillen in kwaliteit van dienstverleningen, prestaties, openingstijden, voorraadbestanden, (breedte en diepte), wachttijden e.d. zijn zeer moeilijk voor consumenten inzichtelijk te maken. Sturing door huisartsen en medisch specialisten vertroebelen de zaak nog meer. De Nederlandse zorgconsument is voor zijn medicijnen niet bereid verder dan 5 km te reizen (ervaring in Bollenstreek). In de huidige situatie moet je het als apotheek zeer bont maken om je klanten uit je apotheek te jagen. Het kan er ook op wijzen dat de dienstverlening naar de mening van de verzekerden in orde is. Men is niet anders gewend in dit land. Zelf ben ik van mening dat de farmaceutische zorgverlening sterk verbeterd kan worden met een verlaging van de kosten als eindresultaat. U dient daarbij te denken aan een 15 tot 20% vermindering in de kosten.

De grootgebruikers zijn ouderen. Die gebruiken het internet niet als informatie bron. Men gaat naar de apotheek in de wijk. Zelden kijkt men verder. Jongeren kijken zuiver naar gemak. Additionele dienstverlening vinden zij van generlei belang terwijl deze wel nuttig kan zijn (EU uitgifte Pil map bij jonge meisjes ter voorkoming van SOA's en OT behandelingen) Extra prestaties zijn zinvol voor de chronische, mondige, kritische en mobiele patiënt. Die zijn wel bereid te reizen en te switchen van apotheek (en huisarts). Ook hier is het de uitdaging deze patiënten te bereiken, tegen de wens van de huisarts in. Nogmaals. Sturing door huisartsen is schering en inslag en belemmert de keuzevrijheid van de patiënt, thuiswonend, beschermd wonend of in wonend in een verzorgingshuis. Het Reclame Besluit beperkt de apotheekhoudende in de mogelijkheid patiënten te bereiken.

Verruiming sturingsmogelijkheden en prikkels zorgverzekeraars: probleem hierbij is dat zorgverzekeraars 1 jaar zeker zijn van hun verzekerden. Bij collectieve contracten maximaal 3 jaar. Langere termijn projecten, denk aan preventie programma's, "disease management" structuren kunnen zo niet van de grond komen tenzij deze in het basispakket zitten en door iedere zorgaanbieder verplicht moeten worden aangeboden (en waargemaakt). Voorzienbaar is dan ook dat zorgverzekeraars op prijs gaan sturen en niet op kwaliteit.

Borgen generieke substitutie: loskoppelen inkoop maakt dit mogelijk. Advies mijnerzijds is wel de distributie en zorginhoudelijke taken op 1 adres te laten/ houden in verband met controle en mogelijkheden tot contact en begeleiding. Je moet immers als adviserend apotheker zeker weten welke medicijnen iemand heeft gekregen en van wie en voor welke aandoening. Nieuw is de intrede van "bemoeisorg" in het werk van de apotheekhoudende. Op thuisbezoek is het nu bij ons gangbaar te letten op afwijkend gedrag en deze door te geven aan de huisarts of hulpinstanties. De bezuinigingen door de overheid laten zeer veel over voor de mantelzorg. Die hebben daar geen kijk op of geen tijd voor. De apotheekhoudende kijkt toch met een soort "klinische" blik naar de situatie van de betrokkene en kan eerder aan de bel trekken.

Splitsing van deze taken werkt kostenverhogend en is per definitie inefficiënt.

Verlagen toetredingsdrempels. Hoe meer zielen hoe meer vreugd? OECD deelt deze mening niet. Werkt kostenverhogend. Versnippering is per definitie inefficiënt. Publiek gefinancierde zorgstelsels die goed worden gerund laten niet voor niets grote apotheken zien met satellieten en uitdeelposten. In private stelsels komen dergelijke distributie/kennis centra niet voor. OECD heeft niet voor niets vastgesteld dat private zorgstelsels altijd duurder zijn dan publieke zorgstelsels, terwijl de kwaliteit niet beter is.

Wil men in dit land toch vrije tarieven doorvoeren dan zijn alle maatregelen noodzakelijk.

Consultatievraag 7: Welke andere maatregelen vooraf acht u noodzakelijk en/of gewenst?

Wil een stelsel met vrije tarieven succes hebben dan zal het BKZ dienen te worden losgelaten. Een vrije markt met een plafond of nacalculatie werkt belemmerend voor marktpartijen. Inkomenspolitiek dient dan ook te worden losgelaten. Niet voor niets heeft de politiek gemeend om een privaat zorgstelsel in te voeren om een tweede ambtelijk apparaat te vermijden. Weghalen van de economische prikkel maakt het privaat stelsel tot een semi-ambtelijk apparaat met desastreuze gevolgen voor de kwaliteit. Ambtenaren lopen geen enkel risico terwijl in de vrije sector voor eigen rekening en risico wordt gewerkt. Het is van tweeën een. Of prikkel in stand laten en accepteren dat goede zorgaanbieders meer verdienen dan

minder goede of overgaan op een volwaardig publiek zorgstelsel met ambtelijke vergoedings- en productiviteitsregels.

Consultatievraag 8: In hoeverre acht u het in dit hoofdstuk beschreven benadering voor een marktbreed landelijk experiment kansrijk?

Zeer slechte benadering en geen enkele kans makend.

Consultatievraag 9:

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

Terugval optie is onrealistisch. Zorg is mensenwerk en dit experiment maakt de interactie tussen mensen, patiënten, mantelzorg, apotheken, fysiotherapeuten, artsen, ziekenhuizen, zorginstellingen e.d. kapot. Deze fijnmazige, niet in economische termen meetbare, samenlevingsstructuren maken de zorg mogelijk. Daar is geen prijskaartje aan te hangen. Jammer voor de juristen en economen bij VWS, Nma en Nza.

Het komt mij voor dat de beleidsmedewerkers en beslissers die nu de dienst uitmaken bij VWS en Nza allen stammen uit de universitaire opleidingen uit de jaren 80 van de vorige eeuw. Milton Friedman werd toen als norm opgevoerd. Blijkbaar hebben de toen afgestudeerden sindsdien geen leerboek meer ingezien.

Met de zorg in een heel land moet je niet willen experimenteren.

Overall in de wereld wordt niet voor niets gewerkt met landelijke tarieven voor de farmaceutische zorgverlening. Zorg voor een kostendekkend tarief voor de basiszorg die iedere apotheek moet verlenen. Zie erop toe dat deze dat ook doen. Zo niet, tent sluiten of een betere exploitant of beheerder.

Daarnaast extra begeleidingsmodules die apotheken kunnen doorvoeren. Keuze wordt daarbij aan de patiënt gelaten: neemt deze af dan dient de verzekeraar te betalen. Verzekeraar kan inschatten hoeveel van de verzekerden deze extra modules zullen afnemen. Echter ook hier speelt solidariteit een rol. Je weet nooit wanneer je een eczeem module nodig zult hebben. Of een astma module, of een reuma of een kanker. Indien uitsluitend lijders van deze aandoeningen deze modules gaan betalen worden deze onbetaalbaar. Dat is een kwestie van goed uitrekenen. Op ad hoc basis deze modules aanbieden is voor een apotheek onmogelijk.

Een verzorgingsgebied van een apotheek kent ook haar eigen statistieken. Men weet hoeveel aandoeningen voorkomen. Men kan zich daarop richten en voldoende personeel aanhouden om deze modules te kunnen aanbieden. Meetbaar en controleerbaar. Heeft men een bijzondere patiënt met een bijzonder aandoening dan is de module “pro actief voorraadbeheer” wel ad hoc in te schakelen: neemt de apotheek een bijzonder middel als service op voorraad dan kan de spillage aan de verzekering worden doorberekend van die verzekerde. Wil de verzekeraar dit niet doen dan staat de verzekerde vrij om te wisselen van verzekeraar die dit wel doet. Alles voor de klant tenslotte.

Ook hier ziet u dat de toetreding van nieuwe toetreders de lokale markt verstoort. Voor een zoals beschreven werkwijze en niveau van farmaceutische zorgverlening is een “draagvlak”



nodig. Vandaar ook dat alle Europese landen, behalve Engeland en Nederland, een vestigingsbeleid voor apothekhoudenden hebben. Het niveau van de Engelse apothekhoudenden is niet hoog. In Nederland is het peil hoog. Gezien het Deense peil, de benchmark wereldwijd voor farmaceutische zorgverlening, kan het nog veel beter.

Consultatievraag 10:

Hoeveel tijd hebben marktpartijen nodig om zich voor te bereiden op vrije tarieven van apothekhoudenden? Is het haalbaar het experiment te starten per 1 1 2010?

Aan dit experiment moet je niet willen beginnen. Gevolgen zijn voorspelbaar negatief voor de kwaliteit van de zorg in Nederland. Het is dan ook niet haalbaar te starten in 2010.

VWS en Nza doen er beter aan de blik te wenden op Denemarken. Dat land is wereldwijd de benchmark voor farmaceutische zorgverlening en kostenbeheersing in de zorg als geheel.

Consultatievraag 11:

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

De macht van de apothekhoudende is in Nederland zeer beperkt. De landelijke Z-index bepaalt de verkoopprijs. De inkoopprijs van de goederen wordt bepaald door de fabrikanten en importeurs. Daar heeft de apothekhoudende geen greep op. Overheidstarieven gekoppeld aan marge opslagen op inkoop bepalen mogelijkheden tot openingstijden, beperken wachttijden, bezorgmogelijkheden, zorgmodules e.d. De WMG tarieven zijn bewust niet kostendekkend gemaakt door de overheid. De drastische vermindering van de inkomsten per 1 juni 2008 zonder gelijktijdige verhoging van de WMG tarieven maken dat het niveau van de farmaceutische zorgverlening sterk onder druk komt te staan en op termijn slechts gaat bestaan uit doosjes schuiven en folders meegeven. Nederlandse apotheken mogen immers niet meer vragen de maximumtarieven en mogen ook geen extra geld vragen voor eigen modules of entree heffen bij langere openingstijden dan in de contracten met de zorgverzekeraars staat vermeld. Nza en ZN-leden bepalen doen en laten van apothekhoudenden.

Slechts verhogen van de handverkoop, door het uitbreiden van assortiment drogisterij producten, kan op korte termijn enige lucht geven. Jaarlijks worden echter de opbrengsten aan OTC verrekend met de WMG tarieven. Op termijn schiet de apothekhoudende zichzelf hiermee in de eigen voeten.

Het consumentenbelang wordt door dit gedrag van Nza en ZN-leden wel geraakt. Het BKZ is daarbij de op de achtergrond alom tegenwoordige boosdoener.

Andere zorginstellingen als huisartsen, medisch specialisten, verzorgingshuizen hebben meer invloed op de zorgconsument. Bewoners van verzorgingshuizen en verpleeghuizen krijgen dan ook niet de juiste zorg voor de beste prijs. Het betalen van een fee aan de exploitant van een verzorgingshuis of verpleeghuis of aan de huisarts van betrokkene bepaalt de kwaliteit van de zorg aan deze patiënt. De Nza zou eens onderzoek moeten doen in het veld in plaats van de koepels af te bellen en websites te bekijken.

Consultatievraag 12:

Hoe beoordeelt u de mate van marktmacht van apothekhoudenden in delen van Nederland met een geringe dichtheid van apothekers? Welke gebieden heeft u hierbij specifiek op het oog?

De marktmacht van apothekhoudenden is ook in delen van Nederland gering. De Richtsnoeren voor de Zorg stellen strenge eisen aan samenwerking tussen apotheken. De Z-index is landelijk bepalend voor de maximumprijzen, WPG en GVS gelden voor alle apotheken, de WMG tarieven zijn maximumtarieven. ZN-leden en apothekhoudenden mogen daar niet van afwijken. Door de Claw Back zal ook niet worden afgeweken van de maximum prijzen. Het ontoereikend WMG maximumtarief en het wegvallen van de marge opslagen door het preferentiebeleid maakt ook sinds 1 juli 2008 het voor apothek houdenden onmogelijk af te wijken van de maximumtarieven. Ook na afschaffing van de Claw Back. Afwijken van de maximum tarieven gebeurt wel door apothekhoudenden die vervolgens de dienstverlening gaan inperken of zich richten op niche markten. De eenvoudige werkzaamheden zoals chronische receptuur doen zij voor minder dan het maximumtarief, maar weigeren de complexe, ad hoc of spoed receptuur te verrichten. Voor die zorg verwijzen deze “Free Riders” naar de lokale apothekhoudende. Ook u zult moeten inzien dat zoiets niet werkt.

ZN-leden bieden contracten aan en de apothekhoudenden hebben maar te tekenen. Ook zonder contract tussen ZN-leden en apothekhoudenden zijn apothekhoudenden gebonden aan de WMG tarieven. Door de WGBO zijn apothekhoudenden ook verplicht ieder persoon met een recept te helpen. De automatische declaratie is dan niet verplicht. Echter geen van de drie partijen, patiënt, apothekhoudende en schadeverzekeraar wint erbij indien de declaraties via papier gaan verlopen. Restitutie of in Natura is in Nederland dan ook om het even. De huidige “paniek” bij UVIT begrijp ik dan ook niet. Apotheken zijn dan ook wereldwijd de onderliggende partij in de zorgketen. Ze hebben een zeer belangrijke functie in de keten maar zijn geheel afhankelijk van andere partijen.

Gebieden waar een landelijke keten alle apothekhoudenden in bezit heeft kan er voor kiezen geen contracten te ondertekenen en proberen een of meerdere zorgmodules uit te onderhandelen met de schadeverzekeraars. Geen contract geeft mijns inziens schadeverzekeraars geen problemen. Met een Restitutie Polis/ Combinatie Polis kunnen zij hun verzekerden op papier zorg garanderen. De WGBO verplicht iedere zorgaanbieder die daaronder valt zorg te verlenen aan verzekerden.

Kortom. In het Nederlandse Zorgstelsel hebben apothekhoudenden geen enkele macht. Zonder Z-index, zonder WPG en zonder WMG tarieven is het andere koek. Echter dan staat het de schadeverzekeraar vrij om per gebied een eigen apotheek op te richten. Ook dan is het door het grote verschil in grootte en diepte van de geldbundel een ongelijke strijd tussen apothekhoudenden en schadeverzekeraars. Afschaffing van de Z-index biedt slechts voor de korte termijn soelaas voor de apothekhoudenden. De op het internet beschikbare vergelijkingssites zullen de prijsverschillen gelijk doen trekken. Uiteindelijk komen de prijzen weer op het laagste punt uit. Dat is ook een les uit het rijke verleden van de USA. Men leze Peter R Kongstvedt.

Consultatievraag 13:

Hoe beoordeelt u de mate van inkoopmacht van zorgverzekeraars, en de invloed daarvan op de consumentenbelangen?

De inkoopmacht van zorgverzekeraars is met steun van de overheid zeer groot. In theorie zouden de zorgverzekeraars deze inkoopmacht kunnen gebruiken om de belangen van de consumenten te dienen. In de praktijk gebeurt dit totaal niet. Wachtlijsten zijn nog immer aanwezig, kunstmatige schaarste aan medici blijft intact. Kwaliteit van de zorgverlening blijft



afhankelijk van de goedwillendheid van de individuele zorgaanbieder en niet van de gunst van de verzekeraar. Ieder mikt op de laagste prijs van het doosje en heeft geen oog voor de andere mogelijkheden die de farmaceutische zorgverlening biedt.

De schadeverzekeraars zorgen uitstekend voor zichzelf. Het incasso risico is door het CVZ na 6 maanden overgenomen. De beheerskosten stijgen de pan uit. Zelfs de Nza is er van geschrokken. Nederlandse zorgverzekeraars doen wat dat betreft niet onder voor hun Amerikaanse voorlopers.

Onderhandelingen met schadeverzekeraars gaan dan ook uitsluitend over geld. Het mag allemaal niets kosten. Begrijpelijk. Schadeverzekeraars zijn ook commerciële bedrijven, ook al hebben ze geen winstoogmerk, en zijn risicodragend voor de farmacie en ook onderworpen aan het BKZ. Ze kunnen dus ook geen kant op.

Consultatievraag 14:

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

Door de Z-index hebben multisource producenten een zeer beperkte marktmacht: het is alles of niets. Laagste prijs contracten bieden hen geen andere keus dan de bodem op te zoeken. Gevaar is dan dat een aantal leveranciers eieren voor hun geld gaan kiezen en de markt gaan verlaten. Zodra er een oligopolie of monopolie ontstaat is er weer sprake van macht. (vergelijk het met de schadeverzekeraars: door steun van de overheid is er nu een oligopolie ontstaan met alle gevolgen van dien)

Bij een goed werkende markt ( in de praktijk onmogelijk) zouden de consumenten gediend zijn met concurrentie. In de praktijk zal een toezichthouder zijn werk moeten doen en ingrijpen bij dreigende monopolie of oligopolie van multisource geneesmiddelen.

Tot 1 juni 2008 was er voor de multisource fabrikanten ruimte om apotheekhoudende marge te verschaffen. Moderne apotheekhoudenden konden daarmee optimale farmaceutische zorg leveren en financieren. Indirect hadden multi source fabrikanten een positieve invloed op de consumentenbelangen. Met het sterk doorgevoerde preferentie beleid en de Z-index is die invloed weggevallen. Dat zal ook de Nza duidelijk moeten zijn.

Consultatievraag 15:

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

De marktmacht van producenten van single-source is groot. Zij kunnen beslissen of een middel op de Nederlandse markt wordt gebracht. De prijs kunnen zij zelf bepalen. De enige beperkingen zijn het GVS en de WPG en de opname op de landelijke vergoedingslijst van het CVZ. Invloed op de consumentenbelangen is dan ook groot. Beschikbaarheid, kunstmatige schaarste scheppen door quoterings, prijsstelling, marketing activiteiten, beïnvloeding van medisch specialisten en huisartsen, prijsstelling intramuraal, prijsstelling extramuraal.

Consultatievraag 16:

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

Marktmacht van de groothandelaren is enerzijds groot, anderzijds beperkt. Zij bepalen grotendeels de marges die apotheekhoudenden kunnen verkrijgen. Van transparantie is geen sprake. Eerst eind van het jaar is voor apotheekhoudenden zichtbaar wat het jaar aan

inkomsten heeft gebracht. Netto prijzen zijn niet te krijgen. Beschikbaarheid van medicijnen kan door groothandelaren worden beïnvloed. Allen doen aan parallel-export en beïnvloeden op die wijze de quoteringen van de single-source fabrikanten.

E.a. is door apothekhoudenden te omzeilen door directe inkoop bij de importeurs en fabrikanten. Druk van de groothandelaren maakt dit geen eenvoudige zaak.

Servicegraad van groothandelaren is bepalend voor spoedleveringen en ad hoc leveringen. Levertijden van 2 uur tot 4 dagen zijn mogelijk. Die staan onder druk door de margedruk. Consumentenbelangen worden hierdoor beïnvloed.

Consultatievraag 17:

Verwacht u dat het preferentiebeleid ook na de volgende contractronde effectief zal zijn in het beheersing van de prijzen van generieke geneesmiddelen? Waarop baseert u deze verwachting?

De volgende ronde in preferentie zal op korte termijn een sterk prijsdrukkend hebben op de prijzen van generieke geneesmiddelen. Op langere termijn zal de totale preferentie zoals deze momenteel wordt toegepast een prijsstijgend effect hebben. Er zullen multi-source leveranciers verdwijnen en er zal een oligopolie ontstaan. Dat alleen al werkt prijsverhogend. Zie de effecten van het oligopolie van verzekeraars in Nederland.

Daarnaast wordt door dit beleid iedere motivatie voor meehelpen en meedenken met de samenleving door medici en apothekers de kop ingedrukt. Enige positieve prikkel ontbreekt. Men kan niet verwachten dat zorgaanbieders anders zijn dan ambtenaren. Ambtenaren zijn ook geen altruïstisch ingestelde mensen die zich voor de samenleving de benen uit het lijf rennen. Men krijgt een salaris en daar doet men iets voor terug. Daar houdt het mee op.

De zorgsector is een private sector en geen ambtelijke omgeving. De werkdruk in de private sector staat in geen verhouding tot de werkdruk in het ambtelijke circuit. Enige extra financiële honorering boven het ambtelijk basissalaris compenseerde de werkdruk en het nemen van risico's. De Nza moet niet vergeten dat de zorgsector in een concurrerende omgeving zit en dat men werkt voor eigen rekening en risico. Huidig beleid neemt deze honorering en prikkel weg. Waarom dan niet direct nationaliseren?

Het leven is een kwestie van gunnen. Door het huidige beleid wordt 1 partij geheel uitgekleeft en de andere partij loopt er mee weg. De weglopende partij is in het Nederlandse Zorgstelsel de verzekeraar. Vergist u zich daar niet in. In een private omgeving is enige "olie" noodzakelijk om e.a. soepel te laten verlopen. Flexibiliteit is essentieel voor de zorgsector.

Ervaringen elders in de wereld laten bovenstaande ook zien: Nieuw Zeeland, British Columbia, USA met diverse HMO's die zuiver op prijs werken: kosten gaan omhoog. OECD waarschuwt ook voor louter fixeren op en het te ver doordrukken van een prijsbeleid.

Consultatievraag 18:

Verwacht u dat op langere termijn in Nederland gespecialiseerde inkooporganisaties zullen ontstaan die in opdracht van zorgverzekeraars de inkoop van geneesmiddelen (en mogelijk ook andere taken rond rationale farmacotherapie) gaan uitvoeren?

Nederland is een te kleine markt voor dergelijke bedrijven. Een extra tussenlaag is ook weer kostenverhogend. In de USA is er geen WGP, GVS of BKZ. In de USA is een dergelijke extra laag wel mogelijk. Kaiser Permanente heeft een 9 miljoen deelnemers. Aetna heeft er 16

miljoen. De zorgsector in de USA wordt beheerst door een gering aantal gigantisch grote Zorgverzekeraars, HMO's en MCO's . Dat is gezien de risico's te begrijpen. Verzekeren is immers een kwestie van kosten omslaan. Voor doelmatig verzekeren van gezondheidszorg is een bepaalde schaalgrootte per verzekeraar noodzakelijk. Nederland kan dan ook gezien de ervaringen uit de USA toe met 1 MCO of HMO. De Denen hadden dat al eerder door en profiteren daar met zijn allen van. Nu Nederland nog.

Nederland is minder groot en heeft minder inwoners dan de beleidsmedewerkers van VWS en Nza vermoedelijk denken.

Kostenverhogend werken de netto winsten die de private verzekeraars moeten maken om te kunnen overleven. In de USA bedragen de netto winsten een 3 tot 6% van de omzet. Het Deense Publieke stelsel doet het voor 0,5% van de premie-inkomsten en hoeft geen winst te maken. De samenleving als geheel incasseert de winst.

Consultatievraag 19:

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

Zolang een fors deel van de honorering van de werkzaamheden en farmaceutische zorg en dienstverlening van apothekhoudenden verband houdt met de handelskant, margeopslagen op inkoopwaarde (verschil tussen declaratieprijs en netto inkoopprijs) is er druk van de verzekeraars op de bedrijfsvoering van apothekhoudenden. De onderhandelingspositie van de verzekeraar is dan zeer sterk. Een verzekeraar kan je maken of breken.

Zodra alle lucht uit de multi source is gehaald is het met de druk afgelopen, tenzij de polisvoorwaarden drastisch worden gewijzigd of de overheid met een sterk aangetrokken GVS komt. Teveel druk uitoefenen werkt averechts. Men dient elkaar wat te gunnen om in leven te blijven. Zorgsector vereist de beschikbaarheid van enige marge om ad hoc zorg te kunnen leveren. Immers, niet alle zorg is definieerbaar en voorzienbaar. Zorgaanbieders kunnen niet voor iedere zorg een machtiging aanvragen. De zorg is immers geen ambtelijke omgeving. De zorg speelt zich af bij de mensen thuis.

Consultatievraag 20:

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

Neen, juist niet. In een open farmacotherapeutisch overleg dienen patiënten, artsen en apotheken vrijelijk te kunnen kiezen voor het middel wat bij die ene patiënt het beste middel is, op dat moment. Veranderingen in orgaanfuncties, interacties met nieuwe medicijnen of therapieën kunnen wijzigingen in medicatie veroorzaken.

Inperken van deze keuzevrijheid maakt farmacotherapeutische dienstverlening onmogelijk.

Huidig preferentie beleid is uitsluitend gericht op de laagste prijs en niet op de beste farmacotherapie. De OECD waarschuwt voor de extreme fixatie op de prijs van het doosje en de farmacotherapeutische zorgverlening te vergeten en ook de rol van de farmacotherapie en farmaceutische zorgverlening in het grote geheel van de zorg uit het oog te verliezen.

Peter R Kongstvedt doet niet anders gezien de ervaringen uit de USA.

Ook hier is Denemarken de benchmark. Een goede balans tussen prijs van het doosje en optimale farmacotherapeutische en farmaceutische zorgverlening in de context van de zorg als geheel. Centrale aansturing met lokale bijsturing staan in Denemarken centraal. De verzekerde bepaalt daar de gang van zaken daadwerkelijk.

Consultatievraag 21:

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

Afschaffen van de prijslijst, de Taxe Z-index, is onverstandig voor de lange termijn. Prijzen zullen toch weer naar elkaar toekruipen wegens de uitwisseling van prijsgegevens op patiëntenforums, zorgverzekeraars die elkaar informatie toespelen, het CVZ dat ook een duitje in het zakje zal doen wegens het BKZ. Voor de korte termijn kan de Z-index per direct worden afgeschaft mits er nieuwe regels voor in de plaats komen: een verbod op overleg in welke vorm dan ook tussen de concurrerende verzekeraars, apothekhoudenden, medici, zorginstellingen en marktmeester. Eerst dan krijg je onderhandeling over de prijs van het doosje. Verschil in prijzen zal echter na verloop van tijd teniet worden gedaan op allerlei consumenten forums op het internet. Prijzen zullen na verloop dan weer gelijk worden getrokken; laagste prijs.

Het handhaven van het BKZ en de continue bemoeienis van VWS en politiek maken invoeren van “vrije” prijzen tot een illusie en in de Nederlandse situatie onwerkbaar.

Het enige land met daadwerkelijk vrije prijzen is de USA. Overal elders in de wereld werken landen met nationale prijslijsten. Dat biedt zekerheid voor de consumenten dat zij gelijke prijzen betalen. Dit systeem werkt ook efficiënter. 70 verzekeraars die gaan onderhandelen met 1800 apothekhoudenden werkt niet. De inkoop uit handen geven aan een tussenpartij is ook niet de oplossing. Die tussenpartij wil ook een vergoeding. Handhaven van het BKZ en bemoeienis van de overheden en politiek maken ook deze oplossing onwerkbaar. De USA is niet Nederland. De USA heeft geen BKZ. In de USA mogen apotheken adverteren met hun prijzen. In Nederland niet. De situatie in de USA moeten wij niet willen.

Nederland is 16.8 miljoen mensen groot. Oppervlak 34.000 km<sup>2</sup>. De USA is groot 350 miljoen inwoners met een oppervlak van miljoenen km<sup>2</sup>. Lijkt meer op europa als geheel. Ook binnen Europa heb je dan ook prijsverschillen. In europa zijn er ook prijsverschillen en verschillende systemen tegelijkertijd in werking. De Nederlandse Markt is kleiner dan de New Yorkse markt. Nederland is te klein voor de systemen die de ambtenaren van VWS en NZa denken te kunnen doorvoeren. Denemarken komt meer in de lijn van Nederland. Dat heeft terecht gekozen voor een hanteerbaar doelmatig systeem zonder werkverschaffingsaspecten.

Het huidige misbruik van de landelijke prijstaxe dient direct te worden verboden.

Consultatievraag 22:

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

De reden is lafheid van verzekeraars en politici. Eigen bijdragen die te laag zijn hebben geen doelmatigheidsbevorderend effect. Diverse studies hebben dat aangetoond. Te hoge eigen bijdragen werken ook weer averechts: lage sociale klassen gaat zorg uitstellen en maken juist daardoor veel hogere kosten; men komt zieker bij de arts of in het ziekenhuis dan nodig was.

NZa ambtenaren suggereren in het Consultatiedocument dat artsen en apothekers de eigen bijdragen omzeilen om zo het eigen inkomen te verhogen. Een bijzonder misselijkmakende suggestie en typerend voor de instelling van VWS en NZa ambtenaren.

Het wijzen van verzekerden op alternatieven in het GVS systeem zonder eigen bijdrage is wel typerend voor de zorgverlenende instelling van artsen en apothekers. Zij verdienen geen extra cent voor deze service. Wel krijgen zij “goodwill” van de klanten, omdat deze klanten totaal geen kennis hebben van de alternatieven. Onthouden van die kennis is strijdig met de ethische normen zoals deze leven in de zorgsector. Dit in tegenstelling tot de ethiek binnen de ambtenarij en politiek. Het is evident dat de ambtenaren van VWS en NZa daar anders over denken en dat is jammer voor Nederland.

Consultatievraag 23:

Hoe beoordeelt u de huidige mate van substitutie van geneesmiddelen in Nederland? Waarop baseert u dit oordeel?

De mate van substitutie van geneesmiddelen behoort tot de hoogste ter wereld. Zodra een single source geneesmiddel zijn patent verliest en een multi source, identiek middel, op de markt verschijnt wordt dit gesubstitueerd naar het goedkoopste multi source middel. Vergoedingsbeleid van VWS en ZN-leden en ethische instelling van het merendeel van de apotheekhoudenden maakten dit mogelijk. Nog steeds wordt een single source automatisch omgezet in multi-source zodra een identiek middel op de markt verschijnt ondanks allerlei marketingtrucs van single source fabrikanten. Op de lange termijn is substitutie beter. Een land moet echter wel bereid zijn te blijven investeren in innovatieve farmaceutische producten. Een gezonde prijsstelling is een vereiste. Toezicht op de winsten en marketingkosten van een farmaceutisch bedrijf zijn daarvoor een vereiste. Dat toezicht ontbreekt momenteel met alle gevolgen van dien.

Dit oordeel baseer ik op basis van gegevens van de OECD, SFK en WHO. IMS health data laten hetzelfde zien.

Consultatievraag 24:

Welke rol speelt de apotheekhoudende (in het kader van het FTO) bij het tot stand brengen van gewenste substitutie naar doelmatige geneesmiddelen.

De NZa ziet doelmatig uitsluitend als goedkoop of laagste prijs. Ook dan speelt de apotheekhoudende een belangrijke rol. In het FTO wordt op niveau 3 tot 4 met de aangesloten artsen afspraken gemaakt over welke medicijnen bij welke aandoening bij welke patiënten worde voorgeschreven. In principe wordt per indicatie een drietal middelen voorgesteld. Middels het aanbieden van spiegelinformatie, de apotheek kan de artsen in zijn cluster laten zien wie wat gedurende een bepaalde termijn heeft voorgeschreven (mits de patiënten hun medicijnen bij die apotheek afnemen). Artsen zien aldus of zij zich houden aan de gemaakte afspraken. Grote farmaceutische bedrijven proberen deze succesvolle FTO's te omzeilen middels het aanbieden van hun diensten aan de huisartsen. Middels de spiegelinformatie vallen deze artsen door de mand. Niemand wil graag gezichtsverlies lijden ten overstaan van zijn collegae. Dit systeem werkt gelijk het weightwatchers principe. Doelmatig.

Systeem staat of valt bij een normale vergoeding voor ieders werkzaamheden. Te grote druk van VWS op budgetten van huisartsen maakt aanhouden van formularia en nakomen van afspraken veel moeilijker. NZa en politiek moeten begrijpen dat er een zekere mate van olie

in het systeem moet zitten om te kunnen draaien. Dit geldt voor de huisartsen als ook voor de apotheekhoudenden. De farmaceutische industrie heeft wegens ontoereikend toezicht door de overheden een enorm budget voor marketing tot haar beschikking. Niet iedere huisarts is daartegen bestand. Zeker niet bij financiële druk vanuit de overheid en verzekeraars. Het huidige enorm demotiverend beleid van VWS, NZa en NMa en politiek gaat averechts uitpakken. Zie ook OECD en Peter R Kongstvedt. Is allemaal bekend uit de USA.

#### Consultatievraag 25:

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

Zolang er geen kostendekkend tarief is voor apotheekhoudenden en deze afhankelijk blijven van de handelsinkomsten is iedere negatieve prikkel funest voor de substitutie. Dat zal iedere gezonde econoom die zijn registratiepunten heeft gehaald snappen.

Geldt voor ambtenaren ook. Ook die krijgen financiële prikkels om wat harder met papier te schuiven. Vraag is dan ook geheel overbodig.

Scheiding van handel en zorg zou uitkomst kunnen brengen. Beroepsmatig doe je dan je werk. Economische prikkel helpt altijd. Geldt ook voor ambtenaren. Enige zelfkritiek en zelfkennis zou geen kwaad kunnen.

Ook hier is het antwoord te vinden op de OECD en bij Peter R Kongstvedt. Allemaal bekend vanuit de ervaringen in de USA. Jaren 80 en 90.

#### Consultatievraag 26:

Onder welke voorwaarden willen en kunnen zorgverzekeraars een actievere rol spelen bij het stimuleren van gewenste substitutie? Welke instrumenten hebben verzekeraars om deze rol vorm te geven? Welke aanvullende instrumenten hebben verzekeraars nodig?

Zorgverzekeraars willen een actievere rol in het stimuleren van gewenste substitutie. Zolang handel en zorg gekoppeld zijn is er een negatieve prikkel voor apotheekhoudenden (en artsen) om in de huidige situatie zeer actief mee te werken aan substitutie. Er is geen positieve beloning meer gezien het wegvallen van de mogelijk financiële voordelen. Het WMG tarief is nog immer niet kostendekkend voor de basisfuncties van een moderne openbare apotheek, laat staan voor de aanvullende optimale farmaceutische zorgverlening naar Deens model, de Benchmark voor de wereld.

Omzetzijning door lagere vergoedingsprijzen werden voorheen gecompenseerd door de marge voordelen op de Multi source. Die zijn per 1 juli 2008 geheel weggefallen.

Zorgverzekeraars zouden een positieve stimulans kunnen inbouwen in het bevorderen van substitutie. Scheiding van zorg en handel kan helpen. Wegvallen van economische prikkel doet het gevaar ontstaan dat zorgaanbieders vervallen in ambtelijk gedrag. Dat is iets wat de overheid en politiek niet wensen; Nederland heeft al een dergelijk ambtelijk apparaat.

#### Voorwaarden voor actieve rol:

Instrumenten : spiegelinformatie aanreiken aan zorgaanbieders, per jaar, per regio, tov concurrerende zorgaanbieders. Dergelijke informatie wordt steeds minder waardevol naarmate zorgveld meer en meer versnipperd. Internet apotheken werken niet mee aan FTO. Rondshoppende patiënten zijn niet aanspreekbaar door apotheekhoudenden.

Instrumenten ; inschrijving op naam van apotheek houdende: maakt afspraken met patiënt mogelijk zonder tot dwang over te gaan



Instrument: in polisvoorwaarden vastleggen  
Instrument: in contract arts verzekeraar vastleggen  
Instrument: in contract apotheek verzekeraar vastleggen

Altijd blijft het gevaar van landelijke ingrepen door VWS en NZa. Maakt werkzaamheden van zorgaanbieders en verzekeraars zeer moeilijk.

Continuïteit in zorg wordt door VWS en NZa zelf moeilijker gemaakt.

Aanvullende mogelijkheden: positieve feed back aan zorgaanbieders: honorering per omzetting aan apotheekhoudenden, aan arts en premie verlaging voor verzekerde.

Aanvullende: polisvoorwaarden aanpassen: laat keuzevrijheid voor verzekerde intact: vrijloper is goedkope generiek, identiek patentmiddel bijbetaling x bedrag, me too preparaat bijbetaling y bedrag. Peter R Kongstvedt heeft in zijn Managed Care Handbooks systemen beschreven zoals die in de USA bestaan. Hij komt uit op een systeem met bijbetalingen en vrijlopers als meest toekomst bestendig. Keuzevrijheid wordt daarbij gelaten aan verzekerde en dat past weer niet in het Nederlandse Zorgstelsel met haar BKZ.

Consultatievraag 27:

In welke mate leidt het verschil in bekostiging tussen intramuraal en extramuraal geneesmiddelengebruik tot ongewenste substitutie effecten? Wat valt hier tegen te doen?

Ziekenhuisapotheken krijgen single source middelen gratis van fabrikanten. Ook de voorschrijvend medici krijgen stimuli om de nieuwste middelen voor te schrijven. Substitutie van single source naar generiek (Multi source) wordt hierdoor verminderd. Medisch specialisten schrijven de nieuwere single source voor waar geen multi source tegenover staat. De huisartsen volgen dit voorschrijfpatroon vervolgens. U kunt daarbij denken aan toename in receptuur voor Nexium, Crestor, Lipitor, Diovan e.d.. Allemaal gestart vanuit de intramurale omgeving door de ziekenhuisapotheker en de medisch specialisten.

Gelijke bekostiging zou een uitkomst zijn. Dan kunnen ook openbare apotheken intramuraal opereren en bijvoorbeeld ook politheken opzetten. Die laatste zijn nu monopolies van de ziekenhuisapotheken. Openbare apotheken kunnen de rol van ziekenhuisapotheken zonder meer overnemen. Zeer weinig ziekenhuisapotheken bereiden nog medicijnen. Laat de zorgverzekeraars ook de kosten van de intramurale geneesmiddelen voor hun rekening nemen, voorkomt tegelijkertijd ook de U-bocht constructie: medicijn wordt gehaald op kosten van de verzekerde in de openbare apotheek. Door de verzekerde meegenomen in het ziekenhuis. Gebruikt in het ziekenhuis en nogmaals gedeclareerd door de ziekenhuisapotheek. De maatschappij betaalt dan twee keer voor hetzelfde middel. De U-bocht is al jarenlang bekend bij VWS, NZa en politiek. Men durft het niet aan te pakken.

Er valt dus heel veel tegen te doen als politiek en ambtenarij maar eens willen doorpakken op de juiste plekken. Maar ja, ziekenhuizen zijn nu eenmaal heilige huisjes. Politiek onverstandig om die eens hard aan te pakken. Kunstmatige schaarste aan medici helpt daarbij niet. Overschot aan medici doet hun macht breken. Pas kan Nederland efficiënter werken. Dat is de bottle-neck in Nederland. Deskundigen van WHO en OECD delen deze mening.

Consultatievraag 28:

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

Dit risico is zeer groot. Naarmate de druk op huisartsen toeneemt zullen zij sneller geneigd zijn deals te sluiten met verstrekkers: artsen sturen patiënten met recepten naar bepaalde verstrekkers met bepaalde medicijnen (single source) in ruil voor dienstverlening, financiering van automatisering, huur overname praktijk, financiële vergoeding. Dat gebeurt nu ook al. Wooncorporaties spelen in toenemende mate een sturende rol. Gedwongen winkelnering van huurders van zorgwoningen en zorgwoningen (ook in verzorgingshuizen) in ruil voor verhuur van door wooncorporatie aangeboden praktijkruimten. De apotheek is in de regel die dan betaalt voor de huisartsen en andere zorgaanbieders. Allen huren van de wooncorporatie. Die spint er uiteindelijk garen bij. Het zal duidelijk zijn dat de kwaliteit van deze gedwongen winkelnering te lijden heeft. Het moet immers uit de breedte of uit de lengte komen.

NZa moet eens stoppen met dommetje te spelen. Het onderzoek naar de economische en financiële belangenverstrengeling middels rondbellen naar de koepels en surfen op internet slaat nergens op. Ga eens in het veld praten met zorgaanbieders, familieleden van bewoners van getroffen tehuizen, zeer betrouwbaar met de zorgafhankelijke bewoners. Besef nu eens eindelijk dat zorgafhankelijkheid je monddood maakt.

En vergis u niet. Voorschrijvers en verstrekkers zijn van mening dat doelmatig wordt voorgeschreven. Het is maar hoe u doelmatigheid uitlegt. Bij te lage vergoedingen kunnen beiden door op geschetste wijze te handelen blijven bestaan. Belangenverstrengeling komt door hebzucht en door noodzaak. In Nederland is noodzaak meer en meer de reden.

Consultatievraag 29:

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

Demografische ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen, vergoedingbeleid VWS, wel of geen landelijke prijslijst, scheiding zorg en handel, marges op handel, koersontwikkeling pond, euro, WPG, overheidsbeleid in andere Europese landen, aanscherping GVS, vergoedingenbeleid ZN-leden, concurrentie verhoudingen, toetreden op de zorgmarkt van woningcorporaties en zorginstellingen als thuiszorg en verzorgingshuizen. Branchevreemd en met andere opvattingen over ethiek. Bij woningcorporaties gaat het om ontwikkeling van vastgoed, commercieel, en de verhuur daarvan tegen marktconforme prijzen. Vergis u zich daar niet in. E.a. ten koste van de vrije keus van verzekerden en daardoor inherent ten koste van de kwaliteit van de zorg. Gedwongen winkelnering is immers nimmer goed.

Consultatievraag 30:

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

Er zijn in toenemende mate lokale en regionale verschillen in de kwaliteit. Kwaliteitsniveau extramurale farmacotherapeutische zorgverlening is dan ook matig tot slecht. Toenemende concurrentie tussen apotheken met een verschillend dienstpakket doet de kwaliteit verminderen. Nieuwe toetreders zoals apotheken geïnitieerd door verzorgingshuizen en wooncorporaties hebben een ander idee over zorgverlening dan moderne openbare apotheken.

Gedwongen winkelnering leidt tot verschraling van de zorg. Dit uit zich in langere levertijden, verslechtering van de service, gemakzucht, niet bereid zijn tot ad hoc bereidingen, afzien van eigen bereidingen, beperking in de bereikbaarheid en openingstijden.

Gedwongen winkelnering leidt tot uitsluiting van alternatieven. Bewoners van woningen en verzorgingshuizen die hiermee worden geconfronteerd kunnen geen kant op. Zeer zorgafhankelijke mensen in een kwetsbare positie kunnen niet klagen en durven niet te klagen uit angst voor verslechtering van zorgverlening op andere gebieden.

Oordeel is gebaseerd op eigen waarnemingen, vergelijkingen in OECD en WHO rapporten en onderzoek naar verschillen tussen diverse landen. Nederland past nu nog in het rijtje met Denemarken, Zweden en Finland. Nederland scoort daarin het slechts. Dit vindt zijn oorzaak in het ontbreken van vestigingsbeleid en toestaan van marktwerking en concurrentie.

Consultatievraag 31.

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

Zorgadvisering is zeer belangrijk. Bestaat uit schriftelijke en mondelinge toelichting op medicatie gebruik, ingrijpen bij gesignaleerde misbruik, ondergebruik, overgebruik, contra indicaties, interacties, polyfarmacie terugdringen, juist gebruik bevorderen, uitleg geven bij ieder verstrekt medicijn, ook de herhalingen. Hoe aan te brengen, waar aan te brengen, hoe in te brengen, waarin te brengen, oogdruppels, migraine medicatie, neusdruppels, neussprays, glaucoom oogdruppels, inhalatie medicatie (zien of patiënt het goed doet en zo nodig een ander middel adviseren dat beter past bij leeftijd en mogelijkheden van patiënt) gepaste medicatiepotjes (bij reuma of oude patiënten of motorisch gestoorde mensen) , reisadviezen, (ter voorkoming van malaria of erger) piladviezen (ter voorkoming van SOA's en juist pil gebruik), thuisbezoek en bemoeizorg toepassen. Diabetes, reuma, COPD, ouderen, chronisch zieken krijgen intensieve begeleiding: doel is juiste middel, juiste hulpmiddel, juiste dosering, juiste persoon in juiste omstandigheden voor meest doelmatig gebruik. En dat is niet altijd de laagste in prijs.

Rol van apotheker: onafhankelijk financieel van versterkt advies, mondig adviseur, deskundig, drempelloos, op voorhand betrouwbaar met garantie, onafhankelijk van voorschrijver en verzekeraar, steunend op goed team. Gevestigd op makkelijk te bereiken locatie voor iedereen en met name de grootste gebruikers: chronisch zieken, ouderen. In toenemende mate komt de moderne apotheek naar de patiënt toe. De vergrijzing neemt behoorlijke vormen aan en de mantelzorg kan e.a. niet opknappen. Thuisbezoek gebeurt bij onze apotheek dan ook dagelijks. Door assistente of de apotheker zelf. Ten bate van de patiënt. Er staat geen vergoeding tegenover anders dan de resterende kruimels uit de marge.

Tussenschakel en controle schakel tussen arts en patiënt. Door toenemende automatisering en inschakelen van te laag geschoolden bij de artsen wordt deze functie steeds belangrijker.

Vergrijzing leidt tot steeds complexere zorg. Poly farmacie neemt toe. Arts heeft daar niet voor geleerd en heeft zijn handen vol aan zijn eigen specialisme. Tussenschakel is hoe dan ook noodzakelijk.

Consultatievraag 32:

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

Neen, huisartsen zijn niet onafhankelijk. Hebben geen tot te weinig kennis van medicijnen en hulpmiddelen, hebben een andere instelling. Apothekers fungeren in hun adviesfunctie tevens als controle schakel tussen arts en patiënt. Vergrijzing leidt tot steeds complexere zorg. Poly farmacie neemt toe. Arts heeft daar niet voor geleerd en heeft zijn handen vol aan zijn eigen specialisme. Tussenschakel is hoe dan ook noodzakelijk  
Kankermedicatie wordt steeds belangrijker omdat kanker nu als chronische ziekte in opkomst is. Mensen blijven veel langer in leven met alle complexiteit in de zorg van dien. Denk daarbij aan medicatie, maar ook aan de hulpmiddelen, bijzondere verbanden e.d.

Vandaar de noodzaak van onafhankelijkheid van apotheker. Huisarts heeft financieel belang, indien apotheekhoudend, bij wat hij voorschrijft. Tevens beperkt deze huisarts zich tot wat hij in voorraad heeft en dat is niet altijd het beste voor de patiënt.

Consultatievraag 33:

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

In de huidige praktijk zijn de apothekers de dragers van het FTO. Zij dragen de gegevens aan, houden de presentaties, soms samen met een arts, blijven hameren op financiële consequenties van wat huisartsen aan het doen zijn, brengen spiegelinformatie en confronteren artsen met hun eigen falen of succes. Artsen zijn zeer gevoelig voor prikkels industrie. Apothekers proberen deze stroom terug te dammen. Ook hier speelt weer de financiële druk op de huisartsen een rol. Druk van patiënten moet niet worden onderschat. Bij een goed FTO wordt keuze van het middel door apotheekhoudenden en artsen gedragen. Men spreekt met 1 mond richting patiënt. Substitutie is dan eenvoudiger.

Wegvallen van actieve rol apotheekhoudenden in FTO en dit overlaten aan huisartsen en verzekeraars is ondoelmatig. Controlerende en deskundige schakel tussen arts en patiënt valt dan weg. Substitutie afgedwongen door verzekeraar en opgelegd aan arts zonder steun van de apotheker werkt niet. Patiënt krijgt geen eenduidige verklaring.

Consultatievraag 34:

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

Zorgverzekeraars letten niet op de kwaliteit van de diensten. Dit blijkt uit gesprekken met de inkoopdirecteur van de regionale grootste verzekeraar en de weigering van verzekeraars meer te betalen dan mogelijk is. Ook onder de WMG systematiek. Op klachten van oneerlijke concurrentie waarbij zorgafhankelijke bewoners van tehuizen mindere kwaliteit zorg krijgen wordt niet gereageerd. Oorzaak ligt in de prijs en in organisatie van de zorg in Nederland. Zorgverzekeraars schuiven de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit af op de IGZ en VWS. Die schuiven het door naar de patiëntenverenigingen en die schuiven door naar de individuele patiënt onder het mom van de eigen verantwoordelijkheid. Heeft te maken met bestuurlijke lafheid.

Zorginstellingen als apotheken krijgen van de IGZ en VWS geen mogelijkheden om kwaliteit bij de zorgverzekeraars af te dwingen.

Consultatievraag 35:

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

Ja zeker. Farmaceutische Zorgverlening is geen normale zorgverlening en niet te vergelijken met het afhandelen van beleidsnota's, verzekeringsaanvragen of auto verkopen. De zorg betreft de mens zelf en is per mens, per tijdseenheid en per situatie verschillend. Deze zorg heeft dan ook continuïteit nodig en de zekerheid voor de consument dat de zorg van gewaarborgde kwaliteit is. Men heeft geen tijd om de zoeken naar de apotheek/zorgadviseur die voor zijn probleem de meest geschikte is. Zeker heeft men geen tijd om te onderhandelen over de prijs en de duur van het gesprek, lengte van het advies.

De rol van de overheid is structureel. Het vereist bestuurlijke en politiek moed om deze rol in te vullen en waar te maken.

De nederlandse zorg is op bijzondere wijze georganiseerd. Decentralisering van de tarieven is vragen om problemen wegens het BKZ dat nog immer Centraal in stand wordt gehouden. Ook verzekeraars zijn gebonden aan het BKZ. Druk op hen middels het vaststellen van de rekenpremie met het verzoek daar onder te blijven zal druk zetten op de tarieven voor zorgadvisering. De apothekhoudenden zijn de onderliggende partij in de zorgketen.

Wereldwijd zien overheden dan ook toe op regulatie van de farmaceutische zorgverlening. Uitsluitend in de USA is alles vrijgelaten. De OECD is dan ook niet te spreken over de situatie in de USA. Denemarken is in de ogen van de OECD de benchmark. Ook de OECD stelt vragen over het Nederlandse beleid. Kritische vragen.

Consultatievraag 36:

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

Ja, structurele regulering. Zie antwoord op 35.

Consultatievraag 37:

Hoe beoordeelt u de huidige bereikbaarheid van apotheken in Nederland?

De meeste openbare apotheken zijn gedurende kantoortijden goed bereikbaar. De spreiding is evenredig verdeeld uitgezonderd bepaalde KNMP bolwerken, bepaalde landelijke gebieden en voor concurrentie afgesloten gebieden zoals Vinex wijken met van gemeente of wooncorporatie wege beperkte concurrentie. Zeer dun, naar Nederlandse begrippen, bevolkte gebieden moeten het helaas zonder apotheken doen. Er is geen vereveningssysteem tussen apotheken zoals in Denemarken waardoor er daar wel overal apotheken zijn en de scheiding tussen voorschrijvers en afleveraars is gewaarborgd. (Let wel: uitsluitend in Engeland en in Nederland bestaat het fenomeen apotheek-houdende huisarts; de kat op het spek en geen controle op wat de kat eet)

Na kantoortijden is de bereikbaarheid slecht. Dienstapotheken nemen in veel gebieden de dienstverlening over. Een toenemend aantal apotheken is geopend op de zaterdagochtenden. Dienstapotheken hebben een beperkt assortiment en zijn veelal op grote afstand gelegen van de burgers. Reistijden zijn fors. Gebieden zonder openbaar vervoer is de reistijd onaanvaardbaar hoog. (Leerdam en Gorinchem)

Internetapotheken zijn zeer slecht bereikbaar. Zijn op grote afstand van de verzekerden gevestigd en leveren uitsluitend tijdens kantoor tijden en kennen een lange levertijd. Het zijn de “Free Riders” onder de apotheken. Nemen de makkelijke zaken voor hun rekening en wentelen de moeilijke zaken af op de lokale apotheken.

Op Zon en Feestdagen is het merendeel van de apotheken gesloten en is men overgeleverd aan de dienstverlening van dienstapotheken. Aparte apotheken met een beperkt assortiment. Beter is dit te reguleren zodanig dat moderne openbare apotheken de functie van dienstapotheek moeten vervullen. Bereidend en alles kunnen leveren. Gezien de toenemende vergrijzing worden te stellen eisen aan dienstapotheken alleen maar hoger.

Consultatievraag 38:

Hoe groot is het risico dat prijsverlagingen leiden tot faillissementen?

Deze is groot.

Prijsverlagingen zonder daaraan gekoppeld een verhoging van de WMG tarieven leiden onherroepelijk tot faillissementen bij apotheekhoudenden. Afschaffing van de Claw Back heeft de enorme prijsdaling van 2008 iets gecompenseerd.

Lijkt mij een nogal domme vraag als je beseft dat de vergoeding voor de farmaceutische zorgverlening deels afhangt van het verschil tussen inkoop en verkoop. Een prijsdaling heeft dan vanzelfsprekend invloed op de kans op faillissementen. De apotheekhoudende verschilt hierin niets met een Albert Heijn, Laurus of iedere andere winkelier.

Consultatievraag 39:

Hoe groot is het risico dat prijsverlagingen leiden tot permanente sluiting van apotheekvestigingen? (u schrijft apothekersvestigingen, schrijffout of teken van fixatie op apothekers ipv op farmaceutische zorgverlening)

Dat risico is zeer groot. Situatie met huidige vergoedingsstructuur is te vergelijken met de supermarkten en detailhandel. Prijsvechten van AH heeft ook geresulteerd in sluiting van andere, kleinere of grotere, supermarkten. Impact van Mediamarkt op elektronica handel in Nederland is zeer groot. Menig lokale of regionale elektronica winkel is gesloten wegens de prijsdalingen die deze prijsvechters veroorzaken. Zie ook de drogisterij markt. Erosie door supermarkten en prijsvechters als Kruidvat, Savers, Prijsmeppers, Actions, e.d. heeft menig onafhankelijk drogisterij bedrijf de deuren doen sluiten.

Consultatievraag 40:

Indien prijsverlagingen leiden tot permanente sluitingen, hoe groot is dan de kans dat de toegang tot de farmaceutische zorg (in termen van reistijd) voor bepaalde bevolkingsgroepen zoals chronisch zieken, gehandicapten en ouderen in gevaar komt?

Die kans is zeer groot. Vergrijzing is merkbaar. Overheidsbeleid wil mensen zo lang mogelijk thuis laten wonen. Zorgdragen dat apotheken goed bereikbaar zijn en blijven is dan ook noodzakelijk voor leveren van goederen en farmaceutische zorgverlening aan huis van de patiënten. Nu al is het zo dat zorginstellingen besluiten farmaceutische zorgverlening te gunnen aan de apotheek die het meeste geld schuift aan de directie van het tehuis. Die apotheek krijgt dit geld terug door te bezuinigen op de dienstverlening: openingstijden, leveringstijden, bereikbaarheid, assortiment. De kwaliteit lijdt eronder. De bewoners zelf durven niet te klagen uit angst voor represailles.



De Denen , Fransen en Belgen doen het wat dat betreft beter dan de Nederlandse regering. Men zorgt daar voor een goede spreiding van de apotheken opdat toegankelijkheid en bereikbaarheid gewaarborgd blijft; levering van goederen en diensten binnen 20 minuten. Apotheken op loopafstand. Merkwaardig dat Nederland als enige land dit wil opgeven of niet wil reguleren en aan de “markt” wil overlaten. Onbegrijpelijk.

Consultatievraag 41:

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

Is niet acceptabel gezien spreiding momenteel. Op sommige plekken in Nederland zijn er teveel apotheken. Om moderne farmaceutische zorg te kunnen verlenen is een zeker volume noodzakelijk. De Denen laten dat goed zien. Te kleine apotheken beperken zich noodgedwongen tot doosjes schuiven. Eerst bij 9.0000 – 10.000 patiënten in het verzorgingsgebied kan een apotheek op alle gebieden zorg verlenen: de medicijnen en alle begeleidingsmodules en innovatieve ontwikkelingen toepassen. Schaalgrootte is van belang. Regulering door de overheid is hierbij noodzakelijk. Concurrerende verzekeraars kijken puur naar het doosje. Wie zou immers vestiging moeten aansturen? Contract weigeren is niet zinvol op basis van locatie. Nederland en Engeland zijn de enige landen in Europa zonder vestigingsbeleid. De USA kent van oudsher geen vestigingsbeleid met alle gevolgen van dien. Apotheken beperken zich daar noodgedwongen uitsluitend tot doosjes schuiven. Grote ketens als Wal Mart gebruiken hun apotheken als middel om klanten binnen de supermarkten te krijgen. Idem ketens als RevCo en DrugR/X voor hun non food en drogisterij afdelingen. Gebruikvolume is dan ook gigantisch. Er is geen tegendruk door apotheken aldaar zoals in Nederland en Denemarken.

Tegendruk kan pas worden georganiseerd bij bepaalde schaalgrootte en regulering.

Sluiting van apotheekvestigingen is mijns inziens niet aan de orde. Veeleerder een veel betere spreiding van apotheken over Nederland opdat iedereen binnen 15 minuten een apotheek kan betreden. Scheiding van voorschrijven en afleveren is noodzakelijk voor verbetering van de kwaliteit. Scheiding van handel en zorg binnen de farmaceutische zorgverlening geeft rust in de apotheken om zorg te kunnen blijven verlenen. Denemarken zou veel meer ons voorland moeten zijn dan de USA. Uiterst merkwaardig dat Nederlandse Ambtenaren zo gefixeerd zijn op de USA. Als enigen in Europa. De USA wil juist een Europees stelsel invoeren. (en dan niet het huidige Nederlandse)

Consultatievraag 42:

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

Gedwongen winkelnering van verzekerden bij een internet apotheek kan het draagvlak bij de lokale apotheek doen afnemen onder het niveau waarbij goede farmaceutische zorgverlening niet langer mogelijk is. Dat is een gevaarlijke ontwikkeling omdat internet apotheken een beperkt assortiment hebben en geen acute zorg kunnen leveren.

Zorgadvisering losgekoppeld van de daadwerkelijke levering van de goederen is een versnippering die niet doelmatig is. Scheiding van de inkomsten van zorg en handel is wel doelmatig. Brengt rust in de apotheken en vanuit 1 punt kan beiden worden verleend. Bij zorgadvisering is het immers noodzakelijk dat de adviseur weet welke medicijnen de patiënt daadwerkelijk gebruikt. Dat kan niet als deze medicijnen elders zijn geleverd. Meenemen van de medicatie door de patiënt zelf geeft ook weer risico's.

Om goederen te kunnen leveren, assortiment en voorraad grootte, is bepaalde omvang van apotheek noodzakelijk. Spoedbestellingen zijn kostbaar. Beter en doelmatiger is het te kunnen leveren uit eigen voorraad. Internetapotheken kunnen in theorie deze apotheekomvang bedreigen. Zeker bij afgedwongen winkelnering door overheid en verzekeraars.

De Consultatie vragen zijn door mij bijzonder serieus genomen en naar beste weten beantwoord. Beantwoording middels ja en nee is gezien de vraagstelling niet mogelijk gebleken. Vandaar de uitgebreidheid.

De zorg gaat mij aan het hart. Vrije prijzen in de farmacie benadelen de zorg. Dat is een hard feit, ondersteunt door ervaringen in de USA . De OECD deelt deze zorg om de zorg.

Vandaar mijn serieuze en oprechte inspanning optimale farmaceutische zorgverlening te kunnen blijven verstrekken aan de bewoners in mijn verzorgingsgebied. Die weten niet wat hen boven het hoofd hangt. Voor deze mensen kom ik op.

Voor het verstrekken van een nadere toelichting ben ik altijd bereid,

Vriendelijke groeten,

Dhr ANH Jansen  
Service Apotheek Sassenheim  
Hoofdstraat 190  
2171 BM Sassenheim

Tel.nr. 0252-210169

Email: [apotheek@apotheeksassenheim.nl](mailto:apotheek@apotheeksassenheim.nl)

Bijlage: OECD stuk.

De OECD heeft een aantal uitvoerige rapporten gepubliceerd voor de gevaren van particuliere verzekeringsstelsels: (Delsa/Elsa/WD/HEA (2004)6) Private Health Insurance in OECD countries: the Benefits and Costs for Individuals and Health systems. (working paper 15) De algehele conclusie van de OECD is: PHI insurance is niet beter dan Public Health insurance, maar altijd duurder. Gevaren van risico selectie en toegankelijkheid maken dat publieke stelsels de voorkeur genieten, aangevuld met PHI insurance.

142. “Private health insurance presents both opportunities and risks for the attainment of health system performance goals. For example, in countries where PHI plays a prominent role, it can be credited with having injected resources into health systems, added to consumer choice, and helped make the systems more responsive. However, it has also given rise to considerable equity challenges in many cases and has added to health care expenditure (total, and in some cases, public) in most of those same countries.

144. “Private health insurance is one of many instruments that can help promote health system responsiveness, further governments health system goals and meet consumer and societal demands. Given trade-offs that often arise in this area, however, some may decide that PHI’s benefits are not worth their accompanying costs.”

145. “As emphasised in this report, the advantages and disadvantages of PHI often depend upon its role within health systems and its interaction with public coverage. Key strengths and weaknesses arising from different PHI roles are:

-a- A system based on competing primary private insurers can improve responsiveness and consumer choice, but this will come at increased cost. Where private health insurance is primary for certain population groups, ensuring access to affordable coverage will be an important policy consideration. However, regulations to address common primary market failures and promote equity have costs, both in terms of government resources, as well as in terms of diminished insurer flexibility and ability to innovate. Furthermore, it may be particularly challenging to assure adequate access to private coverage for vulnerable populations.

-b- Duplicate PHI markets can serve as a policy lever to improve system’s responsiveness when policy makers consider it efficient to ration public health expenditure according to persons’ willingness to pay. Yet, this type of insurance generally results in differences in access to care and coverage according to insurance status. The degree of differential access that occurs, and the extent to which these access variations are perceived to be equity challenges vary by country. In addition, while it can help reduce some of the capacity pressures faced by public health systems, it does not significantly reduce public health expenditure.

148. “It is important to be realistic about the potential benefits of competitive PHI markets and what they likely will NOT achieve. For example, cost-containment within health systems is often best achieved through means other than an expansion of private health insurance’s role. Unregulated PHI markets, especially in the absence of other mechanisms to offer affordable coverage to high-risk persons, are inadequately equipped to promote access to coverage for people with chronic conditions and other high-risk persons. On the other hand, serious consideration ought to be given to the value of health system responsiveness, an area where private health insurance has contributed positively to health system performance. Whether or not it is intended or desired, PHI markets interact with health provision and delivery systems

in several ways, some of which are advantageous and others less so. The role of PHI should be structured around policy goals for health financing, as well as broader health systems' policy objectives, to ensure policy coherence. Flexible policymaking is also needed to address promptly any problems and undesirable outcomes that may emerge from the interaction of private PHI markets with public systems.

149. "The impact of private health insurance on quality of care is still under researched. The mechanisms through which competition in PHI markets can foster health system efficiency are also not well understood.

Pg 4. "PHI also raises certain challenges that cut across its different roles. Policy-makers will need to intervene to address market failures in order to assure PHI access for high risk groups. In doing so, they can choose from a range of tools. They need to balance the sometimes competing goals of access and the maintenance of a broad and diverse pool of covered lives, particularly in voluntary markets".