



Overgoo 11
Postbus 182
2260 AD Leidschendam
Telefoon +31 (0)70 - 444 25 87
Fax +31 (0)70 - 317 50 46
E-mail info@ketenapotheken.nl
www.ketenapotheken.nl

Per mail adviesfarmacie@nza.nl

NZa

T.a.v. de Raad van Bestuur

Postbus 3017

3502 GA Utrecht

Leidschendam, 4 november 2008

Ref: SV/ig/08.012

Betreft: Reactie ketenapotheken op consultatiedocument advies langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid

Geacht bestuur,

Met uw brief, FVOT/MZEE/2008/A/704 van 15 oktober 2008 heeft u stakeholders uitgenodigd om te reageren op het consultatiedocument.

Hierbij ontvangt u de reactie van de Associatie van Ketenapotheken ASKA*, sinds vorig jaar is ASKA onder andere vertegenwoordigd in de NZa adviescommissie vrije beroepen.

De reactie is openbaar en kan worden gepubliceerd, wij hebben ons vooral gericht op die zaken die relevant zijn voor ketenapotheken.

De tijd die wordt gegeven om te reageren, is erg kort. Het moment van consulteren is ongelukkig: de situatie van apothekhoudenden is aan veel veranderingen onderhevig; de invoering praktisch tegelijkertijd van het modulair tarief en het doorvoeren van het preferentiebeleid door verzekeraars, heeft de positie van apothekhoudenden sterk verzwakt en leidt tot grote onzekerheid.

Er is onduidelijkheid over de status van het Transitieakkoord, dat bedoeld was de door alle partijen gewenste start van vrije onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden te begeleiden. Diverse juridische procedures lopen nog en de uitkomsten lijken nog enige tijd op zich te laten wachten.

Onze reactie bestaat uit twee onderdelen, in de eerste plaats ontvangt u een aantal algemene opmerkingen over uw advies en daarnaast commentaar per pagina respectievelijk vraag van het consultatiedocument.

Algemeen

‘De apotheekector wil haar patiënten duurzaam kunnen voorzien van geneesmiddelen en van hoogwaardige farmaceutische zorg’ zo opent onze eigen beleidsvisie en het meerjarenbeleid farmacie. Die visie is opgesteld in 2007 maar op onderdelen nog steeds actueel.

Een visie die ingaat op het 1) het moderne apotheekbedrijf, 2) algemene doelstellingen voor de farmacie, 3) een sturingsmodel voor de farmacie, 4) een vergoedingsmodel farmacie en stilstaat bij de noodzaak van een ‘level playing field’ voor de markt waarbij zorgverzekeraars farmaceutische zorg inkopen van apotheekhoudenden.

NZa boekenonderzoek ontbreekt nog

Het verbaast ons in hoge mate dat uw conceptadvies wordt toegezonden aan stakeholders zonder dat er gepubliceerd is of verwezen wordt naar de resultaten van het door de NZa uitgevoerde boekenonderzoek en zonder dat er voor betrokkenen volledig inzicht is in de financiële consequenties van het preferentiebeleid.

Transmurale apotheken ontbreken

Het consultatiedocument zegt zich te beperken tot extramurale aanbieders van farmacotherapeutische dienstverlening. Naar de mening van ASKA is deze beperking niet logisch en ook niet uitvoerbaar. Intramurale aanbieders bewegen zich al enkele jaren en in toenemende mate op de extramurale markt daartoe van overheidswege middels wetgeving gestimuleerd: er is een groeiend aantal transmurale en poliklinische apotheken die zich uitdrukkelijk bezighouden met extramurale farmacotherapeutische dienstverlening tot en met de thuissituatie van hun patiënten.

Voor de leveranciers van innovatieve geneesmiddelen spelen actief op deze ontwikkeling in met merkbare gevolgen voor de afgeleverde geneesmiddelen. Onder paragraaf 3.3.4. wordt hiervoor een erg summiere en nauwelijks concrete oplossing aangereikt die in de uiteindelijke conclusies en beleidsopties onder paragraaf 5.15 niet overeind lijkt te blijven.

De NZa stelt terecht het belang van de (zorg)consument voorop (blz. 11). Het advies spreekt zich echter alleen uit over de borging van dit belang van de consument als patiënt, maar niet over de borging als premiebetaler. ASKA beschouwt dit als een omissie.

Waarom alleen aandacht voor generieke geneesmiddelen?

Onduidelijk blijft in het consultatiedocument waarom er blijkbaar bewust is gekozen voor een beperking van het geneesmiddelenaanbod tot generieke geneesmiddelen.

De kosten van innovatieve geneesmiddelen bedragen een veelvoud van de kosten van generieke geneesmiddelen en worden op de markt gebracht door monopolistische aanbieders waardoor het organiseren van inkoopmacht een lastige opgave is.

Onduidelijkheid begrip apotheekhoudenden

Het consultatiedocument zorgt met het begrip apotheekhoudenden voor een voortdurende verwarring.

Waar het document spreekt over de zorginhoudelijke taken van de apotheekhoudende lijkt het vooral te gaan over de apotheker als zorgverlener. Op andere plaatsen is duidelijk sprake van een bredere opvatting over de dienstverlening in de apotheek, waarbij naast de apotheker ook de apothekersassistenten zijn betrokken en zowel inkoop als distributie en advies aan patiënten en huisartsen omvat.

ASKA is van mening dat de bredere opvatting de juiste is: de apotheker maakt deel uit van een totale organisatie, die zich als risicodragende onderneming richt op de farmaceutische dienstverlening aan de zorgconsument. De concrete aanbeveling van de NZa om het bestaande principe “1 vent per tent” los te laten, suggereert dat een apotheek ook zonder apotheker kan functioneren, negeert deze opvatting.

Marktmacht apotheekhoudenden?

Het consultatiedocument lijkt uit te gaan van de premisse dat apotheekhoudenden teveel marktmacht hebben en dat de positie van de zorgverzekeraar moet worden versterkt. Deze blijkbare vooringenomenheid wordt nergens onderbouwd.

ASKA is van mening dat zorgverzekeraars aantoonbaar te veel macht hebben en dat als gevolg daarvan er op dit moment geen basis is voor een experiment:

- Het preferentiebeleid van sommige verzekeraars leidt de facto tot een preferentiekartel.
- De traditionele aanbieders van geneesmiddelen te weten apotheken en groothandels met een bewezen “track record” als inkopers van geneesmiddelen, zijn op voorhand uitgesloten als mogelijke preferente leverancier.
- Zorgverzekeraars als betalende van afgeleverde geneesmiddelen hanteren willekeur waar het gaat om op tijd betalen, volledig betalen en afkeur van declaraties en brengen de continuïteit van de apotheek als risicodragende onderneming in gevaar.
- Zorgverzekeraars houden zich in toenemende mate bezig met voorwaartse integratie: eigen apotheken, participaties in Ahoeden en eigen distributieorganisaties. Zorgverzekeraars beconcurreren aldus op oneigenlijke wijze met de partijen waarmee zij geacht worden ook te onderhandelen.

Over de zorgverzekeraars merken wij op dat door recente overnames en fusies de vier grootste zorgverzekeraars een marktaandeel hebben van 70 – 80% van de totale markt van zorgverzekeringen, terwijl in sommige regio's (bijvoorbeeld Friesland) het marktaandeel van één enkele zorgverzekeraar bijna 100% bedraagt.

Ongekende dynamiek in de sector farmacie

De farmacie is sinds begin 2008 in een stroomversnelling terecht gekomen die leidt tot een ongekende dynamiek in de sector, waarbij de effecten van het per 1 juli 2008 gevoerde preferentiebeleid van zorgverzekeraars nog onvoldoende bekend zijn. De impact van het preferentiebeleid zal zich pas in de loop van 2009 uitkristalliseren voor de apotheeksector. Voor een economisch verantwoorde bedrijfsvoering van de moderne volgesorteerde apotheek steunt het apotheekbedrijf thans op drie pijlers: 1) het verlenen van farmaceutische zorg; 2) het inkopen en 3) het leveren van recept geneesmiddelen.

In uw consultatiedocument veronderstelt u, zonder dat daarnaar onderzoek is verricht, dat straffeloos geknipt kan worden in de pijlers zorg, inkoop en leveren. Pijlers die echter onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Een modern apotheekbedrijf heeft een bepaalde kritische massa nodig om kwaliteit te kunnen blijven leveren.

Het preferentiebeleid heeft grote gevolgen voor twee pijlers van het apotheekbedrijf: inkoop en leveren. Het preferentiebeleid bepaalt mede daardoor de slaagkans van uw conceptadvies om een driejarig landelijk experiment te starten voor het vrijgeven van tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening door een apotheker.

Advies NZa leidt tot 1 eindconclusie

Het NZa consultatiedocument heet 'advies langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid' maar beperkt zich opvallend genoeg tot één eindconclusie dat er per 1 januari 2010 een experiment gestart kan worden met vrije prijsvorming voor farmacotherapeutische dienstverlening door een apotheker.

Geen visie NZa op apotheekbedrijf

Opvallend is dat er geen visie van de NZa wordt gepresenteerd op het moderne apotheekbedrijf en het feit dat apotheekhoudenden grote investeringen moeten doen in een goed gesorteerde apotheek met alle investeringen in kapitaal en arbeid van dien. Die hoge kosten (initieel voor kapitaal en overige kosten) zijn een flinke drempel voor nieuwe toetreders. Onzekerheid over het rendement op het geïnvesteerde startkapitaal zal de bereidheid van financiers (banken en anderen) om te investeren in een apotheek sterk doen afnemen.

Analyse van marktpositie zorgverzekeraars ontbreekt

Niet alleen het preferentiebeleid is nieuw, ook de schaalvergroting bij zorgverzekeraars heeft het landschap aan de vraagzijde van de farmacie sterk veranderd.

Een analyse van de vraagzijde van de markt ontbreekt, ook is onduidelijk of alle partijen aan de vraagzijde van de markt openstaan voor een landelijk experiment en openstaan voor echte onderhandelingen c.q. afspraken met apotheekhoudenden of zich zullen bedienen van standaarddictaten. Een belangrijke voorwaarde voor het succes van een experiment is dat alle zorgverzekeraars meedoen, daarover verschaft uw advies geen duidelijkheid. Er is nog

vrijwel geen informatie beschikbaar over de markt en de positie van vragers en aanbieders. Ook de NZa heeft hierover nog niet gepubliceerd.

NZa vergist zich bij oordeel over ketenvorming

Opmerkingen van de NZa over het feit dat ketenvorming in de apothekersbranche de concurrentie zou beperken geven aan dat er nog menig misverstand bestaat over hoe de markt functioneert. Ketenvorming is immers een reactie op alle veranderingen die de wetgever mogelijk heeft gemaakt, een reactie op de toenemende concurrentie is ketenvorming. Niet valt in te zien hoe ketenvorming aan de aanbodzijde van de markt de concurrentie beperkt, niet in de laatste plaats omdat op regionaal niveau de marktaandelen van ketens nergens een marktaandeel van 10% overschrijden.

Nog niet alle rechtszaken tegen het preferentiebeleid zijn uitgeprocedeerd, onzekerheid over deze rechtszaken heeft direct invloed op de haalbaarheid van een experiment met vrije tarieven.

Door dynamiek geen draagvlak voor een landelijk experiment

Onze conclusie is dat het tempo van de ontwikkelingen in de farmacie zo hoog is dat er geen draagvlak is voor een landelijk experiment. Mogelijk dat er wel draagvlak is voor een beperkt regionaal experiment met vrije prijzen voor farmacotherapeutische dienstverlening door apothekers.

ASKA heeft voorkeur voor optie 2

Over de in uw consultatiedocument op pagina 20 en 21 beschreven opties 1, 2 en 3 het volgende. ASKA heeft gelet op de actuele dynamiek in de farmacie en het ontbreken van inzicht in de structurele gevolgen van het preferentiebeleid een voorkeur voor optie 2. Aan een landelijk experiment per 1 januari 2010 met optie 3 kleven grote risico's voor apotheekehoudenden.

Het kan vanaf 1 januari 2010 aan individuele partijen – zorgverzekeraars en apotheken – worden overgelaten of zij alternatieve afspraken willen maken. Als zij dat willen mag bureaucratie daaraan niet in de weg staan. Het is wellicht wel mogelijk om optie 3 regionaal uit te voeren.

De continuïteit en het ondernemerschap in de farmacie, onder andere de bereidheid van derden tot het verstrekken van startkapitaal komen in gevaar bij een landelijk experiment.

Commentaar per pagina van het NZa Consultatiedocument

Pagina 9 ‘huidige regulering’

Op verzoek van ASKA heeft mr. Schoonderbeek van advocatenkantoor Nauta Dutilh NV een uitgebreid antwoord gedicht op vraag 21 en de rol van de taxe.

Wij verwijzen hier naar dat antwoord van mr. Schoonderbeek Nauta Dutilh NV dat u als bijlage bij onze mail aantreft.

Het is overigens feitelijk onjuist dat groothandelaren zelf de taxe-prijs vaststellen.

Pagina 11 ‘Reikwijdte advies’

Bij de algemene opmerkingen is een passage gewijd aan de positie van de intramurale geneesmiddelenvoorziening.

Pagina 12 ‘Kerntaken apotheehoudenden’

Bij kerntaken ontbreekt dat het moderne apothekbedrijf een flink startkapitaal vraagt, de ondernemer / apotheker draagt zorg voor dat risicodragende startkapitaal dat onlosmakelijk verbonden is aan de kerntaak van de apotheehoudende. Aan het inbrengen van startkapitaal worden door externe financiers steeds hogere rendementseisen gesteld.

Pagina 13 ‘Rationele farmacotherapie’

Eerste en vijfde regel ‘voorschrijver’ moet zijn ‘apotheker’.

Ook hier ontbreekt de ondernemer / apotheker die startkapitaal inbrengt en die voor eigen rekening en risico veelal een volgesorteerde apotheek exploiteert.

Pagina 14

Bij inkopers met voldoende inkoopmacht hoort ook de ketenapotheek die inkoopt en niet alleen zorgverzekeraars.

Ook ontbreekt informatie over het belang van het houden van een voldoende voorraad in een apotheek, zodat patiënten snel hun geneesmiddelen geleverd kunnen krijgen.

Pagina 15 ‘Mogelijke voordelen vrije tarieven’

Het genoemde experiment met prijsvorming fysiotherapie heeft een aantal belangrijke lessen opgeleverd: 1) de snelle schoksgewijze start leidde tot grote onzekerheid voor de zorgaanbieders; 2) specialisatie van diensten; 3) financiële knelpunten door slecht betaalgedrag van zorgverzekeraars.

Een les is dat er bij een voor alle partijen succesvol experiment nieuwe afspraken moeten worden gemaakt over het contracteren, declareren en betalen binnen een redelijk termijn. Het huidige slechte betaalgedrag van zorgverzekeraars in de farmacie wordt als een belangrijk knelpunt ervaren en is een groot risico voor het overwegen van een landelijk experiment om tarieven vrij te geven.

Over de zorgverzekeraars merken wij op dat door recente overnames en fusies de vier grootste zorgverzekeraars een marktaandeel hebben van 70 – 80% van de totale markt van zorgverzekeringen, terwijl in sommige regio's (bijvoorbeeld Friesland) het marktaandeel van één enkele zorgverzekeraar bijna 100% bedraagt.

Pagina 17 'Randvoorwaarden en risico's'

Huisartsen hebben een verwijfsfunctie, maar zijn echter geen agent van consumenten en patiënten, althans niet in de zin van de zorgverzekeringswet. Zo is het niet de huisarts die de apotheker van de consument kiest, maar de consument zelf, al dan niet op aangeven van zijn of haar zorgverzekeraar ('natura').

Niet alleen de producenten van multi-source geneesmiddelen mogen niet over een dusdanige marktmacht beschikken dat afbreuk wordt gedaan aan consumentenbelangen. Dit geldt evenzeer voor producenten van spécialités.

Pagina 18

Door allerlei ontwikkelingen in de farmacie vreest ASKA een wildgroei aan administratieve lasten, er zal door de marktwerking meer complexiteit ontstaan voor partijen. Het voorraad houden van geneesmiddelen zal mogelijk leiden tot het voorraad houden op het niveau van assortimenten per verzekeraar. Ook moet er per verzekeraar onderhandeld gaan worden met alle afwijkende contracten en bijbehorende betaalafspraken die daarbij horen. De daarbij behorende bureaucratie leidt tot kostenstijgingen.

Pagina 22 'Maatregel 5'

In de betreffende passages wordt geen verwijzing gemaakt naar het standpunt dat minister Klink naar de Tweede Kamer heeft gezonden over ongewenste belangenverstrengeling tussen voorschrijven en verstrekken.

Pagina 23 'Terugvalopties'

ASKA is van mening dat ingeval van invoering van een landelijk experiment de enige terugvaloptie een terugkeer is naar de situatie voor invoering.

Pagina 27 'Marktmacht apothekers'

ASKA vindt het opvallend dat de resultaten van het lopende onderzoek naar praktijkkosten ontbreken, onduidelijk is hoe de resultaten alsnog in het advies zullen worden verwerkt. Wat de resultaten ook zijn, NZa weet nu al dat de conclusie cq het advies kennelijk niet wijzigt

Pagina 28 'figuur 3'

Cijfers uit 2001 zijn wel heel erg gedateerd om op te nemen in een document dat in 2008 wordt gepubliceerd. Is er geen actuelere informatie?

Pagina 29 'groei apotheken'

Er is geen onderbouwing of analyse waarom NZa concludeert dat ketenvorming de concurrentie laat afnemen.

Pagina 35

Wij vragen ons af waar geregeld is dat de apotheker alleen een goede hulpverlener is als hij het verzekerde middel wel verstrekt.

Pagina 35 'Gevolgen preferentiebeleid'

De structurele besparing van het preferentiebeleid bedraagt bijna € 400 miljoen per jaar, dit gegeven ontbreekt in de tabel / het kader.

Pagina 37 '4.7 Rol taxe'

Op verzoek van ASKA heeft mr. Schoonderbeek van advocatenkantoor Nauta Dutilh NV een uitgebreid antwoord gedicht op vraag 21 en de rol van de taxe.

Wij verwijzen hier naar dat antwoord van mr. Schoonderbeek Nauta Dutilh NV dat u als bijlage bij onze mail aantreft.

Daarbij merken wij op dat:

- de stelling dat de taxe de onderhandelingspositie van apotheken en zorgverzekeraars 'niet beïnvloedt' een wereldvreemde is.
- de taxe een systeem van verticale prijsbinding is en dat een kritische analyse hiervan niet mag ontbreken in een adviesrapport van de 'marktmeester'.

Pagina 37-38 4.8 Conclusies en beleidsopties

Het valt ASKA op dat er in dit hoofdstuk wel wordt ingegaan op de mogelijkheden van zorgverzekeraars om consumenten te sturen naar preferente apotheken. De mogelijkheden van apotheken om consumenten naar andere zorgverzekeraars te sturen wordt echter niet besproken. In de praktijk kunnen zorgaanbieders zoals apotheken niet effectief voorlichting geven over het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, omdat consumenten maar op één moment in het jaar van zorgverzekeraar mogen wisselen. Dit beperkt de concurrentie tussen zorgverzekeraars en werpt barrières op voor concurrentie op kwaliteit.

Verder hecht ASKA er aan op te merken dat in het proces van contractvorming vaak de aanspraken op geneesmiddelen nog onduidelijk zijn op het moment dat apotheken gedwongen worden contracten van zorgverzekeraars te tekenen. Dit is een weeffout in het proces en moet verholpen worden via good contracting practices.

Pagina 43 'Belangenverstrengeling'

Verwijzing naar actueel standpunt zoals verwoord naar Tweede Kamer ontbreekt.

Pagina 48 ‘ 5.2.3 en 5.2.4

Bij beide paragrafen staat dezelfde tekst over rol verzekeraars, betreft een doublure in de tekst, informatie over rol ICT ontbreekt.

Beantwoording per vraag van het NZa Consultatiedocument

Vraag 1.

ASKA is van mening dat de huidige markt voor farmaceutische dienstverlening niet klaar is voor vrije tarieven. Aan de voorwaarden voor een experiment zoals geformuleerd in het transitieakkoord is niet voldaan.

Er is op dit moment geen sprake van een level playing field. De belangen van de zorgconsument worden eenzijdig en volledig toevertrouwd aan de zorgverzekeraars zonder afdoende waarborgen dat die belangen ook naar behoren worden behartigd. Meetbare criteria zijn niet opgenomen in het advies.

Een weg naar vrije tarieven acht ASKA evenwel wenselijk. Dit zou bereikt kunnen worden door een stabiele marktomgeving waarin zorgverzekeraars en apotheken afspraken kunnen maken over te leveren prestaties en bijbehorende prijzen. Voorts is hiervoor nodig een level playing field. Dit kan worden bevorderd door het opstellen van ‘good contracting practices’ tussen zorgverzekeraars en apotheken, waarop de NZa toezicht zou kunnen houden. Ten slotte is het nodig dat er geen onduidelijkheid bestaat over de definitie van farmaceutische basiszorg. Dit is volgens ASKA de zorg zoals apothekers deze plegen te bieden. 2009 zou door partijen, inclusief de NZa, het jaar moeten zijn waarin een verantwoorde marktbrede transitie naar meer marktwerking mogelijk wordt gemaakt. In de tussentijd en ook vanaf 2010 zouden zorgverzekeraars en apotheken die onderlinge overeenstemming hebben moeten kunnen afwijken afspraken onder het regime van de NZa (dus optie 3 kunnen effectueren).

Vraag 2.

Waar het document spreekt over de zorginhoudelijke taken van de apotheekhoudende lijkt het vooral te gaan over de apotheker als zorgverlener.

Op andere plaatsen is duidelijk sprake van een bredere opvatting over de dienstverlening in de apotheek, waarbij naast de apotheker ook de apothekersassistenten zijn betrokken en zowel inkoop als distributie en advies aan patiënten en huisartsen omvat.

ASKA is van mening dat de bredere opvatting de juiste is: de apotheker maakt deel uit van een totale organisatie die zich als risicodragende onderneming richt op de farmaceutische dienstverlening aan de zorgconsument.

Vraag 3.

ASKA is van mening dat partijen allereerst de basisprestaties moeten vaststellen (optie 1). ASKA acht optie 2 de hoogst haalbare optie voor een marktbreed experiment, gegeven de geadviseerde invoerdatum.

Vraag 4.

De voorbereiding van logistieke en zorginhoudelijke prestaties zijn idealiter gereed medio 2009, voordat de zorgverzekeraars hun polissen vaststellen.

Vraag 5.

ASKA acht het marktbreed vaststellen, onderhouden en aanvullen van prestatiebeschrijvingen van belang zolang niet is voldaan aan de eisen van een level playing field en zolang geen concrete (re)invulling wordt gegeven aan het consumentenbelang. Hiervan moet op elk moment kunnen worden afgeweken als een zorgverzekeraar en een apotheek onderlinge overeenstemming hebben bereikt over een specifieke prestatie en beloning. Het pakket farmaceutische basiszorg dat een openbare apotheek verleent is daarbij ondeelbaar.

Vraag 6.

ASKA is van mening dat de positie van de apotheekhoudenden ten opzichte van de innovatieve industrie in het advies onvoldoende wordt ingevuld waardoor de apotheekhoudenden onvoldoende in staat zouden kunnen zijn om de hun toegeschreven rol ook concreet in te vullen.

Vraag 7.

Zie alg. opmerkingen

Vraag 8.

Zie alg. opmerkingen

Vraag 9.

ASKA is van mening dat ingeval van invoering van een landelijk experiment de enige terugvaloptie een terugkeer is naar de situatie voor invoering.

De in het advies beschreven opties zijn ingewikkeld, administratief niet uitvoerbaar en zorgen voor meer regulering dan in de huidige situatie. Verder wordt in het advies keer op keer alleen een (te) grote marktmacht van apothekers (apotheekhoudenden?) als risico gezien.

Naar de mening van ASKA is nimmer aangetoond dat apotheekhoudenden over een te grote marktmacht zouden beschikken, laat staan daarvan gebruik te hebben gemaakt.

Vraag 10.

Zie eerdere antwoorden.

De datum van 1 januari 2010 acht ASKA niet realistisch indien een aantal noodzakelijke voorwaarden niet zijn ingevuld (zie onder ander beantwoording vraag 1).

Vraag 11.

Zie vraag 10.

ASKA benadrukt opnieuw dat in het advies slechts suggestief en nergens onderbouwd wordt gesproken over de marktmacht van apotheekehoudenden.

Vraag 12.

Zie vraag 11

Vraag 13.

Wat betreft de marktmacht van zorgverzekeraars mag niet voorbij worden gegaan aan de volgende feiten:

- conform de HHI-index is er wel degelijk sprake van relatief hoge regionale marktconcentraties van zorgverzekeraars. Een apotheker, ook indien hij enige ter plaatse is – zal zich realiseren dat hij zonder contract van de in zijn regio dominante zorgverzekeraar de continuïteit van zijn bedrijf op het spel zet. Indien eventueel monopool gedrag van een apotheker desondanks aan de orde zou zijn, zou er sprake zijn van weinig rationeel gedrag.
- de zorgverzekeraar kan aanspraken beperken via de polis. De apotheker heeft hierop geen invloed, anders dan het contract niet te tekenen.
- op het moment dat apotheken contracten moeten ondertekenen zijn veelal de aanspraken, zoals die bijvoorbeeld kunnen worden beperkt via preferentiebeleid, nog niet bekend of bekend gemaakt.
- De zorgverzekeraar heeft al allerlei instrumenten om apotheken onder druk te zetten, zoals het instrument van preferentiebeleid, aanwijzing van preferentie leveranciers, eigen instellingen en andere.

Zie verder algemene opmerkingen.

Vraag 14.

De marktmacht van producenten van multisource geneesmiddelen hing tot voor kort nauw samen met de door de overheid geregleerde margeconcurrentie. De doorvoering van het preferentiebeleid heeft gezorgd voor een ernstige verzwakking van deze positie waardoor moet worden gevreesd voor minder substitutie, assortimentsvershraling en de vorming van een oligopolie ten aanzien van de multisource markt.

Vraag 15.

Het consultatieadvies gaat nergens in op de marktmacht van single source producenten. Zie verder alg. opmerkingen.

Vraag 16.

Marktmacht van groothandelaren bestaat niet. Preferentiebeleid heeft dit eens te meer duidelijk gemaakt.

Vraag 17.

Zie vraag 14

Vraag 18.

Nee.

Vraag 19.

Een duurzaam effectief preferentiebeleid tast de professionele autonomie van de apotheker aan en versterkt de animositeit tussen partijen in plaats van de samenwerking.

Vraag 20.

Nee

Vraag 21.

Op verzoek van ASKA heeft mr. Schoonderbeek van advocatenkantoor Nauta Dutilh NV een uitgebreid antwoord gedicht op vraag 21 en de rol van de taxe.

Wij verwijzen hier naar dat antwoord van mr. Schoonderbeek Nauta Dutilh NV dat u als bijlage bij onze mail aantreft.

Vraag 22.

Er is eerder overwogen om een eigen risico voor verzekerden in te voeren, tot heden is het telkens politiek niet haalbaar gebleken om dit in te voeren.

Vraag 23.

De huidige mate van substitutie in Nederland acht ASKA maximaal.
IMS cijfers bevestigen dat.

Vraag 24.

Apothekers speelden een grote rol bij het tot stand brengen van de gewenste substitutie.

Vraag 25.

Tot voorkort bestond er voor apotheken een prikkel om generiek af te leveren. Preferentiebeleid neemt deze prikkel effectief weg. Preferentiebeleid is daarmee geen effectieve maatregel om generieke substitutie te bevorderen. ASKA pleit voor (her)invoering van een prikkel voor doelmatig inkopen. Het is haar onduidelijk waarom deze plusmodule binnen de NZa verloren is gegaan, te meer omdat apotheken nog altijd, ook op preferent generiek, inkopen ten behoeve van de zorgverzekeraar. Een honorering voor deze dienst is noodzakelijk willen apotheken deze functie duurzaam kunnen blijven vervullen.

Vraag 26.

Zorgverzekeraars dienen naar de mening van ASKA de professionele autonomie van de apotheker te respecteren en als zodanig de samenwerking te zoeken om de gewenste substitutie te bevorderen. Apothekers zijn nimmer verantwoordelijk geweest voor de met substitutie samenhangende margeconcurrentie. Zij hebben daar – legitiem, met medeweten en medewerking van overheid en zorgverzekeraars - wel gebruik van gemaakt.

Vraag 27.

ASKA pleit ervoor alle geneesmiddelen onder het GVS te brengen en zo naar één betalingssysteem over te gaan.

Zie verder alg. opmerkingen

Vraag 28.

ASKA acht het risico van financiële belangenverstrengeling niet groot en verwijst verder naar het NZa onderzoek ter zake dat op 22 oktober jl. is vrijgegeven.

Vraag 29.

Geen opmerkingen

Vraag 30 t/m 36

Voor de beantwoording van de vragen 30 tot en met 36 grijpen wij terug op onze visie op de farmacie.

Goed hulpverlener. De apotheker is behandelaar volgens de WGBO. De WGBO verbindt de apotheker tot het verrichten van handelingen (voorkomen, beoordelen, genezen) richting patiënten op het gebied van de farmacotherapie. De apotheker moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor apothekers geldende professionele standaard. De aansprakelijkheid van de apotheker kan niet worden beperkt of uitgesloten. Verder kan de apotheker, behoudens gewichtige redenen, de behandelingsovereenkomst niet opzeggen.

Stand van de wetenschap en praktijk. De wettelijke aanspraak op farmaceutische zorg zijn geformuleerd als de *terhandstelling* van bij ministeriële regeling aangewezen *geneesmiddelen*. De inhoud en omvang van farmaceutische zorg worden [...] bepaald door de *stand van de wetenschap en praktijk* en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De aanspraak op aangewezen geneesmiddelen is nauwkeurig vastgelegd via een positieve lijst. Voor de aanspraak op terhandstelling geldt de professionele standaard van de beroepsgroep van apothekers. Deze standaard omvat de zorg voor

geneesmiddelenvoorziening en die voor geneesmiddelgerelateerde producten en kunst- en hulpmiddelen.

Professionele standaard. De professionele standaard van apothekers geeft inhoud aan de aanspraak op terhandstelling. Zij definieert de zorg die apothekers in de farmacotherapeutische behandeling van hun patiënten plegen te bieden. Dit is gecertificeerde zorg die conform de stand van de wetenschap en de praktijk is.

Het omvat onder andere:

- het klaarmaken en tijdig afleveren van een voorgeschreven geneesmiddel aan een verzekerde in de juiste soort, sterkte, vorm en verpakking met de medicatiebegeleiding die daarbij hoort, zoals de medicatiebewaking, het geven van informatie over medicatiegebruik en de farmacotherapie, het plegen van zorginterventies in overleg met voorschrijver en patiënt en de registratie van afgeleverde geneesmiddelen en interventies;
- het verrichten van bijzonder handelingen zoals weekafleveringen, het voorzien in ANZ-diensten, het maken van magistrale bereidingen;
- individuele farmacotherapeutische patiëntenzorg, gerelateerd aan het beheer van het medicatiedossier van de patiënt (signaleren, beoordelen, bespreken, behandelen en evalueren) en het overleg met artsen (FTO);
- het doelmatige inkopen en voorraadbeheer, alsmede het voorzien in een maximale toegankelijk tot het assortiment van geneesmiddelen (100% servicegraad, ondeelbare zorg).

De eisen van goed hulpverlenerschap en van de stand van de wetenschap en de praktijk zijn ook voor de farmaceutische zorg congruent, omdat beide gebaseerd zijn op dezelfde vakinhoudelijke en technische regels, wetenschappelijke inzichten, standaarden, richtlijnen, protocollen, ervaring en deskundigheid. Hierdoor is voor verzekerden geborgd dat de algemeen aanvaarde en 'state of the art' farmacotherapie door apothekers duurzaam als aanspraak verzekerd is.

Vraag 37.

Zeer goed.

Vraag 38

Dit hangt af van het toekomstige verdienmodel voor apotheken. Uitgaande van het huidige verdienmodel het volgende commentaar.

Het consultatieadvies geeft aan dat sinds de maatregel Simons apotheekhoudenden kortingen en bonussen mogen bedingen ter dekking van een deel van de praktijkkosten. Als door prijsverlagingen deze maatregel niet langer effectief is en er geen andere dekking volgt voor de praktijkkosten zal dat leiden tot servicevermindering, sluiting van (kleinere) apotheken en

schaalvergroting. Bovendien zal de sluiting van apotheken gepaard gaan met faillissementen met alle gevolgen van dien voor cliënten en personeel.

Vraag 39.

Indien de NZa kiest dan wel vasthoudt aan een ‘nullijn’ voor apotheken zal het niet langer aantrekkelijk zijn te investeren in een apotheekbedrijf. Sluiting van een bestaande vestiging zal direct gevolgen hebben voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van farmaceutische zorg.

Zie verder vraag 38

Vraag 40

Zie vraag 38 en 39

Vraag 41

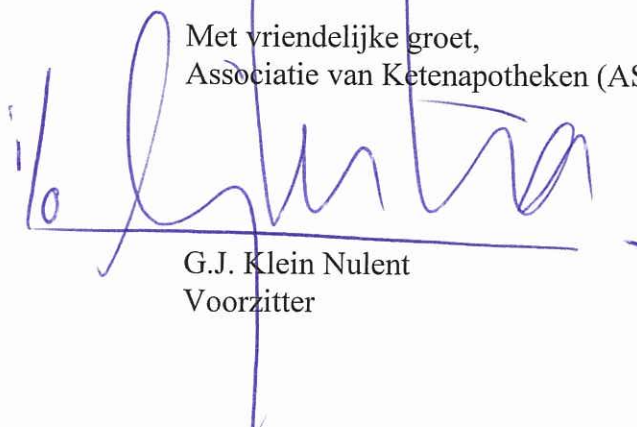
ASKA acht dit geen realistisch uitgangspunt. Uit internationaal onderzoek blijkt dat Nederland al weinig uitgiftepunten heeft, wat gepaard gaat met een efficiënt distributiesysteem van geneesmiddelen. Elke onderbouwing voor de stelling dat het met veel minder apotheken kan ontbreekt. Verder is het zo dat het uiteindelijk aan de consument is om te bepalen of hij of zij de geneesmiddelen dichtbij wil kunnen ophalen of anderszins wil ontvangen. Het is aan de NZa om er op toe te zien dat het de consument is die deze keuze maakt, en niet de agenten die menen hem of haar te kunnen vertegenwoordigen.

Vraag 42

In landen waar mail order farmacie plaatsvindt, heeft dit vooralsnog niet geleid tot een afname van het aantal apotheken.

Ik ga ervan uit u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,
Associatie van Ketenapotheken (ASKA)



G.J. Klein Nulent
Voorzitter



***Associatie van Ketenapotheken (ASKA)**

De branchevereniging van ketenapotheken is opgericht in januari 2005 op initiatief van vier grote apotheekbedrijven: Mediq Apotheken, Alliance Apotheek, Escura Apotheek en Lloyds Apotheken. Sinds juli 2005 zijn ook Zorggroep Almere en Thio Pharma Holding lid van ASKA. Op dit moment zijn ongeveer 500 apotheken aangesloten die samen een kwart van de Nederlandse bevolking bedienen.

ASKA behartigt de belangen van centraal geleide apotheekbedrijven en wil zich tegelijkertijd inzetten voor een goede geneesmiddelenvoorziening. De ketenapotheek staat voor een moderne centraal geleide apotheekdienst met eigen filialen, waar de geneesmiddelen specialist / apotheker in loondienst werkzaam is en 100% van zijn (en steeds vaker haar) tijd bezig is met patiëntenzorg.

Bijlage: 1) de notitie van mr. Schoonderbeek van Nauta Dutilh NV als antwoord op uw vraag 21.