



Reactie van Napco op het NZa Consultatiedocument Advies lange termijn visie farmacie

Vooraf

Napco staat voor de belangen van de zelfstandige openbare apothekers. Wij schuwen vrije tarieven voor de farmacotherapeutische dienstverlening niet. Wij zijn met de NZA van mening, dat marktpartijen in principe meer instrumenten hebben om de juiste tarieven vast te stellen dan toezichthouders. Een tweede ook door u genoemde, voordeel is dat er in principe meer ruimte ontstaat voor innovatie. Echter, zoals bekend hebben zorgverzekeraars reeds eerder aangegeven dat zij niet in staat en bereid zijn om contractbesprekingen te voeren met individuele zorgverleners, zoals zelfstandige openbare apothekers. In de praktijk hanteren zorgverzekeraars het model van het zelf ontwikkelen van een contract farmacotherapeutische dienstverlening, dat vervolgens wordt toegestuurd aan de apothekers met het verzoek te tekenen bij het kruisje. Het staat de apotheker ook vrij niet te ondertekenen, maar het staat de apotheker niet vrij over het contract te onderhandelen of wijzigingen aan te brengen in de tekst van het voorgelegde contract.

De in de teksten van o.a. paragraaf 3 van consultatiedocument roept u een beeld op van op voorhand teveel marktmacht bij apotheekhoudenden en de noodzaak maatregelen te overwegen ter versterking van de marktmacht bij zorgverzekeraars.

Juist ten behoeve van de totstandkoming van vrije tariefvorming pleit Napco voor aandacht in het consultatiedocument voor een meer gelijk speelveld als het gaat om het voeren van besprekingen tussen zelfstandige apotheekhoudenden en zorgverzekeraars over vrije tariefvorming en innovatie, uiteraard zonder dat hiermee afbreuk wordt gedaan aan de consumentenbelangen. Napco is van mening dat dit gelijke speelveld op dit moment ontbreekt en er juist meer marktmacht bij de zorgverzekeraars ligt dan bij de apotheekhoudenden.

Consultatievraag 1

Gezien het bovenstaande acht Napco uw timing voor het introduceren van een beleidsexperiment met vrije tarieven uiterst krap. Zeker indien u stelt, dat eventuele prestaties (zie paragraaf 3.3.2.) tijdig, bijvoorbeeld uiterlijk 1 juni 2009, zijn vastgesteld. Napco is van mening dat vrije tarieven op zijn vroegst per 1-1-2011 ingevoerd kunnen worden, ervan uitgaande dat aan de randvoorwaarde van een gelijk speelveld, zoals hierboven genoemd, wordt voldaan.

Consultatievraag 2

Napco kan zich vinden in de door de VJA geformuleerde kerntaken. Uw stelling bij deze vraag is juist, indien u met uw stelling maar niet suggereert, dat de farmacotherapeutische kennis van de apotheker van secundair belang zou zijn voor een goede uitvoering van de inkoop- en distributietaken van de eigen apotheek ten behoeve van de consument.

Consultatievraag 3

Gezien bovenstaande overwegingen kiest Napco bij introductie van het experiment voor optie 2. Hiermee wordt naar verwachting chaos bij de introductie van vrije tarieven zoveel mogelijk voorkomen doordat er toezicht van de NZa blijft op de prestatieomschrijvingen. Op die manier blijft een en ander overzichtelijk en uitvoerbaar voor de apotheker aangezien er gelijke prestatieomschrijvingen zullen



gelden voor alle zorgverzekeraars en alle consumenten. Dit lijkt ons een belangrijk consumentenbelang.

Consultatievraag 4

Reële termijn: bijvoorbeeld uiterlijk 1 juni 2010 vastgesteld. Invoering per 1-1-2011, ervan uitgaande dat aan de randvoorwaarde van een gelijk speelveld, zoals hierboven genoemd, wordt voldaan.

Consultatievraag 5

Zoals bekend dient nu, anno 2008, de ophoging van het nieuwe modulaire tarief voor de diensten van de apotheek nog te worden vastgesteld. Dat is wat ons betreft stap nr. 1.

Stap nr. 2 kan zijn invoering van experimentele optie 2 van paragraaf 3.3.2., inclusief het onderhouden en aanvullen van prestatiebeschrijvingen op geleide van voortschrijdende overeenstemming tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars.

Consultatievraag 6

Geen (op voorhand).

Consultatievraag 7

Zie onze inleiding bij het beantwoorden van uw consultatievragen: het creëren van een meer gelijk speelveld als noodzakelijke voorwaarde om initiëring van vrije tarieven te doen slagen. Napco is hierbij van mening dat meer aandacht moet worden geschonken aan het gebrek aan marktmacht van de zelfstandige apotheker in verhouding tot de aanzienlijke marktmacht van de zorgverzekeraar bij het tot stand komen van overeenkomsten tussen deze partijen.

In 3.3.5 wordt gesproken over verlaging van de toetredingsdrempels. Het "1 tent per vent" principe moet worden afgeschaft. In de aanloop naar de vaststelling van de nieuwe geneesmiddelenwet heeft de minister uiteindelijk ervoor gekozen om de kamerbrede steun tot behoud van het oorspronkelijke 'art. 19' te vertalen in verankering van dit principe in de wet. Het is dan ook onwenselijk om dit principe weer overboord te gooien. Het is een van de belangrijke kwaliteitswaarborgen t.a.v. de farmaceutische dienstverlening.

Ook wordt gesproken over alternatieve distributiekkanalen. Daar is op zich niets mis mee. Echter, de rol van de huisarts t.a.v. de invulling van de farmaceutische voorziening dient te worden beperkt. Er is immers een explicite scheiding tussen voorschrijven en afleveren, waardoor o.a. het risico op belangenverstrengeling t.a.v. het voorschrijven wordt voorkomen. Napco is dan ook volstrekt tegen de insteek van de NZA in deze.

Consultatievraag 8

Het is zeer ambitieus. Vandaar onze voorkeur een start met optie 2 van paragraaf 3.3.2.) en wel in de vorm van een experiment met één zorgverzekeraar en een kleine groep apothekers. In een dergelijk opgezet experiment is het beter mogelijk snel tussentijds te evalueren en zo nodig bij te sturen.

Consultatievraag 9

Optie 2 van paragraaf 3.3.2. biedt reeds een voldoende terugvaloptie. De NZa dient wel prestaties en tarieven vast te stellen voor die situaties waarin geen overeenstemming tussen apothekers en verzekeraars tot stand komen.

**Consultatievraag 10**

Neen, zie antwoord op uw vraag 4. Napco is van mening dat hier twee jaar voor nodig is.

Consultatievraag 11

Napco herkent zich niet in uw weergave van de marktmacht van apothekhoudenden en de noodzaak om de zorgverzekeraars vooraf te voorzien van nog meer sturingsmogelijkheden om de marktmacht bij apothekhoudenden te reduceren en de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars te versterken (paragraaf 3.3.3., pag. 21).

Zoals hierboven door ons gesteld: het grootste gevaar voor mislukken van het model van vrije prijsvorming op basis van overeenstemming tussen partijen (verzekeraars en zelfstandige apotheken) is o.i., dat de zorgverzekeraar niet in staat en bereid is om contractbesprekingen te voeren met zelfstandige apothekers. Zo'n situatie eindigt altijd in een dictaat waarbij de apotheker feitelijk geen andere keuze heeft dan het voorstel van de zorgverzekeraar te tekenen. Zonder contract met de zorgverzekeraar kan de apotheek immers niet bestaan omdat de verzekerden doorgaans geen volledige vergoeding krijgen van de kosten indien zij zorg afnemen van een niet gecontracteerde leverancier. Dit leidt tot minder keuzevrijheid van de consument (minder apotheken), en wegens het ontbreken van diversiteit in contracteren van de zijde van de zorgverzekeraar tot minder keuzevariëteit. Dat is niet in het belang van de consument.

Consultatievraag 12

Idem voor antwoord op vraag 11.

Consultatievraag 13

Idem voor antwoord op vraag 11. Daar komt bij dat voor verzekerden nauwelijks inzichtbaar is waar de verschillen (behoudens de prijs) van de zorgverzekeraars hem in zitten. De informatievoorziening van de zorgverzekeraars is zeer minimaal en voldoet veelal niet aan de eisen die daaraan door de NZa gesteld worden in haar Richtsnoeren informatievoorziening.

Consultatievraag 14

Gering. Zie ook: preferentiebeleid waarbij de fabrikanten het onderspit delven ten opzichte van de zorgverzekeraars. Hierdoor zal uiteindelijk het aanbod van fabrikanten kleiner worden en de vraag is of dat in het belang is van de consument.

Consultatievraag 15

Single-source/merkgeneesmiddelen – fabrikanten hebben uiteraard een gunstigere marktpositie dan fabrikanten van multisource geneesmiddelen.

Consultatievraag 16

Marktmacht en invloed op consumentenbelangen: gering.

Consultatievraag 17

Ja. Op korte termijn lukt dat, het aantal op de Nederlandse markt opererende fabrikanten wordt hiermee gesaneerd. Daarna volgen naar verwachting weer prijsstijgingen. Overigens is Napco van mening dat de volgende contractronde daar geen invloed op heeft, aangezien het al dan niet contracteren tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden niet van invloed is op het preferentiebeleid.



Zoals de NZa al aangeeft in paragraaf 4.6.1 is het voor de apotheekhoudende niet mogelijk het preferentiebeleid te "ontlopen" door geen contract aan te gaan.

"Bovendien zijn apotheekhoudenden ook indien zij geen contract met een zorgverzekeraar hebben gesloten, toch gehouden mee te werken aan het preferentiebeleid van die zorgverzekeraar. Indien er de keuze bestaat tussen gelijkwaardige middelen waarvan een deel wel en een deel niet verzekerd is, moet de apotheker het verzekerde middel wel verstrekken. Alleen dan zou hij zich gedragen als goed hulpverlener".

De apotheekhoudenden hebben derhalve helemaal geen macht om het preferentiebeleid te dwarsbomen door niet te contracteren. Dat zou alleen zo zijn als alle of ten minste een aanzienlijk aantal apotheekhoudenden collectief zouden weigeren te contracteren vanwege het preferentiebeleid. Dat is echter niet toegestaan op grond van het mededingingsrecht.

Consultatievraag 18

Nee, behalve in het geval de zelfstandige openbare apotheker in de huidige vorm ophoudt te bestaan.

Consultatievraag 19

U heeft het antwoord zelf al gegeven. Zorgverzekeraars kunnen alleen maar een duurzaam en effectief preferentiebeleid voeren doordat de wet hen deze mogelijkheid en daarmee een sterke onderhandelingspositie geeft. Preferentiebeleid speelt zich af in de relatie zorgverzekeraar – verzekerde en de zorgverlener is daar geen partij bij. In de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en apotheker is dat op dit moment geen punt van onderhandeling omdat de zorgverzekeraar niet ten aanzien van een aantal apotheekhoudenden een uitzondering kan maken op het preferentiebeleid zoals verwoord in de polis met de verzekerden. Immers, dat zou leiden tot ongelijke behandeling van verzekerden.

Consultatievraag 20

Het één volgt niet uit het ander. Zoals hierboven reeds meerdere malen betoogd, is voor vrije tarieven een gelijk speelveld in de onderhandelingen over contracten farmaceutische dienstverlening vereist. Anders hebben contractonderhandelingen geen zin. Op dit moment is de marktmacht van de zorgverzekeraar dusdanig groot dat een apotheker "gedwongen" is om tenminste met de grootste zorgverzekeraar in de regio te contracteren, ongeacht de geboden voorwaarden. Het preferentiebeleid heeft daar verder niets mee te maken.

Consultatievraag 21

Ja, in principe kunnen de regels voor een prijslijst worden afgeschaft en kunnen prijzen gelden op basis van individuele prijsafspraken tussen verzekeraar en apotheker, zoals gesteld aan het einde van paragraaf 4.7.

Wellicht ten overvloede zij ook hier gemeld, dat de verzekeraar wel in staat en bereid is om individuele prijsafspraken te maken met de apotheker.

Zo niet, dan zijn er in principe twee andere opties:

- verzekeraar maakt afspraken met een beperkt aantal grotere groepen van apothekers of
- Verzekeraar maakt geen afspraken, maar maakt bekend, welke prijs de verzekeraar bereid is voor een bepaald geneesmiddel maximaal te vergoeden.

**Consultatievraag 22**

- Lage uitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking.
- Hoge administratiekosten bij inning eigen bijdragen.

Consultatievraag 23

De substitutiegraad naar generieke middelen is in Nederland hoog. (Huis)Artsen schrijven toenemend generiek voor, apothekers leveren heel vaak generieke middelen af. Dit is gebaseerd op de ervaringen uit de praktijk van onze leden.

Consultatievraag 24

De apotheker weet vanuit zijn vakgebied het meeste over de doelmatigheid van geneesmiddelen. In FTO verband vindt overleg met de huisartsen plaats, resulterend in afspraken en/of formularia (eerste keuze geneesmiddelen bij specifieke aandoeningen op basis van werkings/bijwerkingenprofielen en doelmatigheid) wat leidt tot meer generieke en therapeutische substitutie.

Consultatievraag 25

In de loop van de afgelopen jaren zijn de stimulansen voor apothekers om generieke geneesmiddelen af te leveren steeds verder afgenomen.

- Afschaffing stimulansregeling
- Preferentiebeleid van zorgverzekeraars, dat op termijn kan leiden tot een drastische inkrimping van leveranciers van generieke middelen.

De bereidheid van apotheekhoudenden om generieke substitutie actief te promoten zal o.i. voor de toekomst geborgd worden door herinvoering van de stimulansregeling voor apotheekhoudenden.

Consultatievraag 26

Zorgverzekeraars maken op dit moment al algemene contractuele afspraken met apothekers over behoud of bevordering van de substitutiegraad. Daarnaast geldt dat via herinvoering van de stimulansregeling voor apotheekhoudenden invloed kan worden uitgeoefend op de substitutiegraad. Zorgverzekeraars dienen in staat te worden gesteld hierover afspraken te maken met groepen apothekers. Zolang de fictie overeind blijft dat de verzekeraar in principe afspraken moet gaan maken met individuele apothekers, komen wij niet verder.

Consultatievraag 27

Te doen: de apotheker stimuleren om de patiënt waar mogelijk over te zetten van een door de medische specialist in het ziekenhuis voorgeschreven specialiteit naar een extramuraal af te leveren generiek product.

Consultatievraag 28

Gelukkig is in de wet verankerd, dat dergelijke financiële verstrengelingen niet zijn geoorloofd. Aanscherping daarvan is welkom, omdat nu via omwegen beïnvloeding/belangenverstrengeling nog steeds mogelijk is.

Consultatievraag 29

Bij gewenste substitutie zijn nadere afspraken van belang tussen verzekeraar en apotheker (pay for performance) door herinvoering van de stimulansregeling voor apotheekhoudenden. Ook hierbij geldt dat dit eenvoudiger zou gebeuren indien het mogelijk zou zijn voor een zorgverzekeraar om met groepen van individuele apothekers hierover afspraken te maken.



Consultatievraag 30

Hoog. Goede kwaliteitseisen (Nederlandse Apotheek Norm), evenwichtige spreiding van apotheken in het land, hoog vertrouwen blijkend uit vele tevredenheidsonderzoeken onder patiënten.

Consultatievraag 31

Ook hier geldt: 'de consument' bestaat niet.

Voorbeelden: Er zijn consumenten, die het op prijs stellen geïnformeerd te worden over werking/bijwerking van een geneesmiddel. Consumenten, die willen weten of het ene voorgeschreven geneesmiddel zich verdraagt met de overige in te nemen geneesmiddelen. Consumenten, die advies willen over geneesmiddelen tegen oorspijn, keelpijn, huidaandoeningen en andere kwalen. Consumenten, die geen advies willen, maar snel geholpen willen worden. Consumenten, die soms niet meer weten wat zij dagelijks aan geneesmiddelen moeten slikken.

Kernwoorden voor de apotheek: medicatieveiligheid en zorgadvisering naar de behoefte van de consument.

Consultatievraag 32

Er zijn uiteraard raakvlakken/overlappenden tussen huisartsen en apothekers wat betreft de farmacotherapie. Gelukkig maar, anders was de samenwerking uiterst moeizaam geweest.

De taak van de huisarts is het stellen van de diagnose en het beslissen al dan niet farmacotherapie in te zetten. De meest voorkomende geneesmiddelen heeft de huisarts in het hoofd en in de pen. De praktijk is echter dat de huisarts gemiddeld een paar minuten de tijd heeft per patiënt.

De apotheek heeft daarentegen een apotheekteam van apothekers en 6 à 12 assistenten ter beschikking, die gespecialiseerd zijn in het gebruik en interactie van het geneesmiddel.

Of deze taken overgenomen kunnen worden? Deze taken kunnen niet worden overgenomen i.v.m. specifieke vaardigheden en kennis, behorende bij het vak van apotheker en apothekersassistente. Omgekeerd kan een apothekersassistente de taken van de huisartsassistente ook niet overnemen.

Consultatievraag 33

De apotheker is dé geneesmiddelendeskundige. Zijn kennis en ervaring brengt hij ook in het FTO.

Bij het uiteenvallen van het FTO verdwijnt de farmacotherapeutische afstemming tussen het beleid van de arts en de apotheker wat onder meer invloed zal hebben op generieke en therapeutische substitutie.

Consultatievraag 34

Neen. Zorgverzekeraars nemen de kwaliteit van de diensten als een gegeven en richten zich bijna uitsluitend op de prijs.

Verzekeraars maken geen (aanvullende) afspraken over de kwaliteit van de farmaceutische zorg, zo leert de praktijk. Immers zorgverzekeraars bieden één standaard contract aan waarin geen onderscheid wordt gemaakt ten aanzien van het behalen van bepaalde kwaliteitscriteria. Ook apothekers kunnen wat betreft het basispakket farmaceutische zorg niet de verzekerden van één verzekeraar een betere kwalitatieve zorg bieden dan de verzekerden van een andere zorgverzekeraar.

Voor de apotheker geldt hierbij: de standaard voor goede farmaceutische dienstverlening geldt voor alle consumenten/patiënten, ongeacht waar zij verzekerd zijn.

**Consultatievraag 35**

Tarieven die door de overheid worden opgesteld zijn gewenst zolang er geen sprake is van een gelijk speelveld. Omdat er op zorgadvisering wellicht niet direct zichtbare kostenbesparingen zijn te bereiken, zoals wel het geval is ten aanzien van geneesmiddelen, is het van belang dat de overheid hier in eerste instantie een regulerende rol krijgt en tarieven vaststelt om zo de kwaliteit van de zorgadvisering te bewaken.

Consultatievraag 36

Ten aanzien van de prestaties van de zorgadvisering geldt ook dat de overheid hier in eerste instantie een regulerende rol zou moeten krijgen om zo de voorwaarden waar zorgadvisering aan moet voldoen te verankeren en daar vervolgens tarieven aan te koppelen.

Consultatievraag 37

Goed, zoals ook blijkt uit de tabel 5 van het consultatiedocument.

Consultatievraag 38

Groot. Dit als gevolg van: een forse uitbreiding van het preferentiebeleid door verzekeraars, in combinatie van het (nog) uitblijven van ophoging van het tarief tot kostendekkend niveau. Daar komt bij dat apotheekehoudenden nu distributiekosten moeten betalen aan groothandels voor de levering van geneesmiddelen; zorgverzekeraars die de betalingstermijnen van de declaraties trachten op te rekken, inkooprisico's die apotheekehoudende lopen door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars waar zij geen invloed op hebben, etc. Hierdoor ontstaat de situatie dat apotheken met verlies leveren en interen op hun reserves.

Apotheken zijn bedrijven waar vanzelfsprekend een zekere mate van winst moeten kunnen worden gerealiseerd om bestaansrecht te hebben. Een te diep ingrijpen in de winsten van apotheken zal grote gevolgen hebben. Zo zullen banken geen kredieten meer verstrekken al was het alleen maar om werkkapitaal te financieren, innovaties blijven uit, en personeel zal worden ontslagen. Indien de situatie leidt tot marginale winsten of zelfs een nullijn, kunnen bedrijfsrisico's niet meer worden opgevangen en is het apotheekbijzondrijf volstrekt oninteressant geworden om in te investeren.

Consultatievraag 39

Ook dit risico is groot, zolang er geen kostendekkend tarief en een zekere mate van winstgevendheid van het apotheekbijzondrijf tegenover staat.

Consultatievraag 40

De kans hierop is reëel aanwezig, zeker als de permanente sluitingen niet evenwichtig over het land zijn verdeeld, zoals ook blijkt uit de analyse in het consultatiedocument.

Consultatievraag 41

Een eventuele afname is op voorhand niet acceptabel, zeker als deze afname niet redelijk evenwichtig over het land verdeeld is en met name in die gebieden plaatsvindt met een relatief grote apotheekdichtheid.

Consultatievraag 42

Internetapotheken zijn in staat om chronische patiënten met een stabiel gebruik van geneesmiddelen periodiek te voorzien van hun vaste medicatie. Dat is iets anders dan het voorzien van een volwaardige farmaceutische zorg. Internetapotheken



kunnen derhalve niet alle taken van een reguliere apotheek overnemen. Er zal wellicht een reductie in het aantal apotheken plaatsvinden als gevolg hiervan, maar Napco schat in dat het hier slechts om een gering aantal zal gaan.

Uiteindelijk is de vraag: welk kwalitatief niveau van farmaceutische zorg wil je in de waagschaal stellen ter wille van de beoogde liberalisering? Als men wel bereid is om de consument aanzienlijk verder te laten reizen voor zijn medicatie of te dwingen bijvoorbeeld chronische medicatie alleen nog via internet te bestellen, dan zal dit wel verdergaande gevolgen hebben voor de afname van het aantal reguliere apotheken.

Napco, 3 november 2008

Drs. A.G.H. Benraad
Drs. L.H.G. Hoornweg