

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. mr. F.G.H. de Grave
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Postbus 1539
3500 BM Utrecht

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

Telefoon
030 297 03 03

Fax
030 297 06 06

E-mail
npcf@npcf.nl

Website
www.npcf.nl

Postbank
370907

K.v.K.
40482340

datum Utrecht, 10 november 2008
ons kenmerk 2008-959/DSB/01.01.01/JC/hm
voor informatie J. Coolen
onderwerp **Geneesmiddelenzorg**

Geachte heer De Grave,

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft ons de mogelijkheid geboden, te reageren op een consultatiedocument over de farmacotherapeutische dienstverlening. Graag wil de NPCF van die mogelijkheid gebruik maken. Onze reactie is opgebouwd in vier blokjes:

1. visie op geneesmiddelenzorg (patiëntperspectief);
2. regulering ten aanzien van geneesmiddelen;
3. stappen naar een "normale markt" (gefaseerde aanpak);
4. prikkels voor kwaliteitsverbetering (nieuwe prestaties);
5. doelen van zorgbeleid (toegankelijkheid, doelmatigheid, kwaliteit, betaalbaarheid).

1. Visie op geneesmiddelenzorg

De NZa baseert zijn schets op de idee van "rationele farmacotherapie": de inzet van het juiste geneesmiddel tegen zo laag mogelijke kosten voor de consument (patiënt, premie-betaler). Als voorwaarden noemt de NZa:

- o kennis bij voorschrijvers over de geneesmiddelen die geïndiceerd zijn voor de patiënt met een specifieke diagnose;
- o kennis van de specifieke situatie van de patiënt door of bij de apotheekhoudende (ook therapietrouw bij de patiënt moet gevolgd en bevorderd kunnen worden);
- o kennis bij voorschrijvers over de interactie met andere geneesmiddelen (dit wordt steeds belangrijker door het toenemend aantal patiënten met polyfarmacie);
- o doelmatig voorschrijfbeleid: niet nodeloos voorschrijven, generiek voorschrijven waar dat kan en verantwoord is; indien een spécialité nodig is dan aandacht voor de prijs/kwaliteit-verhouding van de spécialité;
- o doelmatig verstrekkingenbeleid door apothekers: uitleveren van kosteneffectieve, zo mogelijk generieke geneesmiddelen met lage prijzen;
- o geen excessieve prijzen voor farmacotherapeutische dienstverlening.

We herkennen deze schets. Voor de NPCF is het belangrijk dat de geneesmiddelenzorg steeds wordt geplaatst in de brede keten: patiënt, arts (voorschrijver), apotheker, patiënt. Ook de NZa volgt die benadering.

Wenselijk is dan dat regulering en bekostiging van de geneesmiddelenzorg in samenhang met die van de eerstelijnszorg zijn uitgewerkt. De aandachtspunten voor de NPCF zijn dan als volgt:

- de voorschrijvers werken volgens richtlijnen en zorgstandaarden (aandacht voor een werkzaam geneesmiddel, niet onnodig lang toegepast, goedkoop als het kan, tevens aandacht voor samenhang bij meervoudig medicijngebruik);
- de apotheker is niet alleen een leverancier van geneesmiddelen, maar ook en vooral een zorgverlener;
- er is een fijnmazig netwerk van apothekers draagt bij tot de gewenste bereikbaarheid voor de patiënten;
- er zijn heldere, aansprekende kwaliteitsmaatstaven voor de farmaceutische zorg (en die hebben ook betrekking op service naar consumenten / patiënten);
- in de bekostiging moeten prikkels zijn ingebouwd voor kwaliteitsverbetering op het gebied van de farmaceutische zorg;
- zorgverzekeraars moeten ruimte hebben voor sturing op doelmatigheid en kwaliteit (daarbij ook de mogelijke inkoopvoordelen die we nu zien in de markt ten goede laten komen aan consument / premiebetaler).

2. Regulering ten aanzien van geneesmiddelen

De geneesmiddelenzorg berust op drie regimes: WGP, GVS en WMG.

- De WGP reguleert de maximumprijzen van veel geneesmiddelen. De minister heeft de toepassing van de WGP aangescherpt (prijslijst generieke middelen, daarnaast de toepassing van maximumprijzen voor intramurale geneesmiddelen uit de beleidsregel dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen).
- Het GVS bepaalt de vergoeding die de zorgverzekeraar maximaal aan de patiënt mag betalen voor het geneesmiddel. Gekoppeld aan de geneesmiddelen aanspraak hanteert de overheid een gedetailleerde sturing via een positieve vergoedingslijst; deze lijst is de invulling van de algemene aanspraak. De minister wil deze vorm van centrale regulering vervangen door een systeem dat ruimte biedt voor competitie op prijs en kwaliteit.
- De WMG bevat de regulering van tarieven voor de apothekhoudenden, in relatie tot hun kerntaken van leverancier en zorgverlener. De NZa stelt op grond van de WMG de tarieven en prestaties van apothekhoudenden vast. Op dit moment is in plaats van een vaste vergoeding per receptregel een 'modulaire tariefsopbouw' van kracht, met onderscheid naar tijdstip en aard van de uitgifte. Het tarief is louter gekoppeld aan de levering van een geneesmiddel. Een nieuwe route kan zijn dat verschillen in taken en in kwaliteit meer expliciet in de bekostigingsregels zijn opgenomen.

De Minister wil de WGP en het GVS handhaven. Tegelijk wil hij de farmaceutische zorg meer flexibel maken. Aan de NZa is gevraagd te adviseren over de mogelijkheden van vrije prijsvorming voor farmaceutische zorg – op basis van afspraken tussen apothekers en zorgverzekeraars – toegespitst op de extramurale geneesmiddelenvoorziening.

In zijn advies komt de NZa tot het voorstel van een landelijk, marktbreed experiment vanaf 2010; een experiment met vrije prijzen, c.q. vrije onderhandelingsruimte tussen apothekers en zorgverzekeraars over prestaties en prijzen.

De NPCF onderkent de wenselijkheid van stappen naar een meer normale markt. Maar hierbij bepleiten we een gefaseerde aanpak waarbij in de komende jaren nog landelijk omschreven prestaties voor farmaceutische zorg gelden, met prikkels tot innovatie en kwaliteitsverbetering in de bekostiging.

3. Stappen naar een "normale markt"

De NZa voorziet een ontwikkeling in de richting van een "meer normale zorgmarkt". Die richting staat ook centraal in het beleid van de minister voor de geneesmiddelenzorg:

- waarbij de overheid terugtreedt maar wel verantwoordelijk blijft voor:
 - beschikbaarheid, kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid geneesmiddelen;
 - besluiten over de aanspraak op geneesmiddelen: stand van de wetenschap en de praktijk;
- waarbij de voorschrijvers, apothekers en zorgverzekeraars meer ruimte krijgen voor:
 - onderhandelen over prijs, prestaties en resultaten;
 - met behoud van keuzevrijheid voor de patiënt en verzekerde.

Deze strategie is gericht op prikkels voor kwaliteitsverbetering, innovatie, doelmatigheid. Geplaatst in dit kader, denkt de NZa dat vanaf 2010 de prestaties en prijzen voor farmaceutische zorg in vrije onderhandeling tussen zorgverzekeraars en apothekers tot stand kunnen komen.

De NPCF meent dat een meer gefaseerde benadering wenselijk is. Als effectieve sturing op kwaliteitsverbetering een centraal thema is, dan moet de eerstvolgende stap niet "een vrije markt" zijn, maar een geleid transitieproces waarin landelijk vastgelegde prestaties voor de farmaceutische zorg zijn vastgelegd, met ruimte voor zorgverzekeraars om erop te sturen in afspraken met apotheehoudenden.

4. Prikkels voor kwaliteit

We bepleiten een gefaseerde aanpak:

- Denkbaar is een eindbeeld waarin de prijzen voor geneesmiddelen en de tarieven voor apotheehoudenden niet langer via de WMG gereguleerd zijn.
- Maar voor de komende jaren bepleiten we een gefaseerde opzet die niet start met het volledig vrijlaten van de prestaties en de prijzen. Eerst meer transparantie en beter sturing op kwaliteit. Dan pas een verdere stap naar vrije marktwerking.
- Aantrekkelijk is dat we in komende jaren het huidige bekostigingssysteem vervangen door een systeem dat meer ruimte biedt voor differentiële beloning van kwaliteit; dus ook competitie om kwaliteit.
- Dat kan via een onderscheid in (1) farmaceutische basiszorg (= levering medicijn en advies aan de patiënt) en (2) modulaire componenten die als "extra prestaties" boven de basiszorg komen; bijvoorbeeld voor prestaties op het vlak van medicatieveiligheid in de oudere bevolking).

- Zorgverzekeraars sturen namens hun verzekerden op doelmatigheid en kwaliteit; en maken afspraken met apothekers over de "beloning naar kwaliteit".

Kortom, we kiezen voor een aanpak die grotendeels correspondeert met de visie van de minister van VWS:

- een meer flexibele tariefstructuur waarin apothekhoudenden enerzijds een tarief voor basiszorg ontvangen en anderzijds voor aanvullende taken en diensten (met de zorgverzekeraar af te spreken prestaties);
- er kunnen dus aparte vergoedingen worden afgesproken voor toegevoegde waarde die apothekhoudenden leveren op het gebied van farmaceutische patiëntenzorg en preventieprogramma's;
- De modulaire tariefsystematiek blijft nog gebaseerd op een verplicht onderscheid in enerzijds de vergoeding van praktijkkosten (via een gedifferentieerde set prestaties), anderzijds de aanvaardbare vergoeding van de inkoopkosten van het geleverde geneesmiddel.

5. Doelen van zorgbeleid

De NZa heeft zijn schets van de farmaceutische zorg verbonden met een grondige verkenning van de doelen van zorgbeleid: toegankelijkheid, doematigheid, kwaliteit, betaalbaarheid. Zonder volledigheid maken we hierbij enkele aantekeningen.

Toegankelijkheid. Er is op dit moment een redelijk fijnmazig netwerk van apothekers. Dat is gunstig voor zorgconsumenten en patiënten.

Het contracteerbeleid van de zorgverzekeraars zal onzes inziens in de komende jaren niet gericht kunnen zijn op "selectief contracteren" (=wel / geen contract); tenzij de apotheek niet voldoet aan eisen van 'verantwoorde zorg'. Wel is er in het inkoopbeleid ruimte voor de vermelde systematiek: afspraken over extra modules boven de basisprestatie, ofwel vergoeden van die additionele prestaties naar de mate waarin ze worden gerealiseerd.

Doelmatigheid. Voor de generieke geneesmiddelen is een doelmatigheidsslag gemaakt via het preferentiebeleid. Dit beleid heeft nu een beperkte strekking. We vinden dat een eventueel verruimde of toepassing (veel geneesmiddelen) goed gevolgd moet worden. Met aandacht voor de uitvoerbaarheid en de inzichtelijkheid voor zorgconsumenten en zorgverleners. Een brede toepassing, waarbij elke zorgverzekeraar eigen middelen en eigen termijnen aanhoudt, kan op gespannen voet staan met administratieve eenvoud.

Daarnaast willen we aansluiten bij het voornemen van de minister. Een richting waarbij: op termijn de aanspraak op farmaceutische zorg niet meer via een vergoedingslijst op productniveau is geregeld, maar meer algemeen ("stand van de wetenschap"). Op lange termijn is dat denkbaar. Maar de tijd is nog niet rijp voor decentrale vrijheden van zorgverzekeraars die naar eigen inzicht invulling geven aan de aanspraak via hun polis. Voor de komende jaren geven we de voorkeur aan een overzichtelijk geheel van productgroepen waaraan de patiënt duidelijkheid kan ontleen.

Uiteraard zal dit gepaard gaan met een geneesmiddelenverstrekking die is gekoppeld aan richtlijnen vanuit een behandelperspectief (werkzaam geneesmiddel, niet onnodig lang toegepast, goedkoop als het kan, aandacht voor samenhang bij meervoudig medicijngebruik).

Een specifiek aandachtspunt betreft de toepassing van het "eigen risico" als middel om de patiënt te sturen naar preferente apothekers. De NZa geeft in zijn schets ruimte aan de zorgverzekeraars voor deze aanpak.

Onze kanttekening is nadrukkelijk: we zien op dit moment enkele interessante manieren om via een gedeeltelijke kwijtschelding van het eigen risico de patiënt met "zachte hand" te sturen naar bijvoorbeeld preferente ziekenhuizen die het meest voldoen aan relevante en gezamenlijk opgestelde patiëntcriteria.

De aarzeling betreft de sterk verbrede inzet van dit instrument voor allerlei aandoeningen en sectoren. Ter discussie staat of we in die situatie nog een werkbaar systeem hebben.

Betaalbaarheid. Via openbare apotheken (bijna 1900 in totaal) is in 2007 € 4,6 miljard uitgegeven voor geneesmiddelen binnen het verzekerd pakket. Dat is 8% meer dan in voorgaand jaar, voornamelijk door een toenemend gebruik van dure geneesmiddelen. De trendmatige uitgavengroei heeft uiteraard meer oorzaken: toename van het aantal recepten, toenemende beschikbaarheid duurdere geneesmiddelen (nieuwe oplossingen), toenemend chronisch gebruik van geneesmiddelen, verschuiving van ziekenhuis naar zorg thuis (eerstelijnszorg). Opmerkelijk is daarnaast het voorschrijfgedrag. Bij medisch specialisten zijn gemiddeld hogere kosten van een receptgeneesmiddel gevonden dan bij de huisarts: € 52 versus € 12 per voorschrift (exclusief apotheekvergoeding).

Door dit alles gaat Nederland naar het West-Europees gemiddelde (€ 361 per persoon in bevolking). Wellicht zal het inkoopbeleid door zorgverzekeraars de trend wat neerwaarts bijstellen. Onverminderd zien we een ontwikkeling naar een toenemend gebruik van dure geneesmiddelen (= per voorschrift meer dan € 500); veel patiënten zijn ermee gebaat om herstel van gezondheid te bespoedigen of nadelige gevolgen van chronische ziekte beter op te vangen.

Betaalbaarheid van de geneesmiddelenzorg is daarom voor ons het zoeken naar balans tussen ruimte voor die dure geneesmiddelen (waar ze nodig zijn) en gepaste prijzen voor de generieke middelen via een zakelijker markt.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie



Mw. A.L. Schipaanboord
Adjunct-directeur

BIJLAGE:

beknopte antwoorden op vragen van de NZa (zie: consultatiedocument)

Vraag	Antwoord
<p><i>Consultatievraag 1:</i> <i>Is de farmacotherapeutische dienstverlening naar uw oordeel klaar voor vrije tarieven? Op welke termijn?</i></p>	<p>Nog niet klaar voor integrale overgang naar vrije tarieven. Voorkeur voor een 'experiment' dat is toegespitst op clusters van middelen.</p>
<p><i>Consultatievraag 2:</i> <i>Welke visie heeft u op de kerntaken van de apotheekhoudende? 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?</i></p>	<p>Samenhang van beide taken. En <u>niet</u> koersen op een vergaande differentiatie in soorten zorg, waarbij apotheker terugtreedt naar 'niches van de zorgmarkt' en veel "bulk" naar algemene leveranciers, of via Internet, of door verzekeraars zelf. Dus brede apotheek!</p>
<p><i>Consultatievraag 3:</i> <i>Welke optie ten aanzien van het vaststellen van prestaties acht u de meest geschikte? Met meest geschikt wordt hier bedoeld: in termen van het consumentenbelang (kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid).</i></p>	<p>Optie 2</p>
<p><i>Consultatievraag 4:</i> <i>Mochten er nieuwe prestaties vastgesteld worden, op basis van optie 2 of 3 (genoemd in paragraaf 3.3.2), wanneer moeten deze in uw ogen dan uiterlijk gereed zijn in verhouding tot de invoering van vrije tarieven?</i></p>	<p>Eerst bovengenoemde optie 2 uitwerken (en toepassen in 2009-2010). Daarna op weg naar volgende stap.</p>
<p><i>Consultatievraag 5:</i> <i>In hoeverre acht u het vaststellen, onderhouden en aanvullen van prestatiebeschrijvingen na de invoering van vrije tarieven (nog) van belang?</i></p>	<p>In ieder geval noodzakelijk voor 2009-2010 (en vermoedelijk ook nog 2011).</p>

<p><i>Consultatievraag 6:</i> <i>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) randvoorwaarde voor de introductie van vrije tarieven?</i></p>	<p>Natuurlijk willen we geïnformeerde patiënten en consumenten. Maar NZa overschat de idee van "klant die kiest op basis van prijs/kwaliteit; er is weinig zicht op grote categorieën van mensen waar chronische aandoening gepaard gaat met beperkte regie. Cruciaal in deze fase is vooral: meer transparantie ten aanzien van prestaties van de apotheker.</p>
<p><i>Consultatievraag 7:</i> <i>Welke andere maatregelen vooraf acht u noodzakelijk en/of gewenst?</i></p>	<p>Idee van marktbreed experiment is niet ideaal. Beter lijkt ons: (1) transparantie, (2) flexibele prestatiestructuur. Daarna pas gang naar een volledig vrije markt (als blijkt dat in de komende jaren goede ervaringen zijn opgedaan).</p>
<p><i>Consultatievraag 8:</i> <i>In hoeverre acht u het in dit hoofdstuk beschreven benadering voor een marktbreed landelijk experiment kansrijk?</i></p>	<p>Zie vraag 7</p>
<p><i>Consultatievraag 9:</i> <i>In hoeverre acht u de in dit hoofdstuk beschreven terugvalopties kansrijk? Welke alternatieven bestaan er (bijvoorbeeld vasthouden aan prestatiebeschrijvingen met (gedeeltelijke) tariefregulering)?</i></p>	<p>Ja, kansrijk is optie 2.</p>
<p><i>Consultatievraag 10:</i> <i>Hoeveel tijd hebben marktpartijen nodig om zich voor te bereiden op vrije tarieven van apotheekhoudenden? Is het haalbaar het experiment te starten per 1-1-2010?</i></p>	<p>Zie vraag 7.</p>