

In wiens belang?

**Onderzoek naar samenwerkingsvormen en belangen-
verstrengeling tussen arts en apotheekhoudende in de
eerstelijnsgezondheidszorg**

Bameveld, 30 mei 2007

Referentie: HH/mu/06.356

Auteur(s): J.W.M. Hellendoorn

Drs. B. Karssen

B. Jurling RA (ConQuaestor)

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Significant B.V.

Thorbeckelaan 91, 3771 ED Bameveld • www.significant.nl
Tel.: 0342 40 52 40, Fax: 0342 40 52 46 • info@significant.nl • KvK 39081506

Voorwoord	5
Managementsamenvatting	6
Achtergrond en aanleiding	6
Doelstelling en reikwijdte van het onderzoek	6
Verticale en horizontale integratie zijn trends in de farmakolom, waardoor er potentieel belangenverstremeling mogelijk is	7
Belangenverstremeling komt op dit moment ook voor, maar nog in beperkte mate	9
Belangenverstremeling zal naar verwachting (sterk) toenemen	12
Wet- en regelgeving rond belangenverstremeling in omliggende landen	14
I Achtergronden en opzet van het onderzoek	15
Achtergrond en aanleiding	15
Doelstelling onderzoek	16
Deskresearch	18
Interviews	19
Diepteonderzoeken	20
Diepteonderzoeken	21
Indeling van het rapport	23
2 Samenwerkingsvormen en constructies in de farmaceutische kolom	24
Overzicht van verschillende samenwerkingsvormen	24
Ketenapotheken met of zonder groothandel in de groep	27
Formule ketenapotheken	30
Apotheekhoudende huisartsen	33
AHOED- en GOED-constructies	39
Internetapotheken	44
Poliklinische apotheek (Transmurale apotheek)	47
Unieke levering door industrie of groothandel	51
Zorggroepen	53
Overlegvormen en andere (niet-juridische of economische) samenwerkingsvormen	56
Farmacotherapeutisch overleg (FTO)	56
Automatisering en samenwerking	57
Samenwerking tussen industrie en patiëntenverenigingen	58

3	Belangenverstremgeling en beïnvloeding	59
	Belangenverstremgeling komt voor, maar op dit moment nog in beperkte mate	59
	Professionaliteit en onafhankelijkheid domineren andere belangen	61
	Samenwerkingsvormen vloeien op dit moment veelal voort uit zorginhoudelijk perspectief	61
	Samenwerkingsvormen die vaak worden gezien als belangenverstremgeling zijn dat formeel niet (maar hebben de schijn tegen)	62
	Eventuele 'verboden' afspraken worden niet snel openbaar	63
	Belangenverstremgeling komt nu al wel in beperkte mate voor en wordt vooral veroorzaakt door de eigendomsconstructie	64
	Verdringingsmarkt verklaart de huidige marktdynamiek	66
	Belangenverstremgeling zal naar verwachting toenemen	67
	Samenwerking neemt vanuit zorginhoudelijk perspectief verder toe	67
	Bedrijfseconomische prikkels zullen leiden tot verdere verticale en horizontale integratie	68
	Andere juridische eigendomsvormen door wegvallen van subsidieregeling	68
4	In perspectief met Europa	70
	Geneesmiddelenconsumptie in West-Europees perspectief	70
	De farmaceutische keten in andere EU-landen	72
	Feitelijke informatie over vier EU-landen	73
	België	73
	Groot-Brittanië	74
	Frankrijk	76
	Duitsland	77
	Samenvattend schema van de beschreven EU-landen	79
A	Gehanteerde afkortingen	80
B	Bronnen	81
	Geraadpleegde websites	81
	Documenten	81
	Bronnen voor informatie over andere EU-landen	82
	België	82
	Frankrijk	82
	Duitsland	82
	Groot-Brittanië	82
C	Begeleidende brief NZa	83

D	Korte schets huisartsen en apotheekhoudenden	84
	Huisartsen	84
	Aantallen huisartsen en huisartspraktijken	84
	Apotheekhoudende huisartsen	84
	Kenmerken huisartsen	85
	Openbare apotheken	85
	Aantal openbare apotheken	85
	Kenmerken van de apothekers	86
	Uitgifte van receptgeneesmiddelen	86

Voorwoord

Dit rapport bevat de resultaten van het onderzoek naar belangenverstremgeling tussen arts en apotheekhoudende in de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals dat in de periode december 2006 - mei 2007 is uitgevoerd door Significant B.V. (eindverantwoordelijkheid) en ConQuaestor B.V., in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

De gegevens zijn verzameld door middel van desk research op basis van openbare bronnen, interviews met *stakeholders* en deskundigen op het gebied van geneesmiddelenvoorziening in de eerstelijnszorg en diepteonderzoeken onder dertien geselecteerde samenwerkingsvormen ('constructies') tussen arts en apotheekhoudende, waarin belangenverstremgeling zou kunnen voorkomen. Wij danken de geïnterviewden en de vertegenwoordigers van de samenwerkingsvormen die aan het diepteonderzoek hebben deelgenomen voor hun bereidwilligheid.

Onze dank gaat verder uit naar onze opdrachtgevers van NZa.

Namens het onderzoeksteam,

Drs. Bert Karssen, projectleider en eindverantwoordelijke

Achtergrond en aanleiding

In de Tweede Kamer is uitvoerig gedebatteerd bij de behandeling van de Geneesmiddelenwet over de gevolgen van de toenemende samenwerking in de eerstelijnszorg. Zorgpunt is beïnvloeding van winstgedreven handelen door artsen en apotheekehoudenden op de voorschriften. Dit handelen conflicteert mogelijk met de belangen van de consument waardoor de zorg voor die patiënt niet optimaal hoeft te zijn.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft daarom toegezegd aan de Tweede Kamer een 'onderzoek naar de juridische en feitelijke constructies met betrekking tot de samenwerking tussen arts en apotheekehoudenden'. De NZa heeft - in opdracht van het Ministerie van VWS - opdracht aan Significant gegeven tot de uitvoering van een onderzoek, die de inhoudelijke onderbouwing moet leveren voor de beantwoording van een deel van de gestelde vragen.

Doelstelling en reikwijdte van het onderzoek

De doelstelling van het onderzoek naar de samenwerking en belangenverstrengeling in de eerstelijnszorg is het geven van:

- (a) Een beschrijving van de verticale integratie in de bedrijfskolom;
- (b) Een beschrijving van de vormen van de huidige samenwerking en (financiële) belangenverstrengeling tussen artsen en apotheekehoudenden;
- (c) Een beschrijving van de beperkingen in overige EU-landen ten aanzien van financiële belangenverstrengeling tussen artsen en apotheekehoudenden.

Belangenverstrengeling is in het onderzoek als volgt gedefinieerd:

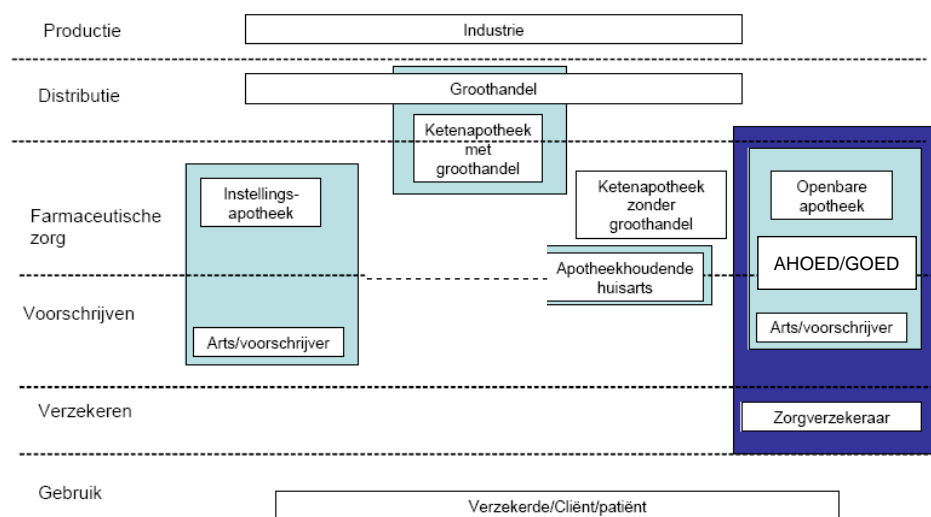
- (a) Als andere (bijvoorbeeld financiële) aspecten dan de kwaliteit van de zorg bepalend zijn voor het handelen van de arts (voorschrijven van medicatie, verwijzing, sturing naar een zorgaanbieder), dan is sprake van *ongewenst gedrag*;
- (b) Van *belangenverstrengeling* tussen arts en apotheekehoudende is dan sprake als dit ongewenste gedrag kan voortvloeiën uit de (al dan niet financieel-economische of juridische) relatie tussen de arts en apotheekehoudende.

Het onderzoek is voornamelijk kwalitatief van aard, waarbij zoveel als mogelijk kwantificering heeft plaatsgevonden ten behoeve van de onderbouwing van de bovenstaande beschrijvingen. De gegevens zijn verzameld door middel van (i) desk research op basis van openbare bronnen, (ii) interviews met *stakeholders* en deskundigen op het gebied van geneesmiddelenvoorziening in de eerstelijnszorg en (iii) diepteonderzoeken onder dertien geselecteerde samenwerkingsvormen ('constructies') tussen arts en apotheekhoudende, waarin belangenverstrengeling zou kunnen voorkomen.

De diepteonderzoeken hebben zich gericht op het vaststellen of en op welke wijze financiële belangenverstrengeling in de gegeven constructie of specifieke situatie door betrokken partijen wordt voorkomen. Gegeven de omvang van het aantal uitgevoerde diepteonderzoeken (13), zijn de bevindingen van de diepteonderzoeken met name gebruikt om de beschrijvingen van de constructies te detailleren; een representatieve en nauwkeurige indicatie van de mate van voorkomen van betreffende constructies in Nederland is met deze steekproefomvang niet mogelijk.

Verticale en horizontale integratie zijn trends in de farmakolom, waardoor er potentieel belangenverstrengeling mogelijk is

In onderstaande figuur zijn de verschillende samenwerkingsvormen in de farmakolom schematisch weergegeven.



Het aantal samenwerkingsvormen in de farmakolom blijkt de laatste jaren sterk toe te nemen.

Daarbij is zowel een beweging van verticale integratie zichtbaar (ketenapotheken met groot-handel, Apotheek en Huisartsen onder één dak (AHOED), Gezondheidscentra onder één dak (GOED), verzekeraar als eigenaar van gezondheidscentra, zorggroepen) als van horizontale integratie (ketenapotheken zonder groothandel). In 2006 zijn bijna 1000 apotheken (van de 1825 vestigingen, dat wil zeggen meer dan 53%) aangesloten bij of eigendom van een keten. Ook de vorming van groepspraktijken bij huisartsen valt op. In 1991 waren er nog 180 groepspraktijken in Nederland, terwijl het aantal in 2004 al 588¹ was. Daarnaast is er een gestage groei van het aantal gezondheidscentra: van 135 in 2003 naar 280 in 2006.²

Deze trend heeft verschillende oorzaken. Enerzijds zijn er de zorginhoudelijke argumenten voor verdere samenwerking en interactie. Gezondheidscentra leveren verschillende zorgdiensten onder één dak, waardoor de dienstverlening en zorginhoudelijke afstemming worden gestimuleerd.

Anderzijds moet worden beseft dat er in de farmaceutische kolom een grote strijd gaande is om het marktaandeel. Dat is niet vreemd in een verdringingsmarkt. Immers, hoewel het financiële volume van de geneesmiddelenvoorziening toeneemt, zowel door de kosten per geneesmiddel als het aantal voorschriften, groeit het aantal klanten/gebruikers slechts beperkt. Voor een gezonde bedrijfsvoering is het dus van belang om zoveel mogelijk klanten te kunnen bedienen. Kapitaalkrachtige financiers kopen apotheken op. Die hebben groot belang bij het genereren en garanderen van een substantiële patiëntenstroom om voldoende omzet te kunnen maken. Dit is een duidelijke vorm van voorwaartse ketenintegratie. Het gevolg is tevens dat er nieuwe fenomenen de kop opsteken, zoals internetapotheken en unieke leveringen.

Alle spelers in de farmakolom, dus niet alleen de ketens, vertonen als gevolg van deze ontwikkelingen beschermend of offensief gedrag waar het gaat om het eigen marktaandeel. Deze marktwerking is ook zichtbaar op het niveau van openbare apothekers, want die moeten zich verweren tegen dat gedrag of zich laten inlijven door de leveranciers. De apothekers zoeken daarbij naar garanties voor hun afzetkanaal en gaan allerlei constructies aan met de voorschrijvers om het eigen marktaandeel te beschermen (AHOED, GOED). De apotheekhoudende huisartsen voelen zich eveneens genoodzaakt om beschermend op te treden. Soms stoten meerdere apotheekhoudende huisartsen hun apotheekdeel af en richten zelf een apotheek op, en laten een apotheker zich inkopen. De apotheker is dan in ieder geval afhankelijk van de aanvoer van patiënten door de huisartsen en staat dan zelf onder druk. Deze situatie is zeer gevoelig voor het uitspelen van onderlinge belangen, want er zal ook sprake zijn van een wederzijdse afhankelijkheid als de apotheker zijn praktijkaankoop moet bekostigen uit de productie van dezelfde huisartsen.

¹ Bron: NIVEL onderzoek naar samenwerking in de eerste lijn, 2006.

² Bron: CBS 2006.

De conclusie is dan ook dat in de huidige marktsituatie er duidelijke risico's zijn van belangenverstremgeling. Gegeven dat het daarbij vooral gaat om het veroveren van marktaandeel, is het zekerstellen van omzet daarbij dominant, ofwel is het gevaar van patiëntensturing potentieel groter dan beïnvloeding van voorschrijfgedrag.

Belangenverstremgeling komt op dit moment ook voor, maar nog in beperkte mate

Ondanks bovenstaande ontwikkeling, wordt een grote omvang (in aantal gevallen) van concrete belangenverstremgeling tussen artsen en apothekhoudenden op dit moment door ons onwaarschijnlijk geacht. Slechts in geringe aantallen zijn deze gevallen in de bestudeerde documenten en uitgevoerde interviews gevonden. Daarbij komt dat daarbij veelal wordt verwezen naar dezelfde casussen.

Deze conclusie wordt onderbouwd door de resultaten van de uitgevoerde diepteonderzoeken. Er zijn geen gevallen waargenomen waarbij sprake is van financiële belangenverstremgeling. Daarnaast blijkt dat in alle onderzochte gevallen de risico's van belangenverstremgeling tussen arts en apothekers worden verlaagd door een diversiteit van kenmerken van de constructies, zoals de stichtingsvorm als eigendomsconstructie, loondienstverhoudingen, evidence based formularia, etc.

Behalve dat de waarnemingen de conclusie van een waarschijnlijk geringe omvang van belangenverstremgeling tussen arts en apotheker in de huidige situatie onderbouwen, is er tevens een aantal ondersteunende verklaringen:

- (a) Professionaliteit en onafhankelijkheid domineren andere belangen;
- (b) Samenwerkingsvormen zijn veelal voortgekomen vanuit zorginhoudelijk perspectief;
- (c) Samenwerkingsvormen die vaak worden gezien als belangenverstremgeling zijn dat (op dit moment nog) niet;
- (d) Eventuele 'verboden' afspraken worden niet snel openbaar;
- (e) Belangenverstremgeling komt nu al wel voor en wordt vooral veroorzaakt door de eigendomsconstructie.

Huisartsen werken volgens de NHG-standaarden en protocollen en er vindt in FTO's afstemming plaats over therapie en doelmatigheid. FTO's kunnen in enkele gevallen gedomineerd worden door de apotheker, maar de indruk bestaat dat dit niet op grote schaal leidt tot ongewenste beïnvloeding van voorschrijfgedrag.

De meeste samenwerkingsvormen tussen arts en apothekhoudende (of voorschrijver en afleveraar) vloeien voort uit de wens om samen te werken om de zorg voor de patiënt te verbeteren. Feitelijk is dit waar te nemen op alle schalen van organisaties:

- (a) Apothekhoudende huisartsen - ontstaan vanuit de noodzaak van toegankelijkheid van de zorg;
- (b) AHOED en GOED - ontstaan om geïntegreerd aanbod van eerstelijnszorg (zorg onder één dak) te bieden;
- (c) Zorggroepen - ontstaan om samenwerkende gezondheidszorg in gemeenten (geïntegreerd en afgestemd aanbod van zorg in de breedte) te bieden aan de inwoners.

Vanuit deze achtergrond, hebben de betrokken beroepsbeoefenaren een sterk zorginhoudelijk perspectief om de zorg vorm te geven. De organisatievorm sluit hierbij naadloos aan: AHOED, GOED en zorggroepen hebben vrijwel altijd een stichtingsstructuur, dat wil zeggen zonder winst-oogmerk, waarbij de zorgverleners veelal in loondienst zijn. Belangenverstrengeling tussen arts en apothekhoudende is dan ook in de praktijk bij deze organisaties op dit moment niet of nauwelijks aan de orde.

Hoewel ontstaan vanuit zorginhoudelijke achtergrond, vraagt de dubbelrol van de apothekhoudende huisarts in termen van belangenverstrengeling wel speciale aandacht.

Belangenverstrengeling is een beladen term, die voorzichtig moet worden toegepast. Daar waar er wellicht op het eerste gezicht aanwijzingen lijken te zijn voor belangenverstrengeling, behoeft dat niet zo te zijn. In de literatuur en ook in de interviews is geregeld melding gemaakt van belangenverstrengeling in het geval dat de apotheker (bij een AHOED of GOED) een disproportioneel deel van de huisvestings- of ICT-kosten voor zijn rekening neemt. Dit betekent dat de kosten van de huisarts lager zijn als gevolg van de gevolgde kostenstrategie van de apotheker. De apotheker neemt een groter deel voor zijn rekening om de huisarts te binden aan de apotheker wat betreft de locatie. Hiermee zijn stromen klanten (volumes) beter gewaarborgd. Toch is de vraag gerechtvaardigd of dit zal leiden tot ander voorschrijfgedrag. Het inkomen van de huisarts verandert immers niet door een ander voorschrijfgedrag of door een groter volume bij de apothek. De huisarts heeft er echter wel belang bij om bij de apotheker in één vestiging te blijven om de huisvestingslasten laag te houden. Er is dus wel een vorm van binding tussen arts en apothekhoudende. In deze situaties kan sprake zijn van een vorm van sturing van klanten door de huisarts naar de betreffende apotheker. Toch is lastig vast te stellen of zich in dit geval een andere situatie voordoet dan wanneer huisarts en apotheker in één gezondheidscentrum zitten, zónder de voornoemde 'subsidie'. Voor het vertrouwen van de burger in de gezondheidszorg en het belang van integriteit in de gezondheidszorg moet dit type constructies tussen artsen en apothekhoudenden die "de schijn tegen hebben" worden vermeden.

Bedacht moet worden dat het aantal concrete gevallen van belangenverstremgeling zoals we die uit de interviews horen en uit de desk research hebben geïnventariseerd, ook niet groot hoeft te zijn, omdat de echte verboden afspraken niet zichtbaar en/of bekend zijn.

Ondanks dat het nog op kleine schaal lijkt voor te komen, zijn er in de huidige situatie al enkele voorbeelden te noemen, waar een vorm van belangenverstremgeling tussen arts en apotheekhoudende kan optreden:

- (a) Eigendom van AHOED of GOED (c.q. alleen het onroerend goed) in handen van huisarts(en), apotheekhoudende(n), zorgverzekeraar of andere rechtspersoon met een geheel of gedeeltelijk winstoogmerk;
- (b) De apotheekhoudende huisarts, die feitelijk een eenmanszaak heeft, waarin voorschrijven en afleveren zijn verenigd.

Doordat sprake is van een (juridische) eigendomsconstructie met een geheel of gedeeltelijk winstoogmerk, is per definitie sprake van belangenverstremgeling. Immers, zowel de voorschrijver als de verstrekker van geneesmiddelen zijn onderdeel van een organisatie die een ander (financieel) belang heeft dan uitsluitend een zorginhoudelijk belang. Ongeacht of de huisarts of de apotheekhoudende eigenaar is, kan er spanning komen op het onafhankelijk voorschrijven en leveren. Immers, de eventuele inkoopvoordelen en omzetten vallen ten gunste van de organisatie/ eigenaar, die - afhankelijk van de gekozen juridische verhoudingen tussen de organisatie en de voorschrijver/verstrekker - directe of indirecte druk kan uitoefenen.

Voor de zorgverzekeraar als eigenaar geldt een vergelijkbaar spanningsveld. Het beïnvloeden van het formularium via de eigendomsconstructie is namelijk eveneens niet uitgesloten. Hierbij moet echter wel worden bedacht dat de zorgverzekeraar als vertegenwoordiger van de klant/ patiënt de taak heeft om kwalitatief hoogwaardige zorg en doelmatigheid te combineren. Vraag is of een eigendomsconstructie daarbij wezenlijk anders is dan een contract met de zorgaanbieders, waarmee dezelfde doelstellingen worden nagestreefd.

Wat betreft de apotheekhoudende huisarts moet de dubbelrol van voorschrijver en verstrekker van geneesmiddelen met de gegeven definitie worden beschouwd als een belangenverstremgeling in één persoon verenigd. Immers, dit zou kunnen leiden tot voorkeursgedrag bij voorschrift voor levering van geneesmiddelen waarop de apotheekhoudende huisarts inkoopvoordelen behaalt.

Wanneer we de verschillende constructies beschouwen die in de huidige situatie tot een vorm van belangenverstremgeling zouden kunnen leiden waar het gaat om de relatie tussen arts en apotheekhoudende, dan betreffen dit vrijwel allemaal stichtingsvormen. De conclusie is dan ook dat belangenverstremgeling op dit moment nog in beperkte mate voorkomt.

Belangenverstrengeling zal naar verwachting (sterk) toenemen

De verwachting is gerechtvaardigd dat zowel verticale als horizontale integratie in de farmakolom verder zullen toenemen. Immers, vanuit het perspectief van de zorg zal de behoefte aan samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders toenemen:

- (a) Meer vrouwen die in het vak van huisarts of apotheker instromen, en minder vaak fulltime werken;
- (b) Beroepsbeoefenaren willen meer samenwerken en minder solo, omdat de continuïteit en 24-uursservice onder druk kwam te staan;
- (c) De wens tot meer collegiale toetsing en het toepassen van multidisciplinaire kennis;
- (d) Behoeftte aan gemak voor patiënten die steeds meer hun zorg in een gebouw willen bezoeken ("*one-stop-shopping*");
- (e) Ketenzorg voor speciale doelgroepen;
- (f) Het onderzoeken en uitwerken van innovatieve en doelmatige zorgconcepten.

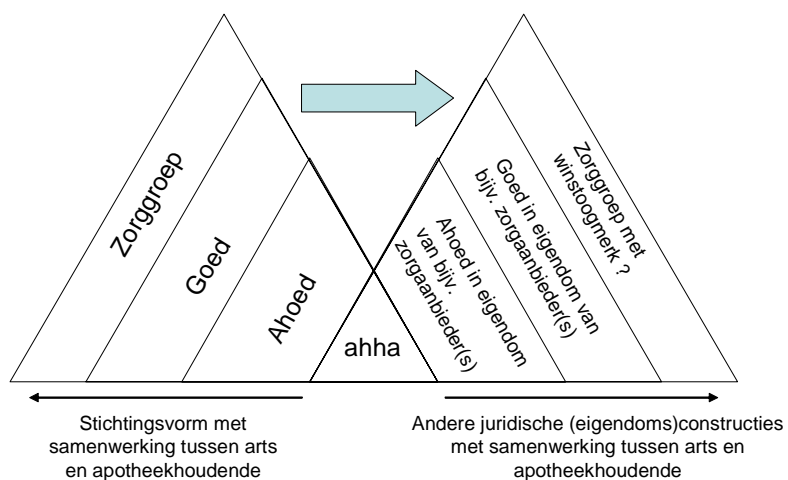
Belangrijker echter is dat de markt van farmaceutische zorg, en met name waar het gaat om de levering van geneesmiddelen, zich naar verwachting zal blijven gedragen als een verdringingsmarkt. De strijd om marktaandeel zal in dat geval onverminderd hevig blijven. Omzetsturing kan dan verder worden gegarandeerd door het aangaan van samenwerkingsverbanden tussen arts en apotheekhoudende. Patiëntsturing door de huisarts (bewust of vanuit de lokatie gedreven) naar de apotheker waarborgt dan het marktaandeel en omzet.

Daarnaast verwachten wij dat de juridische eigendomsvormen van de zorgorganisaties in de komende jaren zullen veranderen. In toenemende mate zal de stichting verdwijnen en plaatsmaken voor eigendomsvormen als de BV. Tot 1 januari 2007 was de stichtingsvorm als verhuurder/beheerder van het onroerend goed van gezondheidscentra een vormvereiste voor het verkrijgen van subsidie voor gezondheidscentra. Dit heeft ertoe geleid dat op dit moment het overgrote deel van de gezondheidscentra een stichting betreft. In combinatie met voornoemde ontwikkelingen, waarbij financiers steeds meer interesse zullen krijgen voor de markt, maar ook zorgaanbieders vanuit zorginhoudelijk én financieel oogpunt geïnteresseerd zullen zijn in samenwerkingsvormen, zal het aantal eigendomsvormen in gezondheidscentra en andere geïntegreerde zorgconcepten toenemen.

Ook de marktwerking in de zorg zal ertoe leiden dat juridische eigendomsvormen zoals de BV in aantal gaan stijgen. Dit betekent dat de eigendomsvorm geen belemmering meer gaat zijn voor het opereren met een winstoogmerk.

In toenemende mate zullen de aandeelhouders (wat ook zorgaanbieders als huisartsen en apotheekhoudenden kunnen zijn), daarom niet uitsluitend meer sturen op de zorginhoud, maar zullen deze ook financiële sturing uitoefenen. Zeker is dat er financiële afhankelijkheden gaan ontstaan tussen arts en apotheekhoudenden, daar waar het gaat om de AHOED, GOED en zorggroepen.

Met andere woorden, er vindt een verschuiving plaats van de stichtingsvorm (links in onderstaande figuur) naar andere constructies (rechts in de onderstaande figuur).



Wet- en regelgeving rond belangenverstrengeling in omliggende landen

In onderstaande tabel zijn de resultaten van de inventarisatie van wet- en regelgeving in België, Frankrijk, Duitsland en Groot-Brittannië weergegeven.

	België	Frankrijk	Duitsland	Groot-Brittannië
Is de functie van huisarts en apotheek in een persoon (apothekhoudend huisarts) verenigbaar?	Formeel niet. Apothekhoudend en huisartsen gedoogd tot 1-5-2007	Nee	Nee	Ja
Kunnen huisartsen aandelen hebben in apotheken?	Nee	Nee	Nee	Ja
Kunnen huisartsen aandelen hebben in farmaceutische groothandel/industrie?	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend	Ja
Zijn er samenwerkingsverbanden gelijkend op AHOED- of GOED-constructies?	Nee	Nee	Nee	Nee
Kunnen apotheken onderdeel uitmaken een ketenorganisatie?	Ja	Nee	Apotheker mag maximaal vier apotheken beheren	Ja
Zijn er wettelijke bepalingen op voorschrijfgedrag?	Ja, incentives voor een minimaal % generiek voorschrift	Ja, incentives voor meer generiek voorschrift, maar weinig effectief tot op heden	Apotheker verstrekt in principe generiek tenzij anders voorgeschreven. Patiënt moet soms bijbetalen. Systeem van geneesmiddelreferentiegroepen	Ja, zoveel mogelijk generiek voorschrift

De conclusie is dat – met uitzondering van Groot-Brittannië - de omliggende EU-landen wet- en regelgeving hebben die, uitgaande van de geïnventariseerde kenmerken en de daarover beschikbare informatie, de risico's van c.q. de voedingsbodem voor belangenverstrengeling kleiner maken dan in Nederland.

I Achtergronden en opzet van het onderzoek

Achtergrond en aanleiding

101 In de Tweede Kamer is uitvoerig gedebatteerd bij de behandeling van de Geneesmiddelenwet over de gevolgen van de toenemende samenwerking in de eerstelijnszorg. Zorgpunt is beïnvloeding van winstgedreven handelen door artsen en apothekhoudenden op de voorschriften. Dit handelen conflicteert mogelijk met de belangen van de consument waardoor de zorg voor die patiënt niet optimaal hoeft te zijn.

102 Tegelijkertijd is het evident dat voor het optimaliseren van de zorg voor de consument samenwerking tussen huisarts en apotheek vereist is. Het is niet uitgesloten dat, in het belang van de consument, een kostenverrekening onderdeel uitmaakt van de samenwerking. Dit staat niet noodzakelijkerwijs kwalitatief goede zorg in de weg. Dit roept direct de vraag op in welke samenwerkingsverbanden er wel en in welke samenwerkingsverbanden er geen beïnvloeding is op het voorschrift.

103 In de Tweede Kamer zijn de volgende vragen gesteld³:

- (a) Op welke schaal vindt belangenverstremgeling tussen artsen en apothekers plaats?
- (b) In welke mate komen de volgende vormen van belangenverstremgeling voor?
 - (i) Huisartsen die een financieel belang in een apotheek hebben;
 - (ii) Apothekers die een financieel belang hebben in huisartsenpraktijken;
 - (iii) Constructies met medisch specialisten;
- (c) Wat is de kans op financiële claims als de belangenverstremgeling wordt teruggedraaid;
- (d) Wat is de mate waarin belangenverstremgeling tussen arts en apotheker niet kan worden verboden maar wel onwenselijk is.

³ Kamerstukken II 2005 - 2006, 26359, nr. 90.

104 De minister van VWS heeft daarom op 18 mei 2006 toegezegd aan de Tweede Kamer een 'onderzoek naar de juridische en feitelijke constructies met betrekking tot de samenwerking tussen arts en apotheekhoudenden'. Op basis van het onderzoek wordt bezien of artikel 19 BUA, zoals opgenomen in artikel 11 van het conceptbesluit Geneesmiddelenwet, aanvulling behoeft. De NZa heeft - in opdracht van het Ministerie van VWS - opdracht aan Significant gegeven tot de uitvoering van het onderzoek. Voorliggend document bevat de eindrapportage van het onderzoek.

105 Een tweetal kamervragen vormde geen onderdeel van de onderzoeksvraag. Deze zijn daarom niet in dit onderzoek beantwoord. Het betreft de volgende vragen:

- (a) Welke beperkingen moeten aan samenwerking en (financiële) belangenverstremgeling worden gesteld?
- (b) Hoe kan worden voorkomen dat juist gewenste vormen van samenwerking worden gehinderd door die beperkingen?

Doelstelling onderzoek

106 De doelstelling van dit onderzoek, naar de samenwerking en belangenverstremgeling in de eerstelijnszorg, is het geven van:

- (a) Een beschrijving van de verticale integratie in de bedrijfskolom;
- (b) Een beschrijving van de vormen van de huidige samenwerking en (financiële) belangenverstremgeling tussen artsen en apotheekhoudenden;
- (c) Een beschrijving van de beperkingen in overige EU-landen ten aanzien van financiële belangenverstremgeling tussen artsen en apotheekhoudenden.

107 De beschrijvingen richten zich op de feitelijke huidige situatie, niet op meningen. De beschrijving van de beperkingen in overige EU-landen is in overleg met de opdrachtgever gegeven voor Groot-Brittannië, België, Frankrijk en Duitsland.

Intermezzo: Definitie van 'integratie'

In de eerste onderzoeksvraag wordt verwezen naar het begrip 'verticale integratie'. Het is daarom van belang om dit begrip en de tegenhanger horizontale integratie helder te definiëren.

Verticale integratie

Verticale integratie wordt voor dit onderzoek gedefinieerd als een vorm van samenwerking (al dan niet in de vorm van een juridische constructie) tussen (lagen van) verschillende beroepsbeoefenaren of aanbieders in de farma-/distributieketen.

De doelstellingen van verticale integratie kunnen daarbij divers van aard zijn, maar hebben veelal betrekking op:

- (a) Het verbeteren van de zorgorganisatie, zorgtoegang of patiëntenlogistiek;
- (b) Het verkrijgen van bedrijfsmatige kostenvoordelen door de afzonderlijke praktijken in een gezamenlijke operationele eenheid te voeren;
- (c) Het genereren van inkoop- c.q. verkoopvoordelen door schaalgrootte;
- (d) Het verkrijgen van financiële participaties in ondernemingen hoger of lager in de keten.

Horizontale integratie

Horizontale integratie wordt in dit onderzoek gedefinieerd als een vorm van samenwerking (al dan niet in de vorm van een juridische constructie) tussen dezelfde beroepsbeoefenaren of aanbieders in de farma-/distributieketen.

Ook bij horizontale integratie kunnen de doelstellingen divers van aard zijn:

- (a) Het verbeteren van zorgorganisatie, zorgtoegang of patiëntenlogistiek;
- (b) Het verkrijgen van bedrijfsmatige kostenvoordelen door de afzonderlijke praktijken in een gezamenlijke operationele eenheid te voeren;
- (c) Het genereren van inkoop- c.q. verkoopvoordelen door schaalgrootte.

Onderzoeksopzet

I 08 Het onderzoek maakt gebruik van drie methoden van gegevensverzameling, die naar aard en doel verschillen:

- (a) Deskresearch;
- (b) Interviews;
- (c) Diepteonderzoeken.

I 09 Voor de beschrijving van de farmaceutische kolom en de internationale regelgeving is gebruik gemaakt van deskresearch en interviews.

I 10 Voor de beschrijving van de samenwerkingsvormen zijn, naast de deskresearch en interviews, diepteonderzoeken uitgevoerd. De diepteonderzoeken hadden als doel vast te stellen welke samenwerkingsvormen er in de praktijk voorkomen en wat de eigenschappen van deze samenwerkingsvormen zijn.

Deskresearch

I 11 De deskresearch maakt een belangrijk onderdeel uit van dit onderzoek. De volgende onderzoekselementen zijn hierdoor gevoed: de inhoudelijke voorbereiding van de interviews en diepteonderzoeken, de selectie van de geïnterviewden en organisaties die zijn benaderd voor het diepteonderzoek en de beantwoording van de onderzoeksvraag naar internationale wet- en regelgeving.

I 12 Er is gebruikgemaakt van de volgende bronnen⁴:

- (a) Websites van VWS, ZN, CvZ, NZa, SFK, KNMP, LHV, RIVM, DVG, LVG, EU en van websites van diverse universiteiten, belangenverenigingen, apotheken, groothandels, zorgverzekeraars, onderzoeksbureaus;
- (b) Telefoongesprekken met functionarissen die bepaalde aspecten van de onderzoeksvragen vanuit hun professie konden toelichten;
- (c) Diverse publicaties die via internet beschikbaar zijn, bijvoorbeeld via VWS, CVz, St. Farmaceutische kengetallen (SFK);
- (d) Jaarverslagen van diverse partijen.

I 13 In bijlage D staat een volledig overzicht van de geraadpleegde bronnen.

⁴ Voor verduidelijking gebruikte afkortingen zie bijlage C. Begrippenlijst en afkortingen.

Interviews

Selectie geïnterviewden

I 14 In overleg met de opdrachtgever is een lijst opgesteld met stakeholders en deskundigen op het gebied van geneesmiddelenvoorziening in de eerstelijnszorg. Uitgangspunt hierbij is het afdekken van het eerstelijnszorgveld en de farmaceutische kolom, zonder dat het veld te zwaar met dit onderzoek werd belast.

I 15 Gesproken is met vertegenwoordigers van:

- (a) belangenverenigingen:
 - (i) KNMP;
 - (ii) LHV;
 - (iii) AHC (Apotheekhoudend Huisartsen Coöperatie);
 - (iv) LVG (Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns);
 - (v) ASKA (koepel van ketenapotheken);
 - (vi) SOFA (belangenbehartiger van apothekhoudende huisartsen);
- (b) beleidsvormende partijen als VWS, CVZ, NZa;
- (c) DGV (Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik);
- (d) deskundigen bij enkele zorgverzekeraars;
- (e) deskundigen bij universiteiten;
- (f) enkele ondernemers die zich op het terrein van de geneesmiddelenverstrekking hebben gemanifesteerd als vernieuwend en die een nieuw soort ondernemingen hebben opgezet;
- (g) Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), waarmee een telefonisch interview werd gehouden.

Werkwijze interviews

I 16 Alle geïnterviewden zijn telefonisch uitgenodigd voor een interview van circa anderhalf uur. Alle geïnterviewden ontvingen, voorafgaand aan het interview, achtergrondinformatie en een korte checklist met daarin de te bespreken onderwerpen. In de achtergrondinformatie werd de anonimiteit van de geïnterviewden benadrukt. Om die reden zijn de namen van de geïnterviewden niet in dit rapport vermeld. Van de interviews zijn korte verslagen gemaakt ter ondersteuning van de uitwerking. De 17 interviews zijn afgenomen in februari 2007.

Intermezzo: Definitie van het begrip 'belangenverstremgeling'

Om de doelstellingen van het onderzoek te kunnen realiseren, is definitie van het begrip 'belangenverstremgeling' vereist. Het begrip (financiële) belangenverstremgeling is op voorhand niet eenduidig te definiëren. De in het onderzoek gehanteerde definitie is gebaseerd op een vrijwel uniforme definitie zoals die door de geïnterviewden is gegeven. Dit eenduidige begrip wordt hieronder weergegeven.

De arts kan de zorg voor de patiënt of de keuze door de patiënt wat betreft farmaceutische zorg en geneesmiddelenvoorziening beïnvloeden door:

- (a) (de inhoud van) het voorschrijven van geneesmiddelen;
- (b) het sturen van de patiënt richting een specifieke zorgaanbieder.

Voor beide mogelijkheden van sturing door de arts geldt dat de keuze van de arts uitsluitend op zorginhoudelijke (kwalitatieve) gronden moet plaatsvinden. Als er zorginhoudelijke gelijke alternatieven zijn, dan moet doelmatigheid van de zorg doorslaggevend zijn. Of anders gezegd: een zinnig en zuinig voorschrijf- en afleverbeleid.

Op grond van bovenstaande zijn de volgende definities in dit onderzoek gehanteerd:

Als andere (bijvoorbeeld financiële) aspecten dan de kwaliteit van de zorg bepalend zijn voor het handelen van de arts (verwijzing, sturing naar een zorgaanbieder), dan is sprake van *ongewenst gedrag*.

Van *belangenverstremgeling* tussen arts en apotheekhoudende is dan sprake als dit *ongewenste gedrag* kan voortvloeien uit de (al dan niet financieel-economische of juridische) relatie tussen de arts en apotheekhoudende.

Diepteonderzoeken

Selectie organisaties voor het diepteonderzoek

I 17 Uit de interviews, de deskresearch en de kenmerken van de farmakolom zijn namen gekomen van organisaties die als voorbeeld kunnen dienen voor het beschrijven van de mogelijke samenwerkingsvormen tussen arts en apotheekhoudende. In overleg met de opdrachtgever is vervolgens een lijst opgesteld met de organisaties die voor het diepteonderzoek zijn benaderd. Op deze lijst kwamen de volgende organisatietypen voor:

- (a) Gezondheidscentra;
- (b) Zorggroepen;
- (c) Recent gevestigde apothekers;
- (d) Recent overgedragen apotheekdelen van apotheekhoudende huisartsen;
- (e) Poliklinische apotheken.

I 18 Binnen de kaders van het onderzoek is vervolgens een selectie gemaakt van organisaties die tezamen een goed beeld konden geven van de te onderzoeken constructies, zie onderstaande tabel.

Type samenwerkingsvorm/constructie	Aantal diepteonderzoeken
Gezondheidscentra	2
Zorggroepen	3
Recent gevestigde apothekers	3
Recent overgedragen apotheekdelen van apotheekhoudende huisartsen	2
Poliklinische apotheken	3
Totaal	13

Tabel I.1: Overzicht van aantal uitgevoerde diepteonderzoeken per type constructie

I 19 De geselecteerde organisaties zijn telefonisch en schriftelijk benaderd om mee te werken aan een diepteonderzoek. Op basis van artikel 61 WMG is door de NZa aan de benaderde organisaties verzocht medewerking te verlenen aan het onderzoek. De begeleidende (mandaat)-brief is opgenomen in bijlage A van dit rapport.

Doel van de diepteonderzoeken

120 Doel van de diepteonderzoeken is het vaststellen of en op welke wijze in de gegeven constructie of specifieke situatie financiële belangenverstremgeling door betrokken partijen wordt voorkomen.

121 De doelstellingen van de diepteonderzoeken zijn derhalve tweeledig:

- (a) I Het inventariseren van de aan- of afwezigheid van signalen en/of risicoverhogende factoren voor een ongewenste financiële belangenverstremgeling. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het onderzoek niet beoogt om individuele gevallen van ongewenste financiële belangenverstremgeling te identificeren, maar veeleer de betreffende constructie te beschrijven;
- (b) II Gegeven deze feitelijke omstandigheden: gericht onderzoek naar de aantoonbaarheid van preventieve maatregelen ter voorkoming van een ongewenste financiële belangenverstremgeling.

122 Het diepteonderzoek is als volgt opgezet:

- (a) Ter bepaling van de eventuele aanwezigheid van risicoverhogende factoren (doelstelling I):
 - (i) Vaststellen van de (directe of indirecte) feitelijke eigendomsverhoudingen van in de constructie betrokken apotheken en huisartsen (met name gericht op onderlinge winstparticipaties);
 - (ii) Inventariseren van de aanwezigheid van overige risicoverhogende omstandigheden op ongewenste financiële belangenverstremgeling. Bijvoorbeeld huisartsen en apotheek in een AHOED (apotheker en huisarts onder een dak) maken gezamenlijk gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem, waarbij de keuze van de afleverapotheek niet als een standaard vrije waarde in het systeem is aangegeven;
 - (iii) Inventarisatie van feitelijke omstandigheden die het risico van belangenverstremgelingen verlagen. Bijvoorbeeld: de apotheekhoudende huisarts heeft zijn apotheekdeel winstafhankelijk verkocht, maar is zelf ook gestopt als huisarts;
 - (iv) Vaststellen van de aard en omvang van betalingen tussen betrokken apotheken en huisartsen (rechtstreeks onderling of via gelieerde vennootschappen);
- (b) Ter bepaling van eventuele aantoonbare preventieve maatregelen (doelstelling II):
 - (i) Inventarisatie en vaststelling van specifiek getroffen maatregelen die een ongewenste financiële belangenverstremgeling voorkomen. Bijvoorbeeld: huisartsen in een Zorggroep werken volgens de instructie dat eerste voorschriften altijd als uitgeschreven recept worden meegegeven aan de patiënten.

Werkwijze diepteonderzoeken

123 Er is na een telefonische afspraak en toezending van een brief met de werkwijze en achtergronden van het onderzoek, vergezeld door de mandaatbrief van de NZa, een onderzoek gedaan op de werkplek van de te onderzoeken entiteit.

124 De werkzaamheden omvatten interviews met diverse betrokkenen, waarnemingen ter plaatse, raadpleging van diverse (administratieve) bescheiden zoals jaarrekeningen, businessplannen, overeenkomsten en procedurebeschrijvingen.

Indeling van het rapport

125 Hoofdstuk 2 beschrijft de geïnventariseerde samenwerkingsvormen tussen artsen en apotheekhoudenden en de (verticale) integratie in de bedrijfskolom. Met andere woorden, hoofdstuk 2 beantwoordt de eerste onderzoeksvraag geheel en de tweede onderzoeksvraag voor een groot deel. Immers, de samenwerkingsvormen worden beschreven, maar de vraag of sprake is van belangenverstremming wordt niet beantwoord.

126 In hoofdstuk 3 worden de waargenomen samenwerkingsvormen beschouwd vanuit het oogpunt van (financiële) belangenverstremming en worden enkele conclusies getrokken over de relatie met de marktsituatie nu en de verwachte ontwikkelingen in de toekomst. Met nadruk wijzen wij erop dat er geen oordeel wordt gevormd over individuele gevallen of de (on)wenselijkheid van bepaalde constructies.

127 Hoofdstuk 4 gaat in op de situatie wat betreft EU-regelgeving ten aanzien van belangenverstremming in enkele landen.

2 Samenwerkingsvormen en constructies in de farmaceutische kolom

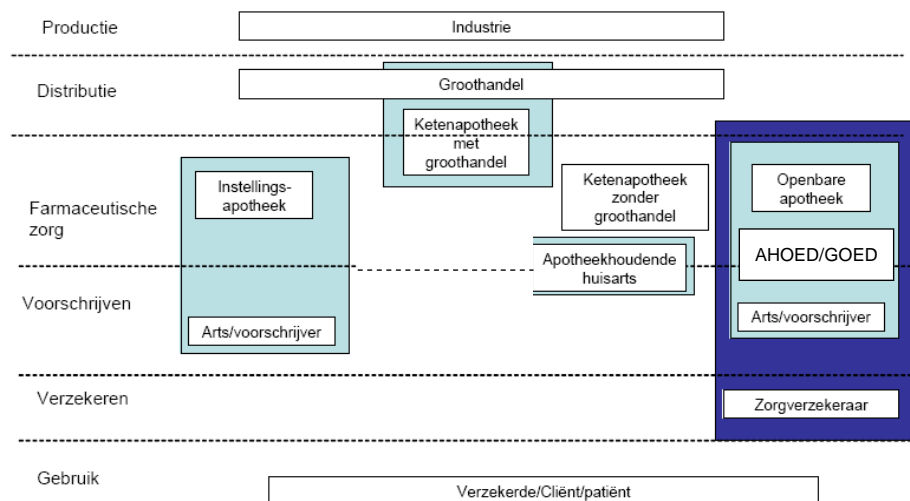
201 In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de verschillende vormen van samenwerking die optreden in de farmaceutische kolom (farmakolom). Eerst wordt een overzicht gegeven van de samenwerkingsvormen die kunnen voorkomen. Vervolgens wordt er per samenwerkingsvorm een beschrijving gegeven van verschillende aspecten:

- (a) De doelstelling, dat wil zeggen de motivering om voor deze vorm van samenwerking te kiezen;
- (b) Het eigendom en de zeggenschap in de samenwerkingsvorm;
- (c) De taak en functiescheiding voor wat betreft het voorschrijven en het leveren van geneesmiddelen;
- (d) Financiële aspecten van de samenwerkingsvorm;
- (e) Zorgtechnische aspecten van de samenwerkingsvorm;
- (f) Kengetallen die een indicatie geven van de mate waarin de samenwerkingsvorm voorkomt;
- (g) De marktdynamiek die kan leiden tot een toename of afname in deze samenwerkingsvorm.

Overzicht van verschillende samenwerkingsvormen

202 De verschillende samenwerkingsvormen⁵ in de farmakolom zijn op hoofdlijnen samengevat in onderstaand schema. Dit schema geeft daarmee een overzichtelijk beeld van de relaties en afhankelijkheden in de markt.

⁵ Onder een samenwerkingsvorm verstaan we een formele dan wel informele vorm van samenwerking die plaatsvindt tussen zorgverleners en/of andere spelers die in de farmakolom opereren.



Figuur 2.1: overzicht van samenwerkingsvormen in de farmakolom

203 Zoals in het schema is weergegeven worden diverse functies onderscheiden binnen de farmakolom:

- (a) Productie van geneesmiddelen (industrie);
- (b) Distributie van geneesmiddelen (groothandel);
- (c) Farmaceutische zorg/levering van geneesmiddelen aan de patiënt (apothekers);
- (d) Voorschrijven van geneesmiddelen (huisartsen);
- (e) Verzekeren van de kosten van geneesmiddelenverstrekking (zorgverzekeraars);
- (f) Gebruik van geneesmiddelen (patiënten).

204 Het onderzoek richt zich met name op de samenwerking en belangenverstrengeling tussen arts en apothekhoudende. Om de relaties tussen deze beide beroepsbeoefenaren goed te kunnen plaatsen, dienen deze in perspectief te kunnen worden geplaatst. Om die reden is in bijlage B een beknopte beschrijving gegeven van deze beide markten van beroepsbeoefenaren. Er is daarbij niet gestreefd naar volledigheid, maar veeleer naar het geven van een achtergrond van aantallen en kenmerken als context voor de beschreven samenwerkingsvormen.

205 Om de samenwerkingsvormen en vormen van (verticale) integratie te structureren is gebruikgemaakt van een matrix die alle mogelijke vormen van samenwerking bevat. Onderstaand wordt een beeld geschetst van de mogelijkheden die bestaan in samenwerkingsverbanden. Een aantal velden van de matrix laten we in het onderzoek buiten beschouwing, omdat ze niet relevant zijn voor dit onderzoek. Deze velden zijn gemarkeerd met een "x".

Industrie	Groothandel	Verzekeraar	Apotheek	Huisarts	Patiënt	
x						Industrie
	x					Groothandel
		x				Verzekeraar
			x			Apotheek
				x		Huisarts
					x	Patiënt

Figuur 2.2: matrix van de mogelijke vormen van samenwerking

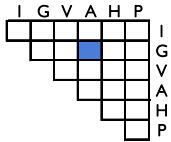
206 Met dit filter worden de volgende vormen van samenwerking beschreven:

- (a) Ketenapotheken met of zonder groothandel in de groep;
- (b) Formule ketenapotheken;
- (c) Apotheekhoudende huisartsen;
- (d) AHOED- en GOED-constructies;
- (e) Internetapotheken;
- (f) Poliklinische apotheek (transmurale apotheek);
- (g) Unieke levering door industrie of groothandel;
- (h) Zorggroepen;
- (i) Overlegvormen en andere vormen van samenwerking:
 - (i) Farmacotherapeutisch overleg (FTO);
 - (ii) Samenwerking op het gebied van automatisering;
 - (iii) Samenwerking met patiëntenverenigingen.

207 Bij de uitwerking van de constructies is bij elke vorm van samenwerking steeds in de marge in een minimatrix weergegeven welke partijen bij de samenwerkingsconstructie betrokken zijn. In de minimatrix worden alleen de eerste letters van de partijen gebruikt, bijvoorbeeld een I voor industrie en een G voor de groothandel. Ter illustratie is hieronder een voorbeeld van een AHOED weergegeven, die bestaat uit de samenwerking tussen de huisarts (H) en de apotheek (A).

I	G	V	A	H	P	
						I
						G
						V
						A
						H
						P

208 Dit hoofdstuk vormt zowel een feitelijke beschrijving van de farmakolom vanuit het perspectief van de verticale integratie, als een feitelijke beschrijving van samenwerking en (eventuele) financiële belangenverstrengeling. Daarbij wordt geen waardeoordeel gegeven over de vorm van samenwerken, maar zo feitelijk mogelijk weergegeven wat de effectieve vorm is. Daarnaast wordt vastgesteld of de samenwerking puur financieel is of ook zorgtechnische aspecten heeft die van belang zijn. De duiding van de waargenomen vormen van samenwerking en (financiële) belangenverstrengeling in termen van wenselijkheid en risico's is opgenomen in hoofdstuk 3.



209 De constructies worden hier als separate fenomenen gepresenteerd, maar uiteindelijk kunnen meerdere vormen van constructies met elkaar in combinatie bestaan, bijvoorbeeld een ketenapotheek die in een gezondheidscentrum deelneemt.

Ketenapotheken met of zonder groothandel in de groep

210 Liberalisering van de apotheekmarkt maakte het vanaf 1999 mogelijk dat niet-apothekers apotheken bezitten. Het opkopen van bestaande apotheken door met name farmaceutische groothandels, maar inmiddels ook door andere investeerders, is er de voornaamste reden van dat het percentage apotheken in bezit van apothekers is afgenomen van 80% in 2001 tot 70% eind 2005 (Bron SFK, Data en Feiten).

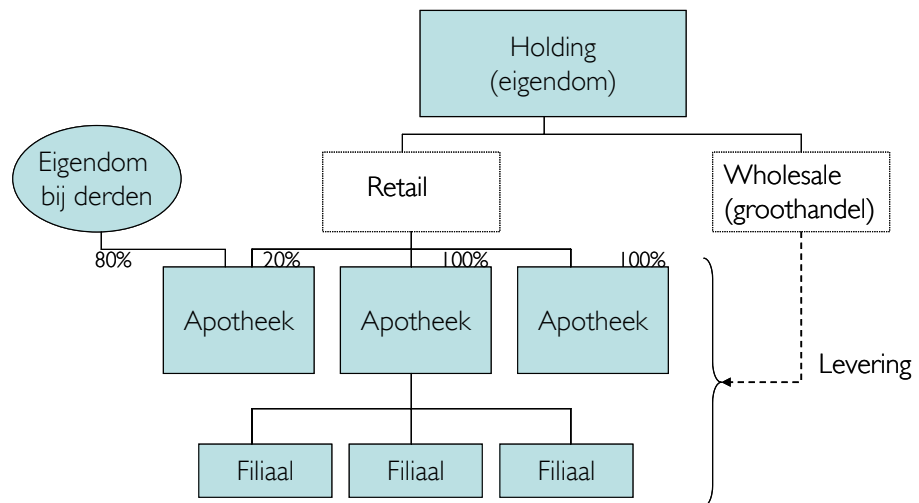
Doelstelling van de constructie

211 Belangrijkste doelstelling van deze constructie voor de keteneigenaar is het verkrijgen van een grote (afzet)markt, om daarmee verkoopkracht te creëren en te garanderen.

Eigendom en Zeggenschap

212 In deze constructie zijn de ketenapotheken onderdeel van een retail/wholesale organisatie waarin inkoop en distributie centraal zijn georganiseerd. Een daarboven vigerende holding is beslissend in de geneesmiddeleninkoop van de apotheek (bijvoorbeeld Mediveen, Brocacef, etc.). Het eigendom van de apotheek zal in veel gevallen in handen zijn van een holding van de gehele retail/wholesale organisatie.

213 Er is dan geen sprake meer van een privé persoon als apotheekeigenaar, en de apothekers zijn dan in loondienst. Bij deze ketenapotheken is de groothandel ('wholesale') een zuster van de apotheken ('retail') binnen hetzelfde concern. De apotheken hebben zelf geen direct eigendom in de groothandel, zie onderstaande figuur.



Figuur 2.3: eigendom bij ketenapotheken in combinatie met een groothandel

Organisatievorm

214 De apotheek bestaat meestal uit een B.V. met een of meer apothekers in loondienst.

Taak-/functiescheiding

215 De voorschrijver is niet direct betrokken bij de constructie en schrijft onafhankelijk van deze constructie recepten uit. De apotheker controleert de recepten en stelt zonodig bijstellingen voor waar dat vanuit zijn beroep nodig wordt geacht. Taak-/functiescheiding is wat dit betreft volledig aanwezig.

Financiële aspecten

216 Via deze constructie kunnen inkoopvoordelen op de eigen producten maximaal rendement opleveren. Immers, de marge op de geneesmiddelen (het verschil tussen de productiekosten en de verkoopwaarde) valt volledig toe aan de keten. Tussenliggende schakels krijgen geen deel van de marge.

217 Op de financiële aspecten wordt niet verder ingegaan. Immers, de samenwerkingsrelatie tussen de keten en de arts is niet anders dan tussen een zelfstandige apotheek en de voorschrijver.

Zorgtechnische aspecten

218 De ketenapotheek met groothandel zal een voorkeur hebben voor levering door de eigen groothandel. Uitgaande van de onafhankelijkheid van de voorschrijver die, zoals hiervoor is aangegeven, niet in het geding is, behoeft dit geen nadeel te zijn voor de klant/patiënt. Echter, er zijn ook geen zorginhoudelijke voordelen aantoonbaar te maken.

Kengetallen

Keten	Moederbedrijf	Met/zonder groothandel	Aantal apotheken 2006
Lloyds	Celesio AG Stuttgart	Met groothandel	56
Mediveen	OPG Groep	Met groothandel	220
Escura	Brocacef	Met groothandel	Ruim 80
De Vier Vijzels (opererend volgens formule Kring-apotheken)	Alliance Boots	Met groothandel	75
Serviceapotheken	Mosadex	Met groothandel	185
Apotheken in Overdracht. Vanaf dec. 2006 introductie Medsen-formule	Apotheken in Overdracht	Zonder groothandel	68
Kring-apotheken	Alliance Unichem 51%, VKAN BV 49%	Met groothandel	221
Spanhoff	Spanhoff	Zonder groothandel	20
Thio Pharma	Thio Pharma	Zonder groothandel	21
VAL	VAL	Met groothandel	21
Etos-apotheken	Ahold	Zonder groothandel	4
DA-apotheken	Drogisterij DA	Zonder groothandel	3

Tabel 2.1: overzicht van ketens (bronnen: Pharmaceutisch Weekblad 12 januari 2007, SFK, websites ketenorganisaties)

219 Groothandel Brocacef heeft de apotheken die voorheen onderdeel uitmaakten van de Farmassure-groep, ondergebracht in de februari 2006 geïntroduceerde formule Escura Apotheek. Het aantal eigen apotheken in Escura Apotheek bedraagt ruim 80. Daarnaast nemen ook zelfstandige apotheken deel aan deze formule.

Marktdynamiek

220 Er zit een bepaalde onvoorspelbaarheid in de dynamiek van de markt. Waar bepaalde ketens bestaan met een doelstelling die primair voortvloeit uit een wens vanuit een zorg-inhoudelijk perspectief, kan de beoogde onafhankelijkheid opeens weg zijn door een plotselinge overname. Er bestaat namelijk permanent gevaar dat welke constructie dan ook uiteindelijk wordt overgenomen door een vermogende buitenstaander. De farmaciewereld bestaat onder andere uit een aantal grote producenten; multinationals die zich ook zo gedragen en waarbij het niet vreemd is met fors kapitaal te investeren in het verwerven van een grotere afzetmarkt.

Een citaat uit jaarverslag Kringapotheken 2005:

“Eind november 2005 maakte de directie van Service Apotheken bekend dat ze de formule verkocht heeft aan de derde groothandel in Nederland: Mosadex. Een beweging die veel beroering veroorzaakte in de markt van zelfstandige apothekers, want Service Apotheek gebruikte haar onafhankelijkheid van de groothandel namelijk al jaren als belangrijkste concurrentievoordeel. De apothekers die zich om deze reden aansloten bij de Service Apotheekformule hebben in de pers laten weten ‘zich bedrogen’ te voelen. Door de overname van Service Apotheek door Mosadex ontstaat een viertal machtsblokken in de traditionele bedrijfstack:

- Kring-apotheek (Interpharm)
- Service Apotheek (Mosadex)
- Meditheek (Brocacef)
- Mediq Apotheek (OPG)”

221 Farmaceutische groothandel OPG en de apotheekketens LLOYDS Apotheken en de Vier Vijzels zijn - op enkele uitzondering na - 100% eigenaar van de apotheken die zij in bezit hebben. Op initiatief van vier grote apotheekorganisaties is in 2005 de Associatie van Ketenapotheken (ASKA) opgericht, met als doel het behartigen van de belangen van centraal geleide apotheekbedrijven (zowel ketenapotheken in combinatie met een groothandel als ketenapotheken zonder groothandel). Inmiddels is het aantal ASKA-leden uitgebreid naar zes apotheekbedrijven die gezamenlijk 470 apotheken in eigendom hebben.

Formule ketenapotheken

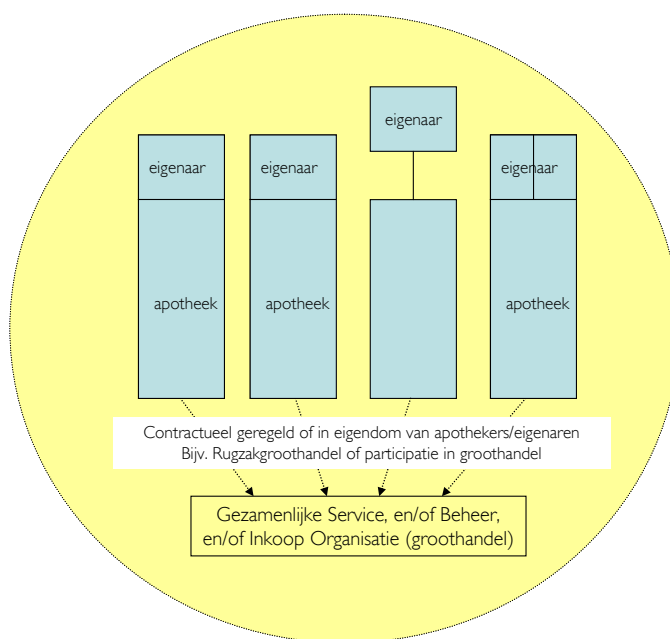
222 De meeste formuleapotheken ontstaan wanneer een aantal samenwerkende apothekers start met een inkoopcombinatie om financieel schaalvoordeel te halen bij inkooponderhandelingen. Andere redenen voor samenwerking zijn het verhogen van de kwaliteit van de dienstverlening en de afzet door het hanteren van een gemeenschappelijke formule.

Doelstelling van de constructie

223 Belangrijkste doelstelling van deze constructie voor de apotheker is het behalen van schaalvoordeel en inkoopkracht. Een andere mogelijke doelstelling is het delen van bepaalde kosten in de ketenorganisatie.

Eigendom en Zeggenschap

224 In deze constructie zijn de apotheken onafhankelijke zelfstandige economische eenheden (zie organisatievorm) die deelnemen aan een inkoopcombinatie. Samenwerkende apothekers *kunnen* ook de eigenaren zijn van een eigen groothandel die ze oprichten als ze sterk genoeg zijn (eigenlijk is dit een inkoopcombinatie). Bij deze ketenapotheken is de groothandel ('wholesale') een 'dochteronderneming' van de apotheken als de apotheken zelf direct eigendom in de groothandel hebben.



Figuur 2.4: eigendomsvorm bij 'formule apotheken'

Organisatievorm

225 De apotheken in deze ketenvorm kennen een aantal varianten van organisatievorm die ook bij vrijgevestigde apotheken veel voorkomt zoals:

- (a) Eenmanszaak: onderneming en eerste apotheker zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden;

- (b) VOF/CV:
 - (i) administratie van de vennootschap;
 - (ii) firmanten met persoonlijke inbreng als privépersoon;
 - (iii) 1^e apotheker/apotheker-eigenaar meestal met de hoogste inbreng;
- (c) BV met één of meerdere aandeelhouders:
 - (i) administratie van de vennootschap;
 - (ii) 100% apotheker-eigenaar (een aandeelhouder);
 - (iii) apotheker met het grootste eigendom in de BV (1^e apotheker).

Taak-/functiescheiding

226 De voorschrijver is niet direct betrokken bij de constructie en schrijft onafhankelijk van deze constructie recepten uit. De apotheker controleert de recepten en stelt zonodig bijstellingen voor waar dat vanuit zijn beroep nodig wordt geacht. Taak-/functiescheiding is wat dit betreft volledig aanwezig.

Financiële aspecten

227 Op de financiële aspecten wordt niet verder ingegaan. Immers, de samenwerkingsrelatie tussen de keten en de arts is niet anders dan tussen een zelfstandige apotheek en de voorschrijver.

Zorgtechnische aspecten

228 Het schaalvoordeel zal worden benut om inkoopvoordelen te behalen bij een zekere groothandel of enkele groothandels, waardoor er - net als bij andere openbare apotheken - een voorkeur voor levering van geneesmiddelen van (een) bepaalde groothandel(s) zal blijven bestaan. Uitgaande van de onafhankelijkheid van de voorschrijver die, zoals hiervoor is aangegeven, niet in het geding is, behoeft dit geen nadeel te zijn voor de klant/patiënt.

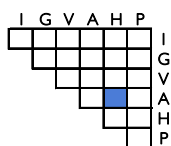
229 Een voordeel van een keten kan zijn dat er meer (gezamenlijke) kennis wordt opgebouwd op zorginhoudelijk gebied en kennis en ervaring wordt gedeeld. Tevens wordt vooral ingezet op betere service aan de patiënten.

Kengetallen

230 In de tabel met kengetallen van ketens (Tabel 2.1) zijn ook de formuleapotheken opgenomen.

Marktdynamiek

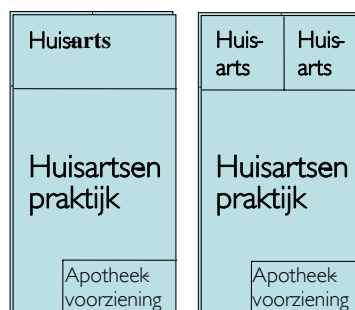
231 Ook hier speelt de onvoorspelbaarheid in de dynamiek van de markt. Waar bepaalde ketens bestaan met een doelstelling die primair voortvloeit uit een wens vanuit een zorg-inhoudelijk perspectief, kan de beoogde onafhankelijkheid opeens weg zijn door een plotselinge overname. Er bestaat namelijk permanent gevaar dat welke constructie dan ook uiteindelijk wordt overgenomen door een vermogende buitenstaander. Met name een groep apotheken met een goede afzetmarkt en een betrouwbare formule in de ogen van patiënten, geeft bij overname nog meer afzetmarkt.



Apotheekhoudende huisartsen

232 Met name in plattelandsgebieden komen nog apotheekhoudende huisartsen (AHHA) voor. Het betreft doorgaans een huisartspraktijk waarin een apotheekvoorziening is opgenomen met meestal een beperkt assortiment geneesmiddelen. Dit beperkte assortiment vloeit niet voort uit een wettelijke beperking, maar is vanuit praktisch oogpunt logisch. De apotheekhoudend huisarts heeft meestal een beperkte ruimte voor de apotheekfunctie en beperkt zich daarom tot de meest voorkomende geneesmiddelen. Overige middelen worden op bestelling geleverd.

233 Bij de apotheekhoudende huisarts zijn de voorschrijffunctie en de apothekersfunctie verenigd in één persoon.



Figuur 2.5: organisatievormen bij apotheekhoudende huisartsen

234 Daar waar meerdere huisartsen een apotheekhoudende praktijk 'delen', zijn de voorschrijffunctie en de leveringsfunctie ook verenigd in 1 à 2 personen, maar is er de mogelijkheid tot collegiale controle en toetsing. Kwetsbaar is de rol van de apotheekhoudende huisarts die de inkoopfunctie voor de apotheekvoorziening vervult.

235 De apotheekhoudende huisarts is al jarenlang een onderwerp van (politieke) discussie. In de nieuwe Geneesmiddelenwet is aangegeven (artikel 61, lid 10 - 14):

- (a) Onze Minister verleent desgevraagd aan een huisarts die de geneeskundige praktijk uitoefent in een aaneengesloten gebied, een vergunning tot het bereiden en het ter hand stellen van UR-geneesmiddelen aan patiënten van zijn praktijk, indien de afstand tussen de meest dichtbij dat gebied gevestigde apotheker en de in dat gebied meest dichtbij die apotheek wonende potentiële patiënt ten minste 4,5 kilometer is. Indien de in het eerste volzin bedoelde afstand minder dan 4,5 kilometer is, maar meer dan 3,5 kilometer, verleent Onze Minister de vergunning indien dit in het belang is van de geneesmiddelenvoorziening.
- (b) Onze Minister verleent aan de huisarts die de geneeskundige praktijk uitoefent gezamenlijk met een huisarts aan wie een vergunning als bedoeld in het tiende lid is verleend, desgevraagd, een vergunning om UR-geneesmiddelen aan de patiënten die hij behandelt, te bereiden en ter hand te stellen in de apotheek van de huisarts met wie hij de praktijk uitoefent.
- (c) Een vergunning als bedoeld in het tiende lid vervalt van rechtswege indien de vergunninghouder de geneeskundige praktijk beëindigt dan wel niet meer staat ingeschreven in het krachtens artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg ingestelde register van artsen.
- (d) Onze Minister trekt een vergunning als bedoeld in het tiende lid in indien de grond van de verlening daarvan is vervallen.
- (e) Een vergunning als bedoeld in het elfde lid vervalt van rechtswege indien de huisarts met wie de houder van die vergunning gezamenlijk de praktijk uitoefent, niet meer over een vergunning als bedoeld in het tiende lid beschikt.

236 Een *bevoegdheid* werd in het verleden verstrekt als een huisarts zich vestigde in een gemeente waarbij *ook in de naburige gemeenten* geen openbare apotheek was gevestigd. Deze bevoegdheid kan niet meer worden afgenomen. Tegenwoordig worden bevoegdheden in de praktijk niet meer afgegeven, omdat de gemeenten tegenwoordig veel groter zijn. De AHHA met een bevoegdheid mag ook leveren aan andere dan alleen de eigen patiënten terwijl de AHHA met een vergunning alleen aan de eigen patiënten mag leveren.

237 Het verschil tussen vergunning en bevoegdheid wordt vaak niet goed onderkend. Een apotheker die zich wil gaan vestigen in een plaats met een AHHA met bevoegdheid veronderstelt nog weleens ten onrechte dat deze AHHA zijn vergunning zal verliezen.

Doelstelling

238 Doelstelling van de constructie is het, vooral in afgelegen gebieden, verzorgen en garanderen van een toegankelijke zorg van zowel de huisartsfunctie als de verstrekking van geneesmiddelen. Het is een logistiek antwoord op een regionale zorgvraag. Bij meerdere huisartsen in één apotheekhoudende huisartsenconstructie is de doelstelling soms de vervanging en continuïteit buiten kantoor-tijden.

Eigendom en Zeggenschap

239 De apotheekhoudend huisarts die zelfstandig werkt, dan wel met een collega een maatschap vormt, heeft het volledige eigendom en de beslissingsbevoegdheid over zowel voorschrijven als leveren van geneesmiddelen.

Organisatievorm

240 De organisatievorm is meestal een eenmanszaak of een maatschap.

Taak-/functiescheiding

241 Taak-/functiescheiding is niet of nauwelijks aanwezig, want de voorschrijver is ook leverancier en inkoper van geneesmiddelen. Dit hoeft evenwel niet te betekenen dat er door deze situatie ongewenst voorschrijfgedrag ontstaat. In Hoofdstuk 3 wordt dit verder toegelicht.

242 Wanneer er meerdere artsen in de praktijk werken is er een mogelijkheid van collegiale toetsing.

Financiële aspecten

243 De apotheekhoudende huisarts geniet direct de inkoopvoordelen van de zelf voorgeschreven geneesmiddelen.

Zorgtechnische aspecten

244 De apotheekhoudende huisarts vervult een belangrijke rol in de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg in dun(ner) bevolkte gebieden in Nederland. Deze rol wordt - ook in de nieuwe Geneesmiddelenwet - onderkend.

245 Van de apotheekhoudende wordt verwacht dat deze een actieve rol speelt in FTO en FTTO. Door de 'dubbelrol' van huisarts en apotheekhoudende is deze collegiale consultatie en 'van elkaar leren' feitelijk maar beperkt in te vullen, door de vereniging van functies in één persoon.

246 Van oudsher bood de AHHA het voordeel dat hij geneesmiddelen kon meenemen bij een visite. Door de toegenomen mobiliteit (ook op plattelandsgebieden) is het (zeker aanwezige) gemak van het meenemen van geneesmiddelen bij de visite door de AHHA een steeds minder belangrijke toegevoegde waarde. Individualisering en focus op gemak, maken dat de klant veel meer zelf wil bepalen waar en op welk moment hij de geneesmiddelen kan ophalen of laten brengen. Dit soort serviceconcepten zijn lastig te combineren met de (strak te plannen) visites door de apotheekhoudende huisarts.

Overdracht van de apotheekvoorziening van AHHA

247 Uit de interviews en diepteonderzoeken is gebleken dat een betaling voor de overdracht van de apotheekvoorziening van een apotheekhoudend huisarts aan een openbare apotheek of andere apotheekhoudende huisarts voorkomt. Situaties waarbij dit werd gemeld zijn:

- (a) Een openbare apotheek vestigt zich in een plaats waar een AHHA is gevestigd met een *bevoegdheid* tot het houden van een apotheekvoorziening. De apotheker en de AHHA kunnen overeenkomen dat de AHHA stopt met de apotheekvoorziening. In dergelijke gevallen zal vaak een betaling plaatsvinden voor goodwill en eventuele voorraden van de overgenomen apotheekvoorziening;
- (b) Een openbare apotheek vestigt zich in een plaats waar een AHHA is gevestigd met een *vergunning* tot het houden van een apotheekvoorziening. De huisarts zal zijn vergunning verliezen en er is feitelijk geen sprake van een overdracht van de apotheekvoorziening. De apotheker heeft echter wel een zakelijk en zorginhoudelijk belang bij een goede verstandhouding met de betreffende huisarts. Dit kan aanleiding zijn voor het doen van eenmalige compensatie voor de verloren inkomsten uit de apotheekvoorziening (ook dit wordt dan vaak goodwill genoemd). Bij het diepteonderzoek is vastgesteld dat geen betaling voor goodwill heeft plaatsgevonden, alleen betaling voor de overname van inventaris en voorraad.;
- (c) Een AHHA met een *bevoegdheid* stopt als huisarts. Zijn opvolger zal echter geen bevoegdheid meer krijgen en vaak ook geen vergunning als er inmiddels een apotheek is gevestigd in de (vaak gegroeide) gemeente. Ook in deze situatie kan het voorkomen dat de apotheker een betaling doet aan de stoppende AHHA om te voorkomen dat deze initiatieven gaat ontwikkelen met concurrerende apotheken over de voorzetting met opvolging van zijn praktijk in bijvoorbeeld een AHOED. Bij het diepteonderzoek is vastgesteld dat inderdaad een betaling voor goodwill heeft plaatsgevonden, naast betaling voor de overname van inventaris en voorraad.

248 Betalingen als compensatie voor het verlies van vergunningen kunnen het karakter hebben van betalingen ineens. Goodwill betalingen voor vrijwillig 'ingeleverde' bevoegdheden zouden naast een betaling ineens ook het karakter kunnen hebben van toekomstige mogelijk winstafhankelijke betalingen ('earn out').

249 Er is een risico van mogelijk financieel gedreven sturend gedrag door een 'voormalig AHHA' in de keuze van medicatie (met een hoge of lage marge) en in de aflevering ervan door een bepaalde apotheek. Vooral in die situaties waarbij een voormalig AHHA afstand heeft gedaan van zijn bevoegdheid voor het houden van een apotheekvoorziening in ruil voor toekomstige winstafhankelijke betalingen, zal het voor de hand liggen dat er belang bestaat bij de winstgevendheid van de aankopende apotheek. In diepteonderzoeken is winstafhankelijke overdracht/verkoop niet aangetroffen.

Kengetallen

250 Het aantal apotheekhoudend huisartsen neemt af, zie onderstaande tabel.

	2001		2002		2003		2004		2005	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Apotheekhoudend	636	8,7	606	8,3	593	8,0	586	7,9	581	7,7
Niet-apotheekhoudend	6.634	91,3	6.711	91,7	6.792	92,0	6.834	92,1	6.934	92,3
Totaal	7.270	100,0	7.311	100,0	7.385	100,0	7.420	100,0	7.515	100,0

Tabel 2.2: aantal apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen (Bron Nivel)⁶.

251 In 1995 waren er nog 665 apotheekhoudend huisartsen, toen nog 10% van het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen. In 2005 was het aantal gedaald tot 581 apotheekhoudend huisartsen verdeeld over 484 apotheekhoudende praktijken.⁷

⁶ Voor 2006 zijn op de website van de LHV wel cijfers beschikbaar, maar die lijken niet voldoende vergelijkbaar met de cijfers van Nivel voor de voorafgaande jaren.

⁷ Bron: Nivel.

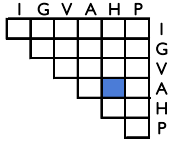
Marktdynamiek

252 In de beroepsgroep van huisartsen is vergrijzing een fenomeen dat de laatste jaren al voor problemen in continuïteit heeft gezorgd. Er zijn ook steeds meer AHHA'n op leeftijd die terug willen treden. Dat doet men het liefst met het terugkrijgen van betaalde goodwill, maar dat is moeilijker geworden doordat de bevoegdheid voor de apotheekfunctie niet kan worden overgenomen door de opvolger.

253 In diverse interviews is gemeld dat toepassing van strengere normen, onder meer door de zorgverzekeraars, zorgt dat de apotheekhoudend huisarts de inrichting van zijn apotheekvoorziening op het zelfde niveau moet hebben als een apotheek. Het gaat dan onder andere om eisen aan inrichting, controles, automatisering en service (Nederlandse Apotheeknorm (NAN)-2006). Dat is voor een beperkte praktijkvoering van de apotheekhoudend huisarts vaak relatief duur om in te investeren.

254 Beide voorgenoemde fenomenen zorgen er voor dat het voor een apotheekhoudend huisarts interessant is om de apotheekfunctie over te dragen aan een openbare apotheker (of een keten). Deze kan dan de apotheekvoorziening overnemen en de praktijk van de apotheekhoudende huisarts eventueel als servicepunt inrichten. Naar buiten toe blijft het beeld bijna hetzelfde, patiënten zullen er soms niets van merken, maar de zeggenschap over inkoop is natuurlijk wel gewijzigd.

255 Soms richten meerdere apotheekhoudend huisartsen dan zelf een apotheek op en laten een apotheker zich inkopen. De apotheker is sowieso afhankelijk van de aanvoer van patiënten door de huisartsen en staat dan zelf onder druk. Deze situatie is zeer gevoelig voor het uitspelen van onderlinge belangen (zie hoofdstuk 3 inzake Belangenverstrengeling).



AHOED- en GOED-constructies

256 De overheid heeft de laatste jaren veel aandacht besteed aan het versterken van en de ontwikkeling van samenhang in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit alles vanuit het oogpunt van zorgverbetering. Daaruit voortvloeiend zijn initiatieven van meerdere disciplines onder één dak toegenomen in diverse vormen:

- (a) HOED = Huisartsen onder een dak: meerdere huisartsen vormen een centrum met hun eigen praktijk, maar wel op één locatie en met het overnemen van diensten van elkaar;
- (b) AHOED = Apotheek en Huisarts onder een dak: één of meerdere huisartsen binnen een huisartsenpraktijk met apotheekvoorziening;
- (c) GOED = Gezondheidscentrum onder een dak: een 'centrum' op één locatie met één of meer huisartsen, één apotheekhoudende en of meerdere disciplines.⁸

257 Er komt steeds meer ketenzorg, waardoor de vraag naar afstemming tussen zorgverleners groter wordt, bijvoorbeeld bij diabeteszorg. Samenwerking in een GOED/AHOED geeft veelal een spontane afstemming en samenwerking in de ketenzorg.

Doelstelling van de constructie

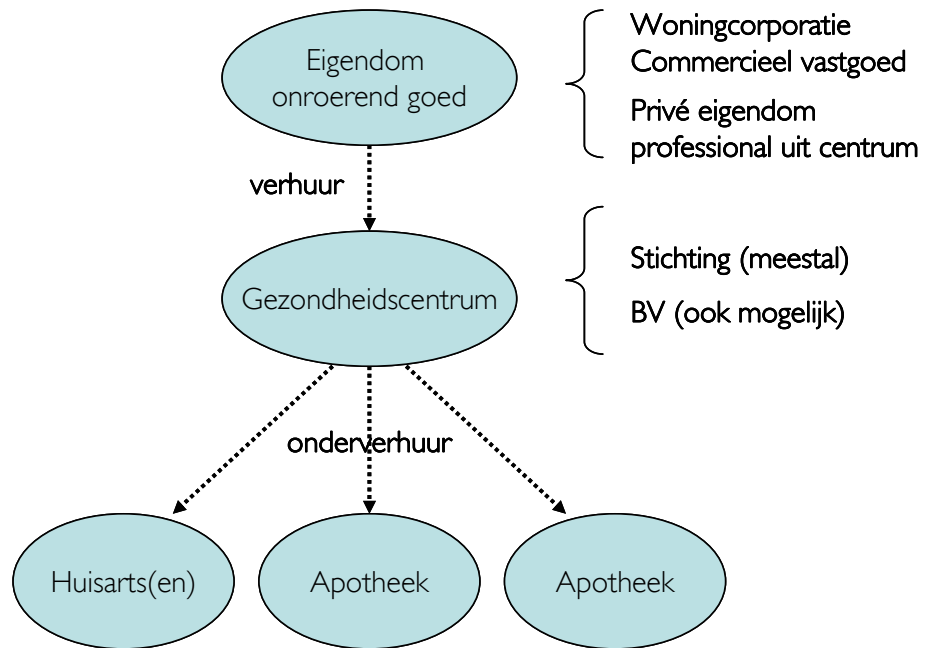
258 Door een gezamenlijke vestiging kunnen de kosten van de locatie verdeeld worden, de patiënten kunnen op een plek terecht voor meerdere vormen van zorg (*one-stop-shopping*) en er is meer ketenbenadering mogelijk. Tevens kan door deelname van meerdere artsen de continuïteit van de huisartsenzorg gewaarborgd worden. Het behalen van een min of meer gegarandeerde afzetmarkt is voor de apotheker vaak aantrekkelijk.

Eigendom en Zeggenschap

259 In deze constructie is er vaak sprake van zelfstandige praktijken van professionals die ruimtes huren in hetzelfde pand. Het beheer van het pand ligt vaak bij een stichting die het op haar beurt dan weer huurt van de eigenaar. De praktijken in het centrum zijn dan onderhuurders via de stichting.

260 De reden van de stichtingsvorm als verhuurder/beheerder van het onroerend goed is gelegen in het feit dat dit tot 1 januari 2007 een vormvereiste was voor het verkrijgen van de subsidie voor gezondheidscentra.

⁸ De diversiteiten met andere disciplines (o.a. Fysiotherapie, Verloskunde, Tandheelkunde, Thuiszorg, Maatschappelijk werk, etc.) vallen buiten de scope van het onderzoek en worden verder niet besproken.



Figuur 2.6: eigendom in AHOED- en GOED-constructies

261 Het eigendom van het onroerend goed kan bij diverse partijen liggen, zoals commerciële vastgoedondernemingen, woningcorporaties of een van de professionals uit het centrum zelf (bijvoorbeeld de apotheker of de huisarts(en)).

262 Het initiatief voor de stichting van waaruit het onroerend goed wordt beheerd en verhuurd kan bij verschillende partijen liggen. Zorgverzekeraars kunnen de initiatiefnemer zijn, maar ook de gemeente of de eigenaar van het onroerend goed.

Taak/functiescheiding

263 De huisartsen en apothekers voeren hun activiteiten uit in gescheiden ruimtes, maar ook in gescheiden bedrijfsvoering. Een eventuele afstemming in voorschrijfgedrag is eenvoudiger door de fysieke contacten in het centrum.

Financiële aspecten

264 Vanuit financieel oogpunt zijn deze constructies interessant ten aanzien van kostendeling van de bedrijfskosten en facilitaire kosten voor de deelnemers.

265 Veel gehoorde opmerkingen uit interviews over de AHOED-constructies is dat huisartsen vaak goedkoper huren dan de apotheker en/of dat de apotheker de huurkosten 'subsidieert' tot zelfs zeer hoge percentages (onder de noemer van marketingkosten). Huisartsen kunnen deze prikkel nodig hebben om niet geconfronteerd te worden met een sterke stijging van de huisvestingslasten op het moment dat ze in de AHOED trekken. Referentiepunt voor de huisarts kan dan zijn het kostenniveau in de oude situatie (in bijvoorbeeld een praktijk aan huis) of het in het tarief opgenomen deel voor huisvesting.

266 Waarnemingen uit de diepteonderzoeken geven wisselend beeld: eenmaal werd aangetroffen dat er geen prijsdifferentiatie in huur bestond en in een ander geval is vastgesteld dat de apotheker een hogere prijs per m² betaalde dan de huisarts(en). Voor de huisartsen gold daarbij dat de huurkosten in relatie stonden met de huisvestingscomponent van het huisartstarief.

267 In het algemeen geldt dat inkoopvoordelen kunnen toenemen door afgestemd voorschrijven met een beperkte set geneesmiddelen. Bij een AHOED zou men mogen verwachten dat dit makkelijker te organiseren valt (zie ook formularium bij zorgtechnische aspecten). Uit interviews werd gemeld dat deze extra inkoopvoordelen ten gunste zouden kunnen komen van het Centrum of besteed kunnen worden of aan zorgvernieuwing. Bij de waarnemingen uit de diepteonderzoeken is vastgesteld dat er in de onderzochte gevallen geen betalingen die een eventueel hoger inkoopvoordeel betreffen van apothekers aan voorschrijvers hebben plaatsgevonden.

Zorgtechnische aspecten

268 Het grote zorginhoudelijke voordeel van deze constructies is de mogelijkheid voor de patiënt voor *one-stop-shopping*.

269 In de interviews is gemeld dat vaak conform de richtlijnen en protocollen die gelden bij de diverse beroepsgroepen, vanuit zorgtechnisch perspectief (conform FTO overleg) een formularium wordt opgesteld door en voor het centrum. Er ontstaat daardoor een smaller assortiment geneesmiddelen, met bijbehorende hoger volume en inkoopvoordelen, waaruit kan worden gekozen bij het voorschrijven, maar de patiënt behoudt wel de verantwoorde zorg en geneesmiddelen. Bij de waarnemingen uit de diepteonderzoeken is vastgesteld dat er geen betalingen die een eventueel hoger inkoopvoordeel betreffen van apothekers aan voorschrijvers hebben plaatsgevonden.

Kengetallen

270 De vorming van groepspraktijken bij huisartsen is opvallend te noemen. In 1991 waren er nog 180 groepspraktijken in Nederland, terwijl het aantal in 2004 al 588⁹ was. In onderstaande tabel is daarvan een overzicht opgenomen. In tegenstelling tot wat de tabel doet vermoeden¹⁰, is er de laatste jaren ook een gestage groei van het aantal gezondheidscentra: volgens gegevens van het CBS van 135 in 2003 naar 280 in 2006¹¹.

	Solopraktijk		Duopraktijk		Groepspraktijk		GZC [*]		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1991	3.473	72,9	949	19,9	180	3,8	162	3,4	4.764	100,0
1992	3.458	72,4	968	20,3	187	3,9	161	3,4	4.774	100,0
1993	3.441	72,0	982	20,6	193	4,0	161	3,4	4.777	100,0
1994	3.394	71,2	1.007	21,1	208	10,5	157	3,3	4.766	100,0
1995	3.343	70,0	1.065	22,3	217	4,5	150	3,1	4.775	100,0
1996	3.337	69,7	1.070	22,4	232	4,8	148	3,1	4.787	100,0
1997	3.290	68,5	1.114	23,2	252	5,2	146	3,0	4.802	100,0
1998	3.271	68,0	1.155	24,0	384	8,0			4.810	100,0
1999	3.220	67,0	1.180	24,5	408	8,5			4.808	100,0
2000	3.158	65,8	1.197	24,9	446	9,3			4.801	100,0
2001	3.059	64,4	1.210	25,5	481	10,1			4.750	100,0
2002	2.960	63,2	1.197	25,6	523	11,2			4.680	100,0
2003	2.866	61,9	1.213	26,2	552	11,9			4.631	100,0
2004	2.772	60,7	1.204	26,4	588	12,9			4.564	100,0

* GZC = gezondheidscentrum (wordt sinds 1998 niet meer apart geregistreerd).

bron: NIVEL

271 Enige interessante kenmerken van deze constructies:

- Op 26% van de 4.330 praktijkadressen van huisartsen is ook nog een fysiotherapeut, verloskundige, oefentherapeut of apotheker is gevestigd;
- Op circa 6% van de praktijkadressen van huisartsen zitten minimaal twee van de hier genoemde disciplines;
- De combinatie huisarts-fysiotherapeut komt het meest voor (18%) gevolgd door de combinatie huisarts-apotheker (10%);
- Deze ontwikkeling treedt met name op in de sterk stedelijke gebieden (31%). Op het platteland komt een GOED veel minder frequent voor (17%);

⁹ Bron: NIVEL onderzoek naar samenwerking in de eerste lijn, 2006.

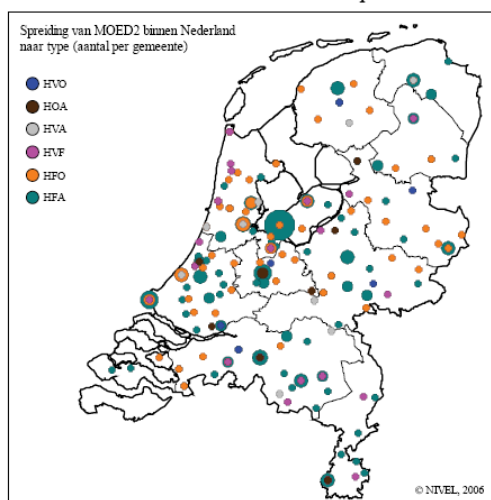
¹⁰ Volgens NIVEL zijn vanaf 1998 alleen gegevens van de LVG beschikbaar. Deze geven alleen de leden van de LVG weer en niet het totaal, vandaar dat gekozen is voor weergave van de CBS-cijfers.

¹¹ Bron: CBS.

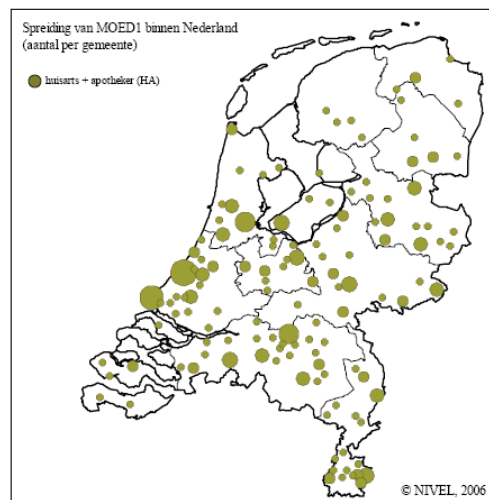
- (e) Tussen de verschillende regio's bestaan aanzienlijke verschillen:
- (i) In Flevoland is een groot deel van de eerstelijnsgezondheidszorg georganiseerd rond gezondheidscentra;
 - (ii) In Zwolle/Flevoland is op 43% van de praktijkadressen van een huisarts, minimaal nog één van de onderzochte disciplines gevestigd;
 - (iii) In Friesland geldt dit voor 16%.

272 In onderstaande figuren is de spreiding van een tweetal organisatievormen weergegeven (NIVEL, 2006)¹².

MOED2: huisarts + twee andere disciplines



MOED1: huisarts + apotheker



Marktdynamiek

273 Per 1 januari 2007 is de subsidieregeling voor Gezondheidscentra vervallen en is een nieuwe financieringsmethode van toepassing die minder beperkingen oplegt op voorhand. Daardoor zullen waarschijnlijk nog meer andere rechtsvormen dan stichtingen toegepast gaan worden.

274 In de interviews is gemeld dat nu de extra gelden voor financiering van gezondheidscentra door verzekeraars worden toegekend, daardoor de professionals in die GOED's die nog zonder apotheek werken zich grote zorgen maken over de financiën. De verwachting is dat verzekeraars zullen eisen dat er ook een apotheekfunctie in het centrum zal zijn. Daardoor wordt de druk om samenwerking te zoeken met apothekers hoog. Ook de ketens spelen daarin een belangrijke rol. Zij nemen steeds meer deel in de gezondheidscentra om marktaandeel te behouden/verwerven.

¹² MOED = Meerdere Disciplines Onder één dak.

Intermezzo: Beheer van franchiseketen van gezondheidscentra door Menzis

Recent heeft Zorgverzekeraar Menzis aangegeven een franchiseketen van gezondheidscentra te gaan beheren. Wat betreft het initiatief van Menzis lijkt de doelstelling het behalen van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg en het versterken van de positie van de eerstelijnsgezondheidszorg met als gevolg het reduceren van onnodig gebruik van ziekenhuiszorg.

In deze gezondheidscentra kunnen patiënten terecht voor onder meer geneesmiddelen, huisartsen, thuiszorg, fysiotherapie en psychologen. Menzis verwacht dat door de gezondheidscentra mensen minder snel worden doorverwezen naar een ziekenhuis.

De centra die Menzis wil beheren worden gevestigd in zowel nieuwbouwwijken als oudere woongebieden in verschillende gemeenten in Twente, Oost-Gelderland, Arnhem en omstreken, Rivierenland en Groningen.

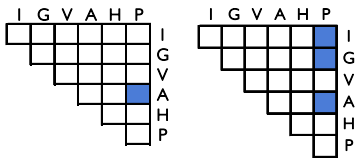
De apothekers krijgen een belangrijke en actieve plaats in de gezondheidscentra van Menzis. Er worden geen apothekers aangetrokken, maar er wordt samenwerking met bestaande apothekers gezocht. Verder worden er hoge eisen gesteld aan doelmatigheid van zorg en de bedrijfsvoering en samenwerking in de centra.

Internetapotheken

275 Internetapotheken zijn de laatste jaren meermalen in opkomst geweest, maar hebben nooit een grote doorbraak bereikt. Nu lijkt het er echter op dat internetapotheken weliswaar nog geen groot marktaandeel hebben, maar dat er wel meer geneesmiddelen via internet kunnen worden afgenomen. De opkomst van internetapotheken hangt enigszins samen met de vrije verkoop van geneesmiddelen. Vooral de privacy-gevoelige medicijnen (bijvoorbeeld Viagra) worden nu veel via internet verkocht. Daarnaast is er een algemene ontwikkeling in de maatschappij waarbij het aankopen en bestellen van zaken via internet toeneemt. Ook de toenemende interesse en betrokkenheid van verzekeraars bij internetapotheken kan zorgen voor een snellere ontwikkeling. Onder andere Univé en VGZ zijn actief betrokken bij initiatieven met internetapotheken. Univé heeft een samenwerking met GM-apotheek en VGZ met E-pharma.

Doelstelling van de constructie

276 Doelstelling van deze constructie is het inkorten van de leveringskolom, waardoor de marges voor de groothandel stijgen. Ook zijn er potentiële distributievoordelen voor de klant in termen van flexibiliteit van levering. Voor de leverancier is de aflevering goedkoper.



277 Een ander doel van de constructie kan zijn het kopen van een nieuwe afzetmarkt om daarmee verkoopkracht te creëren en garanderen.

Eigendom en Zeggenschap

278 Internetapotheken zijn doorgaans onderdelen van groothandels die bemand worden door een apotheker en alleen via Internet werken. Eigenlijk zijn het dus vaak ketenapotheken. De Internetapotheek moet niet worden verward met een openbare apotheek die via internet herhaalrecepten laat opvragen.

Organisatievorm

279 De organisatievorm is meestal een BV met een (verplichte) apotheker in dienst. De BV maakt vaak onderdeel uit van een groothandel.

Taak-/functiescheiding

280 De voorschrijver is doorgaans niet direct betrokken bij de constructie, hoewel in sommige gevallen ook huisartsen zijn aangesloten (zie organisatievorm). Als de eigen huisarts voor de patiënt een recept uitschrijft dat vervolgens wordt ingezonden naar de Internetapotheek is er een normale functiescheiding. Als er een internetdokter aan verbonden is, is de functiescheiding onduidelijk.

Financiële aspecten

281 De volgende financiële aspecten spelen in deze constructie een rol:

- (a) Inkoopvoordelen door levering van eigen assortiment;
- (b) Minder bedrijfskosten, door een centrale vestiging;
- (c) Patiënten moeten soms bijbetalen voor bezorging¹³.

Zorgtechnische aspecten

282 De volgende zorginhoudelijke aspecten spelen in deze constructie een rol:

- (a) Zolang de patiënt zelf geen directe voordelen ervaart in de prijs van geneesmiddelen zal een internetapotheek voor de patiënt toch een fenomeen op afstand zijn. De 'vertrouwde' relatie met de apotheker is voor hem tot voor kort nog een belangrijke factor;
- (b) Er is geen aantoonbaar voordeel in zorgverlening voor patiënten, alleen in service: de klant hoeft de deur niet meer uit;

¹³ Bron: publicatie Consumentenbond februari 2007.

- (c) Om tot verstrekking over te kunnen gaan is een voorschrift nodig van een arts. Dit wordt in de ideale situatie opgelost door met de eigen huisarts contact te zoeken, maar in een aantal gevallen (Bron Inspectie Gezondheidszorg) is dat opgelost met een huisarts die wordt ingehuurd of in loondienst is om de receptuur te ondertekenen.

283 Een regelmatig terugkerend punt van kritiek (veelal vanuit de huisartsen en apotheken) is de mate waarin er voldoende medicatiebewaking kan plaatsvinden. Daarbij speelt onder meer een rol in hoeverre de internetapotheek de bestaande afspraken tussen huisartsen, apothekers en ziekenhuizen over het voorschrijven van geneesmiddelen en medicatiebewaking zal volgen.

Kengetallen

Internet site	Internetapotheek of distributiekanaal voor openbare apotheken	Partners
Efarna.nl	Internetapotheek	Samenwerking met VGZ
Kwaliteitsapotheek.nl	Distributiekanaal voor groep openbare apotheken	-
DocMorris	Internetapotheek sterk gericht op Duitse markt	Recent verkocht aan Celesio
Nationale-Apotheek.nl	Internetapotheek	Initiatief van TNT Post, Ceva Logistics en Sierra Nova. Samenwerking met CZ
GM-apotheek.nl	Internetapotheek	Samenwerking met Univé
Mijnapotheek.nl	Internetapotheek. (eerste internetapotheek met ISO-certificaat)	Samenwerking met VGZ
Apotheekaanhuis.nl	Distributiekanaal voor groep openbare apotheken	-
Medicijnen.nl - Digitale Apotheek Nederland	Distributiekanaal voor maatschap	-

Tabel 2.3: enkele internet sites die op nationale schaal receptgeneesmiddelen bezorgen aan de consument

Marktdynamiek

284 Door de groei van de internetapotheken ontstaat een bedreigende situatie voor de zittende apothekers. Deze reageren vaak door niet mee te werken aan uitwisseling van gegevens van patiënten. De medicatiegegevens worden niet gedeeld (waardoor de voornoemde kritiek een *self fulfilling prophecy* wordt) en er wordt soms via de huisarts van de patiënt geprobeerd om het recept “om te buigen” naar de eigen apotheek van de patiënt. Internet apotheken vangen dit in sommige gevallen op door de inzet van ingehuurde huisartsen. De Inspectie Gezondheidszorg heeft hierover grote zorgen, omdat er vaak met minimale informatie wordt voorgeschreven (eigenlijk ondertekent de ingehuurde arts het recept alleen). Er is niet of nauwelijks sprake van een medicatiedossier. (Bron: Inspectie Gezondheidszorg)

Poliklinische apotheek (Transmurale apotheek)

285 We gebruiken het begrip poliklinische apotheek als verzamelnaam voor diverse vormen van apotheken die gevestigd zijn op het ziekenhuisterrein of zelfs in het gebouw van een ziekenhuis. Ze worden ook wel transmurale apotheken genoemd.¹⁴

286 Poliklinische apotheken richten zich primair op de patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen of die op de polikliniek een recept van de medisch specialist hebben gekregen. Zij kunnen dat recept direct bij de uitgang van het ziekenhuis inleveren en de medicijnen ophalen. Het is een principe dat ook bij AHOED en GOED toegepast wordt, namelijk *one-stop-shopping* voor de patiënt.

287 Daarnaast is er de mogelijkheid om ook bezoekers van het ziekenhuis of klanten in het algemeen van dienst te zijn met standaard apotheekfuncties. Daartoe behoren ook de 24-uurs en weekenddiensten. De apotheek is dus gevestigd op een tweedelijnslocatie, maar vervult een rol in de eerstelijnszorg.

288 Een toenemend beeld is de situatie dat bij het ziekenhuis ook een Centrale Huisartspost is gevestigd én een poliklinische apotheek. Dan heeft de patiënt in spoedeisende gevallen buiten kantoortijden ook alles bereikbaar op één plek.

¹⁴ De naam Politheek wordt als merknaam gebruikt door een onderneming met een formule concept dat voorziet in de inrichting en exploitatie van een polikliniek apotheek in de ziekenhuishal.

Doelstelling van de constructie

289 De doelstelling is met name het leveren van service aan patiënten die het ziekenhuis verlaten met een recept. Het is handig als je een geneesmiddel kunt ophalen vlak bij de plek waar het recept wordt uitgeschreven. Dit kan een extra profilering zijn ten opzichte van andere ziekenhuizen.

Eigendom en Zeggenschap

290 Poliklinische apotheken zijn veelal op twee verschillende manieren ontstaan en georganiseerd:

- (a) ontstaan vanuit de farmaceutische afdeling van een ziekenhuis en daarmee vaak nog steeds een afdeling binnen het ziekenhuis of een zelfstandige vennootschap in eigendom van het ziekenhuis (hierna: de ziekenhuis gelieerde poliklinische apotheek);
- (b) opgericht, ingericht en geëxploiteerd door een niet aan het ziekenhuis gelieerde openbare apotheek. De poliklinische apotheek is gevestigd binnen de muren en er wordt ruimte gehuurd van het ziekenhuis, maar het eigendom van de apotheekonderneming ligt (grotendeels) buiten het ziekenhuis (hierna: de zelfstandige poliklinische apotheek).

291 De poliklinische apotheek bevindt zich op het snijvlak van de eerste en tweede lijnsgezondheidszorg. Dit betekent dat ze enerzijds vaak te maken hebben met specialistische farmaceutische zorg vanuit het ziekenhuis (tweede lijn) waarin ze zijn gevestigd en anderzijds afhankelijk zijn van de medicatiegegevens van patiënten, die primair worden beheerd in de eerste lijn.

292 In de ziekenhuis gelieerde poliklinische apotheek is de apotheker in loondienst van het ziekenhuis. Eventuele winsten van de poliklinische apotheek komen ten gunste van het ziekenhuis, waar ze volgens een aantal geïnterviewden vaak worden ingezet voor klinische research projecten. Vaak is er ook een geformuleerd geneesmiddelenbeleid overeengekomen tussen de specialisten en de farmacie afdeling van het ziekenhuis (waar in dit geval de poliklinische apotheek onderdeel van uit maakt).

293 In de interviews wordt verondersteld dat specialisten in een ziekenhuis gevoelig kunnen zijn voor prikkels vanuit de farmaceutische industrie om dure spécialités voor te schrijven in plaats van mogelijk goedkopere generieke middelen. Ook ziekenhuizen zouden hier een financieel belang bij kunnen hebben als deze middelen gratis of tegen sterk gereduceerde prijzen aan het ziekenhuis worden vertrekt en de middelen toch kunnen worden gedeclareerd.

294 Een ziekenhuis met een geneesmiddelenbeleid en een poliklinische apotheekafdeling kan dit eenzijdige financiële belang doorbreken. Een ziekenhuis met een gelieerde poliklinische apotheek kan immers ook profiteren van de hogere inkoopvoordelen op generieke middelen. Dit mitigeert het risico van een financieel belang van specialisten en ziekenhuizen op het voorschrijven van met reductie verkregen spécialité.

295 Uit gesprekken, documentatie en publicaties is naar voren gekomen dat aan ziekenhuis gelieerde poliklinische apotheken vaak korte collegiale lijnen onderhouden over zorginhoudelijke aspecten met de specialisten uit 'hun' ziekenhuis. Daarentegen ondervinden deze poliklinische apotheken nog wel eens problemen in de communicatie en de gegevensuitwisseling met de eerstelijnsgezondheidszorg (openbare apotheken, apotheekhoudende huisartsen). Deze problemen lijken ingegeven door concurrentiegevoelens, omdat men marktaandeel dreigt te verliezen.

296 Bij de zelfstandige poliklinische apotheek doet zich vaak het omgekeerde voor. De communicatie met de specialisten uit het ziekenhuis is niet altijd optimaal (er zijn geen korte collegiale lijnen). Daarentegen is de relatie met de eerstelijns openbare apotheken vaak beter (omdat ze daar zelf deel van uitmaken). Dit laatste is vooral het geval bij die constructies waarbij het eigendom van de zelfstandige poliklinische apotheek is verdeeld over de apotheken uit de regio.

297 De mate van problemen omtrent de gegevensuitwisseling of medicatiegegevens wordt sterk bepaald door het wel of niet aanwezig zijn van een regionaal Electronisch Medicatie Dossier, of door de toelating daarop.

Taak-/functiescheiding

298 De voorschrijver is niet direct betrokken bij de constructie, maar er lijkt wel sprake te zijn van potentiële beïnvloeding vanuit de voorschrijvers in de tweedelijnszorg, want deze geven namelijk het voorschrift mee uit de (poli-) kliniek. Daar kunnen andere belangen vanuit de beïnvloeding van de tweedelijnszorg door de farmaceutische industrie meespelen (zie ook marktdynamiek). Dit fenomeen is geen onderwerp van het onderhavige onderzoek.

Financiële aspecten

299 Financiële aspecten van deze functie zijn:

- (a) Medicatie ingezet via het ziekenhuis wordt vaak lang voortgezet, waarmee kortingen door de industrie en groothandels flink worden terugverdiend;
- (b) het vervullen van een winstgevende apotheekfunctie.

Zorgtechnische aspecten

2100 Zorgtechnische aspecten van deze constructie zijn:

- (a) De voorkeur voor levering van middelen die in het ziekenhuis al in gebruik zijn en niet overeenkomen met in het FTO afgesproken voorschriften;
- (b) Het gevaar dat er een voorkeur bestaat voor spécialité levering, omdat de specialist dat vaker voorschrijft op poli of kliniek. Middelen worden in het ziekenhuis vaak gratis of tegen minimale prijzen geleverd als proefpakket omdat ook vaak veel onderzoeken naar medicatie in ziekenhuizen wordt gedaan;
- (c) In vervolgreceptuur moet de huisarts dat vanuit FTO afspraken kunnen bijstellen;
- (d) Voor zorgverzekeraars is het moeilijk om invloed te krijgen op dit proces wegens de verschillende financiële prikkels die in ziekenhuisbesteding zitten en omdat ze geen invloed hebben op voorschrijfgedrag van de medische specialist en de ziekenhuisapothek;
- (e) Daarnaast is er weinig tegenkracht van huisarts naar specialist, daarover moet in overleg gesproken worden (een functie voor FTTO).

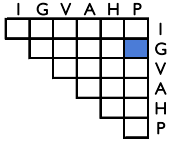
Kengetallen:

2101 In 2006 waren er 15 poliklinische apotheken in Nederland (bron: website van NVZ, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen). Het aantal neemt toe en de verwachting van de sector is dat dit aantal in 2008 zal zijn verdubbeld.

Marktdynamiek

2102 Het vergroten van de afzetmarkt voor de farmaceutische industrie speelt een belangrijke rol. De patiënt wordt met een duur medicijnenpakket ontslagen uit het ziekenhuis en het duurt soms jaren voordat er goedkopere middelen worden ingezet. Hiermee wordt een marktaandeel (tijdelijk) teruggewonnen.

2103 Door de groei van poliklinische apotheken ontstaat een bedreigende situatie voor de zittende apothekers. Er wordt aan de marktaandelen geknabbeld en dat vraagt om reactie. Er zijn meerdere rechtszaken en mededingingsrechtelijke discussies geweest bij de introductie van een aantal poliklinische apotheken. De zittende apothekers weigeren soms mee te werken aan het delen van patiënteninformatie of sluiten de nieuwe toetreders uit. Ook wordt er via huisartsen geprobeerd om de stroom recepten toch vooral via de eigen apotheek te laten lopen.



Unieke levering door industrie of groothandel

2104 Een vrij nieuw fenomeen is de (toenemende) unieke levering. Het gaat vooral om dure geneesmiddelen bij chronische ziekten, met een omzet van tientallen miljoenen euro's. Het betreft vaak vormen van medicatie die door een deskundige (arts of verpleegkundige) moeten worden toegediend.

2105 Unieke levering is een verkorting van het leveringsstelsel door een direct kanaal van producent/groothandel naar afnemer. Soms vindt de levering plaats via een gecontracteerde apotheek die dan als preferred provider optreedt. De tussenhandel wordt uitgeschakeld waardoor de marges voor de leverancier hoger worden.

Doelstelling van de constructie

2106 Doelstelling van deze constructie is het inkorten van de leveringskolom waardoor meer opbrengsten bij de producent of groothandel blijven. Ook heeft de unieke leverancier er baat bij dat er een grotere afzetmarkt ontstaat voor het (dure) medicijn. Het leveren van extra service wordt ingezet als marketinginstrument.

Eigendom en Zeggenschap

2107 In deze constructie is de fabrikant of de groothandel de eigenaar van het leverende kanaal. De zeggenschap ligt vaak bij een holding (zie verder de beschrijving bij Ketenapotheken).

Organisatievorm

2108 De producent of groothandel is meestal een BV. Een gelieerde apotheek kan allerlei organisatievormen hebben. Soms wordt samengewerkt met een zorgverzekeraar die er een preferred provider constructie van maakt. Ook wordt samengewerkt met thuiszorginstellingen als distributiekanaal. Zij zijn een handig kanaal om mee samen te werken, want de thuiszorg verzorgt vaak toediening van meerdere medicijnen en kan bezoeken aan patiënten makkelijk plannen in combinatie met de ADL zorg (dagelijkse lichamelijke zorg) die geleverd moet worden.

Taak-/functiescheiding

2109 De voorschrijver is doorgaans niet direct betrokken bij de constructie. Het betreft vaak chronisch zieken die door de huisarts ook nog behandeld worden met andere medicijnen.

Financiële aspecten

2110 Er zijn vanwege het feit dat het dure medicijnen betreft vele miljoenen euro's mee gemoeid. Een schatting van SFK geeft aan dat er voor 2006 een bedrag van € 150 miljoen mee gemoeid is. De meeste financiële voordelen belanden bij de producent/groothandel (hogere omzet en lucht uit de kolom gehaald), mede omdat in de geneesmiddelenvergoeding ook een deel zit voor de kosten van aflevering.

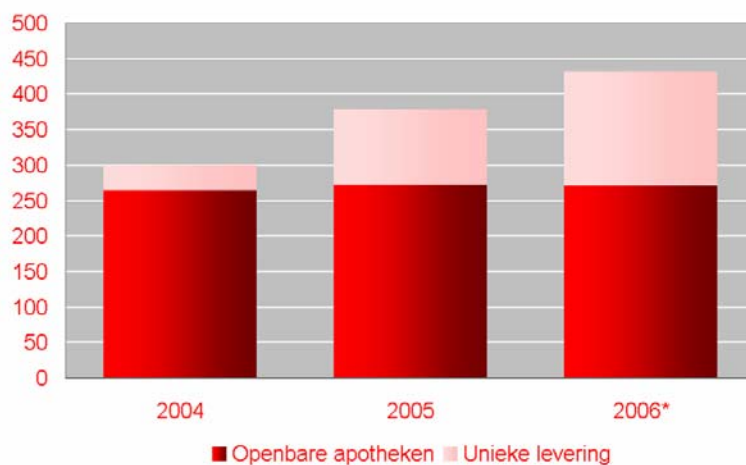
Zorgtechnische aspecten

2111 Zorgtechnische aspecten van deze constructie zijn:

- (a) Er lijkt betere zorg te worden gegeven, middelen zouden beter werken met een andere toedieningsmethode (vaak wordt in plaats van orale medicatie het middel als injectiepreparaat ingezet);
- (b) Patiënten ervaren een optimale service omdat het middel aan huis wordt gebracht en wordt toegediend. Men krijgt de 'beste' behandeling;
- (c) Fabrikanten kiezen voor één of enkele afleveraars, bijvoorbeeld Apotheek Zorg in Limburg voor de levering van o.a. "Humira" (antireuma middel). De specifieke recepten moeten naar die ene apotheek, de klant heeft geen keuzevrijheid;
- (d) De medicatiebegeleiding is niet optimaal want de patiënt krijgt eigenlijk 2 apotheken;
- (e) De voorschrijver heeft de beperkte keuze tussen dit middel met unieke levering of hij moet een ander middel gaan voorschrijven. De reële keuze van de voorschrijver wordt dus beperkt door het distributiekanaal.

Kengetallen

2112 De ontwikkeling van unieke levering gaat in omzet erg hard omhoog (miljoenen € per jaar), zie onderstaande figuur (bron: SFK).



2113 In onderstaande tabel is de top 10 geneesmiddelenuitgaven van 2006 weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat de TNA-alfaremmers adalimumab en etanercept opvallende stijgers zijn in de top 10 geneesmiddelenuitgaven. Levering van deze geneesmiddelen vindt hoofdzakelijk plaats via unieke kanalen.

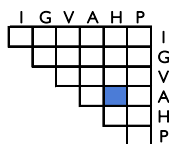
	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Uitgaven (in mln. €)	Toename uitgaven in %
1	atorvastatine (1)	Lipitor®	cholesterolverlagend	162	10%
2	salmeterol met fluticason (2)	Seretide®	bij aandoening luchtwegen	111	9%
3	pantoprazol (4)	Pantozol®	remt de maagzuurproductie	97	11%
4	omeprazol (3)	Losec®	remt de maagzuurproductie	94	5%
5	simvastatine (5)	Zocor®	cholesterolverlagend	68	22%
6	etanercept (9)	Enbrel®	bij reuma	64	33%
7	adalimumab (15)	Humira®	bij reuma	63	60%
8	metoprolol (6)	Lopresor® , Selokeen®	bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk	60	12%
9	esomeprazol (8)	Nexium®	remt de maagzuurproductie	55	12%
10	tiotropium (10)	Spiriva®	bij aandoening luchtwegen	53	16%

Marktdynamiek

2114 Er is een tegenbeweging van apothekers: wij kunnen ook wat de fabrikant doet. Er worden al alternatieven aangeboden op het terrein van de toediening en de service. De huisartsen vertonen wisselende reacties. Het is hun patiënt maar ze hebben geen directe invloed of controle op de kwaliteit.

Zorggroepen

2115 Een Zorggroep is een entiteit (stichting) die meerdere vormen van zorg in zijn bedrijfsvoering heeft (zorgketen), die zowel de gehele eerstelijnsgezondheidszorg als ook de intra- en semimurale zorg aan chronisch zieken en ouderen kan omvatten.



2116 Zorggroepen zijn vaak ontstaan in nieuwe groeikernen zonder een historie van gevestigde eerstelijnszorg en met steun van de gemeente die een andere vorm samenwerkende gezondheidszorg sterk stimuleerde. Zo is er een voorbeeld van een gemeente waar het een aantal jaren bij gemeentelijk besluit verboden was om je als zelfstandig ondernemer in de eerstelijnsgezondheidszorg te vestigen.

2117 Zorggroepen zijn op dit moment allemaal stichtingen waarbij in veel gevallen de professionals in de eerstelijnszorg (inclusief de apothekers) in loondienst zijn bij de stichting. Uitzondering betreffen die gevallen waarbij de zorggroepstichting gezondheidcentra (AHOED/GOED) exploiteert, maar alleen de openbare apotheek zelfstandig gevestigd is.

2118 Zorggroepen hebben vaak een geformaliseerd samenwerkings- en geneesmiddelenbeleid tussen de professionals in loondienst.

2119 Het risico van mogelijk financieel gedreven sturend gedrag door de stichting richting de professionals in loondienst in de keuze van medicatie (met een hoge of lage marge) en of in de aflevering ervan (door bijvoorbeeld een eigen apotheek) lijkt beperkt door het feit dat stichtingen geen winststreven hebben. Dat sluit niet uit dat ook stichtingen een natuurlijk gedrag zullen hebben om hun huidige marktaandeel te consolideren om te voorkomen dat verliezen worden geleden en de continuïteit in gevaar komt. Hierop wordt in hoofdstuk 3 nader ingegaan.

Doelstelling van de constructie

2120 Door een gezamenlijke organisatie en planning van vestiging kunnen de kosten van de locaties verdeeld worden, de patiënten kunnen op één plek terecht voor meerdere vormen van zorg (*one-stop-shopping*) en er is meer ketenbenadering mogelijk. Tevens kan door deelname van meerdere artsen de continuïteit van de huisartszorg gewaarborgd worden.

Eigendom en Zeggenschap

2121 De Zorggroep Holding is eigenaar van de centra en heeft de zeggenschap over alle facilitaire zaken, onroerend goed en personele organisatie. Dat kan zich uiten in financiering van het onroerend goed van de locatie en/of door investeringen in de facilitaire organisatie (bijvoorbeeld automatisering). De ontwikkeling van de centra en de planning van vestiging gaat veelal in overleg met de gemeente.

Taak-/functiescheiding

2122 De voorschrijver is direct betrokken bij de constructie. Het voorschrijfgedrag kan door de deelnemende apotheker worden getoetst en soms ook door collega's in het centrum. Het leveren van de medicijnen gebeurt in hetzelfde centrum, maar dat hoeft niet te betekenen dat er ongewenst voorschrijfgedrag ontstaat.

Financiële aspecten

2123 Financiële aspecten van deze constructie zijn:

- (a) Kostendeling van de bedrijfskosten en facilitaire kosten voor de deelnemers;
- (b) Inkoopvoordelen kunnen groter worden door afgestemd voorschrijven met een beperkte set geneesmiddelen in alle centra (zie ook zorgtechnische aspecten);
- (c) De behaalde inkoopvoordelen gaan naar de eigenaar van het centrum (de zorggroep), tenzij de apotheek geen onderdeel is van het centrum;
- (d) Soms wordt er verder geïnvesteerd in het centrum, bijvoorbeeld in apparatuur of zorgvernieuwing.

Zorgtechnische aspecten

2124 Zorgtechnische aspecten van deze constructie zijn:

- (a) Patiënt heeft de mogelijkheid tot *one-stop-shopping*;
- (b) Er wordt vaak op basis van *evidence based medicine* een formularium opgesteld door/voor het centrum. Er ontstaat daardoor een smaller assortiment geneesmiddelen waaruit kan worden gekozen bij het voorschrijven. Maar als het formularium is opgesteld conform de richtlijnen en protocollen die gelden bij de diverse beroepsgroepen krijgt de patiënt verantwoorde zorg en geneesmiddelen.

Kengetallen

2125 De volgende zorggroepen zijn onder andere geïdentificeerd in het kader van dit onderzoek:

- (a) Almere;
- (b) Leidsche Rijn;
- (c) Amsterdam-Zuidoost;
- (d) Eindhoven;
- (e) Zoetermeer;
- (f) Rotterdam.

Marktdynamica

2126 Het ontstaan van zorggroepen van grotere omvang gaat meestal samen met de ontwikkeling van grotere stedelijke nieuwbouwggebieden (o.a. VINEX-locaties). De gezondheidszorg voor het gehele gebied kan dan in een keer worden ingedeeld. Er is wel weerstand tegen de dominante positie van de zorggroep. Een vrije vestiging van een nieuwe apotheek (of levering door een internetapotheek) kan door de zorggroep worden gefrustreerd via de voorschrijvers, die de patiënt dringend adviseren om alleen via het eigen kanaal af te nemen. De argumentatie van de voorschrijvers is dan vaak dat het overzicht op de patiënt beter in één hand kan blijven.

Overlevormen en andere (niet-juridische of economische) samenwerkingsvormen

Farmacotherapeutisch overleg (FTO)

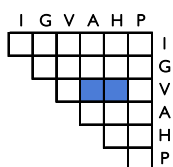
2127 De farmaceutische kennis van de meeste huisartsen is beperkt. Deze kan door Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) worden verbeterd. Het overleg vindt plaats in vaak regionale vormen, waarbij apothekers en huisartsen met elkaar overleggen op basis van *evidence based medicine*. De protocollen van het NHG en de kennis van de apothekers zijn input. Er zijn ook vormen waarbij ziekenhuizen worden betrokken, dan is het een Farmaco Therapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO).

2128 Deze FTO-bijeenkomsten worden gestimuleerd en gesubsidieerd door VWS en zorgverzekeraars. Zowel het programma versterking eerstelijnszorg als ook de acties in het kader van doelmatiger gebruik van geneesmiddelen zetten het FTO in voor het behalen van resultaten/doelstellingen. Het proces wordt voor een groot deel begeleid door DGV, het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. DGV heeft als doel de kwaliteit van het medicijngebruik in Nederland te bevorderen en werkt onder andere in opdracht van het ministerie van VWS, zorgverzekeraars, beroepsorganisaties, gezondheidsfondsen en patiëntenorganisaties.

2129 De resultaten van de FTO's zijn wisselend te noemen.¹⁵ Het FTO werkt volgens de normen van DVG goed in ongeveer 45% van de lopende overleggen. De goede resultaten blijken uit:

- (a) Variatie in middelen gaat omlaag;
- (b) *Compliance* aan richtlijnen gaat omhoog;
- (c) Goedkoper voorschrijven (generiek).

¹⁵ Bron: DGV uitkomsten FTO peilingen.



2130 Het FTO werkt in een aantal gevallen niet goed door:

- (a) Persoonlijke samenwerkingsproblemen (botsende ego's e.d.);
- (b) Input van de apotheek richting de eigen voorkeur, dit kan worden ingegeven door beïnvloeding door de industrie.

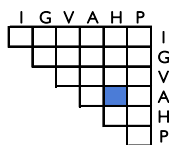
Kengetallen

2131 Er zijn in Nederland nu rond de 800 FTO-groepen.¹⁶

Marktdynamiek

2132 De jaarlijkse FTO peiling levert het volgende beeld op:

- (a) Handhaving van onafhankelijkheid is ook bij FTO de sleutel tot werkelijk succes;
- (b) Commerciële beïnvloeding is nog steeds groot, de industrie probeert zich in te dringen;
- (c) Als zorgverzekeraars impulsen geven door FTO te honoreren in het tarief gaat het beter, dit werkt vooral goed in regio's waar de invloed van een verzekeraar groot is;
- (d) Deelname aan FTO levert accreditatiepunten op, maar dat gaat alleen via schriftelijke check: het formulier zegt niets over werkelijke deelname;
- (e) Als er deelname wordt ingevuld, worden ook de financiële *incentives* van de zorgverzekeraar in werking gesteld. Er wordt gewerkt aan een betere kwaliteitsmeting van deelname aan FTO's.



Automatisering en samenwerking

2133 Verreweg de meeste apothekers hebben een apothekersinformatiesysteem (AIS). Er zijn drie grote leveranciers van AIS'en. Nagenoeg alle huisartsen hebben een Huisarts informatie-systeem (HIS). In totaal zijn er 8 verschillende softwarepakketten.

2134 Er is grote behoefte aan een nieuw netwerk voor informatie-uitwisseling. Dit is ook noodzakelijk voor de opbouw van een EMD (Elektronisch Medisch Dossier) waarnaar door de diverse partijen al langer wordt gestreefd. Een EMD zou faciliterend werken, en beter controles op zorg mogelijk maken, maar door hoge kosten is het moeizaam van de grond aan het komen. Een oplossing zou zijn gezamenlijke investeringen in automatisering en dat gebeurt dan vaak vanuit de kant van apothekers, omdat daar de middelen aanwezig zijn. Daarbij kan ook de afhankelijkheid van deelname aan een regionaal netwerk nog beperkingen opleggen. Eigen keuzes zijn niet praktisch werkbaar als je niet meer aan het regionale netwerk kunt deelnemen.

¹⁶ Bron: DGV, november 2006, rapport Benchmark Voorschrijfgedrag.

2135 Op dit moment is al lokaal en regionaal elektronisch receptenverkeer mogelijk op basis van de zogeheten EDIFACT-berichtenstandaard. Deze techniek werkt in lokaal en regionaal verband, maar is bij toepassing op landelijke schaal onvoldoende veilig en gebruiksvriendelijk.

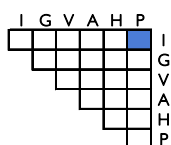
2136 Op dit moment hechten met name apothekers, maar ook huisartsen, nog aan de oude OZIS-standaard, omdat deze standaard hen een aantal functionaliteiten biedt die het EMD nu nog niet biedt, zoals elektronisch receptenverkeer

2137 Het is onbekend hoeveel artsen en apothekers met elkaar elektronisch receptenverkeer onderhouden. Het is wel duidelijk dat het op veel verschillende manieren gaat en nog niet landelijk georganiseerd is.

Samenwerking tussen industrie en patiëntenverenigingen

2138 Er zijn diverse patiëntenverenigingen die samenwerkingsverbanden hebben met de farmaceutische producenten. Die samenwerking kan gebaseerd zijn op zorginhoudelijke gronden, maar er zitten risico's in. Voorbeelden van deze constructie zijn de epilepsievereniging en de Stichting Bloedlink die in 2005 openbaar bevestigden dat zij meegefinancierd werden door diverse farmaceutische bedrijven (Bron artikel dagblad Trouw, 2005).

2139 Door directe inbreng van de patiënten kan de fabrikant zijn producten beter afstemmen op de gebruiker. De doelmatigheid van de ontwikkeling van het geneesmiddel neemt hiermee toe. Daarvoor in ruil wordt de vereniging financieel ondersteund. Op de achtergrond speelt uiteraard dat de fabrikant zijn middel dan ook beter aan de doelgroep kan verkopen. De omvang van deze samenwerking is niet nader onderzocht omdat dit buiten de doelstelling van het onderzoek viel.



3 Belangenverstremgeling en beïnvloeding

301 Dit hoofdstuk geeft antwoord op het tweede deel van de tweede onderzoeksvraag: 'geef een beschrijving van de vormen van de huidige samenwerking *en (financiële) belangenverstremgeling tussen artsen en apotheehoudenden*'.

302 Hieronder zijn de conclusies opgenomen wat betreft belangenverstremgeling, conform de gehanteerde definitie van het begrip 'belangenverstremgeling'¹⁷. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het optreden van *concrete gevallen* van belangenverstremgeling of ongewenst gedrag niet is meegenomen (en ook niet is onderzocht) voor de beantwoording van de vraag of er wat betreft de *constructie* sprake is van belangenverstremgeling. Daar waar de waargenomen constructies naar aard de (schijn of) mogelijkheid van belangenverstremgeling hebben, is dat hieronder als belangenverstremgeling aangegeven.

Belangenverstremgeling komt voor, maar op dit moment nog in beperkte mate

303 Een grote omvang (aantal gevallen) van concrete belangenverstremgeling tussen artsen en apotheehoudenden wordt door ons onwaarschijnlijk geacht. Slechts in geringe aantallen zijn deze gevallen in de bestudeerde documenten en uitgevoerde interviews gevonden. Daarbij komt dat daarbij veelal wordt verwezen naar dezelfde casussen.

304 Deze conclusie wordt onderbouwd door de resultaten van de uitgevoerde diepteonderzoeken¹⁸. Er zijn geen gevallen waargenomen waarbij sprake is van financiële belangenverstremgeling. Daarnaast blijkt dat in alle onderzochte gevallen de risico's van belangenverstremgeling tussen arts en apothekers worden verlaagd. In onderstaande tabel zijn de betreffende risicoverlagende factoren nader weergegeven.

¹⁷ Voor deze definitie wordt verwezen naar hoofdstuk 1.

¹⁸ Hierbij dient echter te worden bedacht dat het geringe aantal diepteonderzoeken (13) geen voldoende volledig en nauwkeurig beeld kunnen geven, maar wel een kwalitatieve indruk geven van de situatie in de geselecteerde constructies.

Verlaging risico profilering belangenverstremgeling door:	Aantal gevallen
<u>Gezondheidscentra</u>	
Geen onderlinge eigendomsverhoudingen tussen apothekers en huisartsen in het centrum	2
Praktijken zijn via stichting onderhuurders van een niet-gelieerde verhuurder	2
Geen waarnemingen van betalingen tussen apotheker en huisartsen	2
<u>Zorggroepen</u>	
Geen onderlinge eigendomsverhoudingen tussen apothekers en huisartsen	3
Rechtsvorm is stichting zonder winststreven	3
Huisartsen in loondienst van de stichting	3
Artsen werken met evidence based formularia	3
<u>Recent gevestigde apothekers;</u>	
Aanstaande beëindiging van de apotheekpraktijk	1
Aantoonbare focus op verwerving cliëntèle buiten de lokale huisartsen om	2
Geen waarnemingen van betalingen tussen apotheker en huisartsen	2
<u>Recent overgedragen apotheekdelen van apotheekhoudende huisartsen;</u>	
Stopzetting van het huisartsen deel van AHHA na overdracht van apotheekdeel	2
Geen betaling van goodwill (alleen voor voorraden en inventaris)	1
Geen uitgestelde of winst afhankelijke betaling van goodwill	1
<u>Poliklinische apotheken.</u>	
Eigendom apotheek bij ziekenhuis / overwinsten poliklinisch apotheek ten gunste van ziekenhuis	3
Apothekers in loondienst van ziekenhuis	3
Artsen werken met evidence based formularia	3

Tabel 3.1 In de diepteonderzoeken waargenomen risicoverlagend factoren voor belangenverstremgeling

305 Behalve dat de waarnemingen de conclusie van een waarschijnlijk geringe omvang van belangenverstremgeling tussen arts en apotheker in de huidige situatie onderbouwen, is er tevens een aantal ondersteunende verklaringen:

- (a) Professionaliteit en onafhankelijkheid domineren andere belangen;
- (b) Samenwerkingsvormen zijn veelal voortgekomen vanuit zorginhoudelijk perspectief;
- (c) Samenwerkingsvormen die vaak worden gezien als belangenverstremgeling zijn dat (op dit moment nog) niet;
- (d) Eventuele 'verboden' afspraken worden niet snel openbaar;
- (e) Belangenverstremgeling komt nu al wel in beperkte mate voor en wordt vooral veroorzaakt door de eigendomsconstructie.

Professionaliteit en onafhankelijkheid domineren andere belangen

306 In het algemeen kan gesteld worden dat er in het kader van dit onderzoek slechts met veel moeite iets valt vast te stellen over feitelijke invloeden van financiële voordelen op het voorschrijfgedrag van huisartsen. Huisartsen werken volgens de NHG-standaarden en protocollen en er vindt in FTO's afstemming plaats over therapie en doelmatigheid. FTO's kunnen in enkele gevallen gedomineerd worden door de apotheker, maar de indruk bestaat dat dit niet op grote schaal leidt tot ongewenste beïnvloeding van voorschrijfgedrag.

307 Bij het voorschrijven wordt uitgegaan van veel voorkomende casuïstiek, maar in de praktijk dient de voorschrijver elke patiënt als uniek te beschouwen en zijn er keuzes mogelijk tussen diverse behandelwijzen en geneesmiddelen. Beslissingen die voor de huisarts spelen tijdens het consult van een patiënt zijn:

- (a) Is medicatie een goede therapievorm?
- (b) Welke soort medicatie is geschikt? (heb ik de meest recente informatie?)
- (c) Welk geneesmiddel kies ik? (is er een FTO waarin iets is afgesproken?)
- (d) Welke toedieningsvorm is de beste? (Kan de patiënt dat zelf?)
- (e) Is het juiste geneesmiddel te verkrijgen?
- (f) Naar welke apotheek moet de patiënt dan?

308 Meestal zal de patiënt naar zijn 'eigen' apotheek willen gaan, gewoon de meest dichtbij gelegen vestiging. De huisarts moet dan wel heel wat uitleggen aan een patiënt om het recept bij een andere apotheek te gaan halen.

309 Bij gezamenlijke huisvesting (in bijvoorbeeld een gezondheidscentrum) lijkt sturing van patiënten door huisartsen richting de apotheker in hetzelfde centrum logisch, ook vanuit een zorginhoudelijk perspectief (*one stop shopping*). Toch moet daarbij wel worden beseft dat, indien een vorm van 'subsidie' plaatsvindt doordat de apotheker een onevenredig deel van de huisvestingskosten voor zijn rekening neemt, er een schijn van belangenverstrengeling kan ontstaan. Sturing van patiënten kan dan in een ander perspectief komen te staan.

Samenwerkingsvormen vloeien op dit moment veelal voort uit zorginhoudelijk perspectief

310 De meeste samenwerkingsvormen tussen arts en apotheekhoudende (of voorschrijver en afleveraar) vloeien voort uit de wens om samen te werken om de zorg voor de patiënt te verbeteren. Feitelijk is dit waar te nemen op alle schalen van organisaties:

- (a) Apotheekhoudende huisartsen - ontstaan vanuit de noodzaak van toegankelijkheid van de zorg;

- (b) AHOED en GOED - ontstaan om geïntegreerd aanbod van eerstelijnszorg (zorg onder één dak) te bieden;
- (c) Zorggroepen - ontstaan om samenwerkende gezondheidszorg in gemeenten (geïntegreerd en afgestemd aanbod van zorg in de breedte) te bieden aan de inwoners.

311 Vanuit deze achtergrond, hebben de betrokken beroepsbeoefenaren een sterk zorginhoudelijk perspectief om de zorg vorm te geven. De organisatievorm sluit hierbij naadloos aan: AHOED, GOED en zorggroepen hebben vrijwel altijd een stichtingsstructuur, dat wil zeggen zonder winstoogmerk, waarbij de zorgverleners veelal in loondienst zijn. Belangenverstrengeling tussen arts en apotheekhoudende is dan ook in de praktijk bij deze organisaties op dit moment niet of nauwelijks aan de orde¹⁹. Hoewel ontstaan vanuit zorginhoudelijke achtergrond, vraagt de dubbelrol van de apotheekhoudende huisarts in termen van belangenverstrengeling wel speciale aandacht. Hierop wordt hieronder ingegaan.

Samenwerkingsvormen die vaak worden gezien als belangenverstrengeling zijn dat formeel niet (maar hebben de schijn tegen)

312 Belangenverstrengeling is een beladen term, die voorzichtig moet worden toegepast. Daar waar er wellicht op het eerste gezicht aanwijzingen lijken te zijn voor belangenverstrengeling, hoeft dat niet zo te zijn. In de literatuur en ook in de interviews is geregeld melding gemaakt van belangenverstrengeling in het geval dat de apotheker (bij een AHOED of GOED) een disproportioneel deel van de huisvestingskosten voor zijn rekening neemt. Dit betekent dat de kosten van de huisarts lager zijn als gevolg van de gevolgde kostenstrategie van de apotheker.

313 De apotheker neemt een groter deel voor zijn rekening om de huisarts te binden aan de apotheker wat betreft de locatie. Hiermee zijn stromen klanten (volumes) beter gewaarborgd. Toch is de vraag gerechtvaardigd of dit zal leiden tot ander voorschrijfgedrag. Het inkomen van de huisarts verandert immers niet door een ander voorschrijfgedrag of door een groter volume bij de apotheek. De huisarts heeft er echter wel belang bij om bij de apotheker in één vestiging te blijven om de huisvestingslasten laag te houden. Er is dus wel een vorm van binding tussen arts en apotheekhoudende.

¹⁹ Wél zijn ook bij deze organisatievormen de effecten merkbaar van de huidige marktdynamiek, zie later dit hoofdstuk.

314 Eenzelfde risico kan zich voordoen als de apotheek een (onevenredig) grote bijdrage levert aan de investering van gezamenlijke ICT in het centrum. Op het moment van herinvestering van de ICT na een paar jaar hebben de huisartsen een financieel belang bij de continuering van de hoge bijdrage van de apotheek in deze investering. Hoewel deze constructie dus wellicht in formele zin geen belangenverstremgeling is, maar eerder belemmerend kunnen werken voor marktwerking (de patiënt wordt 'zacht' gestuurd naar een apotheek), hebben arts en apotheekhoudende wel de schijn tegen en is niet uit te sluiten dat dit een sturende invloed heeft op de aflevering van voorgeschreven medicatie.

315 In deze situaties kan sprake zijn van een vorm van sturing van klanten door de huisarts naar de betreffende apotheek. Toch is lastig vast te stellen of zich in dit geval een andere situatie voordoet dan wanneer huisarts en apotheek in één gezondheidscentrum zitten, zónder de voornoemde 'subsidie'.

316 Het risico van mogelijk financieel gedreven sturend gedrag door huisartsen in een AHOED in de keuze van medicatie (met een hoge of lage marge voor de apotheek) en of in de aflevering ervan (door de apotheek in hetzelfde centrum) lijkt alleen opportuun in die situaties waarbij de apotheek in het centrum ook het eigendom van het onroerend goed heeft en hij in staat is invloed uit te oefenen op mogelijke toekomstige huurstijgingen van de huisartsen.

317 Voor het vertrouwen van de burger in de gezondheidszorg en het belang van integriteit in de gezondheidszorg moeten bovenstaande constructies tussen artsen en apotheekhoudenden die "de schijn tegen hebben" worden voorkomen.

Eventuele 'verboden' afspraken worden niet snel openbaar

318 Bedacht moet worden dat het aantal concrete gevallen van belangenverstremgeling zoals we die uit de interviews horen en uit de desk research hebben geïnterviewd, ook niet groot hoeft te zijn, omdat de echte verboden afspraken niet zichtbaar en/of bekend zijn.

319 Constructies waarbij sprake is van een structurele koppeling tussen de inkomsten en of kosten van een huisartspraktijk en de inkomsten van een apotheek kunnen wellicht voorkomen, maar zullen niet zijn vastgelegd in contracten, dan wel zijn niet (openbaar) beschikbaar. Daarbij valt te denken aan: een vergoeding per recept(regel), per patiënt, per een bepaalde periode waarin patiënten van de arts naar een apotheek komen.

Belangenverstrengeling komt nu al wel in beperkte mate voor en wordt vooral veroorzaakt door de eigendomsconstructie

320 Ondanks dat het nog op kleine schaal voorkomt, zijn er in de huidige situatie al enkele voorbeelden te noemen, waar een vorm van belangenverstrengeling tussen arts en apotheekhoudende kan optreden:

- (a) Eigendom van AHOED of GOED (c.q. alleen het onroerend goed) in handen van huisarts(en), apotheekhoudende(n), zorgverzekeraar of andere rechtspersoon met een geheel of gedeeltelijk winstoogmerk;
- (b) De apotheekhoudende huisarts, die feitelijk een eenmanszaak heeft, waarin voorschrijven en afleveren zijn verenigd.

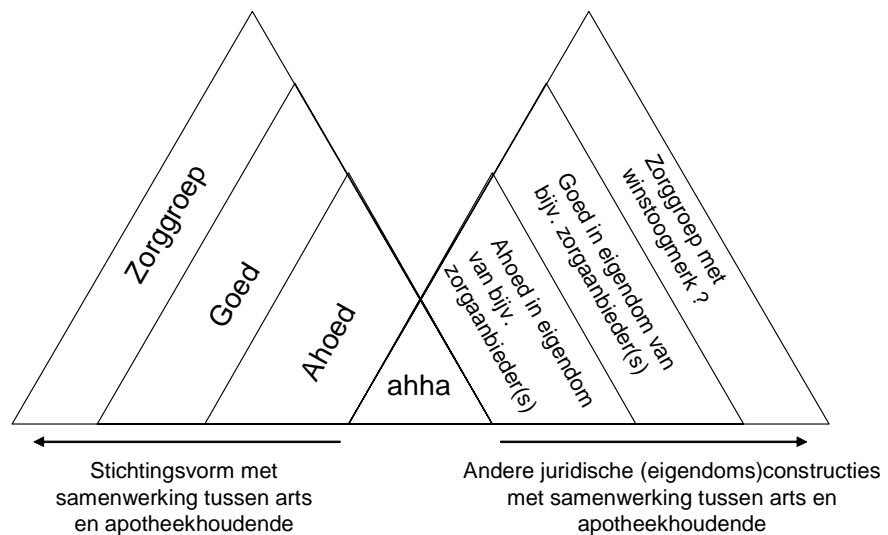
321 De meeste gevallen die recent in het nieuws zijn gekomen (waaronder de Boxmeer casus, waarbij apotheekhoudende huisartsen eigenaar waren van een apotheek) hebben betrekking op het eerste punt. Doordat sprake is van een (juridische) eigendomsconstructie met een geheel of gedeeltelijk winstoogmerk, is per definitie sprake van belangenverstrengeling. Immers, zowel de voorschrijver als de verstrekker van geneesmiddelen zijn onderdeel van een organisatie die een ander (financieel) belang heeft dan uitsluitend een zorginhoudelijk belang. Om die reden richt de SOFA zich als belangenbehartiger van apotheekhoudende huisartsen zich nu op het opzetten van stichtingen (zonder winstoogmerk) die eigenaar worden van een apotheek (in plaats van eigendom via een CV, BV of anderszins). De reden hiervoor is gelegen in het beschermen van de eigen marktpositie, zie hieronder.

322 Ongeacht of de huisarts of de apotheekhoudende eigenaar is, kan er spanning komen op het onafhankelijk voorschrijven en leveren. Immers, de eventuele inkoopvoordelen vallen ten gunste van de organisatie/eigenaar, die - afhankelijk van de gekozen juridische verhoudingen tussen de organisatie en de voorschrijver/verstrekker - directe of indirecte druk kan uitoefenen.

323 Voor de zorgverzekeraar als eigenaar geldt een vergelijkbaar spanningsveld. Het beïnvloeden van het formularium via de eigendomsconstructie is namelijk eveneens niet uitgesloten. Hierbij moet echter wel worden bedacht dat de zorgverzekeraar als vertegenwoordiger van de klant/patiënt de taak heeft om kwalitatief hoogwaardige zorg en doelmatigheid te combineren. Vraag is of een eigendomsconstructie daarbij wezenlijk anders is dan een contract met de zorgaanbieders, waarmee dezelfde doelstellingen worden nagestreefd. Opgemerkt zij dat in de constructie die Menzis nastreeft er geen apothekers worden aangetrokken, maar dat samenwerking met bestaande apothekers wordt gezocht. In dat geval is belangenverstrengeling tussen arts en apotheker dus niet aan de orde.

324 Wat betreft de apotheekhoudende huisarts moet de dubbelrol van voorschrijver en verstrekker van geneesmiddelen met de gegeven definitie worden beschouwd als een belangenverstrengeling in één persoon verenigd. Immers, dit zou kunnen leiden tot voorkeursgedrag bij voorschrift voor levering van geneesmiddelen waarop de apotheekhoudende huisarts inkoopvoordelen behaalt. Dit hoeft evenwel in de praktijk niet te betekenen dat er door deze situatie daadwerkelijk ongewenst (voorschrijf)gedrag ontstaat. In meerdere interviews werd gememoreerd dat apotheekhoudende huisartsen niet meer voorschrijven dan openbare apotheken.

325 In onderstaande figuur is de situatie wat betreft de eigendomsconstructie schematisch weergegeven. Aan de linkerkant van de figuur staan de constructies die een stichting als organisatievorm hebben, met de omvang van de driehoek als maat voor het toenemende aantal verschillende disciplines in de organisatie.



326 Wanneer we de verschillende constructies beschouwen die in de huidige situatie tot een vorm van belangenverstrengeling leiden waar het gaat om de relatie tussen arts en apotheekhoudende, dan betreffen dit allen constructies die zich in de rechter driehoek bevinden.

327 De conclusie is dan ook dat, omdat het overgrote deel van de samenwerkingsvormen zich in het linkerdeel van de figuur bevinden, belangenverstrengeling op dit moment nog in beperkte mate voorkomt.

Verdringingsmarkt verklaart de huidige marktdynamiek

328 Uit alle onderzochte informatie komt duidelijk naar voren: het grootste belang dat er in de marktwerking binnen de farmaceutische zorg momenteel telt is de strijd om het marktaandeel. Dat is niet vreemd in een verdringingsmarkt. Hoewel het financiële volume van de geneesmiddelenvoorziening toeneemt, zowel door de kosten per geneesmiddel als het aantal voorschriften, groeit het aantal klanten/gebruikers slechts beperkt. Voor een gezonde bedrijfsvoering is het dus van belang om zoveel mogelijk klanten te kunnen bedienen.

329 Bij de diverse constructies is al melding gemaakt van de marktdynamiek. Het is duidelijk zichtbaar dat er een strijd om afzetgebied wordt gevoerd door de gehele farmaciekolom heen. Deze strijd om marktaandeel wordt vooral in de verticale kolom uitgevochten, maar uit zich ook in horizontale samenwerkingsvormen.

330 De industrie en groothandels zoeken steeds meer afzetgebied en gebruiken daarvoor hun ketenvorming (met en zonder groothandel), maar ook door internetapotheken te starten en met unieke leveringen te gaan werken. Kapitaalkrachtige financiers kopen apotheken op. Die hebben groot belang bij het genereren en garanderen van een substantiële patiëntenstroom om voldoende omzet te kunnen maken.

331 Deze marktwerking is ook zichtbaar op het niveau van openbare apothekers, want die moeten zich verweren tegen dat gedrag of zich laten inlijven door de leveranciers. De apothekers op hun beurt zoeken ook naar garanties voor hun afzetkanaal en gaan allerlei constructies aan met de voorschrijvers om het eigen marktaandeel te beschermen (AHOED, GOED).

332 De situatie rondom apotheekhoudend huisartsen is eveneens kritisch. Deze groep is voor een groot deel afhankelijk van de sterke toename van (keten-)apotheken (zie artikel 61 van de Geneesmiddelenwet) en daardoor kwetsbaar. Ketens zouden zich er zelfs actief op richten om de apotheekfuncties van deze huisartsen over te nemen, door hun vestigingsbeleid in de landelijke gebieden uit te breiden. Soms stoten meerdere apotheekhoudend huisartsen dan hun apotheekdeel af en richten dan zelf een apotheek op en laten een apotheker zich inkopen. De apotheker is dan in ieder geval afhankelijk van de aanvoer van patiënten door de huisartsen en staat dan zelf onder druk. Deze situatie is zeer gevoelig voor het uitspelen van onderlinge belangen, want er zal ook sprake zijn van een wederzijdse afhankelijkheid als de apotheker zijn praktijkaankoop moet bekostigen uit de productie van dezelfde huisartsen.

333 Bovenstaande ontwikkelingen verklaren ook de felle reacties van apotheken en apotheekhoudenden als hun eigen afzetgebied bedreigd wordt door nieuwe toetreders, poliklinische apotheken en internetapotheken. De meeste rechtszaken rondom apotheken hadden de laatste jaren hiermee te maken. Nieuwe toetreders hebben daardoor de grootste moeite om te overleven als ze geen deel uitmaken van een grotere organisatie.

334 Een nieuwe ontwikkeling zou zich kunnen voordoen op het terrein van de verzorgingshuisarts. Patiënten in een verzorgingshuis (vooral ook aanleunwoningen) houden in principe hun eigen huisarts. Dat kan voor een huisarts te intensief zijn waardoor deze de patiënten bij de verzorgingshuisarts op naam laat inschrijven. Dit geeft de verzorgingshuisarts een grote medicatiestroom waarmee hij een interessant afzetkanaal wordt voor een apotheker.

335 Het toenemende aantal fusies in de zorgketen (ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorg) zorgt mogelijk voor meer verschuivingen naar de leveranciers die al grip hebben in de tweedelijnszorg.

Belangenverstrengeling zal naar verwachting toenemen

336 De verwachting is gerechtvaardigd dat zowel verticale als horizontale integratie in de farmakolom zullen toenemen. Hiervoor zijn zowel zorginhoudelijke als financiële redenen te noemen.

337 Daarnaast verwachten wij dat de juridische eigendomsvormen van de zorgorganisaties in de komende jaren zullen veranderen. In toenemende mate zal de stichting verdwijnen en plaatsmaken voor eigendomsvormen als de BV. Zoals hiervoor reeds is aangegeven, neemt hiermee de kans op belangenverstrengeling tussen arts en apotheekhoudende toe.

Samenwerking neemt vanuit zorginhoudelijk perspectief verder toe

338 Vanuit het perspectief van de zorg zal de behoefte aan samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders toenemen. De achtergronden hiervoor zijn divers, maar hebben te maken met zowel maatschappelijke/demografische ontwikkelingen als de behoefte aan meer geïntegreerde zorgconcepten en ketenzorg.

339 Voorbeelden van deze ontwikkelingen zijn:

- (a) Meer vrouwen die in het vak van huisarts of apotheker instromen, en minder vaak fulltime werken;
- (b) Beroepsbeoefenaren willen meer samenwerken en minder solo, omdat de continuïteit en 24-uursservice onder druk kwam te staan;
- (c) De wens tot meer collegiale toetsing en het toepassen van multidisciplinaire kennis;

- (d) Behoeftte aan gemak voor patiënten die steeds meer hun zorg in een gebouw willen bezoeken (“*one-stop-shopping*”);
- (e) Ketenzorg voor speciale doelgroepen;
- (f) Het onderzoeken en uitwerken van innovatieve en doelmatige zorgconcepten.

Bedrijfseconomische prikkels zullen leiden tot verdere verticale en horizontale integratie

340 De markt van farmaceutische zorg, en met name waar het gaat om de levering van geneesmiddelen, zal zich naar verwachting blijven gedragen als een verdringingsmarkt. Het is dan ook een realistische veronderstelling dat afzetkanalen verder zullen worden beschermd door verticale integratie, maar ook dat omzetvolumes zullen worden gegarandeerd (en uitgebreid) door horizontale integratie. De strijd om marktaandeelen zal in dat geval onverminderd hevig blijven.

341 Omzetsturing kan verder worden gegarandeerd door het aangaan van samenwerkingsverbanden tussen arts en apothekhoudende. Patiëntsturing door de huisarts (bewust of vanuit de lokatie gedreven) naar de apotheker waarborgt dan het marktaandeel en omzet. Dit sluit aan bij een van de gehoorde statements in de interviews: “Waar beslissingen worden genomen duikt het geld op”. Deze ontwikkeling zal leiden tot een toenemende verticale integratie (AHOED en GOED) en het aantrekken van kapitaalkrachtige financiers.

342 Ten slotte blijft ook horizontale integratie interessant voor de apotheken en huisartsen, vanuit het oogpunt van cost sharing, het waarborgen van bedrijfseconomische continuïteit en het gezamenlijk neerzetten van een ‘merk’ (om klanten te trekken en binden).

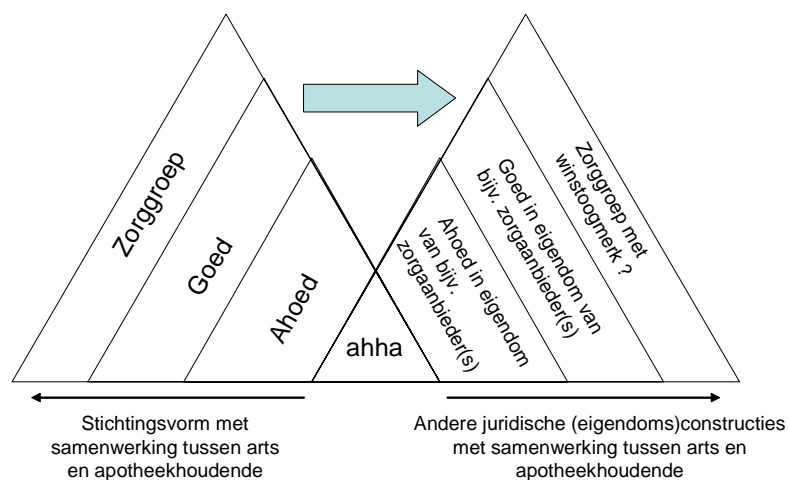
Andere juridische eigendomsvormen door wegvallen van subsidieregeling

343 Tot 1 januari 2007 was de stichtingsvorm als verhuurder/beheerder van het onroerend goed van gezondheidscentra een vormvereiste voor het verkrijgen van subsidie voor gezondheidscentra. Dit heeft ertoe geleid dat op dit moment het overgrote deel van de gezondheidscentra een stichting betreft.

344 In combinatie met voornoemde ontwikkelingen, waarbij financiers steeds meer interesse zullen krijgen voor de markt, maar ook zorgaanbieders vanuit zorginhoudelijk én financieel oogpunt geïnteresseerd zullen zijn in samenwerkingsvormen, zal het aantal eigendomsvormen in gezondheidscentra en andere geïntegreerde zorgconcepten toenemen. Ook de marktwerking in de zorg zal ertoe leiden dat juridische eigendomsvormen zoals de BV in aantal gaan stijgen.

345 Dit betekent dat de eigendomsvorm geen belemmering meer gaat zijn voor het opereren met een winstoogmerk. Hoewel dit zeker niet hoeft te betekenen dat daarmee alle organisaties gaan handelen vanuit een winstoogmerk, zullen in toenemende mate de aandeelhouders (wat ook zorgaanbieders als huisartsen en apotheekhoudenden kunnen zijn), niet uitsluitend meer sturen op de zorginhoud, maar zullen deze ook de financiële sturing toenemen. Zeker is dat er financiële afhankelijkheden gaan ontstaan tussen arts en apotheekhoudenden, daar waar het gaat om de AHOED, GOED en zorggroepen.

346 Met andere woorden, er vindt een verschuiving plaats van de stichtingsvorm (links in onderstaande figuur) naar andere constructies (rechts in de onderstaande figuur).



347 In de interviews is gemeld dat nu de extra gelden voor financiering van gezondheidscentra door verzekeraars worden toegekend, de professionals in die GOED's die nog zonder apotheek werken zich grote zorgen maken over de financiën. De verwachting is dat verzekeraars zullen eisen dat er ook een apotheekfunctie in het centrum zal zijn. Daardoor wordt de druk om samenwerking te zoeken met apothekers hoog. Ook de ketens spelen daarin een belangrijke rol. Zij nemen steeds meer deel in de gezondheidscentra om marktaandeel te behouden/verwerven.

348 Met nadruk wijzen wij erop dat bovenstaande niet automatisch hoeft te betekenen dat hiermee het voorschrijfgedrag daadwerkelijk zal worden beïnvloed; dit is niet noodzakelijkerwijs aan elkaar verbonden. Het voorschrijfgedrag van huisartsen die in een 'risicovolle situatie' werken (zoals apotheekhoudend huisartsen en huisartsen in een AHOED of GOED) zou volgens DGV zelfs gunstiger zijn (doelmatiger) dan dat van vrijgevestigde huisartsen.

4 In perspectief met Europa

401 In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de invulling van de apotheekfunctie in overige Europese landen en eventuele wettelijke beperkingen daarbij ten aanzien van financiële belangenverstrengeling tussen artsen en apotheekhoudenden.

402 Naast een algemene beschrijving van de situatie in de EU wordt dieper ingegaan op de situatie in vier specifieke landen. Het betreft de landen:

- (a) België;
- (b) Duitsland;
- (c) Frankrijk;
- (d) Groot-Brittannië.

403 Vervolgens is een tabel opgenomen, waarin samenvattend de diverse aspecten met elkaar kunnen worden vergeleken.

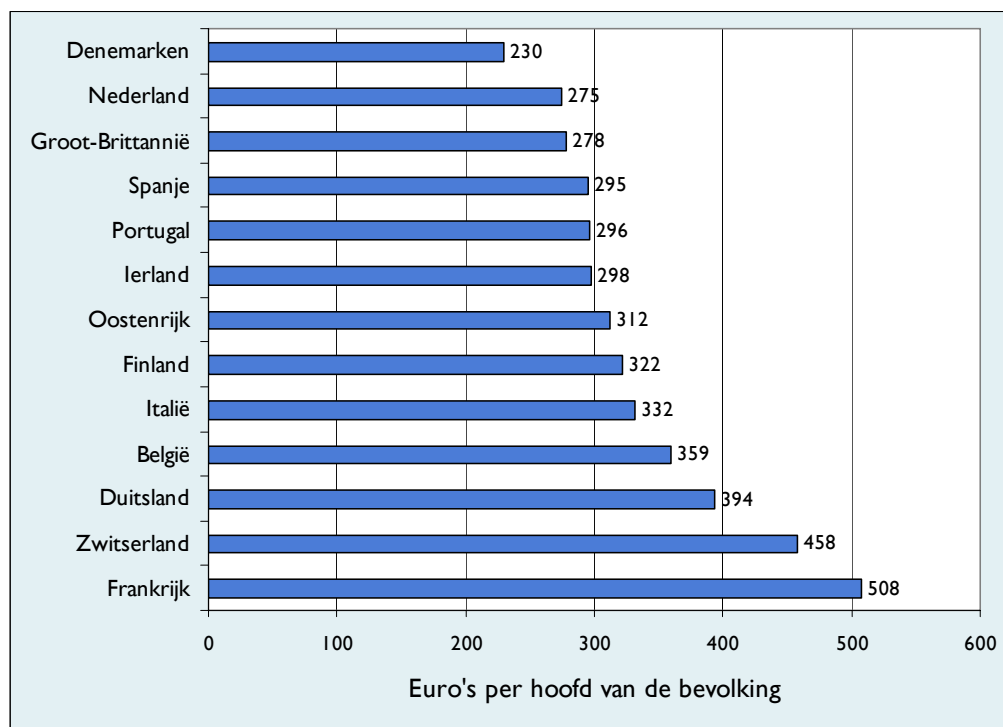
404 Er is veel inspanning gedaan om bronnen en gegevens te kunnen raadplegen die een betrouwbaar en actueel beeld geven van de omstandigheden en wetgeving per EU-land. De regelgeving is vaak complex en per land zijn er diverse instituten en functionarissen die per deelgebied vaak veel kennis hebben. Daarnaast zijn er de laatste jaren veel wijzigingen in de wetgeving geweest of zijn wijzigingen op komst. Om deze redenen werd bij de gegevensverzameling door potentiële bronnen veel naar andere instituten verwezen en konden weinig concrete vragen direct worden beantwoord.²⁰ Uiteindelijk is vanuit diverse bronnen, die in bijlage D nader worden gespecificeerd, een voldoende gedetailleerd totaaloverzicht ontstaan.

Geneesmiddelenconsumptie in West-Europees perspectief²¹

405 In Nederland zijn de geneesmiddelenuitgaven per hoofd van de bevolking lager dan in de meeste andere West-Europese landen - zie figuur 4.1. Dit is sinds jaren een vertrouwd beeld. In 2004 besteedde de Nederlander gemiddeld € 275 aan geneesmiddelen in de openbare apotheek of bij de apotheekhoudende huisarts. Dit bedrag omvat tevens de (zelfzorg)geneesmiddelen die niet worden vergoed door de zorgverzekeraar (gemiddeld € 16 per persoon).

²⁰ Dit beeld is ons ook bevestigd door andere onderzoekers die soortgelijke vraagstellingen behandelden, onder andere voor een uitgebreide studie in opdracht van de Europese Commissie die naar verwachting in juni of juli wordt gepubliceerd.

²¹ Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen, Data en Feiten 2006.



Figuur 4.1: geneesmiddelenuitgaven via apotheekhoudenden per hoofd van de bevolking in 2004 (bron: SFK Data en Feiten 2006)

406 In een aantal van de landen om Nederland heen wordt beduidend meer uitgegeven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking. In België is in 2004 gemiddeld € 359 per hoofd besteed aan geneesmiddelen, in Duitsland € 394 en in Frankrijk € 503. De uitgaven in Nederland zijn vrijwel gelijk aan de uitgaven in Groot-Brittannië van € 278 per hoofd en in vergelijking met Denemarken (met uitgaven van € 230 per hoofd) liggen de uitgaven per hoofd van de bevolking in ons land 20% hoger. De verschillen in geneesmiddelenconsumptie zijn voor slechts een beperkt deel terug te voeren op de mate van vergrijzing van de bevolking in de diverse landen.

407 Als men de uitgaven aan farmaceutische hulp relateert aan de totale kosten van de gezondheidszorg, neemt Nederland wederom een bescheiden positie in temidden van de West-Europese landen. In 2004 had 10% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland betrekking op uitgaven aan farmaceutische hulp. Nederland bevindt zich hiermee in de Europese staartgroep.

De farmaceutische keten in andere EU-landen

408 Het vraagstuk van marktwerking, vrijheid van handelen en kostenreductie speelt in de meeste omringende landen. Discussies daar gaan echter minder over zorg en meer over prijzen dan over belangenverstrengeling, omdat de scheiding tussen handel en zorg in die landen duidelijker lijkt dan in Nederland. De opstelling van de Nederlandse apothekers is in Europees opzicht vrij uniek waar het gaat om het aspect farmaceutische zorg. Er wordt in andere landen minder nadruk gelegd op de apotheker als zorginhoudelijke deskundige.

409 In alle omringende landen is de wens tot beïnvloeden van doelmatig voorschrijfgedrag en het voorschrijven van generieke middelen groot. Meestal wordt dat in incentive-systemen gedaan, maar over het algemeen met minder resultaat dan wordt beoogd. Nederland scoort relatief nog hoog met gemiddeld 47% (2006) in aantallen generieke voorschriften ten opzichte van het totaal. Andere landen hebben mindere resultaten daarin (Bron: Office of fair trading, International survey of pharmaceutical pricing and reimbursement schemes, febr. 2007).

410 De Nederlandse apotheken bedienen gemiddeld 8.700 patiënten per apotheekpraktijk. Dit is veel meer dan in omringende landen. In België (2.000 patiënten), Frankrijk (2.500 patiënten), Duitsland (4.000 patiënten) en Groot-Brittannië (5.000 patiënten) hebben de apotheken een aanmerkelijk kleinere patiëntenpopulatie. (BRON: SFK, Data en Feiten, diverse jaren).

411 De rol van voorschrijver en verstrekker van geneesmiddelen is doorgaans wettelijk gescheiden. De apotheekhoudend huisarts is in de meeste omringende landen geen gebruik (meer). In Nederland is 8% van de bevolking aangewezen op een apotheekhoudende huisarts. In Groot-Brittannië is dit 6%. Ook in Zwitserland en Oostenrijk bestaat deze vorm. In Duitsland en Frankrijk worden er geen geneesmiddelen via huisartsen verstrekt.

412 De ketenvorming, maar vooral de verticale integratie lijkt in Nederland veel grootschaliger dan in omringende landen. In Duitsland, België en Frankrijk is ketenvorming geen gebruik. In andere EU landen waaronder Groot-Brittannië, Ierland, Italië en Noorwegen komen wel relatief veel ketens voor.

413 Directe financiële belangen van voorschrijvers in de leveringsketen zijn veelal wettelijk verboden. Het lijkt desondanks niet duidelijk vast te stellen of een beroepsbeoefenaar als privaat persoon ook geen belangen kan of mag hebben in farmaceutische industrie.

Feitelijke informatie over vier EU-landen

België

414 De wetgeving in België is momenteel in een herbeoordelingsproces aangezien een aantal wetten niet meer voldoen aan de huidige tijdgeest. Hieronder wordt de huidige situatie beschreven.

Samenwerkingen en belangenverstrengelingen

415 Artsen mogen sinds 1958 geen geneesmiddelendepot bezitten. Echter artsen die al voor 1958 een geneesmiddelendepot bezaten, mochten die levenslang onder zich houden. Op 1 mei 2007 eindigt ook dit gedoogbeleid voor nog enkele tientallen bejaarde artsen. Naast het bezit van een geneesmiddelendepot zijn er tussen artsen en apothekers geen gekende samenwerkingverbanden.

416 Tussen apotheken en groothandels zijn er wel samenwerkingsverbanden. Coöperatieve apotheken zijn verbonden met een groothandel, er is dus sprake van een verticale integratie. Zelfstandige apothekers bezitten steeds aandelen in de groothandel die hen beleveret.

Wetgeving

417 Het voorschrijfgedrag wordt via de wetgeving beïnvloed door de overheid.

418 Artikel 73 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, legt in § 2 verplichtingen op aan de voorschrijvers, artsen en tandartsen, om een vooraf vastgesteld percentage 'goedkope' geneesmiddelen voor te schrijven. Dit bepaalde percentage wordt berekend aan de hand van de DDD (defined daily dose). De volgende categorieën geneesmiddelen worden beschouwd als goedkope geneesmiddelen:

- (a) generieke specialiteiten;
- (b) goedkope originele specialiteiten;
- (c) geneesmiddelen voorgeschreven onder de stofnaam.

419 Voorschrijvers die het percentage niet halen, worden door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gedurende zes maanden onder een monitoringsysteem geplaatst. Indien de voorschrijver blijft volharden in een duur voorschrijfgedrag, kunnen administratieve boetes gegeven worden.

420 De apothekers zijn verplicht als het voorschrift opgesteld is onder een stofnaam aan de patiënt die specialiteit af te leveren die het best overeenkomt met de financiële mogelijkheden van de patiënt. In het factureringssysteem Farmanet moet door de apotheker aangeduid worden dat het voorschrift opgesteld was onder de stofnaam zodat dit toegevoegd wordt aan het percentage goedkoop voorschrijven wat belangrijk is voor de voorschrijver.

421 Verder zijn er in de wetgeving beperkingen opgelegd op het combineren van de functie van arts en van apotheker. Volgens de bepaling van Art. 4 bis van het KB nr° 78 is de gelijktijdige uitoefening van de geneeskunde en de artsenijsbereidkunde verboden, zelfs aan de houders van de diploma's die het recht geven om elk van deze beroepen uit te oefenen. Art. 25 van het KB van 31.05.1885, gewijzigd zoals tot heden zegt: Geen apotheker mag, in deze hoedanigheid en op welke wijze ook, ziekten behandelen op eigen gezag, recepten voorschrijven of geneesmiddelen aan de zieken doen toedienen, een ander titel voeren dan dien hem bij zijn behoorlijk geïssueerd diploma toegekend, of, in het algemeen, zijn kunst uitoefenen op een andere wijze dan die waartoe hij gemachtigd is.

Groot-Brittannië

422 De Britse geneesmiddelenindustrie is sterk ontwikkeld en speelt een vooraanstaande rol in de Europese markten. De Association of the British Pharmaceutical Industry (ABPI) heeft een belangrijke rol in de prijsvorming van merkmedicijnen binnen Groot-Brittannië. De distributie via groothandels wordt gedomineerd door 14 grotere spelers en een groot aantal kleinere die variëren in werkteurien van nationaal naar regionaal en zelfs lokaal. Daarnaast zijn er tweede grote ketens van (Boots en Chemists) die hun eigen winkels, drogisterijen die ook geneesmiddelen verkopen, bedienen met huismerkmedicijnen. Geneesmiddelen op voorschrift worden alleen geleverd door apotheken en door apotheekhoudend huisartsen. Overige geneesmiddelen worden ook in drogisterijen en supermarkten verkocht. In 2004 waren er in Groot-Brittannië 12.200 apotheken, ongeveer 1 apotheek per 4.800 inwoners.

423 Bijzonder kenmerk van de Britse gezondheidszorg is dat bijna alle gezondheidszorg wordt aangeboden door overheidsinstanties. De National Health Service (NHS) is daarvan de belangrijkste. Eerstelijnsgezondheidszorg wordt vooral geleverd door Primary Care Trusts (PCT) die hun budgetten ontvangen van de NHS en invloed uitoefenen op het voorschrijfgedrag van geneesmiddelen. De PCT's zijn opgebouwd uit groepen van lokale artsen en functionarissen van plaatselijke overheden.

424 De artsen (General Practitioners, GP) hebben de rol van poortwachter naar de tweedelijnsgezondheidszorg. Er zijn zelfs plannen om de GP's zorg te laten inkopen in de tweedelijnsgezondheidszorg. Sinds 2005, de invoering van de "Health Bill", mogen apothekers zich ook opstellen als onafhankelijk voorschrijver voor de meeste groepen van medicijnen. In Groot-Brittannië kunnen huisartsen op legale wijze aandelen hebben in apotheken. Daarvoor geldt geen wettelijk verbod.

425 Het Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA), een afdeling van het ministerie van Volksgezondheid, is verantwoordelijk voor het toelaten van geneesmiddelen. Tevens bewaakt dit instituut de veiligheid en doelmatigheid van reeds geregistreerde geneesmiddelen. Er worden drie categorieën van geneesmiddelen gehanteerd:

- (a) Prescription-only Medicines (POM), alleen op voorschrift;
- (b) Pharmacy-only Medicines (P), dit zijn middelen die niet op voorschrift zijn, maar alleen door een apotheek geleverd mogen worden als *over the Counter* (OTC);
- (c) Pharmaceuticals on the General Sales List (GSL), OTC-middelen die ook door drogisterijen en supermarkten mogen worden geleverd.

426 De meeste geneesmiddelen worden ook opgenomen in de verstrekkingen van de NHS. Uitzonderingen komen op de 'zwarte lijst' of 'grijze lijst'. De prijzen worden door overheid en industrie onderhandeld en beïnvloed in onder andere the Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS). De vergoeding voor generieke medicijnen wordt deels bepaald door de NHS Business Services Authority (NHSBSA) en deels door de overheid en de British Generic Manufacturers Association (BGMA), waarbij een gemiddeld prijssysteem wordt toegepast. Meestal is de prijs in de markt gelijk aan de vergoeding voor geneesmiddelen opgenomen in het NHS-systeem.

427 Het voorschrijfgedrag wordt sterk gereguleerd. Er worden professionele standaarden opgezet door de General Medical Council op basis van 'nobelheid', transparantie en het belang van de patiënt. Huisartsen staan onder druk om meer generieke middelen voor te schrijven en de kosten laag te houden. De kosten worden gemonitord door de (NHSBSA) en de lokale PCT's kunnen op lokaal niveau nog incentives geven door hogere vergoedingen aan de GP wanneer hij zijn budget niet overschrijdt en kostenbesparend voorschrijft.

428 Opvallend gegeven is dat substitutie met generieke middelen alleen is toegestaan, wanneer het voorschrift is opgesteld op stofnaam. Juist dan wordt de apotheker aangemoedigd om het goedkoopste middel te leveren. Substitutie door parallel ingevoerde producten is wel toegestaan.

429 Vroeger kregen apothekers en huisartsen een percentage van het tarief van het voorgeschreven medicijn. Dat krijgen ze niet meer, want deze gelden worden tegenwoordig gebruikt om huisartsen en apotheken betere kwaliteit en service te laten leveren. Patiënten die geen vrijstelling hebben van eigen bijdragen-betaling, betalen per voorschrijfregel een eigen bijdrage die in 2006 lag op € 9,60. Zij kunnen deze eigen bijdragen afkopen met bijvoorbeeld een jaarbedrag ineens van € 134,25. Overigens heeft ongeveer de halve bevolking (onder anderen chronisch zieken, zwangeren, jonge moeders, bijstandsgerechtigden, 60-plussers en 16-minners) vrijstelling van de eigen bijdragen.

Frankrijk

430 Frankrijk heeft een aanzienlijk aantal (rond de 300) producenten van geneesmiddelen en de geneesmiddelenindustrie wordt sterk vertegenwoordigd door de LEEM (Les Entreprises du Médicament). Deze organisatie heeft een belangrijke rol in de bepaling van de prijs van geneesmiddelen en de afspraken over promotie en sluit akkoorden af met de overheidsinstanties. Daarnaast bestaat er een koepelorganisatie van producenten van generieke geneesmiddelen, GEMME (L'association Générique Môme Médicament). De distributie van geneesmiddelen verloopt via groothandels, waarvan de vier grootste organisaties ongeveer 99% van de markt (in waarde) in portefeuille hebben.

431 In Frankrijk is het alleen aan apothekers toegestaan om een apotheek te beheren. In 2003 waren er in Frankrijk 22.691 apotheken, gemiddeld 1 apotheek per 2.615 inwoners. De levering van geneesmiddelen is voorbehouden aan apotheken en de apotheker dient altijd in de apotheek aanwezig te zijn tijdens de openingsuren. Er zijn geen huisartsen of andere artsen die medicijnen verstrekken in hun praktijk, hoewel er in afgelegen gebieden nog wel enige apotheekhoudend huisartsen zijn.

432 Frankrijk kent gemiddeld een hoge consumptie van geneesmiddelen per hoofd van de bevolking, dat onder andere zou worden veroorzaakt door de te grote verpakkingen. In de laatste wetswijzigingen van de sociale zorgverzekering is daaraan aandacht besteed met de bedoeling de verpakkingen beter te laten aansluiten bij de beoogde behandelperiode en bij chronisch gebruik tot verpakkingen voor maximaal 30 tot 90 dagen. Naast de omvang van de levering wordt door de overheid ook getracht om meer generieke geneesmiddelen te laten voorschrijven, door onder andere een grootschalige promotiecampagne in 2002 en incentives voor de voorschrijvende artsen. Deze kunnen als "Reference Doctors" vrijwillig meedoen aan een convenant tussen de koepel van artsen en de Sociale Zorgverzekeraars en krijgen een hogere vergoeding als zij minimaal 25% generieke middelen of middelen op stofnaam voorschrijven.

433 De geneesmiddelen die door de sociale zorgverzekering worden vergoed, kennen vergoedingshoogten van 100%; 65% en 35%. Er is dus een eigen bijdragen-systematiek van toepassing. Deze wordt echter grotendeels opgevangen door de aanvullende verzekeringen die de meeste Fransen hebben afgesloten, waardoor hun kostenbewustzijn niet erg hoog is. Daarbij geldt voor veel chronische ziektebeelden dat zij (gedeeltelijke) vrijstelling krijgen voor de systematiek van eigen bijdragen. Op 1 januari 2006 werd de rol van poortwachter nadrukkelijker bij de huisarts gelegd (médecin traitant) en werd een hogere eigen bijdrage van toepassing wanneer patiënten zonder tussenkomst van de huisarts een specialist bezoeken.

434 (Huis)artsen hebben geen zichtbare banden in de vorm van aandelen in de farmaceutische industrie, maar er spelen wel andere belangen. De farmaceutische industrie verzorgt namelijk een groot deel van de opleiding en nascholing van artsen.

435 De laatste jaren zijn er maatregelen genomen die reguleren wat een arts mag accepteren als gift of inkoopvoordeel, zoals conferenties en studiereizen. Daarnaast zijn er diverse maatregelen die artsen moeten motiveren om meer generieke geneesmiddelen voor te schrijven (zie ook 115). Sinds 1994 bestaan er medische richtlijnen (RMO's, Références Médicales Opposables) die onder andere de behandelmethoden bepalen. Artsen dienen hun voorschriften te voorzien van een kenmerk, waaruit blijkt dat de richtlijnen wel of niet gevolgd zijn. Deze methode werd ingevoerd na een akkoord tussen de sociale zorgverzekering en de artsenkoepels, om te voorkomen dat er een "farmaceutisch budget voor artsen" zou worden ingevoerd.

436 Gezondheidscentra en samenwerkingsverbanden zoals de AHOEDS in Nederland komen in Frankrijk niet op dezelfde wijze voor. Er zijn wel samenwerkingsrelaties, die mogelijk soms de vorm hebben van werkafspraken tussen artsen en apothekers die in elkaars omgeving zijn gevestigd.

437 In principe zijn alle apotheken onafhankelijk en geen onderdeel van een keten. Het maximale aantal apotheken en huisartsen wordt door de overheid gereguleerd. Toetreding door andere investeerders in de apothekersmarkt is geen gangbare situatie, maar vindt slechts bij uitzondering plaats.

Duitsland

438 Het Duitse gezondheidszorgstelsel (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV) kent een mix van publiek en private onderdelen. Ongeveer 89% van de bevolking is verzekerd in een van de 280 Krankenkassen, 9% is particulier verzekerd en 2% kent een verzekering van staatswege (onder andere militairen).

439 Ook Duitsland kent een sterke farmaceutische industrie met rond de 400 producenten. De distributie wordt grotendeels (90%) verzorgd door 16 groothandels die zich hebben verenigd in PHAGRO (Bundesverband des Pharmazeutischen Großhandels). De meeste geneesmiddelen worden geleverd via apotheken.

440 In 2004 waren er 21.392 apotheken in Duitsland, gemiddeld 1 apotheek per 3.858 inwoners. In Duitsland is het alleen aan apothekers toegestaan om een apotheek te beheren. Een apotheker kan maximaal vier apotheken in beheer hebben (deze beperking geldt sinds 2004). Er zijn geen artsen/huisartsen die medicijnen verstrekken. Daarom zijn er geen regels over financiële belangen tussen apothekers en huisartsen. Er zijn zeldzame situaties waarin personen beide opleidingen hebben voltooid (apotheker en arts). Deze situatie zou theoretisch gezien de persoon kwalificeren om zowel een artspraktijk als een apotheek te beheren. Het verstrekken van medicijnen zou desondanks toch alleen via de apotheeklocatie toegelaten zijn, daartoe dienen de praktijken fysiek gescheiden te blijven. Er zijn ook voorbeelden van echtparen waarvan de één een artspraktijk heeft en de ander een apotheek. Voor zover bekend, is er geen direct verbod op het bezit van aandelen in farmaceutische organisaties.

441 De toelating van geneesmiddelen wordt beheerd door het Bundesministerium für Gesundheit (BMG) en de Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA). Er bestaat alleen een negatieve lijst van niet-toegelaten middelen. Overige middelen vallen onder de vergoeding van de verzekeringen. Meestal is de marktprijs gelijk aan de hoogte van de vergoedingen, ondanks het feit dat er geen wettelijke prijsbeperkingen gelden. De vergoedingshoogte van geneesmiddelen die in prijsreferentiegroepen vallen, wordt bepaald door een intern prijsreferentiesysteem en vastgesteld door de Spitzenverbände der Krankenkassen (SK). Veel generieke middelen vallen in dit referentiesysteem. De marges van groothandels zijn wel gereguleerd. Duitsland kent geen externe prijsreferentiemethode, zoals de meeste EU-landen dat wel kennen.

442 Duitsland kent een systeem van "Richtgrößen" (een individueel budget voor artsen die onder contract staan van een Krankenkasse) en "Zielvereinbarungen" (regionale doelstellingen om een bepaald percentage substitutie door generieke en parallelle middelen te bevorderen). Verder zijn er richtlijnen voor voorschrijvers opgesteld (Arzneimittel-Richtlinien, AMR) door het G-BA die verplicht gevolgd dienen te worden.

443 De markt van generieke geneesmiddelen is in Duistland sterk gegroeid de laatste jaren (van 10,9% in 1981 naar 55,2% in 2004).

444 Voor zover bekend, is er geen direct verbod op het bezit van aandelen in farmaceutische organisaties.

Samenvattend schema van de beschreven EU-landen

	België	Frankrijk	Duitsland	Groot-Brittannië
Is de functie van huisarts en apotheek in een persoon (apothekhoudend huisarts) verenigbaar?	Formeel niet. Apothekhoudend huisartsen gedoogd tot 1-5-2007	Nee	Nee	Ja
Kunnen huisartsen aandelen hebben in apotheken?	Nee	Nee	Nee	Ja
Kunnen huisartsen aandelen hebben in farmaceutische groothandel/industrie?	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend	Ja
Zijn er samenwerkingsverbanden gelijkend op AHOED- of GOED-constructies?	Nee	Nee	Nee	Nee
Kunnen apotheken onderdeel uitmaken een ketenorganisatie?	Ja	Nee	Apotheker mag maximaal vier apotheken beheren	Ja
Zijn er wettelijke bepalingen op voorschrijfgedrag?	Ja, incentives voor een minimaal % generiek voorschrift	Ja, incentives voor meer generiek voorschrift, maar weinig effectief tot op heden	Apotheker verstrekt in principe generiek tenzij anders voorgeschreven. Patiënt moet soms bijbetalen. Systeem van geneesmiddelreferentiegroepen	Ja, zoveel mogelijk generiek voorschrift

Tabel 4.1: overzicht van beperkingen op voorschrijfgedrag en samenwerkingsverbanden in vier EU-landen

A Gehanteerde afkortingen

- VWS = Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- SFK = Stichting Farmaceutische Kengetallen
- KNMP = Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
- LHV = Landelijke Huisartsen Vereniging
- ZN = Zorgverzekeraars Nederland
- CVZ = College voor zorgverzekeringen
- FTO = Farmaco Therapeutisch Overleg
- FTTO = Farmaco Therapeutisch Transmuraal Overleg
- LVG = Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns
- DGV = Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik
- RIVM = Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- EU = Europese Unie

Geraadpleegde websites

- (a) VWS;
- (b) ZN;
- (c) CvZ;
- (d) NZa;
- (e) SFK;
- (f) KNMP;
- (g) LHV;
- (h) RIVM;
- (i) DVG;
- (j) LVG;
- (k) EU;
- (l) Universiteiten;
- (m) Belangenverenigingen;
- (n) Ketens;
- (o) Apotheken;
- (p) Groothandels;
- (q) Zorgverzekeraars;
- (r) Onderzoeksbureaus.

Documenten

- (a) Office of fair trading : International survey of pharmaceutical pricing and reimbursement schemes, februari 2007;
- (b) Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (öBIG): "Surveying, Assessing and Analysing the Pharmaceutical Sector in the 25 EU Member States". (onderzoek in opdracht van de Europese Commissie, DG Competition);
- (c) Nyfer: rapport : Maatschappelijke effecten van internetfarmacie, november 2006;
- (d) Pharmaceutisch Weekblad 7 januari 2007;
- (e) Stichting Farmaceutische kengetallen (SFK): Data en Feiten, diverse jaargangen;
- (f) Diverse publicaties die via internet beschikbaar zijn, bijvoorbeeld via VWS, CVZ;
- (g) Jaarverslagen van diverse partijen.

Bronnen voor informatie over andere EU-landen

België

- (a) De heer Cris Segaert, RIZIV, Brussel;
- (b) Het (Belgisch) Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.

Frankrijk

- (a) Natalie Grandfils, Zeynep Or, Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Parijs);
- (b) Office of fair trading: International survey of pharmaceutical pricing and reimbursement schemes, februari 2007;
- (c) Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (öBIG): "Surveying, Assessing and Analysing the Pharmaceutical Sector in the 25 EU Member States". (onderzoek in opdracht van de Europese Commissie, DG Competition), 2006.

Duitsland

- (a) Dipl.-Vw. Tom Stargardt, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
- (b) Office of fair trading: International survey of pharmaceutical pricing and reimbursement schemes, febr. 2007.
- (c) Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (öBIG): "Surveying, Assessing and Analysing the Pharmaceutical Sector in the 25 EU Member States". (onderzoek in opdracht van de Europese Commissie, DG Competition), 2006;

Groot-Brittannië

- (a) Mrs. Charlotte May, British Medical Association
- (b) Office of fair trading : International survey of pharmaceutical pricing and reimbursement schemes, febr. 2007.
- (c) Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (öBIG): "Surveying, Assessing and Analysing the Pharmaceutical Sector in the 25 EU Member States". (onderzoek in opdracht van de Europese Commissie, DG Competition), 2006.

C Begeleidende brief NZa

N.a.w.

Barneveld, 30 mei 2007

Onze referentie: BK/mu/06.356/«Nr»

Betreft: Diepteonderzoek bij onderzoek naar samenwerking en belangenverstrengeling in de eerste lijn

Geachte «Geachte»,

In opdracht van de NZa voert Significant samen met ConQuaestor een onderzoek uit naar de samenwerking en belangenverstrengeling tussen arts en apothekers in de eerste lijn. Een onderdeel van het onderzoek is dat middels een diepteonderzoek wordt vastgesteld welke samenwerkingsvormen er zijn in de eerste lijn en welke kenmerken zij hebben. Voor de diepteonderzoeken zijn de volgende typen organisaties geselecteerd: apotheken die net zijn gestart, apotheken die onderdeel vormen van een gezondheidscentrum of zorggroep en politheken. Wij vragen vriendelijk uw medewerking voor het uitvoeren van het diepteonderzoek bij uw organisatie.

Op basis van artikel 61. WMG wordt uw medewerking aan dit diepteonderzoek gevraagd door de NZa. Dit wordt toegelicht in een bijgevoegde brief van de NZa. Achtergrondinformatie over het totale onderzoek en het diepteonderzoek is ook bijgevoegd.

ConQuaestor zal met u contact opnemen voor het maken van een afspraak om het diepteonderzoek uit te voeren. Wij vertrouwen erop dat wij u hiermee voldoende hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

Significant B.V.

Drs. B. (Bert) Karssen

Partner

Bijlage(n): - Mandaatbrief van NZa
- Achtergrondinformatie en werkwijze diepteonderzoek

D Korte schets huisartsen en apotheekhoudenden

1 In deze bijlage wordt een beknopte beschrijving gegeven van de afzonderlijke beroepsbeoefenaren die hoofdonderwerp zijn van dit onderzoek, te weten de huisartsen en de apotheekhoudenden, en wat de ontwikkelingen zijn van deze beroepsgroepen over de afgelopen jaren. De focus ligt daarbij op de marktkenmerken en niet op de kwalitatieve aspecten van de beide beroepsgroepen. Deze globale marktkenmerken zijn van belang om de samenwerkingsvormen adequaat te beschrijven, maar vooral ook om de verschillende ontwikkelingen in perspectief te kunnen plaatsen.

Huisartsen²²

Aantallen huisartsen en huisartspraktijken

2 Nederland telt ruim 8.400 praktiserende huisartsen. Daarvan is 89% vrij gevestigd. De resterende groep is in dienst van vrij gevestigde huisartsen of werkzaam als waarnemer.

3 Nederland telt in totaal 4.533 huisartsenpraktijken met gemiddeld 2.356 inwoners per praktijk. Het aantal solopraktijken neemt af; solopraktijken vormen nu nog bijna de helft van het aantal huisartsenpraktijken. Duopraktijken met twee huisartsen vormen 30 procent van het totale aantal praktijken en groepspraktijken met meer dan twee huisartsen 20 procent.

4 Het aantal praktijkzoekende huisartsen ligt gemiddeld rond de 400. Bij de acht Nederlandse universiteiten met een huisartsopleiding zijn ruim 1.300 artsen in opleiding tot huisarts. Ongeveer 390 artsen ronden de opleiding jaarlijks af.

Apotheekhoudende huisartsen

5 Volgens cijfers van de LHV is bijna 13 procent van de huisartsenpraktijken (581) apotheekhoudend. Van de vrij gevestigde huisartsen is 8% apotheekhoudend. Apotheekhoudende huisartsen zijn voornamelijk huisartsenpraktijken in dunbevolkte gebieden zoals Zeeland en het noorden van Nederland. In 2004 waren er apotheekhoudende huisartsen in 184 van de 483 gemeenten.

²² Bron: LHV cijfers, website 2007, en Nationale Atlas Volksgezondheid, versie 3.9, 1 maart 2007, RIVM, Bilthoven.

Kenmerken huisartsen

6 Van alle huisartsen is 67 procent man en 33 procent vrouw. Het aandeel vrouwen neemt steeds toe. Bij het aantal artsen in opleiding tot huisarts is de verhouding tussen mannen en vrouwen namelijk precies omgekeerd: 33 procent mannen tegen 67 procent vrouwen.

7 Het merendeel van de huisartsen is tussen de 40 en 60 jaar oud. De meeste huisartsen stoppen voordat ze 60 jaar worden.

8 Het merendeel van de huisartsen (55 procent) is fulltime werkzaam. Van de mannelijke huisartsen die vrij gevestigd zijn, werkt bijna 73 procent fulltime. Bij de vrouwelijke huisartsen die vrij gevestigd zijn is dat percentage slechts 15 procent. De huisartsen in loondienst werken bijna allemaal parttime. Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen.

Openbare apotheken²³

Aantal openbare apotheken

9 De laatste jaren is het aantal openbare apotheken in Nederland groeiende. In 2006 is het aantal gestegen met 41 ten opzichte van 2005 tot 1.825 vestigingen. Daartoe behoren volgens de KNMP ook 28 dienstapotheken, die specifiek gericht zijn op dienstverlening in de avonden en weekeinden. Tevens zijn vier apotheken meegeteld die hun dienstverlening via internet en post of bezorgdienst afhandelen. Overigens biedt ook een groot aantal reguliere openbare apotheken dienstverlening via het internet aan.

10 Liberalisering van de apotheekmarkt maakte het vanaf 1999 mogelijk dat niet-apothekers apotheken bezitten. Vooral apotheekketens die onderdeel zijn van een farmaceutische groothandel, breiden hun marktaandeel uit. In 2006 was nog 66% van de apotheken in bezit van apothekers.

11 De openbare apotheken verzorgen de geneesmiddelenvoorziening van 91,9% van de Nederlandse bevolking. Het overige deel van de bevolking is aangewezen op een apotheekhoudende huisarts. De gemiddelde openbare apotheek heeft een patiëntenpopulatie van 8.500 personen. De openbare apotheek is daarmee aanzienlijk groter dan de apotheekhoudende huisarts.

²³ Bron: Stichting Farmaceutische kengetallen, Data en Feiten 2007.

Kenmerken van de apothekers

- I2 Het aantal werkzame openbare apothekers is in 2006 2.825 apothekers. Mannen zijn vaker verantwoordelijk voor de farmaceutische dienstverlening van de apotheek dan vrouwen:
- (a) Een krappe meerderheid (53%) van de apothekers is man;
 - (b) Van alle gevestigde apothekers is 61% een man;
 - (c) Binnen de groep eigenaar-gevestigd apothekers ligt het eigendom van de apotheek meestal in handen van een man (70%).

Uitgifte van receptgeneesmiddelen

I3 In 2005 leverde de gemiddelde apotheekpraktijk 75.700 keer een geneesmiddel op voorschrift van een arts. Dit zijn 123 miljoen verstrekte receptgeneesmiddelen per jaar voor alle openbare apotheken, oftewel circa 90 miljoen (herhaal)recepten.

I4 De gemiddelde voorschrijfduur is in 2005 gestegen van gemiddeld 45 naar 47 dagen (exclusief pilrecepten). Als iemand voor de eerste keer een bepaald geneesmiddel krijgt voorgeschreven, wordt het medicijn doorgaans voor 15 dagen meegegeven.

I5 Er is sprake van toenemend chronisch gebruik van geneesmiddelen. In 2005 werd in 73% van de gevallen een receptgeneesmiddel door een apotheek afgeleverd dat kort daarvoor ook al door dezelfde apotheek aan dezelfde patiënt is verstrekt. In 2002 was dit nog 68%. Er bestaat een sterk verband tussen chronisch geneesmiddelengebruik en de leeftijd van patiënten. Bij 65-plussers is 85% van het medicijngebruik chronisch.