

Advies

Langetermijnvisie Geneesmiddelenbeleid

De weg naar vrije prijsvorming

december 2008

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	13
1.1 Context	13
1.2 Adviesverzoek	13
1.3 Totstandkoming van het advies	14
1.4 Opbouw advies	16
2. Kader	17
2.1 Juridisch kader	17
2.2 Rationele farmacotherapie	18
2.3 Uitgangspunten van de analyse	20
3. Toegevoegde waarde vrije prijsvorming	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Vrije apothekerstarieven en het publiek belang	23
3.3 Gaan farmaceutische zorg en vrije markt wel samen?	29
3.4 Conclusie	34
4. Betaalbaarheid	38
4.1 Inleiding	38
4.2 Gevolgen vrije prijsvorming: micro	38
4.3 Gevolgen vrije prijsvorming: macro	46
4.4 Preferentiebeleid	50
4.5 De rol van de taxe	52
4.6 Conclusie	53
5. Kwaliteit	56
5.1 Inleiding	56
5.2 Kwaliteit gedefinieerd	56
5.3 Kwaliteit gemeten	58
5.4 Kwaliteitsborging	61
5.5 Gevolgen vrije prijsvorming	66
5.6 Conclusie	68
6. Toegankelijkheid	69
6.1 Inleiding	69
6.2 Gevolgen vrije prijsvorming	69
6.3 Conclusie	73
7. Scenarioanalyse	75
7.1 Inleiding	75
7.2 Scenario 1. Gezonde marktverhoudingen	75
7.3 Scenario 2. Ongewenste substitutie	76
7.4 Scenario 3. Prijsconcurrentie	77
7.5 Scenario 4. Kwaliteitsconcurrentie	78
7.6 Conclusie	79
8. Lastendruk-/veranderingskosten	81
8.1 Inleiding	81
8.2 Lastendruk	81
8.3 Veranderingskosten	82
8.4 Conclusie	83

9. Advies	85
9.1 Inleiding	85
9.2 Risico's vrije prijsvorming	85
9.3 Noodzakelijke randvoorwaarden	89
9.4 Gewenste maatregelen	92
9.5 Advies	95
9.6 Monitoring	96
10. Geraadpeegde literatuur	97
Bijlage 1. Relevante buitenlandse ervaringen	99
Bijlage 2. Monitor werking farmaciemarkt	103

Vooraf

Voor u ligt het advies Langetermijnvisie Geneesmiddelenbeleid. Dit document bevat een analyse naar de mogelijkheden van vrije tarieven voor farmaceutische zorg door apothekhoudenden.

In dit advies geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) antwoord op de vraag van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de Minister) hem te adviseren over de mogelijkheden van vrije tarieven voor apothekhoudenden per 1 januari 2010. Vrije prijsvorming is het uitgangspunt van de minister zoals neergelegd in de Langetermijnvisie Geneesmiddelenbeleid (LTV) van 15 januari 2008.

Dit rapport is in de vorm van een hoofdlijnennotitie ter consultatie voorgelegd aan marktpartijen. De bedoeling van deze consultatie was het toetsen van de op hoofdlijnen gemaakte analyse op juistheid en volledigheid. Vele partijen hebben op het consultatiedocument gereageerd en hun zienswijze aan de NZa kenbaar gemaakt.

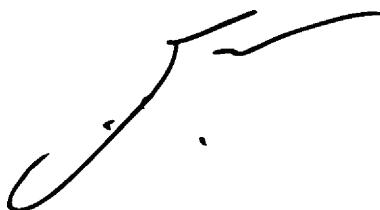
Het definitieve advies is mede op grond van de uitkomsten van de consultatie tot stand gekomen. Uitgangspunt bij het wegen van ieders belang en de totstandkoming van het advies is de meerwaarde voor de consument. Het gaat daarbij om kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor nu en in de toekomst. De apotheker als verlener van farmaceutische zorg speelt hier vanzelfsprekend een cruciale rol bij.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen het zeer op prijs dat veel partijen de moeite hebben genomen gebruik te maken van de mogelijkheid hun reactie te geven. Dit ondanks de korte periode van de consultatie. Wij willen hen daarvoor hartelijk danken.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,



mw. drs. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure



mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

Actuele context

Er is het afgelopen jaar buitengewoon veel gebeurd op de farmaceutische markt. In januari presenteerde de minister zijn langetermijnvisie voor de geneesmiddelenvoorziening, in juli zetten verzekeraars het individuele preferentiebeleid in, in november presenteerde de NZa haar onderzoek naar kosten en inkoopvoordelen en in december volgt dit advies over de (on)mogelijkheden van een traject naar vrije prijsvorming van tarieven voor farmaceutische zorg en besluit de NZa over het nieuwe apothekerstarief voor 2009.

Adviesverzoek

In dit document adviseert de NZa de minister over de mogelijkheden van vrije tarieven voor farmaceutische zorg door apotheehoudenden per 1 januari 2010. De minister heeft de NZa verzocht hem te adviseren over de voorwaarden voor vrije tarieven in de (extramurale) geneesmiddelenvoorziening, de invulling van het traject naar vrije tarieven per 1 januari 2010, een eventuele versnelling hiervan, en de introductie van prikkels voor patiënten en verzekeraars.

Het advies heeft primair betrekking op het vrijlaten van de tarieven voor farmaceutische zorg door apotheehoudenden. Onder 'apotheehoudenden' wordt in dit advies verstaan: extramurale aanbieders van farmaceutische zorg. Dit kunnen zowel openbare apotheken zijn, als internetapotheken, als apotheehoudende huisartsen, als dienstapotheken, als poliklinische apotheken.

Onder 'tarieven voor farmaceutische zorg' wordt in dit advies verstaan: de tarieven die thans vallen onder de receptregelvergoeding, plus de tarieven die vallen onder overige voor de apotheehoudende relevante prijsbepalende regels zoals de rekenregels in de WMG-tariefbeschikking voor de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen, inclusief clawback.

Het advies heeft dus geen betrekking op de kosten van de geneesmiddelen, waarvan de prijzen al vrij zijn, en het volume aan geneesmiddelen, dat wordt bepaald door de voorschrijvers.

Consultatie

Ten behoeve van de voorbereiding van dit advies heeft de NZa begin oktober een consultatiedocument uitgebracht met daarin de hoofdlijnen van het advies. Betrokken partijen hebben in reactie hierop hun zienswijze bij de NZa kenbaar gemaakt. De NZa heeft deze betrokken bij het opstellen van onderhavig advies.

Uitgangspunten

De NZa heeft in het nieuwe zorgstelsel een belangrijke taak als maker en bewaker van goed werkende zorgmarkten en beschermer van het consumentenbelang. De NZa onderzoekt de mogelijkheden om de maatschappelijke belangen van een betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg te borgen. Ook in dit advies staat het belang van de consument voorop. Consumenten, in hun dubbele rol als patiënt en premiebetaler, hebben belang bij een goede kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de farmaceutische zorg.

De apotheekhoudende heeft een minstens even cruciale rol bij het borgen van de belangen van de consument. Rationele farmacotherapie – het juiste geneesmiddel met een daarbij horend gedegen advies tegen redelijke kosten voor de consument – vormt hierbij het uitgangspunt. In de visie van de NZa bestaan de kerntaken van de apotheekhoudende uit die elementen waar hij/zij vanuit zijn/haar vakgebied de meeste toegevoegde waarde kan bieden. Dit betekent dat zijn/haar taken primair gerelateerd zijn aan zorginhoudelijk advies en secundair aan inkoop- en distributietaken.

Waarom vrije tarieven?

De Nederlandse overheid treedt steeds meer terug van zorgmarkten waar dit tot meerwaarde voor de consument leidt. Een van de redenen hiervan is de in Nederland snel stijgende kosten van de zorg. De NZa analyseert een sector in de zorg en kijkt of voor die sector de eerder genoemde consumentenbelangen zijn geborgd. In dit geval is op verzoek van de Minister gekeken of vrije prijsvorming voor de farmaceutische zorg mogelijk en wenselijk is.

De invoering van vrije prijsvorming in de farmaceutische zorg kan positieve effecten hebben voor zowel de consument als de apotheekhoudende als de zorgverzekeraar. Door de vrije prijsvorming komt er immers meer ruimte dan in de huidige regulering voor de individuele apotheker en de individuele zorgverzekeraar om zich te richten naar de wensen en behoeftes van de consument, via bijvoorbeeld een hogere kwaliteit dan concurrenten en de introductie van innovatieve diensten.

Daar zijn echter wel een aantal randvoorwaarden voor nodig. Voor een goede werking van vrije prijsvorming is het belangrijk dat er voldoende aanbod is om uit te kiezen en dat er voldoende informatie is over kwaliteit om een goede keuze te kunnen maken tussen aanbieders. Alleen dan kan de consument kiezen voor de aanbieder met de voor hem beste prijs–kwaliteitverhouding. En kunnen de apotheker en zorgverzekeraar in de onderhandelingen kwaliteit als aspect meenemen. Tevens is het van belang dat marktpartijen de werking van de markt niet belemmeren door bijvoorbeeld misbruik te maken van hun eventuele machtspositie.

Risico's en randvoorwaarden

Ten behoeve van dit advies heeft de NZa onderzocht wat de risico's zijn van vrije prijzen voor de kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid van farmaceutische zorg. Daarnaast is gekeken naar uitvoerbaarheid van de benodigde veranderingen. Hierbij is vooral gekeken naar lastendruk en timing. Vervolgens zijn noodzakelijke en wenselijke randvoorwaarden benoemd. Er is gekeken in hoeverre nu al aan de noodzakelijke randvoorwaarden is voldaan of, wanneer dat nog niet het geval is, deze binnen afzienbare tijd gerealiseerd kunnen zijn. Alleen dan kan vrije prijsvorming ingevoerd worden zonder dat dit ten koste gaat van de eerder genoemde kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en meerwaarde opleveren voor de consument. De niet noodzakelijke, maar wel wenselijke randvoorwaarden zijn nader uitgewerkt in hoofdstuk 9 van het advies.

Gevolgen kwaliteit

De NZa constateert dat tot dusver weinig inzicht bestaat in de geboden kwaliteit door apotheekhoudenden, en de minimumeisen die gelden voor dat aanbod. Er bestaan wel kwaliteitssystemen van de beroepsgroep zelf, maar deze zijn lastig te toetsen voor consumenten en verzekeraars. Voor een deel wordt dit verklaard door de werking van het huidige –

gereguleerde – systeem, waarin apothekhoudenden weinig stimulansen hebben zich te onderscheiden op basis van zorginhoudelijke kwaliteit. Wat overigens niet betekent dat het huidige kwaliteitsniveau onder de maat is. Internationaal onderzoek wijst uit dat Nederlandse apotheken een uitgebreide dienstverlening kennen in vergelijking met andere (west-Europese) landen.¹

In de analyse van de geboden kwaliteit is het van belang onderscheid te maken tussen enerzijds het minimum-kwaliteitsniveau dat de maatschappij – en dus de overheid – van de apotheker verlangt, en anderzijds het kwaliteitsniveau dat een goede, ondernemende apotheker wenst neer te zetten. De doelstelling van vrije prijsvorming is het eerste te garanderen, en het tweede zoveel mogelijk te stimuleren.

De borging van de minimumkwaliteit van farmaceutische zorg vindt in principe plaats door de overheid (IGZ), de apothekhoudenden zelf (NAN-normen) en de zorgverzekeraars (zorgplicht). De transparantie van kwaliteit wordt door partijen voorts bevorderd door initiatieven ten aanzien van kwaliteitsindicatoren (in samenwerking tussen IGZ, KNMP en SIR) en het project Zichtbare Zorg Farmacie van IGZ.

Door vrije prijsvorming worden apothekhoudenden gestimuleerd zich te onderscheiden op basis van zorginhoudelijke kwaliteit. In dit systeem is het mogelijk dat goede apotheken worden beloond, en minder goede bestraft.

De NZa concludeert dat de huidige prestaties, uitgewerkt in de gedifferentieerde receptregelvergoeding, onvoldoende basis vormen voor een vorm van marktwerking waarin ruimte is voor onderhandelingen op basis van niet alleen de prijs, maar ook de kwaliteit van de dienstverlening. Hiertoe zou een nieuw set prestaties moeten worden ontwikkeld.

Gevolgen toegankelijkheid

De invoering van vrije prijzen kan er mogelijk toe leiden dat een aantal apothekers uit de markt verdwijnt. Uit berekeningen van de NZa blijkt dat de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg geen gevaar loopt, zelfs als 10% van de apotheken failliet zou gaan of om een andere reden van de markt zou verdwijnen. Mocht dit gebeuren, dan zal de kans bovendien klein zijn dat een aanbieder verdwijnt uit een gebied waar hij de enige of een van de weinigen is. Juist in deze gebieden hebben de aanbieders mogelijk een machtspositie en de zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht een belang dat aanbieders blijven bestaan. Daarnaast bestaan voldoende toetredingsmogelijkheden voor alternatieve aanbieders als internetapotheken en uitdeelposten, om ook in deze gebieden het aanbod op peil te houden.

Voor kwetsbare groepen geldt dat verzekeraars vanuit hun zorgplicht gehouden zijn om daadwerkelijke toegang tot zorg te realiseren. Zonodig kan dit betekenen dat geneesmiddelen worden thuisbezorgd, iets wat nu ook al vaak gebeurt.

De NZa concludeert dat de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg door vrije prijsvorming niet in gevaar komt.

¹ Bron: IMS (2008)

Gevolgen betaalbaarheid

In potentie hebben apothekers op lokaal niveau, met name in dunbevolkte gebieden, een machtspositie ten opzichte van zorgverzekeraars die van hen afhankelijk zijn om te kunnen voldoen aan hun zorgplicht. Dit zou kunnen leiden tot prijsstijging voor farmaceutische zorg in die gebieden.

De NZa constateert echter dat de toetredingsdrempels relatief laag zijn. Zodra een apotheker met een schijnbare monopoliepositie buitensporig hoge prijzen gaat vragen, zullen alternatieve aanbieders alsnog toetreden tot de betreffende lokale markt. Gestimuleerd door mogelijke hoge winsten, en eventueel op verzoek van de verzekeraar. De toetredingsdrempel wordt verder verlaagd door het feit dat consumenten prijsgevoelig zijn en goed te sturen zijn door zorgverzekeraars. In principe kent de zittende apotheek dit mechanisme, en weet hij dus ook dat het niet verstandig is zijn tarieven op te schroeven naar een onredelijk hoog niveau.

Een belangrijke rol is daarnaast weggelegd voor de zorgverzekeraars, die farmaceutische zorg inkopen namens de consument. De NZa acht een zekere vorm van inkoopmacht daarbij geen bezwaar, zolang de voordelen daarvan worden doorgegeven aan de consument. Op grond van haar eigen conclusies in de meest recente monitor van de zorgverzekeringsmarkt (2008) concludeert de NZa dat dit het geval is. Wel benadrukt de NZa dat een sterke positie van zorgverzekeraars er niet toe mag leiden dat de druk op de tarieven leidt tot verschraling van de kwaliteit en toegankelijkheid van de farmaceutische zorg.

De NZa concludeert dat de betaalbaarheid van de farmaceutische zorg voldoende geborgd is bij vrije prijsvorming.

Gevolgen uitvoerbaarheid

Omdat vrije prijsvorming eisen stelt aan transparantie, zal de lastendruk voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de korte termijn beperkte toenemen. Ook de kosten voor het individueel onderhandelen zullen toenemen. Het gaat hier echter om incidentele kosten met een duidelijk doel: vergroting van de prijs- en kwaliteitstransparantie voor de consument. En daarnaast een duidelijke onderhandelingstaal voor apothekers en zorgverzekeraars. De NZa verwacht dat de baten van vrije prijsvorming en transparantie uiteindelijk ruimschoots opwegen tegen deze lasten.

De NZa concludeert dat vrije prijsvorming op korte termijn leidt tot een beperkte toename van de lastendruk voor apotheekhoudenden en zorgverzekeraars.

Timing

De minister heeft de NZa gevraagd om te kijken naar de haalbaarheid van invoering van vrije prijsvorming per 1 januari 2010 of zoveel eerder als mogelijk. Voor de timing van de introductie van vrije prijsvorming voor farmaceutische zorg, dient rekening gehouden te worden met de tijd die benodigd is voor:

- ontwikkelen en vaststellen van nieuwe prestaties;
- aanpassen ICT-systemen van apotheekhoudenden en zorgverzekeraars;
- individuele onderhandelingen tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars over de tarieven en inhoud en kwaliteit van eventuele aanvullende prestaties;

- aanpassen polissen zorgverzekeraars.

De laatste drie stappen (aanpassen ICT-systemen, onderhandelingen, aanpassen polissen) nemen gezamenlijk circa zes maanden in beslag. Bij voorkeur gaan deze zes maanden vooraf aan 1 januari, wanneer de nieuwe zorgverzekeringopolissen van kracht worden en verzekerden hebben kunnen overstappen.

De belangrijkste voorwaarde voor de introductie van vrije prijsvorming is evenwel dat de nieuwe prestaties op een zorgvuldige en door betrokken partijen gesteunde wijze worden vastgesteld. De NZa constateert dat alle direct betrokken partijen, zowel de apothekers als de verzekeraars als de consumenten- en patiëntenorganisaties, bezwaar maken tegen invoering van vrije prijsvorming per 1 januari 2010. Hierbij kwam het geringe wederzijdse vertrouwen tussen zorgverzekeraars en apothekers als een belangrijk risico naar voren. Gegeven deze zienswijze van partijen, de turbulentie op de markt in het afgelopen jaar, en de noodzaak tot draagvlak onder deze partijen, concludeert de NZa dat het niet verstandig is vrije prijsvorming reeds in te voeren per 1 januari 2010.

De NZa concludeert dat het ontwikkelen, vaststellen en implementeren van nieuwe prestaties niet haalbaar is voor 1 januari 2010.

Meerwaarde van vrije prijsvorming voor de consument

Mits de transparantie van kwaliteit voldoende geborgd is, en gekozen wordt voor verantwoorde timing van de introductie, dan levert vrije prijsvorming van farmaceutische zorg meerwaarde op voor de consument.

De meerwaarde voor de consument van de invoering van vrije prijsvorming is dat hij farmaceutische zorg krijgt tegen een betere prijs/kwaliteitverhouding, van een aanbieder die beter in staat is individueel maatwerk te leveren en nieuwe diensten te ontwikkelen. Dit draagt bij aan een betere kwaliteit en betaalbaarheid van de farmaceutische zorg.

De meerwaarde voor de consument is bovendien dat zowel hijzelf als de zorgverzekeraar - de partij die farmaceutische zorg voor hem inkoop - een transparant beeld krijg en van de geleverde prestaties, en zo beter in staat zijn een keuze te maken tussen apothekers. De consument kan bovendien kiezen voor of overstappen naar die verzekeraar die farmaceutische zorg van de door hem gewenste kwaliteit inkoop. Ook dit draagt bij aan een betere kwaliteit en betaalbaarheid van de farmaceutische zorg.

De toegankelijkheid van de farmaceutische zorg, ook voor zwakkere groepen als chronisch zieken en gehandicapten, komt hierbij niet in gevaar.

De NZa concludeert dat de invoering van vrije prijsvorming, mits aan een aantal randvoorwaarden is voldaan, leidt tot meerwaarde voor de consument.

Advies

De NZa concludeert op grond van haar analyse dat de eventuele risico's als gevolg van liberalisering van de tarieven voor farmaceutische zorg voldoende beheersbaar zijn en vrije prijsvorming leidt tot meerwaarde voor de consument, mits aan een aantal randvoorwaarden is voldaan.

Een van de voorwaarden betreft de transparantie van kwaliteit. Daarnaast moet de timing realistisch zijn om alle benodigde veranderingen technisch te kunnen uitvoeren en te werken aan het onderlinge vertrouwen tussen partijen. De NZa stelt voor het proces zodanig in te richten dat per 1 januari 2011 in goed vertrouwen vrije prijsvorming geïntroduceerd kan worden. Dit betekent dat de nieuwe prestaties gedurende 2009 ontwikkeld en vastgesteld moeten worden, en gedurende 2010 getest en geïntroduceerd in de ICT-systemen, onderhandelingen en polissen.

De NZa adviseert de Minister om de tarieven voor farmaceutische zorg per 1 januari 2011 vrij te geven op voorwaarde dat een set prestaties voor farmaceutische zorg is ontwikkeld en vastgesteld.

De NZa adviseert de Minister voorts voor de invoering van vrije prijsvorming nieuwe prestaties in te voeren bestaande uit:

- *een basisprestatie*: de diensten die minimaal geleverd zouden moeten worden door alle apothekhoudende die farmaceutische zorg verlenen;
- *aanvullende prestaties*: de diensten die nu al geleverd kunnen worden door apotheken, maar niet noodzakelijk deel uitmaken van de basisprestatie;
- *open prestatie*: ruimte voor extra nieuwe innovatieve diensten die op individuele basis door apothekers en zorgverzekeraars vastgelegd kunnen worden.

Deze maatregel biedt enerzijds kansen aan apothekhoudenden om hun toegevoegde waarde beter inzichtelijk en waardeerbaar te maken. Anderzijds ondersteunt deze beleidslijn het onderhandelingsproces tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars door het creëren van een gemeenschappelijke onderhandelingstaal en geeft naar de consumenten toe transparantie over wat de apothekers aan zorgverlening te bieden hebben.

De NZa zal betrokken partijen – waaronder naast apothekhoudenden en zorgverzekeraars ook patiënten-/consumentenorganisaties – uitnodigen deze prestaties in gezamenlijkheid te ontwikkelen.

Invoering per 1 januari 2011 betekent dat gedurende 2009 en 2010 nog sprake is van door de NZa vastgestelde tarieven voor farmaceutische zorg. Bij wijze van transitie naar vrije prijsvorming is de NZa voornemens geleidelijk aan meer ruimte te introduceren in deze tarieven, te beginnen met het tarief van 2009, zoals vastgesteld in de tariefbeschikking voor 2009.²

Monitoring

Voorafgaand aan en na invoering van vrije prijsvorming voor farmacotherapeutische dienstverlening zal de NZa jaarlijks een monitor uitvoeren over de ontwikkeling in de markt. Als uit de monitor blijkt dat op een of meer aspecten sprake is van voor de consument ongewenste ontwikkelingen, dan kan de NZa ingrijpen in de vorm van gehele of gedeeltelijke (her)regulering.

² Zie NZa-Tariefbeschikking 5200-1900-09-01, met ingangsdatum 1 januari 2009.

1. Inleiding

1.1 Context

Het uitgangspunt voor dit advies is de op 15 januari 2008 door de Minister openbaar gemaakte Langetermijnvisie Geneesmiddelenbeleid. (LTV). Deze langetermijnvisie richt zich vooral op veranderingen in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de verzekerde aanspraak op farmaceutische zorg en de onderlinge verhoudingen tussen de verschillende daarbij betrokken partijen.

De Minister ziet voor de overheid in de eindsituatie voornamelijk een voorwaardenscheppende en toezichhoudende rol: overheidsregulering zal zich uiteindelijk vooral moeten richten op het randvoorwaardelijk beschermen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en op het vaststellen van de omvang van de aanspraak onder de zorgverzekering. Niet op het aanbod, de organisatie en de feitelijke inrichting van de zorg. Zorgaanbieders moeten ruimte krijgen om op de behoeften van cliënten in te spelen.

In het onderhavige advies geeft de NZa de invulling van haar advies weer.

1.2 Adviesverzoek

Op 3 juli 2008 heeft de Minister de Tweede Kamer een brief gestuurd waarin hij een nadere invulling geeft aan de LTV, inclusief een stappenplan om deze visie uit te voeren (GMT/VDG 2861767). In deze brief kondigt de Minister aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om advies te zullen vragen over de voorwaarden voor en invulling van het traject naar vrije prijsvorming.

Bij brief van 10 september 2008 heeft de Minister de NZa formeel verzocht hem te adviseren over de volgende onderwerpen:

- de voorwaarden voor vrije tarieven in de (extramurale) geneesmiddelenvoorziening;
- de invulling van het traject naar vrije tarieven per 1 januari 2010;
- een eventuele versnelling van de introductie van vrije tarieven;
- prikkels voor patiënten en verzekeraars.

Kern van het adviesverzoek

Het adviesverzoek heeft primair betrekking op het vrijlaten van de tarieven voor farmaceutische zorg door apotheekhoudenden.

Onder '*apothekhoudenden*' wordt in deze hoofdlijnennotitie verstaan: extramurale aanbieders van farmaceutische zorg. Dit kunnen zowel openbare apotheken zijn, als internetapotheken, als apotheekhoudende huisartsen, als dienstapotheken, als poliklinische apotheken.

Onder '*tarieven voor farmaceutische zorg*' wordt in deze hoofdlijnennotitie verstaan: de tarieven die thans vallen onder de receptregelvergoeding, plus de tarieven die vallen onder overige voor de apotheekhoudende relevante prijsbepalende regels zoals de rekenregels in de WMG-tariefbeschikking voor de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen, inclusief clawback.

Dit advies gaat in op de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om te zorgen dat deregulering van tarieven voor farmaceutische zorg bijdraagt aan de realisatie van publieke doelen. Bij de onderbouwing van dit advies wordt gebruik gemaakt van relevante buitenlandse ervaringen. Hierbij gaat de aandacht uit naar OECD-landen die erin slagen de uitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking laag te houden en naar landen waar de tarieven voor farmaceutische zorg helemaal vrij zijn. Bij de eerste groep landen zijn twee vragen relevant:

- Op welke wijze lukt het de uitgaven te beheersen?
- Resulteert de uitgavenbeheersing in ongewenste neveneffecten?

Bij dit laatste is van belang dat geneesmiddelen vaak een grote bijdrage aan de consumentenwelvaart hebben geleverd in de vorm van een betere gezondheid en welzijn. Bovendien kan adequaat geneesmiddelengebruik bijdragen aan lagere kosten binnen en buiten de zorg.³ Bij de tweede groep landen is de vraag relevant of vrije tarieven resulteren in hoge of lage uitgaven aan geneesmiddelen.

Consumentenbelang staat voorop

De NZa stelt het belang van de consument voorop. Consumenten, in hun dubbele rol als patiënt en premiebetaler, hebben belang bij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Elk van deze aspecten komt in dit advies aan bod.

1.3 Totstandkoming van het advies

Het advies is tot stand gekomen op grond van eigen onderzoek van de NZa, de consultatie van een hoofdlijnennotitie en de uitvoering van een monitor.

Hoofdlijnennotitie

De Nederlandse zorgautoriteit heeft op 15 oktober jl. de hoofdlijnennotitie 'Advies langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid' gepubliceerd en ter consultatie voorgelegd aan de markt. Deze notitie bevatte de hoofdlijnen van de invulling van het advies van de NZa aan de Minister over de mogelijkheden van vrije tarieven voor apothekhoudenden per 1 januari 2010.

Consultatie

Betrokken partijen konden tot uiterlijk 4 november schriftelijk hun zienswijze op de notitie kenbaar maken. In totaal hebben 43 partijen van deze gelegenheid gebruik gemaakt, waarvan 19 apothekers, 5 zorgverzekeraars, 1 producent, 1 groothandel, 12 koepelorganisaties en 6 overig.

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de partijen die een schriftelijke zienswijze hebben ingediend. De openbare versies van deze zienswijzen worden gepubliceerd op de website van de NZa.⁴

³ Zie bijvoorbeeld Lichtenberg (2008). Hij concludeert dat elke dollar uitgegeven aan nieuwe cardiovasculaire middelen de kosten elders in de Amerikaanse gezondheidszorg met bijna 4 dollar heeft verlaagd.

⁴ www.nza.nl/dossier/farmacie

Tabel 1. Indiërs schriftelijke zienswijzen

Apothekers	Zorgverzekeraars	Producenten/ groothandel	Koepels	Overig
Dhr. J.H. Swarte	Menzis	Astrazeneca	NVZA	Adstrat
Dhr. J.C. Kortekaas	Vektis	Mosadex	ZN	C. Schaap
Dhr. M. Favié	UVIT		VJA	Health Service Nederland
Mw. C. Boone	Achmea		Nefarma	Dhr. de Dood
Dhr. R. Simons	Agis		KNMP	IGZ
Dhr. J. Andeweg			Bogin	Z-Index
Dhr. T.H.F.J. Tromp			CG raad	
Dhr. Baljet			BGPharma	
Dhr. Schieven			Consumentenbond	
Service apotheek			SAH	
Dhr. A.N.H. Jansen			NPCF	
Kring apotheek BV			AHC	
ASKA				
Napco				
Dhr. R. Simons				
Dhr. Sloothaak				
Dhr. Kolman (Noorder Apotheek)				
Dhr. en mw. W. Göttgens				

Bron: NZa

Parallel aan de schriftelijke consultatie heeft een serie consultatiegesprekken plaatsgehad met betrokken koepelorganisaties:

- Consumentenbond;
- CG-Raad;
- NPCF;
- KNMP;
- LHV;
- Zorgverzekeraars Nederland;
- Nefarma;
- Bogin.

De NZa heeft de zienswijzen van partijen betrokken bij het opstellen van onderhavig advies. De reacties hebben tot aanpassingen geleid ten opzichte van het consultatiedocument.

In de consultatie kwamen met name de volgende elementen aan de orde:

- *Waarom vrije prijsvorming?* De vraag waarom vrije prijsvorming overwogen wordt voor de markt voor farmaceutische zorg. Naar aanleiding hiervan heeft de NZa een hoofdstuk toegevoegd over de toegevoegde waarden van vrije prijsvorming (hoofdstuk 3).
- *Ongelijk speelveld.* Veel apothekers zijn van mening dat zorgverzekeraars teveel marktmacht hebben. Veel zorgverzekeraars menen dat het omgekeerde het geval is. De NZa staat hier bij stil in zowel het hoofdstuk over betaalbaarheid (hoofdstuk 4) als de afweging ten behoeve van het advies zelf (hoofdstuk 9).
- *Borging kwaliteit.* Veel partijen merken op dat in het consultatiedocument relatief weinig aandacht is voor kwaliteit. Mede naar aanleiding hiervan heeft de NZa een analyse toegevoegd over de definitie, meting en borging van kwaliteit van farmaceutische

- zorg (hoofdstuk 5). Daarbij heeft de NZa de argumenten van partijen voor betere borging van kwaliteit uitgebreid betrokken bij haar overweging over de te hanteren prestaties (hoofdstuk 9).
- *Timing invoering vrije prijsvorming*. Ten aanzien van het moment waarop vrije prijsvorming geïntroduceerd kan worden zijn partijen eensgezind in hun oordeel dat 1 januari 2010 hiervoor te vroeg is. Dit standpunt speelt een belangrijke rol in het uiteindelijke advies van de NZa over de timing van de invoering van vrije prijsvorming (hoofdstuk 9).

Monitor

Parallel aan de totstandkoming van de hoofdlijnennotitie en het consultatietraject, heeft de NZa tevens een monitor uitgevoerd naar marktontwikkelingen waaronder met name de gevolgen van het preferentiebeleid, en de lessen hieruit getrokken kunnen worden voor de invoering van vrije tarieven. De monitor is opgenomen als bijlage bij dit advies (bijlage 2).

1.4 Opbouw advies

Dit advies is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt het kader geschetst waarbinnen dit advies valt. In hoofdstuk 3 komt de toegevoegde waarde van vrije prijsvorming aan de orde. In hoofdstuk 4, 5 en 6 gaat de NZa achtereenvolgens in op de gevolgen die vrije prijsvorming kan hebben op de consumentenbelangen van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Hoofdstuk 7 bevat een scenarioanalyse, waarin deze gevolgen samenkomen. Vervolgens komen in hoofdstuk 8 de lastendruk en veranderingskosten aan de orde. In hoofdstuk 9 komen alle elementen samen in het uiteindelijke advies. Afgesloten wordt met een overzicht van geraadpleegde literatuur (hoofdstuk 10).

Aanvullend maken de volgende bijlagen onderdeel uit van dit advies:

- Relevante buitenlandse ervaringen (bijlage 1).
- Monitor werking farmaciemarkt (bijlage 2).

2. Kader

2.1 Juridisch kader

Tarieven van apothekhoudenden zijn in Nederland gereguleerd. Volgens de WMG moet de NZa de tarieven en prestaties van apothekhoudenden vaststellen. Tot 1 juli 2008 gold een vaste vergoeding per receptregel, sinds 1 juli 2008 is hier de zogeheten gedifferentieerde receptregelvergoeding voor in de plaats gekomen (zie tabel 2). Deze nieuwe tariefstructuur maakt een onderscheid naar tijdstip en aard van de uitgifte. Het tarief is gekoppeld aan de uitgifte van een geneesmiddel. Er bestaat geen apart tarief voor andere activiteiten zoals bijvoorbeeld voorlichting over het gebruik van een inhalator.

Tabel 2. Huidige prestaties en tarieven

Prestatie	Tarief in euro per receptregel
Standaarduitgifte	5,30
Weekuitgifte	2,90
Eerste uitgifte	1,05
Avond/nacht/zondag-recept	10,60
Bijzondere magistrale bereiding	79,40
Reguliere magistrale bereiding	10,60

Bron: NZa

Apothekhoudenden mogen naast het gereguleerde tarief kortingen en bonussen bedingen bij fabrikanten. Deze mogelijkheid is in 1991 geïntroduceerd en staat bekend als de maatregel Simons. Deze bonussen en kortingen dekken sinds een aantal jaren voor een deel de praktijkkosten. De apotheker mag maximaal de zogeheten taxe-prijs in rekening brengen (tot voor kort minus een claw-back).⁵

De taxe-prijs is de officiële prijs waartegen fabrikanten het middel op de Nederlandse markt aanbieden. De taxe-prijs maakt geen onderscheid naar afnemer of locatie. Iedere consument of zorgverzekeraar betaalt maximaal dezelfde taxe-prijs. Fabrikanten en groothandelaren stellen zelf de taxe-prijs vast. Voor veel middelen geldt via de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) dat deze prijs niet hoger mag zijn dan een maximum; dit is een gemiddelde van de prijzen in België, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. De NZa heeft een beleidsregel waarin voorwaarden staan waaraan een prijslijst, waaronder deze Taxe, minimaal moet voldoen. In de Taxe staan zowel de Single Source als de Multi Source geneesmiddelen vermeld.

Er is bovendien sprake van de zogeheten laagste prijsregels: als meerdere aanbieders hetzelfde product aanbieden, wordt de inkoopvergoeding bepaald door de laagste prijs.⁶ Deze laagste prijsregels

⁵ Zie NZa-Beleidsregel CV-5200-4.0.2.-15, *De tariefopbouw inzake het maximumtarief voor de inkoopvergoeding van geneesmiddelen in de farmaceutische zorg*. De lijstprijzen van fabrikanten en importeurs worden doorgegeven aan Z-index, een bedrijf gelieerd aan de KNMP, de brancheorganisatie voor de apothekhoudenden, en vermeld op de maandelijks geactualiseerde taxe.

⁶ Zie opnieuw NZa-Beleidsregel CV-5200-4.0.2.-15.

zijn in 2008 door de NZa geëvalueerd en worden per 1 januari 2009 afgeschaft.⁷

Het Geneesmiddel Vergoedingssysteem (GVS) bepaalt de vergoeding die een verzekeraar maximaal aan de patiënt mag betalen voor een geneesmiddel. Indien de prijs hoger is dan deze GVS-limiet moet de patiënt het verschil bijbetalen. Als de vergoedingslimiet, die volgt uit het GVS, lager is dan de WGP-prijs, kiezen aanbieders van niet-unieke middelen (middelen zonder goed substituum) er vrijwel altijd voor om de prijs vast te stellen onder de vergoedingslimiet. Zo worden eigen bijdragen van patiënten vermeden.

Tot voor kort kozen aanbieders ervoor om de taxe-prijzen van generieke geneesmiddelen relatief hoog te houden en vervolgens forse kortingen en bonussen aan apothekhoudenden te verstrekken. Dit wees erop dat fabrikanten niet zozeer concurreerden op de taxe-prijs maar op de marge van apothekhoudenden. Dit fenomeen staat bekend als marge-concurrentie. De introductie van preferentiebeleid door zorgverzekeraars voor een aantal veel gebruikte generieke geneesmiddelen wijst erop dat marge-concurrentie (in ieder geval tijdelijk) heeft plaatsgemaakt voor concurrentie op prijs.

De openbare apothekers vallen sinds 1 juli 2007 onder de werkingssfeer van de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). Hiermee is de zorgverlenende rol van de apotheker, als medeverantwoordelijke voor het resultaat van de behandeling met geneesmiddelen, wettelijk verankerd.

2.2 Rationele farmacotherapie

Rationele farmacotherapie houdt kortgezegd in: het juiste geneesmiddel tegen zo laag mogelijke kosten voor de consument (patiënt of premiebetaler).^{8,9} Om dit te realiseren moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan:

- kennis bij voorschrijvers over de geneesmiddelen die geïndiceerd zijn voor de patiënt met een specifieke diagnose en andere kenmerken;
- kennis van de specifieke situatie van de patiënt door of bij de apothekhoudende;
- kennis bij voorschrijvers over de interactie met andere geneesmiddelen. Dit wordt steeds belangrijker door het toenemend aantal patiënten met polyfarmacie;
- doelmatig voorschrijfbeleid: niet nodeloos voorschrijven, generiek voorschrijven indien mogelijk, indien een spécialité moet worden voorgeschreven aandacht voor de prijs/kwaliteitverhouding van het spécialité;
- doelmatig verstrekkingenbeleid van apothekhoudenden: uitleveren van kosteneffectieve generieke geneesmiddelen met lage prijzen;

⁷ Zie brief NZa d.d. 3 december 2008, kenmerk 0800040836 d.d. 3 december 2008.

⁸ Het CVZ (2003) definieert rationele farmacotherapie als volgt: "De behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de ziekenfondsverzekering."

⁹ Onder het juiste geneesmiddel kan worden verstaan: het meest effectieve geneesmiddel (het middel dat de grootste gezondheidswinst oplevert) of het meest kosteneffectieve geneesmiddel (het middel dat de grootste gezondheidswinst *per euro* oplevert). De laatste definitie impliceert een mogelijke uitruil tussen betaalbaarheid en effectiviteit: een geneesmiddel dat leidt tot een iets betere gezondheidsuitkomst maar dat veel duurder is dan het naast beste alternatief, is niet kosteneffectief. RVZ (2007) en CPB (2007) hebben recent gepleit voor meer frequent en consistent gebruik van het kosteneffectiviteitscriterium in de Nederlandse gezondheidszorg.

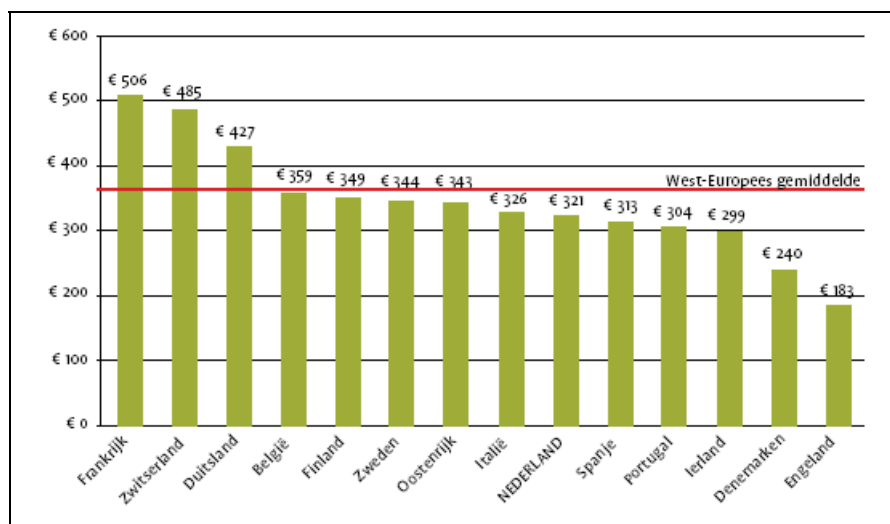
- therapietrouw bij de patiënt moet gevolgd en bevorderd kunnen worden;
- geen excessieve prijzen voor farmaceutische zorg.

In vergelijking met andere landen scoort Nederland op dit moment goed wat betreft de terughoudendheid en de doelmatigheid bij het voorschrijven.

Wat betreft de geneesmiddelenprijzen is het beeld gemengd (voor zover gegevens beschikbaar zijn): de prijzen van octrooigeneesmiddelen zijn waarschijnlijk lager dan in landen zonder maximumprijzen (VS, VK), maar de prijzen van generieke geneesmiddelen waren in ieder geval tot medio dit jaar relatief hoog (zie paragraaf 4.3).

Per saldo resulteren in ons land relatief lage uitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking (zie figuur 1). Alleen in Denemarken en het VK waren de uitgaven per hoofd nog aanzienlijk lager dan in Nederland. In de bijlage komen relevante buitenlandse ervaringen nader aan de orde.

Figuur 1. Uitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking, 2006



Bron: SFK (2008)

Rationele farmacotherapie kan alleen tot stand komen door goed samenspel van verschillende actoren:

- artsen in hun hoedanigheid als voorschrijver, maar ook als dataverzamelaar. Artsen zijn immers bij uitstek gepositioneerd om de veranderingen in de gezondheidstoestand van patiënten te monitoren en te registreren;
- artsen/opleiders die bijdragen aan het in stand houden van de bestaande cultuur van terughoudend en doelmatig voorschrijven;
- kennisproducenten: onderzoekers bij universiteiten en gespecialiseerde centra die de effecten van geneesmiddelen in kaart brengen, opstellers van richtlijnen;
- kennistransfer-specialisten, die de onderzoeksresultaten vertalen in richtlijnen voor de praktijk en die een laagdrempelige vraagbaak vormen voor voorschrijvers;
- apotheekhoudenden die de juiste geneesmiddelen uitleveren, voorlichting geven aan patiënten over het gebruik van geneesmiddelen, en die tevens een rol spelen bij medicatiebewaking en bij het bevorderen van therapietrouw;

- consumenten die de voorgeschreven geneesmiddelen op de juiste wijze gebruiken;
- inkopers met voldoende inkoopmacht; dit kunnen zorgverzekeraars zijn, maar ook de overheid (zoals in Zweden) of gespecialiseerde bedrijven zoals Pharmaceutical Benefit Companies (PBMs) in de VS;
- zorgverzekeraars en/of de overheid die de verschillende actoren prikkelen om hun taken op de juiste wijze te vervullen.

Dit samenspel van verschillende actoren stelt hoge eisen aan de onderlinge informatiestromen:

- artsen hebben baat bij spiegelinformatie over hun voorschrijfgedrag. Dit vereist dat een instantie gegevens over voorschrijfgedrag van individuele artsen verzamelt, vergelijkt en terugkoppelt (na anonimiseren);
- kennisproducenten hebben behoefte aan gegevens over de gevolgen van geneesmiddelengebruik op patiëntniveau. Dit vereist dat gegevens over voorgeschreven geneesmiddelen, therapietrouw, polyfarmacie, patiëntkenmerken, bijwerkingen voor specifieke doelgroepen en gezondheidsveranderingen centraal beschikbaar komen;
- afhankelijk van het gekozen reguleringsmodel hebben zorgverzekeraars of de overheid behoefte aan gegevens over voorschrijfgedrag van artsen en uitlevergedrag van apothekhoudenden om te kunnen monitoren in hoeverre afgesproken doelstellingen worden gehaald;
- alle actoren hebben baat bij inzicht in de mate van tevredenheid van cliënten en/of consumenten.

Een goede ICT-infrastructuur onmisbaar om deze informatiestromen optimaal te laten verlopen.

2.3 Uitgangspunten van de analyse

Welke tarieven?

Dit advies richt zich op de regulering van prijzen en tarieven van extramurale verleners van farmaceutische zorg. Prijsregulering van intramuraal verstrekte geneesmiddelen komt niet uitgebreid aan bod, behalve in paragraaf 4.3.2 waarin wordt ingegaan op ongewenste substitutie-prikkels als gevolg van de afwijkende bekostiging van intramuraal verstrekte geneesmiddelen.

In dit advies staan de voorwaarden voor vrije prijsvorming centraal. Het is echter van belang de bredere context van het geneesmiddelenbeleid in ogenschouw te nemen. Een te enge focus op de prijsdimensie brengt risico's met zich mee voor andere publieke doelen binnen het geneesmiddelenbeleid.

De adviesaanvraag heeft betrekking op de regulering via de WMG van de tarieven voor apothekhoudenden, onder de aanname dat de WGP en het GVS gehandhaafd blijven. De Minister gaat uit van een eindbeeld waarin prijzen voor geneesmiddelen en tarieven voor apothekhoudenden niet langer via de WMG gereguleerd zijn. Gelet op het bovenstaande houdt dit in het vrijlaten van de tarieven voor farmaceutische zorg.

In het verlengde van het vrijlaten van de tarieven voor farmaceutische zorg valt dus ook het loslaten van overige prijsbepalende regels onder het advies. Dit betreft de rekenregels in de WMG-tariefbeschikking. In paragraaf 4.5 wordt hier nader op ingegaan.

Voor zover WGP en GVS de resultaten van vrije tarieven voor farmaceutische zorg beïnvloeden, komt dit wel aan bod. Het gaat dan vooral om het gebruik van het GVS als 'clusterinstrument' (paragraaf 9.4) en het (herziene) GVS als terugvaloptie voor het geval vrije prijzen niet tot maatschappelijk acceptabele uitkomsten leiden (paragraaf 3.6) in termen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Consumentenbelang

Het algemene uitgangspunt van de NZa is dat het consumentenbelang voorop staat. Het consumentenbelang heeft betrekking op de dimensies toegankelijkheid/bereikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit.

De criteria betaalbaarheid en kwaliteit in de zin van effectiviteit komen samen in het begrip rationele farmacotherapie (zie 2.2). Uit dit uitgangspunt volgt dat dit advies gebaseerd dient te zijn op een analyse van de effecten van vrije tarieven van apothekhoudenden op alle relevante aspecten van de farmaceutische zorg door apothekhoudenden.

Kerntaken apothekhoudende

De dienstverlening in de apotheek (door apothekers en/of apothekersassistenten) omvat inkoop, distributie, advies aan patiënten en artsen (dit laatste ondermeer in het kader van het farmacotherapeutisch overleg), medicatiecontrole (tegengaan medicatiefouten, met name in het geval van polyfarmacie) en het meewerken aan verbetering van de informatie-uitwisseling met ondermeer voorschrijvend artsen.¹⁰

Kerntaken apothekhoudende

De kerntaken van de apothekhoudende bestaan uit die elementen waar hij vanuit zijn vakgebied de meeste toegevoegde waarde kan bieden. Dit betekent dat zijn taken primair gerelateerd zijn aan zorginhoudelijke dienstverlening, en secundair aan inkoop- en distributietaken.

Deze focus op de zorginhoudelijke kerntaken van de apothekhoudende betekent niet dat inkoop en distributie geen taken zijn voor apothekhoudenden, maar dat deze op de tweede plaats komen. Een voor dit advies relevante vraag is in hoeverre de invoering van vrije tarieven voor farmaceutische zorg deze dienstverlening beïnvloeden. Dit komt aan de orde in hoofdstuk 5, en in het uiteindelijke advies in hoofdstuk 9.

¹⁰ Van polyfarmacie is sprake bij patiënten die meerdere geneesmiddelen naast elkaar gebruiken.

3. Toegevoegde waarde vrije prijsvorming

3.1 Inleiding

De kern van liberalisering van markten is dat prijsregulering in sectoren wellicht niet nodig en soms zelfs niet wenselijk is. Als marktspelers de hun toegedichte rol op de markt goed kunnen spelen, kan overheidsregulering verstorend werken. Het past binnen de rol van de NZa om de juiste voorwaarden te scheppen om een markt goed te laten functioneren. Liberaliseren is daarbij een instrument. Het belang van de consument staat bij een eventuele liberalisering van een zorgmarkt voorop. De kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg zouden daarbij voordeel moeten hebben en in ieder geval niet in gevaar mogen komen. Indien marktpartijen in staat zijn om zelf de markt adequaat te vormen, is regulering niet meer nodig. In het recente verleden zijn ervaringen opgedaan met vrije prijsvorming, onder meer in de fysiotherapie. Dat geeft aanleiding om te veronderstellen dat dit ook in andere sectoren mogelijk is.

In veel van de zienswijzen die zijn ingediend naar aanleiding van de consultatie die de NZa in de opmaat naar dit advies heeft gehouden, wordt volledig vrije marktwerking als sturingsconcept voor de farmaceutische zorg (en per implicatie voor de zorg als geheel) ten principale afgewezen. De NZa onderschrijft deze redenering. Iedere markt heeft regulering nodig. In de zorg praten we daarom over gereguleerde concurrentie, zoals vastgesteld door de wetgever in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit hoofdstuk beschrijft binnen dat kader de mogelijke voor- en nadelen van vrije tarieven in de farmaceutische zorg. De mogelijke risico's van vrije tarieven komen in dit advies eveneens aan de orde. Het is echter ook van belang duidelijk te maken wat de potentiële meewaarde is voor de consument en premiebetaler indien de invoering van vrije prijzen in de farmaceutische zorg succesvol verloopt.

In alle gevallen geldt dat het consumentenbelang optimaal geborgd moet worden. Het is het streven van de NZa de betaalbaarheid in deze sector te optimaliseren met behoud van het bestaande hoge kwaliteits- en toegankelijkheidsniveau van de huidige farmaceutische zorg in Nederland. In de hoofdstukken 4 tot en met 6 wordt dit nader uitgewerkt.

3.2 Vrije apothekerstarieven en het publiek belang

De NZa ziet vrije prijsvorming als een instrument om publieke doelen te bereiken. Vrije prijsvorming is geen doel op zich. De publieke doelen betreffen de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voor de consument, in dit geval van de farmaceutische zorg. Zolang deze consumentenbelangen met vrije prijsvorming geborgd zijn, is de consument in principe gebaat bij vrije prijsvorming. Hieronder worden de voor- en nadelen beschouwd van zowel regulering als vrije prijsvorming van tarieven voor farmaceutische zorg.

3.2.1 Voordelen regulering

Lage transactiekosten

Apothekers en zorgverzekeraars hoeven in een gereguleerd systeem niet zelf te onderhandelen over tarieven en over de inhoud van de te vergoeden prestaties. Dit kan de transactiekosten van de farmaceutische zorg verlagen, met mogelijk lagere zorgkosten voor de consument/premiebetaler tot gevolg.

Inkomenszekerheid

Daarnaast creëren vaste of maximumprijzen een bepaalde mate van inkomenszekerheid bij apotheekhoudenden, hoewel het omzetvolume wel onzeker blijft. Voor de zorgverzekeraar geeft het een zekerheid in een van de twee elementen van maximale uitgaven aan zorg. De andere is het al eerder genoemde volume.

Lage kans op prijsstijgingen

Het belangrijkste voordeel voor de consument is dat de kans op prijsstijgingen bij gereguleerde prijzen en prestaties kleiner is dan bij vrije prijzen. Dat geldt ook voor hoge eigen bijdragen, kwaliteitsverlies en verslechtering van de toegankelijkheid. Gereguleerde punttarieven of maximumtarieven beteugelen eventuele marktmacht van apothekers, één van de risico's die later in dit rapport uitgebreid aan de orde komen (zie hoofdstuk 4).

Transparantie

Ook kan een eenduidige omschrijving van prestaties door de NZa bijdragen aan transparantie over wat er aan zorg verkregen kan worden en het borgen van een minimumkwaliteitsniveau, mits aan twee aanvullende voorwaarden is voldaan: de kwaliteit van de farmaceutische zorg moet meetbaar zijn en de tarieven moeten hoog genoeg zijn om het gereguleerde kwaliteitsniveau te kunnen realiseren.

Handhaven bereikbaarheid

Regulering van tarieven kan tot slot bijdragen aan het handhaven van de bereikbaarheid van de farmaceutische zorg, door de tarieven zo vast te stellen dat ook apotheken met een lager omzetvolume dan gemiddeld kostendekkend kunnen werken.

3.2.2 Nadelen regulering

Regulering kan leiden tot overwinsten

Uit het recente onderzoek naar inkoopvoordelen en praktijkkosten farmacie¹¹ blijkt dat nog steeds sprake is van overwinsten van ruim een ton per apotheek. In 2008 gaat het om bijna 200 miljoen euro, 4% van de totale kosten van geneesmiddelen die worden verstrekt door de openbare apotheek. Dit betekent dat de kosten voor de consument of de premiebetaler omlaag kunnen.

Gemiddelde versus individuele kosten

Een probleem met het bepalen van de kosten in de regulering is voorts dat kostprijsonderzoek resulteert in gemiddelde kosten. De werkelijke kosten van een individuele apotheker zullen hier vaak naar boven of beneden van afwijken als gevolg van bijvoorbeeld lokale kostprijsverschillen, verschillen in schaal als gevolg van verschillen in bevolkingsdichtheid, en verschillen in inkoopvoordelen. Bij het

¹¹ NZa (oktober 2008), Eindrapport Onderzoek inkoopvoordelen en praktijkkosten farmacie.

vaststellen van tarieven is het voor een toezichthouder onmogelijk om met al deze verschillen rekening te houden, en dat gebeurt dan ook niet.

Beperkt onderscheid zorgaanbieders

Bij een landelijke regulering is het voor de apotheekhoudende moeilijker om zich te onderscheiden van de concurrentie op basis van kwaliteitsargumenten of op basis van kostenverschillen. Door een landelijke regulering worden partijen ook minder geprikkeld om op lokaal niveau serieus te onderhandelen over deze kwaliteits- en kostenverschillen.

Beperkte innovatieprikkel

Een belangrijke nadeel van regulering is dat het moeilijk is hiermee innovatie te stimuleren. Wanneer apothekers, zoals in de huidige regulering, weinig prikkels hebben zich te onderscheiden op basis van kwaliteit en kosten, ontbreekt ook de directe prikkel tot innovatie.

De huidige receptregelvergoeding reguleert de vergoeding voor de dienstverlening van apothekers, maar bevat weinig directe prikkels tot innovatie. De aanwezigheid van hoge inkoopvoordelen motiveert ook niet tot transparantie van innovatief gedrag. Het reguleringssysteem kan al snel gaan werken als een innovatierem.

Beperkte sturingsmogelijkheden consument

Omdat in een systeem van volledig gereguleerde tarieven en prestaties het niet eenvoudig is om alle relevante prestaties te dekken en de tarieven niet de werkelijke individuele kostprijs kunnen weerspiegelen bevat een gereguleerd tariefsysteem allerlei kruissubsidies. Sommige activiteiten zijn winstgevend, andere niet.

Omdat individuele kwaliteit niet expliciet beloond kan worden, ontstaat er mogelijk een prikkel om te beknijsen op activiteiten die voor de consument juist heel wenselijk kunnen zijn. En kunnen andere, voor de consument minder belangrijke activiteiten, aantrekkelijker zijn. In een gereguleerd systeem kan de consument hier niet of moeilijk actief op sturen.

Een ander nadeel van centraal gereguleerde tarieven is dat als deze niet goed onderhouden worden - ze gemiddeld - te hoog of laag kunnen zijn, waardoor overwinsten of juist verliezen worden gemaakt. In het eerste geval is de zorgpremie te hoog, in het laatste geval zijn er risico's voor de kwaliteit en de continuïteit van de farmaceutische zorg.

Informatieproblemen

Het reguleren van tarieven en prestaties van apothekers en andere zorgaanbieders stelt hoge eisen aan de informatie waarover de toezichthouder kan beschikken. Zij moet goed in staat zijn te bepalen wat de diensten van de betreffende zorgaanbieder precies omvatten. Dit is in de zorg vele malen ingewikkelder dan in sectoren die een min of meer homogeen product leveren zoals nutsbedrijven. Ook in de farmaceutische zorg is op dit moment niet evident hoe producten precies moeten worden omschreven. De huidige tarieven zijn gekoppeld aan het afleveren van geneesmiddelen, maar apothekers houden zich in toenemende mate bezig met zorginhoudelijke activiteiten zoals medicatiebewaking bij polyfarmacie of advisering over het gebruik van een inhalator. Bij de recente invoering van het gedifferentieerde tarief is een eerste stap gezet door het tarief te differentiëren naar type aflevering, maar er is nog steeds geen sprake van expliciete beloning voor zorginhoudelijke activiteiten.

De toezichthouder moet op haar beurt beschikken over informatie over kosten om tarieven vast te kunnen stellen. Zoals de reacties op het al eerder genoemde onderzoek van de NZa naar inkoopvoordelen en praktijkkosten nog eens duidelijk hebben gemaakt, is het verzamelen van dergelijke informatie niet eenvoudig. Wat zijn redelijke kosten van huisvesting en personeel? Wat is een redelijk inkomen voor de apotheker? Welke inkomsten verkrijgt de apotheker uit inkoopvoordelen? Wat is een redelijke vergoeding voor het ondernemersrisico? Op welk kwaliteitsniveau moet de vergoeding zijn afgestemd? In hoeverre zijn de huidige kosten het gevolg van een doelmatige bedrijfsvoering? Het antwoord op deze vragen vergt diepgaand en kostbaar onderzoek, dat bovendien niet op alle vragen antwoord geeft. Inkomen en risico-opslag laten zich immers nauwelijks objectief bepalen.

3.2.3 Voordelen vrije prijsvorming

In een goed werkende markt met gereguleerde concurrentie is sprake van onderlinge concurrentie tussen apothekers, en baseren zorgverzekeraars hun contracteerbeleid op voldoende informatie over prijs en kwaliteit. Randvoorwaarden zijn dat de publieke doelen van betaalbare zorg tegen een minimumkwaliteitsniveau en een goede bereikbaarheid goed zijn geborgd.

Maatwerk

In een goed concurrerende markt zijn individuele marktpartijen zelf in staat afspraken te maken over (een deel van) de te vergoeden prestaties en over de bijbehorende tarieven. De toezichthouder hoeft hierdoor geen (of in ieder geval niet alle) prestaties te definiëren en hoeft geen (of niet alle) tarieven te bepalen.

Anders dan een toezichthouder hoeft een zorgverzekeraar geen gedetailleerde informatie te verzamelen over kostprijzen. Als de markt goed werkt zullen apothekers met elkaar concurreren om een contract te kunnen sluiten met een zorgaanbieder. Informatie over prestaties en vergoedingen hoeft hierbij niet centraal geregeld te worden door een toezichthouder, maar wordt decentraal afgestemd tussen apotheker en zorgverzekeraar. De lijnen zijn hierdoor korter, en transparanter voor de betrokken partijen.

Ruimte voor toegevoegde waarde individuele apotheker

Het vrijlaten van een vergoeding voor de farmaceutische dienstverlening en over te laten aan onderhandelingen tussen verzekeraars en apothekers heeft voordelen. Bij individuele onderhandelingen kan makkelijker de toegevoegde waarde van de dienstverlening van apothekers en de mogelijkheden om nieuwe investeringen in de dienstverlening te doen worden meegenomen.

Sturingsmogelijkheden apothekers en verzekeren: stemmen met de voeten

Een belangrijk voordeel van vrije prijsvorming is dat dit een zelfcorrigerend mechanisme in zicht draagt. Als een individuele zorgverzekeraar een verkeerd contract probeert te sluiten (te lage tarieven, te hoge tarieven, te weinig honorering van kwaliteit, te grote reisafstand), hebben gebruikers en aanbieders de optie te stemmen met de voeten, door over te stappen naar een andere verzekeraar of door met de betreffende verzekeraar geen contract te sluiten. Dit dwingt de betrokken verzekeraar zijn contracteerbeleid aan te passen.

Meer inzicht in prijs/kwaliteit verhouding

Voordeel voor zowel de verzekeraar als de verzekerde is dat apothekers die een onaantrekkelijke prijs/kwaliteit leveren in een systeem van vrije prijsvorming het risico lopen geen contract te krijgen, en daarom hun prijs zullen verlagen en/of hun kwaliteit verhogen.

Een zorgverzekeraar moet met andere zorgverzekeraars concurreren om de gunsten van verzekerden. Hij kan zich hierdoor niet permitteren een slechtere prijs/kwaliteit te contracteren dan de concurrent, op straffe van het vertrek van verzekerden. Om dezelfde reden kan hij zich niet permitteren te lage tarieven in rekening te brengen aan apothekers, omdat hiermee de kwaliteit en de continuïteit van de farmaceutische zorg in gevaar komen

Prikkels innovatie

Een belangrijk voordeel van marktwerking is dat de prikkels om te innoveren sterker zijn dan onder regulering. Dit voordeel is vooral van belang in sectoren waarin innovatie een (potentieel) grote rol speelt.¹² Juist omdat innovatie zich zo moeilijk laat voorspellen is regulering in sectoren met snelle innovatie moeilijker en zijn de kosten van reguleringsfouten hoger.

Voor grote delen van de zorg is dit het geval. Ontwikkelingen in de farmaceutische zorg zoals de invoering van een EMD openen ook in deze sector de deur naar allerlei innovaties op het terrein van medicatiebewaking.

Daarnaast kan de dynamiek als gevolg van de invoering van het nieuwe zorgstelsel belangrijke gevolgen hebben voor de farmaceutische zorg, bijvoorbeeld in de vorm van nieuwe taken voor de apotheek of een andere taakverdeling tussen apothekers en andere zorgverleners. Ook de trend naar meer transparantie over de kwaliteit van de farmaceutische zorg (zie hoofdstuk 5) kan innovatie in de hand werken. Het huidige tariefsysteem is gebaseerd op inspanningen in plaats van uitkomsten, maar de geplande publicatie van prestatie-indicatoren van apotheken maakt het wellicht mogelijk contracten te baseren op uitkomsten zoals bepaalde streefwaarden voor het kwaliteitsniveau.

Risicospreiding

Een voordeel van individuele afspraken boven centrale aansturing is tot slot dat fouten bij het vaststellen van prestaties of tarieven minder ernstige gevolgen hebben. Als de toezichthouder verkeerde beslissingen neemt over tarieven en prestaties wordt de hele markt hierdoor getroffen. Als een individuele zorgverzekeraar een verkeerd contract probeert te sluiten (te lage tarieven, te hoge tarieven, te weinig honorering van kwaliteit, te grote reisafstand) blijft de schade beperkt tot een deel van de markt.

¹² Het Centraal Planbureau wijst in het Centraal Economisch Plan 2008 op een niet-lineair verband tussen marktwerking en innovatie. Innovatie zou het sterkst zijn in markten die of sterk geconcentreerd zijn (monopolie of oligopolie) en die juist heel veel aanbieders kennen. Hieraan mag echter niet de conclusie worden verbonden dat een sterk geconcentreerde markt voor farmaceutische zorg vanuit innovatieperspectief wenselijk zou kunnen zijn. De bevindingen uit de literatuur waar het CPB zich op baseert hebben betrekking op ongereguleerde oligopolies en monopolies. Voor de farmaceutische dienstverlening is een ongereguleerd monopolie of oligopolie geen optie. Mocht blijken dat sprake is van regionale monopolies of oligopolies van apothekers die tarieven kunstmatig hoog houden, dan zal de NZa alsnog adviseren niet over te gaan tot vrije tarieven (zie ook hoofdstuk 9).

3.2.4 Nadelen vrije prijsvorming

Risico prijsstijgingen

Het belangrijkste nadeel voor de consument van vrije prijsvorming van tarieven voor farmaceutische zorg is dat is dat de kans op kostenstijgingen bij vrije prijzen hoger is dan bij gereguleerde prijzen. Dat geldt ook voor hoge eigen bijdragen, kwaliteitsverlies en verslechtering van de toegankelijkheid. Gereguleerde punttarieven of maximumtarieven beteugelen eventuele marktmacht van apothekers, daar waar deze beteugeling bij vrije marktwerking afhangt van de inkoopmacht van de zorgverzekeraar en consument.

In een ongunstig scenario – in een situatie waarin apotheekhoudenden teveel marktmacht hebben – kunnen vrije tarieven leiden tot het doorschieten naar concurrentie op uitsluitend de prijs, waardoor apotheekhoudenden min of meer gedwongen worden te beknibben op verliesgevendende activiteiten zoals goede voorlichting bij polyfarmacie of het bewaken van therapietrouw.

Risico inkoopmacht

Een negatief aspect van vrije prijsvorming kan zijn dat de inkopende partij (de zorgverzekeraars) te veel op prijs, en te weinig op kwaliteit sturen. Dit kan veroorzaakt worden door een gebrek aan transparantie over de geleverde kwaliteit, en onduidelijkheid over de meerwaarde hiervan. Het gevolg kan zijn dat pas duidelijk wordt dat dit ten koste gaat van de (minimaal vereiste) kwaliteit wanneer het te laat is. Borging van (transparante) kwaliteit is daarom een randvoorwaarde bij vrije prijsvorming voor farmaceutische zorg.

Informatieproblemen

Als de onderhandelingen volledig open gelaten worden, en dus ook geen regulering plaatsvindt van prestatie-omschrijvingen, kan intransparantie ontstaan over wat er aan zorg verkregen kan worden. Consumenten weten dan niet meer op welke zorg zij aanspraak kunnen maken, en het borgen van een minimum kwaliteitsniveau wordt hiermee problematisch.

Hetzelfde geldt voor de inkopers van farmaceutische zorg, zorgverzekeraars. Deze moeten goed in staat zijn te bepalen wat de diensten van de betreffende zorgaanbieder precies omvatten. Zoals hiervoor vermeld bij de nadelen van regulering is in de farmaceutische zorg op dit moment niet evident hoe producten precies moeten worden omschreven. Wil een markt goed kunnen werken dan zullen de prestaties helder omschreven moeten zijn.

Verminderde bereikbaarheid

In een situatie van vrije marktwerking kan het voorkomen dat apotheken met een beperkt omzetvolume niet langer kostendekkend kunnen werken. De schaalvoordelen zijn dan te laag. Indien hier voor de verzekeraar en verzekerden te weinig voordelen tegenover staan (bijvoorbeeld het feit dat de betreffende aanbieder de enige in de omgeving is, en dat het dus wenselijk is dat hij behouden blijft), kan de betreffende apotheker omvallen. Op deze manier neemt de bereikbaarheid van de farmaceutische zorg af.

3.2.5 Voorbeeld vrije prijsvorming: fysiotherapie

In het recente verleden zijn positieve ervaringen opgedaan met vrije prijsvorming, onder meer in de fysiotherapie.

In de monitor Fysiotherapie 2007 adviseert de NZa de Minister om na drie jaar experimenteren met vrije prijzen de markt per 1 januari 2008 definitief vrij te geven. In de experimenteerperiode is gebleken dat de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid goed geborgd zijn in een omgeving van vrije prijsvorming. Het experiment heeft daarnaast geleid tot meer dynamiek in de markt. Verzekeraars en fysiotherapeuten maken meer afspraken over concrete producten en zorgprogramma's voor consumenten.

Het experiment heeft daarmee bijgedragen aan het ondernemerschap van fysiotherapeuten. Daarnaast heeft vrije prijsvorming geleid tot meer prikkels voor het leveren van kwaliteit en doelmatigheid. Fysiotherapeuten die een hogere kwaliteit kunnen leveren en efficiënter werken worden beter beloond.

De monitor fysiotherapie 2007 is te vinden op www.nza.nl. De Minister heeft het advies van de NZa overgenomen.

3.3 Gaan farmaceutische zorg en vrije markt wel samen?

Uit de consultatie van de hoofdlijnennotitie blijkt dat veel partijen principiële vraagtekens zetten bij marktwerking in de farmaceutische zorg. Voordat de NZa, in de navolgende hoofdstukken, specifiek ingaat op de risico's en randvoorwaarden voor de introductie van vrije prijsvorming voor farmaceutische vraag, geeft zij hieronder eerst haar visie op de meer principiële punten.

Marktwerking óf regulering?

In de zorg is de keuze niet: markt of regulering; waar het om gaat is het vinden van de juiste combinatie van beide sturingsconcepten.¹³

Uitgangspunt daarbij is het voordeel voor de consument. Om de publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen is (ook) regulering nodig. De term 'gereguleerde concurrentie', het leidend principe van het nieuwe zorgstelsel, vat dit goed samen. De uitdaging voor beleidsmakers is het vinden van de juiste mix van markt en regulering. In dit opzicht vertoont het ontwerpen van het juiste sturingsmodel voor de (farmaceutische) zorg overeenkomsten met de magistrale bereiding in de apotheek. In de zorg gaat het dus om de juiste mix van regulering en marktwerking. Marktwerking voor de volle 100% (dat wil zeggen, volledige afwezigheid van regulering van prijs, kwaliteit en bereikbaarheid) zou grote risico's met zich meebrengen en is om die reden onwenselijk.

Gaat marktwerking per definitie ten koste van de belangen van de consument?

De NZa ziet marktwerking nooit als doel, maar louter als instrument om publieke doelen te bereiken. Hiertoe moet de NZa weten wat de publieke doelen precies zijn. Voor het publieke doel van de bereikbaarheid kan de minimumnorm worden afgeleid uit de regelgeving met betrekking tot de apotheekhoudende huisarts.¹⁴ Voor de kwaliteit van de farmaceutische

¹³ Dit geldt overigens ook in andere sectoren dan de zorg. Zo dwingt de kredietcrisis tot een herbezinning op de taakverdeling tussen markt en regulering in de financiële sector.

¹⁴ De wetgever heeft in de Geneesmiddelenwet impliciet normen vastgesteld voor de bereikbaarheid van apotheken. Artikel 62 lid 10 van deze wet bepaalt dat huisartsen geen receptgeneesmiddelen mogen verstrekken tenzij 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 afstand minder dan 4,5 kilometer is kan de Minister een vergunning verlenen als dit in het

zorg is dit minder duidelijk. Welk kwaliteitsniveau van farmaceutische zorg dient voor iedere Nederlander beschikbaar te zijn? Voor een deel zijn deze vragen te beantwoorden op basis van de normen en richtlijnen van de beroepsgroep zelf, eventueel aangevuld of aangepast door de Minister van VWS (zie hoofdstuk 5).¹⁵ De NZa en de IGZ zullen vervolgens bewaken dat deze publieke doelen worden gehandhaafd, door regulering vooraf, door ingrijpen achteraf of door advisering aan de Minister van VWS. Bijvoorbeeld: indien één van de publieke doelen is de bewaking van medicijngebruik bij polyfarmacie, dan is het noodzakelijk dat de apotheker/arts een volledig beeld heeft van het geneesmiddelengebruik van de patiënt. Voor zover dit niet al is geregeld (bijvoorbeeld via het EMD), zal de NZa de Minister adviseren passende maatregelen te treffen.

Voor het NZa-advies over vrije prijzen farmacie is het van belang dat de definitie van publieke doelen van invloed kan zijn op de juiste mix van markt en regulering. Marktwerking scoort relatief goed ten opzichte van regulering als onzeker is welke diensten precies moeten worden geleverd en welke prijs daarbij hoort. Dit geldt bijvoorbeeld voor sectoren met snelle innovatie, zoals grote delen van de zorg. In deze sectoren bestaat het risico dat regulering innovatie in de kiem smoort. Het vrijlaten van prijzen en tarieven heeft in dergelijke sectoren als belangrijk voordeel dat experimenten meer ruimte krijgen. Later in dit hoofdstuk wordt dit belangrijke potentiële voordeel van vrije prijzen nader uitgewerkt.

Staat de marktmoraal staat op gespannen voet met de zorgmoraal?

In een aantal reacties in de consultatieronde voorafgaand aan dit advies werd gesteld dat de invoering van marktprikkels in de farmaceutische zorg op gespannen voet staat met de normen en waarden in de zorg – met wat zou kunnen worden aangeduid als de zorgmoraal. Ook op dit moment is al sprake van elementen van marktwerking in de farmaceutische zorg, zoals vrije keuze van apotheker, contracteervrijheid van apothekers met zorgverzekeraars en inkoop door apothekers. Invoering van vrije tarieven zou inhouden dat een extra element van marktwerking wordt geïntroduceerd in de huidige mix van markt en regulering.

In een ongunstig scenario kunnen vrije tarieven leiden tot het doorschieten naar concurrentie op uitsluitend de prijs, waardoor apothekhoudenden min of meer gedwongen worden te beknibbelen op verliesgevendende activiteiten zoals goede voorlichting bij polyfarmacie of het bewaken van therapietrouw. Op termijn kan dit de normen en waarden in de zorg aantasten, met als gevolg kwaliteitsverlies. Naarmate de kwaliteit van de farmaceutische dienstverlening transparanter wordt neemt dit risico af, omdat dan goede en verifieerbare afspraken en gemaakt kunnen worden over inhoud en kwaliteit van de te verlenen farmaceutische zorg.

belang is van de geneesmiddelenvoorziening. In deze formulering wordt uitgegaan van de patiënt in het werkgebied van de huisarts die het meest dichtbij de dichtstbijzijnde apotheek woont. Als een huisarts apotheek werkzaam is in een gebied met een straal van 5 kilometer, dan woont de meest veraf wonende patiënt nog 5 kilometer verder en de gemiddelde patiënt ongeveer 2 kilometer verder van de dichtstbijzijnde apotheker. Al met al kan geconcludeerd worden dat de wetgever een reisafstand van 5-7 kilometer acceptabel acht vanuit het oogpunt van bereikbaarheid.

¹⁵ Ook wat dit betreft wijkt de zorg niet af van andere geliberaliseerde sectoren. Zo is in EU richtlijnen vastgelegd dat de overheid vervoersbedrijven verplichtingen mag opleggen om onrendabele lijnen in stand te houden, zodat de toegang tot het openbaar vervoer ook in dunbevolkte gebieden geborgd is. In de postsector geldt een Universele Dienstverleningsplicht, die ondermeer inhoudt dat TPG zes dagen per week overal in Nederland één postbestelling uitvoert (B. Baarsma, M. Pomp en J. Theeuwes (red.), Dynamische Marktwerking, Academic Service 2006).

Marktwerking in de zorg zou zorgaanbieders laten vergeten dat de zorg draait om het beter maken van patiënten. Sommige apothekers zouden het ware doel van zorgverlening vergeten en alleen nog maar denken aan het zoveel mogelijk winst maken. De man in de witte jas zou geen vertrouwensband meer opbouwen met een patiënt, maar zijn doosje zo snel mogelijk willen schuiven en doorgaan naar de volgende. Op den duur zal de menselijkheid geheel verdwijnen uit de zorgsector. Dat dit een misverstand is spreekt voor zich. Hoe iemand denken dat een sector die bestaat uit zoveel mensenwerk op den duur zijn menselijkheid verliest? Het gaat hier om zorg, om zorgaanbieders die hun hart en ziel in het beter maken van patiënten leggen. Zouden al deze mensen dit opeens vergeten als er marktwerking in de zorg plaatsvindt? Het idee achter het middel marktwerking is dat er efficiënter wordt gewerkt, met als doel dat de kosten afnemen en de kwaliteit verbetert. Ook kunnen wachtlijsten worden opgelost, waardoor meer mensen behandeld kunnen worden. Er zullen meer patiënten beter gemaakt kunnen worden met behulp van verbeterde technieken. Met andere woorden, meer marktwerking in de zorg moet meer opleveren voor de consument.

Vergt marktwerking vrije prijzen?

Ook bij vaste tarieven voor farmaceutische zorg concurreren apothekers met elkaar. Immers, patiënten kiezen zelf hun apotheker, mogelijk op basis van het advies van de voorschrijvende arts. Is de patiënt of de voorschrijver ontevreden over de kwaliteit van de zorg, van de dienstverlening of van de bejegening, dan is stemmen met de voeten mogelijk. Dit dwingt apothekers tot het op peil houden van de kwaliteit van de zorg. Bij vaste tarieven kan dus ook sprake zijn van marktwerking.

Ook in andere sectoren komt dit type concurrentie voor. Bijvoorbeeld in het onderwijs: scholen concurreren niet op prijs (afgezien van de vrijwillige ouderbijdrage), maar wel op kwaliteit: ouders vergelijken scholen op basis van hun CITO-scores, sfeer, en afstand. De vraag bij dit type concurrentie met centraal vastgestelde prijzen is: wat is het juiste prijsniveau? Een te lage prijs leidt tot een te lage kwaliteit en tot minder zorgaanbod waardoor ook de toegankelijkheid in het gedrang komt. Omgekeerd leidt een te hoge prijs juist tot een te hoge kwaliteit: allemaal dure franje waar burgers niet voor zouden willen betalen als ze de keus hadden. Daar komt nog bij dat de technologie in de zorg in hoog tempo vooruitgaat, waardoor de kostprijzen voortdurend veranderen.

De kosten van geneesmiddelen per inwoner in Nederland behoren tot de laagste ter wereld. Valt daar nog iets te halen?

Hoewel de feitelijke constatering juist is (alleen in Engeland, Denemarken, Ierland, Portugal en Spanje zijn de uitgaven aan farmaceutische zorg per hoofd van de bevolking lager dan in Nederland¹⁶), is de conclusie dat er dus niet veel besparingen meer mogelijk zijn onjuist. Uit het recente onderzoek van de NZa naar inkoopvoordelen en praktijkkosten farmacie (november 2008) blijkt dat nog steeds sprake is van overwinsten van ruim een ton per apotheek. In 2008 gaat het om bijna 200 miljoen euro, 4% van de totale kosten van geneesmiddelen die worden verstrekt door de openbare apotheek. Dit betekent dat de kosten voor de consument of de premiebetaler omlaag kunnen. Bovendien gaat het niet alleen om de kosten maar ook om de kwaliteit van de farmaceutische dienstverlening. Het is goed mogelijk dat er nog grote verbeteringen mogelijk zijn door onderhandelingen met gunstige gevolgen voor therapietrouw, correct gebruik van

¹⁶ Zie figuur 1.

geneesmiddelen, medicatiefouten en voorschrijfgedrag, waardoor het medicijngebruik per hoofd van de bevolking nog kan dalen.

Hebben zorgverzekeraars niet teveel inkoopmacht?

De NMa stelt over inkoopmacht het volgende: "Inkoopmacht is marktmacht aan de inkoopzijde van de markt. Er is sprake van marktmacht als de inkoper zich min of meer onafhankelijk van zijn leveranciers kan opstellen. Dit kan erin resulteren dat de inkoper onredelijke inkoopvoorwaarden kan afdwingen zonder dat de leverancier daar iets tegen kan doen. Overigens hoeft het hebben van marktmacht niet te betekenen dat daarvan misbruik wordt gemaakt. Ook een partij met een machtige positie mag scherp inkopen en stevig onderhandelen."¹⁷

Of zorgverzekeraars inderdaad beschikken over inkoopmacht, en dus misbruik maken van hun marktmacht, is geen uitgemaakte zaak. De NZa signaleert juist als één van de risico's bij vrije tarieven dat apothekers beschikken over marktmacht en deze kunnen misbruiken met als gevolg te hoge tarieven. Los daarvan maakt het tweede deel van het bovenstaande citaat duidelijk dat inkoopmacht geen probleem hoeft te zijn. Uiteindelijk gaat het om de gevolgen van eventuele inkoopmacht voor de consument. Als de consument profiteert van de inkoopmacht van de zorgverzekeraar, door bijvoorbeeld lagere premies, dan is het publiek belang daarbij gediend. Gaat het ten koste van toegankelijkheid of kwaliteit, dan ligt er duidelijk wel een probleem.

Aangezien de zorgverzekeringsmarkt voldoende concurrerend is (zie NZa-monitor zorgverzekeringsmarkt 2008), heeft de consument direct belang bij een zorgverzekeraar die goed inkoop op de markt voor farmaceutische zorg. Pas als eventuele inkoopmacht leidt tot te hoge prijzen, te lage kwaliteit of gebrekkige toegankelijkheid zullen de NZa of IGZ ingrijpen of de Minister van VWS adviseren passende maatregelen te treffen.

Hoort bij marktwerking dat apothekers zelf geneesmiddelen inkopen en zelf bepalen welk generieke middel aan de patiënt wordt verstrekt, zonder hierbij te worden ingeperkt door verzekeraars?

Zoals al herhaaldelijk is opgemerkt in dit hoofdstuk gaat het in de farmaceutische zorg, net als in de rest van de zorg, om het vinden van de juiste mix van regulering en marktwerking. Het is niet zo dat marktwerking alleen succesvol kan zijn indien alle aspecten van de farmaceutische zorg zouden worden geliberaliseerd. Integendeel, dit is een recept voor ongelukken. Meer specifiek is ook in andere sectoren de constructie gebruikelijk waarbij individuele ondernemers niet zelf de inkoop voor hun rekening nemen, maar deze taak delegeren aan een gezamenlijke inkoopcombinatie. Als dit resulteert in doelmatigheidswinst of in een sterkere onderhandelingspositie bij de inkoper dan kan dit in het belang zijn van de consument.

Als verzekeraars selectief gaan contracteren met apothekers, kunnen veel patiënten dan niet langer gebruik maken van de dichtstbijzijnde apotheek?

Selectief contracteren is niet synoniem met het contracteren van een beperkt aantal apothekers. Zelfs bij 100% contracteren kan sprake zijn van selectief contracteren. Waar het om gaat is dat verzekeraars het dreigement geloofwaardig moeten kunnen uiten om niet te contracteren, willen zij hiermee enig effect bereiken in de onderhandelingen. Deze

¹⁷ http://www.nmanet.nl/images/veelgestelde%20vragen%20inkoopmacht_tcm16-55025.pdf

dreiging is veelal voldoende om tot een voor beide partijen acceptabel contract te komen. In de praktijk sluit dan toch iedereen een contract.

Dit blijkt ook uit de ervaringen in de VS. Daar hebben de meeste zorgverzekeraars de inkoop van geneesmiddelen en het contracteren van apothekers uitbesteed aan zogeheten *pharmaceutical benefit management* bedrijven (PBMs). Vaak werken PBMs met een netwerk van voorkeursapothekers. In de praktijk sluiten de meeste PBMs echter contracten met meer dan 90% van alle apothekers in de regio's waar zij actief zijn.¹⁸ Toch slagen PBMs erin scherpe tarieven te bedingen, omdat zij geloofwaardig kunnen dreigen verzekerden naar andere apothekers te sturen.

Overigens behoudt een patiënt, ook al sluit zijn verzekeraar niet met alle apotheken een contract af, toch voldoende keuze wanneer hij een naturapolis afsluit. Pas bij een restitutiepolis wordt de keuze daadwerkelijk beperkt, maar dit is dan ook de eigen keuze van de patiënt.

Hoort bij marktwerking dat verzekeraars onderhandelen met individuele apothekers?

De NMa heeft hier een aantal jaren gelden al het volgende over opgemerkt: "Dit berust op een misverstand. De Mededingingswet dwingt niet tot individuele onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, ook niet als een zorgverzekeraar een economische machtspositie heeft. Het staat een zorgverzekeraar vrij zijn eigen inkoopbeleid vorm te geven, mits de criteria die hij hierbij hanteert objectief, transparant en non-discriminatoir zijn. Er kan wel sprake zijn van misbruik als hij onredelijke voorwaarden wil opleggen, zoals bepaalde betalings- of leveringsvoorwaarden."¹⁹ De laatste zin in dit citaat sluit aan op wat hierboven is gezegd over inkoopmacht. De conclusie luidt dat onderhandelen door zorgverzekeraars met individuele apothekers geen voorwaarde is voor gezonde marktwerking.

Omgekeerd staat het apothekers vrij gezamenlijk te onderhandelen met verzekeraars, mits zij zich hierbij binnen de bagatelbepaling uit de Mededingingswet houden.

Leidt marktwerking tot Amerikaanse taferelen?

Een veelgehoorde opvatting is dat het Nederlandse zorgsysteem door de invoering van meer elementen van marktwerking zou gaan lijken op het Amerikaanse zorgsysteem. Onverzekerden zouden niet meer behandeld worden en de gezondheidszorg wordt iets voor de rijken. De Nederlands gezondheidszorg zou zijn identiteit verliezen. Deze angst is ongegrond. Het Nederlandse zorgsysteem bevat voldoende waarborgen voor het behoud van de solidariteit. Er is om te beginnen een basisverzekering. Verzekeraars hebben een acceptatieplicht, lage inkomens worden geholpen met een zorgtoeslag en risicoselectie is verboden. De NZa ziet hier ook op toe. Wat betreft de farmaceutische zorg kan hieraan worden toegevoegd dat het Amerikaanse systeem in bepaalde opzichten ook succesvol is. Een recente internationale prijsvergelijking laat zien dat de prijzen van generieke geneesmiddelen in de VS gemiddeld lager zijn dan

¹⁸ Richardson, J., PBMs: the basics and an industry overview, presentatie voor de Federal Trade Commission (FTC), www.ftc.gov/ogc/healthcarehearings/docs/030626richardson.pdf

¹⁹ Persbericht NMa 27-05-2005, "NMa wijst klachten zorgaanbieders tegen zorgverzekeraars af."

in andere landen.²⁰ Voor dit advies is dit een relevant feit, omdat de VS één van de weinige landen is met vrije tarieven voor farmaceutische zorg.

3.4 Conclusie

In onderstaande tabel staan de voor- en nadelen van het reguleren van de tarieven voor farmaceutische zorg opgesomd, zoals beschreven in paragraaf 3.2.1 en 3.2.2.

Tabel 3. Voor- en nadelen regulering

Voordelen	Nadelen
Lage transactiekosten	Risico overwinsten
Inkomenszekerheid	Gemiddelde versus individuele kosten
Lage kans op prijsstijgingen	Beperkt onderscheid zorgaanbieders
Transparantie	Beperkte innovatieprikkel
Handhaven bereikbaarheid	Beperkte sturingsmogelijkheden consument
	Informatieproblemen

Bron: NZa

In onderstaande tabel staan de voor- en nadelen van vrije prijsvorming voor farmaceutische zorg opgesomd, zoals beschreven in paragraaf 3.2.3 en 3.2.4.

Tabel 4. Voor- en nadelen vrije prijsvorming

Voordelen	Nadelen
Maatwerk	Risico prijsstijgingen
Meer ruimte voor toegevoegde waarde individuele apotheker	Risico inkoopmacht
meer sturingsmogelijkheden apothekers en verzekeren: stemmen met de voeten	Informatieproblemen
Meer inzicht in prijs/kwaliteit verhouding	Verminderde bereikbaarheid
Prikkels innovatie	
Risicospreiding	

Bron: NZa

²⁰ "The overall generic price indexes, which include both branded and unbranded generics, show that all countries have higher generic prices on average than the United States has [...]. The low U.S. generic price indexes reflect the very low U.S. prices of unbranded generics. [...] These low U.S. generic prices reflect several factors that make the U.S. generic sector highly price competitive: (1) The U.S. Food and Drug Administration (FDA) Abbreviated New Drug Application (ANDA) process requires a generic to show bioequivalence to the originator, which provides the basis for substitutability; (2) the default dispensing rule permits pharmacists to substitute a generic for a brand unless the physician requires the brand; (3) pharmacy reimbursement is usually a fixed dispensing fee plus a fixed reimbursement for the drug, such that pharmacies can profit by substituting cheaper generics; (4) consumer copayments are lower on generics than on brands; and (5) the concentrated buying power of pharmacies, through chain pharmacies, mass merchandisers such as Wal-Mart, and group purchasing arrangements for independent pharmacies, forces generic manufacturers to compete on price to capture market share of these large market makers." Danzon, P, en Furukawa, F., International Prices And Availability Of Pharmaceuticals In 2005, Health Affairs 2008, vol. 27 no. 1.

De NZa concludeert dat de invoering van vrije tarieven in de farmaceutische zorg positieve effecten kan hebben voor zowel de consument als de apotheekhoudende als de zorgverzekeraar:

- apotheken kunnen zich meer richten op activiteiten met hoge toegevoegde waarde voor de consument;
- voor de consument redelijke en voor de apotheek kostendekkende tarieven, doordat marktpartijen zelf de tarieven bepalen;
- voor de verzekeraar de mogelijkheid zich door individuele onderhandelingen te onderscheiden van zijn concurrenten;
- voor de apotheker een kans om zijn toegevoegde waarde in de vorm van prestaties helder te maken en hiervoor te worden beloond;
- meer innovaties die de prijs/kwaliteit van de farmaceutische zorg verder verbeteren. Innovatie wordt niet afgeremd door centraal vastgestelde prestaties en tarieven.

Deze voordelen ontstaan in een scenario waarin aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- informatie over prijs en kwaliteit van farmaceutische zorg is voldoende transparant;
- zorgverzekeraars contracteren op basis van prijs én kwaliteit en/of patiënten stemmen met de voeten;
- apothekers concurreren op basis van prijs en kwaliteit.

Er bestaat geen garantie dat aan deze voorwaarden is voldaan. Daarom heeft de NZa een risicoanalyse uitgevoerd (zie hoofdstuk 4 tot en met 8) en beoordeeld of de risico's die mogelijk kunnen optreden beheersbaar en aanvaardbaar zijn (zie hoofdstuk 9).

De NZa wijst erop dat een aantal van deze voordelen van regulering is ook in een situatie met (gedeeltelijk) vrije tarieven te bereiken is, en andersom. In dit advies gaat het niet zozeer om een radicale keuze tussen volledige vrije markt en volledige regulering, maar om het vinden van een optimaal sturingsconcept. Zoals vermeld in de inleiding van dit hoofdstuk gaat het in de zorg altijd om gereguleerde concurrentie, zoals vastgesteld in de Wmg. Dat kan ook bestaan uit de juiste mix van beide sturingsconcepten, bijvoorbeeld door een mengvorm te creëren van regulering met vrijheidsgraden. Voor sommige sectoren zoals de medisch specialistische zorg is dat volgens een recent advies van de NZa ook het optimale sturingsmodel, met een gereguleerd gedeelte en een geliberaliseerd gedeelte. Ongeacht de uiteindelijke keuze zal de NZa de markt nauwgezet blijven monitoren.

4. Betaalbaarheid

4.1 Inleiding

Bij betaalbaarheid gaat het om zowel de macrobetaalbaarheid als de betaalbaarheid binnen de farmaceutische kolom. Vrije prijzen kunnen resulteren in te hoge consumentenprijzen, als sprake is van teveel marktmacht bij één of meer van de betrokken marktpartijen.

Uit de monitor blijkt dat het preferentiebeleid een effectieve manier is om de betaalbaarheid te verbeteren. Geconcludeerd wordt dat het preferentiebeleid een effectieve manier is om de prijzen van multi-source geneesmiddelen te verlagen. Hiermee levert het een belangrijke bijdrage aan de betaalbaarheid van de zorg. Tegelijkertijd is hiermee een belangrijke stap gezet in het beëindigen van de margeconcurrentie op deze generieke middelen.

De daling van de lijstprijzen van generieke geneesmiddelen heeft een positief effect op de macro uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland. Ervan uitgaande dat verzekeraars de bespaarde middelen laten terugvloeien naar de patiënt leidt dit tot lagere zorgkosten voor de consument.

In dit hoofdstuk komt om te beginnen aan de orde in hoeverre de microbetaalbaarheid beïnvloed wordt als gevolg van vrije prijsvorming. Dit wordt afgemeten aan de mate van marktmacht van betrokken partijen (paragraaf 4.2).

Op macroniveau kan de betaalbaarheid beïnvloed worden indien de introductie van vrije prijsvorming leidt tot ongewenste substitutie naar duurder middelen of therapievormen. Dit komt aan de orde in paragraaf 4.3.

Tot slot komt aan de orde in hoeverre gedragingen van partijen naar aanleiding van het preferentiebeleid (paragraaf 4.4) en de taxe (paragraaf 4.5) nader licht kunnen werpen op de onderlinge verhoudingen in de farmaceutische bedrijfskolom.

4.2 Gevolgen vrije prijsvorming: micro

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de mogelijke effecten van vrije prijsvorming op de betaalbaarheid van farmaceutische zorg. Vrije prijzen kunnen resulteren in te hoge consumentenprijzen, als sprake is van teveel marktmacht bij één of meer van de betrokken marktpartijen.

Onder marktmacht verstaat de NZa²¹: de positie van een of meer zorgaanbieder(s) of ziektekostenverzekeraar(s) om alleen dan wel gezamenlijk de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan te kunnen belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van:

- zijn concurrenten;
- zijn producenten/leveranciers, indien het een zorgaanbieder betreft;
- ziektekostenverzekeraars, indien het een zorgaanbieder betreft;
- zorgaanbieders, indien het een ziektekostenverzekeraar betreft, of

²¹ Zie NZa Beleidsregel AL/BR-100.069.

– consumenten.

Aan de orde komt in hoeverre sprake is of zou kunnen zijn van teveel marktmacht bij spelers uit de bedrijfskolom: verzekeraars (paragraaf 4.2.1), apothekers (paragraaf 4.2.2), producenten van geneesmiddelen (paragraaf 4.2.3) of bij de groothandel (paragraaf 4.2.4).

4.2.1 Marktmacht zorgverzekeraars?

Wanneer de zorgverzekeraar in zijn rol als inkoper teveel marktmacht heeft, kan hij (te) gunstige voorwaarden bedingen op het gebied van prijs en kwaliteit bij apotheekhoudenden. Indien dit het geval zou zijn, zou dit op lange termijn ten koste gaan van de kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid van de farmaceutische zorg.

De mate van inkoopmacht van zorgverzekeraars wordt beperkt door de zorgplicht die zij hebben naar hun verzekerden, op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzekeraars zijn vanuit hun zorgplicht gehouden om daadwerkelijke toegang tot zorg te realiseren. Dit betekent niet dat zorgverzekeraars gehouden zijn *alle* apotheekhoudenden te contracteren, maar wel dat zij uiteindelijk genoeg apotheekhoudenden gecontracteerd moeten hebben om in hun zorgplicht te voorzien. Dit beperkt de verzekeraars in hun inkoopmacht.

Apotheekhoudenden zijn van hun kant in staat de inkoopmacht van de zorgverzekeraar te beperken, door gezamenlijk te onderhandelen.²² Uit de monitor blijkt dat er apothekers zijn die zich in dit kader gezamenlijk laten vertegenwoordigen door een zorgmakelaar.

Ten aanzien van de inkoop van kwalitatief goede farmaceutische zorg geldt dat zorgverzekeraars polissen leveren met een goed prijs/kwaliteit verhouding (inclusief de prijs en de kwaliteit van de gecontracteerde farmaceutische zorg) indien er in de eerste plaats voldoende concurrentie is tussen zorgverzekeraars, en in de tweede plaats consumenten hun keuze voor een zorgverzekeraar baseren op prijs en kwaliteit van de door de verzekeraars gecontracteerde zorgaanbieders waaronder apotheekhoudenden. De mate waarin aan deze voorwaarden is voldaan vormt het onderwerp van de jaarlijkse NZa-monitor van de zorgverzekeringsmarkt. De meest recente monitor (van juni 2008) komt tot een positief oordeel over de positie van de consument op de zorgverzekeringsmarkt. Voor een nadere onderbouwing van dit oordeel zij verwezen naar de NZa-monitor.

Als aan deze voorwaarden is voldaan, vormt eventuele inkoopmacht van zorgverzekeraars geen probleem vanuit het perspectief van de consument. Onder het systeem van de Wmg is het juist de beoogde rol van de ziektekostenverzekeraars om namens de consument een goede prijs/kwaliteitverhouding te realiseren bij de inkoop van zorg.²³

Uit de consultatie komt naar voren dat het risico bestaat dat het door de NZa gesignaleerde consumentenvoordeel van inkoopmacht van zorgverzekeraars teniet gedaan wordt wanneer dit ten koste gaat van de kwaliteit van de farmaceutische zorg. Het door veel partijen gesignaleerde probleem is dat consumenten (en dus verzekeraars) wel actief sturen op de prijs, maar onvoldoende kennis van zaken hebben om te kunnen sturen op kwaliteit. Hoewel kwaliteit te complex is om te spreken van *de* kwaliteit, staat vast dat het niet wenselijk is dat een

²² Het is apothekers toegestaan gezamenlijk te onderhandelen, op grond van de zogeheten bagatelbepaling in de Mededingingswet, mits dit niet bij voorbaat leidt tot een economische machtspositie.

²³ Zie ook NZa (2007), Toelichting op de Beleidsregel Aanmerkelijke Marktmacht in de Zorg, juni 2007, pag. 22.

eventuele machtspositie van zorgverzekeraars, en een ontbrekende sturing op kwaliteit van consumenten leiden tot verschraling van kwaliteit onder een bepaald niveau.

De markt zou daarom te allen tijde terug moeten kunnen vallen op heldere, door de overheid gedefinieerde kwaliteitseisen. Dit risico komt aan de orde in het volgende hoofdstuk, over gevolgen voor de kwaliteit (hoofdstuk 5), en in de afweging ten behoeve van het uiteindelijke advies (hoofdstuk 9).

4.2.2 Marktmacht apothekers?

Indien sprake is van teveel marktmacht bij apotheekhoudenden, kunnen vrije prijzen resulteren in te hoge consumentenprijzen. Een te hoge prijs betekent: een consumentenprijs die substantieel hoger is dan de onderliggende kosten. De kosten omvatten hierbij zowel de inkoopkosten van het geneesmiddel, de distributiekosten als de kosten van dienstverlening door de apotheker.

De analyse in deze paragraaf beperkt zich tot de prijzen van individuele geneesmiddelen. Zoals aangegeven in paragraaf 2.2 garanderen lage consumentenprijzen voor individuele geneesmiddelen nog niet dat de bredere doelstellingen van rationele farmacotherapie, kwaliteit en toegankelijkheid ook gehaald worden. De mogelijke effecten van lagere consumentenprijzen op die bredere doelstellingen komen aan bod in de volgende hoofdstukken.

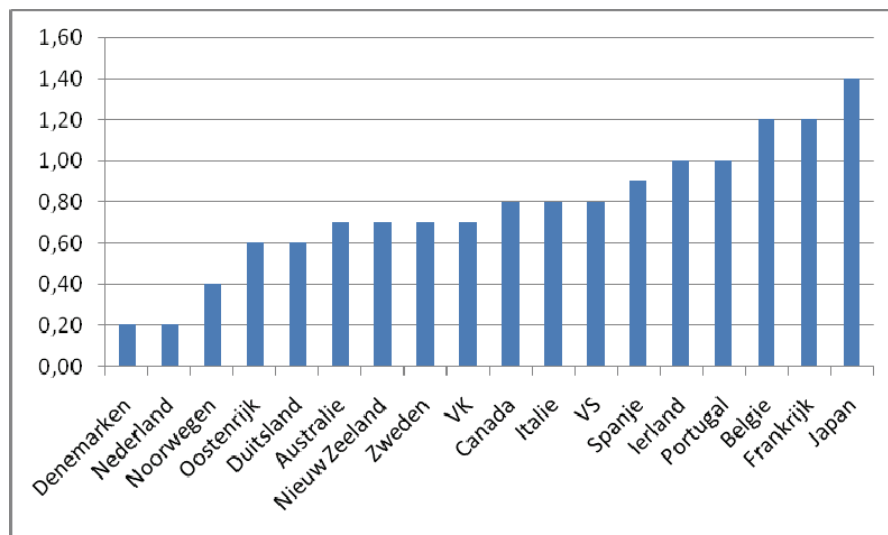
Individuele marktmacht?

Apotheekhoudenden kunnen beschikken over marktmacht indien consumenten of zorgverzekeraars niet of nauwelijks van apotheek wisselen in reactie op verschillen in prijs en/of kwaliteit. Apotheekhoudenden kunnen dan hoge prijzen of hoge eigen bijdragen vragen aan consumenten of zorgverzekeraars zonder veel marktaandeel te verliezen. Het bestaan van marktmacht bij individuele apotheekhoudenden hangt af van een aantal factoren:

- de dichtheid van onafhankelijke apotheekhoudenden;
- de beschikbaarheid van alternatieve afzetkanalen;
- de bereidheid van patiënten om op zoek te gaan naar een andere apotheker in reactie op prijsverschillen; en
- de prikkel bij verzekeraars om de kosten van geneesmiddelen te beheersen.

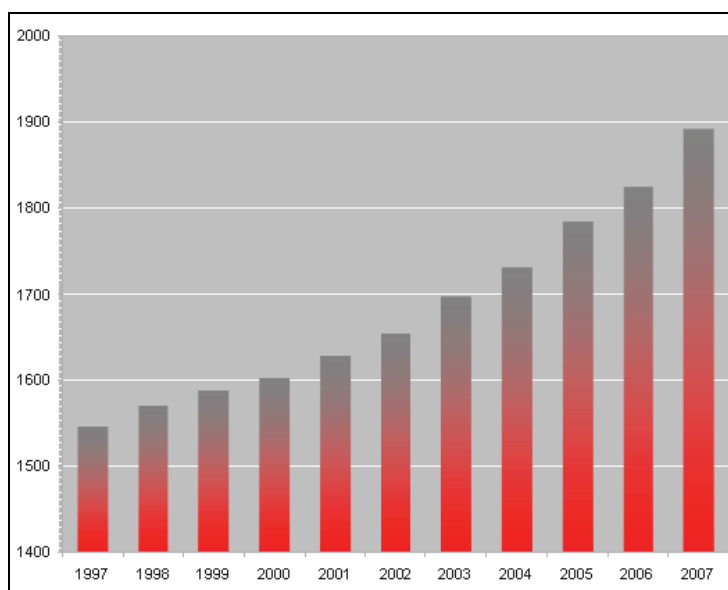
Hieronder komen deze factoren nader aan de orde.

Dichtheid onafhankelijke apotheekhoudenden: Internationaal gezien kent Nederland een relatief lage dichtheid van apotheken (apotheken per hoofd van de bevolking); binnen de EU is alleen in Denemarken het aantal inwoners per apotheker nog hoger dan in Nederland (zie figuur 2).

Figuur 2. Aantal werkzame apothekers per 1000 inwoners, 2006

Bron: OECD Health Data 2008

Dit wordt deels gecompenseerd door een hogere bevolkingsdichtheid in Nederland, waardoor de afstand tot een of meer apotheken in Nederland lager zal zijn. Bovendien is het aantal openbare apotheken de afgelopen 10 jaar sterk gestegen (zie figuur 3).

Figuur 3. Aantal openbare apotheken, 1997-2007

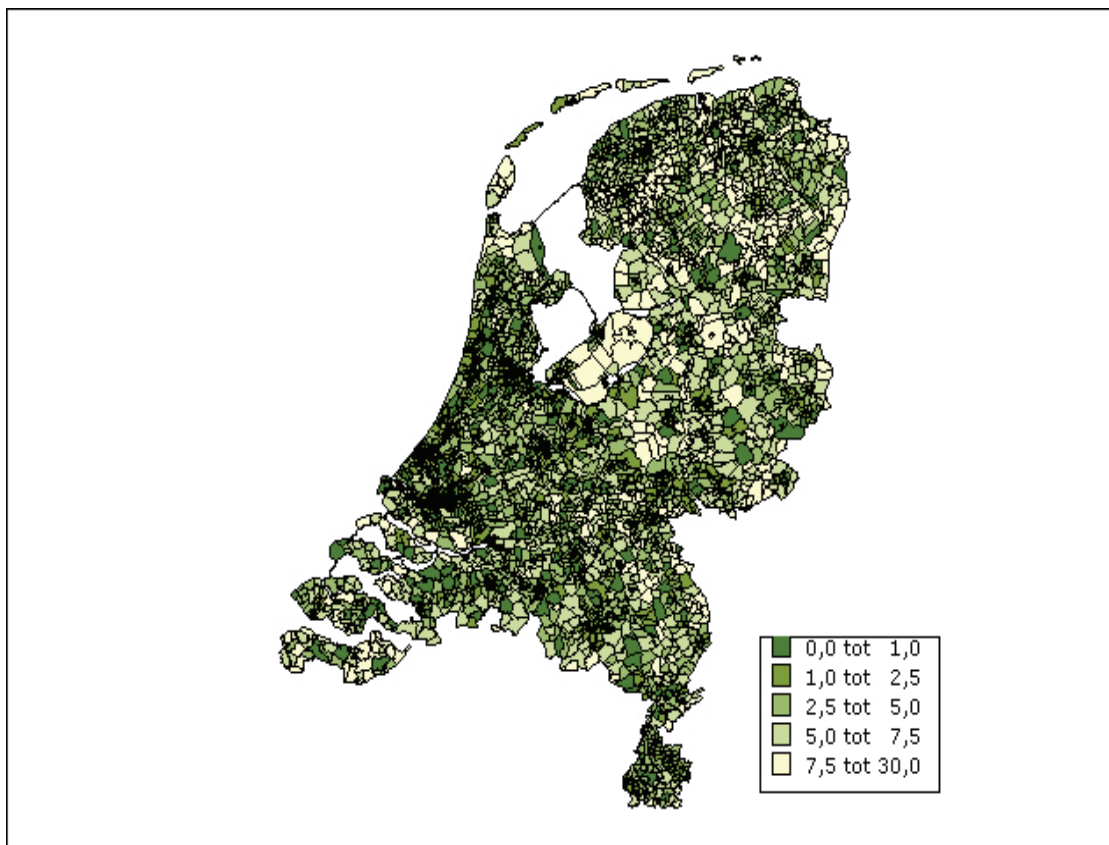
Bron: SFK (2008)

De groei van het aantal apothekers betekent echter niet automatisch dat de concurrentie ook is toegenomen. De reden is dat tegelijkertijd sprake is van een trend richting ketenvorming, waardoor de concurrentie kan afnemen. Op dit moment hebben de vier grootste ketens van apotheken een gezamenlijk marktaandeel van bijna 20%.

Om rekening te houden met deze ketenvorming is nagegaan welk deel van de bevolking kan kiezen uit tenminste twee apotheken *van verschillende eigenaren* binnen een straal van X kilometer. Hiertoe is gebruik gemaakt van gegevens voor 2007. Het bestand bevat alle openbare apotheken, de apotheehoudende huisartsen en de

ziekenhuisapotheken voor zover deze ook extramuraal geneesmiddelen leveren. Internetapotheken blijven in deze analyse weer buiten beschouwing. De resultaten zijn samengevat in de eerste rij van tabel 4. Figuur 4 laat de resultaten grafisch zien.

Figuur 4. Twee apotheken van verschillende eigenaren binnen een straal van maximaal X kilometers, per viercijferig postcodegebied*



*Toelichting: de indeling is gebaseerd op de afstanden tussen het midden van de postcodegebieden.

In de witte gebieden is binnen een straal van 7,5 km (de uit de Geneesmiddelenwet af te leiden acceptabele afstand uit oogpunt van bereikbaarheid²⁴) maximaal 1 apotheker of apotheekhoudende huisarts aanwezig. Oftewel: in deze gebieden is geen directe concurrent aanwezig. Bij elkaar opgeteld betreft het 4,4% van de Nederlandse bevolking. Gecorrigeerd voor apotheken met dezelfde eigenaar, betreft het 5,4% van de Nederlandse bevolking.

Vervolgens is nagegaan hoe deze cijfers veranderen als het aantal apotheken met 10% zou dalen, waarbij aangenomen is dat deze 10%

²⁴ De wetgever heeft in de Geneesmiddelenwet impliciet normen vastgesteld voor de bereikbaarheid van apotheken. Artikel 62 lid 10 van deze wet bepaalt dat huisartsen geen receptgeneesmiddelen mogen verstrekken tenzij 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. In deze formulering wordt uitgegaan van de patiënt in het werkgebied van de huisarts die het meest dichtbij de dichtstbijzijnde apotheek woont. Als een apotheekhoudende huisarts werkzaam is in een gebied met een straal van 5 kilometer, dan woont de meest veraf wonende patiënt nog 5 kilometer verder en de gemiddelde patiënt ongeveer 2 kilometer verder van de dichtstbijzijnde apotheker. Uit de Geneesmiddelenwet kan derhalve afgeleid worden dat een reisafstand van 5-7 kilometer acceptabel is vanuit het oogpunt van bereikbaarheid (zie hoofdstuk 6).

willekeurig over Nederland is verdeeld. De resultaten zijn samengevat in de tweede rij van tabel 4. De potentiële concurrentie blijkt hierdoor nauwelijks af te nemen. Tenslotte is nagegaan wat het effect zou zijn indien de vier grootste ketens met een gezamenlijk marktaandeel van 18% zouden verdwijnen. De resultaten van deze analyses staan in de laatste rij van tabel 4. Opnieuw zijn de effecten op de potentiële concurrentie gering.

Tabel 4. Percentage van de bevolking met twee apotheken van verschillende eigenaren binnen een straal van X kilometer

	1 km	2.5 km	5 km	7.5 km	10 km	12.5 km
Uitgangssituatie	26.7	57.9	81.4	94.6	98.6	99.6
Na afname aantal apotheken met 10%	26.3	59.5	82.4	94.2	98.5	99.8
Zonder de vier grootste ketens	20.2	49.4	75.3	90.6	96.8	99.1

Alternatieve afzetkanalen: Consumenten kunnen ervoor kiezen hun (recept-)geneesmiddelen te ontvangen via andere distributeurs dan de openbare apotheek, bijvoorbeeld een internetapotheek, drogist of supermarkt. Voor geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn (zogenoeten UR-geneesmiddelen) geldt echter de wettelijke beperking dat deze alleen door een apotheker werkzaam in een apotheek ter hand mogen worden gesteld, op vertoon van een doktersrecept.²⁵

Consumenten die hun geneesmiddelen betrekken bij supermarkten, drogisten, internetapothekhoudenden en andere alternatieve afzetkanalen zullen dus een doktersrecept moeten overleggen, waarmee de betreffende distributeur dan naar een openbare apotheek moet gaan om de geneesmiddelen ter hand te stellen.

Niet alle alternatieve afzetkanalen kunnen en willen echter het hele pakket aan diensten leveren dat de reguliere apotheek levert. Zo zijn internetapotheken minder goed in staat om advies op maat te leveren. Internetapotheken zijn daarom vooral een alternatief voor de reguliere apotheek bij de distributiefunctie.

Toetredingsdrempels: Bovenstaande ontwikkelingen illustreren dat sprake is van relatief lage toetredingsdrempels. Het aantal 'traditionele' apotheken is flink gestegen, en daarnaast zijn in toenemende mate alternatieven beschikbaar.

Als gevolg hiervan is het risico van misbruik van een eventuele monopoliepositie voor een aanbieder in gebieden waar geen directe concurrent aanwezig is beperkt. Zodra een apotheker met een schijnbare monopoliepositie buitensporig hoge prijzen gaat vragen, zullen alternatieve aanbieders alsnog toetreden tot de betreffende lokale markt. Gestimuleerd door mogelijke hoge winsten, en eventueel op verzoek van de verzekeraar. De toetredingsdrempel wordt verder verlaagd door het feit dat consumenten prijsgevoelig zijn en goed te sturen zijn door zorgverzekeraars (zie hierna). In principe kent de zittende apotheek dit

²⁵ De letterlijke formulering in de Geneesmiddelenwet luidt als volgt: "Het is een ieder verboden UR-geneesmiddelen of UA-geneesmiddelen ter hand te stellen, met uitzondering van: a. apothekhoudenden die hun beroep in een apotheek uitoefenen; b. huisartsen die in het bezit zijn van een vergunning als bedoeld in het achtste of negende lid; c. daartoe bij Ministeriële regeling aangewezen personen en instanties in de in de regeling bedoelde omstandigheden." (Geneesmiddelenwet, art 61 lid 1). De vereiste van een doktersrecept staat in artikel 1 lid 1 van dezelfde wet.

mechanisme, en weet hij dus ook dat het verstandig is zijn tarieven niet onredelijk hoog op te schroeven.

Prikkel zorgverzekeraars: Indien zorgverzekeraars geen stimulans zouden hebben om te streven naar lage geneesmiddelenprijzen, impliceert dit een lage prijselasticiteit van de vraag naar geneesmiddelen met als gevolg marktmacht bij apothekhoudenden en andere spelers in de kolom. Het feit dat zorgverzekeraars zijn overgegaan tot het voeren van een preferentiebeleid, wijst uit dat zorgverzekeraars wel streven naar lage prijzen voor geneesmiddelen. Dit is in overeenstemming met de stimulans die uitgaat van de bestaande risicovereveningsystematiek: zorgverzekeraars zijn risicodragend over de kosten van extramuraal verstrekte geneesmiddelen.²⁶

De prikkel voor de zorgverzekeraar zou mogelijk nog verder aangescherpt kunnen worden door ook de bestaande ex post vereveningsbijdrage te schrappen over het verschil tussen de werkelijke macro schadelast en de ex ante geraamde schadelast, zoals afgesproken tussen de Minister en zorgverzekeraars in de bevoorschotting 2008. Het afschaffen van de ex post verevening wordt ook bepleit door de RVZ.²⁷

Sturingsmogelijkheden zorgverzekeraars: Boonen et al (2007) hebben onderzocht in hoeverre Nederlandse zorgverzekeraars met behulp van financiële prikkels zoals tegoedbonnen of kortingen de keuze van apotheker door verzekerden kunnen sturen. Zij concluderen dat beperkte financiële prikkels al een substantiële invloed hebben op de keuze van apotheker.

Prijsgevoeligheid consument: Het feit dat geneesmiddelenprijzen zelden boven de GVS-vergoedingslimiet uitkomen is consistent met prijsgevoelige consumenten. Kleine bijbetalingen zijn kennelijk al voldoende voor een apotheker om naar een ander middel over te stappen, hetgeen erop wijst dat apothekhoudenden geen eigen bijdrage in rekening willen brengen bij consumenten (zie de Laat et al., 2004). Indien consumenten niet kunnen wisselen van apotheker, zouden bijbetalingen vanuit het perspectief van apothekhoudenden geen probleem zijn. Zij zouden dan zelfs een voorkeur kunnen hebben voor middelen mét bijbetalingen, omdat een hogere eindverbruikersprijs meer ruimte laat voor kortingen en bonussen. Die ruimte is immers gelijk aan het verschil tussen de eindverbruikersprijs minus de productiekosten en de groothandelsmarge.²⁸

Conclusie individuele marktmacht: Lage toetredingsdrempels, de beschikbaarheid van alternatieve afzetkanalen, de aanwezigheid van prijsgevoelige consumenten en verzekeraars die daarop kunnen sturen houden de concurrentie scherp, ook in dunbevolkte gebieden.

Zodra een apotheker met een schijnbare monopoliepositie buitensporig hoge prijzen gaat vragen, zullen andere partijen ('traditionele' apotheken, hospitheken, internetapotheken, de verzekeraar zelf) alsnog toetreden tot de betreffende lokale markt. Gestimuleerd door mogelijke

²⁶ Zie de Regeling Zorgverzekering, Staatcourant 9-10-2007: "Het College zorgverzekering past geen nacalculatie toe op het deelbedrag kosten van overige prestaties, noch is sprake van generieke verevening." De kosten van farmaceutische hulp vallen onder overige prestaties.

²⁷ Zie RVZ (2008), p. 10

²⁸ Anderzijds betalen onverzekerden in de VS hogere prijzen dan verzekerden (Dranove, 2005, p. 94). Het gaat veelal om consumenten met lage inkomens, waarvan het juist aannemelijk is dat de vraag prijsgevoelig is. Dit wijst erop dat deze consumenten niet erg sterk reageren op prijsverschillen tussen apothekhoudenden.

hoge winsten, en eventueel op verzoek van de verzekeraar. In principe kent de zittende apotheek dit mechanisme, en weet hij dus ook dat het verstandig is zijn tarieven niet onredelijk hoog op te schroeven.

Collectieve marktmacht?

Ook onderling afgestemd gedrag van apotheekhoudenden kan resulteren in te hoge consumentenprijzen. In reactie op signalen over mogelijk concurrentiebeperkend gedrag van de brancheorganisatie KNMP en haar leden hebben de KNMP en haar leden na tussenkomst van de NMa in 2006 een compliance-programma opgesteld. De NMa hoopt dat de maatregelen bijdragen aan de voorkoming van concurrentiebeperkingen zoals collectief onderhandelen en vestigingsbeleid dat nieuwe toetreders van de markt weert (persbericht NMa dd 5-7-2006).

De structurele kenmerken van de markt voor farmaceutische zorg werken onderling afgestemd gedrag niet in de hand. Zo is sprake van een groot aantal aanbieders. Ook lijken de toetredingsdrempels laag, gelet op het aantal nieuwkomers de afgelopen jaren. Er is al gewezen op de opkomst van internetapotheekhoudenden als alternatief distributiekanaal. Weliswaar is sprake van een trend in de richting van ketenvorming waardoor de concentratie op de markt toeneemt, maar op dit moment komt geen enkele keten boven een marktaandeel van 10%. Ten slotte is geen sprake van een homogeen product, ervan uitgaande dat apotheekhoudenden zich van elkaar kunnen differentiëren wat betreft de dienstverlening aan patiënten, artsen en zorgverzekeraars.

Conclusie marktmacht apothekers

De NZa concludeert dat het risico op marktmacht van apothekers in principe beheersbaar is, tenzij groepen apothekers in een afgebakend gebied samenspannen.

De mate van (gezamenlijke) marktmacht zal desalniettemin – als extra veiligheidsmechanisme – in 2009 getoetst worden aan de hand van de inrichting van het tarief voor 2009.²⁹

4.2.3 Marktmacht producenten?

Het preferentiebeleid van zorgverzekeraars heeft geresulteerd in sterke prijsdalingen van de inkoopprijs voor een reeks generieke geneesmiddelen (zie tabel 5). Dit wijst op intensieve concurrentie tussen producenten van deze geneesmiddelen.

Tabel 5. Top 10 van de goedkoopste varianten met de meeste impact op de geneesmiddelenomzet

Geneesmiddel	Leverancier	AIP* mei	AIP juni	Mutatie
Omeprazol tabletten/capsules 20mg	Ratiopharm	€ 0,36	€ 0,05	-88%
Alendroninezuur tabletten 70mg	Centrafarm	€ 4,99	€ 0,36	-93%
Omeprazol tabletten/capsules 40mg	Centrafarm	€ 0,65	€ 0,09	-86%
Paroxetine tabletten 20mg	Ratiopharm	€ 0,37	€ 0,07	-82%

²⁹ In de tarieven voor 2009 is de mogelijkheid gecreëerd dat apotheekhoudenden en verzekeraars ruimte hebben om te onderhandelen over afwijkende tarieven. Indien dit onderhandelen op grote schaal gebeurt, is dit een aanwijzing voor de afwezigheid van (gezamenlijke) marktmacht van apothekers. Indien het omgekeerde gebeurt, en apothekers de ruimte benutten om maximale inkoopvoordelen te behouden, is dit een aanwijzing voor het bestaan van (gezamenlijke) marktmacht.

Simvastatine tabletten 40mg	Actavis	€ 0,27	€ 0,04	-84%
Pravastatine tabletten 40mg	Focus Farma	€ 0,54	€ 0,13	-76%
Simvastatine tabletten 20mg	Ratiopharm/Actavis	€ 0,17	€ 0,03	-85%
Tamsulozine tabletten/capsules 0,4mg	Centrafarm	€ 0,34	€ 0,07	-80%
Amlodipine tabletten 5mg	Ratiopharm	€ 0,19	€ 0,03	-85%
Citalopram tabletten 20mg	Ratiopharm	€ 0,34	€ 0,04	-88%

*) AIP = Apotheekinkoopprijs

Bron: SFK (2008)

De laatste jaren is sprake van een wereldwijde fusiegolf onder producenten van generieke geneesmiddelen. Sommige waarnemers verwachten dat uiteindelijk slechts een klein aantal producenten van generieke geneesmiddelen overblijven.³⁰ Er zijn aanwijzingen dat de prijzen van generieke geneesmiddelen aanmerkelijk hoger zijn bij een klein aantal producenten. Zo concluderen Grabowski et al. (2007) dat bij één generieke aanbieder de prijs van het generieke geneesmiddel 90% van de prijs is van het merkgeneesmiddel, bij vijf aanbieders 63% en bij tien aanbieders 40%.

4.2.4 Marktmacht groothandel?

De vier grootste farmaceutische groothandels (Alliance Healthcare, OPG Farma, Mosadex en Brocasef) zijn samen goed voor ongeveer 80% van de markt (met globale marktaandeelen van respectievelijk 25 %, 25 %, 15 %, en 15 %). Twee andere groothandels (Regifarm en Plurifarm) bedienen samen een kleine 10% van de markt. Dit zijn samen de grote volgesorteerde groothandels³¹. Een deel van de leveringen loopt rechtstreeks van producent naar apotheek. De algemene indruk onder experts is dat deze markt gezonde concurrentieverhoudingen kent, ook omdat toetreding niet gepaard gaat met hoge kosten.

De laatste jaren is sprake van een tendens tot verticale integratie van groothandel en apotheekhoudenden. Dit kan in bijzondere gevallen resulteren in een verlies aan concurrentie, namelijk indien andere (niet verticaal geïntegreerde) apotheekhoudenden niet of minder goed bediend zouden worden door een groothandel. Dit verschijnsel staat bekend als *foreclosure* (Bijlsma et al. 2008). Door de concurrentie van onafhankelijke groothandels in combinatie met de lage toetredingsdrempels op deze markt, is het risico van *foreclosure* gering.

4.3 Gevolgen vrije prijsvorming: macro

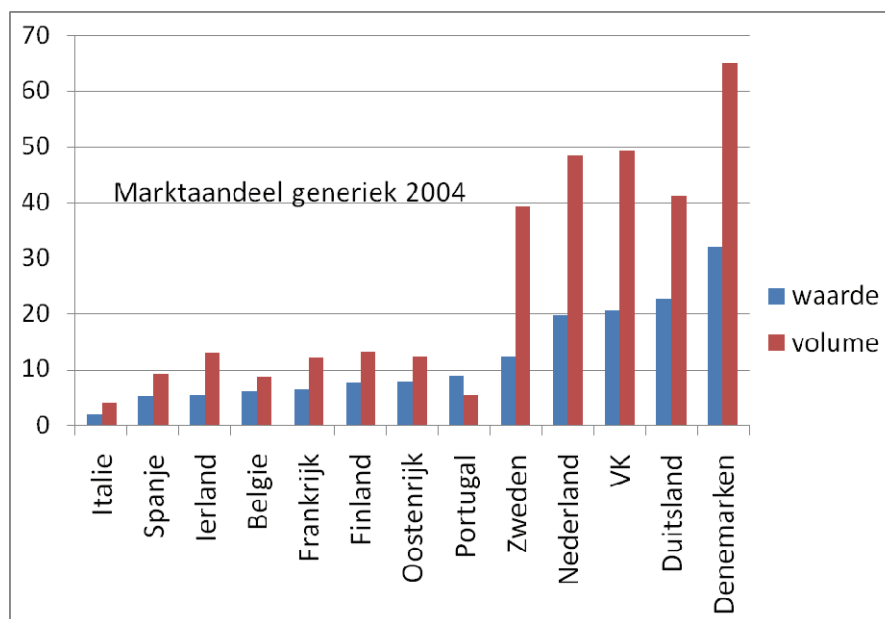
Consumenten gebruiken in Nederland relatief vaak een generiek geneesmiddel in plaats van een duurder *spécialité* (zie figuur 5). De prijzen van generieke geneesmiddelen waren in ons land daarentegen tot voor kort relatief hoog (Danzon en Ketcham, 2003, p. 30). Deze twee feiten kunnen niet los worden gezien van elkaar. Hoge consumentenprijzen voor generieke geneesmiddelen waren deels het gevolg van hoge marges op deze geneesmiddelen. Dankzij deze hoge marges hebben apotheekhoudenden actief meegewerkt aan het

³⁰ D. Long, vice-president van IMS, een consultancy, geciteerd in Wadman, 2007.

³¹ Volgesorteerd wil zeggen dat deze groothandels vrijwel het gehele assortiment voeren van geneesmiddelen dat op de Nederlandse markt wordt aangeboden.

vervangen van dure merkgeneesmiddelen door generieke substituten – zogenoemde generieke substitutie.

Figuur 5. Internationale vergelijking marktaandeel generieke geneesmiddelen



Bron: Perry (2006)

Prijzdalingen van generieke geneesmiddelen, hoewel op zichzelf wenselijk vanuit consumentenperspectief, kunnen de bereidheid van apothekhoudenden om actief mee te blijven werken aan de maatschappelijk gewenste substitutie naar goedkope maar effectieve geneesmiddelen doen afnemen.

Het is van belang onderscheid te maken tussen twee soorten substituten:

- *generieke substitutie*: vervanging door alternatieven met dezelfde werkzame stof;
- *therapeutische substitutie*: vervanging door alternatieven met een andere werkzame stof die echter wat betreft effectiviteit en bijwerking grotendeels vergelijkbaar is.

Apothekhoudenden spelen een belangrijke rol bij het tot stand brengen van generieke substitutie. Voorschrijvers zijn de initiatienemers bij therapeutische substitutie.

Als de marges van apothekhoudenden op generieke geneesmiddelen dalen, kan de bereidheid van apothekhoudenden om generieke substitutie actief te promoten afnemen. Als gevolg hiervan kunnen de uitgaven aan geneesmiddelen stijgen, zelfs als de prijzen van generieke geneesmiddelen fors dalen. Een rekenvoorbeeld kan dit duidelijk maken (zie kader). Het preferentiebeleid kan ook om een andere reden resulteren in ongewenste substitutie naar *spécialités*. Indien de voorkeursmiddelen niet altijd beschikbaar zijn kunnen artsen besluiten toch maar een *spécialité* voor te schrijven omdat deze tenminste gegarandeerd beschikbaar zijn.

Uitgavenstijging door verminderde substitutie: een rekenvoorbeeld

Op dit moment is het volume-aandeel van generieke geneesmiddelen in de totale geneesmiddelenverkoop in Nederland ongeveer 60%. De uitgaven aan generieke middelen bedroegen in 2007 ongeveer 900 miljoen euro en aan merkgeneesmiddelen ongeveer 3500 miljoen euro. Merkgeneesmiddelen waren dus *gemiddeld* bijna zes maal zo duur als generieke geneesmiddelen. Door het preferentiebeleid zijn de uitgaven aan generieke middelen met ongeveer 400 miljoen euro gedaald. Indien een deel van de gebruikers omschakelt naar een merkgeneesmiddel nemen echter de uitgaven aan merkgeneesmiddelen toe. Stel dat, door de verminderde substitutieprikkel bij apotheekhoudenden, het marktaandeel van generieke middelen met 10% daalt tot 50%. We nemen bovendien aan dat de betreffende *spécialités* zes maal zo duur zijn als de corresponderende generieke middelen; in werkelijkheid kan deze factor hoger of lager zijn. De uitgaven aan *spécialités* nemen dan toe tot $(50/40) \times 3500 = 4375$ miljoen euro, een toename met 875 miljoen euro. De uitgaven aan generieken dalen met 150 mln euro. Per saldo nemen de uitgaven aan geneesmiddelen toe met $875 - 400 - 150$ mln euro = 325 mln euro.

4.3.1 Partijen die een rol spelen bij substitutie

Bij het tot stand brengen van tijdige (generieke en therapeutische) substitutie spelen verschillende actoren een rol:

- verenigingen van beroepsbeoefenaren die richtlijnen opstellen, bijvoorbeeld NHG-richtlijnen;
- farmacologische experts die hun kennis overdragen aan opstellers van richtlijnen en aan praktijkbeoefenaren in het kader van het Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO);
- apotheekhoudenden, artsen en (soms) zorgverzekeraars die in het kader van het zogeheten farmacotherapeutisch overleg (FTO) op lokaal niveau periodiek afspraken maken over het voorschrijfbeleid. Hierbij wordt vaak besloten de voorkeur te geven aan goedkopere generieke geneesmiddelen;
- medisch specialisten in hun rol als voorschrijver. Hierbij is relevant dat medisch specialisten niet altijd een prikkel hebben om het meest doelmatige middel voor te schrijven (zie paragraaf 4.3.2);
- de innovatieve farmaceutische industrie die er belang bij heeft dat merkgeneesmiddelen worden voorgeschreven;
- consumenten die een voorkeur kunnen hebben voor een merkgeneesmiddel of juist voor een generiek geneesmiddel; hierbij speelt ook de mate van bijbetaling voor de verschillende middelen een rol.

4.3.2 Het schot tussen intra- en extramuraal

Voor geneesmiddelen die op voorschrift van de medisch specialist worden verstrekt door voorschrijvers in ziekenhuizen (inclusief de polikliniek) en verpleeghuizen geldt een ander bekostigingssysteem dan voor geneesmiddelen op recept van de voorschrijvend arts. In een ziekenhuis zijn doorgaans niet alle geneesmiddelen beschikbaar die in de openbare apotheek aanwezig zijn. Hierdoor komt het regelmatig voor dat patiënten moeten switchen naar een ander geneesmiddel (Pronk et al. 2005). Niet zelden betreft het dan een merkgeneesmiddel, ook als de patiënt al een generiek middel gebruikte. De reden voor deze omgekeerde substitutie kan zijn dat ziekenhuisinkopers soms zeer forse kortingen ontvangen op merkgeneesmiddelen. Ook banden tussen

medisch specialisten en de farmaceutische industrie kunnen een rol spelen.

4.3.3 Belangenverstremgeling tussen voorschrijvers en verstrekkers van geneesmiddelen

In Nederland is er, net als in veel andere landen, voor gekozen het voorschrijven van geneesmiddelen enerzijds en het inkopen en verstrekken van geneesmiddelen anderzijds onder te brengen bij aparte beroepsgroepen. Alleen in uitzonderlijke situaties is het huisartsen toegestaan een apotheek te voeren (zie paragraaf 6.2). Een nadeel van deze vrij strikte arbeidsdeling is dat de patiënt de geneesmiddelen meestal niet direct mee naar huis kan nemen na een dokterbezoek, maar eerst een bezoek aan de apotheek moet brengen. Hier staan echter belangrijke voordelen tegenover. Zo bevordert de arbeidsverdeling tussen artsen en apothekers dat extra controles plaatsvinden op de medicatie en dat de adviesdiensten van een farmacie-expert beschikbaar zijn voor de consument.

De verplichte functiescheiding heeft nog een belangrijk voordeel. Het voorkomt dat voorschrijvers zich bij hun voorschrijfgedrag laten leiden door persoonlijke financiële motieven. Dit vergt echter wel dat naast de functionele scheiding ook sprake is van een economische scheiding: voorschrijvers zouden geen financieel belang moeten hebben in een apotheek. Bij een aantal, op zichzelf zeer wenselijke, nieuwe samenwerkingsvormen in de eerste lijn is deze economische scheiding doorbroken. Een recent onderzoek komt tot de volgende conclusie: "Zeker is dat er financiële afhankelijkheden gaan ontstaan tussen arts en apotheekhoudenden, daar waar het gaat om de AHOED, GOED en zorggroepen." (Hellendoorn et al. 2007).

In het omringende buitenland is de wet- en regelgeving strenger. Het al genoemde onderzoek stelt: "De conclusie is dat – met uitzondering van Groot-Brittannië – de omringende EU-landen wet- en regelgeving hebben die, uitgaande van de geïnventariseerde kenmerken en de daarover beschikbare informatie, de risico's van en de voedingsbodemp voor belangenverstremgeling kleiner maken dan in Nederland." (Hellendoorn et al. 2007).

4.3.4 Therapeutische substitutie: kansen voor verbetering?

Over therapeutische substitutie bestaan aanwijzingen dat er ruimte is voor aanzienlijk kostenbesparingen zonder negatieve gevolgen voor de consument (zie kader). Een recent rapport van het instituut Pharmo (2005), geschreven in opdracht van het CVZ, concludeert echter dat therapeutische substitutie *niet* tot aanzienlijke besparingen kan leiden: "Het stimuleren van therapeutische substitutie kan een middel zijn om de uitgaven aan farmaceutische hulp terug te dringen. In sommige gevallen zal therapeutische substitutie overwogen kunnen worden. Massale therapeutische substitutie lijkt echter vanuit zowel medisch als economisch standpunt onverstandig. [...] Met name de onzekerheid in financieel succes maakt dat experimenten met therapeutische substitutie beperkt moeten blijven." (Pharmo 2005, p. 82-83).

Doelmatig voorschrijven: het voorbeeld van de statines

Er zijn in Nederland vijf statines als antilipaemica geregistreerd, namelijk simvastatine, pravastatine, fluvastatine, atorvastatine en rosuvastatine. Van deze statines zijn fluvastatine, atorvastatine en rosuvastatine nog onder patent, waardoor deze middelen relatief duur zijn. Atorvastatine, beter bekend onder de naam Lipitor, neemt

bijvoorbeeld eenderde van de markt voor zijn rekening, maar de helft van de kosten van de statines. Volgens de NHG-standaard Cardiovasculair Risicomanagement (2006) gaat bij de keuze voor een statine de voorkeur uit naar simvastatine of pravastatine. Omdat er geen relevante verschillen bestaan tussen simvastatine en pravastatine hoort de prijs een rol te spelen in de keuze tussen beide middelen. Uit doelmatigheidsoogpunt verdient simvastatine de voorkeur. Daarnaast is over simvastatine het meest bekend met betrekking tot de werking en bijwerkingen, waardoor dit middel relatief het veiligst is.

Bron: DGV (2007)

4.3.5 Conclusie substitutie

Generieke substitutie – het vervangen van een spécialité door een goedkoper generiek geneesmiddel met dezelfde werkzame stof – verloopt tot dusverre in Nederland vrij succesvol, waarschijnlijk mede doordat het voor apothekhoudenden ook financieel aantrekkelijk was deze vorm van substitutie actief te bevorderen.

De prikkel om generieke substitutie actief te bevorderen ligt in een systeem van vrije prijsvorming primair bij de zorgverzekeraar. In de onderhandelingen met apothekhoudenden en voorschrijvende artsen zal hij dit moeten borgen. Om generieke substitutie ook in de toekomst te bevorderen zijn er verschillende beleidsopties. Deze komen aan de orde in hoofdstuk 9.

Het is onduidelijk hoeveel doelmatigheidswinst te halen is via therapeutische substitutie. De meningen van experts hierover lopen uiteen.

4.4 Preferentiebeleid

De verhoudingen op de geneesmiddelenmarkt kunnen in de praktijk getoetst worden aan de ontwikkelingen die op dit moment plaatsvinden naar aanleiding van de invoering van het preferentiebeleid per 1 juli 2008.

De resultaten van het preferentiebeleid zeggen niet alleen iets over de relatie tussen zorgverzekeraars en producenten van generieke geneesmiddelen, maar ook over de verhouding tussen zorgverzekeraar en apothekhoudenden. Immers, wanneer zorgverzekeraars in staat zijn zich met dit beleid duurzaam onafhankelijk op te stellen van apothekers, betekent dat dat de marktmacht van apothekers hierdoor beperkt wordt.

Uit de monitor (zie bijlage 2) blijkt dat het preferentiebeleid een effectieve manier is om de prijzen van generieke geneesmiddelen te verlagen. Vooralsnog lijkt dit erop te wijzen dat apothekhoudenden niet beschikken over teveel marktmacht ten opzichte van zorgverzekeraars. De vraag is echter of het preferentiebeleid duurzaam effectief is.

4.4.1 Preferentiebeleid: tijdelijk of duurzaam effectief?

Het preferentiebeleid van zorgverzekeraars heeft geresulteerd in een uitgavendaling van bijna 400 miljoen euro, op een totaal van ongeveer

4,4 miljard euro aan uitgaven aan geneesmiddelen over 2007.³² Het preferentiebeleid is dus succesvol geweest in het verlagen van de eindgebruikersprijs van geneesmiddelen. Bovendien zijn er (nog) geen aanwijzingen dat het preferentiebeleid negatieve gevolgen heeft gehad voor bereikbaarheid en kwaliteit.

Tabel 6 geeft een overzicht van de geneesmiddelen die onder het preferentiebeleid van één of meer zorgverzekeraars vallen. De meest actieve verzekeraar is UVIT. Andere verzekeraars profiteren ook van de door UVIT bedongen prijsverlagingen, omdat de lagere prijs automatisch geldt voor alle verzekeraars. Bovendien hebben de zorgverzekeraars die niet deelnemen aan het preferentiebeleid afspraken gemaakt met apothekhoudenden dat uitsluitend het middel met de laagste prijs wordt vergoed, voor zover sprake is van dezelfde werkzame stof binnen het CTG-cluster.

Apotheekhoudenden zijn volgens de jurisprudentie van deze zomer tot 2009 gehouden aan bestaande contracten die voorschrijven dat verzekeraar een preferent geneesmiddel mag aanwijzen. Onder de lopende contracten is de apotheker verplicht het door de verzekeraar aangewezen middel te leveren; onder de bestaande regelgeving mag de apotheker hier maximaal de taxeprijs voor in rekening brengen

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

De nieuwe contractronde en polisvoorwaarde ronde moet uitwijzen of het preferentiebeleid effectief kan blijven. Het valt niet uit te sluiten dat apothekhoudenden contracten met zorgverzekeraars opzeggen, of slechts bereid zijn contracten te sluiten indien weer meer ruimte wordt geboden voor kortingen en bonussen.

Gevolgen preferentiebeleid

Als gevolg van het Transitieakkoord waren de prijzen van generieke geneesmiddelen in de eerste maanden van dit jaar al met gemiddeld 13% verlaagd. Uitgedrukt in euro's betreft dit een bedrag van 125 miljoen euro. Verdere prijsdalingen na 1 juni resulteren in een omzetsdaling van nog eens nog eens 250 miljoen euro. Doordat de verzekeraar alleen nog (het middel met) de laagste prijs vergoedt, komt hier nog 60 miljoen euro bij. Ten slotte heeft het preferentiebeleid ook een uitstralingseffect naar merkgeneesmiddelen, wat leidt tot een extra omzetverlaging van nog eens 45 miljoen.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen 2008

³² Uitgaven geneesmiddelen 2007: generieke middelen ca. 900 miljoen euro, merkgeneesmiddelen ca. 3.500 miljoen euro.

Tabel 6. Omzetmutatie van geneesmiddelen die vallen binnen het preferentiebeleid, per werkzame stof, op jaarbasis

Werkzame stof	Omzetmutatie	In %	ZN*	UVIT	CZ	Menzis	Agis
Omeprazol	- 67,9 mln.	- 78%	•				
Simvastatine	- 43,7 mln.	- 88%	•				
Alendroninezuur	- 27,3 mln.	- 89%		•	•	•	•
Paroxetine	- 20,7 mln.	- 76%		•	•	•	
Amlodipine	- 18,3 mln.	- 81%		•		•	•
Pravastatine	- 18,2 mln.	- 75%	•				
Enalapril	- 15,7 mln.	- 80%		•	•		
Citalopram	- 10,9 mln.	- 77%		•			
Tamsulosine	- 9,7 mln.	- 51%		•	•	•	•
Glimepiride	- 8,8 mln.	- 69%		•			
Sumatriptan	- 8,7 mln.	- 53%		•	•	•	•
Perindopril	- 8,4 mln.	- 38%		•			
Risperidon	- 8,0 mln.	- 57%		•			
Metformine	- 7,7 mln.	- 46%		•			
Metoprolol	- 6,6 mln.	- 13%		•			
Lisinopril	- 6,2 mln.	- 69%		•			
Finasteride	- 5,0 mln.	- 80%		•	•	•	•
Alfuzosine	- 5,0 mln.	- 61%		•			
Mirtazapine	- 4,9 mln.	- 67%		•	•	•	
Sertraline	- 4,3 mln.	- 62%		•			
Ciprofloxacine	- 4,3 mln.	- 77%		•			
Fluoxetine	- 3,8 mln.	- 82%		•	•	•	
Fosinopril	- 3,6 mln.	- 53%		•			
Ranitidine	- 3,3 mln.	- 58%		•			

*) Gezamenlijk preferentiebeleid onder regie van Zorgverzekeraars Nederland

Bron: Stichting Farmaceutische kengetallen, 2008

Het huidige preferentiebeleid gaat over een kleine groep 'hardlopers'. Het is onduidelijk of verzekeraars ook in staat zijn gunstige contracten te sluiten voor een grotere groep geneesmiddelen. Het is ook mogelijk dat landelijk het preferentiebeleid duurzaam effectief is, maar dat in aantal regio's toch problemen ontstaan. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn in delen van Nederland met een geringere dichtheid van apothekhoudenden. Het valt niet uit te sluiten dat zorgverzekeraars in deze regio's een zwakke onderhandelingspositie hebben ten opzichte van apothekhoudenden.

4.5 De rol van de taxe

In deze paragraaf komt aan de orde in hoeverre de zogenoemde 'taxe' van invloed is op de verdeling van de onderhandelingsmacht tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars.

Onder de taxe wordt verstaan de 'Taxe Wmg-geneesmiddelen' die wordt uitgegeven door Z-Index BV, een dochteronderneming van de KNMP. De taxe is een uittreksel uit het belangrijkste product van Z-Index, de G-standaard: een zeer uitgebreide database over zo goed als alle in de handel zijnde geneesmiddelen. De taxe bevat alleen de informatie over de prijzen van receptgeneesmiddelen.

Bij de huidige Wmg-regelgeving voor een prijslijst geldt dat wanneer een geneesmiddel in de vergoedingslijst (in de praktijk is dit de taxeprijs) staat vermeld, de apotheker maximaal de in de vergoedingslijst vermelde vergoedingsprijs (is de lijstprijs van de leverancier minus een eventuele claw back-korting) in rekening mag brengen bij de zorgverzekeraar of de consument. In het (op dit moment hypothetische) geval dat een middel niet op de vergoedingslijst staat (bijvoorbeeld omdat de fabrikant geen officiële prijs heeft gepubliceerd) mag de apotheek maximaal de inkoopkosten (is de lijstprijs van de leverancier) minus een eventuele clawback-korting in rekening brengen.³³

Het is van belang te benadrukken dat de taxeprijs betrekking heeft op *maximum* prijzen. Zorgverzekeraars mogen dus met apothekers een lagere prijs afspreken dan de lijstprijs. Bij het huidige preferentiebeleid hebben zorgverzekeraars deze route echter niet gekozen, maar baseren zij de keuze van preferent middel op de taxeprijs. Dit gegeven, en het feit dat dit in de praktijk niet onder de taxeprijs wordt gedeclareerd, wijst mogelijk op teveel marktmacht bij apothekers. Een andere mogelijkheid is, dat de markt nog in ontwikkeling is.

Op grond van bovenstaande luidt de conclusie van de NZa dat de taxeprijs en de regelgeving waarin aan de taxeprijs wordt gerefereerd de onderhandelingsposities van apothekers en zorgverzekeraars niet lijken te beïnvloeden. De vraag is dan ook of die regels voor een prijslijst wel gehandhaafd moeten worden.

Het feit dat zorgverzekeraars hun preferentiebeleid tot dusverre hebben gebaseerd op de taxeprijs, heeft tot gevolg dat ook zorgverzekeraars die (voor een bepaald middel) geen preferentiebeleid voeren, meeliften op de onderhandelingsinspanningen van de zorgverzekeraars die wel een preferentiebeleid voeren. Dit verzwakt de prikkel voor zorgverzekeraars tot het voeren van een preferentiebeleid. Dit probleem is alleen op te lossen door verzekeraars zelf, door hun preferentiebeleid te baseren op individuele prijsafspraken, naar het voorbeeld van Amerikaanse zorgverzekeraars (zie bijlage).

4.6 Conclusie

Op grond van bovenstaande bestaan vooralsnog geen aanwijzingen dat vrije tariefvorming voor apothekhoudenden een (structureel) risico oplevert voor de betaalbaarheid, met uitzondering van gebieden waar apothekhoudenden geen directe concurrent in de buurt hebben.

Enerzijds is niet duidelijk in hoeverre apothekhoudenden structureel teveel marktmacht hebben. Anderzijds is onderling afgestemd gedrag met als doel de tarieven hoog te houden niet aannemelijk maar valt ook niet uit te sluiten. De NZa en de NMa zullen beide toezien op marktmacht, en de NMa zal daarnaast toezien op mogelijk onderling afgestemd gedrag.

Vooralsnog zijn er daarnaast geen aanwijzingen dat teveel marktmacht bestaat bij zorgverzekeraars, groothandelaren of producenten van multi-source geneesmiddelen. De mogelijke wereldwijde consolidatie bij aanbieders van generieke geneesmiddelen is een aandachtspunt. Nederlandse beleidsmakers hebben hier echter geen grip op.

³³ Zie NZa-Beleidsregel CV-5200-4.0.2-15, die in werking is getreden op 1 januari 2007.

Generieke substitutie verloopt tot dusverre in Nederland vrij succesvol, waarschijnlijk mede doordat het voor apothekhoudenden ook financieel aantrekkelijk was deze vorm van substitutie actief te bevorderen. Om generieke substitutie ook in de toekomst te bevorderen zijn er verschillende beleidsopties. Deze komen aan de orde in hoofdstuk 9.

5. Kwaliteit

5.1 Inleiding

Een voorwaarde voor de introductie van vrije prijsvorming is dat voldoende ruimte blijft voor apothekers om zich te concentreren op hun kerntaken ten aanzien van de kwaliteit van hun dienstverlening, en voor verzekeraars om dit te monitoren en belonen.

In de monitor wordt geconcludeerd dat op dit moment geen aanwijzingen bestaan dat de kwaliteit van farmaceutische zorg in het geding komt door het preferentiebeleid.

Uit de consultatie wordt duidelijk dat enerzijds weinig inzicht bestaat in de kwaliteit die nu geboden wordt, en geboden zou moeten worden. Er bestaan wel kwaliteitssystemen van de beroepsgroep zelf, maar deze zijn lastig te toetsen voor consumenten en verzekeraars. Anderzijds blijken apotheehoudenden weinig stimulansen te hebben in het huidige systeem om zich te onderscheiden op zorginhoudelijke kwaliteit

De discussie over de kwaliteit van farmaceutische zorg werpt een aantal relevante vragen op. Wat moet worden verstaan onder de kwaliteit van de farmaceutische zorg? Welk minimumniveau van farmaceutische zorg dient voor elke Nederlander beschikbaar te zijn? Hoe wordt kwaliteit gemeten? Hoe is de kwaliteit het best te borgen, zowel in het huidige systeem met gereguleerde tarieven als in een situatie met vrije tarieven voor farmaceutische zorg? In dit hoofdstuk worden deze vragen beantwoord op basis van wettelijke normen, richtlijnen van de beroepsgroep zelf, en inzichten uit de wetenschappelijke literatuur. Daarnaast gaat dit hoofdstuk in op de gevolgen van de invoering van vrije tarieven voor de kwaliteit van de farmaceutische zorg.

5.2 Kwaliteit gedefinieerd

Minimumkwaliteit volgens de Kwaliteitswet: verantwoorde zorg

De Kwaliteitswet Zorginstellingen bevat een zeer algemene definitie van de kwaliteit van farmaceutische zorg: volgens deze wet dient de openbare apotheek *verantwoorde zorg* te leveren. Verantwoorde zorg is nader omschreven als zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De overheid heeft ervoor gekozen verdere uitwerking van het begrip 'verantwoorde zorg' over te laten aan de zorginstellingen, de verzekeraars en de organisaties van patiënten/consumenten.

Operationalisering verantwoorde zorg: de Nederlandse Apotheeknorm

De Koninklijke Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) heeft recent het begrip verantwoorde zorg nader ingevuld voor de openbare apotheken. Dit heeft geresulteerd in de Nederlandse Apotheeknorm (NAN) uit 2006 die de NAN uit 1997 vervangt. De NAN is aanvullend op de Beroepscode en Gedragsregels van de Koninklijke Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) (2001), die betrekking hebben op de persoon van de apotheker. De NAN is vastgesteld door de beroepsgroep en dient als zodanig in de apotheek te worden nageleefd. De normen gelden voor alle vormen van openbare farmacie.

De NAN bevat concrete voorschriften voor de inhoud van de farmaceutische zorg- en dienstverlening (proces normen) en voor de randvoorwaarden om de kwaliteit van de farmaceutische zorg- en dienstverlening te kunnen waarborgen ('structuur'-normen).

De NAN-normen over de behandelovereenkomst, de farmaceutische zorg- en dienstverlening en de nazorg en evaluatie van de farmaceutische zorg- en dienstverlening geven aan welke handelingen en zorg de apotheker verleent. Specifiek gaat het dan om de volgende normen:

- De behandelovereenkomst:
 - NAN 1.1 - verstrekking van begrijpelijke informatie over het beschikbare aanbod van de farmaceutische zorg- en dienstverlening naar aanleiding van een recept of andere zorgvraag
 - NAN 1.2 - aanleg van een patiëntendossier waar tenminste het actuele geneesmiddelengebruik, alsmede relevante klinische en persoonlijke gegevens zijn vastgelegd, zodat de apothek verantwoord farmaceutische zorg aan deze patiënt kan leveren en de daaruit voortkomende administratieve handelingen kan uitvoeren voor een patiënt zich wendt tot een apothek met de intentie om vanaf dat moment vaker gebruik te gaan maken van de aangeboden farmaceutische zorg- en dienstverlening
- Farmaceutische zorg- en dienstverlening:
 - NAN 2.2.1 - medicatiebewaking: Op basis van het actuele geneesmiddelengebruik en van de in de apothek beschikbare klinische en persoonlijke gegevens controleert de apothek of aan de patiënt, in de juiste dosering, de juiste geneesmiddelen zijn voorgeschreven en of de juiste uitsluitend in de apothek verkrijgbare geneesmiddelen worden afgeleverd.
 - NAN 2.2.2 - medicatiebewaking: Bij constatering of vermoedens van vermijdbare risico's in de voorgeschreven medicatie, zorgt de apothek voor een passende oplossing, zodat de patiënt de juiste geneesmiddelen ontvangt voor een veilige en doeltreffende behandeling. De apothek legt de afhandeling van constatering of vermoedens van vermijdbare risico's vast.
 - NAN 2.4.1 - begeleiding van de patiënt: De patiënt ontvangt van de apothek informatie over de uitgevoerde medicatiebewaking. Daarnaast ontvangt de patiënt mondelinge en schriftelijke informatie over de afgeleverde geneesmiddelen, alsmede advies en instructies over het gebruik. De apothek stemt de verstrekte informatie, adviezen en instructies af op de individuele patiënt zodat deze de afgeleverde geneesmiddelen veilig en doeltreffend kan gebruiken.
 - NAN 2.4.2 - begeleiding van de patiënt: Indien de patiënt overweegt geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn te gaan gebruiken, adviseert de apothek de patiënt over keuze en gebruik van deze geneesmiddelen, zodat de patiënt hierover een weloverwogen beslissing kan nemen.
 - NAN 2.4.3 - begeleiding van de patiënt: Bij vragen van de patiënt over gezondheid adviseert de apothek de patiënt voor zover dit deskundig en verantwoord kan en verwijst indien mogelijk en voor zover nodig door.
- De nazorg en evaluatie van de farmaceutische zorg- en dienstverlening:
 - NAN 3.2 - Wanneer de patiënt vragen heeft of bijwerkingen en andere knelpunten ervaart bij het geneesmiddelengebruik, helpt de apothek deze vragen te beantwoorden en de knelpunten op te lossen of aanvaardbaar te maken. De apothek overlegt hierbij indien nodig met de voorschrijvers of andere zorgverleners. De apothek legt hierover gegevens vast in het patiëntendossier.

Verdere uitwerking van de NAN in richtlijnen KNMP /WinAp

In 2007 heeft het WinAp, het wetenschappelijk instituut van de KNMP, de NAN nader uitgewerkt in een negental richtlijnen. Tabel 7 vat de inhoud van de richtlijnen kort samen.

Tabel 7. Kwaliteitsrichtlijnen KNMP/WINAp

Richtlijn	Uitleg
Richtlijn 1 - Behandelingsovereenkomst	Uitwerking van hoofdstuk 1 van de NAN 2006 over de behandelingsovereenkomst (WGBO): informatie over de behandeling, toestemmingsvereiste, aanleggen patiëntendossier.
Richtlijn 2 - Farmaceutische zorg- en dienstverlening	Uitwerking van hoofdstuk 2 van de NAN 2006 over de farmaceutische zorg- en dienstverlening. Verdeeld in 2.1 Aanname recept, 2.2 Medicatiebewaking, 2.3 Aflevering geneesmiddelen, 2.4 Begeleiding patiënt, 2.5 Continuïteit van zorg en 2.6 Apotheekbereiding.
Richtlijn 3 - Evaluatie en nazorg	Uitwerking van hoofdstuk 3 van de NAN 2006 over de evaluatie en nazorg van de farmaceutische zorg- en dienstverlening.
Richtlijn 4 - Beleid en organisatie	Uitwerking van hoofdstuk 4 van de NAN 2006 over beleid en organisatie: beleidsplan, samenwerking en afstemming, kwaliteitssysteem, kwaliteitsjaarverslag, recall, geneesmiddelvevalsing, meldingsplicht, privacy gegevens.
Richtlijn 5 - Apotheekteam	Uitwerking van hoofdstuk 5 van de NAN 2006 over het apotheekteam: verantwoordelijkheid apotheker, aanwezigheid apotheker, apotheekteam, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
Richtlijn 6 - Onderzoek en ontwikkeling	Uitwerking van hoofdstuk 6 van de NAN 2006 over onderzoek en ontwikkeling.
Richtlijn 7 - Ruimten en faciliteiten	Uitwerking van hoofdstuk 7 van de NAN 2006 over ruimten en faciliteiten. Verdeeld in 7.1 Toegankelijkheid: privacy aan de balie, spreekruimte, beschikbaarheid zorgverlening, randvoorwaarden bezorgen, fysieke toegankelijkheid en beschikbaarheid en 7.2 Beheer van geneesmiddelen.
Richtlijn 8 - Goederen en diensten van derden	Uitwerking van hoofdstuk 8 van de NAN 2006 over goederen en diensten van derden: keuze leveranciers, samenwerking, prestatiebeoordeling.
Richtlijn 9 - Documenten	Uitwerking van hoofdstuk 9 van de NAN 2006 over documenten: persoonsgegevens, kwaliteitsdocumenten, bewaartermijnen.

Bron: website KNMP, <http://www.knmp.nl/vakinhoud/kwaliteitszorg/richtlijnen>

5.3 Kwaliteit gemeten

5.3.1 Kwaliteitsindicatoren

In 2006 zijn de IGZ, de KNMP en het SIR³⁴ gestart met het definiëren van meetbare kwaliteitsindicatoren voor de openbare apotheken. Dit heeft in 2007 geresulteerd in een voorlopige lijst van 44 prestatie-indicatoren voor openbare apotheken (zie tabel 8). Deze lijst wordt de komende jaren verder ontwikkeld. Uiteindelijk moet dit resulteren in openbare kwaliteitsindicatoren. Op welke termijn dit einddoel zal zijn bereikt is nog niet vastgesteld. Als dit doel is bereikt, dan is het mogelijk de kwaliteit van apotheken te vergelijken. Hoewel bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren geen normen opgesteld waaraan een apotheek minimaal dient te voldoen, moet het mogelijk zijn dergelijke minimumnormen vast te stellen. Daarmee wordt het ook mogelijk te

³⁴ (SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy, een onderzoeksinstituut op gebied van praktijkonderzoek in de openbare apotheek).

meten of een individuele apotheek voldoet aan de minimale kwaliteitseisen.

Tabel 8. Voorlopige kwaliteitsindicatoren IGZ/KNMP

No.	Indicator
1	Aanleggen patiëntendossier
2	Vastleggen contra indicaties
3	Bevestigen contra indicaties door voorschrijver
4	Vastleggen contra indicatie diabetes
5	Vastleggen contra indicatie hartfalen
6	Afleveren NSAIDs bij gebruik furosemide en ACE remmers
7	Afleveren COX-2 remmers bij patiënten met cardiovasculaire risico's
8	Vastleggen intoleranties
9	Vastgelegde intoleranties penicilline
10	Vastleggen afhandeling interacties
11	Controle signaallijst binnen 24 uur
12	Afhandelen interacties met coumarinen
13	Gebruik coumarinen in combinatie met co-trimoxazol of miconazol
14	Gebruik PDE-5-remmers in combinatie met nitraten
15	Controles op afleveren juiste medicijn
16	Registreren van fouten bij het afleveren van geneesmiddelen
17	Aantal geregistreerde fouten bij het afleveren van geneesmiddelen
18	Geven van inhalatie instructie bij eerste uitgifte inhalatie- medicatie
19	Geven van inhalatie instructie bij vervolguitgifte inhalatie medicatie
20	Aandeel patiënten waaraan inhalatie instructie is gegeven
21	Mondelinge eerste uitgifte begeleiding in de apotheek
22	Eerste en vervolg uitgifte begeleiding benzodiazepinen
23	Aandeel meer dan 90 doses benzodiazepinen gebruikers (> 65 jaar)
24	Eerste uitgifte begeleiding antidepressiva
25	Aandeel patiënten met geïndividualiseerde distributievormen in de thuissituatie
26	Bloedglucose meter controle
27	Medicatiereviews bij patiënten met polyfarmacie
28	Metten van patiëntervaringen
29	Registreren van klachten
30	Melden bijwerkingen aan LAREB
31	Beoordelen bereidingstechnisch ontwerp niet-FNA preparaten*
32	Beoordelen farmacotherapeutische rationaliteit niet-FNA preparaten*
33	Statistische controle bij capsules
34	Ingestuurde monsters voorraadbereidingen systemische preparaten
35	Doseringscontrole werkzame bestanddelen systemische preparaten
36	Interactiecontrole werkzame bestanddelen systemische preparaten
37	Vrijgeven bereidingen door apotheker voorafgaand aan aflevering aan de patiënt
38	Gebruik klassieke NSAID's zonder gastroprotectie bij patiënten >70
39	Aandeel gebruik langwerkende hypnotica
40	Aandeel gelijktijdig gebruik van nitraat en antithromboticum

41	Aandeel gebruik sterke opiaten zonder lactulose, lactitol, magnesiumoxide, bisacodyl, macrogol of sennosiden
42	Gebruik van inhalatie corticosteroïden bij overmatig gebruik van bronchusverwijders
43	Terughoudende toepassing van derde generatie chinolonen
44	Aandeel metformine als bloedglucose verlagend middel bij Diabetes Mellitus type-2

*FNA = Formularium der Nederlandse Apothekers, een verzameling voorschriften van geneesmiddelen die de apotheek zelf kan maken. In het FNA staan alleen voorschriften van geneesmiddelen die niet in de handel zijn.

Bron: IGZ, KNMP/WINAp, SIR, Naar prestatie-indicatoren voor openbare apotheken, 2007

5.3.2 Effectmeting farmaceutische zorg

Er bestaat een beperkte maar snel groeiende wetenschappelijke literatuur over de effecten van farmaceutische zorg op de uitkomsten voor de patiënt. Literatuuronderzoek in de database Pubmed met de zoekterm "pharmaceutical care" met als startdatum 1 januari 2000 leverde 62 papers op met uitkomsten van empirisch onderzoek verkregen uit een zogeheten controlled trial (rct). Bij een rct worden de uitkomsten bij een groep patiënten die een bepaalde vorm van farmaceutische zorg heeft ontvangen, vergeleken met de uitkomsten bij een controlegroep die deze zorg niet ontving. In een aantal gevallen betrof het farmaceutische zorg verleend door ziekenhuisapothekers, niet door openbare apothekers (community pharmacists). De meeste van de 62 papers hadden betrekking op klinische uitkomsten, een beperkt aantal op patiënttevredenheid.

De algemene conclusie uit deze literatuur is dat farmaceutische zorg een positieve bijdrage kan leveren aan gezondheidsuitkomsten. Tabel 9 bevat bij wijze van illustratie de conclusies van de meest recente tien papers.

Tabel 9. Conclusies wetenschappelijke literatuur: illustratieve literatuur

No.	Conclusie
1	Community pharmacy-based programmes can significantly improve therapeutic outcomes in adult asthma patients
2	The research provides clear evidence that provision of pharmaceutical care adds value to the management of gestational diabetes mellitus as exemplified by improved maternal and neonatal outcomes.
3	The positive results from the educational approach show a potential to decrease asthma disease complications and show a positive impact on patients' inhaler technique, patients' opinions about the pharmacy services, and information obtained.
4	A home-based pharmaceutical care model for recently hospitalized patients with heart failure did not significantly improve the combined rate of death or rehospitalization.
5	No positive impact on clinical outcomes or quality of life was demonstrated [i.e., home-based medication review by a pharmacist for at-risk older patients in a primary care setting did not reduce hospital admissions] However, this intervention did appear to reduce prescribing. This is in line with other evidence and suggests that this form of intervention may not have a clear health gain, but may lead to modest savings in terms of reduced prescribing. Future research should focus on whether such a prescribing effect would make this type of intervention cost effective.
6	Pharmaceutical care provided in the context of acute geriatric evaluation and management care improved the appropriate use of medicines during the hospital stay and after discharge. This is an important finding, because only limited data exist on the effect of various strategies to improve medication use in elderly inpatients. The present approach has the potential to minimize risk and improve patient outcomes.
7	Patients' adherence to tuberculosis treatment improved when a pharmacist provided patient education on medication use and addressed patients' pharmaceutical care issues.

8	Hospice-based clinical pharmacists influenced patient outcomes positively by identifying drug related problems and recommending appropriate drug therapy.
9	Postdischarge pharmaceutical care allows for reducing the number of new admissions in patients with heart failure, the total days of hospital stay, and improves treatment compliance without increasing the costs of care.
10	The ACT (asthma control test) appears to be a useful tool to determine rapidly and accurately the level of asthma control in patients presenting at community pharmacies.

Bron: Zoekopdracht Pubmed 10-11-2008, zoekterm "pharmaceutical care", zoekopdracht ingeperkt tot *randomized controlled trials* sinds 1-1-2000. De tabel bevat de conclusies uit de samenvattingen van de meest recente tien relevante papers.

5.4 Kwaliteitsborging

Op welke wijze wordt de kwaliteit van de farmaceutische zorg geborgd? Wat is de rol van de verschillende actoren hierbij? De antwoorden op deze vragen zijn waarschijnlijk aan verandering onderhevig, omdat de komende jaren meer informatie beschikbaar komt over de prestaties van apothekers. Dat maakt het mogelijk voor artsen en verzekeraars om afspraken te maken met apothekers over kwaliteit of voor patiënten om met de voeten te stemmen.

In deze paragraaf wordt allereerst ingegaan op de rol van de IGZ (de inspectie) bij het borgen van de kwaliteit, en vervolgens op de bijdrage die andere actoren kunnen leveren aan de borging van de kwaliteit. Hierbij komt ook de vraag aan bod of de verschillende partijen *belang* hebben om te streven naar goede kwaliteit. Met andere woorden, het gaat niet alleen om de vraag of de verschillende partijen een bijdrage *kunnen* leveren aan kwaliteitsborging, maar ook om de vraag of verwacht mag worden dat zij dit *willen*.

5.4.1 Kwaliteitsborging door IGZ

De IGZ houdt, aangezien ze niet altijd en overal aanwezig kan zijn, vanuit efficiency- en effectiviteitsoverwegingen risicogestuurd toezicht. De inspectie maakt waar mogelijk al haar handhavingsresultaten actief openbaar. De inspectie onderscheidt vier soorten van handhaving:

- incidententoezicht (IT): toezicht op basis van meldingen en signalen; veelal casusgericht toezicht);
- thematisch toezicht (TT): toezicht op een bepaald onderwerp in instellingen of bij beroepsbeoefenaren);
- gefaseerd toezicht (GT): toezicht op basis van brede informatieverzameling aan de hand van kwaliteitsindicatoren en analyse daarvan op risico's);
- opsporing van strafbare feiten.

In het kader van dit advies is met name het gefaseerd toezicht van belang. Dit houdt het volgende in.

Eerste fase: risico-inschatting. In de eerste fase van het toezicht maakt de IGZ jaarlijks een inschatting van de risico's voor het leveren van verantwoorde zorg. Hiervoor gebruikt de inspectie kwaliteitsinformatie die de zorgaanbieders zelf aanleveren en meldingen en andere signalen die de inspectie ontvangt van zorgaanbieders en burgers. De onlangs ontwikkelde prestatie-indicatoren spelen hierbij een belangrijke rol.

Tweede fase: inspectiebezoeken. Op basis van de bevindingen uit de eerste fase worden in de tweede fase inspectiebezoeken gepland. Deze bezoeken dienen om de inschatting van risico's ter plekke te verifiëren.

Derde fase: Opleggen van maatregelen. De inspectie beschikt over een breed spectrum van maatregelen. Ze kan adviserende en stimulerende maatregelen inzetten (die overigens niet vrijblijvend zijn), corrigerende maatregelen, bestuursrechtelijke maatregelen, tuchtmaatregelen en strafrechtelijke maatregelen. De zwaardere handhavingsmaatregelen tegen instellingen of beroepsbeoefenaren waar sprake is van ernstige of voortdurende ondermijning van de kwaliteit van zorg zijn:

- het indienen van een tuchtklacht;
- het verzoek aan de minister om een aanwijzing of bevel te geven;
- het opstellen van een proces-verbaal of het doen van aangifte van een vermeend strafbaar feit bij het Openbaar Ministerie;
- het geven van een boete.;
- het opleggen van een dwangsom.

De IGZ is de laatste jaren een aantal malen in actie gekomen naar aanleiding van (potentiële) kwaliteitsrisico's bij openbare apotheken:

In 2002-2003 bezocht de IGZ 196 apothekers en beoordeelde de farmaceutische zorg. Apotheken die in het eerste onderzoek onvoldoende scoorden op de zorg die zij verleenden, zijn in 2004 opnieuw bezocht. Het merendeel van de 53 apotheken heeft op basis van het eerste inspectierapport actie ondernomen, maar slechts dertien behalen op alle punten een voldoende. Op vier terreinen constateerde de IGZ tekortkomingen:

- Het ontbreken van een goed werkend kwaliteitssysteem.
- Tekortkomingen in de medicatiebegeleiding van specifieke groepen, zoals ouderen en kleine kinderen.
- Onvoldoende begeleiding voor patiënten die voor het eerst medicijnen meekrijgen.
- Gebrekkige overdracht van gegevens bij de overdracht naar het ziekenhuis bij opname en omgekeerd naar apotheek bij ontslag uit het ziekenhuis.

In 2005 stelt de IGZ vast dat de kwaliteit van de farmaceutische zorgverlening door dienstapotheken tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten onvoldoende is, doordat deze apotheken geen inzicht hebben in de actuele medicatiegegevens van de patiënt.

In 2008 meldt de IGZ dat zij ernstig verontrust is door signalen die wijzen op potentieel gevaarlijke situaties bij elektronische gegevensverwerking in en tussen apotheken. Het gaat dan om de gegevensuitwisseling tussen de 'vaste' apotheek en de dienstapotheek. De IGZ kenmerkt dit als een groot risico voor de patiëntveiligheid, omdat de patiënt daardoor medicijnen kan krijgen die de werking van andere geneesmiddelen beïnvloeden of allergische reacties veroorzaken. De inspectie roept de KNMP, de beroepsorganisatie van apothekers, op om richtlijnen te ontwikkelen voor de organisatie van dienstapotheken. Ook bepleit de IGZ snelle invoering van het landelijk elektronisch medicatiedossier.

In 2008 stelt de inspectie drie ziekenhuisapotheken onder verscherpt toezicht omdat zij niet voldoen aan de eisen voor *good manufacturing practice* (GMP). Deze ziekenhuisapotheken mogen bepaalde geneesmiddelen niet meer zelf bereiden totdat ze voldoen aan de GMP-eisen.

5.4.2 Kwaliteitsborging door apothekhoudenden

De Kwaliteitswet zorginstellingen respectievelijk de wet BIG legt de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsborging van de zorg primair bij de zorgaanbieder. Apothekhoudenden hebben dit ingevuld door het opstellen van normen zoals de NAN en de hierop gebaseerde richtlijnen (zie boven). De kwaliteit van zelfbereide geneesmiddelen is gebaseerd op specifieke wettelijke eisen en de GMP-normen als voorwaarde bij het bereiden.

Het sanctiemechanisme voor apothekers is, net als elders in de zorg, een tuchtklacht bij het medisch tuchtcollege. Opvallend is het kleine aantal zaken dat door het medisch tuchtcollege wordt behandeld. In 2006 ging het om twee klachten, waarvan de eerste betrekking had op het niet of onvoldoende leveren van zorg en de tweede over schending van het beroepsgeheim. Ter vergelijking: bij huisartsen ging het in 2006 om 218 zaken. Uit onderzoek van prof. J. Hubben is wel gebleken dat de maatregelen die apothekers krijgen opgelegd zwaarder zijn dan voor andere beroepsbeoefenaren.

Zolang zelfregulering niet leidt tot anti-competitief gedrag is het zeer wenselijk dat apothekers zelf verantwoordelijk blijven voor het bepalen van kwaliteitseisen. Immers, beroepsbeoefenaren hebben zelf veelal goed inzicht in wat de belangrijkste kwaliteitsaspecten zijn. Bovendien hebben beroepsbeoefenaren er belang bij dat 'rotte appels' op het terrein van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg worden aangepakt, omdat de hele sector anders imago schade ondervindt.

5.4.3 Kwaliteitsborging door voorschrijvers

Artsen (huisartsen en specialisten) kunnen hun patiënten adviseren om te kiezen voor een bepaalde apotheek. Apothekers kunnen hierop inspelen door zich te profileren als experts op bepaalde gebieden, bijvoorbeeld bij medicatiebewaking bij ouderen. In hoeverre dit potentiële mechanisme op dit moment een rol speelt is onduidelijk. Verwacht mag echter worden dat de arts, daar waar sprake is van relevante kwaliteitsverschillen tussen apothekers, deze zal meewegen bij zijn advisering aan de patiënt (voor zover de arts op de hoogte is van deze verschillen).

5.4.4 Kwaliteitsborging door patiënten

Dankzij de trend naar meer transparantie van de kwaliteit van de farmaceutische zorg kunnen patiënten hun keuze van apotheek steeds beter baseren op kwaliteit. Patiënten hebben echter wel te maken met een belangrijke informatieachterstand ten opzicht van apothekers en waarschijnlijk ook ten opzicht van voorschrijvers. Zo weet een patiënt niet of in zijn geval medicatiebewaking of -begeleiding nodig is. Het is aannemelijk dat deze informatieachterstand vooral groot is bij groepen waar therapietrouw en polyfarmacie juist heel belangrijk zijn: ouderen en mensen met cognitieve beperkingen. Deze informatieachterstand kan worden tegengegaan door consumentenorganisaties die expertise kunnen ontwikkelen op de verschillende deelgebieden binnen de zorg.

Onder de naam Apotheken door Cliënten Bekeken (ACB) werkt de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) samen met de KNMP aan de kwaliteit van de farmaceutische dienstverlening. De kwaliteit die klanten van de apotheek ervaren wordt gebruikt als uitgangspunt voor het verbeteren van de dienstverlening. Apotheken die met succes het 'kwaliteitstraject' doorlopen, ontvangen na afloop het certificaat Apotheken door Cliënten Bekeken. Op dit moment beschikken

531 apotheken over een geldig certificaat. Uit onderzoek van onderzoeksinstituut ARGO blijkt dat de kwaliteit van de deelnemende apotheken is verbeterd, vooral waar het de bewaking van de privacy van de klant betreft.³⁵

Ook de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad ontwikkelt criteria waaraan de farmaceutische zorg vanuit het perspectief van gebruikers dient te voldoen.

5.4.5 Kwaliteitsborging door zorgverzekeraars

In de consultatieronde hebben zorgverzekeraars aangegeven belang te hebben bij een goede kwaliteit van farmaceutische zorg. Een goede kwaliteit van farmaceutische zorg kan bijdragen aan het tegengaan van kosten elders in de zorg, zoals onnodige ziekenhuisopnames. Deze opvatting wordt gestaafd door de conclusies uit wetenschappelijk onderzoek (zie paragraaf 5.3.2). Ook het zogeheten HARM-onderzoek biedt hiervoor ondersteuning (zie kader). Daarnaast kan goede farmaceutische zorg als marketingargument worden gebruikt.³⁶

Dit alles laat onverlet dat verzekeraars belang hebben tussen doelmatige farmaceutische zorg. Kwaliteit mag niet meer kosten dan nodig. De trend naar grotere transparantie van prestaties zal het voor apothekers en verzekeraars gemakkelijker maken om verifieerbare afspraken te maken over kwaliteit. Verzekeraars zitten in de stuurgroep die in het kader van Zichtbare Zorg indicatoren ontwikkelt. Daarmee hebben verzekeraars aan de voorkant invloed op de manier waarop de kwaliteit zichtbaar wordt gemaakt. De indicatoren voor de openbare farmacie worden in 2009 verzameld in het kader van een proefjaar. Vanaf 2010 is aanlevering van indicatoren aan IGZ verplicht. Deze indicatoren zullen gepubliceerd worden.

Farmaceutische zorg en vermijdbare ziekenhuisopnames

Uit het HARM-onderzoek (HARM staat voor hospital admission related to medication) van onderzoekers van de Universiteit van Utrecht blijkt dat er landelijk 19.000 potentieel vermijdbare geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnames zijn. De geschatte kosten hiervan zijn ruim 85 miljoen euro per jaar. Het onderzoek had betrekking op bijna 30 000 ziekenhuisopnames in 2006; 714 van deze opnames waren geneesmiddel-gerelateerd, bijna de helft hiervan is door de onderzoekers als potentieel vermijdbaar aangemerkt. De onderzoekers doen de volgende aanbevelingen, maar tekenen hierbij aan: "de effectiviteit van dergelijke interventies en strategieën dient nader onderzocht te worden." (p. 50).

Risicopatiënten

Vanuit het HARM-onderzoek kunnen risicopatiënten aangewezen worden; de onderzoekers noemen echter geen aantallen. Het gaat hierbij om patiënten die chronisch meer dan vijf geneesmiddelen gebruiken, meerdere aandoeningen hebben, niet zelfstandig wonen, een verminderde cognitie hebben en/of niet volgens voorschrift van de arts hun geneesmiddelen gebruiken (therapieontrouw zijn). Door patiënten

³⁵ C.P. van Linschoten, P. Moorer en R. van Koningsveld (2008), Apotheken door Cliënten Bekeken leidt tot kwaliteitsverbetering, ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV,

³⁶ Op dit moment is dit laatste niet het geval, maar naarmate de prestaties van apothekers transparanter worden kan dit veranderen. Vooral voor chronische patiënten en ouderen kan dan kwaliteit een rol gaan spelen. Dank zij het risicovereveningssysteem zijn ook deze groepen aantrekkelijke klanten voor zorgverzekeraars.

met deze risicofactoren intensiever te begeleiden bij hun medicatiegebruik kunnen de geneesmiddel gerelateerde problemen wellicht worden teruggedrongen. Het verdient aanbeveling om deze groep patiënten proactief te benaderen voor extra medicatiebegeleiding (bijvoorbeeld in de vorm van een jaarlijkse medicatiereview), optimale behandeling van de bestaande aandoeningen, adequate monitoring en het terugdringen van ongewenste polyfarmacie. Gezamenlijke aanpak door de verschillende behandelaren en apotheker is hier aan te bevelen.

Therapietrouw

Therapieontrouw is in het HARM-onderzoek vastgesteld als een risicofactor voor het krijgen van een geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopname. Het verbeteren van de therapietrouw is daarom een continue aandachtspunt voor de behandelend arts en apotheker om geneesmiddel gerelateerde problemen te voorkomen.

Informatie-uitwisseling en medicatiebewaking

Een verminderde nierfunctie bleek een belangrijke risicofactor te zijn. Bewaking daarop is dan ook aan te bevelen. Voor de uitvoering hiervan en voor de bewaking op andere factoren is het echter wel noodzakelijk dat deze informatie bij de verschillende zorgverleners gemakkelijk toegankelijk is, dus dat er sprake is van optimale informatie uitwisseling. De huidige medicatiebewaking (voornamelijk bewaking op doseringen, interacties en (afgeleide) contra-indicaties) kan dan verfijnd worden naar een individuele medicatiebewaking, waarbij – behalve op de al genoemde factoren – ook bewaakt wordt op zaken als nierfunctie en comorbiditeiten (en dan niet afgeleid uit het medicatiegebruik, maar op basis van daadwerkelijke registratie).

NSAID's

De groep ontstekingsremmende pijnstillers, de NSAID's, zijn vaak de veroorzaker van de geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopname. Deze geneesmiddelen moeten daarom ook verstrekt worden in een omgeving waar deskundige begeleiding toegankelijk is. Deze begeleiding kan gegeven worden in een apotheek waar ook medicatiebewaking verricht kan worden en waar geschoold personeel aanwezig is.

Bron: Eindrapport HARM-onderzoek (2006)

Uit het bovenstaande overzicht blijkt dat kwaliteitsborging op dit moment vooral plaatsvindt via zelfregulering en toezicht door de IGZ. De ontwikkeling van prestatie-indicatoren bieden uitzicht op het objectief meten van de kwaliteit van individuele apotheken en op het bepalen van meetbare normen voor de minimum kwaliteit van farmaceutische zorg die voor elke Nederlander beschikbaar moet zijn.

De toenemende kwaliteitstransparantie maakt het voor voorschrijvers, patiënten en zorgverzekeraars gemakkelijker om een apotheek aan te bevelen, te kiezen of te contracteren op basis van kwaliteit. Van voorschrijvers (huisartsen en specialisten) mag verwacht worden dat zij dit ook zullen doen. Goed doorverwijzen hoort bij hun kerntaak. Bij patiënten is dit minder duidelijk, vanwege de veelal grote informatieachterstand ten opzichte van apothekers. Wat betreft de zorgverzekeraars tenslotte geldt dat zij belang hebben bij een goede kwaliteit van farmaceutische zorg omdat dit kan bijdragen aan het tegengaan van kosten elders in de zorg, zoals onnodige ziekenhuisopnames.

5.5 Gevolgen vrije prijsvorming

Voor dit advies is van belang in hoeverre de kwaliteitsprikkel bij verschillende partijen veranderen indien gereguleerde tarieven worden vervangen door vrije tarieven.

Als zorgverzekeraars geen prikkel hebben om de verschillende kwaliteitsaspecten op peil te houden, kunnen lagere marges bij apotheekhoudenden resulteren in kwaliteitsverlies en vermindering van de dienstverlening. Dit gaat niet per definitie in tegen het belang van de consument. Als de kwaliteitsverlaging betrekking heeft op aspecten die de consument niet hoog waardeert, mag worden aangenomen dat de consumentenwelvaart per saldo toeneemt: lagere prijzen of premies en een iets lagere kwaliteit.

Onder een aantal voorwaarden zal een zorgverzekeraar in het belang van zijn verzekerden een goede afweging maken tussen prijs en kwaliteit (inclusief de omvang van de dienstverlening) van de door hem gecontracteerde zorgaanbieders, waaronder apotheekhoudenden. Die voorwaarden luiden:

- er is voldoende concurrentie tussen zorgverzekeraars en;
- consumenten baseren hun keuze voor een zorgverzekeraar (mede) op prijs en kwaliteit van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde apotheekhoudenden.

Als aan deze voorwaarden niet is voldaan, bestaat het risico dat zorgverzekeraars de belangen van hun verzekerden niet goed behartigen, en *ten onrechte* slechts geïnteresseerd zijn in de prijs van het geneesmiddel en niet in de kwaliteit van andere apotheekhoudendendiensten. Er is dan sprake van marktfalen. Aan dit marktfalen kunnen informatieproblemen ten grondslag liggen. Stel bijvoorbeeld dat medicatiefouten vrijwel altijd onopgemerkt blijven, ook als de patiënt hier nadelige gevolgen van ondervindt. Verzekeraars lopen dan geen reputatieschade indien zij het tegengaan van medicatiefouten verwaarlozen (en nalaten apotheekhoudenden hiervoor te belonen).

5.5.1 Tegengaan medicatiefouten

Onderzoekers van de Universiteit van Utrecht constateren in een recent rapport dat medicatiefouten resulteren in veel onnodige ziekenhuisopnames, en stellen dat apotheekhoudenden mogelijk een rol kunnen spelen bij het voorkomen van medicatiefouten (zie kader paragraaf 5.4.5). De vraag wordt dan relevant of marktpartijen de juiste keuze in dit dilemma zullen maken. Alleen als er redenen zijn om hieraan te twijfelen is er aanleiding voor aanvullend overheidsbeleid gericht op kwaliteitsborging.

5.5.2 Voorlichting aan patiënten en artsen

Apothekers spelen een belangrijke rol bij het voorzien van artsen van objectieve spiegelinformatie over het eigen voorschrijfgedrag. Dit gebeurt in het kader van het reeds genoemde farmacotherapeutisch overleg (FTO). Ook kunnen apothekers of apothekersassistenten een rol spelen bij het voorlichten van patiënten over de wijze waarop zij hun geneesmiddelen moeten innemen of toedienen.

5.5.3 Medewerking aan EMD, ICT

Over verbetering van de kwaliteit van de registratie en uitwisseling van medicatiegegevens hebben de KNMP en het Ministerie van VWS onlangs

afspraken gemaakt die zijn vastgelegd in een manifest. Deze afspraken moeten er ondermeer toe leiden dat op 1 januari 2010 (vrijwel) alle apotheken zijn aangesloten op het Landelijk Schakel Punt (LSP).³⁷

5.5.4 Positieve stimulansen vrije prijsvorming voor kwaliteit

Zoals aangegeven in hoofdstuk 3 heeft vrije prijsvorming van tarieven voor farmaceutische zorg ook positieve effecten voor het kwaliteitsniveau. Voorwaarde hiervoor is dat voldoende transparantie bestaat over de kwaliteit. Dit vergt een goede prestatiebeschrijving voor de apotheker, en de beschikbaarheid van informatie over de kwaliteit van de verleende zorg voor de consument en de verzekeraar.

Alleen door bij de keuze voor een aanbieder bewust te letten op de geleverde kwaliteit kunnen consumenten zorgaanbieders stimuleren om die kwaliteit daadwerkelijk te leveren. Wanneer de consument/verzekeraar alleen op de prijs van de geleverde zorg let, bestaat er immers een risico dat zorgaanbieders niet investeren in de kwaliteit van de geleverde zorg.

De consument heeft enerzijds behoefte aan informatie over de borging van de kwaliteit en anderzijds aan informatie over kwaliteitsverschillen tussen verschillende aanbieders.

Apotheekhoudenden moeten aan diverse eisen, zoals omschreven in de kwaliteitscriteria, voldoen. Hierop wordt toegezien door de IGZ.

Hoewel de minimum kwaliteit dus geborgd is, is er weinig inzicht in kwaliteitsverschillen tussen apothekhoudenden. Het is voor de consument en de verzekeraar moeilijk om op grond van kwaliteitsverschillen een keuze te maken tussen verschillende apothekhoudenden. Meer transparantie over de relatieve kwaliteitsprestaties van apothekhoudenden is wenselijk om daadwerkelijke vraagsturing op gang te brengen. Dit geldt vooral in een geliberaliseerde markt, om te voorkomen dat er alleen wordt geconcurrereerd op prijs. Prestatie-indicatoren voor apothekhoudenden zoals die thans ontwikkeld en geïmplementeerd worden door IGZ, KNMP/WINAp en SIR, zijn naar de mening van de NZa hiervoor een zeer belangrijk instrument.

Juist het liberaliseren van een markt creëert een extra stimulans die de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren op gang brengt. Immers, in een goed werkende markt waarin het leveren van goede kwaliteit beloond wordt, hebben zorgaanbieders die goede kwaliteit leveren een sterke prikkel om dit inzichtelijk te maken.

De combinatie van vrije prijzen en transparantie van kwaliteit kan positieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de farmaceutische zorg:

- kruissubsidies kunnen verdwijnen na de invoering van vrije prijzen. Hierdoor wordt het mogelijk apothekers te expliciet te belonen voor het behalen van kwaliteitsdoelen (zie ook het hoofdstuk over de voordelen van vrije prijzen);

³⁷ Van de website van NICTIZ: "Het LSP vormt het hart van de ICT-basisinfrastructuur voor de zorg. Het is de 'verkeerstoren' die veilige, landelijke elektronische uitwisseling van patiëntinformatie mogelijk maakt. Met het LSP kunnen zorgverleners landelijk actuele patiëntinformatie opvragen uit de systemen van collega ziekenhuizen, apotheken en huisartsen. Een goed functionerend Landelijk SchakelPunt is een noodzakelijke voorwaarde voor de landelijke invoering van het Elektronisch Medicatie Dossier (EMD) en het elektronische Waarneem Dossier Huisartsen (WDH), de eerste hoofdstukken van een landelijk Elektronisch Patiënten Dossier."

- de toenemende transparantie van kwaliteit maakt het gemakkelijker te contracteren op basis van prijs én kwaliteit. Ook zorgt de trend naar transparantie ervoor dat patiënten en artsen bij de keuze van apotheker kwaliteit mee kunnen laten wegen.

Dit laat onverlet dat het ook in een situatie met vrije prijzen van belang blijft toezicht te houden op de kwaliteit van de farmaceutische zorg.

5.6 Conclusie

Het basisniveau van de farmaceutische zorg is nog niet precies gedefinieerd. De laatste jaren is echter veel geïnvesteerd in vaststellen van normen en richtlijnen. Op basis hiervan moet het mogelijk zijn een basisniveau van de farmaceutische zorg vast te stellen.

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat farmaceutische zorg vaak een positief effect heeft op de gezondheid van de patiënt. Ook blijkt uit onderzoek dat een goede kwaliteit van farmaceutische zorg kan bijdragen aan kostenverlaging elders in de zorg, bijvoorbeeld door onnodige ziekenhuisopnamen te voorkomen.

Kwaliteitsborging is nu vooral een zaak van zelfregulering door apothekers en toezicht door de IGZ. Door de toenemende transparantie van kwaliteit neemt het belang van andere partijen zoals patiënten en voorschrijvende artsen bij de borging van kwaliteit toe. De NPCF speelt nu al een rol bij het verbeteren van de kwaliteit van de farmaceutische zorg, via het project Apotheken door Cliënten Bekeken.

In theorie is het mogelijk dat lagere tarieven van apothekhoudenden de kwaliteit van de farmaceutische hulp onder druk zetten, maar zeker is dit niet. Het is evenmin evident dat zorgverzekeraars zich voldoende zullen inspannen om deze risico's tegen te gaan. Marktfalen valt niet uit te sluiten. De ontwikkeling van heldere prestaties en bijbehorende indicatoren voor apothekhoudenden is daarom van essentieel belang.

Vrije prijzen maken het mogelijk kwaliteit apart te belonen. Als bovendien de definitie van prestaties deels wordt vrijgelaten, komt er meer ruimte om zorginhoudelijke activiteiten bijvoorbeeld rond medicatiebewaking en therapietrouw financieel te stimuleren.

De combinatie van vrije prijzen en transparantie van kwaliteit kan positieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de farmaceutische zorg. Niettemin blijft ook in een dergelijke situatie een belangrijke rol bestaan voor toezichthouders en patiëntenorganisaties bij het borgen van de kwaliteit van de farmaceutische zorg.

6. Toegankelijkheid

6.1 Inleiding

Toegankelijkheid van zorg is een belangrijk thema in de Wmg. Zorg is toegankelijk als “personen die zorg behoeven, deze zorg ook daadwerkelijk krijgen”.

In de monitor wordt geconcludeerd dat de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg in Nederland op dit moment goed is. De huidige apotheekdichtheid in Nederland is voldoende: 89% van de bevolking woont minder dan 2,5 kilometer van de dichtstbijzijnde apotheekhoudende en 99% minder dan 7,5 kilometer. Het preferentiebeleid van zorgverzekeraars heeft vooralsnog geen negatief effect op de toegankelijkheid van farmaceutische zorg. Preferente geneesmiddelen zijn bijna altijd voorradig en worden door verzekeraars volledig vergoed. Indien er een medische noodzaak is voor het gebruik voor een niet-preferent middel, dan wordt dit vergoed.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de mogelijke effecten van vrije prijsvorming op de op de toegankelijkheid van farmaceutische zorg.

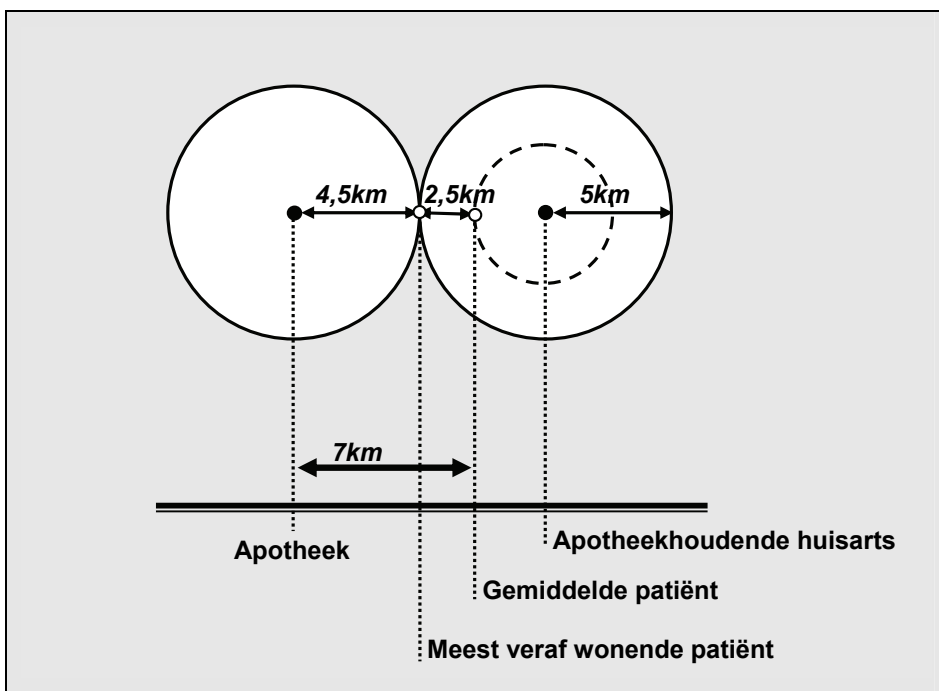
6.2 Gevolgen vrije prijsvorming

Het aantal openbare apotheken is de afgelopen tien jaar sterk gestegen tot ruim 1800 apotheken (zie figuur 3). Lagere tarieven van apotheekhoudenden kunnen resulteren in een daling van het aantal apotheken. Dit kan een efficiënte uitkomst zijn wanneer de optimale schaal van een apotheek hoger is dan de huidige schaal. Een ongewenst neveneffect kan echter zijn dat in delen van Nederland de bereikbaarheid van de apotheek verslechtert. Dit hoofdstuk presenteert de uitkomsten van een hypothetisch scenario waarin het aantal apotheken daalt. Nagegaan is wat de gevolgen hiervan zijn voor de afstand tot een apotheker of apotheekhoudende huisarts. De analyse maakt gebruik van dezelfde gegevens als ten grondslag liggen aan figuur 4 en tabel 4 in hoofdstuk 4. Internetapotheken blijven in deze analyse weer buiten beschouwing.

De wetgever heeft in de Geneesmiddelenwet impliciet normen vastgesteld voor de bereikbaarheid van apotheken. Als er onvoldoende apotheken in een gebied zijn, mag een huisarts receptgeneesmiddelen verstrekken aan patiënten. Artikel 62 lid 10 van de Geneesmiddelenwet bepaalt dat een huisarts dit pas mag doen, als de afstand van zijn meest verre patiënt tot de eerstvolgende apotheek groter is dan 4,5 kilometer. Hierop zijn uitzonderingen mogelijk. Als het in het belang van de geneesmiddelenvoorziening is, kan de minister een huisarts toch een vergunning verlenen.

In Nederland heeft een (apotheekhoudende) huisarts gemiddeld genomen een werkgebied met een straal van 5 kilometer. De meest verre patiënt van een apotheekhoudende huisarts moet dus voor farmaceutische zorg óf 5 kilometer reizen naar de apotheekhoudende huisarts óf 4,5 kilometer de andere kant op naar de apotheek. Bij de bepaling van een redelijke bereikbaarheid van farmaceutische zorg, gaat de NZa echter uit van een gemiddelde patiënt. Deze gemiddelde patiënt bevindt zich op 2,5 kilometer afstand van de apotheekhoudende huisarts.

Figuur 6. Acceptabele reisafstand apotheek



Bron: NZa

Zoals blijkt uit figuur 6 moet een gemiddelde patiënt, als hij gebruik wil maken van de diensten van een apotheek, een afstand afleggen van 7 kilometer (2,5 + 4,5 kilometer).

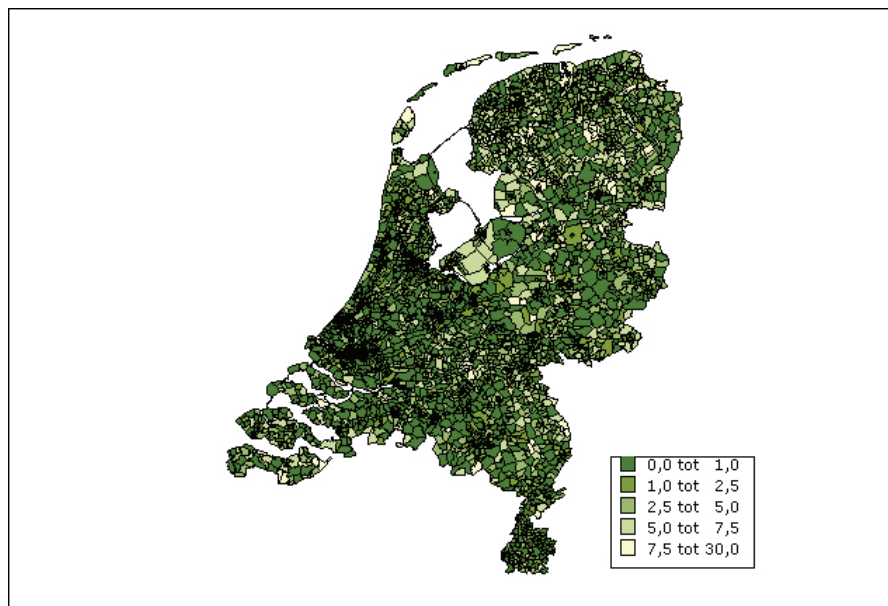
Uit de Geneesmiddelenwet wordt derhalve door de NZa afgeleid dat een reisafstand van 7 kilometer tot een apotheek acceptabel is vanuit het oogpunt van bereikbaarheid.

6.2.1 Empirische analyse

Om na te gaan hoe het momenteel met de bereikbaarheid van de farmaceutische zorg gesteld is en wat de effecten op de toegankelijkheid zouden kunnen zijn als het aantal apotheken afneemt, heeft de NZa op basis van een postcodebestand van alle inwoners van Nederland en van de huidige apotheken in Nederland verschillende analyses uitgevoerd en mogelijke toekomstige scenario's berekend. De resultaten worden hier beschreven.

Afstand tot de dichtstbijzijnde apotheek

In onderstaande figuur is de verdeling van apotheken over Nederland weergegeven.

Figuur 7. Verdeling van apotheken over Nederland

Het uitgangspunt bij het meten van de bereikbaarheid van de farmaceutische zorg is het percentage van de bevolking dat binnen een straal van X kilometer een apotheek kan bereiken. Tabel 10 heeft een samenvattend beeld van de bereikbaarheid gebaseerd op gegevens voor 2007. Door de toename van het aantal apotheken sinds 2006 zal het huidige beeld nog iets gunstiger zijn. 75% van de bevolking kan een apotheek bereiken binnen een reisafstand van 1 kilometer. Voor vrijwel de gehele Nederlandse bevolking (99,5%) geldt dat een apotheek te vinden is binnen een straal van 7,5 kilometer.

Tabel 10. Percentage van de bevolking dat binnen een straal van X kilometers een apotheek kan bereiken

Afstand	1 km	2.5 km	5 km	7.5 km	10 km	12.5 km
% Bevolking met een apotheek binnen deze afstand	75.3	88.9	97.1	99.5	99.9	100
% Bevolking met een tweede apotheek binnen deze afstand	30.2	63.7	85.3	95.7	99.0	99.9
% Bevolking met een derde apotheek binnen deze afstand	9.6	43.4	71.5	90.1	97.0	99.3

Uit de tabel blijkt tevens dat ruim 30% van de Nederlandse bevolking aanvullend de mogelijkheid heeft een tweede apotheek te kiezen binnen 1 kilometer afstand, en 9,6% een derde apotheek. Binnen 5 kilometer afstand heeft ruim 85% van de bevolking toegang tot een tweede apotheek, en ruim 71% tot een derde apotheek.

Toegankelijkheid indien het aantal apotheken daalt

Het is niet bij voorbaat uit te sluiten dat liberalisering van de tarieven voor farmaceutische zorg resulteert in een afname van het aantal apotheken. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als lagere tarieven dwingen tot schaalvergroting. Ook faillissementen zijn niet uit te sluiten, hoewel hierbij de kanttekening past dat faillissementen niet hoeven te resulteren in beëindiging van de praktijk.

De effecten van een daling van het aantal apotheken op de bereikbaarheid is als volgt gekwantificeerd. Allereerst is nagegaan welk percentage van de bevolking binnen een straal van X kilometer een apotheek kan bereiken als 10, 20 en 30% van de apotheken verdwijnt. De resultaten zijn weergegeven in tabel 11. Bij een daling van het aantal apotheken met 30% wordt nog voor 91,6% van de Nederlanders voldaan aan de eis van bereikbaarheid, uitgaande van het criterium dat een apotheker binnen en afstand van 5 kilometer bereikbaar moet zijn. Als het criterium wordt verruimd tot 7,5 kilometer is het corresponderende percentage 97,5.

Tabel 11. Percentage van de bevolking dat binnen een straal van X kilometers een apotheek kan bereiken

Afstand	1 km	2.5 km	5 km	7.5 km	10 km	12.5 km
% Bevolking met een apotheek binnen deze afstand	75.3	88.9	97.1	99.5	99.9	100
Idem, bij 10% daling	70.4	85.8	95.5	99.1	99.8	100
Idem, bij 20% daling	65.9	83.0	94.0	98.6	99.6	99.9
Idem, bij 30% daling	59.9	79.0	91.6	97.5	99.3	99.8

Gevoeligheidsanalyse: landelijke gebieden

De bovenstaande analyse is ook apart uitgevoerd voor de niet-stedelijke gebieden, gedefinieerd als 4-cijferige postcodegebieden met minder dan 1500 adressen per vierkante kilometer. 43% van alle Nederlanders woont volgens deze definitie in een niet-stedelijk gebied. In de uitgangssituatie (de eerste rij in tabel 12) is de bereikbaarheid in de niet-stedelijke gebieden minder goed dan gemiddeld (in vergelijking met de eerste rij in tabel 11). Ook is de achteruitgang in bereikbaarheid groter indien het aantal apotheken zou afnemen. Dit is vooral het geval als de eis wordt gesteld dat binnen 5 kilometer een apotheek bereikbaar moet zijn. Het aandeel van de bevolking in landelijke gebieden waarvoor aan dit criterium is voldaan, daalt van 91,4% in de uitgangssituatie tot 79,6% indien het aantal apotheken met 30% zou afnemen.

Tabel 12. Percentage van de bevolking dat binnen een straal van X kilometers een apotheek kan bereiken, landelijke gebieden

Afstand	1 km	2.5 km	5 km	7.5 km	10 km	12.5 km
% Bevolking met een apotheek binnen deze afstand	68.7	77.1	91.4	98.3	99.8	99.9
Idem, bij 10% daling	64,1	72,8	88,3	97,2	99,3	99,8
Idem, bij 20% daling	58,9	68,0	85,1	95,9	98,7	99,7
Idem, bij 30% daling	51,9	61,6	79,6	93,5	97,9	99,4

6.2.2 Toegankelijkheid voor kwetsbare groepen

Vanuit de consument geredeneerd is het aannemelijk dat afstand met name een hindernis vormt voor bepaalde bevolkingsgroepen zoals chronisch zieken, gehandicapten en ouderen.

Bovenstaande analyse is gericht op de toegankelijkheid van farmaceutische zorg voor de bevolking als geheel. De uitval van apotheken zal chronisch zieken, gehandicapten en ouderen naar verwachting in gelijke getalen treffen als andere groepen, maar de gevolgen voor hen kunnen een stuk groter zijn.

Op dit moment wordt door apothekers al een deel van de geneesmiddelen thuisbezorgd, vooral bij bovengenoemde kwetsbare groepen. Een afname van het aantal apotheekhoudenden kan er toe leiden dat bij meer individuen wordt thuisbezorgd, al zal dit waarschijnlijk in belangrijke mate door mantelzorgers worden gedaan.

Verzekeraars zijn vanuit hun zorgplicht gehouden om daadwerkelijke toegang tot zorg te realiseren. Zij zullen dus indien nodig er voor moeten zorgen dat geneesmiddelen worden thuisbezorgd. Toegankelijkheid van zorg voor alle groepen is een punt van voortdurende aandacht van de NZa en zij zal er op toezien dat de toegankelijkheid van zorg ook voor kwetsbare groepen gewaarborgd blijft.

6.3 Conclusie

De empirische analyses wijzen uit dat de bereikbaarheid van apotheken op dit moment goed is, als we als criterium nemen dat vrijwel iedere Nederlander binnen een afstand van 5-7 kilometer een apotheek moet kunnen bereiken. Voor meer dan 97% van de Nederlanders is aan deze eis voldaan. Indien het aantal apotheken fors zou dalen neemt de bereikbaarheid af. Bij een daling van het aantal apotheken met 10% wordt nog voor 95,5% van de Nederlanders voldaan aan de eis van bereikbaarheid, uitgaande van het criterium dat een apotheker binnen een afstand van 5 kilometer bereikbaar moet zijn. Indien het criterium wordt verruimd tot 7,5 kilometer is het corresponderende percentage 99,1.

Voor zover bereikbaarheidsproblemen kunnen ontstaan, zijn deze het sterkst in landelijke gebieden. In de uitgangssituatie kan 91,4% van de bevolking van landelijke gebieden een apotheek bereiken binnen een afstand van 5 kilometer, en 98,3% van de bevolking binnen een afstand van 7,5 kilometer. Bij een daling van het aantal apotheken met 10% dalen deze percentages tot 88,3% en 97,2%.

7. Scenarioanalyse

7.1 Inleiding

Na gehele of gedeeltelijk liberalisering van tarieven voor farmaceutische zorg, inclusief het afschaffen van de regelgeving waar de Taxe mede op is gebaseerd, kunnen zich verschillende scenario's voordoen. Deze notitie beschrijft de vier meest relevante scenario's. In het meest gunstige scenario leidt de liberalisering tot een goede prijs/kwaliteit verhouding van alle aspecten van de farmaceutische zorg, zonder dat de bereikbaarheid van de farmaceutische zorg in gevaar komt. In andere denkbare scenario's kan sprake zijn van ongewenste kostenstijgingen of van kwaliteitsverlies. Daarom wordt ook ingegaan op aanvullende beleidsopties die deze ongewenste effecten kunnen tegengaan.

Elk van de vier scenario is gebaseerd op een combinatie van aannames; andere combinaties van aannames zijn ook mogelijk, en zouden hebben geresulteerd in andere scenario's. De vier scenario's zijn zo gekozen dat de belangrijkste mogelijke ontwikkelingen aan bod komen.

7.2 Scenario 1. Gezonde marktverhoudingen

Wanneer doet dit scenario zich voor?

De achterliggende marktsituatie bij dit scenario is er één van zorgverzekeraars die voldoende informatie hebben over prijs én kwaliteit van de farmaceutische zorg, en die bovendien een voldoende sterke onderhandelingspositie hebben ten opzichte van apothekers om passende tarieven te kunnen afspreken met apothekers. Met passende tarieven wordt bedoeld: tarieven die apothekers in staat stelt farmaceutische zorg van goede kwaliteit te leveren en innovaties in de dienstverlening door te voeren, zonder dat echter sprake is van excessieve overwinsten.

Beschrijving scenario

In dit scenario hebben apothekers en zorgverzekeraars oog voor prijs, kwaliteit en toegankelijkheid, en slagen zij erin goede afspraken te maken over alle belangrijke aspecten van farmaceutische zorg. Ook blijken de afspraken een drukkend effect te hebben op de prijzen van geneesmiddelen dan wel dat de inkoopvoordelen die behaalt worden, worden doorgegeven aan de consument. Bovendien blijft de hoge graad van generieke substitutie bestaan, mede doordat verzekeraars, voorschrijvers en apothekers goede afspraken maken om ongewenste substitutie richting duurdere merkgeneesmiddelen te voorkomen.

Dit is het meest gunstige scenario, waarin na liberalisering sprake is van een voor de consument/premiebetaler gunstige combinatie van prijs, kwaliteit en toegankelijkheid. Niettemin zijn er ook in dit scenario partijen die er tov de huidige situatie op achteruit kunnen gaan. Gezonde marktverhoudingen kunnen resulteren in lagere tarieven voor farmaceutische zorg zo lang deze tarieven nog steeds voldoende zijn om farmaceutische zorg van goede kwaliteit te leveren. Of dit een realistische mogelijkheid hangt af van de mate waarin in de uitgangssituatie (dus voorafgaand aan liberalisering) sprake is van ondoelmatigheid of overwinsten. Uit het recente NZa-Onderzoek Inkoopvoordelen en Praktijkkosten Farmacie (november 2008) blijkt dat nog steeds sprake is van overwinsten van ruim een ton per apotheek, zodat lagere tarieven inderdaad niet zijn uit te sluiten. Ook een daling

van het aantal apotheken behoort in dit scenario tot de mogelijkheden, maar leidt in dit scenario niet tot een daling van de toegankelijkheid tot onder het maatschappelijk wenselijke niveau.

Anderzijds is het ook mogelijk (en wenselijk) dat aparte tarieven worden afgesproken voor vormen van farmaceutische zorg die nu nog indirect of onvolledig worden vergoed via het gedifferentieerde tarief per receptregel. Dit maakt het mogelijk voor apothekers die zich toeleggen op deze zorginhoudelijke aspecten van hun vak om hier extra inkomsten aan te ontlenen.

Uitkomsten voor consument/premiebetaler

De kwaliteit en de bereikbaarheid van de farmaceutische zorg blijven gehandhaafd of verbeteren. Nederland handhaaft zijn internationaal gezien gunstige positie wat betreft de relatief lage kosten van farmaceutische zorg.

7.3 Scenario 2. Ongewenste substitutie

Wanneer doet dit scenario zich voor?

De achterliggende marktsituatie bij dit scenario is dat zorgverzekeraars voldoende informatie hebben over prijs én kwaliteit van de farmaceutische zorg, en bovendien een voldoende sterke onderhandelingspositie hebben ten opzichte van apothekers om passende tarieven te kunnen afspreken. Zij krijgen echter, in ieder geval in eerste instantie, geen grip op de generieke substitutie. De apothekersmarges op generieke geneesmiddelen zijn sterk afgenomen. Hierdoor is het voor apothekers vaak aantrekkelijker om een duurder merkgeneesmiddel te verstrekken.

Beschrijving scenario

Dit scenario is in veel opzichten vergelijkbaar met scenario 1 maar er is één belangrijk verschil: aan de snelle substitutie richting generieke geneesmiddelen na afloop van het octrooi op merkgeneesmiddelen komt een einde.

Uitkomsten voor consument/premiebetaler

De kwaliteit en de bereikbaarheid van de farmaceutische zorg blijven gehandhaafd of verbeteren. De kosten van de farmaceutische zorg lopen echter op. Dit is het gevolg van het achterblijven van de generieke substitutie bij het potentieel; mogelijk is zelfs sprake van omgekeerde substitutie (van generiek naar spécialité). Als gevolg hiervan verliest Nederland zijn gunstige positie in termen van kosten van farmaceutische zorg.

Reactie verzekeraars

Het is onwaarschijnlijk dat zorgverzekeraars passief zullen toezien indien dit scenario zich ontvouwt. Verzekeraars zullen proberen afspraken te maken met artsen over doelmatig voorschrijven, en apothekers stimuleren tot generieke substitutie. Bonussen voor voorschrijvende artsen kunnen hierbij een rol spelen. Maar van bonussen voor apothekers valt weinig te verwachten, omdat deze de afgenomen winstgevendheid van generieke substitutie nooit zullen compenseren. Verzekeraars kunnen echter wel geloofwaardig dreigen om apothekers die weigeren actief mee te werken aan generieke substitutie niet te contracteren. Hierdoor slagen verzekeraars er uiteindelijk toch in het proces van generieke substitutie in stand te houden.

Beleidsopties

Overheidsbeleid kan op verschillende manieren een bijdrage leveren aan het bevorderen van generieke substitutie. In de eerste plaats door in het kader van de richtlijnenontwikkeling te bevorderen dat duidelijk wordt aangegeven wanneer generiek voorschrijven is geïndiceerd, naar het voorbeeld van de huidige richtlijn cardio-vasculair risicomangement.

Een andere beleidsoptie is clusters van onderling vervangbare middelen te (blijven) definiëren (naar het voorbeeld van het huidige Geneesmiddelen Vergoedingssysteem, het GVS). Met een dergelijk 'cluster-instrument' kan een verzekeraar beter voorkomen dat het proces van generieke substitutie in gevaar komt doordat onnodig dure merkgeneesmiddelen worden voorgeschreven waarvoor ook goede therapeutische substituten bestaan waarvan het octrooi al is verlopen. Het bekendste voorbeeld is atorvastatine (merknaam Lipitor), een statine, waarvoor ook goede generieke alternatieven bestaan zoals simvastatine.

Een laatste beleidsoptie is bij wet voor te schrijven dat apothekers een goedkoop generiek alternatief dienen te verstrekken indien dit beschikbaar is, naar het voorbeeld van Denemarken.

7.4 Scenario 3. Prijsconcurrentie

Wanneer doet dit scenario zich voor?

Zorgverzekeraars beschikken over een sterke onderhandelingspositie ten opzichte van apothekers waardoor zij lage tarieven kunnen dicteren. Zorgverzekeraars hebben echter of onvoldoende informatie over de kwaliteit van de farmaceutische zorg, of zij beschikken weliswaar over goede kwaliteitsinformatie maar betalen voor kwaliteit is niet in hun belang. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval wanneer verzekerden zich bij de keuze van verzekeraar niet laten leiden door de kwaliteit van de farmaceutische zorg, of omdat verzekeraars niet verwachten dat goede farmaceutische zorg zal bijdragen aan lagere kosten elders in de (ZVW-) zorg (zie hoofdstuk 5).

Beschrijving scenario

In dit scenario hebben zorgverzekeraars uitsluitend oog voor de kosten van de farmaceutische zorg. De kwaliteit staat onder druk omdat de tarieven ontoereikend zijn voor de meer tijd vergende zorginhoudelijke advisering door apothekers aan patiënten en voorschrijvende artsen. Ook wordt er nauwelijks geïnvesteerd in innovaties in de farmaceutische dienstverlening.

Uitkomsten voor de consument/premiebetaler

In dit scenario bevindt de kwaliteit van de farmaceutische zorg zich op een minimumniveau. Innovaties die vanuit consumentenperspectief wenselijk zouden zijn blijven onbenut, omdat verzekeraars weigeren hiervoor te betalen. Ook de bereikbaarheid van de farmaceutische kan dalen tot een niveau dat verzekerden nog acceptabel vinden. De kosten van de farmaceutische zorg ontwikkelen stijgen nauwelijks en kunnen zelfs dalen.

Reacties consumenten(organisaties) en toezichhouders

Door de toenemende kwaliteitstransparantie, en door signalen uit de sector, neemt de aandacht voor de (dreigende) kwaliteitsproblemen rond de farmaceutische zorg toe. Toezichhouders en consumentenorganisaties werken samen met de sector aan een heldere en operationele definitie van het minimumniveau aan farmaceutische

zorg dat voor elke Nederlander beschikbaar moet zijn. Op naleving hiervan wordt vervolgens scherp toegezien.

Beleidsopties

Overheidsbeleid kan de kwaliteitsrisico's in dit risico tegengaan door het proces van verbetering van kwaliteitstransparantie krachtig te ondersteunen. Is eenmaal het minimumniveau aan farmaceutische zorg dat voor elke Nederlander beschikbaar moet zijn gedefinieerd, dan kan de overheid besluiten dit expliciet op te nemen in de wetgeving.

7.5 Scenario 4. Kwaliteitsconcurrentie

Wanneer doet dit scenario zich voor?

Dit scenario is in veel opzichten de pendant van scenario 3. Zorgverzekeraars hebben een zwakke onderhandelingspositie ten opzichte van apothekers, en zijn gedwongen om hoge tarieven te accepteren. Mede onder invloed van de toenemende transparantie van kwaliteit gaan apothekers steeds intensiever concurreren om de gunst van de patiënt.

Beschrijving scenario

Er ontstaan nieuwe vormen van farmaceutische zorg, de dienstverlening aan patiënten verbetert. Verzekeraars slagen er niet in hun preferentiebeleid te continueren. De substitutie richting generieke geneesmiddelen blijft op gang, maar de opbrengsten hiervan leiden vooral tot hogere overwinsten bij apothekers en niet tot lagere kosten voor de premiebetaler. De kosten van de farmaceutische zorg nemen in dit scenario dan ook sterk toe.

Uitkomsten voor de consument/premiebetaler

Intensieve gebruikers van farmaceutische zorg en patiënten die baat hebben bij farmaceutische zorg van hoge kwaliteit profiteren in dit scenario. De premiebetaler betaalt de rekening, omdat de hoge kosten van farmaceutische zorg uiteindelijk leiden tot onnodig hoge zorgpremies.

Reactie verzekeraars

Het is opnieuw onwaarschijnlijk dat zorgverzekeraars passief zullen toezien indien dit scenario zich ontvouwt. Een mogelijke reactie is dat zij voor de farmaceutische zorg een restitutesysteem gaan hanteren (ook binnen naturapolissen), gekoppeld aan een vorm van een preferentiebeleid. Een dergelijke polis zou dan per geneesmiddel of per cluster van geneesmiddelen een vergoedingslimiet kunnen bevatten, waarin naast de inkoopprijs van het geneesmiddel ook een redelijke apothekersmarge is verwerkt.

De consequentie van een dergelijke restitutiepolis is dat patiënten in eerste instantie de geneesmiddelen zelf moeten betalen. Vervolgens moeten zij de rekening indienen bij de verzekeraar die mogelijk slechts een deel van de rekening vergoed. Omdat dit alles resulteert in protesten van patiëntenorganisaties en imagoschade voor verzekeraars, zullen verzekeraars een dergelijk scenario proberen te voorkomen. Een mogelijkheid is dat zij zelf apothekers gaan exploiteren zodat patiënten een alternatief hebben zonder bijbetaling. Een andere mogelijkheid is dat verzekeraars de farmaceutische zorg onderbrengen bij een gespecialiseerde onderneming naar het voorbeeld van de Amerikaanse *Pharmaceutical Benefit Management* bedrijven.

Beleidsopties

Het fundamentele probleem in dit scenario is de zwakke onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars. Er zijn verschillende manieren om deze onderhandelingsmacht te versterken. Zo kan de overheid verzekeraars ondersteunen bij het vaststellen van een restitutiepolis, door duidelijk te definiëren welke geneesmiddelen deel uit maken van het basispakket, en door clusters van onderling vervangbare middelen te definiëren.

Een andere mogelijkheid is dat de overheid als terugvaloptie voorschrijft welke gereguleerde tarieven voor farmaceutische zorg en prestaties van toepassing zijn indien partijen er niet in slagen zelf een overeenkomst sluiten. Dit kan de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars versterken, op voorwaarde dat de gereguleerde tarieven niet te hoog liggen.

7.6 Conclusie

Tabellen 13 en 14 vatten de bespreking van de scenario's in dit hoofdstuk samen. Tabel 13 geeft met een + of - aan of de publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid worden gehaald.

Tabel 14 vat samen welke aanvullende beleidsopties kunnen worden ingezet om de eventuele ongewenste uitkomsten in de verschillende scenario's tegen te gaan.

Tabel 13. Publieke doelen in vier scenario's

Naam scenario	Kwaliteit/toegankelijkheid	Kosten
1. Gezonde marktverhoudingen	+	+
2. Ongewenste substitutie	+	-
3. Prijsconcurrentie	-	+
4. Kwaliteitsconcurrentie	+	-

+ : gunstige uitkomst voor de consument; - : ongunstige uitkomst voor de consument

Bron: NZa

Tabel 14. Aanvullende beleidsopties per scenario

Naam scenario	Aanvullende beleidsopties
1. Gezonde marktverhoudingen	Nvt
2. Ongewenste substitutie	1. Stimuleren van generieke en therapeutische substitutie in richtlijnen 2. Clusters van onderling vervangbare middelen (blijven) definiëren 3. Opleggen substitutieverplichting naar voorbeeld Denemarken
3. Prijsconcurrentie	1. Verbeteren kwaliteitstransparantie; 2. Basispakket farmaceutische zorg definiëren en handhaven
4. Kwaliteitsconcurrentie	1. Clusters van onderling vervangbare middelen definiëren. 2. Terugvaloptie: gereguleerde tarieven voor farmaceutische zorg en prestaties indien partijen er niet in slagen zelf een overeenkomst sluiten.

Bron: NZa

Hoe waarschijnlijk is het dat de verschillende scenario's zich voordoen? Met andere woorden, is het mogelijk een kans te koppelen aan de vier scenario's? Het antwoord luidt dat uitspraken over kansen niet goed

mogelijk zijn, al was het maar omdat zich in de praktijk een combinatie van scenario's kan voordoen. In hoofdstuk 9 geeft de NZa, mede op basis van deze scenarioanalyse, de invulling van haar advies.

8. Lastendruk-/veranderingskosten

8.1 Inleiding

Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven, is het goed om inzicht te hebben in de lastendruk en veranderingskosten. De lasten van het huidige systeem met regulering moeten worden afgezet tegen de lasten van het systeem onder vrije prijsvorming. Bij de uiteindelijke beslissing om een markt vrij te geven, moeten ook de eventuele baten van marktwerking meegenomen worden. Het is op voorhand moeilijk om een inschatting te maken van de lastendruk in een vrije marktomgeving. Onderstaande analyse betreft daarom vooral een kwalitatieve analyse en richt zich op de kosten voor aanbieders en verzekeraars die samenhangen met de regulering vanuit de overheid.

8.2 Lastendruk

De NZa is een project gestart dat als doel heeft om de door de NZa veroorzaakte administratieve lasten voor zorgaanbieders, verzekeraars en zorgkantoren te verminderen. Het project draagt de naam 'Wegnemen (onnodige) Administratieve Lasten Zorgautoriteit' (WALZ). In het kader van dit project heeft zij geïnventariseerd hoe hoog de administratieve lasten, de nalevingskosten en de uitvoeringslasten zijn. Tevens is er aandacht voor de belevingslasten. Onderstaande analyse sluit aan bij deze methodiek.

Onder reguleringskosten vallen drie groepen van kosten:

- de administratieve lasten;
- de inhoudelijke nalevingskosten;
- de uitvoeringslasten van de NZa zelf.

Administratieve lasten

De administratieve lasten zijn de kosten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te voldoen aan de informatieverplichtingen, die voortvloeien uit regelgeving van de overheid; in dit geval de NZa.³⁸ Het gaat om het verzamelen, bewerken en registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

Inhoudelijke nalevingskosten

De inhoudelijke nalevingskosten zijn de kosten die zorgaanbieders en verzekeraars moeten dragen om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen voortvloeiend uit de regels van de NZa, dus niet administratieve verplichtingen.³⁹ Alleen de kosten die niet gemaakt worden als de wet- en regelgeving er niet zou zijn, worden tot de inhoudelijke nalevingskosten gerekend.

Uitvoeringslasten

De uitvoeringslasten zijn gedefinieerd als de kosten die door de NZa worden gemaakt om uitvoering te geven aan de – informatie – verplichtingen die de NZa oplegt aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars in door haar zelf uitgevaardigde regelgeving of

³⁸ De administratieve lasten worden bepaald door de kosten van een administratieve afhandeling te vermenigvuldigen met het aantal bedrijven of handelingen waarop deze van toepassing is. De kosten voor een administratieve afhandeling worden berekend als het product van de tijdsbesteding en het uurtarief.

³⁹ De kosten worden op een vergelijkbare manier berekend als de administratieve lasten.

regelgeving waarvoor zij verantwoordelijk is.⁴⁰ Daartoe worden ook de kosten gerekend die zijn gemoeid met de handhaving van verplichtingen.

Huidige lastendruk apothekhoudenden

Uit het project WALZ blijkt dat de vrije beroepen met maximumtarieven, uitvoeringslasten met zich meebrengen. Het gaat hier om de kosten die zijn verbonden aan het maken van tarieven en het handhaven en het bezwaar maken tegen overheidsbesluiten. Als de NZa tarieven blijft reguleren, moet zij tevens kostenonderzoek uitvoeren om de juiste hoogte van de tarieven te bepalen.

Lastendruk apothekhoudenden onder vrije prijsvorming

De relevante vraag is of de lastendruk voor de apothekhoudenden anders wordt indien de prijzen worden vrijgegeven. Het rapport WALZ geeft hier in enige mate inzicht in, omdat ook de lastendruk voor fysiotherapeuten is opgenomen. Voor fysiotherapeuten gelden vrije prijzen. Uit het rapport blijkt dat de verschillen in lastendruk voor fysiotherapeuten ten opzichte van beroepsgroepen met een maximumtarief vooral voortvloeien uit de kosten die gepaard gaan met de kennisneming van regelgeving met betrekking tot de standaardprijzlijsten en het ontwerp en ter beschikking stellen van deze prijzlijsten.⁴¹ Het gaat hier om administratieve lasten.

Voorts kunnen er nalevingskosten zijn die samenhangen met de handhaving van de plicht om een standaardprijzlijst op te hangen. Ook zijn er kosten die te maken hebben met het monitoren van de markten, dit zijn deels administratieve lasten en deels uitvoeringslasten. Deze monitorkosten hangen samen met de toezichthoudende taak van de NZa om de ontwikkelingen op de markt in de gaten te houden. Deze kosten zijn overigens gering van omvang en incidenteel van aard. De uitvoeringslasten met betrekking tot het vaststellen en handhaven van tarieven vervallen uiteraard. De kosten van het handhaven van bijvoorbeeld transparantieplichtingen kunnen wel toenemen.

8.3 Veranderingskosten

Het vrijgeven van een markt brengt veranderingskosten met zich mee die niet worden veroorzaakt door de overheid. Nu gelden er nog maximumtarieven voor apothekhoudenden. Met het vrijgeven van prijzen hebben verzekeraars en aanbieders mogelijkheden om direct met elkaar afspraken te maken over prijzen. Het kan dan voorkomen dat een aanbieder met elke verzekeraar een ander tarief afspreekt waardoor de lastendruk voor de beroepsgroep kan toenemen. Verzekeraars en apothekhoudenden kunnen afspraken met elkaar maken om deze lastendruk zo beperkt mogelijk te houden voor elkaar en voor de verzekerde. Dit is bijvoorbeeld ook in de markt voor fysiotherapie gebeurd. Een toename in lastendruk moet tevens worden afgezet tegen de toegenomen vrijheden van verzekeraars en aanbieders om op maat gesneden afspraken te maken. Zie ook hoofdstuk 3.

⁴⁰ De uitvoeringslasten worden berekend door de kosten van een bestuurlijke behandeling te vermenigvuldigen met het aantal handelingen waarop deze van toepassing is.

⁴¹ Fysiotherapeuten zijn verplicht om een standaardprijzlijst op een in het oog springende plek in hun praktijk te hangen waarop de tarieven zijn vermeld die zij hanteren voor een behandeling. Hierdoor is het voor de consument transparant welke prijs hij moet betalen voor een behandeling mocht hij niet verzekerd zijn voor fysiotherapie of welk deel van de behandeling hij zelf moet betalen als de betreffende fysiotherapeut niet gecontracteerd is door zijn verzekeraar.

8.4 Conclusie

Vrije prijsvorming leidt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de korte termijn tot een beperkte toename van de lastendruk. Deze hangen vooral samen met transparantie-eisen. Dit zijn incidentele kosten met een duidelijk doel: vergroting van de prijstransparantie voor de consument. Structureel verdwijnen de reguleringskosten verbonden aan de tarifiering. Ook zijn aan de introductie van vrije prijsvorming veranderingskosten verbonden, deze moeten echter afgewogen worden tegen de baten van vrije prijsvorming. De NZa ziet op voorhand geen reden om de markt vanwege de reguleringskosten en veranderingskosten niet vrij te geven. Zij verwacht dat de baten van vrije prijsvorming hier ruimschoots tegen opwegen.

9. Advies

9.1 Inleiding

Liberalisering van de tarieven voor farmaceutische zorg is voor de NZa alleen dan een optie wanneer het consumentenbelang hiermee gediend is. Dit vereist dat de eventuele risico's voor de consument als gevolg van liberalisering beheersbaar zijn.

De conclusie van de NZa is dat de invoering van vrije prijsvorming meerwaarde heeft voor de consument, in termen van een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg.

In de voorgaande hoofdstukken is stil gestaan bij de precieze voor- en nadelen van vrije prijsvorming voor farmaceutische zorg. In dit hoofdstuk worden de gesignaleerde risico's afgewogen, en op basis daarvan een advies geformuleerd.

9.2 Risico's vrije prijsvorming

Hieronder komen de risico's van vrije prijsvorming voor tarieven van farmaceutische zorg zoals geanalyseerd in voorgaande hoofdstukken aan de orde in onderlinge samenhang.

9.2.1 Risico marktmacht zorgverzekeraars

Apotheekhoudenden hebben in Nederland voor hun contractering te maken met een klein aantal verzekeraars. Door apothekers wordt dit op dit moment ervaren als marktmacht, als gevolg waarvan zij jaarlijks gedwongen zeggen te worden "te tekenen bij het kruisje". Apothekers vrezen een verdere uitbreiding van deze veronderstelde markt macht als apothekerstarieven vrij zijn.

De NZa acht een zekere vorm van inkoopmacht geen bezwaar, zolang de voordelen daarvan worden doorgegeven aan de consument. Op grond van haar eigen conclusies in de meest recente monitor van de zorgverzekeringsmarkt (2008) concludeert de NZa dat dit het geval is.⁴² Wel benadrukt de NZa dat een sterke positie van zorgverzekeraars er niet toe mag leiden dat de druk op de tarieven leidt tot verschraling van de kwaliteit en toegankelijkheid van de farmaceutische zorg.

Risico 1: de kwaliteit en toegankelijkheid van farmaceutische zorg kan gevaar lopen wanneer consumenten verzekeraars onvoldoende dwingen hier aandacht aan te besteden.

Het door veel partijen gesignaleerde probleem hierbij is op dit moment dat consumenten (en dus verzekeraars) wel actief sturen op de prijs, maar nog onvoldoende kennis van zaken hebben om te kunnen sturen op kwaliteit. Hoewel kwaliteit van farmaceutische zorgverlening te complex is om hier te spreken van *de* kwaliteit, staat vast dat het niet wenselijk is dat een eventuele machtspositie van zorgverzekeraars en het ontbreken van sturing op kwaliteit door consumenten leiden tot verschraling van kwaliteit onder een bepaald niveau.

⁴² De NZa is van oordeel dat de zorgverzekeringsmarkt voldoende concurrerend is. Zie Monitor Zorgverzekeringsmarkt d.d. juni 2008.

De markt zou daarom te allen tijde terug moeten kunnen vallen op heldere, door de overheid (in overleg met de sector) gedefinieerde kwaliteitseisen, geborgd via toezicht door NZa/IGZ. Dit principe geldt echter onafhankelijk van de vraag of vrije prijzen ingevoerd kunnen worden of niet. Ook in het huidige systeem van maximumprijzen zou bij inkoopmacht van verzekeraars verschraving kunnen optreden, en ook in het huidige systeem ligt het primaat om dit te voorkomen bij de apothekers en de overheid. De IGZ ziet toe op de minimumkwaliteit, de NZa op machtsposities.

De toegankelijkheid van de farmaceutische zorg loopt op objectieve gronden geen bezwaar, zo blijkt uit het onderzoek van de NZa, zelfs als 10% van de apotheken van de markt zou verdwijnen (zie paragraaf 6.2.1). Uit de gesprekken tijdens de consultatie is niet gebleken dat dit in de praktijk anders zou uitvallen. Aanvullend merkt de NZa hierover op dat als een apotheek zou verdwijnen uit een gebied waar hij de enige of een van de weinigen is, dit niet snel zal leiden tot het verdwijnen van de farmaceutische zorg in dat gebied (een punt van zorg van patiëntenorganisaties). Juist in deze gebieden hebben de aanbieders mogelijk een machtspositie, en de zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht een belang dat de farmaceutische zorgverlening bijvoorbeeld via die aanbieders blijft bestaan. Daarnaast bestaan voldoende toetredingsmogelijkheden, bijvoorbeeld om via internetapotheken of uitdeelpunten ook in deze gebieden het aanbod van de farmaceutische dienstverlening op peil te houden.

9.2.2 Risico marktmacht apothekhoudenden

Uit de analyse blijkt dat op landelijk niveau geen sprake is van marktmacht van apothekers. In de zienswijzen naar aanleiding van de consultatie wordt echter vooral aandacht gevraagd voor de situatie op lokaal niveau. Uit de analyse van de NZa blijkt dat voor zover al sprake is van lokale marktmacht, dit slechts een beperkt deel van de markt betreft. Voor 5,4% van de Nederlandse bevolking geldt dat deze slechts de keuze heeft uit één apotheek (zie paragraaf 4.2.1). In deze gebieden bestaat potentieel het risico dat verzekeraars geconfronteerd worden met apothekers die zich anticompetitief zouden kunnen gedragen, bijvoorbeeld door buitensporig hoge prijzen te vragen.

De NZa constateert echter dat de toetredingsdrempels relatief laag zijn (zie paragraaf 4.2.1). Zodra een apotheker met een schijnbare monopoliepositie buitensporig hoge prijzen gaat vragen, zullen alternatieve aanbieders alsnog toetreden tot de betreffende lokale markt. Gestimuleerd door mogelijke hoge winsten, en eventueel op verzoek van de verzekeraar. De toetredingsdrempel wordt verder verlaagd door het feit dat consumenten prijsgevoelig zijn en goed te sturen zijn door zorgverzekeraars (zie paragraaf 4.2.1). In principe kent de zittende apotheek dit mechanisme, en weet hij dus ook dat het verstandig is zijn tarieven niet onredelijk hoog op te schroeven.

Een voordeel van vrije prijsvorming voor dit soort apothekers is overigens dat zij in staat gesteld worden te compenseren voor het feit dat zij - als gevolg van hun dunbevolkte afzetgebied - lagere schaalvoordelen genieten (minder dan 80.000 receptregels per jaar) dan hun collega's in de stad. Voor verzekeraars zou dit - binnen de grenzen van het redelijke - acceptabel moeten zijn.

Risico 2: de NZa constateert dat er een klein risico is dat er op lokaal niveau marktmacht van apothekers ontstaat (5,4% van de markt).

De NZa zal de markt in deze gebieden nadrukkelijk monitoren. Eventueel misbruik zou daarbij bestraft kunnen worden door NZa en/of NMa, en dus in principe geen belemmering hoeven vormen voor invoering van vrije prijsvorming voor de gehele Nederlandse markt.

De enige mogelijkheid waarbij apothekers eventuele marktmacht daadwerkelijk kunnen benutten, is wanneer zij binnen een bepaald gebied samenspannen⁴³. Dit kan expliciet (door middel van afspraken), maar ook stilzwijgend. Ook hier geldt dat de NZa de markt nadrukkelijk zal monitoren op dergelijke vormen van samenspanning. Eventueel misbruik zou daarbij bestraft kunnen worden door NZa en/of NMa, en dus in principe geen belemmering hoeven vormen voor invoering van vrije prijsvorming voor de gehele Nederlandse markt.

In de gereguleerde tarieven voor 2009 is de mogelijkheid gecreëerd dat apothekhoudenden en verzekeraars ruimte hebben om te onderhandelen over afwijkende tarieven. Op grond van de wijze waarop partijen met deze ruimte omgaan, zal in de loop van 2009 de mate van (gezamenlijke) marktmacht getoetst worden.

9.2.3 Risico marktmacht overige partijen

In de bedrijfskolom van farmaceutische zorg zijn naast apothekhoudenden ook groothandelaren actief en producenten van single- en multi-source geneesmiddelen.

Uit de analyse van de NZa blijkt voornamelijk niet dat teveel marktmacht bestaat bij groothandelaren of producenten van multi-source geneesmiddelen. Voor zover hiervan wel sprake is bij producenten van single-source geneesmiddelen, heeft de NZa voornamelijk geen aanwijzingen dat dit invloed heeft op de mogelijke risico's van de introductie van vrije prijsvorming voor farmaceutische zorg.

9.2.4 Risico achteruitgang kwaliteit

De vraag is of in een systeem van vrije prijsvorming voldoende ruimte bestaat voor apothekers om zich te concentreren op hun kerntaken ten aanzien van de kwaliteit van hun dienstverlening, voor de consument om die kwaliteitsverschillen te onderscheiden en voor verzekeraars om dit te monitoren en te belonen.

De discussie over de wenselijkheid en de effecten van een meer geliberaliseerde farmaceutische markt heeft, los van een eventuele invoering daarvan, meerwaarde voor de consument. Deze meerwaarde komt tot uitdrukking in het debat dat momenteel gevoerd wordt over de toegevoegde waarde van de apotheker in zijn rol als zorgverlener. De NZa wijst er in dit kader nogmaals op dat de kerntaken van de apothekhoudende in haar ogen primair gerelateerd is aan zorginhoudelijke dienstverlening als advies en medicatiebewaking, en secundair aan inkoop- en distributietaken. De kerntaken van de apothekhoudende en het kwaliteitsniveau van de farmaceutische zorg zijn dus nauw met elkaar verbonden.

Uit de consultatie wordt duidelijk dat enerzijds weinig inzicht bestaat in de kwaliteit die nu geboden wordt, en geboden zou moeten worden.

⁴³ Het is apothekers wel toegestaan gezamenlijk te onderhandelen, op grond van de zogeheten bagatelbepaling, mits dit niet bij voorbaat leidt tot een economische machtspositie.

Er bestaan weliswaar kwaliteitssystemen van de beroepsgroep zelf, maar deze zijn lastig te toetsen voor consumenten en verzekeraars. Dat wil overigens niet zeggen dat de kwaliteit van de huidige farmaceutische zorg niet van hoog niveau is. Internationaal onderzoek wijst uit dat Nederlandse apotheken een uitgebreide dienstverlening kennen in vergelijking met andere (west-Europese) landen, in termen van de rol die apothekers spelen bij generieke substitutie, de afwikkeling van vergoedingen, elektronisch voorschrijven en initiatieven om farmacotherapeutische programma's uit te voeren in FTO's.⁴⁴

Anderzijds blijken apotheehoudenden weinig stimulansen te hebben in het huidige systeem om zich van hun concurrenten te onderscheiden op zorginhoudelijke kwaliteit. De vraag zou dus moeten zijn op welke manier een kwalitatief goed aanbod van farmaceutische zorg wordt bevorderd, en of daarbij vrije prijsvorming de voorkeur heeft ten opzichte van een systeem met gereguleerde prijzen.

Om deze vraag te beantwoorden, dient onderscheid gemaakt te worden tussen enerzijds het minimum-kwaliteitsniveau waaraan de farmaceutische zorg moet voldoen (van de wetgever, onder toezicht van IGZ) en anderzijds het concurrerende kwaliteitsniveau dat een apotheehoudende zelf wenst neer te zetten. De doelstelling is het eerste te garanderen, en het tweede zoveel mogelijk te stimuleren. De eerste doelstelling – minimumkwaliteit – wordt reeds geborgd door de overheid (zie hoofdstuk 5). De IGZ houdt hier toezicht op. De transparantie van kwaliteitsnormen wordt door IGZ voorts bevorderd door middel van het project ZiZo (Zichtbare Zorg). De farmacie heeft binnen de vrije beroepsgroepen prioriteit in dit programma.

Aangezien de minimumkwaliteit hiermee geborgd is, rest de vraag in hoeverre een systeem van vrije prijsvorming genoeg prikkels bevat om de tweede doelstelling – optimale kwaliteit – te realiseren. De conclusie van de NZa is dat onderscheid in kwaliteit door het huidige reguleringssysteem onvoldoende wordt bevorderd. Apothekers die daadwerkelijk initiatieven nemen worden in het huidige systeem voor deze initiatieven onvoldoende beloont, en apothekers die qua prestatie inhoudelijk minder presteren, ontvangen toch hetzelfde tarief als verzekeraars dit niet hebben vertaald in lagere tarieven onder het maximum.

Door vrije prijsvorming worden apotheehoudenden gestimuleerd zich te onderscheiden op basis van zorginhoudelijke kwaliteit. Dit systeem maakt het mogelijk dat goede apotheken worden beloont, en minder goede bestraft.

De NZa constateert echter dat de huidige prestaties, uitgewerkt in de gedifferentieerde receptregels onvoldoende basis vormen voor een systeem van vrije prijsvorming. De huidige prestatieomschrijvingen zijn gekoppeld aan het afleveren van geneesmiddelen, waardoor de zorginhoudelijke activiteiten die daar aan vooraf gaan niet zichtbaar zijn. Gevolg is dat kwaliteitsverschillen van deze activiteiten geen invloed hebben op het tarief, zodat nog steeds geen sprake is van expliciete beloning voor zorginhoudelijke activiteiten.

Omgekeerd is het voor verzekeraars en consumenten van belang niet alleen informatie te verkrijgen over het kostenniveau, maar ook over de kwaliteit van de verleende dienstverlening. Met het huidige

⁴⁴ Bron: IMS (2008). De vergelijking van het niveau van dienstverlening is gemaakt met apotheken in België, Denemarken, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

gedifferentieerde tarief is het moeilijk voor de consument en de verzekeraar om op grond van kwaliteitsverschillen een keuze te maken tussen verschillende apothekhoudenden. Meer transparantie in de zorgprestaties en de relatieve kwaliteitsverschillen van apothekhoudenden en hun prestaties is daarom wenselijk om daadwerkelijke vraagsturing – en daarmee marktwerking – op gang te brengen.

Risico 3: De NZa ziet het als een risico voor het slagen van vrije prijsvorming dat de kwaliteit van de farmaceutische zorg onvoldoende transparant en inzichtelijk is voor de consument, de apotheker en de zorgverzekeraar. Hierdoor kan nauwelijks tot niet gestuurd worden op kwaliteit.

9.2.5 Conclusie risicoanalyse

De NZa concludeert dat de invoering van vrije prijsvorming voor farmaceutische zorg toegevoegde waarde heeft voor de consument, en dat de risico's ten aanzien van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid beheersbaar zijn.

Het grootste risico daarbij is het gebrek aan inzicht in de kwaliteit van de farmaceutische zorg en de meetbaarheid daarvan. De NZa vindt het om die reden noodzakelijk dat er vóór de invoering van vrije prijsvorming voldoende ruimte op de markt wordt gecreëerd om partijen niet uitsluitend te laten sturen op basis van prijs. Kwaliteit zou inzichtelijk moeten zijn, zodat bij de keuze voor een apothekhoudende of zorgverzekeraar ook kwaliteitsverschillen worden betrokken

Hiertoe is het noodzakelijk dat de prestatieomschrijving aangepast wordt op zodanige wijze dat voldoende ruimte ontstaat:

- voldoende ruimte voor de *apothekhoudende* om zich te concentreren op zijn kerntaken;
- voldoende ruimte voor de *consument* om kwaliteitsverschillen tussen apothekhoudenden te onderscheiden; en
- voldoende ruimte voor *zorgverzekeraars* om kwaliteitsverschillen te monitoren en te belonen.

Op grond van haar risicoanalyse concludeert de NZa dat het verantwoord is vrije prijsvorming te introduceren, mits de bijbehorende prestaties zodanig zijn vormgegeven dat concurrentie niet alleen op basis van prijs, maar ook op basis van kwaliteit plaats kan vinden. Hiertoe is het noodzakelijk nieuwe prestaties te ontwikkelen voorafgaand aan de invoering van vrije prijsvorming.

In de volgende paragraaf wordt de invulling van deze randvoorwaarde nader uitgewerkt.

9.3 Noodzakelijke randvoorwaarden

9.3.1 Vaststellen nieuwe prestaties

Zoals vermeld in het voorgaande hoofdstuk bestaan de kerntaken van de apothekhoudende uit die elementen die vanuit het eigen vakgebied de meeste toegevoegde waarde kunnen bieden. Dit zijn primair de taken

gerelateerd aan zorginhoudelijk dienstverlening als advies en medicatiebewaking en secundair de inkoop- en distributietaken.

Taken gerelateerd aan zorginhoudelijk dienstverlening zijn onder meer advies aan patiënten en artsen (dit laatste onder meer in het kader van het farmacotherapeutisch overleg), medicatiecontrole (tegengaan medicatiefouten, met name in het geval van polyfarmacie), medication review (het nagaan bij patiënten die veel medicijnen slikken of die combinaties nog wel bij elkaar passen), het bevorderen van therapietrouw en het meewerken aan verbetering van de informatie-uitwisseling met ondermeer huisartsen.⁴⁵

De NZa concludeert op grond van haar analyse in dit advies dat het minimum kwaliteitsniveau van farmaceutische zorg in principe voldoende geborgd is. Tegelijkertijd concludeert de NZa echter (zie paragraaf 9.2.2) dat de huidige prestatieomschrijving (het gedifferentieerde tarief) onvoldoende basis vormt voor de introductie van vrije prijsvorming.

In de eerste plaats doet de huidige prestatieomschrijving (de gedifferentieerde receptregel) onvoldoende recht aan de kerntaken van apothekhoudenden. De invulling van de zorg vanuit de apothekhoudende verschuift steeds verder van productgeoriënteerd naar patiëntgeoriënteerd, van aanbod naar vraag. De huidige honorering op basis van het aantal receptregels doet onvoldoende recht aan deze situatie.

In de tweede plaats biedt de huidige prestatieomschrijving voor verzekeraars en consumenten onvoldoende inzicht in de relatieve kwaliteitsniveaus, en de individuele prestaties daarbinnen van afzonderlijke apothekhoudenden. Daardoor is het met het huidige gedifferentieerde tarief moeilijk voor de consument en de verzekeraar om op grond van kwaliteitsverschillen een keuze te maken tussen verschillende apothekhoudenden.

Op grond hiervan concludeert de NZa dat het noodzakelijk is dat meer transparantie ontstaat in de prestaties en de relatieve kwaliteitsverschillen van apothekhoudenden, teneinde zowel vraag- als aanbodsturing op gang te brengen.

Een goede afstemming tussen aanbod en vraag is immers een randvoorwaarde voor goede marktwerking en kan een zo goed mogelijke prijs/kwaliteitverhouding tot stand brengen.

Invulling nieuwe prestaties

Randvoorwaarde voor introductie van vrije prijsvorming is de ontwikkeling en vaststelling van een set prestaties die enerzijds recht doet aan de kerntaken van de apotheker, en anderzijds consumenten en zorgverzekeraars duidelijkheid geeft over de dienstverlening die zij van een apothekhoudende mogen verwachten.

Doelstelling nieuwe prestaties

Doelstelling van de nieuwe prestaties is de kwaliteit van farmaceutische zorg transparant te maken voor zowel apothekhoudenden, consumenten als zorgverzekeraars. Dit is een noodzakelijke randvoorwaarde voor de introductie van vrije prijsvorming op deze markt.

⁴⁵ Van polyfarmacie is sprake bij patiënten die meerdere geneesmiddelen naast elkaar gebruiken.

Om deze doelstelling te bereiken, moet in de nieuwe prestaties het accent gelegd worden op elementen van zorginhoudelijke dienstverlening, in plaats van op distributie.

De NZa adviseert in dit kader aanvullend nieuwe prestaties in te voeren bestaande uit:

- *een basisprestatie*: de diensten die minimaal geleverd zouden moeten worden door alle apotheehoudende die farmaceutische zorg verlenen;
- *aanvullende prestaties*: de diensten die nu al geleverd kunnen worden door alle apotheken, maar niet noodzakelijk deel uitmaken van de basisprestatie;
- *een open prestatie*: ruimte voor diensten die op individuele basis door apothekers en zorgverzekeraars vastgelegd kunnen worden.

De basisprestatie zou bestaan uit de taken die minimaal uitgevoerd zouden moeten worden door een apotheehoudende teneinde een minimumkwaliteitsniveau te borgen. Vrijwel elke groep respondenten (apothekers, verzekeraars, koepels, huisartsen) wijst de NZa in de consultatie op de noodzaak voor een dergelijke basisprestatie.

De nieuwe prestaties dienen duidelijk te maken welke prestatie(s) een apotheker minimaal kan en moet leveren, en wat hij daar bovenop – voor zover bekend – aanvullend kan leveren. De onderhandelingen tussen apothekers gaan vervolgens primair over het tarief, en de wijze waarop apothekers beoordeeld kunnen worden op de door hen geleverde diensten. De open prestatie biedt daarbij ruimte voor het overeenkomen van prestaties voor innovatieve diensten door apotheehoudenden, en de beloning daarvan door verzekeraars. Dit laatste is ook weer in het belang van de consument.

Het vaststellen van nieuwe prestaties biedt enerzijds kansen aan apotheehoudenden om hun toegevoegde waarde beter inzichtelijk en waardeerbaar te maken. Anderzijds ondersteunt deze beleidslijn het onderhandelingsproces tussen apotheehoudenden en zorgverzekeraars door het creëren van een gemeenschappelijke onderhandelingstaal en geeft het naar de consumenten toe transparantie over wat de apotheker aan zorgverlening te bieden heeft.

Rolverdeling ontwikkeling en vastlegging nieuwe prestatie

De NZa is van mening dat de ontwikkeling van de nieuwe prestaties primair een verantwoordelijkheid is van de sector zelf, binnen de kaders die de overheid (IGZ, CVZ, NZa) daarvoor scheppen. Onder de sector verstaat de NZa in dit kader in ieder geval de apotheehoudenden en zorgverzekeraars, maar ook vertegenwoordigers van consumenten/patiënten en artsen.

Voor de ontwikkeling van de nieuwe prestaties zou aansluiting gezocht kunnen worden bij de 'Basisset 2009 kwaliteitsindicatoren apotheken', zoals ontwikkeld door IGZ, KNMP en SIR.⁴⁶

De vastlegging van de nieuwe prestaties is een taak van de NZa, op grond van de Wmg. Gezien het grote belang dat bestaat bij een zorgvuldige en tijdige vaststelling van de nieuwe prestaties, zal de NZa een actieve faciliterende rol spelen bij de totstandkoming hiervan.

⁴⁶ Bron. KNMP, IGZ, SIR. Basisset 2009 Kwaliteitsindicatoren apotheken.
<http://www.knmp.nl/vakinhoud/kwaliteitszorg/prestatieindicatoren>

9.3.2 Juiste timing

Praktische voorwaarden

Voor de timing van de introductie van vrije prijsvorming voor farmaceutische zorg, dient rekening gehouden te worden met de tijd die benodigd is voor:

- ontwikkelen en vaststellen van nieuwe prestaties;
- aanpassen ICT-systemen van apothekhoudenden en zorgverzekeraars;
- individuele onderhandelingen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars over de tarieven en eventuele aanvullende prestaties;
- aanpassen polissen zorgverzekeraars.

De laatste drie stappen (aanpassen ICT-systemen, onderhandelingen, aanpassen polissen) nemen gezamenlijk circa 6 maanden in beslag. Bij voorkeur gaan deze 6 maanden vooraf aan 1 januari, wanneer de nieuwe zorgverzekeringopolissen van kracht worden en verzekerden hebben kunnen overstappen.

Draagvlak

De belangrijkste voorwaarde voor de introductie van vrije prijsvorming is evenwel dat de nieuwe prestaties op een zorgvuldige en door betrokken partijen gesteunde wijze worden vastgesteld.

De NZa constateert dat alle direct betrokken partijen, zowel de apothekers als de verzekeraars als de consumenten- en patiëntenorganisaties, bezwaar maken tegen invoering van vrije prijsvorming per 1 januari 2010. Hierbij kwam het geringe wederzijdse vertrouwen tussen zorgverzekeraars en apothekers als een belangrijk risico naar voren.

Gegeven deze zienswijze van partijen, de turbulentie op de markt in het afgelopen jaar, en de noodzaak tot draagvlak onder deze partijen, concludeert de NZa dat het niet verstandig is vrije prijsvorming reeds in te voeren per 1 januari 2010.

9.4 Gewenste maatregelen

Voordat overgegaan wordt tot vrije tariefvorming kan nog een aantal maatregelen genomen worden die de meerwaarde van vrije prijsvorming voor farmaceutische zorg verder kunnen vergroten. Het betreft maatregelen die aanvullend genomen kunnen worden op het loslaten van de tarieven en bijbehorende prijsregels, maar niet noodzakelijk zijn voor het welslagen ervan.

Het betreft de volgende maatregelen, die in de navolgende paragrafen verder uitgewerkt worden:

- afschaffen rekenregels WMG-tariefbeschikking;
- verbeteren sturingsmogelijkheden consument;
- verruimen sturingsmogelijkheden zorgverzekeraars;
- borgen generieke substitutie;
- verlagen toetredingsdrempels.

Hieronder worden deze maatregelen nader uitgewerkt.

Afschaffen rekenregels WMG-tariefbeschikking

De NZa concludeert dat het afschaffen van de Wmg regelgeving voor een vergoedingenlijst, wanneer er geen sprake meer is van een claw back, de

onderhandelingsposities van apothekers en zorgverzekeraars niet lijkt te beïnvloeden. Overigens is het daarmee nog steeds mogelijk dat er een taxe wordt gepubliceerd.

Op grond hiervan adviseert de NZa de formele status van de vergoedingenlijst weg te halen door de hierop van toepassing zijnde rekenregels uit de WMG-tariefbeschikking te schrappen gelijktijdig aan de invoering van vrije prijsvorming. Dit advies is overeenkomstig de langetermijnvisie van de Minister.

Verbeteren sturingsmogelijkheden consument

Om het keuzeproces van consumenten te ondersteunen is het van belang dat verschillen in vergoedingen tussen geneesmiddelen en tussen apotheekhoudenden transparant worden gemaakt. In de huidige situatie krijgt de consument vaak pas inzicht in de kosten van het geneesmiddel nadat hij dit heeft gebruikt, namelijk bij de opgave van het 'gebruikte' eigen risico door de zorgverzekeraar. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn de consument hierover te informeren op het moment dat hij de geneesmiddelen aanschaft, dus in de apotheek. Concreet houdt dit in dat de consument een kopie van de nota ontvangt bij het verlaten van de apotheek, en waarin hij dus niet alleen de prijs van het geneesmiddel, maar ook de extra kosten voor de apotheker te zien krijgt. Hoewel dit in de praktijk al vaak voorkomt, is dit nog niet standaard het geval. Een mogelijkheid zou daarnaast zijn iedere apotheekhoudende te verplichten een lijst met prestaties en bijbehorende prijzen op het raam te hangen, en deze lijst ook bij de zorgverzekeraar opvraagbaar te maken.

Ook is van belang dat de consument weet waar hij aan toe is als hij een apotheek bezoekt waar de zorgverzekeraar geen contract mee heeft gesloten. Dit moet duidelijk in de polisvoorwaarden zijn vermeld.

Naast informatie over het kostenniveau is het van belang dat de consument informatie heeft over de kwaliteit van de verleende zorg. Op dit moment is het echter moeilijk voor de consument (en de verzekeraar) om op grond van kwaliteitsverschillen een keuze te maken tussen verschillende apotheekhoudenden. Er is weinig inzicht in kwaliteitsverschillen tussen apotheekhoudenden. Meer transparantie over de relatieve kwaliteitsprestaties van apotheekhoudenden is wenselijk om daadwerkelijke vraagsturing op gang te brengen. Bij het vaststellen van nieuwe prestaties zou hier rekening mee gehouden moeten worden, onder meer door een koppeling met prestatie-indicatoren.

Verbeteren prikkels consument

Een mogelijkheid om de prikkels voor de consument te versterken is het invoeren van een specifiek eigen risico voor farmaceutische zorg. Met een eigen risico wordt een consument gestimuleerd naast de baten ook de kosten af te wegen van een geneesmiddel. De extra kosten die dit met zich meebrengt voor een individuele patiënt worden, wanneer succesvol, gecompenseerd door een daling van de totale uitgaven voor geneesmiddelen, en daarmee de betaalbaarheid voor alle consumenten.

De invoering van een eigen bijdrage brengt echter eigen risico's met zich mee. In de eerste plaats kan de therapietrouw omlaag gaan als de patiënten niet meer in staat zijn om voor de geneesmiddelen te betalen. In de tweede plaats kan substitutie optreden naar andere vormen van gezondheidszorg die duurder kunnen zijn.

De NZa merkt op dat in de consultatie naar vormen komt dat een eigen bijdrage in het geval van farmaceutische zorg onevenredig grote gevolgen zou hebben voor de groep die niet kan kiezen, te weten

chronische patiënten. Daarbij komt dat de inkoopsturing primair bij de verzekeraars ligt, en niet bij de consument.

Op grond van bovenstaande concludeert de NZa dat vooralsnog geen noodzaak bestaat een eigen risico in te voeren voor farmaceutische zorg. De NZa zal de markt de komende jaren monitoren. Mocht daaruit blijken dat de prikkels in de markt toch zodanig zijn dat meer sturing door consumenten gewenst is, dan zal de NZa opnieuw een afweging maken over het adviseren van een eigen risico.

Verbeteren sturingsmogelijkheden zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars kunnen op termijn alleen effectief onderhandelen met apothekhoudenden als zij geloofwaardig kunnen dreigen hun verzekerden naar een andere apotheek te sturen (Schut en Brouwer 2004). De sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars kunnen worden vergroot door verzekeraars toe te staan het verplichte eigen risico gericht in te zetten om patiënten naar een preferente apotheker te sturen. Dit zou inhouden dat zorgverzekeraars het eigen risico geheel of gedeeltelijk kwijtschelden indien de verzekerde de geneesmiddelen betreft van een voorkeursapotheek. Verzekerden betalen dan geen of minder eigen risico indien zij een voorkeursapotheek bezoeken. Om ongewenste substitutie richting intramurale zorg te voorkomen, verdient het aanbeveling het eigen risico ook van toepassing te laten zijn voor intramuraal verstrekte geneesmiddelen.

Deze beleidsoptie kan zo worden vormgegeven dat geen enkele verzekerde er hierdoor op achteruit gaat ten opzichte van de huidige situatie. Dit valt te bereiken door een apart eigen risico in te voeren voor farmaceutische zorg.

Het directe effect van deze beleidsoptie is dat de BKZ-relevante zorguitgaven stijgen (eigen bijdragen tellen niet mee bij de BKZ-relevante zorguitgaven). Hier staat echter tegenover dat de uitgaven aan farmaceutische hulp kunnen dalen door de betere onderhandelingspositie van zorgverzekeraars.

Borgen generieke substitutie

Om generieke substitutie ook in de toekomst te bevorderen dienen zich verschillende beleidsopties aan. Artsen kunnen standaard worden voorzien van spiegelinformatie over hun eigen voorschrijfgedrag. Verzekeraars kunnen hierbij een actieve rol spelen. Als verzekeraars de rol van de apotheker als 'substitutie-motor' niet kunnen of willen overnemen, is er een mogelijke rol voor aanvullend overheidsbeleid, bijvoorbeeld pay-for-performance (P4P) bonussen voor doelmatig voorschrijfgedrag.

Een andere beleidsoptie is het gebruik van gedifferentieerde eigen bijdragen. Consumenten betalen dan een hogere eigen bijdragen voor een spécialité waarvoor een generiek substituuut beschikbaar is. Schrijnende gevallen kunnen worden ontzien door uitzonderingen toe te staan op basis van medische noodzaak.

Ongewenste 'hersubstitutie' van generiek naar spécialité als gevolg van de verschillen in bekostiging tussen intramuraal en extramuraal geneesmiddelengebruik valt tegen te gaan door de verschillen in bekostigingssystematiek op te heffen of door het gebruik van 'keten-DBC's', waarbij bijvoorbeeld het ziekenhuis ook verantwoordelijk is voor de extramuraal geneesmiddelenkosten.

De mogelijke financiële belangenverstremgeling tussen voorschrijvers en verstrekkers van geneesmiddelen in nieuwe samenwerkingsvormen in de eerste lijn zoals AHOEDs, kan resulteren in ongewenste substitutie naar spécialités. Dit dient zorgvuldig gemonitord te worden. Als er aanwijzingen zijn dat hierdoor het doelmatig voorschrijven onder druk komt te staan kan besloten worden in te grijpen.

De mogelijkheden voor verzekeraars om therapeutische substitutie te stimuleren kunnen worden vergroot door de aanspraken op farmaceutische zorg functioneel te omschrijven, zoals vermeld in de langetermijnvisie (LTV) van de Minister. Op dit moment geldt een positieve lijst van geneesmiddelen die de zorgverzekeraar moet vergoeden. Een dergelijke functionele aanspraak kan bijvoorbeeld inhouden dat op basis van richtlijnen van de beroepsgroep waarin het kostenooipunt is meegenomen, alleen de eerste-, tweede- en derdelijns therapievoorkeuren voor een specifieke indicatie worden vergoed. De Minister van VWS heeft onlangs een eerste stap in deze richting gezet, met het besluit dat cholesterolverlagers voortaan worden vergoed volgens richtlijnen die de huisartsen zelf hebben opgesteld.⁴⁷ Een functionele aanspraak kan ook de vorm krijgen van de verplichting om tenminste één geneesmiddel uit een cluster te vergoeden zonder bijbetaling. De clustersystematiek van het (aangepaste) GVS kan hierbij als uitgangspunt dienen.

Verlagen toetredingsdrempels

Maatregelen die de toetredingsdrempels verlagen dragen op twee manieren bij aan het consumentenbelang. In de eerste plaats kunnen hiermee potentiële bereikbaarheidsproblemen opgelost worden.

In de tweede plaats wordt hiermee de betaalbaarheid geborgd. Zodra op een locatie of in een regio een apothekhouder in staat is marktmacht aan te wenden voor het vragen van (te) hoge tarieven, zullen aanbieders toetreden die een vergelijkbare dienst tegen een lager tarief kunnen leveren.

De NZa concludeert in dit advies (zie paragraaf 4.2.1) dat de toetredingsdrempels laag zijn. Op grond daarvan bestaat geen noodzaak maatregelen te nemen die de toetredingsdrempels verlagen.

De NZa zal de markt de komende jaren monitoren. Mocht daaruit blijken dat de toetredingsdrempels toch zodanig zijn dat een probleem optreedt met de mate van marktwerking, dan zal de NZa alsnog adviseren aanvullende maatregelen te nemen. Bijvoorbeeld door het criterium aan te passen in de Geneesmiddelenwet voor het mogen voeren van een apotheek (het zogeheten '1-vent-per-tent' principe).

9.5 Advies

De NZa concludeert op grond van haar analyse dat de eventuele risico's als gevolg van liberalisering van de tarieven voor farmaceutische zorg voldoende beheersbaar zijn en vrije prijsvorming leidt tot meerwaarde voor de consument, mits aan een aantal randvoorwaarden is voldaan.

Een van de voorwaarden betreft de transparantie van kwaliteit. Daarnaast moet de timing realistisch zijn om alle benodigde veranderingen technisch te kunnen uitvoeren en te werken aan het onderlinge vertrouwen tussen partijen.

⁴⁷ Bron: <http://www.minvws.nl/dossiers/prinsjesdag-2008/toelichting-door-bewindslieden/presentatie-klank/> (website bezocht 20-9-2008)

Op grond van voorgaande analyse adviseert de NZa de Minister het volgende.

Advies

De NZa concludeert dat de eventuele risico's als gevolg van liberalisering van de tarieven voor farmaceutische zorg voldoende beheersbaar zijn.

Randvoorwaarde is het ontwikkelen en invoeren van nieuwe prestaties, die de kwaliteit van farmaceutische zorg transparant maken voor zowel apothekhoudenden, consumenten als zorgverzekeraars.

De NZa adviseert de Minister daarom als aan de randvoorwaarde is voldaan vrije prijsvorming te introduceren per 1 januari 2011.

De NZa stelt voor het proces zodanig in te richten dat per 1 januari 2011 in goed vertrouwen vrije prijsvorming geïntroduceerd kan worden.

Dit betekent dat de nieuwe prestaties gedurende 2009 ontwikkeld en vastgesteld moeten worden, en gedurende 2010 getest en geïntroduceerd in de ICT-systemen, onderhandelingen en polissen.

Dit betekent eveneens dat gedurende 2009 en 2010 nog sprake is van door de NZa vastgestelde tarieven voor farmaceutische zorg. Bij wijze van transitie naar vrije prijsvorming zal de NZa geleidelijk aan meer ruimte introduceren in deze tarieven.

Om te beginnen is in de gereguleerde tarieven voor 2009 de ruimte gecreëerd voor apothekhoudenden en verzekeraars om te onderhandelen over afwijkende tarieven. Vervolgens zal de NZa voor het tarief van 2010 bekijken in hoeverre deze ruimte verder kan worden uitgebreid.

9.6 Monitoring

Zoals gebruikelijk bij liberaliseringstrajecten in de zorg zal de NZa het proces naar vrije prijsvorming van tarieven voor farmacotherapeutische dienstverlening jaarlijks nauwkeurig monitoren. Gegeven de introductie per 1 januari 2011, betekent dit dat de NZa hieraan voorafgaand nog twee monitors uit zal voeren, in 2009 en 2010.

De volgende onderwerpen zullen in de monitor in ieder geval aan bod komen:

- prijsontwikkeling van geneesmiddelen, tarieven van apothekhoudenden, bonussen en kortingen;
- inhoud van de contracten tussen verzekeraars en apothekhoudenden, zoals afspraken over preferente geneesmiddelen, over generieke substitutie en over de kwaliteit van de dienstverlening;
- participatie van apothekers in het FTO;
- bereikbaarheid van apotheken;
- kwaliteit van de dienstverlening door apothekhoudenden;
- voortgang bij het Elektronisch Medicatie Dossier (EMD).

Als uit de monitor blijkt dat op een of meer aspecten sprake is van voor de consument ongewenste ontwikkelingen, dan kan de NZa ingrijpen in de vorm van gehele of gedeeltelijk (her)regulering.

10. Geraadpeegde literatuur

Boonen, L.H.H. M., F.T. Schut, X. Koolman, 2007, Consumer channelling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market, *Health Economics* 16, te verschijnen

Bijlsma, M., V. Kocsis, V. Shestalova en G. Zwart (2008), Vertical foreclosure: a policy framework, CPB Document 157

Department of Health, Office of the Inspector General (2008), Review of the relationship between Medicare Part D payments to local, community pharmacies and the pharmacies' drug acquisition costs

Doeve, R. en A. Meijer (2008), Prijsvorming van generieke geneesmiddelen: forse prijsdalingen in het nieuwe zorgstelsel, CPB Document 175

DGV (2007), Cardiovasculair risicomanagement Simvastatine: keuze en dosering in 2007

Dranove, D. (2008), Code Red: an economist explains how to revive the healthcare system without destroying it, Princeton: Princeton University Press

Eindrapport HARM-onderzoek (2006), Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences

Gaynor, M. (2006), What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets?, NBER Working Papers 12301, National Bureau of Economic Research

Government Accounting Office (2003), Effects of Using Pharmacy Benefit Managers on Health Plans, Enrollees, and Pharmacies, Washington: GAO

Grabowski, H.G., D. B. Ridley en K. A. Schulman (2007), Entry and Competition in Generic Biologics, *Managerial and Decision Economics*, 28: 439-451

Hellendoorn, J.W.M., B. Karssen en B. Jurling (2007), In wiens belang? Onderzoek naar samenwerkingsvormen en belangen-verstrengeling tussen arts en apotheekhoudende in de eerstelijnsgezondheidszorg, Barneveld: Significant

IMS (2008), Apotheken: kostenpost of toegevoegde waarde?

Lichtenberg, F. (2008), Have Newer Cardiovascular Drugs Reduced Hospitalization? Evidence From Longitudinal Country-Level Data on 20 OECD Countries, 1995-2003, NBER-Paper 14008, mei 2008

Møller Pedersen, K. (2003), Pricing and reimbursement of drugs in Denmark, *European Journal of Health Economics*, vol 4 no 1:60-65

NZa (2008), Eindrapport Onderzoek inkoopvoordelen en praktijkkosten farmacie, oktober 2008

OESO (2008), Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market, Parijs: OESO

Pharmo (2005), Farmacotherapie gesubstitueerd, Utrecht: Farmo Instituut

RVZ (2008), Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg, advies aan de Minister van VWS, december 2008

Schoonderbeek, C.J.R.A., Pronk, M.H., en Bonsel, G.J. (2005), Structuur geneesmiddelenvergoeding binnen dan wel buiten de ziekenhuismuren: twee systemen op één kussen, TSG 83 no. 3, pp. 145-151

Schut, E., en W. Brouwer (2004), De preferente apotheker? Jazeker!, Economisch Statistische Berichten 89, nr. 4425, p. 266-269

Stichting Farmaceutische Kengetallen (2008), Prijzenslag generieke geneesmiddelen, Farmaceutisch Weekblad 30-5-2008

Strandberg-Larsen, M, M. Nielsen, S. Vallgård, A. Krasnik, K. Vrangbæk (2007), Denmark Health system review, Geneve: WHO

Taylor, D., M. Mrazek en E. Mossialos (2004), Regulating pharmaceutical distribution and retail pharmacy in Europe, Hoofdstuk 11 in: Mossialos, E., M. Mrazek en T. Walley, Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality, Berkshire: Open University Press

Wadman, M. (2007), Copycat Consolidation, Nature, Vol 449, 27 September 2007, p. 292

Bijlage 1. Relevante buitenlandse ervaringen

Inleiding

Een systematische analyses van alle relevante buitenlandse ervaringen met prijsbeleid op farmaciegebied valt buiten de reikwijdte van dit advies. Voor het doel van dit advies zijn twee soorten ervaringen vooral relevant:

- De ervaringen in de VS, een land met vrije tarieven van apotheekhoudenden. Wat zijn hiervan gevolgen geweest voor de tarieven voor farmaceutische zorg en consumentenprijzen? Welke marktinitiatieven zijn tot stand gekomen?
- De ervaringen in Denemarken, een land met veel lagere uitgaven per hoofd aan geneesmiddelen in Nederland. Hoe is dit gerealiseerd? Waren er ook negatieve effecten op kwaliteit, bereikbaarheid of andere publieke doelen?

Vrije tarieven voor farmaceutische zorg in de VS

In de VS zijn de tarieven voor farmaceutische zorg de geneesmiddelenprijzen. De uitgaven aan farmaceutische hulp per hoofd van de bevolking zijn in de VS het hoogste van de hele OECD, bijna tweemaal zo hoog als in Nederland. Dit is niet het gevolg van hogere prijzen van geneesmiddelen. Een recente prijsvergelijking door de OESO laat zien dat de eindgebruikersprijzen van geneesmiddelen in de VS maximaal 20% hoger zijn dan in Nederland (OESO, 2008). Het betreft hier een gemiddelde van generieke geneesmiddelen en merkgeneesmiddelen. De OESO presenteert geen aparte cijfers voor de twee groepen geneesmiddelen, maar anderen komen tot de conclusie dat merkgeneesmiddelen in de VS aanzienlijk (gemiddeld ongeveer 80%) duurder zijn dan in andere landen (Sager en Socolar 2004). Deze vergelijking is voor de VS gebaseerd op de openbare prijzen van internetapotheken. Zorgverzekeraars (HMOs) in de VS betalen echter veel lagere prijzen. Alleen onverzekerden in de VS betalen de hoge lijstprijzen van internetapothekhoudenden (Dranove, 2005, p. 94). Combinatie van deze feiten leidt tot de conclusie dat generieke geneesmiddelen in de VS waarschijnlijk goedkoper zijn dan in Nederland, met de kanttekening dat internationale prijsvergelijkingen van geneesmiddelen notoir moeilijk te maken zijn.

De verklaring voor de hoge uitgaven aan de VS moet dus worden gezocht in het volume en de mix van geneesmiddelengebruik. Het voorschrijfgedrag van artsen speelt hierbij ongetwijfeld een belangrijke rol.

Private verzekeraars en HMOs besteden de verzekering voor de kosten van farmaceutische doorgaans uit aan Pharmaceutical Benefit Management bedrijven (PBMs). PBMs stellen ten behoeve van hun klanten, de verzekeraars en grote werkgevers, vast welke generiek geneesmiddel van een bepaalde fabrikant of importeur in aanmerking komt voor vergoeding.

Zij gebruiken verschillende instrumenten om te komen tot een doelmatige inkoop van generieke geneesmiddelen voor hun klanten:

- ontwikkelen en beheren van lijsten met vergoede geneesmiddelen (formularia) ten behoeve van verzekeringspolissen voor verzekeraars en werkgevers;

- onderhandelen met fabrikanten en groothandelaren over de opname van een geneesmiddel op lijsten met vergoede geneesmiddelen en het bedingen van kortingen op lijstprijzen;
- vormen van een netwerk van voorkeursapothekhoudenden (apothekhoudenden en internetapothekhoudenden) en het onderhandelen over prijzen van generieke geneesmiddelen en vergoedingen voor hun dienstverlening.

Formularia: Een verzekeraar kiest uit het aanbod van een PBM de geneesmiddelen op basis waarvan vergoeding plaatsvindt. Deze geneesmiddelen kunnen dus qua samenstelling en reikwijdte tussen verzekeraars verschillen.

Onderhandelen en selectief contracteren: PBMs hebben onderhandelingsmacht ten opzichte van fabrikanten en importeurs van zowel octrooigeneesmiddelen als van generieke geneesmiddelen dankzij hun omvang en het gebruik van preferentiebeleid. Fabrikanten en importeurs bieden kortingen aan in ruil voor opname voor vergoeding van hun geneesmiddel.

Selectief contracteren van apothekhoudenden: PBMs contracteren een netwerk van apothekhoudenden en internetapothekhoudenden waarmee zij afspraken maken over de generieke geneesmiddelen die worden afgeleverd en de beloning die hier tegenover staat. In de praktijk contracteren de meeste PBMs 90% of meer van alle apothekhoudenden in de regio's waarin zij actief zijn.

Eigen bijdragen: In de VS betalen verzekerden vaak een deel van de kosten van geneesmiddelen uit eigen zak. De eigen bijdrage of procentuele bijbetaling verschilt per geneesmiddel (octrooigeneesmiddel versus generiek geneesmiddel) en veelal ook per distributiekanaal (apothek versus internetapothek). Met behulp van bijbetalingen voor geneesmiddelen kunnen PBMs verzekerden sturen van octrooigeneesmiddelen naar generieke geneesmiddelen.

Directe empirische ondersteuning voor de hoogte van de door PBMs onderhandelde kortingspercentages is schaars: inkoopvoordelen gelden als bedrijfsvertrouwelijke informatie. Een onderzoek naar de detailhandelsprijzen van geneesmiddelen, ingekocht door PBMs, komt tot de volgende conclusie: "The average price PBMs negotiated for drugs from retail pharmacies was about 18 percent below the average cash price customers would pay at retail pharmacies for 14 selected brand-name drugs and 47 percent below the average cash price for 4 selected generic drugs." (Government Accounting Office 2003, p. 4) Bovendien concludeert het onderzoek dat de kortingen werden doorgegeven aan hun klanten de zorgverzekeraars.

Medicare, het Amerikaanse programma voor de gezondheidszorg voor ouderen, besteedt de verzekering voor de kosten van farmaceutische hulp uit aan zogenoemde prescription drug plans. Apothekhoudenden worden betaald op basis van de geschatte inkoopkosten (doorgaans een gemiddelde van de gepubliceerde groothandelsprijzen minus een bepaald percentage om te compenseren voor kortingen en bonussen) plus een receptregelvergoeding. Uit een recente steekproef onder 100 apothekhoudenden bleek dat de gemiddelde betaling voor inkoopkosten per receptregel ongeveer \$9 dollar hoger was dan de feitelijke inkoopkosten. Bovendien ontvingen apothekhoudenden een gemiddelde 'receptregelvergoeding' (dispensing fee) van bijna \$3 per receptregel te bedragen. In totaal zijn de inkomsten per receptregel voor de apotheker dus ongeveer \$12 (Department of Human Services 2008).

Denemarken: inkoop door de overheid⁴⁸

Binnen de groep landen met een welvaartsniveau dat vergelijkbaar is met dat in Nederland, kent Denemarken de op één na laagste uitgaven per hoofd van de bevolking – zo'n 25% lager (zie figuur 1 in hoofdstuk 1). Het betreft hier de uitgaven inclusief de eigen bijdragen. Alleen in het VK zijn de uitgaven per hoofd nog lager. Volgens de al genoemde prijsvergelijking door de OESO liggen de geneesmiddelenprijzen in Denemarken ongeveer 10% hoger dan in Nederland (OESO, 2008). De lage uitgaven aan geneesmiddelen komen dus voor rekening van volume en mix van geneesmiddelengebruik.

De gezondheidszorg in Denemarken wordt gefinancierd uit belastingen; er zijn echter wel aanvullende verzekeringen. De tarieven voor farmaceutische zorg zijn gereguleerd. De verkoopprijs mag niet hoger zijn dan de inkoopprijs vermeerderd met een vaste marge. Er geldt een verbod op kortingen (IMS, 2008).

De overheid heeft de inkooprol op zich genomen. Hiertoe wordt een preferentiebeleid beleid gevoerd, met een zeer frequente wisseling van preferente producten (tweewekelijks) waarbij het product met de laagste prijs binnen een geneesmiddelencluster de vergoedingslimiet bepaalt. Bovendien kent Denemarken een systeem van referentieprijzen, maar met andere landen dan Nederland. Sinds april 2005 geldt bovendien een GVS-systeem waarbij de vergoedingslimiet in beginsel wordt vastgesteld op het laagst geprijsde product in een cluster (IMS 2008). Ook probeert de overheid de geneesmiddelenuitgaven sinds de jaren '90 te beperken via een reeks convenanten met de farmaceutische industrie.

Veel apothekhoudenden leveren diensten zoals het meten van BMI, bloedsuiker, bloeddruk en cholesterol; 60% van de apothekhoudenden levert advies over het gebruik van inhalators. Voor deze laatste dienstverlening krijgen apothekhoudenden een aparte vergoeding.

Apothekhoudenden zijn verplicht te substitueren naar een goedkoper middel tenzij de voorschrijvende arts heeft aangegeven dat sprake is van medische noodzaak. Artsen worden via voorlichting en nascholing gestimuleerd tot doelmatig voorschrijven. In 1999 is het Deense Instituut voor Rationele Farmacotherapie opgericht met als doel het ondersteunen van artsen bij rationeel voorschrijven. Bovendien heeft het Instituut tot taak het opstellen van behandelrichtlijnen die rekening houden met de kosten.

Er zijn regelmatig problemen rond de beschikbaarheid van de goedkoopste producten. Momenteel bestudeert de overheid dan ook mogelijke aanpassingen van het systeem (IMS 2008).

Denemarken kent forse eigen bijdragen. De eerste 75 euro aan geneesmiddelenkosten komen geheel voor eigen rekeningen, van 75 tot 180 euro 50%, van 180 tot 420 euro 25%, tot 2800 euro 15%, vanaf 2800 euro 0%. Eigen bijdragen zijn goed voor bijna 30% van de totale uitgaven aan receptgeneesmiddelen. 30% van de Denen heeft aanvullende verzekering die onder andere kosten van geneesmiddelen dekt (Strandberg-Larsen et al. 2007).

Conclusies

De beperkte inventarisatie van internationale ervaringen in dit hoofdstuk levert een aantal interessante observaties op:

⁴⁸ Bronnen: Møller Pedersen (2003) en (Strandberg-Larsen et al. 2007), tenzij anders vermeld.

- De feitelijk door zorgverzekeraars betaalde prijzen van individuele generieke geneesmiddelen zijn in de VS waarschijnlijk niet hoger, mogelijk zelfs lager, dan in andere landen waaronder Nederland. Volume en mix van geneesmiddelengebruik resulteren niettemin in geneesmiddelenuitgaven per hoofd van de bevolking die twee maal zo hoog zijn als in Nederland. Dit onderstreept het belang van doelmatig voorschrijven voor de beheersing van de uitgaven aan geneesmiddelen.
- Amerikaanse apothekhoudenden die leveren aan Medicare-patiënten realiseren een gemiddelde bruto-marge per receptregel van ongeveer \$12.
- In Denemarken vervult de overheid de inkooprol in plaats van individuele apothekhoudenden. Dit resulteert eerder in hogere dan in lagere prijzen dan in Nederland.

Doelmatig geneesmiddelgebruik wordt in Denemarken op verschillende manieren gestimuleerd: door hoge eigen bijdragen van consumenten, verplichte substitutie door apothekhoudenden en voorlichting en nascholing van voorschrijvende artsen.

Bijlage 2. Monitor werking farmaciemarkt

'Monitor werking farmaciemarkt', NZa, 3 december 2008

Dit document maakt integraal onderdeel uit van dit advies en is beschikbaar op de website van de NZa (www.nza.nl/dossier/Farmacie).

...