

**Blok 2 van 15.30-17.00 uur:**  
**Artsen/apothekers/patiëntenorganisaties**

- \*Rik van der Meer, voorzitter KNMP
- Prof.dr. Ans van der Ploeg, Expertisecentrum voor lysosomale en metabole ziekten, Erasmus MC
- Prof.dr. Hans A. Büller, voorzitter Raad van Bestuur Erasmus MC
- Bas Arents, NAPCO
- \*Drs. Guy Peeters, voorzitter NFU
- \*Cynthia Vogeler, programmadirecteur NPCF
- \*Prof.dr. Rutger Jan van der Gaag, voorzitter KNMG
- \*Maarten Vermeulen, LHV (apotheekhoudende afdeling)
- \*Ellen Willemsen, Unie KBO

# Position paper KNMP voor hoorzitting Geneesmiddelenbeleid Tweede Kamer

24 januari 2013

Benut het potentieel van de apotheker

## Inleiding

De KNMP is door de Tweede Kamer uitgenodigd deel te nemen aan de hoorzitting Geneesmiddelenbeleid op 24 januari 2013. De KNMP neemt van harte deel aan deze hoorzitting en vaardigt haar in december 2012 gekozen voorzitter Rik van der Meer af. Rik van der Meer is openbaar apotheker in Den Haag en heeft veel kennis en ervaring in het vakgebied. Dagelijks staat hij met zijn assistenten in de apotheek om patiënten te begeleiden bij hun medicijngebruik. De betrouwbaarheid en deskundigheid van de apothekers staan bij Rik van der Meer hoog in het vaandel, evenals zorg in de buurt, de wijk en het dorp rondom de patiënt.

In dit position paper gaat de KNMP in op de mogelijke vragen die de Tweede Kamer heeft met betrekking tot het geneesmiddelenbeleid. Hieronder vindt u een samenvatting van de belangrijkste punten die de KNMP wil aandragen. Kern is dat de betrouwbaarheid en deskundigheid van de apothekers in het geding zijn, waardoor de kwaliteit van de farmaceutische zorg aan patiënten in gevaar komt. Daarnaast geven wij enige relevante achtergronden over de recente ontwikkelingen in de farmacie en de zorg aan de patiënt.

Tot slot komen wij met een voorstel om de huidige marktwerking in de farmacie te herzien, ter verbetering van de farmaceutische zorg aan de patiënt, en doen wij het aanbod het potentieel van de apothekers beter te benutten waardoor er aanzienlijk op de zorgkosten in Nederland kan worden bespaard.

Voorafgaand vindt u eerst enige cijfers over het aantal apotheken en apothekers in relatie tot de stijging van de zorgvraag, aangezien hierover in de publieke opinie enige misverstanden bestaan.

## Afname aantal apotheken

Nederland telde eind 2012 1.981 openbare apotheken. Voor het eerst is volgens de Nederlandse Zorgautoriteit sprake van een afname van het aantal apotheken. Vorig jaar sloten 46 apotheken hun deuren en openden slechts negen nieuwe vestigingen. In 2011 beëindigden 92 apotheken hun praktijk en kwamen er 21 apotheken bij. Per saldo verminderde het aantal apotheken de afgelopen twee jaar met 108. Deze afname toont aan dat de sector onder druk staat. De groei van het aantal apotheken in de voorafgaande jaren was mede het gevolg van de opkomst van poliklinische apotheken en dienstapotheken en bleef bovendien ver achter bij de groeiende vraag naar farmaceutische zorg.

Over een periode van 10 jaar is het aantal apotheken toegenomen met 1,7%, terwijl de vraag naar farmaceutische zorg jaarlijks is toegenomen met 4,0%\*. In deze 1.981 apotheken waar zo'n 2.800 apothekers werkzaam zijn. Dit betekent dat één apotheker gemiddeld voor 5.400 patiënten farmaceutische verantwoordelijkheid draagt. Om de ambities als beroepsgroep waar te kunnen maken, kan een apotheker voor niet meer dan 4.400 patiënten de farmaceutische verantwoordelijkheid dragen. Dit betekent dat er een tekort is van ruim 600 apothekers. Kortom, Nederland heeft meer apothekers nodig.

\* Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

# Puntsgewijs overzicht inbreng KNMP

## 1. De prijs van een geneesmiddel

Er is legio wetgeving en er zijn diverse instrumenten die de prijs van een geneesmiddel bepalen. De prijs wordt bepaald door de fabrikant, de overheid en de zorgverzekeraar. De invloed van elke partij hangt met name af van het stadium van de levensfase waarin een geneesmiddel verkeert.

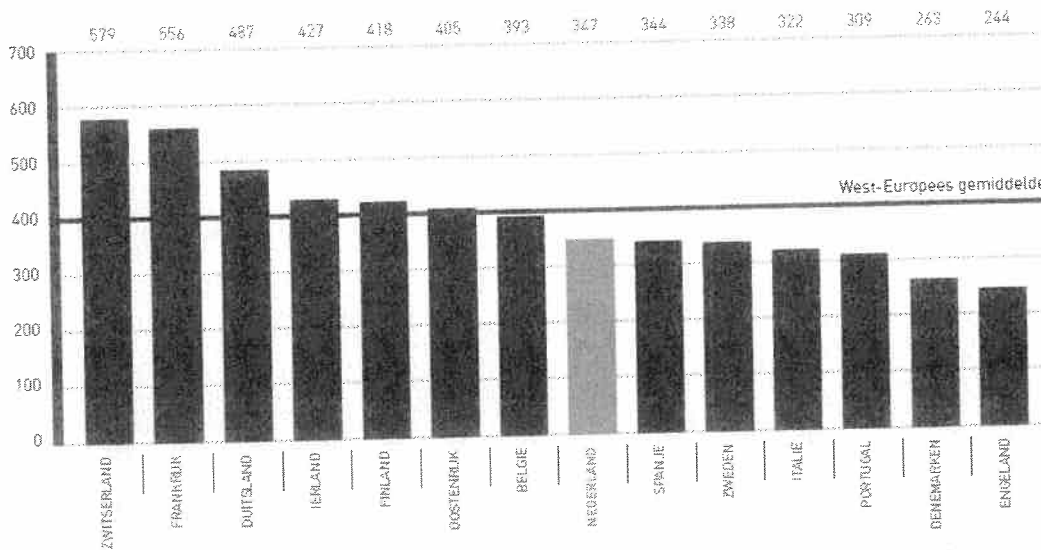
Wanneer een nieuw, gepatenteerd geneesmiddel (spécialité) op de markt wordt gebracht, heeft de fabrikant de meeste invloed op de prijs. Zolang het geneesmiddel niet in ten minste twee van de vier referentielanden voor de WGP op de markt is gebracht, is er nog geen prijsplafond. De overheid kan via de WGP een prijsplafond instellen, en via het GVS bepalen tegen welke maximumprijs geneesmiddelen worden vergoed aan patiënten.

De invloed van de overheid is het grootst op spécialités die al enige tijd op de markt verkrijgbaar zijn (WGP). Omdat verschillende landen elkaar als referentieland gebruiken, ontstaat er een neerwaartse druk op de prijs. De zorgverzekeraar heeft de meeste invloed op prijzen van generieke geneesmiddelen.

Fabrikanten proberen hun afzet veilig te stellen door de generieke geneesmiddelen tegen een zo scherp mogelijke prijs aan te bieden. Hierdoor kunnen verzekerden bij verzekeraar A een ander merk geneesmiddel ontvangen dan patiënten verzekerden bij verzekeraar B. Ook zijn er inmiddels meerdere variaties op het preferentiebeleid, waardoor verzekerden bij verschillende verzekeraars ook verschillende prijzen betalen voor exact dezelfde geneesmiddelen.

In Nederland zijn de maatschappelijke kosten voor geneesmiddelen relatief laag, zo blijkt uit een vergelijking met andere West-Europese landen, zie grafieken 1.a en 1.b.

1.a Geneesmiddelenuitgaven via apothekhoudenden per hoofd van de bevolking in 2010

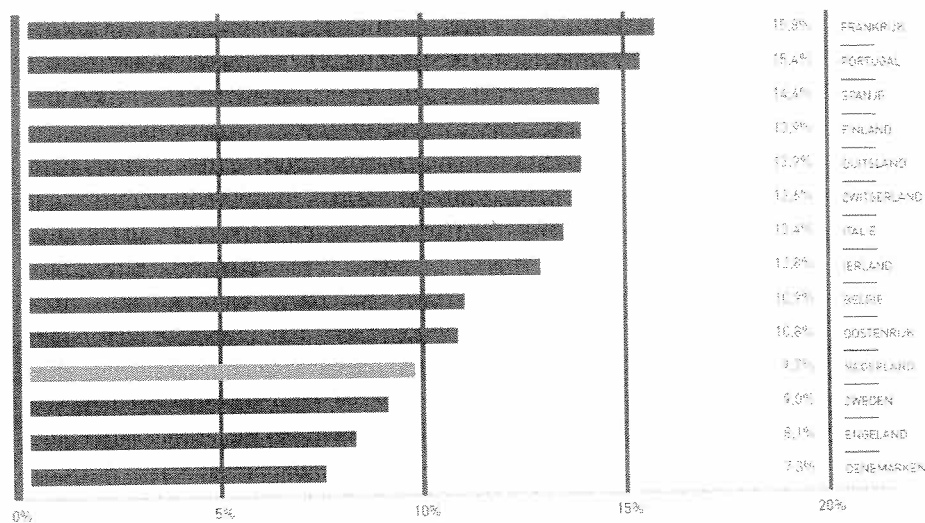


De geneesmiddelbestedingen in Nederland zijn van een vergelijkbaar laag niveau als die in de van oudsher zuinige Zuid-Europese landen. In 2010 zijn de dure en goedkope West-Europese landen meer naar elkaar toe geschoven.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

NB: De grafieken 1.a en 1.b zijn opgesteld op basis van de gedeclareerde (zichtbare) prijzen. De inkoopvoordelen die als gevolg van het couvert-preferentiebeleid, dat de grootste twee zorgverzekeraars (VGZ en Achmea) en sinds kort ook VWS hanteren, zijn niet meegenomen. De feitelijke kosten liggen dus nog lager.

**1.b** Uitgaven farmaceutische hulp via apothekhoudenden als aandeel in de uitgaven aan gezondheidszorg in 2010



Nog geen 10% van de totale zorguitgaven in Nederland komt voor rekening van geneesmiddelen

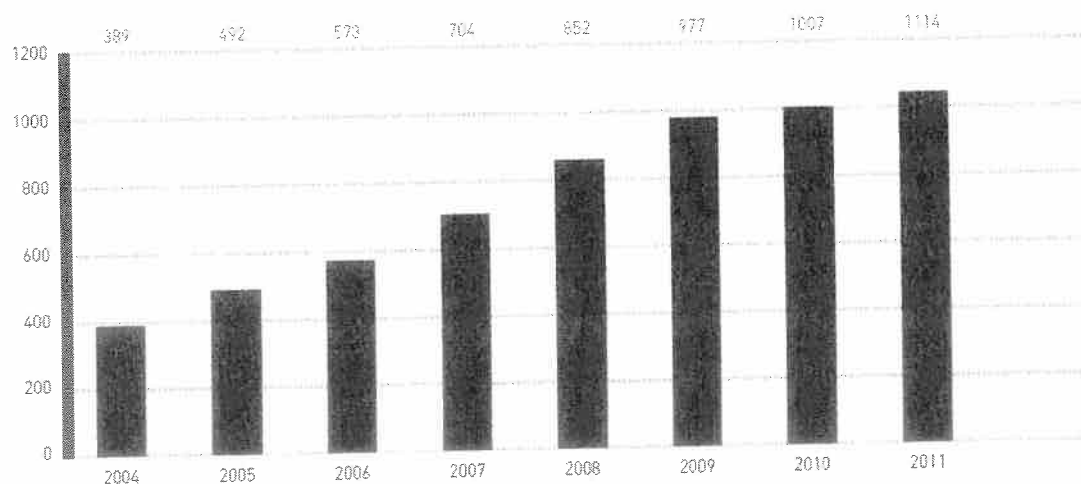
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

**2. Nieuwe ontwikkelingen**

Uit de grafieken 2.a en 2.b blijkt dat, vanuit maatschappelijk kostenperspectief, de dure geneesmiddelen steeds duurder worden en de goedkope geneesmiddelen steeds goedkoper. Nieuwe (dure) geneesmiddelen die op de markt komen, zijn in het algemeen voor een steeds kleinere patiëntenpopulatie ontwikkeld (weesgeneesmiddelen, personalized medicine).

Maar ook aan de prijsontwikkeling van goedkope geneesmiddelen kleven nadelen: elke werking heeft immers zijn bijwerking, zoals een permanente slechte beschikbaarheid van goedkope geneesmiddelen.

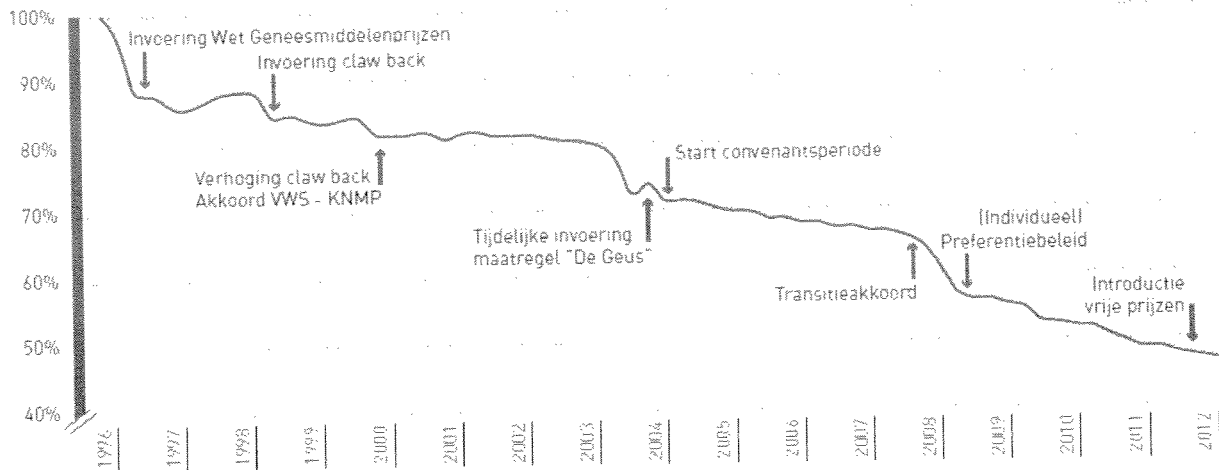
**2.a** Uitgaven geneesmiddelen van meer dan € 500 per voorschrift (1 = 1 miljoen euro)



De uitgaven aan dure geneesmiddelen namen toe van € 389 miljoen in 2004 tot € 1.114 miljoen in 2011.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

## 2.b Prijsontwikkeling receptgeneesmiddelen op basis van SFK prijsindex (januari 1996=100), afzet gewogen gemiddeld



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

## 2.1 Geneesmiddelen steeds slechter beschikbaar in Nederland

Nederland kampt met een steeds slechter wordende beschikbaarheid van uiteenlopende geneesmiddelen, voornamelijk veroorzaakt door productieproblemen van internationale producenten van geneesmiddelen. Honderden voor patiënten belangrijke geneesmiddelen zijn voor langere tijd of helemaal niet meer beschikbaar. Een voorbeeld van dit laatste is Amoxicillinedrank, één van de meest gebruikte antibiotica bij kinderen en ouderen met slikproblemen. In 2012 werd amoxicillinedrank (25 mg/ml, 50 mg/ml en 100 mg/ml) in totaal 350.000 keer voorgeschreven. In Nederland heeft momenteel alleen nog fabrikant Sandoz amoxicillinedrank in het assortiment, maar door productieproblemen was het middel lange tijd niet leverbaar. Pas nadat de KNMP aan de bel trok, kwam dit middel weer beschikbaar.

De apothekers maken zich ernstig zorgen over deze kwesties en over de problemen rondom de beschikbaarheid van generieke medicijnen in het algemeen. Als de huidige tendens doorzet, krijgen we steeds meer te maken met medicijntekorten. Het systeem van aanwijzing door zorgverzekeraars van specifieke generieke medicijnen leidt er in een aantal gevallen toe dat generieke fabrikanten de Nederlandse markt verlaten. De kwestie met de amoxicilline toont aan dat het beleid van overheid en zorgverzekeraars op dit gebied is doorgeschoten. Het waarborgen van de continuïteit van farmaceutische zorg aan de patiënt moet hoog op de politieke en maatschappelijke agenda komen te staan.

Geneesmiddelfabrikanten berekenen hoeveel geneesmiddelen landen nodig hebben ('quoting'). Wanneer er tekorten ontstaan, gaan de schaarse middelen éérs naar landen waar het algemene prijsniveau hoger ligt. Als gevolg van de zeer lage geneesmiddelenprijzen in ons land hebben we relatief veel te maken met de negatieve effecten van quoting.

## 2.2 Leveringsproblemen in Nederland

Leveringsproblemen zijn er de oorzaak van dat apothekers bij gemiddeld 200.000 verstrekkingen per week op zoek moeten naar een alternatief voor een door de zorgverzekeraar preferent aangewezen geneesmiddel. De ontwikkeling is dat er steeds meer zeer kostbare middelen op de markt komen en dat de "goedkope middelen" zó goedkoop zijn dat fabrikanten ze van de markt halen. Deze leveringsproblemen zijn zo groot, dat patiënten soms niet meer geholpen kunnen worden of vaak terug moeten komen in de apotheek.

Patiënten moeten hierdoor gedwongen terugkomen in de apotheek. Dit heeft zijn weerslag op gemiddeld 200.000 verstrekkingen per week (170.000 tot 220.000). Dit betekent dat een apotheker bij ongeveer 1 op de 20 verstrekkingen op zoek moet gaan naar een alternatief omdat het door de zorgverzekeraar preferent aangewezen geneesmiddel niet leverbaar is. De afhandeling kost gemiddeld 15 minuten extra per keer, dan gaat het om een verspilling van de zorgcapaciteit van zo'n 60 tot 70 miljoen euro op jaarbasis.

Een kostenbesparende maatregel is dan ook om geen voorkeursassortiment per zorgverzekeraar te hanteren voor geneesmiddelen waarbij de bodemprijs is bereikt. De prijzen van generieke medicijnen behoren tot de laagste in Europa. De verschillende voorkeursassortimenten, die grofweg de helft van het aantal verstrekte geneesmiddelen vormen maar tegelijkertijd slechts een klein deel (ca. 7%) van de totale kosten, zaden patiënten en apothekers nu vooral op met administratieve en logistieke rompslomp.

### 2.3 Overheveling dure geneesmiddelen compliceren de zorg

Het vorige en het huidige kabinet hebben een koers ingezet om dure geneesmiddelen over te hevelen naar het ziekenhuis en dus niet meer af te leveren via de openbare apotheek. Inmiddels zijn op dit gebied twee stappen gezet en het kabinet maakt zich op voor een derde stap per 1 januari 2014.

De KNMP maakt zich hier grote zorgen over. De voorlopige evaluatie van de eerste stap (TNF Alfaremmers) laat een wisselend en zeker niet succesvol beeld zien, zeker niet voor de zorg rondom de patiënt.

De KNMP vindt dat patiënten recht hebben op zorg in buurt, wijk of dorp en de overheveling werkt zorgcomplicerend. De overheveling dwingt patiënten hun geneesmiddelen in het ziekenhuis op te halen en staat de zorg rondom de patiënt in de weg. Kortom, de overheveling is dus ronduit patiëntonvriendelijk. Bovendien is nog onduidelijk of de beoogde kostenbesparing is gerealiseerd. Bij de meest recente overheveling is zelfs geen kostenbesparing ingeboekt door VWS, terwijl patiënten als gevolg van versnippering van zorg grotere risico's lopen.

De KNMP vraagt de minister van VWS en de Tweede Kamer de overheveling van 1 januari 2014 vooralsnog uit te stellen totdat er meer duidelijk is na een grondige evaluatie.

## 3. Prijstransparantie

### 3.1 Gebrek aan transparantie zet vertrouwensrelatie en ethiek van het beroep onder druk

Het loslaten van een voorkeursassortiment bij geneesmiddelen waarbij de bodemprijs is bereikt, zorgt bovendien voor meer transparantie t.a.v. de prijs van een geneesmiddel. Er is een gebrek aan transparantie in de prijs van geneesmiddelen als gevolg van het bestaan van verschillende, complexe prijssystemen van verschillende zorgverzekeraars. Nu betalen patiënten van verschillende zorgverzekeraars als gevolg hiervan een andere prijs voor exact hetzelfde geneesmiddel bij dezelfde apotheek. Zoals hierboven aangegeven zijn als gevolg van het couvert-preferentie de feitelijke prijzen onzichtbaar geworden. Om die reden staan er op steeds minder etiketten de prijs van het geneesmiddel. Het is voor apothekerteams niet aan patiënten uit te leggen.

Consumentenprogramma Tros Radar had in oktober 2012 twee uitzendingen nodig om de verschillende prijssystemen uit te kunnen leggen. In de uitzending van 22 oktober aandacht voor het preferentiebeleid, de historische prijs, de pakjesprijs en de laagste prijsgarantie. Op 29 oktober een uitzending over het couvert preferentiebeleid.

De meeste klachten van patiënten bij apothekers gaan over prijzen die door verzekeraars zijn overeengekomen. De diversiteit van prijssystemen van zorgverzekeraars zet de vertrouwensrelatie tussen apotheker en patiënt onder druk. De ethiek van het beroep van apotheker staat eveneens onder druk. Vaak moet de apotheker een besluit nemen op grond van door de zorgverzekeraar opgelegde financiële eisen, in plaats van dat het besluit is gebaseerd op goede farmaceutische zorg.

Een eenduidig prijssysteem maakt het mogelijk dat artsen en specialisten daadwerkelijk doelmatig kunnen voorschrijven, en bevordert de transparantie van farmaceutische zorg. De vertrouwensrelatie tussen patiënt en apotheker is van fundamenteel belang om het potentieel van de farmaceutische zorg (beter) te benutten.

### 3.2 Gereguleerde marktwerking komt niet uit de verf; geen level playing field

Apothekers zijn zich terdege bewust van de maatschappelijke kosten van ziekte en spannen zich daarom in om de zorg, intrinsiek efficiënt en dus op lange termijn betaalbaar te houden. Iedere patiënt heeft vanuit het basispakket recht op gelijkwaardige farmaceutische zorg van goede kwaliteit. Deze zorg is laagdrempelig en in de buurt, de wijk of het dorp van de patiënt georganiseerd, in samenwerking met andere zorgverleners. Farmaceutische zorg, zoals het ondersteunen van goed medicijngebruik en het uitvoeren van medicatiebeoordelingen, is een kosteneffectieve manier van zorgverlening. Goede farmaceutische zorg levert een hoop indirecte besparingen op door verkeerd medicijngebruik, zoals ongewenste interacties en therapieontrouw, significant te beperken. Het beter benutten van het potentieel van de farmaceutische zorg is dan ook van cruciaal belang om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen. De KNMP concludeert dat het ontbreken van de randvoorwaarden apothekers hindert hun zorgverlening te optimaliseren.

De gereguleerde markt in de farmacie, die sinds 1 januari 2012 geldt, komt niet uit de verf. Zorgverzekeraars leggen contracten aan apothekers eenzijdig op en er kan niet over worden onderhandeld. Apothekers zijn gedwongen te tekenen bij het kruisje waardoor zij niet de dienstverlening kunnen leveren waarop patiënten recht hebben. Zorgverzekeraars leggen prijsrisico's van geneesmiddelen bij de apotheek. Daarnaast contracteren zij, geheel tegen de bedoeling van het nieuwe stelsel in, zorgverlening en innovaties door de apothekers vrijwel niet. Hierdoor zijn kwaliteit en prijs in de apotheek voor zowel de patiënt als de apotheek volkomen diffuus geworden. Dit leidt tot uitvoeringsproblemen aan de balie en totaal gebrek aan transparantie voor de patiënt. Dit leidt weer tot discussie met en klachten van patiënten aan de balie. Tezamen met contractvoorwaarden die apothekers belemmeren om te werken zoals bepaald volgens de professionaliteit, de beroepsethiek en beroepsnormen, zet dit de vertrouwensrelatie tussen patiënt en apotheker enorm onder druk. De deskundigheid en betrouwbaarheid van de apotheker zijn in het geding.

**Conclusie:** Apothekers onderschrijven nog steeds de doelstellingen van het nieuwe stelsel in de farmacie, namelijk betere zorg voor de patiënt en meer ruimte voor innovatie, maar op dit moment wordt het tegenovergestelde bereikt, wat aanpassing van het systeem noodzakelijk maakt.

### 3.3 Herziening gereguleerde marktwerking

In de jaren voorafgaand aan de prestatiebekostiging en vrije prijzen, voerde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) praktijkkostenonderzoeken uit bij apothekers. De inkoopvoordelen en marges op bijvoorbeeld hulpmiddelen werden als inkomstenbron meegenomen, waardoor een verlaagd tarief voor de farmaceutische zorg werd gehanteerd. Nu deze marges verdwijnen, en de zorgvraag toeneemt en gecompliceerder wordt, is compensatie van het verlaagde tarief noodzakelijk om tot een redelijke vergoeding voor de farmaceutische zorgverlening te komen. Apothekers hebben niet de ruimte om verdampte inkoopvoordelen en andere versturende effecten (zoals overheveling, loon- en pensioenontwikkelingen) te compenseren in de onderhandelingen over tarieven van de farmaceutische zorg.

In het licht van het vorige punt maakt de KNMP zich richting ministerie van VWS, zorgverzekeraars, NZa en de Tweede Kamer sterk voor een herziening van het huidige systeem. Deze herziening zorgt voor een degelijke basis waarmee de apotheek de patiënten van verzekerde zorg kan voorzien en daarnaast een plus voor aanvullende zorgverlening en innovatie voor apotheken die hun farmaceutische zorg aan patiënten willen verbreden of verdiepen. Het betreft een drietrapsraket die leidt tot een milde marktwerking. Ten eerste een basistarief voor het afleveren van geneesmiddelen. Ten tweede een abonnementstarief per patiënt per jaar, bedoeld voor de noodzakelijke infrastructuur in de apotheek voor belangrijke handelingen als het bijhouden en uitwisselen van medische gegevens, het melden van lab- en nierwaarden en andere gegevens die van belang zijn voor de zorg aan de patiënt. Ten derde een vrij onderhandelbaar tarief voor aanvullende zorgverlening en innovatie, waardoor de apotheker zich kan onderscheiden en die herkenbaar is voor de patiënt.

## Tot slot ons aanbod: benut het potentieel van de apotheker!

Door de patiëntspecifieke medicatiebewaking voorkomen apothekers ongewenste interacties en ziekenhuisopnames, en leveren hiermee een belangrijke bijdrage aan de gezondheid van patiënten en aan de kostenbeheersing van de gezondheidszorg. Dagelijks interveniëren apothekers bij de receptafhandeling om iedere patiënt te voorzien van het juiste medicijn met de juiste begeleiding. Onlangs becijferde het adviesbureau van oud-minister Klink, Booz & Company, dat de farmacie, door het goed uitvoeren van de medicatiebewaking, nu al jaarlijks 120 tot 160 miljoen euro aan zorgkosten elders bespaart.

In potentie kan deze bijdrage nog veel groter worden. Via bijvoorbeeld medicatiebeoordelingen en farmaceutische begeleiding bij opname in en ontslag uit het ziekenhuis kunnen medicatiefouten worden voorkomen. Daarnaast zijn er aantoonbare methoden om de therapietrouw verder te bevorderen. Volgens Booz & Company kan het beter benutten van de apotheker de maatschappij jaarlijks nog eens 500 tot 750 miljoen euro besparen.

Apothekers zijn graag bereid deze maatschappelijke bijdrage te leveren en hierover met zorgverzekeraars, andere zorgverleners en het ministerie van VWS afspraken te maken.

-----

### Meer informatie?

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met KNMP woordvoerder Rob Sebes  
Telefoon 070 37 37 255 of mobiel 06 53 53 77 05  
E-mail: [publicaffairs@knmp.nl](mailto:publicaffairs@knmp.nl)



**De Napco is een organisatie van 657 zelfstandig gevestigde apothekers, en kan vanuit haar positie in de kolom een visie geven op het functioneren van de 'markt', op transparantie en kostenbesparingen in de bredere zin binnen de farmaceutische kolom.**

## **1. Een apotheek is een onderneming**

**In ons systeem van vraag (zorgverzekeraar) en aanbod (apotheker) is er sprake van een enorme marktdominantie van de zorgverzekeraar. Deze heeft de keuze om wel of niet te contracteren en de individuele apotheker feitelijk niet.** Zou deze niet contracteren dan is de keuze: patiënten massaal contant laten betalen in een apotheek (en de meeste cliënten zullen weglopen..) of wèl bepaalde diensten leveren aan de ene patiënt, met wiens verzekeraar wel een contract is, en aan de andere patiënt niet, met wiens verzekeraar geen contract is. Vreemde en ongewenste situaties die leiden tot een verslechterde toegankelijkheid van farmaceutische zorg. De gevoeligheid van de apotheker voor zijn patiënten (cliënten)-omgeving en zijn ethiek om patiënten gelijk te willen behandelen veroorzaakt mede een ongelijk speelveld tussen vraag en aanbod.

Dit kan verbeterd worden: vertrouwen dient herwonnen te worden tussen apothekers en zorgverzekeraars, betere kwaliteitsafspraken met beter verdeelde tarieven voor de apotheker. Zorgverzekeraars moeten inzien dat een apotheek een onderneming is, en daar ook naar handelen. Napco gelooft dat dit een door visie gedreven investering is, en op langere termijn tot substantiële bezuinigingen in de zorg zal leiden.

**Veel apotheken hebben het financieel erg zwaar na 2012: 25% maakt verlies, 35% speelt quitte en 40% maakt een beetje tot redelijke winst.** Een startende ondernemer heeft hogere lasten dan iemand die al heel lang onderneemt en al zijn schulden heeft afgelost. Een apotheek moet financierbaar blijven qua personeelsrisico, voorraad, inventaris en werkkapitaal voor een bank. Deze banken vereisen, zeker in deze tijden, een bepaald rendement. De Napco pleit voor een normatieve vaststelling van een maatschappelijk aanvaardbaar rendement uit de onderneming, net zoals ziekenhuizen een bepaald rendement mogen maken.

## **2. Het prijsbeleid en preferentiebeleid van zorgverzekeraars kan veel beter uitvoerbaar en transparanter**

**Het preferentiebeleid heeft tot hoge besparingen geleid op middelen die uit patent zijn gegaan. De Napco is voorstander van deze maatschappelijke besparingen. Anderzijds heeft het vertrouwen in geneesmiddelen bij patiënten een enorme deuk opgelopen. Het preferentiebeleid heeft geleid tot vele wisselingen van merken bij met name de chronische, vaak oudere, kwetsbaardere patiënt.** Hier is al veel over gezegd in de media, oa bij Radar (TROS). Therapietrouw is al een enorm (kostbaar) probleem, maar wordt hierdoor een nog veel groter probleem. Verminderd vertrouwen door deze merkwisselingen betekent een verminderde therapietrouw. Daarnaast wordt de preferentiedruk van de verzekeraars een aantal patiënten noodlottig omdat niet in alle gevallen de werking van een substituut geheel gelijk is aan het middel waarop de patiënt initieel is ingesteld (bv Parkinson, Epilepsie middelen, immuunmodulerende middelen)

**Voor één middel kunnen 4 verschillende vergoedingsprijzen gelden, afhankelijk van de verzekeraar. Ook dit is niet uit te leggen aan een klant die de prijzen vergelijkt, en dit veroorzaakt nog meer wantrouwen in het systeem.** Tot slot moge duidelijk zijn dat het systeem tot enorme hoge administratieve druk in de apotheken heeft geleid. De Napco zou graag een systeem zien waarin er wel prijsconcurrentie kan plaatsvinden op nieuwe uit-patent middelen, maar geen preferentie indien de prijs inmiddels zo laag is dat het feitelijk niet meer uitmaakt welk merk wordt geselecteerd.

Dit systeem is inmiddels uitgewerkt en levert macro geen hogere kosten op voor de patiënt maar wel keuzevrijheid voor de patiënt. De basis van dit systeem is dat er een vaste prijs per preferent generiek middel wordt gekozen. Het prijsniveau wordt bepaald aan de hand van de op twee na laagste prijs van een geneesmiddel.

### **3. De prestaties 2 t/m 5 kunnen besparingen veroorzaken**

In een lang traject waar ook de zorgverzekeraars bij betrokken zijn geweest zijn er uiteindelijk 11 prestaties ontwikkeld. Prestatie 1 is het 'ouderwetse' aannemen, controleren, invoeren, medicatiebewaking, dispensereren uit voorraad en voorlichten, en controle achteraf, onder anderen.

**2 t/m 5 betreffen respectievelijk uitleg geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel, medicatiebeoordeling, opname- en ontslagbegeleiding. Deze worden amper ingekocht. Juist hier zit een zeer belangrijke toegevoegde waarde van de apotheker/apotheek benut zou kunnen en moeten worden. De Napco zou graag zien dat het echt belangrijke apothekerswerk, namelijk begeleiding en bewaking van de patiënt middels een medicatiebeoordeling, alswel het leveren van complexere zorg bij ontslag en/of opname en het geven uitgebreidere voorlichting beter en meer ingekocht wordt tegen een betere beloning.** Overigens wil dat niet zeggen dat de zorg duurder moet worden, alleen moeten de kosten beter verdeeld worden.

Het is immers aangetoond dat patiënten, die achter hun therapie staan, veel trouwer zijn. Ook als zij meer vertrouwen in de behandelaars hebben, waaronder de apothekers, neemt de therapietrouw toe.

**Gezien de lage landelijke therapietrouw is hier enorm veel te winnen.** Met een goed medicatiebeleid en een hoge therapietrouw zijn hoge kosten in de vaak duurere tweedelijnszorg voor een groot deel te vermijden. Denk maar eens aan het verminderen van indirecte kosten zoals hogere ziektebelastingen, meer ziekenhuis opnames, van bijvoorbeeld slecht ingestelde diabetici en bloeddrukpatiënten die niet goed ingesteld zijn is.

### **4. Het hulpmiddel instructie en medicatiebeoordeling (prest 2 en 3)**

De hulpmiddel instructie en medicatiebeoordeling (prest 2 en 3) kunnen ook door huisartsen gedaan en gedeclareerd worden. Dit komt dan echter niet ten laste van het eigen risico, en wel indien het door de apotheek wordt uitgevoerd! Dit geeft een ongelijke uitgangspositie en is een vreemde fout in het systeem.

### **5. Overheveling 'dure' of 'specialistische' geneesmiddelen maakt de zorg onnodig duurder, en maakt de zorg bovendien onveilig**

99% van alle Nederlanders hanteren een vaste apotheek waar zij in principe (voor zover dit mag wegens de contracten van de verzekeraars) al hun medicijnen komen halen. Door de overheveling van geneesmiddelen naar de ziekenhuizen versplinteren de medicatiedossiers, en dit geeft risico's. Summier onderzoek laat zien dat lang niet alle overgeheveld middelen worden gecommuniceerd naar de 'huis'apotheek. Daardoor raakt het medicatiedossier bij de 'huis'apotheek incompleet. 1 op de 3 Nederlanders gebruiken minimaal 1x per jaar een sterk interacterend middel met één van de over te hevelen middelen. **Het medicatiedossier bij de huisapotheker moet dus compleet zijn. Als de informatieoverdracht vanuit het ziekenhuis niet vlekkeloos gaat lopen dan gaan hier beslist ongelukken gebeuren. Wij zijn daar als Napco van overtuigd.** De eerstelijns farmacie is uitstekend geautomatiseerd, daar hebben apothekers collectief en individueel heel veel in geïnvesteerd in de afgelopen decennia. Dit is in de tweede lijn helaas nog lang niet het geval en het LSP loopt momenteel wel enige vertraging op. Slechts 10% van de ziekenhuizen zijn aangesloten op het LSP.

**Napco is er van overtuigd dat de zorg in de tweede lijn altijd duurder en minder toegankelijk zal zijn dan de zorg in de eerste lijn, de zorg in de buurt. Niet voor niets wordt in het beleid zoveel**

**mogelijk nagestreefd om tweedelijnszorg te vervangen door eerste lijnszorg. Met de overheveling wordt zo, gek genoeg, een omgekeerde beweging gemaakt.**

Bovendien, **de besparingen door een betere inkoop zijn met de eerste tranche van de overheveling bij lange na niet waargemaakt.** Wel kan er substantieel in deze categorie bespaard worden door kritischer voor te schrijven, maar dan kan het ook via de eerste lijn, de openbare apotheek, verstrekt worden aan de patiënten. **De dubbele aanspraak is wat ons betreft een formaliteit welke op te lossen is.** Ofwel het ziekenhuis sluit een overeenkomst met de lokale apotheken voor de inkoop, verstrekking en bewaking ofwel de middelen gaan volledig naar het extramurale budget. **Hiermee verdwijnt in één klap het probleem van de dubbele aanspraak. Daar is geen overheveling voor nodig.**

## **Conclusie:**

**Vele malen per dag grijpt een apotheker in bij de receptafhandeling om iedere patiënt te voorzien van het juiste medicijn met de juiste begeleiding. Door de patiëntspecifieke medicatiebewaking voorkomen apothekers ongewenste interacties en ziekenhuisopnames, en leveren hiermee een belangrijke bijdrage aan de gezondheid van patiënten en aan de kostenbeheersing van de gezondheidszorg.**

**Met het juiste beleid en bijbehorende stimuli zal deze bijdrage nog veel groter worden.**

Apothekers moeten dan wel in staat worden gesteld om ook de toenemende en steeds meer complexe zorgvraag te kunnen beantwoorden. De vertrouwensrelatie met de patiënt is cruciaal. Hierbij dienen apothekers farmaceutische zorg op maat voor de patiënt te kunnen blijven leveren conform hun professionaliteit en beroepsethiek. **Duidelijk is dat het preferentiebeleid bij de inkoop van zorg door verzekeraars een eenzijdige focus legt op de financiële aspecten en niet of nauwelijks op de kwalitatieve aspecten ervan.**

Systemen richten zich in hun uitwerking nu eenmaal op het vergoedingssysteem. Ook hier is dat het geval.

Voorlopig zal het preferentiebeleid geoptimaliseerd moeten worden. Maar eigenlijk is het nodig dat er een heel nieuw financieringsbeleid wordt opgezet.

**Marktwerking kan wellicht positief uitpakken, maar dan wel in een aangepaste vorm. Beloning die past bij de werkzaamheden van de apotheker, zonder een macro kostentoeename.**

Transparante prijzen en tarieven zijn noodzakelijk voor de patiënt en de apotheker. Een abonnement voor de 'huis'apotheker voor bijv. het dossierhouderschap zou ook een mogelijkheid kunnen zijn. Dit zal de farmaceutische zorg voor alle belangrijke zorgverleners (huisarts, specialist en apotheker) om de patiënt heen vereenvoudigen en dus verbeteren.

Wij bedanken u bij voorbaat voor de aandacht die u aan deze zaak wilt schenken.



## Position paper NFU t.b.v. RTG geneesmiddelenbeleid 24 januari 2013

Aan de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Van NFU

Datum 18-1-2013  
Ons kenmerk 13.245/RP/OdT

### Inleiding

De hoofddoelstelling van het rondetafelgesprek is het verkrijgen van inzicht in de prijsbepaling van geneesmiddelen in het algemeen en van weesgeneesmiddelen in het bijzonder. In deze beknopte position paper zet de NFU haar belangrijkste standpunten t.a.v. dit onderwerp op een rij.

### Ziekenhuizen zetten zich in voor doelmatig gebruik van geneesmiddelen

Een beheerste kostenontwikkeling van de medisch-specialistische zorg is voor de NFU een belangrijk thema. Er zijn tal van maatregelen die kunnen leiden tot doelmatiger zorg, zoals: verminderen van praktijkvariatie, verminderen van verspilling in de zorg en wegnemen van volumeprykkels. Het doelmatiger voorschrijven van (dure) geneesmiddelen maakt onderdeel uit van het hoofdlijnenakkoord. Daarnaast richten ziekenhuizen zich op een zo'n doelmatig mogelijke inkoop van geneesmiddelen.

### Innovatieve dure geneesmiddelen – meerkosten behandeling moeten opwegen tegen de (gezondheids)baten

Het aantal nieuwe dure specialistische geneesmiddelen voor tal van aandoeningen neemt toe, niet alleen voor zeldzame ziekten. Deze nieuwe geneesmiddelen worden veelal tegen (extreem) hoge prijzen geïntroduceerd. De effectiviteit van deze geneesmiddelen, de gezondheidswinst, loopt uiteen. Voor weesgeneesmiddelen specifiek geldt dat gezien de relatief kleine groepen patiënten in Nederland die gebruik maken van deze therapieën, het effect op korte termijn dus soms lastig meetbaar is.

Het is enerzijds van belang dat nieuwe behandelingen, waarvan wordt verondersteld dat ze een aanvulling vormen op bestaande behandelmogelijkheden, snel toegankelijk worden. Anderzijds zullen de meerkosten van de behandeling wel moeten opwegen tegen de batens. Om voldoende inzicht te krijgen in het effect van de behandeling en hoe de kosten zich verhouden tegenover de batens, is uitkomstenonderzoek gewenst. De NFU steunt daarom het principe van voorwaardelijke toelating/financiering.

De NFU vindt, evenals de minister (zie brief d.d. 28 maart 2012), dat een hogere prijs voor een geneesmiddel moet worden gerechtvaardigd door betere behandeluitkomsten voor de patiënt en/of besparingen elders in de zorg (kosteneffectiviteit). Ook kan de prijs niet los worden gezien van het volume.

Ziekenhuizen spannen zich in om zo scherp mogelijk in te kopen en kortingen te behalen waar mogelijk. Het is echter lastig om substantiële kortingen te behalen bij (nieuwe) unieke geneesmiddelen, waar de mogelijkheden voor therapeutische substitutie gering of afwezig zijn. De fabrikant heeft hier (te?) grote marktmacht.

De NFU vindt het bovendien onwenselijk dat er vaak sprake is van een hoge mate van intransparantie bij de totstandkoming van de prijzen van deze dure specialistische geneesmiddelen.



De NFU is het eens met de minister om te kijken naar mogelijkheden voor het inzetten van financiële arrangementen die leiden tot een betere prijs voor deze geneesmiddelen indien pakketopname van het geneesmiddel leidt tot een zeer hoog macrokostenbeslag of er een ongunstige (of onduidelijke) verhouding is tussen de meerprijs en de toegevoegde waarde (kosteneffectiviteit) van een nieuw geneesmiddel.

De NFU vindt het van belang dat bij het opzetten van pilots omtrent deze financiële arrangementen in het geval van ongunstige kosteneffectiviteit, ook de ziekenhuizen worden betrokken om tot een optimale inrichting van processen en afspraken te kunnen komen. Na een bepaalde periode zullen deze pilots moeten worden geëvalueerd.

### **Onderzoek op Europees niveau naar (kosten)effectiviteit van weesgeneesmiddelen**

De afgelopen zomer is naar aanleiding van concept pakketadviezen van CVZ t.a.v. de behandeling van de ziekte van Fabry en de ziekte van Pompe in Nederland de discussie geopend of het effect van een behandeling wel in verhouding staat tot de kosten. CVZ baseert haar pakketadviezen op een weging van de volgende vier pakketcriteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

Ten aanzien van de kosteneffectiviteit bij weesgeneesmiddelen geldt dat weesgeneesmiddelen doorgaans zeer kostbaar zijn en de kosteneffectiviteitsratio zelfs bij een groot effect van de behandeling veelal zal uitkomen boven de bandbreedte die de Raad voor Volksgezondheid heeft genoemd.

Gezien de kleine patiëntenpopulaties moet er gestreefd worden naar een onafhankelijke samenwerking binnen de Europese Unie bij het doen van onderzoek naar de effectiviteit van weesgeneesmiddelen in de praktijk wanneer deze zijn toegelaten tot de markt. Prof. dr. Carla Hollak en dr. Gabor Linthorst van het AMC pleiten in een brief aan de minister d.d. 4 augustus 2012 voor het verplicht instellen van ziekteregisters op EU-niveau, onder leiding van een onafhankelijk orgaan of commissie, direct na autorisatie van een weesgeneesmiddel. Met grote internationale datasets zal het mogelijk zijn om in korte tijd meer te zeggen over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de behandeling dan nu het geval is. Op basis van deze onafhankelijke analyses m.b.t. effectiviteit en kosteneffectiviteit kunnen dan gezamenlijk gedragen richtlijnen worden opgesteld voor doelmatig gebruik. Belangrijk is ook om te kijken of het mogelijk is om op EU-niveau tot consensus te komen over wat een acceptabele prijs is en hierover afspraken te maken met de fabrikant.

Op EU-niveau is inmiddels een discussie op gang gekomen over de beperkingen van de huidige wijze van evaluatie van weesgeneesmiddelen. Diverse experts/behandelaars, vanuit de umc's willen graag in 2013 met het ministerie van VWS verder van gedachten wisselen over het ontwikkelen van een gezamenlijke visie.

### **Weesgeneesmiddelen en aanneemsommen**

Weesgeneesmiddelen en dure geneesmiddelen maken integraal onderdeel uit van de afspraken die umc's maken met zorgverzekeraars, veelal in de vorm van een aanneemsom. Voor veel behandelingen met dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen betreft het lastig planbare zorg en gezien de dikwijls zeer hoge kosten die met deze geneesmiddelen (per patiënt !) gepaard gaan, trekt dit een extreme wissel op deze aanneemsommen van sommige ziekenhuizen. Bovendien belemmert het de (zo nodige) concentratie van de betreffende patiëntengroepen in expertisecentra (afspraken met zorgverzekeraars houden onvoldoende rekening met het verplaatsen van patiëntenstromen). Vanwege de grote, veelal onvoorspelbare financiële risico's voor de individuele zorgaanbieder rechtvaardigt dit een systeem waarbij deze middelen buiten de reguliere afspraken worden vergoed.



### **Verantwoordelijkheid overheid**

Het zal zeker gaan voorkomen (zoals nu ook al het geval is), dat bepaalde medicijnen veel duurder zijn, dan toelaatbaar is binnen de bandbreedte van het RVZ rapport. Dan komt het er op neer dat de overheid bepaalt "wat de burger kan verwachten" m.a.w. "wat hebben we ervoor over". Het antwoord zou kunnen zijn dat bepaalde therapieën niet beschikbaar zijn in Nederland, dan wel dat er extra middelen voor worden gevonden (op welke manier dan ook).

**Info:** J. Benedictus | j.benedictus@npcf.nl | 030 2916782  
W. Toersen | wtoersen@npcf.nl | 030 2916715

**Onderwerp:** Positionpaper Geneesmiddelenbeleid

**Datum:** 22 januari 2013

---

### **Inbreng van NPCF t.b.v. rondetafelgesprek over het geneesmiddelenbeleid**

Patiëntenfederatie NPCF is gevraagd om deel te nemen aan een rondetafelgesprek over geneesmiddelenbeleid. Hoofddoelstelling van het gesprek is het verkrijgen van inzicht in de prijsbepaling van geneesmiddelen in het algemeen en van weesgeneesmiddelen in het bijzonder. Naar aanleiding van dit verzoek vinden wij het belangrijk om het patiëntenperspectief te schetsen voor weesgeneesmiddelen, dure geneesmiddelen en preferentiebeleid. Voor al deze groepen geldt wat ons betreft:

- Geneesmiddelen moeten veilig zijn;
- Het moet voor patiënten duidelijk zijn wie bepaalt welke geneesmiddelen de patiënt krijgt en onder welke voorwaarden;
- Als beschikbaarheid en veiligheid zijn gewaarborgd, dan kan als vertrekpunt voor beleid gelden 'goedkoop als het kan, duurder als het echt nodig is'.

### **Weesgeneesmiddelen**

Weesgeneesmiddelen, die zijn geregistreerd door de European Medicines Agency (EMA) op Europees niveau zijn bewezen veilig en effectief. Zij voldoen daarmee aan het criterium stand van wetenschap en praktijk en moeten daarom beschikbaar zijn voor patiënten die ze nodig hebben. Dat kan via het verzekerd pakket, maar mogelijk kan dat ook via een fonds als dat een beter instrument blijkt om de meerwaarde aan te tonen zonder dat groepen patiënten verstoken blijven van deelname.

Ontwikkeling van geneesmiddelen in een kleine populatie is niet veel duurder of goedkoper dan in een grote populatie. De kosten moeten echter terugverdiend worden in een kleinere populatie; de middelen zullen dus altijd relatief duur zijn. Dit laat onverlet dat van de producenten transparantie geëist mag worden over het tot stand komen van de prijs en het mag de overheid niet beletten met de producenten in onderhandeling te gaan over een redelijke prijsstelling. Dit hebben wij eerder bepleit in bijgevoegd standpunt weesgeneesmiddelen in het basispakket.

### **Dure geneesmiddelen**

Anders dan weesgeneesmiddelen kan de ontwikkeling van dure geneesmiddelen worden terugverdiend in een veel grotere populatie. Dit is tegelijkertijd een dilemma voor de betaalbaarheid van zorg op langere termijn. Een zorgvuldige afweging van kosten en baten is gewenst. De tot nu toe doorlopen trajecten van voorwaardelijke financiering laten zien dat deze procedure niet automatisch leidt tot bruikbare beslisinformatie die recht doet aan de belangen van patiënten. Twee aandachtspunten willen hier benoemen:

- De ene patiënt is de andere niet. Net als bij weesgeneesmiddelen is er bij dure



geneesmiddelen behoefte aan individuele maatvoering met vooraf duidelijkheid over uitkomsten voor de patiënt en wanneer te beslissen dat die uitkomsten (on)voldoende effectief zijn;

- Het ministerie van VWS heeft een beleid in gang gezet waarbij dure specialistische geneesmiddelen worden overgeheveld van extramuraal naar intramuraal. Als de verstrekking van een geneesmiddel door de apotheker straks verandert in verstrekking via het ziekenhuis, is het goed voorstelbaar dat de deskundigheid van de voorschrijver en diens apotheker beter wordt benut en ten goede komt aan de kwaliteit van zorg. Toch leven er bij patiëntenorganisaties ook vragen, zoals:
  - Wat de gevolgen zijn voor therapietrouw van de patiënt?;
  - Wordt het verkrijgen van de geneesmiddelen bemoeilijkt door reisafstand naar het ziekenhuis? Reizen kan voor de patiënt zowel fysieke belastend zijn als financiële/organisatorische drempels opwerpen. En hoe ontwikkelt deze belasting zich door verdere concentratie van zorg?
  - Hoe kunnen we na overheveling zekerstellen dat de geneesmiddelen beschikbaar blijven voor patiënten met inachtneming van 'gepast gebruik' van zorg? Welke keuzes maken ziekenhuizen bij de besteding van budgetten en is na te gaan of de benodigde zorg na overheveling nog voldoende beschikbaar komt?
  - Ondervindt de patiënt hinder van het ziekenhuis als leverancier van zijn dure geneesmiddelen, naast de apotheker voor zijn 'gewone' geneesmiddelen?

### **Preferentiebeleid**

Patiëntenfederatie NPCF staat achter de uitgangspunten van het preferentiebeleid en constateert dat door dit beleid gerealiseerde besparingen bijdraagt aan de houdbaarheid van het zorgstelsel. Toch zijn er kritische kanttekeningen te plaatsen zowel bij het principe als bij de uitvoering.

- We constateren dat de ontwikkeling van nieuwe medicijnen en de beschikbaarheid van bestaande medicijnen onder anderen vanwege het preferentiebeleid onder druk komt te staan.
- Bepaalde groepen patiënten worden te zwaar belast door een opgelegde try-out periode van een beschikbaar generiek middel. Naast deze onaangename belasting, is in bepaalde gevallen zelfs sprake van gezondheidsbedreigende situaties.

In het algemeen constateren wij dat er bij patiënten veel onduidelijkheid bestaat over het preferentiebeleid. Dit leidt vaak tot voor patiënten onbegrijpelijke en onaangename discussies en consequenties. Zorgverzekeraars, voorschrijvers ( artsen) en apothekers moeten patiënten beter en tijdiger informeren over het gevoerde preferentiebeleid en de consequenties daarvan voor patiënten. Dit leidt tot betere zorg. Het bevordert therapietrouw en voorkomt daarmee ook onnodige kosten. En het biedt patiënten mogelijkheden om bewust te kiezen voor een zorgverzekeraar en een apotheek.





### **Aanbevelingen**

- Eis van de producenten transparantie over het tot stand komen van prijzen van dure en weesgeneesmiddelen, en ga waar mogelijk als met de producenten in onderhandeling over een redelijke prijsstelling.
- Let op individuele maatvoering bij het voorschrijven en stoppen van dure en weesgeneesmiddelen.
- Zorg dat gepast gebruik van dure en weesgeneesmiddelen hoog op de internationale onderzoeksagenda staan en dat Nederland dat op Europees niveau stimuleert.
- Ga verder met de ontwikkeling van het Preferentiebeleid, maar onderwerp tegelijkertijd de wijze van uitvoering aan kritisch onderzoek.

De komende tijd gaat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) van ongeveer veertig dure geneesmiddelen opnieuw bepalen of zij in aanmerking komen voor vergoeding. Het gaat bijvoorbeeld om de behandeling van bepaalde tumoren, een medicijn tegen leukemie bij kinderen en een middel tegen de zeldzame erfelijke ziekten. In het pakketbeheer nemen de zogenaamde weesgeneesmiddelen een bijzondere plaats in. Patiëntenorganisaties zijn van mening dat:

- het huidige beoordelingskader van CVZ onvoldoende bruikbaar is voor weesgeneesmiddelen;
- het huidige debat over het criterium voor kosteneffectiviteit in veel breder perspectief gevoerd moet worden;
- er voorzichtig omgegaan moet worden met pakketbeslissingen over weesgeneesmiddelen. Dit in verband met de beschikbaarheid en ontwikkeling van deze middelen;
- gepast gebruik van weesgeneesmiddelen hoog op de internationale onderzoeksagenda moet staan en dat Nederland dat op Europees niveau zou moeten stimuleren

### **Standpunt patiëntenorganisaties**

Het huidige beoordelingskader van CVZ is onvoldoende bruikbaar voor weesgeneesmiddelen. Het richtsnoer van €80.000,- is niet geschikt voor pakketbeslissingen op het gebied van weesgeneesmiddelen en er wordt teveel nadruk gelegd op het kostenaspect in vergelijking met andere pakketcriteria. Het huidige debat over het criterium voor kosteneffectiviteit moet in veel breder perspectief gevoerd worden. De beschikbaarheid van andere behandel mogelijkheden en de winst in kwaliteit van leven (meer dan levensduur) zijn essentiële criteria die in de weging meegenomen moeten worden.

Er dient voorzichtig omgegaan te worden met pakketbeslissingen over weesgeneesmiddelen. Wanneer middelen niet meer vergoed worden, heeft dat niet alleen impact op de

beschikbaarheid van deze middelen maar ook op de ontwikkeling van toekomstige middelen voor zeldzame aandoeningen en zelfs voor onderzoek naar deze aandoeningen in het algemeen, in Nederland en in de rest van Europa.

Patiëntenorganisaties realiseren zich dat het gaat om dure geneesmiddelen. Gepast gebruik van deze middelen dient dan ook hoog op de (onderzoeks-)agenda te staan. Onderzoek zou op Europees / internationaal niveau moeten geschieden, vanwege de kleine patiënten aantallen. Nederland zou dat op Europees niveau moeten aankaarten en stimuleren. Patiëntenorganisaties zouden bij het opzetten van dergelijk onderzoek betrokken moeten worden. Patiënteninbreng is onder andere essentieel in het bepalen van relevante uitkomstmaten.

### **Weesgeneesmiddelen**

Weesgeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die bestemd zijn voor de diagnose, preventie of behandeling van zeldzame aandoeningen. Het betreft per definitie ernstige, levensbedreigende of chronisch invaliderende aandoeningen die de kwaliteit van leven ernstig aantasten.

Weesgeneesmiddelen, die zijn geregistreerd door de European Medicines Agency (EMA) op Europees niveau zijn bewezen veilig en effectief. Zij voldoen daarmee aan het criterium stand van wetenschap en praktijk en moeten derhalve beschikbaar zijn voor patiënten die ze nodig hebben.

Weesgeneesmiddelen worden soms versneld toegelaten tot de markt op basis van beperkte data: verder onderzoek met deze middelen is gewenst om kwaliteit van zorg te verbeteren en gepast gebruik te optimaliseren (doseringsschema's, start en stop criteria, subpopulaties) en patiëntenorganisaties zijn daar groot voorstander van. Wel is het van groot belang dat voor de start van een onderzoek voor alle betrokken partijen duidelijk is op welke gronden een middel wordt beoordeeld, en wat er gebeurt met de patiënt als het middel uiteindelijk niet beschikbaar komt. Naast de geringe patiënten aantallen wordt het onderzoek naar de toegevoegde waarde met deze middelen bemoeilijkt door de heterogeniteit waarbij de ziekte in individuele patiënten een divers beloop heeft, de aandoeningen vaak langzaam progressief zijn en de ernst van de aandoening verschilt tussen de individuele patiënten bij aanvang van therapie. Gezien bovenstaande problematiek dient dergelijk onderzoek op Europees niveau door experts plaats te vinden. De beoordeling hiervan zou ook op Europees niveau moeten plaatsvinden.

Patiëntenorganisaties moeten in een vroeg stadium betrokken worden in de discussie rondom de parameters om de relevante effecten van de therapie te evalueren, waarbij kwaliteit van leven een relevantere uitkomst maat is dan overlevingswinst.

Ontwikkeling van geneesmiddelen in een kleine populatie is niet veel duurder of goedkoper dan in een grote populatie. De kosten moeten echter terugverdiend worden in een kleinere populatie; de middelen zullen dus altijd relatief duur zijn. Dit laat onverlet dat van de producenten transparantie geëist mag worden over het tot stand komen van de prijs en het mag de overheid niet beletten met de producenten in onderhandeling te gaan over een redelijke prijsstelling.

### Pakketbeheer

Eén van de publieke randvoorwaarden van zorgbeleid is dat alle burgers toegang hebben tot een basispakket aan zorg. Dat basispakket moet een verantwoord pakket zijn. Het College van Zorgverzekeringen (CVZ) heeft dat eerder omschreven als "een pakket voor nu en in de toekomst dat berust op de balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en waarvoor maatschappelijk draagvlak bestaat." [1] Het CVZ adviseert de minister van VWS over een verantwoord pakket. Zij hanteert daarbij een viertal pakketprincipes: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Integrale weging van deze vier pakketprincipes vindt plaats in de Adviescommissie Pakket (ACP).

### **Kosteneffectiviteit**

In de medische wetenschap is steeds meer mogelijk, maar de betaalbaarheid van de zorg staat onder druk. Er zit een grens aan wat een samenleving zich collectief kan verantwoorden. Het is daarom van belang om die zorg in het basispakket op te nemen die 'het meest waar voor ons geld biedt'. Dat is de zorg die het meest bijdraagt aan levensduur en kwaliteit van leven. Gezondheidseconomen drukken dit uit in kosteneffectiviteit: de kosten per gewonnen levensjaar in goede gezondheid of de kosten per QALY [2]. Kosteneffectiviteitsonderzoek wordt gebruikt om behandelingen met elkaar te vergelijken. Maar kosteneffectiviteit wordt ook gehanteerd als pakketprincipe. Dan gaat het niet zozeer om het vergelijken van verschillende behandelingen maar om de vraag of een bepaalde behandeling wel of niet in het basispakket komt of blijft. Daarbij wordt rekening gehouden met de ziektelast. Het CVZ hanteert een bandbreedte van €10.000,- voor een beperkte ziektelast tot €80.000,- voor een zeer ernstige ziektelast. [3] Patiëntenorganisaties kunnen zich niet conformeren aan deze grenswaarden.

### **Weesgeneesmiddelen en pakketbeheer**

In het pakketbeheer nemen weesgeneesmiddelen een bijzondere plaats in. Kosteneffectiviteit, een van de vier pakketcriteria, zal - zeker bij een bedrag van € 80.000 euro per QALY [4] dat het

CVZ hanteert als richtsnoer[5], - zelden of nooit positief uitvallen voor zeldzame aandoeningen. De weging van kosteneffectiviteit met de overige pakketcriteria is nog onvoldoende geëxpliciteerd. Op basis van welke (weging van) criteria wordt een besluit genomen? Dit maatschappelijke en politieke debat is nog onvoldoende gevoerd, niet in zijn algemeenheid, laat staan voor weesgeneesmiddelen. In het geval van weesgeneesmiddelen speelt – naast de ernst van de aandoening – ook mee dat er geen alternatieven beschikbaar zijn. Niet vergoeden komt daarmee overeen met iemand een behandeling ontzeggen. In de besluitvorming dient – breder dan levensduur alleen - de winst in kwaliteit van leven een prominente plaats in te nemen.

### **Internationaal perspectief**

Nederland heeft zich verbonden aan de strategie van de Europese Commissie om de situatie voor mensen met zeldzame aandoeningen te verbeteren (Aanbeveling van de Raad van Europa 8 juni 2009 betreffende zeldzame ziekten 2009/C151/02). In Europa heeft dit beleid inmiddels geresulteerd in een forse toename in het onderzoek op dit terrein, met als resultaat verbeterde zorg en geneesmiddelen voor een aantal tot nu toe onbehandelbare aandoeningen. Door weesgeneesmiddelen uit te sluiten van vergoeding breekt Nederland met dit Europees stimuleringsbeleid. Deze Nederlandse handelwijze kan een negatieve uitstraling hebben op de beschikbaarheid van de geregistreerde middelen in andere Europese landen. De gecreëerde onzekerheid ten aanzien van de vergoeding voor weesgeneesmiddelen beïnvloedt ook de bereidheid van wetenschap en industrie om te investeren in ontwikkeling van therapie voor andere weesziekten.

---

[1] CVZ, Pakketbeheer in de praktijk 2, 2009

[2] Quality Adjusted Life Year

[3] CVZ, Het pakketprincipe kosteneffectiviteit, achtergrondstudie ten behoeve van de 'appraisal' fase in pakketbeheer

[4] Quality Adjusted Life Year

[5] CVZ Rapport Stringent Pakketbeheer, mei 2012

# Position paper

AAN  
vaste Tweede Kamercommissie VWS

ONDERWERP  
KNMG position paper wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg (33 243)

De artsenfederatie KNMG is positief over het op te richten Zorginstituut Nederland. Dit kan bijdragen tot een betere sturing op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het instituut kan ook de kwaliteitsinformatie en –verschillen inzichtelijk maken.

UTRECHT  
21 januari 2013

De KNMG heeft een aantal belangrijke aandachtspunten voor de verdere behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer. Om het Zorginstituut Nederland effectief te laten functioneren moeten onduidelijkheden en obstakels uit de weg geruimd worden. Uiteindelijk is het succes van het instituut afhankelijk van het draagvlak in de gezondheidssector en de professionals zelf. Wij vragen graag uw aandacht voor de volgende punten, die verderop uitvoeriger worden toegelicht:

REFERENTIE  
13-52958

1. De KNMG wil benadrukken dat de professionele standaard de norm van professioneel medisch handelen beschrijft. Integraal onderdeel daarvan is ook de kwaliteitsmeting.
2. Het wetsvoorstel gaat uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten. De KNMG vraagt aandacht voor de verschillende belangen van deze drie partijen over wat de beste zorg is.
3. De KNMG wenst een duidelijke scheiding van kwaliteitsbeleid en pakketbeheer binnen het Zorginstituut.
4. De KNMG wil een slagvaardig Zorginstituut. Aandacht voor draagvlak in het veld is noodzakelijk. Dat vereist heldere kaders voor de doorzettingsmacht.
5. De wettelijke verankering van het Zorginstituut Nederland zou het beste gestalte kunnen krijgen in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Opneming in de Zorgverzekeringswet ligt gezien de aard van de werkzaamheden van het Kwaliteitsinstituut niet voor de hand.



Toelichting en concrete voorstellen:

**1. Professionele standaard**

In het wetsvoorstel wordt professionele standaard als volgt gedefinieerd:

*professionele standaard: richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden dan wel organisatiebeschrijvingen die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen;*

Het begrip professionele standaard is begin jaren negentig, tijdens de behandeling van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), in de wetgeving geïntroduceerd. Het argument was destijds dat naast de rechten van de patiënt ook de professionele verantwoordelijkheid benadrukt diende te worden. Het was uitdrukkelijk niet de bedoeling dat de zorgverlener blind zou varen op de wensen van de patiënt; de zorgverlener was altijd verplicht te handelen binnen de grenzen van de door de beroepsgroep geldende regels aangaande onderzoek en behandeling. Deze betekenis van het begrip professionele standaard is keer op keer bevestigd: de professionele standaard is de norm voor het medisch handelen, opgesteld door de beroepsgroep, op basis van de medische wetenschap en de expertise van artsen. Opmerkelijk is daarom dat bij de omschrijving van het begrip professionele standaard in het onderhavige wetsvoorstel het vertrekpunt het perspectief van de patiënt (cliënt) is, en dat ook andere elementen – met name “organisatiebeschrijvingen”- worden geïntroduceerd die wezensvreemd zijn aan een professionele standaard. Het spreekt overigens vanzelf dat bij het opstellen van een professionele standaard de zorgbehoefte van de patiënt / cliënt als uitgangspunt wordt genomen en dat andere actoren, zoals patiëntenorganisaties e.d., wel betrokken kunnen worden bij de ontwikkeling van een richtlijn. De rechten van de patiënt – in wezen een soort “tegenwicht” tegen de professionele inbreng – zijn uitstekend geborgd in de wet- en regelgeving.

In het verlengde van het voorgaande verbaast de KNMG zich over het feit dat in de laatste versie van het wetsvoorstel een splitsing gemaakt wordt tussen professionele standaarden en meetinstrumenten. Kwaliteitsmeting vormt een integraal onderdeel van de professionele standaard. Gewaakt moet worden dat meetinstrumenten los van de zorgbeschrijvingen die onderdeel vormen van professionele standaarden (richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden, worden ontwikkeld. Juist de relatie tussen deze instrumenten zorgt voor een goede kwaliteitscyclus, en daarmee kwaliteitsverbetering.

Op grond van het bovenstaande doet de KNMG het volgende voorstel voor de formulering van de definitie van de professionele standaard.

Het voorstel van wet wordt als volgt gewijzigd:

**A.** Artikel I, onderdeel A, onderdeel m komt te luiden:

*Professionele standaard: het geheel van richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden en daarbij behorende meetinstrumenten opgesteld door de verantwoordelijke beroepsgroep dat betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces, en dat richtinggevend is voor zorgverleners bij het verlenen van goede zorg.*

**B.** Artikel VII, onderdeel A, tweede lid, onderdeel z, komt overeenkomstig te luiden.

UTRECHT

21 januari 2013

REFERENTIE

13-52958

### Toelichting:

De voorgestelde wijziging sluit beter aan bij de oorspronkelijke visie van de wetgever toen deze het begrip professionele standaard heeft geïntroduceerd bij de wijziging van artikel 1653g BW (WGBO-oud; thans art. 7:453 BW), waarmee werd uitgedrukt dat er een evenwicht moest bestaan tussen de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener en de rechten van de patiënt. Ook de Raad van State heeft gewezen op het spanningsveld tussen de professionele verantwoordelijkheid en het primaat van het cliëntenperspectief in dit wetsvoorstel.

### **2. Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor standaarden**

Het is goed gebruik dat bij het ontwikkelen van een richtlijn / standaard de patiënten(organisaties) worden betrokken en dat ook andere partijen hun inbreng kunnen hebben bij de agendasetting, uitwerking of becommentariëring van richtlijnen.

Het wetsvoorstel gaat uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten voor het ontwikkelen van standaarden en de voordracht van standaarden voor opneming in het register. De KNMG vraagt aandacht voor de verschillende belangen van deze drie partijen over wat de beste zorg is. De uitgangspunten van deze drie partijen over wat de beste zorg is komen niet altijd overeen. Immers, de beste zorg is niet altijd de doelmatigste, en evenmin altijd de meest patiëntvriendelijke. Omgekeerd kan niet altijd voor de duurste zorg gekozen worden als die toevallig de beste is. Er zal dus tussen de partijen onderhandeld moeten worden over welke invalshoeken en uitgangspunten moeten prevaleren. Deze onderhandelingen zullen niet altijd tot de zorg leiden, die zorgaanbieders op grond van normen van de beroepsgroep en de eisen van de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht zijn te bieden. Door de verantwoordelijkheid voor de professionele standaard bij de beroepsgroep te laten liggen en op onderdelen inspraak te organiseren van andere partijen, zoals dat nu al overal gebeurt, wordt dit probleem vermeden.

UTRECHT  
21 januari 2013

REFERENTIE  
13-52958

### **3. Scheiding tussen kwaliteitsbeleid en pakketbeheer binnen het Zorginstituut**

De KNMG is van mening dat de scheiding tussen kwaliteitsbeleid en pakketbeheer binnen het Zorginstituut waterdicht moet zijn. Het openbare register van professionele standaarden zal informatie bevatten voor het definiëren van prestaties in de zorgsector die gecontracteerd mogen worden en de inhoud van de zorg bepalen die onder het verplicht verzekerde pakket valt. Hiermee wordt bepaald wat gepaste zorg is. Gewaakt moet worden dat de normstelling en handhavingstaken van het Zorginstituut gescheiden blijven (trias politica).

### **4. Doorzettingsmacht van het Zorginstituut**

Het is de primaire verantwoordelijkheid van het veld om zelf professionele standaarden te ontwikkelen. Het Zorginstituut krijgt de bevoegdheid om, als het veld in gebreke blijft, zelf een professionele standaard te ontwikkelen. Voorspelbaar is dat een dergelijke actie niet vanzelfsprekend tot legitimiteit, laat staan draagvlak, in het veld zal leiden, en dus ook de implementatie van aldus tot stand gekomen richtlijnen niet ten goede zal komen. Om een dergelijke situatie te voorkomen dient voor het veld voorspelbaar te zijn wanneer het Zorginstituut haar doorzettingsmacht laat gelden. In de wetgeving ontbreken op dit moment de kaders voor waarbinnen het Zorginstituut haar doorzettingsmacht kan laten gelden.

Heldere kaders zijn noodzakelijk om voorspelbaar optreden van het Zorginstituut in dit kader mogelijk te maken. Bovendien heeft ontbreken van dergelijke kaders als risico dat het Zorginstituut deze zelf moet gaan invullen, niet langer een kleine slanke organisatie blijft en de administratieve lasten toenemen. In een dergelijke situatie is er niet langer sprake van een slagvaardig Zorginstituut.

#### **5. Wettelijke verankering van het Zorginstituut**

De wettelijke verankering van het kwaliteitsinstituut zou gezien de grote onzekerheden rond de Wcz het beste gestalte kunnen krijgen in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Opneming in de Zorgverzekeringswet ligt gezien de aard van de werkzaamheden van het kwaliteitsinstituut niet voor de hand.

Wij hopen dat u deze punten in de volgende beraadslagingen wilt meenemen. Graag zijn we tot nadere toelichting bereid.

UTRECHT  
21 januari 2013

REFERENTIE  
13-52958

*Contactpersoon KNMG:*

*Lode Wigtersma (directeur beleid en advies), tel. 06 – 30 30 18 29 of  
Mark van den Anker (adviseur public affairs), tel. 06 – 18 63 92 13*

## **Position Paper Apotheekhoudende Afdeling LHV ten behoeve van het Ronde Tafel Gesprek Geneesmiddelenbeleid d.d. 24 januari 2013**

Een doelmatige en kwalitatief goede geneesmiddelenvoorziening;  
een doelstelling die door velen wordt onderschreven, ook door de Apotheekhoudende Afdeling LHV. Vele invalshoeken kenmerken dit onderwerp en maken het moeilijk beheersbaar. Enkele laten we hier de revue passeren.

### **Prijzen, transparantie en beschikbaarheid**

De ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen vindt plaats in een sterk concurrerende markt. De investering in research en development en de marketing voor nieuwe geneesmiddelen vertaald zich in een, niet-transparante, prijs, die tevens nog wordt beïnvloed door diverse wet- en regelgeving waaraan moet worden voldaan.

De beschikbaarheid van oudere en soms unieke geneesmiddelen komt hierdoor ook in het gedrang.

Het optimaliseren en afstemmen van wet- en regelgeving tussen diverse landen zou prijsverlagend kunnen werken en ook tekorten van bepaalde geneesmiddelen tegen kunnen gaan.

De transparantie in de geneesmiddelenprijzen wordt verder vertroebeld door het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Met name het couvertebeleid van VGZ en het pakjesmodel van Achmea maakt dat er geen zicht meer is op de werkelijk prijs van geneesmiddelen. De grootte van de voordelen die door verzekeraars op dit geneesmiddelenbeleid worden behaald zijn onduidelijk en ook is onduidelijk of dit uiteindelijk ten goede komt aan de verzekerden.

Het financiële risico van dit beleid wordt neergelegd bij de zorgverlener, zoals de apothekhoudende huisarts. Dit kan er toe leiden dat er suboptimaal wordt voorgeschreven.

Met betrekking tot weesgeneesmiddelen is de situatie werkelijk anders. Met solidariteit als uitgangspunt hebben de overheid en de zorgverzekeraars hier een taak om deze geneesmiddelen beschikbaar en betaalbaar te houden/te maken. Krijgt marktwerking de overhand dan verdwijnt het solidariteitsprincipe.

### **Kwaliteit en doelmatigheid**

Het aanbieden van goed op elkaar afgestemde medisch en farmaceutische zorg levert kwalitatief goede en ook nog eens doelmatige zorg. De apothekhoudende huisarts is hier bij uitstek een voorbeeld van. Voor patiënten op het platteland een laagdrempelige voorziening in de buurt.

Kwaliteit en doelmatigheid kunnen nog verder worden ontwikkeld door:

- meer tijd met de patiënt om medicatiebeoordelingen uit te voeren, therapietrouw te bespreken en ingezette behandelingen te evalueren. Dit is kostenbesparend. De meerwaarde van een periodieke medicatiebeoordeling wordt breed gedeeld.
- het verbeteren van therapietrouw. Hiermee is nog veel te winnen. Verbeterde therapietrouw resulteert in minder verspilling en een betere gezondheidsuitkomst (met minder kosten). De apothekhoudende huisarts is bij uitstek geschikt deze gesprekken te voeren. Deze zorgverlener kent bij het uitstek het medische en het farmaceutische dossier van de patiënt.
- de regulerende en filterende functie van de apothekhoudende huisarts bij de medicatiebegeleiding in overdrachtssituaties met het ziekenhuis te benutten. In toenemende mate wordt bijv. geconstateerd dat patiënten uit het ziekenhuis terugkomen

met medicatie voor 3 maanden terwijl zij aangewezen waren op gebaxterde<sup>1</sup> medicatie. Het ziekenhuis weet niet precies welke en hoeveel medicijnen de patiënt thuis heeft en dat leidt tot onjuist gebruik, extra gezondheidsproblemen en verspilling. Ook voor deze medicatiebegeleiding bij opname en ontslag is door de NZa een aparte prestatiebeschrijving gemaakt.

- kritisch te bekijken hoe verspilling van niet gebruikte medicatie tegen gegaan kan worden.

Gebleken is dat verzekeraars niet bereid zijn in deze prestaties (medicatiebeoordeling, medicatiebegeleiding bij overdracht van en naar ziekenhuis) te investeren en dat deze prestaties niet of nauwelijks worden ingekocht. Een eventueel geboden tarief is volstrekt niet kostendekkend.

Verbetering van doelmatigheid en kwaliteit stagneert hierdoor.

### **Preferentiebeleid**

Het preferentiebeleid heeft geleid tot bodemprijzen voor generieke geneesmiddelen. Lage prijzen voor generieke geneesmiddelen juichen wij toe. Echter, het preferentiebeleid heeft vele nadelen.

- Het preferentiebeleid heeft geleid tot verstoring van de productie waardoor regelmatig middelen niet leverbaar zijn.
- Alternatieve medicatie is soms beschikbaar maar worden niet altijd vergoed. De apothekhoudende huisartsen draaien dan voor deze kosten op.
- Ook distributiekosten kunnen niet meer betaald worden uit de lage prijzen zodat ook deze kosten of door de groothandel of door de apothekhoudende huisartsen betaald moet worden.
- Daarnaast heeft het preferentiebeleid een negatief effect op de therapietrouw bijv. door de steeds wisselende verschijningsvorm. Dit leidt tot een slechtere uitkomst van de behandeling en daardoor hogere medische kosten. De patiënt ervaart een hogere ziektelast.
- Ook wordt kostbare tijd besteed aan de uitleg en begeleiding van de patiënt bij iedere wisseling van preferent label.

### **Geen sprake van level playing field tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars**

Onze doelstelling, de kwaliteit en doelmatigheid verder te optimaliseren, kan niet worden bereikt zonder de samenwerking met verzekeraars. De financiering hiervoor, via het inkopen door de verzekeraars van de daarvoor bestemde prestaties, blijft namelijk achterwege

Door de ontwikkelingen op de zorgverzekeraarsmarkt zijn er feitelijk nog 4 grote verzekeraars actief. Deze zijn in grote mate bepalend en dwingend bij de inkoop en contractering.

Georganiseerde tegenkracht wordt door regelgeving (mededinging) onmogelijk gemaakt.

Onderhandelaars geven aan dat er feitelijk geen onderhandelingsruimte is.

Verzekeraars gaan met het huidige beleid alleen voor de (korte termijn) kostenbesparingen en geven onvoldoende ruimte aan innovatie, kwaliteit- en doelmatigheidsverbetering.

---

<sup>1</sup> het geautomatiseerd verpakken van geneesmiddelen waarbij de patiënt zijn/haar medicatie in speciale zakjes krijgt aangeleverd per innamemoment/dagdeel.

**Conclusie**

- Het afstemmen en optimaliseren van wet- en regelgeving kan prijsverlagend werken en problemen met beschikbaarheid voorkomen.
- Doelmatigheidswinst en kwaliteitsverbetering bij de geneesmiddelenvoorziening wordt behaald door de effectieve inzet van apothekhoudende huisartsen, en vergelijkbare constructies van nauwe samenwerking tussen huisarts en apotheker. Een doelstelling die ook onder de zorgaanbieders een groot draagvlak kent.
- Door het doorgeschoten preferentiebeleid en door de beperkte inkoop van prestaties door de verzekeraars komt de levensvatbaarheid van de apothekhoudende huisarts in zijn geheel in het gedrang. Het dwingt de apothekhoudende huisarts tot het treffen van maatregelen die ten koste gaan van de kwaliteit (waaronder service). Het is zelfs onderdeel van de opvolgingsproblematiek voor apothekhoudende huisartsenpraktijken. Het verdwijnen van zowel de medisch als farmaceutische zorg op het platteland zal een grote impact hebben op de leefbaarheid en aantrekkelijkheid in deze gebieden en is dan ook onwenselijk.

**De apothekhoudende huisarts***toelichting*

- circa 400 apothekhoudende huisartsen praktijken in Nederland
- verantwoordelijk voor +/- 7 % van de geneesmiddelenvoorziening in Nederland
- apothekhoudende huisartsen leveren medisch en farmaceutische zorg in gebieden waar geen openbare apotheek is gevestigd.
- voor het leveren van farmaceutische zorg hebben apothekhoudende huisartsen een vergunning nodig (de randvoorwaarden hiervoor, afstandscriteria, zijn wettelijk vastgelegd)

## ▼▼▼ MEMO ▼▼▼

---

Van : Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties: Unie KBO, PCOB, NOOM en NVOG, Ellen Willemsen beleidsadviseur Unie KBO  
Aan : Griffier van de Vaste Kamercommissie VWS  
Datum : 21 januari 2013  
Betreft : Position paper financiering medicijnen tbv RTG Tweede Kamer

### **Samenvatting**

De farmaceutische zorg voor ouderen die meer dan vijf medicijnen per dag gebruiken wordt onvoldoende gemonitord. Meer ouderen belanden door medicijnongevallen in het ziekenhuis dan jongeren door comadranken. Uit het eerste medicijnonderzoek (januari 2012) van de Unie KBO bleek dat controle op medicijngebruik van ouderen faalt. Vier van de tien apothekers en twee van de tien huisartsen vraagt 65-plussers naar het geneesmiddelengebruik. Dat betekent dus dat de meerderheid van de ouderen nooit een vraag gesteld krijgt over het geneesmiddelengebruik.

Ouderenorganisaties Unie KBO, PCOB, NOOM en NVOG die samen meer dan een half miljoen ouderen vertegenwoordigen, pleiten voor een jaarlijkse medicatiebeoordeling voor 65-plussers die chronisch ziek zijn. Bij de medicatiebeoordeling komen arts, apotheker en patiënt samen tot afspraken over het gebruik van de juiste medicijnen. Er valt veel gezondheidswinst te behalen door de medicatiebeoordeling (reductie medicijngerelateerde ziekenhuisopnames, bevordering therapietrouw, reductie valongelukken en een besparing van 100 miljoen euro volgens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM).

### **Inleiding**

Sinds 2012 gelden vrije prijzen en prestatiebekostiging voor farmaceutische zorg. Het is aan zorgverzekeraars en zorgverleners om overeenstemming te bereiken over de tarieven en de zorgverlening. De medicijngebruikers werden in februari 2012 door de KNMP en het ministerie van VWS middels een krant geïnformeerd over de verandering. In de krant is te lezen dat in alle apotheken sinds 1 januari 2012 een prijslijst farmaceutische zorg hangt. Hierop valt te zien welke zorgverlening medicijngebruikers van de apotheek kunnen verwachten, wat zij hiervoor betalen en hoeveel het medicijn zelf kost.

### **Informatievoorziening**

De informatievoorziening over de nieuwe prestatiebekostiging van farmaceutische zorg aan medicijngebruikers is onvoldoende. Nagenoeg geen enkele medicijngebruiker heeft op dit moment inzicht in de kosten van zijn medicijnen of kan de snelle opeenvolgende ontwikkelingen nog volgen. Bij de ouderenorganisaties komen veel vragen binnen over (de vergoeding van) medicijnen. De onduidelijkheid over de vele veranderingen (preferentiebeleid, beperkte vergoeding maagzuurremmers en prestatiebekostiging) roept onrust op.

## Kwaliteit

Belangrijker is echter de vraag wat de nieuwe financiering de medicijngebruikers heeft gebracht. Is de farmaceutische zorgverlening hiermee verbeterd? De ouderenorganisaties betwijfelen dit ten zeerste. Farmacotherapie bij ouderen vereist meer maatwerk dan bij jongeren. Doordat ouderen meerdere geneesmiddelen gebruiken neemt de kans op interacties en bijwerkingen toe. Bovendien verloopt tussen individuen het verouderingsproces niet synchroon en kan per individu het verouderingsproces van de diverse weefsels en organen verschillend zijn.

### Waarom faalt de controle op medicijngebruik ouderen?

1. De zorg voor ouderen met complexe problematiek vraagt om samenhang, afstemming en samenwerking tussen patiënt en/of mantelzorger, huisarts, specialist, apotheker, verpleegkundigen en verzorgenden. Het probleem is dat er verschillende voorschrijvers zijn en dat er niet één iemand is die het medicijngebruik overziet. Bovendien is er sprake van een 'knip' in de keten van voorschrijven tot en met aflevering. Er gaat veel mis in de communicatie tussen zorgverleners. De correspondentie over een aangepaste dosering laat bijv. op zich wachten.
2. De huidige prestatiebekostiging lijkt geen bijdrage te leveren aan een veilige en doelmatige inzet van geneesmiddelen en farmacotherapeutische zorg bij ouderen. Voor ouderen is de zorgprestatie 3, medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelgebruik van levensbelang. Het goede nieuws is dat deze zorgprestatie in de basisverzekering is opgenomen. Het slechte nieuws is dat de medicatiebeoordeling niet op grote schaal wordt aangeboden aan 65-plussers. Volgens onze informatie ervaren apothekers en huisartsen financiële hindernissen bij het aanbieden van een medicatiebeoordeling. De KNMP en NHG geven aan dat er geen passend tarief is. Een positief punt is dat de beroepsgroepen in de ouderenzorg (NHG, KNMP, Verenso, IVM, NVKG en Orde van Medisch Specialisten) in mei 2012 een multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie opgesteld hebben. De richtlijn Polyfarmacie bij ouderen helpt artsen, apothekers én patiënten van 65 jaar en ouder de juiste keuzes te maken in het gebruik van medicijnen. Er is een belangrijke rol weggelegd voor de medicatiebeoordeling. Echter volgens de zorgverzekeraars hebben de zorgverleners de medicatiebeoordeling niet goed gedefinieerd en werd 2012 als een overgangsjaar aangemerkt. Het gevaar is dat 2013 ook weer als een overgangsjaar wordt beschouwd. Helaas is de oudere met multimorbiditeit dan niet de lachende derde.
3. De zorgprestaties farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit het ziekenhuis zijn bij de ziekenhuizen neergelegd. Ook deze zorgprestaties schijnen niet voldoende gecontracteerd te zijn met alle gevolgen van dien. Te vaak horen we nog dat van ontschotting nog geen sprake is. Er is bijvoorbeeld geen contact is tussen openbaar apotheker en specialist/ ziekenhuisapotheker waardoor patiënten na ziekenhuisopname medicijnen door elkaar slikken.
4. Geen adequaat Elektronisch Medicatiedossier. Op diverse plaatsen in het gezondheidszorgsysteem wordt medicatie voorgeschreven en uitgeleverd. Aangezien huisartsen het leeuwendeel van de medicatie voorschrijven (meer dan 85%) en ook kennis hebben van de fysieke gesteldheid van hun patiënten door de tijd heen verdient het de



voorkeur dat de huisarts 'dossierhouder' is van het medicatiedossier. Hier begint de medicatiebewaking.

5. Geen goed geïnformeerde medicijngebruiker. Oudere zorggebruikers verwachten dat een persoon hun medicatiegebruik overziet. De patiënt geeft ook niet altijd zijn zelfzorggeneesmiddelen door aan de apotheek en apotheker vraagt er niet naar.

### **Wat moet er gebeuren?**

Een multifactoriële aanpak is wenselijk.

1. Overwogen dient te worden om een ander financieringssysteem in te voeren met een passend tarief voor de medicatiebeoordeling volgens de multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie. De besparingen als gevolg van de medicatiebeoordeling zullen in de praktijk groter zijn dan de kosten ervan.
2. Wellicht moet het distributiekanaal veranderen: minder conventionele apotheekwinkels en meer gespecialiseerde apothekers. Apothekers die de medicatiebegeleiding samen met de huisarts oppakken, zodat er geen 'knip' in de keten komt van voorschrijven tot en met aflevering. Wellicht moet de farmaceutische zorg voor de kwetsbare ouderen weer veel meer in nauwe samenwerking met de huisarts verleend worden. Hiertoe wachten de ouderenorganisaties met smart een onderzoek af van De Centrale Apotheek (DCA) die een alternatief distributiemodel ontwikkeld heeft waarin de huisarts en patiënt centraal staan.
3. Betrek de oudere bij een medicatiebewaking en beoordeling. Optimaliseer de voorlichting wat ouderen zelf kunnen doen aan verantwoord medicijngebruik. Bij oudere patiënten werden de medicijngerelateerde opnames in 51% van de gevallen als potentieel vermijdbaar beoordeeld (HARM-onderzoek). Graag willen de ouderenorganisaties in samenwerking met apothekers de awareness onder de ouderen vergroten.
4. Ouderen zijn bereid om zich vrijwillig in te zetten om verspilling in de zorg tegen te gaan. Vitale ouderen willen hun verantwoordelijkheid nemen in het betaalbaar houden van de zorg voor de toekomst. De onderlinge solidariteit is een van de speerpunten van CSO. Kaderleden van de ouderenbonden zouden bijvoorbeeld een meldpunt verspilling kunnen bemensen, maar ook bijvoorbeeld optreden als gezondheidsvoorlichter die met een apotheker met groepen ouderen in gesprek gaat over verantwoord medicijngebruik.
5. Een adequaat functionerend Elektronisch Medicatiedossier.
6. Ouderen blijven door wegvallen van Zorgzwaartepakketten 1, 2 en 3 langer thuis wonen. In de thuissituatie moet er meer aandacht komen voor een adequate medicatiebewaking en medicatiebeoordeling. De wijkverpleegkundige kan hierbij een belangrijke rol spelen.

# *Position Paper*

AAN

vaste Tweede Kamercommissie VWS

VAN

KNMG

ONDERWERP

KNMG inbreng Rondetafelgesprek Geneesmiddelenbeleid 24 januari

De overheid en zorgverzekeraars hebben de taak om met name weesgeneesmiddelen beschikbaar en betaalbaar te houden / te maken. Solidariteit is zeker hier een groot goed. Bovendien spelen de kosten van weesgeneesmiddelen macro slechts een (zeer) beperkte rol. De discussie over kosteneffectiviteit moet gevoerd worden, bij zeldzame ziekten gelden andere normen.

UTRECHT

22 januari 2013

## **Weesgeneesmiddelen: Pompe en Fabry**

Van de zomer ontstond discussie over twee conceptrapporten van het CVZ, waarin werd voorgesteld om enkele dure geneesmiddelen voor de ziekte van Pompe en de ziekte van Fabry in bepaalde situaties niet langer te vergoeden. De kosteneffectiviteit van deze middelen zou te gering zijn. Naar aanleiding van de discussie die hierover is ontstaan, pleit de KNMG ervoor dat bij de vraag of een medische interventie opgenomen of gehandhaafd moet worden in het verzekerde pakket, naast effectiviteit en noodzaak, moet worden meegewogen of de interventie kosteneffectief is. Zonder kosteneffectiviteit is de zorg op termijn niet meer betaalbaar. Voor deze afweging moeten de criteria helder zijn en de procedure transparant. Eenduidige criteria voor kosteneffectiviteit ontbreken momenteel. Dit laat onverlet dat de overheid extra zorg moet dragen voor de toegankelijkheid van doorgaans zeer dure zorg bij weinig voorkomende aandoeningen

REFERENTIE

13-52963

## **Debat**

Om te kunnen beoordelen of een bepaalde interventie kosteneffectief is, moet duidelijk zijn welke criteria daarbij gehanteerd worden. De RVZ heeft in 2006 de norm van 80.000 euro per QALY (voor kwaliteit gecorrigeerd gewonnen levensjaar) gesuggereerd, maar hierover heeft nooit politieke besluitvorming plaatsgevonden. De KNMG acht het van groot belang dat er heldere criteria voor kosteneffectiviteit geformuleerd worden en dat deze langs zorgvuldige weg tot stand komen. Ook de procedure waarmee medische interventies vervolgens worden beoordeeld op hun kosteneffectiviteit dient transparant en rechtvaardig te zijn. De KNMG pleit dan ook voor een debat over de vraag welke kosteneffectiviteit maatschappelijk aanvaardbaar is. CVZ is bezig hiervoor een voorzet te doen.

## **Afwijken van norm**

De behandeling van zeldzame ziekten, zoals Pompe en Fabry, is vaak erg duur omdat geneesmiddelen speciaal voor een heel kleine patiëntenpopulatie ontwikkeld moeten worden. Als voor de kosteneffectiviteit van alle aandoeningen dezelfde norm zou gelden, kunnen behandelingen met zulke weesgeneesmiddelen bijna nooit in het pakket. De KNMG vindt dan ook dat bij weesgeneesmiddelen afgeweken kan worden van de nog vast te stellen norm voor kosteneffectiviteit.

Om willekeur te voorkomen is het echter wel nodig dat voor het afwijken van de norm een aparte procedure ontworpen wordt.

**Kosteneffectiviteit gaat beslist niet enkel over dure behandelingen**

Er is een maatschappelijke discussie ontstaan over de kosteneffectiviteit van dure zorg. De KNMG vindt dat onjuist; het debat moet zich richten op alle zorg. Immers, van veel medische interventies (duur én goedkoop) is de kosteneffectiviteit niet of onvoldoende bekend. De KNMG pleit dan ook voor onderzoek naar de kosteneffectiviteit van bestaande medische interventies. Het gaat er immers niet om of een behandeling duur is, maar of het effect van een behandeling de (macro)prijs waard is. Ook een goedkope behandeling kan onvoldoende kosteneffectief zijn, of kan zonder al te veel problemen buiten het pakket worden geplaatst. Bij zulk onderzoek moet prioriteit worden gegeven aan onderzoek van interventies op macroniveau naar die middelen die daar de grootste kosten met zich meebrengen. Gedacht kan worden aan bijvoorbeeld veel voorgeschreven geneesmiddelen in de eerste lijn.

**KNMG dé artsenorganisatie van Nederland**

De landelijke artsenfederatie KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) behartigt de belangen van meer dan 53.000 artsen en studenten geneeskunde. Dit werk voeren we uit in nauwe samenhang met de zeven federatiepartners (KAMG, LAD, LHV, NVAB, NVVG, OMS, Verenso) van de KNMG. De KNMG maakt zich sinds de oprichting in 1849 sterk voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de volksgezondheid. De federatie richt zich op dossiers die de verschillende beroepsverenigingen overstijgen en dus voor alle artsen relevant zijn.

UTRECHT  
22 januari 2013

REFERENTIE  
13-52963