



Farmaceutische zorg in de basisverzekering: vrijheden en verplichtingen voor zorgverzekeraars

Marco Varkevisser
Stéphanie van der Geest

Juli 2006

– OPENBARE VERSIE –

Dit onderzoek is door SEOR-ECRi uitgevoerd in opdracht van Nefarma

Erasmus Competition and Regulation institute (ECRi)

Erasmus Universiteit Rotterdam

Kamer H7-25

Postbus 1738

3000 DR Rotterdam

Tel.: 010 – 408 2220

Fax: 010 – 408 9650

E-mail: varkevisser@few.eur.nl

Internet: www.ecri.nl

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	2
1.1 Vraagstelling onderzoek	2
1.2 Leeswijzer.....	2
2. Vrijheden en verplichtingen voor zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel	3
2.1 Zorgverzekeraars als regisseurs	3
2.2 Vergoeding farmaceutische zorg	3
2.3 Verplichtingen ten aanzien van informatieverstrekking	4
2.4 Afspraken op een hoger aggregatieniveau	7
3. Afspraken in medewerkersovereenkomsten.....	12
3.1 Inleiding.....	12
3.2 Algemene opmerkingen.....	12
3.3 Geanalyseerde medewerkersovereenkomsten	14
4. Transparantie voor verzekerden	20
4.1 Informatie op websites zorgverzekeraars.....	20
4.2 Transparantie ten aanzien van kwaliteit.....	21
5. Slotopmerkingen.....	22

1. Inleiding

1.1 Vraagstelling onderzoek

Om te komen tot een kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke geneesmiddelenvoorziening ziet minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een belangrijke taak weggelegd voor de zorgverzekeraars.¹ Geheel in lijn met het voorgestane langetermijnperspectief voor de gehele zorgsector kiest de minister voor meer invloed van zorgverzekeraars op zowel de voorschrijfbeslissing van de arts als de inkoop- en afleverbeslissing van de apothekhoudende. In zogeheten medewerkersovereenkomsten dienen zorgverzekeraars hierover met huisartsen en apothekhoudenden concrete afspraken te maken. In antwoord op vragen van de Tweede Kamer heeft minister Hoogervorst laten weten dat de huisartsenmodule rationeel voorschrijven van zorgverzekeraar Menzis zijns inziens hiervan een goed voorbeeld is: “De zorgverzekeraar stimuleert dat, daar waar dit medisch-inhoudelijk gezien kan, het meest doelmatige middel wordt voorgeschreven.”² Op de vraag welke verzekeraars een beloningssysteem voor doelmatig voorschrijvende artsen hanteren, moet de minister het antwoord schuldig blijven. Wel kent hij “enkele andere voorbeelden van zorgverzekeraars die dergelijke initiatieven hebben ingezet”.

Het voorliggende onderzoeksrapport heeft tot doel om meer inzicht te krijgen in (i) de wijze waarop zorgverzekeraars via hun medewerkersovereenkomsten het gedrag van huisartsen en/of apothekers actief proberen te beïnvloeden en (ii) de mate waarin de gemaakte afspraken transparant zijn voor verzekerden.

1.2 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Allereerst bespreken we in paragraaf 2 welke vrijheden de Zorgverzekeringswet (Zvw) aan zorgverzekeraars geeft om het voorschrijf- en aflevergedrag van huisartsen en apothekers te beïnvloeden. Tevens gaan we in op de wettelijke verplichtingen die hier tegenover staan. De aandacht gaat daarbij in het bijzonder uit naar de eisen waaraan de informatieverstrekking door zorgverzekeraars moet voldoen en de rol die de nieuwe Nederlandse Zorgautoriteit op dat gebied vervult. Paragraaf 3 geeft een *geanonimiseerd* overzicht van de afspraken die zorgverzekeraars met respectievelijk individuele huisartsen en apothekers in de door ons geanalyseerde medewerkersovereenkomsten voor het jaar 2006 hebben gemaakt. Deze medewerkersovereenkomsten zijn op vertrouwelijke wijze verkregen van de opdrachtgever. In paragraaf 4 geven we aan of eventuele beperkingen op het gebied van de vergoeding van geneesmiddelen voor verzekerden gemakkelijk te achterhalen zijn. Hiervoor zijn de websites van alle Nederlandse zorgverzekeraars bezocht.³ Paragraaf 5 sluit af met enkele slotopmerkingen.

¹ Tweede Kamer (2004), 29 477 nr. 5.

² Tweede Kamer (2005), *Aanhangsel van de Handelingen*, vergaderjaar 2005-2006, nr. 266.

³ Met dank aan Bart Voogt die tijdens dit onderzoek als student-assistent bij SEOR-ECRi werkzaam was.

2. Vrijheden en verplichtingen voor zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel

2.1 Zorgverzekeraars als regisseurs

Met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 is het nieuwe Nederlandse zorgstelsel van start gegaan. Bij de vormgeving van de Zvw is er bewust voor gekozen om zorgverzekeraars een belangrijke rol te geven. Geprikkeld door hun onderlinge concurrentie moeten zij optreden als doelmatige en klantgerichte regisseurs van de zorg. De invloed van verzekeraars neemt dus fors toe, terwijl de overheid door middel van wettelijke maatregelen zorg draagt voor de sociale randvoorwaarden. Voorbeelden hiervan zijn de acceptatieplicht en de verplichting voor verzekeraars om binnen de basisverzekering per polisvorm iedere verzekerde dezelfde nominale premie in rekening te brengen (verbod op premiedifferentiatie).

De Zvw biedt zorgverzekeraars mogelijkheden tot variatie in de verzekeringsovereenkomsten. Zo kan een zorgverzekeraar een polis met vrije restitutie, een polis met gecontracteerde zorg (in natura) of een tussenvorm aanbieden. Om zoveel mogelijk te garanderen dat iedereen de zorg krijgt die men nodig heeft, hebben verzekeraars een zorgplicht. Dit houdt voor een restitutiepolis in dat een verzekerde recht heeft op vergoeding van de zorg waaraan behoefte bestaat, terwijl een naturapolis recht geeft op de benodigde zorg zelf. Bij de laatstgenoemde verzekeringsovereenkomst geeft een verzekeraar invulling aan zijn zorgplicht door met zorgaanbieders medewerkersovereenkomsten te sluiten en daarin afspraken te maken over bijvoorbeeld de inhoud, prijs, kwaliteit en hoeveelheid van de te leveren zorg. Indien een verzekerde voor een naturapolis kiest, dan kiest hij of zij er voor om een gedeelte van de keuzevrijheid over het zorgaanbod aan de verzekeraar te geven in ruil voor een lagere premie. Het is verzekerden met een naturapolis overigens wel toegestaan om een andere zorgaanbieder kiezen dan degene waarmee de verzekeraar een contract heeft afgesloten, maar de verzekeraar is in dat geval niet verplicht om 100% van de gemaakte kosten te vergoeden. Bij een polis met vrije restitutie moet de verzekerde zelf een zorgaanbieder zoeken waarna de gemaakte kosten vervolgens bij de zorgverzekeraar kunnen worden gedeclareerd.⁴ Over het algemeen zal de maandelijkse nominale premie van deze polis hoger zijn dan die van een naturapolis.

2.2 Vergoeding farmaceutische zorg

In artikel 10 van de Zvw staat dat de behoefte aan farmaceutische zorg één van de te verzekeren risico's is. De door de minister aangewezen geregistreerde geneesmiddelen die voor vergoeding

⁴ Dat wil zeggen, voor zover deze kosten marktconform zijn. In de Memorie van Toelichting bij de Zvw staat namelijk dat "recht op vergoeding van kosten van zorg slechts bestaat voor zover het door de verlener van de zorg in rekening gebrachte bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedragen niet onredelijk hoog is." Zie Tweede Kamer (2004), 29 763, nr. 3, blz. 104.

in aanmerking komen staan vermeld op Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering.⁵ In het Besluit zorgverzekering is geregeld dat zorgverzekeraars de vrijheid hebben om een keuze te maken uit de middelen genoemd op Bijlage 1 onder de voorwaarde dat van elke werkzame stof tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.⁶ Elke verzekerde moet namelijk kunnen rekenen op een geneesmiddelenpakket in zijn zorgpolis dat dezelfde therapeutische breedte dekt. Anders gezegd, alle verzekerden moeten bij dezelfde aandoening kunnen rekenen op farmaceutische zorg voor rekening van zijn of haar zorgverzekering.

Met het oog op de beoogde regierol van zorgverzekeraars was in 2003 in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (artikel 9a) reeds geregeld dat de zorgverzekeraar het pakket *kon* beperken tot door hem aangewezen middelen, mits hij van elke werkzame stof tenminste één middel aanwees. De beperking gold niet indien behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen middel voor de verzekerde medisch niet verantwoord was. Om de beoogde regierol van zorgverzekeraars te benadrukken is de bepaling in het Besluit zorgverzekering, anders dan in het Verstrekkingenbesluit ziekenfonds, zo geformuleerd dat de zorgverzekeraar bewust een beslissing moet nemen over de middelen die hij in de zorgpolis wil opnemen. Farmaceutische zorg is in artikel 2.8 (lid 1a) namelijk omschreven als “aflevering van de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar.” Dat wil niet zeggen dat de verzekeraar per se een selectie moet maken uit de bij ministeriële regeling aangewezen middelen. De zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om alle middelen aan te wijzen of bijvoorbeeld alle middelen aan te wijzen op een enkele uitzondering na. Verder kan hij geleidelijk aan meer keuzen maken.

Net als in het Verstrekkingenbesluit ziekenfonds is in het Besluit zorgverzekering een uitzonderingsbepaling opgenomen waarin geregeld is dat de verzekerde recht heeft op een ander bij ministeriële regeling aangewezen middel, indien het door de zorgverzekeraar aangewezen middel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is (lid 4). Het gaat hier om een hoge uitzondering en het is aan de zorgverzekeraar zelf om te bepalen hoe hij toetst of aan deze voorwaarde voldaan is.⁷

2.3 Verplichtingen ten aanzien van informatieverstrekking

In de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel Zvw schrijft de minister van VWS:⁸ “De Zorgverzekeringswet biedt de burgers een scala aan keuzemogelijkheden om daarmee hun eigen

⁵ Net als bij de ziekenfondsverzekering bestaat deze bijlage uit een onderdeel A waarop de geneesmiddelen met een vergoedingslimiet staan en uit een onderdeel B met middelen zonder vergoedingslimiet. Wanneer een geneesmiddel vermeld op Bijlage 1 ook genoemd staat op Bijlage 2 van de regeling gelden aanvullende vergoedingscriteria. De zorgverzekeraar is in dat geval alleen verplicht deze middelen te vergoeden wanneer de verzekerde voldoet aan de genoemde indicatievoorwaarden.

⁶ Door middel van een gezamenlijk preferentiebeleid geven verschillende zorgverzekeraars momenteel een concrete invulling aan deze vrijheid (zie paragraaf 2.4.3).

⁷ Dit kan bijvoorbeeld door verzekerden of hun artsen te verplichten om vooraf toestemming te vragen.

⁸ Tweede Kamer (2004), 29 763, nr. 3, blz. 58.

verantwoordelijkheid in het zorgstelsel tot uitdrukking te brengen. (...) Om zijn keuze bewust te kunnen maken, moet het de burger mogelijk zijn heldere afwegingen te maken.” Consumenten moeten dus over goede informatie beschikken om op een verantwoorde wijze te kunnen kiezen met wie zij in zee gaan. Met andere woorden, in een systeem van gereguleerde concurrentie is transparantie cruciaal. De Zvw verplicht verzekeraars daarom allereerst om alle polisvarianten die zij aanbieden in zogeheten modelovereenkomsten te beschrijven. Deze dienen ze vervolgens aan de (aspirant) verzekerden en aan de verantwoordelijke toezichthouder ter beschikking te stellen. Daarnaast regelt de Zvw dat er voor consumenten een vergelijkend overzicht beschikbaar komt met “de kerngegevens die voor hen van belang zijn bij het bepalen van een keuze voor een zorgverzekeraar.” De nieuwe Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dient erop toe te zien dat verzekeraars de betreffende bepalingen naleven en dus daadwerkelijk voldoende informatie verschaffen.

De Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vormt de wettelijke grondslag voor de NZa. Ook deze wet heeft nadrukkelijk oog voor het belang van voldoende transparantie voor het succes van ons nieuwe zorgstelsel. In de preambule van de wet staat dat het “wenselijk is in verband met de informatieachterstand van de consument en het machtsverschil tussen partijen in de zorg, de positie van de consument te beschermen en te bevorderen.”⁹ De zorgautoriteit heeft dan ook onder andere als taak “het bevorderen van de inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over keuzemogelijkheden voor consumenten.”¹⁰ Op dit gebied krijgt de NZa vergaande bevoegdheden om zowel zorgaanbieders als verzekeraars verplichtingen op te leggen. In het uiterste geval kan de NZa zelfs overgaan tot expliciete regulering van de contractvoorwaarden. Ook kan men, als de betreffende marktpartijen in gebreke blijven, besluiten om zelf informatie openbaar te maken om de transparantie te vergroten. Zoals eerder opgemerkt vereist de introductie van meer keuzevrijheid voor patiënten en verzekerden en de daarbij behorende eigen verantwoordelijkheid, dat duidelijk is *welke* keuzes er zijn. Het mag niet zo zijn dat zorgaanbieders of verzekeraars, bijvoorbeeld als gevolg van concurrentie, mensen op het verkeerde been zetten door hun aanbod ondoorzichtig te presenteren.

Op grond van de WMG kent de informatieverstrekking van verzekeraars twee onderdelen. Ten eerste dient een verzekeraar kernelementen uit de gehanteerde modelovereenkomsten te presenteren (zie hierboven). Ten tweede moet een verzekeraar, als een verzekering eenmaal is gesloten, verzekerden informeren aangaande de dienstverlening. Hierbij gaat het niet alleen om ‘basale’ zaken zoals de telefonische bereikbaarheid, maar (vooral) ook om zaken die met de invulling van de wettelijke zorgplicht te maken hebben. Ten aanzien van dit laatste kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de vraag welke activiteiten zijn en/of worden verricht om de verzekerden op een doelmatige manier van de benodigde zorg te voorzien.

⁹ Eerste Kamer (2006), 30 186, nr. A, blz. 1.

¹⁰ Tweede Kamer (2005), 30 186, nr. 3, blz. 5.

Uit de WMG zijn dus normen af te leiden waaraan de informatieverstrekking door zorgverzekeraars richting consumenten moet voldoen. Op basis van deze normen heeft de NZa (i.o.) inmiddels een richtsnoer opgesteld dat als uitgangspunt dient voor haar toezicht en handhaving op dit gebied. Met andere woorden, het richtsnoer gaat nader in op de spelregels die zorgverzekeraars voor een eerlijke informatieverstrekking in acht dienen te nemen. Uitgangspunt hierbij is dat informatie voor consumenten begrijpelijk, doeltreffend, vergelijkbaar en niet misleidend moet zijn. De *voorlopige* omschrijving die de zorgautoriteit voor het begrip ‘misleiding’ hanteert luidt als volgt:¹¹ “Misleidende informatie is onjuiste, onvolledige en niet-tijdige informatie die ertoe leidt dat een gemiddelde consument een beslissing zou kunnen nemen betreffende de keuze van een zorgverzekering, die hij anders niet zou hebben genomen. De consument kan hierdoor, financieel of anderszins, schade lijden. Tevens kan door de misleiding een ongelijk speelveld voor verzekeraars ontstaan.”

In het richtsnoer staan tien voorbeelden van gedragingen die in ieder geval niet voldoen aan de normen zoals die door de NZa zullen worden toegepast:¹²

1. Zaken die tot het wettelijke recht van de verzekerde behoren presenteren als extra, gratis of uniek /specifiek voor een bepaald verzekeringsproduct.
2. Het geven van een onvolledig, onjuist en/of te summier overzicht van zaken die in de basisverzekering zijn opgenomen waardoor consumenten kunnen worden misleid.
3. Het op zodanige wijze presenteren c.q. aanbieden van een of meer specifieke polissen dat de informatie over andere polissen de consument niet of nauwelijks bereikt.
4. Het bieden van een onvolledige, onjuiste en/of onbegrijpelijke beschrijving van de verschillen tussen een natura- en restitutieverzekering (of een mengvorm daarvan) dan wel het niet goed aangeven in welke gevallen de verzekerde kan rekenen op welke vergoeding.
5. Het geven van niet (afdoende) onderbouwde garanties.
6. Onduidelijkheid over de wijze waarop de basis- en/of aanvullende verzekeringen kunnen worden opgezegd.
7. Aanvullende verzekering(en) opzeggen door de verzekeraar indien de verzekerde de basisverzekering niet voortzet.
8. Geen duidelijkheid bieden over wie de zorgverzekering uitvoert.
9. Jongeren tot 18 jaar niet de mogelijkheid bieden om zelfstandig een polis af te sluiten.
10. Onjuiste, oneerlijke en/of onvolledige vergelijkende reclame.

¹¹ NZa i.o. (2006), *Richtsnoer informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars*, Diemen/Utrecht.

¹² De voorbeelden betreffen gedragingen zoals die gedurende de periode van 1 januari tot en met 1 mei 2006 door de NZa (i.o.) zijn waargenomen. Hierbij wordt uitdrukkelijk opgemerkt dat het geen uitputtend overzicht van ongewenste gedragingen betreft; het gaat de zorgautoriteit om de “voorbeeldwerking”.

Uit deze voorbeelden kan worden geconcludeerd dat de informatieverstrekking van zorgverzekeraars ten aanzien van de vergoeding van farmaceutische zorg in ieder geval aan twee belangrijke randvoorwaarden dient te voldoen. Ten eerste moeten consumenten goed worden voorgelicht over de precieze inhoud van de basisverzekering en de wijze waarop de zorgverzekeraar daaraan invulling geeft. Aangezien in de Zvw sprake is van functioneel geformuleerde aanspraken kunnen verzekeraars immers ook aan de wettelijke vastgelegde basiszorg tot op zekere hoogte een eigen invulling geven. Dit dient voor consumenten inzichtelijk te zijn. Niet alleen om bewust te kunnen kiezen voor een bepaalde basispolis, maar ook om te kunnen beoordelen of (en zo ja, welke) aanvullende verzekering hij of zij nodig acht. Ten tweede mag een zorgverzekeraar niet adverteren met de mededeling dat alle kosten van farmaceutische zorg worden voorgoed als in de praktijk sprake is van bepaalde voorwaarden en/of beperkingen. In dat geval moet de consument direct bekend worden gemaakt wat de uitzonderingen zijn en dat de term ‘volledige vergoeding’ dus niet in alle gevallen opgaat. Deze informatie dient *direct* door de verzekeraar aan de consument te worden verstrekt, bijvoorbeeld via een voetnoot in de betreffende advertentie of brochure. Een verzekeraar mag van de zorgautoriteit niet volstaan met het uitsluitend vermelden van de voorwaarden en/of beperkingen in een andere brochure of de polis zelf. Indien de NZa een vermoedelijke overtreding van het bovenstaande zou constateren, dan zal in eerste instantie zowel bij de betrokken zorgverzekeraar als bij derden meer informatie worden verzameld. Wanneer een oplossing niet mogelijk blijkt, dan heeft de zorgautoriteit op grond van de WMG verschillende handhavingsmogelijkheden tot haar beschikking: het geven van een aanwijzing, het opleggen van een last onder dwangsom, het opleggen van een boete en overgaan tot ‘naming and shaming’ waarbij de zorgverzekeraar en de overtreding met naam en toenaam in het openbaar genoemd zullen worden. De precieze handhavingsmaatregelen zullen van geval tot geval verschillen en zijn afhankelijk van de aard en ernst van de overtreding en de nadelige gevolgen ervan voor consumenten en/of andere zorgverzekeraars.

2.4 Afspraken op een hoger aggregatieniveau

Voordat we in de volgende paragraaf analyseren welke afspraken zorgverzekeraars in hun medewerkerovereenkomsten met individuele huisartsen en apotheekhoudenden maken, is het zinvol om eerst aandacht te besteden aan de afspraken die op een hoger aggregatieniveau over het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen zijn gemaakt. Deze vormen namelijk het kader waarbinnen de individuele zorgverzekeraars zich kunnen bewegen. In deze deelparagraaf komen achtereenvolgens aan de orde (i) het geneesmiddelenconvenant dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de farmaceutische sector en de overheid zijn overeengekomen, (ii) het akkoord tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), VWS en ZN voor een beleidsagenda en bekostigingssystematiek voor huisartsen en (iii) het gezamenlijke preferentiebeleid van een aantal zorgverzekeraars.

2.4.1 Geneesmiddelenconvenant 2006/2007

Eind 2005 hebben ZN, de KNMP, de Bogin, Nefarma en de minister van VWS een nieuw geneesmiddelenconvenant getekend voor de jaren 2006 en 2007.¹³ Belangrijkste doel van het gesloten convenant is om de kortingen en bonussen die apothekhoudenden realiseren om te zetten in structurele prijsverlagingen. Zo is (net als voor 2005) de afspraak gemaakt dat geneesmiddelen waarvoor generieke varianten beschikbaar zijn gemiddeld 40% lager worden geprijsd dan het oorspronkelijk gepatenteerde merkgeneesmiddel. Met het convenant wordt een totale besparing beoogd van 843 miljoen euro in 2006 en 971 miljoen euro in 2007. Naast prijsafspraken zijn ook inspanningsverplichtingen in het convenant neergelegd. Zowel ZN als de KNMP hebben toegezegd te bevorderen dat bepaalde afspraken in de medewerkersovereenkomsten worden opgenomen. Het gaat om afspraken over het voorschrijven op stofnaam, het tenminste handhaven van het huidige substituteniveau, het realiseren van dit substituteniveau voor nieuwe generieke geneesmiddelen en het afleveren en declareren van het geneesmiddel (merk of generiek) met de laagste apothekinkoopprijs verhoogd met een nader overeen te komen marge.¹⁴ Bovendien is in het convenant opgenomen dat ZN haar leden zal wijzen op de mogelijkheden van decentrale activiteiten (zoals uitbreiding van het preferentiebeleid) wanneer mocht blijken dat de op grond van het convenant beoogde prijsverlagingen onvoldoende tot stand komen.

In de begeleidende brief aan de Tweede Kamer merkt de minister van VWS op dat de keuze voor een convenant van twee jaar mede is ingegeven door de wens om te komen tot een nieuw modulair tariefsysteem voor apothekers:¹⁵ “Het systeem zal een prikkel voor doelmatig inkopen gaan bevatten, waardoor zorgverzekeraars in de toekomst beter in staat zullen zijn om zelf (prijs)afspraken met apotheken te maken.” Ook heeft de minister eerder al aangegeven dat hij het sluiten van convenanten vooral ziet als een tijdelijke oplossing voor deelmarkten waar “de regie nog niet volledig overgelaten kan worden aan zorgverzekeraars.”¹⁶ Vervolgens is het de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverzekeraars om de in het convenant gemaakte afspraken op hoofdlijnen om te zetten in specifieke afspraken in de medewerkersovereenkomsten met zorgaanbieders, bijvoorbeeld ten aanzien van het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen.

¹³ KNMP staat voor Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Bogin staat voor Bond van de generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland. Zie het *Convenant inzake het omzetten van kortingen en bonussen voor geneesmiddelen in structurele prijsverlagingen 2006/2007* van 13 december 2005.

¹⁴ Artikel 4.2 van het convenant stelt ten aanzien hiervan het volgende: “Het bedoelde laagste prijsniveau betreft producten waarvan de continuïteit van levering voor verzekerden in Nederland kan worden gegarandeerd door leverancier in kwestie”.

¹⁵ Tweede Kamer (2005), 29 477, nr. 21.

¹⁶ Tweede Kamer (2004), 29 477, nr. 5.

2.4.2 Huisartsenakkoord 2005

In de zomer van 2005 hebben de LHV, VWS en ZN, onder bemiddeling van onafhankelijk voorzitter Vogelaar, voor de duur van twee jaar (per 1 januari 2006) ingestemd met een beleidsagenda en de randvoorwaarden van een nieuw bekostigingssysteem voor huisartsenzorg.¹⁷ De betrokken partijen stellen in het akkoord onder andere dat “afspraken over het voorschrijfbeleid van medicijnen tussen huisartsen en zorgverzekeraars (...) een aanzienlijke kostenbesparing opleveren.” Bij deze passage wordt wel opgemerkt dat de huidige praktijk daarvan onderdeel blijft uitmaken. Dat wil zeggen dat een huisarts op grond van medische indicatie van het overeengekomen voorschrijfbeleid mag afwijken door dit op het recept aan te geven. Wat betreft de te realiseren kostenbesparingen is afgesproken dat deze door de zorgverzekeraars deels moeten worden ingezet om de overeengekomen beleidsagenda modernisering en innovatie mede te realiseren. Deze module maakt deel uit van de nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg, waarbij partijen zijn overeengekomen dat in 2006 voor huisartsen tenminste 75 miljoen euro beschikbaar is voor initiatieven op het gebied van modernisering en innovatie. Over de besteding van dit budget dienen zorgverzekeraars en huisartsen op lokaal dan wel regionaal niveau afspraken te maken, waarbij als randvoorwaarde geldt dat de te financieren initiatieven binnen de afgesproken beleidsagenda passen.

2.4.3 Gezamenlijk preferentiebeleid

Een aantal zorgverzekeraars maakt al sinds 1 juli 2005 gebruik van de mogelijkheid om preferente geneesmiddelen aan te wijzen. Het gaat om Agis, Amicon, CZ, Geové, Univé en VGZ die *op gelijkvormige wijze* een zogeheten preferentiebeleid voeren.¹⁸ Met ingang van 1 januari 2006 participeren ook De Friesland Zorgverzekeraar en Delta Lloyd/OHRA in het preferentiebeleid van bovengenoemde zorgverzekeraars. Het preferentiebeleid heeft betrekking op de orale toedieningsvormen van de maagzuurremmer omeprazol en de cholesterolverlagers simvastatine en pravastatine. Deze geneesmiddelen hebben een zeer grote omzet op de Nederlandse markt. Met het aanwijzen van preferente geneesmiddelen hopen de zorgverzekeraars meer prijsconcurrentie te realiseren in plaats van margeconcurrentie.¹⁹ De zorgverzekeraar wijst namelijk middelen aan waarvan de kosten voor hem het laagst zijn. Een min of meer exclusieve positie op de markt gedurende een vastgestelde periode moet de leveranciers van bovengenoemde geneesmiddelen ertoe aanzetten een zo laag mogelijke prijs te hanteren.

¹⁷ Zie het *Akkoord tussen de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor een beleidsagenda en begrotingssystematiek huisartsenzorg voor 2006 en 2007* van 11 oktober 2005.

¹⁸ Per 1 januari 2006 zijn de zorgverzekeraars Amicon en Geové overgegaan in het merk Menzis.

¹⁹ Leveranciers concurreren op de hoogte van de marge voor de apotheekhoudende. Bij margeconcurrentie bestaat derhalve voor de leveranciers een prikkel om de prijs zo hoog mogelijk vast te stellen. De voordelen (de marge) komen ten goede aan de apotheekhoudende en worden dus niet doorgegeven aan de uiteindelijke gebruiker.

In het beleidsdocument Aanwijzing preferente geneesmiddelen beschrijven de deelnemende zorgverzekeraars welke criteria en procedure ze zullen hanteren bij het selecteren van de preferente middelen.²⁰ Zorgverzekeraars kunnen overgaan tot het aanwijzen van preferente geneesmiddel(en) wanneer op een bepaalde peildatum per productcategorie op meerdere geneesmiddelen aanspraak bestaat en wanneer tussen de prijzen van die geneesmiddelen een verschil bestaat van 5% of meer.²¹ Opvallend is dat de definitie die de zorgverzekeraars hanteren voor productcategorie enger is dan die van de wetgever. Waar volgens artikel 2.8 van het Besluit Zorgverzekering geneesmiddelen voldoende gelijkwaardig zijn wanneer ze dezelfde werkzame stof bevatten, moeten de geneesmiddelen volgens de zorgverzekeraars niet alleen werkzame stof, maar ook toedieningsvorm en sterkte gemeen hebben. Per productcategorie wijzen zorgverzekeraars het goedkoopste geneesmiddel op de peildatum aan en alle geneesmiddelen die op de peildatum niet meer dan 5% duurder zijn. Er kunnen dus meerdere producten als preferent aangewezen worden. Reden hiervoor is dat aanwijzing van slechts één product de markt tijdelijk zou afsluiten voor alle andere leveranciers, met mogelijke nadelige gevolgen voor de concurrentie. Bovendien is de kans op leveringsproblemen geringer. Geneesmiddelen worden voor een periode van zes maanden aangewezen. Een aanwijzing kan worden ingetrokken als de leverancier de prijs verhoogt ten opzichte van de peildatum.

De zorgverzekeraars zijn van mening dat het preferentiebeleid geen inbreuk op de voorschrijfvrijheid van de arts betekent, omdat (i) elke werkzame stof voor de patiënt beschikbaar is en (ii) in gevallen wanneer het als preferent aangewezen middel medisch niet verantwoord is, gebruik gemaakt kan worden van de uitzonderingsregeling. Om te voorkomen dat voorschrijvers en/of apothekhoudenden naar eigen inzicht de uitzonderingsmogelijkheid (te) ruim benutten, zodat de effectiviteit van het preferentiebeleid wordt ondergraven, hebben de zorgverzekeraars aangegeven eventueel het instrument van toestemmingsvereiste in te zetten.

De zorgverzekeraars noemen twee redenen waarom een gelijkvormig preferentiebeleid voordelig zou zijn. Ten eerste is volgens hen een voldoende schaalgrootte onmisbaar om via het preferentiebeleid prijsconcurrentie af te dwingen en de doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening te bevorderen. Ten tweede voorkomt een gezamenlijk preferentiebeleid een te grote belasting van de bedrijfsvoering van apothekhoudenden en zorgverzekeraars. Overigens hebben de zorgverzekeraars ook vanwege de praktische uitvoerbaarheid gekozen voor een geleidelijke introductie van het preferentiebeleid. In deze eerste fase geldt het preferentiebeleid voor slechts drie categorieën geneesmiddelen.

²⁰ Zie Staatscourant, nr. 208, blz. 25. Een eerdere versie van dit beleidsdocument is gepubliceerd in Staatscourant, nr. 84, blz. 28.

²¹ Het gaat hierbij om de prijs die de zorgverzekeraar moet betalen en niet om de transactieprijs die de apothekhoudende betaalt.

Bij een gelijkvormig preferentiebeleid is feitelijk sprake van een vorm van gezamenlijke inkoop door de deelnemende zorgverzekeraars. Hierdoor is de vraag relevant of het gezamenlijke preferentiebeleid in overstemming is met artikel 6 van de Mededingingwet en artikel 81 van het EG-verdrag. Het gezamenlijke preferentiebeleid heeft namelijk tot gevolg dat er één procedure voor het aanwijzen van een of meerdere preferente leveranciers is en dat de zorgverzekeraars de aanspraak voor vergoeding tot dezelfde leveranciers zullen beperken. De verzekeringen worden daardoor ten aanzien van de vergoeding van deze geneesmiddelen geüniformeerd. Dit kan twee gevolgen hebben voor de zorgverzekeringsmarkt. In de eerste plaats zal een deel van de kosten voor geneesmiddelen voor de zorgverzekeraars gelijk zijn aangezien zij de geneesmiddelen van dezelfde leveranciers (en dezelfde prijs) zullen vergoeden. In de tweede plaats onderscheiden zorgverzekeraars zich op dit specifieke punt niet meer van elkaar wat de keuzemogelijkheden voor consumenten zou kunnen beperken.

De uniformering van de totale kosten en van het verzekerde pakket, die ontstaat door het gezamenlijke preferentiebeleid, kunnen in beginsel mededingingsrechtelijk een probleem vormen. Op basis van de door ZN verstrekte informatie heeft de NMa in een informele zienswijze echter geconcludeerd dat dit probleem zich nog niet lijkt voor te doen.²² Allereerst omdat de betreffende geneesmiddelen een gering aandeel in de totale kosten van de curatieve zorg hebben. In 2004 maakten de middelen omeprazol, simvastatine en pravastatine namelijk slechts 0,9% uit van de totale kosten aan curatieve zorg. De NMa wijst er echter wel op dat een uitbreiding van het gezamenlijke preferentiebeleid tot meer geneesmiddelen en/of meer deelnemende zorgverzekeraars leidt tot grotere uniformering van de totale kosten van de deelnemende zorgverzekeraars en van de inhoud van het verzekerde pakket waardoor er mogelijk wel sprake is van een mededingingsbeperking.

Daarnaast resteert er bij het huidige preferentiebeleid volgens de NMa op dit moment nog voldoende restconcurrentie omdat niet alle zorgverzekeraars aan het gezamenlijke preferentiebeleid deelnemen. Hierdoor zal voor een deel van de verzekerden geen preferentiebeleid gelden. Wanneer meer zorgverzekeraars gaan deelnemen aan het gezamenlijke preferentiebeleid kunnen de concurrentiebeperkende effecten toenemen en mogelijk de (kosten)voordelen overtreffen. Waar het om gaat is dat het toekennen van exclusiviteit aan enkele leveranciers op zichzelf mededingingsrechtelijk geen probleem is, zolang (i) op het moment van de toekenning voldoende concurrentiemogelijkheden bestaan en (ii) de looptijd van de exclusiviteit niet te lang is. Ten aanzien van het laatste hebben de zorgverzekeraars aangegeven bij hun keuze voor een periode van zes maanden rekening te hebben gehouden met het feit dat bij een te lange preferentieperiode het risico bestaat dat niet-preferente leveranciers hun producten in Nederland niet meer kunnen of willen

²² NMa (2005), *Verzoek informele zienswijze preferentiebeleid*, Den Haag.

aanbieden. Anderzijds moet de periode van exclusiviteit lang genoeg zijn om het voor een leverancier aantrekkelijk te maken zijn prijs te verlagen. Op basis van de door ZN verstrekte informatie stelt de NMa dat voldoende concurrentie lijkt te bestaan op het moment van het toekennen van de preferentie. Op grond van het bovenstaande komt de NMa uiteindelijk tot de volgende slotconclusie: “In aanmerking nemende dat de uniformering van de totale kosten van de [deelnemende] zorgverzekeraars op dit moment nog niet zo groot is en dat de leveranciers van omeprazol, simvastatine en pravastatine elk half jaar kunnen meedingen om de exclusiviteit van de [deelnemende] zorgverzekeraars, lijkt het gezamenlijke preferentiebeleid binnen de grenzen van art. 6 Mw en van art. 81 EG te blijven. Ik wijs u er (nogmaals) op dat, naarmate het gezamenlijke preferentiebeleid wordt uitgebreid tot meer geneesmiddelen of wanneer meer zorgverzekeraars gaan deelnemen aan het gezamenlijke preferentiebeleid, de concurrentiebepurende effecten kunnen toenemen en mogelijk de voordelen van het gezamenlijke preferentiebeleid kunnen overtreffen.”

3. Afspraken in medewerkersovereenkomsten

3.1 Inleiding

In deze paragraaf bespreken we geanonimiseerde voorbeelden van afspraken die zorgverzekeraars met respectievelijk individuele huisartsen en apothekers in hun medewerkersovereenkomsten voor het jaar 2006 hebben gemaakt. Centrale vragen zijn op welke wijze zorgverzekeraars het voorschrijf- en afleverbedrag proberen te beïnvloeden en welke verschillen er bestaan tussen zorgverzekeraars. We hebben hiervoor de medewerkersovereenkomsten die op vertrouwelijke wijze van de opdrachtgever zijn verkregen en enkele via het internet achterhaalde openbare overeenkomsten geanalyseerd. We willen hierbij nadrukkelijk opmerken dat deze paragraaf geen volledig overzicht geeft, omdat we niet alle contracten van elke verzekeraar hebben kunnen inzien. Niettemin biedt deze paragraaf meer inzicht in de wijze waarop zorgverzekeraars op dit moment concrete invulling geven aan hun rol als regisseur op het gebied van farmaceutische zorg.

3.2 Algemene opmerkingen

Uit de beschikbare medewerkersovereenkomsten blijkt dat zorgverzekeraars geen individuele onderhandelingen met huisartsen of apothekers voeren.²³ Dit betekent dat huisartsen en apothekers (op dit moment) een standaardcontract krijgen aangeboden. Enkele zorgverzekeraars maken daarbij een onderscheid tussen zorgaanbieders in hun kerngebied en buiten hun kerngebied.

²³ Dit is ook niet verplicht. Mede naar aanleiding van klachten van huisartsen en fysiotherapeuten heeft de NMa laten weten dat de Mededingingswet niet tot individueel onderhandelen dwingt. Ook niet als een zorgverzekeraar een economische machtspositie heeft: “Het staat een zorgverzekeraar vrij om zijn eigen inkoopbeleid te bepalen, mits de criteria objectief, transparant en non-discriminatoir zijn.” Zie het jaarverslag van de NMa over 2005, blz. 39.

Uit begeleidende brieven blijkt wel dat het contract met huisartsen in een aantal gevallen nadrukkelijk in overleg met de LHV tot stand is gekomen. Zo heeft een bepaalde zorgverzekeraar na kritiek van vier regionale LHV Huisartsenkringen de toonzetting van de overeenkomst aangepast. Beide partijen hebben in dit kader ook een intentieverklaring ondertekend waarin “de verwezenlijking van hun gedeelde toekomstvisie van een duidelijk kader en van wederzijdse inspanningen is voorzien”. Een andere zorgverzekeraar heeft haar huisartsenovereenkomst 2006 ook in een vroeg stadium besproken met vertegenwoordigers van drie regionale Huisartsenkringen en de LHV. Deze zorgverzekeraar geeft aan suggesties van huisartsen zoveel mogelijk in het contract te hebben verwerkt. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in een brief waarin de besturen van de betrokken huisartsenkringen de huisartsen “zonder voorbehoud aanbevelen het voorliggende contract te tekenen”.

Ten aanzien van de medewerkersovereenkomsten met apothekers is het van belang om op te merken dat deze zijn gebaseerd op de gezamenlijke afspraken die de overheid, de farmaceutische sector en de zorgverzekeraars in het kader van het al eerder genoemde Geneesmiddelenconvenant 2006/2007 met elkaar hebben gemaakt. Door middel van ondertekening van dit convenant hebben zowel ZN als de KNMP toegezegd om het totstandkomen van medewerkersovereenkomsten waarin afspraken zijn opgenomen over bijvoorbeeld het voorschrijven op stofnaam en het tenminste handhaven van het huidige substitutieniveau te bevorderen.

Voor de levering van farmaceutische zorg bieden sommige zorgverzekeraars apothekers de mogelijkheid om in plaats van een basisovereenkomst een voorkeursovereenkomst te ondertekenen. Doordat in dergelijke voorkeurscontracten aanvullende afspraken kunnen worden vastgelegd, lijkt het aanwijzen van zogeheten preferente apothekers voor zorgverzekeraars een interessante strategie.²⁴ Zeker nu recent empirisch onderzoek erop duidt dat verzekerden reeds bij een beperkte (eenmalige) financiële prikkel of een kwalitatieve prikkel zoals extra service en kwaliteit gemotiveerd raken om daadwerkelijk van een door hun verzekeraar aangewezen voorkeursapothek gebruik te maken.²⁵

Inmiddels heeft zorgverzekeraar VGZ het initiatief genomen om met alle Kring-apotheken in Nederland voor de komende vijf jaar een voorkeursovereenkomst aan te gaan.²⁶ Met deze voorkeursovereenkomst, die het resultaat is van een al langer durende samenwerking, hoopt VGZ de farmaceutische zorg voor de klant te optimaliseren. Op de website communiceert VGZ naar haar verzekerden dat de gang naar een Kring-apotheek extra service, gemak en kwaliteit betekent. Een andere zorgverzekeraar bood apothekers voor 2006 ook voorkeursovereenkomsten aan waarin

²⁴ Schut, F.T. en W.B.F. Brouwer (2004), ‘De preferente apotheker? Jazeker!’, *Economisch Statistische Berichten*, 89e jaargang, nr. 4435, blz. 266-269.

²⁵ Boonen, L.H.H.M. en F.T. Schut (2006), ‘Sturing op de zorgmarkt’, *Economisch Statistische Berichten*, 91e jaargang, nr. 4486, blz. 226-228.

²⁶ Zie http://www.vgz.nl/default.asp?pagina_id=304.

nadere afspraken konden worden gemaakt over bijvoorbeeld kwaliteit en prijs. De Friesland Zorgverzekeraar heeft aangekondigd in 2006 met een beperkt aantal apothekers een zogeheten ‘preferred provider’ module met een looptijd van vijf jaar te willen sluiten. In deze module worden ondermeer afspraken gemaakt over een verlaging van de inkoopkosten van geneesmiddelen, transparantie, wijze van zorgsturing door De Friesland Zorgverzekeraar en imago. In haar document Inkoopbeleid farmacie maakt deze verzekeraar onderscheid tussen twee typen voorkeursapotheken.²⁷ De eerste biedt specifieke voordelen ten aanzien van de zorgverlening aan patiënten, terwijl de andere de nadruk legt op de efficiënte distributie van geneesmiddelen. Voor beide typen selecteert De Friesland Zorgverzekeraar die apothekers die economisch de meest voordelige aanbieding doen. Inmiddels heeft nog een zorgverzekeraar aangekondigd om apothekers in 2007 voorkeursovereenkomsten te gaan aanbieden.

De meeste medewerkersovereenkomsten bestaan uit een persoonsgebonden deel (deel 1), een algemeen deel (deel 2) en een aantal bijlagen met bijvoorbeeld aanvullende voorwaarden en optionele modules. De looptijd van de basisovereenkomsten varieert van één tot drie jaar, al dan niet met stilzwijgende verlenging. De duur van een voorkeurscontract is bij zorgverzekeraars aanmerkelijk langer en biedt de apotheekhoudende meer zekerheid op het gebied van continuïteit. Uit de ons beschikbare medewerkersovereenkomsten blijkt dat de contractering van huisartsgeneeskundige en farmaceutische zorg over het algemeen op concernniveau plaatsvindt. Dat wil zeggen dat de gemaakte afspraken voor alle bij de zorgverzekeraar aangesloten labels geldt. Zorgverzekeraar Menzis bijvoorbeeld voert hetzelfde inkoopbeleid voor de merken Menzis, Confior en Ander-Zorg. Enkele relatief kleine zorgverzekeraars hebben de zorginkoop uitbesteed aan het zorginkoopbedrijf Multizorg B.V. Deze onderneming vervult voor de verzekeraars ONVZ, Fortis en DWS met de daarbij behorende aangesloten labels de landelijke zorginkoopfunctie en vertegenwoordigt momenteel meer dan één miljoen verzekerden.²⁸ Deze zorgverzekeraars hanteren dus dezelfde medewerkersovereenkomsten. De rol van Multizorg beperkt zich overigens tot de contractering; declaraties dienen rechtstreeks bij betreffende verzekeraar te worden ingediend.

3.3 Geanalyseerde medewerkersovereenkomsten 2006

3.3.1 Huisartsen

Vrijwel zonder uitzondering staat in de overeenkomsten met huisartsen een algemene opmerking over de wijze waarop huisartsen zorg dienen te leveren: “De huisarts levert de zorg op doelmatige en professioneel verantwoorde wijze overeenkomstig de standaarden, protocollen en normen van de beroepsgroep. Hij zal zich daarbij laten leiden door een afweging tussen kwaliteit van de behandeling, de belangen van de patiënt en de kosten”. Een ander voorbeeld van een soortgelijke passage luidt als volgt: “De huisarts zal zich bij zijn zorgverlening mede laten leiden door over-

²⁷ Zie <http://www.defriesland.nl/zorg/frameset.htm>.

²⁸ Zie <http://www.multizorg.nl/who.htm>.

wegingen van effectiviteit en doelmatigheid, alsmede door de mate van belasting voor de verzekerde bij de zorgverlening.” Bij dit laatste voorbeeld staat ter aanvulling in de overeenkomst vermeld dat de doelmatigheid berust op “een afweging tussen de belangen van de verzekerde, de effectiviteit van zorg en de kosten.” Dergelijke bepalingen zijn in lijn met het feit dat Nederlandse artsen (en apothekers) zich vanaf hun opleiding richten op een doelmatig geneesmiddelengebruik.

Uit de door ons geanalyseerde medewerkersovereenkomsten blijkt dat beïnvloeding van het voorschrijfgedrag van huisartsen in de eerste plaats gebeurt met het verplichten van huisartsen om op **stofnaam voor te schrijven**, zodat de apotheker vervolgens het precieze geneesmiddel kiest dat wordt afgeleverd. Uit onderzoek van het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik (DGV) blijkt dat er de afgelopen jaren veel is veranderd met betrekking tot het voorschrijven op stofnaam en het generiek afleveren.²⁹ Het percentage afgeleverde generieke geneesmiddelen is gestegen van circa 37% in 1998 tot 51% in de eerste helft van 2005. Bij de meeste geneesmiddelen die niet meer onder patent zijn wordt op dit moment in ruim 90% van de gevallen een generiek middel verstrekt. Belemmeringen bij het voorschrijven op stofnaam en generiek voorschrijven worden volgens DGV veroorzaakt door (i) wantrouwen bij sommige patiënten en (ii) extra-muraal voorgeschreven merkgeneesmiddelen door specialisten in het ziekenhuis.

Wat betreft het voorschrijven op stofnaam zijn enkele verschillen tussen zorgverzekeraars waarneembaar. Zo heeft een bepaalde verzekeraar in de medewerkersovereenkomst opgenomen dat de huisarts farmaceutische zorg “in beginsel op stofnaam” voorschrijft. Daarbij wordt wel aangegeven dat het voorschrijven op stofnaam een verantwoordelijkheid van de huisarts blijft en dat om medisch-inhoudelijke redenen hiervan afgeweken mag worden. Een andere zorgverzekeraar verplicht huisartsen tot het voorschrijven op stofnaam, tenzij het medisch noodzakelijk is hiervan af te wijken. Dit moet de huisarts dan op het recept aangeven. Er is ook een zorgverzekeraar die nog een stap verder gaat door als norm te stellen dat het aantal uitzonderingsgevallen waarin de huisarts op merknaam in plaats van stofnaam voorschrijft maximaal 10% van alle voorschriften mag zijn. Er zijn ook zorgverzekeraars die het op stofnaam voorschrijven niet expliciet in het contract zetten. Bijvoorbeeld omdat ze van mening zijn dat de verantwoordelijkheid voor het voorschrijven van het meest doelmatige middel bij de voorschrijver ligt.

Om doelmatig voorschrijven te stimuleren maken zorgverzekeraars in de tweede plaats gebruik van **optionele modules**. Zo biedt een bepaalde zorgverzekeraar huisartsen op het gebied van farmaceutische zorg twee modules. Met de eerste module wil men bevorderen dat de huisarts en apotheker samen gaan investeren in polyfarmacie. Het opnieuw beoordelen van de medicatie van patiënten die veel geneesmiddelen tegelijk gebruiken leidt naar verwachting tot een hogere kwaliteit voor de patiënt en een kostenbesparing op het gebied van farmacie. De tweede module betreft

²⁹ DGV (2005), *Voorschrijven op stofnaam: vooronderzoek onder beroepsgroepen en patiënten*, Utrecht.

een vergoeding van twee euro per verzekerde per jaar bovenop het inschrijftarief wanneer de huisarts deelneemt aan een Farmacotherapie Overleg (FTO); zie onderstaand kader. Volgens de betreffende verzekeraar kan dit overleg namelijk een grote invloed hebben op het voorschrijf- en aflevergedrag van de huisarts respectievelijk de apotheker. Wanneer de FTO-groep op een bepaald niveau³⁰ functioneert en er doelmatigheidswinsten worden behaald, is het mogelijk dat een deel van de gerealiseerde doelmatigheidswinsten terugvloeit naar de FTO-groep.

FTO

Het zogeheten FarmacoTherapie Overleg (FTO) lijkt een steeds grotere rol te spelen. Een FTO is een groep huisartsen en apothekers die regelmatig bijeenkomt om opvattingen en informatie over het voorschrijven van geneesmiddelen uit te wisselen. Doel van dit overleg is een goed voorschrijf- en afgiftebeleid, en daarmee een betere patiëntenzorg. Vrijwel alle huisartsen en apothekers nemen deel aan zo'n FTO. Het precieze effect van een FTO hangt in belangrijke mate af van de kwaliteit ervan; niet elk overleg functioneert namelijk even goed. Waar bepaalde FTO-groepen zich meer en meer tot professionele samenwerkingsverbanden ontwikkelen, blijven andere steken op het niveau van vrijblijvend overleg. Onderzoek van Nivel heeft uitgewezen dat bij goed functionerende FTO's de interdoktervariatie afneemt en de 'compliance' aan richtlijnen toeneemt. Een FTO functioneert beter door vaste structuur en duidelijke afspraken. Voor een succesvol FTO zijn dan ook een goede voorbereiding, een strenge voorzitter, een duidelijk afgebakend onderwerp en heldere afspraken nodig.³¹ Minister Hoogervorst heeft de Tweede Kamer laten weten de professionalisering van het FTO te blijven stimuleren, omdat een goed functionerend FTO niet alleen nodig is voor "een verhoging van de kwaliteit van voorschrijven, maar ook voor de doelmatigheid ervan."³²

Ook de module van een andere zorgverzekeraar belooft extra inspanningen van huisartsen en apothekers om het voorschrijven van geneesmiddelen te optimaliseren. In deze module dient een FTO-groep hiervoor jaarlijks met deze verzekeraar resultaatsafspraken te maken. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen een formularium afspraak en een uitgebreide afspraak. Bij een formularium afspraak dient de FTO groep zich te houden aan een bepaalde preparaatkeuze bij nieuwe patiënten. Onder een uitgebreide afspraak worden concrete en toetsbare afspraken verstaan over bijvoorbeeld indicatiestelling en het opsporen, meten en corrigeren van over- en onderprescriptie. In de overeenkomst voor 2006 geeft de betreffende zorgverzekeraar nadrukkelijk aan dat maagzuurremmers en cholesterolverlagers in het eerste jaar verplicht onderdeel dienen te zijn van

³⁰ Voor het bepalen van het niveau van de FTO-groep gaat deze zorgverzekeraar uit van de NIVEL-indeling en de daarbij behorende indicatoren van de DGV. Belangrijke aspecten in de beoordeling zijn: het aantal en de duur van de FTO-bijeenkomsten, Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient de FTO-groep eind 2006 en gedurende 2007 te functioneren op niveau 4.

³¹ Nivel (2004), *Professionalisering van het FTO in Noord-Holland Noord: evaluatie van een pilot*, Utrecht.

³² Tweede Kamer (2005), *Aanhangsel van de Handelingen*, vergaderjaar 2005-2006, nr. 266.

de module. Meerdere zorgverzekeraars blijken bereid tot het betalen van een extra vergoeding wanneer in FTO-verband bepaalde resultaten worden behaald. Een voorbeeld hiervan is de concrete afspraak die een bepaalde verzekeraar heeft gemaakt dat, voorzover medisch-inhoudelijk verantwoord is, bij tenminste 80% van haar verzekerden binnen de gezamenlijke huisartsenpraktijken bij een eerste uitgifte van protonpompremmers en cholesterolverlagers generieke middelen (respectievelijk omeprazol en simvastatine) wordt voorgeschreven. Bovendien dient de FTO-groep zich in dit concrete geval in te spannen om, opnieuw voorzover medisch-inhoudelijk verantwoord is, bestaande gebruikers van protonpompremmers en cholesterolverlagers om te zetten naar generieke middelen.

Wellicht de meest vergaande optionele module komt voor rekening van zorgverzekeraar Menzis die huisartsen de mogelijkheid biedt om zich vrijwillig aan te melden voor hun module Rationeel voorschrijven.³³ In deze module stelt Menzis artsen die relatief goedkope cholesterolverlagers en maagzuurremmende medicijnen in plaats van duurdere voorschrijven een premie in het vooruitzicht. De deelnemende huisartsen ontvangen een extra vergoeding wanneer deze bij de start van een behandeling de heersende behandelrichtlijnen van hun beroepsvereniging (de NHG-standaarden) volgen. Voor 2006 geldt dat binnen deze module huisartsen niet meer gevraagd wordt om patiënten die al duurdere middelen gebruiken over te zetten op goedkopere generieke geneesmiddelen. De extra inkomsten die een huisarts op deze wijze kan verkrijgen, moeten gebruikt worden om de kwaliteit van de praktijk of het personeel te verbeteren.

Ten aanzien van de optionele modules die zorgverzekeraars op het gebied van farmaceutische zorg ontwikkelen, constateren we dus enkele (kleine) verschillen tussen zorgverzekeraars. Verder is het van belang op te merken dat niet bekend is hoeveel huisartsen aan optionele modules deelnemen en dus met een extra financiële vergoeding geprikkeld worden om doelmatig voor te schrijven.

Behalve de modules die zorgverzekeraars zelf hebben ontwikkeld, beloont een aantal zorgverzekeraars ook **verbeterprojecten** die door huisartsen zelf worden aangedragen. Op deze wijze kan bijvoorbeeld met een verzekeraar een doelmatigheidsmodule overeengekomen worden. Bij een bepaalde zorgverzekeraar heeft deze module een voorwaardenscheppend karakter en is er een extra vergoeding van één euro per verzekerde aan verbonden. Met de module hoopt deze verzekeraar doelmatig voorschrijven van huisartsen te stimuleren. Gedacht kan worden aan reductie van het chronisch gebruik van geneesmiddelen waar dat aangewezen is, een betere ‘compliance’ van de voorschrijvers aan professionele standaarden en verbetering van de procedures bij het voorschrijven. Om in aanmerking te komen voor deze module moet de huisarts in een plan van aanpak

³³ Zie <http://www.menzis.nl>.

onder andere omschrijven om welke patiëntencategorie het gaat, wat het beoogde doel is, op welke wijze dat wordt nagestreefd en hoeveel het gaat kosten. Ook bij andere zorgverzekeraars kunnen huisartsen een voorstel indienen en hiervoor financiering krijgen. Soms moet daaruit in elk geval blijken welke inverdieneffecten met het project voorzienbaar zijn. Een bepaalde zorgverzekeraar biedt huisartsen de mogelijkheid om met een eigen innovatief projectvoorstel te komen en is bereid het bedrag van 1,56 euro dat op basis van het ‘Vogelaar-akkoord’ per verzekerde beschikbaar is zonodig te verhogen met hetzelfde bedrag. Het is ons niet bekend in hoeverre huisartsen gebruik maken van deze mogelijkheid en tot welke concrete afspraken en initiatieven dit uiteindelijk heeft geleid.

3.3.2 Apothekers

Over de wijze waarop apothekers farmaceutische zorg dienen af te leveren staat in vrijwel elke medewerkerovereenkomst een passage zoals: “De apotheker zal de hulp op doelmatige en professioneel verantwoorde en kwalitatieve wijze verlenen. Hij zal zich daarbij laten leiden door een afweging tussen de kwaliteit van de behandeling, de belangen van de patiënten en de kosten”. Zoals reeds eerder opgemerkt zijn de medewerkerovereenkomsten voor apothekers allemaal gebaseerd op het Geneesmiddelenconvenant 2006/2007 tussen VWS, ZN, KNMP, Bogin en Nefarma. Zo heeft elke verzekeraar in haar eigen woorden in het contract laten opnemen dat de apotheker bij gelijke kwaliteit het middel aflevert met de laagste prijs in plaats van het middel met de hoogste marge voor de apotheker (prijspreferentie). In de meeste gevallen komt dit neer op het afleveren van een generiek middel.

In het Geneesmiddelenconvenant is afgesproken dat de apothekers in elk geval het huidige substituteniveau proberen te realiseren. Uit de door ons geanalyseerde medewerkerovereenkomsten is gebleken dat sommige zorgverzekeraars deze (substitutie)afspraken nader preciseren. Zo legt een bepaalde zorgverzekeraar apothekers een inspanningsverplichting op om (tenminste) 85% van de receptregels generiek af te leveren. Deze inspanningsverplichting geldt in het bijzonder voor de geneesmiddelen met een hoge totale omzet. De apotheker heeft de ruimte om een recept dat niet op stofnaam is gesteld te lezen als op stofnaam, tenzij de arts zeer duidelijk aangeeft dat de patiënt alleen het specifiek voorgeschreven middel dient te krijgen. De betreffende verzekeraar zal steekproefsgewijs controles uitvoeren en artsen die overmatig gebruik (b)lijken te maken van de uitzonderingsclausule hierop aanspreken. Er zijn meerdere voorbeelden van een dergelijke concretisering. Zo hanteert een andere verzekeraar voor de geneesmiddelen omeprazol, paroxetine, pravastatine en simvastatine minimale substitutiepercentages van respectievelijk 80%, 80%, 80% en 90% (aandeel generiek ten opzichte van het totaal aantal voorschriften).

In paragraaf 2.4.3 is reeds aan de orde gekomen dat een aantal zorgverzekeraars via een gezamenlijk initiatief momenteel gebruik maakt van de wettelijke mogelijkheid om preferente geneesmiddelen aan te wijzen. Binnen een groep geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, toedienings-

weg en stofsterkte kiezen op dit moment Agis, Menzis, De Friesland Zorgverzekeraar, Delta Lloyd/OHRA, CZ, VGZ en Univé welke middelen ten laste van de zorgverzekering mogen worden afgeleverd. Voor 2006 geldt dit voor geneesmiddelen met werkzame stof omeprazol, simvastatine en pravastatine. Bij alle genoemde verzekeraars bestaat de mogelijkheid om op grond van medische indicatie een uitzondering te maken. De patiënt die om medisch-inhoudelijke redenen een duurder merkloos of octrooivrij specialité geneesmiddel nodig heeft, krijgt dit toch van de zorgverzekeraar vergoed. Deze uitzonderingsregeling is ook wettelijk vereist. Sommige van de deelnemende zorgverzekeraars noemen in hun medewerkersovereenkomsten met apothekers wel expliciet een percentage voor het aantal uitzonderingsgevallen. Zo mag bij de ene zorgverzekeraar voor maximaal 0,5% van het totaal aantal declaratieregels de uitzonderingsmogelijkheid worden benut waarbij de apotheker het benodigde geneesmiddel in dat geval tegen de prijs van het laagst geprijsde artikel in het betreffende cluster mag declareren. Als blijkt dat de apotheker dit percentage overschrijdt zal het gehele bedrag worden teruggevorderd. Bij een andere verzekeraar mag de apotheker maximaal 1% van de merkloze geneesmiddelenrecepten op deze wijze afleveren en declareren.

Om doelmatig voorschrijf- en aflevergedrag te bevorderen zetten veel zorgverzekeraars in hun medewerkersovereenkomsten bepalingen waarin inspanningsverplichtingen voor de apotheker staan vermeld. Verschillende verzekeraars hebben in hun contract opgenomen dat de apotheker in het kader van de bewaking van de farmacotherapie de voorschrijvende zorgaanbieders gevraagd of ongevraagd dient te informeren en te adviseren. Ook dient de apotheker in gespreksgroepen met voorschrijvers het voorschrijven op stofnaam te bevorderen. In een bepaalde medewerkersovereenkomst staat dat de apotheker geen financiële binding met de voorschrijver(s) mag hebben, omdat dit aanleiding kan geven tot belangenverstrengeling.³⁴ Een andere zorgverzekeraar verplicht apothekers waarvan het merendeel van de praktijkpopulatie bij de betreffende verzekeraar is verzekerd tot het jaarlijks uitvoeren van een farmaceutisch zorgproject, het opstellen van een jaarplan en jaarverslag en het houden van een klanttevredenheidsonderzoek. Voorbeelden van farmaceutische zorgprojecten die op deze wijze ondersteund worden zijn polyfarmacie, resultaatafspraken bij voorschrijf- en afleverbeleid en samenwerking binnen een FTO-groep. Met de projecten beoogt deze verzekeraar de doelmatigheid en/of de kwaliteit structureel te verbeteren en een goede samenwerking met de omringende huisartsen te realiseren. Apothekers waar minimaal 10% van de totale praktijkpopulatie klant van een bepaalde zorgverzekeraar is, hebben de mogelijkheid om ook deel te nemen aan een door deze verzekeraar ondersteund project. Een andere zorgverzekeraar stimuleert apothekers eveneens om in 2006 te participeren in een project dat gericht is op het optimaliseren van de kwaliteit van de farmacotherapeutische zorg door de apothe-

³⁴ Eerder dit jaar heeft het gerechtshof in Den Bosch geconcludeerd dat het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen niet in één organisatie thuishoort. Zie het artikel 'Hof verbiedt aandeel arts in apotheek' in *NRC Handelsblad* van 12 april 2006.

ker.³⁵ Met betrekking tot de samenwerking met de huisarts wordt in dat geval een actievere rol van de apotheker verwacht. Het gaat bijvoorbeeld om het maken van afspraken over voorkeursmiddelen en te hanteren behandelprojecten, het monitoren van de kwaliteit van het voorschrijven van de huisartsen en het terugkoppelen van de resultaten naar de voorschrijvende huisartsen. Er is eveneens een zorgverzekeraar die in haar contract met apothekers heeft opgenomen dat de apotheker zal meewerken om samenwerking door middel van zogeheten Apotheek Service Punten (ASP's) tussen zorgaanbieders onderling te bevorderen. ASP's zijn transferbalies in ziekenhuizen voor opname- en ontslagmedicatie die doorgaans opgericht worden door openbare apothekers en de ziekenhuisapothek gezamenlijk. Deze verzekeraar ziet in deze servicepunten een belangrijk instrument in het kader van goed, doelmatig en veilig geneesmiddelengebruik. Andere zorgverzekeraars maken in voorkeurscontracten nadere afspraken met apothekers. Zo verplicht een bepaalde verzekeraar in haar voorkeurscontracten met apothekers bijvoorbeeld dat deze meewerken aan het project polyfarmacie, deelnemen aan een FTO-groep en eventueel participeren in een zogeheten FarmacoTherapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO).³⁶ Bovendien dient de apotheek jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag op te stellen waarin cijfers van de verleende farmaceutische zorg worden vergeleken met die van andere apotheken uit de regio of kwaliteitskring en dient hij of zij periodiek een klanttevredenheidsonderzoek uit te voeren.

4. Transparantie voor verzekerden

In deze paragraaf besteden we allereerst aandacht aan de vraag in hoeverre (potentiële) verzekerden op de websites van de Nederlandse zorgverzekeraars informatie kunnen vinden over de vergoeding van geneesmiddelen. Vervolgens gaan we nader in op de vraag in hoeverre eventuele kwaliteitsverschillen tussen verzekeringspolissen transparant zijn.

4.1 Informatie op websites zorgverzekeraars

Medio juni 2006 zijn in het kader van dit onderzoek de websites van alle Nederlandse zorgverzekeraars bezocht om na te gaan in hoeverre consumenten geïnformeerd worden over de vergoeding van geneesmiddelen in de basisverzekering. Uit deze exercitie is gebleken dat zowel de precieze poliswaarden, het reglement farmaceutische zorg als – indien relevant – een lijst met preferente geneesmiddelen in (vrijwel) alle gevallen voor consumenten beschikbaar zijn. Hoewel soms enig zoekwerk vereist is, lijkt de transparantie op dit punt dus geen probleem te vormen.

³⁵ Het betreft het Project farmaceutisch patiëntenzorg dat deze zorgverzekeraar in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut van de Nederlandse Apothekers (WINAp) en de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) van de Universiteit Nijmegen en Maastricht heeft ontwikkeld.

³⁶ Een FTTO is grootschaliger dan een FTO. Aan een FTTO doen ten minste de huisartsen, de specialisten, de ziekenhuis- en de openbare apothekers mee. Doel van het FTTO is de intensivering van de samenwerking en de bevordering van de afstemming tussen de beroepsbeoefenaren in de eerste en tweede lijn.

De beschikbaarheid van het reglement farmaceutische zorg is van belang, omdat zorgverzekeraars hierin in aanvulling op de officiële polis informatie geven over de rechten en plichten van verzekerden. Met name voor chronisch zieken is deze informatie belangrijk voor een goede keuze tussen de verschillende verzekeringspolissen. In haar monitorrapportage over de zorgverzekeringsmarkt merkt de NZa (i.o.) op dat enkele zorgverzekeraars hun reglement in een laat stadium gereed hadden, in enkele gevallen zelfs pas na 1 januari 2006.³⁷ De zorgautoriteit merkt hierbij direct op dat dit de betreffende zorgverzekeraars niet viel aan te rekenen: doordat de Regeling Zorgverzekering “erg laat” beschikbaar kwam, kon de goedkeuring van het reglement voor farmacie in een aantal gevallen niet eerder totstandkomen. In de toekomst dienen verzekeraars hun reglementen echter tijdig aan te bieden om “consumenten de gelegenheid te geven zorgverzekeraars te kiezen op grond van hun wensen voor de verstrekking van hulpmiddelen en geneesmiddelen.”

4.2 Transparantie ten aanzien van kwaliteit

De eerste ervaringen na de invoering van de Zvw wijzen uit dat consumenten bij hun keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar vooral aandacht hebben gehad voor de premie. Kwaliteit van zorg lijkt nog nauwelijks reden te zijn geweest om te kiezen voor een bepaalde zorgverzekeraar.³⁸ Hoewel effectieve premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars noodzakelijk is voor een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt, vormt het geen voldoende voorwaarde. Achterliggende gedachte van de ingezette stelselherziening is immers dat consumenten bij hun keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar zowel de prijs (premie) als de kwaliteit van de betreffende polis in ogenschouw nemen. Informatie over kwaliteit is tot op heden echter nog maar zeer beperkt voorhanden. De NZa (i.o.) concludeert in de hierboven al genoemde monitorrapportage over de zorgverzekeringsmarkt op dit punt het volgende: “Noch de informatiepakketten, noch de websites bieden afdoende informatie over de zorg waarvoor men zich verzekert. (...) Het overgrote deel van de verzekerden heeft polissen met gecontracteerde zorg gekocht. Echter, het is voor verzekerden nog moeilijk kiezen op basis van de kwaliteit van de verzekeraar of van de gecontracteerde zorg.” Indien hierin geen verandering komt kan de eenzijdige nadruk op prijsconcurrentie (op termijn) negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de verzekerde zorg. Wanneer zorgverzekeraars zich, om te komen tot vanuit concurrentieperspectief noodzakelijke kostenbesparingen, intensiever gaan bemoeien met de zorgverlening bestaat het gevaar dat ze gaan beknibbelen op de kwaliteit. Op basis van hun analyse van de zorgverzekeringsmarkt concluderen de economen Douven en Schut ten aanzien van de huidige ‘prijzenslag’ dan ook het volgende:³⁹ “Het creëren

³⁷ NZa i.o. (2006), *De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt: monitor zorgverzekeringsmarkt juni 2006*, Diemen/Utrecht.

³⁸ Jong, J. de, D. Delnoij en P. Groenewegen (2006), *Verzekerdenmobiliteit is hoog. Ook ouderen zijn overgestapt*, NIVEL, Utrecht.

³⁹ Douven, R.C.M.H. en F.T. Schut (2006), ‘Premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars’, *Economisch Statistische Berichten*, 91^e jaargang, nr. 4488, blz. 272-275.

van voldoende transparantie van kwaliteitsverschillen is noodzakelijk om te voorkomen dat concurrentie zich louter richt op de laagste prijs.”

Gezien het bovenstaande is het dan ook goed om te zien dat de zorgautoriteit zich de komende periode onder andere zal concentreren op het terrein van kwaliteit. De NZa (i.o.) dringt aan op meer transparantie, zodat uiteindelijk een verzekeringsmarkt ontstaat “waar verzekerden desgewenst voor polissen kiezen met een voor hen voldoende kwaliteitsniveau.” De recente initiatieven om voor een aantal aandoeningen kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen noemt de zorgautoriteit “positief, maar nog niet voldoende.”⁴⁰ Bij het streven naar meer transparantie mag de paradox dat een teveel aan transparantie averechts werkt echter niet uit het oog worden verloren. Er bestaan namelijk sterke aanwijzingen dat naarmate keuzes voor consumenten talrijker en complexer worden de kwaliteit van hun uiteindelijke keuze verslechtert.⁴¹ Uitgangspunt dient te zijn dat de kwaliteitsinformatie inzichtelijk en vergelijkbaar is zodat het voor consumenten werkelijk mogelijk wordt om te kiezen op basis van de prijs-kwaliteitverhouding van een verzekeraar. Voor farmaceutische zorg betekent dit dat niet zozeer behoefte bestaat aan transparantie ten aanzien van de ‘technische’ afspraken die zorgverzekeraars in hun medewerkersovereenkomsten met huisartsen en apothekers maken (zoals over minimale substitutiepercentages of maximale uitzonderingspercentages), maar dat voor verzekerden zichtbaar wordt of en zo ja welke *gevolgen* dergelijke afspraken hebben voor de kwaliteit van de verzekerde zorg.

5. Slotopmerkingen

Hoewel de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ertoe heeft geleid dat de individuele zorgverzekeraars op het gebied van farmaceutische zorg meer ‘bewegingsvrijheid’ hebben gekregen, duiden de door ons geanalyseerde medewerkersovereenkomsten erop dat de onderlinge verschillen (nog) niet al te groot zijn. Er zijn weliswaar enkele zorgverzekeraars aan te wijzen die duidelijk voor eigen aanscherpingen kiezen (zoals Menzis), maar het merendeel van de afspraken die verzekeraars met huisartsen en apothekers maken zijn simpelweg een doorvertaling van landelijke (geneesmiddelenconvenant) en/of gezamenlijke (preferentiebeleid) afspraken. Het is echter niet ondenkbaar dat zorgverzekeraars zich op termijn intensiever gaan bemoeien met de daadwerkelijke zorgverlening. Voor een gezonde concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt is het cruciaal dat de *gevolgen* van een dergelijke bemoeienis inzichtelijk worden gemaakt voor verzekerden. Zolang dat niet het geval is, bestaat namelijk het gevaar dat zorgverzekeraars zich als gevolg van sterke prijsconcurrentie eenzijdig (moeten) richten op kostenbesparingen. De kwaliteit van de verzekerde zorg dreigt dan het kind van de rekening te worden. Ook voor farmaceutische zorg is de uitdaging erin gelegen om te komen tot de realisatie van eenduidige en goede verge-

⁴⁰ NZa i.o. (2006), *Zorgautoriteit presenteert eerste evaluatie nieuwe zorgverzekering*, persbericht d.d. 23 juni, Diemen/utrecht.

⁴¹ Zie het eerder genoemde ESB-artikel van Douven en Schut.

lijkbare indicatoren die eventuele kwaliteitsverschillen tussen zorgverzekeraars op een voor verzekerden begrijpelijke wijze transparant maken.