



Farmaceutische zorg in Nederland en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars

Marco Varkevisser
Stéphanie van der Geest

Eindrapport d.d. 3 juni 2008

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

SEOR-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

Samenvatting	2
1. Inleiding.....	4
2. Vrijheden en verplichtingen voor zorgverzekeraars.....	4
2.1 Farmaceutische zorg in de Zorgverzekeringswet	4
2.2 Verplichtingen ten aanzien van informatieverstrekking aan consumenten	6
2.3 Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009.....	7
3. Inkoopbeleid Nederlandse zorgverzekeraars	9
3.1 Inleiding	9
3.2 Preferentiebeleid	9
3.2.1 Gezamenlijk preferentiebeleid.....	9
3.2.2 Individueel preferentiebeleid.....	14
3.3 Voorkeursapotheken	18
3.4 Enkele andere initiatieven.....	21
3.5 Zorgplicht en informatieverstrekking	24
4. Overheidsvisie marktordening extramurale farmaceutische zorg	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Beoogde rolverdeling in eindsituatie	28
4.3 Maatregelen op korte termijn.....	31
5. Een blik in de toekomst: enkele belangrijke onderwerpen.....	32
5.1 Participatie zorgverzekeraars in gezondheidscentra	32
5.2 De bekostiging van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen	36
5.3 Functionele omschrijving wettelijke aanspraak farmaceutische zorg.....	40
Referenties.....	43
Bijlage A Interviews	47
Bijlage B Klacht van apotheken over gedrag Menzis bij inkoopproces incontinentiezorg en beoordeling door NZa.....	48

Samenvatting

Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) hebben verzekeraars een zorgplicht op het gebied van farmaceutische zorg. Dezelfde wet geeft zorgverzekeraars ook vrijheden op het terrein van de zorginkoop om zodoende te komen tot een kwalitatief betere en meer doelmatige geneesmiddelenvoorziening. Doel van dit onderzoeksrapport is recente (beleids)ontwikkelingen in kaart te brengen en te analyseren om bij te dragen aan de realisatie van meer transparantie op het gebied van de inkoop van extramurale farmaceutische zorg.

Met betrekking tot farmaceutische zorg hebben zorgverzekeraars de wettelijke mogelijkheid om preferente middelen aan te wijzen die volledig vergoed worden. Wel gelden hierbij twee belangrijke voorwaarden. In de eerste plaats dient van elke werkzame stof tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar te zijn. In de tweede plaats dient gebruik van het aangewezen preferente geneesmiddel medisch verantwoord te zijn. Is dit niet het geval, dan heeft de verzekerde recht op vergoeding van een ander niet-preferent geneesmiddel. Om daadwerkelijk invulling te geven aan de zorgplicht sluiten zorgverzekeraars contracten met apothekers die de door artsen voorgeschreven geneesmiddelen aan patiënten afleveren. Hierin worden afspraken vastgelegd over bijvoorbeeld de inhoud, prijs, kwaliteit en hoeveelheid van de te leveren farmaceutische zorg. Zorgverzekeraars hebben de vrijheid om niet met iedere apotheek een contract te sluiten en mogen met voorkeursapotheken aanvullende afspraken maken. Daarnaast is het zorgverzekeraars ook toegestaan om een eigen apotheek te beginnen. De genoemde vrijheden bieden zorgverzekeraars mogelijkheden tot variatie in de polissen. Om ervoor te zorgen dat consumenten op de zorgverzekeringsmarkt een goede keuze uit het polisaanbod kunnen maken is het belangrijk dat zorgverzekeraars goede informatie verstrekken.

Sinds 1 juli 2005 is sprake van gezamenlijk preferentiebeleid. Dit leidde in eerste instantie niet tot grote prijsverlagingen. Eind 2007 is hierin verandering gekomen. Inmiddels voeren met uitzondering van Achmea alle grote zorgverzekeraars (UVIT, CZ, Menzis) ook individueel preferentiebeleid. Dit heeft tot een ware prijzenslag op de markt voor generieke geneesmiddelen geleid. Naast het voeren van preferentiebeleid proberen zorgverzekeraars via het aanwijzen van voorkeursapotheken meer invloed te krijgen op de farmaceutische zorg. Verschillende zorgverzekeraars (waaronder UVIT, De Friesland en CZ) experimenteren momenteel met het afsluiten van voorkeurscontracten, terwijl andere verzekeraars (zoals Zorg & Zekerheid en Agis) eerste stappen op dit gebied zetten. Het sturen van verzekerden in de richting van voorkeursapotheken staat echter nog in de kinderschoenen.

Om de doelmatigheid van farmaceutische zorg te verbeteren kunnen zorgverzekeraars ook proberen het voorschrijfgedrag van (huis)artsen te beïnvloeden. Het samen met zorgverleners uitbrengen van transmurale richtlijnen, zoals in de Proeftuin Farmacie Groningen gebeurt, is

hiervan een goed voorbeeld. Een ander voorbeeld is de Benchmark Voorschrijven die momenteel in opdracht van het ministerie van VWS wordt ontwikkeld. Deze benchmark brengt het voorschrijfgedrag van huisartsen in kaart en heeft onder andere tot doel zorgverzekeraars mogelijke verbeterpunten aan te reiken waarop eventueel interventies uitgevoerd kunnen worden.

Ten aanzien van bovengenoemde vrijheden en de invulling die zorgverzekeraars daaraan geven geldt dat zowel over het gevoerde inkoopbeleid zelf als over de kwaliteit van de gecontracteerde zorg (vrijwel) geen informatie beschikbaar is. In 2007 onderscheidde zich nog te weinig op het gebied van zorg. Dit zorgt ervoor dat op de zorgverzekeringsmarkt bij de keuze voor een verzekeraar de kwaliteit van de gecontracteerde zorg, waaronder farmaceutische zorg, een ondergeschikte rol speelt.

Wat betreft de toekomst van de geneesmiddelenvoorziening in Nederland geldt dat de langetermijnvisie die minister Klink medio januari 2008 naar de Tweede Kamer heeft gestuurd nog verschillende belangrijke vragen onbeantwoord laat. Zo blijft onduidelijk op welke wijze apotheken en zorgverzekeraars onderlinge afspraken moeten maken over de aflevering van geneesmiddelen. Daarnaast wordt ten onrechte verondersteld dat zodra professionele richtlijnen kaderstellend zijn voor het voorschrijfgedrag van artsen verdergaand doelmatigheidsbeleid niet nodig is. Voor generieke geneesmiddelen geldt immers dat richtlijnen geen antwoord geven op de belangrijke vraag welke fabrikant/leverancier het betreffende geneesmiddel uiteindelijk levert.

Wanneer ten aanzien van een drietal belangrijke specifieke onderwerpen een blik in de toekomst wordt geworpen resulteren de volgende verwachtingen. Ten eerste, gezien de voordelen die dit voor hen meebrengt (betere zorgverlening, meer invloed op het voorschrijf- en aflevergedrag van huisartsen en apotheken, reductie van de informatieachterstand ten opzichte van zorgverleners) zullen zorgverzekeraars de komende jaren meer initiatieven ontplooiën waarbij nauwe samenwerking met en tussen eerstelijnszorgaanbieders (huisartsen, apothekers) in gezondheidscentra centraal staat. Ten tweede, wanneer het advies van de NZa wordt overgenomen om een maximumvergoeding voor dure geneesmiddelen vast te stellen op 100% van de Taxeprijs minus een korting is het cruciaal maar niet eenvoudig deze korting juist vast te stellen. Ten derde, een eventuele functionele omschrijving van de aanspraak op farmaceutische zorg zal de vrijheid voor zorgverzekeraars sterk doen toenemen. Het verdient aanbeveling in dat kader niet alleen aandacht te hebben voor de voordelen die hieraan verboden zijn, maar ook voor mogelijke nadelen (toename therapeutische substitutie, afname transparantie zorgverzekeringsmarkt).

1. Inleiding

In aanvulling op het in 2006 door SEOR-ECRi uitgevoerde onderzoek *Farmaceutische zorg in de basisverzekering: vrijheden en verplichtingen voor zorgverzekeraars* (Varkevisser en Van der Geest, 2006) heeft Nefarma aangegeven behoefte te hebben aan vervolgonderzoek gericht op het inkoopbeleid van zorgverzekeraars ten aanzien van de extramurale farmaceutische zorg. Het voorliggende onderzoeksrapport is hiervan het resultaat en heeft het volgende doel:

“Het in kaart brengen en analyseren van recente (beleids)ontwikkelingen om op die manier bij te dragen aan meer transparantie op het gebied van de inkoop van extramurale farmaceutische zorg.”

Gedurende het onderzoek hebben een vijftal verdiepende gesprekken plaatsgevonden met direct betrokken veldpartijen (zie Bijlage A). Dit onderzoeksrapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 bevat een korte beschrijving van de wettelijke mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben bij het inkopen van extramurale farmaceutische zorg en aan welke verplichtingen ze daarbij moeten voldoen. In hoofdstuk 3 staat het inkoopbeleid van Nederlandse zorgverzekeraars op het gebied van farmaceutische zorg centraal. De aandacht gaat daarbij met name uit naar het gezamenlijke en individuele preferentiebeleid en het aanwijzen van voorkeursapotheken. Hoofdstuk 4 gaat in op de langetermijnvisie op de geneesmiddelenvoorziening zoals het huidige kabinet die onlangs heeft geformuleerd. In het afsluitende hoofdstuk 5 richten we onze blik op de toekomst door nader in te gaan op drie belangrijke onderwerpen die momenteel volop in beweging zijn. Dit betreft de participatie van zorgverzekeraars in gezondheidscentra, de bekostiging van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen en een mogelijke functionele omschrijving van de wettelijke aanspraak op farmaceutische zorg.

2. Vrijheden en verplichtingen voor zorgverzekeraars

2.1 Farmaceutische zorg in de Zorgverzekeringswet

Op grond van de artikelen 10 en 11 van de Zorgverzekeringswet (Zwv) hebben zorgverzekeraars een zorgplicht op het gebied van farmaceutische zorg (Staatsblad, 2005). Welke geregistreerde geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen is gespecificeerd in de Regeling zorgverzekering. Op Bijlage 1A van deze ministeriële regeling staan alle geneesmiddelen met een zogeheten vergoedingslimiet opgesomd. De vergoedingslimiet is de maximale vergoeding die een verzekeraar aan een verzekerde mag uitkeren. Bijlage 1B is een lijst van middelen zonder vergoedingslimiet. Wanneer een geneesmiddel vermeld op Bijlage 1 ook genoemd staat op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende vergoedingscriteria. Een

zorgverzekeraar is in dat geval alleen wettelijk verplicht deze middelen te vergoeden wanneer de verzekerde voldoet aan de genoemde indicatievoorwaarden.

Zorgverzekeraars hebben op grond van het Besluit zorgverzekering de vrijheid om onder voorwaarden niet alle middelen zoals genoemd op Bijlage 1 in de zorgpolis op te nemen, maar in plaats daarvan een selectie van zogeheten **preferente middelen** aan te wijzen die vergoed worden (zie ook paragraaf 3.2).¹ In artikel 2.8 (lid 1a) van deze algemene maatregel van bestuur is farmaceutische zorg namelijk omschreven als “aflevering van de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar.” Dat wil overigens niet zeggen dat de verzekeraar per se een selectie moet maken uit de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen. Hij kan er ook voor kiezen om alle middelen aan te wijzen. Er gelden twee belangrijke voorwaarden bij dit preferentiebeleid. In de eerste plaats dient van elke werkzame stof tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar te zijn (artikel 2.8, lid 3). Elke verzekerde moet namelijk kunnen rekenen op een geneesmiddelenpakket in zijn zorgpolis dat dezelfde therapeutische breedte dekt. Met andere woorden, alle verzekerden moeten bij dezelfde aandoening kunnen rekenen op farmaceutische zorg voor rekening van zijn of haar zorgverzekering. In de tweede plaats 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 (artikel 2.8, 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.²

Om invulling te geven aan de zorgplicht sluiten zorgverzekeraars **medewerkersovereenkomsten met apothekers** die de voorgeschreven geneesmiddelen aan patiënten afleveren. In deze contracten worden afspraken vastgelegd over bijvoorbeeld de inhoud, prijs, kwaliteit en hoeveelheid van de te leveren zorg. Zorgverzekeraars hebben de vrijheid om met bepaalde zogeheten voorkeursapotheken aanvullende afspraken te maken om zodoende te komen tot een kwalitatief betere en/of meer doelmatige geneesmiddelendistributie (zie ook paragraaf 3.3). Op grond van de Zvw heeft de zorgverzekeraar geen contracteerplicht. Een verzekeraar kan er dus voor kiezen om niet met iedere apotheek een medewerkersovereenkomst te sluiten. Verzekerden hoeven in dat geval hun receptgeneesmiddelen niet bij alle apotheken volledig vergoed te krijgen. Tenslotte is het zorgverzekeraars ook toegestaan om een eigen apotheek te hebben.

¹ Sinds de wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering in 2003 hadden ziekenfondsen op grond van artikel 9 (lid a) ook al de bevoegdheid om binnen categorieën van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof preferente middelen aan te wijzen, mits van elke werkzame stof tenminste één middel aangewezen werd. De beperking gold niet indien behandeling met het door het ziekenfonds aangewezen middel voor een patiënt medisch niet verantwoord was.

² Dit kan bijvoorbeeld door verzekerden of hun artsen te verplichten om vooraf toestemming te vragen.

2.2 Verplichtingen ten aanzien van informatieverstrekking aan consumenten

De Zvw biedt zorgverzekeraars dus allerlei mogelijkheden tot variatie in de polissen. Over het algemeen zal de maandelijksse nominale premie van een polis met maximale keuzevrijheid voor de patiënt hoger zijn dan die van een polis waarin de keuzevrijheid van de patiënt enigszins beperkt wordt. Bijvoorbeeld doordat de verzekeraar preferente middelen heeft aangewezen of contracten heeft met voorkeursapothekers. Om ervoor te zorgen dat consumenten een bewuste keuze kunnen maken uit alle polissen is het belangrijk dat zorgverzekeraars goede informatie verstrekken.

De Zvw verplicht verzekeraars daarom in de eerste plaats om alle polisvarianten die zij aanbieden in zogeheten modelovereenkomsten te beschrijven. Een modelovereenkomst is een model van een zorgverzekering waarin de rechten en plichten staan die de verzekerde en de zorgverzekeraar ten opzichte van elkaar hebben als er een overeenkomst volgens dat model wordt gesloten. De meeste zorgverzekeraars kiezen er voor om naast de modelovereenkomst aparte reglementen op te stellen voor hulpmiddelen en/of farmaceutische zorg. Deze reglementen zijn een nadere uitwerking van de modelovereenkomst en maken onlosmakelijk deel uit van die modelovereenkomst. Modelovereenkomsten en bijbehorende reglementen dienen zorgverzekeraars aan de (aspirant) verzekerden en aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ter beschikking te stellen.³ Op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) houdt de NZa namelijk toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw. De NZa beoordeelt of de modelovereenkomsten en bijbehorende reglementen voldoen aan alle wettelijke eisen. Indien nodig kan de NZa een aanwijzing geven, een last onder dwangsom of een bestuurlijke boete opleggen.

In de tweede plaats regelt de Zvw dat er voor consumenten een vergelijkend overzicht beschikbaar komt met de “kernegegevens die voor hen van belang zijn bij het bepalen van een keuze voor een zorgverzekeraar ” (Tweede Kamer, 2004). Ook hierop dient de NZa toe te zien. Op grond van artikel 40 van de WMG moeten zorgverzekeraars informatie over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze openbaar maken dat deze voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Hierbij gaat het in ieder geval om informatie over premies en de kwaliteit van de aangeboden producten en diensten. De door de zorgverzekeraar verstrekte informatie dient correct te zijn en mag voor consumenten niet misleidend zijn.

De NZa stelt geen regels voor de informatieverstrekking, maar probeert door middel van een richtsnoer vooraf duidelijk aan te geven wat zij als transparante en niet-misleidende informatie beschouwt. In juni 2006 publiceerde de NZa in oprichting een eerste richtsnoer met betrekking tot informatieverstrekking (NZa, 2006b). Inmiddels heeft de NZa een geactualiseerde versie

³ In de brochure Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen staat onder meer beschreven welke procedure de NZa hanteert bij de beoordeling van modelovereenkomsten en reglementen en welke richtlijnen gelden met betrekking tot de aanlevering (NZa, 2007b).

uitgebracht waarin ze heeft aangekondigd om jaarlijks een nieuw richtsnoer te publiceren (NZa, 2007e). Dit richtsnoer is opgesteld in de vorm van een checklist met per punt voorbeelden van informatieverstrekking die in de ogen van de NZa niet juist, niet volledig of niet begrijpelijk zijn en daardoor misleidend kunnen zijn (zie onderstaand kader). Nadrukkelijk merkt de NZa op dat de lijst geen limitatieve opsomming is. Wanneer de NZa na onderzoek zou constateren dat de in het richtsnoer genoemde punten door een zorgverzekeraar niet worden nageleefd dan kan de NZa ingrijpen. Wat betreft de mogelijke instrumenten hiervoor beschikt de zorgautoriteit over het geven van een aanwijzing, het opleggen van een last onder dwangsom, het opleggen van een boete of het met naam en toenaam noemen van de betreffende zorgverzekeraar en de overtreding in het openbaar. De precieze maatregelen 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.

Checklist NZa betreffende informatieverstrekking door zorgverzekeraars

1. Worden zaken die tot het wettelijke pakket horen gepresenteerd als extra, gratis of uniek/specifiek voor een bepaald product?*
2. Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over prestaties die in de basisverzekering zijn opgenomen?*
3. Presenteert/biedt de ziektekostenverzekeraar een polis aan die niet of nauwelijks de consument bereikt door geen volledige/juiste/begrijpelijke informatie te verstrekken?*
4. Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke beschrijving van de verschillen tussen een natura-, restitutie of combinatiepolis?*
5. Is de informatie over de risicodragers van de zorgverzekering volledig/juist/begrijpelijk?*
6. Is de vergelijkende reclame juist/betrouwbaar/volledig?*
7. Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie aan verzekerden over de wijze van acceptatie bij de aanvullende verzekering?
8. Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie aan verzekerden met een polis met gecontracteerde zorg over de wijze van vergoeding bij niet gecontracteerde zorg?
9. Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie aan verzekerden die bijna 18 jaar worden?
10. Hebben jongeren tot 18 jaar de mogelijkheid om zelfstandig een polis af te sluiten?*
11. Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over koop op afstand?
12. Geeft de ziektekostenverzekeraar (afdoende) onderbouwde garanties?*
13. Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over machtigingen?
14. Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over kortingsacties bij gecontracteerde zorg?
15. Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over de gratis European Health Insurance Card (EHIC) waar iedere verzekerde recht op heeft?
16. Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over de wijze waarop de basis- en/of aanvullende verzekering kunnen worden opgezegd?*
17. Zegt de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekering(en) op als de verzekerde de basisverzekering niet voortzet?*

Noot: De met een * aangemerkte punten van de checklist zijn de punten die ook in het richtsnoer uit 2006 zijn opgenomen. De overige punten zijn nieuw.

2.3 Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009

In reactie op het aflopen van het Geneesmiddelenconvenant 2006/2007 hebben de minister van VWS, de Bogin, de KNMP, Nefarma en ZN op 17 september 2007 een nieuw akkoord gesloten,

te weten het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009.⁴ Net als de vorige convenanten is een belangrijke doelstelling van dit akkoord het door middel van structurele prijsverlagingen verder reduceren van de bonussen en kortingen die apothekhoudenden realiseren. Er geldt een financiële taakstelling voor 2008 van 340 miljoen euro en voor 2009 van 456 miljoen euro. In het convenant wordt wel nadrukkelijk opgemerkt dat een deel van de inkoopvoordelen noodzakelijk blijft voor de dekking van de praktijkkosten van apothekhoudenden. Partijen zijn onderling overeengekomen dat de (gemiddelde) receptregelvergoeding niet verhoogd wordt per 1 januari 2008⁵ en dat ZN en de KNMP zich zullen inspannen om op korte termijn een nieuw, op prestatiebekostiging gebaseerd tariefsysteem voor apothekhoudenden in te voeren. In het Transitieakkoord wordt ook een langetermijnvisie op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland met een bijbehorende stappenplan aangekondigd (zie hoofdstuk 4).

Een aantal afspraken met betrekking tot het inkoopbeleid van verzekeraars is een voortzetting van de afspraken in het Geneesmiddelenconvenant 2006/2007. Bijvoorbeeld de toezegging van zowel ZN als de KNMP in artikel 6 om te bevorderen dat in medewerkersovereenkomsten afspraken worden opgenomen over het voorschrijven op stofnaam, het tenminste handhaven van het huidige substitutieniveau en het realiseren van dit substitutieniveau voor nieuwe generieke geneesmiddelen. Evenals de afspraak dat alleen op stof- en toedieningsniveau als vergelijkbaar aangemerkte geneesmiddelen met de laagste apothekinkoopprijs verhoogd met een redelijke marge worden afgeleverd (artikel 7). Waarbij het bedoelde laagste prijsniveau de producten betreft waarvan de continuïteit van levering voor verzekerden in Nederland kan worden gegarandeerd door de leverancier in kwestie.

Ten aanzien van het gezamenlijke preferentiebeleid is in artikel 8 van het Transitieakkoord overeengekomen dat dit ongewijzigd gehandhaafd blijft. Dat wil zeggen dat dit type preferentiebeleid niet mag worden uitgebreid naar andere werkzame stoffen. Wel mag het aantal deelnemende zorgverzekeraars eventueel worden uitgebreid. Verder is de afspraak gemaakt dat zorgverzekeraars conform artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering op individuele basis preferente middelen mogen aanwijzen.

⁴ Op 14 mei 2008 heeft de Bogen het Transitieakkoord per direct opgezegd omdat individuele zorgverzekeraars volgens deze brancheorganisatie “in strijd met letter en geest van het Transitieakkoord” het preferentiebeleid uitbreiden (zie paragraaf 3.2.2.).

⁵ Hoewel eerder is geconcludeerd dat “het tarief voor apothekers de praktijkkosten van het voeren van een apotheekpraktijk niet volledig dekt” (Tweede Kamer, 2007a) heeft de NZa de maximumvergoeding die openbare apotheken per receptregel in rekening mogen brengen met ingang van 1 januari 2008 zelfs iets verlaagd (NZa, 2008d).

3. Inkoopbeleid Nederlandse zorgverzekeraars

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de manier waarop zorgverzekeraars tot nu toe in de praktijk hun inkoopbeleid hebben vormgegeven. Paragraaf 3.2 bespreekt de ontwikkelingen die zich rondom het gezamenlijke preferentiebeleid en het individuele preferentiebeleid hebben voorgedaan. Vervolgens besteden we aandacht aan enkele andere initiatieven van zorgverzekeraars, te weten het aanwijzen van voorkeursapotheken (paragraaf 3.3) en de participatie in de zogeheten proeftuinen farmacie (paragraaf 3.4). Ook bespreken we kort de ontwikkelingen rondom de door DGV gestarte Benchmark Voorschrijven. Tot slot komt in paragraaf 3.5 de zorgplicht van verzekeraars en hun informatievoorziening aan de orde.

3.2 Preferentiebeleid

3.2.1 Gezamenlijk preferentiebeleid

Sinds 1 juli 2005 voert een aantal zorgverzekeraars *op gelijkvormige wijze* preferentiebeleid met betrekking tot de orale toedieningsvormen van de maagzuurremmer omeprazol en de cholesterolverlagers simvastatine en pravastatine.⁶ Doel van het preferentiebeleid is door middel van prijsconcurrentie, in plaats van de momenteel dominante margeconcurrentie tussen fabrikanten, te komen tot een meer doelmatige extramurale geneesmiddelenvoorziening. De gekozen werkzame stoffen hebben een zeer hoge omzet. Het patent van deze middelen is in de afgelopen jaren verlopen en er zijn diverse merkloze (generieke) varianten op de markt beschikbaar gekomen.

De deelnemende zorgverzekeraars hebben het gezamenlijke preferentiebeleid als volgt vormgegeven.⁷ Voor de drie geneesmiddelen zijn per productcategorie door de verzekeraars middelen aangewezen die zij vergoeden. Niet aangewezen middelen worden niet vergoed, tenzij sprake is van een medische noodzaak. Een productcategorie bevat alle middelen met dezelfde werkzame stof, toedieningsvorm en sterkte. Per productcategorie wijzen zorgverzekeraars het goedkoopste geneesmiddel op de peildatum aan en alle geneesmiddelen die op de peildatum niet meer dan 5% duurder zijn.⁸ De geneesmiddelen worden voor een periode van zes maanden aangewezen. Gedurende deze zes maanden heeft de preferente fabrikant dus een gunstige

⁶ Het gaat om Agis, Amicon en Geové (beide per 1 januari 2006 overgegaan in Menzis), CZ, Univé en VGZ. Per 1 januari 2006 zijn ook De Friesland Zorgverzekeraars en Delta Lloyd/OHRA deelnemers aan het gezamenlijk preferentiebeleid.

⁷ In het beleidsdocument Aanwijzing preferente geneesmiddelen beschrijven de deelnemende zorgverzekeraars welke criteria en procedure ze hanteren bij hun gezamenlijke preferentiebeleid. De meest recente versie en eerdere versies van dit beleidsdocument zijn te vinden op www.zn.nl.

⁸ Indien de op basis van deze methodiek aangewezen fabrikanten gezamenlijk niet kunnen voldoen aan de vraag, wijst de zorgverzekeraar nog een ander middel aan met een zo laag mogelijke prijs.

marktpositie. Een aanwijzing kan worden ingetrokken wanneer de fabrikant de prijs verhoogt ten opzichte van de peildatum.

Vektis, het informatiecentrum voor de zorgverzekeringsbranche, heeft gebruikmakend van farmaceutische gegevens van verzekerden op declaratieniveau het eerste halfjaar van het gezamenlijke preferentiebeleid geëvalueerd (Vektis, 2006). Centrale vraag in dit evaluatieonderzoek was of het gevoerde preferentiebeleid in de periode juli 2005 tot en met december 2005 heeft geresulteerd in meer prijsconcurrentie en een meer doelmatige geneesmiddelenvoorziening.

Eén van de conclusies van Vektis was dat het preferentiebeleid niet tot grote prijsverlagingen heeft geleid. Op één fabrikant na bleek geen van de fabrikanten bereid tot een verlaging van de prijs onder de bestaande laagste clusterprijzen. Vektis constateerde bovendien dat in tien van de elf productcategorieën van combinaties werkzame stof en sterkte uitsluitend generieke varianten zijn aangewezen. Alle merkgeneesmiddelen en parallelimportproducten bleken op grond van de prijslijsten van juni 2005 (peildatum) namelijk meer dan 5% duurder te zijn dan het goedkoopste generieke middel in het cluster. Bij de productcategorie 5 mg simvastatine is er een uitzondering gemaakt, omdat de enige andere fabrikant niet kon garanderen in de vraag te voorzien. Het totale marktaandeel van de merkgeneesmiddelen is in de laatste zes maanden van 2005 als gevolg van het preferentiebeleid met ongeveer een derde gedaald. Als gevolg hiervan zijn vooral de generieke fabrikanten met een groot marktaandeel gegroeid en lang niet altijd de generieke fabrikant met de laagste prijsstelling. Het preferentiebeleid heeft in het eerste halfjaar dus geen prijsconcurrentie op gang gebracht.

De verschuiving van merkgeneesmiddelen naar (goedkopere) generieke geneesmiddelen lijkt in het begin het belangrijkste effect van het preferentiebeleid te zijn geweest. Overigens is een deel van de patiënten met een merkgeneesmiddel die na de invoering van het preferentiebeleid was overgestapt op een generiek middel later toch weer het merkgeneesmiddel gaan gebruiken. Bijwerkingen of andere klachten bij de patiënt zijn plausibele verklaringen hiervoor. Opvallend veel patiënten zijn in juli 2005 overgestapt op een merkgeneesmiddel met een andere werkzame stof. Het vermoeden bestaat dat deze zogeheten therapeutische substitutie in een aantal gevallen is gebeurd om het preferentiebeleid te omzeilen. Tussen afleveraars van geneesmiddelen blijken grote verschillen te zijn wat betreft het naleven van het preferentiebeleid. Zo levert een klein deel van de apothekers nog relatief veel niet-preferente geneesmiddelen af. Zorgverzekeraars zouden bij deze groep dus nog flink kosten kunnen besparen, bijvoorbeeld door scherpere monitoring.

Volgens Vektis heeft het preferentiebeleid in de tweede helft van 2005 uiteindelijk bij de deelnemende zorgverzekeraars naar schatting 3 miljoen euro aan kosten bespaard als gevolg van generieke substitutie. Tegelijkertijd heeft therapeutische substitutie naar duurdere middelen

plaatsgevonden, waardoor de totale kostenbesparing geraamd wordt op 2,1 miljoen euro. Daarnaast lijken ook verzekeraars die geen preferentiebeleid hebben gevoerd in 2005 enigszins geprofiteerd te hebben van het gezamenlijke preferentiebeleid. Gezien genoemde opbrengst en het uitblijven van grote uitvoeringsproblemen en negatieve publiciteit beschouwen de deelnemende zorgverzekeraars het gezamenlijke preferentiebeleid als een succes.

In een brief aan de Tweede Kamer naar aanleiding van de evaluatie van Vektis schrijft de toenmalige minister Hoogervorst geen aanleiding te zien de regelgeving die preferentiebeleid mogelijk maakt op dat moment te wijzigen (Tweede Kamer, 2006a). Bovendien geeft hij aan het als een positief signaal te zien dat verzekeraars de geboden mogelijkheid daadwerkelijk en op een verantwoorde wijze hebben opgepakt. Volgens Hoogervorst is het resultaat van het preferentiebeleid nog bescheiden, maar dit is mogelijk te verklaren door het succes van het geneesmiddelenconvenant. Bovendien is een gebrek aan dynamiek in de markt mogelijk het gevolg van de zogeheten laagste prijsregel binnen de huidige tariefsystematiek (zie paragraaf 4.3).

De kostenbesparing van het gezamenlijke preferentiebeleid in de eerste helft van 2006 is door Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) geraamd op 1,6 miljoen euro en in de tweede helft van dat jaar op 1,4 miljoen euro (SFK, 2007a). Ten opzichte van 2005 is de opbrengst in 2006 dus iets afgenomen, terwijl op grond van het feit dat twee nieuwe zorgverzekeraars zich bij het gezamenlijke preferentiebeleid hadden aangesloten de verwachting juist was dat de opbrengst zou toenemen. Het preferentiebeleid heeft desondanks ook in 2006 geleid tot een besparing op de uitgaven aan geneesmiddelen. De SFK concludeert echter dat het “rendement [feitelijk] negatief [is] doordat de uitvoeringskosten vele malen hoger zijn.” Hoewel het inderdaad belangrijk is om de gerealiseerde besparingen af te zetten tegen de uitvoeringskosten die ermee gemoeid zijn, worden de door de SFK genoemde uitvoeringskosten – zo zou het preferentiebeleid “naar inschattingen van de apothekers” voor “8 tot 16 miljoen euro aan extra tijdsbesteding” zorgen – in het artikel echter niet kwantitatief onderbouwd.

Eind 2007: grote onrust door concurrerende prijsstelling Focus Farma

Sinds de start van het gezamenlijke preferentiebeleid in juli 2005 bleven vrijwel alle fabrikanten van generieke geneesmiddelen met hun prijs binnen de bandbreedte van 5% boven het goedkoopste middel in het cluster zodat ze verzekerd waren van een preferente status. Focus Farma, een leverancier van generieke geneesmiddelen, heeft hier eind 2007 verandering in gebracht door als enige de prijs van de cholesterolverlager simvastatine sterk te verlagen. Op de peildatum van 1 december 2007 bleek Focus Farma de simvastatine van de Indiase producent Ranbaxy meer dan 5% goedkoper te leveren dan de laagste prijs tot dat moment. Geheel in lijn met het Beleidsdocument gezamenlijk preferentiebeleid zoals opgesteld door ZN hebben de zorgverzekeraars derhalve besloten om vanaf 1 januari 2008 alleen de simvastatine van Ranbaxy

te vergoeden.⁹ Focus Farma is hierdoor voor zes maanden de exclusieve leverancier van dit type cholesterolverlager. Het is voor het eerst dat de andere leveranciers door het gezamenlijke preferentiebeleid buiten de boot vallen en als gevolg hiervan veel omzet mislopen. Een en ander heeft dan ook flink wat stof doen opwaaien.

Zo liet de KNMP weten zeer ongelukkig te zijn met bovengenoemde uitwerking van het gezamenlijk preferentiebeleid. Aangezien zorgverzekeraars gedurende de eerste zes maanden alleen nog de simvastatine van Ranbaxy vergoeden, kunnen de apothekers de producten van andere fabrikanten in de praktijk niet meer aan patiënten afleveren. Behalve dat volgens de KNMP de verzekeraars daarmee op de stoel van de apothekers gaan zitten, lopen zij ook kortingen en bonussen mis die zij gebruiken om hun inkomen aan te vullen. Op zichzelf is het bedrag dat met de prijsverlaging voor simvastatine is gemoeid nog niet zo groot, maar de apothekers vrezen vooral een verdere toename van de prijsconcurrentie. Als tegenreactie startte de KNMP een publiekscampagne die patiënten moest stimuleren om de zorgverzekeraars die deelnemen aan het gezamenlijke preferentiebeleid te boycotten. In apotheken werden posters opgehangen met de tekst “Slikt u alles van uw zorgverzekeraars? Deze zorgverzekeraars schrijven niet voor welke medicijnen u moet slikken. Wissel voor 31 december van verzekeraar. Uw apotheker adviseert” waarna een overzicht volgde van zorgverzekeraars zonder preferentiebeleid. De verhouding tussen de KNMP en ZN kwam hiermee op scherp te staan. Middels een kort geding eiste laatstgenoemde onmiddellijke stopzetting van deze campagne en een rectificatie. Naar het oordeel van de voorzieningenrechter bevatte de campagne van de KNMP inderdaad “onjuiste en onvolledige informatie” zodat deze onmiddellijk gestaakt diende te worden (Rechtbank s’ Gravenhage, 2007). Daarnaast dienden de “suggestieve en onjuiste beweringen” door de apothekers te worden gerectificeerd.

In antwoord op vragen uit de Tweede Kamer (2007b) heeft minister Klink van VWS naar aanleiding van bovenstaande consternatie laten weten dat verzekeraars wat hem betreft niet anders doen dan gebruik maken van hun wettelijke recht en de opening die op dit gebied geboden is in het Transitieakkoord. Wel benadrukte hij dat verzekeraars hun verzekerden adequaat dienen in te lichten: *“Zij moeten weten dat het mogelijk is dat zij bijvoorbeeld na een halfjaar een ander merk van eenzelfde medicijn krijgen. Dat kan verwarring wekken bij mensen. Verzekeraars moeten daar heel duidelijk over zijn tegenover hun verzekerden. Die informatie moet wellicht niet alleen worden verstrekt via de algemene voorwaarden in de polis, maar ook meer gericht. Ik heb er geen probleem mee als dat aan de kaak gesteld wordt, eventueel met een schepje erbovenop.”*

Kort na het besluit om met ingang van 1 januari 2008 alleen nog de simvastatine van Ranbaxy te vergoeden, werd bekend dat verschillende andere generieke aanbieders hun prijzen op genoemde

⁹ Het gaat om de zorgverzekeraars Menzis, VGZ, Univé, DeltaLloyd, CZ, De Friesland en OZ die gezamenlijk circa 75% van de verzekerdenmarkt in handen hebben.

datum substantieel verlagen – tot zelfs onder het niveau van Ranbaxy. De SFK betoogt dat deze zeer forse prijsverlaging een direct gevolg is van de in het Transitieakkoord gemaakte afspraken: zorgverzekeraars hadden dit dus kunnen voorzien en snijden zich nu financieel in de vingers (SFK, 2007b). Ons inziens is dit echter een te simpele voorstelling van zaken. Het Transitieakkoord bevat inderdaad de afspraak dat de bij Bogin aangesloten leveranciers van generieke geneesmiddelen begin 2008 “als eerste stap” een prijsverlaging van “gemiddeld tenminste 10% ten opzichte van het structurele prijsniveau eind 2007” zouden doorvoeren. Op grond van ervaringen met soortgelijke afspraken uit de eerdere convenanten was het echter niet waarschijnlijk dat genoemde forse prijsverlagingen ook tot stand zouden zijn gekomen zonder de scherpe prijsstelling van de relatieve buitenstaander Focus Farma eind 2007.¹⁰

Uitbreiding gezamenlijk preferentiebeleid?

Zoals eerder opgemerkt in paragraaf 2.3 is in het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009 afgesproken dat het bestaande, gezamenlijke preferentiebeleid ongewijzigd gehandhaafd blijft. Dit betekent dat het aantal middelen onder het preferentiebeleid niet mag worden uitgebreid. Wel is het toegestaan om het aantal deelnemende zorgverzekeraars uit te breiden. Tot voor kort leek een dergelijke uitbreiding op grote bezwaren van de NMa te kunnen rekenen. In haar informele zienswijze uit 2005 wijst de NMa er namelijk op dat een uitbreiding van het gezamenlijke preferentiebeleid tot een te sterke beperking van de mededinging kan leiden (NMa, 2005). Inmiddels lijkt de mededingingsautoriteit verzekeraars meer ruimte te bieden voor een eventuele uitbreiding van hun gezamenlijke preferentiebeleid. In de geactualiseerde ‘Richtsnoeren voor de zorgsector’ staat hierover namelijk het volgende (NMa, 2007):

“Een dergelijke samenwerking heeft niet tot doel de mededinging te beperken, aangezien het zorgverzekeraars er veelal juist om te doen zal zijn om tot een doelmatiger geneesmiddelenvoorziening te komen door middel van meer prijsconcurrentie. (...) Er kunnen zich evenwel in voorkomende gevallen negatieve mededingingsbeperkende effecten voordoen. Derhalve dient beoordeeld te worden wat de effecten van het gezamenlijk hanteren van een preferentiebeleid zullen zijn voor de verzekeringsmarkt waarop de verzekeraars opereren. (...) In het kader van deze Richtsnoeren is het (...) niet mogelijk om een grens aan te geven waarboven in elk geval sprake zou zijn van een merkbare mededingingsbeperking. Voorts kan ook in dat geval de samenwerking zijn vrijgesteld van het kartelverbod op grond van artikel 6, derde lid, Mw. Ervan uitgaande dat het preferentiebeleid inderdaad gericht is op meer prijsconcurrentie, dus lagere prijzen voor de betreffende geneesmiddelen, kunnen de positieve effecten hiervan zwaarder wegen dan de negatieve effecten en kan de samenwerking zijn vrijgesteld, mits uiteraard ook wordt voldaan aan de overige criteria van artikel 6, derde lid, Mw.”

¹⁰ Merk op dat Focus Farma geen lid is van Bogin en derhalve ook geen partij is in het Transitieakkoord.

Bovengenoemde mogelijkheid tot vrijstelling is gebaseerd op het Europese mededingingsbeleid (EC, 2001): *“De Commissie erkent de economische voordelen die uit samenwerking kunnen voortvloeien, maar moet erop toezien dat een daadwerkelijke mededinging wordt gehandhaafd. Artikel 81 vormt het rechtskader voor een evenwichtige beoordeling, waarbij zowel met de concurrentieverstorende effecten als met de economische voordelen rekening wordt gehouden.”*

Horizontale overeenkomsten zoals het gezamenlijke preferentiebeleid van zorgverzekeraars kunnen van het kartelverbod worden vrijgesteld wanneer aan vier noodzakelijke voorwaarden is voldaan. Deze voorwaarden staan omschreven in artikel 81, lid 3 en worden nader toegelicht in de betreffende richtsnoeren (EC, 2004). Ten eerste moeten de gezamenlijke afspraken tot directe efficiëntiewinsten leiden. Hiertoe worden zowel kostenverbeteringen als kwalitatieve verbeteringen gerekend. Tot de laatste categorie efficiëntiewinsten behoren bijvoorbeeld het tot stand brengen van nieuwe of verbeterde producten/diensten en een ruimer aanbod. Ten tweede moet een “billijk” deel van de eventuele voordelen ten goede komen aan de gebruikers. Ten derde moeten de betreffende afspraken onmisbaar zijn voor het bereiken van de eventuele directe efficiëntiewinsten. Ten vierde mogen de marktverdelingsafspraken niet tot gevolg hebben dat de mededinging “voor wezenlijk deel” wordt uitgeschakeld. In dit kader geldt dat “hoe sterker de mededinging op de betrokken markt reeds is verzwakt, des te geringer de verdere verzwakking is die nodig is om de mededinging uit te schakelen.”

3.2.2 Individueel preferentiebeleid

Naast de afspraak om het bestaande, gezamenlijke preferentiebeleid ongewijzigd te handhaven bevat het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009 de bepaling dat zorgverzekeraars individueel “uiteraard de mogelijkheid [behouden] om (...) keuzes te maken bij het aanwijzen van op stof- en toedieningsniveau als vergelijkbaar aangemerkte merk- en generieke geneesmiddelen” (artikel 8.2). In het Beleidsdocument gezamenlijk preferentiebeleid 2008 staat expliciet een aantal punten genoemd waarover individuele zorgverzekeraars eigen keuzes kunnen maken. Op grond van artikel 3.3 van dit beleidsdocument kan een individuele zorgverzekeraar voor andere productcategorieën dan die onder het gezamenlijk preferentiebeleid preferente geneesmiddelen aanwijzen. Bij die aanwijzing kan hij eveneens een andere peildatum en andere criteria hanteren. Ook bepaalt de zorgverzekeraar zelf de periode van aanwijzing (artikel 5.3). Het beleidsdocument bevat tevens de bepaling dat individuele zorgverzekeraars de verbijzonderingen van hun beleid via de website bekend maken en daarover desgevraagd schriftelijke informatie aan (aspirant-) verzekerden verstrekken.

Mede gezien hun positieve ervaringen met het gezamenlijke preferentiebeleid en de beperkingen die het Transitieakkoord stelt ten aanzien van uitbreiding hiervan hebben zeventien zorgverzekeraars besloten om in 2008 op het gebied van farmaceutische zorg ook een individueel preferentiebeleid te gaan voeren. In een door de Bogin aangespannen kort geding heeft de

voorzieningenrechter het door deze verzekeraars aangekondigde preferentiebeleid voor de volgende productgroepen echter verboden:¹¹ alendronine (Fosamax®), finasteride (Proscar®), fluoxetine (Prozac®), ibuprofen (Brufen®), mirtazapine (Remeron®), ondansetron (Zofran®), paroxetine (Seroxat®), sumatripan (Imigran®), tamsulosine (Omnice®). Ten aanzien van genoemde productgroepen concludeert de rechter als volgt (Rechtbank Breda, 2008):

“Hoewel die zorgverzekeraars dit preferentiebeleid als ‘individueel’ kwalificeren, kan naar het oordeel van de voorzieningenrechter niet anders worden geconcludeerd dan dat de facto sprake is van gecoördineerd en uniform – en derhalve ‘gezamenlijk’ – preferentiebeleid. (...) [Z]ulks [moet] daarom voorshands in strijd met het Transitieakkoord worden geacht.”

De overwegingen op grond waarvan de voorzieningenrechter tot bovenstaand oordeel komt zijn de volgende (Rechtbank Breda, 2008). Ten eerste kiezen alle betrokken zorgverzekeraars steeds voor exact dezelfde aanwijzingstermijn. Ten tweede verbinden ze dezelfde voorwaarden aan de preferentieverklaringen. Ten derde geldt voor bovengenoemde productgroepen dat “minimaal de helft van alle betrokken zorgverzekeraars” heeft aangegeven preferentiebeleid te willen voeren. Ten vierde hebben veertien van de zeventien betrokken zorgverzekeraars – die tezamen een “groot aandeel in de zorgverzekeringsmarkt” hebben – hun uniforme ‘individuele’ preferentiebeleid in een notitie gezamenlijk aan de NMa voorgelegd. In haar uitspraak benadrukt de voorzieningenrechter dat de betreffende zorgverzekeraars “zich voor de geldingsduur van het Transitieakkoord [hebben] beperkt in de bevoegdheid die ze hebben krachtens het Besluit Zorgverzekering.” Het verweer van de individuele verzekeraars dat ze zelf geen partij zijn geweest bij de totstandkoming van dit akkoord wordt verworpen. De rechter vindt het namelijk “aannemelijk” dat “zowel Bogin als ZN de door hen vertegenwoordigde bedrijven respectievelijk verzekeraars konden en mochten binden aan de in het Transitieakkoord gemaakte afspraken.” In reactie op de uitspraak van de voorzieningenrechter heeft ZN laten weten zich te beraden op verdere stappen (ZN, 2008). Bij aanvang van het gezamenlijke preferentiebeleid hebben de zorgverzekeraars aangegeven een gelijkvormig preferentiebeleid nodig te achten omdat volgens hen een voldoende schaalgrootte onmisbaar is om via het preferentiebeleid prijsconcurrentie af te dwingen en de doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening te bevorderen (ZN, 2005). In haar informele zienswijze ten aanzien van het voorgenomen gezamenlijke preferentiebeleid heeft de NMa destijds aangegeven de noodzaak voor een gezamenlijk beleid “aannemelijk” te achten (NMa, 2005).

Tegen de hierboven genoemde uitspraak van de Rechtbank Breda is beroep aangetekend door de Bogin. Op 8 april 2008 heeft het Gerechtshof in Den Bosch hierin uitspraak gedaan. Ten aanzien

¹¹ Merk op dat het individuele preferentiebeleid van zorgverzekeraars niet alleen op het gebied van farmaceutische zorg tot onrust heeft geleid (zie Bijlage B).

van het gezamenlijke en individuele preferentiebeleid overweegt het hof als volgt (Gerechtshof 's Hertogenbosch, 2008):

- Het Transitieakkoord staat eraan in de weg dat zorgverzekeraars ten aanzien van andere geneesmiddelen dan omeprazol, simvastatine en pravastatine een gecoördineerd preferentiebeleid voeren (randnummer 4.13).
- Het is zorgverzekeraars wel toegestaan voor andere dan bovengenoemde geneesmiddelen individueel preferentiebeleid te voeren (randnummer 4.14): *“Behoudens ten aanzien van de in artikel 8 lid 1 voorziene uitbreiding van het aantal deelnemende zorgverzekeraars sluit lid 1 dus gezamenlijk preferentiebeleid uit voor andere geneesmiddelen dan omeprazol, simvastatine en pravastatine. Dat deze uitdrukkelijke beperking in het gezamenlijke preferentiebeleid dan vervolgens weer zou zijn teruggenomen in het tweede lid van artikel 8 acht het hof onaannemelijk. In het tweede lid gaat het – bij een redelijke uitleg – alleen om zorgverzekeraars individueel, en niet om zorgverzekeraars gezamenlijk.”*
- Het Transitieakkoord sluit niet uit dat een groot aantal zorgverzekeraars ten aanzien van eenzelfde geneesmiddel kan besluiten tot preferentiebeleid, als die beslissing maar individueel genomen is zodat van gezamenlijkheid geen sprake is (randnummer 4.15).
- Van een gezamenlijk preferentiebeleid is niet pas sprake wanneer de helft of meer dan de helft van de betreffende zorgverzekeraars aan het beleid deelneemt (randnummer 4.19): *“[D]aarvan is ook al sprake als er twee (bij Zorgverzekeraars Nederland aangesloten) zorgverzekeraars hun (aanvullende) beleid wat dit betreft afstemmen.”*

Gesteund door deze uitspraak voeren vrijwel alle grote zorgverzekeraars in Nederland met ingang van 1 juni 2008 individueel preferentiebeleid (zie tabel 1). Vooral UVIT is op dit gebied zeer actief. Van de vier grootste zorgverzekeraars heeft alleen Achmea besloten geen preferentiebeleid te hanteren. Op haar website zegt Achmea hierover:¹² *“Achmea Zorg meent verbetering van de zorg alleen te kunnen realiseren door samen te werken en iedere speler in de keten zijn taak met de bijbehorende verantwoordelijkheden, optimaal te laten uitvoeren, daarbij uitgaande van ieders professionaliteit. Daarom hanteert Achmea Zorg geen preferentiebeleid. De keuze van een label is een keuze van de professional.”* In plaats daarvan heeft Achmea ervoor gekozen om met apothekers afspraken te maken waarbij zij een vergoeding ontvangen die gelijk is aan de laagste prijs in een geneesmiddelencluster (Achmea, 2007). De extra besparingen die op deze wijze gerealiseerd worden komen deels ten goede aan zorgverbeteringsprojecten. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan projecten die tot doel hebben therapietrouw te stimuleren of projecten op het gebied van ketenzorg voor chronische aandoeningen.

¹² Zie www.achmeazorg.nl/Home/AchmeaZorg/farmacie/zorginkoop/Pages/default.aspx.

Tabel 1: Overzicht preferentiebeleid Nederlandse zorgverzekeraars (medio mei 2008)

Werkzame stof	Gezamenlijk beleid	Individueel beleid			
		UVIT	CZ	Menzis	Agis
1. alendroninezuur		X	X	X	X
2. alfuzosine		X			
3. amlodipine		X		X	X
4. captopril		X			
5. ciprofloxacine		X			
6. citalopram		X			
7. claritromycine		X			
8. codeine		X			
9. enalapril/enalapriilaat		X	X		
10. finasteride		X	X	X	X
11. fluoxetine		X	X	X	
12. fluvoxamine		X			
13. fosinopril		X			
14. gliclazide		X			
15. glimepiride		X			
16. ibuprofen		X	X		
17. lansoprazol		X			
18. lisinopril		X			
19. metformine		X			
20. metoprolol		X			
21. mirtazapine		X	X	X	
22. oestrogeen met levonorgestrel		X			
23. omeprazol	X				
24. ondansetron		X	X	X	X
25. paroxetine		X	X	X	
26. perindopril		X			
27. pravastatine	X				
28. quinapril/quinapriilaat		X			
29. ramipril		X		X	
30. ranitidine		X			
31. risperidon		X			
32. sertraline		X			
33. simvastatine	X				
34. sumatriptan		X	X	X	X
35. tamsulosine		X	X	X	X
36. tolbutamide		X			

Bron: SFK (2008)

De sterke uitbreiding van het preferentiebeleid heeft tot een ware prijzenslag geleid op de tot voor kort zo weinig dynamische markt voor generieke geneesmiddelen (SFK, 2008).¹³ Om niet buiten

¹³ Zie bijvoorbeeld ook de artikelen 'Prijzenslag op pillenmarkt' in dagblad *Trouw* van 20 mei 2008, 'Prijzen medicijnen enorm omlaag' in *de Volkskrant* van 21 mei 2008 en 'Fabrikanten verlagen prijs geneesmiddelen' in *NRC Handelsblad* van 21 mei 2008.

de boot te vallen zijn de prijzen van geneesmiddelen waarvoor sprake is van preferentiebeleid soms met wel 80% tot 90% gedaald. Een en ander heeft ertoe geleid dat de Bogin het Transitieakkoord op 14 mei 2008 per direct heeft opgezegd (Bogin, 2008): *“Een aantal zorgverzekeraars wil het preferentiebeleid verder uitbreiden dan in het Transitieakkoord is vastgelegd. Ook zijn zorgverzekeraars van mening dat zij, ondanks het feit dat namens hen het Transitieakkoord is ondertekend door de koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland, niet gebonden zijn aan de afspraken in het Transitieakkoord. De rechter heeft dat in zijn voorlopige oordeel bevestigd. Naar het oordeel van de rechter is het een beleidsmatige keuze als de zorgverzekeraars de intentie van het Transitieakkoord niet langer willen onderschrijven. Daardoor is voor Bogin feitelijk de basis van het Transitieakkoord niet meer aanwezig.”*

3.3 Voorkeursapotheken

Zoals in paragraaf 2.1 staat beschreven biedt de Zvw aan zorgverzekeraars de mogelijkheid om met zorgaanbieders voorkeurscontracten overeen te komen. Doordat in dergelijke voorkeurscontracten aanvullende afspraken kunnen worden vastgelegd, lijkt het aanwijzen van zogeheten preferente apothekers voor zorgverzekeraars een interessante strategie (zie bijvoorbeeld Schut en Brouwer, 2004).

In algemene zin is het resultaat van onderhandelingen over een betere kwaliteit en/of lagere prijzen sterk afhankelijk van de mogelijkheden die verzekeraars hebben om hun verzekerden te sturen naar de voorkeursaanbieders waarmee ze een aantrekkelijke overeenkomst hebben weten te sluiten (Varkevisser e.a., 2006). Met name omdat adequate prestatie-indicatoren veelal ontbreken zijn de sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars vooralsnog beperkt. Niet alleen kunnen verzekeraars zich op het gebied van zorginkoop niet of nauwelijks van elkaar onderscheiden, ook kan aan verzekerden moeilijk duidelijk worden gemaakt waarom de ene aanbieder wel en de andere geen voorkeursstatus krijgt.

Het aanwijzen van voorkeursaanbieders door zorgverzekeraars vormt echter een belangrijke pijler van het nieuwe Nederlandse zorgstelsel. De NZa wil dan ook dat verzekeraars een actievere rol gaan spelen bij de keuze van patiënten voor een specifieke zorgaanbieder. Om de randvoorwaarden voor dergelijke ‘keuzeondersteuning’ te verbeteren en het gebruik ervan te faciliteren heeft de zorgautoriteit verschillende aanbevelingen gedaan. Ten aanzien van zorgverzekeraars luidt de belangrijkste aanbeveling als volgt (NZa, 2007d):

“Het is aan de verzekeraars om het keuzeondersteuningsbeleid nader vorm te geven. De verzekeraars zullen de consument ervan moeten overtuigen dat een polis met bijvoorbeeld (beperkt) gecontracteerde zorg belangrijke voordelen oplevert. Daarbij is het belangrijk dat verzekeraars hun verzekerden goed informeren over de inhoud van verschillende polissen, en de voor- en nadelen van elke variant. Het gebruik van objectieve en onafhankelijke informatie is

daarbij belangrijk. Op die manier kan de verzekeraar het vertrouwen van de consumenten winnen. Daarnaast adviseert de NZa verzekeraars om samenwerking te zoeken met partijen die de verzekerde vertrouwt, zoals huisartsen en consumentenorganisaties en deze te betrekken bij het selecteren/contracteren van bepaalde (voorkeurs)aanbieders.”

Om patiënten te sturen richting de door hen gecontracteerde voorkeursaanbieders kunnen zorgverzekeraars ervoor kiezen om de keuzevrijheid van verzekerden te beperken tot een *gesloten* netwerk van zorgaanbieders. Ervaringen in de Verenigde Staten wijzen echter uit dat deze directe vorm van sturing bij veel verzekerden over het algemeen op weerstand stuit (Miller, 2006). Het ligt daarom meer voor de hand dat zorgverzekeraars op een meer indirecte manier de keuzes van verzekerden proberen te beïnvloeden. Het door middel van (financiële) prikkels motiveren van verzekerden om gebruik te maken van een voorkeursaanbieder wordt *ex post* sturing genoemd. Hierbij kan zowel gebruik worden gemaakt van positieve als van negatieve prikkels. In het eerste geval worden verzekerden ‘beloond’ als ze voor een voorkeursaanbieder kiezen, terwijl ze in het tweede geval worden ‘gestraft’ als ze *niet* voor een voorkeursaanbieder kiezen.

De afgelopen jaren is in Nederland interessant empirisch onderzoek gedaan naar de verwachte effectiviteit van beide typen sturingsmechanismen. Dit onderzoek heeft specifiek betrekking op apotheken. Hoewel recente bevindingen op basis van uitgesproken voorkeuren (‘stated preferences’) erop duiden dat verzekerden gevoeliger zijn voor negatieve prikkels – zoals het slechts gedeeltelijk vergoeden van zorg wanneer voor een aanbieder wordt gekozen die geen voorkeursstatus heeft – dan voor positieve prikkels (Boonen en Schut, 2007), betekent dit zeker niet dat laatstgenoemde vorm van sturing per definitie ineffectief is. Eerder onderzoek op basis van gebleken voorkeuren (‘revealed preferences’) laat namelijk zien dat een (eenmalige) financiële prikkel in de vorm van een cadeaubon verzekerden er ook toe heeft aangezet om van apotheek te veranderen (Boonen en Schut, 2006; Boonen e.a., 2008).

De praktijk

Uit een inventarisatie van openbare bronnen blijkt dat inmiddels verschillende Nederlandse verzekeraars experimenteren met het aanwijzen van voorkeursapotheken. VGZ (thans onderdeel van UVIT) was één van de eerste die met de Kring-apotheken een voorkeurscontract ondertekende.¹⁴ Het contract ging per 1 januari 2006 in en heeft een looptijd van 5 jaar. In het contract staat onder andere dat de Kring-apotheken totaalleverancier blijven. Dat wil zeggen dat ze alle producten leveren, waaronder voedingsmiddelen. Ook is afgesproken dat Kring-apotheken samen met VGZ FPZ-projecten (Farmaceutische Patiënten Zorg) opzetten waarvoor ze een vergoeding ontvangen en dat winsten uit de FPZ-projecten door VGZ in nieuwe projecten worden geïnvesteerd of worden uitgekeerd aan de apotheek. VGZ communiceert naar haar verzekerden

¹⁴ Zie het artikel ‘Kring en VGZ sluiten contract’ in *Pharmaceutisch Weekblad* van 2 december 2005.

dat de Kring-apotheken een voorkeursstatus genieten. In ruil daarvoor laten Kring-apotheken zich positief uit over VGZ.

De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ) heeft in 2006 met drie verschillende apotheken voorkeurscontracten gesloten om zo invulling te geven aan “de strategische relatie tussen DFZ en de zorgaanbieder” (De Friesland Zorgverzekeraar, 2007). Tegenover afspraken over de bekostigingssystematiek en de te leveren kwaliteit staan voor de betreffende apotheken voordelen in de vorm van een langdurig contract (vijf jaar) en “zorgsturing richting deze aanbieders.” Bij de voorkeursapotheken is het preferentiebeleid van DFZ niet van toepassing. Er worden door DFZ twee typen voorkeursapotheken onderscheiden, te weten:

1. Apotheken met een zorgverlenerfocus die specifieke voordelen bieden ten aanzien van de zorgverlening aan patiënten rondom een aantal ziektebeelden (geriatrie, diabetes, astma/COPD, CVA, chronisch hartfalen, reuma en MS/Parkinson).
2. Apotheken met een distributiefocus waarbij meer nadruk wordt gelegd op de distributie van geneesmiddelen richting patiënten, bijvoorbeeld in de vorm van ruime openingstijden.

Om haar verzekerden een extra keuzemogelijkheid te bieden voor het verkrijgen van geneesmiddelen heeft DFZ ook nog een voorkeursovereenkomst gesloten met de internetapotheek eFarma. Het via internet bestellen en laten thuisbezorgen van geneesmiddelen is met name interessant voor patiënten die aan huis gekluisterd zijn of weinig tijd hebben om zelf langs de apotheek te gaan. Volgens de website heeft DFZ met eFarma aanvullende afspraken gemaakt over kwaliteit, veiligheid en voordelen voor de klant. Zo kunnen patiënten die chronisch geneesmiddelen gebruiken via de website ‘MijnDeFriesland.nl’ hun medicatie bestellen die dan vervolgens binnen Nederland gratis wordt thuisbezorgd. Ook biedt eFarma bijvoorbeeld de mogelijkheid om herhaalrecepten voor de patiënt te bewaren en de patiënt per e-mail eraan te herinneren wanneer het tijd is om het recept uit te leveren.

CZ heeft sinds 2007 een voorkeurscontract met de internetapotheek ‘DeNationaleApotheek.nl’. CZ probeert haar verzekerden te stimuleren gebruik te maken van ‘DeNationaleApotheek.nl’ door hen 4 euro korting te bieden op alle receptgeneesmiddelen die onder de basisverzekering vallen. Bovendien is thuisbezorging van de medicatie gratis. Net als CZ werkt Ohra ook samen met ‘DeNationaleApotheek.nl’. Ohra biedt haar verzekerden 2,50 euro korting op ieder besteld receptgeneesmiddel.

Zorg&Zekerheid heeft voor 2008 met enkele apothekers een zogeheten TopZorgverlenerscontract overeengekomen.¹⁵ In dit voorkeurscontract met een looptijd van 3 jaar staan aanvullende afspraken over ondermeer farmacotherapeutische substitutie, transparantie van zorgprestaties en kosten, specifieke zorgarrangementen en verlaging van de inkoopvergoeding van geneesmiddelen. Om in aanmerking te komen voor de status van TopZorgverlener moet de apotheker aan een aantal kwaliteitscriteria voldoen. Het gaat om eisen op het gebied van deskundigheid, normering, systematische kwaliteitsbewaking, externe verantwoording en borging, deelname aan de FTO groep en bepaalde regionale samenwerkingsverbanden en doelmatigheid.

Univé (onderdeel van UVIT) heeft in 2006 een vijftal voorkeursovereenkomsten gesloten die stilzwijgend zijn verlengd. Voor haar nieuwe ZEKUR-polis heeft Univé een voorkeurscontract gesloten met 'DeNationaleApotheek.nl'. In de verzekeringsvoorwaarden staat vermeld dat de kosten van geneesmiddelen alleen worden vergoed wanneer de verzekerde het geneesmiddel betreft bij de leveranciers met wie Univé een voorkeursovereenkomst heeft gesloten. De lijst met leveranciers kan worden geraadpleegd op de website 'www.zekur.nl'. Deze verzekeringspolis is qua keuzevrijheid momenteel de meest restrictieve in Nederland. Ook voor wat betreft de distributie van geneesmiddelen: alle niet-spoedeisende geneesmiddelen die langs een andere weg zijn verkregen dan via 'DeNationaleApotheek.nl' worden in het geheel niet vergoed. In antwoord op vragen van de SP-fractie heeft minister Klink laten weten op dit punt geen problemen te zien (Tweede Kamer, 2008e): *"In het geval van spoedeisende hulp, kan men echter bij alle apotheken terecht. Hiermee is de toegankelijkheid van farmaceutische zorg ook in acute situaties gewaarborgd."*

Tot slot, zorgverzekeraars Agis is voornemens voor 2009 en 2010 een aantal apothekers een voorkeurscontract aan te bieden. Apothekers kunnen deze voorkeurstatus verkrijgen door specifiek gericht te zijn op service en kwaliteit.¹⁶

3.4 Enkele andere initiatieven

In deze paragraaf besteden we aandacht aan een tweetal interessante initiatieven op het gebied van farmaceutische zorg, te weten de Proeftuin Farmacie Groningen en de Benchmark Voorschrijven.

Proeftuin Farmacie Groningen

In 1999 heeft het ministerie van VWS een achttal zogeheten 'proeftuinen farmaceutische zorg' geselecteerd (zie onderstaand kader). Deze proeftuinen zijn destijds gedefinieerd als "regio's

¹⁵ Zie de presentatie 'Farmaciebeleid vanaf 2008' op www.zorgenzekerheid.nl.

¹⁶ Zie de presentatie 'Informatiebijeenkomst zorgverleners farmacie 2007' op www.agisweb.nl.

waarbinnen zorginhoudelijk, bestuurlijk en financieel een aantal belangrijke elementen van het farmaceutisch zorgbeleid kan worden ontwikkeld en getoetst” (Tweede Kamer, 1999a). Doel ervan was om zicht te krijgen op belemmeringen die optreden wanneer zorgverzekeraars invulling gaan geven aan hun rol als regisseurs van zorg. Een eerste evaluatie van de proeftuinen farmaceutische zorg liet zien dat “de koers (farmacotherapeutische afspraken tussen zorgverleners) goed is en op draagvlak kan rekenen, maar dat feitelijke effecten lang op zich laten wachten” (Tweede Kamer, 2001).

Proeftuinen farmacie

Om in de praktijk ervaring op te doen met het nieuwe beleid voor de farmaceutische zorg en om initiatieven uit de praktijk van de zorgverlening te stimuleren heeft het ministerie van VWS aan de lokale partijen eind jaren '90 een oproep gedaan voor voorstellen voor 'proeftuinen farmaceutische zorg'. Het aantal voorstellen lag met 55 boven de verwachting. Uiteindelijk zijn acht proeftuinen geselecteerd en in mei 1999 van start gegaan (Tweede Kamer, 1999b):

- *Apeldoorn*: regionaal formulariumbeleid, onderzoek naar loskoppelen inkoop en zorg en naar poliklinisch budgetteren van geneesmiddelen, ontwikkelen regionaal informatiesysteem.
- *West Friesland*: opzetten FTTO, opzetten regionaal systeem van aflevering (onder meer poliklinische apotheek), onderzoek naar gezamenlijke inkoop, regionaal informatiesysteem.
- *Kennemerland*: afstemming voorschrijfgedrag eerste en tweede lijn, optimaliseren voorschrijfgedrag huisartsen en specialisten en aflevergedrag apothekers, beheersing geneesmiddelenkosten, kwaliteitsverbetering voor de patiënt.
- *Maastricht en Heuveland*: onderzoek naar het functioneren van het regionale FTTO en naar de effectiviteit van spiegelinformatie.
- *Zuid-Oost-Brabant*: ontwikkeling van een formularium in FTTO-verband, uitbreiding van het Meetpunt Kwaliteit, intensivering overleg.
- *Eemland*: uitbouwen FTTO, vastleggen regionaal beleid, opstellen en implementeren, volgen en eventueel bijstellen transmuraal formularium.
- *Groningen*: implementatie en integratie van formularia, ontwikkelen databank, regionale inkoop, vormgeven FTTO.
- *Achmea (vijf locaties)*: opzetten poliklinische apotheken, ondersteunen apotheekhoudende huisartsen, opzetten expertisecentra, verbeteren communicatie tussen eerste en tweede lijn, verbeteren service aan patiënten, beheersen kosten farmaceutische zorg.

Een van deze 'proeftuinen' is door het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) onlangs geëvalueerd, te weten de Proeftuin Farmacie Groningen (PFG) die na beëindiging van de subsidieverlening in 2000 zelfstandig is verder gegaan. De PFG stimuleert de samenwerking tussen verschillende partijen in de regio op het gebied van farmacotherapie en heeft als doel het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid in het voorschrijven, afleveren en gebruik van geneesmiddelen.¹⁷ Deze doelstelling wordt nagestreefd door middel van het uitbrengen van transmurale richtlijnen in de vorm van formularia en gerichte implementatie daarvan in het veld. De PFG streeft naar het bieden van een transmuraal formularium dat in de gehele provincie als 'gouden standaard' fungeert zodat patiënten gedurende hun gang door de zorgketen minder dan voorheen met omzettingen worden geconfronteerd (iBMG, 2007). Aan de PFG nemen de volgende veldpartijen deel: alle ziekenhuizen, patiëntenorganisaties, huisartsen,

¹⁷ Zie <http://proeftuinfarmaciegroningen.tmade.nl/> voor meer informatie.

verpleeghuisartsen, specialisten en apothekers uit de provincie Groningen en zorgverzekeraar Menzis. De belangrijkste conclusies van de uitgevoerde evaluatie kunnen als volgt worden samengevat (iBMG, 2007):

- De kwantitatieve analyse laat zien dat de uitgebrachte formularia vooral effectief blijken in het bevorderen van kwalitatief goed voorschrijven bij de statines, maag/refluxmiddelen en NSAID/Cox-2 remmers. Ook de prestatieafspraken die Menzis middels de module ‘Doelmatig voorschrijven’ ten aanzien van genoemde geneesmiddelen met huisartsen maakt lijken effectief, al is de deelname daaraan nog beperkt.
- De huisartsen zijn tevreden over het functioneren van de PFG. Zo beschrijven zij onder andere een verbeterde samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Ook de medisch specialisten zijn positief over de betere samenwerking met huisartsen.
- De meeste implementatieactiviteiten – zoals modules voor FT(T)O en nascholing, verspreiding van richtlijnen, monitoring en evaluatie van voorschrijfgedrag – hebben het beoogde effect. Dat wil zeggen, artsen schrijven vaker conform het in gezamenlijk overleg overeengekomen formularium voor.
- Ten aanzien van het draagvlak en de beeldvorming betreffende de deelname van Menzis valt winst te boeken. De rechtstreekse doorvertaling van het richtlijnadvies naar een bindende afspraak met streefpercentages waarop zij geen invloed hebben doet sommige artsen afhaken: *“Het is daarom aan te bevelen aan Menzis om te verkennen of mee beslissen van artsen over de exacte inhoud en streefpercentages bij de prestatieafspraken voor de eigen groep patiënten haalbaar is.”*

Op basis van bovengenoemde evaluatie heeft het bestuur van de PFG unaniem besloten om de activiteiten ten minste tot het jaar 2010 te continueren (PFG, 2007).

Benchmark voorschrijven

In opdracht van het ministerie van VWS ontwikkelt Stichting DGV Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik een zogeheten Benchmark Voorschrijven om het voorschrijfgedrag van huisartsen in kaart te brengen. Het doel hiervan is meer transparantie te creëren ten aanzien van de geneesmiddelenvoorziening en verbeterpunten in het individuele voorschrijfgedrag op te sporen. Inmiddels heeft DGV in samenwerking met andere organisaties een set van 25 gevalideerde indicatoren ontwikkeld waarmee de kwaliteit en doelmatigheid van de meest voorgeschreven geneesmiddelen kan worden vastgesteld.¹⁸ De gehanteerde indicatoren zijn ontleend aan de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en worden zowel gemeten op macroniveau (dat wil zeggen landelijk en regionaal) als op microniveau (dat wil zeggen FTO-groep en huisartsenpraktijk).

¹⁸ Voorbeelden van indicatoren zijn voorkeursmiddelen antibiotica, generieke antidepressiva, niet vroegtijdig stoppen antidepressiva, inhalatiecorticosteroiden bij astma, geriatrische dosering temazepam, voorkeursmiddelen maag, voorkeursmiddelen statines, dosering statines en statines bij diabetes.

Sinds 2006 publiceert DGV jaarlijks een rapportage met daarin de resultaten van de benchmarkindicatoren op landelijk en regionaal niveau en per zorgverzekeraar. De rapportage over 2007 had betrekking op 19 indicatoren en concludeerde dat met name bij maagzuurremmers, cholesterolverlagers, antibiotica, antidepressiva en slaapmiddelen nog veel winst is te behalen ten aanzien van zowel de kwaliteit van de zorg als de kosten wanneer huisartsen meer volgens de richtlijnen van hun eigen beroepsgroep zouden voorschrijven (DGV, 2007). Bovendien bleken op regionaal niveau grote verschillen te bestaan in de kwaliteit van het voorschrijven. De uitkomsten per indicator zijn vervolgens op basis van hun adherentiegebieden ook uitgesplitst naar zorgverzekeraars zodat de verbeterpunten zichtbaar worden waarop zorgverzekeraars interventies zouden kunnen uitvoeren. In haar jaarverslag over 2007 meldt DGV dat de Benchmark Voorschrijven inmiddels tot een tweetal initiatieven heeft geleid (DGV, 2008). Zo gaat zorgverzekeraar Achmea de benchmark gebruiken om prestatie-afspraken te maken met de huisartsen. Huisartsen kunnen rekenen op een extra beloning wanneer men op bepaalde indicatoren boven een bepaalde referentiewaarde scoort. Daarnaast gebruikt het gezamenlijke project cardiovasculair risicomanagement (CVRM) van DGV en NHG de resultaten van de benchmark om laag scorende gebieden te selecteren en daar verbeterprojecten te starten.

In samenwerking met SFK heeft DGV in 2007 de webrapportage 'Doelmatig voorschrijven' ontwikkeld. Deze rapportage is er specifiek op gericht om apothekers in staat te stellen het voorschrijfgedrag van huisartsen aan elkaar en aan landelijke referentiecijfers te spiegelen. De aldus verkregen informatie kan vervolgens gebruikt worden om binnen het FTO die onderwerpen te behandelen "waar het meeste resultaat op te behalen valt" (SFK, 2007c). Verschillende zorgverzekeraars maken hiervan inmiddels gebruik.

3.5 Zorgplichten en informatieverstrekking

In paragraaf 2.2 is aangegeven dat zorgverzekeraars op grond van de Zvw een wettelijke zorgplicht hebben en consumenten goede informatie moeten verstrekken. Bij afwezigheid van voldoende informatie over de verschillen tussen polissen zijn consumenten immers niet in staat om een bewuste keuze te maken. Zorgverzekeraars ondervinden in dat geval minder prikkels om de belangen van hun verzekerden optimaal te behartigen. In deze paragraaf is er aandacht voor de zorgplicht van verzekeraars en de informatie die beschikbaar is over hun zorginkoop in het algemeen en op het gebied van farmaceutische zorg in het bijzonder.

In haar eerste monitorrapportage over de zorgverzekeringsmarkt constateerde de NZa dat de verzekeraars hun reglementen farmaceutische zorg pas laat, en soms zelfs pas na 1 januari 2006, gereed hadden (NZa, 2006a). Eén van de actiepunten uit deze monitor was dan ook het aandringen op tijdige publicatie hiervan. In de recente tweede monitorrapportage constateert de zorgautoriteit op dit gebied geen problemen meer (NZa, 2007c): "*De transparantie is op dit punt verbeterd. De reglementen waren voor 2007 tijdig beschikbaar.*" De NZa geeft wel aan dat de

informatie aangaande machtigingen en de mate van bijbetalen bij niet-gecontracteerde zorg verbeterd kan worden. Hoewel belangrijk voor het keuzeproces van verzekerden is deze informatie volgens de zorgautoriteit door hen namelijk moeilijk te achterhalen. Over het algemeen is de NZa positief over het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. Desalniettemin zijn er verbeterpunten aan te wijzen. Er is weliswaar meer informatie over de gecontracteerde zorg op de markt beschikbaar gekomen, maar zorgverzekeraars onderscheiden zich ook in 2007 nog te weinig op de kwaliteit van zorg. Bij de keuze voor een zorgverzekeraar speelt de kwaliteit van de gecontracteerde zorg daardoor nog steeds een ondergeschikte rol.

De zorgplicht die verzekeraars op grond van de Zvw hebben vormt een belangrijke randvoorwaarde om de positie van verzekerden te waarborgen. De NZa (2007h) heeft daarom ook specifiek onderzoek gedaan naar de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. De definitie van zorgplicht zoals de NZa die in dit thematisch onderzoek hanteert luidt als volgt: *“De verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de tijdigheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.”* Met betrekking tot de naleving van de zorgplicht heeft de NZa de volgende risico's vastgesteld:¹⁹

1. De zorgverzekeraar stelt niet-geoorloofde eisen aan het verkrijgen van zorg of de vergoeding van zorg.
2. De verzekerde krijgt minder zorg of een lagere vergoeding van zorg dan waar hij wettelijk aanspraak op heeft.
3. Het eigen risico (dan wel de voormalige no-claim teruggave) is onjuist berekend.
4. De verzekerde krijgt niet tijdig de benodigde zorg.
5. De vergoeding, die een verzekerde krijgt in het geval van keuze voor niet-gecontracteerde zorg is niet in overeenstemming met de vergoedingsbepaling in de modelovereenkomst.
6. De kwaliteit van de gecontracteerde of bemiddelde zorg wordt onvoldoende gewaarborgd.

Uit bovengenoemd onderzoek van de NZa blijkt ten aanzien van de **toegang tot zorg** dat de toestemmingsvereisten die zorgverzekeraars voor bepaalde vormen van (farmaceutische) zorg hanteren tussen verzekeraars weinig verschillen en redelijk zijn. Er zijn geen aanwijzingen dat bepaalde verzekeraars onterecht streng zijn, maar wel krijgen zorgverzekeraars met relatief hoge afwijzingspercentages “verhoogde aandacht binnen het signaaltoezicht.” De NZa benadrukt overigens dat de administratieve lasten en het aantal afwijzingen kunnen dalen als verzekeraars (i) de gehanteerde procedures korter en minder ingewikkeld maken, (ii) betere afspraken maken met

zorgaanbieders en (iii) verzekeren vooraf heldere informatie geven. Ten aanzien van de **kwaliteit van zorg** constateert de NZa dat de afspraken die verzekeraars hierover met zorgaanbieders maken vooral nog bestaan uit het invullen van kwaliteitsindicatoren. Dit vergroot weliswaar de transparantie van de zorg, maar garandeert niet dat bij de inkoop van zorg de kwaliteit ervan structureel geborgd is. Er zijn volgens de zorgautoriteit dan ook verbeteringen nodig om verzekeraars meer aandacht te laten besteden aan de kwaliteit van zorg. Zo zullen marktpartijen kwaliteit meer en meer transparant moeten maken. Daarnaast merkt NZa nadrukkelijk op dat wanneer de transparantie onvoldoende blijft of wanneer te weinig gebruik gemaakt wordt van beschikbare kwaliteitsinformatie zij marktpartijen hierop zal “aanspreken” en op dit gebied zo nodig “dwingende maatregelen” zal nemen.

Eind 2007 heeft ook de Consumentenbond vanuit het patiënten- en consumentenperspectief onderzoek gedaan naar het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Het beeld dat uit dit onderzoek naar voren komt is dat de zorginkoop nog in de kinderschoenen staat. Daarnaast is zowel over het inkoopbeleid zelf als over de kwaliteit van de gecontracteerde zorg(aanbieders) geen informatie beschikbaar. In het onderzoek staan drie onderzoeksvragen centraal en de belangrijkste bevindingen per onderzoeksvraag kunnen als volgt worden samengevat (Consumentenbond, 2007):

- Kopen zorgverzekeraars volgens de inkoopcyclus (zie onderstaand kader) in? Er zijn grote verschillen tussen zorgverzekeraars. Transparantie met betrekking tot zorginkoop is nog beperkt. De informatie die hierover beschikbaar is lijkt bovendien vooral gericht op zorgaanbieders en is nog maar beperkt van toepassing op consumenten. Uit de bevindingen volgt dat slechts een klein aantal zorgverzekeraars actief en gestructureerd patiënten- en consumentenorganisaties betreft bij de zorginkoop.
- Over welke kenmerken van zorg maken zorgverzekeraars afspraken met zorgaanbieders? De bevindingen op dit gebied zijn wisselend. Over het algemeen gaat het over de invoering van landelijke richtlijnen en normen die de basis vormen voor verantwoorde zorg. De specifieke aanvullende afspraken die worden gemaakt zijn beperkt in aantal, veelal vrijblijvend en gaan vooral over ketenzorg en projecten in ziekenhuizen.
- Welke zorginnovatie projecten worden ontwikkeld en wat is de rol van patiënten of consumentenorganisaties daarbij? Zorgvernieuwing vindt momenteel vooral op lokaal/regionaal niveau plaats en patiënten- en consumentenorganisaties worden daar nog maar matig bij betrokken.

¹⁹ Deze risico's zijn gebaseerd op het risicoanalysemodel van de zorgautoriteit (NZa, 2007g).

De eindconclusie van de Consumentenbond luidt als volgt: *“Het onderzoek maakt duidelijk dat er verschillen zijn in inkoopbeleid tussen verzekeraars. Het inkopen van zorg op basis van kwaliteitsafspraken tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder komt op dit moment nog onvoldoende uit de verf. Ook kunnen verzekeraars de transparantie over hun zorginkoopbeleid nog verbeteren. Daar waar sprake is van transparantie, is deze voornamelijk gericht op zorgaanbieders en niet op consumenten. Daarnaast is het nog geen vanzelfsprekendheid om patiëntenorganisaties te betrekken bij zorginkoop. Kwaliteitscriteria van patiënten- en consumentenorganisaties spelen, voor zover ontwikkeld, nog een beperkte rol bij het inkoopbeleid. Duidelijk wordt dat de rol van consument, zorgverzekeraar en zorgaanbieder bij het vormgeven van een actief zorginkoopbeleid nog in ontwikkeling is.”* De NZa heeft inmiddels laten weten een toetsingskader te gaan publiceren dat duidelijk moet maken op welke terreinen consumenten nog onvoldoende inzicht hebben in de kwaliteit van zorgaanbieders om een goede keuze te kunnen maken (NZa, 2008a). Op deze terreinen zal de NZa partijen vervolgens aansporen kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en houdt zij tevens (extra) toezicht op de partijen die de benodigde informatie moeten aanleveren.

Inventarisatie inkoopprocessen zorgverzekeraars

Ten aanzien van het door hen gevolgde inkoopproces heeft de Consumentenbond (2007) voor zes verschillende verstrekkingen – waaronder farmaceutische zorg – aan zorgverzekeraars de volgende acht vragen voorgelegd:

1. Is beschreven aan welke kwaliteitskenmerken de in te kopen zorg moet voldoen?
2. Is er een publieksversie beschikbaar van uw inkoopbeleid?
3. Zijn patiënten- en consumentenorganisaties betrokken bij het opstellen van deze kwaliteitskenmerken?
4. Vindt er op enigerlei wijze selectie van zorgaanbieders plaats (differentiëren en/of selecteren)?
5. Maakt u resultaatgerichte afspraken met zorgaanbieders?
6. Worden deze afspraken door u of de zorgaanbieder zelf gecontroleerd en geëvalueerd?
7. Maakt u of de zorgaanbieder zelf de informatie uit controle en evaluatie openbaar?
8. Informeert u verzekerden over de uitkomst van de evaluatie?

De door zorgverzekeraars gegeven antwoorden wijzen uit dat gemiddeld de meeste van bovengenoemde fasen – namelijk vijf van de acht – worden doorlopen bij de inkoop van hulpmiddelen en ziekenhuiszorg. Voor de inkoop van farmaceutische zorg doorlopen zorgverzekeraars gemiddeld de helft van de onderscheiden fasen.

4. Overheidsvisie marktordening extramurale farmaceutische zorg

4.1 Inleiding

Het bereiken van een ‘meer normale marktsituatie’ vormt een belangrijk onderdeel van het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009: *“De beoogde meer normale marktsituatie is gericht op bevorderen van kwaliteit (waaronder de continuïteit van zorg) en doelmatigheid, met name door kostenefficiëntie (zo goedkoop mogelijk werken), allocatieve efficiëntie (voordelen*

worden doorgegeven tot aan de patiënt/premiebetaler) en dynamische efficiëntie (voldoende prikkels voor kwaliteit en innovatie)." Om deze doelstelling te bereiken is, zo stelt het Transitieakkoord, een "consistente langetermijnvisie en een duidelijk pad (stappenplan)" onontbeerlijk. Op 16 januari 2008 heeft minister Klink zijn langetermijnvisie op de geneesmiddelenvoorziening en het bijbehorende stappenplan naar de Tweede Kamer gestuurd.²⁰ Omdat beide grote invloed zullen hebben op het toekomstige contracteer- en inkoopbeleid van zorgverzekeraars bespreken we in dit hoofdstuk zowel de beoogde rolverdeling in de eindsituatie (paragraaf 4.2) als de maatregelen zoals die voor de korte termijn zijn voorgesteld (paragraaf 4.3).

4.2 Beoogde rolverdeling in eindsituatie

De langetermijnvisie kent dezelfde "sturingsfilosofie" als de Zorgverzekeringswet, wat onder andere betekent dat verzekeraars geacht worden een krachtigere rol te spelen bij de zorginkoop (zie onderstaand kader). In de eindsituatie zoals minister Klink die tot stand wenst te brengen ligt de nadruk op zorgaanbieders en zorgverzekeraars die "in normale onderhandeling met elkaar treden om overeenstemming te bereiken over prestaties, prijs, en resultaat en daarbij in onderlinge concurrentie gebruik maken van de allocatieve werking van vraag en aanbod" (Tweede Kamer, 2008a). Meer in het bijzonder gaat het om het realiseren van marktomstandigheden die ervoor zorgen dat de (door apothekhoudenden) behaalde inkoopvoordelen aan de eindgebruiker (premiebetaler) worden doorgegeven. Met het oog hierop krijgen zorgverzekeraars, consumenten, apothekhoudenden en artsen elk een specifieke rol toebedeeld.

Beoogde rol zorgverzekeraars

Voor zorgverzekeraars geldt dat deze – zoals voorzien in de Zorgverzekeringswet – farmaceutische zorg inkopen en de kosten ervan vergoeden. Preferentiebeleid is hierbij een mogelijke instrument. Voor zorgverzekeraars is echter met name een rol weggelegd om "in goed overleg met artsen en apothekhoudenden" de organisatie van (keten)zorg verder te stroomlijnen en te professionaliseren. Hoewel terecht gesteld wordt dat zorgverzekeraars voor bepaalde patiëntengroepen hiertoe vanuit de risicovereveningssystematiek een financiële prikkel ondervinden, geldt dat niet zonder meer voor alle patiëntengroepen. Zo blijkt uit onderzoek van Stam en Van de Ven (2006, 2007 en 2008) dat zorgverzekeraars voor specifieke, eenvoudig te onderscheiden groepen verzekerden met een substantiële omvang ondanks het huidige vereveningssysteem forse voorspelbare verliezen (gemiddeld honderden euro's per persoon per jaar) lijden. Verbetering van de vereveningsformule is dus gewenst. Daarnaast gaat de langetermijnvisie ons inziens wat al te gemakkelijk voorbij aan de tegengestelde belangen die zorgverzekeraars enerzijds en artsen en apothekhoudenden anderzijds hebben. Hierbij moet met

²⁰ Mede naar aanleiding hiervan heeft de zorgautoriteit laten weten eind februari 2008 een zogeheten 'research paper' te zullen publiceren dat niet alleen de hele farmaceutische keten in Nederland analyseert, maar tevens knelpunten benoemt en oplossingen aandraagt (NZa, 2008c). Tot op heden is dit document nog niet openbaar gemaakt.

name gedacht worden aan de potentiële spanning die bestaat tussen de kosten en kwaliteit van farmaceutische zorg.

Overheid als inkoper van geneesmiddelen?

Een mogelijke beleids optie die zo nu en dan wordt geopperd luidt dat de overheid zelf als inkoper van geneesmiddelen zou kunnen optreden. Het vorige kabinet heeft bij monde van de toenmalige minister van VWS Hoogervorst in antwoord op Kamervragen aangegeven geen voorstander te zijn van dit zogeheten 'kiwi-model' (Tweede Kamer, 2006d): *“Op zichzelf zou toepassing van het kiwi(-light) model in Nederland mogelijk zijn. Desondanks vind ik dit niet wenselijk, om een aantal redenen. De belangrijkste reden is dat (centrale) invoering van het kiwi-model niet past in het ingezette beleid in de geneesmiddelenvoorziening. Dat beleid is, zoals bekend, juist gericht op deregulering, het bevorderen van prijsconcurrentie en de totstandkoming van een nieuw modulair tariefsysteem voor apothekhoudenden. Het voorziet in een grotere rol voor zorgverzekeraars onder andere via toepassing van het preferentiebeleid.”*

Beoogde rol consumenten

Al op een eerder moment heeft minister Klink laten weten bij de geneesmiddelenvoorziening een grotere rol weggelegd te zien voor consumenten. In zijn toespraak tijdens een bijeenkomst van Nefarma op 13 september 2007 zei hij hierover het volgende (VWS, 2007): *“De regelgeving op deze markt heeft altijd betrekking op de voorschrijver oftewel de arts, de afleveraar oftewel de apotheker en de verzekeraar. De consument blijft hier vrijwel geheel buiten. Als zijn rol wordt versterkt, kan hij die andere drie partijen dwingen tot een zo doelmatig mogelijke geneesmiddelenverstrekking. (...) Wat mij betreft zou de geneesmiddelenmarkt wel wat meer een echte markt mogen worden. Een markt waar de consument kan kiezen waar hij zijn medicijnen koopt.”* Keuzevrijheid voor verzekerden en patiënten in combinatie met positieve of negatieve prikkels zijn in dit kader de begrippen die in de langetermijnvisie centraal staan. Terecht wordt opgemerkt dat een toename van de transparantie cruciaal is. Onduidelijk blijft echter over welke informatie patiënten vervolgens moeten beschikken om “goed geïnformeerd” voor een geneesmiddel te kunnen kiezen en welke partijen deze informatie op welke wijze dienen te verstrekken. Zeker naarmate verzekerden en patiënten in toenemende mate (financieel) verantwoordelijk worden gemaakt voor de keuze van geneesmiddelen wordt de beschikbaarheid van objectieve en vergelijkbare informatie over de voor- en nadelen van specifieke geneesmiddelen steeds belangrijker.

Beoogde rol apothekhoudenden

De rol van apothekhoudenden staat in de langetermijnvisie als volgt omschreven: *“Apothekhoudenden leveren farmaceutische zorg op maat op grond van professionele standaarden. De apothekhoudende zet zijn kennis van de werking van geneesmiddelen in voor een meer doelmatige geneesmiddelenvoorziening en speelt daarbij zoveel mogelijk in op de zorgbehoeften en wensen van patiënten en zorgverzekeraars.”* Voor wat betreft de aflevering van geneesmiddelen zullen apotheken en zorgverzekeraars “onderling afspraken” moeten maken.

Zoals de recente ontwikkelingen ten aanzien van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars laten zien (zie paragraaf 3.2), bestaan ook op dit gebied nog veel praktische problemen.

Apothekers: zorginkopers en/of zorgverleners?

In de nieuwe Geneesmiddelenwet is een apotheek als volgt gedefinieerd (Staatsblad, 2007, artikel 1, lid 1, onder oo): *“Een lokaal of een samenhangend geheel van lokalen waarin geneesmiddelen worden bereid, ter hand gesteld en ten behoeve van terhandstelling worden opgeslagen, dan wel alleen ter hand worden gesteld en daartoe opgeslagen.”* Bij de plenaire behandeling van de nieuwe Geneesmiddelenwet is door de Tweede Kamer een motie aangenomen die, constaterende dat apothekers zowel zorgverleners als zorginkopers zijn, “de regering verzoekt een begin te maken met de scheiding van taken van de apotheker” (Tweede Kamer, 2006b). In reactie op deze motie heeft de toenmalige minister van VWS Hoogervorst de Kamer laten weten dat een juridisch verbod voor apothekers om geneesmiddelen in te kopen in strijd zou zijn met de Europese regelgeving, te weten Richtlijn 85/482/EEG (Tweede Kamer, 2006c).

Hoewel het overheidsbeleid “volledig in overeenstemming is met de achterliggende gedachte van de motie” – zijnde het verminderen dan wel wegnemen van het financiële belang dat apothekers hebben bij de inkoop van geneesmiddelen – geeft hij aan een dergelijke scheiding om twee redenen ook niet nodig te achten. Ten eerste worden de kortingen en bonussen door middel van convenantafspraken reeds afgeroomd. Ten tweede is afgesproken dat er een nieuw modulair tarief voor apotheekhoudenden komt wat ertoe moet leiden dat “lokale onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en apotheekhoudenden steeds belangrijker worden bij het tot normale proporties terugbrengen van het financiële belang van apotheekhoudenden bij het inkopen en afleveren van geneesmiddelen.” Erkend wordt dat het in deze aanpak niet tot een volledige scheiding van ‘zorg en handel’ komt, maar dat zou volgens Hoogervorst dan ook ongewenst zijn: *“Het uitsluiten van elke financiële stimulans voor de inkopende apotheekhoudenden zou er immers toe kunnen leiden dat apotheekhoudenden geen extra inspanningen zullen doen om geneesmiddelen doelmatig in te kopen waardoor de patiënt met een hogere rekening en of premie wordt geconfronteerd.”* Door er middels een nieuw tariefsysteem voor te zorgen dat kortingen en bonussen niet nodig zijn om de praktijkvoering van de apotheek te financieren, dient “in de uitoefening van het beroep van de apotheekhoudende” de zorgverlening echter voorop te komen staan. De nieuwe tariefsystematiek gaat kort gezegd uit van een onderscheid tussen reguliere farmaceutische zorg met basisverrichtingen waarvoor maximumtarieven gelden en een aantal specifieke verrichtingen waarvoor sprake is van ‘vrije’ tarieven (Tweede Kamer, 2007c). Het is de bedoeling om de nieuwe tariefsystematiek per 1 juli 2008 in werking te laten treden.

Beoogde rol artsen

In de eindsituatie die minister Klink voor ogen staat is een essentiële rol weggelegd voor de artsen. Hun beroepsgroepen dienen behandel- en voorschrijfrichtlijnen te ontwikkelen die niet alleen in overeenstemming zijn met de stand van de wetenschap en de praktijk, maar ook aandacht hebben voor doelmatigheid. Deze richtlijnen dienen vervolgens leidend te zijn voor het voorschrijfgedrag van artsen. Hoewel van een situatie waarin professionele richtlijnen kaderstellend zijn voor de nadere invulling van farmaceutische zorg duidelijk positieve effecten mogen worden verwacht (zie ook paragraaf 3.4), is de constatering in de langetermijnvisie dat zolang artsen op basis van heldere richtlijnen voorschrijven “verdergaand doelmatigheidsbeleid door overheid en zorgverzekeraars (...), anders dan het toetsen en stimuleren van het naleven van richtlijnen, niet nodig is” ons inziens een te simpele voorstelling van zaken. Immers, behandel- en voorschrijfrichtlijnen zullen voor zover het generieke geneesmiddelen betreft op het niveau van werkzame stof zijn geformuleerd. Dit betekent dat richtlijnen geen uitsluitel geven over de vanuit het oogpunt van doelmatigheid belangrijke vraag welke fabrikant/leverancier het betreffende geneesmiddel uiteindelijk levert. Gezien de tegenstrijdige financiële belangen die

zorgverzekeraars (prijsconcurrentie) en apothekers (inkoopvoordelen) op dit punt hebben, lijkt het – anders dan in de langetermijnvisie wordt gesuggereerd – op voorhand onwaarschijnlijk dat verzekeraars het voldoende zullen achten om zich te beperken tot het toetsen of in voldoende mate volgens de heersende richtlijnen wordt gehandeld. In de situatie dat apotheehoudenden naast zorgverleners ook zorginkopers zijn komt ook op lange termijn immers geen verandering (zie bovenstaand kader). Wel heeft minister Klink laten weten dat apothekers vanaf 2010 vooral beloond moeten worden voor hun toegevoegde waarde als zorgverleners. Het is de bedoeling dat ze dan geen kortingen en bonussen meer ontvangen van de farmaceutische industrie, maar door verzekeraars worden beloond voor het doelmatig inkopen van geneesmiddelen (VWS, 2008). Hoe een en ander in de praktijk vormgegeven zou moeten worden is nog onduidelijk.

4.3 Maatregelen op korte termijn

De langetermijnvisie wordt stapsgewijs uitgevoerd, waarbij elke stap wordt geëvalueerd op het beoogde effect en de gevolgen. Hoewel het jaar 2008 vooral gebruikt zal worden om de langetermijnvisie verder uit te werken en het huidige globale stappenplan nader te concretiseren,²¹ is het de bedoeling om op korte termijn wel degelijk enkele concrete maatregelen te nemen (Tweede Kamer, 2008a). Naast de hierboven al genoemde invoering van een nieuw modulair tariefsysteem voor apotheehoudenden, betreft dit vooral de afschaffing van de laagste prijsregel in de inkoopvergoeding. Op grond van deze bepaling mogen apotheehoudenden voor een geneesmiddel geen hogere (bruto)apotheeinkoopprijs in rekening brengen dan de laagste prijs die ‘op de markt’ waarneembaar is. In het algemeen werkt deze regel belemmerend voor prijsconcurrentie. Niet alleen is sprake van – zoals de langetermijnvisie het treffend verwoordt – “een zekere belangenparalelie” om de prijzen zo hoog mogelijk te houden, maar ook fungeert de inkoopvergoeding als een richtprijs (‘focal price’). Het afschaffen van de laagste prijsregel en een aantal andere bepalingen die nu nog voorkomen in de tariefbeschikkingen moet er onder meer toe leiden dat de zogenaamde Taxe van Z-Index B.V. geen *formele* rol meer speelt bij de prijsvorming. Zolang een dergelijke openbare lijst met officiële (bruto)apotheeinkooprijzen blijft bestaan is echter niet uitgesloten dat deze wel een *informele* rol blijft spelen en zodoende ook in de toekomst de totstandkoming van prijsconcurrentie tussen fabrikanten/leveranciers van (generieke) geneesmiddelen frustreert. Nader onderzoek naar de mogelijke concurrentieverstorende effecten van de huidige Taxe is ons inziens dan ook dringend gewenst.

²¹ Overigens heeft minister Klink de Tweede Kamer (2008b) onlangs laten weten dat er ontwikkelingen zijn die “al op korte termijn mogelijk kunnen leiden tot nadere concretisering van de langetermijnvisie en versnelde uitvoering van elementen van het stappenplan.” Dit bleek echter ijdele hoop (zie paragraaf 3.2.2).

5. Een blik in de toekomst: enkele belangrijke onderwerpen

In het vorige hoofdstuk stond de beoogde rolverdeling centraal zoals beschreven in de langetermijnvisie op de geneesmiddelenvoorziening (Tweede Kamer, 2008a). Ook in dit afsluitende hoofdstuk is de blik gericht op de toekomst. De aandacht gaat daarbij uit naar drie specifieke onderwerpen die elk van groot belang zijn voor het functioneren van de farmaceutische zorg in Nederland. Achtereenvolgens gaan we nader in op de participatie van zorgverzekeraars in gezondheidscentra (paragraaf 5.1), de bekostiging van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen (paragraaf 5.2) en een mogelijke functionele omschrijving van de wettelijke aanspraak op farmaceutische zorg (paragraaf 5.3).

5.1 Participatie zorgverzekeraars in gezondheidscentra

Achtergrond

In een gezondheidscentrum werken verschillende zorgverleners samen zodat sprake is van geïntegreerde eerstelijnszorg. Deze samenwerking kan bijvoorbeeld betrekking hebben op huisartsen, tandartsen, apothekers, eerstelijnspsychologen, verloskundigen en/of fysiotherapeuten. Achterliggende gedachte is dat nauwe samenwerking tussen verschillende disciplines in één organisatie door een gemakkelijkere uitwisseling van kennis, vaardigheden en ervaringen tot voordelen op het gebied van kwaliteit en kosten leidt. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) onderschrijft dat gezondheidscentra voordelen met zich meebrengen. Hierbij valt onder andere te denken aan het gemak van zogeheten ‘one-stop-visits’, een betere afstemming tussen zorgverleners en de mogelijkheid om voor mensen met chronische aandoeningen multidisciplinaire zorgprogramma’s op te zetten (NPCF, 2006). Ook de farmaceutische zorg behoort volgens de NPCF onderdeel uit te maken van de geïntegreerde eerstelijnszorg. Het voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen in de eerste lijn is immers een gezamenlijke taak van verschillende zorgverleners.

In opdracht van het ministerie van VWS is door onderzoeksinstituut NIVEL in kaart gebracht welke samenwerkingsverbanden momenteel in de eerste lijn bestaan. Bij dit onderzoek is de huisartsenpraktijk als startpunt voor de gegevensverzameling gebruikt. Er zijn vier verschillende vormen van samenwerking te onderscheiden (Nivel, 2007a). Ten eerste is dit de situatie waarbij Meer disciplines Onder Eén Dak (MOED) zijn gebracht. Dit betreft de aanwezigheid van meerdere zorgverleners op het praktijkadres van de huisarts. Strikt genomen is een MOED geen vorm van samenwerking. Wel kan vestiging op één locatie een aanzet vormen om in de toekomst te gaan samenwerken en biedt het voor patiënten voordelen om op een centrale plek verschillende vormen van zorg te ontvangen. Ten tweede kan sprake zijn van een formeel samenwerkingsverband. In dat geval hebben een huisartsenpraktijk en tenminste één andere eerstelijnsdiscipline schriftelijke afspraken gemaakt over de wijze van samenwerking. Ten derde

zijn er zogeheten geannonceerde samenwerkingsverbanden. Een huisartsenpraktijk presenteert zich dan naar buiten toe als een samenwerkingsverband, bijvoorbeeld via een website. Aan een dergelijke vorm van samenwerking kunnen schriftelijke afspraken ten grondslag liggen maar dat hoeft niet. Ten vierde is het mogelijk dat zorgverzekeraars financieel participeren in een samenwerkingsverband van eerstelijnszorgaanbieders. In het meest vergaande geval heeft een verzekeraar een gezondheidscentrum volledig in eigendom.

Huidige ontwikkelingen

De helft van alle huisartsenpraktijken in Nederland is met minimaal één andere discipline op één adres gevestigd. Een formeel of geannonceerd samenwerkingsverband komt bij iets meer dan een derde van de huisartsenpraktijken voor. Geheel of gedeeltelijke financiering van een samenwerkingsverband door zorgverzekeraars is volgens NIVEL (2007a) vooralsnog minder gangbaar. In het geval van een samenwerkingsverband dat gedeeltelijk of geheel door een zorgverzekeraar wordt gefinancierd betreft het meestal een gezondheidscentrum waar huisarts, apotheker en fysiotherapeut samenwerken. Soms betreft het een groter samenwerkingsverband waarbij eveneens thuiszorg en maatschappelijk werk betrokken zijn.

In Nederland loopt zorgverzekeraar Menzis op het gebied van participatie in gezondheidscentra duidelijk voorop. Eind 2006 heeft men aangegeven de komende jaren een franchiseketen van “veertig à vijftig” gezondheidscentra te willen gaan opzetten, mogelijk onder de eigen merknaam. Het is de bedoeling op deze manier “efficiënte zorg duurzaam, en dicht bij de consument [te] organiseren en de afstemming tussen zorgverleners [te] verbeteren.”²² Inmiddels is Menzis in Arnhem, Groningen, Houten en Tiel nauw betrokken bij gezondheidscentra waar huisartsen onder andere nauw samenwerken met apothekers.²³ Met de huisartsen in Houten en Tiel is afgesproken dat minder patiënten naar ziekenhuizen zullen worden doorverwezen. Ook hebben de huisartsen toegezegd al hun patiënten te wijzen op een “aantrekkelijk aanbod” dat Menzis voor hen heeft, te weten een goedkopere zorgpolis.²⁴

Mogelijke risico's

De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en de Orde van Medisch Specialisten staan sceptisch tegenover de initiatieven die commerciële partijen zoals zorgverzekeraars op het gebied van gezondheidscentra ontplooiën. Volgens hen bestaat het gevaar dat de onafhankelijkheid van zorgverleners onder druk komt te staan.²⁵ Het kan inderdaad niet uitgesloten worden dat

²² Zie www.menzis.nl/web/show/id=138986 en het artikel ‘Menzis sticht eigen gezondheidscentra’ in *De Volkskrant* van 21 november 2006.

²³ Merk op dat ook andere zorgverzekeraars (Agis, Achmea) enkele gezondheidscentra financieel ondersteunen.

²⁴ Zie het artikel ‘In Tiel alleen huisartsen in centra Menzis’ in *NRC Handelsblad* van 20 november 2007.

²⁵ Zie bijvoorbeeld de artikelen ‘Laat het aan de dokter over’ en ‘Artsen huiverig over Menzis-centra’ in dagblad *Trouw* en *Het Financieele Dagblad* van respectievelijk 25 november en 1 december 2006.

zorgverzekeraars zich vanuit financiële overwegingen (gaan) bemoeien met het zorgaanbod van 'hun' gezondheidscentra. Zeker zolang de kwaliteit van het zorgaanbod onvoldoende observeerbaar is, brengt dit risico's met zich mee. Uit een eerste evaluatie van het Menzis-gezondheidscentrum in Groningen blijkt echter dat van een directe bemoeienis tot nu toe geen sprake is (NIVEL, 2007b, blz. 119): *“De samenwerking tussen Menzis in de hoedanigheid van Menzis eerstelijnszorg en Gezondheidscentrum West verloopt vanuit het perspectief van zorgverleners over het algemeen goed. Initiatieven voor nieuwe projecten en zorginhoudelijke veranderingen komen vaak vanuit de zorgverleners. Op basis van de evaluatie kan daarom worden gesteld dat van inmenging door de verzekeraar in het zorgproces geen sprake is. Zorgverleners ervaren geen bemoeienis met de zorg die zij verlenen. De regie ligt wat dat betreft eerder bij de huisartsen.”*

Samenwerking in gezondheidscentra kan ook risico's met zich meebrengen voor de mededinging. In de meest recente 'Richtsnoeren voor de zorgsector' merkt de NMa (2007) allereerst op dat samenwerking tussen eerstelijnszorgaanbieders van verschillende disciplines grote voordelen kan hebben (horizontale integratie). Het gemeenschappelijk aanbieden van zorg kan bijvoorbeeld leiden tot een efficiëntere praktijkorganisatie, een betere inzet van assistenten en meer mogelijkheden voor automatisering. Zolang zorgaanbieders die geen potentiële of daadwerkelijke concurrenten van elkaar zijn (zoals bijvoorbeeld een huisarts, een fysiotherapeut en een apotheek) gezamenlijk een gezondheidscentrum opzetten, bestaan hiertegen volgens de NMa “in beginsel geen mededingingsrechtelijke bezwaren.” In dat geval is het dan ook toegestaan om als samenwerkingsverband gezamenlijk met zorgverzekeraars te onderhandelen. Er ontstaat een andere situatie wanneer meerdere zorgaanbieders van dezelfde discipline aan een gezondheidscentrum deelnemen (bijvoorbeeld drie huisartsen): *“[D]an dient de samenwerking op mogelijke horizontale beperkingen eerst beoordeeld te worden, omdat de overeenkomst op grond van het kartelverbod verboden kan zijn.”*

Gezien bovenstaande ontwikkelingen is het opmerkelijk dat de NMa in haar richtsnoeren geen aandacht besteedt aan de gevolgen die de participatie van zorgverzekeraars in gezondheidscentra (verticale integratie) voor de mededinging kan hebben. Wel merkt men op dat horizontale beperkingen in het algemeen schadelijker worden geacht dan verticale beperkingen. Hoewel deze constatering in algemene zin zeker juist is, mag niet uit het oog worden verloren dat nauwe samenwerking tussen zorgaanbieders en verzekeraars onder bepaalde omstandigheden ook negatieve gevolgen voor de mededinging kan hebben. Uitsluiting van concurrenten (zogeneten 'foreclosure') is hiervan de belangrijkste.

Blik in de toekomst

Het valt te verwachten dat zorgverzekeraars de komende jaren in toenemende mate initiatieven zullen ontplooiën waarbij nauwe samenwerking met eerstelijnszorgaanbieders zoals huisartsen en

apothekers centraal staat. De twee belangrijkste redenen die aan deze verwachting ten grondslag liggen zijn de volgende.

Ten eerste vormt intensievere samenwerking tussen eerstelijnszorgaanbieders en zorgverzekeraars een speerpunt van het overheidsbeleid. In januari 2008 heeft minister Klink van VWS zijn visie op de eerstelijnszorg kenbaar gemaakt (Tweede Kamer, 2008d). De minister noemt de eerstelijnszorg daarin “de ruggengraat van onze gezondheidszorg” met “een onmisbare functie” in de gehele gezondheidszorg. Doordat de zorgvraag stijgt en complexer wordt en patiënten daarnaast hogere eisen stellen aan een betere afstemming, continuïteit, service en diversiteit is volgens de minister een dynamische eerstelijnszorg nodig. Dynamiek is in dat kader gedefinieerd als klantgericht, innoverend en investerend. Meer samenhang in de vorm van multidisciplinaire samenwerking acht VWS hiervoor essentieel. Het is de bedoeling dat zorgverzekeraars als zorginkoper eerstelijnszorgverleners in toenemende mate stimuleren om samenwerkingsverbanden op te richten. Zorgverzekeraars hebben bij het contracteren van zorg mogelijkheden om geïntegreerde zorg financieel te belonen. Om dit mogelijk te maken heeft de NZa een tijdelijke beleidsregel ‘Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten’ in het leven geroepen. Deze beleidsregel is erop gericht om door structurele samenwerking tussen multidisciplinaire zorgaanbieders een betere prijs/kwaliteitsverhouding te realiseren. Door het mogelijk te maken nieuwe geïntegreerde zorgproducten te definiëren en uit te proberen wordt aan marktpartijen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) de mogelijkheid geboden om veelbelovende vormen van multidisciplinaire samenwerking bij het leveren van eerstelijnszorgproducten te financieren. In juni 2008 zal de NZa de minister adviseren over een structurele oplossing voor de financiering van geïntegreerde eerstelijnszorg.

Ten tweede heeft verticale integratie voor zorgverzekeraars meer voordelen naarmate de financiële risico's voor hen verder toenemen. Door in (eigen) zorgcentra nauw samen te werken met eerstelijnszorgaanbieders kan allereerst direct invloed worden uitgeoefend op bijvoorbeeld het voorschrijf- en aflevergedrag van huisartsen en apothekers. Daarnaast kunnen verzekeraars op deze manier kennis vergaren die gebruikt kan worden bij de onderhandelingen met andere zorgaanbieders. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de omvang van kortingen en bonussen die apothekers bij de inkoop van geneesmiddelen kunnen realiseren. Ook het openen van eigen apotheken behoort in dat kader nadrukkelijk tot de mogelijkheden (zie onderstaand kader). Kortom, het opzetten van zorgcentra met eigen huisartsen en eigen apothekers heeft voor zorgverzekeraars als groot voordeel dat de informatieachterstand die zij aangaande de uiteindelijke zorgverlening ten opzichte van aanbieders aanzienlijk kan worden gereduceerd.

Exploitatie van ‘eigen apotheek door zorgverzekeraars

Het exploiteren van een eigen apotheek door een zorgverzekeraar is in Nederland geen veelvoorkomend verschijnsel. Desalniettemin zijn in ieder geval twee verzekeraars die één of meerdere eigen apotheken hebben. Dit betreft AZIVO – dat al haar activiteiten zal inbrengen in Menzis – en DSW. Vooral het initiatief van laatstgenoemde om eind 2002 een tweetal eigen apotheken te openen heeft destijds flink wat stof doen opwaaien.²⁶ DSW reageerde hiermee op de ontwikkeling dat groothandels in de farmaceutische industrie in toenemende mate apotheken overnemen om daarmee hun distributiekanaal veilig te stellen. De stap van DSW werd door de overige apotheken in de betreffende regio (Schiedam) met argwaan begroet. Zij weigerden in eerste instantie om de DSW-apotheken in de roosters voor nacht- en weekeinddiensten op te nemen. Via een kort geding heeft DSW dit vervolgens weten af te dwingen. Enkele jaren later stond DSW opnieuw voor de rechter. Ditmaal omdat een apotheek de vestiging van een nieuwe DSW-apotheek probeerde tegen te houden. De rechter zag echter geen reden DSW te verbieden een nieuwe eigen apotheek in het betreffende gebied te vestigen (Rechtbank Rotterdam, 2006).

5.2 De bekostiging van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen

Achtergrond

Dure geneesmiddelen zijn geneesmiddelen met extreem hoge kosten die patiënten in een zorginstelling zoals het ziekenhuis krijgen voorgeschreven. Vaak zijn deze middelen gericht op de behandeling van verschillende vormen van kanker. De NZa stelt op advies van het CVZ in een beleidsregel vast voor welke dure geneesmiddelen het ziekenhuis in aanmerking komt voor extra budget.²⁷ Sinds 1 januari 2006 krijgen ziekenhuizen voor deze geneesmiddelen 80% van de inkoopprijs vergoed.²⁸ Hierbij is wel sprake van een substitutie bepaling. Voor dure geneesmiddelen die gelijkwaardig zijn aan andere goedkopere middelen geldt de inkoopprijs van de goedkoopste behandelmethode. Volgens de NZa is deze substitutie bepaling slechts voor enkele dure geneesmiddelen relevant, omdat het aantal geneesmiddelen voor eenzelfde aandoening zeer beperkt is. Het feit dat ziekenhuizen voor deze geneesmiddelen 80% van de inkoopprijs krijgen vergoed betekent dat ze de resterende 20% zelf vanuit hun wettelijke budget moeten betalen. Momenteel bevat de lijst 26 stofnamen met geregistreerde indicaties. Voor de dure geneesmiddelen die (nog) niet onder deze beleidsregel vallen – bijvoorbeeld omdat ze te nieuw zijn – krijgen ziekenhuizen geen extra geld. De beleidsregel heeft als doel (i) het waarborgen van de toegankelijkheid bij dure geneesmiddelen, (ii) het voorkomen van financiële knelpunten bij ziekenhuizen en (iii) het doelmatig inzetten van dure geneesmiddelen (Tweede Kamer, 2007d)

De manier waarop dure geneesmiddelen worden bekostigd, garandeert echter niet dat zich ten aanzien van de beschikbaarheid van deze middelen geheel geen problemen voordoen. Zo stelt de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties op basis van onderzoek naar de

²⁶ Zie bijvoorbeeld het artikel ‘Apothekersoorlog in Schiedam-Noord’ in het *Rotterdams Dagblad* van 4 februari 2003.

²⁷ Zie Beleidregel CI-1042 (Dure geneesmiddelen).

²⁸ Voorheen werden ziekenhuizen voor maximaal 75% van de kosten van dure geneesmiddelen additioneel in hun budget gecompenseerd. Het werkelijke compensatiepercentage moest in overleg tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars worden vastgesteld.

verstrekking van twee specifieke dure geneesmiddelen (Velcade en Herceptin) dat kankerpatiënten in Nederlandse ziekenhuizen om financiële redenen niet altijd de geneesmiddelen krijgen waarmee ze het beste geholpen zouden zijn (NFK, 2007). Mede naar aanleiding van dit onderzoek heeft de Tweede Kamer er bij minister Klink op aan gedrongen onderzoek te laten uitvoeren naar de over- en onderbehandeling met dure geneesmiddelen. Hoewel de minister dit gezien de komende wijziging in de bekostigingsstructuur van ziekenhuizen nu niet passend acht, heeft hij inmiddels aangegeven een dergelijk onderzoek toch te laten uitvoeren (Tweede Kamer, 2008f). De wijziging in ziekenhuisbekostiging waar de minister op doelt betreft de beoogde invoering van prestatiebekostiging met diagnosebehandelingscombinaties (DBC's). In dit systeem hangen de totale inkomsten van een ziekenhuis volledig af van de prijs en het volume van elke DBC en moet de prijs van een DBC alle kosten ervan dekken. Per DBC geldt een gemiddeld tarief. In dit tarief zijn de kosten van alle onderdelen van de behandeling opgenomen waarbij uitgegaan is van een gemiddeld aantal behandelingen. Naast directe kosten zullen ook indirecte kosten in het tarief worden verrekend. Voor de DBC's in het zogenaamde B-segment is het tarief het resultaat van onderhandelingen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. De tarieven van de DBC's in het zogeheten A-segment worden door de NZa vastgesteld. Verzekeraars betalen het ziekenhuis het bedrag dat vooraf is afgesproken of is vastgesteld voor die DBC. Daarmee kan de DBC-prijs niet per patiënt verschillen.

Weesgeneesmiddelen

Met ingang van 1 januari 2006 is ook de beleidsregel weesgeneesmiddelen van kracht geworden. Weesgeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die bestemd zijn voor patiënten met een zeldzame ziekte of aandoening waarvoor over het algemeen nog geen verdere behandeling bestaat. Ook voor deze geneesmiddelen geldt dat de NZa op advies van het CVZ een lijst van weesgeneesmiddelen vaststelt die voor vergoeding in aanmerking komen. Anders dan bij de lijst met dure geneesmiddelen het geval is, worden weesgeneesmiddelen voor 100% vergoed. Wel geldt dat alleen de academische ziekenhuizen voor de vergoeding van weesgeneesmiddelen in aanmerking komen.

Advies NZa: kosten dure geneesmiddelen vergoeden via aparte prestatie

Zodra ziekenhuizen volledig per verrichte DBC betaald zullen worden, moet de huidige bekostiging van dure geneesmiddelen (en weesgeneesmiddelen) worden aangepast. De NZa heeft onlangs een advies uitgebracht over een nieuw bekostigingssysteem voor dure geneesmiddelen (NZa, 2008e). In theorie kunnen in het tarief per DBC alle relevante directe en indirecte kosten worden verrekend. Het is echter de vraag in hoeverre dit in de praktijk ook echt voor alle kostencomponenten haalbaar en/of wenselijk is. Voor de bekostiging van dure geneesmiddelen in de toekomst schetst de NZa drie denkbare modellen.

In het eerste model worden de kosten van dure geneesmiddelen net als de kosten van reguliere geneesmiddelen verrekend in het tarief van de betreffende DBC. Als belangrijkste nadeel van deze benadering noemt de NZa de grote variabiliteit in de precieze kosten van een DBC, omdat de kosten van dure geneesmiddelen per individuele patiënt juist hoog en onvoorspelbaar zijn.

Hierdoor kan het gemiddelde DBC-tarief sterk afwijken van de werkelijke kosten. Dit kan ongewenst gedrag van ziekenhuizen uitlokken, zoals het doorverwijzen van relatief dure patiënten en onderbehandeling. Bekostiging van dure geneesmiddelen via het DBC-tarief is volgens de NZa dan ook geen goede oplossing.

In het tweede model worden aparte DBC's voor de behandeling met en zonder dure geneesmiddelen gecreëerd. Op deze wijze kan bovengenoemd ongewenst gedrag van ziekenhuizen weliswaar worden voorkomen, maar daar staat volgens de NZa een ander belangrijk nadeel tegenover. Het aantal DBC's zal in dat geval namelijk sterk toenemen met als gevolg dat het DBC-systeem complexer en minder transparant wordt terwijl in algemene zin juist het omgekeerde wordt beoogd. Ook de uitvoeringskosten zullen toenemen. Daarnaast is het lastig om in het geval van nieuwe dure geneesmiddelen het DBC-systeem te actualiseren.

In het derde model wordt het gebruik van dure geneesmiddelen als een aparte 'prestatie' geformuleerd. Dure geneesmiddelen zouden in dat geval bijvoorbeeld per verpakkingseenheid of doseringseenheid kunnen worden vergoed. De kosten van dure geneesmiddelen worden zodoende geheel buiten het DBC-tarief gehouden. Volgens de NZa heeft dit model ten opzichte van de twee andere modellen belangrijke voordelen. Allereerst is elke relevante combinatie van een DBC met een duur geneesmiddel mogelijk. Daarnaast is het relatief eenvoudig om de lijst van dure geneesmiddelen periodiek te herzien. De NZa adviseert de minister dan ook om de bekostiging van dure geneesmiddelen op deze wijze vorm te geven.

Maximumtarieven

De minister van VWS heeft de NZa de aanwijzing gegeven om dure geneesmiddelen voorlopig in het A-segment onder te brengen. Belangrijkste reden hiervoor is dat zorgverzekeraars volgens de minister nog onvoldoende in staat zijn om te onderhandelen over de prijzen van deze middelen. Naast een gebrek aan informatie bij verzekeraars is de gedachte dat op de markt voor dure geneesmiddelen thans sprake is van onvoldoende concurrentie. Overigens geeft de NZa in haar advies over de bekostiging van dure geneesmiddelen aan wel degelijk mogelijkheden te zien om zorgverzekeraars (uiteindelijk) te laten onderhandelen over de prijzen van dure geneesmiddelen: er zijn voldoende zorgaanbieders die dure geneesmiddelen aanbieden en geneesmiddelen zijn een standaardproduct. Met andere woorden, dure geneesmiddelen zijn volgens de zorgautoriteit in beginsel geschikt voor vrije prijsvorming en zouden dus tot het B-segment kunnen (gaan) behoren.

De aanwijzing van de minister heeft tot gevolg dat bij de bekostiging van dure geneesmiddelen voorlopig sprake zal zijn van tariefregulering door de NZa. De Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) biedt hiervoor verschillende mogelijkheden. De voorkeur van de NZa gaat uit naar het vaststellen van maximumtarieven in plaats van vaste tarieven. Bij vaste tarieven

zou een doelmatige inkoop van dure geneesmiddelen door het ziekenhuis namelijk tot meer winst voor het ziekenhuis leiden, terwijl bij maximumtarieven de mogelijkheid bestaat dat (een deel van) de doelmatigheidswinst via de onderhandelingen met de zorgverzekeraar aan verzekerden wordt doorgegeven.

Net als eerder de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (zie onderstaand kader), stelt ook de NZa voor om dure geneesmiddelen in de toekomst volledig te vergoeden. In eerste instantie was het voorstel om het maximumtarief gelijk te stellen aan 100% van de prijs zoals vermeld op de Taxe. Hierop is de NZa echter teruggekomen: *“Naar aanleiding van tijdens de consultatieronde aangedragen argumenten heeft de NZa geconcludeerd dat de verzekeraars op dit moment echter nog niet voldoende onderhandelingsmacht hebben om een doelmatig gebruik van dure geneesmiddelen te bevorderen en om een goede prijs te bedingen. Een vergoeding van 100% van de Taxeprijs zou daardoor mogelijk negatieve gevolgen hebben voor de betaalbaarheid van zorg voor de consument.”* Het advies van de NZa luidt daarom nu om de maximumvergoeding voor dure geneesmiddelen nu vast te stellen op 100% van de Taxeprijs minus een korting (X). Deze korting dient om te corrigeren voor (i) de kortingen en bonussen die de ziekenhuizen gemiddeld genomen krijgen van de farmaceutische industrie en (ii) de gemiddelde besparing die een ziekenhuis op reguliere geneesmiddelen kan inboeken wanneer dure geneesmiddelen worden ingezet.

Advies RVZ

In een advies aan de minister van VWS heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voorgesteld om dure geneesmiddelen in budgetten dan wel DBC's kostendekkend te vergoeden om te voorkomen dat ze per ziekenhuis verschillend beschikbaar worden gesteld (RVZ, 2007). Minister Klink heeft hierop als volgt gereageerd (Tweede Kamer, 2008c): *“Uitgangspunt van mijn beleid is dat toegelaten dure medicijnen voor alle daartoe geïndiceerde patiënten beschikbaar moeten zijn. Wie die dure zorg biedt is echter aan het veld. De werking van het zorgstelsel impliceert dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars, vanuit het oogpunt van sturen op kwalitatief goede en doelmatige zorg, een keuze hebben in de aard en omvang van de zorg die men aanbiedt/contracteert. Dit heeft als consequentie dat de beschikbaarheid van dure medische zorg per ziekenhuis kan verschillen Dit acht ik acceptabel zolang de beschikbaarheid van desbetreffende zorg in het algemeen maar niet in gevaar komt.”* Terecht merkt hij hierbij op dat dit systeem alleen goed werkt als voor de patiënt duidelijk is (i) wanneer hij recht heeft op bepaalde zorg en (ii) waar hij die zorg kan krijgen. Ten aanzien van de behandeling met dure geneesmiddelen is op beide punten meer informatie wenselijk.

De effectiviteit van deze methodiek staat of valt met de juistheid van de door de NZa vastgestelde korting. Gezien de complexiteit van de materie is dit verre van eenvoudig. Het gevaar bestaat dat de korting te laag of te hoog wordt vastgesteld. In het eerste geval is er sprake van te hoge tarieven met overstrekking als mogelijk gevolg. In het tweede geval is er sprake van te lage tarieven met onderverstrekking als mogelijk gevolg. Mede gezien de sterk stijgende uitgaven aan dure geneesmiddelen bestaat het gevaar dat de korting om budgettaire redenen eerder te hoog dan te laag wordt vastgesteld. Daarnaast is de mate van differentiatie van belang. De NZa geeft aan “idealiter” een specifieke korting per geneesmiddel vast te zullen stellen, maar wanneer dat “niet goed mogelijk is” zal een gemiddeld kortingspercentage worden gehanteerd. In het laatste geval

zal voor sommige dure geneesmiddelen sprake zijn van een te hoog tarief. Voor andere dure geneesmiddelen zal juist sprake zijn van een te laag tarief. Op die manier ontstaat de ongewenste situatie dat bij de ene aandoening risico bestaat op oververstrekking, terwijl bij de andere aandoening een risico bestaat op onderverstrekking.

5.3 Functionele omschrijving wettelijke aanspraak farmaceutische zorg

Achtergrond

Op dit moment is de wettelijk verzekerde aanspraak op geneesmiddelen geregeld via een zogeheten positieve lijst. Op deze lijst – Bijlage 1 van de Regeling Zorgverzekering – staan alle geneesmiddelen (groepscode, RVG-nummer, artikelnaam, standaarddosering in eenheden en limiet per eenheid) vermeld waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld. Elk van deze geneesmiddelen komt in beginsel voor vergoeding in aanmerking en vormen gezamenlijk dus het verzekerde pakket. In zijn langetermijnvisie op de geneesmiddelenvoorziening schrijft minister Klink dat de wijze waarop de aanspraak momenteel is geregeld wat hem betreft een belangrijk nadeel heeft (Tweede Kamer, 2008a): *“Door de gedetailleerde omschrijving van het verzekerde pakket (per individueel product) hebben verzekeraars weinig ruimte om te sturen op doelmatigheid.”* Zoals in paragraaf 2.1 reeds aangegeven hebben verzekeraars weliswaar de vrijheid om niet alle geneesmiddelen van deze lijst aan te wijzen voor vergoeding, maar hierbij geldt als randvoorwaarde dat van alle werkzame stoffen die op Bijlage 1 van de Regeling Zorgverzekering voorkomen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is (artikel 2.8, lid 3 van het Besluit Zorgverzekering). Achterliggende gedachte hierbij is dat iedere zorgpolis dezelfde therapeutische breedte dekt.

Om het gewenste einddoel van een “meer normale marktsituatie” (zie paragraaf 4.1) dichterbij te brengen is het de bedoeling om de wettelijke aanspraak op farmaceutische zorg in de toekomst te wijzigen (Tweede Kamer, 2008a): *“De wettelijke aanspraak op geneesmiddelen is niet langer geregeld via een positieve vergoedingslijst op productniveau, maar is meer algemeen omschreven op basis van de stand van de wetenschap en praktijk.”* Dit houdt in dat richtlijnen van voorschrijvers het uitgangspunt moeten gaan vormen op basis waarvan wordt bepaald wat de verzekerde aanspraak is. Er wordt dan in feite gekozen voor een functionele omschrijving van de wettelijke aanspraak. In dat geval wordt vaak een omschrijving van de aanspraak gehanteerd waarbij de precieze omvang van het verzekerde recht wordt overgelaten aan “hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is” (Tweede Kamer, 2004).

Het is mogelijk deze wettelijke functiegerichte aanspraak dusdanig ruim te definiëren dat het aan de (individuele) zorgverzekeraars is om op decentraal niveau te besluiten hoe hieraan concreet invulling te geven. Een andere mogelijkheid is om te kiezen voor een centrale aanpak. In dat geval worden geneesmiddelen door de minister van VWS – deze is immers verantwoordelijk voor

pakketbeslissingen – uitgesloten van de wettelijke aanspraak. Dit kan in beginsel op twee manieren. Ten eerste is het mogelijk om met behulp van Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering voor bepaalde geneesmiddelen specifieke indicaties vast te stellen dan wel aan te scherpen waaraan voldaan moet zijn om voor vergoeding in aanmerking te komen. Ten tweede kunnen bepaalde geneesmiddelen die niet voor vergoeding in aanmerking komen op een zogeheten negatieve lijst worden geplaatst.

Met het oog op een mogelijke functiegerichte aanspraak op farmaceutische zorg is het interessant om te constateren dat het CVZ in haar meest recente pakketadvies de minister van VWS ten aanzien van statines adviseert om een centrale inperking van de vergoeding te verkiezen boven de situatie waarbij zorgverzekeraars zelf de doelmatigheid dienen te verbeteren (CVZ, 2008). Dit ondanks het feit dat een decentrale benadering beter past bij de sturingsfilosofie die aan de Zvw ten grondslag ligt. Het CVZ noemt verschillende redenen waarom zij concludeert dat “via een centrale aanpak op korte termijn veruit de beste resultaten geboekt kunnen worden.” Belangrijkste hiervan is dat artsen nog steeds onvoldoende conform hun richtlijnen voorschrijven en het maken van afspraken hierover voor zorgverzekeraars in de praktijk “niet eenvoudig” is. Concreet adviseert het CVZ de minister van VWS daarom het volgende: “*Op grond van het grote verschil in kosteneffectiviteit van simvastatine ten opzichte van andere cholesterolverlagende geneesmiddelen adviseert het CVZ de minister om behandeling met deze andere cholesterolverlagende geneesmiddelen uitsluitend te vergoeden indien behandeling met simvastatine onvoldoende effectief of om medische redenen onmogelijk is.*” Bovendien acht het CVZ het wenselijk de Regeling Zorgverzekering zo aan te passen dat de minister van VWS de bevoegdheid krijgt om binnen een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen de voorkeur te geven aan één of meer geneesmiddelen. Merk op dat een dergelijk ‘nationaal preferentiebeleid’ verstreckende gevolgen kan hebben. Geneesmiddelen met een verschillende werkzame stof kunnen immers ook onderling vervangbaar zijn. Op grond van de Regeling Zorgverzekering (artikel 2.40, lid 1) worden geneesmiddelen namelijk als onderling vervangbaar aangemerkt als zij (a) bij een gelijksoortig indicatiegebied kunnen worden toegepast, (b) via een gelijke toedieningsweg worden toegediend en (c) in het algemeen voor dezelfde leeftijdscategorie zijn bestemd.

Mogelijke gevolgen functionele omschrijving farmaceutische zorg

In algemene zin verschaft een functiegerichte aanspraak zorgverzekeraars veel vrijheid. Als een wettelijke aanspraak functioneel is omschreven, leidt dat ertoe dat de zorgverzekeraar in samenspraak met zijn verzekerden hieraan zelf concrete invulling kan geven. Het valt daarom te verwachten dat zorgverzekeraars een functionele omschrijving van de aanspraak op farmaceutische zorg zullen toejuichen. Wanneer niet langer sprake is van een positieve lijst op productniveau zal immers ook de bepaling komen te vervallen dat verzekeraars van alle werkzame stoffen die momenteel op deze lijst (Bijlage 1 van de Regeling Zorgverzekering)

voorkomen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar dienen te stellen. Dit vergroot de bewegingsvrijheid voor zorgverzekeraars aanzienlijk: waar nu feitelijk alleen generieke substitutie mogelijk is, behoort dan ook therapeutische substitutie nadrukkelijk tot de mogelijkheden. Het valt te verwachten dat zorgverzekeraars deze mogelijkheid vooral zullen benutten om nieuwe geneesmiddelen die volgens hen geen therapeutische meerwaarde hebben grotendeels van vergoeding uit te sluiten. In algemene zin is het van belang om ten aanzien van therapeutische substitutie niet alleen aandacht te hebben voor de directe kostenvoordelen maar ook voor de mogelijke negatieve effecten (Dijkgraaf e.a., 2004). Zo dient bijvoorbeeld rekening te worden gehouden met het feit dat geneesmiddelen die op populatieniveau als onderling vervangbaar worden gekenmerkt voor individuele patiënten wel degelijk belangrijke verschillen kunnen vertonen.

Een functionele omschrijving van de wettelijke aanspraak op farmaceutische zorg kan ook gevolgen hebben voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. De precieze invulling van de wettelijke aanspraak kan dan namelijk per polis en/of verzekeraar (sterk) gaan verschillen. Hoewel een dergelijke toename van het aantal keuzemogelijkheden op de zorgverzekeringsmarkt in lijn is met de ingezette stelselherziening moet hierbij een belangrijke kanttekening worden geplaatst. Er bestaan sterke aanwijzingen dat naarmate keuzes voor verzekerden talrijker en complexer worden de kwaliteit van hun uiteindelijke keuze voor een zorgverzekering verslechtert. Op basis van kwantitatief onderzoek onder verzekerden in Zwitserland komen Frank en Lamiraud (2008, blz. 28/29) tot de volgende ook voor Nederland leerzame conclusie: *“[E]xpanding choice to very large numbers is likely to reduce the effectiveness of consumer decision-making which in turn may result in larger mark-ups by health insurers. (...) [W]hen elderly [people] are facing large numbers of choices in private health plans and prescription drug plans our findings may offer some cautions regarding the need for decision support and mechanisms that simplify such health insurance choices.”*

Daarnaast bestaat het gevaar dat verzekeraars een grotere vrijheid bij het inkopen van farmaceutische zorg kunnen gebruiken voor risicoselectie. Recent onderzoek laat zien dat ondanks de jaarlijkse verbetering van de vereveningsformule nog steeds een harde kern van voorspelbaar verliesgevende verzekerden bestaat (Stam en Van de Ven, 2007 en 2008). Dit betreft bijvoorbeeld mensen die hun eigen gezondheid als matig tot slecht ervaren, mensen die kampen met chronische gewrichtsontsteking en mensen die beperkt zijn in hun beweeglijkheid. Dergelijke voorspelbaar verliesgevende patiënten zijn door verzekeraars redelijk eenvoudig te onderscheiden, bijvoorbeeld via het laten invullen van gezondheidsverklaringen bij het afsluiten van een aanvullende verzekering. Voor deze groepen verzekerden geldt dat zorgverzekeraars weinig prikkels ondervinden om hen door middel van aantrekkelijke polisvoorwaarden aan zich te binden. Verbetering van de vereveningsformule is dus gewenst.

Referenties

- Achmea (2007), *Achmea en apothekers maken afspraken over laagste prijs medicijnen*, persbericht d.d. 17 december, Noordwijk
- Bogin (2008), *Zorgverzekeraars schenden vertrouwen: Bogin zegt Transitieakkoord op*, persbericht d.d. 14 mei, Den Haag
- Boonen, L.H.H.M. en F.T. Schut (2006), 'Sturing op de zorgmarkt', *Economisch Statistische Berichten*, 91^e jaargang, nr. 4486, blz. 226-228
- Boonen, L.H.H.M. en F.T. Schut (2007), 'Effect van prikkels op keuze voor zorgaanbieders', *Economisch Statistische Berichten*, 92^e jaargang, nr. 4521, blz. 651-653
- Boonen, L.H.H.M., F.T. Schut en X. Koolman (2008), 'Consumer channeling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market', *Health Economics*, 17(3): 299-316
- Consumentenbond (2007), *Van goede zorginkoop verzekerd*, Den Haag
- CVZ (2008), *Rapport pakketadvies 2008*, Diemen
- De Friesland Zorgverzekeraar (2007), *Farmacie: inkoopbeleid 2008*, Leeuwarden
- DGV (2007), *Benchmark voorschrijven 2007*, DGV Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht
- DGV (2008), *DGV jaarverslag 2007*, DGV Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht
- Dijkgraaf, E., S.A. van der Geest en M. Varkevisser (2004), 'Aanpassing GVS risicovol', *Economisch Statistische Berichten*, 3 september, blz. 423
- EC (2001), 'Richtsnoeren inzake de toepasselijkheid van artikel 81 van het EG-Verdrag op horizontale samenwerkingsovereenkomsten', *Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen*, 2001/C3/02, Brussel
- EC (2004), 'Richtsnoeren betreffende de toepassing van artikel 81, lid 3, van het Verdrag', *Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen*, 2004/C101/08, Brussel
- Frank, R. en K. Lamiraud (2008), *Choice, price competition and complexity in markets for health insurance*, NBER Working Paper No. 13817, National Bureau of Economic Research, Cambridge (Mass.)
- Gerechtshof 's Hertogenbosch (2008), *Uitspraak HD103.006.122*, Den Bosch
- iBMG (2007), *Evaluatie PFG*, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam
- Miller, M.N. (2006), 'Insurer-provider integration, credible commitment, and managed-care backlash', *Journal of Health Economics*, 25(5), blz. 861-875
- NFK (2007), *Vrijheid, gelijkheid en solidariteit: dure geneesmiddelen in ziekenhuizen*, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, Utrecht
- NIVEL (2007a), *Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn*, Utrecht

- NIVEL (2007b), *Samenwerking en substitutie in Gezondheidscentrum West: evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het Menzis-model*, Utrecht
- NMa (2005), *Verzoek informele zienswijze preferentiebeleid*, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag
- NMa (2007), *Richtsnoeren voor de zorgsector*, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag
- NPCF (2007), *Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief*, Utrecht
- NZa (2006a), *De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt: monitor zorgverzekeringsmarkt*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2006b), *Richtsnoer Informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars*, Nederlandse Zorgautoriteit, Diemen/Utrecht
- NZa (2007a), *Aanmerkelijke marktmacht in de zorg*, beleidsregel AL/BR-100.069, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2007b), *Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2007c), *Monitor zorgverzekeringsmarkt: de balans 2007*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2007d), *Richting geven aan keuzes: kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan?*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2007e), *Richtsnoer Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen (volmachten) 2007*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2007g), *Toelichting RisicoAnalyseModel Zorgverzekeringswet 2007*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2007h), *Zorgplicht: hoe geven zorgverzekeraars invulling aan hun zorgplicht?*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2008a), *NZa agenda 2008*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2008b), *AMM besluit over klacht apothekers*, nieuwsbericht d.d. 31 januari 2008 en bijbehorend besluit, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2008c), *'Researchpaper draagt bij aan discussie over knelpunten farmacie'*, *Nieuwsbrief NZa*, nr. 1, 8 januari 2008, Utrecht
- NZa (2008d), *Tariefbeschikking 5200-1900-08-01*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2008e), *Advies bekostiging dure geneesmiddelen*, Utrecht
- PFG (2007), *Proeftuin Farmacie Groningen gaat door op ingeslagen weg*, persbericht, Groningen
- Rechtbank 's Gravenhage (2007), *Vonnis betreffende zaak met rolnummer KG07/1490*, Den Haag
- Rechtbank Breda (2008), *Vonnis betreffende zaak met rolnummer 183442/KG ZA 07-712*, Breda
- Rechtbank Rotterdam (2006), *Vonnis betreffende zaak met rolnummer 227179/HA ZA 04-0366*, Rotterdam
- RVZ (2007), *Vertrouwen in de arts*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag

- Schut, F.T. en W.B.F. Brouwer (2004), 'De preferente apotheker? Jazeker!', *Economisch Statistische Berichten*, 89^e jaargang, nr. 4435, blz. 266-269
- SFK (2007a), Preferentiebeleid leidt tot meer kosten, *Pharmaceutisch Weekblad*, 16 februari, blz. 13
- SFK (2007b), *Preferentieafpraak Zorgverzekeraars Nederland kost burgers miljoenen euro's*, nieuwsbericht, Den Haag
- SFK (2007c), *Nieuw: Benchmark Voorschrijven*, nieuwsbericht d.d. 14 december, Den Haag
- SFK (2008), Prijzenslag generieke geneesmiddelen, *Pharmaceutisch Weekblad*, 143(22)
- Staatsblad (2005), *Zorgverzekeringswet*, 358, Den Haag
- Staatsblad (2007), *Geneesmiddelenwet*, 93, Den Haag
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2006), *Risicoverevening in de zorgverzekering: een evaluatie en oplossingsrichtingen voor verbetering*, onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2007), *Evaluatie risicoverevening: prikkels tot risicoselectie? Een evaluatie van het vereveningsmodel 2007 en oplossingsrichtingen voor verbetering*, onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NPCF, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2008), 'De harde kern in de risicoverevening', *Economisch Statistische Berichten*, 22 februari, blz. 104-107
- Tweede Kamer (1999a), *Jaaroverzicht zorg 1999: brief van de minister en de staatssecretaris van VWS*, 26204, nr. 35, Den Haag
- Tweede Kamer (1999b), *Zorgnota 2000: brief van de minister en de staatssecretaris van VWS*, 26801, nr. 1, Den Haag
- Tweede Kamer (2001), *Kostenbeheersing in de zorgsector: brief van de minister van VWS*, 24124, nr. 112, Den Haag
- Tweede Kamer (2004), *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet): memorie van toelichting*, 29763, nr. 3, Den Haag
- Tweede Kamer (2006a), *Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van VWS (XVI) voor het jaar 2006*, 30300 XVI, nr. 170, Den Haag
- Tweede Kamer (2006b), *Vaststelling van een nieuwe Geneesmiddelenwet: motie van het lid Arib*, 29359, nr. 69, Den Haag
- Tweede Kamer (2006c), *Vaststelling van een nieuwe Geneesmiddelenwet: brief van de minister van VWS*, 29359, nr. 93, Den Haag
- Tweede Kamer (2006d), *Aanhangsel van de Handelingen: vragen van het lid Arib (PvdA) aan de minister van VWS over het model dat in Nieuw-Zeeland wordt gehanteerd ter beperking van de kosten van geneesmiddelen met de daarop door het kabinet gegeven antwoorden*, 1689, Den Haag

- Tweede Kamer (2007a), *Vaststelling van een nieuwe Geneesmiddelenwet: brief van de minister van VWS*, 29359, nr. 100, Den Haag
- Tweede Kamer (2007b), *Handelingen: vragenuur 11 december 2007*, 34: 2610-2614, Den Haag
- Tweede Kamer (2007c), *Vaststelling van een nieuwe Geneesmiddelenwet: brief van de minister van VWS*, 29359, nr. 101, Den Haag
- Tweede Kamer (2007d), *Geneesmiddelenbeleid: brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, 29477, nr. 34, Den Haag
- Tweede Kamer (2008a), *Geneesmiddelenbeleid: brief van de minister van VWS*, 29477, nr. 39, Den Haag
- Tweede Kamer (2008b), *Geneesmiddelenbeleid: brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, 29477, nr. 42, Den Haag
- Tweede Kamer (2008c), *Patiënten/consumentenbeleid: brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, 27807, nr. 28, Den Haag
- Tweede Kamer (2008d), *Acute zorg: visie op de eerstelijnszorg*, 29247, nr. 56, Den Haag
- Tweede Kamer (2008e), *Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van VWS (XVI) voor het jaar 2007: reactie van de minister van VWS op het verslag van een schriftelijk overleg*, 31200 XVI, Den Haag
- Tweede Kamer (2008f), *Geneesmiddelenbeleid: brief van de minister van VWS*, 29477, nr. 40, Den Haag
- Varkevisser, M. en S.A. van der Geest (2006), *Farmaceutische zorg in de basisverzekering: vrijheden en verplichtingen voor zorgverzekeraars*, onderzoek uitgevoerd in opdracht van Nefarma, SEOR-ECRI, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Varkevisser, M., N. Polman en S.A. van der Geest (2006), 'Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen sturen', *Economisch Statistische Berichten*, 91^e jaargang, nr. 4478, blz. 38-40
- Vektis (2006), *Evaluatie preferentiebeleid 2005*, Zeist
- VWS (2007), *Marktwerking in de geneesmiddelenvoorziening*, toespraak van minister Klink d.d. 13 september 2007, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag
- VWS (2008), *Klink wil apothekers belonen als zorgverlener*, nieuwsbericht d.d. 3 april, Den Haag
- ZN (2005), *Beleidsdocument aanwijzing preferente geneesmiddelen*, Zorgverzekeraars Nederland, Zeist
- ZN (2008), *Rechter beperkt uitbreiding preferentiebeleid*, persbericht d.d. 4 januari 2008, Zorgverzekeraars Nederland, Zeist

Bijlage A Interviews

Naam	Organisatie
Monique Kant	CZ
Rens van Oosterhout	CZ
Carl Jakobs	Consumentenbond
Jan Eisen	Menzis
Jan Rosenkamp	Zorg en Zekerheid
Peter de Braal	Achmea Zorg

Bijlage B Klacht van apotheken over gedrag Menzis bij inkoopproces incontinentiezorg en beoordeling door NZa

Op 4 mei 2007 heeft een vijftal apotheken bij de NZa een klacht ingediend over het gedrag van Menzis bij de inkoop van incontinentiezorg. In het aanbod van deze verzekeraar waren drie opties opgenomen waaruit apotheken konden kiezen. Bij de eerste optie houdt de apotheek alleen de intakegesprekken waarna Menzis vervolgens zelf de benodigde zorg aan haar verzekerden levert. Bij de tweede optie voert de apotheek niet alleen de intakegesprekken, maar levert deze ook het benodigde incontinentiemateriaal. Menzis heeft hiervoor drie leveranciers aangewezen waaruit de apotheek een proefpakket kan samenstellen (lees: er is sprake van preferentiebeleid). Bij de derde optie komt er geen contractuele relatie met de apotheek tot stand, zodat verzekerden zelf een nota bij Menzis moeten indienen en mogelijk niet alle kosten volledig vergoed krijgen. De door de apotheken – die elk voor de derde optie hebben gekozen – ingediende klacht was tweeledig:

1. Menzis zou beschikken over aanmerkelijke marktmacht en daardoor in staat zijn geweest zich tijdens het inkoopproces van incontinentiezorg te misdragen.
2. Menzis zou verzekerden te laat, onjuist, misleidend en onvolledig hebben geïnformeerd.

De bevindingen van de NZa kunnen als volgt worden samengevat (NZa, 2008b).

Ad 1) Misbruik aanmerkelijke marktmacht

Een individuele zorgverzekeraar heeft aanmerkelijke marktmacht (AMM) wanneer deze beschikt over een positie om “de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan te kunnen belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van zijn concurrenten, zorgaanbieders of consumenten” (NZa, 2007a). De NZa acht het in dit specifieke geval om verschillende redenen “niet aannemelijk” dat Menzis door haar gedrag de concurrentie heeft belemmerd. Allereerst is het volgens de NZa, mede gezien de (regionale) marktaandelen, “niet aannemelijk dat Menzis geen (dreigende) concurrentiedruk heeft ervaren op de zorgverzekeringsmarkt ten aanzien van verzekerden die incontinentiezorg behoeven.” Daarnaast merkt de NZa op dat de apotheken vrij kunnen kiezen uit drie opties en dat een vrijwillige keuze om geen contractuele relatie met Menzis aan te gaan geen uitsluiting tot gevolg heeft. Ook zijn de voorwaarden die Menzis hanteert objectief en is niet gebleken dat ze discriminatoir zijn toegepast. Ten aanzien van de beperking in de keuze voor een leverancier wanneer voor de tweede optie wordt gekozen stelt de NZa dat een dergelijke beperking “inherent” is aan het concurrentiebevorderende preferentiebeleid dat Menzis voert: *“Het beleid op het gebied van proefpakketten van incontinentiemateriaal stelt Menzis in staat om kostenvoordelen te behalen. Deze behaalde kostenvoordelen kunnen worden doorgegeven aan de consument.”*

Ad 2) Informatievoorziening

Ook de klacht dat Menzis haar verzekerden te laat, onjuist, misleidend en onvolledig heeft geïnformeerd over het contracteren van apothekers voor het leveren van incontinentiemateriaal is volgens de NZa niet juist. Verzekerden waarvoor gold dat hun ‘eigen’ apotheek voor 2007 en 2008 geen nieuw contract met Menzis was overeengekomen zijn door de verzekeraar op 7 december 2006 schriftelijk hierover geïnformeerd. Hoewel het volgens de NZa “vanuit het oogpunt van transparantie” weliswaar wenselijk is dat verzekerden langer over dergelijke informatie beschikken voordat ze moeten beslissen al dan niet over te willen stappen, is het “in dit concrete geval niet onmogelijk geweest om over te stappen.” De zorgautoriteit merkt bovendien het volgende op: *“Als de zorgverzekeraar na het afsluiten van een zorgverzekering de voorwaarden van deze verzekering eigenstandig in het nadeel van de verzekerde wijzigt, dan kan de verzekerde binnen een maand na mededeling van de wijzigingen opzeggen. Wijzigingen in de mate van beschikbaarheid van gecontracteerde zorg vallen hier ook onder.”*