

# Den Haag lijkt doof voor argumenten

De beroepsgroepen binnen de eerstelijnszorg hebben veel overeenkomsten. Samen geven ze de zorg in de wijk en de regio vorm. Tegelijkertijd zijn er grote verschillen. Zeker als het om bekostiging en verzekerde zorg gaat. Openbare apothekers lijken in veel opzichten aan het kortste eind te trekken. Wellicht kan een nieuw kabinet orde op zaken stellen.

Het eigen risico bij medicatieverstrekking staat al enige tijd ter discussie. De prijzen van medicijnen zijn meestal zo laag dat de prestatie 'uitgifte' tegenwoordig apart betaald moet worden en ten laste van het eigen risico komt. Dit geeft veel discussie in de apotheek. Groen Links en Christen Unie hebben een motie ingediend om het eigen risico bij de apotheker te laten vervallen<sup>1</sup>. Eerder pleitten ouderenbonden er ook al voor om het eigen risico voor de medicatiebeoordeling te schrappen. Maar minister Schippers wil hier niet in meegaan. Ze heeft al eerder aangegeven dat zorgverzekeraars vrijwillig af kunnen zien van het eigen risico binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw)<sup>2</sup>. De praktijk leert echter dat slechts enkele zorg-

## Onvermurwbaar

De minister verwijst naar de zeven prestaties die ingekocht moeten worden door de zorgverzekeraar als onderdeel van het basispakket Zvw. Deze zijn na een lang proces drie jaar geleden vastgesteld, maar de praktijk is dat er alleen over de medicatiebeoordeling afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en apothekers. De 'integrale' bekostiging voor alle zeven prestaties betreft de uitvoering van alle extramurale farmaceutische prestaties. Dit staat los van het al dan niet voeren van een eigen risico voor een van de prestaties.

In haar onderbouwing voor het handhaven van het eigen risico geeft Schippers aan dat de apotheker geen medicatie

met agressieve patiënten, zouden ze nu medicatie moeten weigeren? De minister geeft aan dat de apotheker moet worden betaald voor het leveren van zorg en niet uit de marges tussen in- en verkoop van geneesmiddelen. Dat wordt wel lastig als apothekersassistentes die de kern van de apotheek vormen volgens de minister zelf *'steeds meer vragen van patiënten aan de balie krijgen. Veel vragen gaan over (de kosten van) het begeleidingsgesprek bij een eerste uitgifte, het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, het wel of niet vergoeden van doorgeleverde bereidingen en waarom bepaalde dienstverlening van de apotheekhoudende onder het eigen risico valt'*.

## Verder dereguleren

Het ministerie van VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht om een uitvoeringstoets voor meer ruimte voor vrije prestaties in de bekostiging in de cure<sup>3</sup>. In de farmacie is een facultatieve prestatie al mogelijk, maar hier wordt niet of nauwelijks gebruik van gemaakt. Een van de koplopers in deregulering – farmacie, fysiotherapie, oefen therapie en dieetadvisering – krijgt dus weer als eerste te maken met veranderende wet- en regelgeving. En dat terwijl de bestaande farmacie afspraken nog niet zijn geïmplementeerd, denk aan transparantie over de prestaties, inzicht in de kwaliteit, duidelijkheid over de vergoeding en een begrijpelijke nota. In de eerder genoemde argumentatie van minister Schippers voor het niet afschaffen van het eigen risico, wordt dit expliciet erkend. Het is dan ook de vraag waarom

*Minister Schippers gaat niet mee met moties en voorstellen om het eigen risico voor farmaceutische zorg te laten vervallen*

verzekeraars (n = 2) dit doen. Ook alle andere farmaceutische prestaties komen ten laste van het eigen risico: het eerste uitgifte gesprek, de inhalatie-instructie, terhandstelling, medicatiebegeleiding bij opname en ontslag uit ziekenhuis, enzovoort.

zal verstrekken als de patiënt weigert om een uitgifte begeleidingsgesprek te hebben. De minister staat wel erg ver van de werkelijkheid. Daar waar enkele maanden geleden de noodklok werd geluid vanwege het feit dat apothekersassistentes steeds vaker te maken kregen

# ten openbare farmacie



deze uitvoeringstoets naar verdere deregulering voor 2018 wordt ingezet. Zou het niet verstandiger zijn om in te zetten op verbeteringen in het zorgproces, zoals de 100 procent beschikbaarheid van labwaarden, juiste uitwisseling van medicatiegegevens tussen zorgaanbieders/organisaties en apothekers of gegarandeerde medicatiebeoordeling bij ouderen? Dat sluit ook beter aan bij de toekomstvisie op de openbare farmacie.

## Voorwaarden aan omvang

Gelijke behandeling in gelijke situatie is een bekend begrip in de rechtspraak. Apothekers vormen kennelijk een uitzondering op die regel als je hen vergelijkt met andere eerstelijnszorgaanbieders. De Autoriteit Consument & Markt (ACM) stelt eisen aan de marktmacht van partijen. Wanneer er sprake is van meer dan 50 procent van de markt in een regio, dan wordt er nadrukkelijk

ker gekeken naar het gedrag. Bij apothekers is het toezicht strenger dan bij zorggroepen van huisartsen, die vaak een hele regio of provincie bestrijken. En hoewel de wetgeving niet is veranderd, is in 2015 de controle op naleving van de ACM-eisen door samenwerkende huisartsen aangepast onder druk van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH). Naast de ACM



*Door het preferentiebeleid  
zijn gemiddeld 400 geneesmiddelen  
per maand niet beschikbaar*

zijn er zorgverzekeraars die de verkoopmacht van apothekers aan banden leggen door het aantal deelnemers aan de Nederlandse Farmaceutische Zorggroep (NFZ) te beperken tot 550. Dit betekent dat de NFZ voor 150 leden van de totaal 700 aparte afspraken moet maken. De NZa steunt dit beleid door aan te geven dat men vooral op verkoopmacht let.

### **Preferentiebeleid uitgewerkt**

Het preferentiebeleid heeft zijn langste tijd gehad. Dat geeft minister Schippers inmiddels gelukkig zelf ook toe. De negatieve effecten beginnen de overhand te krijgen. Een apotheek heeft gemiddeld 400 middelen per maand niet beschikbaar. Bovendien schrijven huisartsen over het algemeen al goed generieke medicatie voor. Sommige patiënten weigeren andere medicatie of er is een medische noodzaak om een specialité voor te schrijven, zoals een allergie of cognitieve beperkingen. De prijsdaling die het preferentiebeleid in eerste instantie in gang heeft gezet, zet nu niet of nauwelijks meer door. De nadelen – steeds wisselen, minder therapietrouw, extra bureaucratie, veel administratie door slechte leverbaarheid – overstijgen langzamerhand de voordelen. Het is tijd voor een nieuwe methode om de

kwaliteit, doelmatigheid en klanttevredenheid duurzaam te borgen. Hiervoor pleiten apothekersorganisaties al langer, maar de deuren blijven gesloten. Terwijl de verkenner extramurale farmacie in 2013 al hebben vastgesteld dat *'het preferentiebeleid niet mag leiden tot een te kort schietende leveringszekerheid van geneesmiddelen aan patiënten'*. Toch is die situatie anno 2016 een feit en zijn sommige medicijnen slecht beschikbaar.

### **Toekomst**

De verkenner extramurale farmacie – Reibestein en Rinnooy Kan – hebben in 2013 een aantal aanbevelingen gedaan om kwalitatief hoogstaande extramurale farmaceutische zorg ook in de toekomst te behouden. De visie dat de apotheker de zorgverlener is die weet of een patiënt een juist middel krijgt, die toezicht houdt op de totale medicatie van een patiënt, de therapietrouw bewaakt en die samenwerkt met andere zorgverleners in de eerste- en tweede lijn, is nog niet op alle onderdelen gerealiseerd. Wel kan worden vastgesteld dat de beleidslijn om de vrije prijzen te handhaven, is doorgezet. Het advies dat in de beginfase van liberalisering een overheid nodig is die actief partijen stimuleert en faciliteert, is met het *laissez*

*faire* beleid van minister Schippers niet gehonoreerd.

In 2017 zijn er nieuwe kansen met een nieuw kabinet. Het is aan de vertegenwoordigers van de apothekers en farmaceutische branche om de eigen visie 2020<sup>4</sup> te herijken en onder de aandacht van de politiek te brengen. Daar mogen eHealth en de effecten van snelle extramuralisering van ouderen en GGZ niet in ontbreken. <<

Tekst:

Jan Erik de Wildt  
directeur De Eerstelijns

Foto: Thinkstock

1 Kamerdebat eerstelijnszorg 21 april 2016

2 Tweede Kamer brief juni 2015

3 Uitvoeringstoets experiment meer ruimte voor vrije prestaties in de zorg 17 maart 2016

4 KNMP juni 2014