

Vergaderjaar 2012–2013

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 243

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 mei 2013

Op 28 februari 2013 hebben de door mij aangestelde Verkenners extramurale farmacie (hierna verkenners), de heren Rinnooy Kan en Reibestein, hun bevindingen over de staat van de extramurale farmacie aan mij aangeboden. Ik heb deze bevindingen, samen met de op 26 februari 2013 door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uitgebrachte Markscan extramurale farmaceutische zorg en de desbetreffende beleidsbrief, dezelfde dag naar de Eerste en de Tweede Kamer gestuurd (Kamerstuk 29 477, nr. 229). Zoals aan u toegezegd, ontvangt u hierbij mijn standpunt op beide rapporten.

Bevindingen van de verkenners

De verkenners hebben geconstateerd dat alle veldpartijen een soortgelijk toekomstbeeld voor ogen staat (weliswaar met een variatie in detail-lering), waarin de extramurale farmaceutische zorg een essentiële plaats binnen de Nederlandse gezondheidszorg heeft. Een gezondheidszorg waar de patiënt en zijn gezondheid centraal staan en waarin een sterke, geïntegreerde eerstelijnszorg de spil vormt van een toekomstbestendige gezondheidszorg. Nauwe samenwerking tussen apothekers en huisartsen kan leiden tot een veel betere patiëntenzorg tegen minder kosten. Bij een kwalitatief hoogstaande farmaceutische zorg hoort een apotheker die vooral zorgverlener is. Een zorgverlener die weet of een patiënt een juist middel krijgt, die toezicht houdt op de totale medicatie van een patiënt, die therapietrouw bewaakt en die samenwerkt met andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn.

De apotheker van de toekomst is de specialist voor farmaceutische zorgverlening, aldus de verkenners. In hun visie is de toekomst van de extramurale farmaceutische zorg onlosmakelijk verbonden aan een verdere integratie met de overige delen van de eerstelijnszorg en dan met name de huisartsenzorg. Zij achten voor deze integratie meerdere opties denkbaar, variërend van netwerk-achtige samenwerkingsverbanden tot

volledige integratie, waarbij artsen en apothekhoudenden werkzaam zijn in een gezondheidscentrum. De optimale vorm verschilt per regio en per situatie. In de optiek van de verkenner zijn veldpartijen verantwoordelijk voor de ontwikkeling van geschikte bedrijfs- en financierings-modellen, waarbij de pilots voor populatiegebonden bekostiging mogelijk aanknopingspunten kunnen bieden voor geïntegreerde bekostiging. Zij zijn er van overtuigd dat de veldpartijen gezamenlijk in staat zijn om de door hen gewenste toekomst te realiseren. In de visie van de verkenner zijn vooral de veldpartijen aan zet om gezamenlijk een toekomstbestendige farmaceutische zorg tot stand te brengen omdat zij daartoe het beste in staat zijn vanuit een gedeelde toekomstvisie. De rol van de overheid kan dan beperkt blijven tot het faciliteren en stimuleren van de veldpartijen. De verkenner adviseert wel om deze visie samen met het veld verder uit te werken en uit te dragen.

De verkenner is verder de mening toegedaan dat het systeem van vrij onderhandelbare prijzen kan worden voortgezet. Wel vinden zij het wenselijk dat de dynamiek van de markt, meer dan nu het geval is, bijdraagt aan maatschappelijke doelstellingen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Knelpunten en aanbevelingen van de verkenner voor de toekomst

Hoewel de sector goed presteert tegen lage kosten en de patiënten voor de overgrote meerderheid tevreden zijn, zien alle partijen waarmee de verkenner gesproken hebben nog veel mogelijkheden tot significante verbetering van de kwaliteit van de zorg en van de doelmatigheid van de sector als geheel.

Daarnaast hebben de verkenner knelpunten vastgesteld en hebben zij aanbevelingen voor de toekomst geformuleerd. Zij adviseren mij om periodiek bestuurlijk overleg met de sector te voeren. In het kader van een dergelijk overleg zou het wellicht mogelijk zijn om de door partijen gepercipieerde knelpunten op te lossen. De knelpunten en aanbevelingen hebben betrekking op:

- de contractering;
- het preferentiebeleid;
- de taakverdeling tussen de eerste- en tweedelijns;
- de kwaliteit van de medicatieoverdracht.

Contractering

Omdat de verkenning relatief snel na de invoering van vrij onderhandelbare tarieven en nieuwe prestatiebeschrijvingen is uitgevoerd, vinden de verkenner het lastig om vast te stellen of er voldoende evenwicht bestaat tussen vragers en aanbieders van farmaceutische zorg.

Wel leeft breed het gevoel bij apothekhoudenden dat zij geen tegendruk kunnen leveren en dat zorgverzekeraars te weinig farmaceutische zorg inkopen. Zij vinden dat contracten in evenwicht en compleet moeten zijn. Concreet adviseren de verkenner om:

1. aangescherpte NZa good contracting practices op te stellen en werk te maken van de naleving daarvan;

De verkenner noemt als positieve punten met name: lage kosten; tevreden patiënten; ruimte voor innovatie en het verbeteren van bedrijfsvoering door het afschaffen van wettelijke (tarief-)belemmeringen; mogelijkheden voor nieuwe businessmodellen met name op het gebied van de distributie; optimaal kunnen inspelen op de wensen van patiënten; het instellen en contracteren van een distributievergoeding voor de groothandelsfunctie.

2. meer op maat gemaakte contracten te hanteren, waarin ruimte is voor afspraken over kwalitatief betere farmaceutische zorg en innovatieve ontwikkelingen;
3. de verdere ontwikkeling van meerjarige contracten in overweging te nemen;
4. de NZa-prestatiebeschrijvingen verder uit te werken en de vertegenwoordigers van de patiëntenorganisaties structureel bij de ontwikkeling en monitoring daarvan te betrekken;
5. de rol van patiëntenvertegenwoordigers te versterken bij een betere informatievoorziening aan de patiënt. De patiënt moet tevens bij het afsluiten van de zorgpolis duidelijkheid hebben over de farmaceutische zorgprestaties;
6. te overwegen om bepaalde zorgprestaties, zoals de medicatiebeoordeling, buiten het eigen risico van de verzekerde te laten vallen.

Het preferentiebeleid

Door de vrije prijsvorming en het preferentiebeleid zijn de prijzen gedaald en zijn ook de totale uitgaven aan geneesmiddelen ten opzichte van voorgaande jaren gezakt. De NZa raamt de totale besparingen alleen al door het preferentiebeleid op 0,75 tot 0,9 miljard euro in de afgelopen vijf jaren. Maar het preferentiebeleid leidt ook tot onvrede en heeft financiële gevolgen voor apotheekhoudenden en de farmaceutische groothandel. Als belangrijkste implicatie van de prijsdalingen door het preferentiebeleid zien de verkenner het ondermijnen van het traditionele bedrijfsvoeringsmodel van de openbare apotheek. Een groot deel van de geneesmiddelen is niet meer winstgevend en de financiering, de bedrijfsvoering en de patiëntenzorg staan onder druk. Ook de marges voor de farmaceutische groothandel staan in toenemende mate onder druk, waardoor de distributiekosten binnen het huidige businessmodel van marge op de apotheek-inkoopprijzen bijna niet meer worden terugverdiend. Sommige zorgverzekeraars onderkennen dit en hebben inmiddels op basis van hun zorgplicht een extra distributievergoeding afgesproken.

Op grond van de aan de verkenner aangeleverde stukken kunnen zij niet goed beoordelen of de claim dat veel apothekers op het punt staan om failliet te gaan juist is. Daarom achten zij:

1. een gedegen financiële analyse van de positie van de apotheek op de kortst mogelijke termijn (bijvoorbeeld door de NZa) bijzonder gewenst;
2. een nadere invulling van de zorgplicht gewenst met betrekking tot de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor een tijdige levering van preferente geneesmiddelen;
3. aanpassing van het preferentiebeleid noodzakelijk op het gebied van de benaming, de duur van de preferente periode en het na een periode van onderbreking opnieuw weer inzetten van het preferentiebeleid door zorgverzekeraars. Alternatief zou zijn om na afloop van de preferente periode over te gaan tot maximering van de vergoeding aan de apotheek op basis van zelfregulering.

Taakverdeling tussen de eerste- en tweedelij

De verkenner wijzen er op dat een belangrijke ontwikkeling de verschuiving van een deel van de geneesmiddelenvoorziening naar de ziekenhuizen is. Deels bewust via de overheveling van medisch-specialistische geneesmiddelen naar de ziekenhuisaanspraak en deels door de opkomst en sterkere positionering van de poliklinische apotheken. In hun visie is de toekomst van de extramurale farmaceutische zorg onlosmakelijk verbonden aan een verdere integratie met de overige

delen van de eerstelijnszorg en dan met name de huisartsenzorg. Zij merken op dat:

1. financiële prikkels gericht moeten zijn op zinnig en zuinig gebruik;
2. zorgprestaties die de overdracht van patiënten en hun medicatie betreffen verder ontwikkeld dienen te worden en dat overdracht veronderstelt dat zowel de tweede- als de eerstelijns bij de ontwikkeling en de contractering van deze prestaties is betrokken.

De kwaliteit van de medicatieoverdracht

Wat de kwaliteit van de medicatieoverdracht en het welslagen van de liberalisering betreft, achten de verkenners een elektronisch toegankelijke uitwisseling van patiëntgegevens cruciaal. Zij adviseren daarnaast om:

1. maatregelen te treffen om de (elektronische) uitwisseling van patiënt- en medicatiegegevens verder te bevorderen omdat daarmee incidenten zijn te voorkomen en veel gezondheidswinst voor patiënten is te behalen.

Marktscan extramurale farmaceutische zorg en beleidsbrief van de NZa

De NZa geeft in de Marktscan extramurale farmaceutische zorg de stand van zaken weer op de markt voor extramurale farmacie in 2012. De NZa heeft hiervoor met name feitelijk onderzoek gedaan. In de begeleidende beleidsbrief, waarmee de marktscan is aangeboden, laat de NZa weten met welke blik zij kijkt naar de ontwikkelingen op de markt voor extramurale farmacie. Daarbij staat het consumentenbelang voorop, zoals dat tot uitdrukking komt in de kwaliteit, betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de farmacie voor de consument.

De NZa stelt vast dat afgezet tegen deze criteria, de marktscan het beeld geeft van een goede toegankelijkheid tot de farmaceutische zorg, waarbij de macro-kosten stabiel zijn en de prijs voor de terhandstelling licht dalend is (in 2012). Over de ontwikkeling van de kwaliteit van de farmaceutische zorg kan de NZa geen oordeel geven, omdat daarvoor te weinig informatie beschikbaar was. Wel heeft de NZa de indruk dat er nauwelijks een ontwikkeling plaatsgevonden heeft op het gebied van kwaliteitsafspraken die zorgverzekeraars en apothekers maken ten opzichte van de monitor farmacie 2010. De NZa verwacht dat dit zal toenemen omdat de prestatiebeschrijvingen hiervoor ruimte bevatten en omdat de ontwikkeling in andere vrijgelaten markten zo is verlopen. Dat er nieuwe initiatieven zijn ontstaan in 2012 of zijn gecontinueerd, zoals het programma Geïntegreerde Farmaceutische Zorg en Connecting Care, zijn positieve voorbeelden van kwaliteitsverbetering, aldus de NZa.

Ook stelt de NZa vast dat de patiënt in het algemeen tevreden is over zijn apotheek. De meeste patiënten kunnen binnen een paar minuten terecht bij een apotheek of apotheekhoudende huisarts en de wachttijden zijn beperkt.

Evenals de verkenners geeft de NZa aan dat apothekers signalen hebben afgegeven dat zij ontevreden zijn over het contracteerproces en over de uitkomsten daarvan. Wel zegt de NZa dat de contracteergraad voor de prestatie terhandstelling zeer hoog is en dat een aantal zorgverzekeraars er voor gekozen heeft om de prestatie terhandstelling te contracteren als een all-in tarief. Dit betekent dat de prestaties 2 tot en met 5, die eveneens onder de basisverzekering vallen, niet apart worden gedeclareerd maar in één tarief voor de terhandstelling in rekening worden gebracht. De NZa zal de koepelverenigingen uitnodigen om te bezien of wijzigingen in de prestatiebeschrijvingen 2 t/m 5 gewenst zijn.

Verder wijst de NZa er op dat de prestaties 4 en 5 (begeleiding bij ziekenhuisopname en begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis) nauwelijks apart bij apothekers zijn gecontracteerd. Het gaat hier echter om prestaties die functioneel zijn omschreven en die derhalve ook bij andere zorgverleners dan apotheekhoudenden kunnen worden ingekocht. De NZa kan op dit moment niet beoordelen of wat er nu is gecontracteerd voldoende of onvoldoende is. De NZa kondigt daarom een nader onderzoek aan naar naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars in de farmaceutische zorg in samenwerking met de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ).

Wat de contractering voor 2013 betreft heeft de NZa signalen ontvangen van apotheekhoudenden over onvrede met de initiële contractsvoorstellen. Desondanks hebben apotheekhoudenden op grote schaal contracten afgesloten met zorgverzekeraars, nadat zorgverzekeraars verbeterde contractsvoorstellen hebben gedaan. Dit geldt ook voor dienstapotheken, waarvan een aantal aangaf niet kostendekkend te kunnen werken. De NZa wil in de marktscan extramurale farmacie 2013 een beperkt onderzoek doen naar de financiële positie van apotheken. Het gaat hier om een onderzoek naar de rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit van apotheken.

Reactie op de bevindingen en op de marktscan

De centrale vraag uit de taakopdracht van de verkenner luidt: *«of partijen, met inachtneming van elkaars verantwoordelijkheden in onderling overleg en onderhandelingen in staat zijn om tot zodanige uitkomsten te komen dat enerzijds sprake is van het doorzetten van noodzakelijke veranderingen en vernieuwingen in de extramurale farmaceutische zorg en anderzijds patiënten onbelemmerd toegang hebben en houden tot farmaceutische zorg van de vereiste kwaliteit tegen aanvaardbare kosten?»*. De verkenner beantwoordt deze vraag met een volmondig «ja».

Ook de marktscan extramurale farmacie 2012 van de NZa en met name de beleidsbrief van de NZa laat een overwegend positief beeld zien. De NZa stelt vast dat de marktscan het beeld geeft van een goede toegankelijkheid van de farmaceutische zorg, waarbij de macrokosten stabiel zijn en de prijs voor de terhandstelling licht dalend is (in 2012). Hieronder zal ik nader ingaan op de bevindingen van de verkenner en op de marktscan van de NZa en zal ik de door hen daarbij geconstateerde knelpunten en aanbevelingen de revue laten passeren.

Tot mijn genoegen constateren de verkenner dat alle partijen een soortgelijk toekomstbeeld voor ogen staat, waarin de extramurale farmaceutische zorg een essentiële plaats binnen de Nederlandse gezondheidszorg heeft en waarin de deskundigheid van de apotheker (apotheekhoudende), in samenspraak met andere zorgverleners, een cruciale rol speelt ten bate van de patiënt. Kortom de apotheker als farmaceutisch deskundige bij uitstek, die vooral zorgverlener is. Mede door deze gezamenlijke visie komen de verkenner tot de conclusie dat partijen zelf in staat zullen zijn om dit toekomstbeeld te verwezenlijken en dat daarbij vooral een faciliterende en stimulerende rol is weggelegd voor de overheid. Met name in de vorm van het organiseren van een periodiek bestuurlijk overleg met de sector.

Deze visie komt in zeer grote mate overeen met mijn visie op de toekomst van de extramurale farmaceutische zorg als onderdeel van samenhangende zorg in de buurt en indien noodzakelijk thuis. Zorg waarmee tegemoet wordt gekomen aan de behoefte van de patiënt en waarmee

meer maatwerk kan worden geleverd en die er bijvoorbeeld toe bijdraagt dat mensen langer dan voorheen in staat worden gesteld te blijven functioneren in hun eigen omgeving.

Daarbij staat voor mij centraal dat de apotheker van de toekomst:

- 1) nauw samenwerkt met huisartsen en voorschrijvers in de tweedelijns om hen te adviseren en ondersteunen bij het beter voorschrijven van geneesmiddelen en het tijdig aanbrengen van wijzigingen in voorschrijven, inclusief stoppen.
- 2) patiënten (vooral chronische) informeert, begeleidt en ondersteunt bij het beter gebruiken van hun geneesmiddelen.
- 3) integraal onderdeel is van de zorgverlening in de eerste lijn.

Twee zaken zullen in mijn ogen cruciaal zijn om te helpen bereiken dat een ontwikkeling in deze richting kan worden gerealiseerd:

- Aanpassingen in de apothekersopleiding.
- Elektronisch toegankelijke uitwisseling van patiënt- en medicatiegegevens.

De verkenner wijzen er op dat distributie en zorg ieder hun eigen dynamiek kennen en dat innovaties en professionalisering in zowel de zorg als in de distributie niet mogen worden belemmerd door een gedeelde bekostiging of kruissubsidiëring. Die notie ondersteun ik. Omdat samenwerking van apotheekhoudenden met de voorschrijvers voorop staat in bovenstaande benadering, zullen aanpassingen in de organisatie van de zorg noodzakelijk blijken te zijn. De apothekersopleiding zal meer gericht moeten zijn op het samenwerken met voorschrijvers en het begeleiden van de patiënt in zijn medicatiegebruik zoals hiervoor omschreven.

De elektronische uitwisseling van patiëntgegevens wordt bevorderd door aansluiting op het Landelijk schakelpunt (LSP). Hierdoor wordt de naast de kwaliteit van de medicatieuitwisseling, en daardoor de patiëntveiligheid, ook de samenwerking tussen apotheekhoudenden en voorschrijvers in de hand gewerkt.

De grotendeels gedeelde toekomstvisie en de positieve ontvangst van de bevindingen van de verkenner door de farmaceutische sector, sterken mij in de gedachte dat partijen er zonder (al te veel) overheidsinmenging uit kunnen komen. Temeer daar 2012 door alle partijen als een overgangsjaar is beschouwd en de contractering voor het jaar 2013 al enige differentiatie laat zien ten opzichte van 2012. Ik zal mijn beleid met betrekking tot de extramurale farmaceutische zorg dan ook continueren.

Ik realiseer mij daarbij wel dat het ingezette proces naar een betere, meer samenhangende en toekomstbestendige farmaceutische zorg tot veel onzekerheid heeft geleid. De transitiefase vraagt veel van partijen en dan vooral van de medewerkers in de apotheek. De laatste jaren is de werkbelasting van bijvoorbeeld apothekersassistenten fors toegenomen. Voor de toekomst verwacht ik juist van de apotheek (medewerkers) een forse inzet om tot een veiliger geneesmiddelgebruik te komen, door zowel de patiënten beter te monitoren/te begeleiden in hun medicatiegebruik als nauwer op te trekken met de voorschrijvend arts. Er valt grote gezondheidswinst te behalen door de gezamenlijke verantwoordelijkheid van arts en apotheker voor hun individuele patiënt concreet vorm te geven en te werken aan de aanbevelingen op het gebied van medicatieveiligheid die zijn voortgekomen uit de Harmstudie (2006) en Harmwrestling studie (2009).

De patiënt (medicatie) veiligheid kan vooral sterk worden verbeterd door de naleving van de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten een impuls te geven. Deze richtlijn is in 2011 vastgesteld door zestien betrokken koepelorganisaties. VWS heeft gedurende een aantal jaren de

totstandkoming en implementatie van deze richtlijn gefaciliteerd vanwege het grote belang dat met deze richtlijn is gemoeid. De prestaties farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek en de prestatie farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit een ziekenhuis sluiten bij deze richtlijn aan. Voor een kwalitatieve invulling van de rol van zorgverzekeraars (zorgplicht), dienen zij deze prestaties ten behoeve van hun verzekerden te contracteren bij ofwel het ziekenhuis, ofwel de apotheker of bij beiden. Er zijn echter signalen dat enerzijds deze prestaties onvoldoende worden gecontracteerd en dat anderzijds, indien zij wel worden gecontracteerd, onvoldoende uitvoering wordt gegeven aan een kwalitatief goede uitwisseling van medicatiegegevens. Ik zal dit daarom expliciet aan de orde stellen in het bestuurlijk overleg met de farmaceutische sector. Medicatieveiligheid is overigens ook één van de speerpunten van het Meerjarenbeleidsplan van de IGZ.

Als daarnaast de beroepsgroepen in staat zouden zijn om, met het inzicht dat eerdergenoemde studies hebben gebracht, concreet aan de slag te gaan, zou dit tot veel verbetering kunnen leiden. Een van de meest opvallende bevindingen was dat veel van de aanbevelingen reeds deel uitmaakten van de vigerende behandelrichtlijnen van de voorschrijvers. Daarnaast kan het bij de aanpak van belang zijn te beginnen met de meest risicovolle patiënten, die de meest risicovolle geneesmiddelen gebruiken. Deze gegevens zijn bekend. Hier is veel gezondheidswinst te halen.

Wat zorgverzekeraars betreft wil ik wijzen op de zorgplicht die op hen rust. Deze zorgplicht houdt in dat er voldoende verantwoorde zorg wordt gecontracteerd. Verantwoorde zorg waar patiënten en verzekerden ook toegang toe moeten hebben. Dat wil zeggen dat er voldoende zorg overeenkomstig de stand van de wetenschap en de praktijk wordt gecontracteerd. Dit betekent dat geïnvesteerd moet worden in verantwoorde, samenhangende zorg overeenkomstig de stand van de wetenschap en de praktijk. Gerichtte investeringen kunnen niet alleen gezondheidswinst voor de patiënt opleveren maar overigens ook kosten uitsparen omdat er bijvoorbeeld minder ziekenhuisopnames nodig zijn. De zorgplicht van zorgverzekeraars strekt zich naar mijn mening ook uit tot de beschikbaarheid van door zorgverzekeraars als preferent aangewezen geneesmiddelen en de kenbaarheid daarvan voor de patiënt. Dit lijken zorgverzekeraars inmiddels steeds meer te onderkennen, getuige onder andere de afspraken en initiatieven over de distributiemarges om de verlieslatende distributie van preferente geneesmiddelen tegen te gaan. Een goede farmaceutische infrastructuur is immers gebaat bij efficiënte en kwalitatief sterke farmaceutische groothandels die in onderlinge concurrentie met elkaar staan. Naast het in stand houden van een goede farmaceutische infrastructuur is het van belang dat er ook rekenschap wordt gegeven van de effecten van het inkoopbeleid op het in stand blijven van voldoende aanbod van kwalitatief goede en veilige geneesmiddelen op de Nederlandse markt voor de wat langere termijn. In dit verband wijs ik bijvoorbeeld op nieuwe eisen die in de Europese regelgeving worden gesteld aan de kwaliteit en veiligheid van die geneesmiddelen en van de grondstoffen waaruit zij worden samengesteld. Van deze nieuwe eisen zal een opwaartse druk kunnen uitgaan op de geneesmiddelenprijzen. Het gaat hier met name om de eisen die voortvloeien uit de Europese richtlijn ter bestrijding van vervalste geneesmiddelen. Daarmee worden nieuwe verplichtingen opgelegd aan fabrikanten van zowel innovatieve als generieke geneesmiddelen.

In navolging van het advies van de verkenner zal ik een periodiek bestuurlijk overleg met de extramurale farmaceutische sector instellen. In dit overleg kan, naast het gezamenlijk werken aan een toekomstbestendige en meer innovatieve, samenhangende farmaceutische zorg, de voortgang van de door de verkenner genoemde verbeterpunten worden

besproken. Ik wil de nadruk leggen op gezamenlijkheid en op de zorginhoudelijk kant. Daarnaast wil ik bereiken dat partijen met elkaar in gesprek komen over wat de patiënt nu echt nodig heeft en hoe dat op niet al te lange termijn ook daadwerkelijk kan worden gerealiseerd door die partijen. Daarbij zal niet alles tegelijk kunnen gebeuren. Ik zal partijen aansporen om concrete stappen overeen te komen die werkelijk uitvoerbaar zijn. Dat kan aan de hand van een concrete agenda die in het bestuurlijk overleg kan worden vastgesteld. Ik vraag en verwacht hierbij wel «commitment» van alle partijen om de geconstateerde knelpunten gezamenlijk te willen oplossen en om een toekomstbestendige en meer innovatieve, samenhangende farmaceutische zorg te verwezenlijken in het belang van de patiënt aan de hand van een concrete kwaliteitsagenda.

Acties naar aanleiding van de bevindingen van de verkenner en de marktscan extramurale farmacie 2012

Ik ben het eens met de bevindingen van de verkenner en met de beleidsbrief van de NZa dat er sprake is van een transitie naar een nieuw systeem dat nog niet tot wasdom is gekomen. En dat zo'n omslag tijd nodig heeft.

De rol van de overheid kan mijn inziens inderdaad beperkt blijven tot faciliteren en stimuleren. Deze rol zal ik op mij nemen. Voor de uitvoering van deze rol zal ik een aantal aanbevelingen ter harte nemen. Zo zal ik:

1. een periodiek bestuurlijk overleg met de sector instellen, zoals voorgesteld door de verkenner. In juni zal dit overleg voor het eerst bij elkaar komen. Ter voorbereiding van het bestuurlijk overleg worden enkele bilaterale overleggen gehouden tussen VWS en de meest betrokken partijen;
2. bezien of het wenselijk en noodzakelijk is om de medicatiecheck uit het eigen risico te lichten, dan wel of deze aanbeveling van de verkenner materieel al binnen de huidige wetgeving kan worden verwezenlijkt door individuele zorgverzekeraars;
3. de NZa vragen de Good Contracting Practices te herijken in het licht van de bevindingen van de verkenner en de uitkomsten van de marktscan;

De NZa heeft aangekondigd:

4. een onderzoek te doen naar de financiële positie van apotheken (waar ook de verkenner op aandringen). Het gaat om een onderzoek naar de rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit van apotheekbedrijven en naar de omvang van het apotheekaanbod;
5. een onderzoek te doen naar de zorgplicht van zorgverzekeraars in samenwerking met de IGZ (of er voldoende verantwoorde zorg wordt gecontracteerd);
6. de sector uit te nodigen om na te gaan of wijzigingen in de prestatiebeschrijvingen gewenst zijn.
7. In te grijpen als de zorginkoop of de vergoeding van zorg niet aan de zorgplicht voldoet of als zij algemene, structurele (markt-)belemmeringen constateert.

In het bestuurlijk overleg zullen de (resterende) knelpunten (in de contractering, het preferentiebeleid, de taakverdeling tussen de eerste- en tweedelijns en de kwaliteit van de medicatieoverdracht) die de verkenner hebben geconstateerd en die partijen opvoeren, aan de orde kunnen komen. Ik wil nu niet vooruitlopen op mogelijke oplossingen. De oplossingen zullen zoveel mogelijk door de partijen in de farmaceutische sector zelf moeten worden gerealiseerd. Waar mogelijk en nodig zal ik daarin faciliteren. Zo hebben mijn ambtenaren met inachtneming van ieders verantwoordelijkheid, verkennende gesprekken gevoerd en

bijeenkomsten bijgewoond over nieuwe vormen van geïntegreerde eerstelijnszorg inclusief de farmaceutische zorg.

Gezien het bovenstaande ben ik er van overtuigd dat er goede condities zijn geschapen voor het welslagen van de ingezette beleidsomslag. Een en ander ten behoeve van de patiënt, die recht heeft op de best mogelijke, samenhangende zorg tegen aanvaardbare uitgaven en het in stand houden cq. creëren van de daarvoor benodigde zorginfrastructuur.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers