

Juridische mogelijkheden voor versterking van de sturende rol van zorgverzekeraars in de farmacie

Op 31 oktober 2003 heeft het kabinet het kabinetsstandpunt (middel)lange termijn geneesmiddelenbeleid vastgesteld. Verschillende van de daarin genoemde maatregelen zijn gericht op het versterken van de positie van zorgverzekeraars.

De gedachte achter de verzekeraarssturing is dat zorgverzekeraars¹ die rechtstreeks contact hebben met zowel verzekerden, artsen als apothekers beter in staat zijn om de stijgende kosten van de geneesmiddelenvoorziening te beheersen en de doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening te bevorderen dan de centraal sturende overheid met klassieke prijs- en kostenbeheersingsinstrumenten. Verzekeraars hebben daarvoor wel adequate instrumenten nodig en tevens dienen eventuele belemmeringen te worden geslecht.

In mijn brief (29 477, nr 2) van 2 juli 2004 inzake de voortgangsrapportage uitvoering middel-lange-termijn geneesmiddelen beleid heb ik toegezegd in kaart te zullen brengen welke juridische mogelijkheden er nu reeds zijn en welke er de komende tijd zullen worden doorgevoerd om de positie van zorgverzekeraars op het farmacie-dossier te versterken. Met de onderhavige notitie doe ik deze toezegging gestand. In paragraaf 1 wordt achtereenvolgens ingegaan op de wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering², de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (Hoz), de wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG ExPres) en de Zorgverzekeringwet (Zvw). Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft een onderzoek laten uitvoeren naar juridische mogelijkheden om zorgverzekeraars verder te instrumenteren voor hun regierol in de geneesmiddelenvoorziening. In paragraaf 2 wordt daarop ingegaan.

Zowel het College voor zorgverzekeringen (CVZ) als het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) hebben gerapporteerd over de rol en prestaties van zorgverzekeraars in het streven naar een doelmatige geneesmiddelenvoorziening. In paragraaf 3 ga ik beknopt op beide rapportages in. Paragraaf 4 geeft een overzicht van initiatieven die zorgverzekeraars reeds hebben genomen om daadwerkelijk inhoud te geven aan hun meer sturende rol. Paragraaf 5 bevat mijn conclusie.

1. Maatregelen die de positie van zorgverzekeraars versterken

1.1 Wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering

Met de wijziging van het Verstrekkingenbesluit welke op 19 december 2003 in werking is getreden (Staatsblad 2003, 523), hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid gekregen om niet meer alle geneesmiddelen te vergoeden die zijn opgenomen op bijlage 1 bij de Regeling Farmaceutische hulp. Zorgverzekeraars hebben nu de vrijheid om te bepalen dat hun verzekerden, binnen een groep middelen met dezelfde werkzame stof, bijvoorbeeld alleen het goedkoopste middel krijgen vergoed. Indien het aangewezen (preferente) middel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is, blijft de verzekerde aanspraken hebben op een niet preferent middel.

Zorgverzekeraars hebben daarmee de mogelijkheid gekregen om zich actief met de inkoop bezig te houden. Via de prijsstelling of de keuze voor een preferent middel kunnen zij kostenbesparingen realiseren. Deze mogelijkheid hadden zij voor de inwerkingtreding van dit besluit niet.

¹ Waar in deze nota gesproken wordt over "zorgverzekeraars", wordt bedoeld op ziekenfondsen en particuliere verzekeraars voor zover zij de WTZ uitvoeren.

² Gezien de koppeling met de ziekenfonds-aanspraken is ook het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden aangepast. Waar in deze nota gesproken wordt over de wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, wordt eveneens bedoeld op de daarmee samenhangende wijziging van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden.

1.2 Wet Herziening overeenkomstenstelsel zorg (Hoz)

Algemeen

De Wet herziening overeenkomstenstelsel (beoogde datum van inwerkingtreding is 1 januari 2005) is erop gericht de verzekeraars en de aanbieders van zorg meer mogelijkheden te geven zelf invulling te geven aan hun contractuele relatie. Op dit moment is het zo geregeld dat organisaties van ziekenfondsen en van zorgaanbieders overleg plegen over de inhoud van de zogenaamde medewerkerovereenkomsten. Indien dit overleg tot overeenstemming leidt, moet de uitkomst van overleg (uvo) worden goedgekeurd door het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Wordt geen overeenstemming bereikt dan stelt het CVZ een modelovereenkomst vast. De Zfw regelt momenteel dat individuele overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten overeenstemmen met de uvo's of de modelovereenkomsten. De uvo's laten dus weinig ruimte voor maatwerk en stimuleren het niet om werk te maken van individuele onderhandelingen. Door het afschaffen van de landelijk geldende uitkomsten van overleg worden de directe onderhandelingspartijen (zorgverzekeraar en zorgaanbieder) verantwoordelijk voor de zorgcontractering. Hierdoor ontstaat ruimte voor de onderhandelende partijen om beter tegemoet te komen aan de zorgbehoefte van verzekerden en afspraken te maken over doelmatige zorginkoop, kortom; om maatwerk te leveren. Tevens ondersteunt de Hoz verzekeraars in het door hen te voeren preferentiebeleid.

Instrumenten zorgverzekeraars voor het geval apothekers weigeren een contract te sluiten
Zorgverzekeraars ondernemen de laatste jaren steeds meer activiteiten gericht op doelmatige zorginkoop. Deze activiteiten kunnen hen in conflict brengen met zorgaanbieders, die soms andere belangen hebben dan het aanbieden van hun diensten op een wijze en tegen voorwaarden die, vanuit de optiek van de sociale ziektekostenverzekering, het meest doelmatig is. Zorgverzekeraars die een preferentiebeleid voeren op het farmaciedossier hebben soms grote moeite om overeenkomsten te sluiten met apothekhoudenden. Veel apothekhoudenden weigeren overeenkomsten te sluiten waarin een preferentiebeleid is opgenomen.

Tot nu toe zijn zorgverzekeraars onder alle omstandigheden gehouden om overeenkomsten met zorgaanbieders ten grondslag te leggen aan alle zorg die zij ten behoeve van hun verzekerden betalen. Uitgaven van zorg waaraan geen overeenkomst ten grondslag ligt zijn onrechtmatig. Zorgaanbieders weten dat zorgverzekeraars gebonden zijn aan de plicht om overeenkomsten te sluiten en weten ook dat zorgverzekeraars onrechtmatig handelen als zij niet aan deze plicht voldoen. De eigen externe accountant van het ziekenfonds kan niet de wettelijk voorgeschreven rechtmatigheidsverklaring afgeven als overeenkomsten ontbreken. Omdat het ontbreken van een rechtmatigheidsverklaring in de openbaarheid komt, voelen zorgverzekeraars zich kwetsbaar op dit punt. Het is niet ondenkbaar dat zorgaanbieders gebruik maken van dit gegeven door zorgverzekeraars onder druk te zetten met een weigering een overeenkomst te sluiten als de door het ziekenfonds aangeboden overeenkomst hen niet bevalt, of als de bestaande machtsbalans tussen henzelf en het ziekenfonds zich in hun nadeel dreigt te wijzigen.

Ook ZN wijst op dit probleem. In haar rapportage van november 2003 (zie ook paragraaf 2) wijst ZN erop dat ziekenfondsen de totstandkoming van reële prijzen niet kunnen afdwingen omdat zij geen instrumenten hebben die voorzien in de situatie die ontstaat indien onderhandelingen met apothekers en industrie niet tot een voor het ziekenfonds aanvaardbare prijs leiden.

Met de inwerkingtreding van de wet Hoz is in een oplossing voor dit probleem voorzien. De Hoz maakt het namelijk mogelijk dat het CTZ (op verzoek van een ziekenfonds) kan besluiten dat de externe accountant van het desbetreffende ziekenfonds bij het afgeven van de rechtmatigheidsverklaring geen rekening hoeft te houden met het feit dat een overeenkomst ontbreekt. Het CTZ beoordeelt of het feitelijk handelen van het ziekenfonds rechtmatig was. Dit wordt beoordeeld aan de hand van de werkelijke inspanningen die het ziekenfonds heeft gedaan om op redelijke condities voldoende overeenkomsten af te sluiten. Een ziekenfonds kan dus in speciale gevallen ontslagen worden van de verplichting om een overeenkomst met een zorgaanbieder af te sluiten. Een dergelijk besluit van het CTZ voorkomt dat een ziekenfonds formeel onrechtmatig handelt terwijl het zich juist maximaal inspant om te voldoen aan de wettelijke opdracht om de sociale ziektekostenverzekering doelmatig uit te voeren.

Dit heeft een positief effect op de onderhandelingspositie van verzekeraars. Zij kunnen de onderhandelingen nu ingaan zonder de vrees dat het niet slagen daarvan kan leiden tot een onrechtmatigheidsverklaring .

1.3 De Wtg ExPres

Algemeen

Met de Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (Wtg ExPres; beoogde datum van inwerkingtreding is 1 januari 2005) komt de nadruk bij de tariefonderhandelingen op decentraal niveau te liggen. Door speelruimte te bieden aan zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars en onnodige overheidsregulering te schrappen ontstaat meer ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en voor individuele en lokale oplossingen bij tariefonderhandelingen. De speelruimte wordt ondermeer vergroot door de introductie van meer tariefsoorten dan alleen een vast- en een maximumtarief. In dit kader past ook het voornemen om te komen tot een modulaire tariefstructuur voor apothekhoudenden die meer sturingsmogelijkheden biedt voor de zorgverzekeraars en die de expertise van de apotheker beter kan benutten en belonen.

Betekenis van de Wtg ExPres voor de ziektekostenverzekeraars in de geneesmiddelensector
De betekenis van de Wtg ExPres voor de zorgverzekeraars is gelegen in:

- Het primaat voor een tariefafpraak ligt net als in de huidige wet bij de individuele zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar. Zij krijgen daarbij wel meer speelruimte. In de (uitvoering van de) wet komt de nadruk bij tariefonderhandelingen te liggen op decentraal niveau. Geen collectieve dictaten met weinig ruimte voor individuele en lokale oplossingen meer.
- De introductie van meer tariefsoorten dan alleen een vast- en een maximumtarief vergroot de speelruimte. Allerlei verschillende tariefsoorten als een vast tarief, maximumtarief, minimumtarief, toptarief, basistarief, bodemtarief, opslagtariet, deeltarief, bandbreedtetarief, totaaltarief (inkomstenbudget), of een andere in een zodanige beleidsregel beschreven juridisch bindende tariefsoort kunnen worden toegepast.
- Een experimenteerartikel in de wet bevordert innovatie van bekostigingssystemen voor zorgaanbieders en prestaties. Een zorgaanbieder met een nieuwe nog niet in beleidsregels beschreven prestatie kan zelf bij het CTG een tarief of een prestatiebeschrijving aanvragen. De aanvraag hoeft niet gedaan te worden in samenwerking met een representatieve organisatie.

1.4. Zorgverzekeringwet (Zvw)

Mijn voornemen om te komen tot een Zorgverzekeringwet waarin het onderscheid tussen ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoerders van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren wordt opgeheven, heb ik voor advies aan de Raad van State voorgelegd. Na inwerkingtreding van deze wet (beoogde datum van inwerkingtreding is 1 januari 2006) beschikken alle zorgverzekeraars over dezelfde sturingsmogelijkheden. Daarmee is de creatie van één homogene, transparante markt met gelijke spelregels voor alle zorgverzekeraars een feit.

De Zvw vergemakkelijkt het voor verzekerden om van zorgverzekeraar te wisselen. Dit noodzaakt zorgverzekeraars om zich in te spannen om verzekerden te houden en te werven. Zorgverzekeraars zullen daarom sterker gemotiveerd zijn om in hun onderhandelingen met zorgaanbieders doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg af te dwingen. De ruimte voor ondernemerschap voor zorgverzekeraars wordt verder gestimuleerd doordat de Zvw winstmotief toestaat aan zorgverzekeraars. Ook mogen zorgverzekeraars binnen zekere grenzen naast een «naturapolis» een «restitutiepolis» of een mengvorm van beiden aanbieden. Deze ruimte voor zorgverzekeraars vergroot de mogelijkheden tot het bieden van maatwerk aan verzekerden.

2. Advies van Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

In haar rapportage van november 2003 gaat ZN in op de juridische mogelijkheden om zorgverzekeraars verder te instrumenteren voor hun regierol in de geneesmiddelenvoorziening en stelt daartoe de volgende maatregelen voor:

- De mogelijkheid om vooraf een restitutiebesluit in de zin van (een gewijzigd) artikel 11 van de Ziekenfondswet af te kondigen;
- Het aanpassing van het huidige artikel 17 f WTG om een (lager) restitutietarief mogelijk te maken;
- Het voorschrijven op stofnaam te verplichten, tenzij medische noodzaak anders vereist. Daartoe zou in ieder geval artikel 10 van Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering moeten worden aangescherpt.

De door ZN voorgestelde maatregelen hebben inmiddels een rol gespeeld bij de totstandkoming van de wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, de Wet Hoz en de WTG ExPres. Hieronder ga ik kort specifiek in op de onderwerpen restitutie/natura en het voorschrijven op stofnaam.

Restitutie

De door ZN voorgestelde wijzigingen ten aanzien van restitutie hebben tot doel apotheken te stimuleren overeenkomsten te sluiten, daar zij bij het ontbreken van een overeenkomst terecht komen in een voor hen onaantrekkelijk restitutesysteem. Dit leidt niet tot een evenwicht in de machtsverhouding tussen apotheek en zorgverzekeraar, maar draait deze machtsverhouding juist om. Het wordt dan immers aantrekkelijk voor een zorgverzekeraar om geen contracten te sluiten. Het hierboven besproken wetsvoorstel Hoz leidt wel tot meer evenwicht. De nadelen van het niet hebben van een overeenkomst worden door dit wetsvoorstel namelijk wel flink kleiner voor een zorgverzekeraar, maar aantrekkelijk wordt het niet, net zo min als voor een apotheek.

Voorschrijven op stofnaam

De wenselijkheid c.q. noodzaak van de aanbeveling om het voorschrijven op stofnaam te verplichten en artikel 10 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering aan te scherpen, zal mede worden gezien aan de hand van de uitkomsten van het (deel)Project doelmatig geneesmiddelengebruik waarin een campagne is opgenomen voor het meer voorschrijven op stofnaam. Opgemerkt zij dat het voorschrijven op stofnaam (dus zonder aanvullende afspraken met zorgverzekeraars of voorschrijvers) op zichzelf onvoldoende is om er voor te zorgen dat ook daadwerkelijk geneesmiddelen met lagere prijzen worden afgeleverd.

Hiermee is voor een deel tegemoet gekomen aan de wensen van ZN. Of en in hoeverre nadere wijzigingen wenselijk dan wel noodzakelijk zijn, zal worden gezien in het kader van de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet die per 1 januari 2006 in werking moet treden. Tussentijdse wetwijzigingen liggen dan ook niet voor de hand.

3. Rapportages van CVZ en CTZ

Rapport van het CVZ: Regierol verzekeraars in het farmaciedossier

In oktober 2003 heeft het CVZ een rapport uitgebracht over 'de regierol van verzekeraars in het farmaciedossier'. Het CVZ signaleert hierin dat de positionering van zorgverzekeraars als regisseur langzaam gestalte krijgt. De inspanningen van verzekeraars hebben zich met name gericht op afspraken over doelmatige farmaceutische zorg. Hoe verzekeraars dit doen is verschillend. De ene helft kiest ervoor zijn sturende rol te realiseren met instandhouding van de bestaande machtsverhoudingen in de farmaceutische zorgketen, de andere helft kiest ervoor om de zeggenschap over de farmaceutische zorg naar zich toe te trekken (preferentiebeleid). CVZ constateert dat de activiteiten van zorgverzekeraars op het gebied doelmatig voorschrijven nog zeer beperkt zijn en wijst erop dat uit onderzoek van KPMG blijkt dat verzekeraars hieraan het afgelopen jaar minder aandacht hebben besteed. Het CVZ is van mening dat dergelijke

activiteiten juist het fundament vormen van de invulling van de regierol van de zorgverzekeraars. Volgens CVZ is het een grote uitdaging voor de zorgverzekeraars, om samen met zorgaanbieders en verzekerden hieraan verdere invulling te geven. Ik sluit mij hier graag bij aan. Tezamen met het CVZ verwacht ik dat op het gebied van voorschrijf –aflevergedrag en het gebruik van geneesmiddelen nog veel doelmatigheidswinst te behalen is.

Rapport van het CTZ: De prestaties van zorgverzekeraars in het streven naar een doelmatige geneesmiddelenvoorziening

In mei 2004 heeft het CTZ een rapport uitgebracht, getiteld “De prestaties van zorgverzekeraars in het streven naar een doelmatige geneesmiddelenvoorziening”. In dit rapport gaat het CTZ in op de mate waarin zorgverzekeraars activiteiten hebben ondernomen om de geneesmiddelenvoorziening te verbeteren en op de resultaten die daarbij zijn behaald. CTZ constateert dat de meeste zorgverzekeraars activiteiten hebben ondernomen om de zorgverlening aan hun verzekerden te dekken en daarmee voorschrijfverbeteringen en besparingen hebben gerealiseerd (bijvoorbeeld afspraken maken over verbetering voorschrijfgedrag, besparingen op de kosten van geneesmiddelen en het maken van kwaliteitsafspraken met apothekers). Een groep van vier zorgverzekeraars presteert matig, aldus het CTZ. Het CTZ constateert dat zorgverzekeraars een verbeterde taakuitvoering kunnen realiseren door:

- afspraken met zorgverleners te maken over voorschrijfinitiatieven waarvan de effectiviteit is gebleken en de spiegelinformatie af te stemmen op deze initiatieven;
- in de overeenkomsten op te nemen dat de overdracht van de overeenkomst bij overdracht van de apotheek niet vanzelfsprekend is;
- concrete kwaliteitseisen te stellen aan de zorgverlening door apothekers en de jaarverslaggeving van apothekers hierop aan te laten sluiten. Daarmee neemt de waarde van de jaarverslaggeving door apothekers voor de zorgverzekeraar toe.

Het CTZ zal de zorgverzekeraars die matig presteren op hun functioneren aanspreken. In 2005 zal het CTZ het onderzoek herhalen en dan een zwaarder accent leggen op gerealiseerde besparingen en tevens bezien of aan de aanbevelingen van het CTZ gevolg is gegeven.

4. Initiatieven van zorgverzekeraars

De keuze voor een sturende rol voor verzekeraars betekent een koerswijziging voor de partijen die betrokken zijn bij de geneesmiddelenvoorziening. De verzekeraars moeten wennen aan hun nieuwe rol. Sommige verzekeraars hebben deze nieuwe uitdaging vrij snel opgepakt. Het afgelopen jaar zijn de resultaten daarvan zichtbaar geworden. Voorbeelden van de door zorgverzekeraars ontwikkelde initiatieven zijn. Hieronder geef ik u daarvan enkele voorbeelden.

Aanbestedingen van bepaalde veel gebruikte geneesmiddelen

Aanbesteden betekent de uitvoering van een levering van een bepaald geneesmiddel in het openbaar voor een prijsopgave beschikbaar stellen. De Farmaceutische proeftuin Groningen (zorgverzekeraar Geové) heeft de groep van protonpompremmers waaronder het middel omeprazol aanbesteedt. De verzekeraars CZ/VGZ en Univé hebben de middelen omeprazol en simvastatine aanbesteedt. Voor beide aanbestedingen waren geen of te weinig inschrijvingen waardoor ze moesten worden afgeblazen. Doel van de aanbestedingen was om tot een lagere prijs voor deze middelen te komen of een deel van de apotheekmarge naar zorgprojecten te laten vloeien. Tegenover deze lagere prijs voor de verzekeraar stond voor de fabrikant een (tijdelijk) afzetgarantie.

Eigen apotheken van DSW³

DSW heeft het nodige gedaan om zijn regierol in het farmaciedossier gestalte te geven. Er is in de regio een duidelijk beleid neergezet om overname door de farmaceutische groothandel van bestaande apotheken te ontmoedigen én iets te doen aan de stijgende goodwillprijzen. Daarnaast is DSW op strategisch juiste plekken, de huisartsen onder één dak (HOED) locaties,

³ De informatie in deze passage is gehaald uit het jaarverslag van DSW over het jaar 2002: Bouwen aan zorg

apotheken gestart. Door dit beleid heeft DSW zijn onderhandelingspositie hersteld over vestiging en verplaatsing van apotheken, overdracht van de apotheken aan derden en leveringsvoorwaarden van geneesmiddelen aan hun verzekerden.

Overeenkomst van CZ en DSW met de Etos-apotheek

In april 2003 is de drogisterij keten Etos, redelijk geruisloos twee eigen apotheken gestart in Den Bosch. Daarnaast kunnen mensen ook voor hun medicijnen terecht in één van de acht medicijnpunten die Etos in Albert Heijn vestigingen heeft geopend.

In juli hebben de verzekeraars CZ en VGZ bekend gemaakt dat ze een overeenkomst hebben gesloten met de Etos-apotheken. De Etos-apotheken leveren de medicijnen aan de verzekerden van beide verzekeraars voor lagere prijzen en zullen consequent het goedkoopste middel leveren. Op deze wijze komen de kortingen en bonussen die de Etos apotheek ontvangt bij de inkoop van geneesmiddelen (gedeeltelijk) toe aan de verzekerden van beide verzekeraars.

Preferentiebeleid

Op 6 mei verliep het octrooi op de meest voorgeschreven cholesterolverlager, simvastatine. Op die datum betrad een tiental generieke aanbieders deze markt, met prijzen vlak onder die van het merkmiddel, Zocor. Eén kleine aanbieder, Genthon, rekende zelfs een prijs van 42,5% onder de Zocor-prijs. Hiermee speelde Genthon in op het nieuwe beleid van zorgverzekeraar Geové om de aanspraak op een aantal generieke middelen te beperken tot het middel met de laagste prijs. Enkele zorgverzekeraars reageerden inderdaad prompt met het aanwijzen van Genthon-simvastatine als preferent middel. Genthon was de enige kleine aanbieder die zijn prijs flink onder de prijs van Zocor stelde. Dit leidde voor Genthon tot een boycot van hun middel door apotheekhoudenden, waardoor Genthon in feite dus werd afgestraft voor het verlagen van zijn prijs.

Naar aanleiding van het door verzekeraars ingezette preferentiebeleid is er een aantal rechtszaken aangespannen. Daaruit is gebleken dat verzekeraars rekening dienen te houden met de gerechtvaardigde belangen van apothekers en dat aan het preferentiebeleid wel overeenkomsten met apothekers ten grondslag moeten liggen. Het inmiddels gewijzigde Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering biedt daarvoor de grondslag.

5. Conclusie

Wanneer alle hierboven genoemde maatregelen in werking zijn getreden, beschikken de zorgverzekeraars over aanzienlijk meer instrumenten dan op dit moment om een sturende rol te kunnen spelen bij de doelmatige verstrekking van geneesmiddelen.

Zo ver is het echter nog niet. Op dit moment is alleen de wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering daadwerkelijk in werking getreden. De overige maatregelen treden naar verwachting op 1 januari 2005 (Wet Hoz en WTG ExPres), respectievelijk 1 januari 2006 in werking. We moeten dus nog afwachten of de betreffende instrumenten in de praktijk het beoogd effect sorteren in de zin van meer invloed van de zorgverzekeraars op zowel de voorschrijfbeslissingen van artsen als op de inkoop- en afleverbeslissingen van de apothekers. Zoiets gaat niet van vandaag op morgen.

Ik ben van mening dat na inwerkingtreding van de genoemde maatregelen, de juridische voorwaarden waaronder zorgverzekeraars doelmatige inkoop en aflevering van geneesmiddelen kunnen stimuleren in voldoende mate aanwezig zijn. De praktijk zal moeten uitwijzen of zorgverzekeraars deze handschoen oppakken.

Alhoewel er zeker sprake is van verbeterde mogelijkheden voor zorgverzekeraars, heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft mij gewaarschuwd voor een al te rooskleurig beeld. ZN wijst erop dat de juridische instrumenten wel in relatie moeten worden gezien tot de countervailing power van zorgverzekeraars ten opzichte van apotheekhoudenden. ZN signaleert hier terecht een spanningsveld: een door de zorgverzekeraar gewenste clause in een overeenkomst betreffende doelmatig afleveren is voor apotheekhoudenden een reden om niet tot een overeenkomst te komen. Zorgverzekeraars kunnen apotheekhoudenden daar ook niet toe dwingen. En zonder overeenkomst kan een zorgverzekeraar zijn sturende rol niet goed of minder goed waarmaken. Wat wel kan is dat een zorgverzekeraar (in zijn polisvoorwaarden) bepaalt dat

zijn verzekeren, binnen een groep middelen met dezelfde werkzame stof, alleen aanspraak hebben op het goedkoopste middel. Met het beperken van de aanspraken van verzekeren loopt de verzekeraar dan wel het risico van verlies van verzekeren. Dat kan een remmende factor zijn.

Kortom, de praktijk is weerbarstiger dan de leer. Ook al hebben zorgverzekeraars theoretisch en juridisch straks voldoende instrumenten om een sturende rol te kunnen spelen bij de doelmatige verstrekking van geneesmiddelen, dan nog wil dat niet zeggen dat zij deze rol feitelijk ook zullen oppakken.

Het is de komende jaren de kunst om gezamenlijk verder te werken aan een doelmatige geneesmiddelenvoorziening en ik zal daartoe alle betrokken partijen blijven aanspreken. Om toch positief te eindigen: op dit moment is reeds een tendens zichtbaar waaruit blijkt dat zorgverzekeraars hun nieuwe rol niet schuwen. De bovengenoemde initiatieven van zorgverzekeraars zijn daarvan een voorbeeld.
