

Samenvatting preferentiebeleid

Het preferentiebeleid leidt tot knelpunten in beschikbaarheid van medicijnen. Er is behoefte aan herziening vanwege:

- Tekorten
- Onvoldoende flexibiliteit
- Gebrek aan regionale afstemming

Denkrichtingen binnen het huidige systeem

- Regionale aanbesteding: Per regio aangepaste afspraken.
- Beperkte preferentieperiode: Maximaal 1-2 jaar voor maximaal drie producten per regio, o.b.v. leverbaarheid en duurzaamheid.
- Bij leveringsproblemen:
 - Alle generieken tijdelijk preferent.
 - Middel langer uit het beleid houden (LEF-plan).
- Terug naar LPG (laagste prijsgarantie) als uitgangspunt vóór preferentiebeleid.
- Heldere definitie van ‘tekorten’ noodzakelijk.

Inbreng (o.a. via ChatGPT)

- Regionaal maatwerk is belangrijk.
- Hybride model van preferentiebeleid: niet alleen op prijs, maar ook op beschikbaarheid, duurzaamheid en tevredenheid.
- Zorgverzekeraars moeten gevolgen van hun keuzes direct voelen, bijv. via kosten voor extra begeleiding.
- Preferentiebeleid kan keuzevrijheid van patiënten aantasten en vertrouwen schaden.

Slotvragen: “Regie terug”

- Hoe trekken we hierin gezamenlijk op?
- Hoe brengen we alternatieven onder de aandacht?
- Missen we denkrichtingen?
- Wat kunnen we op korte termijn doen?

Kernboodschap

Er is urgentie om het preferentiebeleid aan te passen aan de realiteit van leveringszekerheid en patiëntbehoeften. Een gezamenlijke aanpak en regionale flexibiliteit zijn sleutelwoorden, met aandacht voor concrete korte termijnacties.

Belangrijk daarbij is dat de definitie van “geneesmiddeltekort” duidelijk wordt. De patient ervaart een tekort als hij zijn/haar geneesmiddel niet krijgt, een apotheker als hij/zij het niet kan bestellen, de groothandel als de fabrikant niet levert en de zorgverzekeraar als de fabrikant aangeeft niet meer te kunnen leveren.

Vanuit de zaal werd gereageerd op de 4 routes. Tevens werd er gesproken hoe we dit traject onder de aandacht van de beleidsmakers konden brengen. De onderzoeken die gedaan zijn (onder andere door LEF) nog beter uitnuttten om de publieke opinie te beïnvloeden. Ook het verschil in leverbaarheid van preferente middelen per zorgverzekeraar naar buiten brengen, zodat mensen mogelijk overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Dit laatste is bijna de enige manier om verzekeraars mee te laten bewegen kwam ook uit het verhaal van Xander Koolman.

Samenvatting pakketmaatregelen

- Er komen pakketmaatregelen aan die gevolgen hebben voor alle apotheken, mogelijk tot wel 100k omzet per apotheek.
- PPI's, laxantia en vooral antihistaminica worden genoemd.
- Als apotheken dit laten gebeuren zullen ze ingehaald worden door commerciële drogist partijen.
- ASKA heeft al een expert-model gemaakt en binnen de KNMP buigt een strategie-team zich al over dit onderwerp. Patiënt en apotheek worden de dupe van deze maatregel.
- Er zou een plan B moeten komen, bijv. middels kamerbrieven, een rapport, gericht lobbyen. We moeten ons meer activistisch opstellen. Deze pakketmaatregelen zijn van invloed op de WMG en daarmee ook op de OVA gelden. NApCo pakt hier de regie vanuit de coalitie.
- In de dynamiek van de onderhandelingen rondom de CAO is duidelijk dat pakketwijzigingen een enorm effect hebben op de vergoeding voor apotheken. Dit wordt niet meegenomen in alle maatregelen (oa OVA gelden). Door in de verschillende VWS werkgroepen dit aanhangig te maken komt er bij VWS wel het besef dat dit niet zonder gevolgen is.
- Vroeger in de gereguleerde markt werd bij de totstandkoming van het tarief rekening gehouden met het volume van de WMG omzet. Door de pakketmaatregelen daalt het volume en dit moet is ingebracht worden bij oa VWS.
- Ook in dit dossier is de vraag wat kunnen we waar doen. Bij min v financiën en VWS is er weinig inhoudelijke kennis en zijn er reële en sterke argumenten om bij antihistaminica niet uit het pakket te halen:
 - Artsen zijn genegen minder voor te schrijven wanneer uit pakket,
 - Patiënten zullen deze middelen minder vaak gaan gebruiken terwijl ze het wel nodig hebben.

Samenvatting Zorg & distributie, fysiek & online

Inleiding

- De titel Zorg en distributie, fysiek en online is een EFZ (1^{ste} lijns farmaceutische zorg) tafel van VWS.
 - Hier nemen VWS, Zorgverzekeraars, Huisartsen en apothekers aan deel
 - Overleg door VWS (tijdelijk) afgebroken. Het zou niet snel genoeg gaan

- Vanwege deze tafel is het wel een van de speerpunten van de “coalition of the willing”.
- Er zijn nog steeds partijen die denken dat het scheiden van zorg en logistiek financiële voordelen op zal leveren. Denk vooral aan VGZ en haar beleid.
- Het hulpmiddelendossier is een goed voorbeeld dat het helemaal mis gaat zodra je zorg en logistiek uit elkaar haalt.
- Vergrijzing en tekorten van middelen, zorgpersoneel en financieel zal de komende jaren toenemen.
- Om de farmaceutische zorg voor onze patiënten zo goed mogelijk te organiseren is efficiënt werken essentieel. Dat kan alleen als wij verantwoordelijk zijn voor het hele proces.

Er ontstond tijdens en na de inleiding een levendige discussie waar de volgende highlights naar voren kwamen:

- Zorgverzekeraars zien ons nog steeds als een postorder bedrijf.
- We gaan het vanaf nu hebben over **Zorg en Terhandstelling** ipv Zorg en Logistiek.
- We zullen wetenschappelijk (praktijk)onderzoek als basis van ons vak een prominentere plaats moeten geven. De WSO zal hier het voortouw in (moeten) nemen. Bijvoorbeeld wat zijn de gevolgen voor de patiënten en de maatschappij indien antihistaminica niet meer vergoed zullen worden vanuit de basisverzekering.
- Tijdens de bijeenkomst kwam uit meerdere bronnen naar voren dat de NZa een brief heeft gestuurd naar alle zorgverzekeraars om ze aan te spreken op hun inkoopbeleid, en dat deze voor de farmacie op dit moment niet lijkt te voldoen.
- Digitalisering zal de komende jaren (gelukkig) steeds belangrijker worden in de farmaceutische zorgverlening.
- Apotheek.nl is een goed platform om alle farmaceutische zorg te centraliseren. Het gaat dan om zowel inhoudelijke vragen als om het vinden van apotheken. Hier zijn KNMP en LEF al met elkaar over in gesprek.
- Voorschrijfbevoegdheid van apothekers is op meerdere fronten al gaande. We willen door een verruiming van onze verantwoordelijkheden beter gebruik kunnen maken van onze expertise. We willen betere apothekers worden en niet mini dokters.
 - Het gaat dan bijvoorbeeld om aanpassingen van doseringen op basis van patiënten kenmerken, farmaceutische substitutie bij tekorten, etc.
 - Maar ook gebruik maken van onze farmaceutische expertise bij zeer complexe en kwetsbare patiënten.
 - De VJA noemt dit Recept Herschrijven. Wellicht dekt deze titel de lading beter.
- De KNMP zit aan alle overlegtafels en maakt goede stappen. Overleg met de huisartsen is constructief en oplossingsgericht.
- In steeds meer landen mogen apothekers ook vaccineren. Uit onderzoek blijkt dat de vaccinatiegraad toeneemt naarmate de beschikbaarheid groter wordt. Vaccineren door apothekers in Nederland is daarom een kwestie van tijd.

Weerstand binnen de beroepsgroep is geen issue. Als openbaar apotheker hoef je niet te vaccineren maar mag je. Dit geldt voor alle nieuwe ontwikkelingen.

- Bij Minor ailments zal de apotheek ook steeds meer betrokken worden. Samenwerken en gezamenlijk optrekken met de huisartsen is wel een must. Hier vinden goede gesprekken plaats met de KNMP en andere partijen.
- Aanvraag lab door apothekers is ook meer dan wenselijk.
- Terugkoppeling van acties naar de huisartsen zodat zij een compleet dossier hebben is wel essentieel