

Aan: NZa t.a.v. Jos Vahl
Van: NApCo
Datum: 5 november 2021

Reactie NApCo op notitie “beleidsvoornemen regelgeving farmaceutische zorg 2023”

We hebben met gezamenlijke partijen lang gediscussieerd over het voornemen de bekostiging van de GDV te wijzigen. De discussie heeft, zoals bekend, niet tot een breed gedragen wijzigingsvoorstel geleid. Wij zullen nu niet al onze eerdere inbreng hierover herhalen maar vinden het toch noodzakelijk ook in deze fase opnieuw te reageren op de wijzigingsvoorstellen.

Belangrijkste daarbij is de vraag of het voor ons liggende wijzigingsvoorstel een antwoord is voor de geschetste problemen? En is het proces dat hierin gevolgd is voldoende zorgvuldig verlopen?

Aanleiding

De oorsprong voor deze voorgestelde wijziging van de prestatie GDV ligt in een verzoek van verzekeraars. Zij waren van mening dat er geen prikkel voor deprescribing is, er een eerlijkere kostenverdeling onder GDV-gebruikers moet komen en de afleverkosten van de GDV beter in de hand gehouden zouden moeten worden.

Patiënten gaven aan dat zij meer aandacht voor zorg willen voor de veelal kwetsbare patiëntenpopulatie die gebruikt maakt van de GDV. Een abonnementssysteem zou hierin volgens hen kunnen voorzien. Een nieuwe bekostiging zou ook beter uitlegbaar moeten zijn aan patiënten.

De NZa heeft de wens productieprikkel in de bekostiging te verminderen en vindt dat bekostiging de gewenste ontwikkeling op gebied van passende zorg en deprescribing zou moeten faciliteren. Tevens geeft de NZa aan dat de huidige wijze van bekostiging GDV niet goed lijkt aan te sluiten op de daadwerkelijke kostprijs van de GDV.

Reactie

Ten eerste constateren wij, en ook de NZa bevestigt dat, dat de voorgenomen nieuwe wijze van bekostigen ook mogelijk is binnen de huidige prestatiebeschrijving. De praktijk laat dat zelfs ook concreet zien. Is er dan nog een goed onderbouwde reden voor de NZa om de koers die zij in 2012 heeft ingezet, een koers van ruim functioneel omschreven prestatiebeschrijvingen waarvoor in de vrije markt van de openbare farmacie ook geen prijzen meer vastgesteld worden, te wijzigen? Is, volgens de NZa, de markt dusdanig ontregeld dat ingrijpen van de NZa in deze vrije markt gerechtvaardigd is?

De NZa en andere partijen erkennen tevens dat, ondanks dat er geen prikkel voor deprescribing is, er vele voorbeelden zijn waarbij apothekers actief en succesvol geneesmiddelen minderen en daarvoor zelfs substantiële inspanningen doen.

Het is wel zo dat er vanuit het beleid van de prestatiebeschrijvingen geen stimulans is om af te bouwen, anders dan de intrinsieke en inhoudelijke motivatie van de apotheker (in samenwerking met voorschrijver en patiënt). Hiermee hangt samen dat de huidige bekostiging een indirecte productieprikkel bevat. Doordat de apotheker uitsluitend handelt op basis van een voorschrift van de arts is er geen sprake van een directe productieprikkel waarbij de apotheker zelf de productie op zou kunnen voeren.

Voorliggende wijzigingen bevatten echter nog steeds geen enkele stimulans tot (meer) deprescribing of meer passende zorg via de apotheker. Parallel aan het weghalen van de potentiële productieprikkel uit de bekostiging GDV had de NZa de gelegenheid moeten nemen prestaties te ontwikkelen die (inkoop van) zorg faciliteren en stimuleren, eveneens passend bij de uitgangspunten van passende zorg. Dit laatste heeft de NZa verzuimd te doen.

Wanneer we de vraag over een eerlijkere kostenverdeling willen beantwoorden moet eerst beantwoord worden wat de verschillende patiëntengroepen van elkaar onderscheidt en hoe dat tot uitdrukking moet komen. Is het niet eerlijk dat patiënten met meer middelen in een GDV, een populatie met meer zorg-intensieve patiënten en bovendien met potentieel meer wisselingen van geneesmiddelen in “de rol”, meer betalen? Dit is nu de enige



component die nog enigszins een relatie heeft met zorgzwaarte. Als dit wordt weggehaald, waar of hoe zien we een honorering van de zorgzwaarte in de nieuwe situatie dan terug? Heeft de NZa dit gelegd naast haar eigen uitgangspunten van passende zorg?

Is de nieuwe bekostiging, waarvan de verzekeraars te kennen hebben gegeven nog maar 1 tarief te hanteren ongeacht het aantal geneesmiddelen en alleen te differentiëren naar 1, 2 en 3-wekelijkse levering, dan wèl een eerlijke bekostiging? Zullen patiënten die in het nieuwe systeem meer moeten gaan betalen dit ook zo ervaren? Is door de NZa bij patiënten getoetst of deze nieuwe bekostiging inderdaad leidt tot een eerlijkere kostenverdeling die ook goed uitlegbaar is?

De uitspraak van de NZa, in haar motivering, dat de huidige wijze van bekostiging GDV ook niet goed lijkt aan te sluiten op de daadwerkelijke kostprijs van de GDV vinden wij ongepast. Deze wordt namelijk niet onderbouwd, de NZa heeft geen recente kostenonderzoeken meer gedaan en zal dit ook niet doen vanwege het feit dat de openbare farmacie vrije prijzen kent.

Hoe kan de NZa dit standpunt motiveren en als argument inbrengen zonder een gericht kostenonderzoek hiernaar?

De uitspraak is daarom suggestief en hier niet op zijn plaats.

Tot slot lezen we opnieuw dat het beleidsvoornemen is gebaseerd op het uitgangspunt dat er met de zorgverzekeraar kan worden onderhandeld over de prestaties en de tarieven en dat er nadere afspraken te maken zijn. Dit uitgangspunt is echter aantoonbaar onjuist.

Wij vinden het doorvoeren van deze wijziging in de wetenschap dat het 'vangnet' voor de apotheker in de vorm van nadere afspraken met de zorgverzekeraar er simpelweg niet is onzorgvuldig. Er is vooraf geen goede impactanalyse gemaakt, zelfs niet een poging tot. Gaat de NZa vroegtijdig bij de zorgverzekeraar toetsen of hiermee rekening wordt gehouden?

Richtlijnen

In het voorjaar hebben we ook discussie gevoerd over de opname van een verwijzing naar de richtlijnen in de prestatiebeschrijvingen. Partijen waren toen unaniem voor het behoud van deze koppeling.

In het TOF van september jl. laaide de discussie opnieuw op, méér wel specifiek in relatie tot de prestatiebeschrijving GDV. Belangrijkste reden voor Menzis om dit in te brengen was de onbekendheid met de nog te publiceren herziene richtlijn en onduidelijkheid over de termijn waarop deze beschikbaar komt. Wij hebben begrip voor dat specifieke argument. Dit is echter praktisch oplosbaar door in de prestatiebeschrijving 2023 specifiek te verwijzen naar de huidige richtlijn (september 2013).

Meer in het algemeen zijn wij van mening dat het opnemen van een verwijzing naar richtlijnen in prestatiebeschrijvingen niet betekent dat de NZa ook de taak heeft toe te moeten zien op de kwaliteit maar wel dat de NZa een nadrukkelijke rol heeft om de inkoop van kwalitatief goede farmaceutische zorg, conform de (beroeps-)richtlijnen mogelijk te maken.

Ook voor de patiënten is dat belangrijk. Het geeft transparantie over welke zorg is verbonden aan de declaratie. In de discussie rondom de 1e uitgifte binnen ter handstelling hebben we gezien dat dat heel relevant is.

Daarnaast heeft de NZa, zonder hierover met partijen in gesprek te gaan besloten om ook de verwijzing naar de multidisciplinaire richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten te schrappen. In de eerdere consultatie noch in het TOF van september jl. is dit ter discussie gebracht. Had de NZa uit de discussie over de richtlijn GDV mogen concluderen dat dit ook voor de verwijzing naar de multidisciplinaire richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten zou gelden?

Heeft de NZa ook getoetst of dit geen negatief effect heeft op het stimuleren van de overdracht van medicatiegegevens in de praktijk?

Conclusie

Concluderend stellen wij dat er zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve impactanalyse ontbreekt. Er is vanuit de NZa geen reflectie of de wijziging een antwoord geeft op de geschetste problematiek en ook heeft de NZa geen onderzoek gedaan naar mogelijk noodzakelijk flankerend beleid.

Daarmee is de noodzaak voor deze wijziging onvoldoende en onzorgvuldig onderbouwd en maken wij bezwaar tegen bovengenoemde beleidsvoornemens regelgeving farmaceutische zorg 2023 gesteld onder vraag 1 en vraag 8.

Met de overige vragen zijn wij akkoord.