



## APOTHEKEN: KOSTENPOST OF TOEGEVOEGDE WAARDE?

---

Vormen apothekers een kostenpost of moet de focus liggen op hun mogelijkheid om de maatschappij juist kosten te besparen?

### Management samenvatting


De invoering van het preferentiebeleid op 1 juli 2008 heeft een aanzienlijke impact op de Nederlandse farmaceutische markt gehad. In de studie 'Preferentiebeleid, katalysator voor nieuwe ordening in de geneesmiddelenmarkt' heeft IMS de gevolgen van het preferentiebeleid voor de diverse stakeholders in kaart gebracht. Generieke fabrikanten voerden naar aanleiding van het preferentiebeleid prijsverlagingen door tot ruim 90%. Als gevolg hiervan zagen apotheken hun inkoopmarge en financiële resultaat aanzienlijk dalen. Stakeholders voeren volop de discussie over de apotheekvergoeding, mede door het begin november gepubliceerde onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar de inkoopvoordelen en praktijkkosten binnen de farmacie.

Betalers gaan vaak voorbij aan de indirecte kosten van onjuist geneesmiddelengebruik als ze kijken naar de apotheekvergoeding. Deze indirecte kosten kunnen worden gereduceerd met een efficiënt apotheekstelsel.

IMS onderzocht de vergoeding en de rol van de Nederlandse apotheek in Europees perspectief. Daarbij is zowel gekeken naar logistieke dienstverlening als naar zorgtaken.

### De Nederlandse apotheek ontvangt een beneden gemiddelde vergoeding per verstrekking voor receptgeneesmiddelen in vergelijking tot omringende landen

In vergelijking tot Duitsland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, België en Denemarken krijgen apotheken in Nederland een vergoeding voor de verstrekking van een verpakking die onder het gemiddelde ligt ten opzichte van deze landen. Apotheken in Denemarken en het Verenigd Koninkrijk ontvangen vergeleken bij Nederland een lagere vergoeding per verstrekte verpakking, maar deze markten kennen een andere vergoedingsstructuur. In Nederland vindt een driemaandelijks verstrekking plaats, net als in Duitsland en Denemarken, en betaalt de betaler voor een gemiddelde jaarconsumptie dus 4 keer de vergoeding per verstrekking. In het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en België leveren apotheken voor een maand uit en betaalt de betaler dus 12 keer een vergoeding voor dezelfde jaarconsumptie. Daarnaast hebben apotheken in andere Europese landen meer mogelijkheden voor aanvullende inkomstenbronnen, zoals de verkoop van vrij verkrijgbare geneesmiddelen of het leveren van betaalde aanvullende diensten,




De apotheekvergoeding is in de onderzochte landen verschillend opgebouwd. Voorheen was de apotheekmarge vaak gebaseerd op een vast percentage van de geneesmiddelprijs. Door de stijging van geneesmiddelenprijzen zijn de meeste landen overgestapt op een regressieve margeberekening om de stijgende kosten te beperken. Frankrijk, België en Denemarken hebben inmiddels regressieve margeberekeningen geïmplementeerd. Overheden in die landen regelen deze regressie door een formule toe te passen op de apotheekinkoopprijs. Het Duitse systeem is gebaseerd op een receptregelvergoeding en een gering inkoopvoordeel voor de apotheek. Landen die de marge regelen via een formule, hebben het verstrekken van kortingen aan de apotheek vaak verboden of gelimiteerd. De marge voor de apotheek is binnen deze systemen voorspelbaar.

Het Verenigd Koninkrijk en Nederland kijken af met een vaste, maximale vergoedingsprijs. De apotheek kan een geneesmiddel tegen een lagere prijs inkopen en mag het verschil houden. Beide landen reguleren de korting die een apotheek op deze manier ontvangt door een deel van de inkoopvoordelen terug te halen via een zogenoemde 'clawback' regeling. In beide markten ontvangt de apotheek daarnaast een receptregelvergoeding.

Zowel het Verenigd Koninkrijk als Nederland heeft maatregelen genomen om de winst te beperken die apotheken maken binnen dit commerciële concurrentiemodel. In oktober 2007 verlaagde het Verenigd Koninkrijk het vergoedingsniveau voor het generieke segment aanzienlijk. Daarmee verdween € 571 miljoen winst uit het systeem. Nederland voerde in juli 2008 het preferentiebeleid breed in. Onderdeel daarvan was een prijsverlaging van de belangrijkste generieke middelen met gemiddeld 75%.

In beide landen uiten apotheken hun bezorgdheid over de houdbaarheid van het systeem. In het Verenigd Koninkrijk heeft dit inmiddels geleid tot het gedeeltelijke terugdraaien van de verlaging van de vergoeding en is apotheken €234 miljoen toegezegd om het tekort aan te vullen. In de Nederlandse markt staat de hoogte van de apotheekvergoeding nog ter discussie.

De rentabiliteit van de apotheek wordt niet alleen bepaald door de hoogte van de vergoeding voor geneesmiddelenuitgifte. Naast de uitgifte van geneesmiddelen hebben apotheken andere inkomstenbronnen. In het Verenigd Koninkrijk ligt de vergoeding voor geneesmiddelen uitgifte beneden het gemiddelde. In 2005 is echter met het 'apotheekcontract' de rol van de apotheek verschoven van logistiek dienstverlener naar zorgverlener. Apotheken kunnen daardoor met betalende aanvullende zorgverlening contracteren, zoals begeleiding bij stoppen met roken en griepvaccinaties, en ontvangen



hiervoor een aparte vergoeding. Deense apotheken hebben bijvoorbeeld weinig last van concurrentie met supermarkten en drogisterijen in de verkoop van vrij verkrijgbare geneesmiddelen. Hetzelfde geldt voor een aantal apotheekketens in het Verenigd Koninkrijk. In Frankrijk hebben apotheken zelfs nagenoeg het monopolie op de verkoop van OTC-middelen. In veel landen buiten Nederland is een groot deel van de omzet afkomstig van deze producten.

#### De rol van apotheken in de gezondheidszorg


Ongewenste interactie van geneesmiddelen of het niet opvolgen van het voorschrift door de patiënt kunnen ongewenste bijwerkingen, ziekte, ziekenhuisopname en in het ergste geval zelfs overlijden tot gevolg hebben. Een verslechterde toestand van de patiënt verhoogt de totale behandelkosten. Betalers kunnen kosten besparen door een gezondheidsafname bij patiënten te voorkomen.

Betalers rekenen de apotheeksector vaak alleen tot de directe kosten. Zij tellen de inkoopkosten van het geneesmiddel op bij de exploitatiekosten van de apotheek. Daarmee gaan ze voorbij aan de besparingen die apothekers kunnen realiseren met een doeltreffend apotheekstelsel. De uitdaging zit erin dit meetbaar te maken.

De apotheek is de plaats waar het recept, de arts, het geneesmiddel en de patiënt samenkomen. Wanneer een patiënt begint met een behandeling moet de apotheker het juiste product leveren en de patiënt uitleggen wat hij krijgt en hoe hij dit geneesmiddel moet gebruiken. Door te overleggen met de patiënt of, in sommige markten, door het inzien van het dossier van de patiënt kan de apotheker mogelijke nadelige interacties tussen geneesmiddelen signaleren, zodat tijdig actie kan worden ondernomen om problemen te voorkomen. Na aanvang van de behandeling kan de apotheek controleren of de patiënt de voorgeschreven geneesmiddelen op de juiste wijze gebruikt door bij te houden of de patiënt volgens schema terugkomt. De frequentie waarmee de patiënt het geneesmiddel gebruikt kan de apotheker evalueren, evenals het tijdstip waarop patiënten hun middel gebruiken. De apotheker kan hierin een begeleidende en corrigerende rol spelen.

#### Nederlandse apotheken kennen een uitgebreide dienstverlening in vergelijking met andere landen

De functie van een apotheek in België, Denemarken, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk is: leveren van dezelfde basisdiensten. Alle landen stellen de eis dat de apotheek toegankelijk is voor de patiënt en dat hij volgens recept het juiste product verstrekt.



Er zijn verschillen zichtbaar in de dienstverlening van apotheken in de onderzochte landen. Deze verschillen zijn het gevolg van de omgeving waarin de apotheek opereert.

Opvallend is de mate waarin de apotheek:

- een rol speelt bij generieke substitutie;
- verantwoordelijk is voor de afwikkeling van de vergoedingen;
- een hoog niveau van kwaliteitszorg garandeert;
- Initiatief neemt om farmacotherapeutische programma's uit te voeren.

De beschikbaarheid van geavanceerde geautomatiseerde systemen speelt in die verschillen een belangrijke rol.


### *Supportsystemen*

Nederlandse apotheken kunnen bogen op een effectief automatiseringssysteem. Het elektronische patiëntendossier is longitudinaal. De patiënthistorie is opgeslagen en toegankelijk voor de apotheker. Als hij een geneesmiddel bij uitgifte scant, worden automatisch potentiële interacties nagegaan en geeft het systeem een waarschuwing als de apotheker actie moet ondernemen. De apotheker kan potentiële problemen vervolgens met de patiënt bespreken of, indien nodig, met diens arts. Deze controles zijn minder goed uit te voeren in landen waar de apotheker geen beschikking heeft over de medicatiehistorie van de patiënt.

Het belang van een goed apotheekinformatiesysteem wordt onderstreept door initiatieven in de twee grootste farmaceutische markten, Frankrijk en Duitsland, die allebei gedetailleerde plannen hebben uitgewerkt voor de ontwikkeling van een patiëntendossier. In Frankrijk is de invoering in 2007 gestrand op voortdurende discussies. In Duitsland vindt het project nog steeds voortgang; het streven is om voor alle 80 miljoen inwoners een elektronisch gezondheidsdossier aan te leggen. In het Verenigd Koninkrijk wordt inmiddels 24% van alle recepten elektronisch aangeleverd. Komend jaar zal dit percentage verder toenemen.

### *Substitutie*

Overheden en zorgverzekeraars gaven de apotheeksector opdracht om de marktpenetratie van generieke en parallelle importproducten te bevorderen en besparingen te realiseren door quota's te halen en inkoop en substitutie van deze producten te organiseren. Van de landen, die zijn meegenomen in dit IMS-onderzoek, heeft Nederland de hoogste penetratiegraad van generieke producten. In Nederland is de



apotheek met succes gestimuleerd om generieke geneesmiddelen af te leveren. In het Verenigd Koninkrijk vindt de generieke substitutie plaats in het geautomatiseerde systeem van de arts. Het substitutieproces in Nederland is complexer geworden nu het preferentiebeleid is ingevoerd en zorgverzekeraars verschillende eisen stellen. In het verleden werd de apotheek tot substitutie gestimuleerd omdat hij een deel van het inkoopvoordeel mocht houden. Na invoering van het preferentiebeleid is het inkoopvoordeel komen te vervallen door de verplichte substitutie naar een specifiek generiek product.

#### *Afwikkeling van vergoedingen*

De Nederlandse apotheek is zelf verantwoordelijk voor de afwikkeling van de vergoedingen met de betaler. Hij loopt financieel risico bij foutieve declaraties doordat bijvoorbeeld de patiënt overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Dit in tegenstelling tot de meeste andere onderzochte landen, waar de afwikkeling van vergoedingen via een zogenoemd codeercentrum verloopt.


#### *Kwaliteitszorg*

In markten zonder computergegenereerde of elektronisch doorgestuurde voorschriften bestaat de kans op foutief interpreteren van een handgeschreven recept. Een elektronisch voorschrift is een eenvoudige stap die fouten bij de aflevering kan voorkomen. Het gebruik van elektronisch voorschrijven is in Nederland gebruikelijk. Daardoor blijft dit soort fouten tot een minimum beperkt.

Naast een duidelijk, elektronisch recept hanteren Nederland en het Verenigd Koninkrijk een dubbele controleprocedure op het moment van aflevering. Duitsland, België, Denemarken en Frankrijk kennen zo'n controle niet. Een apothekersassistent maakt het recept gereed, waarna een collega het controleert voordat het middel wordt uitgegeven aan de patiënt. Nederland is het enige land in het onderzoek met apotheken die in het bezit zijn van ISO 9000-certificering.

#### *Farmacotherapeutische programma's*

Wanneer de basisdiensten goed zijn georganiseerd en worden ondersteund door goed ontwikkelde supportsystemen, kan een apotheek diepgaandere en proactieve therapieservices verlenen. Bij dit type services staat niet meer het geneesmiddel, maar de patiënt centraal. In veel van de onderzochte landen verlenen apothekers dit type proactieve services niet. Het Verenigd Koninkrijk en Nederland onderscheiden zich.



In het Verenigd Koninkrijk ontvangt de apotheek een aparte vergoeding om het medicatiegebruik te controleren en met de patiënt te bespreken. Eventuele problemen kunnen zo worden gesignaleerd en opgelost.


In Nederland vinden dergelijke controles eveneens plaats. De apotheek ontvangt hiervoor echter geen vergoeding en de mate waarin de apotheek hiervoor het initiatief neemt verschilt per apotheek. In Nederland valt tevens het proactieve overleg met de huisarts, en waar nodig met de specialist, op. In het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) wordt de aanpak in het voorschrijven en bewaken van geneesmiddelen besproken en afgestemd. Daarnaast vindt frequent overleg plaats tussen apotheek en arts over het geneesmiddelengebruik van individuele patiënten.

#### Apotheken opereren in een toenemend concurrerende omgeving

De farmaceutische markt verandert. De duurste producten kosten tegenwoordig meer dan 1.000 euro per recept. Tegelijkertijd ontstaat een segment van lage kosten en groot volume door groei van het generieke segment en door maatregelen om prijzen te verlagen. Het is een uitdaging voor het distributie- en apotheeksysteem, dat is uitgerust voor een meer uniforme markt, om om te gaan met zulke verschillende producten en de specifieke eisen die aan deze producten worden gesteld.


De differentiatie in producttypen heeft ertoe geleid dat nieuwe distributie- en apotheekpartijen zijn opgestaan die zich hebben toegelegd op een specifiek marktsegment. Exclusieve distributie is ontstaan voor dure geneesmiddelen die de specialist voorschrijft. In sommige markten, zoals Denemarken, is dit snelgroeiende segment verschoven naar het ziekenhuis, waardoor de openbare apotheek deze inkomsten misloopt. Internetapotheken vormen bovendien een goedkoop en eenvoudig alternatief voor patiënten in de extramurale markt en nemen marktaandeel weg bij de reguliere apotheek.

Bovengenoemde veranderingen in de geneesmiddelenverstrekking hebben impact op de rol van de reguliere apotheek en op de kwaliteit van de medicatiebewaking.



## Conclusie

Apotheken kunnen een belangrijke rol spelen binnen de gezondheidszorg en zorgen voor een kostenbesparing door een goede medicatiebewaking. Om die rol te krijgen moeten betalers niet alleen kijken naar de kosten die gemoeid zijn met het distribueren en verstrekken van geneesmiddelen, maar ook naar de indirecte kosten van verkeerd geneesmiddelengebruik, zoals ongewenste interacties en therapieontrouw. Hiervoor zijn enerzijds meetbare criteria vereist die voortdurend worden gemonitord en anderzijds een vergoedingssysteem dat is gericht op bevordering van diensten die op lange termijn toegevoegde waarde leveren aan de gezondheidszorg.



## 1. Europese landen proberen de geneesmiddelenkosten op verschillende wijze te beheersen. Nederland slaagt daar relatief goed in.

Geneesmiddelen spelen een belangrijke rol in het totale zorgaanbod. Geneesmiddelen bestrijden ziekten en aandoeningen of hebben een preventieve werking, waardoor andere zorgkosten worden vermeden.

Er komen steeds nieuwe en duurdere geneesmiddelen beschikbaar. De bevolking vergrijst en daarmee neemt het geneesmiddelengebruik toe. Die ontwikkelingen dwingen overheden in heel Europa tot ingrijpen op het geneesmiddelenbudget. Daartoe zetten zij verschillende instrumenten in.

In de eerste plaats eisen ze van geneesmiddelenfabrikanten de toegevoegde waarde van een nieuw geneesmiddel duidelijker aan te tonen, om voor vergoeding in aanmerking te komen. In heel Europa is de vergoeding van een geneesmiddel steeds vaker afhankelijk van de therapeutische waarde van een product in verhouding tot de kosten ervan. Voor dure medicijnen die levensverlengend, maar niet genezend werken, wordt het daardoor steeds moeilijker om een vergoeding te krijgen.

Het Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiC) in Duitsland en het National Institute for Clinical Excellence (NICE) in het Verenigd Koninkrijk bestuderen de kosteneffectiviteit van geneesmiddelen en bepalen aan de hand daarvan de voorschrijfrichtlijnen. Daardoor staan er in die landen alleen behandelingen in de formularia die als kosteneffectief zijn beoordeeld. In Nederland vallen sinds januari 2005 alleen innovatieve producten onder de vergoedingsregeling van de zorgverzekeraars waarvan is aangetoond dat ze, volgens richtlijnen van de Commissie Farmaceutische Hulp, kosteneffectief zijn.

Zodra een product zijn kosteneffectiviteit voldoende heeft bewezen, wordt de marktprijs onderworpen aan verdere regulering. Een preferent prijsbeleid zorgt ervoor dat de prijzen van medicijnen in Nederland een gemiddelde vormen ten opzichte van de prijzen in België, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Deze landen zorgen er beurtelings voor dat ze farmaceutische uitgaven reguleren en in de hand houden door directe en/of indirecte prijsbeheersing. Dit zorgt voor constant gemiddelde prijzen voor patentbeschermden producten in de betrokken landen.

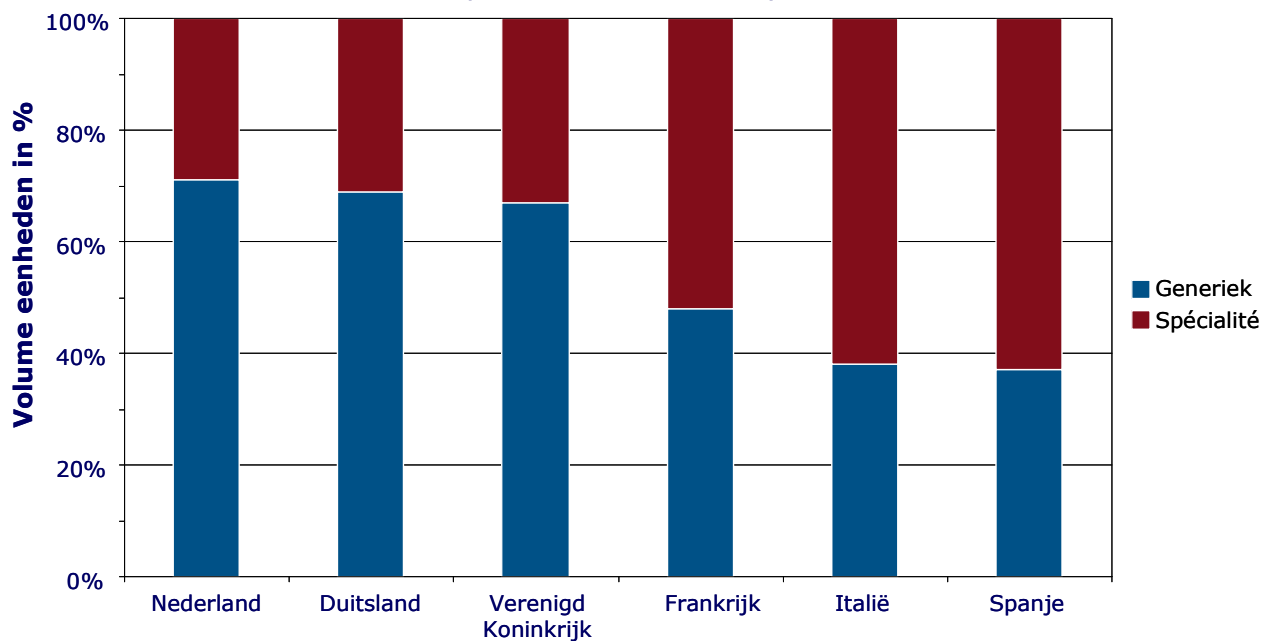
Voor producten die eenmaal op de markt zijn gebracht, wordt de hele zorgketen gestimuleerd om effectief en efficiënt geneesmiddelengebruik te bevorderen. Artsen in Nederland kennen geen verplichte voorschrijfbudgetten, zoals in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Het nieuwe zorgstelsel, dat in januari 2006 werd ingevoerd, zet zorgverzekeraars ertoe aan om naar besparingen te streven. Eerder introduceerde de overheid al het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) voor huisartsen, dat het voorschrijven van goedkopere geneesmiddelen stimuleert.

Nederland is er goed in geslaagd om de penetratie van generieke medicijnen in de markt te bevorderen, op de voet gevolgd door Duitsland en het Verenigd Koninkrijk (zie figuur 1). Tot de invoering van het preferentiebeleid, in juli 2008, werden apothekers in Nederland gestimuleerd tot generieke substitutie, doordat zij een deel van de inkoopvoordelen mochten houden. De hoge marktpenetratie voor generieke medicijnen

en recente prijsverlagingen door invoering van het preferentiebeleid leiden tot grote besparingen voor zorgverzekeraars. Ook import van medicijnen uit goedkopere Europese landen komt veel voor en draagt bij aan kostenbesparing.

### Totaal niet beschermd marktvolume

(Aantal eenheden, 2007)

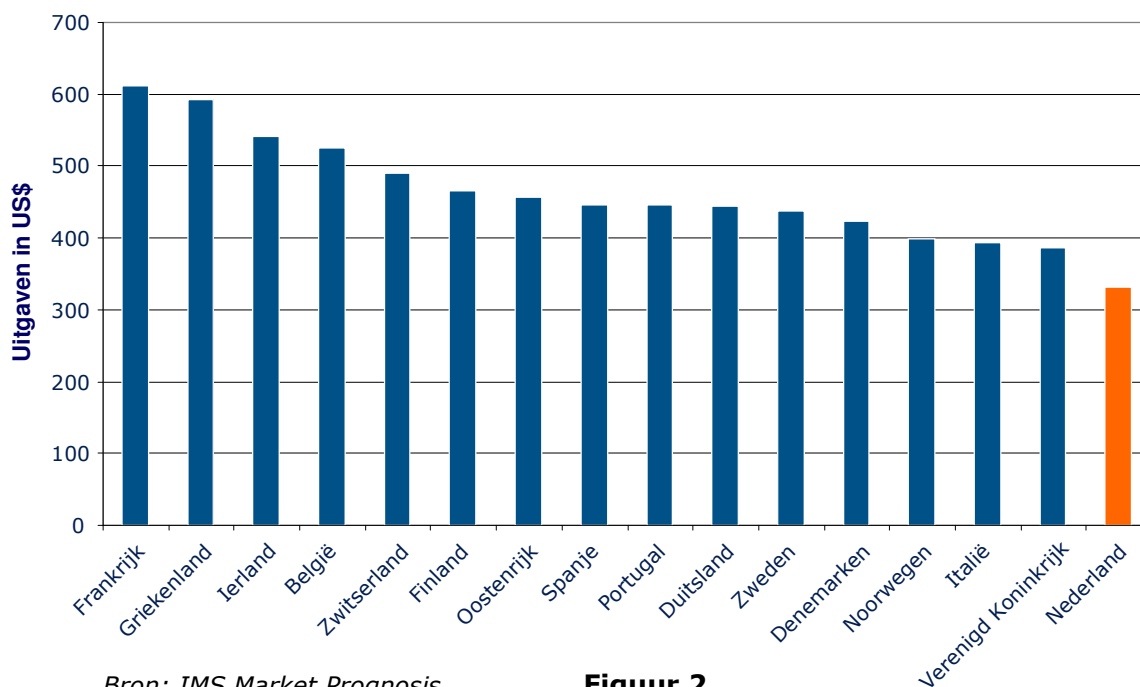


Bron: IMS Midas

**Figuur 1**

Tot nu toe slaagt Nederland er relatief goed in het geneesmiddelenbudget te beheersen met één van de laagste geneesmiddelenuitgaven per hoofd van de bevolking (fabrieksprijs) binnen de Europese markt (zie figuur 2).

## 2007 uitgaven per hoofd van de bevolking (af fabriek)



Bron: IMS Market Prognosis

**Figuur 2**

De lage gemiddelde leeftijd van Nederlanders in vergelijking tot de Europese burenspeelt hierbij ook een rol. Het aantal 65-plussers, de grootste gebruikers van geneesmiddelen, zal de komende tien jaar sterk groeien. Daardoor zal in Nederland het percentage 65-plussers in 2018 met 20% van de bevolking net zo groot zijn, zoals nu in het Verenigd Koninkrijk en Duitsland het geval is.

Met de implementatie van het individuele preferentiebeleid begin dit jaar hebben zorgverzekeraars een significante verlaging van de prijzen van geneesmiddelen gerealiseerd (zie tabel 1).

## Farmacie inkooprijlijst

Prijzen aangepast als verschillende verpakkingsformaat

	Korting t.o.v. de Nederlandse prijslijst na toepassing van het preferentiebeleid						
		Nederland	Frankrijk	Duitsland	UK	Denemarken	België
<b>OMEPRAZOLE</b> 20 mg capsule 30 stuks	88%	1,00	16,55	5,72	2,91	1,34	17,05
<b>SIMVASTATIN</b> 20 mg tablet 30 stuks	85%	1,00	11,37	3,83	0,88	0,55	7,58
<b>METFORMIN</b> 850 mg tablet 30 stuks	57%	1,00	4,32	1,68	1,21	2,93	2,32
<b>RAMIPRIL</b> 5 mg tablet 30 stuks	83%	1,00	9,68	1,55	1,69	1,07	9,87
<b>PRAVASTATIN</b> 20 mg tablet 30 stuks	75%	1,00	12,25	7,57	7,81	1,96	8,02
<b>ALENDRONIC ACID</b> 70 mg 4 stuks	93%	1,00	14,52	19,34	4,49	1,60	10,98
<b>ENALAPRIL</b> 20 mg tablet 30 stuks	91%	1,00	11,89	2,74	1,27	1,30	6,67
<b>CITALOPRAM</b> 20 mg tablet 30 stuks	88%	1,00	10,32	4,68	1,86	0,96	6,25
<b>AMLODIPNE</b> 10mg tablet 30 stuks	88%	1,00	6,90	1,99	1,88	1,95	14,15
<b>METOPROLOL</b> 100mg tablet 30 stuks	69%	1,00	3,89	2,27	4,24	6,02	3,89

Prijzen in overige landen geïndexeerd naar de Nederlandse markt

**Tabel 1**

Het preferentiebeleid treft de apotheek in de zorgketen het zwaarst, doordat kortingen op preferente producten vrijwel verdampen. Naast het financiële verlies staan ook de verschillende rollen van de apotheker ter discussie. Is een apotheker nu primair inkoper, leverancier of zorgverlener? Tot op heden ligt de focus op de apotheek, als schakel in de distributieketen, waar kosten kunnen worden bespaard. Daarmee wordt voorbijgegaan aan de indirecte kosten van het onjuiste gebruik van geneesmiddelen. Een efficiënt apotheekstelsel kan deze indirecte kosten reduceren.

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de aard en omvang van deze indirecte kosten. Vervolgens worden, in hoofdstuk 3, de conclusies gepresenteerd uit een onderzoek dat IMS heeft gedaan naar de rol van apotheken in een aantal Europese landen. De vergoeding die apotheken in deze landen voor hun diensten ontvangen wordt uiteengezet in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 wordt kort ingegaan op de trends in de Europese distributie van geneesmiddelen en de impact die deze trends hebben op medicatiebewaking. Afsluitend worden de conclusies van deze studie op een rij gezet.

## 2. De consequenties van onjuist geneesmiddelengebruik worden bij de kostenbeheersing binnen de zorgketen vaak buiten beschouwing gelaten

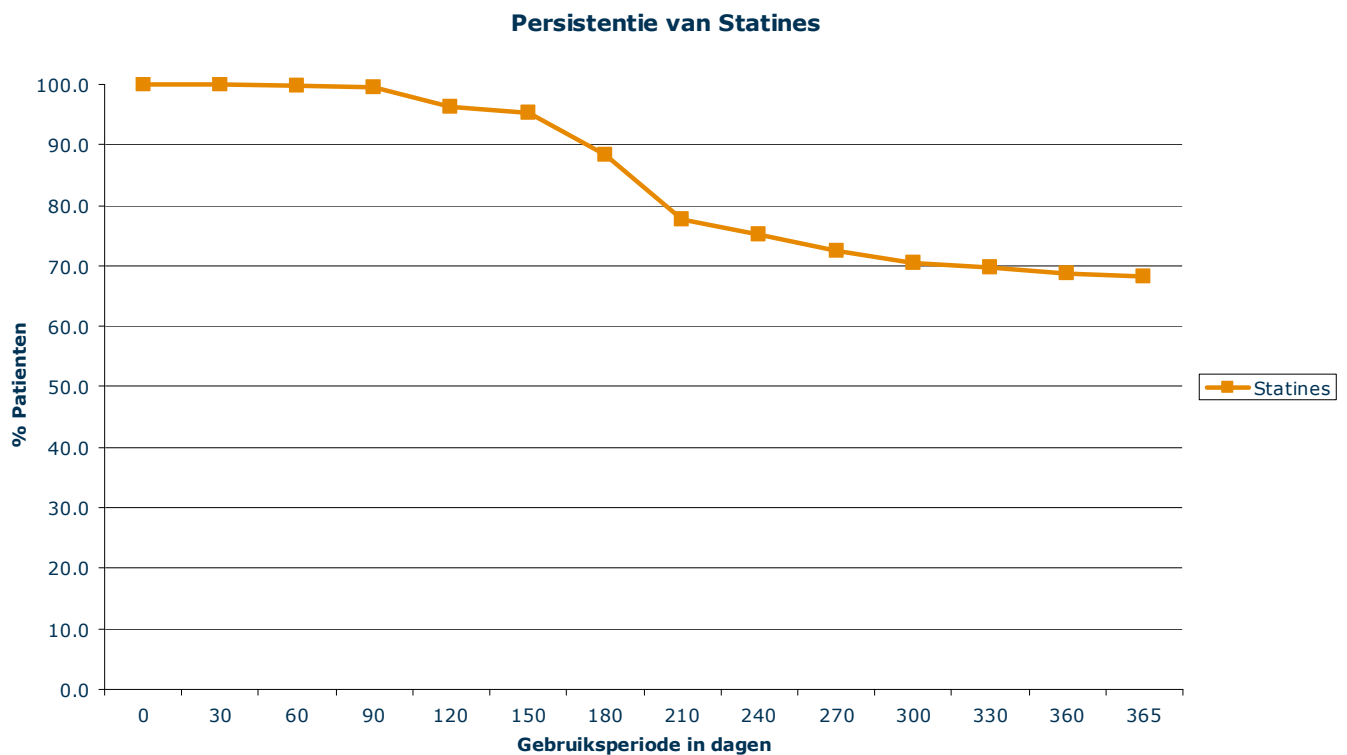
Geneesmiddelen verbeteren en verlengen zonder twijfel het leven. Zonder medicatiebewaking kunnen deze behandelingen de gezondheid echter ook schaden. Problemen ontstaan bijvoorbeeld omdat de patiënt het voorschrift niet opvolgt of stopt met de therapie, omdat hij bijwerkingen ervaart. Ziekte, ziekenhuisopname, en in het ergste geval, vroegtijdig overlijden zijn bekende risico's. De kosten die met deze risico's gepaard gaan, zijn significant. Uit een Amerikaanse studie uit 1995, gepubliceerd door de WHO, blijkt dat 12% van de eerste hulpopnames en 5% van alle ziekenhuisopnames werd veroorzaakt door verkeerd medicijngebruik (Bootman, 1995). Het HARM-onderzoek, november 2006, wijst uit dat het in Nederland jaarlijks gaat om 5,6% van de eerste hulpopnames en 2,4% van ziekenhuisopnames. Hiermee is een bedrag van ruim €85 miljoen gemoed. 46% van de ziekenhuisopnames, ongeveer 19.000, had kunnen worden voorkomen, staat als conclusie in het HARM-rapport.

De problemen met medicatie zijn onder te verdelen in vermijdbare en onvermijdbare gebeurtenissen. Tabel 2 toont enkele belangrijke, vermijdbare situaties.

Issue	Interventie
Contra-indicatie voorschrijfcombinatie	Controleer of de patiënt geen medicijncombinatie ontvangt die bekende negatieve interacties kent.
Interactie met OTC-producten en het management van OTC-producten	Controleer of de patiënt geen OTC-medicijnen neemt die schadelijk kunnen zijn. NSAID's zijn een belangrijke groep om te controleren. Deze groep veroorzaakt veel geregistreerde problemen bij OTC-middelen.
Niet geteste interacties	Volg de door de patiënt vermelde bijwerkingen om wisselwerking met bepaalde medicijncombinaties die niet eerder zijn getest of reeds bekend zijn vroegtijdig te identificeren.

**Tabel 2**

Naast ongewenste interactie van geneesmiddelen vormt voortijdig stoppen met de therapie door de patiënt een probleem. Statines worden bijvoorbeeld algemeen voorgeschreven voor chronische behandeling van een te hoog cholesterol. Een hoog cholesterolgehalte is een belangrijke risicofactor bij hart- en vaatziekten. Uit een analyse van IMS van patiënten die worden behandeld met een statine, blijkt dat in Nederland 32% van de in de studie gevolgde patiënten de behandeling binnen één jaar stopt (zie figuur 3).



**Figuur 3**

Behandelingen slaan bij patiënten om verschillende redenen niet aan. Veel patiënten worden behandeld met preventieve geneesmiddelen voor een ziekte waarvan zij nog geen directe symptomen ervaren. Zo wordt osteoporosebehandeling postmenopauzaal voorgeschreven om toekomstige vermindering van botdichtheid tegen te gaan. De patiënt start deze behandeling voordat zij symptomen ervaart. Daardoor merkt de patiënt geen direct voordeel en beëindigt de behandeling. Hierdoor wordt een suboptimaal effect behaald. Dit kan leiden tot escalatie van de ziekte, waardoor de totale kosten van gezondheidszorg stijgen.

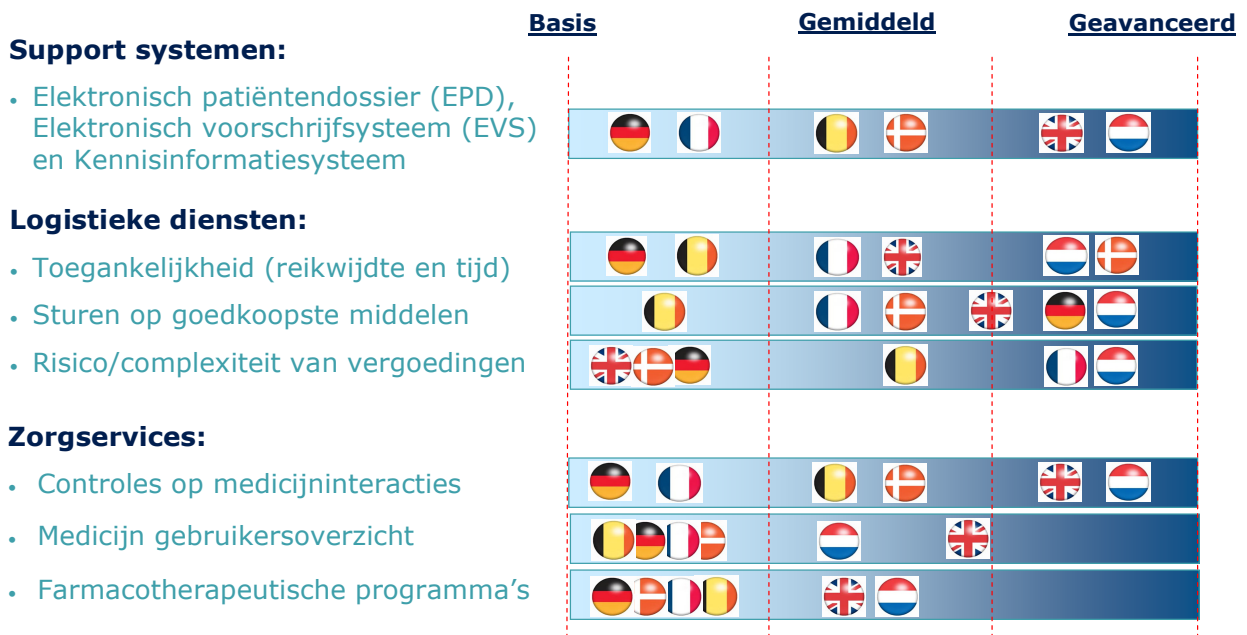
De bredere, financiële impact van de uitgifte van een geneesmiddel reikt dus verder dan de kosten van distributie. De financiële impact van preventieve behandeling en therapieontrouw zouden daarom onderdeel moeten vormen van de totale kostenbeoordeling.

### 3. Wat is de positie van de Nederlandse apotheker op het gebied van farmaceutische patiëntenzorg in vergelijking met collega's in andere Europese landen?

In de apotheek komen voorschrift, geneesmiddel en patiënt samen. Apothekers verkeren daardoor in de unieke positie om, naast medicijnverstrekking, patiënten ook adviseren over het verstrekte medicijn. De mate waarin de apotheek erin slaagt inhoud te geven aan die farmaceutische patiëntenzorg verschilt per land en binnen landen vaak ook per apotheek.

IMS heeft de rol die apotheken in de verschillende Europese landen speelt in kaart gebracht. Daarbij is, naast de logistieke verstrekking van geneesmiddelen, gekeken naar de apotheker als zorgverlener en bewaker van juist geneesmiddelengebruik. In elk land heeft IMS deskundigen gevraagd welke procedures zij volgen voor een veilige en efficiënte geneesmiddelenverstrekking en wat hun land van een apotheek verwacht als het gaat om zorgtaken door de apotheek.

In figuur 4 wordt grafisch weergegeven in welke mate apothekers in de onderzochte landen logistieke diensten en zorgtaken verrichten.



**Figuur 4**



## Supportsystemen

Nederland en het Verenigd Koninkrijk kenmerken zich door een geavanceerd automatiserings- en informatiseringssysteem, waarin apotheken de afleverhistorie per patiënt bijhouden. Medicatiebewaking kan hierdoor op basis van alle geregistreerde afleveringen plaatsvinden. Dit verhoogt de kwaliteit van de medicatiebewaking aanzienlijk.

De Nederlandse apotheek onderscheidt zich daarbij nog eens, doordat veel apotheken actuele medicatie met elkaar kunnen uitwisselen, wanneer de patiënt bij een andere apotheek in de regio medicatie ophaalt. Er is sprake van een hoge mate van informatisering, waarbij patiënten tijdens het proces van aflevering proactief aanvullende informatie krijgen aangeboden om hen in hun medicatiegebruik te ondersteunen.

In Duitsland en Frankrijk leggen apotheken voornamelijk afgeleverde medicatie vast voor het voorraad- en bestelsysteem. Op patiëntniveau slaan zij geen informatie op. België en Denemarken zijn verder in de ontwikkeling van een supportstelsysteem, maar daarin ontbreken nog belangrijke basisfunctionaliteiten.

## Logistieke diensten

### Toegankelijkheid

In alle onderzochte landen is er minimaal sprake van een redelijke spreiding van apotheken of afleverpunten van medicatie en de servicegraad van afleveren. Met servicegraad wordt hier bedoeld hoe vaak de apotheek een middel direct aan de patiënt kan verstrekken bij aanleveren van het recept. Over het algemeen geldt: hoe groter de gemiddelde apotheek, hoe meer verschillende producten zij op voorraad kunnen houden. Apotheken in Denemarken, het Verenigd Koninkrijk en Nederland zijn relatief groot, vergeleken met Duitse, Franse of Belgische apotheken.

In Denemarken, Frankrijk en Nederland is thuisbezorging van geneesmiddelen gebruikelijk, in tegenstelling tot de andere onderzochte landen. Dit maakt de toegankelijkheid van producten nog groter.

### Afleveren van het goedkoopste product

De generieke penetratiegraad is het hoogst in Nederland op de voet gevolgd door Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. In Nederland en Duitsland speelt de apotheker een grotere rol in de generieke substitutie ten opzichte van het Verenigd Koninkrijk. De generieke penetratie ligt in Denemarken, Frankrijk en België aanzienlijk lager.

In het Verenigd Koninkrijk wordt de keuze voor het voorkeursproduct al in het huisartsensysteem gemaakt (bepaald door het NICE), terwijl de huisarts in Nederland op stofnaam voorschrijft en de apotheek vervolgens het juiste product kiest (dat kan verschillen per zorgverzekeraar). Het Verenigd Koninkrijk scoort daarom op dit element iets lager. In Duitsland wordt generieke substitutie vooral bepaald door wat de huisarts voorschrijft en door preferente assortimenten van zorgverzekeraars. De apotheek heeft daar in beperkte mate keuzevrijheid.

## Risico / complexiteit van de afhandeling van vergoedingen

Alleen in Nederland en Frankrijk is de apotheek zelf verantwoordelijk voor de afwikkeling van de vergoedingen met de betaler. In de overige Europese landen loopt de afwikkeling van vergoedingen via een zogenoemd codeercentrum. Het codeercentrum neemt het risico, van bijvoorbeeld foutieve declaraties, uit handen van de apotheek.

In Nederland ligt het risico op incurante voorraden, zoals kan ontstaan bij wisseling van een preferent product, volledig bij de apotheek. In Duitsland is de groothandel verplicht voorraden terug te nemen. Daardoor loopt de apotheek er op dit gebied geen enkel risico.

## **Zorgtaken**

### Controles op medicijninteracties

De kwaliteit van de controles op medicijninteracties is nauw verwant met het niveau van het ondersteunende medicatiebewakingssysteem. De professionele deskundigheid van de apotheker en zijn medewerkers geldt in alle landen als basis van medicatiebewaking. De informatie op basis waarvan die medicatiebewaking plaatsvindt, verschilt echter per land. Een en ander is afhankelijk van de hoeveelheid informatie die de apotheek kan achterhalen met elektronisch vastgelegde afleverinformatie per patiënt. Hoe meer en hoe beter de informatie is vastgelegd, des te completer de bewaking kan worden ondersteund.

### Evaluatie van het geneesmiddelengebruik met de patiënt

In het Verenigd Koninkrijk, heeft het concept 'Drug Utilization Reviews' veel positieve aandacht gekregen. Dit concept houdt in dat de apotheker samen met de patiënt diens medicijngebruik evalueert, om medicatieproblemen te ontdekken. Zodoende optimaliseert de apotheker het voorschrijven en gebruik van medicatie. De Engelse apotheek voert deze dienst uit als een standaard vergoede dienst, waarbij de apotheker hiertoe gecertificeerd dient te zijn. Het enige andere land dat dergelijke diensten levert is Nederland, maar hier wordt deze dienst niet afzonderlijk vergoed. Noch in het Verenigd Koninkrijk noch in Nederland is het uitvoeren van dergelijke geneesmiddelen evaluaties echter standaardprocedure.

### Farmacotherapeutische programma's

Wanneer de basisdiensten goed worden ondersteund door middel van supportsystemen, kan een apotheek meer tijd besteden aan het ontwikkelen en leveren van intensieve en proactieve therapieservices. Bij deze type diensten staat niet meer het geneesmiddel, maar de patiënt centraal. In veel van de onderzochte landen wordt dit proactieve type service niet uitgevoerd. Het Verenigd Koninkrijk en Nederland onderscheiden zich hierin, waarbij de Nederlandse apotheek, met onder andere het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO), in samenwerking met de huisarts het voortouw neemt.



## **Conclusie**

Uit bovenstaande analyse blijkt dat de Nederlandse apotheker goed scoort in vergelijking tot zijn Europese collega's. Dit geldt zowel op het gebied van logistieke dienstverlening als op het gebied van zorgtaken. De Nederlandse apotheker beschikt over het meest uitgebreide en complete informatiesysteem, waardoor hij medicijninteracties systematisch kan bewaken. In veel Europese landen is dat (nog) niet mogelijk.

Daarnaast speelt de apotheek in Nederland een actieve en proactieve rol in het overleg met de diverse zorgverleners rond de patiënt en is het gebruikelijk om te werken met farmacotherapeutische programma's.

Overigens geldt voor alle onderzochte landen dat het verschil in dienstverlening per apotheek groot kan zijn. Geen enkel land heeft duidelijke en meetbare criteria opgesteld rondom de zorgprocessen. Bovendien is de vergoedingsstructuur, behalve in het Verenigd Koninkrijk, nauwelijks afhankelijk van het zorgverleningsniveau.



#### 4. Welke vergoeding ontvangt de apotheek voor geleverde diensten?

Naast het niveau van dienstverlening heeft IMS onderzocht welke vergoeding apotheken in de diverse onderzochte Europese landen voor hun diensten ontvangen.

Er zijn drie aspecten die van belang zijn als wordt gekeken naar de apotheekvergoeding:

1. het absolute vergoedingsniveau;
2. de manier waarop een apotheek omzet genereert;
3. de verhouding van de vergoeding ten opzichte van de totale toegevoegde waarde die de apotheek binnen de gezondheidszorg levert.

##### **Ad 1. Het absolute vergoedingsniveau**

Om dit aspect te illustreren, is door IMS gekeken naar twee moleculen in dezelfde therapeutische klasse: omeprazol, voor generieke producten (die ongeveer 70% van de verstrekte medicijnen vertegenwoordigen) en Nexium voor gepatenteerde producten (vertegenwoordigen 20% van alle verkochte verpakkingen). In het onderzoek is gekeken naar de situatie in oktober 2008. De in tabel 3 geschatte vergoeding is gebaseerd op:

- de receptregelvergoeding (voor een reguliere uitgifte);
- de vaste marge op het geneesmiddel;
- een inschatting van verkregen inkoopvoordelen;
- en clawback door de overheid.

Alles uiteraard voor zover relevant voor het betreffende land. Deze factoren zullen verschillen, ook binnen landen, afhankelijk van bijvoorbeeld de onderhandelingskracht van de individuele apotheek of de zorgverzekeraar die het geneesmiddel vergoedt. De bedragen zijn dan ook indicatief. Voor Nederland is de situatie genomen na invoering van het preferentiebeleid. Daarbij is uitgegaan van het opnieuw invoeren van de clawback regeling met terugwerkende kracht, zoals voorgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Wanneer deze clawback niet wordt meegerekend komen de bedragen voor Omeprazol en Nexium op respectievelijk 5,30 en 6,67 uit.

	Generiek omeprazol	Beschermd Nexium
Nederland*	5,20	4,80
Groot Britannië	3,30	2,88
Frankrijk	5,46	3,74
België	8,20	7,44
Duitsland*	6,24	7,68
Denemarken*	2,00	4,02

In Euro's, Q3 voor 20mg 28 of 30 tabletten


\*= 3 maandsverpakking, overige landen 1 maandsverpakking

**Tabel 3**

De bedragen in bovenstaande tabel geven een inschatting van de gemiddelde brutovergoeding die de apotheek ontvangt voor het verstrekken van een verpakking omeprazol of Nexium. Uit de tabel blijkt dat de vergoedingen sterk uiteenlopen per verpakking per land. De huidige vergoeding voor de uitgifte van een verpakking in Nederland ligt net onder het gemiddelde ten opzichte van de vergeleken landen.

Voordat nader wordt ingegaan op de vergoedingsstructuur in ieder land moeten hierbij twee belangrijke opmerkingen worden gemaakt:

- Vanuit het perspectief van de betaler moet naast de bruto vergoeding per uitgifte van een verpakking worden gekeken naar het aantal verpakkingen per verstrekking. In Nederland vindt een driemaandelijke verstrekking plaats en betaalt de zorgverzekeraar voor een gemiddelde jaarconsumptie het bovengenoemde bedrag 4 keer. Dat geldt ook voor Duitsland en Denemarken. In het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en België echter leveren apotheken medicatie voor een maand uit en betaalt de betaler voor dezelfde jaarconsumptie dus 12 keer het bovengenoemde bedrag.
- Vanuit het perspectief van de totale marge en rentabiliteit van de apotheek is van belang welke inkomstenbronnen mogelijk zijn voor een apotheek naast de inkomsten uit de verstrekking van receptgeneesmiddelen. In de meeste onderzochte landen is bijvoorbeeld een groot deel van de bruto omzet afkomstig van vrij verkrijgbare geneesmiddelen (OTC). In Nederland is het aandeel van OTC verkoop relatief gering door de grote concurrentie met o.a. drogisten. Bovendien is de marge die Nederlandse apotheken op deze producten mogen behouden sterk gelimiteerd.



Voordat dit bovenstaande nader wordt toegelicht wordt hieronder eerste een beschrijving gegeven van de manier waarop apotheken worden vergoed. Die verschilt namelijk sterk per land:

- Denemarken kent een overeenkomst tussen de apothekersvereniging en de overheid, waarin de maximale hoogte van de brutomarge is bepaald. Door de geografische spreiding concurreren apotheken slechts beperkt met elkaar. De daadwerkelijke vergoeding is gebaseerd op een regressieve, procentuele formule, waardoor kortingen nauwelijks voorkomen.
- Het Verenigd Koninkrijk hanteert grotendeels het uitgangspunt van Denemarken. De discussie over de vergoedingen wordt ook hier gevoerd op basis van een brutomarge. In Het Verenigd Koninkrijk hanteert de betaler echter het adagium dat een apotheek verantwoordelijk moet zijn voor het realiseren van inkoopkortingen en dient te zorgen voor generieke en parallelle substitutie. Dat zou volgens de betaler het totale systeem ten goede komen. Het huidige vergoedingssysteem wordt vastgelegd in het apotheekcontract. Dit is een combinatie van een aparte vergoeding voor enerzijds zorgtaken en anderzijds het stimuleren van inkoopkortingen. Momenteel lopen de ontvangen kortingen terug door prijsdalingen van generieke producten, minder kortingen (toe te schrijven aan nieuw commercieel beleid), en minder parallelimport door waardevermindering van het Engelse Pond. Sinds kort ontvangen apothekers daarom een extra vergoeding van € 1,17. Deze vergoeding is meegenomen in de berekening van tabel 3.
- Duitsland baseert haar systeem vooral op een receptregelvergoeding van € 8,10, een additionele marge van 3% en een inkoopvoordeel dat wordt beperkt tot het niveau van de groothandelsmarge.
- Frankrijk kent een regressief margesysteem. Daarbij is momenteel het meest opvallende, dat de betaler hogere kortingen toestaat aan de apotheker om generieke substitutie te stimuleren.
- België heeft eveneens een regressief margesysteem. Daarnaast probeert het neutraal te blijven bij wat apotheken verstrekken door dezelfde absolute marge te geven voor generieke en spécialitéproducten. Er zijn geen substantiële incentives voor de apotheker om een ander middel te verstrekken.
- Nederland haalt op dit moment bijna de hele vergoeding uit de receptregelvergoeding van € 5,30 (normale uitgifte gedurende de dag). Een extra vergoeding volgt voor een initieel recept en bij verstrekkingen buiten openingstijden (niet inbegrepen in tabel 3). Daarnaast is gerekend met een percentage korting op niet preferente middelen. Voor 1 juli 2008 was een groot deel van de vergoeding afkomstig van inkoopvoordelen, die de overheid deels terughaalde via de clawback regeling. Deze clawback is (tijdelijk) stopgezet, maar de NZa heeft geadviseerd deze clawbackregeling met terugwerkende kracht opnieuw in te voeren. In bovenstaande berekening is uitgegaan van de herinvoering van de clawback met terugwerkende kracht..



## **Ad 2. Manier waarop een apotheek omzet genereert**

Bij de hoogte van de vergoeding zoals hierboven weergegeven moet het volgende in ogenschouw worden genomen:

Ten eerste verschilt het gemiddelde volume aan uitgeleverde recepten per apotheek sterk per land. In België en Frankrijk leveren apotheken medicatie voor een maand uit, terwijl in andere landen, zoals Nederland, een driemaandelijke verstrekking plaatsvindt. Het aantal apotheken per hoofd van de bevolking heeft eveneens een belangrijke impact op het volume per apotheek. In Denemarken wordt het aantal apotheken bijvoorbeeld sterk beperkt door de overheid.

Ten tweede verschilt het aandeel OTC-omzet in de totale omzet van de apotheek sterk per land. In sommige landen hebben apotheken een monopolie op de verkoop van geneesmiddelen die zonder recept mogen worden verstrekt. De keten Apotheket in Zweden claimt bijvoorbeeld dat de helft van haar bruto-omzet afkomstig is van OTC-medicijnen.

Ten derde krijgen apotheken in een aantal landen een vergoeding voor extra geleverde diensten zoals medicatiebesprekingen met de patiënt, een dienstapotheek verzorgen of voor een eerste uitgifte van een geneesmiddel aan de patiënt. Deze vergoedingen zijn niet meegenomen in de vergelijking in tabel 3.

## **Ad 3. Vergoeding in verhouding tot toegevoegde waarde**

Slechts weinig landen passen de vergoeding aan op activiteiten die een hogere toegevoegde waarde genereren. Het Verenigd Koninkrijk, Nederland en Duitsland hebben in het verleden inkoopvoordelen toegestaan om generieke substitutie te stimuleren. Dit heeft ook daadwerkelijk geleid tot een hogere penetratiegraad van generieke middelen. Ook Denemarken is daarin geslaagd en Frankrijk probeert nu generieke penetratie te stimuleren door de apotheker hiervoor te vergoeden.

De meeste landen sturen in een richting, waarbij de vergoeding niet afhankelijk is van de prijs van het geneesmiddel.

Het Verenigd Koninkrijk heeft als enige land systematisch nagedacht over het omgaan met vergoedingen voor levering van zorgtaken met hoge toegevoegde waarde. In het apotheekcontract is bijvoorbeeld bepaald dat de apotheker een aparte vergoeding ontvangt voor zorgtaken zoals het evalueren van het medicijngebruik met de patiënt à £27 per evaluatie.

In Nederland streeft het ministerie van VWS ernaar, dat apotheken en zorgverzekeraars gaan onderhandelen over te verlenen farmaceutische zorg op basis van vrije tarieven. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)<sup>1</sup> heeft onlangs aangegeven dat dit per 1 januari 2010 reeds mogelijk zou moeten zijn. De betrokken marktpartijen hebben in eerste instantie sceptisch gereageerd en invoering van deze vrije tarieven voor farmaceutische zorg zal dan ook onder andere afhangen van het vertrouwen van deze partijen in elkaar.

---

<sup>1</sup> Consultatiedocument Advies lange termijn visie geneesmiddelenbeleid, oktober 2008, NZa.



1 januari 2010 wordt over het algemeen als vroeg ervaren. Vooralnog worden services, als farmaceutische zorg, niet structureel vergoed.

Uit dit IMS-onderzoek blijkt dat stimuleringsmaatregelen (bijvoorbeeld voor generieke substitutie) zorgen voor differentiatie in dienstverlening binnen de gezondheidszorg. Mits de marge volstaat zullen apothekers differentiëren op basis van geboden service in plaats van op prijs. Uit het onderzoek blijkt niet wat er met de ontwikkelde dienstverlening gebeurt of zelfs met het niveau van de bestaande dienstverlening, wanneer een land de marges significant verlaagt.



## 5. Wat zijn de Europese trends in geneesmiddeldistributie?

Ook wat algemene trends in de distributie van geneesmiddelen betreft, loopt de Nederlandse markt voorop.

Het meest in het oog springend is het gebruik van geavanceerde informatiesystemen om inzicht te verwerven in het medicijngebruik per patiënt. Deze informatie kan worden gebruikt om het aantal voorschriften te beheersen, om controles uit te voeren op medicijninteracties en voor therapietrouwprogramma's.

Het gebruik van dergelijke systemen is in Nederland en het Verenigd Koninkrijk al jaren gemeengoed. Duitsland houdt momenteel proeven met zorgkaarten, maar de implementatie daarvan zal nog enkele jaren duren. Frankrijk heeft soortgelijke plannen aangekondigd als Duitsland. Veel landen hebben zelfs nog geen plannen.

Een belangrijke trend die apotheken in alle landen zal raken, is de veranderende portfolio van te leveren geneesmiddelen. De duurste producten kosten tegenwoordig meer dan €1.000 per recept, terwijl tegelijkertijd een segment van lage kosten en groot volume ontstaat door groei van het generieke segment en maatregelen om prijzen te verlagen. Dit leidt, ook in Nederland, tot aparte kanalen voor duurdere producten (verschuiving naar het ziekenhuis of naar exclusieve distributie). De vraag is of er voor de goedkoopste producten eveneens aparte distributiekkanalen zullen ontstaan. In de Verenigde Staten biedt Wal-Mart 30 dagenleveringen van 300 (generieke) producten aan tegen een standaardprijs van \$4 of 90 dagen voor \$10. Zo'n kostenbesparing kan worden bereikt door bulkaankopen, efficiënte logistiek, het verstrekken van medicijnen zonder enige controle van de bijwerkingen, minimaal patiëntenadvies en zonder vergoedingsproces.

Bovenstaande veranderingen roepen vier fundamentele vragen op:

- Vinden deze veranderingen voornamelijk plaats door lacunes in de vergoedingssystemen? In veel systemen is de vergoeding een percentage van de prijs van het geneesmiddel. Dat maakt het voor diverse partijen aantrekkelijk zich op het dure segment te richten.
- Wat gebeurt er met de goedkopere resterende geneesmiddelen wanneer de dure middelen via aparte kanalen worden afgewikkeld?
- Hoe kan, binnen een versplinterd distributiesysteem, de medicatiebewaking worden gegarandeerd?

In de discussie over apothekersvergoedingen en de rol van de apotheker moeten deze vragen worden beantwoord.



## Conclusies

- Europese landen proberen de geneesmiddelenkosten op verschillende wijze te beheersen. Nederland slaagt daar relatief goed in met een lage uitgave aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking en een hoge generieke penetratiegraad.
- De diverse Europese overheden, waaronder Nederland, zien de apotheek als kostenpost in de distributie en uitgifte van geneesmiddelen. De indirecte kosten van verkeerd medicatiegebruik en therapieontrouw en de rol die de apotheek heeft in het reduceren van deze kosten worden in de totale beschouwing nauwelijks meegenomen.
- De Nederlandse apotheek heeft een relatief hoog serviceniveau in vergelijking met omringende landen. Het apotheekautomatiseringssysteem is geavanceerd en maakt consistente medicatiebewaking mogelijk. In de logistieke afwikkeling vallen de relatief hoge penetratiegraad van generieke middelen en de eigen verantwoordelijkheid van de Nederlandse apotheek in de afwikkeling van vergoedingen op. Ook de zorgtaken die de Nederlandse apotheek uitvoert zijn uitgebreider dan in de meeste andere landen. Proactief overleg met andere zorgverleners is in de Nederlandse apotheek gebruikelijk, net als evaluatie van het geneesmiddelengebruik met de patiënt.
- Zowel voor Nederland als andere onderzochte landen geldt dat het verschil in dienstverlening per apotheek groot kan zijn. In geen enkel land zijn voor de zorgprocessen duidelijke en meetbare criteria opgesteld en de vergoedingsstructuur is nauwelijks afhankelijk van het niveau van zorgverlening. Uitzondering hierop is het Verenigd Koninkrijk, waar apotheken een aparte vergoeding ontvangen voor aanvullende zorg.
- De toenemende differentiatie in producttypen (enerzijds dure middelen en anderzijds het goedkopere volumesegment) leiden tot verschuiving van segmenten naar nieuwe marktpartijen zoals exclusieve distributeurs, het ziekenhuis of internetapotheken. Ook deze ontwikkeling heeft impact op de rol van de reguliere apotheek en de kwaliteit van medicatiebewaking.
- Apotheken kunnen een belangrijke rol spelen binnen de gezondheidszorg en zorgen voor een kostenbesparing door een goede medicatiebewaking. Om die rol te krijgen moeten betalers niet alleen kijken naar de kosten die gemoeid zijn met het distribueren en verstrekken van geneesmiddelen, maar ook naar de indirecte kosten van verkeerd geneesmiddelengebruik, zoals ongewenste interacties en therapieontrouw. Hiervoor zijn enerzijds meetbare criteria vereist, die voortdurend worden gemonitord en anderzijds een vergoedingssysteem dat is gericht op bevordering van diensten die op lange termijn toegevoegde waarde leveren aan de gezondheidszorg.



## COLOFON

### Auteurs

Per Troein, Caroline Dunn, Annemieke van Bragt

### Bibliografie

Drug Related Morbidity and Mortality in the United States. *Archives of Internal Medicine*, Volume 155, 1949-1956. (1995). Bootman, J. J.

IMS Health Market Prognosis 2008 -2012 (2007). IMS The Netherlands

Reliability and impact of drug authentication at the point of dispensing, p.13. Leuven University (september 2008).

Prof.dr. Lichtenberg (2008).

Niet van later zorg, p.14 (2006). *Sociaal Cultureel Planbureau (SCP)*.

Eindrapport HARM Studie (Hospital admissions related to medication) (november 2006) Van den Bemt, E.A.

### Over IMS Health

In meer dan 100 landen verzamelt IMS gegevens over voorschrijven, de afgifte en het gebruik van geneesmiddelen, en over de gezondheidszorg in het algemeen. Op basis hiervan geeft IMS objectief ontwikkelingen weer en helpt IMS haar klanten bij het nemen van optimale, strategische beslissingen door informatie, analyses en consultancyadviezen te combineren.

### IMS Health

Fascinatioboulevard 1242  
Postbus 916  
Capelle aan den IJssel  
T +31 (0)10 440 6800  
F +31 (0)10 440 6810  
[www.imshealth.com](http://www.imshealth.com)