



Wisselen van geneesmiddelen

Onderzoeksrapport

30 augustus 2019

Wisselen van geneesmiddelen

Onderzoeksrapport

30 augustus 2019

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	4
1. Er is behoefte aan een objectief beeld over waarom wisselingen van geneesmiddelen plaatsvinden	8
2. Dit onderzoek is gebaseerd op meerdere analysevormen, waarbij een uitgebreide veldverkenning centraal stond	12
2.1 Door middel van een krachtenveldanalyse onderzochten wij de rollen van de partijen in de farmaceutische keten	13
2.2 Door middel van een brede veldverkenning haalden wij de ideeën van >50 apothekers over het wisselen van geneesmiddelen op	13
3. De farmaceutische keten	15
4. Geneesmiddelkeuze: Het afwegingskader in de apotheek	19
5. Prikkel vanuit de farmaceutische keten werken in op het afwegingskader in de apotheek, en beïnvloeden daarmee de geneesmiddelkeuze	22
5.1 Hoewel alle schakels in farmaceutische keten het afwegingskader van apotheker beïnvloeden, zijn prikkels vanuit artsen en verzekeraar meest sturend	23
5.2 Arts beïnvloedt geneesmiddelkeuze middels 'Medische Noodzaak'	24
5.3 Zorgverzekeraar is sterk sturend op kostenreductie in vergoedingsafspraken en geeft daarmee sterk sturende prikkel op geneesmiddelkeuze in de apotheek	25
5.4 Groothandel beïnvloedt geneesmiddelkeuze middels inkoopmandaat/ voorkeurslabel, ondersteuningssoftware en parallelimport: hoe steviger de relatie, hoe sterker de prikkel	27
5.5 Patiëntvereniging beïnvloedt geneesmiddelkeuze middels advies aan diverse partijen	30
5.6 Farmaceut beïnvloedt geneesmiddelkeuze middels deelname aan preferentiebeleid en mandaatafspraken, maar heeft geen rechtstreekse invloed op vrije afweging door apotheker	31
5.7 Patiënten beïnvloeden de geneesmiddelkeuze door het uiten van voorkeuren en indirect door hun keuze voor zorgverzekering	32
5.8 Afweging gebeurt door apotheker in de eigen, unieke context	32
6. Huidige stelsel biedt ruimte om impact van en/of aantal geneesmiddelwisselingen te verminderen	34
Bronvermelding	41
Over de auteurs	44
Bijlage Online discussies via platform Synthetron	46

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor de effecten van het wisselen van geneesmiddelen. Hoewel er geen farmacologische verschillen zijn tussen generieke geneesmiddelen onderling of in vergelijking met merkgeneesmiddelen, worden wel regelmatig klachten gemeld door patiënten bij het wisselen naar een geneesmiddel van een andere fabrikant. Niet-medische redenen voor het wisselen van geneesmiddelen zijn ondoorzichtig. Voor het grote percentage wisselingen naar een niet-preferent geneesmiddel (samen 77%) is de directe oorzaak van de wisseling onbekend. De directie Geneesmiddelen en Medische Technologie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Gupta Strategists gevraagd om een kwalitatief onderzoek uit te voeren naar de prikkels in de keten die tot gevolg hebben dat een (ander) niet-preferent middel wordt verstrekt.

Om te komen tot een objectief beeld over de niet-medische redenen van geneesmiddelwisselingen hebben wij twee analysevormen gecombineerd. Door middel van een krachtenveldanalyse onderzochten wij de rollen van de partijen in de farmaceutische keten. Via een brede veldverkenning haalden wij de ideeën van 56 apothekers op over het wisselen van geneesmiddelen. Daarnaast voerden wij diepgaande, gestructureerde interviews met meerdere apothekers, een groothandel, een generieke farmaceut, twee koepelorganisaties van generieke farmaceuten, een zorgverzekeraar, een patiëntenvereniging en een arts (voorschrijver), en verkregen wij middels het verspreiden van vragenlijsten onder zorgverzekeraars een beter beeld van (de invloed van) het geneesmiddeleninkoopbeleid.

De farmaceutische keten is er om farmaceutische zorg voor patiënten toegankelijk te maken. Deze keten kent verschillende schakels met ieder een eigen rol. Vanuit deze rol hebben alle schakels in meer of mindere mate invloed op de geneesmiddelkeuze in de apotheek.

Geneesmiddelkeuze – het afwegingskader in de apotheek

De geneesmiddelkeuze, en daarmee ook de geneesmiddelwisseling, vindt plaats aan de balie in de apotheek. Er zijn vijf factoren die de apotheek meeneemt in de geneesmiddelkeuze, voortkomend uit de twee 'petten' die de apotheek heeft:

- **Het verlenen van zorg.** Een apotheek streeft naar het verlenen van kwalitatief goede farmaceutische zorg. Dit maakt dat zij de volgende criteria meeneemt in haar afwegingskader bij de geneesmiddelkeuze:
 - 'Kwaliteit van farmaceutische zorg'
 - 'Klanttevredenheid'
- **Het exploiteren van een bedrijf.** Daarnaast maakt de apotheker afwegingen passend bij het gezond exploiteren van een bedrijf. Dit maakt dat zij de ook volgende criteria meeneemt in haar afwegingskader bij de geneesmiddelkeuze:
 - 'Vergoeding'
 - 'Inkoop'
 - 'Bedrijfsvoering'

Invloeden op het afwegingskader in de apotheek kunnen leiden tot wisselingen

Alle schakels in de farmaceutische keten hebben vanuit hun rol invloed op het afwegingskader van de apotheker:

- Prikkel vanuit de arts (voorschrijver) en zorgverzekeraar zijn het meest sturend: artsen bepalen of er sprake is van 'medische noodzaak' om een specifiek merk voor te schrijven (beïnvloeding criterium 'kwaliteit van zorg') en zorgverzekeraars beïnvloeden het criterium 'vergoeding' in het afwegingskader
- Ook de groothandel heeft grote invloed op het afwegingskader, al is deze invloed wel secundair aan die van de arts (voorschrijver) en de verzekeraar. De groothandel beïnvloedt de criteria 'inkoop' en 'bedrijfsvoering' middels inkoopmandaat/voorkeurslabel, ondersteuning bij de bedrijfsvoering (bijvoorbeeld via software) en toegang tot voordelen zoals gecentraliseerde parallelimport
- De patiëntvereniging beïnvloedt het criterium 'klanttevredenheid', bijvoorbeeld via contact met zorgverzekeraars, en oproepen aan patiënten, artsen en/of apothekers
- De farmaceut heeft relatief weinig invloed op de geneesmiddelkeuze. Zij kan invloed uitoefenen door de keuze voor deelname aan preferentiebeleid en mandaatafspraken (beïnvloeding criterium 'inkoop'), maar heeft geen rechtstreekse invloed op de vrije afweging van de apotheker
- De individuele patiënt beïnvloedt de geneesmiddelkeuze door het uiten van voorkeuren (beïnvloeding criterium 'klanttevredenheid')

Al deze prikkels kunnen potentieel leiden tot geneesmiddelwisselingen. Hoewel de verschillende schakels allen invloed uitoefenen op het afwegingskader van de apotheker, is geen apotheek hetzelfde. Het samenspel van de verschillende prikkels in de unieke context van de apotheker kan daarom sterk verschillen.

Oplossingsrichtingen binnen het huidige stelsel

Het huidige stelsel biedt ruimte om de ervaren impact en/of het aantal geneesmiddelwisselingen te verlichten. Op basis van dit onderzoek zien wij vier oplossingsrichtingen om in de eerste plaats de **ervaren negatieve impact** van wisselingen te verlichten, geordend naar oplopende mate van ingrijpen:

1. Verminderen van negatieve perceptie van geneesmiddelwisselingen (middels het verbeteren en uniformeren van begeleiding en manier van communiceren bij een wisseling, en/of het houden van een publiekscampagne)
2. Bieden van duidelijk platform in Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) waar patiënt zich gehoord voelt na een geneesmiddelwisseling
3. Bieden van meer keuzevrijheid aan de patiënt in ruil voor een grotere bijdrage aan de kosten daarvan
4. Uniformeren van doosjes en inhoud

Aangezien geneesmiddelwisselingen onder andere het gevolg zijn van prikkels in de farmaceutische keten die trachten de geneesmiddelkosten te beheersen, zullen oplossingsrichtingen om **het aantal wisselingen te verminderen** waarschijnlijk kostenverhogend werken. Uiteraard zijn er wel mogelijkheden denkbaar om het aantal wisselingen te verminderen, zoals:

- Ingrijpen in inkoopbeleid van zorgverzekeraars (bijvoorbeeld: aanwijzen meerdere preferente middelen in één cluster)
- Ingrijpen in inkoopbeleid van groothandels (bijvoorbeeld: opstellen, publiceren van en handelen naar een gedragscode omtrent het aanwijzen van preferente leveranciers)

Hoewel nog ingrijpender is het ook mogelijk om het stelsel zelf te veranderen, door bijvoorbeeld:

- Opstellen richtlijn waarin een maximaal aantal wisselingen in een bepaalde periode wordt vastgelegd
- Volledig neerleggen van inkooprol bij overheid
- Volledig neerleggen van inkooprol bij zorgverzekeraars
- Volledig neerleggen van inkooprol bij groothandels en apothekers.

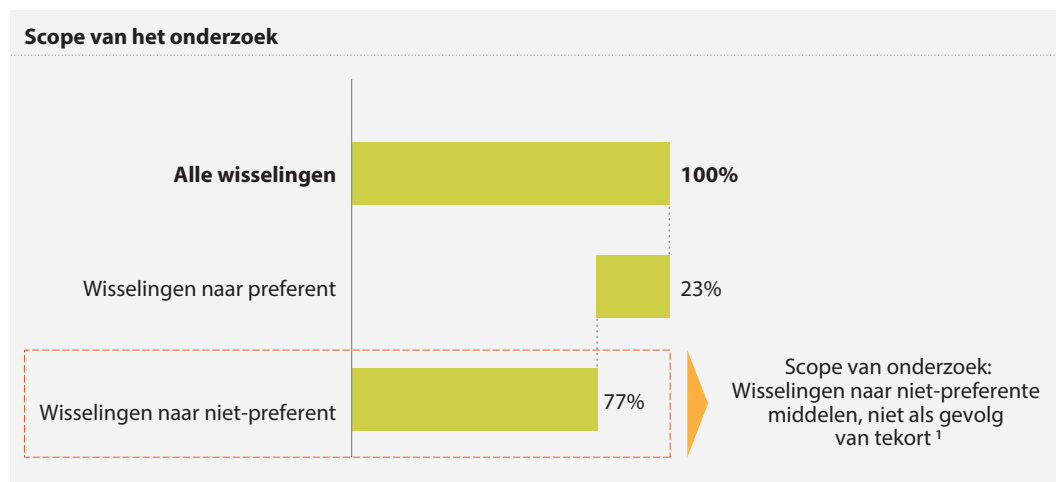
De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor de effecten van het wisselen van geneesmiddelen. Hoewel er geen farmacologische verschillen zijn tussen generieke geneesmiddelen onderling of in vergelijking met merkgeneesmiddelen, worden er klachten gemeld door patiënten bij het wisselen naar een geneesmiddel van een andere fabrikant. Niet-medische redenen voor het wisselen van geneesmiddelen zijn ondoorzichtig. Voor het grote percentage wisselingen naar een niet-preferent geneesmiddel (samen 77%) is de directe oorzaak van de wisseling onbekend. De directie Geneesmiddelen en Medische Technologie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Gupta Strategists gevraagd om een kwalitatief onderzoek uit te voeren naar de prikkels in de keten die tot gevolg hebben dat een (ander) niet-preferent middel wordt verstrekt.

Jaarlijks zijn er ongeveer 9,6 miljoen wisselingen van geneesmiddelen; dit betekent dat van elke honderd geneesmiddelen die worden uitgegeven er bij zeven geneesmiddelen een wisseling plaatsvindt¹. Hoewel er over de afgelopen drie jaar geen duidelijke toename in het aantal wisselingen waarneembaar is², is er de afgelopen jaren wel steeds meer aandacht voor de effecten van het wisselen van geneesmiddelen, zowel in de media³ als bij patiëntenverenigingen⁴, apothekers⁵, artsen⁶ en in de politiek⁷.

Uit onderzoek blijkt dat er geen farmacologische verschillen zijn tussen generieke geneesmiddelen onderling of in vergelijking met merkgeneesmiddelen^{8,9}; wat betekent dat het wisselen tussen de middelen, medisch gezien, zonder problemen mogelijk zou moeten zijn. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) onderstreept dat “generieke medicijnen net zo werkzaam en veilig als de originele medicijnen” zijn, maar dat niet iedere patiënt hetzelfde is¹⁰. Echter, zelfs wanneer stof, sterkte en toedieningsvorm gelijk zijn worden er toch klachten gemeld van patiënten bij het wisselen naar een andere fabrikant¹¹. Het CBG vindt het zorgelijk dat er sprake is van een negatieve perceptie omtrent de kwaliteit van de generieke geneesmiddelen en noemt in haar jaarverslag dat ze merkt dat voorschrijvers het zien als “een gedwongen stap, omdat generieken goedkoper zijn en het gebruik ervan gestimuleerd wordt met het preferentiebeleid”¹². Deze negatieve perceptie kan leiden tot een verminderd effect en meer bijwerkingen van een geneesmiddel. Dit wordt ook wel het nocebo-effect genoemd^{13,14,15}. De manier van communiceren over een geneesmiddel, door artsen, apothekers, zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen en media, kan het nocebo-effect induceren¹⁶. Naast deze negatieve effecten op patiënten leidt het wisselen van geneesmiddelen tot extra kosten en verminderd werkplezier in de apotheek. De extra kosten zijn het gevolg van extra tijdsinvestering door onder andere het verstrekken van informatie over het gewisselde geneesmiddel door de apotheker, de tijd die nodig is voor de begeleiding van de patiënt en de extra overleg-tijd tussen apotheker en arts (voorschrijver)¹⁷.

Om ervoor te zorgen dat het wisselen van geneesmiddelen op verantwoorde wijze gebeurt, heeft VWS een Bestuurlijk Overleg geïnitieerd. Het doel van dit overleg is het vaststellen van algemene uitgangspunten op basis waarvan er niet of minder gewisseld wordt of op verantwoorde wijze gewisseld kan worden. Voor een zinvolle discussie is er behoefte aan een objectieve feitenbasis over hoe vaak en waarom er gewisseld wordt. Een nog te

publiceren analyse van Vektis levert cijfers op over hoe vaak en in welke gevallen het wisselen van geneesmiddelen voorkomt. Daaruit blijkt dat wisselingen vooral plaatsvinden van niet-preferent naar niet-preferent (66% van alle wisselingen). Ook wisselingen van een preferent naar een niet-preferent middel komen vaak voor (11% van alle wisselingen).



Figuur 1 Scope van het onderzoek: wisselingen naar niet-preferente middelen, niet als gevolg van een tekort. 1) Nog onbekend welk deel van wisselingen naar niet-preferent het gevolg is van een tekort. Dit wordt onderzocht in een aanvullende analyse door Vektis. Bron: kwantitatief onderzoek naar het wisselen van geneesmiddelen door Vektis.

Niet-medische redenen voor het wisselen van geneesmiddelen zijn ondoorzichtig. Voor het grote percentage wisselingen naar een niet-preferent geneesmiddel (samen 77%) is de directe oorzaak van de wisseling onbekend. De directie Geneesmiddelen en Medische Technologie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Gupta Strategists gevraagd om een kwalitatief onderzoek uit te voeren naar de prikkels in de keten die tot gevolg hebben dat een (ander) niet-preferent middel wordt verstrekt (Figuur 1 illustreert scope van het onderzoek). Het doel van dit onderzoek is om inzicht te geven in:

- Het krachtenveld van de hele keten
- De prikkels in de keten die van invloed zijn geneesmiddelkeuze en dus ook wisselingen
- De manier waarop het samenspel van prikkels leidt tot het wisselen van geneesmiddelen
- De oorzaken van de wisselingen naar niet-preferente geneesmiddelen om niet-medische redenen

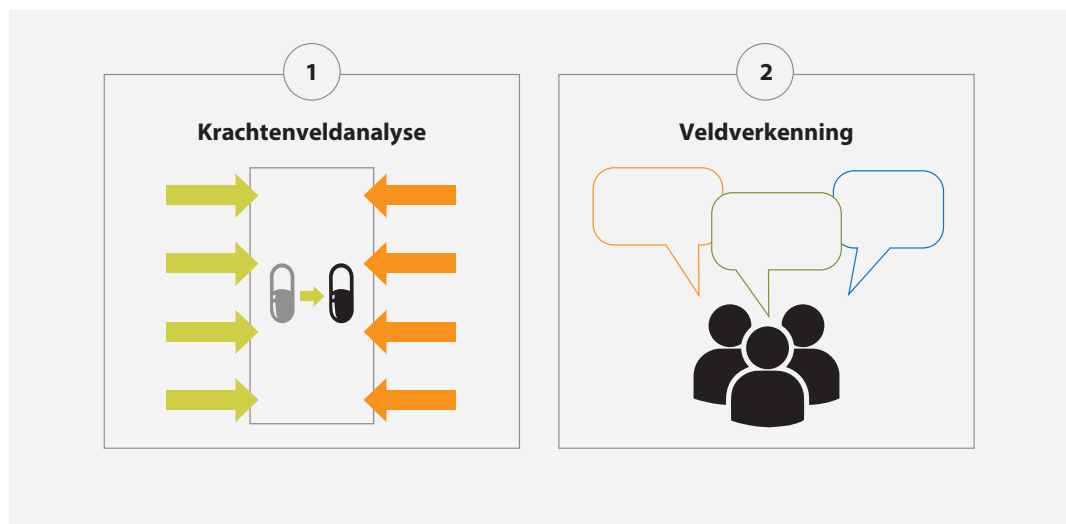
In dit document lichten we allereerst toe **hoe we de niet-medische redenen die leiden tot geneesmiddelwisselingen onderzocht hebben** (Hoofdstuk 2). Om goed te begrijpen hoe de geneesmiddelkeuze tot stand komt beschrijven we **de rollen van de partijen binnen de farmaceutische keten** (Hoofdstuk 3). Uiteindelijk vinden geneesmiddelenwisselingen plaats in de apotheek. In het vierde hoofdstuk gaan we daarom dieper in op de rol van de apotheek, en beschrijven we **het afwegingskader van geneesmiddelkeuzes** in de apotheek (Hoofdstuk 4). Alle prikkels die leiden tot wisselingen werken in op dit afwegingskader. **Per schakel in de keten analyseren we welke prikkels** partijen uitoefenen om

de geneesmiddelkeuze in de apotheek te beïnvloeden en daarmee ook tot geneesmiddelwisselingen kunnen leiden (Hoofdstuk 5). Tot slot verkennen we **oplossingsrichtingen om de negatieve impact van geneesmiddelwisselingen te verminderen** (Hoofdstuk 6).

- 1 Vektis, 2019, Resultaten kwantitatief onderzoek naar het wisselen van geneesmiddelen: over een periode van 3 jaar (oktober 2015 t/m september 2018) hebben er 377 miljoen uitgiften en 27 miljoen wisselingen plaatsgevonden (op niveau ATC-code, exclusie van: ANZ- en weekafleveringen). Een wisseling is hierbij gedefinieerd als “een afgifte aan dezelfde patiënt binnen hetzelfde PRK-cluster binnen 120 dagen waarbij de fabrikant van het artikel anders is dan bij de voorgaande aflevering”
- 2 Vektis, 2019, Resultaten kwantitatief onderzoek naar het wisselen van geneesmiddelen: 9 miljoen wisselingen in periode oktober 2015 t/m september 2016, 8,2 miljoen wisselingen in periode oktober 2016 t/m september 2017, 9,6 miljoen wisselingen in periode oktober 2017 t/m september 2018
- 3 Onder andere: NOS 2018 ‘Patiënten voelen zich zieker na medicijnwissel’, RTL 2018 ‘Honderdduizenden mensen zieker door overstap naar ander merk medicijn’, Volkskrant 2019 ‘Generieke pillen zijn kopieën van het origineel. Waarom klagen patiënten er dan toch over?’
- 4 Longfonds, Reumafonds, etc., april 2018, ‘Wisselen van geneesmiddelen Gevolgen van generieke geneesmiddelsubstitutie voor mensen met een chronische aandoening en aanbevelingen voor de aanpak van knelpunten’
- 5 Onder andere: Skipr 2016 ‘Apothekers: minder vaak wisselen medicijnen’,
- 6 Onder andere: Medisch Contact 2015 ‘Wisselen longmedicatie geeft soms ongemak’, Volkskrant 2018 ‘Apotheker negeert ‘medische noodzakelijke’ wens arts bij uitgifte medicijnen’
- 7 Onder andere: Kamerbrief 22 mei 2018 ‘Betreft Commissiebrief Tweede Kamer inzake het bericht ‘Honderdduizenden mensen zieker door overstap naar ander merk medicijn’, Kamerbrief 20 december 2018, ‘Voortgangsbrief geneesmiddelenbeleid’, initiëren van Bestuurlijk Overleg Verantwoord Wisselen van geneesmiddelen door het ministerie van VWS
- 8 CBB, ‘Jaarverslag 2017’, <https://www.cbgjaarverslag.nl/cbg-jaarverslag/2017/01/interview-marc-maliepaard-abby-yu-pieter-glerum>
- 9 Y. Yu, 2017, ‘Towards understanding interchangeability of generic drugs’, <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/12273997/c5663.pdf>
- 10 CBG, 2016, ‘Houd patiënt voor ogen bij wisseling van generieke medicijnen’, <https://www.cbg-meb.nl/actueel/nieuws/2016/10/20/houd-patient-voor-ogen-bij-wisseling-van-generieke-medicijnen>
- 11 CBG, 2017, ‘Overzichtsrapportage wisseling van medicijnen’, <https://www.cbg-meb.nl/actueel/nieuws/2017/06/14/overzichtsrapportage-wisseling-van-medicijnen>
- 12 CBB, ‘Jaarverslag 2017’, <https://www.cbgjaarverslag.nl/cbg-jaarverslag/2017/01/interview-marc-maliepaard-abby-yu-pieter-glerum>
- 13 Planès et al., 2015 ‘The nocebo effect of drugs’
- 14 Rezk, B. Pieper, 2017, ‘Treatment outcomes with biosimilars: be aware of the nocebo effect’
- 15 Benedetti et al., Elsevier 2007, ‘When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect’
- 16 Planès et al., 2015 ‘The nocebo effect of drugs’
- 17 Longfonds, Reumafonds, etc., april 2018, ‘Wisselen van geneesmiddelen Gevolgen van generieke geneesmiddelsubstitutie voor mensen met een chronische aandoening en aanbevelingen voor de aanpak van knelpunten’

Om te komen tot een objectief beeld over de niet-medische redenen van geneesmiddelwisselingen hebben wij twee analysevormen gecombineerd. Door middel van een krachtenveldanalyse onderzochten wij de rollen van de partijen in de farmaceutische keten. Via een brede veldverkenning haalden wij de ideeën van 56 apothekers op over het wisselen van geneesmiddelen. Daarnaast voerden wij diepgaande, gestructureerde interviews met meerdere apothekers, een groothandel, een generieke farmaceut, twee koepelorganisaties van generieke farmaceuten, een zorgverzekeraar, een patiëntenvereniging en een arts (voorschrijver), en verkregen wij middels het verspreiden van vragenlijsten onder zorgverzekeraars een beter beeld van (de invloed van) het geneesmiddeleninkoopbeleid.

Dit kwalitatieve onderzoek is gebaseerd op twee analysevormen (Figuur 2). Het zwaartepunt lag daarbij op een uitgebreide veldverkenning.



Figuur 2 Overzicht van analysevormen voor onderzoek

2.1 Door middel van een krachtenveldanalyse onderzochten wij de rollen van de partijen in de farmaceutische keten

Op basis van onze ruime projectervaring voor diverse partijen in de farmaceutische keten hebben wij middels een krachtenveldanalyse de belangrijkste spelers in de farmaceutische keten onderscheiden en hun rollen beschreven (Hoofdstuk 3). Tevens hebben wij vanuit de krachtenveldanalyse hypothesen geformuleerd over welke krachten in de keten invloed hebben op het wisselen van geneesmiddelen. Deze hypothesen hebben wij getoetst middels de veldverkenning en data-analyse.

2.2 Door middel van een brede veldverkenning haalden wij de ideeën van >50 apothekers over het wisselen van geneesmiddelen op

Het zwaartepunt van ons onderzoek lag op een brede veldverkenning, bestaande uit:

- **Online discussie via platform Synthetron;** gegeven de centrale rol van apothekers

bij het wisselen van geneesmiddelen wilden wij op een gestructureerde manier zoveel mogelijk input ophalen bij een groot aantal apothekers. Om dit snel en laagdrempelig te kunnen doen, hebben wij het *crowdsourcing* platform Synthetron ingezet¹⁸. De *crowdsourcing* methodologie van Synthetron is een efficiënte manier om een grote groep deelnemers, in dit geval meer dan 50 apothekers verspreid over twee sessies, *real time* met elkaar in discussie te laten gaan. De apothekers gaven hun mening, evalueerden elkaars mening en bouwden verder op elkaars ideeën. Dit deden ze aan de hand van een aantal gestructureerde vragen en onderwerpen. Op deze manier had iedere deelnemende apotheker een stem, werden veel ideeën geïnventariseerd en werden de ideeën met de hoogste consensus gefilterd middels het stemmen in de groep. Direct na afloop van de sessie was niet alleen bekend welke ideeën er leven binnen de groep, maar ook in welke mate er consensus bestond over deze ideeën¹⁹.

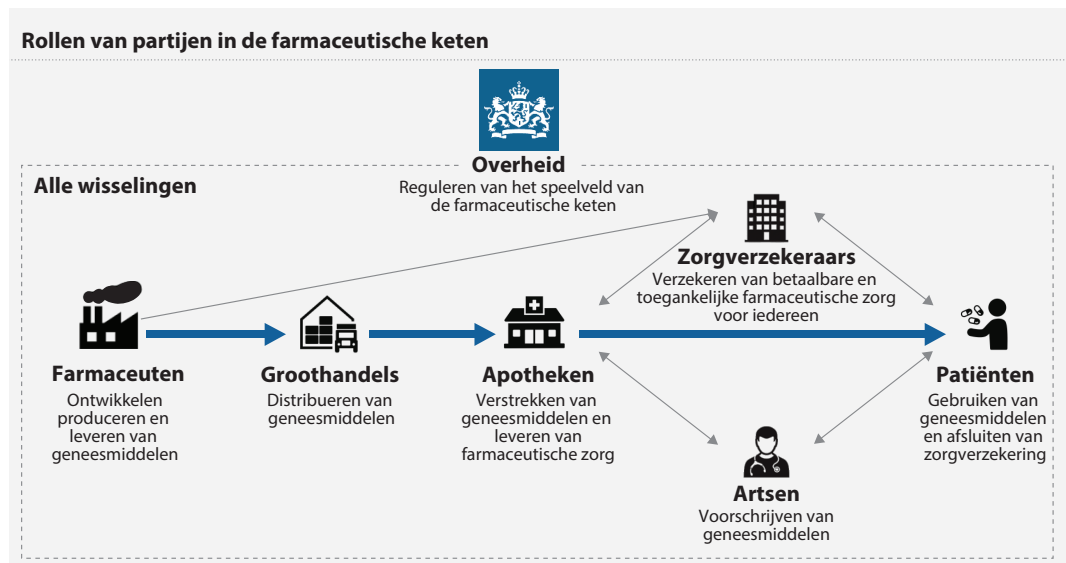
- **Interviews;** diepgaande, gestructureerde interviews hebben plaatsgevonden met meerdere apothekers, een groothandel, een generieke farmaceut, twee koepelorganisaties van generieke farmaceuten, een zorgverzekeraar, een patiëntenvereniging en een arts (voorschrijver). Tijdens de interviews hebben we ons begrip van het krachtenveld en daaruit voortvloeiende hypothesen m.b.t. redenen van geneesmiddelwisselingen getoetst.
- **Vragenlijsten;** aangezien het beleid van zorgverzekeraars één van de meest genoemde redenen van het wisselen van geneesmiddelen is, hebben we een vragenlijst verspreid onder een groot deel van de zorgverzekeraars met als doel het beter begrijpen van (de invloed van) het beleid. Deze vragenlijst omvatte een aantal onderwerpen, waaronder: redenen voor wisselen van geneesmiddelen (o.a. de signalen die zorgverzekeraars ontvangen rondom geneesmiddelwisselingen), het inkoopbeleid en specifiek het preferentiebeleid, laagste-prijs-garantie en het pakjesmodel

¹⁸ Synthetron, <https://synthetron.com/nl/how-synthetron-helps/>

¹⁹ Zie bijlage voor een meer gedetailleerde beschrijving van de vraagstellingen en antwoorden

De farmaceutische keten is er om farmaceutische zorg voor patiënten toegankelijk te maken. Deze keten kent verschillende schakels met ieder een eigen rol. Vanuit deze rol hebben alle schakels in meer of mindere mate invloed op de geneesmiddelkeuze in de apotheek.

De farmaceutische keten kent verschillende schakels met een eigen rol. In *Figuur 3* illustreren we de partijen die een rol hebben in het proces dat resulteert in het daadwerkelijk afleveren van een geneesmiddel aan de patiënt. Iedere schakel in deze keten bestaat weer uit meerdere spelers met een eigen positie en bedrijfsmodel.



Figuur 3 Partijen in de farmaceutische keten

De gehele farmaceutische keten is er om farmaceutische zorg voor patiënten toegankelijk te maken, zodat zij geneesmiddelen kunnen gebruiken om hun gezondheid te verbeteren. We gaan hieronder in op de rol per schakel in de farmaceutische keten.

De **apothek** verstrekt geneesmiddelen aan patiënten en levert farmaceutische zorg. Zij heeft contact met de patiënt op het moment dat deze de apotheek binnenkomt met een recept en adviseert over het gebruik van geneesmiddelen. Vervolgens ondersteunt zij de patiënt bij het gebruik. Daarnaast heeft zij contact met de artsen (voorschrijvers) ter afstemming van de zorg voor de patiënt. Om de geneesmiddelen te kunnen verstrekken heeft de apotheek een samenwerkingsrelatie met een groothandel en in sommige gevallen direct met de farmaceut. Met de zorgverzekeraar heeft de apotheek afspraken over de vergoeding per middel. Gegeven haar rollen en interacties vormt de apotheek de centrale spil in de keten voor wat betreft de geneesmiddelkeuze en het wisselen van geneesmiddelen. In het volgende hoofdstuk gaan we daarom dieper in op het afwegingskader voor geneesmiddelkeuze binnen apotheken.

De rol van de **patiënt** is tweeledig: het gebruiken van geneesmiddelen en het afsluiten van een zorgverzekering. De patiënt heeft in eerste instantie contact met een arts naar aanleiding van medische klachten. In overleg met de arts ontvangt de patiënt een behandeling; geneesmiddelen kunnen onderdeel van de behandeling zijn. Indien geneesmiddelen onderdeel van de behandeling zijn, ontvangt de patiënt de geneesmiddelen en farmaceutische begeleiding van de apotheek. De patiënt gebruikt de geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door de arts en zijn verstrekt door de apotheek om hiermee zijn of haar gezondheidsklachten te verminderen of verergering te voorkomen. De meeste geneesmiddelen worden vergoed vanuit de basisverzekering die iedereen in Nederland verplicht afsluit. Daarbij heeft de patiënt keuzevrijheid tussen verschillende zorgverzekeraars die zich van elkaar differentiëren in de hoogte van de premie en de polisvoorwaarden. De belangen van patiënten richting artsen, zorgverzekeraars, apotheken en farmaceuten worden behartigd door patiëntenverenigingen. Patiëntenverenigingen delen ervaringen, wensen en verwachtingen van geneesmiddelen, en adviseren de eerdergenoemde partijen op basis van deze patiëntgeluiden.

Zorgverzekeraars verzekeren betaalbare en toegankelijke farmaceutische zorg voor iedereen. Deze rol komt met twee belangrijke taken: het inkopen van zorg en het verkopen van polissen. Voor het inkopen van zorg heeft de zorgverzekeraar afspraken met zowel farmaceuten als apothekers over de vergoeding per middel. We gaan dieper in op de manier waarop zij dit inkoopbeleid invullen in Hoofdstuk 5. Daarnaast probeert de zorgverzekeraar haar polis zo aantrekkelijk mogelijk te maken voor patiënten middels het stellen van een aantrekkelijke prijs en voorwaarden.

Het vaststellen, voorschrijven, monitoren en eventueel bijstellen van de farmaceutische behandeling is de rol van de **artsen**. Zij hebben hierbij direct contact met de patiënt en apotheker. De patiënt komt bij de arts met bepaalde medische klachten. De arts bepaalt samen met de patiënt de behandeling en de daarbij eventueel benodigde geneesmiddelen. De arts schrijft deze geneesmiddelen voor. De apotheker ontvangt dit voorschrift. De arts en apotheker overleggen over de farmaceutische zorg aan de patiënt.

De **groothandel** is de schakel tussen de apotheek en de geneesmiddelfabrikanten. De rol van de groothandel is het distribueren van geneesmiddelen van verschillende fabrikanten naar alle apotheken in Nederland.

Farmaceuten ontwikkelen, produceren en leveren geneesmiddelen. Zij hebben bij het ontwikkelen en het stellen van de prijs te maken met wettelijke kaders vanuit de overheid. Vervolgens begint het daadwerkelijk leveren van geneesmiddelen met het maken van prijsafspraken. Deze prijsafspraken worden gemaakt met zowel groothandels, als apothekers en zorgverzekeraars.

Ten slotte reguleert de **overheid** het speelveld van de farmaceutische keten om het voor de verschillende schakels mogelijk te maken om optimale kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van farmaceutische zorg voor patiënten te leveren. Zij heeft hiervoor verschillende wetten en instanties, waaronder²⁰:

- **Geneesmiddelenwet;** regelt het veilig gebruik van geneesmiddelen, middels regels zoals het moeten melden van ernstige bijwerkingen van geneesmiddelen door artsen en apothekers en het mogelijk maken dat de IGJ boetes oplegt bij overtredingen van deze wet.
- **Wet geneesmiddelenprijzen (WGP);** heeft als doel het betaalbaar houden van geneesmiddelen en omvat de maximumprijzen voor geneesmiddelen in Nederland.
- **College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG);** moet nieuwe geneesmiddelen goedkeuren en registreren, waarna zij een vergunning verleent aan een fabrikant.
- **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ);** houdt toezicht op de veiligheid van geneesmiddelen²¹.
- **Nederlandse zorgautoriteit (NZa);** stelt regels op voor het registreren en declareren van behandelingen en houdt toezicht op zorgverzekeraars en -aanbieders of zij zich houden aan de gestelde wetten en regels²².

Alle schakels in de keten hebben vanuit hun rol in meer of mindere mate invloed op de geneesmiddelkeuze in de apotheek. Een analyse van deze verschillende invloeden vraagt allereerst een begrip van hoe de geneesmiddelkeuze in de apotheek tot stand komt.

20 Rijksoverheid, 'Kwaliteit en risico's medicijnen bewaken', <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geneesmiddelen/kwaliteit-en-risicos-geneesmiddelen-bewaken>

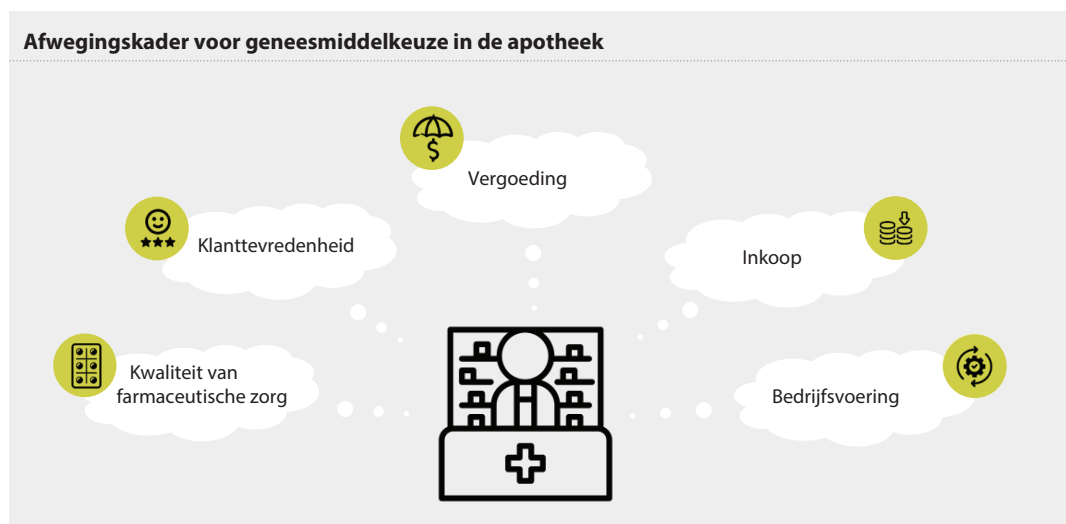
21 IGJ, <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geneesmiddelen>

22 Nederlandse Zorgautoriteit, 'Farmaceutische zorg', <https://www.nza.nl/zorgsectoren/farmaceutische-zorg>

De geneesmiddelkeuze, en daarmee ook de geneesmiddelwisseling, vindt – binnen het door de arts voorgeschreven recept - plaats aan de balie in de apotheek. Om goed te begrijpen hoe geneesmiddelwisselingen tot stand komen onderzochten we de factoren die de apotheek meeneemt in deze afweging. Er zijn vijf factoren die de apotheek meeneemt in de geneesmiddelkeuze die voortkomen uit de twee ‘petten’ die de apotheek heeft: het verlenen van zorg en het exploiteren van een bedrijf. Een apotheek streeft naar het verlenen van kwalitatief goede farmaceutische zorg en weegt in de geneesmiddelkeuze de criteria ‘kwaliteit van farmaceutische zorg’ en ‘klanttevredenheid’ af. Daarnaast maakt de apotheker afwegingen passend bij het exploiteren van een bedrijf en neemt daarom ook de criteria ‘vergoeding’, ‘inkoop’ en ‘bedrijfsvoering’ in haar afweging mee.

Geneesmiddelkeuze, en daarmee ook de geneesmiddelwisseling, vindt – binnen het door de arts voorgeschreven recept - plaats aan de balie in de apotheek. Om goed te begrijpen hoe geneesmiddelwisselingen tot stand komen moeten we daarom eerst scherp krijgen welke factoren de apotheek meeneemt in deze afweging. Met behulp van deze factoren kunnen we analyseren welke prikkels er vanuit het complexe krachtenveld rondom de apotheek op het afwegingskader van de apotheek inwerken en dus de geneesmiddelwisselingen beïnvloeden.

Er zijn vijf factoren die de apotheek meeneemt in de geneesmiddelkeuze die voortkomen uit de twee ‘petten’ die de apotheek heeft: het verlenen van zorg en het exploiteren van een bedrijf (Figuur 4).



Figuur 4 Factoren die apotheker meeneemt in geneesmiddelkeuze

Een apotheek streeft naar het verlenen van kwalitatief goede farmaceutische zorg. Bij het maken van de geneesmiddelkeuze weegt de apotheek mee of dit impact heeft op de **kwaliteit van de farmaceutische zorg**. De apotheker weegt bijvoorbeeld af in hoeverre het wisselen naar een ander merk antipsychoticum de therapietrouw en het vertrouwen van de patiënt beïnvloedt. Daarnaast streeft de apotheek naar **tevreden klanten**. Dat betekent dat de apotheek haar dienstverlening en geneesmiddelkeuze soms aanpast op de wensen van

de individuele klant. De wens van de individuele klant kan bijvoorbeeld de voorkeur voor een bepaalde fabrikant zijn.

Naast deze afwegingen op kwaliteit van farmaceutische zorg en klanttevredenheid maakt de apotheker ook afwegingen passend bij het exploiteren van een bedrijf: wat betekent een geneesmiddelkeuze voor mijn inkomsten en kosten? De inkomsten van de apotheek worden vooral gedreven door de **vergoeding**²³, betaald door de zorgverzekeraar. De kosten van de apotheek bestaan enerzijds uit de **inkoopkosten** van geneesmiddelen en anderzijds uit overige kosten voor de **bedrijfsvoering**, waaronder: personeelskosten (60-70% van totale kosten²⁴), huisvestingskosten en overige kosten (o.a. ICT, afschrijvingen).

In het volgende hoofdstuk beschrijven we welke prikkels er zijn, per schakel in de keten, en hoe deze inwerken op het afwegingskader in de apotheek waardoor er een geneesmiddelwisseling kan plaatsvinden.

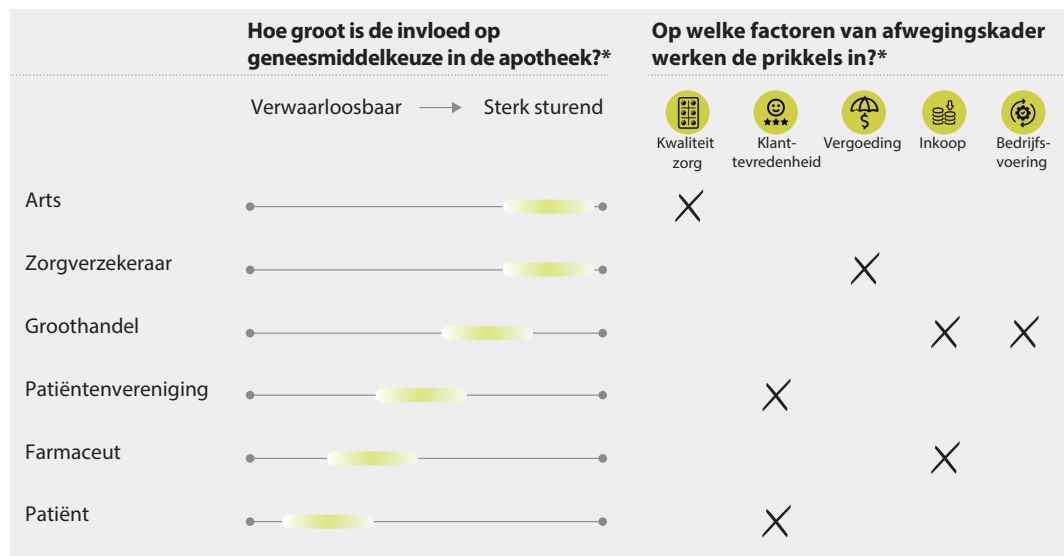
23 De apotheek heeft ook andere inkomsten, bijvoorbeeld uit eigen parallelhandel.

24 O.b.v. analyse jaarverslagen van diverse apotheken.

Alle schakels in de farmaceutische keten beïnvloeden vanuit hun rol het afwegingskader van de apotheker. Prikkels vanuit de arts en zorgverzekeraar zijn het meest sturend: artsen bepalen of er sprake is van 'medische noodzaak' om een specifiek merk voor te schrijven (beïnvloeding criterium 'kwaliteit van zorg') en zorgverzekeraars beïnvloeden het criterium 'vergoeding' in het afwegingskader. Ook de groothandel heeft grote invloed op het afwegingskader, al is deze invloed wel secundair aan die van de arts (voorschrijver) en de verzekeraar. De groothandel beïnvloedt de criteria 'inkoop' en 'bedrijfsvoering' middels inkoopmandaat/voorkeurslabel, ondersteuning bij de bedrijfsvoering (bijvoorbeeld via software) en toegang tot voordelen zoals gecentraliseerde parallelimport. De patiëntvereniging beïnvloedt indirect het criterium 'klanttevredenheid', bijvoorbeeld via contact met zorgverzekeraars, en oproepen aan patiënten, artsen en/of apothekers. De farmaceut heeft relatief weinig invloed op de geneesmiddelkeuze. Zij kan invloed uitoefenen door de keuze voor deelname aan preferentiebeleid en mandaatafspraken (beïnvloeding criterium 'inkoop'), maar heeft geen rechtstreekse invloed op de vrije afweging van de apotheker. De patiënt beïnvloedt de geneesmiddelkeuze door het uiten van voorkeuren (beïnvloeding criterium 'klanttevredenheid'). Hoewel de verschillende schakels invloed uitoefenen op het afwegingskader van de apotheker, is geen apotheek hetzelfde. Het samenspel van de verschillende prikkels in de unieke context van de apotheker kan daarom sterk verschillen.

5.1 Hoewel alle schakels in farmaceutische keten het afwegingskader van apotheker beïnvloeden, zijn prikkels vanuit artsen en verzekeraar meest sturend

Om te begrijpen welke verschillende prikkels er vanuit de gehele keten inwerken op het afwegingskader van de apotheker hebben we per schakel in de keten geanalyseerd wat deze prikkels zijn, op welke afweging van de apotheker zij inwerken en hoe groot de invloed van deze prikkel is (Figuur 5). De prikkels van alle schakels in de keten komen voort uit hun rol (zoals beschreven in Hoofdstuk 2). Waar sommige prikkels erg sturend zijn, zijn andere prikkels minder sterk of geven ruimte voor invulling door de apotheek zelf.



Figuur 5 Overzicht invloed en afwegingen waar prikkels op inwerken.

* inschatting o.b.v. veldverkenning door Gupta Strategists, online discussies, interviews en vragenlijsten

5.2 Arts beïnvloedt geneesmiddelkeuze middels 'Medische Noodzaak'

Zoals in hoofdstuk 3 beschreven is de rol van de arts het leveren van de best mogelijk zorg aan de patiënt. Bij deze rol hoort het voorschrijven van medicatie aan de patiënt. Sinds 1995 zijn artsen gestimuleerd geneesmiddelen op stofnaam voor te schrijven²⁵. De arts bepaalt evenwel of er sprake is van Medische Noodzaak om een specifiek merk van een geneesmiddel voor te schrijven. Als de behandeling met een generiek middel in zijn ogen niet medisch verantwoord is, bijvoorbeeld i.v.m. een allergie voor één van de hulpstoffen, kan de arts een bepaald merk voorschrijven en de aantekening 'medische noodzaak' op het recept zetten²⁶. Dit geldt uiteraard voor middelen waarvan meer dan één merk op de markt is.

Het mechanisme van voorschrijven met de aantekening 'Medische Noodzaak' bestaat al lange tijd en de redenen voor het bestaan ervan zijn helder. Tijdens het onderzoek hebben we evenwel ook geluiden ontvangen dat artsen niet altijd op rationele gronden 'Medische noodzaak' op het recept vermelden; de wens van de patiënt en de invloed van media en industrie lijken hierin een rol te spelen.

Tevens hebben we tijdens het onderzoek uit meerdere hoeken geluiden ontvangen dat de systemen waar artsen en apothekers in werken steeds vaker aan elkaar gekoppeld kunnen zijn. Dit betekent dat de arts direct inzicht heeft welk merk de apotheek aan de patiënt heeft meegegeven. Het systeem maakt het eenvoudig dit merk wederom te kiezen (aan te klikken), waarbij het vinkje 'Medische noodzaak' al ingevuld is.

De arts heeft ook invloed op de perceptie van de patiënt omtrent het effect van het eventueel wisselen van geneesmiddelen. Daarmee kan de arts het nocebo-effect verlagen of juist vergroten²⁷, en dus ook indirect de patiëntwens omtrent geneesmiddelwisseling beïnvloeden.

5.3 Zorgverzekeraar is sterk sturend op kostenreductie in vergoedingsafspraken en geeft daarmee sterk sturend prikkel op geneesmiddelkeuze in de apotheek

Zoals eerder beschreven verzekeren zorgverzekeraars betaalbare en toegankelijke farmaceutische zorg voor iedereen. Deze rol komt met twee belangrijke opgaven: het inkopen van zorg en het verkopen van polissen. Verzekerden wisselen beperkt van zorgverzekeraar (6-7% per jaar) en als ze wisselen is de hoogte van de premie de belangrijkste drijfveer²⁸. Dit geeft zorgverzekeraars een prikkel om sterk in te zetten op reductie van de zorgkosten, waardoor ze een scherpe premie aan de verzekerden kunnen bieden. De focus in het reduceren van geneesmiddelkosten ligt op multisource geneesmiddelen, omdat daar meerdere farmaceuten met elkaar concurreren en dit het onderhandelen op lagere prijzen mogelijk maakt.

Het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars heeft, voor zover dit is gericht op het reduceren van geneesmiddelkosten, daarom invloed op het criterium 'vergoeding' in het afwegingskader van de apotheker. De manier waarop verzekeraars scherp inkoopbeleid voeren is verschillend (zie Kader 1) en bepaalt of de geneesmiddelkeuze aan de apotheker wordt opgelegd of dat er ruimte overblijft voor de apotheker om de andere criteria uit het afwegingskader af te wegen.

• Invloed preferentiebeleid op geneesmiddelkeuze

In geval van preferentiebeleid vergoedt de zorgverzekeraar het label van zijn voorkeur. Dit betekent dat de keuze voor het label bepaald wordt door de zorgverzekeraar; de apotheker krijgt beperkte ruimte tot afwijking (variërend van ongeveer 5-20%) vanwege medische of logistieke noodzaak²⁹. Doordat de keuze voor het label wordt opgelegd is de afweging van de apotheker op basis van de andere criteria beperkt tot niet aanwezig. Het preferentiebeleid leidt tot geneesmiddelwisselingen op het moment dat een nieuw middel preferent is aangewezen of een eerder preferent middel niet langer preferent is. Geneesmiddelwisselingen als gevolg van het preferentiebeleid zijn in de online discussies veelvuldig genoemd, een aantal quotes:

- "Ieder jaar een nieuwe lijst met preferent. Met vaak tussendoor aanvullingen"
- "Bijna iedere maand krijg ik een nieuwe lijst [...] aangeleverd met wijzigingen in de preferente middelen"
- "Financiële malus ingegeven door preferentie en LPG-beleid"

• Invloed laagste-prijs-garantie (LPG) en IDEA-beleid op geneesmiddelkeuze

In geval van LPG of pakjesmodel (IDEA-beleid) vergoedt de verzekeraar lage prijzen. Bij LPG is de maximale vergoeding gelijk aan de laagste AIP-prijs, waarbij sommige zorgverzekeraars een bandbreedte tot 5% hanteren. Bij IDEA-beleid geldt een gemiddelde "pakjesprijs" voor een bepaalde lijst van multisource geneesmiddelen. Zowel bij LPG als bij IDEA-beleid behoudt de apotheker vrijheid in geneesmiddelkeuze, maar ervaart als gevolg van de scherp gestelde vergoedingen een sterke prikkel om zelf scherp in te kopen. LPG en IDEA-beleid kunnen op verschillende manieren zorgen voor geneesmiddelwisselingen:

- Nieuwe introducties van lager geprijsde geneesmiddelen binnen een cluster
- Prijsstijging/-daling van geneesmiddelen binnen een cluster

De online discussie bevestigt het ontstaan van geneesmiddelwisselingen als gevolg van LPG of IDEA-beleid, zoals bijvoorbeeld zichtbaar in de volgende citaten uit de discussie:

- “Goedkoper inkopen door apotheker, daardoor hogere winstmarge. Om te compenseren voor malus van zorgverzekeraar”
- “Laagste Prijs Garantie (LPG) beleid van vele verzekeraars. Om dan niet verlies te leiden kies je de beste generieke versie.”
- “LPG en IDEA leiden regelmatig tot wisselingen, omdat er generiek met een lagere of hogere AIP op de markt komt, omdat een fabrikant zijn AIP wijzigt, omdat een product doordat er een generiek bijkomt onder IDEA valt. Omdat een product met een lage AIP niet leverbaar is”

Kader 1 Manier waarop zorgverzekeraars inkoopbeleid voeren

Zorgverzekeraars hanteren verschillende methodieken in de inkoop van geneesmiddelen, namelijk:

- **Preferentiebeleid;** verzekeraar vergoedt het label van zijn voorkeur. Keuze voor generieke label ligt bij zorgverzekeraar; apotheek krijgt ruimte tot afwijking (variërend van ongeveer 5-20%) vanwege medische of logistieke noodzaak.
- **LPG;** maximale vergoeding van laagste AIP-prijs, bij sommige verzekeraars met bandbreedte tot 5%. Keuze voor generieke label ligt bij de apotheek.
- **IDEA-model;** vergoeding voor elk geneesmiddel uit het IDEA-assortiment op basis van eenzelfde gemiddelde prijs per pakje.

De precieze invulling van het preferentiebeleid, en daarmee de invloed op de geneesmiddelkeuze, kent overeenkomsten en verschillen tussen verzekeraars:

- **Overeenkomsten**
 - **Notificatietijd:** 5-7 maanden
 - **Duur preferent gestelde periode:** tenminste 2 jaar, waarbij sommige verzekeraars afspraken hanteren dat de periode wordt verlengd in geval van goede beschikbaarheid gedurende de contractperiode en een prijs die nog steeds bij de laagste prijzen uit de taxen hoort.
- **Verschillen**
 - **Aantal PRK-clusters preferent gesteld:** variërend van ongeveer 200 tot 700 per zorgverzekeraar
 - **Transparantie prijzen:** o.b.v. publieke prijzen vs. onder couvert
 - **Naleving preferentiebeleid:** variërend van een benchmark onder apothekers tot een afgesproken naleving van ongeveer 80-95% afleveren binnen preferentiebeleid

De invulling van LPG kent ook overeenkomsten en verschillen tussen verzekeraars, waaronder:

- **Overeenkomsten**
 - **Bepalen laagste prijs:** o.b.v. (maandelijkse) taxen prijs en leverbaarheid
- **Verschillen**
 - **Bandbreedte:** varieert van geen bandbreedte tot 5% van laagste AIP

5.4 Groothandel beïnvloedt geneesmiddelkeuze middels inkoopmandaat/voorkeurslabel, ondersteuningssoftware en parallelimport: hoe steviger de relatie, hoe sterker de prikkel

De groothandel distribueert geneesmiddelen van leveranciers naar apotheken. De inkomsten van de groothandel worden gedreven door de verkoop van medicijnen aan apotheken, door vergoedingen voor de distributie van geneesmiddelen en door parallelhandel. De kosten van de groothandel bestaan uit de inkoop-, opslag- en distributiekosten van de geneesmiddelen.

Vanuit het bedrijfsmodel hebben groothandels de prikkel om 1) geneesmiddelen zo scherp mogelijk in te kopen, 2) apothekers te stimuleren de geneesmiddelen met de beste marges ter hand te stellen en 3) geneesmiddelen parallel te importeren als dit tot een betere inkoopprijs leidt:

1. Scherpe prijzen onderhandelen bij fabrikanten via inkoopmandaat/voorkeurslabel

Door geneesmiddelen zo scherp mogelijk in te kopen, kan een groothandel een zo hoog mogelijke marge realiseren. Een inkoopmandaat of voorkeurslabel betekent dat de groothandel met mandaat van de apotheek een breed assortiment van geneesmiddelen inkoop bij de generieke fabrikanten.

Groothandels maken vaak met een aantal fabrikanten afspraken over de inkoopprijs van hun producten; het mandaat van meerdere apothekers geeft de groothandel een bepaalde onderhandelingsmacht waarmee de groothandel in staat is om scherpe inkooprijzen te realiseren. De groothandel rekent vervolgens voor de apotheek uit welk van deze labels voor de apotheek het meest gunstig is en de apotheek is vervolgens verplicht dit label als voorkeurslabel te gebruiken.

Het geven van een mandaat aan de groothandel heeft voor de apotheker twee belangrijke voordelen:

1. Kortingen op de inkoop zonder daar zelf veel voor te doen
2. Overzicht en efficiëntie in de bedrijfsvoering

Tegelijkertijd betekent het geven van het mandaat ook het opgeven van de keuzevrijheid t.a.v. de middelen waarvoor het mandaat geldt. De lijst met middelen waarvoor het mandaat geldt wordt in samenspraak tussen groothandel en een aantal apothekers gemaakt. Hierbij is rekening gehouden met de mogelijke negatieve impact van een ander label op de patiënt (bijvoorbeeld: negatieve impact op patiënt van een ander label antibioticum is laag, maar voor een antipsychoticum hoger).

Uit het veldonderzoek blijkt dat groothandels voor een periode van één tot twee jaar mandaatafspraken maken met de fabrikanten en apotheken³⁰. Echter, uit het veldonderzoek blijkt ook dat apothekers mogen afwijken van de mandaatafspraak op het moment dat de groothandel een middel met een betere marge aanbiedt. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer de groothandel een bepaalde korting kan krijgen bij een grote partij buiten het inkoopmandaat om.

Inkoopmandaat kan leiden tot een geneesmiddelwissel op het moment dat de patiënt voorheen een ander label dan het nieuwe voorkeurslabel gebruikte. De frequentie waarmee inkoopmandaat/ voorkeurslabel wisselt is van directe invloed op frequentie waarmee patiënten moeten wisselen van geneesmiddelen, maar het aantal wisselingen kan hoger liggen dan de frequentie waarmee mandaatafspraken wisselen als gevolg van andere

kortingen tussendoor. Het hanteren van mandaatafspraken is ook genoemd tijdens de online discussies, bijvoorbeeld:

- "Ik kies vaak voor mandaat merk, dit zorgt ervoor dat ik een patiënt niet onnodig vaak hoef om te zetten"
- "Er zijn bij elke verzekeraar prijsoverwegingen. Je probeert een hoofdlabel te kiezen dat qua kwaliteit en betrouwbaarheid kan voorzien tegen een prijs die haalbaar is bij LPG en IDEA"

2. Apotheken stimuleren de geneesmiddelen met de beste marges ter hand te stellen

De groothandel is erbij gebaat om zoveel mogelijk apothekers te stimuleren de geneesmiddelen met de beste marges ter hand te stellen. Groothandels bieden daarom tal van diensten en voordelen aan de apotheker om zich aan hen te binden, zoals ondersteuningssoftware en *central of smart filling*.

Om ervoor te zorgen dat de apothekers zoveel mogelijk de geneesmiddelen ter hand stellen die de best mogelijke marge hebben, adviseert de groothandel de apotheker in het dagelijks proces, maar ook bij het sluiten van een contract met de zorgverzekeraar. De groothandel verschaft de apothekers puntenlijsten waarin per middel staat aangegeven welke fabrikant de meest gunstige prijs heeft. Dit helpt apothekers om de keuze voor het geneesmiddel zonder veel moeite op inkoopkosten te maken. Ook adviseren groothandels apotheken of ze beter kunnen kiezen voor een preferentiecontract of een IDEA-contract.

Al deze adviezen spelen in op de criteria inkoopkosten en bedrijfsvoering. Deze adviezen leiden tot een geneesmiddelwissel indien de patiënt voorheen een ander label dan het label met de meeste marge gebruikte. Deze invloed op de afweging van de apotheker is genoemd in de online discussies, bijvoorbeeld:

- "Je volgt de keuze van de groothandel"
- "vanuit de apotheek hebben wij geen inzicht in het rendement van de producten.

Deze worden aangewezen door de groothandel. Deze volgen wij dan ook"

3. Geneesmiddelen parallel importeren als dit tot een betere inkoopprijs leidt

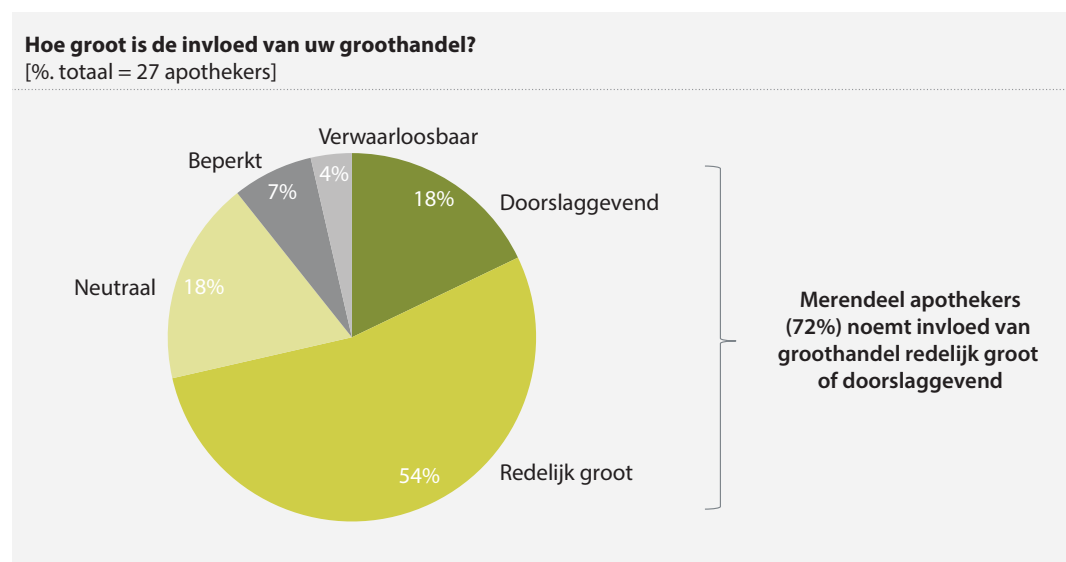
Parallelimport speelt voor multisource geneesmiddelen in Nederland vrijwel geen rol, omdat de prijzen in Nederland tot de laagste in Europa behoren. Voor singlesource middelen kan import uit andere landen echter wel degelijk grote voordelen opleveren, en groothandels maken dus ook zeker gebruik van deze mogelijkheid.

Het aandeel parallelimport bedraagt in Nederland ongeveer 8%. Ter vergelijking: in België bedraagt dit aandeel ongeveer 2%, in Duitsland ongeveer 9% en in het Verenigd Koninkrijk ook ongeveer 9%³¹. Volgens geluiden uit de markt neemt het aandeel parallelimport de afgelopen jaren af als gevolg van mondiale tekorten.

De keuze voor een geïmporteerd middel kan leiden tot een geneesmiddelwissel. Uit gesprekken kom echter naar voren dat dergelijke wisselingen als minder impactvol worden ervaren dan wisselingen tussen fabrikanten. Ook de invloed van parallelhandel is genoemd in de online discussies, zoals blijkt uit een aantal antwoorden op de vraag “Wanneer kiest u voor parallel spécialité ipv NL spécialité?”:

- “Bij groot margeverschil en stabiele levering”
- “Als parallel financieel gunstiger is volgens groothandel, dan parallel”

Het merendeel van de apothekers geeft in de online discussie aan dat de invloed van de groothandel redelijk groot of zelfs doorslaggevend is (Figuur 6). Doordat de groothandel steeds meer services aanbiedt, maakt de groothandel het voor een apotheek moeilijk om te switchen tussen groothandels. Eén van de antwoorden in de online discussie luidde: “je bestelt je producten over het algemeen bij één hoofdgroothandel. Als die het niet heeft, switch je niet eenvoudig tussen bijv Brocacef, Pluripharm of Mosadex.” Hierdoor kan de groothandel een steeds groter wordende invloed uitoefenen op de geneesmiddelkeuzes. Deze invloed is het grootste bij de apotheken in eigendom van de groothandel.



Figuur 6 Invloed van groothandel op de apotheek

5.5 Patiëntvereniging beïnvloedt geneesmiddelkeuze middels advies aan diverse partijen

Patiëntenverenigingen behartigen de belangen van patiënten en hebben vanuit deze rol mogelijkheden om de geneesmiddelkeuze in de apotheek te beïnvloeden. Patiëntenverenigingen kunnen een positie innemen waarbij ze het wisselen van geneesmiddelen proberen te voorkomen, omdat patiëntenverenigingen dit onwenselijk vinden voor de patiënt vanwege onder andere bijwerkingen, risico op verkeerd gebruik, verminderd vertrouwen in het geneesmiddel, verminderd gevoel van controle over de ziekte³². Patiëntenverenigingen kunnen in dit geval mogelijkheden benutten om via meerdere schakels in de keten (bijvoorbeeld: contact met zorgverzekeraars, oproepen aan patiënten, artsen en/of apothekers) het

criterium 'klanttevredenheid' in het afwegingskader van de apotheker te beïnvloeden. Uit het veldonderzoek blijkt dat patiëntenverenigingen deze mogelijkheden in de praktijk ook benutten. Hoewel de apotheker de vrijheid behoudt om een afweging o.b.v. het eigen afwegingskader te maken, wordt het via de invloed van de patiëntenvereniging op de patiënt voor de apotheker lastig uitlegbaar waarom de apotheker toch een middel meegeeft waarvan de patiëntorganisatie adviseert dit niet te doen.

5.6 Farmaceut beïnvloedt geneesmiddelkeuze middels deelname aan preferentiebeleid en mandaatafspraken, maar heeft geen rechtstreekse invloed op vrije afweging door apotheker

De farmaceut levert geneesmiddelen. De inkomsten van de farmaceut zijn het resultaat van de prijs van het geneesmiddel maal het afzetvolume van het geneesmiddel. Derhalve zal de farmaceut streven naar het optimaliseren van haar prijsstelling en het maximaliseren van haar afzetvolume. Dit betekent dat de farmaceut invloed uitoefent op het criterium 'inkoop' in het afwegingskader van de apotheek. De farmaceut beïnvloedt de inkoop in het afwegingskader van de apotheek op meerdere manieren (op volgorde van mate waarin dit gebeurt volgens veldpartijen):

- Inschrijven op de aanbestedingen van zorgverzekeraars om het preferente middel te kunnen leveren
- Aanbieden van kortingen in mandaatafspraken met groothandel
- Aanbieden van "losse" kortingen (naast mandaatafspraken); dit gebeurt met name als de vervaldatum van een product dreigt
- Aanpassen van AIP-prijs op producten buiten preferentiebeleid; het hebben van de laagste prijs betekent meer volume. Als een andere farmaceut een lagere AIP-prijs zet en de farmaceut daardoor te veel afwijkt van de LPG moeten apotheken de verzekeraars gaan terugbetalen. Dit betekent dat de farmaceuten de lijstprijzen continu in de gaten houden. Als een farmaceut tijdelijk geen voorraad heeft kan de farmaceut een middel ook bewust tijdelijk een hogere lijstprijs geven waardoor apotheken het tijdelijk niet meer afnemen.
- Sponsoren van patiëntenorganisaties; op deze manier kunnen farmaceuten lobbyen voor zo min mogelijk wisselingen ten nadele van haar eigen middel. Bijvoorbeeld door in te zetten op onderzoeken naar bijwerkingen van andere middelen. Er zijn geluiden vanuit veldpartijen dat het sponsoren van patiëntenorganisaties met name door innovatieve farmaceuten en in mindere mate door generieke farmaceuten gebeurt.
- Adverteren in artsenbladen
- Garanderen van beschikbaarheid; dit gebeurt in beperkte mate, omdat een garantie bijna niet te geven is als gevolg van de marktdynamiek. Bijvoorbeeld: de mate waarin andere labels kunnen leveren is van invloed op de afzet, en dus levergarantie, van een bepaald label.

De mate waarin de invloed van de farmaceut daadwerkelijk leidt tot een geneesmiddelwisseling hangt af van de afweging door de apotheker. De apotheker behoudt, m.u.v. een situatie waarin preferentiebeleid of mandaatafspraken gelden, de keuzevrijheid om ook de andere factoren in het afwegingskader mee te nemen.

5.7 Patiënten beïnvloeden de geneesmiddelkeuze door het uiten van voorkeuren en indirect door hun keuze voor zorgverzekering

De patiënt heeft invloed op het criterium 'klanttevredenheid' en beïnvloedt de geneesmiddelkeuze middels het uiten van zijn/haar voorkeuren in de apotheek. Zo kan de patiënt zijn/haar voorkeur uitspreken voor een ander label in het geval van multisource middelen of zijn/haar voorkeur uitspreken voor een Nederlands spécialité in plaats van een parallelproduct in het geval van single source middelen. De mate waarin het uiten van tevredenheid ook daadwerkelijk leidt tot het afleveren van een ander label hangt af van de afweging binnen het afwegingskader van de apotheker, waarin bijvoorbeeld ook het verschil tussen inkoopkosten en vergoeding kan worden meegenomen.

Indirect heeft de patiënt ook invloed op de geneesmiddelkeuze in de apotheek door hun keuze voor een zorgverzekering. Het overstappen naar een andere polis betekent dat het relatieve belang van verschillende vormen van inkoopbeleid tussen verzekeraars kan verschuiven.

5.8 Afweging gebeurt door apotheker in de eigen, unieke context

In dit hoofdstuk hebben we de prikkels beschreven die de verschillende schakels in de keten uitoefenen op het afwegingskader van de apotheker. Echter, geen apotheek en geen apotheker is hetzelfde, waardoor de afweging van de verschillende prikkels vanuit de verschillende schakels verschillend kan zijn tussen apothekers. Elke apotheek heeft een unieke context die resulteert in een verschillende mix van prikkels. Onderdelen van de unieke context zijn:

- Patiëntenpopulatie
- Grootste verzekeraar
- Type contract met verzekeraars
- Groothandel
- Relatie met artsen (voorschrijvers)

Elke apotheker kent een ander gewicht toe aan de verschillende afwegingen. Een aantal quotes uit de online discussies illustreren deze afwegingen:

- "Als je in de huidige markt niet op de marge let dan ga je als zorgverlener failliet"
- "Ketenapothekers hebben minder keuzevrijheid dan eigenaren"
- "Zorgverlener vs. marktinkoopman"
- "De stadsapotheek kent een andere dynamiek dan de plattelandsapotheek."

- 25 Grielen, S.J. et al., NIVEL, 1999, 'Het voorschrijven van geneesmiddelen op stofnaam door huisartsen: effecten van het implementatieprogramma 'voorschrijven op stofnaam'.
- 26 KNMP, 'Preferentiebeleid', <https://www.knmp.nl/praktijkvoering/bekostiging/preferentiebeleid>
- 27 Rezk, M., Pieper B., 2017, 'Treatment outcomes with biosimilars: be aware of the nocebo effect'
- 28 Zorgwijzer, 2018, 'Aantal overstappers zorgverzekering naar recordhoogte', <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2019/aantal-overstappers-zorgverzekering-naar-recordhoogte>
- 29 Een aantal zorgverzekeraars laat weekleveringen (aflevering in Baxter) buiten beschouwing in het vaststellen van het aandeel non-compliant met het preferentiebeleid.
- 30 Tijdens het onderzoek hebben wij één groothandel en >50 apotheken over afspraken tussen groothandel en apotheker gesproken. We hebben echter geen gedocumenteerde afspraken gezien en ook geen brede vertegenwoordiging van groothandels op dit onderwerp bevraagd.
- 31 European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, 2017, 'The Pharmaceutical Industry in Figures'
- 32 Longfonds, Reu mafonds, et al., april 2018, 'Wisselen van geneesmiddelen Gevolgen van generieke geneesmiddelsubstitutie voor mensen met een chronische aandoening en aanbevelingen voor de aanpak van knelpunten'

Het huidige stelsel biedt ruimte om de negatieve impact en/of het aantal geneesmiddelwisselingen te verminderen. Op basis van dit onderzoek zien wij vier oplossingsrichtingen om in de eerste plaats de ervaren negatieve impact van wisselingen te verlichten, namelijk 1) verminderen van negatieve perceptie van geneesmiddelwisselingen middels het verbeteren en uniformeren van begeleiding en manier van communiceren bij een wisseling, en/of het houden van een publiekscampagne, 2) bieden van duidelijk platform in Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) waar patiënt zich gehoord voelt na een geneesmiddelwisseling, 3) bieden van meer keuzevrijheid aan de patiënt in ruil voor een grotere bijdrage aan de kosten daarvan, en 4) uniformeren van doosjes en inhoud. Aangezien geneesmiddelwisselingen onder andere het gevolg zijn van prikkels in de farmaceutische keten die trachten de geneesmiddelkosten te beheersen, zullen oplossingsrichtingen om het aantal wisselingen te verminderen waarschijnlijk kostenverhogend werken. Uiteraard zijn er wel mogelijkheden denkbaar om het aantal wisselingen te verminderen, zoals ingrijpen in inkoopbeleid van zorgverzekeraars (bijvoorbeeld: aanwijzen meerdere preferente middelen in één cluster) en/of ingrijpen in inkoopbeleid van groothandels (bijvoorbeeld: opstellen, publiceren van en handelen naar een gedragscode omtrent het aanwijzen van preferente leveranciers). Hoewel nog ingrijpender is het ook mogelijk om het stelsel zelf te veranderen, door bijvoorbeeld het volledig neerleggen van de inkooprol bij de overheid.

Het wisselen van geneesmiddelen, en de impact ervan op patiënten en apothekers, wordt op dit moment ervaren als een probleem. Om ervoor te zorgen dat het wisselen van geneesmiddelen op verantwoorde wijze gebeurt, heeft VWS een Bestuurlijk Overleg geïnitieerd, waarin wordt gezocht naar oplossingen. Er zijn twee werkgroepen aan de slag met het verantwoord wisselen; een werkgroep werkt aan een zo breed mogelijk gedragen lijst van geneesmiddelen die bij voorkeur niet gewisseld zouden moeten worden en een werkgroep werkt aan een voorstel hoe het wisselen/niet wisselen geregeld zou moeten worden in de praktijk³³.

Op basis van dit onderzoek zien wij mogelijkheden om in de eerste plaats te zoeken naar mogelijkheden om de ervaren negatieve gevolgen van wisselingen te verlichten. Uit dit onderzoek komen vier oplossingsrichtingen naar voren om de ervaren negatieve consequenties van geneesmiddelwisselingen te verminderen (geordend naar oplopende mate van ingrijpen):

- 1) **Verminderen van negatieve perceptie van een geneesmiddelwisseling.** De negatieve verwachting van een wisseling kan ertoe leiden dat er daadwerkelijk negatieve effecten worden ervaren: het eerdergenoemde nocebo-effect³⁴. Verbale en non-verbale communicatie door een zorgverlener³⁵ of via de media³⁶ met (onbedoelde) negatieve connotaties over een middel kunnen het nocebo-effect induceren. Er zijn meerdere mogelijkheden om de negatieve perceptie te verminderen:
 - Verbeteren en uniformeren van begeleiding en manier van communiceren bij een wisseling. Er zijn meerdere spelers in de farmaceutische keten die in meer of mindere mate communiceren over geneesmiddelwisselingen: artsen (voorschrijvers),

apothekers, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen. In de online discussie benadrukken apothekers dat het belangrijk is dat alle spelers in de keten dezelfde boodschap op dezelfde manier uitleggen. Ook het CBG benoemt dat het belangrijk is dat “arts en apotheker het vertrouwen overbrengen en daar de tijd voor nemen”³⁷. Er zijn meerdere strategieën om via de begeleiding en manier van communiceren de kans op het nocebo effect te minimaliseren, waaronder^{38,39}:

- o Overbrengen van vertrouwen door te benadrukken dat generieke medicijnen net zo werkzaam en veilig zijn als originele medicijnen
 - o Vermijden van negatieve connotaties, zoals “dit geneesmiddel kan helpen”, “laten we dit geneesmiddel proberen”
 - o Vaststellen van verwachtingen van patiënten over bijwerkingen en bieden van geruststelling als deze verwachtingen buitensporig zijn
 - o Verminderen van de blootstelling van de patiënt aan andere patiënten die bijwerkingen ervaren
 - o Informeren van de patiënt over het nocebo-effect, bijvoorbeeld doormiddel van case studies
- Houden van een publiekscampagne. Middels een publiekscampagne kan de boodschap dat generieke geneesmiddelen net zo werkzaam en veilig zijn als de originele geneesmiddelen sterker onder de aandacht worden gebracht. Dit kan bijdragen aan het vertrouwen dat mensen hebben in generieke geneesmiddelen.

2) **Bieden van duidelijk platform in Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) waar patiënt zich gehoord voelt na een geneesmiddelwisseling.**

Een Persoonlijke Gezondheidsomgeving biedt de mogelijkheid om een koppeling te leggen tussen patiëntervaringen en de apotheek⁴⁰. De patiënt kan in de PGO zelf bijhouden hoe hij/zij reageert op een geneesmiddelwisseling. Deze informatie wordt teruggekoppeld aan de apotheker, die eventuele vervolgacties in gang kan zetten (bijvoorbeeld: nabellen van patiënt met extra uitleg). Dit biedt een mogelijke verlichting van de werkdruk van een geneesmiddelwisseling op de apotheker, bijvoorbeeld doordat patiënten niet steeds terugkomen naar de apotheek om bijwerkingen te melden. Uiteraard moet bij de daadwerkelijke implementatie van een dergelijke oplossing goed gemonitord worden dat het inderdaad resulteert in minder - en niet meer - werk voor de apotheker. Het is belangrijk te realiseren dat in deze oplossingsrichting een risico schuilt op een hoger nocebo-effect door de nadruk op een mogelijk negatief effect na een geneesmiddelwisseling.

3) **Bieden van meer keuzevrijheid aan de patiënt in ruil voor een grotere bijdrage aan de kosten daarvan.**

Het is bijvoorbeeld denkbaar dat patiënten zelf kunnen bijbetalen als zij een duurder middel willen – deze optie is meerdere malen in de online discussies genoemd. Ervaring met dergelijke systemen van tiered co-payments bestaat ook in andere landen, bijvoorbeeld in de Verenigde Staten⁴¹ en Duitsland⁴². Verschillende verzekeringspolissen zouden hierin ook kunnen onderscheiden, zodat verzekerden zelf duidelijk kunnen kiezen of ze willen profiteren van de inkoopvoordelen of niet. Verder

onderzoek zou moeten uitwijzen in welke mate het bieden van keuzevrijheid mogelijk is binnen de huidige zorgverzekeringwet en budgettaire kaders, en in welke mate dit wenselijk is in relatie tot het solidariteitsprincipe.

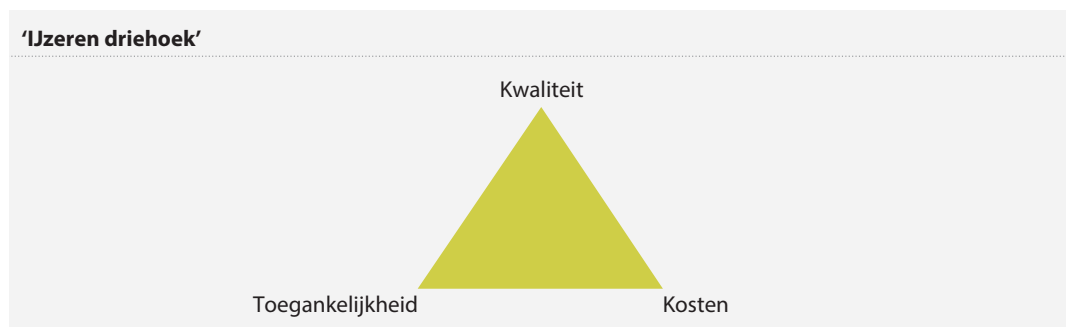
4) **Uniformeren van doosjes en inhoud.** Wanneer geneesmiddelen met dezelfde stof en dosering er verschillend uitzien kan dit verwarrend werken voor patiënten. Het uniformeren van doosjes en inhoud maakt wisselingen minder zichtbaar. Wanneer dit leidt tot een verlaging van het nocebo effect kan het de impact van wisselingen verminderen. Er zijn meerdere opties denkbaar om dit te uniformeren middels *contract manufacturing*; één of meerdere leveranciers krijgen daarbij de aanbesteding voor het leveren van geneesmiddelen en moeten allemaal voldoen aan dezelfde gestelde vereisten wat betreft het uiterlijk van het doosje en de pil:

- “Dutch generics branding”. Alle generieke geneesmiddelen worden voortaan geleverd in een doosje onder het merk “Dutch generics”. Dit wordt in de markt gezet als goedgekeurd middel door de overheid, waarin de patiënt vertrouwen kan hebben. Met dit model kan de inkoopfunctie van zorgverzekeraars blijven bestaan, maar verder onderzoek naar de precieze invulling en impact hiervan is essentieel.
- Naam van de zorgverzekeraar op de doosjes. Alle generieke geneesmiddelen worden voortaan geleverd in een doosje met de naam van de zorgverzekeraar. Hierdoor zijn wisselingen minder zichtbaar; het doosje blijft een doosje met de naam van de zorgverzekeraar. Het is aan iedere zorgverzekeraar om met de leveranciers de gestelde vereisten wat betreft het uiterlijk van het doosje en de pil af te stemmen. Aangezien één farmaceut door meerdere zorgverzekeraars preferent aangewezen kan zijn, is het wenselijk dat zorgverzekeraars gezamenlijk optrekken in het stellen van vereisten wat betreft het uiterlijk van het doosje en de pil, m.u.v. het merk van de betreffende zorgverzekeraar op het doosje.

Beide suggesties voor het uniformeren van doosjes en inhoud betreffen een ingrijpende verandering in de geneesmiddelenmarkt, die voor besluitvorming en implementatie uitgebreid verder onderzoek vergen naar opzet, impact en mogelijke ongewenste effecten.

Naast oplossingsmogelijkheden om de impact van geneesmiddelwisselingen te verlagen zijn er ook mogelijkheden genoemd om het aantal wisselingen te reduceren. Dit kan wenselijk zijn om de extra tijdsinvestering van de apotheker en apothekersassistenten te reduceren.

Daarbij is het belangrijk om te realiseren dat geneesmiddelwisselingen het gevolg zijn van prikkels in de farmaceutische keten die trachten de geneesmiddelkosten te beheersen. Dit kan het beste geïllustreerd worden aan de hand van de theorie van de ‘ijzeren driehoek’ van kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van zorg.⁴³



Figuur 7 Illustratie 'ijzeren driehoek'

Deze theorie gaat ervanuit dat het niet mogelijk is om het ene deel van de driehoek te veranderen zonder impact te hebben op de andere hoeken. In ons stelsel gebeurt goedkeuring van geneesmiddelen door het CBG, waardoor we kwaliteit kunnen beschouwen als een vaststaand gegeven. Als we dus 'toegankelijkheid' tot een specifiek merk willen vergroten, zodat minder wisselingen optreden, kan het niet anders dan dat ook de kosten van zorg hoger worden.

Oplossingsrichtingen om het aantal wisselingen te verminderen werken dus waarschijnlijk kostenverhogend en beslaan de gehele keten. Er zijn een aantal oplossingsrichtingen, geordend naar waar in de keten wordt ingegrepen:

- **Ingrijpen in inkoopbeleid van zorgverzekeraars**
 - **Aanwijzen meerdere preferente middelen in één cluster.** Dit verlaagt de kans dat een apotheek moet wisselen als gevolg van veranderd preferentiebeleid, maar zal tot minder efficiënte inkoopresultaten leiden. Daarbij moet de verzekeraar dan wel contractuele eisen stellen omtrent het wisselen van geneesmiddelen, zodat de verkregen vrijheid niet alsnog leidt tot geneesmiddelwisselingen wanneer de vrijheid zou worden gebruikt door apothekers of groothandels om zelf meer inkoopvoordeel te realiseren.
 - **Eisen stellen omtrent wisselen onder LPG- of IDEA-contracten.** Verzekeraars kunnen bij LPG- of IDEA-contracten met apothekers eisen stellen omtrent het wisselen van geneesmiddelen. Dit beperkt dan wel de vrijheid van apothekers om doelmatige keuzes te maken (die tot wisselingen kunnen leiden), dus de contractwaarde zal daar navenant op aangepast moeten worden. Ook dit zal dus leiden tot minder efficiënte inkoopresultaten.
 - **Introduceren van patiënt-volgend preferentiebeleid.** Dit betekent dat gedurende de preferent gestelde periode alle nieuwe patiënten het preferent gestelde middel krijgen. Hierna blijven deze patiënten de komende tien jaar op dit middel, waarbij de prijsafpraak vanuit het preferentiebeleid blijft gelden. Dit is aantrekkelijk voor de leverancier, omdat deze voor een langere tijd een bepaald afzetvolume heeft. Dit is aantrekkelijk voor de patiënt en apotheker, omdat het aantal wisselingen afneemt. Dit is aantrekkelijk voor de zorgverzekeraar, omdat het contracten met zogenaamde "*hit-and-run-leveranciers*" (leveranciers die een bepaalde partij hebben staan en dat

“wel even kwijt willen op de markt”) voorkomt. Daarnaast blijft er nog steeds concurrentie, omdat bij een nieuwe aanbesteding weer nieuwe leveranciers zullen concurreren om het afzetvolume en er dus meerdere leveranciers in de markt blijven. Het betreft wel een logistiek complexe verandering, omdat patiënten over langere tijd en potentieel over meerdere verzekeraars gevolgd moeten worden. Bij onverwacht grote verschuivingen tussen verzekeraars kan deze wijziging ook impact hebben op de onderlinge concurrentie tussen verzekeraars.

- **Ingrijpen in inkoopbeleid van groothandels**
 - **Opstellen, publiceren van en handelen naar een gedragscode omtrent het aanwijzen van preferente leveranciers.** Daarin zijn, net als bij zorgverzekeraars, duidelijke transitieperiodes belangrijk. Dit stelt alle andere partijen in de keten in staat om hun bedrijfsvoering en communicatie richting patiënten op de wijzigingen aan te passen.

Hoewel nog ingrijpender is het ook mogelijk om het stelsel zelf te veranderen, bijvoorbeeld:

- **Opstellen richtlijn waarin een maximaal aantal wisselingen in een bepaalde periode wordt vastgelegd.** Dit geeft een richtlijn voor alle partijen in de farmaceutische keten die de geneesmiddelwisselingen beïnvloeden. Bijvoorbeeld, de zorgverzekeraar dient rekening te houden met deze richtlijn bij de duur van een preferent aangewezen middel. Het opstellen van een dergelijke richtlijn impliceert echter dat geneesmiddelwisselingen zo min mogelijk voor zouden moeten komen en draagt daarmee bij aan de negatieve perceptie van geneesmiddelwisselingen, en zo aan het nocebo-effect.
- **Volledig neerleggen van inkooprol bij overheid.** Inkooprol verschuift van zorgverzekeraars naar overheid, waardoor apothekers niet langer te maken hebben met verschillende preferent gestelde doosjes binnen één PRK-cluster. Er is één beleid en middels *contract manufacturing* is er ook één soort doosje (een centrale inkoopvariant van het eerdergenoemde “Dutch generics” concept), wat in de markt wordt gezet als “generieke geneesmiddelen waar je op kunt vertrouwen”. Dit is een ingrijpende stelselwijziging, maar is niet uniek in de wereld. In het Verenigd Koninkrijk is de NHS belegd met de inkooprol. Aanbestedingen worden hierbij onderverdeeld in tien regionale groepen om voldoende hoge gebruiksvolumes te presenteren om de beste prijzen te onderhandelen, maar tegelijkertijd monopolies te vermijden⁴⁴.
- **Volledig neerleggen van inkooprol bij zorgverzekeraars.** Groothandels betalen hun activiteiten uit gerealiseerde verschillen tussen inkoop- en verkoopprijzen. Dit maakt evenwel dat er veel verschillende inkopende partijen in de keten zijn, omdat immers ook verzekeraars rechtstreeks inkopen bij farmaceuten. Het is denkbaar dat de inkooprol volledig bij verzekeraars komt te liggen, mits groothandels op een andere wijze vergoed worden voor hun diensten. Het kleinere aantal inkopende partijen vereenvoudigt het speelveld wat tot minder wisselingen zou kunnen leiden, omdat er minder invloedfactoren in het afwegingskader van de apotheker zijn. Dit is evenwel

een ingrijpende stelselverandering die grote gevolgen heeft voor de bedrijfsvrijheid, en mogelijk tot proces-inefficiëntie bij groothandels en apotheken kan leiden.

- **Volledig neerleggen van inkooprol bij groothandels en apothekers.** Uiteraard is het ook mogelijk om het stelsel de andere kant op te versimpelen, waarbij verzekeraars hun inkooprol juist meer overlaten aan groothandels en apotheken zelf. In zekere zin doen zij dat al grotendeels met LPG en IDEA-inkoopmodellen. Vast staat echter dat preferentiebeleid een grote impact heeft gehad op de geneesmiddelenkosten op het niveau van de verzekerde, hetgeen dus ook suggereert dat volledige vrijheid zoals voorheen bestond niet altijd leidt tot de laagst mogelijke zorgkosten voor verzekerden. Bij dergelijke oplossingsrichtingen is dan ook belangrijk dat modellen gevonden worden waarin inkoopvoordelen ook daadwerkelijk bij verzekerden belanden, en de verzekeraar contractuele eisen kan stellen omtrent wisselingen omdat deze anders alsnog zullen optreden.

33 CBG, 2018, 'Werkgroep aan de slag met lijst niet te wisselen medicijnen', <https://www.cbg-meb.nl/actueel/nieuws/2018/12/14/werkgroep-aan-de-slag-met-lijst-niet-te-wisselen-medicijnen>

34 Faasse, K., Petrie, K., 2013, 'The placebo effect: patient expectations and medication side effects'

35 Rezk, M., Pieper B., 2017, 'Treatment outcomes with biosimilars: be aware of the placebo effect'

36 Zie voetnoot 34

37 CBG, 2016, 'Houd patiënt voor ogen bij wisseling van generieke medicijnen', <https://www.cbg-meb.nl/actueel/nieuws/2016/10/20/houd-patient-voor-ogen-bij-wisseling-van-generieke-medicijnen>

38 Rezk, M., Pieper B., 2017, 'Treatment outcomes with biosimilars: be aware of the placebo effect'

39 CBG, 2016, 'Houd patiënt voor ogen bij wisseling van generieke medicijnen', <https://www.cbg-meb.nl/actueel/nieuws/2016/10/20/houd-patient-voor-ogen-bij-wisseling-van-generieke-medicijnen>

40 Dit vraagt de ontwikkeling van een MedMij standaard "gezondheidsstatus na geneesmiddelwisseling", waarna alle PGO-aanbieders verplicht worden deze functionaliteit in de PGO in te bouwen. Het opstellen van een dergelijke standaard duurt naar verwachting een aantal jaar.

41 Zie bijvoorbeeld: <https://www.bcbsm.com/content/microsites/medicare/en/index/help/understanding-plans/pharmacy-prescription-drugs/tiers.html?ck=1567152495581>

42 Zie bijvoorbeeld: Herr A., Suppliet M., 'Pharmaceutical prices under regulation: Tiered co-payments and reference pricing in Germany', DICE Discussion Paper 48 (2012)

43 Zie bijvoorbeeld: https://en.wikipedia.org/wiki/Iron_Triangle_of_Health_Care

44 NHS, December 2017, 'An overview of NHS procurement of medicines and pharmaceutical products and services for acute care in the United Kingdom'

CBG, 2016, 'Houd patiënt voor ogen bij wisseling van generieke medicijnen', <https://www.cbg-meb.nl/actueel/nieuws/2016/10/20/houd-patient-voor-ogen-bij-wisseling-van-generieke-medicijnen>

CBG, 2017, 'Overzichtsrapportage wisseling van medicijnen', <https://www.cbg-meb.nl/actueel/nieuws/2017/06/14/overzichtsrapportage-wisseling-van-medicijnen>

CBB, 'Jaarverslag 2017', <https://www.cbgjaarverslag.nl/cbg-jaarverslag/2017/01/interview-marc-maliepaard-abby-yu-pieter-glerum>

CBG, 2018, 'Werkgroep aan de slag met lijst niet te wisselen medicijnen', <https://www.cbg-meb.nl/actueel/nieuws/2018/12/14/werkgroep-aan-de-slag-met-lijst-niet-te-wisselen-medicijnen>

Eenvandaag, 19 augustus 2016, 'Kinderlongartsen slaan alarm over niet-werkende puffer', <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/kinderlongartsen-slaan-alarm-over-niet-werkende-puffer/>

F. Benedetti et al., Elsevier 2007, 'When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect'

F. Rezk, B. Pieper, 2017, 'Treatment outcomes with biosimilars: be aware of the nocebo effect'

Grielen, S.J. et al., NIVEL, 1999, 'Het voorschrijven van geneesmiddelen op stofnaam door huisartsen: effecten van het implementatieprogramma 'voorschrijven op stofnaam''

IGJ, <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geneesmiddelen>

Kamerbrief 22 mei 2018 'Betreft Commissiebrief Tweede Kamer inzake het bericht 'Honderduizenden mensen zieker door overstap naar ander merk medicijn'

Kamerbrief 20 december 2018, 'Voortgangsbrief geneesmiddelenbeleid'

KNMP, 'Preferentiebeleid', <https://www.knmp.nl/praktijkvoering/bekostiging/preferentiebeleid>

Longfonds, Reumafonds, etc., april 2018, 'Wisselen van geneesmiddelen Gevolgen van generieke geneesmiddelsubstitutie voor mensen met een chronische aandoening en aanbevelingen voor de aanpak van knelpunten'

Medisch Contact, 2015, 'Wisselen longmedicatie geeft soms ongemak'

NHS, December 2017, 'An overview of NHS procurement of medicines and pharmaceutical products and services for acute care in the United Kingdom'

NOS, 2018, 'Patiënten voelen zich zieker na medicijnwissel'

Rijksoverheid, 'Kwaliteit en risico's medicijnen bewaken' <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geneesmiddelen/kwaliteit-en-risicos-geneesmiddelen-bewaken>

RTL, 2018, 'Honderdduizenden mensen zieker door overstap naar ander merk medicijn'

S. Planès et al., 2015 'The nocebo effect of drugs'

Skipr 2016 'Apothekers: minder vaak wisselen medicijnen'

Synthetron, <https://synthetron.com/nl/how-synthetron-helps/>

TheNounProject, een deel van de iconen zoals weergegeven in dit rapport zijn afkomstig van TheNounProject, <https://thenounproject.com/>

Vektis, 2019, Resultaten kwantitatief onderzoek naar het wisselen van geneesmiddelen: over een periode van 3 jaar (oktober 2015 t/m september 2018) hebben er 377 miljoen uitgiften en 27 miljoen wisselingen plaatsgevonden (op niveau ATC-code, exclusie van: ANZ- en weekafleveringen).

Vektis, 2019, Resultaten kwantitatief onderzoek naar het wisselen van geneesmiddelen: 9 miljoen wisselingen in periode oktober 2015 t/m september 2016, 8,2 miljoen wisselingen in periode oktober 2016 t/m september 2017, 9,6 miljoen wisselingen in periode oktober 2017 t/m september 2018

Volkscrant, 2018, 'Apotheker negeert 'medische noodzakelijke' wens arts bij uitgifte medicijnen'

Volkscrant, 2019, 'Generieke pillen zijn kopieën van het origineel. Waarom klagen patiënten er dan toch over?'

Y. Yu, 2017, 'Towards understanding interchangeability of generic drugs', <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/12273997/c5663.pdf>

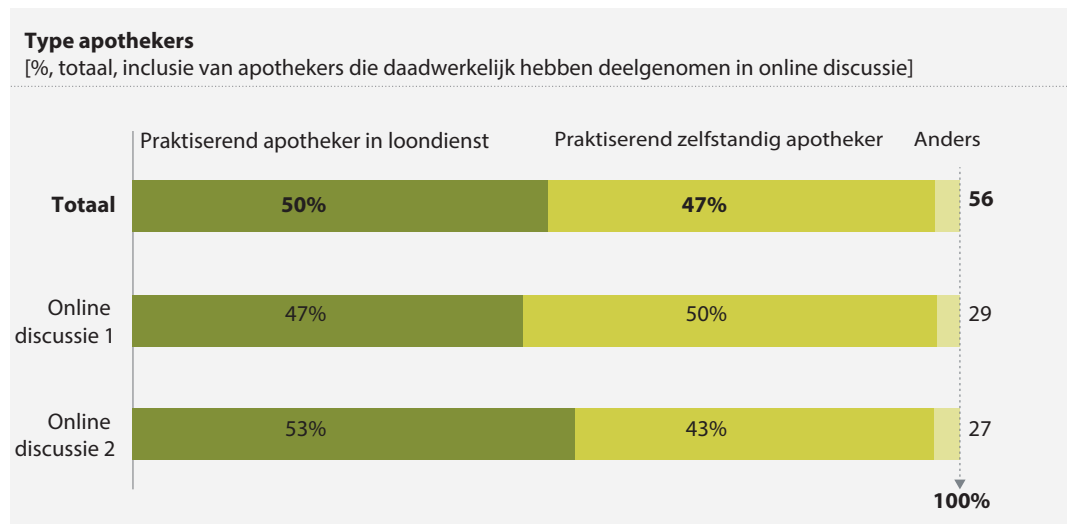
Zorgwijzer, 2018, 'Aantal overstappers zorgverzekering naar recordhoogte', <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2019/aantal-overstappers-zorgverzekering-naar-recordhoogte>

Over de auteurs

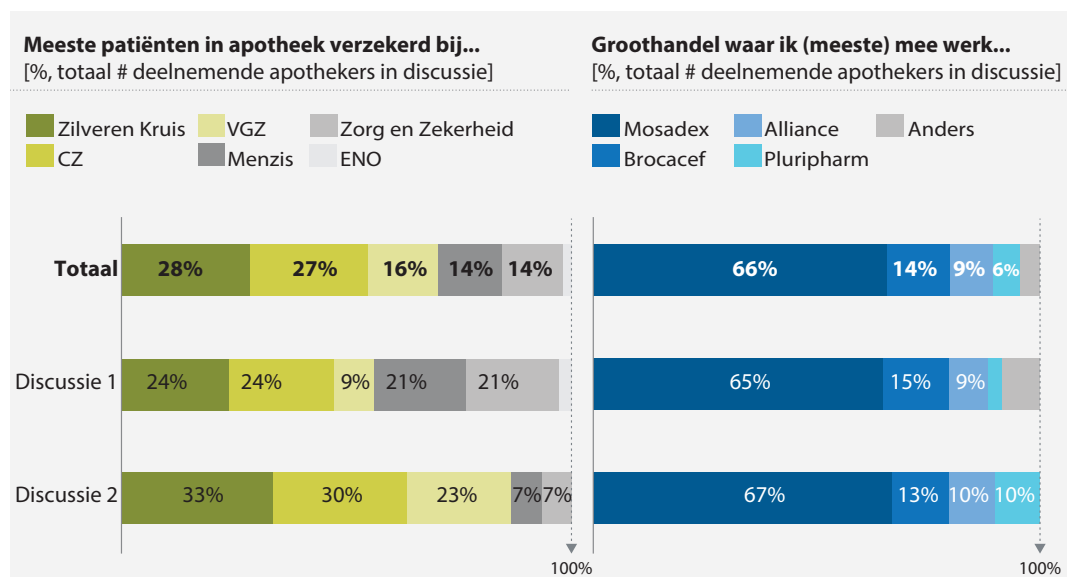
Dit onderzoeksrapport is geschreven door Ankie Kerstens, Niels Hagedaars en Daan Livestro van Gupta Strategists in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voor nadere informatie over dit onderzoeksrapport kunt u contact opnemen met Daan Livestro (daan.livestro@gupta-strategists.nl)

Synthetron is een online discussie- en onderzoeksplatform dat (grote) groepen mensen in staat stelt via internet met elkaar ideeën uit te wisselen, te verdiepen en van de ingebrachte meningen steeds te bepalen of en hoe belangrijk deze meningen zijn⁴⁵. Voor dit onderzoek hebben wij twee online discussies van een uur georganiseerd op het Synthetron platform. Het platform bood apothekers de mogelijkheid om niet herkenbaar deel te nemen in de dialoog en daardoor open te communiceren.

In totaal hebben 56 apothekers deelgenomen aan de online discussies; 29 apothekers in de eerste discussie en 27 apothekers in de tweede discussie. Ongeveer de helft van de deelnemende apothekers is in loondienst en ongeveer de helft is zelfstandig apotheker (Figuur 8). Figuur 9 geeft weer met welke zorgverzekeraar en groothandel de deelnemende apothekers het meeste te maken hebben.



Figuur 8 Deelnemende apothekers aan Synthetron naar type: zelfstandig vs. in loondienst



Figuur 9 Achtergrondinformatie over deelnemende apothekers aan online discussie: zorgverzekeraar en groothandel waar zij het meeste mee te maken hebben

Tijdens beide discussies viel op dat er een enorme betrokkenheid en een hoge mate van consensus is onder de apothekers op dit onderwerp. Beide discussies zijn vanwege de hoge mate van activiteit van de deelnemers qua tijd vijf tot tien minuten uitgelopen ten opzichte van de geplande tijd van een uur. De enorme betrokkenheid blijkt uit het feit dat bijna alle apothekers aanwezig bleven in de discussie. De mate van consensus meten we af aan het percentage Synthetrons: het aandeel opmerkingen waarover een hoge mate van consensus is. De Synthetron-benchmark bedraagt 16%; in de eerste online discussie is er sprake van 59% Synthetrons en in de tweede online discussie 45%.

Inzichten uit de eerste online discussie

Om een beeld te geven van de inzichten uit de eerste online discussie beschrijven we hieronder per vraagstelling, zoals besproken in de eerste online discussie, de antwoorden waar de meeste apothekers het mee eens waren met een aantal quotes met erachter hoeveel apothekers hebben aangegeven dat zij het ermee eens zijn:

1. Hoe ervaren patiënten en apotheekmedewerkers het wisselen van geneesmiddelen om niet-medische redenen?
 - “Erg vervelend. Constante bron van discussies er ergernis.” (21)
 - “Patiënten ervaren het wisselen als verwarrend en vervelend, risico op onjuist medicijngebruik ontstaat” (20)
 - “Erg vervelend, kost enorm veel tijd die we beter kunnen besteden” (20)
2. Wat zijn de niet-medische redenen waarom er geneesmiddelen gewisseld worden in de apotheek?
 - “Leveringsproblemen” (27)
 - “Preferentie” (26)
 - “Financiële malus ingegeven door preferentie en lpg beleid” (26)
3. Op welke manier beïnvloeden deze vormen van inkoopbeleid het aantal wisselingen? Kunt u voorbeelden geven?
 - “LPG en IDEA leiden regelmatig tot wisselingen, omdat er generiek met een lagere of hogere AIP op de markt komt, omdat een fabrikant zijn AIP wijzigt, omdat een product doordat er een generiek bijkomt onder IDEA valt. Omdat een product met een lage AIP niet leverbaar is” (23)
 - “Als er dan ook andere merken niet beschikbaar zijn kan het elke 3 maanden wisselen of kunnen mensen bij dezelfde levering zelfs verschillende merken krijgen” (21)
 - “Elk jaar (of elke 2 jaar) wordt er een nieuwe lijst voorkeursgeneesmiddelen aangegeven, hierdoor kan het zijn dat de patiënt elk jaar wisselt” (19)
4. Merkt u dat bij het preferentiebeleid van de ene verzekeraar meer wisselingen optreden dan bij anderen?
 - “Wij hebben ook het idee dat VGZ vaakst wisselt in preferentie. Daarnaast ook bijzondere prijsafspraken maakt waardoor duurdere merkgeneesmiddelen ineens preferent zijn” (22)
 - “Performancescores in het preferentiebeleid zijn van belang voor je kwaliteitsniveau en je contract. De term medische noodzaak wordt hierdoor een loze kreet. Honoreren van MN is nml. slechte kwaliteit bij Menzis en VGZ” (22)

- “Hier ben ik het wel mee eens. Spécialité opnemen in preferentiebeleid, is niet uit te leggen aan de balie!” (22)
- 5. Als u als apotheker kunt kiezen uit meerdere labels voor een geneesmiddel, hoe kiest u dan welk label u meegeeft aan de patiënt?
 - “Goedkoopste label voor de apotheek (ivm LPG)” (19)
 - “mandaat voor continuïteit van de leveringen. Hopelijk...” (18)
 - “De laatste zin uit het vorige bericht is niet helemaal juist: als er geen tekort is en zv heeft geen pref aangewezen, dan kan apotheek zelf kiezen? Deze middelen vallen dan vaak onder IDEA of LPG, dus word je toch gedwongen om de laagste prijs af te leveren en dus een specifiek merk” (18)
- 6. In hoeverre vindt u het belangrijk om binnen het huidige systeem het aantal wisselingen om niet-medische redenen te verminderen? (zie toelichting)
 - “Patiënt is hier de dupe van. Denk aan de vergrijzing en zelfredzaamheid. Als we therapietrouw en zelfredzaamheid willen bevorderen moeten we zo minimaal mogelijk wisselen. Er worden veel inname fouten gemaakt” (24)
 - “De therapietrouw loopt gevaar” (23)
 - “Daarnaast wordt de verantwoordelijkheid bij de apotheker gelegd en ook het financiële nadeel.” (23)
- 7. Als u een ander middel aflevert, hoe legt u dat dan uit aan de patiënt?
 - “Wij leggen uit wat de reden is” / “Gewoon de reden vermelden” (18)
 - “Indien niet beschikbaar geven we aan het dat het niet leverbaar is bij de fabrikant en dat we daarom uitwijken”(17)
 - “Nieuwe middel is wat uw verzekering aanwijst dat vergoed wordt” (16)
- 8. Zijn er nog aspecten rond wisselen van medicijnen die niet aan de orde zijn geweest, maar volgens u wel belangrijk zijn? Noem ze dan nu.
 - “Kans op medicatiefouten door wisseling van merk, sterkte tablet of zelfs werkzame stof” (20)
 - “Acceptatie van de KNMP substitutielijst en uitsluiting van die middelen voor preferentie” (20)
 - “Verlies van vertrouwen in de apotheker en zijn personeel” (19)

Inzichten uit de tweede online discussie

In de tweede online discussie hebben we het vragenscript aangepast, om dieper in te gaan op een aantal onderwerpen zoals genoemd in de eerste online discussie. We zijn met name dieper ingegaan op de keuze van de apotheker en de invloed van de groothandel. Om een beeld te geven van de inzichten uit de tweede online discussie beschrijven we hieronder per vraagstelling, zoals besproken in de tweede online discussie, de Synthetrons waar de meeste apothekers het mee eens waren met erachter hoeveel apothekers hebben aangegeven dat zij het ermee eens zijn:

1. Wat zijn de niet-medische redenen waarom er geneesmiddelen gewisseld worden in de apotheek?
 - “Het niet beschikbaar zijn van middelen.” (22)
 - “Preferent middel is niet leverbaar (staat in nazending).” (22)
 - “Nazendingen” (22)

2. Op welke manier beïnvloeden deze vormen van inkoopbeleid het aantal wisselingen? Kunt u voorbeelden geven?
 - “Ieder jaar een nieuwe lijst met preferent. Met vaak tussendoor aanvullingen” (21)
 - “Preferentiebeleid: wisselingen per jaar, soms per maand (VGZ)” (21)
 - “In januari is de lijst met nazendingen enorm. Heeft direct relatie met inkoop beleid.” (21)
3. Als u als apotheker kunt kiezen uit meerdere labels voor een geneesmiddel, hoe kiest u dan welk label u meegeeft aan de patiënt?
 - “Ik kies vaak voor mandaat merk, dit zorgt ervoor dat ik een patiënt niet onnodig vaak hoeft om te zetten” (18)
 - “Er zijn bij elke verzekeraar prijsoverwegingen. Je probeert een hoofdlabel te kiezen dat qua kwaliteit en betrouwbaarheid kan voorzien tegen een prijs die haalbaar is bij LPG en IDEA” (17)
 - “En moet uiteraard ook beschikbaar zijn ...” (17)
4. Wanneer kiest u voor parallel spécialité ipv NL spécialité? Kunt u dat toelichten?
 - “Bij groot margeverschil en stabiele levering” (22)
 - “Soms is er hier in NL niets te leveren en moet ik het importeren bijv Questran” (21)
 - “Verkrijgbaarheid, prijs (marge)” (20)
5. Hoe groot is de invloed van uw groothandel?
 - “#redelijk groot - doorslaggevend: je bestelt je producten over het algemeen bij één hoofdgroothandel. Als die het niet heeft, switch je niet eenvoudig tussen bijv Brocacef, Pluri of Mosadex.” (20)
 - “#ik vind dat de invloed van de groothandel beperkt is tov de invloed van de verzekeraars.” (14)
 - “#concreet Wat betreft marge is groothandel alles bepalend.” (13)
6. Welke verschillen herkent u tussen apothekers? Kan u voorbeelden beschrijven waardoor dit tot andere geneesmiddelkeuzes leidt?
 - “Als je in de huidige markt niet op de marge let, dan ga je als zorgverlener failliet” (18)
 - “Ketenapothekers hebben minder keuzevrijheid dan eigenaren” (14)
 - “Ligging binnen kerngebied van andere verzekeraar” (14)
7. Zijn er nog aspecten rond wisselen van medicijnen die niet aan de orde zijn geweest, maar volgens u wel belangrijk zijn?
 - “Er zijn door de wisselende doosjes/merken bij ons al diverse incidenten opgetreden. Patientten verliezen het overzicht” (22)
 - “Wisselen van medicijnen doen we in de apotheek het liefst zo min mogelijk. leidt tot allerlei problemen en verborgen kosten (therapieontrouw, schade relatie apotheker-patient)” (21)
 - “Het onnodig wisselen van medicatie schaadt het vertrouwen in de zorg. Dit zal tot hogere kosten leiden. We gaan het zien.” (21)

45 <https://synthetron.com/nl/>

