

Meerjarenkader voor de patiënt met de officina-apotheker

Op woensdag 15 juni i.l. vond een debatavond plaats te Antwerpen over het meerjarenkader dat de apotheeksector aan het onderhandelen is met het kabinet van de Minister van Volksgezondheid Maggie De Block. De debatavond was een initiatief van BAF, KAVA en KLAV, de resp. Brabantse, Antwerpse en Limburgse beroepsvereniging van apothekers en verliep onder de koepel van VAN, het Vlaams Apothekersnetwerk. Ook de collega's van KFK en BAM sloten zich hierbij aan. De discussie past ook in een gelijkaardige 'ronde van Vlaanderen' door APB – met zelfde opzet en benadering – die eerder werd georganiseerd in Gent en later die maand nog in West-Vlaanderen.

Grote lijnen meerjarenkader

Na een korte verwelkoming door VAN-voorzitter Dirk Vos, gaven Lieven Zwaenepoel en Jan Depoorter (voorzitter en secretaris-generaal van APB) in grote lijnen toelichting bij de onderhandelingen die op dit ogenblik nog volop plaatsvinden, met respect voor de confidentiële items die niet aan bod konden komen omwille van de vraag van het kabinet om de inhoud van de gesprekken vertrouwelijk te houden.

Er werd gestart met het financiële kader en de toekomstperspectieven: budget voor terugbetaalde farmaceutische specialiteiten, het vergoedingssysteem (honoraria en economische marge), vergrijzing en chronische zorg en multimorbiditeit. Uit de cijfers blijkt dat in een gemiddelde apotheek het aantal DDD's is gestegen met ruim 20 %, terwijl het inkomen van de apotheker toch hetzelfde blijft. De kost voor de ziekteverzekering aan geneesmiddelen in de ambulante zorg is onder controle, terwijl het remgeld ondanks het toegenomen verbruik gedaald is met meer dan 20 %. Sinds 2010 bestaat de vergoeding voor ongeveer 75 % uit afleveringshonoraria, en voor 25 % uit specifieke honoraria en economische marge. Binnen hetzelfde budget wil APB dat in de toekomst meer betaald wordt voor de farmaceutische zorg die wordt gerealiseerd en dat is ook nodig omwille van de maatschappelijke evolutie.

Het meerjarenkader wil de apotheker herpositioneren als volwaardige partner binnen het multidisciplinaire zorglandschap. Daarvoor zijn er nieuwe sturingsprincipes nodig om de kwaliteit van de zorg te garanderen en de gezondheidszorguitgaven onder controle te houden. In die zin is het kader ook een ontwikkelingstraject.

Uitgangspunt of leidraad van het kabinet zijn volgende doelstellingen:

1. Het verbeteren van de farmaceutische zorgverlening voor de patiënt.
2. Het versterken en vernieuwen van de rol van apotheker in de eerstelijnsgezondheidszorg.
3. Het (verder) digitaliseren van de processen voor farmaceutische zorgverlening.

De besprekingen met het kabinet verliepen rond tien thema's, waarbij er per onderwerp deskundigen uit de verschillende beroepsverenigingen intens betrokken werden:

1. Spreiding apotheken
2. Budgettair kader
3. Vergoedingssysteem
4. Wachtdienst
5. Tarifiering per eenheid
6. Individuele medicatievoorbereiding
7. Magistrale bereidingen
8. Beroep
9. Medicatieschema
10. Digitale ontwikkelingen

De finaliteit van dit kader moet voor de patiënt leiden tot 'meer apotheker, minder apotheken', een betere kwaliteit van farmaceutische zorg, een betere informatisering van de geneesmiddeltherapie en betere gegevensuitwisseling en samenwerking tussen zorgverstrekkers rondom de patiënt. Daarom spreekt het kabinet ook over een meerjarenkader voor de patiënt met de officina-apotheker.

In de onderhandelingen streeft APB finaal naar toegankelijke en kwalitatieve (farmaceutische) zorg, mits een duurzaam economisch model (voor apotheek, patiënt en ziekteverzekering). Om dat te bereiken wordt er vertrokken vanuit deze uitgangspunten:

1. De **huisapotheker**:
 - is 'nabij';
 - heeft een vertrouwensrelatie met zijn patiënt;
 - beheert het farmaceutisch dossier;
 - staat in voor het medicatieschema.
2. **Geïntegreerde zorg** door
 - gegevensdeling (GFD, Recip-e, Vitalink);
 - interdisciplinaire samenwerking;
 - nieuwe aangepaste diensten.
3. Vergoeding voor **farmaceutische zorg**:
 - basishonorarium zoals nu;
 - capitatie voor chronische patiënten;
 - prestatievergoeding voor goed geneesmiddelengebruik en therapietrouw.

Samengevat pleit APB voor een toegankelijke en kwaliteitsvolle farmaceutische zorg in de apotheek, gebaseerd op een duurzaam economisch model.

In debat met het publiek

De tien thema's waarover er onderhandelingen plaatsvinden met het kabinet werden voor deze debatavond gereduceerd tot zes aparte onderwerpen. Elk onderwerp werd ingeleid door een apotheker uit de praktijk die van dicht bij de thematiek betrokken is. Onder leiding van moderator Johny Vansevenant (VRT) werden de vragen voorgelegd aan het APB panel, dat naast Lieven Zwaenepoel en Jan Depoorter uitgebreid werd met Franstalig secretaris-generaal Koen Straetmans.

Na de inleiding op het thema werden er vanuit het publiek aanvullende vragen gesteld en kritische bedenkingen geformuleerd. De aanpak is drieledig: wat zijn de ideeën van de minister? Hoe reageert APB? Wat vindt de zaal? Deze items kwamen ter sprake:

1. [Spreidingswet \(Erik Lebacqz\)](#)
2. [Huisapotheker \(Marie Vandeputte\)](#)
3. [Medicatieschema, review, IMV ... \(Marie Vandeputte\)](#)
4. [Preventie \(Leon Colla\)](#)
5. [Magistrale bereidingen \(Joeri Van Dijck\)](#)
6. [Vergoeding \(Eric Gyselen\)](#)

Spreidingswet (Erik Lebacqz)

De prijs die moet betaald worden om een apotheek over te nemen, wordt bepaald door het geneesmiddelenmonopolie, het moratorium en de spreidingswet. Voor verdere verplaatsingen moet er rekening worden gehouden met de afstand tot andere apotheken, het aantal inwoners en het aantal werkende apothekers (ook adjuncten) in bestaande apotheken. Door een achterpoortje in de spreidingswet rond overplaatsingen van apotheken binnen de gemeente of naar een aangrenzende

gemeente krijg je echter plots een spanningsveld tussen de geest van de wet en de wet zelf. Immers, in dat geval volstaat als criterium een verbetering van de geografische OF demografische situatie. Het eerste is natuurlijk vanzelf gerealiseerd als men een apotheek van een stadscentrum met overconcentratie overbrengt naar de rand!

Voor overplaatsingen verder dan aangrenzende gemeenten moeten criteria m.b.t. afstand EN inwoners voldoen, zodat dergelijke overplaatsing pas wordt goedgekeurd wanneer er echt plaats is voor een nieuwe apotheek. Ook het aantal ingeschreven fulltime apothekers speelt hier nog mee. Daar komen vooral mogelijkheden bij het verhogen van het aantal inwoners in een bepaalde wijk. Het is een goede manier om als ondernemer in te spelen op een maatschappelijke vraag.

Een apotheek kan overgeplaatst worden binnen de gemeente of in een (letterlijk) aangrenzende gemeente als dit qua inwoners OF qua afstanden een verbetering teweegbrengt tegenover de vroegere situatie. Deze 'OF' is heel belangrijk en is daar destijds niet bewust ingezet, wat dus vandaag, omdat het achterpoortje dikwijls wordt misbruikt, tegen de geest van de wet genoemd wordt. Het is immers niet moeilijk aan te tonen dit bij een overplaatsing van de stad naar een aangrenzende gemeente een verbetering van de geografische spreiding aan te tonen. Maar net in dat dorp zat de jonge apotheker die een paar jaren geleden een prijs heeft moeten betalen die wel de geest van de wet volgde. En dat kan zo niet verder. Op termijn zou geen enkele apotheker immers nog geïnteresseerd zijn om een apotheek over te nemen. Volgens onze informatie zou er een geometrisch model in de plaats komen – een beetje zoals in het geowachtsysteem – waarvan de parameters door een commissie zullen worden bepaald.

APB bevestigt dat dit een slechte wet is die veranderd moet worden door een objectief algoritme volgens inwonersaantal, bevolkingsdichtheid. Een geometrisch systeem wordt inderdaad de norm waarbij er ook rekening gehouden zal worden met de leefbaarheid van de apotheken in de omgeving. Deze GIS gegevens zouden worden vrijgegeven door de overheid.

Daar komt nog bij dat alle wettelijk adviserende partijen van deze situatie af wilden: de geneeskundige commissie, APB, Ophaco en vooral ook de minister zelf. Een middel dat gebruikt wordt om zich te beschermen is een fusie realiseren met een apotheek uit de gemeente of een aangrenzende gemeente. Dit geeft een bescherming van 10 jaar binnen een straal van 1.5 km rond de overblijvende apotheek. Een ander item waarover je in dit gedeelte zeker vragen kan over stellen is over het aantal apotheken dat zou overblijven in de toekomst. Soms hoor je het getal 3000 apotheken noemen. Maar hoe zit dat juist. Wat is hierover door de minister en haar kabinet op tafel gelegd en hoe heeft APB hierop geantwoord?

Qua aantal apotheken wordt uitgegaan van voldoende schaalgrootte om als apotheek te kunnen overleven, dat komt volgens APB neer op ca. 2500 inwoners per apotheek, of zo'n 4000 in heel België. Er zullen geen fusies opgedrongen worden, maar er zal wel gezocht worden naar een solidair fonds dat volledig door de sector zelf gedragen zal moeten worden. De idee van het eigendomsrecht strikt voor de apotheker te houden is overigens voor dit liberale kabinet onbespreekbaar. In dezelfde geest zal de fusie dus vrijblijvend zijn volgens een zelfregulerend model. Op die manier kunnen samenwerkingsverbanden, waarin meerdere specialisaties zijn opgenomen, een goed model blijken. De focus moet ook liggen op zorg en toegankelijkheid voor de patiënt.

Huisapotheker (Marie Vandeputte)

De apotheker is een zeer laagdrempelige zorgverstreker (wellicht de meest laagdrempelige: altijd bereikbaar, zonder afspraak, 24u/24 – 7 dagen op 7). Daardoor heeft de apotheker een zeer intens contact met de bevolking. We stellen ook vast dat een zeer groot aantal patiënten (apotheek)trouw' is: tot 80 % van de patiënten.

De apotheker wenst gepersonaliseerde zorg te leveren. Hiervoor is het begrip huisapotheker van groot belang. Dit is een apotheker die beschikt over het volledige farmaceutisch dossier (zoals de huisarts de arts is die het GMD van de patiënt beheert), de volledige medicatiehistoriek, hij kent de patiënt en zijn gevoeligheden, kent voorgaande geneesmiddelgebonden problemen ...

Niemand kan ontkennen dat het hebben van een vaste apotheker een belangrijke meerwaarde betekent voor de medicatieopvolging.

Op vandaag kan iedereen (dierenartsen, mutualiteiten, investeerders met kapitaal ...) een apotheek bezitten. Veelal gaat het om zuiver winstbejag. Moet er geen wettelijk kader worden gecreëerd om deze poort naar zuiver winstbejag te sluiten en de apotheek voor te behouden voor enkel goed opgeleide en gekwalificeerde (huis)apothekers.

Heeft APB daar iets rond voorzien in de ontwerp teksten?

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen de officina-apotheker als wettelijk erkende beroepstitel en huisapotheker die naar een functie verwijst. Dat laatste biedt wel mogelijkheid, wanneer die functie erkend wordt, om daaraan specifieke taken en vergoeding toe te wijzen. Maar dan verwacht de overheid dat de zorginterventies ook meetbaar en zichtbaar worden. Niet elke type patiënt heeft behoefte aan een huisapotheker, maar voor een bepaalde populatie is dat wel nodig. Het zullen vooral de chronische patiënten zijn die een vaste huisapotheker nodig hebben. In de onderhandelingen werd gesproken over een capitatievergoeding per patiënt per jaar, steeds budgetneutraal. Realiteit is dat we met zijn allen, zoals de meeste sectoren, efficiënter zullen moeten leren werken. Ondersteuning vanuit de software is hierin noodzakelijk. We beschouwen hieronder overigens ook valorisering van bestaande zaken, bv. vergoeding voor permanentie tijdens de wachtdienst.

Er werd ook de vraag gesteld hoe om te gaan met het evenwicht de apotheker als winkelier versus zorgverlener. Gaan we met de budgettaire krapte niet alleen meer werk moeten doen voor hetzelfde loon?

In het concept huisapotheker staat de zorg centraal, wat een voordeel is voor de patiënt. Qua vergoeding hebben we vandaag een 50-50 balans tussen inkomsten uit terugbetaalde producten en niet-terugbetaalde. We zien dit als een beveiliging van het systeem, omdat het budget kan meegroeiën met indexatie.

Medicatieschema (Marie Vandeputte)

Apothekers werken zeer hard aan de implementatie van het medicatieschema. Dat vereist analyse en intellectuele acte. Maar het medicatieschema zelf is eigenlijk enkel een papieren output product, het werk dat het opstellen van een medicatieschema voorafgaat is veel belangrijker: op dat moment worden de interacties nagekeken, de dosis, de innamemomenten, de dubbelmedicatie, de mogelijke bijwerkingen, overgevoeligheden van de patiënt. Het is een uitgebreide procedure die de *medication review* sterk benadert.

Waarom is **de apotheker** zo belangrijk voor het medicatieschema?

- Omwille van het feit dat de apotheker beschikt over het Gedeeld Farmaceutisch Dossier (GFD¹) is de apotheker altijd volledig op de hoogte van alle voorgeschreven medicatie van de patiënt, ook al werd die door een andere apotheker afgeleverd.
- De apotheker heeft het beste zicht op de totale medicatie van de patiënt: OTC, geneesmiddelen voorgeschreven door verschillende artsen ... (dus van huisarts, cardioloog, diabetoloog, tandarts)
- De apotheker heeft het beste zicht op de niet voorgeschreven zelfzorggeneesmiddelen die de patiënt neemt.
- Kennis van het geneesmiddel: het geneesmiddel is de *core business* van de apotheker, beheer van interacties (tussen geneesmiddelen onderling, tussen geneesmiddelen en voeding), beheer van bijwerkingen, beheer van juiste innamemomenten, controle therapietrouw ... gebeuren het meest efficiënt door de apotheker.

J. Van Deurzen heeft 'het medicatieschema' als belangrijk item opgenomen en heeft dit als eerste item geplaatst in Vitalink, de eerstelijnskluis per patiënt. In Vitalink is het de bedoeling dat medicatieschema's – zowel door arts als door apotheker opgesteld – digitaal gedeeld worden.

Federaal spreekt men van het systeem VIDIS: Virtual Integrated Drug Information System. Dat is in ontwikkeling. Ook daar staat het medicatieschema centraal. Doel is dat de arts niet meer per voorschrift voorschrijft maar wel in een medicatieschema. Het medicatieschema moet dan het voorschrift vervangen. Ook in dat systeem zullen arts en apotheker toegang hebben, evenals de patiënt. Het maakt deel uit van het digitale gezondheidsdossier van de patiënt. Dit systeem bestaat nog niet, is in ontwikkeling en gaat veel verder dan Vitalink. Het ene is federaal, het andere Vlaams. Vitalink blijft wel bestaan, VIDIS zorgt enkel voor de integratie van bestaande diensten als Recip-e, Vitalink, GFD en MyCareNet en is dus geen nieuw systeem op zich.

Medicatie nazicht of *medication review* tenslotte is een zeer grondig en gestructureerd nazicht/doorlichting van het totale medicatiebeleid van een patiënt. Het is een aanpak die wereldwijd wordt gepromoot en waarvoor in vele landen een vergoeding voorzien is.

We zien 3 trappen als we spreken over het medicatieschema:

1. *Deel administratie (oplijsten van medicatie, controle dubbelmedicatie en gevaarlijke interacties) = basis farmaceutische zorg.*
2. *In overleg met de patiënt een kritische analyse doen = voortgezette farmaceutische zorg met prestatievergoeding.*
3. *Medication Review (full option). Op basis van info van de artsen (bv lever- en nierwerking) een doorgedreven analyse doorvoeren. Dat zal niet voor meteen zijn.*

¹ Gedeeld Farmaceutisch Dossier: apothekers zijn het enige gezondheidsberoep dat over een gedeeld patiëntendossier beschikt. Indien de patiënt zijn informed consent tot delen van gegevens heeft gegeven, kan elke apotheker die met dit systeem meewerkt na bevestiging van de therapeutische relatie (dit gebeurt door het inlezen van de eID op het moment dat de patiënt zich in de apotheek bevindt) lezen welke medicatie de patiënt neemt, om het even door welke apotheker die werd afgeleverd. Dit heeft zeer belangrijke therapeutische voordelen.

Preventie (*Leon Colla*)

De apotheker is een zeer laagdrempelige zorgverlener: geen afspraak maken, steeds bereikbaar.

Met een gemiddelde van ca. 100 contacten per dag zien de 2600 Vlaamse apothekers bij wijze van spreken maandelijks de ganse bevolking!

In het kader van preventie is dit dus een belangrijk kanaal dat echter al te vaak vergeten wordt of waarvan de taak al te vaak gereduceerd wordt tot het ophangen van affiches en verdelen van folders. Apothekers kunnen veel meer. Ook in het buitenland wordt de rol van de apotheker op dit gebied veel sterker gewaardeerd (bv. vaccinatie in de apotheek in Zwitserland en Spanje; verschillende *point of care* testen: screening, diabetes door bloedprik voor suiker zelf te doen, vroegdetectie van dementie, hoge bloeddruk ...).

Voor vele chronische aandoeningen is het aantal niet-gediagnosticeerde patiënten substantieel (dementie, hypertensie, diabetes, osteoporose ...). De apotheker kan hierin een aanvullende rol spelen aan de arts, vanuit zijn laagdrempeligheid en onmiddellijke nabijheid. In het buitenland is dit reeds op vele plaatsen zo. In België is daarvoor momenteel nog geen draagvlak, waardoor die patiënten niet bereikt worden (personen die weinig tot geen contact hebben met de huisarts).

Verschillende initiatieven werden hier reeds genomen: begeleiding van zelftesten diabetes, diabetes-screening d.m.v. vragenlijsten ...

Er komen ook steeds meer zelftesten op de markt. De burger kan die kopen op het internet en op vele andere plaatsen. In de apotheek zou het mogelijk moeten zijn dat de burger een zelftest kan uitvoeren en dan door de apotheker wordt geholpen bij de interpretatie en indien nodig doorverwezen.

APB denkt hierin vooruit, en ziet 3 assen:

- 1. Het luik farmaceutische zorg moet nog verder ontwikkeld worden.*
- 2. Preventie vraagt vooral een gedragsverandering omtrent levensstijl. Momenteel wordt er slechts 2 % van het budget hieraan besteed.*
- 3. De apotheek kan fungeren als een oriëntatiecentrum met detectie en gerichte doorverwijzing. Hiervoor is verder onderzoek en een aanpassing van KB '78 nodig.*

Om dit te kunnen realiseren heb je een maatschappelijk draagvlak nodig, multidisciplinaire acceptatie en een legale context. De bevoegdheid is verdeeld tussen het federale en gemeenschappelijke luik. Budget zal pas kunnen op lange termijn. Maar ook andere pistes zijn mogelijk, denk maar aan private verzekering als partner (die evenwel dezelfde normen zal opleggen qua meetbaarheid als de overheid) of de patiënt die betaalt.

Magistrale bereidingen (*Joeri Van Dijck*)

Magistrale bereidingen hebben een belang zowel op therapeutisch, politiek-strategisch als economisch gebied. Om onze taak in het magistraal te kunnen blijven claimen zijn er toch wel wat aandachtspunten.

De patiënt moet erop kunnen rekenen dat de kwaliteit van zijn bereiding vergelijkbaar met die van een specialiteit. Er is nood aan duidelijke richtlijnen op welke manier bereidingen gemaakt dienen te worden, welke de eisen zijn aan materiaal en infrastructuur om tot een kwalitatief eindproduct te komen. Momenteel is daar nogal wat ruimte voor interpretatie. Momenteel is de protocollering van bereidingen eigenlijk al verplicht, maar in de praktijk blijkt dit nog geen algemeen goed ...

Eenvoudige methodes om de kwaliteit van je bereiding aan te tonen ontbreken nog ... Na de universitaire opleiding is er momenteel weinig tot geen bijscholing aangaande de bereidingen ondanks enkele pogingen van IPSA ...

Apothekers maken soms bereidingen waarvoor ze eigenlijk niet uitgerust zijn, maar uitbesteden is vandaag nog niet haalbaar.

Apothekers verliezen vandaag de dag soms de motivatie omdat er problemen zijn met de rendabiliteit van sommige bereidingen. Ook al zijn de honoraria enkele jaren geleden aangepast, toch is er vaak een probleem met de verpakkingsgrootte, de prijs en de vervaldatum van de grondstoffen. Het kan niet de bedoeling zijn dat we de grondstoffen gaan betalen met ons honorarium ...

Is er om te werken aan de kwaliteit van bereidingen (onderzoek, investeringen,...) budget beschikbaar vanuit de overheid?

Items uit meerjarenakkoord:

- *De kwaliteit moet in de toekomst nog meer dan vandaag gegarandeerd worden (o.a. door autocontrole – peer reviews, controles door FAGG, navormingen, systematische protocollering, MFO's)*
- *Uitbesteding: APB staat voor FACULTATIEVE uitbesteding, maar enkel aan andere apotheken*
 - *In functie van het risico van de bereiding.*
 - *Met certificatie en externe audit van de bereidingsapothek. Hercontrole DGO, cf. specialiteiten?*
 - *Mits digitale workflows en formele samenwerkingsakkoorden.*
 - *En de garantie dat ELKE officina een niet-limitatief aanbod van basisbereidingen kan maken voor zijn patiënten die beantwoorden aan de geldende kwaliteitsvereisten. (TMF + uitbreiding naar andere gevalideerde formularia e.g. FNA, DAC).*
- *Rendabiliteit*
 - *Hoewel de terugbetaalde magistrale bereidingen een aanzienlijk deel van onze vergoedingsmassa vertegenwoordigen zijn er toch wel een aantal problemen:*
 - *De terugbetalingsbasis voor de grondstoffen moet aangepast worden aan de reële marktprijzen.*
 - *De prijs van de grondstoffen moet onder controle gehouden worden en de verpakkingsgrootte moet aangepast worden.*

De sector zal zelf moeten bewijzen dat er kwaliteit wordt geleverd. Het budget voor hercontrole van geneesmiddelen kan gedeeltelijk gebruikt worden voor de controle van en op de bereidingen. Maar de idee is om ook enkele obsoleete grondstoffen niet meer terug te betalen waardoor er budget vrijkomt voor de terugbetaling van andere grondstoffen, is niet uitgevoerd.

Vergoeding (Eric Gyselen)

Booming business, dat zou het moeten zijn in de apotheksector. Vergrijzing, stijging van het geneesmiddelengebruik, toenemende polymedicatie: allemaal factoren in ons voordeel. Er is slechts één parameter die deze trend niet volgt: de vergoeding. Voor een buitenstaander is het vanzelfsprekend dat de gebraden kiekens ons in de mond vliegen. Toch is de realiteit anders. Where did it go wrong?

Tien jaar geleden werd het NVS (nieuw vergoedingssysteem) voorgesteld als een garantie op het behoud van onze marge. Toch moeten we vandaag vaststellen dat de zekerheden die toen stellig verdedigd werden vandaag niet meer gelden.

Het NVS bestendigde de uitgeholde marge van het OVS (oude vergoedingssysteem) door het principe van budgetneutraliteit en werd verder uitgehold door een stijging van de verpakkingsgrootte en een dalend volume. Ook al werd er toen door verschillende collega's gewaarschuwd dat zonder een oplossing voor de verpakkingsgrootte het NVS geen zekerheid zou bieden.

In de laatste jaren is de vergoeding per DDD gedaald met 35 % van 0,17 eurocent naar 0,11 eurocent. Iedere 0,01 eurocent betekent een gemiddeld verlies van 10 000 EUR per apotheek per jaar. Is de ondergrens nu bereikt? Of moeten er nog meer kleine apotheken in moeilijkheden komen en is dit de manier om het aantal apotheken te doen dalen? Een daling van het aantal apotheken zal echter zeer beperkt leiden tot een toename van het inkomen per apotheek en zal bovendien zeer ongelijk verdeeld worden.

De honorariummassa voor terugbetaalde GM bedroeg in 2008 572 miljoen EUR, in 2015 577 miljoen EUR en de verwachting is dat dit een vlakke lijn zal blijven in de komende vijf jaar.

De logica dat de vergoeding van de apotheker de groeinorm van de ziekteverzekering en de gezondheidsindex volgt wordt niet gerespecteerd. Een groei van minder dan 1 % op zeven jaar kan de toegenomen onkosten niet dekken en zal dat in de toekomst ook niet doen. De vooropgestelde nulgroei fnuikt zonder meer de toekomst van de jonge apotheker en vreet aan de motivatie van elke apotheker. Met het meerjarencader dat nu voorligt, zullen we in 2020 nog steeds dezelfde vergoeding krijgen. Welk ander beroep aanvaardt dat men gedurende 12 jaar zijn inkomen geblokkeerd ziet? En dan spreek ik nog niet over de inflatie.

Waar moet de apotheker zijn inkomen dan wel vandaan halen?

Preventie en oriëntatie betalen geen facturen, betalen geen personeel of overname.

Uit de kerncijfers van 2015 blijkt dat een apotheek 48 % van zijn inkomen haalt uit terugbetaalde medicatie. 52 % komt dus van niet-terugbetaalde medicatie, OTC, parafarmacie en randassortiment.

'De specialist van het geneesmiddel' wat we allemaal graag willen zijn, is dus voor meer dan de helft van zijn inkomen aangewezen op niet-terugbetaalde medicatie en gezondheidsproducten die geen geneesmiddel zijn.

Ook al verzet APB zich tegen de commercialisering van het beroep en het verschijnen van 'gezondheidssupermarkten genre Medimarket', toch moet de apotheker voor de rendabiliteit van de apotheek gedwongen mee in deze richting.

Het is bovendien ook dit deel van ons inkomen dat vandaag en in de toekomst ongetwijfeld nog meer onder druk zal komen door de concurrentie van 'gezondheidssupermarkten' en online verkoop. Het inkomen dat hieruit te verwachten valt is dus hoogst onzeker en zeker geen duurzaam gegeven voor de toekomst. Of verwacht u dat de online verkoop in de volgende 5 jaar gaat dalen?

Nieuwe farmaceutische dienstverlening zoals BNM of een erkenning als huisapotheker met bijbehorende vergoeding zullen in de toekomst een deel van ons inkomen uitmaken.

Dit mag echter niet zoals vandaag het geval is, gepaard gaan met een overdreven bewijsvoering en administratieve last. We zijn als apotheker nu reeds de meest gecontroleerde zorgverstrekker door o.a. het systeem van de Unieke Barcode (UBC).

Een tandarts moet toch ook geen getrokken tanden bijhouden als bewijs. De controle op nieuwe diensten moet minimaal zijn en per definitie digitaal en in de eerste plaats berusten op vertrouwen.

We zullen met de huidige voorstellen misschien anders vergoed worden, maar niet beter en dat is een bittere vaststelling. 20 EUR in 2 briefjes van 10 EUR of één briefje van 10 EUR en 2 briefjes van 5 EUR is nog altijd 20 EUR en geen cent meer. Geen enkele sector kan economisch overleven zonder een normale, realistische en duurzame groei. Het toekomstplan dat nu voorligt, vormt misschien wel een mooie intellectuele herpositionering maar biedt geen economisch perspectief. Dat is spijtig voor ons, maar nog veel erger voor de jonge en toekomstige collega's.

APB erkent dat de analyse correct is, maar meldt eerlijk dat er op korte termijn geen bijkomende inkomsten te verwachten vallen. Klagen is geen oplossing en verdere commercialisering zal het beeld van de apotheker als winkelier enkel maar versterken. Dat kan een optie zijn, maar APB kiest voor een meer deontologische rol van de apotheker.

Wat staat ons te doen:

- 1. Onze rol als zorgverstreker aantonen en opnemen, onafhankelijk van het voorschrijfgedrag van de arts.*
- 2. Oriëntatie en preventie is een mogelijkheid voor de toekomst*
- 3. In antwoord op commerciële praktijken (online apotheken, MediMarket ,...) moeten we niet met volumes en kortingen elkaar beconcurreren. Er blijft hiervoor een kanaal via de apotheek, niet enkel voor parafarmacie, medische materialen en voedingssupplementen, maar in de toekomst ook voor app's en wearables.*

APB profileert zich niet als een pure syndicalist en tafelspringer, maar probeert via constructief overleg mee toekomstperspectief te bieden. Het klopt dat de apotheker niet altijd voldoende wordt erkend hiervoor en dat is jammer. Dit meerjarencader moet echter nieuwe perspectief en opportuniteiten bieden voor de huisapotheker. Daar gaan we voor!