

Monitor

# Extramurale farmacie 2010

Een nulmeting van deze markt



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Aanleiding	9
1.2 Doelstelling	9
1.3 Informatiebronnen en methodiek	9
1.3.1 Kwantitatieve gegevens	9
1.3.2 Kwalitatieve gegevens	10
1.3.3 Samenwerking met IGZ en NMa	11
<b>2. Marktstructuur</b>	<b>13</b>
2.1 Farmaceutische zorgaanbieders	13
2.1.1 Aantal zorgaanbieders	13
2.1.2 Mate van marktmacht apothekhoudenden volgens zorgverzekeraars	15
2.1.3 Mate van marktmacht zorgverzekeraars volgens apothekhoudenden	16
2.1.4 Toetredingsdrempels	17
2.1.4.1 Universiteit	17
2.1.4.2 Marktverhoudingen	17
2.1.4.3 Financiering van apothekhoudenden	18
2.2 Zorgverzekeraars	18
<b>3. Marktgedrag</b>	<b>21</b>
3.1 Niet gecontracteerde zorgaanbieders	21
3.2 Contracteren	22
3.2.1 Basisovereenkomsten	22
3.2.1.1 Contracteergraad	22
3.2.1.2 Tariefafspraken	24
3.2.1.3 Kwaliteitsafspraken en controle	24
3.2.1.4 Doelmatigheid	24
3.2.1.5 Preferentiebeleid	25
3.2.2 Aanvullende overeenkomsten	26
3.2.3 Betaalovereenkomsten	27
3.2.4 Contracteerproces	27
3.2.4.1 Verbetering van het contracteerproces	28
3.2.4.2 Commissie Alders	29
3.3 Invloed consument bij zorginkoop	29
3.3.1 Betrokkenheid patiënt/consument bij zorginkoop	29
3.3.2 Sturing door patiënten/consumenten	29
3.3.3 Sturing door zorgverzekeraars	29
<b>4. Kwaliteit</b>	<b>31</b>
4.1 Signalen kwaliteit farmaceutische zorg	31
4.1.1 Toezicht IGZ	31
4.1.2 Patiënten- en consumentenorganisaties	31
4.1.3 Toezicht NZa	32
4.1.4 Media	32
4.2 Gegevensoverdracht	32
4.3 Transparantie kwaliteit	33
4.3.1 Kwaliteitsindicatoren	33
4.3.1.1 Basisset van IGZ/KNMP en Zizo indicatoren	33
4.3.1.2 Etalage-plus informatie	33
4.3.1.3 Apotheken door Cliënten Bekeken	33

4.3.1.4	Consumer Quality-Index	34
4.3.1.5	Mate van keuze ondersteuning	34
<b>5.</b>	<b>Toegankelijkheid</b>	<b>35</b>
5.1	Patiënten- en consumentenorganisaties	35
5.2	Vergoeding bij niet gecontracteerde zorg	35
5.3	Afstand tot apotheekhoudende	35
<b>6.</b>	<b>Betaalbaarheid</b>	<b>39</b>
6.1	Kosten farmaceutische zorg	39
6.2	Betaalbaarheid geneesmiddelen	41
6.2.1	Uitgaven UR-geneesmiddelen	41
6.2.2	Prijzen UR-geneesmiddelen	42
6.2.3	Volume ontwikkeling geneesmiddelen	44
6.3	Betaalbaarheid dienstverlening	45
6.3.1	Kosten vergoeding van dienstverlening	45
6.3.2	Vergoeding dienstverlening (prijsontwikkeling)	46
6.3.3	Volumes terhandstellingen	48
6.4	Consumentenperspectief	49
6.5	Financiële positie zorgaanbieders	50
<b>7.</b>	<b>Conclusies</b>	<b>53</b>
<b>8.</b>	<b>Bijlage</b>	<b>55</b>
8.1	Ontwikkelingen in regulering en recente casussen in toezicht NZa	55
8.1.1	Prestatie en tarief farmaceutische zorg	55
8.1.2	Vorbereidingen nieuwe prestaties farmaceutische zorg	55
8.1.3	Toezicht op zorgverzekeraars en zorgaanbieders	56
8.1.3.1	Aanmerkelijke Marktmacht	56
8.1.3.2	Regeling voorwaarden voor overeenkomst inzake elektronische netwerken met betrekking tot zorg	57
8.1.3.3	Richtsnoeren informatieverstrekking zorgverzekeraars en zorgaanbieders	58
8.2	Wettelijke beperkingen beroepsuitoefening	58
8.2.1	Zelfregulering van het beroep	59

## Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert net als in voorgaande jaren een monitor uit van de extramurale farmaciemarkt. Met deze monitor verkrijgt de NZa inzicht in de werking van deze sector en kan zij uitspraken doen over de borging van de publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van extramurale farmaceutische zorg voor de consument. Daarnaast is deze monitor een nulmeting voorafgaande aan de deregulering van het tarief voor farmaceutische zorg. Mede op basis van deze 'foto' maakt onder andere de NZa beleidskeuzes voor deze sector.

Tijdens de opzet van deze monitor had de inmiddels demissionaire Minister van VWS het voornemen om het tarief voor farmaceutische zorg per 1 januari 2011 vrij te geven. Voorafgaand hieraan was behoefte aan een nulmeting. De Tweede Kamer heeft het vrijgeven van het tarief voor de extramurale farmaceutische zorg na de val van het kabinet controversieel verklaard. Deze nulmeting kan zonedig door de volgende regering gebruikt worden om (vervolg)besluiten te nemen.

In deze monitor wordt de structuur van de markt, de gedragingen van marktpartijen en de effecten daarvan op de publieke belangen onderzocht. De monitor is tot stand gekomen met behulp van diverse gegevensbronnen. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere instanties zijn hierbij behulpzaam geweest. Voor een samenvatting van de belangrijkste bevindingen verwijzen wij u naar de managementsamenvatting.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM  
lid Raad van Bestuur/plv. voorzitter



## Managementsamenvatting

In deze monitor wordt via een nulmeting de farmaceutische zorgmarkt in beeld gebracht om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de farmaceutische zorg inzichtelijk te maken. De monitor bevat een 'foto' van de markt, op basis waarvan vervolgens verdere beleidskeuzes worden gemaakt.

Hoewel banken aangeven een terughoudend financieringsbeleid te hanteren ten aanzien van apotheken, is er sprake van een lichte stijging van het aantal apotheekhoudenden ten opzichte van voorgaande jaren. Dit komt vooral door de komst van poliklinische apotheken. In 2009 en in het eerste kwartaal van 2010 zijn er geen apotheken failliet gegaan.

De contracteergraad verschilt tussen zorgverzekeraars. Voor twee grote zorgverzekeraars is de contracteergraad lager dan vorig jaar, met name als gevolg van (uitbreiding van) het preferentiebeleid. Eén grote zorgverzekeraar heeft een hogere contracteergraad, vooral door de introductie van een nieuwe vorm van vergoeding waarbij geen preferentiebeleid wordt gevoerd (het IDEA-contract (ook wel pakjesmodel genoemd)). Zorgverzekeraars met een relatief lage contracteergraad op 1 april wijten dit mede aan de late bekendmaking van het maximumtarief door de NZa.

Hoewel het merendeel van de apotheekhoudenden het contracteerproces ervaart in de vorm van 'tekenen bij het kruisje' is dit proces beter verlopen dan vorig jaar. Er zijn meer aanvullende overeenkomsten afgesloten tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars waarin afspraken zijn gemaakt over een hogere honorering in ruil voor kwaliteits- en doelmatigheidsverbeteringen: 350 tot 400 op 1 april 2010 versus 26 op 1 april 2009. In vrijwel alle gevallen wordt dit hogere tarief vergoed als achteraf aan de gestelde voorwaarden is voldaan. De gemaakte kwaliteits- en doelmatigheidsafspraken wijken niet substantieel af van vorig jaar. Het beter verlopen van het contracteerproces komt vooral door een realistischer verwachtingenpatroon van beide partijen en de opgedane ervaring met onderhandelen. De afname van het aantal klachten en signalen bij de NZa over het contracteerproces in vergelijking met vorig jaar, bevestigt dit beeld.

Er zijn op dit moment geen concrete signalen bekend bij de IGZ en NZa dat de kwaliteit van farmaceutische zorg afneemt. Omdat gegevensoverdracht tussen zorgaanbieders onvoldoende is, zal de IGZ vanaf 2011 hierop toetsen. De kwaliteit van de geleverde farmaceutische zorg is volgens patiënten- en consumentenorganisaties op dit moment onvoldoende te beoordelen. Ook de mate van ondersteuning voor het kiezen van een apotheekhoudende is te beperkt. De klachten die deze organisaties ontvangen hebben voor een groot deel betrekking op gebrek aan informatieverstrekking door apotheekhoudenden en zorgverzekeraars over wisseling van een geneesmiddelverpakking in het kader van preferentiebeleid.

Ruim 96% van de Nederlandse bevolking heeft een apotheekhoudende op minder dan 5 kilometer afstand van zijn postcodegebied. De fysieke bereikbaarheid van apotheekhoudenden is volgens patiënten- en consumentenorganisaties voldoende.

De totale kosten voor farmaceutische zorg zijn ontwikkeld van € 4,8 miljard in 2008 naar € 4,7 miljard in 2009. Dit komt vooral door prijsdaling van geneesmiddelen waarvan een generieke variant beschikbaar is en door inperking van het verzekerde pakket. De uitgaven aan dienstverlening zijn in de periode 2008-2009 gestegen met 15% van € 0,9 miljard naar € 1,1 miljard. Dit komt vooral door een stijging van het aantal weekterhandstellingen en een hoger maximumtarief voor de dienstverlening.

De kosten van farmaceutische zorg zijn onvoldoende transparant voor de consument, vinden patiënten- en consumentenorganisaties. De consument wordt niet altijd geïnformeerd over de kosten van de geleverde farmaceutische zorg en in het declaratieoverzicht van zorgverzekeraars aan consumenten is geen duidelijk onderscheid tussen de kosten van het geneesmiddel en de kosten van de dienstverlening.



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Het besluit van de NZa om net als in voorgaande jaren een monitor van de extramurale farmaceutische zorgmarkt uit te voeren komt voort uit het tariefbesluit 2009 en 2010. Maar heeft ook als doel input te leveren aan de Minister van VWS over het vrijgeven van tarieven voor farmaceutische zorg per 1 januari 2011 in aansluiting op het eerdere NZa advies van december 2008 en een verzoek van het Ministerie van VWS.

In 2008 en 2009 hebben ondermeer de volgende ontwikkelingen plaatsgevonden:

- Invoering gedifferentieerd tarief voor farmaceutische zorg.
- Uitvoering individueel preferentiebeleid zorgverzekeraars (al dan niet onder couvert).
- Advies NZa invoering vrije prijsvorming per 1 januari 2011 mits voldaan aan randvoorwaarden.
- Invoering flexibele tarief 2009 waardoor onderhandelingsmogelijkheden tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden zijn gecreëerd over een aanvullende afspraken tegen een gemaximeerd hoger tarief dan standaard maximumtarief
- Introductie IDEA-contract (pakjesmodel).
- Uitbreiding onderhandelingsruimte in flexibele tarief 2010.

## 1.2 Doelstelling

Het doel van deze monitor is inzicht krijgen in de ontwikkelingen op de publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van extramurale farmaceutische zorg voor de consument. Voorts was het doel een nulmeting te verrichten voorafgaande aan het voorgenomen vrijgeven van het tarief voor farmaceutische zorg per 1 januari 2011. De monitor bevat derhalve een 'foto' van de markt, mede op basis waarvan onder andere de NZa vervolgens beleidskeuzes maakt. Ten tijde van uitvoering van deze monitor heeft de Tweede Kamer het vrijgeven van het genoemde tarief per 2011 controversieel verklaard. De NZa zag hierin echter geen reden om gedurende dit monitoronderzoek de opzet aan te passen.

## 1.3 Informatiebronnen en methodiek

In deze monitor wordt de structuur van de markt, de gedragingen van marktpartijen en de effecten daarvan op de publieke belangen onderzocht.

Deze monitor is tot stand gekomen met diverse gegevensbronnen. Om een goed beeld van de extramurale farmaceutische markt te kunnen geven, is gebruik gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve analyses.

### 1.3.1 Kwantitatieve gegevens

De kwantitatieve analyses zijn te verdelen in aanbiedersanalyses, afstandanalyses, betaalbaarheidsanalyses en contractanalyses.

Voor de analyse van het aantal aanbieders van farmaceutische zorg is gebruik gemaakt van data van de Kamer van Koophandel aangevuld met de meest recente mutaties zoals bekend bij de NZa.

Voor de analyse van afstand tussen consumenten en apothekhoudenden enerzijds en apothekhoudenden met verschillende eigenaren anderzijds is gebruik gemaakt van buurtgegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek, Geodan (4-positiepostcodekaart) en data van de Kamer van Koophandel aangevuld met de meest recente mutaties zoals bekend bij de NZa.

Voor de analyse van betaalbaarheid is gebruik gemaakt van de op 1 april 2010 meest recente gegevens van GIP databank (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project) van het College voor zorgverzekeringen, Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) van de Koninklijke Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en de NZa.

Voor de contractanalyses zijn alle (inclusief eventueel aanvullende) overeenkomsten farmaceutische zorg die zijn afgesloten tussen 1 januari 2009 en 1 april 2010 opgevraagd bij alle zorgverzekeraars. Inkooporganisatie Multizorg koopt farmaceutische zorg in namens zorgverzekeraars De Friesland (buitengebied), Salland (buitengebied), DSW, ONVZ, ASR en AZVZ. Deze organisaties worden allen aangeduid als 'zorgverzekeraars'.

Bij de analyse van preferentiebeleid en de consequenties van afgenomen zorg bij niet gecontracteerde apothekhoudenden zijn alle polisvoorwaarden voor het jaar 2010 betrokken.

Bij de analyse van kwaliteit en de transparantie zijn gegevens betrokken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en Programma Zichtbare Zorg (Zizo).

### 1.3.2 Kwalitatieve gegevens

#### *Patiënten- en consumentenorganisaties*

De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-raad), de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) hebben deelgenomen aan een schriftelijk interview teneinde relevante ontwikkelingen van het afgelopen jaar op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid vanuit patiënt- en consumentenperspectief inzichtelijk te maken.

#### *Apothekhoudenden*

In het kader van de Monitor farmacie 2010 en het onderzoek naar inkoopvoordelen en praktijkkosten apothekhoudenden 2009 heeft de NZa in maart 2010 een aankondigingbrief uitgezonden aan alle apothekhoudenden in Nederland. In deze brief werden beide onderzoeken aangekondigd. Alle bij de NZa bekende apothekhoudenden werden geïnformeerd over het feit dat via het e-mailadres [monitorfarmacie2010@nza.nl](mailto:monitorfarmacie2010@nza.nl) binnen een vastgestelde periode een vragenlijst ten behoeve van de monitor kon worden opgevraagd. Deelname aan de monitor was vrijwillig. Daarnaast werd de vragenlijst verzonden aan de apothekhoudenden die middels een steekproef voor het inkoopvoordelen onderzoek waren geselecteerd. De monitorvragenlijst is hen apart van het informatieverzoek verzonden. De opzet van de vragenlijst is vooraf getoetst bij de Koninklijke Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP). In totaal zijn 82 vragenlijsten retour gezonden door apothekhoudenden. Er kunnen geen uitspraken gedaan worden over de representativiteit van het aantal deelnemers en hun verdeling over de totale populatie.

### *Zorgverzekeraars*

Negen zorgverzekeraarmaatschappijen (Agis, Achmea, CZ, Menzis, UVIT, De Friesland, Azivo, Zorg en Zekerheid en Salland) hebben deelgenomen aan de monitor door een vragenlijst in te vullen. De vragenlijst was opgesteld teneinde ontwikkelingen op het gebied van de (aanvullende) contracteergraad, het contracteerproces, het contracteerbeleid en de marktstructuur inzichtelijk te maken. De opzet van de vragenlijst is vooraf getoetst bij twee zorgverzekeraars.

### *Financiële instellingen*

Ten behoeve van de analyse van financiële toetredingsdrempels en de huidige financiële situatie van apotheekhoudenden heeft de NZa interviews gehouden met enkele financiële instellingen waarvan de extramurale farmaciemarkt binnen hun werkgebied valt, te weten Van Lanschot en CenE Bankiers, VVAA en BDO.

### *Algemeen*

Als toezichthouder van zorgmarkten ontvangt de NZa tevens signalen en klachten via andere kanalen welke, indien relevant, zijn gebruikt voor deze monitor.

### **1.3.3 Samenwerking met IGZ en NMa**

In het kader van het samenwerkingsprotocol tussen de NZa en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Inspectie voor de volksgezondheid (IGZ) is beide organen gevraagd om input te leveren voor de monitor. De NMa en de IGZ hebben de hoofdstukken van het monitorrapport die relevant zijn voor de onderwerpen waarop zij toezicht houden in conceptfase gelezen en van commentaar voorzien.



## 2. Marktstructuur

- Totaal 1994 openbare apotheken en 451 apotheekhoudende huisartsen.
- Stijging aantal apotheekhoudenden versus 2009.
- Financiering lijkt belangrijkste toetredingsdrempel.

Voorafgaande aan publicatie heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) hoofdstuk 2 becommentarieerd.

### 2.1 Farmaceutische zorgaanbieders

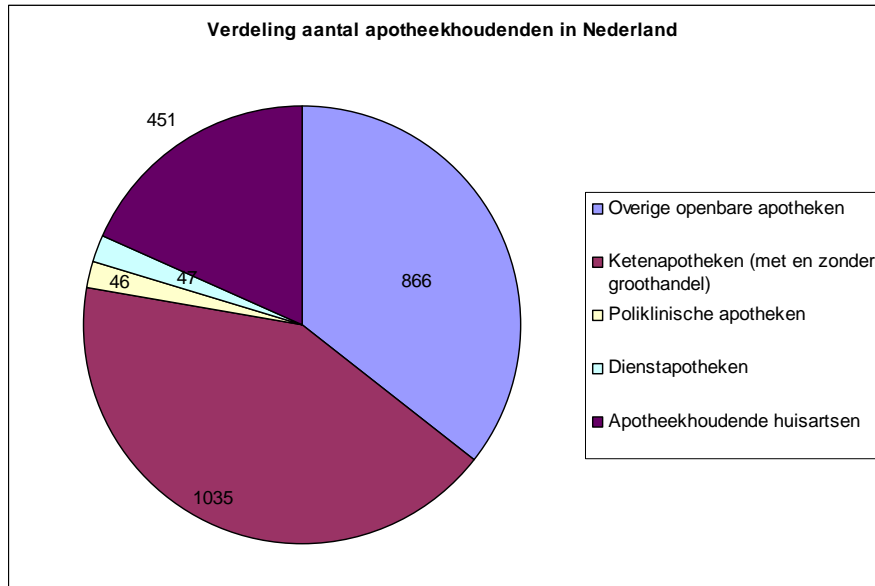
#### 2.1.1 Aantal zorgaanbieders

Van oudsher wordt de Nederlandse bevolking voor de distributie van geneesmiddelen en bijbehorende farmaceutische zorg in de extramurale setting bediend door openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen. Gezamenlijk wordt dit de groep van apotheekhoudenden genoemd. Vrijwel alle openbare apotheken leverden het gehele pakket aan diensten voor farmaceutische zorg. Hoewel dit nog steeds voor het merendeel van de apotheken het geval is, is in de laatste jaren een aantal specialistische apotheken op de markt gekomen c.q. verder ontwikkeld. De volgende specialisaties van openbare apotheken zijn op dit moment te onderscheiden:

- Flexibele openingstijden (bijvoorbeeld 24-uurs(dienst)apotheken).
- Andere distributievormen (bijvoorbeeld herhaalrecepten via internetapotheken; het afleveren vanuit een centrale apotheek via de huisartsenpraktijken).
- Specialisatie in zorgaanbod (poliklinische apotheek, magistrale bereidingen via bereidingsapotheken, specialisatie op gebied van bepaalde ziekten, dienstverlening, reizigersadvies, baxteren, leveringen voor heel Nederland vanuit één apotheek (unieke leveringen)).
- Standaardisatie (bijvoorbeeld centrale aansturing van service, inkoop, contractering en/of managementzaken bij ketenapotheken).

In het eerste kwartaal 2010 zijn er 1994 openbare apotheken (waarvan 47 dienstapotheken) en 451 apotheekhoudende huisartsen. Volgens SFK zijn er in totaal 1976 openbare apotheken in 2009. Het verschil met de bevinding van de NZa (KvK gegevens plus mutaties daarop) heeft onder andere te maken met de gehanteerde peildata.

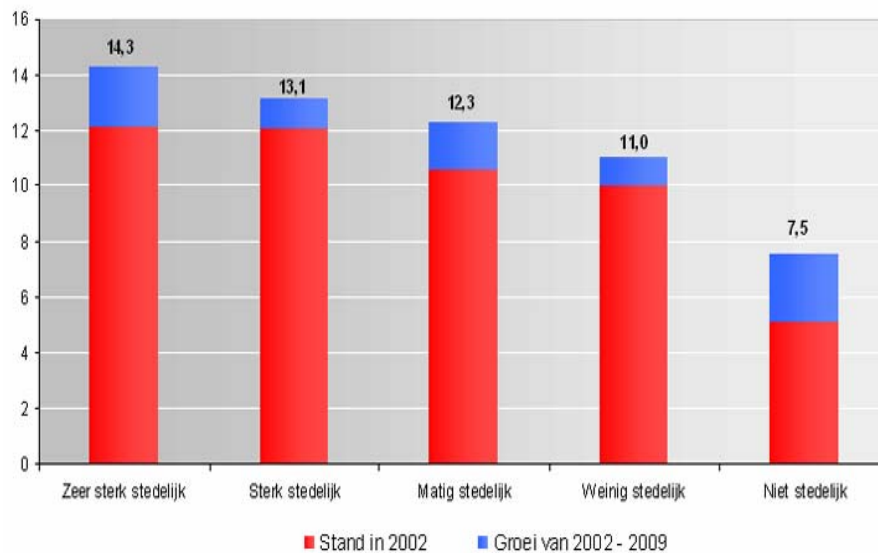
**Figuur 1. Verdeling aantal apotheekehoudenden in Nederland**



Bronnen: Kamer van Koophandel, mutaties bij NZa, april 2010.

Er is sprake van een lichte stijging van het totaal aantal apotheekehoudenden ten opzichte van voorgaande jaren, namelijk 28. Dit betreft 57 nieuw geopende en 29 sluitingen<sup>1</sup> van openbare apotheken. In 2008 waren er 28 sluitingen van openbare apotheken. De groei van het aantal apotheken per 100.000 inwoners is het sterkst in niet-stedelijke gebieden (SFK).

**Figuur 2. Ontwikkeling aantal openbare apotheken per 100.000 inwoners per verstedelijkingscategorie, 2002-2009**



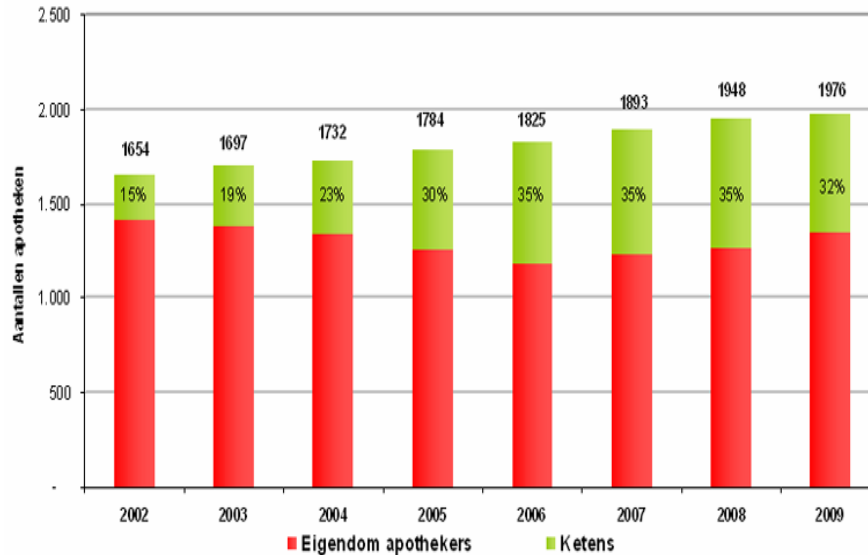
Bron: SFK

In Figuur 2 en Figuur 3 zijn de apotheekehoudende huisartsen niet weergegeven. In de data van SFK zijn alleen de vier grootste ketenapotheekeorganisaties betrokken, te weten Mediq, Lloyds, Alliance en Escura. In totaal hebben deze organisaties een marktaandeel van

<sup>1</sup> Poliklinische apotheken in de lift, Pharmaceutisch Weekblad, 11 februari 2010.

32%. Tevens bestaat een samenwerkingsverband tussen groothandel Mosadex en een aantal openbare apotheken. Omdat hier geen sprake is van één eigenaar worden deze apotheken niet beschouwd als ketenapotheken.

**Figuur 3. Stijging aantal openbare apotheken in Nederland 2009**



Bron: SFK

Voor de spreiding van openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen wordt verwezen naar hoofdstuk 5 Toegankelijkheid.

### 2.1.2 Mate van marktmacht apotheekhoudenden volgens zorgverzekeraars<sup>2</sup>

In het kader van deze monitor is zorgverzekeraars middels de vragenlijst onder andere gevraagd of enige mate van marktmacht van apotheekhoudenden wordt ondervonden in relatie tot vorig jaar. De beantwoording van de vragen hierover geven een diffuus beeld.

**Tabel 1. Ervaring enige mate marktmacht apotheekhoudenden volgens zorgverzekeraars ten opzichte van vorig jaar**

	Aantal zorgverzekeraars (n=9)
Geen marktmacht	3
Gelijke marktmacht	3
Toename marktmacht	3
Afname marktmacht	0

<sup>2</sup> De uitspraken over marktmacht die in deze paragraaf worden weergegeven zijn de opvattingen van aan deze monitor deelgenomen zorgverzekeraars en niet van de NZa.

**Tabel 2. Redenen ervaring enige mate van marktmacht apothekhoudenden volgens zorgverzekeraars (n=6)**

	Aantal keer genoemd door zorgverzekeraars (n=6)
Binnen een aaneengesloten regionaal gebied vindt onderlinge afstemming tussen apothekhoudenden plaats	3
Apothekhoudenden zijn ter plaatse de enige aanbieders van farmaceutische zorg	3
Landelijk vindt onderlinge afstemming tussen apothekhoudenden plaats (Zie ook tekstblok onder tabel 3)	6

**Tabel 3. Reactie op ervaring enige mate van marktmacht volgens zorgverzekeraars**

	Aantal keer genoemd door zorgverzekeraars (n=6)
Communicatie naar verzekerde over reden eventueel hogere kosten farmaceutische zorg vanwege verhoogde vergoeding en/of toeslag ten laste van eigen risico	3
Afsluiting betaalovereenkomst waarbij apothekhoudende het maximum tarief rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareert	1
Verzekerden worden gewezen op andere apothekhoudende die wel gecontracteerd is	2
Indien een of meer van bovengenoemde handelingen niet leiden tot verbetering van algemeen consumentenbelang wordt een klacht ingediend bij NMa en/of NZa	3

In 2009 en 2010 is bij de NZa door één zorgverzekeraar een klacht ingediend die betrekking had op vermeende marktmacht van een apotheker. Deze klacht is in behandeling van de NZa (zie bijlage).

In 2009 hebben drie grote zorgverzekeraars een klacht bij de NMa ingediend over bepaalde gedragingen van de beroepsorganisatie van apothekers. In de klacht wordt gesteld dat de beroepsorganisatie in 2009 inbreuk heeft gemaakt op artikel 6, lid 1 van de Mededingingswet doordat zij haar leden aanzette tot het opzeggen van de contracten met onder meer de zorgverzekeraars die deze klacht hebben ingediend en met de zorgverzekeraars een overeenkomst te sluiten conform het voorbeeldcontract dat de beroepsorganisatie onder haar leden heeft verspreid. De NMa heeft op basis van prioriteringscriteria besloten om thans geen onderzoek te doen naar de aanleiding van deze klacht.<sup>3</sup>

### 2.1.3 Mate van marktmacht zorgverzekeraars volgens apothekhoudenden

Bij de NMa is in 2009 één direct signaal over marktmacht van een zorgverzekeraar binnengekomen. Tevens zijn in 2009 vijf indirecte signalen, namelijk over het preferentiebeleid ingediend bij de NMa versus vier in 2010 tot en met de maand mei.

De meeste apothekhoudenden ervaren marktmacht van zorgverzekeraars in de vorm van 'tekenen bij het kruisje'. In hoofdstuk 3.2.4 wordt hier verder op in gegaan.

<sup>3</sup> [www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl) > [besluiten](#)



### 2.1.4 Toetredingsdrempels

Deze monitor beperkt zich tot toetredingsdrempels die specifiek gelden voor het aanbieden van extramurale farmaceutische zorg. Wettelijke beperkingen om het beroep apotheker te mogen uitoefenen en om een apotheek te mogen openen staan vermeld in de bijlage. Dit geldt ook voor toetredingsdrempels met betrekking tot zelfregulering van het beroep.

#### 2.1.4.1 Universiteit

Universiteit Utrecht (UU) en Rijksuniversiteit Groningen (RUG) bieden bachelor en master opleiding in farmacie. Voor de universitaire opleiding farmacie geldt er op dit moment geen opleidingsfixus. Dat wil zeggen dat er vanuit de overheid het aantal mogelijke diploma's niet centraal is vastgesteld. Hoewel er geen opleidingsfixus bestaat, hanteert de UU wel een instellingsfixus voor de bachelor opleiding tot 250 studenten in het studiejaar 2010-2011 (bron: [www.uu.nl](http://www.uu.nl))<sup>4</sup>. Dit geldt niet voor de master opleiding farmacie aan de UU. RUG legt geen instellingsfixus op. De belemmeringen om een apothekersdiploma te halen lijken op dit moment gering.

In 2008 studeerden 130 personen af als apotheker. Het aantal afgestudeerden is hiermee voor het eerst sinds 2005 weer gestegen. De stijging is toe te schrijven aan een opleving van de belangstelling voor de studie farmacie vanaf 2002, met aantrekkende aantallen eerstejaarsstudenten farmacie. Van de afgestudeerde apothekers kiest ongeveer 70% voor de openbare farmacie (Bron: SFK, Data en feiten 2009). Uit een enquête gehouden door het Pharmaceutisch Weekblad (PW2, 15 januari 2010, jaargang 145) onder 105 zesdejaars studenten farmacie blijkt dat 33% voornemens is in een openbare apotheek te gaan werken. In 2008 zijn 516 studenten begonnen met een farmaceutische opleiding in Utrecht, Groningen of Leiden. De studentenpopulatie aan de farmaceutische opleidingen bedroeg aan het begin van 2009 2.482 personen, 15% meer dan een jaar eerder (Bron: SFK, Data en feiten 2009).

#### 2.1.4.2 Marktverhoudingen

In de vragenlijst ten behoeve van de voorliggende monitor is apotheekhoudenden, die niet meer dan drie jaar geleden een apotheek hebben gekocht of gestart, gevraagd naar eventuele toetredingsdrempels. Dit betrof elf apotheken. Drie respondenten hebben aangegeven geen belemmeringen te hebben ervaren, waarvan één een dienstapotheek betreft die een gezamenlijk project is van alle omliggende apotheken. De vaakst genoemde toetredingsdrempels waren financiering van goodwill en het sluiten van een overeenkomst met de dominante zorgverzekeraar.

**Tabel 4. Toetredingsdrempels volgens geïnterviewde apotheekhoudenden (n=11)**

Toetredingsdrempel	Aantal keer genoemd
Goodwill	5
Toegang elektronisch netwerk	1
Deelname diensten, eventueel via dienstapotheek	1
Sluiten van een overeenkomst met de dominante verzekeraar	4

<sup>4</sup> Hoewel er geen centrale opleidingsfixus is vastgesteld, is het wel mogelijk dat instellingen minder opleidingsplaatsen hebben dan sollicitanten en daarom een eigen numerus fixus vaststellen.

Aantrekken patiënten	1
Eisen van artsen of andere zorgverleners om bij deelname in een centrum meer dan een rechtvaardig deel van de kosten te betalen	2
Geen belemmering ervaren	3

Mede naar aanleiding van signalen van toetredende apotheken ten aanzien van problemen met aansluiten op elektronische netwerken heeft de NZa in december 2009 op grond van artikel 45 Wmg de 'Regeling voorwaarden voor overeenkomsten inzake elektronische netwerken met betrekking tot zorg belemmering tot gegevensoverdracht' vastgesteld. Deze regeling faciliteert onder andere deelname aan het OZIS-systeem (zie voor meer informatie de bijlage).

#### *2.1.4.3 Financiering van apothekhoudenden*

In het kader van deze monitor zijn financiële instellingen geïnterviewd (zie 1.3.2). In deze paragraaf volgt een weergave van meningen van de geïnterviewde partijen.

Het beleid van de geïnterviewde financiële instellingen ten aanzien van bestaande en nieuw te starten openbare apotheken is over het algemeen eenduidig. Sinds de uitbreiding van het individuele preferentiebeleid van zorgverzekeraars en de kredietcrisis in 2008/2009 zijn banken terughoudender met het verstrekken van financiering aan apothekhoudenden, aldus de respondenten. Daarbij komt dat door uitbreiding van ketenapotheken de afgelopen jaren de goodwill is opgedreven. Startende apothekers (0-5 jaar) komen hierdoor in financiële problemen. Er zijn echter nog geen faillissementen uit voortgevloeid. Strategie van banken is op dit moment niet om per definitie geen financiering te verstrekken, maar om financieringsaanvragen kritisch te beoordelen op basis van de vigerende marktontwikkelingen. Volgens de geïnterviewde partijen is het aantal kredietverstrekkingen vanaf 2008 lager dan vóór 2008.

In paragraaf 6.5 worden bevindingen van de huidige financiële positie van apothekhoudenden beschreven op basis van feiten en meningen.

## **2.2 Zorgverzekeraars**

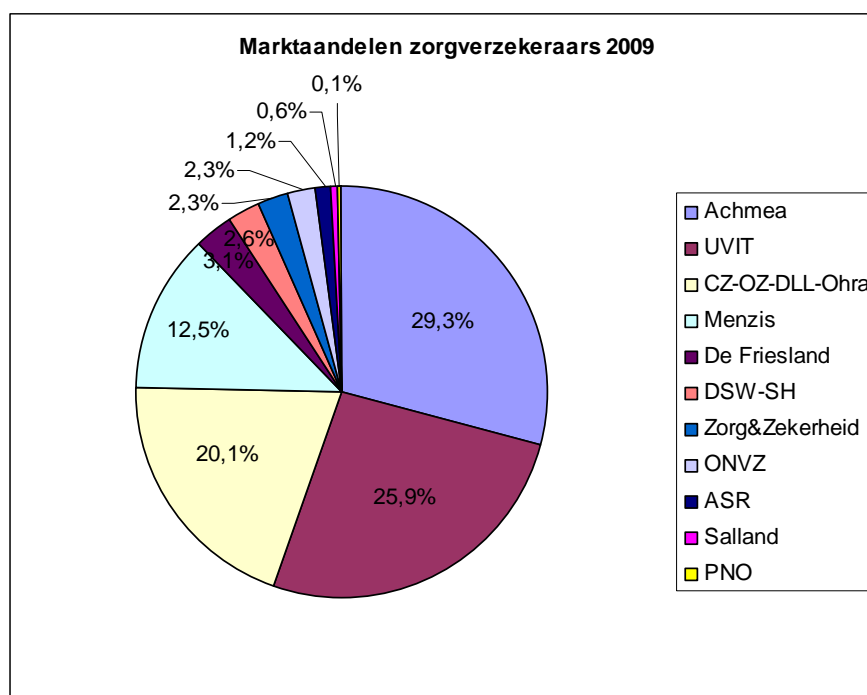
Op de zorgverzekeringsmarkt zijn in 2010 27 individuele zorgverzekeraars actief. Deze zorgverzekeraars zijn onder te brengen in 11 concerns (Tabel 5). De vier grootste zorgverzekeraars vertegenwoordigen in 2009 een marktaandeel van 87,8% van het totaal aantal basisverzekerden (Figuur 4).

Tabel 5. Overzicht zorgverzekeraarholdings en -labels

Holding	Naam zorgverzekeraar
UVIT	IZA Zorgverzekeraar NV IZZ Zorgverzekeraar NV NV Unive Zorg NV Zorgverzekeraar UMC Trias Zorgverzekeraar NV Zorgverzekeraar Cares Gouda NV
Achmea-Agis	Agis Zorgverzekeringen NV Avero Achmea Zorgverzekeringen NV FBTO Zorgverzekeringen NV Interpolis Zorgverzekeringen NV OZF Achmea Zorgverzekeringen NV Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen NV
CZ- DLL-Ohra	Delta Lloyd Zorgverzekering NV Ohra Ziektekostenverzekeringen NV Ohra Zorgverzekeringen NV OWM CZ Groep Zorgverzekeraar UA
Menzis	OWM Anderzorg UA OWM Azivo Zorgverzekeraar UA OWM Menzis Zorgverzekeraar UA
De Friesland	OWM De Friesland Zorgverzekeraar UA
DSW-SH	OWM DSW Zorgverzekeraar UA OWM Stad Holland Zorgverzekeraar UA
AZVZ	OWM AZVZ UA
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA
ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar NV
ASR	ASR Basis Ziektekostenverzekeringen NV
Salland	Salland Zorgverzekeraar NV

Bron: NZa, mei 2010.

Figuur 4. Marktaandeel zorgverzekeraars basisverzekering 2009



Bron: Monitor Zorgverzekeringsmarkt NZa, juni 2009.



### 3. Marktgedrag

- Ontwikkeling contracteergraad wisselt: daling voor twee grote, stijging voor één grote zorgverzekeraar.
- Meer aanvullende overeenkomsten met hoger tarief.
- Geen overeenkomsten met lager dan standaard maximumtarief.
- Contracteerproces lijkt beter te verlopen.
- Betrekken van consumenten bij zorginkoop wisselt per zorgverzekeraar.

Voorafgaande aan publicatie heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) hoofdstuk 3 becommentarieerd.

In dit hoofdstuk wordt met name ingegaan op contracteren: hoeveel is er gecontracteerd, welk proces gaat hieraan vooraf en welke afspraken zijn er gemaakt tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars. Tot slot wordt ingegaan op de mate van invloed van consumenten bij de inkoop van farmaceutische zorg door zorgverzekeraars. In deze monitor wordt uitgegaan van de volgende definities:

**Basisovereenkomst** = een overeenkomst met een tarief voor farmaceutische zorg die gelijk of lager is dan het vigerende standaard maximum tarief per voorschrift.

**Aanvullende overeenkomst** = een overeenkomst met een tarief voor farmaceutische zorg die hoger is dan het vigerende standaard maximum tarief per voorschrift.

**Betaalovereenkomst:** apothekhoudende en zorgverzekeraar hebben rechtstreeks betaalverkeer zonder verdere inhoudelijke afspraken.

**Contracteergraad** = het aantal getekend retour ontvangen overeenkomsten ten opzichte van het aantal uitgestuurde overeenkomsten door zorgverzekeraars.

**IDEA-contract ('pakjesmodel'):**

Bij de afrekening van de inkoopkosten van alle multisource UR-geneesmiddelen gezamenlijk wordt gerekend met een vooraf afgesproken prijs per Defined Daily Dose (DDD). Daarnaast geldt geen clawback-korting op multisource, hogere vergoeding voor dienstverlening en vrijstelling van preferentiebeleid via polis van verzekerden. In 2010 is een soortgelijke overeenkomst geïntroduceerd door een andere zorgverzekeraar.

#### 3.1 Niet gecontracteerde zorgaanbieders

De vergoeding van zorgverzekeraars aan consumenten voor farmaceutische zorg indien afgenomen bij een niet gecontracteerde apothekhoudende loopt volgens de aangeboden polissen met gecontracteerde zorg uiteen van 75-90%. Zeven van de negen aan deze monitor deelgenomen zorgverzekeraars geven echter aan toch de volledige kosten aan de verzekerde te vergoeden. Redenen die de betreffende zorgverzekeraars hiervoor noemen zijn:

- de administratieve last om uit te zoeken welke mate van vergoeding een verzekerde recht op heeft, te groot is;
- er moet wel voldoende zorg gecontracteerd zijn in de regio;

- de verzekerde moet eerst gewezen worden op het feit dat hij zich tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder heeft gewend;
- er wordt vergoed mits is voldaan aan de voorwaarden preferentiebeleid 2010.

Een niet-gecontracteerde apothekhoudende heeft in de situatie dat een patiënt toch zorg bij hem of haar afneemt recht op volledige vergoeding van de zorgverzekeraar conform de vigerende tariefbeschikking van de NZa.

## 3.2 Contracteren

In juni 2009 is de Monitor contractering farmacie gepubliceerd door de NZa. Evenals voor deze monitor gold als peildatum van informatieverzameling 1 april. In dit hoofdstuk wordt informatie gegeven over:

- de contracteergraad van apothekhoudenden<sup>5</sup>;
- redenen voor afwijkende contracteergraad ten opzichte van 2009;
- de inhoud van de overeenkomsten;
- het contracteerproces.

### 3.2.1 Basisovereenkomsten

#### 3.2.1.1 Contracteergraad

Ten opzichte van 1 april 2009 is de contracteergraad van basisovereenkomsten op 1 april 2010 vergelijkbaar voor de kleinere zorgverzekeraars, waarbij sprake is van een contracteergraad van 80-100%.

Twee grote zorgverzekeraars hebben op 1 april 2010 een contracteergraad van 20-30%. Ook in de monitor van vorig jaar bleek een aantal grote zorgverzekeraars op 1 april een contracteergraad lager dan 50% te hebben. Als een van de redenen van de lage contracteergraad op 1 april 2009 werd in de monitor 2009 genoemd dat de NZa het tarief voor het volgende jaar laat bekend maakt. Mede hierdoor is het contracteerproces niet al in januari afgerond. De contracteergraad van de betreffende zorgverzekeraars blijkt dan ook voor het jaar 2009 na 1 april te zijn gestegen tot 50-75%. Omdat evenals vorig jaar het tarief in december is bekend gemaakt, wordt deze reden ook dit jaar genoemd door zorgverzekeraars met een relatief lage contracteergraad. Overige redenen zijn:

- Preferentiebeleid: continuering of uitbreiding.
- Onduidelijk VWS beleid.
- Apothekhoudenden willen niet onderhandelen over inleveren inkoopvoordelen tegen een hogere vergoeding voor dienstverlening.
- Apothekhoudenden ontvangen volledige vergoeding indien niet gecontracteerd.

De helft van de 82 aan de monitor deelgenomen apothekhoudenden zegt minder overeenkomsten te hebben gesloten dan vorig jaar. Dit heeft in de meeste gevallen te maken met uitbreiding van preferentiebeleid (n=15), pakjesmodel (n=20), afwezigheid eenduidige onderhandelingstaal (n=20) en het feit dat een overeenkomst is getekend voor alle patiënten van de betreffende apotheek (n=21). Een verklaring voor het feit dat het pakjesmodel als reden wordt genoemd is dat apothekhoudenden ervoor kiezen geen of minder overeenkomsten

---

<sup>5</sup> Overeenkomsten uit 2009 die doorlopen in 2010 zijn hierin betrokken.

aan te gaan anders dan het IDEA-contract. Een mogelijke verklaring voor de laatst genoemde reden is dat het aantal zorgverzekeraars met verschillend contracteerbeleid is afgenomen (Achmea en Agis kopen gezamenlijk farmaceutische zorg in).

Twee zorgverzekeraars hebben op 1 april 2010 een hogere contracteergraad dan het gehele jaar 2009, waaronder Achmea/Agis. Zorgverzekeraar Achmea/Agis heeft in 2009 het IDEA-contract, ook wel het pakjesmodel genoemd, geïntroduceerd als alternatief voor de basisovereenkomst waarbij preferentiebeleid wordt gevoerd. Met dit contract wordt beoogd substitutie naar goedkopere geneesmiddelen te bevorderen. Apotheekhoudenden met een IDEA-contract worden afgerekend op basis van een vastgestelde prijs per Defined Daily Dose (DDD) voor alle multisource geneesmiddelen. Achmea/Agis hanteert derhalve twee soorten contracten, namelijk IDEA-contract en basiscontract waarbinnen een onderverdeling geldt van een basisrelatie of een intensieve relatie. In deze paragraaf worden de contracten met een basisrelatie beschouwd als basisovereenkomsten. Binnen de gecontracteerden heeft driekwart voor een IDEA-basiscontract gekozen (Tabel 6).

Apotheekhoudenden met een IDEA-contract ontvangen een hogere vergoeding voor dienstverlening en zijn vrijgesteld van preferentiebeleid via de polisvoorwaarden van de verzekerden. De vergoeding voor de inkoopkosten van het totaal aan receptplichtige multisource geneesmiddelen is gebaseerd op een vastgestelde prijs per Defined Daily Dose (DDD) van het voorgeschreven geneesmiddel dat wordt terhandgesteld. Hoewel door de apotheekhoudende meer financieel risico wordt gedragen, gaat voor veel apotheekhoudenden de voorkeur uit naar deze overeenkomst vanwege het ontbreken van preferentiebeleid en de mogelijkheid van financieel gewin afhankelijk van de mate van substitutie en inkoop.

**Tabel 6. Contracteergraad Achmea/Agis overeenkomsten**

Verdeling Achmea/Agis overeenkomsten	IDEA	Basisovereenkomst (preferentiebeleid)
Apotheker	76%	24%
Apotheekhoudende huisarts	77%	23%

### 3.2.1.2 Tariefafspraken

Van oudsher worden bijna alle (basis)overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden afgesloten met een tarief gelijk aan het maximumtarief voor farmaceutische zorg, zoals jaarlijks vastgesteld door de NZa.

Uit analyse van de basisovereenkomsten blijken alle afgesloten basisovereenkomsten uit te gaan van het maximumtarief. Twee van de negen zorgverzekeraars passen een korting op het tarief toe variërend van € 0,17 tot € 0,18 per receptregel indien de apothekhoudende achteraf niet voldoet aan eisen met betrekking tot substitutiegraad en/of jaarverslag. Ook in het geval van het IDEA-contract kan sprake zijn van een uiteindelijk lagere vergoeding voor inkoopkosten door de zorgverzekeraar versus het maximumtarief.

De door de deelgenomen zorgverzekeraars en apothekhoudenden vaakst genoemde oorzaak van het in beperkte mate tot stand komen van overeenkomsten met een lager tarief is het feit dat bij geen overeenkomst of een betaalovereenkomst (waarin geen nadere afspraken zijn gemaakt over prijs en kwaliteit) de apothekhoudende kan uitgaan van de maximale vergoeding conform de tariefbeschikking (zie 3.1).

### 3.2.1.3 Kwaliteitsafspraken en controle

Naast de algemene kwaliteitseis dat een apotheker zorg dient te dragen voor goede voorlichting over de te verlenen en afgeleverde zorg, worden apothekhoudenden in vrijwel alle overeenkomsten verplicht te voldoen aan de NAN normen. Afspraken over (bevordering van) kwaliteit van farmaceutische zorg verschillen tussen zorgverzekeraars, zowel op indicatoren als op de mate van concretisering van kwaliteitsafspraken en omvatten de volgende eisen:

- IGZ/KNMP kwaliteitsindicatoren.
- Kwaliteitsjaarplan en –verslag.
- Participatie Mystery Guest Programma.
- Inzicht onderzoek Apotheken door Cliënten Bekeken (ACB).
- HKZ- of KEMA-certificering.
- Zorgdragen voor deskundigheidsbevordering, opleiding en bijscholing.

Ook de controle op naleving van de gemaakte kwaliteitsafspraken verschilt tussen zorgverzekeraars:

- opvragen kwaliteitscertificaten;
- opvragen jaarverslagen;
- opvragen specifieke verantwoordings-eisen zorgmodules;
- controle vastgelegde farmaceutische interventie;s
- controle afleveringsafspraken en materiele controle recepten.

Eén zorgverzekeraar maakt gebruik van de IGZ kwaliteitsindicatoren (zie hoofdstuk 3.2.1.3) welke worden gemeten en teruggekoppeld. Eén van de negen zorgverzekeraars hanteert € 0,18 korting op het tarief als het jaarverslag niet tijdig is ingediend of niet voldoet aan de gestelde eisen.

### 3.2.1.4 Doelmatigheid

Evenals op het gebied van de algemene kwaliteit, lopen doelmatigheidsindicatoren uiteen tussen de verschillende overeenkomsten farmaceutische zorg, zowel op indicator als op de mate van concretisering van de afspraak. De meeste overeenkomsten bevatten de volgende doelmatigheidsafspraken:

- laagste prijsafspraken (bandbreedte 3-5%);



- substitutiegraad (60-88%);
- stimulerende inbreng FTO;
- preventie spillage.

Twee van de negen zorgverzekeraars hanteren € 0,17 tot € 0,18 korting op het tarief als de substitutiegraad van 60-80% niet wordt gehaald.

### 3.2.1.5 Preferentiebeleid

Op grond van het Besluit Zorgverzekering zijn zorgverzekeraars verplicht, van alle door de Minister van VWS aangewezen geneesmiddelen, per werkzame stof tenminste één geneesmiddel aan te wijzen waarop hun verzekerden aanspraak hebben. Door middel van het preferentiebeleid bepalen zorgverzekeraars via de polis dat van een aantal geneesmiddelen die uit precies dezelfde werkzame stof bestaan alleen het (de) aangewezen geneesmiddel(en) wordt(en) vergoed aan hun verzekerden. Verzekerden hebben geen recht op vergoeding van geneesmiddelen met een zelfde werkzame stof van een andere fabrikant dan het preferent verklaarde geneesmiddel tenzij de desbetreffende arts behandeling met een als preferent aangewezen geneesmiddel, medisch niet verantwoord acht. Verzekerden worden in de polisvoorwaarden en via de website van de zorgverzekeraar geïnformeerd welke geneesmiddelen voor welke periode preferent zijn verklaard en dus worden vergoed. Zorgverzekeraars bepalen dus zelf of ze preferentiebeleid willen voeren en zo ja in welke situaties (bijvoorbeeld alleen bij niet gecontracteerde apothekhoudenden) voor welke stofnamen en sterktes en hoeveel fabrikanten per verpakking worden aangewezen.

Omdat de aanspraak (de polis) in principe een overeenkomst is tussen zorgverzekeraar en verzekerde, is niet in alle overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden informatie over preferentiebeleid opgenomen. In een aantal overeenkomsten is slechts opgenomen dat de apothekhoudende wordt geacht zorg te leveren conform de polisvoorwaarden van de verzekerde.

Vanaf 2008 zijn meer zorgverzekeraars individueel preferentiebeleid gaan voeren. Onderlinge afspraken tussen zorgverzekeraars over preferente geneesmiddelen met mededingingsbeperkende effecten zijn niet toegestaan. Er zijn verschillen tussen zorgverzekeraars van de als preferent aangewezen verpakkingen (ZI-nummers) van één geneesmiddel op niveau van de stofnaam.

Met uitzondering van Salland, DSW, AZVZ, ASR en ONVZ, voeren alle zorgverzekeraars preferentiebeleid. Het aantal preferente geneesmiddelen en de duur van de periode van aanwijzing verschillen per zorgverzekeraar voor het jaar 2010 (Tabel 7). Over het algemeen hanteren zorgverzekeraars vier tot vijf weken als termijn voor communicatie van wisseling preferente geneesmiddelen richting apothekhoudenden en verzekerden.

**Tabel 7. Overzicht uitvoering preferentiebeleid zorgverzekeraars**

Zorgverzekeraar	Aantal stofnamen	Aantal ZI-nummers	Periode aanwijzing 2010 (maanden)
UVIT	54	147	12/13 (v.a. 1 juni en 1 juli 2009)
Achmea/Agis	129	249	11 (vanaf 1 februari)
Menzis	30	74	12 (vanaf 1 november)
CZ	39	92	12 (vanaf 1 januari)
De Friesland	3	27	12 (vanaf 1 januari)

Zorg en Zekerheid, gecontracteerde apotheekhoudenden	57	1198	12 (vanaf 1 januari)
Zorg en Zekerheid, niet-gecontracteerde apotheekhoudenden	57	794	12 (vanaf 1 januari)

Bron: Polisvoorwaarden 2010.

### 3.2.2 Aanvullende overeenkomsten

Vorig jaar, op 1 april 2009 hadden in totaal 26 openbare apotheken een overeenkomst afgesloten waarin een hoger tarief was afgesproken dan het standaard maximumtarief. Deze overeenkomsten hadden betrekking op drie zorgverzekeraars. Later in het jaar is dit aantal opgelopen tot ruim 200 voor het jaar 2009.

In de overeenkomsten 2010 hebben zes zorgverzekeraars een hogere vergoeding opgenomen voor de dienstverlening (integraal of voor specifieke groep patiënten) of de inkoopkosten. Op 1 april 2010 waren er tussen de 350 tot 400 overeenkomsten afgesloten tussen zorgverzekeraars en apotheekhoudenden waarin onder bepaalde voorwaarden een hoger tarief is afgesproken. In alle gevallen geldt dat de apotheekhoudende deze hogere vergoeding ontvangt als bij afloop van de overeenkomst blijkt dat aan de vereisten is voldaan.

Als reden voor de toename van het aantal aanvullende overeenkomsten geven apotheekhoudenden en zorgverzekeraars uiteenlopende verklaringen.

**Tabel 8. Genoemde redenen hogere contracteergraad aanvullende overeenkomsten**

Reden hogere contracteergraad aanvullende overeenkomsten 2010 vs 2009	Zorgverzekeraars	Apotheekhoudenden
Meer zorgverzekeraars hebben een aanvullende overeenkomst aangeboden		X
Een of meer zorgverzekeraars hanteren nieuwe vorm van afrekening (bijvoorbeeld pakjesmodel)		X
Meer zorgverzekeraars stellen voorwaarden voor aanvullende overeenkomst waaraan kan worden voldaan		X
Hogere voorgestelde vergoeding voor dienstverlening	X	
Nieuwe vorm van vergoeding (pakjesmodel)	X	
Verwachtingen apotheekhoudenden van mogelijkheid individuele onderhandelingen realistischer	X	
Meer voorbereidingstijd	X	

In vrijwel alle getekende aanvullende overeenkomsten is sprake van een hogere vergoeding voor dienstverlening dan het maximum tarief (variërend van een toeslag van € 0,12 per voorschrift tot het maximum voor dienstverlening) en een gelijke vergoeding voor inkoopkosten als het maximumtarief. In twee soorten overeenkomsten van een zorgverzekeraar wordt de clawback-korting teniet gedaan voor ofwel alle multisource geneesmiddelen of voor preferente geneesmiddelen. De volgende tegenprestaties zijn met concrete eisen omschreven in de overeenkomsten:

- Certificering
- Deelname FTO
- Goedgekeurd jaarverslag en/of jaarplan
- Deelname en/of rapportage klanttevredenheidsonderzoek
- Minimale score medicatieveiligheid volgens IGZ indicatoren

- Kans op lagere vergoeding voor inkoopkosten UR geneesmiddelen dan volgens NZa tariefbeschikking als gevolg van vaste vergoedingsprijs per pakje
- Behalen vastgestelde substitutiegraad

In tegenstelling tot de mening van de meerderheid van de geïnterviewde apothekhoudenden vinden vrijwel alle zorgverzekeraars dat sprake is van toegevoegde waarde voor de patiënt. De toegevoegde waarde heeft volgens hen betrekking op:

- een specifieke groep bij ons verzekerde patiënten van gecontracteerde zorgaanbieder;
- doelmatig voorschrijfbeleid;
- dosering en toediening;
- therapietrouw.

Eén zorgverzekeraar heeft een aanvullende overeenkomst afgesloten waarbij geen sprake is van toegevoegde waarde voor de patiënt. Hierbij was volgens de betreffende zorgverzekeraar sprake van enige mate van marktmacht van de apothekhoudende.

### 3.2.3 Betaalovereenkomsten

Negentien van de 82 apothekhoudende respondenten geeft aan een betaalovereenkomst te hebben met meerdere zorgverzekeraars. De meest genoemde redenen voor het aangaan van een betaalovereenkomst in 2010 zijn:

- verzekeraar vergoedt niet gecontracteerde zorg 100%;
- patiënt hoeft niet aan balie af te rekenen;
- geen overeenstemming over declaratie en betalingsafspraken.

### 3.2.4 Contracteerproces

In de monitor farmacie van 2009 kwam naar voren dat het contracteerproces stroef verliep. In totaal zijn bij de NZa over het contractjaar 2009 44 klachten ingediend door apothekhoudenden over zorgverzekeraars en 2 klachten door zorgverzekeraars over apothekhoudenden (periode 1 oktober 2008 tot 1 oktober 2009) die betrekking hadden op het contracteerproces. Vijfentwintig van deze klachten waren ingediend in de periode tot en met april 2009. Over het contractjaar 2010 zijn in de periode 1 oktober 2009 tot en met april 2010 18 klachten ingediend door apothekhoudenden over zorgverzekeraars. In 2010 heeft de NMa geen signalen ontvangen over het contracteerproces voor extramurale farmaceutische zorg.

De afname van het aantal klachten over het contracteerproces wordt bevestigd door de apothekhoudende respondenten. Driekwart van de respondenten heeft eigen contractvoorstellen ingediend bij een zorgverzekeraar. Dit aantal is hoger dan vorig jaar. Onderwerpen waarop het voorstel van apothekhoudenden afwijkt van het voorstel van zorgverzekeraars zijn:

- Kwaliteit
- Honorering
- Doelmatigheid
- Preferentiebeleid
- Pakjesmodel

Eenzijds wijzen zorgverzekeraars weinig voorstellen af, anderzijds komt het vaak voor dat ze daar niet op reageren, aldus de apothekhoudende respondenten. De meeste zorgverzekeraars gaan op 40-50% van de voorstellen in en het aantal voorstellen die na overleg worden afgewezen is aanzienlijk laag. De helft van de respondenten vindt dat

zorgverzekeraars voldoende tijd bieden om de overeenkomst wel of niet te tekenen. In onderstaand overzicht is weergegeven welk beleid zorgverzekeraars en apothekhoudenden hanteren in het contracteerproces 2010 op basis van beantwoorde vragenlijsten voor deze monitor.

**Tabel 9. Gehanteerd contracteerbeleid voor het jaar 2010**

Contracteerbeleid	Zorgverzekeraars (n=9)	Apothekhoudenden (n=82)
Bijgestaan door zorgmakelaar		40
Zelfstandig onderhandeld		23
Aangesloten bij een door uw groothandel uitonderhandelde overeenkomst		10
Geen contractvoorstel of wijzigingsvoorstel op aangeboden overeenkomst door zorgverzekeraar		23
Geen vragen gesteld over door zorgverzekeraar aangeboden overeenkomst		26
Wel vragen gesteld over door zorgverzekeraar aangeboden overeenkomst		56
Algemene reactie op contract(wijzigings)voorstellen waarin wordt verwezen naar lijst van voorwaarden op website	3	
Algemene reactie op contract(wijzigings)voorstellen waarin wordt verwezen naar lijst van voorwaarden op website, binnen 30 dagen	2	
Individuele reactie op contract(wijzigings)voorstellen met onderbouwing van afwijzing of in behandelname	1	
Individuele reactie op contract(wijzigings)voorstellen met onderbouwing van afwijzing of in behandelname, binnen 30 dagen	3	

Ondanks het feit dat vrijwel alle geïnterviewde apothekhoudenden, die vragen over de overeenkomst hebben gesteld aan zorgverzekeraars, vinden dat deze volledig of gedeeltelijk zijn beantwoord, zegt de meerderheid geen invloed te hebben gehad op de afgesloten overeenkomst(en).

Minder dan een kwart van de aan de monitor deelgenomen apothekhoudenden kenden de polisvoorwaarden van de betreffende zorgverzekeraars niet of gaven aan dat deze niet beschikbaar waren ten tijde van het sluiten van de overeenkomst.

#### 3.2.4.1 Verbetering van het contracteerproces

Soortgelijke signalen van apothekhoudenden en andere vrije beroepsbeoefenaren vormden voor de NZa mede aanleiding om spelregels contracteren en bijbehorende 'good contracting practices' voor het contracteerproces van deze zorgaanbieders met zorgverzekeraars te ontwikkelen. In de 'spelregels' worden gezamenlijke afspraken opgenomen over hoe de marktpartijen met elkaar om zouden moeten gaan bij het contracteerproces. De 'spelregels' zullen worden vergezeld van een aantal 'good contracting practices'. Deze zullen dienen als voorbeeld van contracteren waar beide partijen zich in kunnen vinden. Bij de ontwikkeling van de spelregels contracteren en 'good contracting practices' die later dit jaar worden gepubliceerd, zal de NZa dan ook deze zomer de markt raadplegen. Bij dat proces zal de NZa een beroep op marktpartijen doen om actief mee te denken over de vormgeving van de spelregels en 'good contracting practices'.

### 3.2.4.2 Commissie Alders

Op verzoek van de Minister van VWS is de heer Alders begin 2010 gevraagd onafhankelijk voorzitter te zijn van een commissie die de weg moet bereiden naar herstel van onderling vertrouwen ten behoeve van gezonde contracteverhoudingen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars per 1 januari 2011. De prestatieomschrijvingen farmaceutische zorg van de NZa en de spelregels contracteren met bijbehorende *'good contracting practices'* zullen in dat proces naar verwachting ook een belangrijke rol spelen.

## 3.3 Invloed consument bij zorginkoop

### 3.3.1 Betrokkenheid patiënt/consument bij zorginkoop

Volgens de CG-raad en de Consumentenbond bestaan er grote verschillen tussen zorgverzekeraars als het gaat om het betrekken van consumentenbelangen bij het inkopen van farmaceutische zorg. Volgens de CG-raad gebeurt dit over het algemeen te weinig en is er onvoldoende oog voor kwaliteit en wordt de toegankelijkheid onvoldoende geborgd. De NPCF is van mening dat er voldoende rekening wordt gehouden met de consumentenbelangen bij het inkopen van farmaceutische zorg.

### 3.3.2 Sturing door patiënten/consumenten

In tegenstelling tot de Consumentenbond verwachten de NPCF en de CG-raad niet dat consumenten/patiënten de zorgverzekeraars in de komende jaren meer zullen gaan sturen door 'te stemmen met de voeten'. Redenen hiervoor zijn dat patiënten de verschillen tussen de polissen niet kunnen overzien en dat de verzekerdenmarkt wordt gedomineerd door collectieve contracten. Omdat chronisch zieken geen gewenste verzekerde populatie is voor zorgverzekeraars zullen zorgverzekeraars niet streven naar een optimaal polisaanbod voor deze groep. De Consumentenbond geeft aan dat hun verwachting van meer sturing door consumenten afhankelijk is van de transparantie van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars.

### 3.3.3 Sturing door zorgverzekeraars

De patiënten- en consumentenorganisaties verwachten de komende jaren meer sturing vanuit zorgverzekeraars doordat zorgverzekeraars de zorg in de komende jaren meer selectief in zullen gaan kopen. Verzekeraars zullen volgens hen de prestatiebeschrijvingen aangrijpen om kritischer farmaceutische zorg in te kopen en hun verzekerden te 'belonen' als zij gebruikmaken van gecontracteerde zorg. Deze sturing brengt volgens de Consumentenbond de keuzevrijheid voor zorgaanbieder in gevaar. De NPCF geeft aan dat op dit moment een helder meerjarig perspectief bij zorgverzekeraars ontbreekt over contractering van farmaceutische zorg. Dit is volgens hen een ongewenste situatie omdat hierdoor onbekend is wat de toekomstige ontwikkeling is van het huidige fijnmazige netwerk van apothekhoudenden.

Verzekeraars gebruiken nauwelijks negatieve financiële instrumenten om de keuze voor een zorgaanbieder te beïnvloeden. Dat stelt Lieke Boonen in haar proefschrift *'Consumentensturing in de zorg: (on)mogelijk?'* Dat komt omdat veel consumenten negatief staan ten opzichte van keuzebeperkingen. Pas als blijkt dat verzekeraars voorkeursaanbieders selecteren op basis van kwaliteit, willen de meeste verzekerden het

advies van de verzekeraar opvolgen, aldus de onderzoekster (Erasmus Universiteit Rotterdam, 17 november 2009).

## 4. Kwaliteit

- Geen concrete signalen dat kwaliteit farmaceutische zorg afneemt.
- Onvoldoende transparantie van kwaliteit farmaceutische zorg.
- Onvoldoende keuzeondersteuning zorgaanbieder voor consumenten.
- Onvoldoende sprake van gegevensoverdracht tussen apotheekhoudenden.

Voorafgaande aan publicatie heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hoofdstuk 4 becommentarieerd.

### 4.1 Signalen kwaliteit farmaceutische zorg

#### 4.1.1 Toezicht IGZ

De IGZ heeft in januari 2010 het 'Kortschrift chemisch farmaceutische kwaliteit simvastatines' gepubliceerd naar aanleiding van klachten over de kwaliteit van preferente geneesmiddelen. Hierin wordt geconcludeerd dat de kwaliteit van de onderzochte simvastatinetabletten voldoende was. Tegelijkertijd signaleert de IGZ ten algemene dat het steeds moeilijker wordt de kwaliteit van geneesmiddelen te garanderen doordat ketens van productie van grondstoffen en tabletten en de plaatsen waar de geneesmiddelen worden gecontroleerd over de hele wereld ingewikkeld zijn.

De IGZ heeft een aantal signalen ontvangen van apotheekhoudenden die betrekking hebben op toegenomen werkdruk, beperking van keuzevrijheid, wisseling van verpakkingen en leveringsproblemen, allen als gevolg van preferentiebeleid. Volgens IGZ zijn er op dit moment geen signalen dat de kwaliteit van farmaceutische zorg door openbare apotheken afneemt.

Op dit moment voert IGZ thematisch toezicht uit op medicatieveiligheid bij instellingen voor langdurige zorg, waaronder thuiszorgorganisaties. Hierin wordt onderzocht wat de kwaliteit is van medicatieoverzichten, het uitzetten van medicatie en het begeleiden van toediening van geneesmiddelen door thuiszorgmedewerkers. Resultaten worden rond september 2010 verwacht.

#### 4.1.2 Patiënten- en consumentenorganisaties

Op dit moment is volgens de patiënten- en consumentenorganisaties de kwaliteit van farmaceutische zorg als geheel voor het grootste deel van de consumenten/patiënten niet gedegen te beoordelen. De verwachting is dat dit ook niet op alle onderdelen van farmaceutische zorg te doen is. Een consument kan alleen kwaliteit van farmaceutische zorg beoordelen op activiteiten die zich rechtstreeks aan de balie plaatsvinden:

- verstrekken geneesmiddel;
- uitgiftegesprek;
- instructie geneesmiddelgerelateerd hulpmiddel;
- advies zelfzorggeneesmiddelen.

Het aantal klachten over de kwaliteit van farmaceutische zorg is toegenomen ten opzichte van vorig jaar, aldus de geïnterviewde patiënten- en consumentenorganisaties. De klachten hebben met name betrekking op gebrek aan informatie van apotheekhoudende en

zorgverzekeraar over wisseling van verpakking binnen het preferentiebeleid.

Vanuit patiënt- en consumentenperspectief verloopt de communicatie tussen arts en apotheker beter dan voorgaande jaren al zijn er grote verschillen tussen zorgaanbieders. Daarnaast is een deel van de apotheekhoudenden zich meer gaan profileren als zorgverlener in plaats van als distributiebedrijf. Dit doen ze door bijvoorbeeld innovatieve projecten te starten voor specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld in samenwerking met eerstelijnszorgverleners of thuiszorg, aldus de patiënten- en consumentenorganisaties.

#### 4.1.3 Toezicht NZa

Twee organisaties (een patiënten- en een apothekersorganisatie) hebben in 2009 aan het adres van de NZa en het Ministerie van VWS zorgen geuit over de mogelijke gevolgen van het preferentiebeleid op de kwaliteit van zorg.

#### 4.1.4 Media

Begin 2010 heeft Atos Consulting in eigen beheer het rapport 'Preferentiebeleid zorgverzekeraars is razend effectief maar voor de patiënt dreigt kaalslag' gepubliceerd. Dit artikel stelt op basis van meningen van 400 apotheekhoudenden dat apothekerspersoneel gemiddeld meer dan een kwart van de tijd bezig is met preferentiebeleid-gerelateerde zaken zoals voorlichting, inkoopbeleid en corrigeren van fouten. 91% van de respondenten geeft aan dat preferentiebeleid negatieve consequenties heeft voor kwaliteit van zorg, mede door wisseling van hulpstof.

Omdat een apotheekhoudende buiten het preferentiebeleid vrij is om te bepalen van welke fabrikant en uit welk land (zogenaamde parallel import) het voorgeschreven geneesmiddel ter hand wordt gesteld, vindt ook buiten het preferentiebeleid om meerdere redenen wisseling van verpakking per patiënt plaats. Hoewel in het Pharmaceutisch Weekblad<sup>6</sup> in 2008 de mate van wisseling van verpakking binnen en buiten het preferentiebeleid volgens SFK is afgezet tegen de bevinding van Vektis is vanwege verschillende analysemethoden onduidelijk of op individueel patiëntniveau meer of minder sprake is van wisseling van verpakking en de eventuele gevolgen daarvan.

In het Pharmaceutisch Weekblad is begin 2009 een artikel gepubliceerd over generiek geneesmiddelensubstitutie en therapietrouw<sup>7</sup>. De conclusie van het onderzoek is dat voor een negatieve invloed van generieke geneesmiddelensubstitutie op de therapietrouw van patiënten of de therapeutische effecten geen aanwijzingen zijn.

## 4.2 Gegevensoverdracht

De noodzaak voor een goede overdracht van medicatiegegevens tussen apotheekhoudenden vloeit voort uit de vereisten van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en is ook opgenomen in de Nederlandse Apothekenwet 2006. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2005 het initiatief genomen om de kennisorganisaties, beroepsgroepen, branche- en koepelorganisaties in de zorg uit te nodigen om mee te werken aan het

<sup>6</sup> Pharmaceutisch Weekblad 2008; 27 juni: bladzijde 11.

<sup>7</sup> Pharmaceutisch Weekblad Wetenschappelijk Platform 2009; 3(1): 23 januari 2009.



opstellen van een concept richtlijn voor veilige overdracht van medicatiegegevens. Onderzoeken wijzen uit dat er in de praktijk te veel fouten optreden. Hoewel er al verschillende (veld)normen zijn voor het organiseren van goede, veilige en kwalitatieve farmaceutische zorg, en deze ook wettelijk zijn vastgelegd, constateerde men dat de overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder daarin onvoldoende is opgenomen. De IGZ zal vanaf 2011 de normen uit de definitieve 'Richtlijn overdracht van medicatiegegevens' (concept van 25 april 2008) gaan toetsen.

Zoals verwoord in paragraaf 2.1.4.2 heeft de NZa de 'Regeling voorwaarden voor overeenkomsten inzake elektronische netwerken met betrekking tot zorg belemmering tot gegevensoverdracht' vastgesteld.

## 4.3 Transparantie kwaliteit

### 4.3.1 Kwaliteitsindicatoren

#### 4.3.1.1 Basisset van IGZ/KNMP en Zizo indicatoren

In 2009 heeft de IGZ in samenwerking met de KNMP een Basisset Kwaliteitsindicatoren 2009 opgesteld ten behoeve van het inzichtelijk maken van kwaliteit van farmaceutische zorg in Nederland. Naar verwachting worden de resultaten van deze indicatoren op geaggregeerd niveau in het derde kwartaal van 2010 gepubliceerd. Het is vooralsnog onbekend wanneer metingen op het niveau van de individuele zorgaanbieder zullen worden gepubliceerd.

Het programma Zichtbare Zorg (Zizo) heeft de verantwoordelijkheid voor deze kwaliteitsindicatoren overgenomen en binnen dat programma wordt op dit moment door relevante veldpartijen de Basisset van IGZ/KNMP uit 2009 aangepast. Vanaf juli 2011 zullen naar verwachting alle apothekhoudenden de Zizo indicatoren aanleveren over een zesmaands rapportageperiode. Het gaat hier om de eerste volledige, landelijke proefmeting. Verwacht wordt dat vanaf 2012 metingen op geaggregeerd niveau zullen worden gepubliceerd. Wanneer de meetgegevens op individueel niveau gepubliceerd worden is nog niet vastgesteld.

Zoals beschreven in hoofdstuk 3.2.1.3 heeft een aantal zorgverzekeraars in de overeenkomsten opgenomen dat apothekhoudenden onder andere worden beoordeeld op basis van een aantal indicatoren uit de Basisset van IGZ/KNMP.

#### 4.3.1.2 Etalage-plus informatie

Binnen het programma Zichtbare Zorg wordt de set kwaliteitsindicatoren uitgebreid met een set Etalage-plus informatie ten behoeve van keuze ondersteuning van consumenten. Etalage-plus informatie is die informatie waarvan op basis van onderzoek onder cliënten is vastgesteld dat deze mede bepalend is voor de keuze van een hulpverlener. Het betreft feitelijke informatie over het aanbod van zorg, aangevuld met gegevens over hoe die zorg is georganiseerd ([www.argo-rug.nl](http://www.argo-rug.nl)).

#### 4.3.1.3 Apotheken door Cliënten Bekeken

Met methodieken als Apotheken door Cliënten Bekeken (ACB) wordt beoogd de transparantie van kwaliteit van farmaceutische zorg vanuit consumentenperspectief te bevorderen. De methode is in 2004 ontwikkeld in opdracht van de NPCF en de KNMP. De aanpak is gericht op het stimuleren van kwaliteitsverbetering door de apotheek. Als het

traject succesvol wordt doorlopen ontvangt de apotheek het NPCF-certificaat 'Door Cliënten Bekeken' ([www.argo-rug.nl](http://www.argo-rug.nl)). Het aantal apotheken dat succesvol het ACB onderzoek heeft gedaan en het certificaat heeft ontvangen is 873. Van dit aantal hebben 168 apotheken dit onderzoek twee keer gedaan. Na drie jaar is namelijk de geldigheid van het certificaat verlopen en hebben de betreffende apotheken opnieuw voor ACB gekozen). Tevens hebben drie apotheken het voor de derde maal succesvol afgerond. Op dit moment zijn 263 apotheken het traject om het certificaat te behalen aan het doorlopen.

#### *4.3.1.4 Consumer Quality-Index*

Om de ervaringen van patiënten met hun apotheek te meten is de CQ-index farmaceutische zorg ontwikkeld. Met een CQ-index wordt beoogd de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van patiënten op een gestandaardiseerde manier in kaart te brengen. De vragenlijst heeft als doel inzicht te geven in de ervaringen van patiënten met de zorg en wat zij belangrijk vinden. Het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) beheert dit keurmerk en is verantwoordelijk voor de ontwikkeling, wetenschappelijke borging, implementatie en bewaking van de CQ-index. De systematiek is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum (AMC), met financiering door Agis, de Stichting Miletus (een samenwerkingsverband van verzekeraars) en ZonMw ([www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)). Gedurende het traject van vaststelling van de vragenlijst hebben partijen in overleg met CKZ besloten te onderzoeken in hoeverre de vragenlijst van CQ-index kan worden geïntegreerd in de vragenlijst van ACB gezien het aantal apotheken dat reeds werkt met ACB. Het onderzoek wordt naar verwachting eind 2010 afgerond, waarna publicatie van een nieuwe vragenlijst begin 2011 wordt verwacht.

#### *4.3.1.5 Mate van keuze ondersteuning*

Op dit moment zijn er onvoldoende informatiebronnen beschikbaar om patiënten en consumenten te ondersteunen bij de keuze van een farmaceutisch zorgverlener, aldus de geïnterviewde patiënten- en consumentenorganisaties. Geen van de beschikbare bronnen biedt informatie die doeltreffend, juist, inzichtelijk of vergelijkbaar is. Patiënten- en consumentenorganisaties zien het als hun eigen taak om betere keuzeondersteuning te bieden, evenals dat van zorgverzekeraars, het Ministerie van VWS en apotheekorganisaties.

De NPCF maakt daarbij de opmerking dat er niet meteen een reden is om een nieuw uitgebreid informatiesysteem voor keuzeondersteuning op te zetten. Naast informatie uit bijvoorbeeld ACB, ondervinden consumenten in de praktijk in bepaalde mate de kwaliteit van een apotheek (bejegening, etc). Daarnaast speelt vooral bij kwetsbare ouderen en bij veel chronisch zieken de nabijheid van een apotheek een belangrijke rol, aldus de NPCF.

## 5. Toegankelijkheid

- 96,1% van de bevolking heeft apotheekhoudende op <5 km afstand.
- Fysieke bereikbaarheid van apotheekhoudenden is goed.
- Toename klachten toegankelijkheid geneesmiddelen met betrekking tot verzekerde pakket en toetredingsdrempels nieuwe geneesmiddelen op de Nederlandse markt.
- Zorg bij niet-gecontracteerde aanbieder toch vaak volledig vergoed.

### 5.1 Patiënten- en consumentenorganisaties

Toegankelijkheid van farmaceutische zorg voor de consument is als volgt onder te verdelen:

- afstand tot een apotheek of apotheekhoudende huisartspraktijk;
- fysieke bereikbaarheid;
- tijdspanne tussen zorgvraag en zorglevering;
- aanspraak op een geneesmiddel (vergoeding uit basispakket);
- aanspraak op dienstverlening (vergoeding uit basispakket);
- toelating van geneesmiddelen tot de markt;
- beschikbaarheid van voorgeschreven geneesmiddelen;
- beschikbaarheid van verschillende benodigde vormen van dienstverlening per individuele zorgaanbieder;

De NZa heeft in het kader van deze monitor de patiënten- en consumentenorganisaties gevraagd een oordeel te geven over de genoemde vormen van toegankelijkheid. De fysieke bereikbaarheid van en de afstand tot apotheekhoudenden is goed, aldus de geïnterviewde patiënten- en consumentenorganisaties. De klachten over toegankelijkheid zijn bij de genoemde organisaties toegenomen ten opzicht van vorig jaar en hebben met name betrekking op inperking van het verzekerde pakket (geen aanspraak op de meeste slaap- en kalmeringsmiddelen per 1 januari 2009, preferentiebeleid) en toetredingsdrempels van nieuwe geneesmiddelen tot de Nederlandse markt.

### 5.2 Vergoeding bij niet gecontracteerde zorg

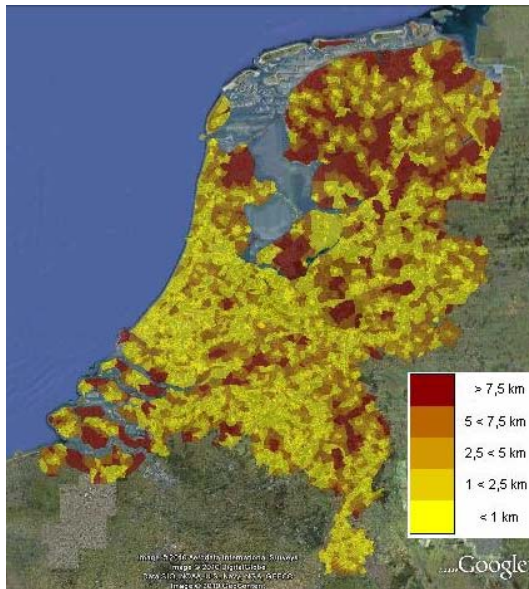
In paragraaf 3.1 is uiteengezet dat zeven van de deelgenomen zorgverzekeraars aangeeft de farmaceutische zorgkosten volledig te vergoeden aan de verzekerde met een polis met gecontracteerde zorg, hoewel de consument volgens de polisvoorwaarden geen recht heeft op volledige vergoeding van de zorgverzekeraar. Voor individuele consumenten die hiermee te maken hebben lijkt derhalve op korte termijn sprake te zijn van een grotere financiële toegankelijkheid dan aangegeven in de polisvoorwaarden.

### 5.3 Afstand tot apotheekhoudende

In gebieden waar de afstand tussen een openbare apotheek en een consument groter is dan de gestelde norm kunnen huisartsen een vergunning verkrijgen tot het verlenen van farmaceutische zorg (zie hoofdstuk toetredingsdrempels). Hiermee wordt beoogd de toegankelijkheid van farmaceutische zorg te garanderen.

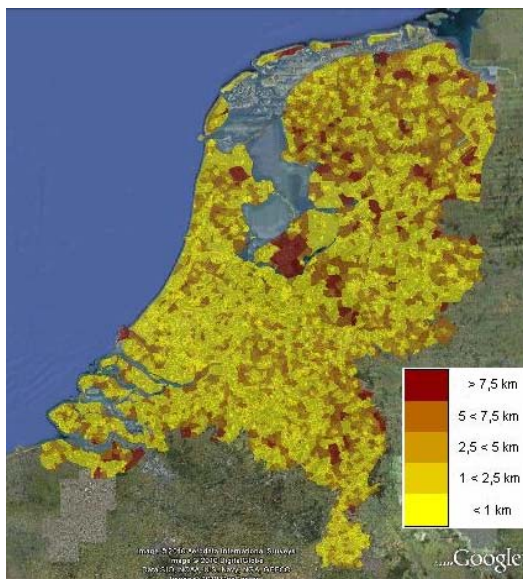
In Figuur 5 en Figuur 6 is weergegeven wat de afstand tussen een consument en een apotheek respectievelijk een apotheekhoudende huisarts is in Nederland. De reisafstand tot de dichtstbijzijnde apotheekhoudende is het grootst in de met donker rood aangegeven regio's. Zoals verwacht is de toegankelijkheid beter in stedelijke gebieden dan in rurale gebieden. Door de twee figuren te vergelijken is te zien dat apotheekhoudende huisartsen de toegankelijkheid van farmaceutische zorg verbeteren. Het is de NZa onbekend in welke mate apotheekhoudende huisartsen zorg buiten kantooruren leveren.

**Figuur 5. Afstand van patiënt tot dichtstbijzijnde apotheek**



Bron: Berekeningen NZa gebaseerd op data van Kamer van Koophandel (adressen van zorgverleners, eerste kwartaal 2010), Centraal Bureau voor de Statistiek (buurt-data, 2007) en Geodan Drivetime matrix (2009)

**Figuur 6. Afstand tot de dichtstbijzijnde apotheekhoudende<sup>8,9</sup>**



<sup>8</sup> De eenheid op het figuur is het viercijferige postcodegebied. De afstand tot de dichtstbijzijnde apotheekhoudende is gemeten als de afstand tussen het midden van de gegeven postcode en het midden van de postcode waar de apotheek gevestigd is.

<sup>9</sup> Keuze voor de kleuren of de afstanden zegt niets over een afbakening van de markt in AMM casuïstiek.

Bron: Berekeningen NZa gebaseerd op data van Kamer van Koophandel (adressen van zorgverleners, eerste kwartaal 2010), Centraal Bureau voor de Statistiek (buurt-data, 2007) en Geodan Drivetime matrix (2009).

Opvallend is het gebied rondom de gemeente Zeewolde in Zuid Flevoland waar geen aanbod is van farmaceutische zorg binnen een straal van 7,5 km. Hoewel binnen de provincie Flevoland de gemeente Noordoostpolder primair is ingericht als landbouwgebied is het aantal inwoners per vierkante kilometer het laagst in de gemeente Zeewolde (84 inwoners/km<sup>2</sup>)<sup>10</sup>.

In Tabel 10 is aangegeven hoeveel procent van de bevolking binnen een straal van x kilometer een apotheek of een apotheekhoudende huisarts kan bereiken. De afstand tot de dichtstbijzijnde apotheekhoudende is gemeten als de afstand tussen het midden van elk bestaande postcode in Nederland en het midden van de postcode waar een apotheekhoudende is gevestigd.

**Tabel 10. Percentage bevolking die binnen x km farmaceutische zorg kan bereiken<sup>11</sup>**

Afstand	1 km	2,5 km	5 km	7,5 km
% bevolking met een apotheekhoudende binnen deze afstand	78,0%	86,8%	96,1%	99,4%

<sup>10</sup> Bron: CBS Statline, 1 januari 2010.

<sup>11</sup> Bron: eigen berekeningen gebaseerd op data van Kamer van Koophandel (adressen van zorgverleners, eerste kwartaal 2009), Centraal Bureau voor de Statistiek (buurtgegevens, 2007) en Geodan (4-positie postcodekaart, 2009).



## 6. Betaalbaarheid

- De totale kosten van de extramurale farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dienstverlening) zijn ontwikkeld van € 4,8 miljard in 2008 naar € 4,7 miljard in 2009.
- De uitgaven aan geneesmiddelen (tegen AIP prijzen exclusief clawback-korting en BTW) zijn in 2009 gedaald van € 4,0 miljard in 2008 naar EUR 3,8 miljard in 2009 (-/- 5%). Deze daling wordt met name veroorzaakt door de gedaalde prijzen van multisource geneesmiddelen en inperking van het verzekerde pakket.
- De uitgaven aan dienstverlening zijn gestegen van € 0,9 miljard in 2008 naar € 1,1 miljard in 2009 (+/+15%). De gestegen kosten van de dienstverlening is met name een gevolg van doorgevoerde tariefsverhogingen per 1 januari 2009.
- Als het aantal terhandstellingen in de 2<sup>e</sup> helft van 2008 wordt vergeleken met de 2<sup>e</sup> helft in 2009 neemt het aantal weekterhandstellingen toe met zeven miljoen. Tegelijkertijd daalt het aantal standaardterhandstellingen in dezelfde periode met vijf miljoen. Per saldo heeft deze ontwikkeling een kostenverhogend effect van de dienstverlening van € 9 miljoen.

De analyse in dit hoofdstuk is gebaseerd op data van het GIP (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project) van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het gaat daarbij om macroramingen: ophoging naar een landelijk beeld van een steekproef met een dekkingsgraad van ruim 80% van de totale verzekerdenpopulatie (circa 13 miljoen verzekerden). De gegevens over het jaar 2009 zijn nog voorlopig.

De overzichten in deze monitor hebben uitsluitend betrekking op het Wmg-gedeelte van de farmaceutische zorg. Een klein deel van de farmaceutische zorg betreft buiten-Wmg-middelen (met name voedingsmiddelen en dieetpreparaten), met een jaarlijkse omzet van ongeveer € 120 miljoen (ex 6% BTW).

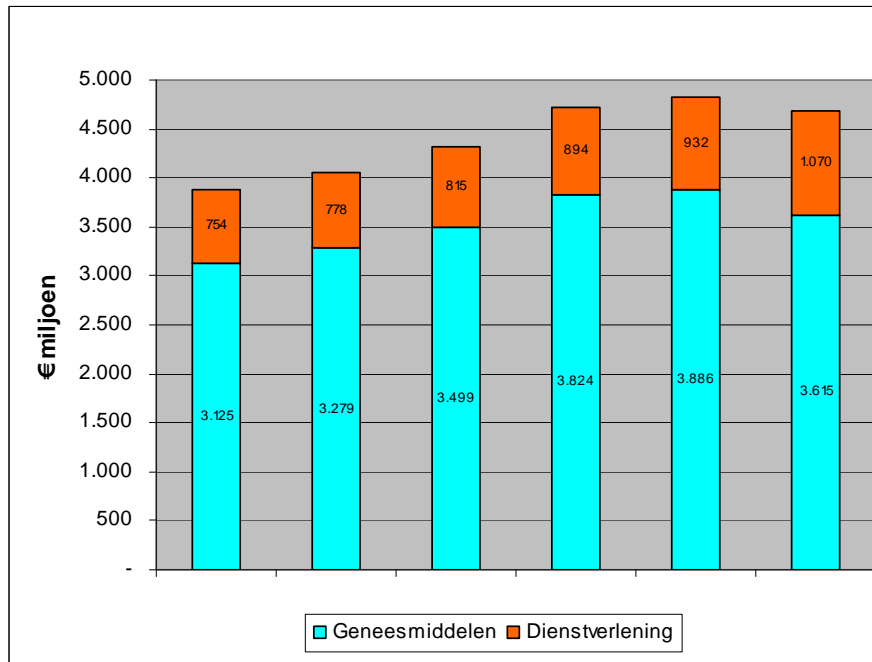
Alle prijs- en kostgegevens worden exclusief 6% BTW weergegeven.

### 6.1 Kosten farmaceutische zorg

De kosten van extramurale farmaceutische zorg zijn onder te verdelen in de kosten voor geneesmiddelen en de kosten voor farmaceutische dienstverlening.

Het zou wenselijk zijn de kosten van farmaceutische zorg af te zetten tegen de baten, zoals gezondheidswinst en besparingen in zorgkosten. De baten zijn vooralsnog niet voor de NZa inzichtelijk gemaakt c.q. te maken.

**Figuur 7. Totale kosten farmaceutische zorg 2004-2009**

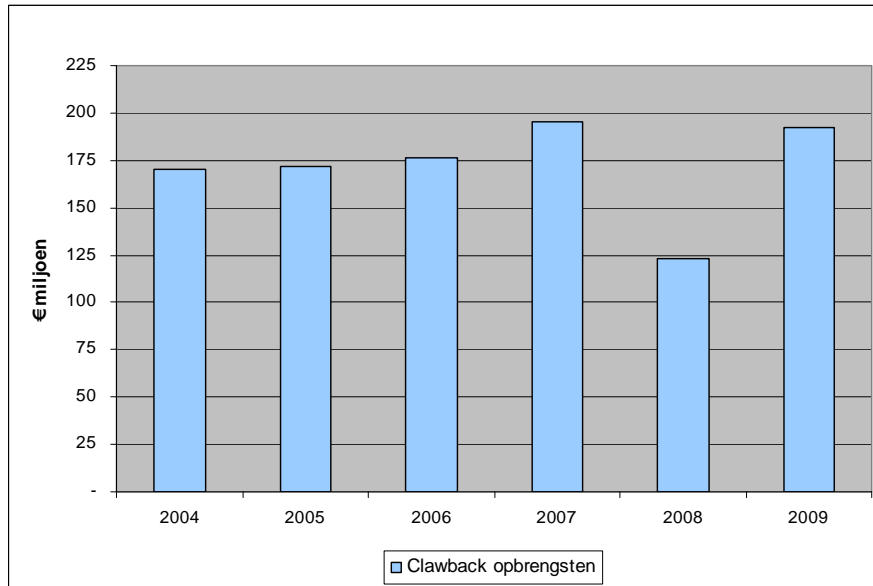


Bron: GIP/College voor Zorgverzekeringen. Kosten berekend op basis van AIP inclusief, dus met aftrek van de clawback-korting, exclusief 6% BTW en inclusief eventuele bijbetalingen in het kader van GVS

De totale kosten van de farmaceutische zorg zijn over de periode 2004-2009 gestegen van € 3,9 miljard naar € 4,7 miljard (+/+ 20,8%) (Figuur 7).

De totale kosten van de farmaceutische zorg zijn in 2009 ontwikkeld van € 4,8 miljard in 2008 naar € 4,7 miljard. Deze daling wordt voor € 69 miljoen veroorzaakt door de clawback-korting. In juli 2008 schorste de voorzieningenrechter tijdelijk de clawback-korting van 6,82% vanwege de onzekerheid over de financiële gevolgen van preferentiebeleid op het inkomen van apothekhoudenden. Omdat volgens de NZa deze schorsing niet nodig was is de niet ingehouden clawback-korting van de tweede helft 2008 verrekend door middel van een aanvullende clawback-korting in 2009 en 2010 (beide jaren 8,53%). In onderstaand overzicht is dit weergegeven.



**Figuur 8. Clawback-korting**

Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen.

Wat opvalt is dat de opbrengst van de clawback-korting niet stijgt ondanks het hogere percentage. Dat komt door de daling van de inkoopkosten van UR-geneesmiddelen als gevolg van prijsdalingen en de maximering van de clawback op € 6,80 per receptregel.

In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de betaalbaarheid van de geneesmiddelen. In paragraaf 6.3 komt de betaalbaarheid van de farmaceutische dienstverlening aan de orde.

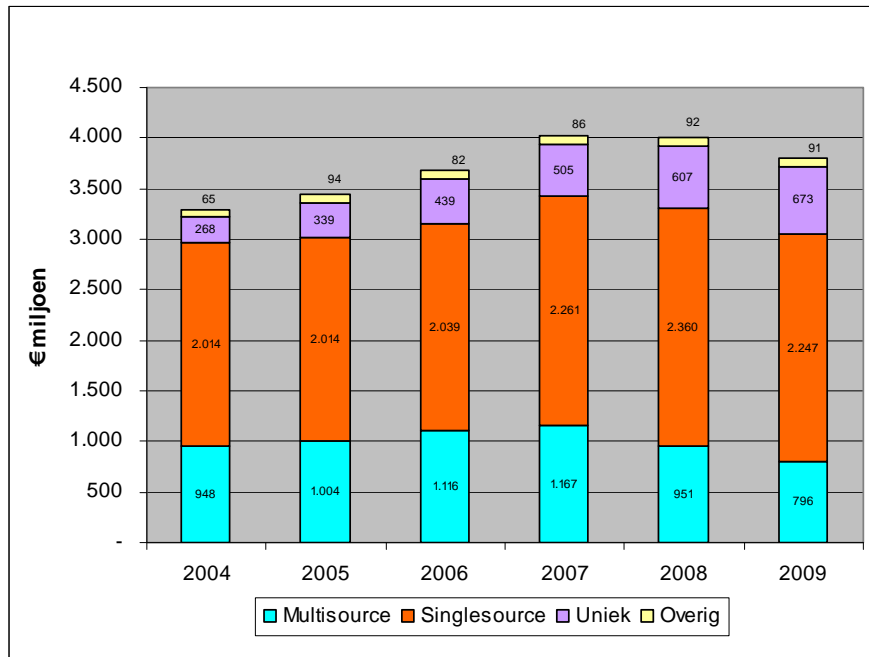
## 6.2 Betaalbaarheid geneesmiddelen

In dit kader heeft de betaalbaarheid van geneesmiddelen uitsluitend betrekking op UR-geneesmiddelen (receptplichtige geneesmiddelen) daar slechts deze geneesmiddelen vallen binnen de Wmg.

### 6.2.1 Uitgaven UR-geneesmiddelen

De uitgaven aan UR-geneesmiddelen tegen Apotheek Inkoop Prijzen (AIP) is als volgt weer te geven:

Figuur 9. Uitgaven geneesmiddelen 2004-2009



Bron: GIP /College voor zorgverzekeringen. Kosten berekend op basis van AIP exclusief, dus zonder aftrek van de clawback-korting, exclusief 6% BTW en inclusief eventuele bijbetalingen in kader van GVS.

Uniek=Unieke leveringen volgens indeling GIP.

Multisource geneesmiddelen: geneesmiddelen waarvan een generieke variant beschikbaar is.

Singlesource geneesmiddelen: geneesmiddelen waarvan geen generieke variant beschikbaar is.

De uitgaven aan geneesmiddelen stijgen in de periode 2004-2009 van € 3,3 miljard in 2004 naar € 3,8 miljard in 2009 (+/+ 15,5%). Vanaf 2007 dalen de totale uitgaven aan geneesmiddelen. Met name de daling van de uitgaven aan generieke geneesmiddelen zijn de oorzaak van de daling van de totale uitgaven aan geneesmiddelen. Dit is een gevolg van het preferentiebeleid en het op de markt komen van nieuwe generieke geneesmiddelen. Voorts is de ontwikkeling een gevolg van inperking van de aanspraak op slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) per 1 januari 2009. Globaal gaat het om een terugval van negen miljoen voorschriften met een AIP-waarde van ruim € 20 miljoen.

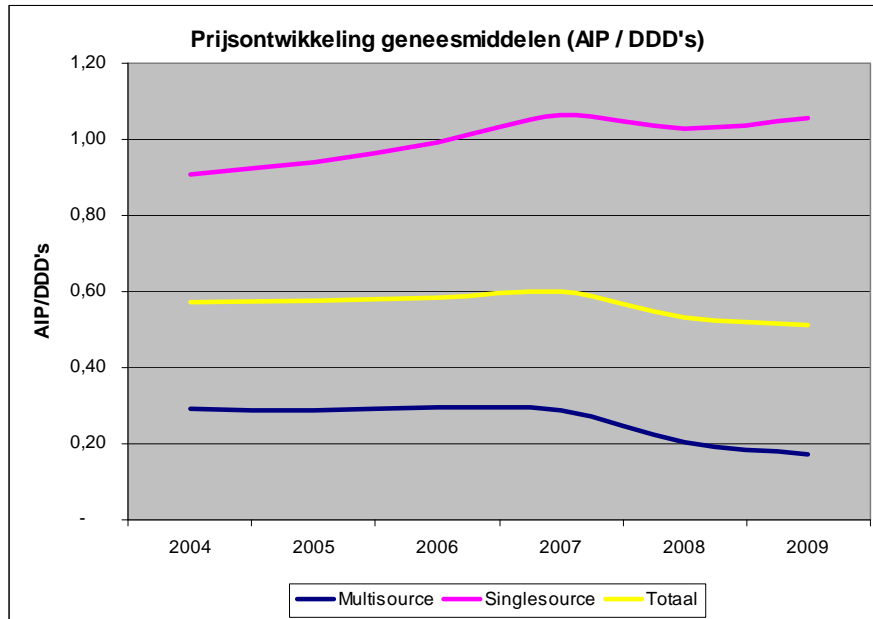
De uitgaven aan singlesource geneesmiddelen (exclusief de unieke middelen) zijn in 2009 met 5% gedaald van € 2,36 miljard (2008) naar € 2,25 miljard (2009).

De uitgaven aan unieke leveringen zijn gebaseerd op een opgave van GIP en stijgen van € 607 miljoen in 2008 naar € 673 miljoen (+/+ 11%) in 2009. Sinds 2004 zijn de uitgaven aan unieke geneesmiddelen gestegen € 268 miljoen naar € 673 miljoen in 2009 (+/+ 251%).

### 6.2.2 Prijzen UR-geneesmiddelen

Als indicator voor de gemiddelde prijsontwikkeling is gebruik gemaakt van de AIP per DDD ratio. DDD is de Defined Daily Dose zoals vastgesteld door de World Health Organization (WHO).

**Figuur 10. Prijsontwikkeling geneesmiddelen (AIP/DDD's)**



Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen.

Kosten berekend op basis van AIP exclusief, dus zonder aftrek van de clawback-korting, exclusief BTW en inclusief eventuele bijbetalingen in het kader van het GVS.

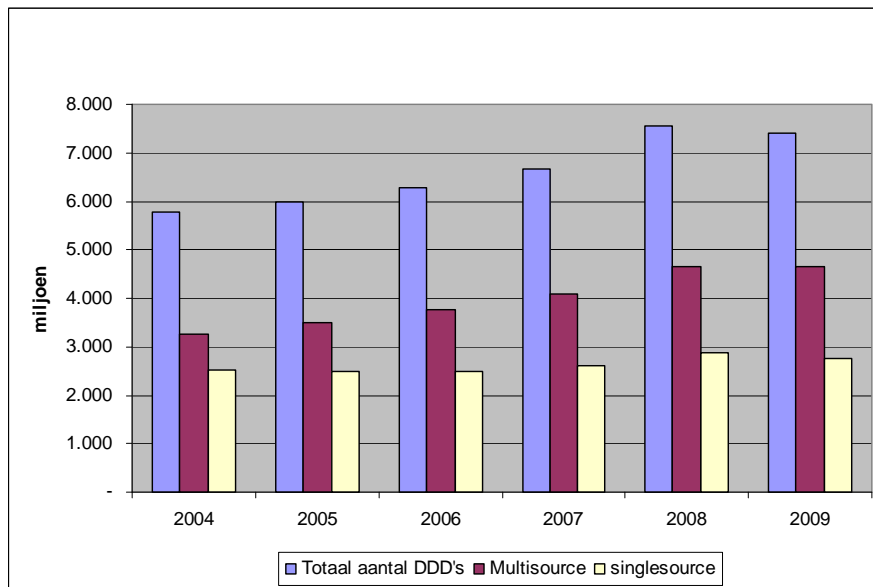
De gemiddelde AIP prijs per DDD laat in de periode 2004-2009 een daling zien. Deze daling wordt veroorzaakt door de daling van de gemiddelde AIP prijs per DDD van multisource geneesmiddelen. De daling is vanaf 2007 onder invloed van het preferentiebeleid ingezet.

Sinds 2004 is de AIP prijs per DDD voor singlesource geneesmiddelen (inclusief unieke leveringen) daarentegen gestegen met 16%. Ten opzichte van 2008 laat 2009 een stijging zien van 3%.

De gemiddelde AIP prijs per DDD van singlesource geneesmiddelen ligt in 2009 circa een factor 6 hoger dan die van multisource geneesmiddelen.

### 6.2.3 Volume ontwikkeling geneesmiddelen

**Figuur 11. Totaal volume geneesmiddelen uitgedrukt in DDD's**



Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen.

Het totaal aantal DDD's is de afgelopen zes jaar met bijna 28% gestegen. Zowel de multisource als de singlesource geneesmiddelen zijn gestegen waarbij de multisource een grotere stijging vertoont (+/+ 43%) dan de singlesource (+/+ 10%).

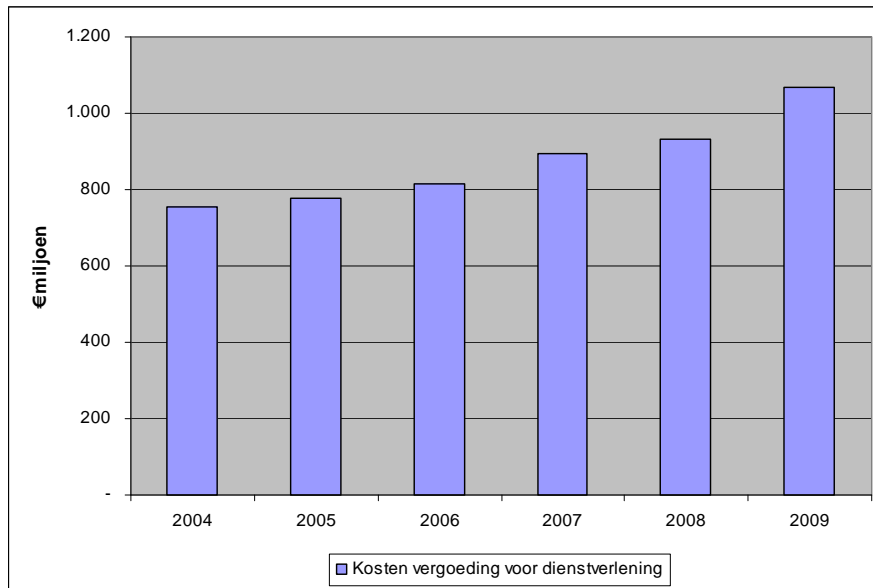
De daling van het totaal aantal DDD's in 2009 ten opzichte van 2008 met 2% is veroorzaakt door de daling van het volume singlesource geneesmiddelen (-/- 4%).

Het aandeel van de preferente geneesmiddelen binnen het totaal aantal voorschriften bedraagt in 2009 circa 45%.

## 6.3 Betaalbaarheid dienstverlening

### 6.3.1 Kosten vergoeding van dienstverlening

**Figuur 12. Kosten vergoeding van dienstverlening (2004-2009)**



Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen

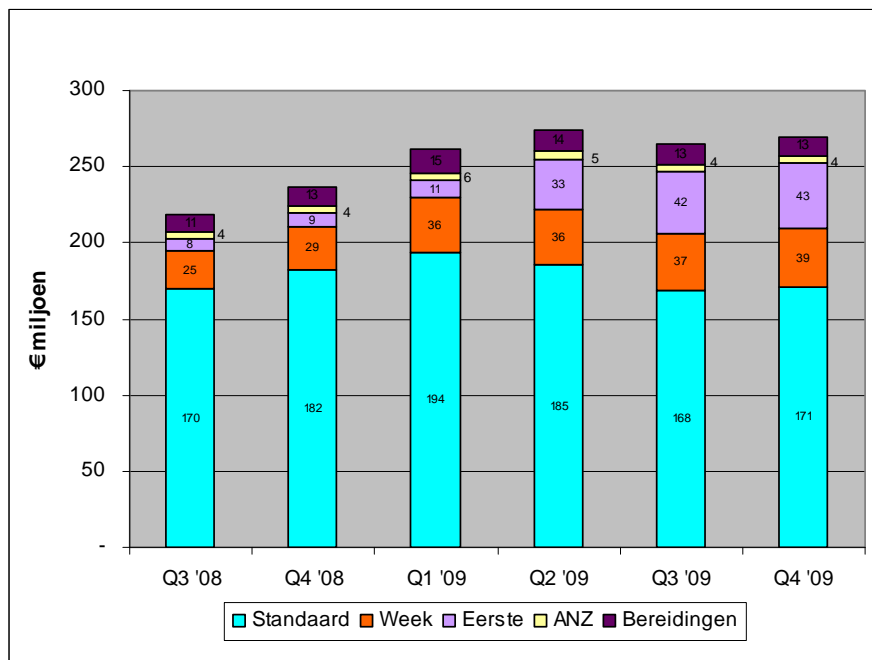
Vanaf 1 juli 2008 zijn de kosten voor dienstverlening zoals aangeleverd door SFK voor deze monitor vergelijkbaar met de ontvangen informatie van GIP. Om deze reden zijn niet beide databronnen gerapporteerd.

De kosten voor farmaceutische dienstverlening zijn gestegen van € 754 miljoen in 2004 naar € 1.070 miljoen in 2009.

Op 1 juli 2008 is het gedifferentieerde tarief van kracht geworden. Voor die tijd was sprake van één tarief.

Om uitspraken te doen over recente ontwikkelingen in prijs en volume is een vergelijking gemaakt tussen het 2<sup>e</sup> halfjaar van 2008 en het 2<sup>e</sup> halfjaar van 2009. De totale kosten van de farmaceutische dienstverlening zijn in deze periode gestegen van € 454 miljoen naar € 534 miljoen. De toename van € 79 miljoen wordt voor € 69 miljoen veroorzaakt door een toename van de tarieven en voor € 10 miljoen door een toename van het volume.

**Figuur 13. Totale uitgaven dienstverlening per soort terhandstelling**



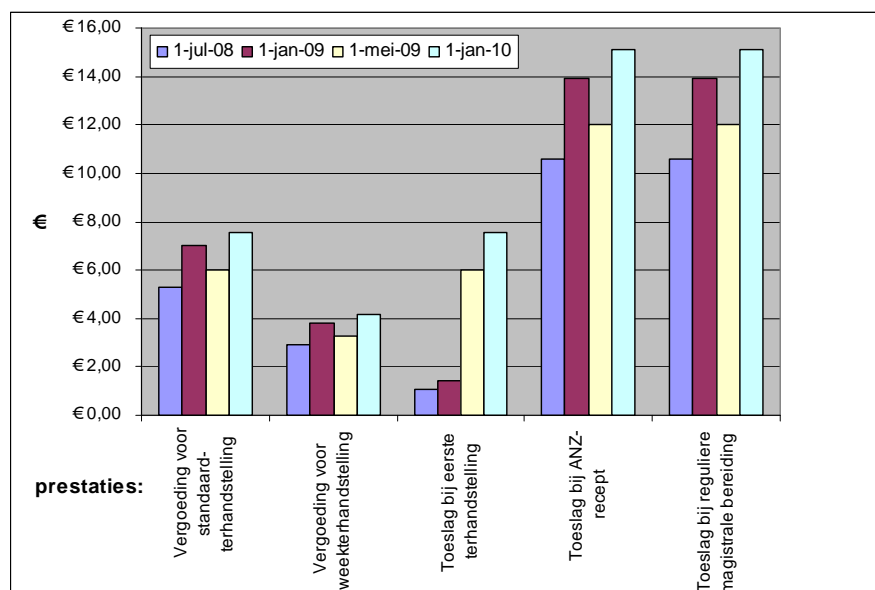
Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen. Voor definities van de soorten dienstverlening wordt verwezen naar de bijlage en de vigerende tariefbeschikking van de NZa, [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

De toename van de uitgaven aan eerste terhandstellingen vanaf het 2<sup>e</sup> kwartaal in 2009 is een gevolg van doorgevoerde tariefstijging per 1 mei 2009 (zie 6.3.2). Het aantal eerste terhandstellingen is namelijk in de periode juli 2008 tot en met december 2009 nauwelijks veranderd.

De toename van de uitgaven aan weekterhandstellingen is met name een gevolg van een toename van het volume aan weekterhandstellingen (zie 6.3.3).

### 6.3.2 Vergoeding dienstverlening (prijsontwikkeling)

De maximale vergoeding voor dienstverlening is sinds de invoering van het gedifferentieerd tarief driemaal aangepast. De aanpassing van 1 mei 2009 betrof een verhoging van de toeslag bij de eerste terhandstelling met een compenserende verlaging van de overige vergoedingen en toeslagen.

**Figuur 14. Overzicht vastgestelde maximumvergoeding voor dienstverlening**

Bron: NZa. Voor definities van de soorten dienstverlening wordt verwezen naar de bijlage en de vigerende tariefbeschikking van de NZa, [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

De toeslag voor een bijzondere magistrale bereiding is vanwege het hoge bedrag niet in bovenstaand overzicht opgenomen, maar in onderstaande tabel.

**Tabel 11. Toeslag bijzondere magistrale bereiding**

	1 juli 2008	1 januari 2009	1 mei 2009	1 januari 2010
Toeslag bij bijzondere magistrale bereiding	€ 79,40	€ 96,00	€ 82,60	€ 89,78

Bron: NZa

De aanpassingen van het tarief sinds 1 juli 2008 heeft er per saldo voor gezorgd dat de gemiddelde prijs voor de dienstverlening in het 2<sup>e</sup> halfjaar van 2009 15% hoger is dan in het 2<sup>e</sup> halfjaar van 2008. Deze toename wordt grotendeels veroorzaakt door de verhoging van het tarief per 1 januari 2009. De verhoging van het tarief per 1 mei 2009 voor een eerste terhandstelling van € 1,30 naar € 5,50 en het tegelijkertijd verlagen van de overige vergoedingen en toeslagen heeft eveneens een prijsstijgend effect gehad.

In navolgende tabel zijn de ontwikkelingen van de gemiddelde prijzen van de dienstverlening per kwartaal weergegeven, zoals berekend op basis de gerealiseerde terhandstellingen volgens GIP.

**Tabel 12. Gemiddelde gerealiseerde vergoeding voor dienstverlening per terhandstelling**

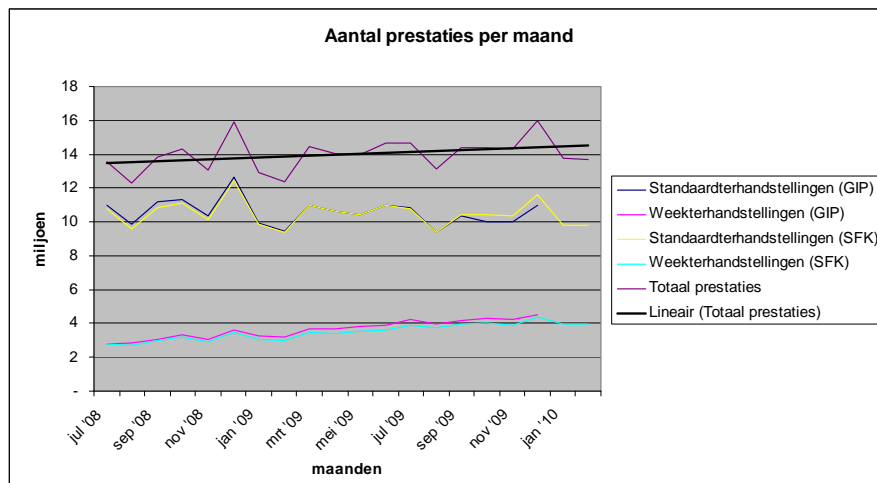
	Q3 2008	Q4 2008	Q1 2009	Q2 2009	Q3 2009	Q4 2009
Gemiddelde prijsontwikkeling	€ 5,35	€ 5,34	€ 6,46	€ 6,33	€ 6,15	€ 6,12

Bron: NZa op basis van informatie GIP.

De gemiddelde vergoedingen per terhandstelling voor 2008 en 2009 in bovenstaande tabel lijken wellicht laag in vergelijking met door de NZa in nieuwsberichten gecommuniceerde gemiddelde vergoedingen per receptregel van € 6,10 voor 2008 en € 7,28 voor 2009. Wat verklaart dit verschil? Het antwoord: de gestegen declaratiefrequentie bij invoering van het gedifferentieerde tarief. Met invoering van de weekterhandstelling worden afleveringen per week namelijk ook daadwerkelijk wekelijks gedeclareerd, en brengen apotheekhoudenden sinds 1 juli 2008 per jaar ca. 15% vaker een vergoeding voor dienstverlening in rekening dan voor die datum, toen zij voor afleveringen per week slechts eens per twee of drie weken (afhankelijk van de afspraken met zorgverzekeraars) een receptregelvergoeding in rekening brachten. De gemiddelde vergoeding per terhandstelling van € 5,34 in 2008 genereert dezelfde opbrengsten als een vergoeding per receptregel van € 6,10 met het oude systeem. De bedragen € 6,10 (in 2008) en € 7,28 (in 2009) horen dus bij het oude systeem van de vergoeding per receptregel. Terwille van vergelijkbaarheid heeft de NZa deze bedragen ook in het nieuwe systeem in de communicatie gebruikt. In de praktijk is in het nieuwe systeem echter sprake van een vergoeding per terhandstelling. Dat zijn de bedragen opgenomen in de tabel. Kleinere bedragen, die vaker gedeclareerd worden, en zodoende gemiddeld dezelfde opbrengst genereren.

### 6.3.3 Volumes terhandstellingen

**Figuur 15. Volumes terhandstellingen**



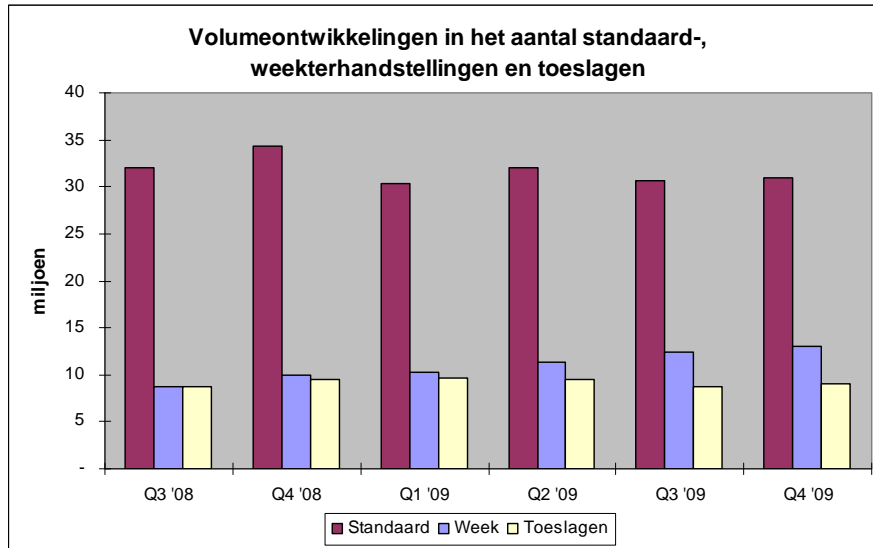
Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen en SFK.

Sinds de introductie van de gedifferentieerde prestatie sinds 1 juli 2008 is het volume aan prestaties licht stijgend (zwarte trendline), met pieken in volumes in december van ieder jaar.

Binnen het totaal aan prestaties fluctueert het aantal standaardterhandstellingen tussen 9,4 en 12,4 miljoen. Beide databronnen laten dezelfde fluctuaties zien.

Binnen de prestaties hebben verschuivingen plaatsgevonden van eerste terhandstellingen naar weekterhandstellingen. Dit blijkt uit het volgende overzicht:



**Figuur 16. Volume aan standaard- en weekterhandstellingen**

Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen.

Het aantal weekterhandstellingen stijgt in het 2<sup>e</sup> halfjaar 2009 in vergelijking met het 2<sup>e</sup> halfjaar van 2008 met 7 miljoen terhandstellingen van 19 miljoen naar in totaal bijna 26 miljoen (+/+ 36%).

Het aantal standaardterhandstellingen daalt in dezelfde periode met 5 miljoen (van 66 miljoen naar afgerond 61 miljoen). Blijkbaar vindt er substitutie plaats van standaard- naar weekterhandstellingen. In totaal neemt het volume aan terhandstellingen toe in deze periode met 2,3%.

De overige prestaties hebben betrekking op eerste terhandstelling, ANZ en (magistrale) bereidingen. Het volume van de overige prestaties laat in de 2<sup>e</sup> helft van 2009 een daling zien ten opzichte van 2<sup>e</sup> helft van 2008 van 1,9%.

Wat in dit verband kwantitatief een minder effect heeft, maar wel opvalt is dat het volume aan magistrale bereidingen vanaf Q3 2009 daalt. Mogelijke verklaring hiervoor is de circulaire die de NZa in september 2009 heeft uitgebracht. Hierin wordt nader uitgelegd dat conform de vigerende tariefbeschikking een deel van de zogenaamde doorgeleverde magistrale bereidingen dienen te worden beschouwd als in de handel zijnde en derhalve niet met een toeslag voor magistrale bereiding in rekening mogen worden gebracht.

## 6.4 Consumentenperspectief

Voor het onderwerp betaalbaarheid is op basis van interviews met de CG-raad, Consumentenbond en de NPCF de volgende bevindingen gedaan.

Verhoging van het verplicht eigen risico en inperking van het verzekerde pakket door de overheid en preferentiebeleid van zorgverzekeraars leidt tot een minder harde stijging van de macrokosten en daardoor premiehoogte voor consumenten. Verhoging van het verplicht eigen risico heeft echter direct financiële gevolgen voor patiënten met chronisch geneesmiddelengebruik. De CG-raad heeft meer klachten

ontvangen over de betaalbaarheid van farmaceutische zorg ten opzichte van voorgaande jaren. Als gevolg van inperking van het verzekerde pakket zijn de kosten sterker toegenomen dan verwacht aldus de CG-raad.

Oorzaak van veel klachten bij patiënten en consumentenorganisaties over de geneesmiddelkosten heeft te maken met gebrek aan transparantie van de geneesmiddelprijs. Sinds de uitvoering van preferentiebeleid 'onder couvert' (aanbesteding geneesmiddelen buiten de officiële lijstprijs) en het IDEA-contract stijgt aan het adres van patiënten- en consumentenorganisaties het aantal klachten van consumenten dat geen informatie wordt verstrekt over de kosten van de geleverde farmaceutische zorg.

dat de kosten niet vermeld staan op het apotheeketiket. Apotheekhoudenden geven aan dit niet te doen, omdat op het moment van afleveren niet duidelijk is wat de kosten zijn voor de apotheekhoudende en de patiënt.

In declaratieoverzichten van zorgverzekeraars wordt niet duidelijk gemaakt wat de farmaceutische kosten zijn uitgesplitst naar het geneesmiddel en de soort dienstverlening, aldus de patiënten- en consumentenorganisaties.

## 6.5 Financiële positie zorgaanbieders

In 2009 en in het eerste kwartaal 2010 zijn er geen apotheken failliet gegaan.<sup>12</sup> Het totaal aantal apotheekhoudenden is toegenomen ten opzichte van vorig jaar (zie paragraaf 2.1.1). Het aantal sluitingen van openbare apotheken is 29 in 2009 versus 28 in 2008.

In het Pharmaceutisch Weekblad werd in 2009 melding gemaakt van financiële problemen bij zeven apotheken van Medsen. Deze zijn volgens de interm-directeur van Medsen veroorzaakt door een combinatie van interne en externe factoren en is niet toe te wijzen aan een specifieke ontwikkeling.<sup>13</sup>

Informatie over financiële positie uit het NZa onderzoek naar praktijkkosten en inkoopvoordelen van apotheekhoudenden dat op het moment van schrijven van deze monitor wordt uitgevoerd is nog niet beschikbaar.

Naast bovengenoemde feitelijk informatie heeft de NZa, teneinde een beeld te krijgen van de huidige financiële positie van apotheekhoudenden, in het kader van deze monitor financiële instellingen die actief zijn op het gebied van de farmaceutische zorgmarkt geïnterviewd (zie 1.3.2). In de volgende alinea volgt een weergave van meningen van de geïnterviewde partijen.

---

<sup>12</sup> Handelsregister Kamer van Koophandel, [www.kvk.nl](http://www.kvk.nl), 1 februari 2010. Er is sprake van één faillissement, maar dit betreft geen apotheek. Het gaat om de Stichting Apothekers Limburg: een samenwerkingsverband van 35 apotheken en 9 apotheekhoudende huisartsen die luiers en katheders leverden. Deze zorg valt onder hulpmiddelenzorg en is niet te kwalificeren als farmaceutische zorg. Uit uitspraken van gerechtelijke instanties die in te zien zijn via [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl), zijn geen faillissementen van apotheken gevonden. Internetsearch levert geen aanvullende faillissementen op.

<sup>13</sup> Pharmaceutisch Weekblad, 27 februari 2009.

De geïnterviewde partijen geven aan dat er op dit moment nauwelijks wordt geïnvesteerd in de sector. Onduidelijk overheidsbeleid en de kredietcrisis zijn hier volgens hen debet aan. Hoewel er tot op heden geen apotheken failliet zijn gegaan verkeren veel apotheekhoudenden in financiële problemen. De hoogte van de goodwill, preferentiebeleid en verhoogde rentelasten dragen hieraan bij, aldus de geïnterviewden. De banken hebben hun belangen in apotheken vergroot zodat deze niet omvallen.



## 7. Conclusies

Hoewel banken terughoudend financieringsbeleid hanteren ten aanzien van apotheken, is sprake van een lichte stijging van het aantal apotheekhoudenden ten opzichte van voorgaande jaren (1994 openbare apotheken en 451 apotheekhoudende huisartsen). Dit komt ook door de groei van het aantal poliklinische apotheken.

De ontwikkeling van de contracteergraad versus vorig jaar wisselt tussen zorgverzekeraars. Hoewel blijkt dat de contracteergraad van alle zorgverzekeraars over geheel 2009 is gestegen, is net als vorig jaar de contracteergraad van een aantal grote zorgverzekeraars op 1 april 2010 lager dan 50%. Deze zorgverzekeraars verklaren dat dit mede komt door de late bekendmaking van het maximumtarief door de NZa. Onderhandelingen kunnen daarom niet vóór 1 januari van het volgende jaar afgerond zijn. Daarnaast geven zij het feit dat preferentiebeleid wordt gevoerd of uitgebreid als reden voor een lagere contracteergraad. Eén grote zorgverzekeraar heeft een hogere contracteergraad dan over geheel 2009, waarschijnlijk door een nieuwe vorm van vergoeding waarbij geen preferentiebeleid wordt uitgevoerd.

Er zijn geen overeenkomsten gesloten met een tarief onder het maximumtarief. Als voornaamste verklaring wordt genoemd dat apotheekhoudenden het maximumtarief kunnen declareren indien er geen overeenkomst is met een zorgverzekeraar. Wel hanteren twee zorgverzekeraars een korting op het tarief als achteraf niet aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan.

Hoewel het merendeel van de apotheekhoudenden het contracteerproces ervaart in de vorm van 'tekenen bij het kruisje' is dit proces beter verlopen dan vorig jaar. Er zijn meer aanvullende overeenkomsten afgesloten tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars waarin afspraken zijn gemaakt over een hogere honorering in ruil voor kwaliteits- en doelmatigheidsverbeteringen: 350 tot 400 op 1 april 2010 versus 26 op 1 april 2009. In vrijwel alle gevallen wordt dit hogere tarief vergoed als achteraf aan de gestelde voorwaarden is voldaan. De gemaakte kwaliteits- en doelmatigheidsafspraken wijken niet substantieel af van vorig jaar. Het beter verlopen van het contracteerproces komt vooral door een realistischer verwachtingenpatroon van beide partijen en de opgedane ervaring met onderhandelen. De afname van het aantal klachten en signalen bij de NZa over het contracteerproces in vergelijking met vorig jaar, bevestigt dit beeld.

Er zijn op dit moment geen concrete signalen bekend bij de IGZ en NZa dat de kwaliteit van farmaceutische zorg afneemt. Omdat gegevensoverdracht tussen zorgaanbieders onvoldoende is, zal de IGZ vanaf 2011 hierop toetsen. Volgens patiënten- en consumentenorganisaties de kwaliteit van de geleverde farmaceutische zorg onvoldoende te beoordelen. Ook de mate van ondersteuning bij het kiezen van een apotheekhoudende is volgens hen te beperkt. De klachten die deze organisaties ontvingen hebben voor een groot deel betrekking op gebrek aan informatieverstrekking door apotheekhoudenden en zorgverzekeraars over wisseling van geneesmiddelverpakking in het kader van het preferentiebeleid.

Van de Nederlandse bevolking heeft 96,1% een apotheekhoudende op een afstand van minder dan vijf kilometer van het huisadres. De toegankelijkheid van farmaceutische zorg wordt als voldoende beoordeeld door patiënten- en consumentenorganisaties voor wat betreft de afstand tot een apotheekhoudende en de fysieke bereikbaarheid. Toch was er een toename van het aantal klachten over toegankelijkheid bij patiëntenorganisaties. Deze klachten hadden betrekking op de inperking van het verzekerde pakket aan geneesmiddelen.

De totale kosten voor farmaceutische zorg zijn ontwikkeld van € 4,8 miljard in 2008 naar € 4,7 miljard in 2009. De uitgaven aan geneesmiddelen zijn in dezelfde periode gedaald met 5% van € 4 miljard naar € 3,8 miljard. Dit komt vooral door prijsdaling van multisource geneesmiddelen en inperking van het verzekerde pakket. De uitgaven aan dienstverlening zijn in de periode 2008-2009 gestegen met 15% van € 0,9 miljard naar € 1,1 miljard, vooral als gevolg van de tariefsverhoging en -wijziging per 1 januari 2009. In de periode juli tot en met december 2009 is het aantal weekterhandstellingen met zeven miljoen toegenomen ten opzichte van de periode juli tot en met december 2008. Tegelijkertijd is het aantal standaardterhandstellingen in dezelfde periode gedaald met vijf miljoen. Per saldo heeft deze ontwikkeling geleid tot een kostenstijging van de farmaceutische dienstverlening van € 9 miljoen.

De kosten van farmaceutische zorg zijn onvoldoende transparant voor de consument, vinden patiënten- en consumentenorganisaties. De consument wordt niet altijd geïnformeerd over de kosten van de geleverde farmaceutische zorg en in het declaratieoverzicht van zorgverzekeraars aan consumenten is geen duidelijk onderscheid tussen de kosten van het geneesmiddel en de kosten van de dienstverlening.

## 8. Bijlage

### 8.1 Ontwikkelingen in regulering en recente casussen in toezicht NZa

#### 8.1.1 Prestatie en tarief farmaceutische zorg

De NZa stelt op basis van de Wmg het maximumtarief vast voor het leveren van farmaceutische zorg. In de tariefbeschikking van de NZa is de prestatiebeschrijving en het bijbehorende maximumtarief opgenomen. Dit houdt in dat maximaal het tarief voor de prestatie terhandstelling van een UR-geneesmiddel in rekening kan worden gebracht. Het tarief is de som van (a) de vergoeding voor de dienstverlening van de zorgaanbieder en (b) de vergoeding voor de inkoopkosten van UR (Uitsluitend Recept)-geneesmiddelen.

Per 1 juli 2008 is de dienstverlening, namelijk de terhandstelling van UR-geneesmiddelen, gedifferentieerd in een standaardterhandstelling en een weekterhandstelling. Daarnaast zijn toeslagen ingevoerd voor een eerste terhandstelling, een Avond-, Nacht- en Zondagtoeslag en magistrale bereidingen. Hiermee is een stap gezet naar meer kostprijsgerichte invulling van de verschillende terhandstellingen.

Omdat het tarief voor een terhandstelling een maximumtarief betreft is het mogelijk een lager tarief af te spreken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Tot 1 januari 2009 was het voor zorgverzekeraars nog niet toegestaan om met zorgaanbieders een hoger tarief dan het maximumtarief af te spreken. Als stap in de transitie naar vrije prijsvorming heeft de NZa geleidelijk aan meer ruimte geïntroduceerd in het tarief voor farmaceutische zorg. In het tarief voor 2009 is voor het eerst ruimte gecreëerd voor apothekhoudenden en verzekeraars om te onderhandelen over een gemaximeerd hoger tarief dan het maximumtarief van de NZa, ook wel flexibel tarief genoemd. Deze aanvullende afspraken kunnen betrekking hebben op zowel de vergoeding voor dienstverlening ('receptregelvergoeding') als voor de vergoeding voor inkoopkosten van UR-geneesmiddelen ('clawback-korting'). De NZa biedt hiermee zorgverzekeraars de mogelijkheid om apothekhoudenden te belonen voor het leveren van extra kwaliteit en verwacht dat dit zal leiden tot meer afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierover. In het tarief voor 2010 is deze ruimte vergroot.

#### 8.1.2 Voorbereidingen nieuwe prestaties farmaceutische zorg

In 2008 heeft de NZa de Minister van VWS desgevraagd geadviseerd over het vrijgeven van het tarief voor farmaceutische zorg. De NZa was daar positief over. Maar een van de NZa-voorwaarden voor het vrijgeven van het tarief (voor dienstverlening en inkoopkosten) is dat er eerst prestatieomschrijvingen moesten komen waarmee de zorgprestaties in de farmaceutische zorg meer zichtbaar worden. De prestatie terhandstelling is gebaseerd op het afleveren van geneesmiddelen en kent geen onderscheid naar vormen van farmaceutische zorg waarbij geen sprake is van (directe) terhandstelling van geneesmiddelen.

In 2009 is farmaceutische zorg ten behoeve van tariefonderhandelingen uitgeschreven in te onderscheiden prestaties. Deze omschrijvingen die begin 2010 zijn vastgesteld door de NZa, zijn samen met veldpartijen gemaakt en bieden meer zicht op de zorgprestaties in de farmaceutische

zorg. De volgende stap is deze prestaties om te zetten in declarabele prestaties. Het voornemen was om deze prestaties in te voeren per 1 januari 2011.

De Minister van VWS had het voornemen om medio 2010 aan te geven al dan niet tot uitvoering van zijn besluit tot het vrijgeven van het tarief per 1 januari 2011 over te gaan. De NZa zou de Minister van VWS daarover in juni nadere informatie verschaffen. De Tweede Kamer heeft na de val van het kabinet het geneesmiddelenbeleid, met daarin het loslaten van het maximumtarief voor de dienstverlening en de inkoopkosten van UR-geneesmiddelen per 1 januari 2011, echter controversieel verklaard.

Hoewel de invoering van declarabele prestaties door de Tweede Kamer niet expliciet controversieel is verklaard, wordt de invoering hiervan met een jaar uitgesteld naar 2012. Hieraan liggen twee andere redenen ten grondslag. Ten eerste is aangegeven dat het niet lukt om de ICT systemen tijdig aangepast te krijgen. Daarnaast is het, gezien de huidige politieke situatie, niet zeker dat de benodigde wijzigingen in de wet tijdig kunnen worden doorgevoerd. Het traject om de prestaties declarabel te maken wordt desalniettemin voortgezet. Het streven is om dit in 2010 af te ronden.

Hoewel de nieuwe prestaties in 2011 derhalve niet afzonderlijk gedeclareerd mogen worden, kunnen partijen de nieuwe set declarabele prestaties dan al wel op vrijwillige basis registeren. Hierdoor kunnen zij wennen aan de nieuwe situatie. Voor het eind van 2010 zal de NZa beslissen of de registratie in de loop van 2011 een verplicht karakter zal krijgen. Binnen het kader van de financiële bandbreedte van het flexibele tarief kunnen en mogen apothekhoudenden en zorgverzekeraars in 2011 al samen afspraken maken die overeenkomen met de nieuwe prestaties en dat indirect bekostigen.

Of het vrijgeven van het tarief voor farmaceutische zorg daadwerkelijk per 1 januari 2012 worden ingevoerd, is afhankelijk van de keuze van het nieuwe kabinet in 2011. Om die reden gaat de NZa in haar voorbereidingen van de declarabele prestaties vooralsnog uit van de mogelijkheid van zowel het vrijgeven van het tarief als van het vaststellen daarvan.

### **8.1.3 Toezicht op zorgverzekeraars en zorgaanbieders**

De NZa houdt toezicht op het gedrag van alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de curatieve en langdurige zorgmarkt en kijkt of zij de wet naleven. De NZa stelt prestatiebeschrijvingen en tarieven vast voor dat deel van de zorg dat is gereguleerd en stelt condities voor marktwerking vast, voor dat deel van de zorg waarvoor geheel of gedeeltelijk vrij onderhandeld kan worden.

De NZa ziet toe op de juiste naleving van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw bepaalt dat zorgverzekeraars zorgplicht hebben naar hun verzekerden. De NZa ziet er op toe dat zorgverzekeraars hun zorgplicht nakomen.

#### **8.1.3.1 Aanmerkelijke Marktmacht**

Een aantal apothekers heeft in 2009 onafhankelijk van elkaar de NZa verzocht een onderzoek te verrichten naar aanmerkelijke marktmacht van zorgverzekeraars, omdat een aantal zorgverzekeraars weigerde te onderhandelen over extra zorgverlening. Bij het besluit over te gaan tot een onderzoek naar aanmerkelijke marktmacht past de NZa een aantal



criteria toe.<sup>14</sup> Omdat in dit geval niet werd voldaan aan de criteria zag de NZa geen aanleiding voor voorgesteld onderzoek (zie besluit NZa over individuele klacht op website NZa)<sup>15</sup>. Weigering van zorgverzekeraars om over extra zorgverlening te onderhandelen is geoorloofd zolang de kwaliteit van de zorg niet verschaalt. Een zekere mate van inkoopmacht bij de zorgverzekeraar is toegestaan zolang de voordelen daarvan worden doorgegeven aan de consument.

In 2009 heeft een zorgverzekeraar een klacht ingediend over aanmerkelijke marktmacht van een apotheek. Aanmerkelijke marktmacht betekent dat een marktpartij zich onafhankelijk van zijn concurrenten, andere marktpartijen en/of de consument kan gedragen. Dit kan leiden tot belemmering van de concurrentie. Iets, wat juist bij markten die mogelijk op termijn worden vrijgegeven van belang is.

In november 2009 heeft de NZa het instrument aanmerkelijke marktmacht in gezet.<sup>16</sup> De NZa heeft een apotheek verplicht een redelijke contractvoorstel onder redelijke voorwaarden te accepteren van zorgverzekeraars die het preferentiebeleid uitvoeren. De apotheek weigerde dit, omdat hij het niet eens is met het door hen gevoerde preferentiebeleid. Preferentiebeleid is een instrument voor de zorgverzekeraar om selectief in te kopen en daarmee de kosten voor geneesmiddelen te verlagen. De NZa is van mening dat een zorgverzekeraar, in het belang van de consument, op iedere markt selectief moet kunnen inkopen. Omdat de apotheek in dit geval de enige is in de omgeving, kunnen zorgverzekeraars en verzekerden zich niet tot een andere apotheek wenden. Met het opleggen van de contracteerverplichting wil de NZa voorkomen dat de concurrentieverhouding in het gebied ernstig wordt verstoord en de betaalbaarheid van de zorg in het geding komt.

Het spoedbesluit ging vooraf aan het uitgebreide onderzoek dat de NZa op dit moment verricht naar deze situatie. Hierbij zal ook een antwoord worden gegeven op de vraag van minister Klink van Volksgezondheid of het wenselijk en mogelijk is om via regelgeving alle apothekers te verplichten het preferentiebeleid uit te voeren. Naar verwachting vindt afronding van dit onderzoek in het najaar plaats.

#### *8.1.3.2 Regeling voorwaarden voor overeenkomst inzake elektronische netwerken met betrekking tot zorg*

Mede naar aanleiding van signalen van toetredende apotheken ten aanzien van problemen met aansluiten op elektronische netwerken heeft de NZa in december 2009 op grond van artikel 45 Wmg de 'Regeling voorwaarden voor overeenkomsten inzake elektronische netwerken met betrekking tot zorg belemmering tot gegevensoverdracht' vastgesteld. Deze regeling faciliteert onder andere deelname aan het OZIS systeem.

De regeling bepaalt dat deelnemers aan elektronische netwerken vanaf publicatie van de regeling zes maanden de tijd hebben om hun overeenkomsten te schonen van eventuele bepalingen die toetreding van nieuwe deelnemers belemmeren en te voorzien in een toetredingsprocedure en toetredingsvoorwaarden die redelijk, objectief en niet discriminerend zijn. Deze zes maanden lopen af op 24 juni 2010. Vanaf dan zijn deelnemers op basis van de regeling aanspreekbaar op de toetredingsmogelijkheden. Zorgaanbieders die geïnteresseerd zijn in

<sup>14</sup> Zie voor de criteria de beleidsregel AL/BR-100.086 - Aanmerkelijke marktmacht in de zorg en de toelichting hierop, te vinden op

<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/AMM/107256/>.

<sup>15</sup> [Besluit individuele klacht](#).

<sup>16</sup> [Zie besluit ex artikel 49/Menzis-ApotheekJDvanDalen](#).

toetreding mogen van de deelnemers een kenbare procedure met duidelijke voorwaarden voor toetreding, een adequate behandeling van hun verzoek en een tijdige en effectieve aansluiting op het netwerk verwachten. Lukt dit niet, dan kan de in toetreding geïnteresseerde zorgaanbieder hierover een signaal afgeven bij de NZa. De NZa heeft voor signalen een meldpunt ingericht op haar website.<sup>17</sup> De NZa ziet zowel ambtshalve als naar aanleiding van deze signalen toe op de naleving van de regeling. Houdt een zorgaanbieder zich niet aan de bepalingen van de regeling, dan kan de NZa handhavend optreden, bijvoorbeeld door het opleggen van een last onder dwangsom of een boete.

### *8.1.3.3 Richtsnoeren informatieverstrekking zorgverzekeraars en zorgaanbieders*

Voor transparantie in het algemeen is de NZa voornemens in 2010 zowel een richtsnoer informatieverstrekking voor zorgverzekeraars als een richtsnoer informatieverstrekking voor zorgaanbieders te publiceren. Hierin is opgenomen welke informatie zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan consumenten moeten verstrekken. Zodoende worden partijen aangezet om juiste en volledige informatie te vertrekken, zodat consumenten een onderbouwde keuze kunnen maken voor een juiste zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Hierdoor zal een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar tevens meer moeten concurreren om de gunst van de cliënt.

## **8.2 Wettelijke beperkingen beroepsuitoefening**

In de Geneesmiddelenwet artikel 61, lid 1 is bepaald wie UR (Uitsluitend Recept)- en UA (Uitsluitend Apotheek) geneesmiddelen ter hand mag stellen: (1) apothekers die in een apotheek werkzaam zijn; (2) huisartsen als ze daarvoor een vergunning hebben; (3) personen en instanties die bij ministeriële regeling zijn aangewezen.

Sinds 1999 is het voor iedereen mogelijk een apotheek te exploiteren of in eigendom te hebben. De voorwaarde dat er tenminste één beherend apotheker is ingeschreven die verantwoordelijk is voor de farmaceutische zorg in de apotheek, is echter nog steeds geldig. Het aantal apotheken is derhalve enigszins beperkt door het aantal apothekers met een apothekersdiploma. De Inspectie voor de Gezondheidszorg registreert op grond van de Geneesmiddelenwet per apotheek welke apotheker daar is gevestigd. De gevestigde apotheker draagt de eindverantwoordelijkheid voor de apotheek van vestiging ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)).

Huisartsen kunnen een vergunning tot het bereiden en het ter hand stellen van geneesmiddelen verkrijgen van de Minister van VWS van Volksgezondheid, Welzijn en Sport indien de afstand tussen de dichtstbijzijnde apotheek en de patiënt van de huisarts die het dichtst bij de apotheek woont ten minste 4,5 km is. Als deze afstand tussen 3,5 en 4,5 km is, verleent de Minister van VWS een vergunning als dit in het belang van de geneesmiddelenvoorziening is (Geneesmiddelenwet artikel 61, lid 10).

Er zijn voorwaarden om het beroep apotheker te mogen uitoefenen. De Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (BIG) bepaalt dat apothekers zich moeten registreren (BIG registratie) om de wettelijk beschermde beroepstitel te mogen voeren. De voorwaarden voor de

---

<sup>17</sup> <http://www.nza.nl/organisatie/Contact/Meldpunt>.

registratie zijn een geldig apothekersdiploma, het feit dat de aankomend apotheker niet onder toezicht (curatele) vanwege een geestelijke stoornis staat en dat hij/ zij het beroep zonder beperkingen mag uitoefenen ([www.bigregister.nl](http://www.bigregister.nl)). Verder is er een tarief voor de registratie. Deze beperkingen kunnen noodzakelijk gezien worden om de kwaliteit van farmaceutische zorg te waarborgen.

### 8.2.1 Zelfregulering van het beroep

Onder zelfregulering van apotheken worden verstaan de normen en adviezen opgesteld door de beroepsgroep. Hieronder vallen de Nederlandse Apotheeknorm (NAN 2006) en de onderliggende Richtlijnen, die vorm geven aan de verantwoorde farmaceutische zorg en de Beroepscode en Gedragsregels van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), die zich op de apotheker focussen. Deze normen zijn aanvullend op de wettelijke regelgeving (Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (BIG), de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP), en de Mededingingswet). De KNMP heeft een Tuchtraad die leden kan royeren die zich niet conform beroepscode en gedragsregels gedragen en er is een landelijke Klachtencommissie openbare farmacie. Verder heeft de KNMP adviezen en richtlijnen over bedrijfsvoering die onder andere de voorwaarden voor de vestiging van een nieuwe apotheek bepalen. Hoewel deze adviezen niet bindend zijn, kunnen ze het marktgedrag van apotheekhoudenden beïnvloeden.