

Marktscan en beleidsbrief

# Extramurale Farmaceutische zorg

Weergave van de markt 2010-2014



# Inhoud

Inhoud 3

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Onderscheid marktscan en beleidsbrief	11
1.3 Totstandkoming marktscans	11
1.4 Bronnen	11
1.5 Leeswijzer	12
<b>2. Omschrijving van de markt</b>	<b>13</b>
2.1 Wat is extramurale farmaceutische zorg?	13
2.2 Wie leveren extramurale farmaceutische zorg?	13
2.3 Waar wordt extramurale farmaceutische zorg geleverd?	14
2.4 Bekostiging van extramurale farmaceutische zorg	14
2.5 Vergoeding van extramurale farmaceutische zorg	16
2.6 Recente ontwikkelingen	17
<b>3. Marktstructuur</b>	<b>19</b>
3.1 Aantal extramurale farmaceutische zorg aanbieders	19
3.1.1 Openbare apotheken	19
3.1.2 Apotheekhoudende huisartsen	19
3.1.3 Apotheken met openingstijden in de avond, nacht en op zondag	20
3.1.4 Internetapotheken	20
3.2 Spreiding extramurale farmaceutische zorg aanbieders	21
3.2.1 Spreiding van aantal aanbieders	21
3.2.2 Apotheken die (deels) open zijn tijdens de avond, nacht en op zondag	23
3.3 Toe- en uittreeders	23
3.4 Praktijksamenstelling	24
3.5 Financiële positie zorgaanbieders	24
3.5.1 Gemiddelde omzet	24
3.5.2 Liquiditeit en Solvabiliteit	25
<b>4. Marktgedrag</b>	<b>29</b>
4.1 Zorginkoop	29
4.1.1 Contracteergraad	29
4.1.2 Gecontracteerde zorgprestaties	30
4.1.3 Dienstapotheken	33
4.1.4 Inkoopbeleid geneesmiddelen	33
4.2 Contracteerproces	35
4.2.1 Vertegenwoordiging	35
4.2.2 Good contracting practices	37
4.2.3 Ervaringen en knelpunten contracteerproces verzekeraars	37
4.3 Consumentkeuze voor apotheek	37
4.4 Toezicht NZa	38
<b>5. Kwaliteit</b>	<b>41</b>
5.1 Contractafspraken over kwaliteit	41
5.2 Kwaliteit van zorg	42
5.2.1 Normen	42

5.2.2	Branche- en beroepsverenigingen	42
5.2.3	Toezicht IGZ	42
5.3	Transparantie van informatie	43
5.3.1	Transparantie van kwaliteit	43
5.3.2	Informatievoorziening patiënt	44
5.4	Klachten over apotheken	45
5.5	Signalen over farmaceutische zorg bij NZa	46
<b>6.</b>	<b>Toegankelijkheid</b>	<b>49</b>
6.1	Bereikbaarheid van zorgaanbieders	49
6.2	Wachttijden	51
6.3	Openingstijden	52
6.4	Online toegankelijkheid	53
6.5	Beschikbaarheid geneesmiddelen	54
<b>7.</b>	<b>Betaalbaarheid</b>	<b>59</b>
7.1	Inleiding	59
7.2	Uitgavenontwikkeling farmaceutische zorg	59
7.3	Volumeontwikkeling zorgverlening	62
7.4	Prijzontwikkeling zorgverlening	64
	<b>Bijlage 1. Bronnen en methoden</b>	<b>67</b>
	<b>Bijlage 2. Prestaties 2011 en 2014</b>	<b>73</b>
	<b>Beleidsbrief</b>	<b>75</b>

## Vooraf

Voor u ligt de Marktscan extramurale farmaceutische zorg 2014 die de stand van zaken weergeeft op deze markt. Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Immers door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan het markttoezicht en haar reguleringstaken.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. De analyses zijn zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag en het effect daarvan op de publieke belangen.

Een marktscan bevat niet de interpretaties van de uitkomsten en de acties die de NZa daaraan verbindt. Daarvoor is de beleidsbrief Marktscan extramurale farmaceutische zorg opgesteld. In deze brief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de mogelijke acties die hieruit voortvloeien.

Tot slot bedankt de NZa allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys  
voorzitter Raad van Bestuur a.i.



## Managementsamenvatting

Om goed invulling te geven aan haar toezicht- en reguleringstaken maakt de NZa gebruik van marktscans. Marktscans geven op een systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In deze marktscan wordt een beeld geschetst van extramurale farmaceutische zorg. De marktscan geeft de feitelijke stand van zaken weer. Beleidsmatige conclusies worden in een begeleidende beleidsbrief beschreven. Beiden stukken bezien de markt voor extramurale farmaceutische zorg vanuit het consumentenbelang.

### *Ontwikkelingen*

In het afgelopen jaar zijn veldpartijen in beweging gekomen om het functioneren van de markt voor farmaceutische zorg te verbeteren. Aanleiding waren constatering van de verkenner Rinnooy Kan en Reibestein in 2013 dat er nog veel ruimte is voor verbetering in de farmaceutische zorg. Daarnaast constateren de verkenner dat de verschillende veldpartijen een soortgelijk toekomstbeeld voor ogen hebben en concluderen hieruit dat partijen zelf in staat zijn om dit gewenste toekomstbeeld te realiseren. Veldpartijen hebben vervolgens onder regie van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) een kwaliteitsagenda opgesteld waarover de Minister de Tweede Kamer eerder dit jaar heeft geïnformeerd.

### *Betaalbaarheid*

De totale uitgaven aan farmaceutische zorg onder de basisverzekering zijn in 2013 opnieuw afgenomen naar 4,3 miljard euro. De uitgaven aan geneesmiddelen daalden met 7,8% naar 3,05 miljard euro en de uitgaven aan farmaceutische zorg daalden met 4,2% naar 1,25 miljard euro ten opzichte van een jaar eerder.

Het totale volume terhandstellingen nam in 2013 toe met 2% ten opzichte van een jaar eerder. Met name het volume weekterhandstelling is met 9% relatief sterk gestegen. Het volume eerste- en vervolgtterhandstelling is gedaald met respectievelijk 4% en 2% ten opzichte van een jaar eerder.

De ontwikkeling van de tarieven voor farmaceutische zorg is redelijk stabiel. Tegenover een lichte stijging van het tarief voor de eerste terhandstelling en de standaard terhandstelling staat een lichte daling van het tarief voor de week terhandstelling.

Het tarief voor farmaceutische zorg in de Avond, Nacht en op Zondag (ANZ) is in 2013 licht gestegen ten opzichte van een jaar eerder. De NZa heeft op basis van cijfers van een beperkt aantal aanbieders een inschatting gemaakt van de ontwikkeling van het ANZ tarief in 2014. Hieruit komt een sterke stijging van de mediaan van het ANZ tarief naar voren van ongeveer 23 euro in 2013 naar 30 euro in 2014. Daarnaast vertoont het ANZ tarief in 2014 een veel sterkere spreiding tussen verschillende aanbieders in vergelijking met een jaar eerder met uitschieters tot net onder de 70 euro. Het tarief dat in rekening wordt gebracht voor een ANZ uitgifte kan voor de ene patiënt drie keer hoger zijn dan voor de andere patiënt, afhankelijk van de aanbieder die de zorg levert.

Per 2014 hanteren aanbieders en verzekeraars een andere contracteerwijze voor farmaceutische ANZ zorg, namelijk op basis van een representatiemodel. Het tarief wordt per individuele aanbieder

bepaald op basis een begroting. De stijging van het tarief en de toegenomen spreiding zijn zeer waarschijnlijk het gevolg deze nieuwe contracteerwijze.

#### *Marktstructuur*

Het aantal openbare apotheken over de jaren 2008 – 2014 is redelijk stabiel. Tot 2012 neemt het aantal openbare apotheken toe tot 1.997 waarna een het aantal afneemt tot 1.974 in januari 2014. Het aantal Apotheekhoudende huisartsen neemt licht toe in 2013 ten opzichte van een jaar eerder.

#### *Financiële positie*

De solvabiliteit en liquiditeit van openbare apotheken is licht gedaald in de periode 2010-2012 evenals de gemiddelde omzet aan farmaceutische zorg per apotheekvestiging. De financiële stroom tussen de werkmaatschappij en holding van een apotheek kan de solvabiliteit en liquiditeit van de werkmaatschappij echter beïnvloeden. De zeggingskracht van deze parameters over de financiële positie van apotheken is daarom beperkt. Op basis van gepresenteerde data kan daarom niet met zekerheid een uitspraak worden gedaan over de ontwikkeling van de financiële positie van apotheken.

#### *Contracteerproces*

Verzekeraars hebben gemiddeld met 96% van alle openbare apotheken een contract afgesloten. De contracteergraad is daarmee nagenoeg stabiel over de periode 2012-2014. Bij apotheekhoudende huisartsen lag de contracteergraad met 82% lager dan voorgaande jaren. Het contracteerproces voor de contracten 2014 is vervroegd ten opzicht van voorgaande jaren. Het overgrote deel van de contracten met openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen was voor 1 januari 2014 getekend. Voor consumenten heeft de vervroeging van het contracteerproces voordelen omdat een groot deel van de contracten getekend is voor het verstrijken van de deadline om van verzekeraar over de stappen waardoor zij deze informatie kunnen meenemen bij de keuze voor een polis. Voor aanbieders heeft de vervroeging onder andere als consequentie dat de polisvoorwaarden van verzekeraars nog niet bekend zijn op het moment dat het contract moet worden getekend. Aanbieders stellen dat zij hierdoor precieze consequenties van de inhoud van het contract nog niet overzien op het moment van tekenen. Steeds meer apotheken kiezen ervoor om zich aan te sluiten bij een collectief dat namens hen de onderhandelingen met verzekeraars voert. Nog ongeveer 25% van de contracten wordt direct tussen aanbieder en verzekeraar afgesloten zonder tussenkomst van een collectief. Apotheekhoudenden kunnen zich in dit geval wel laten bijstaan door een zorgmakelaar.

#### *Gecontracteerde prestaties*

Ten opzichte van 2013 zijn meer verzekeraars de aanvullende prestaties voor farmaceutische basiszorg (prestaties 3 t/m 6) apart gaan inkopen. Het all-intarief wordt echter ook nog veel gebruikt. In meer dan 50% van alle afgesloten contracten worden de prestaties 'begeleiding bij opname/ontslag uit het ziekenhuis' (prestaties 5 en 6) door middel van een all-intarief gecontracteerd. De vergoeding voor deze prestaties zit dan verdisconteerd in de prestatie 'terhandstelling'. Sommige verzekeraars hanteren dan wel een zogenoemd 'dummy tarief' dat in rekening wordt gebracht wanneer de prestatie wordt geleverd zodat wel inzicht wordt gegeven in het geleverde volume. Ook zijn er verzekeraars die expliciet aangeven welk deel van het tarief voor de prestatie terhandstelling is bedoeld voor de vergoeding van de verdisconteerde prestatie(s). Andere zorgverzekeraars die een all-intarief hanteren,



maken geen gebruik van een dummy-tarief en geven ook niet expliciet in de contracten weer welk deel van het tarief is bedoeld voor de verdisconteerde prestaties.

Verzekeraars nemen in de contracten aanvullende voorwaarden op om bepaalde prestaties in rekening te kunnen brengen. Deze aanvullende voorwaarden kunnen het aantal aanbieders dat de betreffende prestatie mag declareren beperken. Daarnaast wordt in bepaalde gevallen een maximum aantal te declareren prestaties per week of per jaar opgenomen in de contracten.

#### *Transparantie van kwaliteit*

Informatie over de kwaliteit van farmaceutische zorg wordt in steeds grotere mate openbaar. Uitkomsten op kwaliteitsindicatoren zijn deels op apotheekniveau inzichtelijk via apothek.nl. Het aantal domeinen waarop de indicatoren openbaar zijn, wordt dit najaar uitgebreid. In 2012 was informatie over kwaliteitsindicatoren nog helemaal niet openbaar.

#### *Beschikbaarheid geneesmiddelen*

Een geneesmiddeltekort bij een groothandel kan ertoe leiden dat het betreffende middel niet meer geleverd kan worden door een apotheek. In veel gevallen kan een apotheek dan nog wel een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof uitgeven. De NZa heeft voor het geneesmiddel doxycycline onderzocht of een geneesmiddeltekort op groothandelniveau invloed heeft op het aantal declaraties van doxycycline op apotheekniveau. In de onderzoekspopulatie zijn alleen apotheken opgenomen die in de onderzochte periode gemiddeld tenminste 20 DDD (Defined Daily Dose) doxycycline per week uitgaven. In de onderzochte periode waarin tenminste één groothandel kampte met een tekort van tenminste een geneesmiddel met de werkzame stof doxycycline declareerde gemiddeld 2,5% van de apotheken in de onderzoekspopulatie helemaal geen doxycycline. In één week in de onderzochte periode werd door 9% van de onderzochte apotheken de werkzame stof helemaal niet gedeclareerd.

#### *Toegankelijkheid*

Uit de toegankelijkheidsanalyse komt net als voorgaande jaren een goed dekkend landelijk netwerk van apothekhoudenden naar voren. 97,4% van de patiënten woont binnen 4,5 km van de dichtstbijzijnde aanbieder van farmaceutische zorg.

Consumenten zijn in algemene zin tevreden over de wachttijden in de apotheek, de levertijd van een geneesmiddel en de openingstijden van apotheken. De tevredenheid van consumenten vertoont geen grote verschillen met de jaren 2012 en 2013.



## 1. Inleiding

### 1.1 Aanleiding

Aanleiding voor de NZa voor het uitbrengen van deze marktscan is de opdracht om goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht houden). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt: zij geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In de extramurale farmacie gelden vanaf 2012 vrije prijzen voor zowel de geneesmiddelen als de farmaceutische zorgverlening. Dit is voor de NZa aanleiding om de markt voor extramurale farmaceutische zorg nauwlettend te volgen.

### 1.2 Onderscheid marktscan en beleidsbrief

Een marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten zonder duiding of waardeoordeel. Naast de marktscan stelt de NZa een beleidsbrief op. De beleidsbrief geeft een interpretatie van de belangrijkste bevindingen die in de marktscan zijn opgenomen. Ook benoemt de beleidsbrief wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

### 1.3 Totstandkoming marktscans

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzes: welke productgroepen zij aan de orde stelt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten heeft en waar zij die informatie verzamelt. Op basis van deze keuzes is het vervolgens mogelijk om een beeld van een markt te schetsen. Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten en de mate van transparantie als het gaat om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt over de periode die de marktscan bestrijkt. Dit betekent dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn. Naar aanleiding van eerdere signalen uit het veld en de resultaten van eerdere marktscans is in deze marktscan extra aandacht besteed aan de beschikbaarheid van geneesmiddelen en de wijze waarop de prestaties voor farmaceutisch zorg worden ingekocht.

### 1.4 Bronnen

Voor deze marktscan heeft de NZa gebruikt gemaakt van verschillende bronnen. Een overzicht van deze bronnen is opgenomen in bijlage 1. Naast deskresearch heeft de NZa een onderzoek uitgezet naar de

beleving van consumenten, zijn er gesprekken gevoerd met (vertegenwoordigers van) openbare apotheken, en zijn contracten opgevraagd bij zorgverzekeraars. Onderzoeksbureau Motivaction heeft het consumentenonderzoek voor de NZa uitgevoerd.

## 1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk twee wordt een omschrijving van de markt gegeven en worden de recente ontwikkelingen geschetst. Daarna wordt in hoofdstuk drie en vier ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van relevante marktpartijen. Vervolgens wordt in de daarop volgende drie hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

## 2. Omschrijving van de markt

### 2.1 Wat is extramurale farmaceutische zorg?

Extramurale farmaceutische zorg is het verstrekken van een product (geneesmiddelen en hulpmiddelen) en de bijbehorende zorgverlening (verstrekken van informatie en begeleiding) voor een verantwoord gebruik van het product. Extramurale farmaceutische zorg omvat niet de farmaceutische zorg die wordt geleverd aan patiënten in het kader van een medisch specialistisch behandeltraject of aan patiënten die aanspraak hebben op farmaceutische zorg op grond van artikel 15 Besluit zorgaanspraken AWBZ (behandeling en verblijf in dezelfde Instelling). Hulpmiddelen vallen niet onder prestatie- en tariefregulering van de NZa en maken daarom geen onderdeel uit van deze marktscan. In de beleidsregel en prestatiebeschrijvingbeschikking van de NZa<sup>1</sup> staat omschreven welke zorgprestaties een zorgverlener in rekening mag brengen bij de patiënt of diens zorgverzekeraar.

### 2.2 Wie leveren extramurale farmaceutische zorg?

De Nederlandse bevolking wordt voor de distributie van geneesmiddelen en bijbehorende farmaceutische zorg buiten een instelling of ziekenhuis bediend door openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen. Gezamenlijk wordt dit de groep van extramurale apotheekhoudenden genoemd.

#### *Apotheekhoudende huisartsen*

Apotheekhoudende huisartsen bieden de volledige farmaceutische zorgverlening aan en doen dat op basis van vergunningverlening. Een vergunning wordt verleend door de Minister van VWS indien de afstand tussen de verst gelegen ingeschreven cliënt van de huisarts en openbare apotheek niet kleiner dan 4,5 km is. Indien deze afstand tussen de 3,5 en 4,5 kilometer is en in het belang is van de geneesmiddelenvoorziening, wordt er ook een vergunning verleend.

#### *Openbare apotheken*

In deze marktscan worden verschillende typering van openbare apotheken gebruikt:

- Zelfstandige apotheken;
- Ketenapotheken;
- Poliklinische apotheken: openbare apotheken gevestigd in een ziekenhuisgebouw;
- Internetapotheken;
- Dienstapotheken<sup>2</sup>;

---

<sup>1</sup> Voor 2014 Beleidsregel BR/CU-5102 Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg en prestatiebeschrijvingbeschikking farmaceutische zorg TB/CU-5068-02.

<sup>2</sup> De dienstapotheek verleent farmaceutische zorg in de Avond, Nacht, Zondag (ANZ), en indien de apotheek geopend is in het kader van een gecontracteerde dienstwaarneming, en indien de zorgvraag binnen onderstaande tijden binnenkomt en de zorgaanbieder de farmaceutische zorgverlening ook binnen deze tijden start:  
Tussen 18.00 uur en 08.00 uur van de opvolgende dag, of;  
Tussen 08.00 uur en 18.00 uur op een zondag, of;  
Tussen 08.00 uur en 18.00 uur op Nieuwjaarsdag; Tweede Paasdag; Koninginnedag;  
Hemelvaartsdag; Bevrijdingsdag in elk lustrumjaar (2010, 2015, etc.); Tweede Pinksterdag;  
beide Kerstdagen.

Bovenstaande typeringen kunnen betrekking hebben op de eigendomssituatie, de locatie of het type dienstverlening van de apotheek. Een combinatie van bovenstaande typeringen is daarom mogelijk. Behalve de verschillende typeringen van apotheken vindt onder apotheken ook specialisatie plaats. Voorbeelden van specialisatie zijn:

- Apotheken die zich richten op magistrale bereidingen;
- Apotheken die zich richten op de verpakking van geneesmiddelen ('baxtering apotheken' en 'central fillingapotheken') en
- Apotheken die een beperkt pakket vaak dure geneesmiddelen voor bepaalde aandoeningen aanbieden veelal verstrekt vanuit een centrale vestiging (unieke leveranciers).

De extramurale farmaceutische zorgprestaties zijn functioneel omschreven in de beleidsregel<sup>3</sup>, de zorgverlening staat daarin centraal. De NZa zoomt in deze marktscan in op 'de zorgaanbieder' op basis van de categorische indeling van extramurale farmaceutische zorgaanbieders, zoals die hierboven zijn omschreven: een openbare apotheek of een apotheekhoudende huisarts. Dit zijn de zorgaanbieders die voor de patiënt relevant zijn. Bovendien wordt er in deze marktscan één type openbare apotheek uitgelicht vanwege recente verandering in de wijze van contractering. De dienstapotheken worden per januari 2014 gecontracteerd door zorgverzekeraars op basis van een representatiemodel.

### 2.3 Waar wordt extramurale farmaceutische zorg geleverd?

De apotheekhoudenden organiseren zich op verschillende manieren waardoor ze op verschillende wijzen en locaties te benaderen zijn door patiënten. Van oudsher bestaan veel apotheken als een zelfstandige onderneming in een woonplaats. Op deze manieren zijn ook de apotheekhoudende huisartsen bekend. Daarnaast hebben apotheken zich gevestigd in een gezondheidscentrum samen met andere zorgaanbieders. De laatste jaren is het aantal poliklinische apotheken toegenomen. Deze apotheek gevestigd in een ziekenhuis richt zich op de extramurale farmaceutische zorgverlening aan patiënten. De poliklinische apotheek is voor alle patiënten benaderbaar, maar wordt grotendeels bezocht door patiënten die in het ziekenhuis of de polikliniek zijn behandeld. Ook wordt het internet steeds vaker gebruikt als medium om de service te bevorderen. Voorbeeld hiervan is de mogelijkheid om online herhaalrecepten aan te vragen.

### 2.4 Bekostiging van extramurale farmaceutische zorg

Tot 2012 gold er voor extramurale farmaceutische zorg één prestatie 'het terhandstellen van een UR-geneesmiddel<sup>4</sup>'. Dit was een gedifferentieerde prestatie met twee vormen van terhandstellen (standaard en week) en vier deelprestaties (voor 2012 ook wel toeslagen genoemd). De maximale vergoeding voor deze prestaties werd door de NZa vastgesteld.

<sup>3</sup> Beleidsregel BR/CU-5102 Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg en prestatiebeschrijvingbeschikking farmaceutische zorg TB/CU-5068-2

<sup>4</sup> Een geneesmiddel uitsluitend op recept bij de apotheek verkrijgbaar

Vanaf 1 januari 2012 zijn de tarieven van de zorgprestaties in de extramurale farmacie vrij gegeven. Daarnaast zijn er een aantal nieuwe zorgprestaties toegevoegd nadat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars eind 2008 te kennen hebben gegeven een eenduidiger onderhandelingsstaal te willen, indien er geen maximumtarieven meer worden vastgesteld.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de prestatie die per 2014 gelden. Bijlage 2 geeft een overzicht van de prestatie voor farmaceutische zorgverlening waarin de situatie van voor en na 2012 wordt weergegeven. De prestatie terhandstelling vormt de basis prestatie voor farmaceutische zorg. De overige prestaties 3 tot en met 6 zijn per 2012 toegevoegd en worden in de marktscan aangeduid met 'aanvullende prestaties voor farmaceutische basiszorg'.

**Tabel 2.1 Prestaties voor extramurale farmaceutische zorg 2014**

Basisverzekerde prestaties	
1	Terhandstelling van een UR-geneesmiddel (Standaard terhandstelling UR-geneesmiddel/ Weekterhandstelling)
2	Eerste terhandstellingsgesprek
3	Instructie UR-geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel
4	Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelgebruik
5	Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniek bezoek
6	Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit het ziekenhuis
Basisverzekerde deelprestaties	
1	ANZ-dienstverlening <sup>5</sup>
2	Bijzondere magistrale bereiding
3	Reguliere magistrale bereiding
4	Dienstverlening thuis
Niet-basisverzekerde prestaties	
7	Voorlichting farmaceutische zelfmanagement
8	Advies farmaceutische zelfzorg
9	Advies gebruik UR-geneesmiddel tijdens reis
10	Advies ziekterisico bij reizen
Overige prestaties	
11	Onderlinge dienstverlening
12	Facultatieve prestatie

Bron: NZa

Tot 2014 waren er 11 prestaties en 5 deelprestaties. Per 1 januari 2014 is de deelprestatie eerste terhandstellingsgesprek een aparte prestatie geworden. De voornaamste reden van het loskoppelen van deze prestatie was het bevorderen van de transparantie voor de patiënt. Momenteel zijn er 12 prestaties waarvan er één facultatief is (de zogenoemde vrije prestatie). De NZa heeft tot op heden nog geen aanvraag voor een facultatieve prestatie voor farmaceutische zorg ontvangen.

<sup>5</sup> Avond, Nacht, Zondag-dienstverlening

*Bekostiging geneesmiddelen*

Het tarief dat een apotheek aan de patiënt in rekening mag brengen voor een geneesmiddel wordt vanaf 2012 niet meer door de NZa gereguleerd. De prijs die een fabrikant maximaal voor een geneesmiddel mag vragen wordt wel gereguleerd op basis van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP)<sup>6</sup>. De Regeling maximumprijzen geneesmiddelen is vastgesteld op grond van de WGP. De maximumprijs wordt bepaald door de gemiddelde prijs van het geneesmiddel te berekenen in vier referentielanden. Daarnaast worden de kosten van een geneesmiddel die maximaal uit de basisverzekering mogen worden vergoed, gereguleerd via het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Indien geneesmiddelen zijn ondergebracht in een cluster van onderling vervangbare geneesmiddelen, is er per cluster een maximum vergoeding bepaald.

## 2.5 Vergoeding van extramurale farmaceutische zorg

De vergoeding van extramurale farmaceutische zorg is afhankelijk van een aantal zaken:

- Valt de zorg onder de basisverzekering?
- Wat is het beleid van de zorgverzekeraar?
- Is er sprake van een eigen betaling?

*Basisverzekering: zorginkoop door zorgverzekeraars*

De eerste zes extramurale farmaceutische zorgprestaties vallen onder de basisverzekering. Hieraan is de voorwaarde verbonden dat het bijbehorende UR-geneesmiddel onder de aanspraken van de basisverzekering valt. UR-geneesmiddelen worden uit het basispakket vergoed indien zij zijn opgenomen in het GVS. In het GVS wordt de maximale vergoeding per groep werkzame stoffen vastgesteld. Ook staan in het GVS bij sommige geneesmiddelen de voorwaarden waaronder aanspraak bestaat, bijvoorbeeld vergoeding alleen bij een bepaalde indicatie. Basisverzekerde extramurale farmaceutische zorg en geneesmiddelen vallen onder het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico. Indien een geneesmiddel niet is opgenomen in het GVS, wordt zowel het geneesmiddel als de farmaceutische zorg niet vergoed vanuit de basisverzekering. Sommige zorgverzekeraars bieden aanvullende verzekeringen aan die (enkele van deze) geneesmiddelen en zorg (deels) vergoeden.

Om invulling te geven aan de zorgplicht, koopt een zorgverzekeraar farmaceutische zorg in bij apotheekhoudenden. Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid farmaceutische zorg selectief te contracteren op het niveau van apotheekhoudenden en/of op het niveau van geneesmiddelen.

*Preferentiebeleid geneesmiddelen*

Zorgverzekeraars kunnen een voorkeur aangeven voor een bepaald geneesmiddel dat gunstig geprijsd is. Dit wordt het preferentiebeleid genoemd. Het preferentiebeleid van zorgverzekeraars kan van invloed zijn op de vergoeding van een geneesmiddel door een zorgverzekeraar. Het toepassen van preferentiebeleid is een uitingsvorm van selectief contracteren. Vanaf 2008 zijn zorgverzekeraars actief preferentiebeleid gaan voeren in de farmaceutische zorg. Op grond van het Besluit Zorgverzekering zijn zorgverzekeraars verplicht, van alle door de Minister van VWS aangewezen geneesmiddelen, per werkzame stof

<sup>6</sup> <http://www.farmatec.nl> geraadpleegd op 17 juni 2014



tenminste één geneesmiddel aan te wijzen die aan verzekerden wordt vergoed. Het doel van het preferentiebeleid is om bij een gelijkblijvende kwaliteit van het geneesmiddel kostenbesparingen te realiseren. Naast het preferentiebeleid hebben zorgverzekeraars andersoortige inkoopmodellen voor multi source geneesmiddelen ontwikkeld. In hoofdstuk 4 wordt nader op deze inkoopmodellen ingegaan.

#### *Eigen betalingen*

De kosten voor farmaceutische zorg vallen onder het verplicht eigen risico. Daarnaast wordt in een aantal gevallen de farmaceutische zorg en het geneesmiddel niet vergoed waardoor de patiënt dit bedrag zelf aan de apotheek moet betalen. Voor een aantal geneesmiddelen kan een eigen bijdrage voor de patiënt van toepassing zijn. De eigen bijdrage betreft het verschil tussen de door de zorgverzekeraar in rekening gebrachte kosten voor het geneesmiddel en de voor dat geneesmiddel geldende vergoedingslimiet die is bepaald in het GVS.

## **2.6 Recente ontwikkelingen**

#### *Prestatie eerste terhandstellingsgesprek*

Per 1 januari 2014 is de deelprestatie 'eerste terhandstellingsgesprek' een aparte prestatie geworden. Een aantal verzekeraars geven deze prestatie per 2014 apart weer op het vergoedingenoverzicht van verzekerden. Tot en met medio augustus 2014 heeft de NZa 24 signalen ontvangen die gerelateerd waren aan het eerste terhandstellingsgesprek. De signalen waren afkomstig van consumenten die een eerste terhandstellingsgesprek op hun factuur zagen staan, maar niet zeker wisten of het gesprek ook daadwerkelijk had plaatsgevonden.

#### *Resultaten bestuurlijk overleg farmacie*

De minister van VWS heeft in 2013 de verkenner Rinnooy Kan en Reibestein gevraagd om antwoord te geven op de vraag hoe de farmaceutische zorg in Nederland ervoor staat en wat de vooruitzichten zijn. De verkenner hebben geconstateerd dat er nog veel ruimte voor verbetering is in de farmaceutische zorg. Daarnaast constateren zij dat partijen een soortgelijk toekomstbeeld voor ogen hebben. De verkenner concluderen hieruit dat partijen zelf in staat zijn om dit gewenste toekomstbeeld te realiseren. Partijen hebben vervolgens onder regie van VWS een kwaliteitsagenda opgesteld waarover de Minister de kamer eerder dit jaar heeft geïnformeerd. Een aantal agendapunten van de Kwaliteitsagenda farmacie worden door veldpartijen verder doorontwikkeld, bijvoorbeeld het borgen van de toegankelijkheid van farmaceutische zorg tijdens de avond, nacht en op zondag. Voor de andere agendapunten geldt dat er nog een nadere uitwerking nodig is, bijvoorbeeld het verder uitwerken van oplossingsrichtingen voor beschikbaarheidsproblemen van geneesmiddelen.



### 3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Het geeft een beschrijving van de (ontwikkeling in) aantallen apotheekhoudenden van extramurale farmaceutische zorg en hun spreiding.

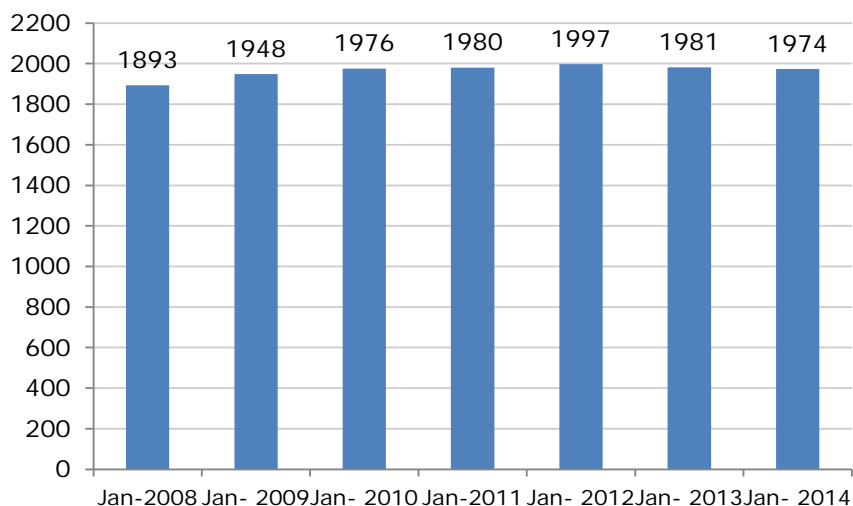
#### 3.1 Aantal extramurale farmaceutische zorg aanbieders

In deze paragraaf wordt het aantal openbare apotheken (paragraaf 3.1.1) en het aantal apotheekhoudende huisartsen (paragraaf 3.1.2) beschreven. De apotheken met openingstijden in de avond, nacht en/of op zondag en de internetapotheken komen aan bod in paragraaf 3.1.3 en 3.1.4.

##### 3.1.1 Openbare apotheken

Figuur 3.1 geeft de ontwikkeling weer van het aantal vestigingen van openbare apotheken van januari 2008 tot en met januari 2014. Deze aantallen zijn gebaseerd op het register van Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). In dit register staan alle apotheekhoudenden geregistreerd die (een vorm van) farmaceutische zorg leveren, exclusief de apotheekhoudende huisartsen. Dit aantal geeft dus een indicatie van het aantal apotheken die voor het publiek toegankelijk zijn. Volgens SFK telde Nederland op 1 januari 2014 1.974 werkzame openbare apotheken. Tot 1 januari 2012 steeg het aantal openbare apotheken waarna een daling inzette.

**Figuur 3.1 Aantal openbare apotheekvestigingen**



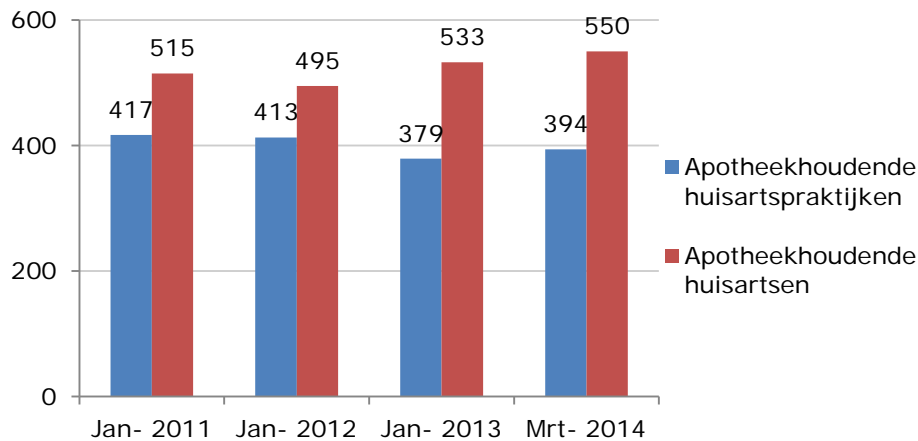
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)

##### 3.1.2 Apotheekhoudende huisartsen

Figuur 3.2 geeft het aantal apotheekhoudende huisartsen en het aantal apotheekhoudende huisartspraktijken weer over de jaren 2011 tot en met 2014. Per praktijk kan het zijn dat er meer dan één apotheekhoudende huisarts werkzaam is. De aantallen over de jaren 2011 tot en met 2013 zijn gebaseerd op cijfers uit de registratie van

huisartsen van Nivel. De aantallen die zijn weergegeven over het jaar 2014 zijn gebaseerd op het register van Farmatec. Het aandeel apotheekhoudende huisartsen van alle zelfstandig gevestigde huisartsen is over de jaren 2011, 2012 en 2013 respectievelijk 6,5%, 6,3% en 6,8%.

**Figuur 3.2 Aantal apotheekhoudende huisartsen en praktijken**



Bron: Nivel (peildata januari 2011, 2012 en 2013) en Farmatec (peildatum maart 2014)

### 3.1.3 Apotheken met openingstijden in de avond, nacht en op zondag

Er zijn in Nederland een aantal apotheken die (deels) open zijn tijdens de avond, nacht en op zondag (ANZ uren). Volgens Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn er ongeveer 37 dienstapotheken en 59 hybride apotheken.<sup>7</sup> De dienstapotheken zijn alleen tijdens de avond, nacht en op zondag open. Niet in alle regio's zijn dienstapotheken aanwezig. Hybride apotheken zijn apotheken met reguliere openingstijden, die ook tijdens de ANZ uren open zijn. Niet alle hybride apotheken zijn gedurende alle ANZ uren open. Deze groep bevat zowel 24-uurs apotheken als reguliere apotheken die tijdens een deel van alle ANZ uren open zijn.

Ten slotte zijn er ook apothekers die samen in één regio een structuur vormen van beurtelings dienstdoende apotheken. Deze apotheken werken met een dienstrooster buiten de normale openingstijden. Volgens ZN zijn er 10 structuren waarbij de verschillende individuele apotheken of apotheekhoudende huisartsen zijn aangesloten.

### 3.1.4 Internetapotheken

Naast de reguliere openbare apotheken, zijn er ook openbare apotheken die via internet actief zijn. Doordat internetapotheken op basis van bezorging leveren, is de markt die zij bedienen landelijk. Dit in tegenstelling tot een reguliere apotheek die een lokale markt bedient. De aflevering vindt in de meeste gevallen plaats via een koerier of een bezorgdienst van de betreffende internetapotheek zelf. Een ander verschil met de reguliere apotheken is dat internetapotheken geen fysieke apotheeklocatie hebben.

<sup>7</sup> Peildatum April 2014

Bij de NZa zijn tien actieve internetapotheken bekend die voor iedere Nederlandse consument toegankelijk zijn. Hiervan zijn er zes internet apotheken met een apotheker in dienst waarbij de bezorging enkel plaats vindt via een koerier of een bezorgdienst. De overige vier apotheken zijn internetapotheken die onderdeel zijn van een keten die ook een landelijk netwerk van fysieke apotheken hebben. Daar kan de klant dan ook terecht voor het afhalen van geneesmiddelen.

## 3.2 Spreiding extramurale farmaceutische zorg aanbieders

De NZa heeft het register dat beheerd wordt door de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)<sup>8</sup> gebruikt om de locaties van de openbare apotheken te bepalen en de spreiding van de apotheken in Nederland in kaart te brengen. Om de spreiding van apotheekhoudende huisartsen in kaart te brengen, is het register van Farmatec gebruikt.

### 3.2.1 Spreiding van aantal aanbieders

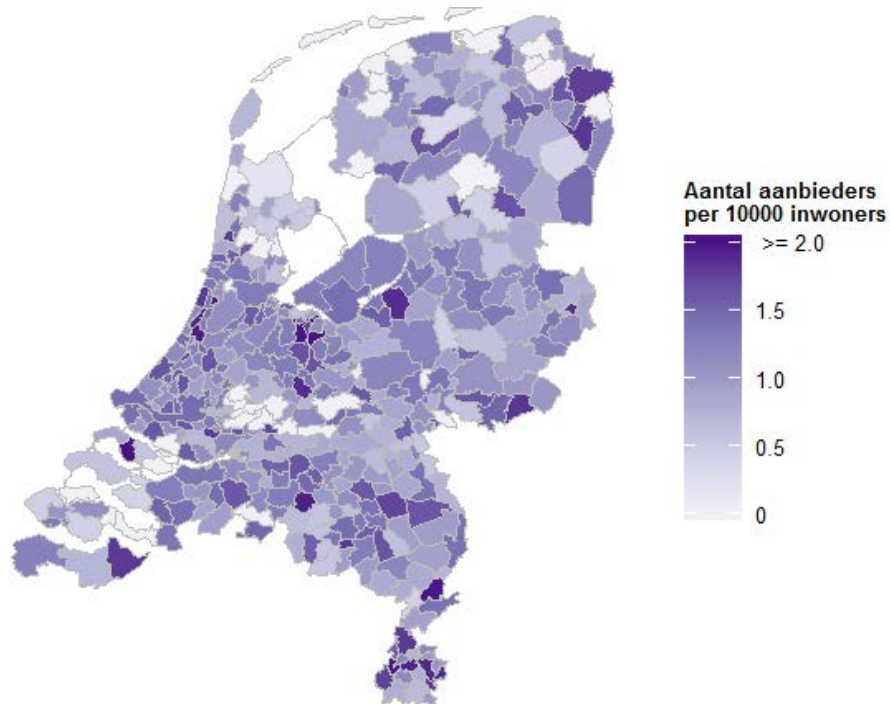
De figuren 3.3 en 3.4 laten kaarten van Nederland zien en geven per gemeente het aantal aanbieders per 10.000 inwoners weer. De weergave is op gemeenteniveau omdat de extramurale farmaceutische zorg lokaal wordt geleverd in Nederland.

Het aantal aanbieders per 10.000 inwoners is een indicator van het aanbod van farmaceutische zorg binnen een gemeente. In gebieden waar relatief weinig apotheken zijn gevestigd, is er minder keuze voor een patiënt. Ook heeft een verzekeraar in deze gebieden minder mogelijkheden om aanbieders selectief te contracteren. Daarnaast kan een beperkt aanbod leiden tot wachttijden. Aan de andere kant kunnen gebieden met relatief weinig aanbieders juist interessant zijn voor toetreders, wanneer de populatie groot genoeg is.

Figuur 3.3 geeft alle openbare apotheken per gemeente weer. Uit de figuur blijkt dat inwoners uit de donker paars gekleurde gemeenten, de meeste apotheken per 10.000 inwoners tot hun beschikking hebben. De met wit aangegeven gemeenten, zijn gemeenten zonder een openbare apotheek. Deze gemeenten bevinden zich vooral in rurale gebieden in het noorden, op de Waddeneilanden en Zeeland.

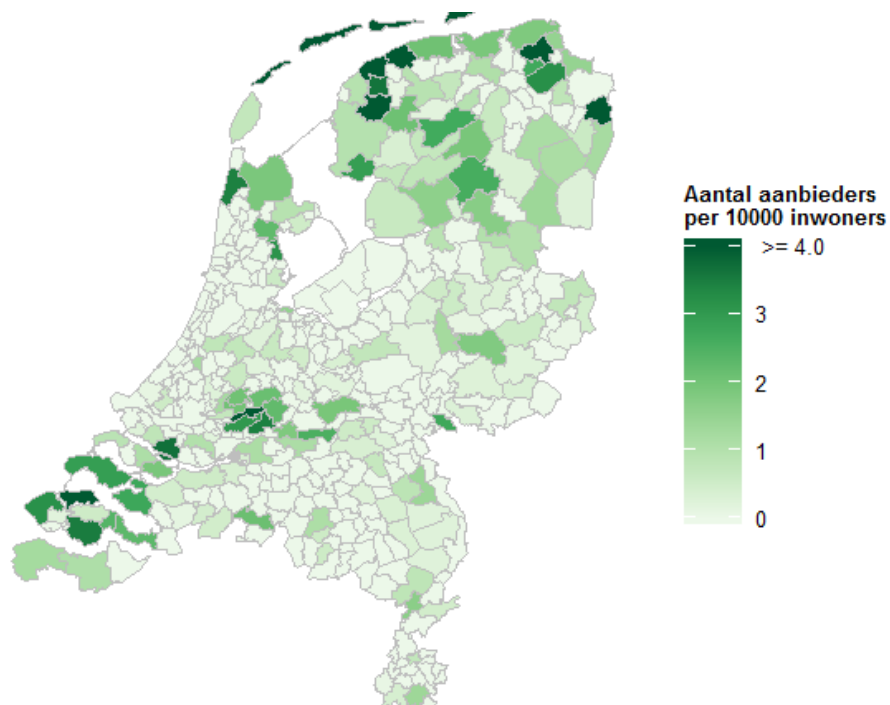
---

<sup>8</sup> Peildatum februari 2014

**Figuur 3.3 Openbare apotheken**

Bron: Geodan, 2012. IGZ, 2014.

Figuur 3.4 bevat alle apotheekhoudende huisartsenpraktijken per gemeente. Te zien is dat de apotheekhoudende huisartsen zijn te vinden in de gebieden waar er geen of weinig openbare apotheken aanwezig zijn. Meer informatie over het verzorgingsgebied van de apotheekhoudende huisartsen en de openbare apotheken is te vinden in paragraaf 6.1 (bereikbaarheid van zorgaanbieders).

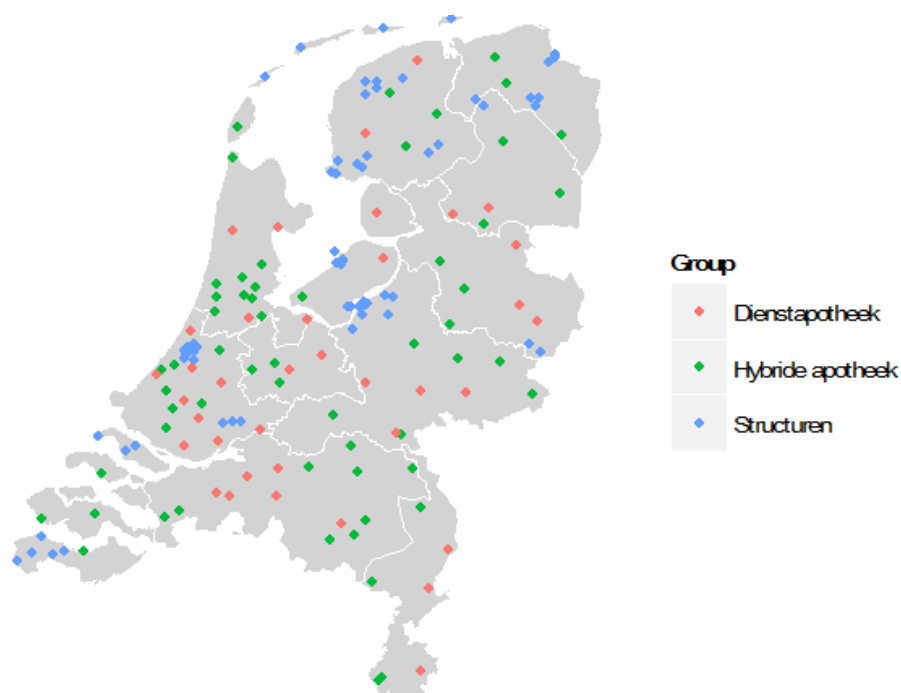
**Figuur 3.4 Apotheekhoudende huisartsenpraktijken**

Bron: Geodan, 2012. Farmatec, 2014.

### 3.2.2 Apotheken die (deels) open zijn tijdens de avond, nacht en op zondag

Figuur 3.5 laat zien welke apotheken in Nederland (deels) open zijn in de avond, nacht en op zondag. De punten op de kaart geven de ligging van de apotheken weer. De kleuren van de punten geven aan of het een dienstapotheek (rood), een hybride apotheek (groen) of een apotheek aangesloten bij een structuur van beurtelings dienstdoende apotheken (blauw) betreft. Te zien is dat de apotheken verspreid liggen over heel Nederland. Hierbij moet worden opgemerkt dat hybride apotheken wel uitgebreidere openingstijden hebben, maar dat dit kan variëren tussen de ANZ uren. Niet alle apotheken die zijn weergegeven op de kaart zijn dus op alle ANZ uren te bereiken.

**Figuur 3.5 Spreiding van apotheken die (deels) open zijn in avond, nacht- en/of zondag**



Bron: Geodan, 2012. ZN, 2014.

### 3.3 Toe- en uittreeders

SFK heeft het aantal apotheekvestigingen geregistreerd die geopend of gesloten zijn ten opzichte van het jaar daarvoor. Deze aantallen zijn weergegeven in tabel 3.1. Te zien is dat het aantal openbare apotheken op 1 januari 2012 is gestegen ten opzichte van het jaar daarvoor, maar dat het aantal apotheken in de jaren daarna is gedaald. In de jaren 2010 en 2011 zijn er meer openbare apotheken geopend dan gesloten. In de jaren 2012 en 2013 is dit echter omgekeerd. In deze jaren zijn meer openbare apotheken gesloten dan geopend.

**Tabel 3.1 Toe- en uittreeders openbare apotheken**

	1-1-2011	1-1-2012	1-1-2013	1-1-2014
Aantal openbare apotheken	1980	1997	1981	1974
Geopende t.o.v. jaar ervoor	35	41	34	29
Gesloten t.o.v. jaar ervoor	31	24	50	36

Bron: SFK 'Farmacie in cijfers'

### 3.4 Praktijksamenstelling

In een apotheek zijn naast de apothekers ook andere professionals werkzaam. Een apothekersassistent is hiervan de meest voorkomende. Daarnaast is er nog ondersteunend personeel werkzaam in het apotheekbedrijf. Een ondersteunend medewerker kan administratieve, logistieke en bevoorradingwerkzaamheden verrichten. Het verstrekken van geneesmiddelen en het geven van voorlichting is voorbehouden aan de apotheker en de apothekersassistent.

Tabel 3.2 geeft de ontwikkeling weer van het aantal medewerkers dat werkzaam is in openbare apotheken. In de tabel is te zien dat de aantallen apothekers en apothekersassistenten over deze jaren geen eenduidige trend van verandering weergeven. Het aantal ondersteunende medewerkers is tussen 2010 en 2014 echter gestegen.

**Tabel 3.2 Ontwikkeling van het aantal medewerkers dat werkzaam**

	1-1-2010	1-1-2011	1-1-2012	1-1-2013	1-1-2014
Apothekers	2.877	2.858	2.859	2.838	2.868
Apothekersassistenten	16.548	16.203	16.368	16.418	16.204
Ondersteunend personeel	6.657	6.928	7.270	7.632	7.666

Bron: SFK 'Farmacie in cijfers'

### 3.5 Financiële positie zorgaanbieders

De financiële positie van de zorgaanbieders wordt besproken aan de hand van de gemiddelde omzet per aanbieder (paragraaf 3.5.1) en de indicatoren van solvabiliteit en liquiditeit (paragraaf 3.5.2).

#### 3.5.1 Gemiddelde omzet

In tabel 3.3 wordt het aantal aanbieders van extramurale farmaceutische zorg en het aantal apotheekhoudende huisartsen afgezet tegen de totale uitgaven aan farmaceutische<sup>9</sup> zorg voor de openbare apotheken en de apotheekhoudende huisartsen in de periode 2010-2013.

<sup>9</sup> De totale uitgaven aan extramurale farmaceutische zorg omvatten zowel basisverzekerde als aanvullende zorg maar omvatten niet de uitgaven aan geneesmiddelen die apotheekhoudenden direct met de patiënt afrekenen en die niet door de patiënt of apotheekhoudende bij de verzekeraar worden ingediend.

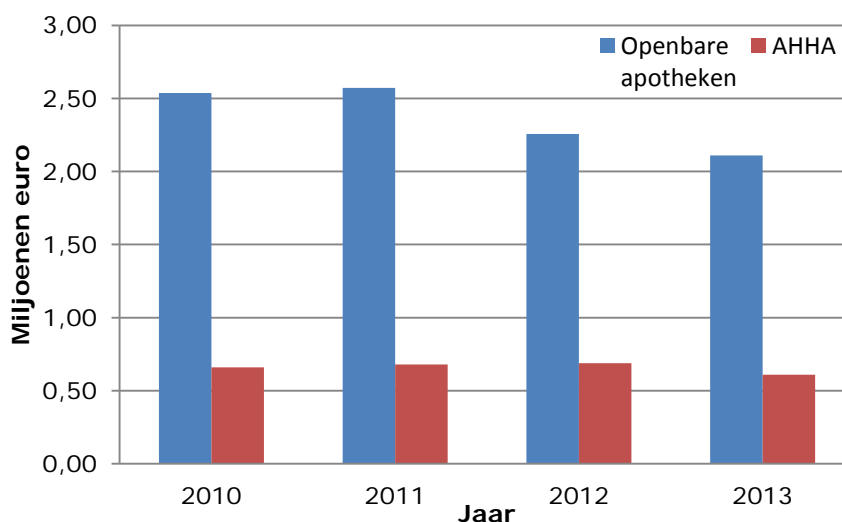


**Tabel 3.3 Totale uitgaven (in miljoen euro) versus aantal aanbieders (vestigingen)**

Jaar	Totale uitgaven	Uitgaven apotheken	Uitgaven AHHA	Aantal openbare apotheken	Aantal AHHA praktijken
2010	5300	5025	275	1980	417
2011	5418	5136	281	1997	413
2012	4732	4470	261	1981	379
2013	4407	4165	240	1974	394

Bron: SFK (aantal openbare apotheken), Nivel en Farmatec (aantal apotheekhoudende huisartsen), Vektis (Omzet gegevens). Zie paragraaf 3.1 en 3.2 voor meer informatie over onder andere de peildata.

Figuur 3.6 geeft de gemiddelde omzet aan extramurale farmaceutische zorg weer voor openbare apotheken (per vestiging) en voor de apotheekhoudende huisartsen (per praktijk). Te zien is dat voor beide type aanbieders de gemiddelde omzet daalt. De gemiddelde omzet per openbare apotheek daalt daarbij sterker dan de gemiddelde omzet per apotheekhoudende huisartsenpraktijk. In hoofdstuk 7 wordt nader ingegaan op de redenen voor de afname van de totale uitgaven aan extramurale farmaceutische zorg. De weergegeven omzet uit tabel 3.3 is gebaseerd op zowel basisverzekerde als aanvullende farmaceutische zorg. Naast deze omzet halen apotheken ook omzet uit geneesmiddelen die rechtstreeks met de patiënt worden afgerekend en hulpmiddelen.

**Figuur 3.6 Gemiddelde omzet aan extramurale farmaceutische zorg per aanbieder (vestiging/praktijk)**

Bron: SFK en Vektis

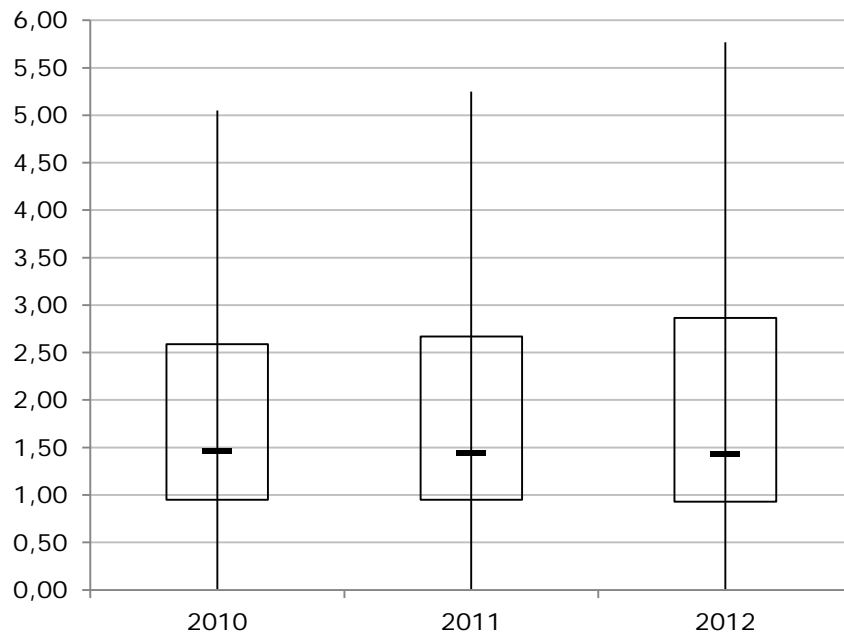
### 3.5.2 Liquiditeit en Solvabiliteit

De liquiditeit en solvabiliteit geven informatie van de financiële gezondheid van een bedrijf. De liquiditeit zegt iets over in hoeverre een zorgaanbieder op korte termijn aan zijn financiële verplichtingen kan voldoen. De liquiditeit wordt uitgedrukt in de current ratio. Voor het berekenen van de current ratio worden de vlottende activa gedeeld door de vlottende passiva. Bij een current ratio kleiner dan 1 bestaat er een

risico dat de een zorgaanbieder op korte termijn niet aan zijn financiële verplichtingen kan voldoen.

Figuur 3.7 laat voor de jaren 2010 tot en met 2012 in boxplots de liquiditeit zien van de openbare apotheken (rechtspersonen)<sup>10</sup>. De mediaan van de current ratio is in 2010, 2011 en 2012 respectievelijk 1,46, 1,44 en 1,43. De spreiding neemt gedurende de jaren toe. In 2012 heeft de helft van de openbare apotheken een current ratio tussen de 0,93 (Q1) en 2,87 (Q3).

**Figuur 3.7 Liquiditeit per openbare apotheek (rechtspersoon)**



Bron: Kamer van koophandel. Box geeft het eerste en derde kwartiel. Middenstreep geeft mediaan. Error-bars geven anderhalf keer de interkwartielafstand vanaf de box (n= 586, 649, 663 voor respectievelijk 2010, 2011, 2012)

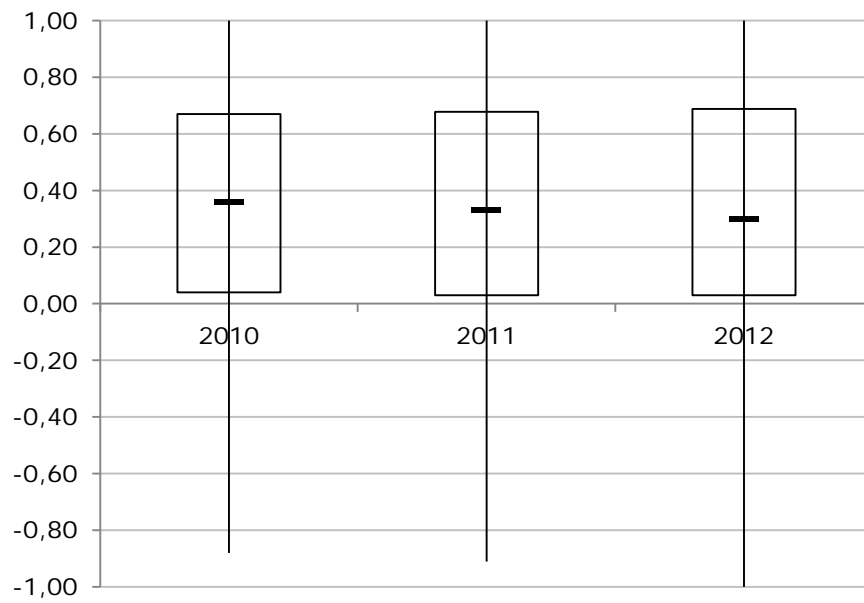
De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin zorgaanbieders in de toekomst aan hun schulden kunnen voldoen. Voor het berekenen van de solvabiliteit wordt het eigen vermogen gedeeld door de balanstotaal.

Figuur 3.8 laat voor de jaren 2010 tot en met 2012 boxplots zien van de solvabiliteitsgegevens van de openbare apotheken. Te zien is dat de mediaan in 2010, 2011 en 2012 respectievelijk 0,36, 0,33 en 0,30 is en dus een lichte daling vertoont. De spreiding van de solvabiliteit neemt over deze jaren toe.

De ontwikkeling van de solvabiliteit en liquiditeit over de jaren dient met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Vrijwel alle apotheken worden in BV-vorm geëxploiteerd waarboven een holding is gepositioneerd. De solvabiliteits- en liquiditeitsratio's kunnen worden beïnvloed door de financiële stroom tussen de werkmaatschappij en de holding. Dit beperkt de zeggingskracht van deze parameters. Op basis van gepresenteerde data kan daarom niet met zekerheid een uitspraak worden gedaan over de ontwikkeling van de financiële positie van apotheken.

<sup>10</sup> Alle apotheken in het Kvk Register waarvan jaarrekeningen over de jaren 2010, 2011 en 2012 beschikbaar waren zijn opgevraagd. Alleen jaarrekeningen op basis waarvan de solvabiliteit en liquiditeit te berekenen was zijn geïnccludeerd.

**Figuur 3.8 Solvabiliteit per openbare apotheek (rechtspersoon)**



Bron: Kamer van koophandel. Box geeft het eerste en derde kwartiel. Middenstreep geeft mediaan. Error-bars geven anderhalf keer de interkwartielafstand vanaf de box. (n= 655, 654, 670 voor respectievelijk 2010, 2011, 2012)



## 4. Marktgedrag

Dit hoofdstuk beschrijft het gedrag van zorgverzekeraars bij de inkoop van extramurale farmaceutische zorg. Er wordt ingegaan op het contracteerproces en op de inhoud van de contracten die verzekeraars met apothekhoudenden zijn overeengekomen.<sup>11</sup> Tot slot komt het gedrag van consumenten bij de keuze voor een apotheek aan de orde.

### 4.1 Zorginkoop

In deze paragraaf komen de contracteergraad, de gecontracteerde zorgprestaties, inkoop van farmaceutische spoedzorg en inkoopbeleid geneesmiddelen aan bod. De kwantitatieve gegevens die in deze paragraaf worden gepresenteerd zijn gebaseerd op een uitvraag van de afgesloten contracten voor de jaren 2013 en 2014 bij zorgverzekeraars (maart 2014) en een analyse hiervan. Daarnaast zijn gesprekken met apotheken<sup>12</sup> gevoerd om de verkregen informatie van zorgverzekeraars vanuit het perspectief van de aanbieders te belichten.

#### 4.1.1 Contracteergraad

De vier grote zorgverzekeraars Achmea, CZ, Menzis en VGZ hebben in Nederland een marktaandeel van ongeveer 90%. De vier grote zorgverzekeraars voeren allen een eigen inkoopbeleid. Van de 6 kleine zorgverzekeraars voeren DSW, Zorg en Zekerheid (Z&Z) en De Friesland een eigen inkoopbeleid. Eno, ONVZ en ASR voeren een inkoopbeleid via inkoopcombinatie Multizorg. Eno participeert alleen buiten haar kernregio in Multizorg.

Er zijn daarom 9 inkopende partijen actief, waarvan Eno alleen lokaal actief is. Een aantal kleine verzekeraars (de Friesland, Eno, Z&Z) maken onderscheid in inkoop binnen en buiten het kernwerkgebied. Binnen het kernwerkgebied worden extra afspraken gemaakt over onder andere kwaliteit en substitutie.

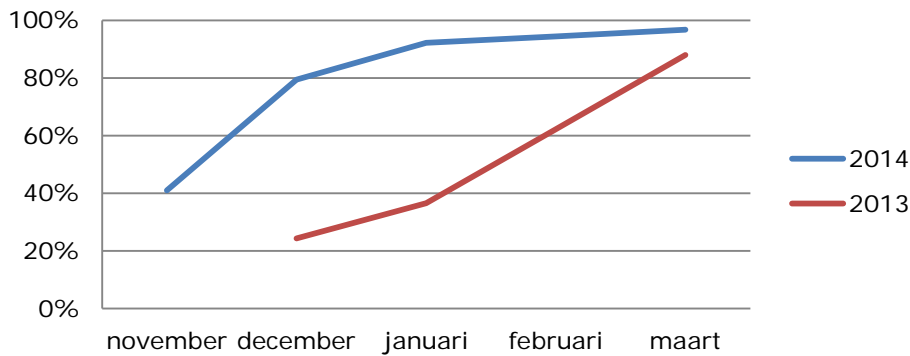
Zorgverzekeraars maken contractafspraken met aanbieders van de extramurale farmaceutische zorg. In figuur 4.1 en 4.2 is de contracteergraad<sup>13</sup> weergegeven van openbare apotheken en apothekhoudende huisartsen in 2013 en 2014 op basis van het aantal gesloten contracten ten opzichte van het totaal aantal openbare apotheken en apothekhoudende huisartsen in Nederland. Het contracteerproces is in vergelijking met vorig jaar (de contracten van 2013) vervroegd. In januari 2014 waren 50% meer contracten afgesloten dan in januari 2013.

---

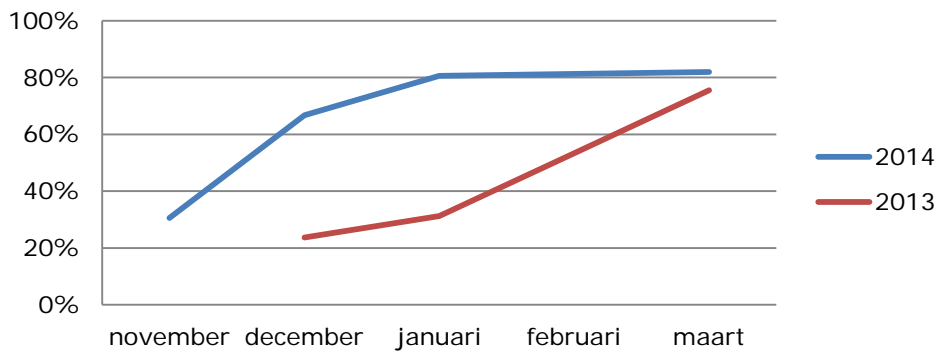
<sup>11</sup> Zie Bijlage 1 voor een uitleg over de methode en bronnen waar de resultaten op gebaseerd zijn

<sup>12</sup> Wanneer in dit hoofdstuk wordt gesproken over gesprekken met apotheken, dan worden ook de gesprekken met vertegenwoordigers van apotheken bedoeld

<sup>13</sup> De contracteergraad is per verzekeraar berekend door het aantal afgesloten contracten te delen door het aantal aanbieders. Vervolgens is het gemiddelde van alle zorgverzekeraars berekend. De contracteergraad is niet gewogen voor het marktaandeel van de zorgverzekeraars.

**Figuur 4.1 Contracteergraad openbare apotheek**

Bron: Contracteergegevens van zorgverzekeraars Achmea, CZ, De Friesland, DSW, Menzis, Multizorg, VGZ, Z&Z

**Figuur 4.2 Contracteergraad apotheekhoudende huisartsen**

Bron: Contracteergegevens van zorgverzekeraars Achmea, ASR, CZ, De Friesland, DSW, Menzis, Multizorg, VGZ, Z&Z

Achmea sluit als enige zorgverzekeraar uitsluitend tweejarige contracten voor zowel openbare apotheken als apotheekhoudende huisartsen. Menzis en Z&Z contracteren een aantal openbare apotheken voor 2 jaar. Verder worden er door de zorgverzekeraars eenjarige contracten gesloten.

#### *Visie apotheken vervroeging contracteerproces*

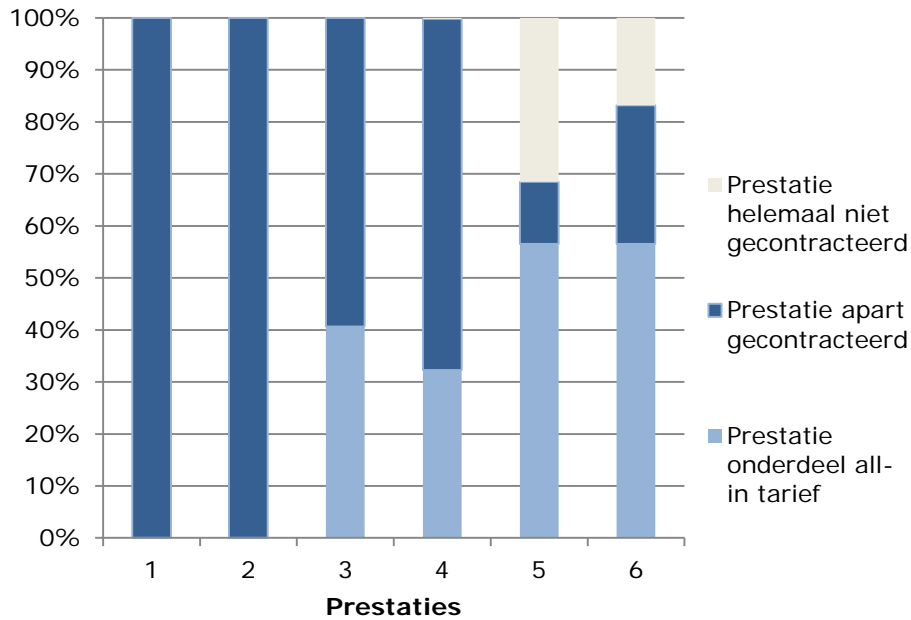
De vervroeging van het contracteerproces wordt door verzekeraars en aanbieders als een positieve ontwikkeling ervaren. Echter, aanbieders gaven aan dat onder andere informatie over de polissen van zorgverzekeraars nog niet bekend is op het moment dat het contract wordt getekend. Een voorbeeld is dat patiënten die een budgetpolis hebben voor herhaalrecepten slechts bij een internetapotheek terecht kunnen. Dit kan leiden tot een verminderde omzet van herhaalrecepten voor reguliere apotheken.

#### **4.1.2 Gecontracteerde zorgprestaties**

In deze paragraaf wordt beschreven hoe prestaties voor extramurale farmaceutische zorg zijn gecontracteerd door zorgverzekeraars. De figuren 4.3 en 4.4 geven weer op welke wijze verzekeraars de prestaties voor extramurale farmaceutische zorg hebben ingekocht. Het apart inkopen van prestaties betekent dat de verzekeraar voor ieder verzekerde prestatie een tarief hanteert. Daarnaast hanteren verzekeraars ook een zogenoemd all-intarief wat betekent dat de

vergoeding voor een of meerdere prestaties is verrekend in de prestatie terhandstelling.

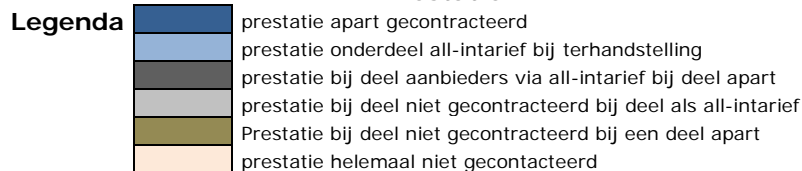
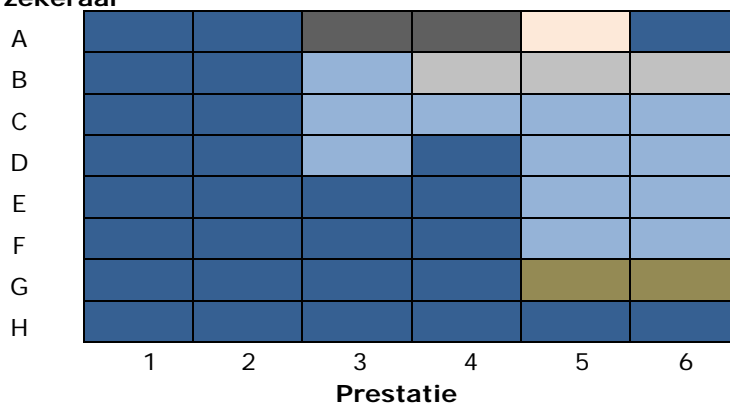
**Figuur 4.3 Percentage gecontracteerde prestaties bij openbare apotheken**



Bron: Contracteergegevens van zorgverzekeraars Achmea, ASR, CZ, De Friesland, DSW, ENO, Menzis, ONVZ, VGZ, Z&Z<sup>14</sup>

**Figuur 4.4 Gecontracteerde prestaties (1 t/m 6) per inkopende verzekeraar (A t/m H) bij openbare apotheken**

**Verzekeraar**



Bron: Contracteergegevens van zorgverzekeraars Achmea, ASR, CZ, De Friesland, DSW, ENO, Menzis, ONVZ, VGZ, Z&Z

<sup>14</sup> Het percentage contracten waarbij prestatie 4 helemaal niet gecontracteerd is, is 0,17% en om die reden niet goed zichtbaar in het figuur.

In de eerste grafiek is de wijze waarop de zorgprestaties 1 t/m 6 al dan niet zijn gecontracteerd als percentage van het totaal weergegeven. In het onderste figuur is de wijze van contracteren weergegeven per inkoopende verzekeraar (A t/m H)<sup>15</sup>. De figuur bevat geen informatie over de aanvullende voorwaarden die verzekeraars stellen in contracten. Deze aanvullende voorwaarden kunnen als gevolg hebben dat niet iedere gecontracteerde zorgaanbieder de betreffende prestaties ook daadwerkelijk in rekening kan brengen bij de verzekeraar.

Ten opzichte van vorig jaar zijn meer verzekeraars de prestatie Medicatiebeoordeling (prestatie 4) apart gaan inkopen. De prestaties Begeleiding bij opname uit het ziekenhuis (prestatie 5) en Begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis (prestatie 6) worden bij meer aanbieders ingekocht ten opzichte van vorig jaar. De prestaties 5 en 6 worden tot op heden door de meeste zorgverzekeraars ingekocht via een all-intarief. Een verzekeraar heeft prestatie 5 helemaal niet ingekocht.

Eén zorgverzekeraar stelt dat de prestaties 5 en 6 deels worden ingekocht bij het ziekenhuis via de DBC-systematiek. Ziekenhuizen hebben vervolgens de keus om de prestatie zelf uit te voeren of om via onderlinge dienstverlening extramurale (openbare) apotheken te vergoeden voor werkzaamheden die zij in het kader van deze prestaties uitvoeren. Geen van de ziekenhuizen heeft op dit moment echter afspraken gemaakt met openbare apotheken in dit kader.

Verzekeraars die de vergoeding van een bepaalde prestatie verrekenen in de prestatie voor terhandstelling, geven dit op een verschillende wijze weer in de contracten. Bij een aantal verzekeraars wordt expliciet toegelicht welk deel van het tarief voor de prestatie terhandstelling is bedoeld voor de vergoeding van de verdisconteerde prestatie(s). Dit deel van het tarief wordt dan berekend op basis van het verwachte aantal te leveren prestaties en het verwachte aantal te leveren terhandstelling op jaarbasis. Ook zijn er verzekeraars die een all-intarief hanteren maar aanbieders wel verplichten om een 'dummy-tarief' in rekening te brengen wanneer een verdisconteerde prestatie wordt geleverd. Wanneer zorgverzekeraars een dummy tarief hanteren wordt er wel een zorgprestatie in rekening gebracht indien de zorg wordt geleverd maar tegen een tarief van bijvoorbeeld 1 eurocent. De verzekeraar kan hierdoor zicht krijgen op de geleverde zorg het aantal geleverde zorgprestaties. Ook patiënten kunnen dan op hun nota controleren of de in rekening gebrachte zorg ook daadwerkelijk is geleverd. Andere zorgverzekeraars die een all-intarief hanteren maken geen gebruik van een dummy-tarief en geven ook niet expliciet in de contracten weer welk deel van het tarief is bedoeld voor de verdisconteerde prestaties.

#### *Aanvullende voorwaarden*

Uit analyse van de contracten blijkt dat verzekeraars aanvullende voorwaarden hanteren voor het in rekening kunnen brengen van bepaalde prestaties. Deze voorwaarden kunnen ertoe leiden dat niet iedere gecontracteerde zorgaanbieder de betreffende prestaties ook daadwerkelijk in rekening kan brengen bij de verzekeraar. Er zijn onder andere de volgende aanvullende voorwaarden opgenomen:

- Verplichting om regionale afspraken te maken met poliklinische apotheken en ziekenhuisapotheken (prestatie 5 en 6);
- Maximum aan het aantal te leveren zorgprestaties per apotheek. (bij prestatie 4, 5 en 6);
- Volgen van relevante opleiding (prestatie 4);

<sup>15</sup> Zorgverzekeraar Eno is weergegeven bij de inkoopcombinatie Multizorg.



- Medisch inhoudelijke inclusiecriteria gebaseerd op de richtlijn polyfarmacie bij ouderen (prestatie 4).

Eén verzekeraar stelt als voorwaarde dat regionale partijen een businesscase moeten indienen die door de betreffende verzekeraar geaccordeerd moet worden om prestatie 5 en 6 in rekening te kunnen brengen. Op het moment van onderzoek kunnen in totaal 12 apotheken in Nederland deze prestaties bij deze zorgverzekeraar declareren.

Uit gesprekken met apotheehoudenden komt naar voren dat bepaalde aanvullende voorwaarden worden ervaren als een beperking om noodzakelijke zorg in rekening te kunnen brengen. Als voorbeeld wordt de volumebeperking genoemd. Hierdoor kan het voorkomen dat niet iedere patiënt die volgens de apotheker op medisch inhoudelijke gronden in aanmerking komt voor een medicatiebeoordeling, deze ook daadwerkelijk krijgt geleverd.

#### 4.1.3 Dienstapotheken

Veldpartijen hebben per 2014 een andere invulling gegeven aan het bekostigingsmodel voor dienstapotheken. De vergoeding die wordt overeengekomen tussen de dienstapothek en verzekeraars komt tot stand middels een representatiemodel. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft aangegeven geen belemmeringen te zien voor het op basis van een representatiemodel gezamenlijk inkopen van farmaceutische spoedzorg<sup>16</sup>. Het tarief dat de dienstapothek ontvangt, is afgeleid van een begroting die de dienstapothek indient bij de verzekeraar. De twee grootste verzekeraars in de regio voeren gesprekken met de dienstapothek over de begroting. De overige verzekeraars volgen het tarief dat hieruit voortkomt.

Doel dat onder andere met dit contracteermiddel wordt beoogd, is het verbreken van de financiële band tussen apothek en dienstapothek. De individuele apotheehoudende behoudt daarbij wel de verplichting om 24-uur zorg te leveren of hiervoor een regeling te treffen. Daarnaast leidt het nieuwe bekostigingssysteem tot een grote spreiding in ANZ tarieven tussen aanbieders en een gemiddelde toename het ANZ tarief in vergelijking met voorgaande jaren. In gebieden waarin de dienstapothek een relatief laag volume haalt, zal het tarief relatief hoog zijn en dit tarief kan ten laste komen van het eigen risico van de patiënt. In paragraaf 7.4 wordt de ontwikkeling van de tarieven voor farmaceutische spoedzorg in beeld gebracht.

#### 4.1.4 Inkoopbeleid geneesmiddelen

Deze paragraaf gaat in op het inkoopbeleid van geneesmiddelen door zorgverzekeraars waarbij onderscheid wordt gemaakt in single-source en multi-source geneesmiddelen. Een single-source geneesmiddel betreft een geneesmiddel (in een bepaalde sterkte en toedieningsvorm) die door slechts één leverancier op de markt wordt gebracht. Een multi-source geneesmiddel is een geneesmiddel (in een bepaalde sterkte en toedieningsvorm) die door meerdere leveranciers kan worden geleverd.

Zorgverzekeraars hanteren, net als in 2013, nog een kortingspercentage op de apothekinkooprijzen (AIP)<sup>17</sup> of de prijs die van de AIP is afgeleid.

<sup>16</sup> Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 8 april 2014: Betreft Resultaten Bestuurlijk overleg farmacie met Kenmerk 357184-119358-GMT

<sup>17</sup> Inkooprijzen van geneesmiddelen en andere farmaceutische producten zijn opgenomen in een prijslijst. De inkooprijzen zijn de apothekinkooprijzen van de

Achmea en CZ voeren een eigen prijslijst waarvan de prijzen zijn afgeleid uit de G-standaard<sup>18</sup>. De overige zorgverzekeraars verwijzen direct naar deze standaard voor de AIP. Verzekeraars passen een korting toe ter compensatie voor de korting die apothekers bedingen op de inkoopprijs van geneesmiddelen bij groothandels.

Een aantal verzekeraars heeft de wijze waarop de vergoeding van geneesmiddelen wordt bepaald aangepast in 2014 ten opzichte van het voorgaande jaar. Het kortingspercentage is bij een aantal zorgverzekeraars veranderd ten opzichte van 2013, zowel hoger als lager. Daarnaast is een aantal verzekeraars afgestapt van het model waarin de prijzen van geneesmiddelen voor een bepaalde periode worden vastgezet op een historisch niveau. Een aantal verzekeraars die dit model nog wel hanteren herijken de geneesmiddelprijzen meer frequent.

Zorgverzekeraars hanteren verschillende vormen van inkoopbeleid voor multi-source geneesmiddelen, eventueel gecombineerd. Dit zijn:

- Preferentiebeleid;
- Laagste prijs garantie (LGP) ook wel prijspreferentie al dan niet in combinatie met margebeleid;
- Pakjesprijsmodel.

#### *Preferentiebeleid*

Door het preferentiebeleid bepalen zorgverzekeraars via de polis dat van een cluster geneesmiddelen die dezelfde werkzame stof bevatten alleen het (de) aangewezen geneesmiddel(en) wordt(en) vergoed aan hun verzekerden. Verzekerden hebben geen recht op vergoeding van geneesmiddelen met eenzelfde 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. Wanneer een niet preferent geneesmiddel wordt versterkt wordt zowel het geneesmiddel als de zorgverlening niet vergoed.

Een variant op het preferentiebeleid is het covert-preferentiebeleid. Hierbij onderhandelen de fabrikanten rechtstreeks met de zorgverzekeraars over de prijs van een geneesmiddel. De fabrikant biedt een onderhandse korting direct aan de verzekeraar aan. De AIP van het betreffende geneesmiddel blijft daarbij onveranderd. Dit houdt in dat de apotheker de AIP bij de verzekeraar in rekening brengt, en dat de verzekeraar hierop een korting krijgt van de fabrikant.

#### *Laagste prijs garantie (en margebeleid)*

Bij een inkoopbeleid op basis van prijsgarantie bepaalt de verzekeraar de hoogte van de vergoeding, maar stelt geen beperkingen aan de middelen die vergoed worden. De verzekeraar bepaalt hierbij een maximum vergoeding binnen een cluster van geneesmiddelen. Dit maximum is vaak gebaseerd op de AIP van het goedkoopste geneesmiddel.

Indien de verzekeraar naast de laagste prijsgarantie een margebeleid voert, betekent dit dat een bepaalde bandbreedte geldt boven de vastgestelde laagste prijs. Indien niet het goedkoopste geneesmiddel ter hand wordt gesteld, wordt de farmaceutische zorgverlening wel vergoed.

#### *IDEA-model*

---

artikelverpakking, ook wel AIP of lijstprijs genoemd. De productverantwoordelijke stelt de AIP vast.

<sup>18</sup> Databank met gegevens over geneesmiddelen en andere farmaceutische producten.

Apotheekhoudenden ontvangen een gemiddelde prijs voor een hoeveelheid van een geneesmiddel die is uitgedrukt in Defined Daily Dose (DDD). Apotheken ontvangen daardoor eenzelfde vergoeding voor geneesmiddelen ongeacht welk geneesmiddel ter hand is gesteld binnen het vastgestelde cluster van geneesmiddelen.

De verzekeraars rapporteren onderstaande veranderingen in het inkoopbeleid voor multi-source geneesmiddelen:

- Toename of afname van aantal stofnamen op de lijst die in aanmerking komen voor het inkoopbeleid;
- Stopzetten van een distributievergoeding op niet preferente multi-source geneesmiddelen;
- Bij een aantal stofnamen is een product voor 2 jaar als preferent aangewezen.

#### *Beschikbaarheid geneesmiddelen en inkoopbeleid*

Apotheken hebben aangegeven dat het inkoopbeleid van zorgverzekeraars kan leiden tot beschikbaarheidsproblemen van geneesmiddelen. Indien een geneesmiddel niet beschikbaar is, wordt het niet preferente maar wel beschikbare geneesmiddel geleverd en gedeclareerd, tenzij dit medisch niet verantwoord is. Dit kan een financieel verlies opleveren en kost veel tijd door administratieve lasten voor de apotheker. Ook kan het voorkomen dat er helemaal geen middel met de betreffende werkzame stof beschikbaar is in de apotheek. In paragraaf 6.4 wordt nader ingegaan op de effecten van leveringsproblemen voor patiënten.

## 4.2 Contracteerproces

In deze paragraaf wordt ingegaan op het contracteerproces voor de contracten 2014.

### 4.2.1 Vertegenwoordiging

Openbare apotheken laten zich op verschillende wijzen vertegenwoordigen in het contracteerproces met de verzekeraars. Wij onderscheiden de volgende vormen van vertegenwoordiging:

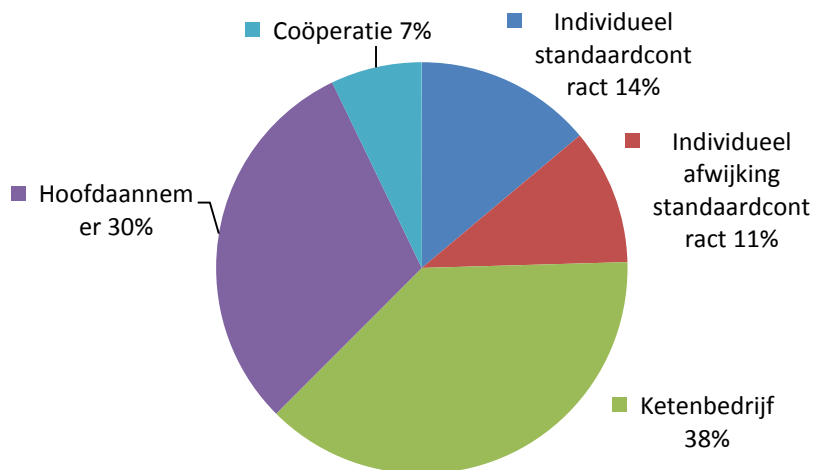
- Hoofdaannemer/onderaannemer constructie. Bijvoorbeeld de Nederlandse Farmaceutische Zorggroep (NFZ). NFZ sluit contracten met zorgverzekeraars. Vervolgens kunnen apotheken als onderaannemer een contract afsluiten met de hoofdaannemer NFZ. De contracten die de hoofdaannemer sluit verschillen per zorgverzekeraar. Apotheken kunnen per zorgverzekeraar al dan niet intekenen.
- Coöperatie. Bijvoorbeeld PACT. PACT is een coöperatie van apotheekeigenaren bestaande uit een landelijk collectief van zelfstandige onafhankelijke apothekers. Apotheken die in een collectief onderhandelen mogen niet concurrerend zijn. Apotheken die mededingingsrechtelijk gezien wel concurreren kunnen niet aan hetzelfde collectief deelnemen, maar hebben wel de mogelijkheid om na afloop van het contracteerproces aan te sluiten bij het onderhandelingsresultaat van het collectief. De NZa heeft over deze vorm van vertegenwoordiging geen signalen over mededingingsproblemen ontvangen.
- Ketenbedrijf; bijvoorbeeld Mediq bestaande uit ketenapotheken in eigendom. Daarnaast kunnen franchise apotheken aansluiten bij het onderhandelingsresultaat van de keten.

- Apotheken die op individuele basis een contract afsluiten met de zorgverzekeraar, al dan niet bijgestaan door een juridisch expert of zorgmakelaar.

In onderstaand figuur is weergegeven hoe openbare apotheken zich laten vertegenwoordigen in het onderhandelingsproces. Deze informatie is gebaseerd op inschattingen van zorgverzekeraars.

Driekwart van de apotheken laat zich tijdens het contracteerproces vertegenwoordigen. Een kwart van de apotheken sluit op individuele basis een contract af met een zorgverzekeraar. Zelfstandige apotheken, die niet zijn aangesloten bij een ketenbedrijf, kiezen het vaakst voor een hoofdaannemer als vertegenwoordigingsvorm. Ook apotheekhoudende huisartsen laten zich grotendeels (93%) vertegenwoordigen in het contracteerproces door een organisatie.

**Figuur 4.5 Vertegenwoordiging openbare apotheken**



Bron: Contracteergegevens van zorgverzekeraars Achmea, CZ, De Friesland, DSW, Menzis, Multizorg, VGZ, Z&Z

Net als apotheken die zich laten vertegenwoordigen, kunnen individueel onderhandelende apotheken wel gebruik maken van een zorgmakelaar. De rol van de zorgmakelaar is het geven van (juridische) bijstand en controleren van de contracten aangeboden door zorgverzekeraars.

Momenteel zijn er drie groothandels met een apotheekketen (Mediq, Alliance Healthcare en BENU). Daarnaast zijn er vier ketenapotheken die zelfstandig klant zijn van een groothandel. Deze ketenapotheken kunnen zich aansluiten bij het onderhandelingsresultaat van het collectief (groothandel met ketenapotheken) waardoor de keten een groter marktaandeel en onderhandelingsmacht heeft. Apotheken hebben de mogelijkheid om per verzekeraar te kiezen voor een bepaalde vertegenwoordigingsvorm. De apotheker kan deze keuze laten afhangen van het onderhandelingsresultaat dat het betreffende collectief heeft kunnen bewerkstelligen. De mogelijkheid om achteraf al dan niet aan te sluiten bij een collectief kan volgens partijen de onderhandelingskracht van het betreffende collectief verminderen. Het collectief weet immers bij voorbaat niet hoeveel apotheken zullen aansluiten. Niet alle vertegenwoordigers accepteren deze werkwijze.

#### 4.2.2 Good contracting practices

Begin maart 2014 zijn naar aanleiding van voorstellen uit het veld de Good Contracting Practices (GCP) aangepast. Partijen hebben tijdens het Bestuurlijk Overleg Farmacie afgesproken conform de GCP te werken tijdens het contracteerproces voor het jaar 2015. Nieuw in de GCP is onder andere de oplegger op het contract met de verschillen in het contract ten opzichte van het voorgaande jaar. Daarnaast zijn ook de afspraken tussen partijen, die niet in de GCP zijn opgenomen, wel gehanteerd gedurende het contracteerproces.

#### 4.2.3 Ervaringen en knelpunten contracteerproces verzekeraars

Zorgverzekeraars ervaren verbeteringen in het contracteerproces ten opzichte van voorgaande jaren. Dit heeft vooral te maken met een eerdere start en afronding van het contracteerproces. Bovendien raken partijen meer gewend aan het proces. Eén zorgverzekeraar noemt het contracteerproces wel intensief en intransparant.

Verzekeraars ervaren verschillen in de manier waarop apothekketens onderhandelen. Ook benoemen de verzekeraars de verandering in het bekostigingssysteem van dienstapotheken op basis van een representatiemodel. Een aantal verzekeraars ervaart dit systeem als een verbetering. Twee verzekeraars hebben dit contracteerproces als administratief complex ervaren.

### 4.3 Consumentkeuze voor apotheek

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd om onderzoek te doen naar de overwegingen van consumenten bij het kiezen van een openbare apotheek, poliklinische apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Panelleden die naar een openbare apotheek, poliklinische apotheek of apotheekhoudende huisarts zijn geweest, is gevraagd welke overwegingen een rol hebben gespeeld bij de keuze voor de apotheek waar zij op dit moment zijn ingeschreven. In tabel 4.1 zijn de overwegingen weergegeven die het vaakst zijn genoemd. Dit jaar was net als voorgaande jaren de locatie van de apotheek de voornaamste reden waarom consumenten overwogen over te stappen van apotheek.

**Tabel 4.1 Overwegingen bij de keuze voor een apotheek**

	Totaal farmacie	Apotheek	Poliklinische apotheek	Apotheekhoudende huisarts
Locatie/licging	64%	69%	45%	38%
Kom hier al van jongs af aan	25%	27%	3%	36%
Goede service	17%	17%	11%	27%
Vriendelijkheid personeel	14%	13%	8%	22%
Openingstijden	13%	13%	-	24%
Snelle service	10%	9%	10%	17%

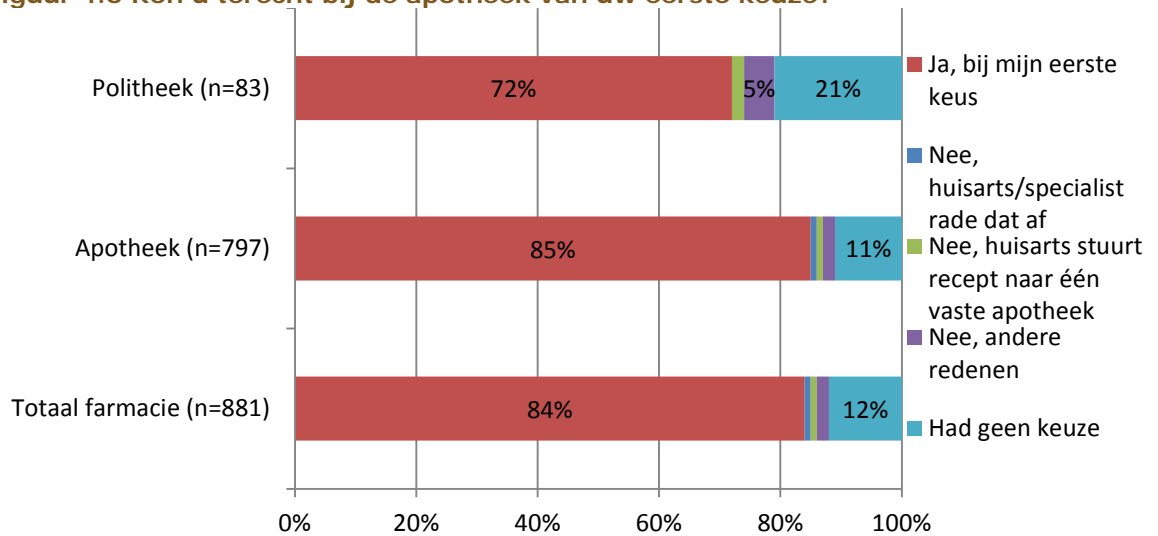
Bron: Motivaction 2014 (n bij Totaal farmacie; Apotheek; Poliklinische apotheek; Apotheekhoudende huisarts is respectievelijk 950; 797; 83 en 70)

De respondenten die naar een apotheek zijn geweest, is gevraagd of zij bij de keuze voor hun apotheek bij hun eerste keus terecht konden. Net

als vorig jaar kunnen de meeste respondenten terecht bij de apotheek van de eerste keus (figuur 4.6).

Van de respondent heeft 10% overwogen om over te stappen waarvan 4% daadwerkelijk is overgestapt. Deze respondenten is gevraagd wat de redenen waren om een overstap te overwegen (tabel 4.2). De meest genoemde overwegingen zijn vanwege verhuizing, ontevredenheid over de service, medicijnen vaak niet op voorraad zijn of te lange wachttijden aan de balie. De redenen waarom consumenten behoefte hadden om over te stappen, zijn niet veranderd ten opzichte van vorig jaar.

**Figuur 4.6 Kon u terecht bij de apotheek van uw eerste keuze?**



Bron: Motivaction 2014; \*Antwoorden van respondenten die aangeven zelf te kunnen kiezen voor een apotheek/poliklinische apotheek.

**Tabel 4.2 Redenen voor behoefte om over te stappen apotheek**

Reden	Totaal farmacie
Vanwege verhuizing	26%
Ontevredenheid service	25%
Medicijnen vaak niet op voorraad	25%
Te lange wachttijden aan balie	23%
Ontevredenheid zorgverlening	15%
Bejegening	12%

Bron: Motivaction 2014 (n=114)

#### 4.4 Toezicht NZa

Op grond van ontvangen signalen en de marktscan Extramurale farmaceutische zorg van februari 2013 heeft de NZa besloten om in 2013 onderzoek te doen naar de naleving van de zorgplicht door verzekeraars. De onderwerpen die in dit onderzoek aan bod zijn gekomen, worden hieronder kort toegelicht.

*Overdracht tussen extramurale en intramurale apotheek*

De NZa heeft in 2013 signalen ontvangen over het niet voldoen aan de veldnorm bij medicatieoverdracht. De veldnorm die de IGZ hanteert is gevat in de 'Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten'. Volgens deze richtlijn en de verdere invulling die de IGZ hieraan heeft gegeven dient bij medicatieoverdracht zowel de eerstelijns apotheek als de tweedelijns apotheek activiteiten te verrichten. De NZa heeft geconstateerd dat geen van de zorgverzekeraars de prestaties begeleiding bij opname en ontslag uit het ziekenhuis expliciet bij zowel eerstelijns als tweedelijns apotheken inkoop. De meeste zorgverzekeraars stelden deze prestaties wel in de eerste lijn in te kopen maar de kosten te verdisconteren in het tarief voor terhandstelling. Dit bleek echter niet expliciet en ondubbelzinnig uit alle contracten. Daarnaast stelden veel verzekeraars dat deze zorg niet in de eerste lijn maar alleen in de tweede lijn was ingekocht. De NZa heeft de zorgverzekeraars op grond van bovenstaande bevindingen aangesproken op een goede en duidelijke inkoop van de prestatie begeleiding bij opname en ontslag uit het ziekenhuis. In paragraaf 3.1 van deze marktscan wordt een weergave gegeven van de gecontracteerde prestatie voor het jaar 2014.

#### *Beschikbaarheid preferente geneesmiddelen*

Ook de beschikbaarheid van geneesmiddelen raakt de zorgplicht. Zorgverzekeraars moeten zorg tijdig aan hun verzekerden leveren. Ook het voeren van preferentiebeleid kan volgens apotheken een oorzaak zijn van het niet beschikbaar zijn van preferente geneesmiddelen in een apotheek. De NZa heeft geconstateerd dat alle verzekeraars beleid hebben voor de gebeurtenis dat een als preferent aangewezen middel niet leverbaar is. In paragraaf 6.3 wordt nader ingegaan op dit onderwerp.

#### *Dienstapotheken*

In december 2012 kwamen problemen aan het licht met de contractering van dienstapotheken door zorgverzekeraars. De NZa heeft in 2013 geconstateerd dat zorgverzekeraars 7x24 uren dienstverlening inkopen bij openbare apotheken en heeft aangegeven de contractering van dienstapotheken te zullen volgen. Vanaf 2014 worden aanbieders voor farmaceutische spoedzorg op basis van een representatiemodel gecontracteerd.

#### *Medicatiebeoordeling*

Ook het contracteren van de prestatie medicatiebeoordeling is onderzocht. De NZa heeft een verzekeraar aangesproken omdat deze verzekeraar de patiënten die hun geneesmiddelen via de prestatie week terhandstelling ontvangen had uitgesloten van de prestatie medicatiebeoordeling. Ook heeft de NZa conceptteksten van contracten over het jaar 2014 ter beoordeling opgevraagd om te borgen dat verzekeraars conform de veldnorm inkopen.





## 5. Kwaliteit

Dit hoofdstuk geeft zicht op het publieke belang 'kwaliteit', waarbij de nadruk ligt op de transparantie van kwaliteit en de wijze waarop zorgverzekeraars kwaliteitsaspecten betrekken bij de inkoop van zorg.

### 5.1 Contractafspraken over kwaliteit

De NZa heeft met behulp van de contracten die zijn gesloten tussen zorgverzekeraars en apotheken onderzocht welke afspraken er worden gemaakt op het terrein van kwaliteit. Uit de gesprekken met apotheken kwamen aandachtspunten naar voren die in de contracten van zorgverzekeraars nader zijn onderzocht.

#### *Basis kwaliteitseisen*

Zoals beschreven in hoofdstuk 4 zijn er negen inkoopende partijen actief op de inkoopmarkt voor extramurale farmaceutische zorg. Alle zorgverzekeraars stellen daartoe in de contracten een aantal basiseisen. Apotheken die niet voldoen aan deze basiseisen komen niet in aanmerking voor een contract. Voorbeelden van basiseisen waaraan een apotheek moet voldoen zijn onder andere de Nederlandse Apotheek Norm (NAN), toepassing van het statuut KNMP, delen van het medicatiedossier ten behoeve van medicatiebewaking en deelname aan het farmacotherapeutisch overleg (FTO). Daarnaast vragen veel zorgverzekeraars HKZ certificering. Ook hebben zorgverzekeraars, de beroepsgroep en consumentenorganisaties in 2013 gezamenlijk een Consumer Quality index (CQi) farmacie uitvraag gedaan. Het verschil in de basiscontracten tussen verzekeraars, wat betreft kwaliteit, ontstaat door de gedetailleerdheid van omschrijving welk kwaliteitsniveau bereikt dient te worden.

#### *Aanvullend kwaliteitsbeleid*

Verschillende zorgverzekeraars hanteren bij de contractering een systeem voor aanvullende kwaliteitsafspraken. Indien de apotheek aan de aanvullende kwaliteitseisen voldoet, ontvangt de apotheek een hogere vergoeding. Bij de aanvullende kwaliteitseisen kan onderscheid worden gemaakt tussen kwaliteitseisen die meer servicegericht zijn en kwaliteitseisen die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorglevering.

Voorbeelden van servicegerichte kwaliteitseisen zijn openingstijden, herhaalservice en deelname aan een klanttevredenheidsonderzoek. Voorbeelden van kwaliteitseisen die betrekking hebben op de kwaliteit van zorgverlening zijn onder andere score op bepaalde kwaliteitsindicatoren, gebruik van een mystery-shopper en het verrichten van extra activiteiten ter verbetering van de medicatiebewaking en de bevordering van de therapietrouw. De nadruk op bepaalde kwaliteitsaspecten verschilt tussen verzekeraars.

Verschillende apothekers ervaren de verschillende vormen van kwaliteitsbeleid van verzekeraars als een administratieve belasting. Dit hangt samen met de verantwoording die apothekhoudenden dienen af te leggen over het resultaat van de extra inspanning.

## 5.2 Kwaliteit van zorg

In de afgelopen jaren zijn door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) risico- en kwaliteitsindicatoren ontwikkeld voor het signaleren van risico's en het meten van kwaliteit ten behoeve van toezicht en handhaving. Daarnaast zijn verschillende veldpartijen bezig met de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor het transparant maken van kwaliteit.

### 5.2.1 Normen

Eisen aan de kwaliteit van zorg zijn globaal vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Hierin wordt geëist dat de openbare apotheek verantwoorde zorg dient te leveren; zorg van verantwoord niveau die tijdig, veilig, doeltreffend en patiëntgericht is. Kwaliteitsnormen waaraan de apotheker volgens de beroepsorganisatie moet voldoen staan beschreven in de Beroepscode en Gedragsregels van de KNMP. Aanvullend hierop zijn specifieke richtlijnen en standaarden uitgewerkt in de Nederlandse Apotheek Norm (NAN)<sup>19</sup>.

### 5.2.2 Branche- en beroepsverenigingen

De KNMP is de grootste beroeps- en branchevereniging voor apothekers. De KNMP behartigt de belangen van haar leden, de branche en de farmacie in het algemeen. De Apotheekhoudende Afdeling van de LHV behartigt de belangen van alle apotheekhoudende huisartsen in Nederland. Daarnaast zijn onder andere de volgende branche- en beroepsverenigingen actief: de Associatie van Ketenapotheken (ASKA); Nederlandse Apothekers Coöperatie (Napco); Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie (NVPF), Stichting Dienstapotheken Nederland (SDN).

### 5.2.3 Toezicht IGZ

Ter bevordering van de volksgezondheid houdt de IGZ toezicht op de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. Specifiek voor apotheken geldt dat het toezicht zich richt op de "handhaving van wettelijke bepalingen, het bevorderen van medicatieveiligheid en op de kwaliteit van de behandeling van ziekten en aandoeningen met geneesmiddelen (farmacotherapie)"<sup>20</sup>. Haar bevoegdheden staan beschreven in de Geneesmiddelenwet<sup>21</sup>. De IGZ hanteert drie methoden van toezicht in alle sectoren, inclusief de farmacie:

- Incidententtoezicht;
- Thematoezicht;
- Risico-indicatorentoezicht.

Bij incidententtoezicht wordt gehandhaafd op basis van meldingen die duiden op ernstige tekortkomingen in de kwaliteit van zorg of structurele tekortkomingen in de zorg aan het licht brengen. Thematoezicht is gericht op het verkrijgen van landelijk inzicht op sector brede zaken, bijvoorbeeld specifieke knelpunten in de kwaliteit van zorg. Ook zorgsector overstijgende thema's worden onderzocht, zoals patiëntveiligheid. Vanaf 2009 houdt de IGZ op basis van indicatoren toezicht op openbare apotheken. Dit risico-indicatorentoezicht wordt

<sup>19</sup> Website KNMP, zie bijlage 1.

<sup>20</sup> Website IGZ, zie bijlage 1.

<sup>21</sup> Website IGZ, zie bijlage 1.

gebruikt als methode om efficiënt en effectief te handhaven. Met behulp van goed geformuleerde indicatoren kan de kwaliteit en de veiligheid van de zorg worden gemeten. In totaal zijn 45 indicatoren geformuleerd die elk toezien op één van de elf domeinen, zie tabel 5.2 voor een overzicht van de domeinen.

**Tabel 5.2 Domeinen indicatoren**

Domeinen	
Patiëntendossier	Begeleiden patiënten
Contra-indicaties	Patiëntervaringen betrekken bij zorgverlening
Intoleranties	Apotheekbereiding
Interacties	Farmacotherapiebeleid
Ter hand stellen van geneesmiddelen	Poliklinische apotheken
Interne-incidentenregistratie	

Bron: IGZ (2011). Kwaliteitsindicatoren 2010 Basisset apotheken.

## 5.3 Transparantie van informatie

Transparantie van informatie is van belang om onder andere de kwaliteit van zorg te kunnen meten. In deze paragraaf wordt ten eerste de transparantie van kwaliteit behandeld, gevolgd door informatievoorziening aan de patiënt.

### 5.3.1 Transparantie van kwaliteit

In juli 2012 hebben de KNMP, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers, Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie en Landelijke Huisartsen Vereniging – Apotheekhoudende afdeling gezamenlijk de Stichting Kwaliteitsindicatoren Farmacie (SKIF) opgericht. De stichting heeft tot doel het aanleveren, verzamelen, bewerken en beheren van zorginhoudelijke data en het adviseren over kwaliteitsindicatoren. De uitvraag van kwaliteitsindicatoren gebeurt in opdracht van de stuurgroep Kwaliteitsindicatoren<sup>22</sup>. Deze stuurgroep bestaat uit brancheverenigingen, patiënten- en consumentenverenigingen, verzekeraars, en de IGZ. Ook de vaststelling van de indicatoren geschiedt in deze stuurgroep. De SKIF heeft kwaliteitsindicatoren geformuleerd op een tiental domeinen. In onderstaande tabel wordt een overzicht van de domeinen gegeven.

<sup>22</sup> Aan de stuurgroep nemen deel: Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Consumentenbond, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie (NVPF), Landelijke Huisartsen Vereniging Apotheekhoudende Afdeling (LHV-AHA) en KNMP.

**Tabel 5.2 Domeinen kwaliteitsindicatoren**

Domeinen	
Kwaliteitsmanagement	Ter hand stelling
Continuïteit van zorg	Monitoring geneesmiddelengebruik
Medicatiebewaking	Zelfzorg
Communicatie met de patiënt	Beheer van geneesmiddelen
Bereiding	Onderwijs, onderzoek en ontwikkeling van zorg

Bron: KNMP (2012). Kwaliteitsindicatoren Farmacie, Openbare Apotheken (OA).

De indicatoren zijn gemeten op apotheekniveau middels zelfrapportage. De specifieke indicatoren per domein zijn voorgelegd aan de stuurgroep Kwaliteitsindicatoren Farmacie ter beoordeling voor publicatie. De SKIF publiceert in samenwerking met de KNMP, NPCF en Consumentenbond, naar verwachting eind 2014, de scores van individuele apotheken van indicatoren op de domeinen 'kwaliteitsmanagement', 'continuïteit van zorg' en 'medicatiebewaking' op. Het beoordelingsproces waarin door voornoemde partijen beoordeeld wordt welke indicatoren geschikt zijn voor publicatie loopt nog. Publicatie van individuele scores geeft inzicht in de kwaliteit op het betreffende domein en is te raadplegen via de website [www.apotheek.nl](http://www.apotheek.nl). In tabel 5.3 is te zien welke specifieke indicatoren het domein vormen.

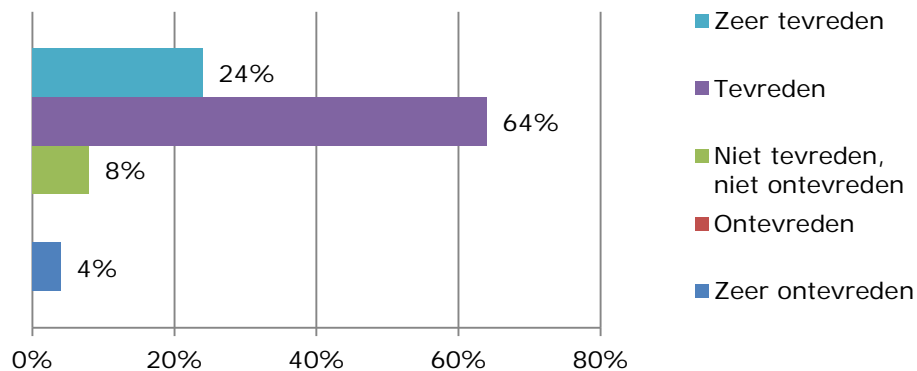
**Tabel 5.3 Overzicht indicatoren per domein**

Kwaliteitsmanagement	Continuïteit van zorg	Medicatiebewaking
Onderzoek uitgevoerd naar cliëntervaringen of cliënttevredenheid	Gebruik van de historie van het AIS	Jaarlijkse controle van de parameters ten behoeve van medicatiebewaking
Registratie van incidenten	Deelname aan een farmacotherapeutisch overleg	Elektronische vastlegging van ondernomen acties
Registratie van klachten	Informereren trombosedienst bij terhandstelling co-trimoxazol	Vastgelegde werkafspraken contra-indicaties voor patiënten zonder patiëntendossier
Interne registratie van medicatie-incidenten		Vastgelegde werkafspraken over het vragen naar allergieën en overgevoeligheden
		Protocol voor doseringscontrole op werkzame bestanddelen

Bron: KNMP (2012). Kwaliteitsindicatoren Farmacie, Openbare Apotheken (OA).

### 5.3.2 Informatievoorziening patiënt

Voldoende transparantie in de informatievoorziening aan patiënten kan bijdragen aan de tevredenheid van patiënten over de kwaliteit van farmaceutische zorg. Motivaction heeft in opdracht van de NZa de transparantie van informatie onderzocht vanuit het oogpunt van de patiënt. De meerderheid van de respondenten (77%) heeft een instructie, uitleg of advies gekregen bij de ontvangst van het geneesmiddel. 21% heeft dat niet gekregen en 2% van de respondenten kan het zich niet meer herinneren. Figuur 5.1 laat de mate van tevredenheid over de verkregen toelichting zien van de respondenten die informatie hebben ontvangen.

**Figuur 5.1 Tevredenheid over verkregen toelichting**

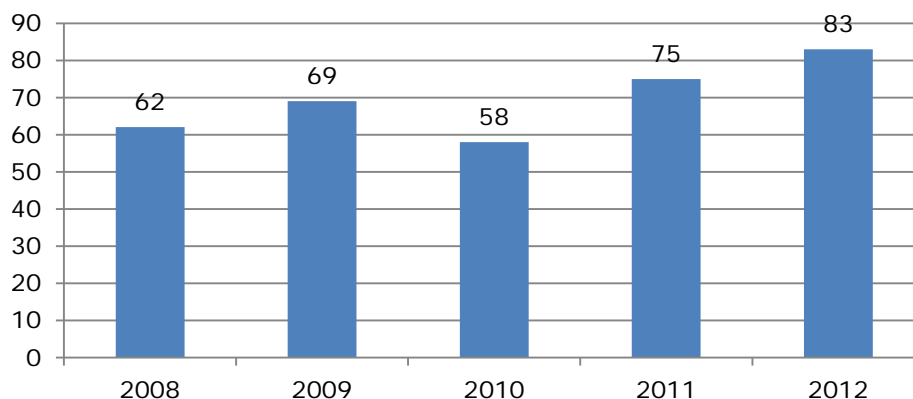
Bron: Motivaction

Zoals te zien in figuur 5.1 is 88% van de respondenten tevreden tot zeer tevreden over de verkregen toelichting. Slechts 4% van de respondent is ontevreden tot zeer ontevreden.

#### 5.4 Klachten over apotheken

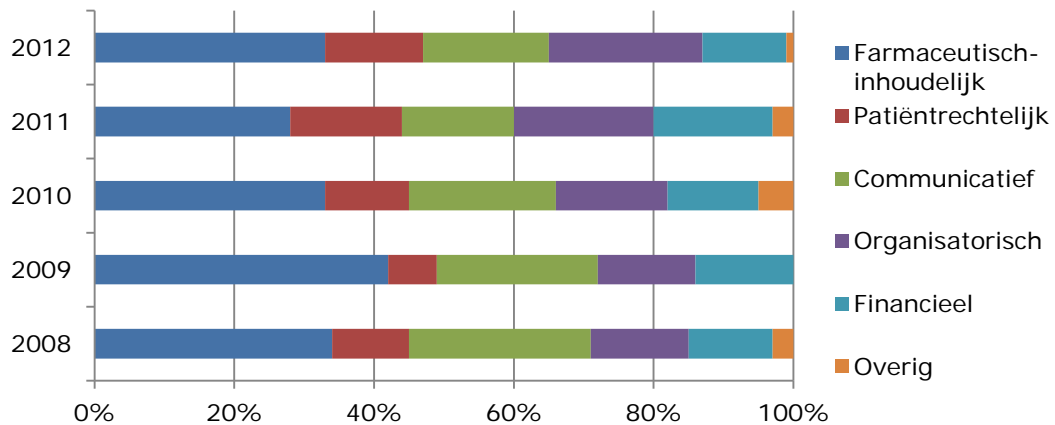
Bij de Klachtencommissie Openbare Apotheek kunnen patiënten terecht als zij een klacht hebben. Inzicht in klachten tegen apotheken kan een beeld geven van knelpunten in de kwaliteit van zorg. Op basis van informatie uit het jaarverslag 2012 van de Klachtencommissie wordt in deze paragraaf kort een overzicht gegeven van de klachten.

In 2012 zijn 83 nieuwe klachten ingediend die zijn op te splitsen in 138 klachtonderdelen. 67 klachten zijn eind 2012 afgerond en 34 klachtenprocedures liepen nog per 1 januari 2013. Figuur 5.2 geeft een overzicht van het aantal nieuw ingediende klachten per jaar van 2008 tot en met 2012.

**Figuur 5.2 Aantal klachten bij Klachtencommissie 2008-2012**

Bron: KNMP (2013). Jaarverslag Klachtencommissie Openbare Apotheek 2012.

Bovenstaande figuur laat vanaf 2010 een lichte stijging zien van het aantal klachten. In figuur 5.3 wordt de verdeling van de klachten in subcategorieën in percentages weergegeven voor de jaren 2008-2012.

**Figuur 5.3 Procentueel aandeel klachtonderdelen 2008-2012**

Bron: KNMP (2013). Jaarverslag Klachtencommissie Openbare Apotheek 2012.

Figuur 5.3 geeft weer dat de meeste klachten van farmaceutisch-inhoudelijke aard zijn. Hier betreft de klacht meestal dat de apotheek niet bereid was het voorgeschreven geneesmiddel ter hand te stellen vanwege het preferentiebeleid van zorgverzekeraars. Daarnaast hebben klachten van patiënten voornamelijk betrekking op het ter hand stellen van afwijkende doseringen en verkeerde medicatie. Het aantal patiëntrechtelijke klachten neemt vanaf 2007 toe. Het betreft hier voornamelijk het gebrek aan privacy aan de balie. De klachten van communicatieve aard worden vanaf 2008 minder, terwijl klachten van organisatorische aard vanaf 2008 juist toenemen. Voor wat betreft communicatie gaan de meeste klachten over de onheuse reactie van de apotheker bij melding van een fout of vergissing, of dat de apotheker niet de moeite had genomen om te reageren op een klachtbrief. Bij organisatorische klachten betreft het voornamelijk dat medicatie niet tijdig aanwezig was in de apotheek of dat medicatie niet of niet tijdig was thuisbezorgd. De klachten van financiële aard blijven over de jaren redelijk gelijk. Een voorbeeld van een dergelijke klacht is dat de apotheker de factuur contant wilt ontvangen, terwijl de medicatie door de verzekeraar vergoed wordt. Of de patiënt meent niet tijdig op de hoogte te zijn gesteld dat een bepaald medicijn niet meer wordt vergoed.

## 5.5 Signalen over farmaceutische zorg bij NZa

De NZa ontvangt in het kader van toezicht op zorgaanbieders signalen over farmaceutische zorg. De signalen zijn uiteenlopend van aard en kunnen van zowel patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars afkomstig zijn.

In 2012 zijn in totaal 65 signalen bij de NZa binnengekomen. In 2013 zijn dat er 120. Het aantal binnengekomen signalen in 2013 is dus bijna verdubbeld ten opzichte van 2012. Bij de NZa zijn geen aanwijsbare redenen bekend voor de stijging van het aantal signalen over farmaceutische zorg in 2013.

Onderstaande tabel geeft de top 5 van risicotyperingen weer waarover de meeste signalen zijn ontvangen in de jaren 2012 en 2013. De eerste drie genoemde risicotyperingen hebben geen betrekking op de kwaliteit van zorg, hoewel het de kwaliteit wel kan beïnvloeden. De vierde genoemde risicotypering, zorg niet (tijdig) geleverd, betreft wel direct de

kwaliteit of toegankelijkheid van zorg. De laatste risicotypering gaat over transparantie van informatie. Mede op basis van de binnengekomen signalen is een risicoanalyse gemaakt, wat gebruikt zal worden binnen het signaaltoezicht. Dit jaar zijn nog geen concrete acties ondernomen op een signaal.

**Tabel 5.4 Risicotyperingen ontvangen signalen per jaar**

Risicotypering		2012	2013
Upcoding	Aantal	6	21
	Percentage totaal aantal signalen	9%	18%
Onjuiste vergoeding zorgverzekeraar	Aantal	7	14
	Percentage totaal aantal signalen	11%	12%
Uitoefening marktmacht	Aantal	12	9
	Percentage totaal aantal signalen	18%	8%
Zorg niet (tijdig) geleverd	Aantal	2	10
	Percentage totaal aantal signalen	3%	8%
Informatie niet aanwezig	Aantal	3	15
	Percentage totaal aantal signalen	5%	13%

Bron: NZa





## 6. Toegankelijkheid

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de toegankelijkheid van de extramurale farmaceutische zorg. Ten eerste wordt ingegaan op de bereikbaarheid van zorgaanbieders. Daarnaast heeft de NZa om de toegankelijkheid van farmaceutische zorg inzichtelijk te maken, een onderzoek laten uitvoeren onder consumenten door onderzoeksbureau Motivaction. Het betreft een herhaalmeting<sup>23</sup>. Onder haar consumentenpanel is een representatieve steekproef genomen voor de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 70 jaar die in 2013 en/of 2014 een geneesmiddel op recept heeft opgehaald. In totaal hebben 1.100 respondenten de online vragenlijst ingevuld. Zie bijlage 1 voor een gedetailleerde onderzoeksverantwoording. De resultaten van het onderzoek komen in dit hoofdstuk aan bod. Vervolgens wordt in paragraaf 6.5 ingegaan op problemen met de beschikbaarheid van geneesmiddelen en in welke mate dit kan leiden tot problemen voor consumenten. Deze analyse is uitgevoerd op basis van declaratiegegevens van Vektis.

### 6.1 Bereikbaarheid van zorgaanbieders

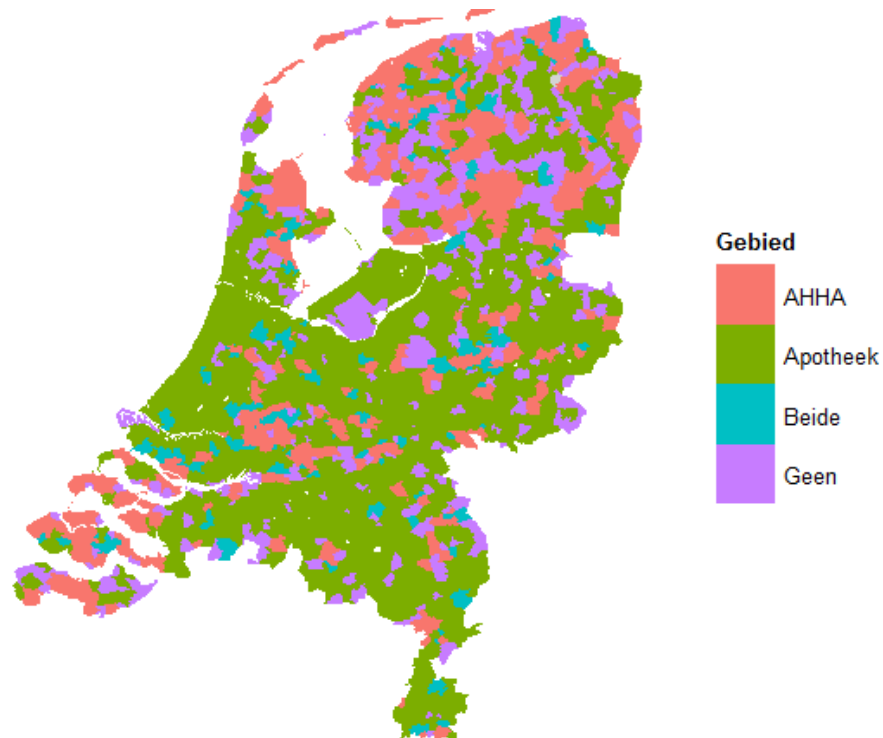
De manier waarop extramurale farmaceutische zorg in Nederland is georganiseerd, is onder andere beschreven in de Geneesmiddelenwet. In de geneesmiddelenwet is beschreven dat in gebieden waar de afstand tussen een openbare apotheek en een consument groter is dan de gestelde norm (4,5 kilometer gemeten over de voor het gemotoriseerde verkeer bestemde weg), huisartsen een vergunning kunnen verkrijgen tot het verlenen van farmaceutische zorg (het bereiden van en ter hand stellen van UR- of UA-geneesmiddelen aan patiënten in zijn praktijk, in het betreffende gebied)<sup>24</sup>.

Figuur 6.1 geeft aan of er binnen een afstand van 4,5 kilometer, een openbare apotheek, een apotheekhoudende huisarts, beide of geen van beide te bereiken is. Te zien is dat het grootste gedeelte van Nederland groen gekleurd is en in deze gebieden een apotheek binnen 4,5 kilometer te bereiken is. De roze gebieden geven aan dat in deze gebieden een apotheekhoudende huisarts binnen 4,5 km te bereiken is en in de blauwe gebieden zowel een apotheek als een apotheekhoudende huisarts. Ten slotte zijn er nog enkele gebieden paars gekleurd. Dit zijn de gebieden waarbij de afstand tot een farmaceutische zorgaanbieder groter is dan 4,5 kilometer. Hierbij wordt opgemerkt dat niet in alle gebieden op deze kaart inwoners woonachtig hoeven te zijn.

<sup>23</sup> De vorige metingen zijn uitgevoerd in 2012 en 2013.

<sup>24</sup> Geneesmiddelenwet

**Figuur 6.1 Bereikbaarheid openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen**



Bron: Geodan, 2010. IGZ, 2014. Farmatec, 2014.

Tabel 6.1 geeft aan hoeveel procent van de bevolking binnen een straal van een variabel aantal kilometers 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. 97,4 procent van de bevolking heeft een apotheekhoudende op een afstand van 4,5 kilometer of minder. De tweede dichtstbijzijnde apotheek of apotheekhoudende huisarts is voor 82,6% van de bevolking binnen 4,5 kilometer te bereiken.

**Tabel 6.1 Afstand tot aanbieder van farmaceutische zorg**

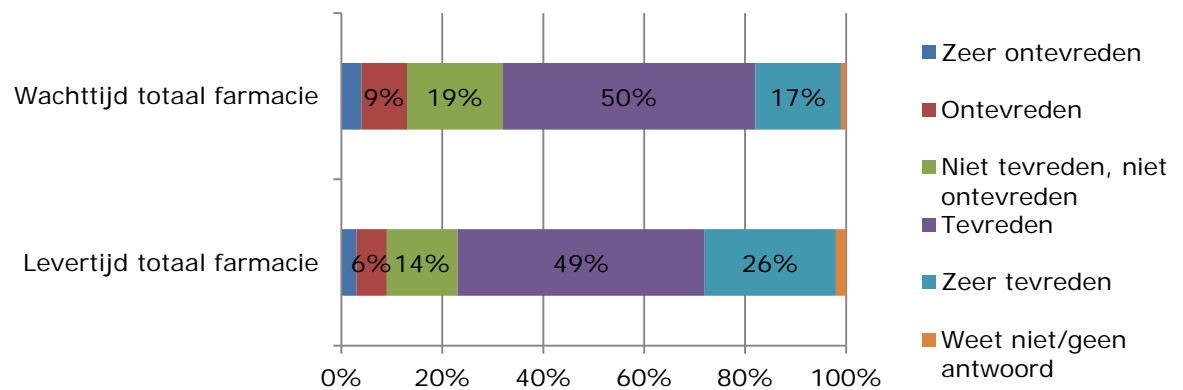
Afstand	500 m	2 km	4,5 km	7,5 km	10 km
Percentage van de bevolking dat de dichtstbijzijnde apotheekhoudende kan bereiken	76,1%	88,3%	97,4%	99,9%	100%
Percentage van de bevolking dat de tweede dichtstbijzijnde apotheekhoudende kan bereiken	27,7%	56,9%	82,6%	97,4%	99,6%

Bron: Geodan, 2010; IGZ, 2014; Farmatec, 2014

## 6.2 Wachttijden

In figuur 6.2 is weergegeven wat de tevredenheid is over de levertijd voordat geneesmiddelen beschikbaar zijn bij de apotheek. Indien het geneesmiddel niet op voorraad is, telt de levertijd vanaf het moment dat de patiënt voor de eerste keer naar de apotheek is gegaan voor het ophalen van een geneesmiddel op recept. Daarnaast wordt in dezelfde figuur de mate van tevredenheid weergegeven over de wachttijd. Onder wachttijd wordt de tijd verstaan dat de patiënt fysiek heeft moeten wachten in de apotheek, voordat de patiënt bij de balie zijn geneesmiddel op recept kan ophalen.

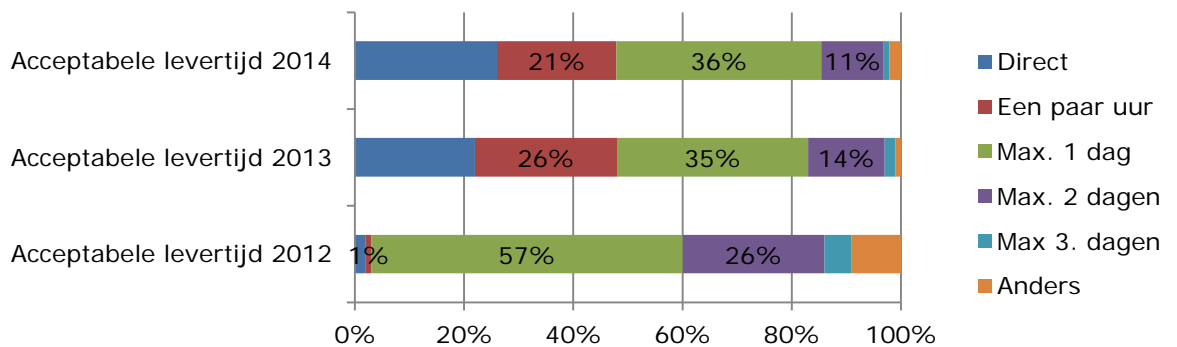
**Figuur 6.2** Tevredenheid over wachttijd en levertijd waarmee men geholpen is



Bron: Motivaction

Uit bovenstaande figuur blijkt dat meer dan de helft van de respondenten (zeer) tevreden is over de wachttijd. 13% van de respondenten is hierover (zeer) ontevreden. Meer dan de helft van de respondenten is (zeer) tevreden over de levertijd in de apotheek. In 9% van de gevallen is men hierover (zeer) ontevreden. De uitkomsten van het onderzoek in 2014 zijn vergelijkbaar met de uitkomsten van zowel 2012 als 2013. In figuur 6.3 staat de acceptabele levertijd naar mening van de respondenten voor het ophalen van recepten voor de jaren 2012, 2013 en 2014 weergegeven.

**Figuur 6.3** Acceptabele levertijd voor het ophalen van recepten

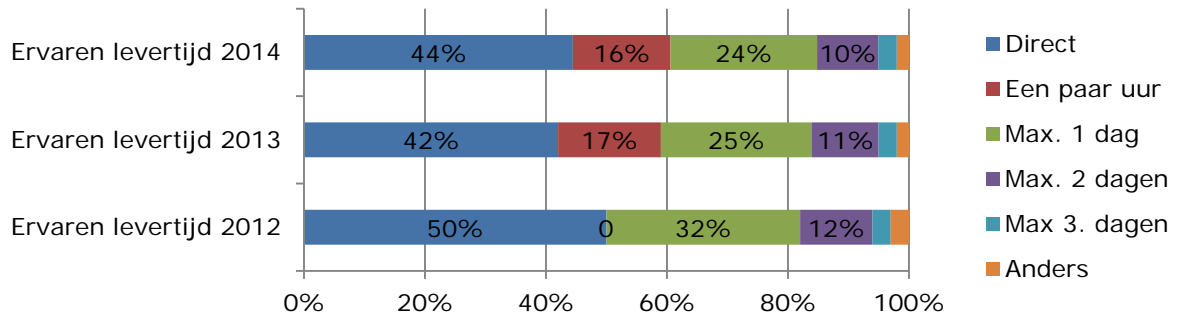


Bron: Motivaction

Figuur 6.3 geeft een verschuiving weer tussen 2012 en 2013 in wat men acceptabele levertijden vindt. Het figuur laat zien dat meer respondenten

in 2013 een levertijd tot maximaal 1 dag acceptabel vinden ten opzichte van 2012. Deze ontwikkeling zet zich in 2014 voort. Figuur 6.4 laat de ervaren levertijden zien over de jaren 2012, 2013 en 2014.

**Figuur 6.4 Ervaren levertijden voor het ophalen van recepten**



Bron: Motivaction

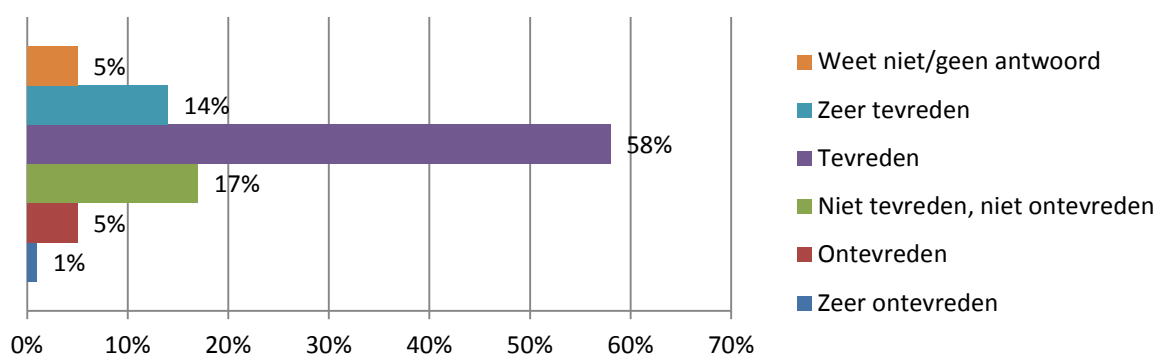
Bovenstaande resultaten laten zien dat respondenten in 2013 en 2014, ten opzichte van 2012, over het algemeen iets langer moeten wachten bij het ophalen van hun recepten dan dat zij acceptabel vinden. De ervaren levertijd in 2014 verschilt niet wezenlijk van de ervaren levertijd in 2013. Over alle jaren is in ruim 80% van de gevallen de ervaren levertijd maximaal 1 dag.

Als naar de jaren afzonderlijk wordt gekeken, vindt er over de jaren heen een relatief kleine toename in ervaren levertijden plaats; ‘direct’ daalt, ‘een paar uur’ stijgt en ‘max 1 dag’ daalt. Het aantal respondenten dat direct aan de beurt is neemt in 2013 met 8% af ten opzichte van 2012. In 2014 is hier een kleine stijging van 2% waarneembaar. De levertijd ‘een paar uur’ stijgt in 2013 met 17% ten opzichte van 2012. In 2013 blijft dit percentage nagenoeg gelijk. Het aantal respondenten die ‘max. 1 dag’ moeten wachten neemt met 7% af in 2013 ten opzichte van 2012. Het percentage respondenten dat ‘max. 1 dag’ moet wachten in 2014 is vrijwel gelijk als het percentage in 2014. Desondanks is de mate van tevredenheid over de jaren heen vrij stabiel gebleven.

### 6.3 Openingstijden

Naast de wachttijden is de tevredenheid over de openingstijden onderzocht. Dit wordt weergegeven in figuur 6.5.

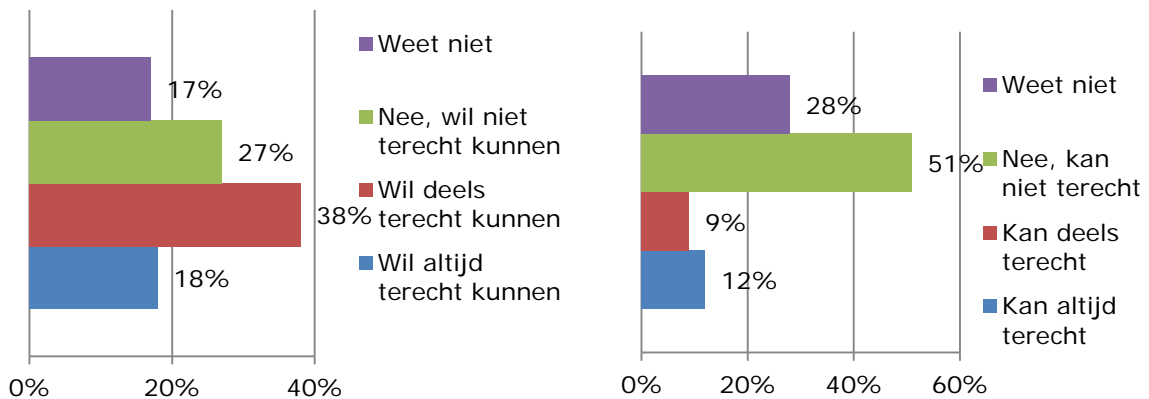
**Figuur 6.5 Tevredenheid over openingstijden**



Bron: Motivaction

Uit figuur 6.5 is op te maken dat 72% van de respondenten tevreden is over de openingstijden van apotheken. Slechts 6% geeft aan hier ontevreden tot zeer ontevreden over te zijn. Figuur 6.6 maakt de mogelijkheid en wenselijkheid om buiten kantoortijden bij de eigen apotheek terecht te kunnen voor niet-spoedeisende gevallen inzichtelijk.

**Figuur 6.6 Mogelijkheid om buiten kantoortijden bij de eigen apotheek terecht te kunnen**



Bron: Motivaction

65% van de respondenten geeft aan (deels) buiten kantoortijden bij de eigen apotheek terecht te willen. Dat is in slechts 21% van de gevallen (deels) mogelijk. Het lijkt erop dat de mogelijkheid om buiten kantoortijden bij een apotheek terecht te kunnen voor niet-spoedeisende gevallen van geringe invloed is op de tevredenheid over de openingstijden.

## 6.4 Online toegankelijkheid

In de huidige samenleving zijn steeds meer producten te verkrijgen via het internet. Het is mogelijk farmaceutische middelen online te bestellen bij zowel reguliere apotheken (als extra service) als internetapotheken. Internetapotheken hebben over het algemeen een landelijke dekking, waarbij primair het internet als medium wordt gebruikt om terhandstellingen te faciliteren. De internetapotheken hebben daardoor doorgaans geen face-to-face contact met de patiënt en kennen meestal de voorschrijvers van de patiënt niet. In bepaalde gevallen vergoeden een aantal zorgverzekeraars herhaalrecepten geheel als deze worden besteld bij internetapotheken en slechts gedeeltelijk als deze worden besteld bij een reguliere apotheek. Het doel hiervan is kostenbeheersing/-besparing door scherpe contractafspraken tussen zorgverzekeraar en internetapotheek.<sup>25</sup> Uit het consumentenonderzoek kwam naar voren dat slechts slecht 2% van het totale aantal respondenten gebruik heeft gemaakt van een internetapotheek.

<sup>25</sup> Website nationale apotheek, zie bijlage 1.

## 6.5 Beschikbaarheid geneesmiddelen

Geneesmiddelentekorten kunnen leiden tot het niet leverbaar zijn van het geneesmiddel in een apotheek. In deze marktscan wordt dan gesproken van een leveringsprobleem. Een leveringsprobleem kan verschillende oorzaken hebben. Een apotheek kan door zijn voorraad van een bepaald middel heen zijn, een groothandel kan geen voorraad meer hebben of een fabrikant kan een bepaald middel (tijdelijk) niet meer leveren aan Nederlandse groothandel. Het niveau waarop de oorzaak van het probleem speelt heeft invloed op de mate waarin leveringsproblemen zich voordoen bij Nederlandse apotheekhoudende.

Een leveringsprobleem kan gevolgen hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de farmaceutische zorg. Indien een bepaalde apotheek een geneesmiddel niet meer kan leveren, kan de patiënt overstappen op een andere toedieningsvorm en/of een andere sterkte van hetzelfde middel indien dit medisch verantwoord is. Daarnaast kan de patiënt besluiten om naar een andere apotheek te gaan omdat deze het geneesmiddel nog wel op voorraad heeft. Of een patiënt kan overstappen op een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof van een andere fabrikant. Eventueel kan de patiënt overstappen naar een therapeutisch equivalent middel met een andere werkzame stof indien dit medisch verantwoord is.

Daarnaast kan de apotheekhoudende inspanningen verrichten om een leveringsprobleem te voorkomen of op te lossen of de gevolgen voor de patiënt te beperken. De apotheek kan het middel bijvoorbeeld bij een andere groothandel bestellen (eventueel via een collega apotheek), of proberen het geneesmiddel in het buitenland te bestellen. Het oplossen van een leveringsprobleem kan de apotheekhoudende zodoende extra tijd en geld kosten.

Uit een onderzoek van het Nivel blijkt dat leveringsproblemen op apotheekniveau impact kan hebben op de zorg aan patiënten.<sup>26</sup> Uit dit onderzoek komt naar voren dat bij 31% van de respondenten die in het voorgaande halfjaar een geneesmiddel heeft opgehaald tenminste één maal in deze periode heeft ervaren dat de apotheek een geneesmiddel niet op voorraad had. De oorzaak hiervan is bij patiënten vaak onbekend. 36% van deze groep patiënten ervoer dit als een klein probleem en 8% als een groot probleem. Omgerekend naar de totale onderzochte populatie ervoer 14% van de patiënten die een geneesmiddel kwam ophalen bij de apotheek het als een klein of groot probleem dat een geneesmiddel niet op voorraad was. 60% van de patiënten die in eerste instantie het geneesmiddel niet mee kregen, kregen dit middel alsnog binnen een dag. 90% van de patiënten kreeg het oorspronkelijke middel binnen een week alsnog.

In ander een recent gepubliceerd onderzoeksrapport van Berenschot 'Impact van geneesmiddelentekorten voor patiënten'<sup>27</sup> komt ook naar voren dat geneesmiddelentekorten impact hebben op patiënten. Voor de meeste tekorten blijft deze impact beperkt tot ongemak en leiden ze niet tot gevolgen voor de gezondheid. In individuele gevallen en bij specifieke kwetsbare groepen kunnen geneesmiddelentekorten wel leiden tot gezondheidsschade. In een reactie op dit onderzoeksrapport heeft de

<sup>26</sup> Bron: Factsheet Nivel 'Bijna een derde van de patiënten die geneesmiddelen heeft opgehaald bij de apotheek ervaart dat deze niet op voorraad zijn'. Anne E.M. Brabers, Margreet Reitsma-van Rooijen, Liset van Dijk & Judith D. de Jong

<sup>27</sup> Impact van geneesmiddelentekorten voor patiënten; Annette de Boer, Adriaan Kraal, Floor Vreeswijk, Catrien Oom, Piet de Bekker, Sofie Berns; 10 juli 2014; Berenschot groep B.V.

Minister van VWS aangegeven dat moet worden gekeken hoe vermijdbare tekorten voorkomen kunnen worden en hoe de gevolgen van onvermijdbare tekorten kunnen worden beperkt.

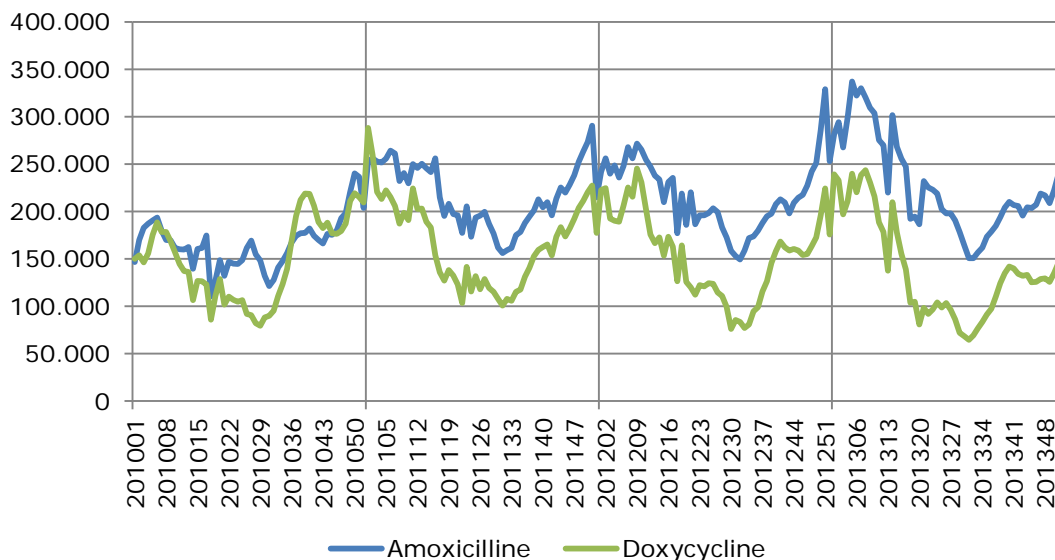
In deze paragraaf wordt de relatie tussen een gerapporteerd leveringsprobleem op groothandel niveau en het aantal declaraties van het geneesmiddel in Nederlandse apotheken in beeld gebracht. Deze relatie geeft inzicht in de mate waarin een leveringsprobleem op groothandel niveau zich kan vertalen naar een verminderd aantal uitgiftes op apotheekniveau. Daarbij wordt aangenomen dat een gedeclareerd geneesmiddel op dag x ook betekent dat dit betreffende middel op dag x is uitgegeven.

Van een tweetal antibiotica, te weten amoxicilline<sup>28</sup> en doxycycline, hebben partijen aangegeven dat er in 2012 en 2013 tekorten hebben gespeeld op groothandel niveau. Amoxicilline en doxycycline worden veel gebruikt bij luchtweginfecties, en kennen daardoor een duidelijk seizoenspatroon. In de onderstaande analyses wordt ingezoomd op het middel doxycycline.

Wij hebben één groothandel bereid gevonden om informatie aan te leveren over niet leverbare geneesmiddelen in de periode 2012-2013. Hieruit kwam naar voren dat de betreffende groothandel twee geneesmiddelen met de werkzame stof doxycycline begin 2013 niet meer kon leveren aan apotheken.

In Vektis declaratiedata hebben wij vervolgens de relevante declaraties van alle apotheekhoudenden verzameld en alle geleverde hoeveelheden omgerekend naar één maatstaf, de 'defined daily dosis', de DDD. In figuur 6.7 is het wekelijks aantal gedeclareerde DDD's voor amoxicilline en doxycycline (ongeacht merk of toedieningswijze) weergegeven. Op de x-as zijn jaar en week weergegeven, op de y-as het totaal aantal afgeleverde DDD's.

**Figuur 6.7 totaal afgeleverde DDD's amoxicilline en doxycycline per week**



Bron: NZa op basis van Vektis

<sup>28</sup> Begin 2013 is een tekort aan amoxicilline suspensie geconstateerd, die speciaal ontwikkeld is voor kinderen. Andere toedieningsvormen (zoals capsules en tabletten) waren wel beschikbaar maar zijn niet of minder geschikt voor inname bij kinderen. Bij andere vormen van amoxicilline was er geen sprake van leveringsproblemen.

Voor beide middelen is duidelijk het seizoenspatroon zichtbaar dat we bij deze geneesmiddelen verwachten. Daarnaast zien we dat de diepste dalen in het aantal gedeclareerde DDD's doxycycline rond de 70.000 DDD per week zitten.

Vervolgens hebben we de marktaandelen van alle producten met de werkzame stof doxycycline geanalyseerd. Uit deze analyse blijkt op de jaargrens van 2010-2011 een significante afname van het marktaandeel van een product. Een ander product laat een vergelijkbare tegengestelde beweging zien. In 2011 en 2012 zijn de marktaandelen van middelen relatief constant. De verschuivingen in de marktaandelen van geneesmiddelen rondom de jaargrenzen zijn waarschijnlijk te verklaren door wijzigingen in het door verzekeraars gevoerde inkoopbeleid van multisource geneesmiddelen.

Bij drie van de grootste producten zijn begin 2013, maar niet op de jaargrens, grote schommelingen te zien in de marktaandelen. Begin 2013 laat het marktaandeel van product DOXY1 een sterke daling zien, terwijl product DOXY2 en vooral product DOXY3 een sterke stijging laten zien. In de loop van 2013 herstellen de marktaandelen zich weer enigszins richting het niveau van 2012. Deze veranderingen traden op ten tijde van een door ten minste één groothandel gerapporteerd leveringsprobleem bij de betreffende geneesmiddelen.

Vervolgens hebben wij op apotheekniveau gekeken naar het aantal gedeclareerde uitgaven van doxycycline in de periode waarin zich het leveringsprobleem voor deed (week 8 tot en met 23 van 2013) om na te gaan of het op groothandel gerapporteerde leveringsprobleem zich vertaalde naar een leveringsprobleem op apotheekniveau. De onderzoekspopulatie is beperkt tot apotheken die in de onderzochte periode gemiddeld minstens 20 DDD's doxycycline per week uitgaven. Dit om apotheken die door een onvoldoende vraag geen doxycycline uitgaven uit te sluiten. Dit resulteerde in een onderzoekspopulatie van 888 apotheken. Wij nemen hierbij aan dat indien het aantal gedeclareerde DDD's van een apotheek in de onderzoekspopulatie in een bepaalde week nul is, de apotheek te maken heeft met een leveringsprobleem.

Niet alle apotheken met leveringsproblemen kunnen met deze analyse in beeld worden gebracht. Wanneer een apotheek in een bepaalde week wel doxycycline declareert kan deze apotheek toch met leveringsprobleem te maken hebben gehad. Het is immers niet zeker dat het aanbod van deze apotheek voldoende was om in de vraag te voorzien. Op basis van de hier uitgevoerde analyse kunnen apotheken die wel doxycycline declareren maar niet volledig in de vraag voorzien niet worden geïdentificeerd.

De resultaten van bovenstaande analyse zijn weergegeven in tabel 6.2. De weergegeven percentages vertegenwoordigen de apotheken in de onderzoekspopulatie die in een bepaalde week product DOXY1, dan wel product DOXY1, DOXY2 en/of DOXY3 (hierna: 3 grote middelen), of helemaal geen doxycycline hebben gedeclareerd.

In tabel 6.2 is te zien dat vanaf week 11 het aantal apotheken dat product DOXY1 niet declareert sterk toeneemt. Op het hoogtepunt (week 18-20) zien we dat meer dan 50% van de 888 apotheken product DOXY1 niet meer uitgeeft. Tegelijkertijd zien we dat het aantal apotheken dat de 3 grote middelen niet kon uitgeven minder sterk stijgt en dat het aantal apotheken dat helemaal geen doxycycline kon uitgeven



beperkt is. Het percentage apotheken dat helemaal geen doxycycline meer declareert blijft tot week 18 beperkt tot maximaal 2%. Vanaf week 18 neemt het percentage apotheken dat helemaal geen doxycycline uit geeft toe tot maximaal 9% in week 20.

**Tabel 6.2 Apotheken zonder doxycycline declaraties**

Middel / Week	DOXY1		3 grote middelen		Alle doxycycline	
	Aantal apotheken	Percentage	Aantal apotheken	Percentage	Aantal apotheken	Percentage
201308	8	1%	7	1%	5	1%
201309	11	1%	6	1%	1	0%
201310	39	4%	13	1%	4	0%
201311	114	13%	24	3%	2	0%
201312	203	23%	32	4%	6	1%
201313	298	34%	53	6%	15	2%
201314	304	34%	26	3%	7	1%
201315	386	43%	23	3%	9	1%
201316	405	46%	18	2%	10	1%
201317	433	49%	17	2%	11	1%
201318	491	55%	40	5%	31	3%
201319	478	54%	47	5%	37	4%
201320	494	56%	87	10%	80	9%
201321	190	21%	49	6%	41	5%
201322	184	21%	58	7%	51	6%
201323	181	20%	58	7%	46	5%

Bron: NZa op basis van Vektis

Samengevat zien wij in de periode 2010-2013 geen absolute leveringsproblemen in de zin dat er landelijk helemaal geen doxycycline meer uitgegeven kon worden. Wel zijn er op apotheekniveau leveringsproblemen waarneembaar voor het onderzochte product (DOXY1). Dit leveringsprobleem kon (deels) worden opgevangen door uitgifte van een andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof. Maximaal 9% van de apotheken in de onderzoekspopulatie declareerde in een bepaalde week helemaal geen doxycycline.



## 7. Betaalbaarheid

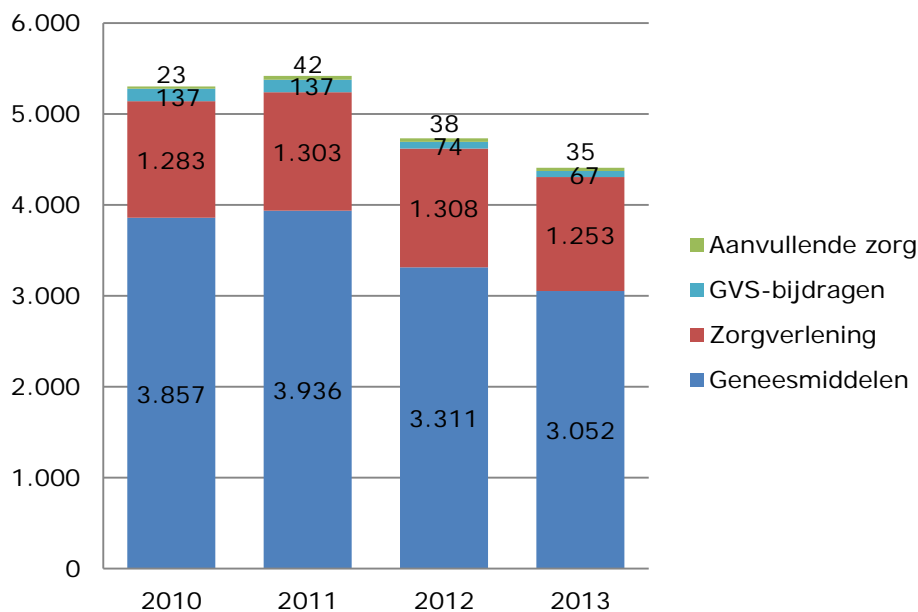
### 7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van het publieke belang betaalbaarheid. De landelijke uitgaven aan de extramurale farmaceutische zorg worden grafisch weergegeven. Dit hoofdstuk gaat in op de uitgavenontwikkeling van extramurale farmaceutische zorgverlening en op die van de geneesmiddelen. De mutaties in de uitgaven worden uitgesplitst naar volume en prijs.

### 7.2 Uitgavenontwikkeling farmaceutische zorg

De totale uitgaven aan extramurale farmaceutische zorg<sup>29</sup> zijn in de periode 2010-2013 gedaald van € 5,3 miljard in 2010 naar € 4,4 miljard in 2013. Dit is een gemiddelde daling per jaar van ongeveer 6%. Tussen 2012 en 2013 dalen de uitgaven aan de farmaceutische zorg met 7%. In figuur 7.1 is deze ontwikkeling weergegeven.

**Figuur 7.1 Totale uitgaven extramurale farmaceutische zorg 2010-2013 (miljoen euro)**



Bron: NZa op basis van Vektis

De uitgaven aan extramurale farmaceutische zorg zijn opgebouwd uit een aantal onderdelen. Dit zijn de uitgaven voor de vergoeding van geneesmiddelen, de terhandstelling van geneesmiddelen en de aanvullende prestaties voor farmaceutische basiszorg (samen zorgverlening), de eigen bijdrage van patiënten (GVS-bijdragen) en de

<sup>29</sup> Indien niet expliciet aangegeven wordt in dit hoofdstuk met farmaceutische zorgverlening altijd de extramurale farmaceutische zorgverlening inclusief aanvullende farmaceutische zorg bedoeld. De totale uitgaven aan extramurale farmaceutische zorg omvatten niet de uitgaven aan geneesmiddelen die apotheehoudenden direct met de patiënt afrekenen en die niet door de patiënt of apotheehoudende bij de verzekeraar worden ingediend.

aanvullende extramurale farmaceutische zorg die niet binnen het basispakket valt (aanvullende zorg).

In figuur 7.1 vallen een aantal dingen op. Ten eerste nemen de uitgaven aan de vergoeding van geneesmiddelen sterk af, van € 3,9 miljard in 2010 naar € 3,1 miljard in 2013. Dit is een daling van ongeveer 21%. Tussen 2012 en 2013 dalen de uitgaven aan geneesmiddelen met ongeveer 8%. De uitgaven die gemoed gaan met de terhandstelling van geneesmiddelen zijn tussen 2010 en 2012 relatief constant. Tussen 2012 en 2013 dalen de uitgaven aan de terhandstellingen met 4,2%.

De totale omvang van de GVS-bijdrage halveert bijna tussen 2011 en 2012. In 2010 bedragen de GVS-bijdragen 2,7% van de totale uitgaven aan farmaceutische zorg. In 2013 is dit percentage gedaald naar 1,5%.

Ten opzichte van de uitgaven aan farmaceutische zorg die binnen het basispakket vallen, € 5,14 miljard in 2010 en € 4,31 miljard in 2013, zijn de uitgaven aan aanvullende zorg (€ 23 miljoen in 2012 en € 35 miljoen in 2013) beperkt. Na 2010 verdubbelt het aandeel van de aanvullende zorg van 0,4% naar 0,8%.

De sterke afname aan de uitgaven aan geneesmiddelen is deels toe te schrijven aan geneesmiddelen die in 2012 en 2013 zijn overgeheveld van het extramurale budgettaire kader (farmacie) naar het intramurale kader (medisch specialistische zorg). In 2012 zijn de TNF-alfaremmers overgeheveld, in 2013 zijn een groep groeihormonen en een groep oncolytica overgeheveld.<sup>30,31</sup> In tabel 7.1 wordt een inschatting gegeven van het effect van deze overheveling op de macrokostenontwikkeling. Aangezien zowel de TNF-alfaremmers als de oncolytica per 2013 geen onderdeel meer zijn van het extramurale budgettaire kader, staat er in onderstaande tabel voor 2013 een nul (0) op de regel 'overgehevelde middelen'.

**Tabel 7.1 Uitgaven geneesmiddelen en overgehevelde middelen (miljoen euro)**

	2010	2011	2012	2013
Vergoeding geneesmiddelen	3.857	3.936	3.311	3.052
Overgehevelde middelen	496	508	157	0
Gecorrigeerde vergoeding geneesmiddelen	3.361	3.428	3.154	3.052

Bron: NZa op basis van Vektis

Wanneer gecorrigeerd wordt voor de overheveling van bovengenoemde middelen naar het intramurale kader, nemen de uitgaven voor de geneesmiddelen nog steeds af, van € 3,4 miljard naar € 3,1 miljard. Gecorrigeerd voor de overheveling is de afname van de uitgaven 10,1% in de periode 2010-2013. Tussen 2012-2013 is de daling met 3,3% ongeveer gelijk aan voorgaande jaren.

<sup>30</sup> In 2014 en 2015 worden nog meer middelen overgeheveld naar het intramurale budgettaire kader. Deze middelen zijn tot en met 2013 nog wel onderdeel van het extramurale kader en zijn daarom in het overzicht van overgehevelde middelen niet opgenomen.

<sup>31</sup> TNF-alfaremmers: adalimumab, infliximab, etanercept, certolizumab en golimumab; Groeihormonen: somatropine, mecasermine; Oncolytica: imatinib, gefitinib, erlotinib, sunitinib, sorafenib, dasatinib, lapatinib, nilotinib, everolimus (alleen merknamen afinitor en votubia), pazopanib, mitotaan, bexaroteen, lenalidomide, abirateron

Behalve de hierboven genoemde overgehevelde geneesmiddelen zijn er de afgelopen jaren nog een aantal andere pakket maatregelen doorgevoerd.<sup>32</sup> Het grootste deel van deze maatregelen betreft beperkingen van de aanspraak op bepaalde geneesmiddelen. Het effect van deze pakketmaatregelen op de ontwikkeling van de uitgaven kon in deze marktscan daarom niet worden bepaald.

In de tabel 7.2 zijn de totale uitgaven aan extramurale farmaceutische zorg uitgesplitst naar type aanbieder (openbare apotheek of apotheekhoudende huisarts) en naar type zorgverlening (regulier of ANZ). De dienstapotheken zijn hier ondergebracht bij de openbare apotheken. ANZ staat voor terhandstellingen tijdens Avond, Nacht en of Zondag, alle overige terhandstellingen vallen onder regulier.

**Tabel 7.2 Totale uitgaven farmaceutische zorg (inclusief GVS-bijdrage) per type zorgaanbieder en type zorgverlening<sup>33</sup> (in miljoenen euro)**

	2010	2011	2012	2013
Openbare apotheek	5.025,3	5.136,1	4.470,5	4.165,5
Regulier	4.977,0	5.086,8	4.426,0	4.123,6
ANZ	48,3	49,4	44,4	42,0
Apotheekhoudende huisarts	275,3	281,4	261,0	240,8
Regulier	274,6	280,6	260,3	239,9
ANZ	0,7	0,8	0,7	0,9
Totaal	5.300,7	5.417,5	4.731,5	4.406,3

Bron: NZa op basis van Vektis

Uit bovenstaande tabel blijkt dat 95% van de farmacie uitgaven behaald worden in openbare apotheken. Voor de ANZ-zorgverlening ligt dit percentage nog hoger, 98% van de totale ANZ zorg wordt verleend door openbare apotheken.

#### *Aanvullende prestaties farmaceutische basiszorg<sup>34</sup> per 2012*

In 2012 is er een aantal nieuwe zorgprestaties ingevoerd binnen de extramurale farmaceutische zorg. In vergelijking met de situatie van vóór 2012 is de bekostiging gekoppeld aan de farmaceutische zorgverlening en niet meer uitsluitend aan de terhandstelling van geneesmiddelen. De activiteiten die in deze aanvullende prestaties zijn benoemd waren voor 2012 niet apart declarabel als een prestatie maar vielen onder de prestatie 'terhandstellen'.

In tabel 7.3 zijn de uitgaven van deze prestaties in 2012 en 2013 weergegeven. Hierin is te zien dat de uitgaven sterk groeien (+12%).<sup>35</sup> Veel verzekeraars verdisconteerden in 2012 en 2013 de kosten van deze prestatie in het tarief voor de terhandstelling. De prestaties werden daarom niet apart gedeclareerd. Hierdoor is het niet mogelijk om na te

<sup>32</sup> Het betreft onder andere de 'beperking aanspraak op anticonceptiemiddelen', 'beperking vergoeding van antidepressiva', 'beperking vergoeding maagzuurremmers' en 'vergoeding paracetamol-codeïne combinaties'.

<sup>33</sup> In deze tabel is niet gecorrigeerd voor de overheveling van middelen van het extramurale naar het intramurale kader.

<sup>34</sup> Zie bijlage 2 voor een volledig overzicht van de prestaties farmaceutische zorg

<sup>35</sup> We hebben voor de aanvullende prestaties alleen de uitgaven weergegeven aangezien deze betrouwbaarder zijn dan de aantallen behorend bij deze prestaties.

gaan wat de werkelijke macrokosten zijn van de aanvullende zorgprestaties in 2012 en 2013.<sup>36</sup>

**Tabel 7.3 Uitgaven aanvullende prestaties: 2012 en 2013**

Omschrijving prestaties	2012	2013
Instructie UR geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel	231.203	455.202
Medicatiebeoordeling chronisch UR geneesmiddelengebruik	587.093	410.622
Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek	2.087	30.761
Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit het ziekenhuis	63.529	113.434
Overige aanvullende zorgverlening	66.320	59.273
Totaal aanvullende zorgverlening	952.244	1.071.304

Bron: NZa op basis van Vektis

### 7.3 Volumeontwikkeling zorgverlening

Tabel 7.4 geeft het totaal volume van de terhandstellingen per jaar weer. Het totale volume van de terhandstellingen neemt tussen 2010 en 2013 toe met ongeveer 17%. Van de drie meest voorkomende terhandstellingen (standaard, eerste- en weekterhandstelling) neemt vooral de weekterhandstelling sterk toe, met 66% tussen 2010 en 2013. Het aantal eerste terhandstellingen neemt tussen 2010 en 2013 af met ongeveer 7%. Het aantal standaard terhandstellingen stijgt tussen 2010 en 2013 met ongeveer 2%. Tussen 2012 en 2013 is de toename van de week terhandstelling, in vergelijking met de jaren er voor, relatief beperkt, zo'n 10%. De standaard en eerste terhandstelling nemen tussen 2012 en 2013 af met ongeveer 2% en 4% respectievelijk.

**Tabel 7.4 Totaal volumes**

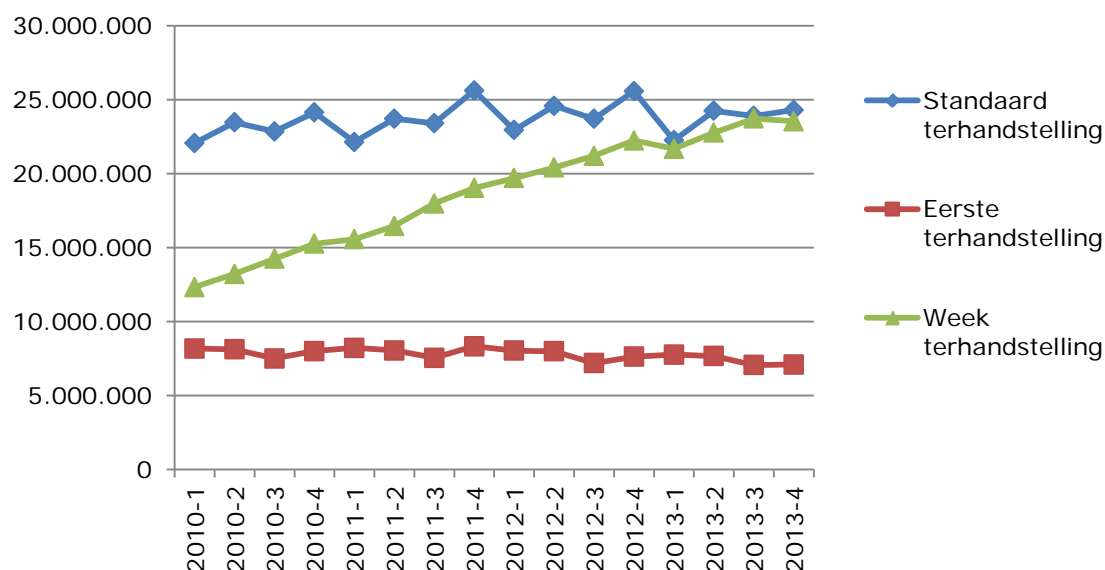
	2010	2011	2012	2013
Alle terhandstellingen	191.743.478	208.505.691	219.453.173	224.610.911
Standaard terhandstelling	92.499.519	94.840.513	96.780.702	94.673.883
Eerste terhandstelling	31.800.550	32.141.949	30.840.353	29.586.454
Week terhandstelling	55.047.376	69.041.197	83.545.908	91.706.067

Bron: NZa op basis van Vektis

<sup>36</sup> Verder is de data betreffende de aanvullende prestaties niet volledig. In elk geval één verzekeraar heeft deze gegevens nog niet aangeleverd aan Vektis.

Figuur 7.2 geeft per kwartaal de volume ontwikkeling weer voor de drie meest voorkomende terhandstellingen.

**Figuur 7.2 Volume ontwikkeling per soort terhandstelling per kwartaal, 2010-2013**



Bron: NZa op basis van Vektis

Tabel 7.5 geeft de volumeontwikkeling van de prestatie terhandstelling uitgesplitst naar uitgaven door openbare apotheken en apotheehoudende huisartsen. Vervolgens is een uitplitsing gemaakt in prestatie die tijdens regulier openingstijden zijn uitgegeven en prestaties die tijdens de avond, nacht en zondag (ANZ) zijn uitgegeven.

**Tabel 7.5 Volumeontwikkeling zorgverlening per type zorgaanbieder en type zorgverlening 2010-2013**

	2010	2011	2012	2013
Openbare apotheek	180.439.955	196.050.307	206.458.920	211.509.194
Regulier	178.964.660	194.553.783	205.041.235	210.218.981
ANZ	1.475.295	1.496.524	1.417.685	1.290.213
Apotheehoudende huisarts	11.304.506	12.465.198	13.008.408	13.119.291
Regulier	11.279.004	12.440.774	12.984.138	13.091.154
ANZ	25.502	24.424	24.270	28.137
Totaal	191.744.461	208.515.505	219.467.328	224.628.485

Bron: NZa op basis van Vektis

Net als bij de omzet wordt het grootste deel van de volumes van farmaceutische zorgverlening behaald in openbare apotheken (94%). In tegenstelling tot het totaal volume van de terhandstellingen neemt het volume ANZ-terhandstellingen af tussen 2010 en 2013, met ongeveer 12%. De volumegroei van de terhandstellingen tussen 2012 en 2013 is vooral het gevolg van een toename van het volume van de reguliere prestaties bij de openbare apotheken.

## 7.4 Prijsontwikkeling zorgverlening

In de jaren 2010 en 2011 was er nog sprake van gereguleerde tarieven in de farmaceutische zorg. In 2012 zijn vrije tarieven geïntroduceerd voor zowel zorgverlening als geneesmiddelen. In tabel 7.6 is de prijsontwikkeling van de drie meest voorkomende terhandstellingen weergegeven.

**Tabel 7.6 Prijsontwikkeling zorgverlening 2010-2013 (euro)**

	2010	2011	2012	2013
Standaard terhandstelling	6,23	5,91	5,77	5,91
Eerste terhandstelling	12,44	11,75	11,4	11,6
Week terhandstelling	3,44	3,26	3,15	3,07

Bron: NZa op basis van Vektis

Uit tabel 7.6 blijkt dat de gemiddelde vergoeding voor de genoemde prestaties over de periode 2010 tot en met 2012 is gedaald met respectievelijk 5%, 7% en 12%. In 2013 stijgen de prijzen van de standaard terhandstelling en eerste terhandstelling ten op zichte van 2012 licht, terwijl de gemiddelde prijs van de week terhandstelling nog steeds daalt.

**Tabel 7.7 Prijsontwikkeling zorgverlening per type zorgaanbieder en type zorgverlening 2010-2013 (euro)**

	2010	2011	2012	2013
Openbare apotheek	6,40	5,98	5,59	5,52
Regulier	6,26	5,85	5,48	5,42
ANZ	22,05	22,20	21,48	22,29
Apotheekhoudende huisarts	6,54	5,99	5,54	5,44
Regulier	6,50	5,95	5,51	5,40
ANZ	20,14	21,51	21,08	21,71
Totaal	6,41	5,98	5,59	5,52

Bron: NZa op basis van Vektis

In tabel 7.7 is de prijsontwikkeling weergegeven per type zorgaanbieder en uitgesplitst naar soort zorgverlening. De uitsplitsing en de soorten terhandstellingen zijn niet geheel gelijk aan de data waar tabel 7.6 op gebaseerd is.<sup>37</sup> Hierdoor komen de prijzen uit beide tabellen niet overeen.

Opvallend is dat de gemiddelde prijs van de apotheekhoudende huisarts in 2010 iets hoger ligt dan het totaal en dat die in 2012-2013 juist iets lager ligt.

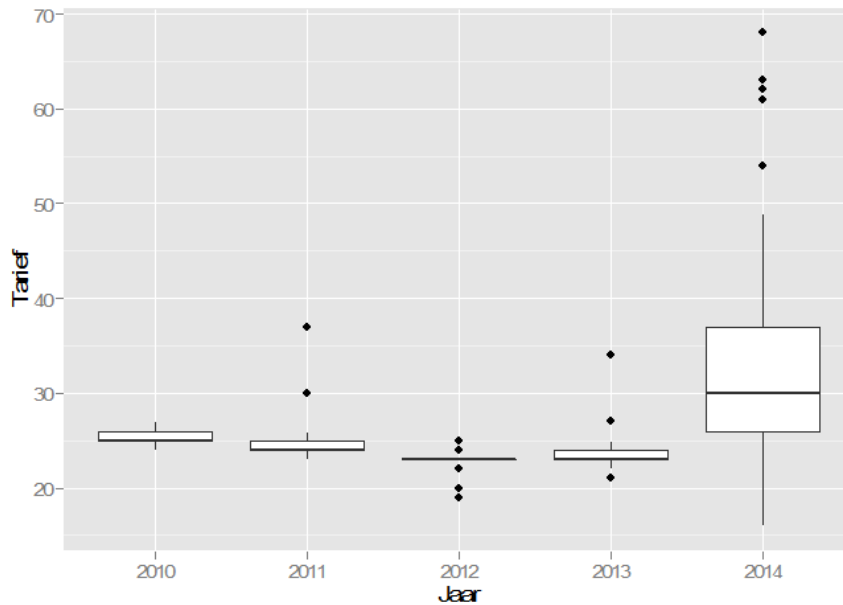
Figuur 7.3 geeft de spreiding van tarieven van farmaceutische spoedzorg over de jaren voor een deel van de populatie van aanbieders die farmaceutische spoedzorg (ANZ) leveren. De spreiding van de tarieven over het jaar 2014 zijn gebaseerd op de overeengekomen tarieven voor

<sup>37</sup> In de bijlage Bronnen en Methoden is toegelicht hoe de verschillen ontstaan.



een deel van de populatie van aanbieders van farmaceutische spoedzorg.<sup>38</sup> Voor dezelfde populatie van aanbieders zijn de gemiddelde tarieven voor de ANZ terhandstellingen over de jaren 2010-2013 per aanbieder berekend op basis van Vektis data.

**Figuur 7.3 Spreiding tarieven terhandstelling met ANZ toeslag**



Bron: 2010-2013 NZa op basis van Vektis, 2014 ZN (n= 86)

De mediaan van de tarieven voor farmaceutische spoedzorg ligt in 2014 aanzienlijk hoger dan voorgaande jaren. Ook is de spreiding van de tarieven voor farmaceutisch spoedzorg toegenomen in 2014 ten opzicht van voorgaande jaren. Het hoogste tarief dat patiënten betalen voor farmaceutische spoedzorg ligt net iets onder de € 70. De verandering van de tarieven van dienstapotheken is het gevolg van de introductie van een contracteermiddel van dienstapothek zoals beschreven in hoofdstuk 4.

<sup>38</sup> 2014 tarieven voor spoedzorg zijn afkomstig van ZN



## Bijlage 1. Bronnen en methoden

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de gebruikte data in deze marktscan.

– H2. Omschrijving van de markt

*BR/CU-5102*

Beleidsregel BR/CU-5102 Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg

*TB/CU-5068-02*

Tariefbeschikking die omschrijft welke zorgaanbieders, welke prestatie in rekening mag brengen met ingang van 1-1-2012 en bij welke partij.

– H3 Marktstructuur

*Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)*

SFK heeft in 'Farmacie in cijfers' het aantal apotheken, apothekers, apothekersassistenten, het ondersteunend personeel en de toe- en uittreeders in beeld gebracht.

*Nivel*

Het register van Nivel heeft het aantal apotheekhoudende huisartsen en het aantal apotheekhoudende huisartspraktijken voor de jaren 2011, 2012 en 2013 in beeld gebracht.

*Farmatec*

In het register van Farmatec is een overzicht van alle apotheekhoudende huisartsen en het aantal apotheekhoudende huisartspraktijken voor het jaar 2014 met alle bijbehorende adressen. Dit is gebruikt voor de aantallen en de spreiding.

*Zorgverzekeraars Nederland*

ZN heeft een overzicht met alle dienstapotheken en alle bijbehorende adressen. De NZa heeft dit gebruikt om de aantallen en de spreiding weer te geven.

*Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ)*

De NZa heeft een bruikbaar overzicht gekregen van de IGZ, afkomstig van het register met apotheken dat door IGZ wordt bijgehouden. Peildatum februari 2014.

*Geodan*

Om de kaarten van Nederland in beeld te kunnen brengen en voor de reistijdenanalyse heeft de NZa de coördinatie gegevens en het aantal inwoners in Nederland per gemeente van Geodan gebruikt.

*Vektis*

Zie betaalbaarheid

*Kamer van Koophandel*

Voor het in beeld brengen van de liquiditeit en solvabiliteit gegevens voor het onderdeel van de financiële positie heeft de NZa de jaarrekeningen van de openbare apotheken bij de Kamer van Koophandel opgevraagd.

– H4 Marktgedrag

*Uitvraag bij zorgverzekeraars*

In maart 2014 is er een uitvraag gedaan bij zorgverzekeraars. Digitaal hebben zorgverzekeraars een vragenlijst ingevuld over het In maart 2014 is er een uitvraag gedaan bij zorgverzekeraars. Digitaal hebben zorgverzekeraars een vragenlijst ingevuld over het contracteerproces en de gesloten contracten. De volgende onderwerpen uit deze vragenlijst zijn in het hoofdstuk Marktgedrag gebruikt: gecontracteerde prestaties, inkoopbeleid single-source en multi-source geneesmiddelen, vertegenwoordiging apotheken, goed contracting practices, ervaringen en knelpunten.

De contracteergraad 2014 is bepaald op basis van de uitvraag bij zorgverzekeraars van het aantal getekende contracten en aantal apotheken in Nederland. De contracteergraad voor 2013 is gebaseerd op de gegevens uit de Quick scan 2013.

#### *Contracten verzekeraars*

De NZa heeft bij de uitvraag bij zorgverzekeraars standaardcontracten en enkele addenda opgevraagd. Deze contracten zijn gebruikt om gevonden tegenstrijdigheden in de data te verklaren en voor extra informatie over de inhoud van de contracten (bijvoorbeeld aanvullende voorwaarden bij de gecontracteerde prestaties). Tevens is er met twee zorgverzekeraars nog contact geweest ter verduidelijking van de uitvraag en de contracten.

#### *Gesprekken met (vertegenwoordigers) van apotheken*

In de periode maart en april 2014 hebben er in totaal vijf gesprekken met (vertegenwoordigers van) apotheken plaatsgevonden. Deze gesprekken duurden ieder ongeveer een uur en vonden zowel bij de NZa als extern plaats. De gesprekken gingen over het contracteerproces en de contracten van 2014. De volgende thema's zijn aan bod gekomen: GCP, contracteerproces, contract en overig (bijvoorbeeld: dienstapothek, beschikbaarheidsproblemen geneesmiddelen).

#### *Motivaction*

Onderzoeksbureau Motivaction heeft met behulp van haar consumentenpanel op verzoek van de NZa onderzoek gedaan naar het gedrag van consumenten met betrekking tot de extramurale farmaceutische zorg. Dit onderzoek is uitgevoerd maart 2014. De vragen zijn door 1110 respondenten beantwoord. Een aantal vragen zijn door minder dan 1110 respondenten beantwoord. In veel gevallen was dit het gevolg van antwoorden op eerdere vragen. Bijvoorbeeld: Wanneer een respondent aangaf niet van apotheek te zijn overstapt kon logischerwijs niet worden gevraagd op basis van welke overwegingen dit is gebeurd.

#### – H5 Kwaliteit

##### *Zorgverzekeraars en apotheken*

Voor de analyse van de contractafspraken zijn de contracten opgevraagd bij de zorgverzekeraars. Deze contracten zijn gescand op kwaliteitsafspraken. Hiertegenover zijn de uitkomsten gezet van enkele gesprekken met enkele apotheken.

<http://www.knmp.nl/organisatie-regelgeving/normen-en-richtlijnen/beroepscode-en-statuut>, geraadpleegd 20 mei 2014.

<http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/apotheken/index.aspx>, geraadpleegd 21 mei 2014.

<http://www.igz.nl/organisatie/>, geraadpleegd 21 mei 2014.

#### – Hoofdstuk 6

[http://www.nationale-apotheek.nl/Speciale-programmas/ZEKUR-van-Unive/Wat-zijn-uw-voordelen-/, geraadpleegd 24 juni 2014.](http://www.nationale-apotheek.nl/Speciale-programmas/ZEKUR-van-Unive/Wat-zijn-uw-voordelen-/)

#### *Motivaction methode en onderzoeksverantwoording*

Het veldwerk voor de marktscan farmacie is uitgevoerd in de periode 3 maart tot en met 9 maart 2014. De respondenten zijn afkomstig uit het StemPunt-panel van Motivaction. De respondenten hebben als dank voor deelname aan het onderzoek een kleine vergoeding ontvangen.

Voor de marktscan is een steekproef getrokken van mensen in de leeftijd van 18-70 jaar representatief voor Nederland. De deelnemers aan de marktscan Farmacie van 2012 en 2013 zijn uitgesloten van het onderzoek. In de veldwerkperiode is aan 7.100 personen een uitnodigingsmail verstuurd. Op de slotdatum van het veldwerk was het gewenste aantal vragenlijsten ingevuld en is de toegang tot de vragenlijst op internet afgesloten.

In totaal hebben 1.110 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld die in 2013 of 2014 zelf naar een apotheek/poliklinische apotheek/apotheekhoudende huisarts zijn geweest voor geneesmiddelen die op recept verkrijgbaar zijn. Op het moment dat 1.000 respondenten de vragenlijst volledig hadden ingevuld, is gekeken naar het aantal respondenten per type apotheek. Op dat moment waren er minder dan 100 respondenten die de vragen over de poliklinische apotheek hadden ingevuld en is het veldwerk verlengd totdat deze groep ook minimaal 100 respondenten had.

Aantal respondenten per type apotheek:

Apotheek: 912 respondenten

Poliklinische apotheek: 118 respondenten

Apootheekhoudende huisarts: 80 respondenten

Na afsluiting van het veldwerk zijn de open antwoorden gecodeerd en de onderzoeksdata gecheckt, opgeschoond en gewogen. Bij de weging fungeerde het Mentality-ijkbestand als herwegingskader. Dit ijkbestand is wat betreft de sociodemografische gegevens gewogen naar de Gouden Standaard van het CBS.

Primaire onderzoeksbestanden, zoals ingevulde schriftelijke vragenlijsten, notulen, beeld- en geluidsopnames worden door Motivaction tot 12 maanden na afronden van het onderzoek bewaard.

Overige onderzoekstechnische informatie en een exemplaar van de bij dit onderzoek gehanteerde vragenlijst zijn op aanvraag beschikbaar voor de opdrachtgever.

– 6.5 Beschikbaarheid geneesmiddelen

– Bronnen: Declaratiegegevens Vektis 2010-2013; WHO (zie: [http://www.whooc.no/ddd/definition\\_and\\_general\\_considera/](http://www.whooc.no/ddd/definition_and_general_considera/));

Factsheet Nivel 'Bijna een derde van de patiënten die geneesmiddelen heeft opgehaald bij de apotheek ervaart dat deze niet op voorraad zijn'. Anne E.M. Brabers, Margreet Reitsma-van Rooijen, Liset van Dijk & Judith D. de Jong

– Gebruikte data: Uit de Vektis data alle individuele declaratiegegevens van apotheken voor de middelen amoxicilline en doxycycline voor 2010-2013. De dagelijks gedefinieerde hoeveelheid (DDD) van amoxicilline en doxycycline.

– Methode:

- (Figuur 6.9) Per week, per artikelnummer zijn de declaraties gesommeerd over de apotheken en vermenigvuldigd met de DDD per artikelnummer. Dit levert per week en per artikelnummer de totale hoeveelheid gedeclareerde DDD's voor amoxicilline en doxycycline. Sommeren over amoxicilline en doxycycline levert de landelijke hoeveelheid DDD op.
- (Figuur 6.10) Op basis van de individuele artikelnummers en de data zoals hierboven beschreven zijn voor de 4 grootste artikelnummers de marktaandelen in het landelijke totaal bepaald (totaal aantal DDD's van 1 artikelnummer gedeeld door het landelijke totaal)
- (tabel 6.2) Per apotheek is gekeken naar het aantal uitgiften doxycycline in de periode van week 8 tot en met week 23 van 2013. Dit is gedaan voor het artikelnummer waar een leveringsprobleem te zien is in de data (DOXY1), voor de 3 qua uitgegeven DDD's de grootste artikelnummers (DOXY1, DOXY2 en DOXY3) en voor het totaal van alle artikelnummers van doxycycline.

Opmerking:

- Omdat er meerdere redenen zijn waarom een apotheek in een bepaalde week geen doxycycline (geen patiënten die het middel kwamen afhalen, geen voorraad meer door een leveringsprobleem) levert, hebben we bij de analyse voor tabel 6.2 (apotheken zonder uitgiften doxycycline) een steekproef genomen van apotheken die in de onderzochte periode in gemiddeld 20 DDD doxycycline uitgeven. Dit resulteert in een steekproef van 888 apotheken.

- Hoofdstuk 7

Bronnen: Declaratiegegevens Vektis 2010-2013

Algemene opmerking: In de 2010 Vektis data hebben we voor de omzet bedragen ('toegekend bedrag', 'zorgverlening' en 'vergoeding voor de geneesmiddelen') bij één verzekeraar een fout geconstateerd. In 2010 was de omzet van deze verzekeraar in de Vektis data ongeveer 50% te hoog. We hebben deze fout gecorrigeerd door de 2011 Vektis data te vermenigvuldigen met de 2010/2011 verhouding van de omzet Farmaceutische zorg uit de 2012 en 2013 CVZ jaarstaten (de 2012 jaarstaat bevat de definitieve 2010 omzet, de 2013 jaarstaat bevat de definitieve 2011 omzet). Deze correctie hebben we alleen op het hoogste niveau (totale omzet) uit kunnen voeren. De volumes in de Vektis data waren we correct, daar zijn dus geen correcties doorgevoerd.

Gebruikte data:

*Paragraaf 7.2: omzetontwikkeling*

- Figuur 7.1. Uit de declaratiegegevens van Vektis is de post 'toegekend bedrag' gebruikt. Dit is in theorie een optelling van de vergoeding voor de zorgverlening (inclusief aanvullende prestaties farmaceutische basiszorg per 2012) en de vergoeding voor de geneesmiddelen. In de praktijk sluiten de posten 'zorgverlening' en 'vergoeding voor de geneesmiddelen' niet helemaal op elkaar aan. Daarom is als uitgangspunt de post toegekend bedrag genomen. De onderlinge verhouding van 'zorgverlening' en 'vergoeding voor de geneesmiddelen' is gebruikt om tot de onderverdeling van 'toegekend bedrag' te komen.

Uit de declaraties gegevens is ook de post 'GVS-bijdrage' gebruikt.

- De 2010 bedragen voor "Vergoeding geneesmiddelen" en "Zorgverlening" zijn beide met de correctie factor zoals aan het begin van deze paragraaf vermenigvuldigd.
- De omvang van de aanvullende zorg is als volgt berekend: voor 'zorgverlening' en 'vergoeding voor geneesmiddelen' is de omzet verhouding basisverzekering versus aanvullende verzekering bepaald. Deze verhouding is losgelaten op de hierboven bepaalde totaal bedragen.
- (Tabel 7.1) In 2012 en 2013 zijn een aantal middelen overgeheveld van het extramurale budgettaire kader (farmacie) naar het intramurale kader (medisch specialistische zorg). In 2012 zijn de TNF-alfaremmers overgeheveld, in 2013 zijn een groep groeihormonen en een groep oncolytica overgeheveld. Op basis van de artikelnummers is per jaar het totaal van de vergoeding geneesmiddelen bepaald.
- Het betreft de volgende middelen: TNF-alfaremmers: adalimumab, infliximab, eternacept, certolizumab en golimumab; Groeihormonen: somatropine, mecasermine; Oncolytica: imatinib, gefitinib, erlotinib, sunitinib, sorafenib, dasatinib, lapatinib, nilotinib, everolimus (alleen merknamen afinitor en votubia), pazopanib, mitotaan, bexaroteen, lenalidomide, abirateron
- De 2010 bedragen voor "Vergoeding geneesmiddelen" en "Overgehevelde middelen" zijn beide met de correctie factor zoals aan het begin van deze paragraaf vermenigvuldigd.

Tabel 7.2 Uitgaven uitgesplitst naar type aanbieder (openbare apotheek of apotheekhoudende huisarts) en naar type zorgverlening (regulier of ANZ).

- Er is van dezelfde data gebruik gemaakt als bij Figuur 7.1.
- Om te bepalen of een aanbieder een apotheekhoudende huisarts is of niet is gekeken naar de eerste twee cijfers van de AGB-code. Voor apotheekhoudende huisartsen begint de AGB-code met '01'. Alle overige AGB-codes in de Vektis declaratie gegevens zijn tot de openbare apotheken gerekend.
- De indeling ANZ of regulier is gebaseerd op de WMG-codes in de declaratie gegevens. WMG-codes 13 tot en met 24 en 37 tot en met 48 betreft ANZ-prestaties. De overige WMG-codes zijn tot de reguliere prestaties gerekend.
- Alle 2011 bedragen zijn met de correctie factor zoals aan het begin van deze paragraaf vermenigvuldigd.

Tabel 7.3 Uitgaven aanvullende prestaties: 2012 en 2013

- Uit de declaratiegegevens van Vektis is de post 'toegekend bedrag' gebruikt. Data voor de aanvullende prestaties komen van een speciale prestatiecode lijst. Het betreft 'Prestatiecodelijst Farmaceutische zorg' (zie: <https://tog.vektis.nl/WebInfo.aspx?ID=Prestatiecodelijsten>)
- 'Instructie UR geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel' betreft prestatie 70001

- 'Medicatiebeoordeling chronisch UR geneesmiddelengebruik' betreft prestatie 70002 en 70003
- 'Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek' betreft prestatie 70004 en 70005
- 'Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit het ziekenhuis' betreft prestatie 70006- 70009
- 'Overige aanvullende zorgverlening' betreft prestaties 70010-70024

*Paragraaf 7.3: volume ontwikkeling*

- De volume ontwikkelingen zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van Vektis. Voor het totaal van de terhandstellingen zijn per jaar alle records uit de Vektis bestanden genomen.
  - 'Standaard terhandstelling' betreft de declaraties met WMG-tarief code 1
  - 'Eerste terhandstelling' betreft de declaraties met WMG-tarief code 7
  - 'Week terhandstelling' betreft de declaraties met WMG-tarief code 4
- De uitsplitsing naar type aanbieder en naar type zorgverlening (tabel 7.5) zijn op dezelfde manier gedaan als bij Tabel 7.2.

*Paragraaf 7.4: prijs ontwikkeling*

- De prijsontwikkeling is gebaseerd op de omzet- en volume ontwikkelingen zoals beschreven in bovenstaande paragrafen, dus gebaseerd op de declaratiegegevens van Vektis. Voor de prijsontwikkeling is de post 'toegekend bedrag' gedeeld door het aantal terhandstellingen.
  - 'Standaard terhandstelling' betreft de declaraties met WMG-tarief code 1
  - 'Eerste terhandstelling' betreft de declaraties met WMG-tarief code 7
  - 'Week terhandstelling' betreft de declaraties met WMG-tarief code 4
- De uitsplitsing naar type aanbieder en naar type zorgverlening (tabel 7.5) zijn op dezelfde manier gedaan als bij Tabel 7.2 en tabel 7.5.
- Bij de bepaling van de 2010 prijzen zijn zowel de volume als de omzet data van de verzekeraar waar de data niet klopte buiten beschouwing gelaten. Voor de jaren 2011-2013 zijn de data van alle verzekeraars gebruikt.

Figuur 7.3. Spreiding tarieven terhandstelling met ANZ toeslag  
Overeengekomen tarieven met Dienstapotheken, Hybride apotheken en dienstenstructuren zijn verkregen van Zorgverzekeraars Nederland. Per aanbieder waarvan een tarief voor 2014 bekend was is vervolgens een gemiddeld tarief per aanbieder berekend op basis van vektis voor de 3 voorgaande jaren.



## Bijlage 2. Prestaties 2011 en 2014

	Prestaties		basisverzekering
	2011	2014	
1a	Standaard terhandstelling UR geneesmiddel	Standaard terhandstelling UR geneesmiddel	Ja
1b	Week terhandstelling UR geneesmiddel	Week terhandstelling UR geneesmiddel	Ja
2		Eerste terhandstellingsgesprek	Ja
3		Instructie UR geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel	Ja
4		Medicatiebeoordeling chronisch gebruik UR geneesmiddel	Ja
5		Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuis opname of poliklinisch bezoek	Ja
6		Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit ziekenhuis	Ja
7		Voorlichting farmaceutische zelfmanagement	Nee
8		Advies farmaceutische zelfzorg	Nee
9		Advies gebruik UR geneesmiddel tijdens reis	Nee
10		Advies ziekterisico bij reizen	Nee
11		Onderlinge dienstverlening	Nee
12		Facultatieve prestatie	nvt
	<b>Toeslagen</b>	<b>Deelprestaties</b>	
1	Eerste terhandstelling	-	Ja
2	ANZ	ANZ	Ja
3	Reguliere magistrale bereiding	Reguliere magistrale bereiding	Ja
4	Bijzondere magistrale bereiding	Bijzondere magistrale bereiding	Ja
5		Dienstverlening thuis	Ja



Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn  
en sport  
Mevrouw drs. E.I. Schippers  
Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**  
directie zorgmarkten Cure

**Telefoonnummer**  
0900 770 70 70

**E-mailadres**  
vragencure@nza.nl

**Kenmerk**  
99425/139325

**Onderwerp**  
Beleidsbrief marktscan extramurale farmaceutische zorg

**Datum**  
8 oktober 2014

Mevrouw de Minister,

Bijgaand treft u de marktscan extramurale farmaceutische zorg aan. De marktscan biedt inzicht in de ontwikkelingen op de markt van de extramurale farmacie. Door voor het tweede jaar op rij een marktscan farmaceutische zorg uit te brengen houdt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zicht op de marktontwikkelingen op het gebied van de toegankelijkheid, transparante informatie en betaalbaarheid. In deze brief gaan we in op de opvallendste zaken uit de marktscan en de acties die de NZa naar aanleiding hiervan onderneemt.

Over het algemeen is de toegankelijkheid van de extramurale farmacie op dit moment goed. We zien dat informatie over kwaliteitsindicatoren in grotere mate beschikbaar wordt voor de consument. De macro uitgaven aan farmaceutische zorg dalen sinds 2011, waarbij de tarieven voor de farmaceutische prestatie terhandstelling wel weer licht stijgen. Consumenten zijn in algemene zin tevreden over de wachttijden in de apotheek, de levertijd van een geneesmiddel en de openingstijden van apotheken.

De NZa bewaakt het consumentenbelang. Vanuit deze invalshoek geven we in de beleidsbrief duiding aan de bevindingen uit de marktscan. Daar waar we constateren dat de publieke belangen in gevaar komen, spreken we in eerste instantie de zorgverzekeraar aan. Het is immers de zorgverzekeraar die ervoor moet zorgen dat zijn verzekerden kwalitatief goede, bereikbare en tijdige zorg ontvangen.

In de navolgende paragrafen worden de belangrijkste zaken per onderdeel uit de marktscan nader toegelicht.

## Toegankelijkheid

Kenmerk  
99425/139325

Pagina  
2 van 7

### *Marktstructuur en financiële positie van openbare apotheken*

De toegankelijkheid van farmaceutische zorg blijkt nog altijd goed geborgd te zijn. Bijna de hele Nederlandse bevolking (97,4%) heeft een apotheekhoudende op een afstand van 4,5 km of minder. Het aantal openbare apotheken schommelt al jaren rond de 2000. Tot aan 2012 nam dit aantal toe, vanaf 2012 zien we dit aantal licht dalen. Momenteel zijn tien internetapotheken bij ons bekend die voor de Nederlandse consument toegankelijk zijn.

De spreiding van apotheken over Nederland is goed. In gebieden waar geen of weinig openbare apotheken zijn gevestigd zoals in delen van Friesland, Groningen en Zeeland, zijn apotheekhoudende huisartsen aanwezig. Ook hebben we de landelijke dekking van de dienstapotheken onderzocht. Omdat zogenoemde 'hybride' apotheken wel uitgebreidere openingstijden hebben, maar deze variëren tussen de avond, nacht en zondag, kunnen we geen uitspraak doen over de landelijke dekking van farmaceutische spoedzorg.

Om de ontwikkeling van de financiële positie van openbare apotheken in kaart te brengen hebben we onderzoek gedaan naar de gemiddelde omzet, solvabiliteit en liquiditeit van apotheken. De gemiddelde omzet aan extramurale farmaceutische zorg neemt vanaf 2011 af. Ook de liquiditeit en de solvabiliteit lijken licht te dalen tussen 2010 en 2012 op basis van de voor de NZa beschikbare data<sup>1</sup>. De zeggingskracht van deze paramaters is beperkt omdat vrijwel alle apotheken in de vorm van een besloten vennootschap geëxploiteerd worden waarboven een holding is gepositioneerd. Deze veelgebruikte constructie maakt het mogelijk voor apotheken om met financiële middelen te schuiven tussen de werkmaatschappij en de holding. Hierdoor kunnen we aan deze cijfers geen conclusies verbinden wat betreft de financiële positie van openbare apotheken. De NZa zal opnieuw in gesprek gaan met de sector over de randvoorwaarden die nodig zijn om een representatief beeld te krijgen van de financiële positie van apotheken.

We zullen de ontwikkeling van, en onderlinge relaties tussen, groothandels, ketens en individuele apotheken, en de effecten hiervan op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de farmaceutische zorg in een volgende scan nader in kaart brengen.

### *Marktgedrag*

De contracteergraad in de farmaceutische zorg ligt boven de 95%. Dat betekent dat de Nederlandse consument, onafhankelijk van zijn zorgverzekeraar, voldoende keuzevrijheid heeft en bij vrijwel iedere apotheek terecht kan. Verhuizing blijkt de voornaamste reden te zijn om een overstap te overwegen. Over het algemeen zijn consumenten tevreden over de openingstijden, wachttijd en snelheid waarmee ze geholpen worden.

---

<sup>1</sup> Alle apotheken in het Kvk Register waarvan jaarrekeningen over de jaren 2010, 2011 en 2012 beschikbaar waren zijn opgevraagd. Alleen jaarrekeningen op basis waarvan de solvabiliteit en liquiditeit te berekenen was zijn geïnccludeerd.

Ten opzichte van vorig jaar zien we een verandering in de manier waarop zorgverzekeraars apotheekeerzorg inkopen. Zorgverzekeraars kopen namelijk steeds vaker de verschillende handelingen in de apotheek (de zorgprestaties) apart in. Zo wordt bevorderd dat transparant is voor de patiënt en de zorgverzekeraar welke zorg in rekening wordt gebracht en kunnen zij controleren of die zorgprestatie ook daadwerkelijk is geleverd.

Kenmerk  
99425/139325

Pagina  
3 van 7

Een deel van de zorgverzekeraars contracteert bepaalde zorgprestaties in de apotheek, zoals de farmaceutische begeleiding na of tijdens een bezoek aan het ziekenhuis (prestatie 5 en 6), nog altijd via een all-in tarief. De vergoeding voor deze zorg wordt dan verrekend in het tarief voor de zorgprestatie 'Terhandstelling van een UR-geneesmiddel'. Wij benadrukken dat uit artikel 35 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg volgt dat wanneer een zorgprestatie wordt geleverd, deze prestatie op de nota van de patiënt moet komen te staan. Dit betekent dat wanneer zorgverzekeraars prestaties via een all-in tarief contracteren, apothekers de prestatiebeschrijvingen voor deze verdisconteerde prestaties wel apart op de factuur moeten vermelden, bijvoorbeeld door middel van een zogenaamd 'dummy-tarief'. Wanneer een dummy tarief wordt gehanteerd, wordt er wel een zorgprestatie in rekening gebracht indien de zorg wordt geleverd maar tegen een tarief van bijvoorbeeld 1 eurocent. Zorgverzekeraars en patiënten kunnen dan controleren of zorg die in rekening wordt gebracht ook daadwerkelijk is geleverd.

Uit de marktscan rijst de vraag of ten aanzien van de medicatieoverdracht, welke onderdeel uitmaakt van prestaties 5 en 6, de zorgplicht goed wordt nageleefd. In 2012 ontving de NZa signalen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat de kwaliteit van de medicatieoverdracht tussen ziekenhuizen en openbare apotheken steeds vaker onvoldoende is. De IGZ heeft destijds duidelijk gemaakt dat een medicatieoverdracht zowel plichten inhoudt voor eerstelijns openbare apotheken als voor tweedelijns ziekenhuisapotheken. Op basis van deze signalen startte de NZa een onderzoek naar de zorgplicht omtrent de medicatieoverdracht binnen de farmaceutische zorg. Omdat we destijds niet hebben kunnen vaststellen dat, als gevolg van het feit dat deze prestaties niet expliciet opgenomen waren in de contracten voor eerste- en tweedelijns ziekenhuisapotheken, een verzekerde onvoldoende zorg heeft ontvangen of dat er een incident heeft plaatsgevonden, hebben we geen verdere formele maatregelen getroffen. Wel hebben we zorgverzekeraars op grond van bovenstaande bevindingen aangesproken op een goede en duidelijke inkoop van prestaties 5 en 6.

De problematiek van de medicatieoverdracht gaf ons aanleiding om in deze marktscan uitgebreid aandacht te hebben voor afspraken tussen apotheken en zorgverzekeraars over de verschillende zorgprestaties in de apotheek die onder het basispakket vallen. Uit de marktscan blijkt dat één zorgverzekeraar stelt dat prestaties 5 en 6 deels worden ingekocht bij het ziekenhuis via de DBC-systematiek. Ziekenhuizen hebben vervolgens de keus om de farmaceutische begeleiding zelf uit te voeren of om via onderlinge dienstverlening de openbare apotheken hiervoor te betalen. Volgens de zorgverzekeraar heeft geen van de ziekenhuizen afspraken gemaakt met openbare apotheken in dit kader. Ook blijkt een zorgverzekeraar prestatie 5 helemaal niet te hebben ingekocht bij openbare apotheken.

De NZa zal deze casussen nader onderzoeken in het kader van haar toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Mocht het zo zijn dat een zorgverzekeraar niet voldoet aan zijn zorgplicht dan neemt de NZa maatregelen.

Kenmerk  
99425/139325

Pagina  
4 van 7

Verzekeraars hanteren daarnaast aanvullende voorwaarden voor het in rekening kunnen brengen van bepaalde zorgprestaties. Deze voorwaarden kunnen erin resulteren dat niet iedere gecontracteerde zorgaanbieder de betreffende prestatie(s) ook daadwerkelijk in rekening kan brengen bij de verzekeraar. Uit gesprekken met apothekhoudenden is gebleken dat bepaalde voorwaarden als belemmering worden ervaren voor het in rekening kunnen brengen van noodzakelijk zorg. Als voorbeeld wordt de volumebeperking bij de prestatie medicatiebeoordeling genoemd, waardoor apothekers menen niet aan iedere patiënt die in aanmerking komt voor een medicatiebeoordeling, deze ook daadwerkelijk te kunnen of mogen leveren. Deze werkwijze mag niet resulteren in het schenden van de zorgplicht. Op dit moment hebben we nog geen signalen ontvangen waarbij een patiënt die in aanmerking komt voor deze prestatie deze niet heeft ontvangen, of dat er anderszins een incident heeft plaatsgevonden. We houden hierover nauw contact met de IGZ.

#### *Contracteerproces*

Het contracteerproces voor het jaar 2014 is ten opzichte van vorig jaar vervroegd. We vinden dit, net als de verzekeraars en aanbieders, een positieve ontwikkeling. Wel zien we nog mogelijke verbeteringen in het contracteerproces. Zo moeten zorgaanbieders voldoende tijd krijgen om te reageren op contractvoorstellen van de zorgverzekeraars. Ook voor verzekerden moet voorafgaand aan het afsluiten van een zorgverzekering duidelijk zijn welke apotheken gecontracteerd zijn. Om dit mogelijk te maken, hebben we onze eigen regelgeving voor 2015 vóór 1 juli 2014 gepubliceerd, zodat de verzekeraars en zorgaanbieders eerder kunnen starten met het contracteerproces. Dan kunnen de zorgverzekeraars uiterlijk half november in hun polisvoorwaarden exact aangeven met welke zorgaanbieders zij wel en niet een contract hebben in 2015. Om de onderhandelingen tussen de vrije beroepsbeoefenaren in de zorg en de zorgverzekeraars te ondersteunen stellen we 'de Good Contracting Practices' als leidraad beschikbaar. Deze hebben we naar aanleiding van voorstellen uit het veld aangepast. Partijen hebben in het Bestuurlijk Overleg Farmacie afgesproken de Good Contracting Practices te zullen gebruiken voor het contracteerproces van 2015.

Zorgverzekeraars ervaren een verbetering in het contracteerproces ten opzichte van voorgaande jaren. De verbetering komt vooral door de eerdere start en afronding van het contracteerproces en de ervaring die partijen inmiddels hebben met het proces. Openbare apotheken laten zich steeds vaker vertegenwoordigen in het contracteerproces.

#### *Beschikbaarheid van geneesmiddelen*

Geneesmiddelentekorten kunnen leiden tot het niet leverbaar zijn van het geneesmiddel in een apotheek. In de marktscan spreken we dan over een leveringsprobleem. Partijen hebben van een tweetal antibiotica, te weten amoxicilline en doxycycline, aangegeven dat er in 2012 en 2013 tekorten zijn geweest op groothandel niveau. In de marktscan is de beschikbaarheid van doxycycline onderzocht.

Hieruit blijkt dat maximaal 9% van de apotheken in de onderzoekspopulatie in een bepaalde week helemaal geen doxycycline declareerde. We zien in de periode 2010-2013 geen absolute leveringsproblemen in de zin dat er landelijk helemaal geen doxycycline kon worden uitgegeven. Wel constateren we dat er op apotheekniveau leveringsproblemen waarneembaar zijn voor het onderzochte product, die (deels) zijn opgevangen door uitgifte van andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof. Vanuit de zorgplicht, waar de beschikbaarheid van geneesmiddelen ook onder valt, moeten zorgverzekeraars beleid hebben voor de gebeurtenis dat een als preferent aangewezen middel niet leverbaar is. We zullen de beschikbaarheid van geneesmiddelen blijven monitoren.

Kenmerk  
99425/139325

Pagina  
5 van 7

#### *Activiteiten op het gebied van toezicht*

in 2013 heeft de NZa een zorgplichtonderzoek extramurale farmacie uitgevoerd. Op basis van signalen en voorgaande marktscan hebben we de naleving van de zorgplicht ten aanzien van de medicatieoverdracht tussen apotheken (waaronder ook ziekenhuisapotheken) onderzocht. Eerder in deze beleidsbrief kwam al aan bod dat we op grond van dit onderzoek de zorgverzekeraars hebben aangesproken op een goede en duidelijke inkoop van de prestaties farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en ontslag. Daarnaast hebben we een zorgverzekeraar aangesproken omdat deze verzekeraar patiënten die voor een week medicijnen krijgen, had uitgesloten voor de zorgprestatie 'medicatiebeoordeling.

Recentelijk hebben we gereageerd op de uitkomsten van het onderzoek van de Consumentenbond naar de uitvoering van het eerste terhandstellingsgesprek. Ook bij de NZa zijn signalen binnen gekomen van consumenten die zeggen geen gesprek te hebben gehad met de apotheker. Met ingang van dit jaar is het eerste terhandstellingsgesprek een aparte prestatie geworden, waardoor deze zorgverlening door apothekers nu transparant is geworden. We zien het als een verbetering dat de consument nu inzichtelijk heeft voor welke diensten hij feitelijk betaalt. Qua uitvoering en inhoud van het eerste uitgiftegesprek verwachten wij dat de apothekers zich houden aan de door de KNMP opgestelde gesprekshulp. De huidige publiciteit fungeert daarbij als een extra impuls. Het is aan de openbare apotheken en de verzekeraars om samen goede afspraken te maken over de kwalitatieve invulling van de prestatie. We blijven de meldingen die wij binnen krijgen nauwgezet volgen. Indien de hoeveelheid signalen niet afneemt, dan zullen we opnieuw in gesprek treden met de verzekeraars en de KNMP.

#### **Transparante informatie**

##### *Kwaliteitsaspecten bij de zorginkoop*

We onderzochten de afgesloten contracten tussen zorgverzekeraars en apotheken op de kwaliteitsaspecten. Alle verzekeraars stellen in de contracten een aantal basis kwaliteitseisen, bijvoorbeeld dat apothekers moeten voldoen aan de Nederlandse Apotheek Norm (NAN). Enkele verzekeraars hanteren daarnaast een systeem waarbij een apotheek in aanmerking komt voor een hogere vergoeding zodra voldaan wordt aan aanvullende kwaliteitseisen op het gebied van service- en zorgverlening. We verwachten dat verzekeraars in de toekomst meer aandacht hebben voor de kwaliteit van de zorginhoudelijke dienstverlening van apothekers bij de zorginkoop. De verdere ontwikkeling van duidelijke richtlijnen en

zorgstandaarden vormt hiervoor een belangrijke voorwaarde.

Kenmerk  
99425/139325

Pagina  
6 van 7

#### *Transparante informatie over kwaliteit*

We willen dat de consument op basis van transparante informatie zelf een keuze kan maken uit verschillende zorgaanbieders. Daarvoor moet de consument kunnen zien wat de kwaliteit van de geleverde zorg is, dit moet transparant zijn. De consument kan dan zelf de kwaliteit afwegen bij de keuze voor een zorgaanbieder. Ook zorgverzekeraars kunnen keuzes maken, bijvoorbeeld om meer te vergoeden voor betere kwaliteit. Die keuzes van consument en zorgverzekeraars stimuleren zorgaanbieders om te investeren in kwaliteit en efficiëntie. De Stichting Kwaliteitsindicatoren Farmacie (SKIF) (ontstaan vanuit KNMP, NVZA, NVPF, LHV apothekhoudenden) verzamelt, beheert en bewerkt zorginhoudelijke data en adviseert over kwaliteitsindicatoren. Naar verwachting publiceert de SKIF eind dit jaar de scores van individuele apotheken op kwaliteitsindicatoren op het gebied van 'kwaliteitsmanagement', 'continuïteit van zorg' en 'medicatiebewaking'. Dit initiatief laat zien dat informatie over de kwaliteit van farmaceutische zorg in steeds grotere mate beschikbaar wordt voor de consument. In 2012 was informatie over kwaliteitsindicatoren nog helemaal niet openbaar.

#### **Betaalbaarheid**

##### *Daling macro uitgaven aan farmaceutische zorg*

De macro uitgaven aan farmaceutische zorg laten een ander beeld zien ten opzichte van voorgaande marktscan. De uitgaven zijn in de periode 2011-2013 gedaald met een gemiddelde van ongeveer 6% per jaar. De uitgaven aan farmaceutische zorg zijn opgebouwd uit een aantal onderdelen. Dit zijn de uitgaven voor de vergoeding van geneesmiddelen, de terhandstelling van geneesmiddelen en de aanvullende prestaties voor farmaceutische basiszorg (samen zorgverlening), de eigen bijdragen van patiënten (GVS-bijdragen) en de aanvullende zorg die niet binnen het basispakket valt (niet Zvw).

De sterke daling van de uitgaven aan geneesmiddelen kan deels worden verklaard door geneesmiddelen die in 2012 en 2013 zijn overgeheveld van het extramurale budgettaire kader voor de farmacie naar het intramurale kader voor de medisch specialistische zorg. Daarnaast zijn ook andere factoren van invloed op de afname aan uitgaven aan geneesmiddelen zoals het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid en mogelijk ook aanvullende pakketmaatregelen<sup>2</sup>.

De uitgaven aan de aanvullende prestaties voor farmaceutische basiszorg stijgen in uitgaven en aantallen. Doordat verzekeraars in 2012 en 2013 de kosten voor de nieuwe prestaties verdisconteerden in de prestatie terhandstelling, is het niet mogelijk om in 2012 en 2013 de werkelijke macrokosten van de aanvullende zorgprestaties te bepalen.

---

<sup>2</sup> Het betreft onder andere de 'beperking aanspraak op anticonceptiemiddelen', 'beperking vergoeding van antidepressiva', 'beperking van vergoeding maagzuurremmers' en 'vergoeding paracetamol-codeïne combinaties'



Het totale volume verhandelingen neemt tussen 2010 en 2013 jaarlijks toe. Deze ontwikkeling is te zien bij prestaties verhandelingen die tijdens reguliere openingstijden zijn geleverd en niet bij verhandelingen die tijdens de Avond, Nacht en Zondag (ANZ) zijn geleverd. Het aantal standaardverhandelingen is in 2013 afgenomen ten opzicht van voorgaand jaar. Het aantal eerste verhandelingen neemt al vanaf 2012 af. Het aantal weekverhandelingen daarentegen stijgt al jaren fors, al lijkt deze stijging wel af te nemen.

**Kenmerk**  
99425/139325

**Pagina**  
7 van 7

De tarieven van de verhandelingen (standaard, eerste-en weekverhandeling) daalden in de periode 2010-2012. In 2013 zijn de tarieven van de standaard verhandeling en de eerste verhandeling licht gestegen terwijl het tarief van de weekverhandeling nog altijd (licht) is gedaald.

Een opvallende prijsontwikkeling zien we bij de tarieven voor de verhandeling waarvoor een Avond, Nacht, Zondag-toeslag (ANZ-toeslag) geldt. Als gevolg van de invoering van een nieuw bekostigingsmodel voor dienstapotheken is de spreiding van de afgesproken tarieven fors toegenomen in vergelijking met voorgaande jaren. De mediaan van dit tarief steeg van ongeveer 23 euro in 2013 naar 30 euro in 2014. Het hoogste tarief dat patiënten betalen voor farmaceutische spoedzorg is ongeveer 70 euro. Dit nieuwe bekostigingsmodel is ontwikkeld om middels een weloverwogen regionaal plan de toegankelijkheid van spoedeisende farmaceutische zorg te borgen. Mogelijk heeft dit nieuwe bekostigingsmodel gevolgen voor de financiële toegankelijkheid van de farmaceutische spoedzorg. Het tarief loopt namelijk op naarmate er minder personen wonen in het betreffende adherentiegebied. Omdat dit het eerste jaar is waarin het nieuwe bekostigingsmodel is ingevoerd, zullen we de prijsontwikkeling van het ANZ-tarief blijven monitoren.

We hopen u middels deze beleidsbrief en de marktscan een goed beeld te geven over de stand van zaken in de extramurale farmaceutische zorgverlening.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys  
voorzitter Raad van Bestuur a.i.