Marktscan en beleidsbrief

Extramurale Farmaceutische zorg

Beeld van de markt met vrije prijzen

februari 2013

Inhoud

Vooraf **5**

Managementsamenvatting **7**

1. Inleiding **11**
1.1 Aanleiding 11
1.1.1 Vrije prijzen 11
1.1.2 Quickscan 11
1.2 Onderscheid marktscan en beleidsbrief 12
1.3 Totstandkoming marktscans 12
1.4 Bronnen 12
1.5 Leeswijzer 13

2. Omschrijving van de markt **15**
2.1 Wat is extramurale farmaceutische zorg? 15
2.2 Wie leveren extramurale farmaceutische zorg? 15
2.3 Waar wordt extramurale farmaceutische zorg geleverd? 16
2.4 Wie maken gebruik van extramurale farmaceutische zorg? 17
2.5 Bekostiging van extramurale farmaceutische zorg 18
2.5.1 Vrije tarieven 19
2.6 Vergoeding van extramurale farmaceutische zorg 20

3. Marktstructuur **23**
3.1 Aantal extramurale farmaceutische zorg aanbieders 23
3.1.1 Openbare apotheken 23
3.1.2 Apotheekhoudende huisartsen 24
3.2 Spreiding extramurale farmaceutische zorg aanbieders 25
3.3 Marktconcentratie 30
3.4 Toe- en uittreders 32
3.5 Nieuwe initiatieven en vormen van aanbod 34
3.6 Praktijksamenstelling 35

4. Marktgedrag **37**
4.1 Zorginkoop 37
4.1.1 Contracteergraad 37
4.1.2 Gecontracteerde zorgprestaties zorgverzekeraars 38
4.1.3 Gecontracteerde zorgprestaties apotheekhoudenden 39
4.2 Contracteerproces 39
4.2.1 Gebruik van de Good Contracting practices 40
4.2.2 Inrichting van het contracteerproces 40
4.2.3 Beleving van het contracteerproces vanuit de apotheekhoudenden 42
4.2.4 Beleving van het contracteerproces vanuit de zorgverzekeraars 43
4.2.4 Consumentenkeuze voor apotheek 43
4.3 Toezicht NZa 45

5. Kwaliteit **47**
5.1 Contractafspraken over kwaliteit 47
5.2 Kwaliteit van zorg 49
5.2.1 Toezicht IGZ 49
5.2.2 Normen 49
5.2.3 Indicatorenset Zichtbare zorg 50
5.3 Transparantie van informatie 51
5.4 Klachten over apotheken 51
5.4.1 Klachtencommissie 51
5.4.2 De onafhankelijke bemiddelaar 53

5.4.3 Signalen NPCF 53
5.4.4 Klachten en meldingen bij de NZa 54

6. Toegankelijkheid 55
6.1 Wachttijden 55
6.2 Fysieke toegankelijkheid 57
6.3 Online toegankelijkheid 58
6.4 Financiële toegankelijkheid 59
6.5 Signalen dienstapotheken 59

7. Betaalbaarheid 61
7.1 Inleiding 61
7.2 Macrogegevens farmaceutische zorg 61
7.3 Kostenontwikkeling dienstverlening 62
7.3.1 Volumeontwikkeling dienstverlening 63
7.3.2 Prijsontwikkeling van de dienstverlening 66

8. Preferentiebeleid geneesmiddelen 69
8.1 Beschrijving zorginkoopbeleid verzekeraars 70
8.1.1 Inleiding 70
8.1.2 Type beleid 72
8.1.3 Opgelegde beperkingen 73
8.1.4 Vergoeding 77
8.2 Impact preferentiebeleid 80
8.2.1 Kostenontwikkeling geneesmiddelen 80
8.2.2 Impact preferentiebeleid 82
8.3 Omzet en volume ontwikkeling 84
8.3.1 Impact preferentiebeleid 86
8.3.2 Impact preferentiebeleid per ATC cluster 89

Bijlage 1. Bronnen en methoden 95

Bijlage 2. Prestatiecodelijst Z-Index 99

Bijlage 3. Prestatiebeschrijvingen 101

Bijlage 4. Vragenlijst (versie 1) 105

Bijlage 5. Vragenlijst (versie 2) 111

Bijlage 6. Betaalbaarheid figuren 119

Bijlage 7. Beleidsbrief Marktscan Extramurale farmaceutische zorg 123

Vooraf

Voor u ligt de Marktscan extramurale farmaceutische zorg 2012 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.

De marktscan richt zich in eerste instantie op de verstrekking van geneesmiddelen. Informatie hierover staat in hoofdstuk 2 t/m 7. Daarnaast heeft de NZa in een later stadium ook het inkoopbeleid op de geneesmiddelen in kaart gebracht. Deze informatie is opgenomen in hoofdstuk 8 Preferentiebeleid geneesmiddelen.

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,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

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. Dit betreft het verstrekken van 'Uitsluitend Recept' (UR)-geneesmiddelen, hulpmiddelen, informatie en begeleiding in een extramurale setting. Per 1 januari 2012 gelden er vrije prijzen voor de extramurale farmaceutische zorg. De marktscan geeft de feitelijke stand van zaken weer. Beleidsmatige conclusies en acties van de NZa worden in een begeleidende beleidsbrief beschreven. Beiden stukken richten zich op de belangen van de consument als het gaat om apotheekzorg. Hierbij wordt vooral gekeken naar de situatie sinds 1 januari 2012, waarin vrije prijzen gelden voor de farmaceutische zorg en een set van nieuwe prestaties. De NZa gaat in deze marktscan en beleidsbrief niet in op de inkomenspositie van aanbieders van extramurale farmaceutische zorg. De NZa bekijkt of er de volgende marktscan in het algemeen iets kan worden gezegd over de financiële positie van aanbieders van extramurale farmaceutische zorg, met behulp van de indicatoren liquiditeit, rentabiliteit en solvabiliteit. De basis daarvoor zullen gegevens zijn over het jaar 2012.

Geneesmiddelen en dienstverlening
In deze marktscan wordt onderscheid gemaakt tussen de geneesmiddelen en het verstrekken van en het informeren over geneesmiddelen, de dienstverlening. De marktscan richt zich in eerste instantie op de dienstverlening. Informatie hierover staat in hoofdstuk 2 t/m 7. Daarnaast heeft de NZa in een later stadium ook het inkoopbeleid op de geneesmiddelen in kaart gebracht. Deze informatie is opgenomen in hoofdstuk 8

Betaalbaarheid
De totale uitgaven aan farmaceutische zorg zijn sinds 2007 relatief stabiel en bedragen circa €4,8 miljard per jaar. De totale uitgaven zijn uit te splitsen in de uitgaven voor geneesmiddelen (€3.799 miljoen in 2007) en dienstverlening (€887 miljoen in 2007). De verhouding tussen de totale uitgaven voor geneesmiddelen en dienstverlening is veranderd. In 2011 bedroegen de totale uitgaven voor geneesmiddelen €3.562 miljoen en voor dienstverlening €1.236 miljoen.

De totale uitgaven voor dienstverlening stijgen omdat er meer medicijnen worden verstrekt. Het aantal week-terhandstellingen neemt sinds 2008 ieder jaar met minstens 10 miljoen toe. Ook in 2012 lijkt het volume van de dienstverlening wederom toe te nemen. De prijs van dienstverlening laat daarentegen een dalende trend zien. Deze prijsdaling weegt echter niet op tegen de volumestijging met als gevolg een toename van de totale uitgaven voor dienstverlening.

De totale uitgaven voor geneesmiddelen dalen. Een belangrijke oorzaak van deze daling is het door verzekeraars gevoerde beleid. Verzekeraars voeren sinds 1 juli 2005 inkoopbeleid op clusters van geneesmiddelen waarvoor het patent verlopen is. Door middel van het inkoopbeleid leggen verzekeraars beperkingen op in welke geneesmiddelen worden

vergoed (preferentiebeleid) en in de hoogte van de vergoeding voor de geneesmiddelen die verstrekt worden (prijsgarantie).

De consumptie van geneesmiddelen vanaf 2004 is gestegen. Dit heeft tot een stijging van de uitgaven van €0,6 miljard geleid in de periode 2004 tot en met 2011. Tegelijkertijd zijn de prijzen in diezelfde periode gedaald met als gevolg een daling van de uitgaven van €1,5 miljard. Per saldo zijn de totale besparingen op geneesmiddelen sinds 2004 €0,9 miljard.

De besparing voor geneesmiddelen waarop minimaal één verzekeraar preferentiebeleid heeft gevoerd vanaf het moment dat preferentiebeleid gevoerd wordt is cumulatief €1,2 miljard. Deze besparing is voornamelijk bereikt in de periode na 2008. De gemiddelde besparing per jaar vanaf 2008 is gelijk aan 7,5% van de totale kosten van geneesmiddelen.

De afname van de prijzen wordt veroorzaakt door de combinatie van het uit patent gaan van geneesmiddelen, waardoor generieke middelen kunnen worden aangeboden, en het door verzekeraars gevoerde beleid. Van de cumulatieve besparing van €1,2 miljard kan in ieder geval €0,6 miljard rechtstreeks worden toegeschreven aan het preferentiebeleid. Dit is het resultaat dat behaald wordt door de prijsdaling van de generieke middelen na de start van het preferentiebeleid.

De overige €0,6 miljard is slechts gedeeltelijk toe te wijzen aan het gevoerde preferentiebeleid. Dit resultaat wordt behaald door substitutie van specialité geneesmiddelen naar generieke middelen (die goedkoper zijn) en door de prijsdaling bij de specialité geneesmiddelen. Beide effecten zijn slechts gedeeltelijk toe te wijzen aan het preferentiebeleid omdat deze effecten ook (gedeeltelijk) behaald zouden zijn als geen preferentiebeleid was gevoerd.

Marktgedrag
In de extramurale farmaceutische zorg sluiten zorgverzekeraars en apotheekhoudenden contracten waarin zij vast kunnen leggen tegen welke prijs en tegen welke kwaliteit bepaalde zorg wordt geleverd. In 2012 was de contracteergraad hoog. Gemiddeld 94% van de door zorgverzekeraars aangeboden contracten heeft tot het daadwerkelijk afsluiten van een contract geleid. Per apotheek zijn gemiddeld 7,4 contracten afgesloten.

Navraag over de gecontracteerde prestaties bij zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders levert licht afwijkende antwoorden op. Dit geldt vooral voor de prestaties 4 en 5 (farmaceutische begeleiding bij ziekenhuis opname of ontslag uit het ziekenhuis). Waar zorgverzekeraars vooral aangeven dat deze prestaties verdisconteerd zijn in een all-in tarief, geeft ruim 80% van de apotheekhoudenden aan dat deze prestaties niet gecontracteerd zijn.

Apotheekhoudenden zijn ook bevraagd over het verloop van het contracteerproces. De helft van de respondenten zegt zich te hebben laten vertegenwoordigen in het contracteerproces. Nog eens een derde heeft zich voor een deel van het proces laten vertegenwoordigen of ondersteunen. 74% van de respondenten heeft in november of december 2011 een eerste contractvoorstel ontvangen van de zorgverzekeraar. Uiteindelijk is 15% van de contracten afgesloten na 31 december 2011. De helft van de respondenten heeft een wijzigingsvoorstel gedaan bij de zorgverzekeraar. Dit heeft in 13% van de gevallen geleid tot een gewijzigd contract.

De apotheekhoudenden hebben het contracteerproces anders ervaren dan de zorgverzekeraars. Waar zorgverzekeraars over het algemeen tevreden zijn over het proces, is 95% van de apotheekhoudenden respondenten ontevreden of zeer ontevreden.

De NZa heeft ook het gedrag van consumenten in kaart gebracht. Bij de keuze voor een apotheker is de locatie verreweg de belangrijkste overweging voor een consument. Uit de enquête bleek tevens dat 81% van de consumenten terecht kan bij de apotheek van de eerste keus. 9% van de consumenten heeft overwogen om over te stappen. Redenen om over te stappen zijn ontevredenheid over de service, de wachttijd en het op voorraad zijn van medicijnen. Uiteindelijk is 4% van de consumenten ook daadwerkelijk overgestapt.

De marktscan bevat geen beoordeling van het onderhandelingsklimaat. De NZa kijkt vanuit haar taak primair naar de effecten van dergelijke ontwikkelingen op de positie van de consument. De apotheker heeft geen recht op individuele onderhandelingen, maar de zorgverzekeraar moet zich wel aan zijn zorgplicht houden. Omgekeerd dienen apothekers zich te houden aan de vigerende kwaliteitsnormen, onder toezicht van de IGZ.

Op basis van de informatie die verzamelt is over de gecontracteerde zorg kan de NZa niet oordelen over de vraag of wat nu gecontracteerd wordt voldoende of onvoldoende is. De NZa zal naleving van de zorgplicht in de farmaceutische zorg nader onderzoeken, in overleg met de IGZ.

Marktstructuur
In de extramurale farmaceutische zorg zijn verschillende soorten aanbieders actief. Van oudsher wordt het aanbod van extramurale farmaceutische zorg verzorgd door openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen. Daarbij is er de laatste jaren een specialisatie trend met onder meer bereidingsapotheken, central filling apotheken en de online diensten. Er ontstaan ook samenwerkingen tussen apotheken gericht op patiëntveiligheid en medicatiechecks. Daarnaast zijn er ook zijn initiatieven van apotheken ontstaan om in samenwerking met huisarts én patiënt tot verbeterde farmaceutische zorg te komen.

Het aantal aanbieders van extramurale farmaceutische zorg is al een aantal jaren redelijk stabiel. Er zijn circa 2.000 openbare apotheken en ruim 400 apotheekhoudende huisartspraktijken. Op 3 gemeenten na is in alle gemeenten een openbare apotheek of apotheekhoudende huisarts gevestigd. In 2011 en 2012 (t/m augustus) zijn meer apotheken gestopt dan dat er nieuwe zijn gestart. In deze periode zijn er volgens de Kamer van Koophandel 5 apotheken gestopt vanwege faillissement.

Naast de apotheker zijn in de meeste gevallen apothekersassistenten en ondersteunende medewerkers in een apotheek werkzaam. Het aantal ondersteunende medewerkers is de laatste jaren toegenomen. De verwerkingsgraad, het aantal voorschriften dat een apothekersassistent per jaar verwerkt, is ook gestegen.

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. Alle zorgverzekeraars stellen een aantal basiseisen omdat zij een controleverplichting hebben. Daarnaast hanteren enkele zorgverzekeraars bij de contractering een systeem voor aanvullende kwaliteitsafspraken. Wanneer de apotheek aan hogere

kwaliteitseisen voldoet krijgt deze een hogere vergoeding voor de terhandstelling. Bij deze eisen kan worden gedacht aan zaken als deelname aan een klanttevredenheidsonderzoek, gebruik van een mystery-shopper, deelname aan het FTO op niveau 3 of 4 en het verrichten van extra activiteiten ter verbetering van de medicatiebewaking en de bevordering van de therapietrouw.

Uit gesprekken die de NZa met enkele koepelorganisaties van apotheken heeft gehouden (Aska en Napco) ontstaat het beeld dat zorgverzekeraars nog beperkt afspraken over kwaliteit maken. De afspraken die worden gemaakt hebben hoofdzakelijk betrekking op certificeringen en zijn daardoor volgens de brancheorganisaties niet erg diepgaand.

Toegankelijkheid
De NZa heeft consumenten gevraagd naar hun ervaringen. Consumenten zijn merendeels tevreden over de wachttijd. De werkelijke wachttijd is korter dan de acceptabel geachte wachttijd. Ook over de openingstijden en het nakomen van de gemaakte afspraken is het merendeel van de consumenten tevreden.

De toegankelijkheid van de extramurale farmaceutische zorg in Nederland is goed door voldoende aanbod en voldoende spreiding van het aanbod. 98,1% van de Nederlanders kan binnen 15 minuten bij de dichtstbijzijnde apotheek terecht. Naast de fysieke apotheeklocaties zijn er ook aanbieders van farmaceutische zorg online te benaderen, waarna de geneesmiddelen worden bezorgd.

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). 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.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, worden van alle door de NZa onderscheiden zorgmarkten marktscans gemaakt. Op basis van een vergelijking van de uitkomsten van de diverse marktscans kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet[1].

1.1.1 Vrije prijzen

Bij het vrijgeven van de prijzen in de extramurale farmaceutische zorgmarkt is het een logisch gevolg dat de NZa marktscans uitbrengt. In een stappenplan dat is opgesteld voor het vrijgeven van prijzen in deze markt is het opleveren van marktscans een laatste stap. "De NZa houdt zo in de gaten of de publieke belangen voldoende veilig zijn en of partijen zich aan de spelregels houden.[2]"

1.1.2 Quickscan

De NZa heeft in 2012 reeds gepubliceerd over de extramurale farmaceutische zorgmarkt. Er is een quickscan[3] gepubliceerd waarin aan het begin van 2012 een korte feitencheck heeft plaatsgevonden op:
Welke prestaties er in 2012 zijn gecontracteerd;
Welke vergoedingen per prestatie er zijn overeengekomen;
De hoeveelheid contracten die er zijn aangeboden en afgesloten.

De quickscan heeft zich beperkt tot het vermelden van deze feitelijkheden. De reden voor de uitvoering van deze quickscan was de introductie van vrije prijzen in de extramurale farmaceutische zorg én in de mondzorg, beiden per 1 januari 2012. Direct aan het begin van 2012 is er discussie ontstaan over vrije prijzen in de mondzorg. De NZa is toen een verkort onderzoek gestart in die zorgmarkt.

De NZa wilde ook weten wat de ontwikkelingen waren in de extramurale farmaceutische zorgmarkt rondom de vrije prijzen, de gecontracteerde prestaties en de contracteergraad. Er heeft destijds geen onderzoek plaatsgevonden naar de kwaliteit van de afspraken of de zorg. Dat zou namelijk in de marktscan aan de orde komen. Er is bij de quickscan geen beleidsbrief opgesteld. Dat zal bij deze voorliggende marktscan wel gebeuren.

1 In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.
2 www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/vrije-prijzen-eerstelijnszorg/stappenplan/
3 NZa: Marktscan Farmacie 2012, 'Quickscan', rapportage april 2012.

1.2 Onderscheid marktscan en beleidsbrief

Een marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten zonder interpretatie, duiding of waardeoordeel. Naast de marktscan stelt de NZa een beleidsbrief op. De NZa zal in de beleidsbrief benoemen wat er aan de hand van de marktscan te zeggen is over de markt van extramurale farmaceutische zorg in de betreffende periode. Ook zal de brief benoemen wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa en zal de beleidsbrief advies geven richting het Ministerie van VWS.

1.3 Totstandkoming marktscans

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen: 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 keuzen 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 marktuitkomsten en de mate van transparantie als het gaat om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld (half)jaarlijks) nieuwe keuzen van indicatoren kunnen worden gemaakt.

Focus
Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Dit betekent dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.

De focus van deze marktscan ligt op extramurale farmaceutische zorg. De NZa maakt hierbij een onderscheid tussen Uitsluitend-Recept (UR) geneesmiddelen en farmaceutische zorgprestaties. Deze marktscan richt zich op de zorgprestaties en zal ook in gaan op het inkoop- en vergoedingenbeleid van zorgverzekeraars als het gaat om geneesmiddelen. De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren tot en met 2012, voor zover hiervoor de informatie beschikbaar is.

1.4 Bronnen

Voor haar marktscan gebruikt de NZa meerdere bronnen. Een overzicht van deze bronnen is opgenomen in bijlage 1. Er is ook gewerkt met methoden om consumenten en zorgaanbieders te bevragen over specifieke indicatoren in de marktscan.

Consumentenpanel Marktscan extramurale farmaceutische zorg
Voor haar marktscan heeft de NZa informatie nodig over het gedrag van consumenten met betrekking tot de extramurale farmaceutische zorg. De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel hiernaar onderzoek te doen. Dit onderzoek is uitgevoerd in augustus 2012.

Apotheekhoudende leden van brancheverenigingen
Om specifieke details van het contracteerproces met zorgverzekeraars in kaart te brengen hebben ASKA, Napco en KNMP leden benaderd om een door de NZa opgestelde vragenlijst in te vullen.

Zorgverzekeraars
De zorginkopers van extramurale farmaceutische zorg zijn gevraagd contracten aan te leveren en ook enkele vragen over het contracteerproces te beantwoorden.

Financiële dienstverlener, zorgmakelaar, hoofdaannemer
Door middel van interviews is een beeld ontstaan van de context waarin cijfers en feitelijkheden moeten worden geplaatst.

1.5 Leeswijzer

De marktscan richt zich in eerste instantie op de verstrekking van geneesmiddelen. Informatie hierover staat in hoofdstuk 2 t/m 7. Om een beeld van de markt te geven, wordt in hoofdstuk twee een omschrijving van de markt gegeven. 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. Daarnaast heeft de NZa in een later stadium ook het inkoopbeleid op de geneesmiddelen in kaart gebracht. Deze informatie is opgenomen in hoofdstuk 8 preferentiebeleid geneesmiddelen.

2. Omschrijving van de markt

2.1 Wat is extramurale farmaceutische zorg?

Extramurale farmaceutische zorg is het verstrekken van UR[4] geneesmiddelen en hulpmiddelen en het geven van informatie en begeleiding hierbij in een extramurale setting. Er worden ook andere benamingen gebruikt voor deze zorg. In deze marktscan wordt de benaming extramurale farmaceutische zorg gebruikt. Hulpmiddelen (niet UR geneesmiddel gerelateerd zoals bijvoorbeeld incontinentiemateriaal) maken geen onderdeel uit van deze of een andere marktscan. Ze maken ook geen onderdeel uit van een beleidsregel.

Welke zorgprestaties een zorgverlener in rekening mag brengen bij de consument dan wel diens verzekeraar staat omschreven in de beleidsregel en tariefbeschikking van de NZa.[5]

2.2 Wie leveren extramurale farmaceutische zorg?

De beleidsregel omschrijft de zorgaanbieder als 'de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig farmaceutische zorg verleent'.

Van oudsher wordt de Nederlandse bevolking voor de distributie van geneesmiddelen en bijbehorende farmaceutische zorg in de extramurale setting bediend door openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen. Gezamenlijk wordt dit de groep van extramurale apotheekhoudenden genoemd. Onder openbare apotheken bestaan verschillende typen/categorieën apotheken[6].

Apotheekhoudende huisartsen
Zij bieden de volledige hulpverlening aan en doen dat op basis van vergunningverlening (de afstand tussen de verst gelegen ingeschreven cliënt van de huisarts en openbare apotheek is niet kleiner dan 4,5 km).

Openbare apotheken
Hieronder vallen de volgende typen apotheken:
Zelfstandige apotheken;
Ketenapotheken;
Poliklinische apotheken (politheken): openbare apotheken gevestigd in een ziekenhuisgebouw;
Internetapotheken;
Dienstapotheken.

Behalve de verschillende te onderscheiden typen apotheken, die gecombineerd kunnen zijn, vindt er onder apotheken ook specialisatie plaats. Voorbeelden van specialisatie zijn: bereidingsapotheken die zich alleen richten op magistrale bereidingen, apotheken die zich alleen richten op de verpakking van geneesmiddelen ('baxtering apotheken' en 'central fillingapotheken'), het bedienen van patiënten via een online service via een internetapotheek, specialisatie op gebied van bepaalde (chronische) ziekten of bijvoorbeeld reizigersadvies.

[4] UR-geneesmiddel: een geneesmiddel dat uitsluitend op recept ter hand mag worden gesteld
[5] Voor 2012 TB/CU-5042-02 en BR/CU-5046.
[6] NZa, monitor 2010

In het hoofdstuk marktstructuur zijn de aantallen extramurale apotheekhoudenden in kaart gebracht.

Naast de internetapotheken hebben openbare apotheken ook regelmatig een website. Voor deze marktscan is niet in kaart gebracht hoeveel apotheken een website hebben en welke diensten zij daar op aanbieden. Openbare apotheken hebben in veel gevallen ook een eigen bezorgdienst.

Alle internetapotheken staan net als de openbare apotheek onder toezicht van de IGZ en moeten aan dezelfde kwaliteitseisen voldoen. Zo is bij een internetapotheek altijd een apotheker in dienst en worden receptcontroles uitgevoerd. Het verschil met reguliere apotheken is dat er minder of geen face-to-face contact mogelijk is. Internetapotheken kunnen dit compenseren doordat zij telefonisch en per e-mail bereikbaar zijn voor vragen en advies. Net als openbare apotheken ondernemen internetapotheken activiteiten om andere apotheken te informeren over het geneesmiddelengebruik.

Organisatie
De extramurale farmaceutische zorgprestaties zijn functioneel omschreven in de beleidsregel[7], het zorgaanbod staat daarin centraal.

De NZa zoomt in deze marktscan in op 'de zorgaanbieder' op basis van de typen extramurale farmaceutische zorgaanbieder zoals die hierboven zijn omschreven (een openbare apotheek of een apotheekhoudende huisarts). Dit zijn de zorgaanbieders die voor de consument relevant zijn omdat de consument daar geneesmiddelen en extramurale farmaceutische zorg kan verkrijgen.

Met de introductie van de nieuwe prestaties (zie paragraaf 2.6) is de mogelijkheid gekomen dat ook andere zorgaanbieders farmaceutische zorg gaan leveren, bijvoorbeeld de huisarts. Deze mogelijkheid beperkt zich tot de prestaties 2 tot en met 10. Deze prestaties zijn benoemd in tabel 2.2. Prestatie 1, de terhandstelling, blijft een voorbehouden handeling van 'de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig farmaceutische zorg verleent'.

Zorgverzekeraars hebben extramurale farmaceutische zorg ingekocht bij openbare apotheken of apotheekhoudende huisartsen. Daarnaast hebben enkele zorgverzekeraars ook extramurale farmaceutische zorg bij ziekenhuizen ingekocht. Dit wordt beschreven in hoofdstuk vier.

2.3 Waar wordt extramurale farmaceutische zorg geleverd?

De apotheekhoudenden organiseren zich op verschillende manieren waardoor ze op verschillende wijzen en op verschillende soorten locaties te benaderen zijn door consumenten.

Van oudsher bestaan veel apotheken als een zelfstandige onderneming in een woonplaats. Op deze manieren zijn ook de apotheekhoudende huisartsen bekend. Daarnaast zijn er de apotheken die gevestigd zijn 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

[7] BR/CU-5046

zorgverlening aan consumenten en is voor alle consumenten benaderbaar voor deze zorg.
De laatste jaren gebruiken farmaceutische zorgverleners vaker het internet als medium om geneesmiddelen te verstrekken, al dan niet in combinatie met extramurale farmaceutische zorg (een ter handstelling).

2.4 Wie maken gebruik van extramurale farmaceutische zorg?

Tabel 2.1 geeft per leeftijdscategorie het aantal personen weer aan wie geneesmiddelen zijn verstrekt die worden vergoed vanuit de basisverzekering. Er is ook met percentages weergegeven wat de verhouding is van het aantal personen dat geneesmiddelen gebruikt t.o.v. het totaal aantal inwoners per leeftijdscategorie. Deze percentages tonen dat in de leeftijdscategorie 75 jaar of ouder relatief de meeste geneesmiddelen worden verstrekt. In de leeftijdsgroep 0 tot 15 jaar worden relatief de minste geneesmiddelen verstrekt.
Het gaat om extramuraal verstrekte geneesmiddelen en verstrekte geneesmiddelen aan personen in verzorgingshuizen. Het gaat niet om geneesmiddelen die verstrekt zijn aan opgenomen personen in ziekenhuizen (ziekenhuiszorg) en verpleeghuizen (AWBZ)[8].

Tabel 2.1. Aantal personen aan wie geneesmiddelen zijn verstrekt (ook relatief)

Aantal personen aan wie geneesmiddelen zijn verstrekt						Als % van totale bevolking in die leeftijdscategorie			
Perioden	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**		**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
Leeftijd	Aantallen	Aantallen	Aantallen	Aantallen		%	%	%	%
0 tot 15 jaar	1.474.196	1.474.293	1.455.085	1.488.165		49,4	49,9	49,5	50,8
15 tot 25 jaar	1.207.533	1.224.441	1.292.303	1.320.270		60,7	61,0	63,6	64,3
25 tot 35 jaar	1.296.603	1.235.432	1.340.133	1.335.627		61,7	60,0	65,6	65,4
35 tot 45 jaar	1.752.724	1.723.555	1.784.364	1.738.409		66,4	66,0	69,6	69,4
45 tot 55 jaar	1.700.373	1.731.428	1.801.257	1.817.440		71,2	71,7	73,5	73,1
55 tot 65 jaar	1.612.739	1.676.983	1.718.462	1.737.834		78,4	79,6	80,2	80,0
65 tot 75 jaar	1.147.921	1.176.815	1.211.906	1.245.494		87,1	87,9	88,1	87,8
75 of ouder	1.049.634	1.077.735	1.100.992	1.120.265		90,1	90,8	91,0	90,9
Totaal	11.241.723	11.320.682	11.704.502	11.803.504		67,5	67,9	69,8	70,1

Bron: CBS Statline

[8] CBS Statline

2.5 Bekostiging van extramurale farmaceutische zorg

Tot 2012 gold er voor extramurale farmaceutische zorg één prestatie 'het ter handstellen van een UR geneesmiddel'. Dit was een gedifferentieerde prestatie met twee vormen van ter handstellen (standaard en week) en vier deelprestaties (voor 2012 ook wel toeslagen genoemd).

1a. Standaarduitgifte ook wel standaard ter handstelling
1b. Weekuitgifte ook wel week ter handstelling

Daarnaast zijn er nog een aantal toeslagen die vanaf medio 2008 bestaan, deze worden sinds 2012 deelprestaties genoemd:
1. Eerste uitgifte / eerste terhandstelling
2. Avond, Nacht, Zondag-dienstverlening
3. Reguliere magistrale bereiding
4. Bijzondere magistrale bereiding

Vanaf 1 januari 2012 is er een aantal nieuwe zorgprestaties ingevoerd binnen de extramurale farmaceutische zorg. Deze prestaties zijn tot stand gekomen nadat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars eind 2008 te kennen hebben gegeven een eenduidiger onderhandelingstaal te willen met het oog op de situatie dat er geen maximumtarieven meer worden vastgesteld. De farmaceutische zorgprestaties zijn in samenwerking met het veld ontwikkeld. In vergelijking met de situatie van vóór 2012 is de bekostiging gekoppeld aan de (farmaceutische) dienstverlening en niet meer uitsluitend aan de terhandstelling van geneesmiddelen. De activiteiten die in deze nieuwe prestaties zijn benoemd waren voor 2012 niet apart zichtbaar als een prestatie maar vielen onder de prestatie 'ter hand stellen'.

Er zijn in totaal 11 prestaties waarvan er één facultatief is (de zogenoemde vrije prestatie, ook wel de 11^{e} prestatie genoemd). De uitbreiding in het aantal prestaties is zichtbaar in tabel 2.2. De nummering in de eerste kolom in tabel 2.2 gaat uit van de situatie vanaf 1 januari 2012. In bijlage 3 zijn de beschrijvingen van de prestaties beknopt weergegeven.

Tabel 2.2. Prestaties 2011 en 2012

	2011	2012	Verzekerd via basisverzekering
	Prestaties		
1a	Standaard terhandstelling UR geneesmiddel	Standaard terhandstelling UR geneesmiddel	Ja
1b	Week terhandstelling UR geneesmiddel	Week terhandstelling UR geneesmiddel	Ja
2		Instructie UR geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel	Ja
3		Medicatiebeoordeling chronisch gebruik UR geneesmiddel	Ja
4		Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuis opname of poliklinisch bezoek	Ja
5		Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit ziekenhuis	Ja
6		Voorlichting farmaceutische zelfmanagement	Nee
7		Advies farmaceutische zelfzorg	Nee
8		Advies gebruik UR geneesmiddel tijdens reis	Nee
9		Advies ziekterisico bij reizen	Nee
10		Onderlinge dienstverlening	Nee
11		Facultatieve prestatie	Nog niet van toepassing
	Toeslagen	Deelprestaties	
1	Eerste terhandstelling	Eerste terhandstelling	Ja
2	Avond-, Nacht-, Zondag-dienstverlening (ANZ)	Avond-, Nacht-, Zondag-dienstverlening (ANZ)	Ja
3	Reguliere magistrale bereiding	Reguliere magistrale bereiding	Ja
4	Bijzondere magistrale bereiding	Bijzondere magistrale bereiding	Ja
5		Dienstverlening thuis	Ja

2.5.1 Vrije tarieven

Met ingang van 1 januari 2012 zijn de tarieven die in rekening mogen worden gebracht voor de hierboven genoemde (deel)prestaties vrijgegeven. Ook de prijzen van geneesmiddelen zijn met ingang van 2012 vrij. Apotheekhoudenden en zorgverzekeraars maken met elkaar afspraken over de prijs van een geneesmiddel, de bijbehorende zorgverlening, de prijs en de inhoud van andere farmaceutische zorg. Apotheken mogen zelf prijzen bepalen voor de zorg die zij rechtstreeks aan consumenten leveren (niet gecontracteerde zorg).

2.6 Vergoeding van extramurale farmaceutische zorg

Of extramurale farmaceutische zorg in 2012 vergoed wordt is afhankelijk van een aantal zaken:

Basisverzekering: zorginkoop door zorgverzekeraars
De eerste vijf extramurale farmaceutische zorgprestaties (tabel 2.2) vallen onder de basisverzekering. Hieraan is de voorwaarde verbonden dat het bijbehorende UR-geneesmiddel valt onder de aanspraken van de basisverzekering. UR-geneesmiddelen worden uit het basispakket vergoed indien zij zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). In het GVS stelt het ministerie van VWS de maximale vergoeding per groep werkzame stoffen vast. Ook staan in het GVS bij sommige geneesmiddelen de voorwaarden waaronder aanspraak bestaat.

Indien een geneesmiddel niet is opgenomen in het GVS, wordt zowel het geneesmiddel als de 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 aanbieders van deze zorg. Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid farmaceutische zorg selectief te contracteren: op het niveau van apotheekhoudenden, het niveau van prestaties en/of het niveau van geneesmiddelen.

Preferentiebeleid: invloed op basisverzekering
Het 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 tenminste één geneesmiddel aan te wijzen waarop hun verzekerden aanspraak hebben.

Door middel van het preferentiebeleid bepalen zorgverzekeraars via de polis dat van een aantal geneesmiddelen die uit precies dezelfde werkzame stof bestaan alleen het (de) aangewezen geneesmiddel(en) wordt(en) vergoed aan hun verzekerden. Verzekerden hebben geen recht op vergoeding van geneesmiddelen met een zelfde werkzame stof van een andere fabrikant dan het preferent verklaarde geneesmiddel tenzij de desbetreffende arts behandeling met een als preferent aangewezen geneesmiddel, medisch niet verantwoord acht. Verzekerden worden in de polisvoorwaarden en via de website van de zorgverzekeraar geïnformeerd welke geneesmiddelen voor welke periode preferent zijn verklaard en dus worden vergoed. (NZa, monitor 2010)

Het doel van preferentiebeleid is dat bij een gelijkblijvende kwaliteit van het middel het voordeel (de lagere prijzen) die er door ontstaan, doorgegeven wordt aan de consument. Het voordeel kan op verschillende manieren door de zorgverzekeraar worden doorgegeven aan de consument. Zo kan een zorgverzekeraar de kostenbesparingen doorberekenen in de premie (doordat de premies worden verlaagd, gelijk blijven of minder hard stijgen). De zorgverzekeraar kan ook de consument die daadwerkelijk zorg afneemt, belonen als hij het preferente middel afneemt doordat het te vergoeden bedrag niet ingehouden wordt op het eigen risico. In hoofdstuk acht worden de effecten van preferentiebeleid op de uitgaven aan geneesmiddelen geanalyseerd.

Eigen betalingen
Ondanks het feit dat extramurale farmaceutische zorg onder de basisverzekering valt is het afhankelijk van de zorgverzekeraar of een bepaald merk geneesmiddel wordt vergoed. Dit ligt dan vast in de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar.
Voor een aantal geneesmiddelen geldt een eigen bijdrage van de patiënt. De eigen bijdrage betreft het verschil tussen de prijs (AIP) die de fabrikant hanteert voor dat geneesmiddel en de vergoedingslimiet die is bepaald door het ministerie van VWS in het GVS (Geneesmiddelen vergoedingen systeem).

Eigen risico
Extramurale farmaceutische zorg en geneesmiddelen vallen onder het eigen risico[9]. Naast de mogelijkheid dat er een eigen bijdrage geldt voor een geneesmiddel geldt ook het eigen risico.

9 Alle verzekerden hebben in 2012 een verplicht eigen risico van € 220. Dit houdt in dat de eerste € 220 aan zorgkosten door de verzekerde zelf worden betaald.

Voorbeeld van een eigen bijdrage:

Geneesmiddel 'PIL' heeft een AIP van € 25,- en volgens het GVS is de vergoedingslimiet € 20,-.
Een verzekerde betaalt € 5,- zelf aan (de balie bij) de apotheek.

Voorbeeld van een eigen bijdrage i.c.m. eigen risico:

Geneesmiddel 'PIL' heeft een AIP van € 25,- en volgens het GVS is de vergoedingslimiet € 20,-.
Een verzekerde betaalt € 5,- zelf.
Daarnaast is het eigen risico van deze verzekerde nog niet in zijn geheel 'verbruikt'. Hierdoor zal er € 20,- van het eigen risico worden ingehouden. De verzekerde betaalt geneesmiddel 'PIL' in dit specifieke voorbeeld geheel zelf.

Voorbeeld preferent middel i.c.m. eigen risico:

Geneesmiddel 'TABLET' is bij zorgverzekeraar X een preferent middel en kost € 9,50. Er geldt geen eigen bijdrage.
Het eigen risico van de verzekerde is nog niet in zijn geheel 'verbruikt'. Hierdoor zal er € 9,50 van het eigen risico worden ingehouden.

Uitzondering hierop:
Indien een zorgverzekeraar besluit om het geneesmiddelengebruik niet ten laste te laten komen van het eigen risico.

Voorbeeld niet-preferent middel i.c.m. eigen risico

Geneesmiddel 'TABLET' is bij zorgverzekeraar Y géén preferent middel en kost € 9,50.
Het geneesmiddel moet in zijn geheel door de verzekerde zelf worden betaald. Er wordt niets van het eigen risico van de verzekerde ingehouden.

Uitzondering hierop:
Indien voorschrijvend arts het geneesmiddel voorschrijft vanwege medische noodzaak. Het geneesmiddel wordt dan ondanks dat het een niet-preferent middel is, wel vergoed vanuit de basisverzekering. Vervolgens kan het eigen risico weer van toepassing zijn, indien het eigen risico van de verzekerde nog niet in zijn geheel is 'verbruikt'.

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 apotheekhoudende huisartsen en het aantal openbare apotheken beschreven. Bij deze laatste categorie komt ook het aantal internetapotheken aan de orde.

3.1.1 Openbare apotheken

Op basis van een register wat beheerd wordt door de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) concludeert de NZa dat er ongeveer 1.975 apotheken (met een beherend apotheek) actief zijn op de markt voor de extramurale farmaceutische zorg.[10] 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 openbare apotheekvormen. Naast de IGZ zijn er ook andere bronnen beschikbaar die het aantal openbare apotheken in kaart brengen, zoals de Zorgatlas, GIP en SFK. Deze aantallen liggen allemaal rond de 2.000, afhankelijk van de peildatum waarop ze gemeten zijn.

De NZa heeft in juli 2012 onderzoek gedaan naar het in kaart brengen van aantal actieve internet apotheken. Er zijn negen actieve internetapotheken voor iedere Nederlandse consument toegankelijk.

In december 2012 zijn er nog acht van deze negen internetapotheken actief, omdat één internetapotheek recent is opgeheven. De activiteiten van deze internetapotheek zijn overgedragen aan een concurrerende internetapotheek. Daarnaast is er één internetapotheek die vanuit het buitenland opereert. Deze aanbieder kan vanuit het buitenland de Nederlandse regelgeving op een aantal terreinen omzeilen. Deze internetapotheek laat een eigen arts recepten schrijven en noemt zichzelf een bemiddelaar tussen de voorschrijver en de afleverende apotheek. In deze zin is deze internetapotheek die vanuit het buitenland opereert niet vergelijkbaar met de andere internetapotheken.

De overige zeven internetapotheken zijn reguliere apotheken met een apotheker in dienst. Het verschil met de openbare apotheken zit hoofdzakelijk in de wijze van afleveren en dat zij meestal geen fysieke apotheeklocatie hebben. De aflevering vindt in de meeste gevallen enkel plaats via een koerier of een bezorgdienst van de betreffende internetapotheek zelf. De Mediq-internetapotheek is hierop een uitzondering, aangezien Mediq ook een groot landelijk netwerk van fysieke apotheken heeft. Daar kan de klant ook terecht voor het afhalen van geneesmiddelen of advies.

Doordat internetapotheken op basis van bezorging leveren is de markt die zij bedienen landelijk, in tegenstelling tot een klassieke apotheek die een lokale markt bedient.

[10] Peildatum 9 augustus 2012

Tussen de acht internetapotheken zijn verder de volgende verschillen te benoemen:
Er wordt door drie verschillende zorgverzekeraars via hun website naar drie afzonderlijke internetapotheken verwezen.
Er is één internetapotheek die ondersteund wordt door een groothandel of een fabrikant.
Zeven van de acht internetapotheken beperken zich niet alleen tot de verstrekking van geneesmiddelen op basis van herhaalrecepten, maar verstrekken ook eerste uitgiften.
Eén van de zeven verstrekt alleen geneesmiddelen o.b.v. herhaalrecepten.
Vier van deze internetapotheken zijn geïdentificeerd in het IGZ register, althans onder dezelfde naamgeving. Er zijn meerdere oorzaken waardoor internetapotheken niet direct zijn geïdentificeerd in het IGZ-register. Een voorbeeld is dat moederorganisaties van een internetapotheek onder een andere naam in het register staan.

3.1.2 Apotheekhoudende huisartsen

Op 1 januari 2011 zijn er 417 apotheekhoudende praktijken en 515 apotheekhoudende huisartsen in Nederland. Per praktijk kan het zijn dat er meer dan 1 apotheekhoudende huisarts werkzaam is.
Van alle zelfstandig gevestigde huisartsen (7.866) is 6,5% apotheekhoudend. In 2001 waren dit er 605 oftewel 8,3% van de zelfstandig gevestigde huisartsen[11].

Tabel 3.1. Aantal apotheekhoudende huisartsen en praktijken

Jaren	Op 1-1-2009	Op 1-1-2010	Op 1-1-2011
Aantal apotheekhoudende huisartsen	542	526	515
Aantal apotheekhoudende huisartspraktijken	439	424	417

Bron: Nivel

[11] Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2011. Hingstman, L., Kenens, R.J., NIVEL, 2011

3.2 Spreiding extramurale farmaceutische zorg aanbieders

De NZa heeft het IGZ-register gebruikt om de spreiding van openbare apotheken in Nederland in kaart te brengen. De gegevens in dat register zijn voor de NZa uitgangspunt om de locatie van een openbare apotheek te bepalen.

Tabel 3.2. Aantal inwoners per apotheek

Provincie	2012
Groningen	9.843
Friesland	10.440
Drenthe	9.087
Overijssel	9.101
Flevoland	8.414
Gelderland	9.095
Utrecht	8.138
Noord-Holland	8.334
Zuid-Holland	7.908
Zeeland	12.712
Noord-Brabant	8.185
Limburg	7.437
Nederland	**8.465**

Bron: CBS, Vektis, IGZ

Uit bovenstaande tabel blijkt dat inwoners van Zuid-Holland en Limburg de meeste apotheken tot hun beschikking hebben. Daarnaast zijn ook in de provincies Utrecht, Noord-Holland, Noord-Brabant en Flevoland relatief veel apotheken. In de provincies Friesland en Zeeland zijn relatief minder apotheken.

Het aantal inwoners per apotheek is een indicator in hoeverre er voldoende aanbod van farmaceutische zorg is. In provincies waar relatief weinig apotheken zijn gevestigd, is er minder keuze voor een patiënt. Daarnaast kan een beperkt aanbod leiden tot wachtlijsten. Aan de andere kant kunnen provincies of gemeenten met relatief weinig aanbieders per aantal inwoners juist interessant zijn voor toetreders.

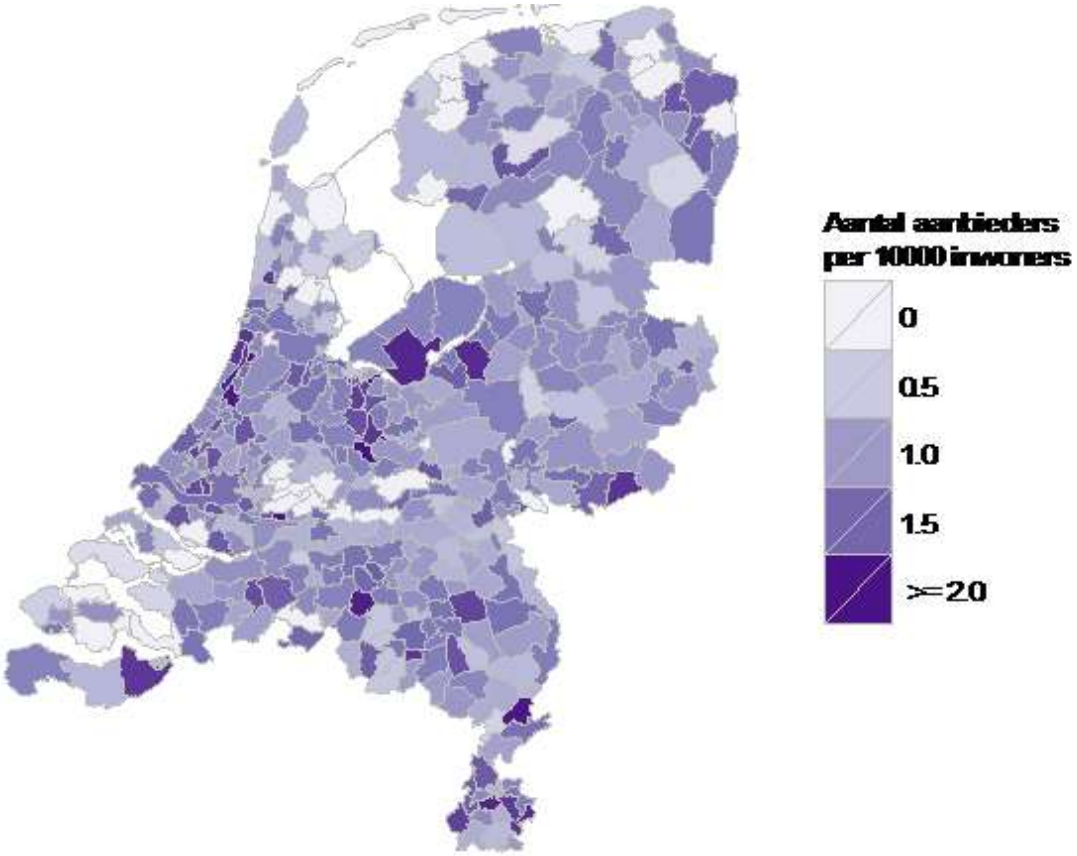
Hierna volgen vijf kaarten van Nederland waarin het aanbod van apotheekhoudenden is weergegeven op gemeenteniveau. De weergave is op gemeenteniveau omdat de extramurale farmaceutische zorg lokaal wordt geleverd in Nederland. Het is daarom interessant om het aanbod op gemeenteniveau in kaart te brengen.
De eerste kaart geeft alleen de openbare apotheken weer. Vervolgens wordt in de kaart daarna zowel het aanbod van openbare apotheken als apotheekhoudende huisartsen weergegeven.

De manier waarop extramurale farmaceutische zorg in Nederland is georganiseerd is deels beschreven in de Geneesmiddelenwet. In het kort komt het neer op de volgende uitgangspunten. De afstand van 4,5 kilometer is in deze wet een norm waarbinnen men farmaceutische zorg zou moeten kunnen bereiken. Indien dit niet het geval is kan een huisarts een vergunning aanvragen tot het bereiden van en ter hand

stellen van UR- of UA-geneesmiddelen aan patiënten in zijn praktijk, in het betreffende gebied[12].

Het verzorgingsgebied van apotheekhoudende huisartsen sluit redelijk aan bij het verzorgingsgebied van de openbare apotheken. Deze verzorgingsgebieden zijn weergegeven in de twee laatste kaarten in deze paragraaf.

Figuur 3.1. Openbare apotheken

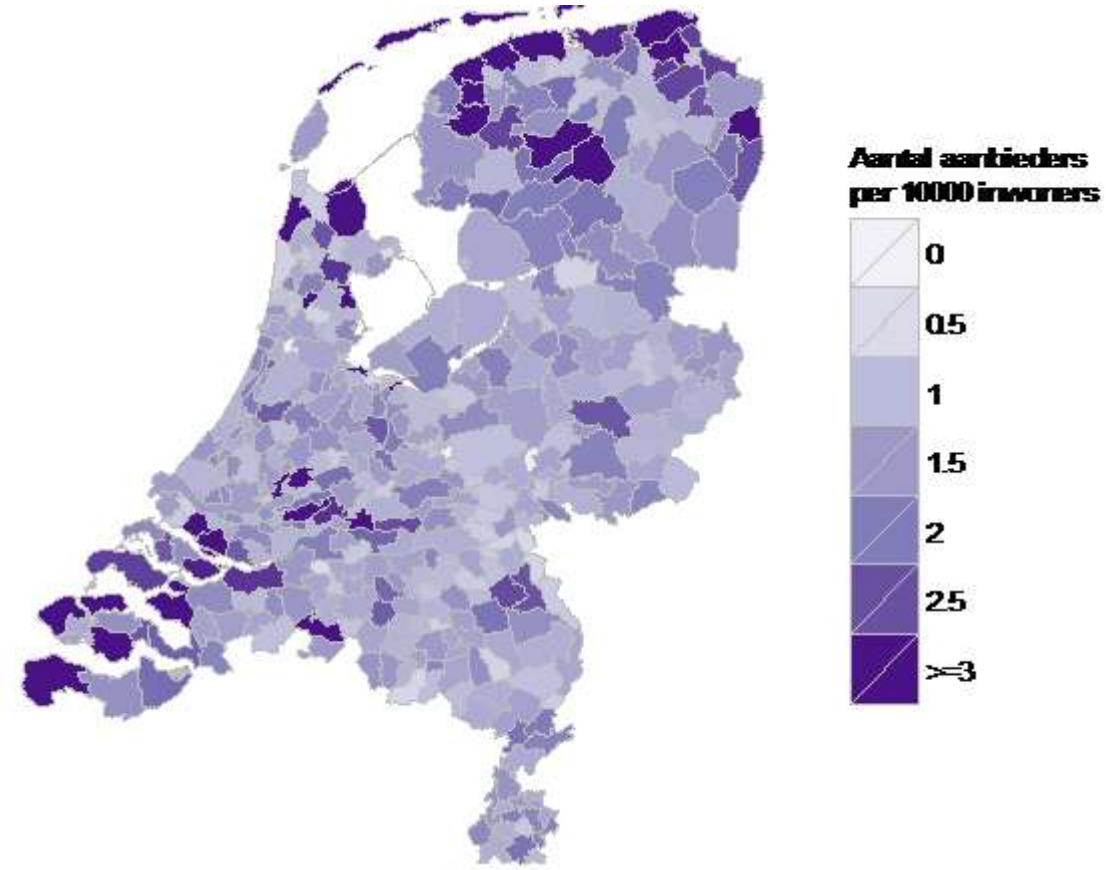


Bron: CBS, 2011 en IGZ

Bovenstaande kaart bevat alleen openbare apotheken per gemeente. Er zijn 42 gemeenten zonder een openbare apotheek. Gemiddeld hebben de gemeenten per 10.000 inwoners 1 aanbieder tot hun beschikking. Vier gemeenten hebben per 10.000 inwoners meer dan 2 aanbieders tot hun beschikking (Bunnink, Blaricum, Heemstede, Sliedrecht).
In de volgende kaart is te zien dat in 39 van de 42 gemeenten zonder een openbare apotheek, apotheekhoudende huisartsen beschikbaar zijn.

[12] Geneesmiddelenwet.

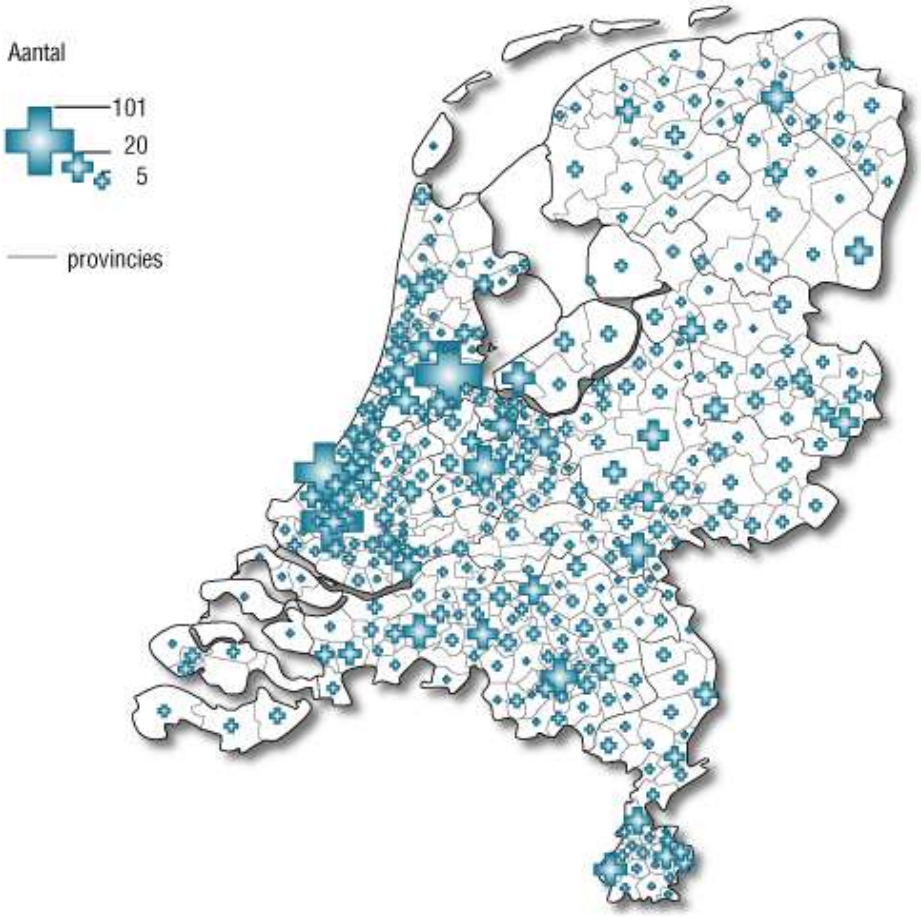
Figuur 3.2. Openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen



Bron: CBS, 2011. IGZ en Nivel

Bovenstaande kaart geeft de openbare apotheken en de apotheekhoudende huisartsen weer per gemeente. Gemiddeld hebben de gemeenten per 10.000 inwoners 1.6 aanbieders tot hun beschikking. Er zijn 3 gemeenten (Rozendaal, Renswoude en Spaarnwoude) zonder openbare apotheek of apotheekhoudende huisartsen. Drieëndertig gemeenten hebben per 10.000 inwoners meer dan 3 aanbieders tot hun beschikking.

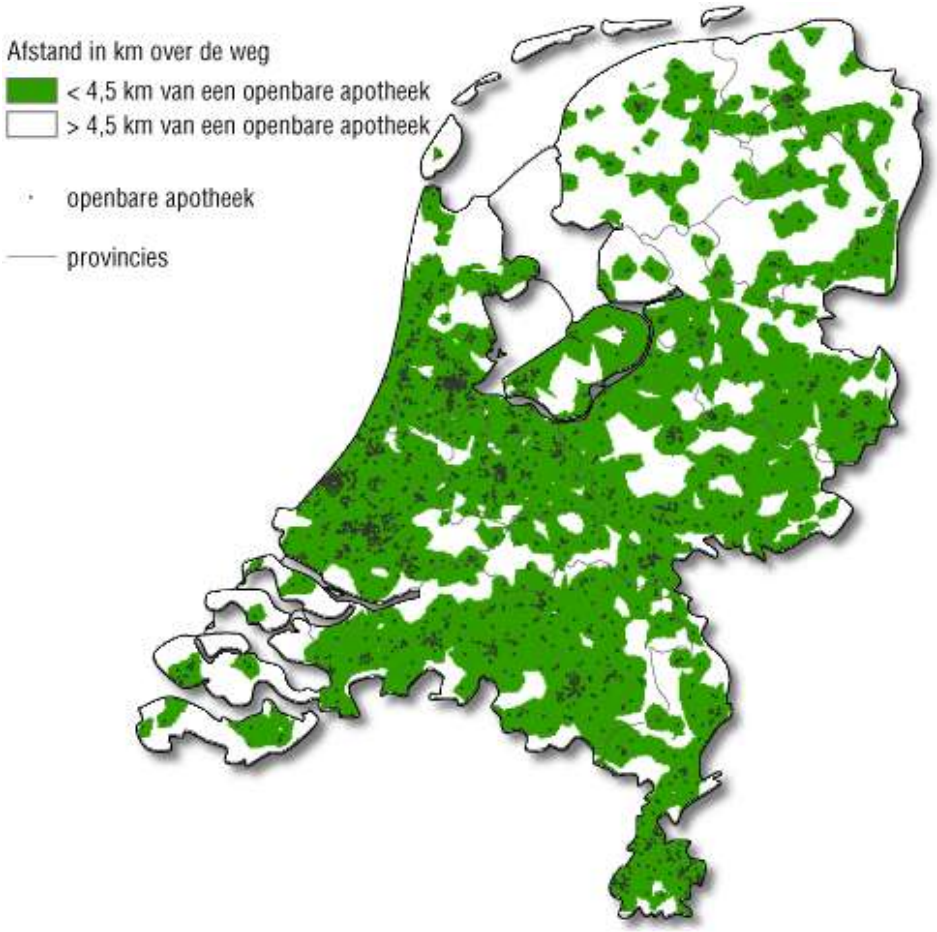
Figuur 3.3. Aantal openbare apotheken



Bron: www.zorgatlas.nl, peildatum 25-10-2012. Input kaart: apotheek.nl en ANO

In bovenstaande kaart is het aantal openbare apotheken weergegeven waardoor duidelijk zichtbaar is dat in Rotterdam en in Amsterdam de meeste openbare apotheken zijn gevestigd.

Figuur 3.4. Verzorgingsgebied openbare apotheken 2011

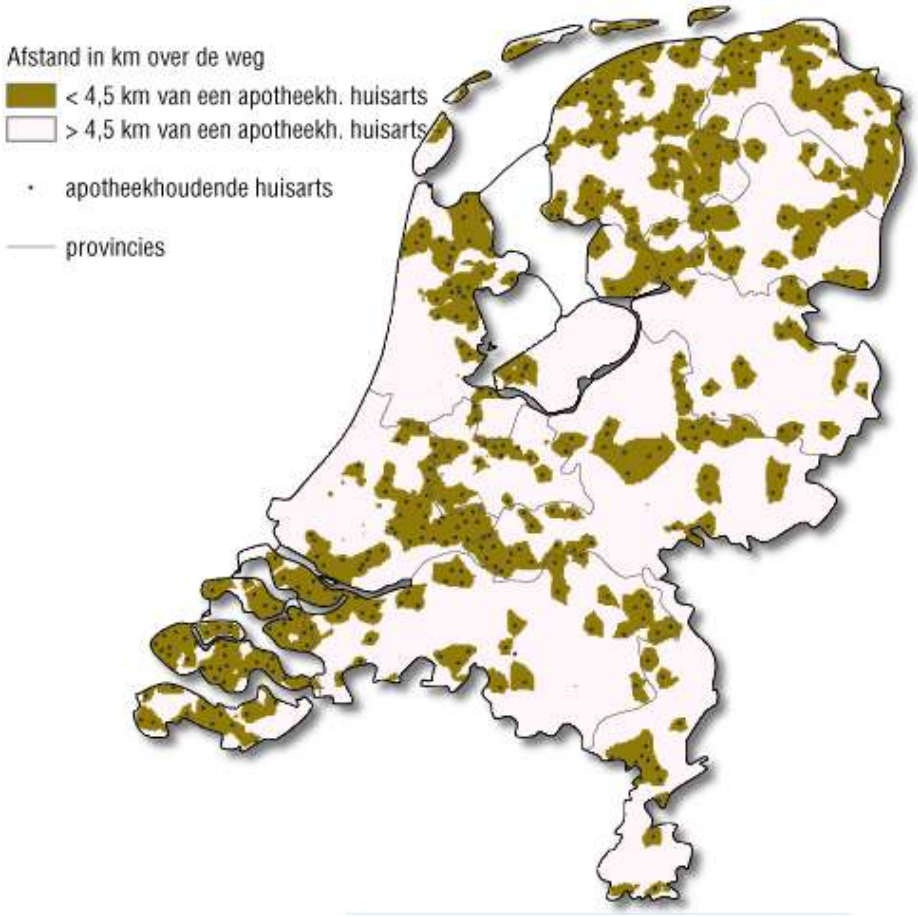


Bron: www.zorgatlas.nl, peildatum 25-10-2012. Input kaart: apotheek.nl en ANO

De met wit aangegeven, gebieden bevinden zich vooral in rurale gebieden in het noorden, op de Waddeneilanden, Zeeland, rond de Peel en in het rivierengebied. In deze gebieden wonen ongeveer 1,5 miljoen mensen, % van de bevolking. Voor de meeste van hen werd in 2011 de levering van (recept-) geneesmiddelen door een apotheekhoudende huisarts verzorgd[13].

[13] Zorgatlas

Figuur 3.5. Verzorgingsgebied apotheekhoudende huisartsen 2008



Bron: www.zorgatlas.nl, peildatum 25-10-2012. Input kaart: apotheek.nl en ANO

In bovenstaande kaart is te zien wat het verzorgingsgebied is van apotheekhoudende huisartsen. Figuur 3.4 en 3.5 tezamen lijken Nederland te dekken. Dit komt overeen met de figuur 3.2 waarin te zien is dat er op 3 gemeenten na in alle gemeenten een openbare apotheek of apotheekhoudende huisarts is gevestigd.

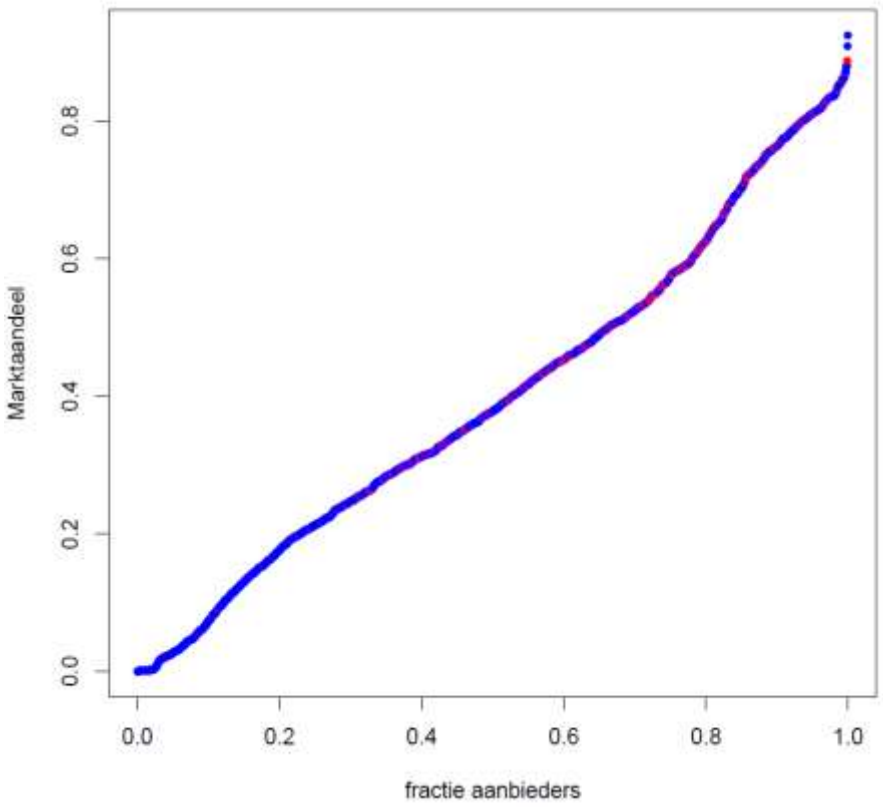
3.3 Marktconcentratie

Veel gebruikte indicatoren voor marktconcentratie, zoals de Herfindahl-Hirschman Index (HHI) of de C4, zijn gebaseerd op marktaandelen van aanbieders in een afgebakende markt. De NZa hanteert een alternatieve methode om de marktconcentratie van aanbieders van de farmaceutische zorg te meten. Deze methode werkt met marktaandelen in 'micromarkten', en kan in toenemende mate van verfijning worden toegepast.

Voor de marktscan worden micromarkten gehanteerd die bestaan uit patiënten per viercijferig postcodegebied. De marktconcentratie voor deze markt is berekend op basis van data afkomstig van Vektis (zie bijlage 1). Hieruit wordt een gewogen marktaandeel per apotheek berekend.

Deze gewogen marktaandelen zijn weergegeven in figuur 3.6, oplopend gesorteerd. De apotheekhoudende huisartsen zijn rood en de openbare apotheken zijn blauw.

Figuur 3.6. Gewogen marktaandelen (2011)

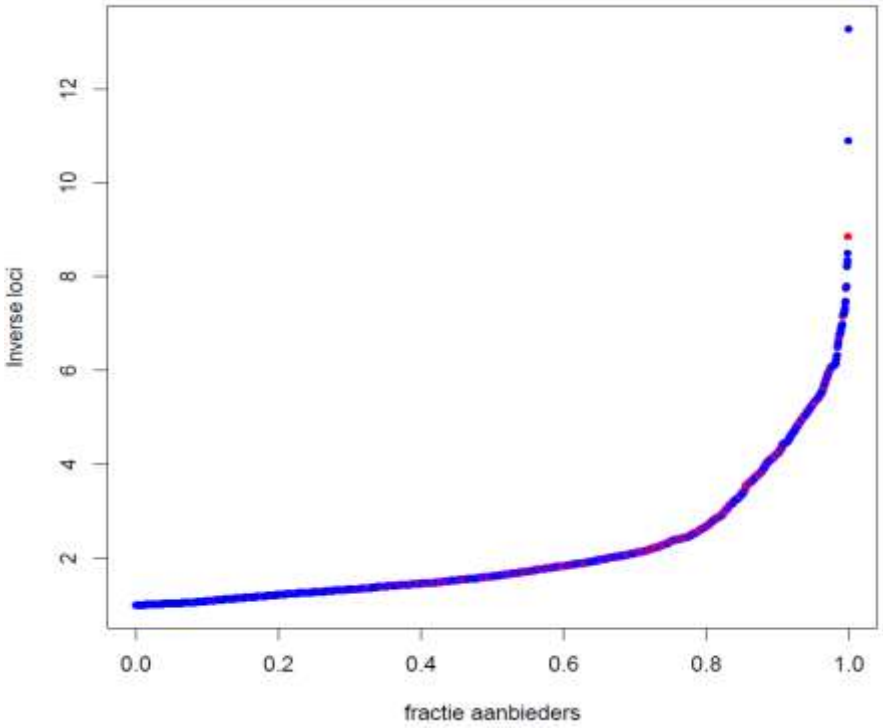


Bron: NZa

Het gemiddelde gewogen marktaandeel sectorbreed is 40%. Dit betekent dat het gemiddelde marktaandeel van alle gewogen marktaandelen van de apotheken en apotheekhoudende huisartsen 40% is.

Door gebruik te maken van een economisch model kan het gewogen gemiddelde marktaandeel per aanbieder vertaald worden naar een marktmacht indicator, de zogeheten Logit competition index (LOCI). De LOCI score is gelijk aan één minus het gewogen marktaandeel. Het hebben van marktmacht stelt een aanbieder in staat om een prijs te hanteren die hoger ligt dan de kosten. Uit het (economisch) model volgt dat de prijsopslag evenredig is met de inverse van de LOCI score. Een nadere toelichting staat in het document 'Fusiesimulatiemodellen', te vinden op de website van de NZa.

Figuur 3.7. Marktconcentratie (2011)



Bron: NZa

Figuur 3.7 laat per apotheek de inverse-loci score zien, oplopend gesorteerd. De apotheekhoudende huisartsen zijn rood en de openbare apotheken zijn blauw. De gemiddelde gewogen inverse loci score is 2.1. Ongeveer 72 % van de aanbieders in deze analyse vallen onder het gemiddelde en 28 % erboven.

De loci scores vormen één van de instrumenten die de NZa gebruikt in zienswijzen bij voorgenomen fusies en onderzoek naar aanmerkelijke marktmacht (AMM). Het is niet mogelijk om enkel op basis van de hoogte van een LOCI score uitspraken te doen over het al dan niet hebben van AMM. Wel is het zo dat –bij overig gelijkblijvende omstandigheden- een relatief hoge inverse LOCI eerder een indicatie van AMM vormt dan een relatief lage inverse LOCI. Maar daarnaast is doorgaans ook aanvullend onderzoek nodig, waar onder meer de prijsgevoeligheid, de precieze afbakening van de productmarkt, als ook compenserende factoren zoals toetreding een rol spelen.

3.4 Toe- en uittreders

Bij de Kamer van Koophandel staat het aantal gestarte en gestopte apotheekhoudenden geregistreerd. De cijfers in 2011 en 2012 tot en met de maand augustus zijn hieronder weergegeven.

Tabel 3.3. Openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen

Aantal	2011	2012*
Starters	21	9
Stoppers	92	46
Waarvan faillissement incl. schuldsanering	4	1

Bron: Kamer van Koophandel *2012 tot en met augustus

Met 'stoppers' wordt het aantal opgeheven ondernemingen, rechtspersonen, inclusief faillissementen en schuldsaneringen bedoeld. Met 'starters' wordt een onderneming, rechtspersoon bedoeld die de afgelopen 12 maanden geen bedrijf heeft gehad en een nieuwe onderneming start. Er zijn volgens de Kamer van Koophandel meer stoppers dan starters in deze periode. Van het totale aantal stoppers is de oorzaak in 5 gevallen een faillissement.

Volgens SFK's 'Data en Feiten' ligt het aantal stoppende en startende openbare apotheekvestigingen op een ander niveau.

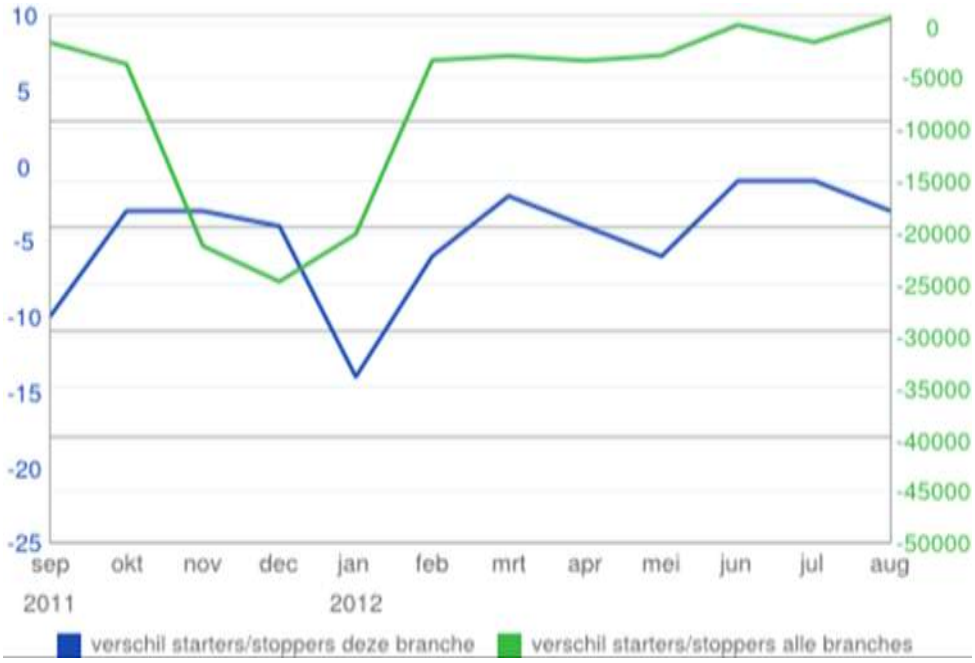
Tabel 3.4. Aantal openbare apotheekvestigingen 2010, 2011 en 2012 volgens SFK

Jaren	Op 1-1-2010	Op 1-1-2011	Op 1-1-2012
Aantal openbare apotheken	1976	1980	1997
Sluitingen t.o.v. jaar ervoor	29	31	24
Geopende t.o.v. jaar ervoor	28	35	41

Bron: SFK Data en feiten 2010, 2011 en 2012

Het verschil tussen de cijfers van de Kamer van Koophandel en SFK heeft te maken met definities. De Kamer van Koophandel gaat uit van ondernemingen die stoppen of starten. SFK gaat uit van apotheekvestigingen die openen of sluiten.

Figuur 3.8. Ontwikkeling verschil starters en stoppers



Bron: Kamer van koophandel

Deze grafiek geeft een indicatie van de ontwikkeling van het aantal ondernemingen (starters minus stoppers) in deze branche. Nevenvestigingen zijn hier niet in meegenomen. Via de rechteras worden de ontwikkelingen van de branche vergeleken met de landelijke ontwikkeling.

In figuur 3.8 is te zien dat de trend van apotheekhoudende niet overeenkomt met de trend voor andere branches. Het verschil tussen starters en stoppers onder apotheekhoudenden is over de hele periode negatief (er zijn meer stoppers dan starters). Er is in beide lijnen een dal te zien. In de lijn voor alle branches is dat dal in de periode van november tot december 2011 en voor apotheekhoudenden is dat dal in januari 2012.

3.5 Nieuwe initiatieven en vormen van aanbod

De afgelopen jaren zijn er een aantal initiatieven en apotheekvormen ontstaan die zich onderscheiden door zich te richten op een specifieke doelgroep/niche, op een kwaliteitsaspect of de samenwerking met de huisarts. De NZa beschrijft drie voorbeelden hiervan.

De internet apotheken / internet services
In het hoofdstuk 'Marktstructuur' is deze vorm van aanbod van extramurale farmaceutische zorg al benoemd. Er zijn inmiddels verschillende aanbieders die geneesmiddelen verstrekken nadat er online een recept ter beschikking is gesteld door de patiënt of de voorschrijvend arts. De geneesmiddelen worden per post naar het gewenste adres verstuurd. Enkele van deze aanbieders werken samen met zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars verwijzen op hun website naar deze internetservices.

Focus op patiëntveiligheidsscreening en medicatiereviews
Een coöperatie van 20 apotheken heeft een (uitgebreid) systeem van patiëntveiligheidsscreening en medicatiereviews. De coöperatie stelt hoge (kwaliteits)eisen aan de apotheek als leden. Als daaraan niet kan worden voldaan wordt het lidmaatschap van een apotheek beëindigd (dit is al in meerdere gevallen gebeurd). Deze coöperatie streeft maximale transparantie na richting zorgverzekeraars over de resultaten van hun werk en won voor het initiatief de KNMP Zorginnovatieprijs 2011. Onderzoeksbureaus bestuderen de resultaten die de coöperatie boekt.

Aandacht voor relatie apotheek, huisarts en patiënt
Één organisatie werkt met huisartsen en hun patiënten aan het verbeteren van de farmacotherapeutische zorg. Zij beogen verbeterde veiligheid, doelmatigheid en betere betaalbaarheid van de geneesmiddelenverstrekking. De organisatie ondersteunt de huisarts ook bij de werkzaamheden rondom het medicatiedossier van patiënten. Dit medicatiedossier kan door de patiënt zelf worden ingezien.

Geïntegreerde farmaceutische zorg
Een keten apotheek heeft in samenwerking met een zorgverzekeraar een geïntegreerd farmaceutisch zorgprogramma opgezet. De meeste zorgverzekeraars werken inmiddels mee aan dit programma. Kern van het systeem is het integreren van behandelprotocollen en richtlijnen in de ICT-systemen van de apothekers. Hierdoor wordt het mogelijk om het geneesmiddelengebruik op bepaalde aspecten continu te monitoren. Het systeem richt zich op medicatieveiligheid, therapietrouw en doelmatig voorschrijven, om hiermee de farmacotherapie te optimaliseren.

Het systeem kan interventievoorstellen doen wanneer bijvoorbeeld uit de gegevens van de patiënt blijkt dat de patiënt al gestopt zou moeten zijn met medicatie. Door bepaalde controletaken te automatiseren ontstaat een robuuster en minder arbeidsintensief controlesysteem.

3.6 Praktijksamenstelling

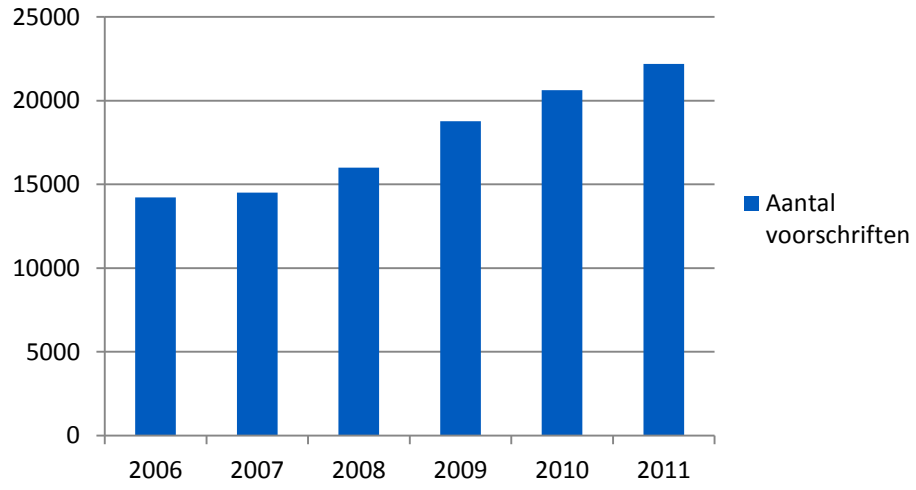
In een apotheek is in de meeste gevallen naast de apotheker, personeel werkzaam. Een apothekersassistent is de meest voorkomende vorm van personeel. Daarnaast is er nog ondersteunend personeel.
Op 1 januari 2011 en 1 januari 2012 waren er volgens opgave van het Pensioenfonds Medewerkers Apotheken respectievelijk 16.203 en 16.458 personen werkzaam als apothekersassistent in een openbare apotheek. Het aantal werkzame assistenten is in een jaar tijd toegenomen met 255 personen (1,6%) volgens deze bron. Terwijl er in 2010 t.o.v. 2009 sprake was van een afname van -2,1%.

Het aantal ondersteunende medewerkers in openbare apotheken is in de jaren 2009, 2010 en 2011 toegenomen van respectievelijk 6.657 naar 6.928 tot 7.270 personen. Ondersteunende medewerkers kunnen worden ingezet bij werkzaamheden in de apotheek die de werkdruk, zoals uitgedrukt in de verwerkingsgraad, verlichten. Een ondersteunend medewerker kan administratieve, logistieke werkzaamheden en bevoorradingwerkzaamheden verrichten. Maar een ondersteunend medewerker kan geen geneesmiddelen verstrekken en voorlichting geven aan een patiënt in tegenstelling tot een apothekersassistent.

Als we de verwerkingsgraad uitdrukken als het aantal voorschriften per fulltime apotheekmedewerker, komt deze in 2009, 2010 en 2011 uit op respectievelijk 14.300, 15.400 en 16.400. In figuur 3.9 staat het aantal voorschriften per fulltime apothekersassistent. De toename van het aantal verwerkte voorschriften is mogelijk toe te schrijven aan de groei in geneesmiddelgebruik (+5,5% in Defined Daily Doses (DDD's, zie ook figuur 7.13) en de toename van weekafleveringen[14].

De verwerkingsgraad, het aantal voorschriften dat een fulltime apothekersassistent op jaarbasis verwerkt, geeft aan hoe het personeelsbestand zich verhoudt tot de werkdruk in de apotheek.

Figuur 3.9. De verwerkingsgraad, het aantal voorschriften dat wordt verwerkt door een fulltime apothekersassistent per jaar.



Bron: SFK data en feiten 2012

[14] SFK data en feiten 2011 en 2012

Zoals in hoofdstuk twee is beschreven zijn er gespecialiseerde apotheken die zich richten op ‘central filling’ en ‘baxtering’. Dat is het centraal verpakken van geneesmiddelen en of in de zogenaamde baxter verpakkingen voor andere apotheken. Apotheken die hier gebruik van maken kunnen daardoor een deel van de werkzaamheden uitbesteden.

4. Marktgedrag

Dit hoofdstuk beschrijft het gedrag van zorgverzekeraars bij de inkoop van extramurale farmaceutische zorg. Vervolgens wordt het contracteerproces in kaart gebracht, vooral vanuit het perspectief van de apotheekhoudenden. 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 en de gecontracteerde zorgprestaties aan bod. De gegevens die in deze paragraaf worden gepresenteerd zijn gebaseerd op een uitvraag onder zorgverzekeraars in april 2012[15]. De resultaten van deze uitvraag zijn ook gebruikt in de in april 2012 uitgebrachte Quickscan Farmacie. De gegevens afkomstig van apotheekhoudenden zijn gebaseerd op een enquêteonderzoek onder apotheekhoudenden in oktober november 2012.

4.1.1 Contracteergraad

Er zijn in Nederland vier zorgverzekeraars met een gezamenlijk marktaandeel van ongeveer 90%. Van de vijf kleine zorgverzekeraars voeren een drietal de zorginkoop uit via de inkoopcombinatie Multizorg[16]. Zorgverzekeraars DSW en Zorg en Zekerheid zijn aangesloten bij Multizorg maar maken geen gebruik van Multizorg bij de inkoop van extramurale farmaceutische zorg. Eno participeert alleen buiten haar kernregio in Multizorg. Derhalve zijn op de extramurale farmaceutische zorgmarkt acht inkopende partijen actief.

Zorgverzekeraars maken contractafspraken met aanbieders van extramurale farmaceutische zorg. Zoals eerder beschreven in hoofdstuk 3 zijn er in Nederland ongeveer 2.000 apotheken actief. Daarnaast zijn er 417 apotheekhoudende huisartspraktijken.

Tabel 4.1. Afgesloten en aangeboden overeenkomsten

	2012
Aantal aangeboden contracten	15.908
Aantal getekende contracten	14.889
Contracteergraad, gemiddeld over zorgverzekeraars	94%
Gemiddeld aantal afgesloten contracten per apotheek	7,4

Bron: Contracteergegevens van zorgverzekeraars Achmea, CZ, VGZ, Menzis, Multizorg, DSW, Eno, Z&Z (april 2012)

Zorgverzekeraars is gevraagd het aantal voorgelegde en ondertekende contracten op te geven. Het percentage afgesloten contracten van het aantal aangeboden contracten is weergeven in tabel 4.1. In april 2012 was 94% van het aantal aangeboden contracten getekend. De contracten die na april 2012 zijn afgesloten zijn hierin niet meegenomen.

[15] De volgende verzekeraars hebben gegevens aangeleverd: Achmea, CZ, VGZ, Menzis, Multizorg, ASR DSW en ENO. Menzis heeft slechts een deel van de vragen volledig beantwoord. Onvolledige antwoorden zijn uitgesloten van verdere analyse.
[16] Bij de inkoopcombinatie Multizorg zijn aangesloten: ASR, DSW, ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid.

4.1.2 Gecontracteerde zorgprestaties zorgverzekeraars

In deze paragraaf wordt beschreven welke prestaties voor extramurale farmaceutische zorg (zie tabel 2.2) zijn gecontracteerd door de zorgverzekeraars. De gegevens zijn gebaseerd op een uitvraag bij zorgverzekeraars in april 2012[17]. De prestaties die in de beleidsregel Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg (BR/CU-5046) zijn vastgelegd, worden niet door alle verzekeraars als een aparte prestatie gecontracteerd. Veel verzekeraars maken gebruik van een 'all-in' tarief. Dit houdt in dat in het contract is opgenomen dat de kosten voor een bepaalde zorgprestatie niet apart, maar in één tarief voor de terhandstelling (prestatie 1) in rekening worden gebracht. Hieronder wordt beschreven welke prestaties apart zijn gecontracteerd, welke prestaties niet zijn gecontracteerd en welke prestaties in een all-in tarief zijn opgenomen.

Prestatie 1 en 2
Alle zorgverzekeraars maken afspraken over de terhandstelling van het geneesmiddel (prestatie 1). Hiervoor worden veel verschillende varianten gebruikt die zijn gebaseerd op elementen als eerste terhandstelling, vervolgterhandstelling, weekterhandstelling, ANZ en bereiding. Daarnaast hebben enkele zorgverzekeraars afgesproken een vergoeding voor de terhandstelling uit te keren wanneer een apotheker in het kader van de medicatiebeoordeling besluit een medicijn toch niet te verstrekken. Prestatie 2, Instructie patiënt UR-geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel, wordt door alle verzekeraars gecontracteerd via een 'all-in' tarief dat bij de terhandstelling in rekening wordt gebracht.

Prestatie 3
Prestatie 3, medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik, wordt door een deel van de zorgverzekeraars apart gecontracteerd. De overige verzekeraars stellen dat deze prestatie in het all-in tarief is opgenomen.

Prestatie 4 en 5
De prestaties 4 en 5, farmaceutische begeleiding bij opname/ontslag in/uit het ziekenhuis, worden door geen enkele zorgverzekeraar standaard als aparte prestatie gecontracteerd. Wel geven vier zorgverzekeraars aan dat de vergoeding voor deze prestaties verdisconteerd is in een all-in tarief. De overige verzekeraars geven aan dat de prestaties 4 en 5 niet worden ingekocht bij extramurale apotheken. Deze verzekeraars stellen dat deze zorg onderdeel uitmaakt van de ziekenhuiszorg en daarom al bij de ziekhuisapotheek is gecontracteerd.

Prestatie 6 tot en met 11
De prestaties die niet onder de basisverzekering vallen (prestatie 6 t/m 10) en de facultatieve prestatie zijn in geen geval apart gecontracteerd. Eén verzekeraar geeft aan dat de prestaties 6 tot en met 9 zijn opgenomen in het all-in tarief. De overige ondervraagde zorgverzekeraars hebben de prestaties 6 tot en met 10 niet gecontracteerd.

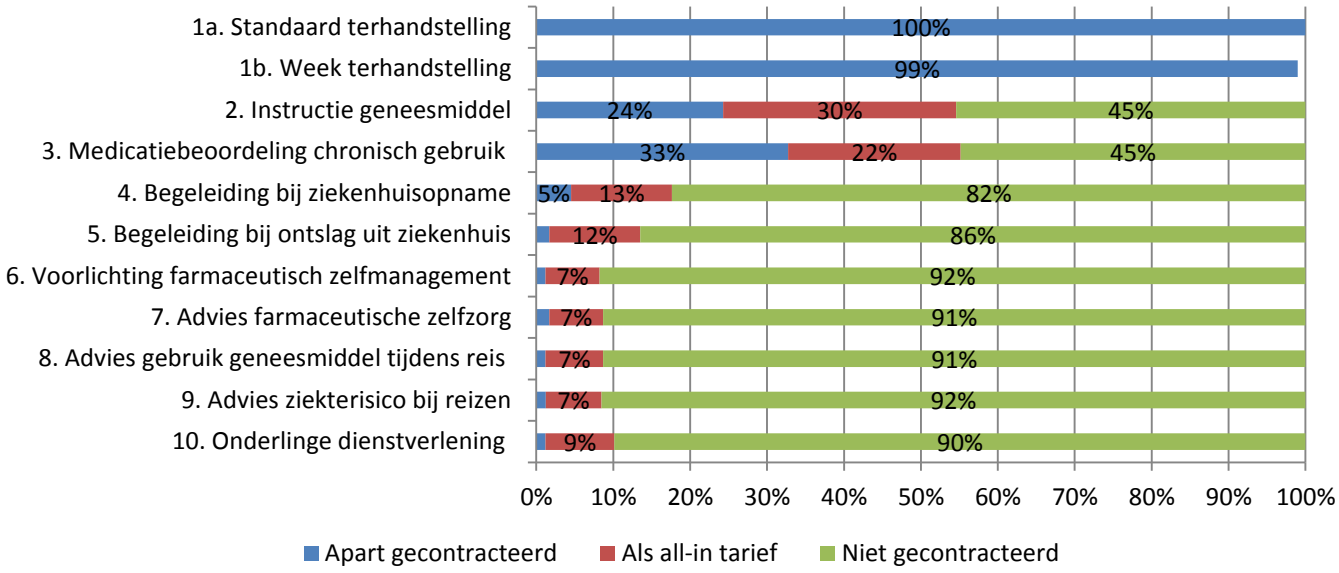
Indien de prestaties 6 t/m 10 als niet verzekerde zorg via een all-in-tarief worden gecontracteerd en vervolgens ook als zodanig worden gedeclareerd zal dit leiden tot inbreng van zorgkosten voor niet verzekerde zorg in het risicovereveningsfonds.

[17] De volgende verzekeraars hebben gegevens aangeleverd: Achmea, CZ, VGZ, Menzis, Multizorg, ASR, DSW en Eno. Menzis heeft slechts een deel van de vragen volledig beantwoord. Onvolledige antwoorden zijn uitgesloten van verdere analyse.

4.1.3 Gecontracteerde zorgprestaties apotheekhoudenden

Uit een enquête onder apotheekhoudenden (n=106[18]) die de NZa in oktober en november 2012 via de KNMP heeft uitgezet komt een afwijkend beeld over de gecontracteerde prestaties naar voren in vergelijking met de informatie die door verzekeraars is verstrekt. De NZa heeft apotheekhoudenden gevraagd welke prestaties door de verschillende zorgverzekeraars gecontracteerd zijn. In figuur 4 wordt een weergave gegeven van de antwoorden van apotheekhoudenden. De NZa heeft geen verklaring voor het verschil tussen de antwoorden van zorgverzekeraars en de antwoorden van apotheekhoudenden.

Figuur 4.1. Contracteergraad per prestatie



Bron: Enquête onder apotheken, NZa (n=106)

Alle respondenten gaven aan contracten met de vier grote zorgverzekeraars te hebben afgesloten waarin een vergoeding voor prestatie 1 is overeengekomen. De prestaties 2 en 3 zijn bij meer dan de helft van de respondenten gecontracteerd. Respectievelijk 24% en 33% van de respondenten geeft aan dat de prestaties 2 en 3 zijn ingekocht als aparte prestatie. De prestaties 4 en 5 zijn bij respectievelijk 5% en 2% van de respondenten apart ingekocht. Ruim 80% van de respondenten geeft aan dat de prestaties 4 en 5 niet zijn gecontracteerd. De prestaties 6 tot en met 10 zijn bij ongeveer 90% van de respondenten niet gecontracteerd. Bij 1% tot 2% van de respondenten zijn deze prestaties wel als aparte prestatie gecontracteerd.

4.2 Contracteerproces

In december 2010 zijn onder regie van de NZa afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren over de inrichting van het contracteerproces. Hieruit zijn de Good Contracting Practices

[18] De vragen over de gecontracteerde prestaties is door een kleinere groep respondenten beantwoord dan de vragen over het contracteerproces waarvan de resultaten in 4.2 worden behandeld. Voor een uitleg over de aantallen respondenten waarop de resultaten zijn gebaseerd wordt verwezen naar Bijlage 1: Bronnen en methode.

(GCP) voor vrije beroepsbeoefenaren voortgekomen. De NZa heeft d.m.v. een enquête onder apotheekhoudenden (n=219) onderzocht hoe het contracteerproces is verlopen en in welke mate gebruik is gemaakt van de GCP. Het enquêteonderzoek had betrekking op het contracteerproces dat in 2011 en begin 2012 heeft plaatsgevonden over de contracten voor 2012. In onderstaande paragrafen worden de resultaten besproken.

4.2.1 Gebruik van de Good Contracting practices

Meer dan de helft van de respondenten geeft aan helemaal niet bekend te zijn met de inhoud van de GCP. Van de respondenten stelt 9% geheel met de inhoud van de GCP bekend te zijn, 35% is deels met de inhoud bekend.

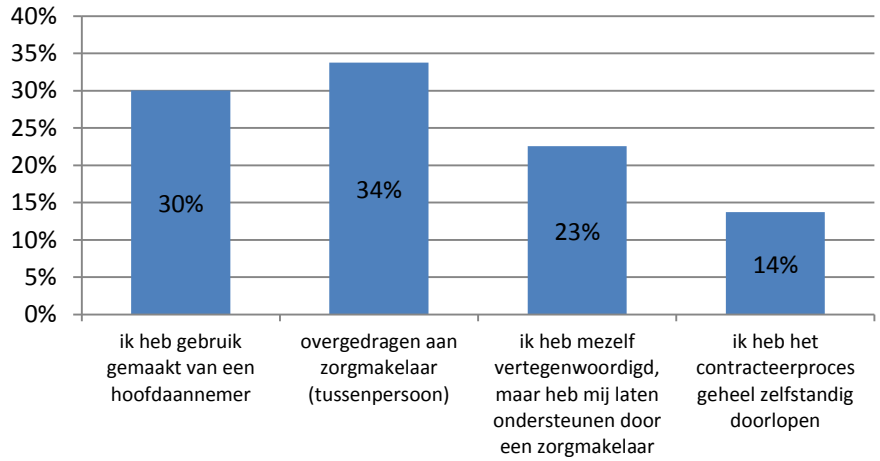
Twee derde van de respondenten stelt dat de GCP grotendeels niet of helemaal niet zijn gebruikt gedurende het contracteerproces. Eén derde van de respondenten weet niet of de GCP zijn gebruikt. Van de respondenten stelt 1% dat de GCP wel grotendeels zijn gebruikt gedurende het contracteerproces.

4.2.2 Inrichting van het contracteerproces

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens beschreven hoe er is gecontracteerd, het tijdspad van contracteren, of er wijzigingsvoorstellen zijn gedaan en of een evaluatie heeft plaatsgevonden.

Wijze van contracteren
Figuur 4.2 geeft aan hoe respondenten zich hebben laten vertegenwoordigen tijdens het contracteerproces. Weergegeven is welke methode is gebruikt per afgesloten contract. Ieder afgesloten contract is als afzonderlijke waarneming beschouwd. De respondent die aangaven door een ketenorganisatie te zijn vertegenwoordigd zijn niet weergegeven omdat deze groep niet representatief in de steekproef is vertegenwoordigd.

Figuur 4.2. Wijze van contracteren door zelfstandige apotheekhoudenden



Bron: Enquête onder apotheken, NZa (n=219)

De respondenten geven aan dat bij 30% van de afgesloten contracten gebruik is gemaakt van een hoofdaannemer. De hoofdaannemer onderhandelt voor een groep apothekers met de zorgverzekeraar, koopt

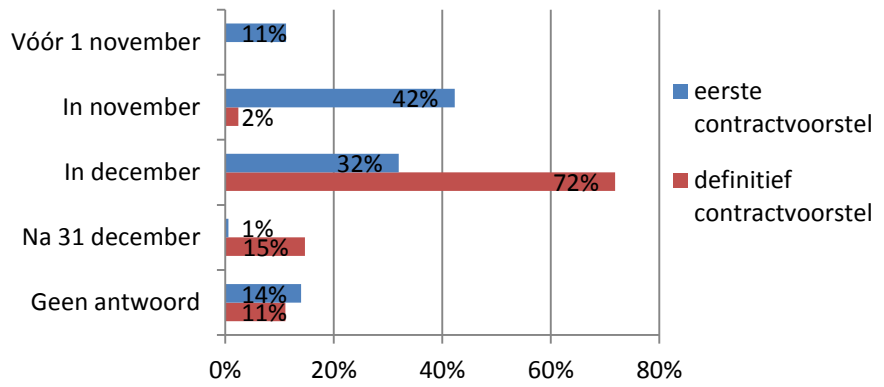
de zorgprestaties in en verkoopt deze aan de afzonderlijke apothekers (onderaannemer).

Van meer dan de helft van de respondenten is het contract afgesloten door een zorgmakelaar of door de apotheekhoudende met ondersteuning van een zorgmakelaar. De zorgmakelaar fungeert in het proces als bemiddelaar tussen zorgverzekeraar en apotheekhoudende. De overige 14% van de contracten van respondenten werd door de apotheekhoudende afgesloten zonder verdere ondersteuning.

Tijdspad en communicatieprotocol
Van de respondenten geeft 12% aan dat de verzekeraar een communicatieprotocol beschikbaar heeft gesteld en 22% geeft aan dat voorafgaand aan het contracteerproces een tijdspad is afgestemd. De resultaten verschillen sterk per verzekeraar. Ongeveer een derde van de respondenten waarbij een tijdspad is afgestemd geeft aan dat de termijnen grotendeels niet of helemaal niet zijn gehaald. Bij ongeveer een derde is het tijdspad ten dele gehaald, en nog een derde geeft aan dat het tijdspad grotendeels is gehaald.

Figuur 4.3 geeft weer in welke maanden de contracten zijn aangeboden en ondertekend. De ondertekening van de contracten vindt met name plaats in de maanden november en december. 15% van de contracten is afgesloten na 31 december.

Figuur 4.3. Tijdspad eerste en definitieve contractvoorstel



Bron: Enquête onder apotheken, NZa (n=219)

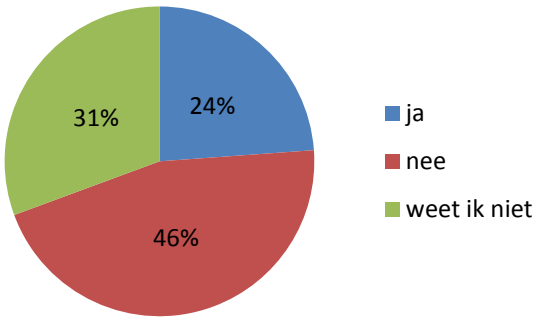
Dit beeld van de apotheekhoudenden komt overeen met de informatie van de zorgverzekeraars. Op de vraag wanneer de zorgverzekeraars een eerste contract hebben toegestuurd, vallen alle antwoorden in de periode tussen oktober 2011 en eind december. Verscheidene zorgverzekeraars geven aan dat het contracteerproces langer duurde dan gepland. Vier zorgverzekeraars geven aan dat zij in september zijn gestart met gesprekken met de ketens en hoofdaannemers; twee verzekeraars zijn hier in het voorjaar mee gestart. Bij de meeste verzekeraars werden ook na 31 december nog (enkele) contracten getekend. Eén verzekeraar die eerder dan eind december het contracteren wilde afronden, gaf aan dat de betrokken apotheken hebben gewacht totdat zij het aanbod van de andere zorgverzekeraars konden vergelijken.

Wijzigingsvoorstel
De helft van de respondenten geeft aan een wijzigingsvoorstel te hebben gedaan richting de zorgverzekeraar, bij 13% van deze apotheekhoudenden heeft dit ook effect gehad op de inhoud van het

definitieve contract. 18% van de respondenten heeft zelf een contactvoorstel gedaan richting de zorgverzekeraar. In 23% van deze gevallen heeft dit ook effect gehad op de inhoud van het contract.

Evaluatie contracteerproces
Figuur 4.4 geeft aan in welk deel van de apotheekhoudenden het contracteerproces na afloop geëvalueerd hebben met de zorgverzekeraar. 24% van de respondenten geeft aan dat een evaluatie heeft plaatsgevonden. Er is door 31% van de respondenten 'weet ik niet' als antwoord gegeven. Een mogelijke reden waarom 31% het niet weet is dat de apotheek is vertegenwoordigd door een zorgmakelaar, tussenpersoon of dat de zorg is ingekocht door een hoofdaannemer.

Figuur 4.4. Evaluatie van het contracteerproces



Bron: Enquête onder apotheken, NZa (n=219)

4.2.3 Beleving van het contracteerproces vanuit de apotheekhoudenden

Bij de enquête onder apotheekhoudenden die in november 2012 via de KNMP is uitgezet (n=106) geven de respondenten aan ontevreden tot zeer ontevreden te zijn over zowel het *proces* van contracteren (20% is ontevreden, 75% is zeer ontevreden) als de *resultaten* van het contracteerproces (25% is ontevreden, 72% is zeer ontevreden).

In hun toelichting worden de onderstaande opmerkingen het meest gemaakt.

<u>De timing van het contracteerproces is ongunstig:</u>
december is een drukke periode voor apotheken
de periode tussen contractvoorstel en contract is te kort
het is in die korte periode niet mogelijk om aan gestelde criteria te voldoen
het is in die korte periode niet mogelijk om patiënten te informeren over veranderingen
het zou beter zijn om een voorstel in september te krijgen

<u>De onderhandelingsruimte wordt als zeer beperkt ervaren:</u>
'tekenen bij het kruisje'
niet tekenen is geen optie, faillissement dreigt
geen gelijkwaardige situatie
eenzijdige communicatie, geen interactie met verzekeraars
meerderheid van verzekerden van een apotheek is verzekerd bij één of enkele verzekeraars; de verzekeraars hebben hierdoor een machtpositie

<u>Verdere financiële/contractuele opmerkingen:</u>

de door verzekeraars toegezegde budgetneutraliteit wordt niet nageleefd
focus ligt op prijs, geen/weinig kwaliteitsimpuls
de contracten zijn gericht op de korte termijn (1 jaar)
sommige verzekeraars veranderen eenzijdig de voorwaarden gedurende het jaar
administratieve lasten zijn gestegen
een aantal prestaties (m.n. ontslag ziekenhuis wordt vaak genoemd) zijn niet gecontracteerd
hoge eisen/drempels maakt het declareren van bepaalde prestaties lastig
financiële risico's worden bij de apotheken neergelegd
de kosten van contractering stijgen doordat hoofdaannemers / zorgmakelaars nodig zijn bij onderhandeling met zorgverzekeraars

Als laatste onderwerp is nog te noemen: weinig aandacht voor gezondheidsrisico's en discussies met patiënten als gevolg van het preferentiebeleid.

4.2.4 Beleving van het contracteerproces vanuit de zorgverzekeraars

De vier grote zorgverzekeraar zijn telefonisch bevraagd over het niveau van tevredenheid over het contracteerproces. Van de vier grote zorgverzekeraars zijn er drie tevreden over het contracteerproces rondom het contract voor het jaar 2012. De andere zorgverzekeraar heeft dit contracteerproces als hectisch ervaren. Daarbij ontbrak het gevoel te maken te hebben met een markt.

Over de timing hebben al vier van deze zorgverzekeraars gesteld dat zij relatief vroeg in het jaar 2011 zijn begonnen met gesprekken over het contract 2012. Het daadwerkelijk sluiten van contracten vond op veel plaatsen laat plaats volgens de zorgverzekeraars.

4.2.4 Consumentenkeuze voor apotheek

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

Panelleden die in 2011 of in 2012 naar een apotheek, politheek of apotheekhoudend huisarts zijn geweest is gevraagd welke overwegingen een rol hebben gespeeld bij de keuze voor een apotheek, politheek of apotheekhoudende huisarts waar zij op dit moment zijn ingeschreven. In tabel 4.2 zijn de genoemde overwegingen weergegeven die het vaakst zijn genoemd. Hieruit volgt dat de locatie van de apotheek met afstand de belangrijkste overweging is bij de keuze voor een apotheek. In de top 5 komen geen zorginhoudelijke kwaliteitsaspecten terug.

Tabel 4.2. Overwegingen bij keuze voor apotheek(houdende)

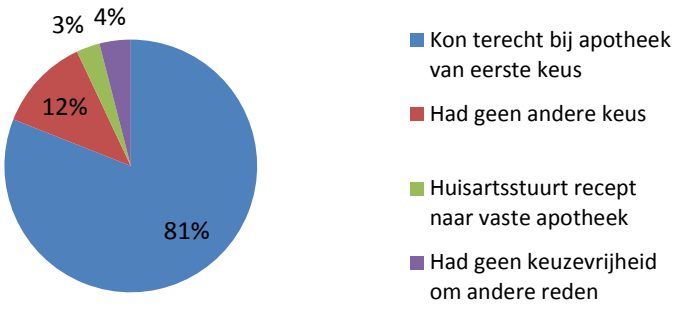
Overweging	Percentage
Locatie / ligging	75%
Goede service	18%
Vriendelijkheid van het personeel	16%
Snelle service	13%
Korte wachttijd in de apotheek	12%

Bron: Consumentenpanel Motivaction (n=956)

De respondenten die in 2011 of in 2012 naar een apotheek of politheek zijn geweest is gevraagd of zij bij de keuze voor hun apotheek,

politheek of apotheekhoudend huisarts van hun eerste keus terecht konden. Van de respondenten gaf 81% aan dat zij dat konden.

Figuur 4.5. Keuzevrijheid bij bezoek apotheek



Bron: Consumentenpanel Motivaction (n=874)

Panelleden is gevraagd of zij in 2011 of in 2012 hebben overwogen om over te stappen naar een andere apotheek. 117 respondenten (9%, n=1.086) hebben aangegeven dit overwogen te hebben waarvan uiteindelijk 42 (4%) daadwerkelijk zijn overgestapt. Respondenten die uiteindelijk niet zijn overgestapt gaven als reden niet te weten of er elders een passender alternatief voorhanden was. Ook gaven respondenten aan te verwachten dat overstappen veel teveel gedoe zou opleveren.

De respondenten die hebben overwogen over te stappen is gevraagd wat de overwegingen waren bij het zoeken naar een nieuwe apotheek (tabel 4.3). De meest genoemde overwegingen zijn service gerelateerd. Daarnaast is 20% van de respondenten overstapt vanwege een verhuizing. Ontevredenheid over de kwaliteit van de zorgverlening was voor 18% van de respondenten een reden om een overstap te overwegen.

Tabel 4.3. Overwegingen om over te stappen

Overweging	Percentage
Vanwege ontevredenheid over de service	35%
Vanwege te lange wachttijden aan de balie	30%
Omdat mijn geneesmiddelen vaak niet op voorraad zijn	22%
Vanwege verhuizing	20%
Vanwege ontevredenheid over de zorgverlening	18%
Vanwege de manier waarop ik werd bejegend	17%

Bron: Consumentenpanel Motivaction (n=117)

Op de vraag of consumenten voldoende informatie hadden om over te kunnen stappen naar een nieuwe apotheek of politheek antwoordden de overwegers die niet waren overgestapt in 8% van de gevallen over onvoldoende informatie te beschikken om een goede keuze te kunnen maken. Enkele respondenten hebben kenbaar gemaakt dat er geen keuzevrijheid was omdat er binnen de betreffende woonplaats geen alternatief aanwezig was.

4.3 Toezicht NZa

In 2012 zijn er twee casussen geweest waarbij de NZa heeft opgetreden wegens bepaalde gedragen tussen aanbieders. Er is ook uitspraak gedaan in de sinds 2010 lopende zaak van de apotheker in Breskens. Deze paragraaf beschrijft de drie casussen.

AMM in niet-stedelijke gebieden
In februari 2010 heeft de NZa de apotheker uit Breskens die weigerde contracten te sluiten met zorgverzekeraars die het preferentiebeleid, aangewezen als partij met aanmerkelijke marktmacht. Hierbij hoort in dit geval de verplichting op om onder redelijke voorwaarden contracten te sluiten met zorgverzekeraars. Omdat de apotheker marktmacht heeft en contracten weigerde, konden zorgverzekeraars niet voldoen aan hun zorgplicht in de regio Breskens. De apotheker wilde geen contracten sluiten met verzekeraars die het preferentiebeleid voeren. Die verzekeraars vergoeden enkel het geneesmiddel met de laagste prijs uit een groep van middelen met dezelfde werkzame stof. Doordat de apotheker niet mee wilde werken kon het zo zijn dat patiënten onnodig te dure medicijnen kregen en de zorgkosten hiermee opliepen. Met de verplichting voor de apotheker om alsnog contracten te sluiten met zorgverzekeraars hebben verzekerden in de regio Breskens goed toegang tot een apotheek en worden er niet onnodig hoge kosten gemaakt voor medicijnen.

Geen aanbieders uitsluiten
De NZa heeft in een voorgenomen besluit twee samenwerkingsverbanden van huisartsen een verplichting opgelegd om patiënten door te verwijzen naar de apotheek van hun keuze. De huisartsen weigerden expliciet hun patiënten door te verwijzen naar een bepaalde internetapotheek.
Een huisarts mag patiënten op medisch inhoudelijke gronden advies geven over de zorgaanbieders naar wie zij worden doorverwezen. Als huisartsen een machtspositie hebben, mogen zij geen aanbieders uitsluiten die verantwoorde zorg bieden.
De NZa heeft de Huisartsenpraktijk Prinsenbeek en de Zorggroep Almere verplicht patiënten er expliciet op te wijzen dat zij medicijnen bij de apotheek van hun keuze kunnen krijgen. Die mededeling moet zichtbaar in de praktijk hangen, hij moet op de website van de huisartsen staan en op het formulier waarmee herhaalrecepten kunnen worden besteld. De huisartsen moeten het ook expliciet melden in het consult met de patiënt. Als een patiënt zijn medicijnen via een andere apotheek wil krijgen, moet de huisarts daar ook mee samenwerken.

Andere aanbieders toelaten tot elektronisch netwerk
Apothekersnetwerk Stichting OZIS Drechtsteden heeft na een last onder dwangsom van de NZa een apotheek van buiten haar regio toegelaten tot hun elektronisch netwerk. Het netwerk had als voorwaarde voor toetreding gesteld dat een apotheek in de regio gevestigd moet zijn.
In een elektronisch netwerk wisselen apothekers medicatiegegevens van hun patiënten uit om de medicatiebewaking te verbeteren. Voor consumenten is het belangrijk dat zo'n netwerk er is. Indien een apotheek aangesloten is op het netwerk is het medicatiegebruik van consumenten beter te bewaken, ook als zij over willen stappen naar een andere apotheker. Bijvoorbeeld omdat die betere zorg verleent of langere openingstijden heeft.
Apothekers mogen eisen stellen aan toetreding tot hun elektronisch netwerk, maar die moeten wel voldoen aan de Regeling voorwaarden elektronische netwerken van de NZa. Dat was hier niet het geval. Er werden voorwaarden gesteld die zorgaanbieders van buiten de regio belemmerden om tot de markt toe te treden.

Een apotheek die buiten de regio Drechtsteden gevestigd is maar die in die regio zorg wil verlenen, werd toelating tot het elektronisch netwerk geweigerd en diende een klacht in bij de NZa. Daarop legde de NZa de Stichting OZIS Drechtsteden een last onder dwangsom op om hun voorwaarden te wijzigen en in overeenstemming te brengen met de regeling van de NZa. Vervolgens werd de betreffende apotheek die buiten de regio Drechtsteden gevestigd is toegelaten tot het elektronisch netwerk. De last onder dwangsom werd vervolgens ook niet geïnd door de NZa, omdat Stichting OZIS Drechtsteden aan de opdracht had voldaan.

5. Kwaliteit

In de twee vorige hoofdstukken zijn de marktstructuur en het marktgedrag beschreven. Marktstructuur en gedrag zijn van invloed op de publieke belangen 'Kwaliteit, Toegankelijkheid en Betaalbaarheid' van een markt.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in het publieke belang 'Kwaliteit'. Kwaliteit van zorg is een breed begrip. In dit hoofdstuk worden de volgende onderwerpen onderscheiden:
welke afspraken maken zorgverzekeraars en apotheken over kwaliteit?;
de kwaliteit van zorg op basis van indicatoren, certificeringen, richtlijnen en patiënttevredenheid;
de transparantie van informatie op basis waarvan consumenten een keuze kunnen maken voor een zorgaanbieder;
klachten over apotheken.

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.

Zoals in hoofdstuk 4.1.1 is aangegeven zijn er van de negen zorgverzekeraars acht partijen, inclusief Multizorg actief op de inkoopmarkt voor extramurale farmaceutische zorg. Er worden door drie zorgverzekeringsconcerns expliciet afspraken gemaakt over toeslagen voor kwaliteit. Zorgverzekeraars zijn op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht om controles uit te voeren op de professionele kwaliteit van zorg en de door de patiënt ervaren kwaliteit. Alle zorgverzekeraars stellen daartoe in de contracten een aantal basiseisen. De belangrijkste zijn: De apotheek moet voldoen aan de wettelijke eisen zoals de Nederlandse Apotheek Norm (NAN 2006), toepassing van het professioneel statuut KNMP[19], delen van het medicatie-dossier ten behoeve van medicatiebewaking en deelname aan het farmacotherapeutisch overleg (FTO).

Andere punten die standaard in de contracten zijn geregeld zijn 'Beschikbaarheid' en 'Waarneming'. De apotheek moet er voor zorgen dat 7 x 24 uur therapeutische zorg beschikbaar is. Ook bij ziekte of afwezigheid moet waarneming geregeld zijn. Afspraken kunnen worden gemaakt met dienstapothekers of door waarneming door samenwerkende apotheken. In contracten is bepaald dat deze zaken een verantwoordelijkheid zijn van de apotheker en dat die er voor moet zorgdragen dat aan de eisen wordt voldaan.

Enkele zorgverzekeraars hanteren bij de contractering een systeem voor aanvullende kwaliteitsafspraken. Wanneer de apotheek aan hogere kwaliteitseisen voldoet krijgt die een hogere vergoeding voor de terhandstelling. Bij deze eisen kan worden gedacht aan zaken als deelname aan een klanttevredenheidsonderzoek, gebruik van een mystery-shopper, deelname aan het FTO op niveau 3 of 4 en het verrichten van extra activiteiten ter verbetering van de medicatiebewaking en de bevordering van de therapietrouw. Zo hanteert Achmea een sterrensysteem, waarbij afhankelijk van de hoeveelheid

extra activiteiten één tot vier sterren worden toegekend. Een hogere kwaliteit wordt doorgaans ook beloond met een iets hoger terhandstellingstarief.

Uit gesprekken die de NZa met enkele koepelorganisaties van apotheken heeft gehouden (Aska en Napco) ontstaat het beeld dat zorgverzekeraars nog beperkt afspraken over kwaliteit maken. De afspraken die worden gemaakt hebben hoofdzakelijk betrekking op certificeringen en zijn daardoor volgens de brancheorganisaties niet erg diepgaand. Aska geeft hierbij aan dat de prioriteit bij apotheken op dit moment ook niet ligt bij kwaliteitsverbetering, maar hoofdzakelijk bij het hoofd boven water houden. Dit blijkt onder meer uit het feit dat veel apotheken zouden kijken naar de mogelijkheden om de openingstijden te beperken en de service te verlagen om zo kosten te kunnen besparen (beëindiging bezorgservice bijvoorbeeld). Tenslotte komt vanuit diverse apotheken het geluid naar voren dat zij er hinder van hebben dat zorgverzekeraars niet allemaal de zelfde kwaliteitseisen stellen.

In de onderstaande tabel 5.1 zijn de belangrijkste kwaliteitsafspraken kort opgenomen. Hierbij is enkel uitgegaan van de kwaliteitsafspraken die in de standaardcontracten zijn opgenomen. Eventuele extra kwaliteitsafspraken komen hier niet in terug.

Tabel 5.1. Kwaliteitsafspraak opgenomen in standaardcontract 2012

Afspraak / Zorgverzekeraar		Achmea 1 ster	VGZ	Menzis	CZ	DSW	ENO Basis	Multizorg
Professionele standaarden beroepsgroep w.o.		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	NAN 2006	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	IGZ-indicatoren	Ja	Ja	Ja	Ja			
Professioneel statuut KNMP[20]					Ja		Ja	Ja
KNMP kwaliteitsprofiel apotheken				Ja	Ja			
Klantervarings-onderzoek / CQ-index			Ja				Ja	Ja
Spoedeisende zorg		45 min			Ja			Ja
Standaarden beroepsgroep		Ja		Ja	Ja			
(Online) beschikbaarheid medicatie-gegevens		Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja
Deelname aan Farmaco-therapeutisch overleg			Ja		Ja	Ja	Ja	Ja
Substitutie en doelmatigheid			ja		Ja			
Medicatiebegeleiding en voorlichting					Ja	Ja		

Bron: standaardcontracten zorgverzekeraars contracteringsronde 2012

[19 en 20] In het Statuut zijn bepalingen opgenomen die ervoor zorg dragen dat de apotheker in loondienst zijn beroep in professionele autonomie kan uitoefenen, ongeacht of zijn werkgever een apotheker of niet apotheker is.

5.2 Kwaliteit van zorg

De kwaliteit van zorg wordt gemonitord door toezicht van IGZ, het hanteren van normen voor de farmacie en een set van kwaliteitsindicatoren. Deze onderwerpen komen hier aan de orde.

5.2.1 Toezicht IGZ

Op de website van de IGZ is een weergave opgenomen van de toezichtactiviteiten van de IGZ voor de apotheken. Hieronder is een samenvatting opgenomen van deze weergave.

De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van geneesmiddelen en de kwaliteit van de zorgverlening van apotheken, apotheekhoudende huisartsen en ziekenhuisapotheken.

De toezichtactiviteiten van de inspectie zijn gericht op de handhaving van wettelijke bepalingen, op het bevorderen van de medicatieveiligheid en op de kwaliteit van de behandeling van ziekten en aandoeningen met geneesmiddelen (farmacotherapie). In 2009 is de IGZ voor de openbare apotheken begonnen met toezicht op basis van risico-indicatoren. De IGZ publiceert de basissets met de kwaliteitsindicatoren op haar site. Deze vorm van toezicht levert de IGZ jaarlijks veel kwaliteitsgegevens op. Hiermee richt de IGZ haar toezicht op de apotheken die dat het hardst nodig hebben.

Binnen de farmacie kent de IGZ een aantal speerpunten die relevant zijn voor extramurale farmaceutische zorg. Die hebben betrekking op:

Collegiale bereidingen
Openbare apotheken die zelf geneesmiddelen bereiden, moeten bij de bereiding hiervan de kwaliteit waarborgen. Uit inspectiebezoeken in 2010 bij een groot aantal van deze apotheken bleek dat deze niet voldeden aan de voorwaarden. Ook in 2012 blijft de IGZ deze apotheken volgen en worden bij hen die blijvend niet voldoen aan de voorwaarden handhavingmaatregelen ingezet.

Hoog risico en incidenten
Belangrijk zijn ook de IGZ-toezichtprojecten over hoog risico onderwerpen zoals de avond-, nacht- en weekenddiensten, het grootbereiden, het bereiden van cytostatica (geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling van kanker) en antistollingsbehandeling. Daarbij worden recente onderzoeksresultaten, zoals bijvoorbeeld het HARM-Wrestling rapport, gebruikt. Meldingen van calamiteiten met apotheken worden door inspecteurs beoordeeld. In 2012 heeft de IGZ twee apotheken onder verscherpt toezicht geplaatst.

5.2.2 Normen

De IGZ beschrijft op haar website wat de meest voorkomende normen zijn voor de farmacie. Normen en richtlijnen worden door de beroepsgroep opgesteld. De meest gebruikte normen voor het toezicht zijn de Nederlandse Apotheeknorm (NAN 2006) met bijbehorende Richtlijnen, de Good Manufacturing Practices (GMP-z).

Volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen dient de openbare apotheek verantwoorde zorg te leveren. Verantwoorde zorg betekent zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. In de NAN geeft de beroepsgroep aan wat daar in de openbare apotheek onder wordt verstaan. De NAN is aanvullend op de Beroepscode en

Gedragsregels van de Koninklijke Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) (2001), die betrekking hebben op de persoon van de apotheker. De NAN is vastgesteld door de beroepsgroep en dient als zodanig in de apotheek te worden nageleefd. De normen gelden voor alle vormen van openbare apotheekzorg. De NAN vormt samen met de KNMP-richtlijnen de basis voor een toetsbaar kwaliteitssysteem in de openbare apotheek[21].

Op specialistische deelgebieden bestaan nog aparte normen, bijvoorbeeld voor geautomatiseerde distributiesystemen, validatie van informatiesystemen en postorderfarmacie. Er zijn diverse relevante richtlijnen voor de toepassing van geneesmiddelen in specifieke zorgsectoren, zoals de verpleeghuizen, de verzorgingshuizen, de gehandicaptenzorg, de psychiatrie en de algemene preventie.

5.2.3 Indicatorenset Zichtbare zorg

In 2007 heeft het ministerie van VWS Zichtbare Zorg (ZiZo) opgericht. Opdracht was het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor de zorg. Ook voor de extramurale farmacie is door ZiZo een indicatorenset opgesteld. ZiZo zal eind 2012 worden opgeheven. Een deel van de activiteiten van ZiZo zal opgaan in het in 2013 op te richten Kwaliteitsinstituut voor de zorg. Van de oorspronkelijke ruim 50 ontwikkelde kwaliteitsindicatoren zijn er in 2013 14 voldoende valide om als indicator gepubliceerd te worden[22].

De Stuurgroep Farmacie binnen ZiZo is in 2008 opgericht. Deze stuurt aan op het ontwikkelen, opzetten en uitvragen van indicatoren via een eigen data-infrastructuur.

Transparantie van kwaliteit wordt vanuit de sector zelf ontwikkeld. Bij dit proces werken de branches samen binnen de Stichting Kwaliteitsindicatoren Farmacie (SKIF) (ontstaan vanuit KNMP, NVZA, NVPF, LHV apotheekhoudenden). Deze stichting draagt de kosten voor het aanleveren, verzamelen, bewerken en beheer van de zorginhoudelijke data. Dit betekent in wezen dat alle kwaliteitsdata eigendom is van SKIF.

In 2012 heeft de eerste landelijke uitvraag van zorginhoudelijke indicatoren over meetjaar 2011 plaatsgevonden bij alle apotheken. De respons op deze meting was gemiddeld 93%. Via zogenaamde benchmarkverslagen vindt terugkoppeling plaats van de resultaten. Zo kunnen afzonderlijke apotheken hun scores aan het landelijke beeld spiegelen. Verder wordt het openbare deel van de data, na vaststelling door de Stuurgroep, beschikbaar gesteld.

Naast de zorginhoudelijke indicatoren zijn er door de Stuurgroep Farmacie binnen ZiZo ook CQ-indicatoren die cliëntervaringen in kaart brengen en etalageplusvragenlijsten ontwikkeld en vastgesteld. Beiden worden naar verwachting in de loop van 2013 uitgevraagd.

De farmaceutische sector is vanaf 2013 zelf verantwoordelijk voor het ontwikkelen van indicatoren, het opzetten van een data-infrastructuur om de gegevens te verzamelen en het bewerken van de gegevens tot vergelijkbare kwaliteitsgegevens[23].C

[21] Nederlandse apotheeknorm 2006, pag 2, KNMP
[22] Pharm weekblad 7 december 2012
[23] http://www.zichtbarezorg.nl/page/Farmacie

5.3 Transparantie van informatie

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel te onderzoeken of consumenten bij de ontvangst van geneesmiddelen instructie, uitleg of advies kregen van de apotheek. Uit tabel 5.2 blijkt dat 80% van de consumenten enigerlei vorm van advies of instructie heeft gekregen.

Tabel 5.2. In hoeverre heeft de patiënt bij ontvangst van het geneesmiddel instructie, uitleg of advies gekregen? (n=2.028)

	Totaal farmacie	Apotheek	Politheek	Apotheekhoudende huisarts
Ja	80%	79%	90%	85%
Nee	18%	19%	10%	13%
Weet niet / geen antwoord	2%	2%	0%	2%
Aantal respondenten	**2.028**	**1.787**	**99**	**142**

Bron: Consumentenpanel Motivaction

5.4 Klachten over apotheken

De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) ontvangt meldingen van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De NPCF spreekt van een melding en niet per definitie van een klacht omdat de inhoud van een melding in veel gevallen meer kan behelzen dan een klacht. Sinds medio 2012 is het aantal meldingen licht toegenomen, constateert de NPCF[24]. Het gaat echter niet om grote aantallen meldingen. Daarbij lijkt volgens de NPCF de communicatie tussen apotheek, voorschrijver, zorgverzekeraar en de patiënt of juist het gebrek daaraan een verklaring of reden te zijn voor een melding.

De KNMP heeft voor consumenten een klachtenregeling in het leven geroepen, waar zij een klacht kunnen indienen over de openbare apotheken. De klachtenregeling is gebaseerd op de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ). Volgens deze wet zijn zorgaanbieders verplicht een klachtenregeling te hebben.

Naast de klachtenprocedure is er ook een mogelijkheid van bemiddeling. Daartoe is sinds 2004 een onafhankelijke bemiddelaar actief (Quasir).

De NZa heeft van de klachtencommissie van KNMP en de bemiddelaar de jaarverslagen geanalyseerd Verder ontvangt de NZa zelf ook signalen over de farmacie. Hieronder zijn de belangrijkste bevindingen opgenomen.

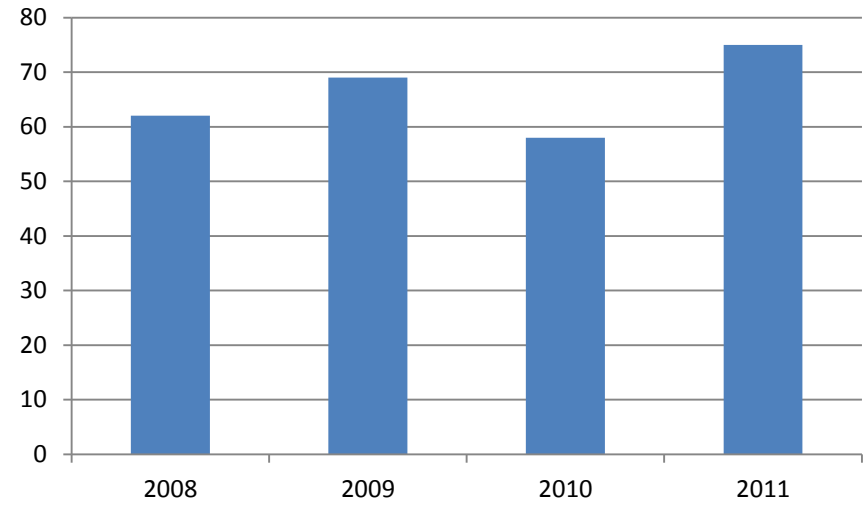
5.4.1 Klachtencommissie

Van de klachtencommissie van KNMP heeft de NZa het jaarverslag over de jaren 2008 tot 2011 ontvangen. In 2011 zijn er 75 klachten ingediend bij de klachtencommissie. Deze klachten zijn op te splitsen in 134 verschillende klachtenonderdelen. Eind 2011 waren hiervan nog 18 (35 klachtonderdelen) klachten in behandeling.

In figuur 5.1 is de ontwikkeling van het aantal klachten sinds 2008 opgenomen:

[24] NPCF, Signaalrapport Zorglijn NPCF januari 2011 - oktober 2012, oktober 2012.

Figuur 5.1. Aantal klachten klachtencommissie sinds 2008



Bron: Jaarverslagen 2008-2011 Klachtencommissie Openbare Apotheek

De klachtonderdelen hebben hoofdzakelijk betrekking op de volgende onderwerpen:

Tabel 5.3. Aantal klachtonderdelen klachtencommissie KNMP

Categorie	Aantal 2008	2009	2010	2011
Farmaceutisch-inhoudelijk	41	47	30	38
Patiënt-rechtelijk	13	8	11	21
Communicatief	32	26	19	21
Organisatorisch	17	16	14	27
Financieel	14	15	12	23
Overig	4	0	4	4
Totaal	**121**	**112**	**90**	**134**

Bron: Jaarverslagen 2008-2011 Klachtencommissie Openbare Apotheek

De farmaceutisch inhoudelijke klachten betreffen regelmatig de weigering van de apotheek om het voorgeschreven geneesmiddel ter hand te stellen. Dit had meestal te maken met het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars. Ook waren er een aantal klachten over afwijkende doseringen en verstrekte geneesmiddelen die over datum bleken.

De patiënt-rechtelijke klachten hebben voor het merendeel betrekking op het schenden van de privacy van de patiënt doordat zonder toestemming contact was opgenomen met de voorschrijvend arts. Ook wordt een aantal keer geklaagd dat op het recept persoonsgegevens waren vermeld. Verder betroffen klachten het geven van onvoldoende, dan wel misleidende informatie en weigering van zorg.

Communicatieve klachten hebben voornamelijk betrekking op onzorgvuldige communicatie en onheuse bejegening.

Organisatorische klachten betreffen lange wachttijden en dat de medicatie niet tijdig aanwezig was in de apotheek. Ook werd geklaagd over de openingstijden en het niet thuisbezorgen van medicatie.

Financiële klachten gaan onder meer over het verlangen van contante betaling door de apotheek, onjuiste indiening van de declaraties, het wel

in rekening brengen, maar niet afleveren van geneesmiddelen en onverklaarbare prijsverschillen.

Naast de formele schriftelijke klachten heeft de klachtencommissie in 2011 195 telefonische klachten ontvangen. De afgelopen jaren is er een forse toename zichtbaar in het aantal telefonische klachten. In 2008 werden er 76 telefonische klachten ontvangen.

Telefonische klachten worden door de commissie niet in behandeling genomen. Wel wordt mensen advies gegeven hoe zij een klacht moeten voorleggen of indien mogelijk worden de klagers doorverwezen naar andere instanties voor voorlichting, ondersteuning of bemiddeling.

5.4.2 De onafhankelijke bemiddelaar

De onafhankelijke bemiddelaar, Quasir, signaleert in haar jaarverslag over 2011 een stijgend aantal verzoeken om bemiddeling. Quasir constateert dat cliënten met een klacht steeds beter de weg vinden naar bemiddeling. In het bijzonder wordt internet daarbij als reden aangegeven. Er waren 245 klagers in 2011 met 384 klachten.

Hieronder is in tabel 5.4 een opsplitsing opgenomen van de bemiddelingsverzoeken:

Tabel 5.4. Aantal klachten onafhankelijk bemiddelaar in 2011

Aard van de klacht	Specifiek	Aantal 2011
Apotheekzorg	Substitutie, medische noodzaak	49
	Levering duurt lang	33
	Verkeerde geneesmiddelen	23
	Overig	70
Bejegening	Slechte reactie op klant	29
	Onheuse bejegening	36
	Overig	15
Financieel	Verkeerde factuur	27
	Niet eens met tarief	7
	Overig	22
Informatieverstrekking		22
Organisatie		50
Overig		1
Totaal		**384**

Bron: Jaarverslag 2011 Quasir

5.4.3 Signalen NPCF

De NPCF heeft over de periode januari 2011 tot oktober 2012 een signaalrapportage vastgesteld over geneesmiddelen. Uit de signaalrapportage blijkt dat 301 mensen in deze periode bij de NPCF een vraag hebben gesteld of een melding hebben gedaan van een knelpunt dat direct verband houdt met medicijnen. De meeste meldingen gingen over de apotheek, de informatievoorziening, het preferentiebeleid en de vergoeding op grond van de zorgverzekering.

De NPCF constateert op grond van de ontvangen signalen dat er bij patiënten onduidelijkheid is over de regelgeving rond verstrekking van medicijnen. Het is patiënten daarbij niet duidelijk waarom apothekers bepaalde medicijnen niet meer verstrekken of alleen tegen (hogere)

kosten. NPCF constateert dat het preferentiebeleid door zorgverzekeraars verschillend wordt uitgevoerd. Het is patiënten daardoor regelmatig niet duidelijk waarom een medicijn plotseling niet meer wordt vergoed. Dit is volgens de NPCF het gevolg van de verschillende afspraken die apotheken hebben met de zorgverzekeraars, maar ook met leveranciers en hun eigen inkoopbeleid.

5.4.4 Klachten en meldingen bij de NZa

In het kader van het toezicht op zorgaanbieders ontvangt de NZa signalen over de farmacie. De signalen kunnen komen van zowel consumenten als zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

In tabel 5.5 valt de toename op van het aantal klachten van verzekerden over preferente geneesmiddelen en misleiding of transparantie. De klachten over transparantie hebben voor een groot deel betrekking op het feit dat apothekers het tarief, in verband met het preferentiebeleid, niet meer op de verpakkingen vermelden.

Tabel 5.5. Aantal signalen door de NZa ontvangen in 2011 en 2012

Aard van de klacht	2011	2012
Onrechtmatige declaraties	9	6
Preferentie geneesmiddelen	3	10
Misleiding/transparantie	1	10
Overig	4	5
Totaal	**17**	**31**

Bron: NZa

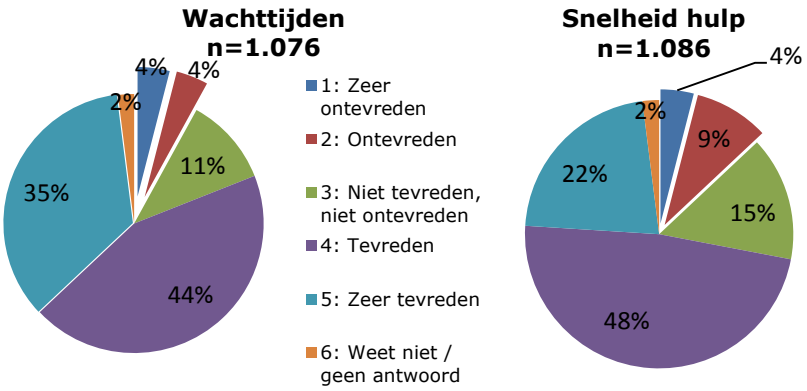
6. Toegankelijkheid

Dit hoofdstuk gaat in op de toegankelijkheid tot extramurale farmaceutische zorg. In het hoofdstuk marktstructuur is het aanbod van extramurale farmaceutische zorg inzichtelijk gemaakt. Daarnaast is er in het hoofdstuk marktgedrag inzichtelijk gemaakt in hoeverre patiënten hebben overwogen om over te stappen.
Dit hoofdstuk geeft weer binnen hoeveel minuten patiënten toegang hebben tot een extramurale farmaceutische zorgaanbieder. Verder wordt de toegankelijkheid in de zin van wachttijden, fysieke toegankelijkheid en financiële toegankelijkheid weergegeven.

6.1 Wachttijden

De NZa heeft in het najaar van 2012 onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel onderzoek te doen naar de wachttijden voor patiënten. Hierbij is zowel gevraagd naar de daadwerkelijke wachttijden als de acceptabel geachte wachttijden.

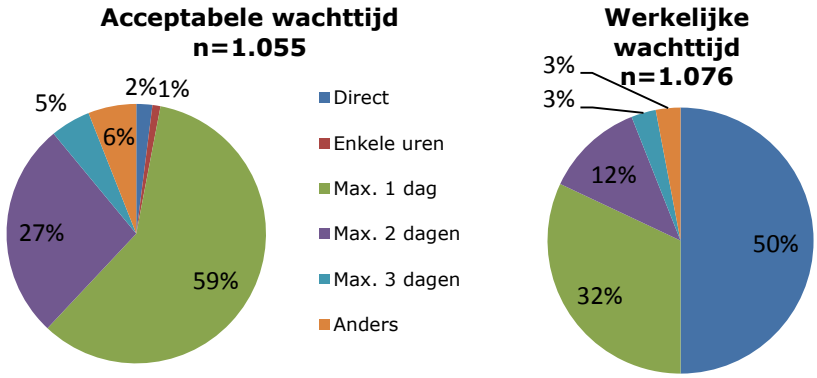
Figuur 6.1. Tevredenheid over wachttijd en snelheid waarmee men geholpen werd



Bron: Consumentenpanel Motivaction

Uit figuur 6.1. blijkt dat 8% van de respondenten ontevreden was over de wachttijden bij de apotheek voordat geneesmiddelen beschikbaar zijn. Iets meer consumenten zijn ontevreden over de snelheid waarmee zij geholpen worden. Totaal 13% is ontevreden. Dit betekent dat een meerderheid van de respondenten tevreden is over de snelheid van de dienstverlening door de apotheken.

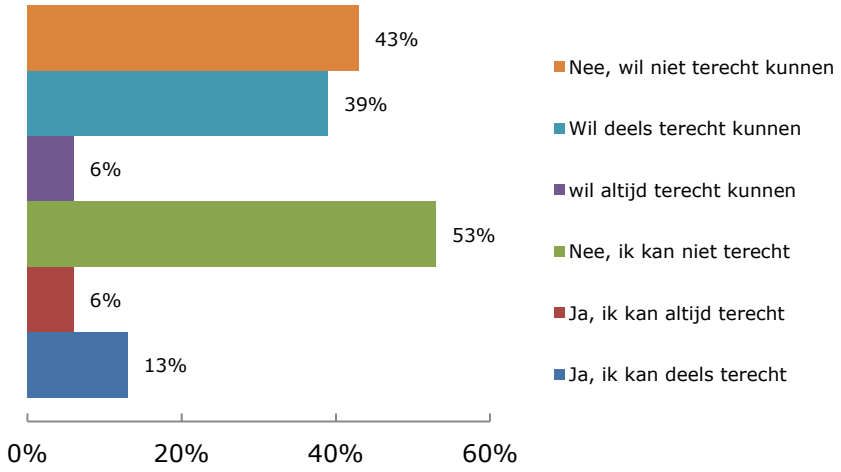
Figuur 6.2. Acceptabele wachttijd versus werkelijke wachttijd voor het ophalen van recepten



Bron: Consumentenpanel Motivaction

Uit bovenstaande figuur blijkt dat de werkelijke wachttijd gemiddeld korter is dan de acceptabel geachte wachttijd. Uit bovenstaande figuur blijkt tevens dat in ruim 80% van de gevallen de werkelijke wachttijd niet meer dan twee dagen bedraagt. Het feit dat de werkelijke wachttijd ruim korter is dan de wenselijke verklaart waarschijnlijk ook de grote mate van tevredenheid uit figuur 6.1.

Figuur 6.3. Mogelijkheid om buiten kantoortijden bij een apotheek terecht te kunnen (n=1.086)

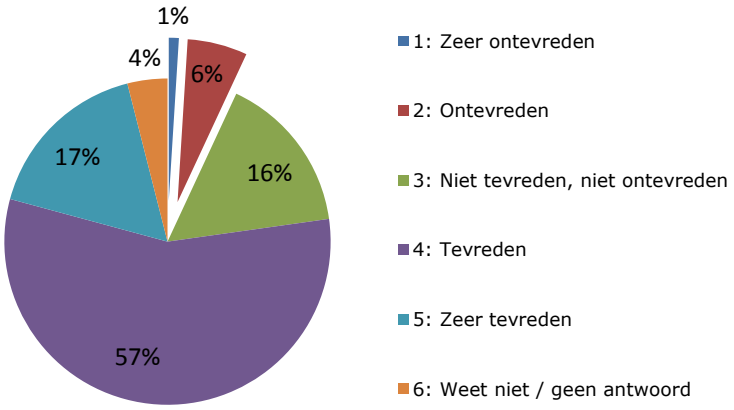


Bron: Consumentenpanel Motivaction

Aan het panel is gevraagd of zij buiten kantoortijden voor niet spoedeisende gevallen terecht kunnen bij hun apotheek. 66% heeft aangegeven niet (altijd) bij de eigen apotheek terecht te kunnen. 45% van de respondenten heeft geantwoord wel buiten de reguliere openingstijden voor niet spoedgevallen naar de eigen apotheek te willen.

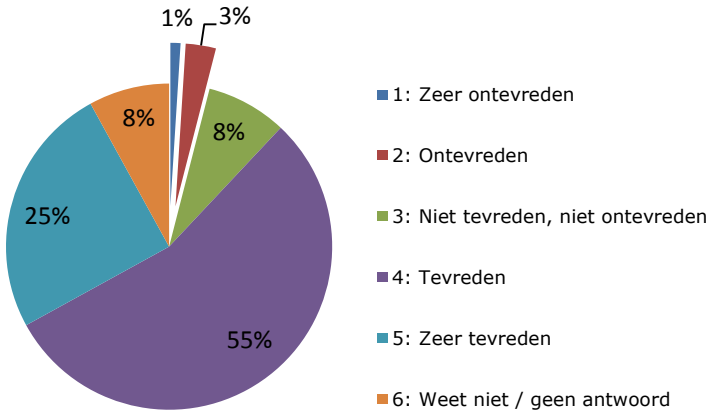
Motivaction heeft tevens onderzoek gedaan naar de tevredenheid over de openingstijden en het nakomen van gemaakte afspraken. Uit figuur 6.4 blijkt dat een enkeling ontevreden is over de openingstijden van apotheken. Uit figuur 6.5 blijkt dat een nog kleinere groep ontevreden is over de nagekomen afspraken. Uit deze uitkomsten van dit onderzoek is niet op te maken of het nauwelijks voor komt dat apotheken gemaakte afspraken niet na komen, dan wel niet na kunnen komen.

Figuur 6.4. Tevredenheid over de openingstijden (n=1.086)



Bron: Consumentenpanel Motivaction

Figuur 6.5. Tevredenheid over nakomen gemaakte afspraken (n=1.086)



Bron: Consumentenpanel Motivaction

6.2 Fysieke toegankelijkheid

In deze paragraaf maakt de NZa reistijd naar de dichtstbijzijnde extramurale farmaceutische zorg aanbieder/apotheek inzichtelijk. Het CBS beschrijft in Gezondheid en zorg in cijfers 2012[25] dat de gemiddelde afstand tot een apotheek in 2009 en 2010 1,2 kilometer is.

[25] Gezondheid en zorg in cijfers 2012 p 31, september 2012

De reistijd van patiënt tot aanbieder is een indicator om te bepalen in hoeverre er voldoende aanbod van extramurale farmaceutische zorg is. Daarnaast is het ook een indicator voor de spreiding van het aanbod. In regio's met een relatief grote reistijd, is er minder keuze voor een patiënt. Aan de andere kant kunnen deze regio's juist interessant zijn voor toetreders.

Het is vrij voor consumenten om te gaan naar de gewenste apotheek. Overstappen naar een andere apotheek is mogelijk. In het hoofdstuk marktgedrag is vermeldt dat 9% van de respondenten uit het door de NZa bevraagde consumentenpanel heeft overwogen om over te stappen.

De NZa heeft ook een berekening gemaakt van de reistijd voor een patiënt. Zij heeft hiervoor postcodegegevens gebruikt van zowel openbare apotheken als potentiële patiënten. De reistijd wordt uitgedrukt in het aantal minuten dat men per auto zou moeten reizen.

Tabel 6.1. Reistijd patiënt naar de dichtstbijzijnde en de tweede dichtstbijzijnde openbare apotheek

	Jaar		2 min	5 min	10 min	15 min	20 min	25 min	30 min
Percentage bevolking dat binnen deze reistijd een apotheek kan bereiken	2012	1	39,1%	80,0%	93,7%	98,1%	99,6%	99,9%	99,9%
		2	9,3%	52,9%	83,6%	95,3%	98,7%	99,6%	99,8%

Bron: IGZ augustus, 2012; CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum 2011.
1= dichtstbijzijnde apotheek
2= tweede dichtstbijzijnde apotheek

De NZa heeft in een van haar beleidsregels[26] de norm van 1 dag bepaald waarbinnen men toegang tot farmaceutische zorg (geen spoed) moet hebben.

6.3 Online toegankelijkheid

Zoals reeds in hoofdstuk 3 besproken zijn er in Nederland acht internetapotheken actief. Daarnaast bieden veel klassieke apotheken ook diensten aan via internet. De bezorgdienst van de klassieke apotheken is kort aangestipt. Met deze diensten maken apotheken het mogelijk dat patiënten zonder een fysiek bezoek aan een apotheek hun geneesmiddelen kunnen ontvangen. Sommige apotheken zijn flexibel in de bezorgtijden. Hiermee is het voor veel patiënten eenvoudig om ondanks eventuele beperkingen toch gebruik te kunnen maken van farmaceutische hulp. De extramurale farmaceutische zorg is mede hierdoor laagdrempelig en toegankelijk te noemen.

Aandachtspunt hierbij is wel dat het vaak niet mogelijk is om binnen minder dan één dag de benodigde medicatie aan de patiënt ter hand te stellen via een internetapotheek of bezorgdienst. Sommige internetapotheken geven dan ook aan dat in die gevallen de patiënt beter naar een fysieke apotheek kan gaan.

[26] Toezichtkader Zorgplicht Zorgverzekeraars (Zvw) TH/BR-006

6.4 Financiële toegankelijkheid

In hoofdstuk 2 is uitgebreid ingegaan op de bekostiging van de extramurale farmaceutische zorg. In dat hoofdstuk worden ook de gevolgen van het preferentiebeleid voor verzekerden behandeld.

Een probleem kan zijn dat verzekerden onvoldoende kennis hebben van de voorwaarden die de zorgverzekeraar stelt aan de verstrekking van UR-geneesmiddelen. Deze voorwaarden zijn opgenomen in het reglement farmacie bij de zorgverzekeringsovereenkomst dat de verzekerde met de zorgverzekeraar heeft afgesloten. Hierdoor weten verzekerden soms niet welke afspraken er tussen apotheken en zorgverzekeraars zijn gemaakt. Gevolg kan zijn dat een verzekerde tegen de verwachting in zijn voorgeschreven geneesmiddelen niet vergoed krijgt of dat er andere kosten ten laste van het eigen risico worden gebracht dan was gedacht.

Gezien de mogelijke financiële effecten voor de verzekerde is het belangrijk dat de zorgverzekeraar en de apotheek de klant goed voorlichten over de afspraken die zij samen hebben gemaakt. In het kader van het transparantietoezicht heeft de NZa in haar beleidsregel BR/TH-007 eisen gesteld aan de informatie die zorgverzekeraars moeten verstrekken over de afspraken die zij hebben gemaakt met apothekers over onderwerpen zoals het preferentiebeleid en medische noodzaak.

6.5 Signalen dienstapotheken

De NZa heeft eind 2012 een aantal signalen ontvangen dat een aantal dienstapotheken niet kostendekkend kunnen werken en daardoor mogelijk in de problemen komen. Zij hebben aangegeven dat zij mogelijk moeten stoppen, of dat sommige klanten in 2013 contant moeten gaan betalen voor hun medicijnen, omdat nog niet met alle zorgverzekeraars een contract is gesloten.
Bij het afronden van deze marktscan werd duidelijk dat er inmiddels (meer) contracten zijn gesloten met dienstapotheken. Daarbij moet opgemerkt worden dat een apotheek primair zorg moet dragen voor apotheekzorg 24 uur per dag, 7 dagen per week. De organisatie hiervan staat vrij. Dit kan maar hoeft niet per se via een dienstapotheek te worden georganiseerd.

7. Betaalbaarheid

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van het publieke belang betaalbaarheid. De landelijke uitgaven van de extramurale farmaceutische zorg worden grafisch weergegeven.
Dit hoofdstuk gaat ook in op de kostenontwikkeling van extramurale farmaceutische zorgprestaties. De mutaties in de uitgaven worden uitgesplitst naar volume en prijs. In hoofdstuk 8 wordt het inkoopbeleid en preferentiebeleid van geneesmiddelen door zorgverzekeraars behandeld. In dat hoofdstuk is ook de volume en prijsontwikkeling van geneesmiddelen weergegeven en maakt daarom geen onderdeel uit van dit hoofdstuk.

Zoals in Hoofdstuk 2 al is vermeld gaat deze scan over extramurale farmaceutische zorg en niet over hulpmiddelen. Dit hoofdstuk bevat gegevens over extramurale farmaceutische zorg die valt onder de Zvw. Er is gebruik gemaakt van twee verschillende bronnen. Eén bron is het GIP (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project), afkomstig van het College van zorgverzekeringen (CVZ). De andere bron is Vektis, die de declaratiegegevens van zorgverzekeraars ontvangt. Per onderwerp is een van de bronnen gebruikt om de gegevens in een figuur of tabel weer te geven.

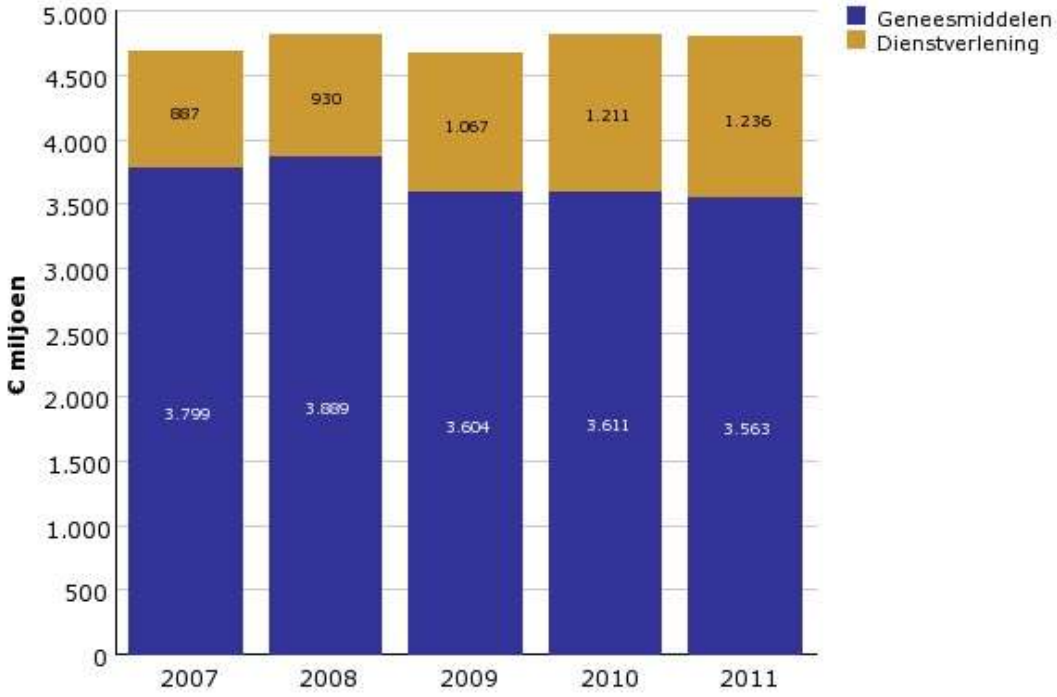
Vektis heeft informatie beschikbaar gesteld die op een paar procenten na alle declaratiegegevens bevat van alle zorgverzekeraars. In dit hoofdstuk wordt gesproken over ‘correcties ten behoeve van de dekking’. Dit betreffen dan correcties van de dekking zodat er toch een gegevens set ligt die 100% betreft. De correctie op de van Vektis ontvangen gegevens zijn 3,2% (voor 2009 en 2010) en 2,4% voor 2011 en tot en met augustus 2012.

Er zijn enkele verschillen in de manier waarop GIP en Vektis prestaties definiëren en in de manier waarop zij data weergeven. Het gaat hier om het onderscheid tussen een ‘standaard terhandstelling’ en een ‘eerste standaard terhandstelling’. GIP hanteert hiervoor andere methoden dan Vektis. In het hoofdstuk zullen dergelijke verschillen worden toegelicht. Ook zijn er een aantal extra figuren te vinden in bijlage 6. Omdat er twee bronnen zijn voor gegevens over de declaraties van de dienstverlening kunnen er voor beiden bronnen figuren en tabellen worden gemaakt. De meest relevante figuren of tabellen staan in dit hoofdstuk. De overigen en aanvullende figuren staan in bijlage 6.

7.2 Macrogegevens farmaceutische zorg

De totale uitgaven aan farmaceutische zorg zijn in de periode 2007-2011 met circa € 4,8 miljard per jaar relatief stabiel. Binnen de uitgaven van de farmaceutische zorg vindt een verschuiving naar de uitgaven van de dienstverlening van de apotheek plaats, terwijl de kosten van de geneesmiddelen dalen. In figuur 7.1 is deze ontwikkeling weergegeven.

Figuur 7.1. Totale kosten farmaceutische zorg 2007-2011



Bron: GIP/CVZ

7.3 Kostenontwikkeling dienstverlening

Deze paragraaf geeft de kostenontwikkeling weer van de farmaceutische zorg, ook wel dienstverlening genoemd. Hoofdstuk 2 beschrijft alle extramurale farmaceutische zorgprestaties.

De manier waarop deze prestaties worden gedeclareerd tussen apotheekhoudende en zorgverzekeraar is gebaseerd op een lijst waarin tot en met 2011 24 farmaceutische zorgprestaties waren opgenomen (bijlage 2). In 2012 is de prestatiecodelijst van Z-index aangevuld met de toeslag 'dienstverlening thuis'. Hierdoor nam het aantal prestaties in die lijst toe tot 48. De NZa heeft nog geen declaratiegegevens over de overige nieuwe prestaties die met ingang van 2012 gelden.

Op basis van de gegevens van Vektis zijn de prestaties die relatief gezien een groot onderdeel uitmaken van de uitgaven van de dienstverlening weergegeven in tabel 7.1. Het gaat om:
de standaard terhandstelling (prestatie 1);
de week terhandstelling (prestatie 4);
de standaard eerste terhandstelling (prestatie 7).
Alle prestaties zijn te zien in bijlage 2 (Prestatiecodelijst Z-index).

In tabel 7.1 is te zien wat de kosten zijn van de gedeclareerde prestaties (1,4 en 7) in de jaren 2010, 2011 en de eerste 8 maanden van 2012.

Tabel 7.1. Totale uitgaven farmaceutische zorg 2010-2012

Farmaceutische dienstverlening (uitgaven dienstverlening)	2010 in mln	2011 in mln	t/m aug 2012 in mln
Standaard terhandstelling	€ 528,00	€ 558,36	€ 374,25
Week terhandstelling	€ 177,83	€ 227,18	€ 176,69
Standaard eerste terhandstelling	€ 334,74	€ 350,26	€ 228,59
Overige prestaties	€ 104,90	€ 104,33	€ 69,09
Totaal	**€ 1.145,47**	**€ 1.240,13**	**€ 848,63**

Bron: Vektis [27]

In bijlage 6 is op een gedetailleerde manier de kostenontwikkeling van dienstverlening gebaseerd op data van GIP/CVZ weergegeven.
Daar is o.a. te zien dat:
uitgaven aan week- en eerste terhandstellingen sinds 2009 zijn toegenomen;
dat de totale uitgaven aan dienstverlening sinds 2009 zijn toegenomen en in 2010 en 2011 nagenoeg gelijk zijn gebleven;
dat de totale uitgaven aan dienstverlening per kwartaal variëren.

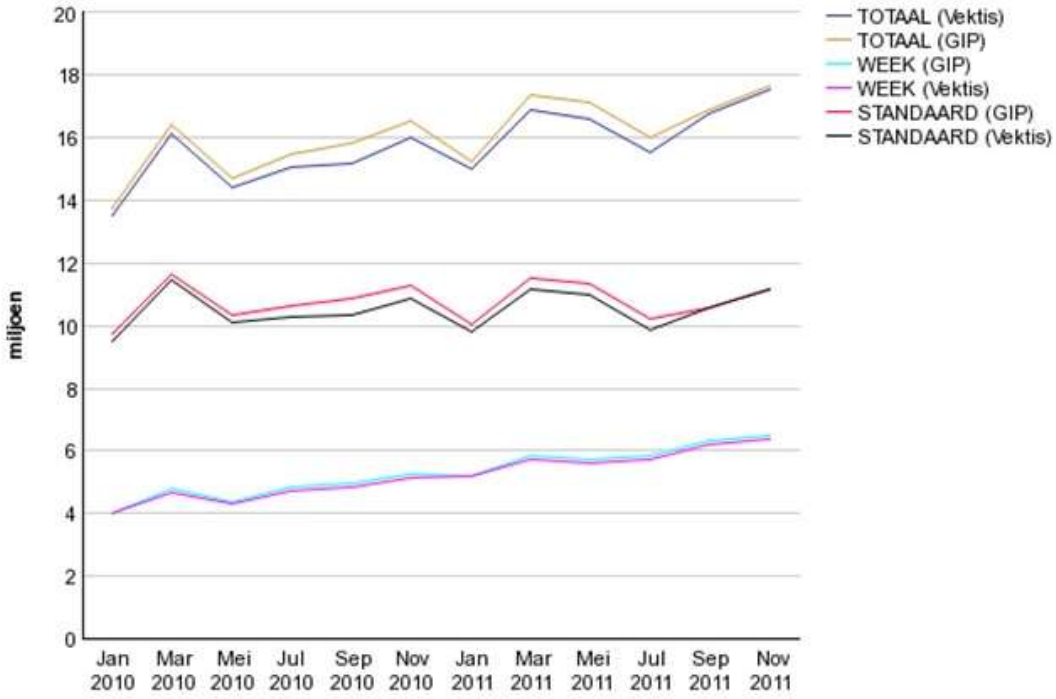
7.3.1 Volumeontwikkeling dienstverlening

De toename in de uitgaven van de kosten van de dienstverlening wordt met name veroorzaakt door een toename in het aantal prestaties.
Het volume van de gedeclareerde prestaties (Vektis) in de periode januari tot en met augustus 2012 was niet vergelijkbaar met de volumes in dezelfde periode in de jaren 2010 en 2011. Dat houdt in dat de volumetrend in het jaar 2012 afwijkt van de trend over dezelfde periode in de jaren 2010 en 2011. De volumes liggen hoger in deze periode in 2012. Bij het lezen van de totale kosten 2012 in tabel 7.1 moet daar rekening mee worden gehouden.

In figuur 7.2 zijn de GIP data en de Vektis data vergeleken. Beide bronnen laten dezelfde trends zien. Het niveauverschil tussen de twee bronnen is te verklaren door de dekking van de Vektis data. De data van Vektis is in figuur 7.2 niet gecorrigeerd naar 100% dekking.

[27] *De gegevens zijn ontleend aan de ontvangen informatie van Vektis. De opgenomen gegevens voor 2012 zijn de beschikbare declaratiegegevens tot en met augustus 2012. Bij de bepaling van bedragen heeft extrapolatie plaatsgevonden op basis van de dekkingsgegevens zoals verstrekt door Vektis.*

Figuur 7.2. Volumes terhandstellingen GIP en Vektis



Bron: Vektis en GIP/CVZ

Figuur 3 in bijlage 6 laat zien dat er sinds 2009 een verschil zitten tussen de volumeontwikkeling van de standaardterhandstelling en de weekterhandstelling. Het volume van de weekterandstellingen neemt sinds 2008 ieder jaar toe met minstens 10 miljoen.

In de gegevens afkomstig van Vektis zijn de afzonderlijke prestaties en toeslagen geregistreerd (voor een specificatie zie bijlage 2). In tabel 7.2 zijn de aantallen opgenomen van de prestaties met de grootste omvang (dit zijn prestatie 1, 4 en 7). De andere prestaties zijn onder 'overig' opgenomen.

Tabel 7.2. Aantal prestaties farmaceutische zorg 2010-2012

Farmaceutische dienstverlening (aantal prestaties in mln)	2010 # in mln	2011 # in mln	T/m aug 2012 # in mln
Standaard terhandstelling	85,76	95,17	65,95
Week terhandstelling	52,40	70,28	56,84
Standaard eerste terhandstelling	27,22	29,93	20,10
Overig	4,48	4,76	3,42
Totaal	**169,87**	**200,14**	**146,31**

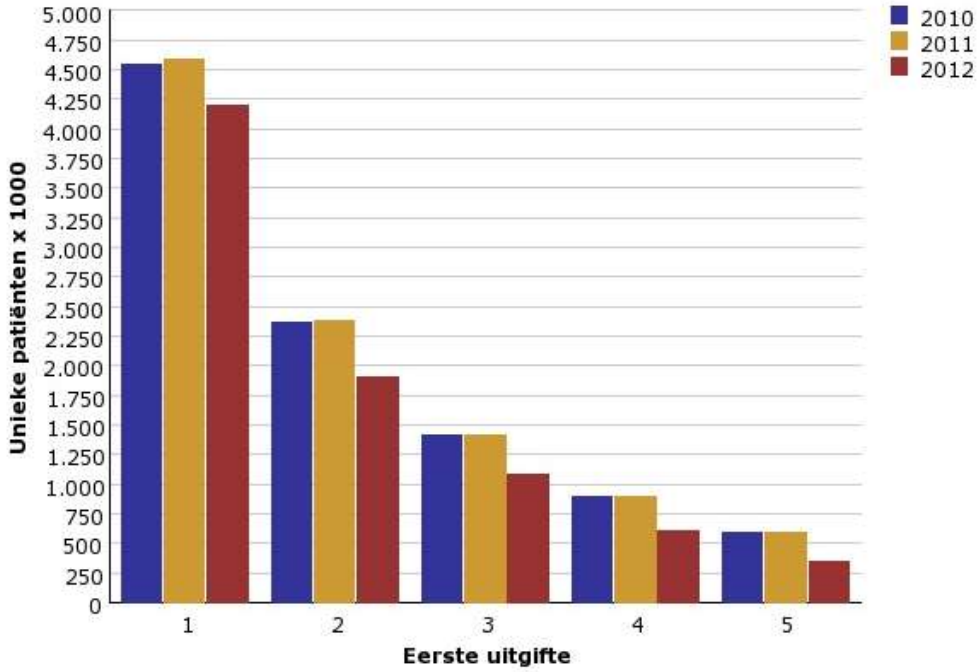
Bron: Vektis

Het aantal prestaties voor 2012 is gebaseerd op declaratiegegevens tot en met de maand augustus. Tabel 7.2 laat ook een toename zien van het aantal weekterhandstellingen. Het aantal weekterhandstellingen was in 2011 bijvoorbeeld 34% meer dan in 2010. Ook het aantal standaardterhandstellingen en het aantal eerste terhandstelling neemt toe, maar in mindere mate.

De gegevens van Vektis leveren ook informatie op over de prestaties per patiënt (geanonimiseerd). In figuur 7.3 staat het aantal eerste terhandstellingen (één tot vijf) per unieke patiënt in de periode 2009 – heden. De groep met unieke patiënten dat één eerste terhandstelling heeft ontvangen per jaar is het grootst. 2012 is slechts een deel van het jaar (tot en met augustus) waardoor de uitkomsten lager zijn.

In tabel 7.3 staat het aantal eerste terhandstellingen (groter dan vijf) per unieke patiënt in de periode 2010 – tot en met augustus 2012. De aantallen eerste uitgiften zijn gegroepeerd in staffels van 5.
Een eerste terhandstelling moet aan een aantal voorwaarden voldoen om gedeclareerd te kunnen worden[28].

Figuur 7.3. Aantal eerste terhandstellingen per unieke patiënt



Bron: Vektis, 2012 is tot en met augustus

[28] Er is sprake van een eerste terhandstelling indien (i) een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm niet eerder aan de patiënt ter hand is gesteld, of (ii) een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm 12 maanden of langer geleden voor het laatst aan de patiënt ter hand is gesteld, of (iii) niet objectief vastgesteld kan worden of aan de patiënt het UR-geneesmiddel eerder ter hand is gesteld in de twaalf voorafgaande maanden. Om deze deelprestatie te kunnen declareren dienen de contractafspraken over kwaliteit (zie paragraaf 5.1) te zijn uitgevoerd, aangevuld met onderstaande activiteiten: Het houden van een geprotocolleerd eerste terhandstellingsgesprek vóór de start van de betreffende farmacotherapie met de patiënt dan wel diens verzorger, waarbij de verwachtingen van de patiënt worden besproken. Het aanbieden en zonodig verstrekken van aanvullende mondelinge en/of schriftelijke informatie na de eerste terhandstelling. Vastleggen van de handelingen in het digitale patiëntendossier.

Tabel 7.3. Aantal eerste terhandstellingen per unieke patiënt

Aantal eerste uitgifte per unieke patiënt	2010	2011	2012*
6 tm 10	397.440	396.190	230.464
11 tm 15	66.036	65.708	28.103
16 tm 20	14.107	13.982	9.886
21 tm 25	3.632	3.606	1.799
26 tm 30	1.113	1.099	518
31 tm 35	359	347	576
36 tm 40	110	123	128
41 tm 45	47	52	44
46 tm 50	17	18	119
> 50	13	13	92

Bron: Vektis, * afkomstig van declaraties tot en met augustus 2012.

Uit figuur 7.3 en tabel 7.3 blijkt dat in de jaren 2010 en 2011 het aantal unieke patiënten dat een eerste uitgifte heeft ontvangen (al dan niet ingedeeld in staffels) ongeveer op hetzelfde niveau ligt. Het jaar 2012 wijk juist af. Tot en met de dertig eerste uitgiften ligt het aantal unieke patiënten lager dan het aantal in 2010 en 2011. Bij het aantal eerste uitgiften dat hoger ligt dan 31 is het aantal unieke patiënten hoger dan het aantal unieke patiënten in 2010 en 2011. Bovenstaande gegevens over 2012 zijn over 8 maanden. Het aantal unieke patiënten dat meer dan 31 eerste uitgiften ontvangt is in 2012 dus toegenomen.

7.3.2 Prijsontwikkeling van de dienstverlening

In de periode 2009 t/m 2011 bestonden er gereguleerde tarieven in de extramurale farmaceutische zorg. Er was sprake van een zogenoemd 'max-max tarief'. De tariefbeschikking bevat maximumtarieven die gelden, met daarbij een overzicht waarin de max-max tarieven zijn genoemd. Het verschil is een extra verhoging op de maximum tarieven die kon worden afgesproken tussen zorgverzekeraars en apotheken. Tabel 7.4 geeft van de standaard terhandstelling en de eerste terhandstelling de gereguleerde tarieven weer. Het doel van tabel 7.4 is om de prijsontwikkeling in tabel 7.5 direct te kunnen vergelijken met de gereguleerde max-max tarieven.

Tabel 7.4. Maximum tarieven 2010 en 2011

	2010 max	2010 max max	2011 max	2011 max max
Standaard terhandstelling	€5,99	€7,54	€5,74	€7,65
Eerste terhandstelling (toeslag)	€5,99	€7,54	€5,74	€7,65

Bron: Tariefbeschikkingen 2010 en 2011, NZa

Tabel 7.5. Prijsontwikkeling farmaceutische zorg 2010-2012*

Farmaceutische dienstverlening (gemiddelde prijs in euro)	2010 Euro	2011 Euro	t/m aug 2012 Euro
Standaard terhandstelling	€ 6,16	€ 5,87	€ 5,67
Week terhandstelling	€ 3,39	€ 3,23	€ 3,11
Standaard eerste terhandstelling	€ 12,30	€ 11,70	€ 11,37
Overig	€ 23,41	€ 21,93	€ 20,20

Bron: Vektis. *2012 is tot en met augustus

Uit bovenstaande figuur blijkt dat de gemiddelde vergoeding voor de genoemde prestaties over de periode 2010 tot en met augustus 2012 zijn gedaald. In 2012 is de toeslag 'dienstverlening thuis' toegevoegd aan de prestaties. De categorie overig is in 2012 dus inclusief de toeslag 'dienstverlening thuis' en 2010 en 2011 exclusief deze toeslag.

Per type
De prijsontwikkeling is met behulp van de Vektis-data ook per subpopulatie weer te geven. Bij de categorie onbekend ontbreekt de postcode in de gegevens. Het is aannemelijk dat het hier gaat om openbare apotheken.

In tabel 7.6 is de gemiddelde vergoeding voor de hele mix aan prestaties te zien, gesorteerd naar drie soorten te onderscheiden apotheekhoudenden en de categorie 'onbekend'.

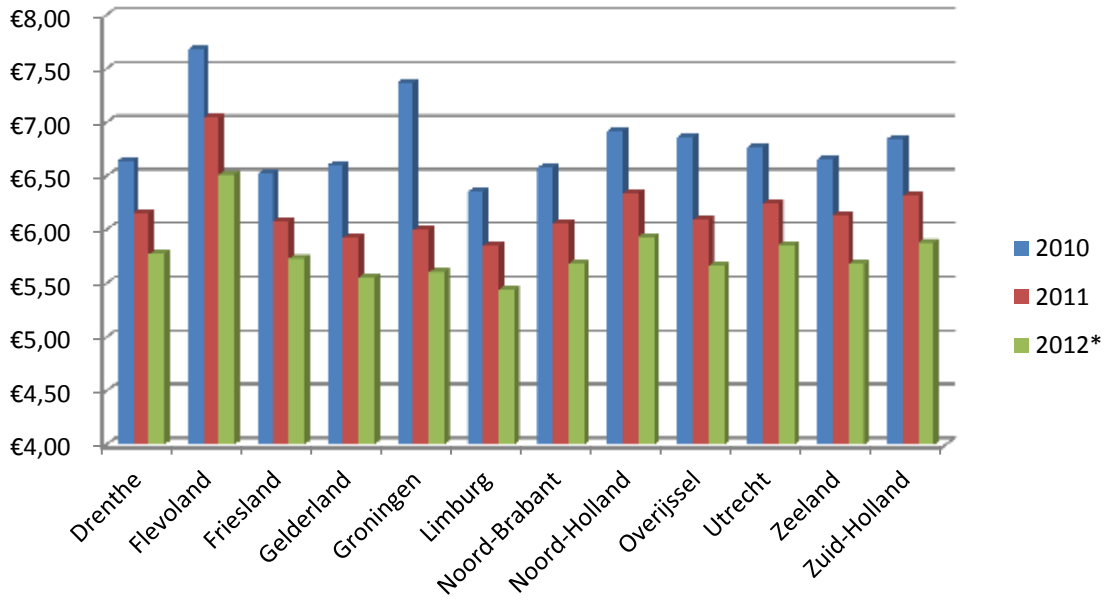
Tabel 7.6. Prijsontwikkeling per type 2010-2012*

Gemiddelde prijs in €	2010	2011	t/m aug 2012
Openbare apotheken	6,68	6,09	5,70
Apoth. Huisartsen	6,72	6,04	5,52
Dienstapotheken	13,70	13,05	12,17
Categorie onbekend	6,73	6,53	6,22

Bron: Vektis. *2012 is tot en met augustus

In deze tabel zijn de gegevens opgenomen van 1.797 openbare apotheken, 386 apotheekhoudende huisartsen, 39 dienstapothekenen 197 onbekende apotheekvormen. In totaal bedraagt het aantal apotheken 2.416 in deze analyse, wat overeenkomt met genoemde aantal apotheekhoudenden door het GIP (circa 2.400).

Figuur 7.4. Prijsontwikkeling per provincie 2010-2012*



Bron: Vektis. *2012 is tot en met augustus

Uit figuur 7.4 blijkt dat de gemiddelde vergoeding voor de hele mix aan prestaties over de periode 2010 tot en met augustus 2012 verschilt tussen provincies. Met name de provincies Flevoland en Groningen vallen op in het jaar 2010 in deze figuur. Flevoland heeft ook in de jaren 2011 en 2012 de hoogste gemiddelde vergoeding.

8. Preferentiebeleid geneesmiddelen

In dit hoofdstuk bespreken we het inkoopbeleid van verzekeraars voor de extramurale geneesmiddelenvoorziening in 2012 en gaan we in op de impact die het inkoopbeleid van verzekeraars heeft gehad op de prijzen van geneesmiddelen. Hoewel het inkoopbeleid van verzekeraars meer omvat dan alleen de geneesmiddelenprijzen, laten we de andere aspecten, zoals het kwaliteitsbeleid en de vergoeding voor de terhandstelling van medicijnen, buiten beschouwing. In dit hoofdstuk bespreken we daarmee alleen de financiële effecten van het preferentiebeleid voor de zorgverzekeraars. De (financiële) effecten die het preferentiebeleid heeft op de verzekerden of de apothekers blijft buiten beschouwing. Daarnaast laten we ook de negatieve effecten in termen van wisselingen in geneesmiddelen voor verzekerden en leveringsproblemen van preferente middelen buiten beschouwing. Hoewel dit wel relevante effecten en gevolgen zijn van het preferentiebeleid, valt dit buiten de scope van dit hoofdstuk.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Deel 1 gaat in op het zorginkoopbeleid dat momenteel gevoerd wordt binnen de markt van extramurale farmaceutische zorg. Hier wordt ingegaan op de contracten tussen de apothekers en zorgverzekeraars, het type preferentiebeleid dat gevoerd wordt en de vertaling van deze contracten naar de verzekeringspolis. 8.1 en 8.2 zijn met name beschrijvend van aard. In 8.3, gaan we in op de impact die het preferentiebeleid van de verzekeraars heeft gehad in de afgelopen jaren. Daarin maken we een onderscheid in volume en prijseffecten. Dit inzicht wordt gegenereerd op geaggregeerd niveau wat inhoudt dat de effecten op de totale markt inzichtelijk worden gemaakt maar niet worden uitgesplitst per verzekeraar. Wel wordt onderscheid gemaakt naar geneesmiddelenclusters om inzicht te geven in het aantal clusters waarbinnen het preferentiebeleid gevoerd wordt.

Achtergrond
Vanaf 2005 hebben verzekeraars verschillende contractvormen ontwikkeld voor de inkoop van geneesmiddelen om grip te krijgen op de stijgende kosten van geneesmiddelen. Om de aanwezige kortingen en bonussen in de markt terug te dringen zijn vanaf 2005 verschillende initiatieven ontplooid[29], waaronder de invoering van het gezamenlijk preferentiebeleid door vijf verzekeraars. Met dit gezamenlijk preferentiebeleid richtten de verzekeraars zich op het verlagen van de apotheek inkoopprijs (AIP)[30] van geneesmiddelen.

Het gezamenlijke preferentiebeleid richtte zich op drie middelen, namelijk Simvastatine, Pravastatine en Omeprazol. Alleen die middelen die maximaal 5% duurder waren dan het goedkoopste middel werden vergoed door de verzekeraar. Duurdere middelen werden niet vergoed. Vanaf 2008 heeft het preferentiebeleid geleid tot substantiële prijsverlagingen voor deze middelen. De prijs van simvastatine is gedaald met 90%[31]. Vanaf 2008 hebben verzekeraars ook individueel

[2929] NZa (2008), Monitor Werking van de Farmaciemarkt- analyse van de ontwikkelingen op de farmaciemarkt. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht (2008)
[30] De AIP is de officiële prijs die de fabrikant hanteert voor zijn geneesmiddel. Deze prijs is opgenomen in de zogeheten openbare taxe lijst (Z-index).
[31] Boonen, L.H.H.M., S.A. van der Geest, F.T. Schut en M. Varkevisser (2010) Pharmaceutical Policy in the Netherlands: from price regulation to managed

preferentiebeleid ontwikkeld en ingevoerd. Ook heeft de overheid in deze periode convenanten met de geneesmiddelenfabrikanten afgesloten, waarin vrijwillige prijsverlagingen zijn afgesproken[32]. De geneesmiddelenprijzen van de top 10 generieke producten zijn vanaf 2008 gedaald met 76% tot 93%[33]. De gemiddelde prijs per DDD voor generieke producten is gedaald van 26 eurocent in 2004 naar 9 eurocent in 2011[34].

8.1 Beschrijving zorginkoopbeleid verzekeraars

8.1.1 Inleiding

In Nederland wordt in artikel 2.8 van het besluit zorgverzekering aangegeven welke farmaceutische middelen en zorg zijn opgenomen in de basisverzekering. Hierbij wordt verwezen naar de onder de ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Dit komt tot uitdrukking in het GeneesmiddelenVergoedingsSysteem (GVS), dat onderdeel uitmaakt van de regeling zorgverzekering. Binnen het GVS worden drie bijlagen onderscheiden[35,36]:
Bijlage 1A bevat clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen. Onderling vervangbaar betekent dat deze middelen voor een gelijkwaardige indicatie zijn toe te passen, via eenzelfde weg worden toegediend en in het algemeen voor dezelfde leeftijdscategorie zijn bestemd. Per cluster geldt er een maximale vergoedingslimiet die gebaseerd is op een prijsweging van de geneesmiddelen binnen het cluster. Indien de prijs van een geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet moet de verzekerde dit verschil zelf bijbetalen37. Tevens geldt er een maximum prijs die fabrikanten mogen vragen voor hun geneesmiddel. Dit maximum wordt gebaseerd op de gemiddelde prijs in vier omringende landen38. Fabrikanten met een prijs hoger dan dit maximum kunnen hun geneesmiddel niet aanbieden op de Nederlandse markt.
Bijlage 1B bevat geneesmiddelen die niet als onderling vervangbaar zijn beoordeeld. Voor deze middelen geldt geen vergoedingslimiet. Zodra het middel op bijlage 1B is opgenomen, worden de kosten van het geneesmiddel volledig door de verzekeraar vergoed. Zodra er vergelijkbare geneesmiddelen op de markt komen, wordt het

---

competition, Advances in Health Economics and Health Services Research, Volume 22, 53–76

[32] Zie bijvoorbeeld het transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009. http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geneesmiddelen/documenten-en-publicaties/convenanten/2007/09/17/transitieakkoord-farmaceutische-zorg-2008-2009.html

[33] http://www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2008/2008-22.html

[34] CVZ(2011) GIPeilingen 2011 ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik

[35]http://www.fk.cvz.nl/voorna/i/inl%20de%20kosten%20voor%20farmaceutische%20zorg.asp?blPrint=True

[36] http://www.cbg-meb.nl/CBG/nl/_search/faq/mens/geneesmiddelenvergoedingen/

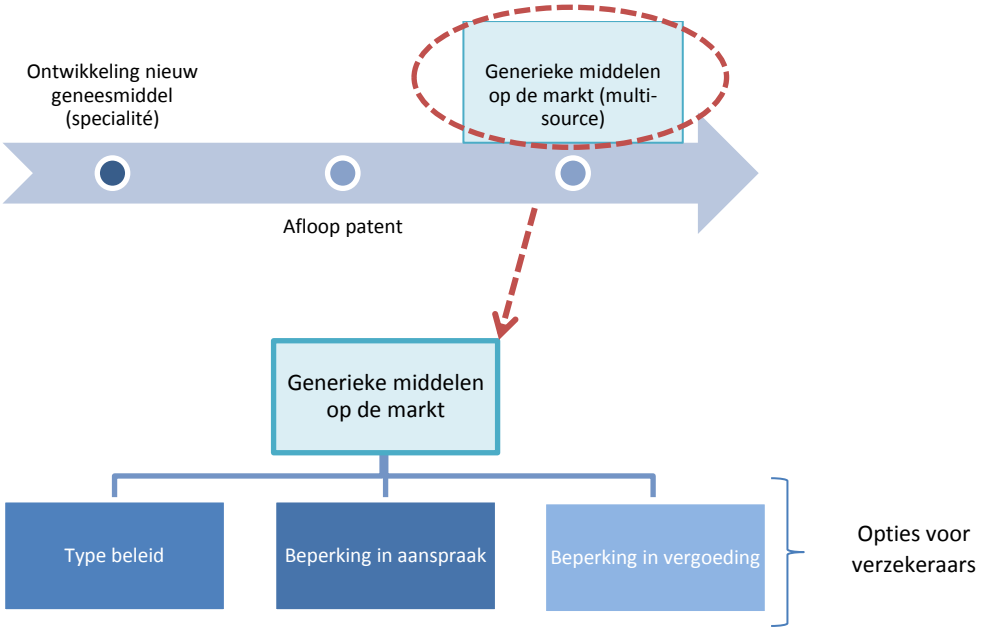
[37] Hoewel alle geneesmiddelen met een prijs onder de GVS limiet vergoed worden door de verzekeraar, kan het zijn dat de verzekerde (een deel van) de medicatiekosten zelf moet betalen. Alle verzekerden hebben in 2012 een verplicht eigen risico van € 220. Dit houdt in dat de eerste € 220 aan zorgkosten door de verzekerde zelf worden betaald. Het kan dus zijn dat (een deel van) de medicatiekosten door de verzekerde zelf betaald worden, ondanks dat deze middelen binnen de GVS limiet vallen.

[38] Sinds 1996 heeft de overheid bepaald dat de prijzen van geneesmiddelen in ieder geval niet hoger mogen zijn dan die in de ons omringende landen (België, Duitsland, Frankrijk en Groot Brittannië).

geneesmiddel verplaatst van bijlage 1B naar bijlage 1A en wordt een maximum vergoedingslimiet bepaald.
— Bijlage 2 bevat middelen waarbij extra voorwaarden gelden omtrent de vergoeding. De voorwaarden hebben meestal betrekking op de indicatie waarvoor het middel wordt voorgeschreven. Alleen wanneer een middel voor de betreffende indicatie wordt voorgeschreven, heeft de verzekerde recht op een vergoeding.

Na de ontwikkeling van een geneesmiddel, is (meestal) alleen een specialité (single-source) geneesmiddel beschikbaar.[39] Deze worden opgenomen op bijlage 1B van het GVS. Onderstaande figuur geeft het ontwikkelstadium van het geneesmiddel weer, nadat het is opgenomen op bijlage 1B van het GVS.

Figuur 8.1. Ontwikkelstadia van geneesmiddelen



Na het verlopen van het patent, komen er middelen op de markt met dezelfde werkzame stof, die onderling uitwisselbaar zijn[40] en worden de middelen opgenomen in bijlage 1A van het GVS. Ook het specialité geneesmiddel wordt dan opgenomen in bijlage 1A. Verzekeraars zijn, in tegenstelling tot onder de ziekenfondswet, niet meer verplicht om alle aangewezen geneesmiddelen binnen een GVS cluster te vergoeden. Zij zijn verplicht om van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen (GVS clusters in bijlage 1A) tenminste één geneesmiddel aan te wijzen dat voor de verzekerde beschikbaar is. Dit houdt in dat verzekeraars binnen hun inkoopbeleid voor geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, minimaal één middel volledig moeten vergoeden aan de verzekerde. Daarnaast geldt dat indien er sprake is van medische noodzaak een ander middel toch vergoed kan worden.
Na opname van het middel in bijlage 1A, kan de verzekeraar een aantal beleidskeuzes maken (zie figuur 8.1). Hierbij is van belang dat het gaat om middelen die therapeutisch uitwisselbaar zijn en waarvoor dus meerdere fabrikanten op de markt actief zijn.

[39] Om toegelaten te worden tot de Nederlandse markt moet een geneesmiddel aan een bepaald aantal eisen voldoen. Dit wordt hier buiten beschouwing gelaten.
[40] Voor de individuele patiënt zal moeten worden nagegaan of de middelen ook uitwisselbaar zijn.

De keuzes die de verzekeraar kan maken, zijn de volgende:
Het type beleid dat gevoerd wordt per cluster;
Welke beperkingen er per cluster en per geneesmiddel worden opgelegd; en
Wat de hoogte van de vergoeding is die de verzekeraar biedt voor het betreffende cluster en de geneesmiddelen.

Alle zorgverzekeraars maken op deze drie onderdelen verschillende afwegingen. Dat betekent dat er verschillen bestaan in het inkoopbeleid tussen de zorgverzekeraars. Over het algemeen maken de verzekeraars geen onderscheid naar apotheker. Alle apothekers wordt hetzelfde contract aangeboden.[41] De enige uitzondering hierop is Achmea, die de apothekers laat kiezen tussen verschillende contractvormen[42]. Binnen de contracten kunnen voor verschillende clusters wel verschillende aanspraken of vergoedingen gelden.
In de volgende paragrafen gaan we in op de beleidskeuzes die verzekeraars gemaakt hebben en welke invloed dit heeft gehad op de geneesmiddelenprijzen.

8.1.2 Type beleid

In het algemeen zijn er twee verschillende vormen van inkoop aanwezig op de apothekersmarkt:
preferentiebeleid;
prijsgarantie.

In onderstaande tabel staan de verschillende vormen van inkoopbeleid per verzekeraar weergegeven. In totaal zijn er, zoals vermeld in hoofdstuk vier , op de zorginkoopmarkt een vijftal grote verzekeraars actief, te weten Achmea, Menzis, VGZ, CZ en Multizorg. Multizorg voert het inkoopbeleid uit voor een drietal kleinere spelers, namelijk ASR, ONVZ en ENO[43]. In onderstaand tabel geven we ook het inkoopbeleid van de kleinere spelers DSW, Z&Z en De Friesland Zorgverzekeringen (hierna De Friesland)[44] apart weer. Belangrijk hierbij is op te merken dat de meeste verzekeraars binnen hetzelfde contract zowel het preferentiebeleid als de prijsgarantie toepassen. Dit houdt in dat bij een aantal clusters preferentiebeleid wordt gevoerd en bij een aantal gewerkt wordt met een prijsgarantie. Ook zijn er clusters van geneesmiddelen waarop geen preferentiebeleid of prijsgarantie door de verzekeraars gevoerd wordt. Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn, omdat substitutie gevaarlijk is voor de verzekerde.

[41] We beperken ons hier tot het inkoopbeleid m.b.t. de geneesmiddelenprijzen. Verzekeraars bieden wel gedifferentieerde contracten aan m.b.t. het kwaliteitsbeleid van de apothekers.
[42] 27% van de apothekers heeft bij Achmea een standaardcontract, waarbij sprake is van preferentiebeleid. 73% heeft een IDEA contract waarbij er sprake is van een prijsgarantie en waarbij geen preferentiebeleid gevoerd wordt. (zie paragraaf 2.2).
[43] Voor de apothekers in de eigen regio (23 apotheken) voert ENO een eigen inkoopbeleid uit voor extramurale farmaceutische zorg. Hierbij hanteren zij hetzelfde beleid als Multizorg waarbij ze per PRK cluster een prijsgarantie hebben ingevoerd. ENO vergoedt 105% van de prijs van het laagst geprijsde middel binnen een PRK cluster.
[44] Hoewel De Friesland onderdeel uitmaakt van het Achmea concern voeren zij momenteel nog een eigen beleid op het gebied van extramurale farmaceutische zorg. Zodra ze in de toekomst een gezamenlijk beleid gaan voeren zal deze verzekeraar niet meer apart worden benoemd.

Tabel 8.2. Vormen van inkoopbeleid per verzekeraar

	Achmea	Menzis	VGZ	CZ	DSW	Z&Z[a]	De Friesland	Multizorg[b]
Preferentiebeleid	X	X	X	X		X		
Prijsgarantie	X	X	X	X	X	X	X	X

a Z&Z wijst alle generieke middelen binnen een cluster aan als preferent zolang de prijs van een middel niet aanmerkelijk hoger is dan die van de andere generieke middelen binnen het cluster. Dit is feitelijk dan een combinatie van preferentiebeleid en prijsgarantie.

b ASR, ONVZ, ENO

Bij het **preferentiebeleid** bepaalt de verzekeraar welk specifiek middel vergoed wordt. Bij de **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 vergoedingslimiet binnen een cluster van geneesmiddelen. Dit maximum is gebaseerd op de apotheek inkoopprijzen die opgenomen zijn in de taxe (officiële prijslijst van geneesmiddelen). In paragraaf 8.1.4 gaan we in op hoe de maximum vergoedingslimiet bepaald wordt. Een vorm van prijsgarantie is bijvoorbeeld het IDEA model (van Achmea), waarbij een gemiddelde prijs voor het cluster van geneesmiddelen wordt gehanteerd. In de praktijk zien we dat bovenstaande type beleid op de volgende manier toegepast worden:
Gemixt beleid met preferente middelen en een prijsgarantie;
Prijsgarantie alleen.

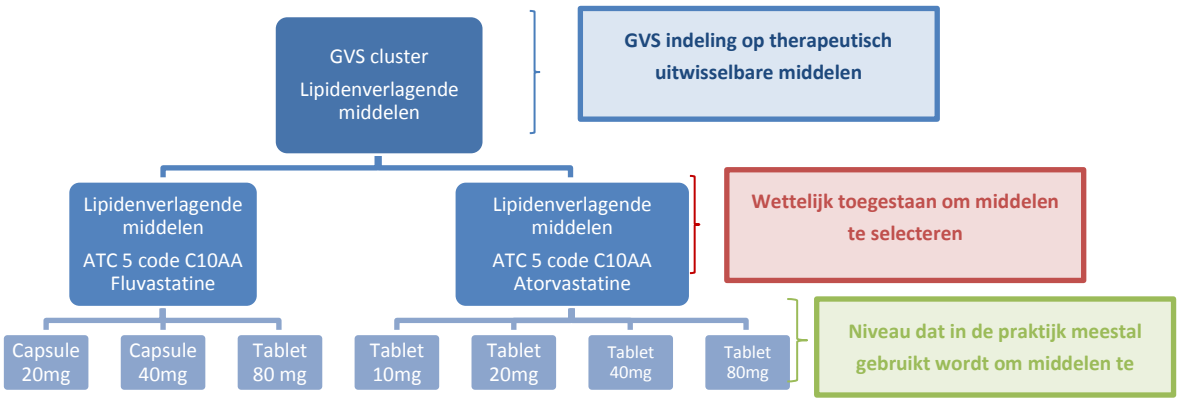
Hoewel het ook mogelijk is om alleen preferentiebeleid toe te passen zien we dat dit in de praktijk niet voorkomt. Drie verzekeraars (DSW, De Friesland en Multizorg) voeren alleen de prijsgarantie en wijzen geen preferente middelen aan. De overige vijf verzekeraars hanteren zowel preferentiebeleid als de prijsgarantie.

8.1.3 Opgelegde beperkingen

Bij het **preferentiebeleid** bepaalt de verzekeraar welk specifiek middel vergoed wordt. Het preferentiebeleid wordt alleen gevoerd indien sprake is van meerdere fabrikanten van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof.
Bij de selectie van middelen en het vaststellen van een maximale vergoeding mogen verzekeraars, wettelijk gezien, uitgaan van middelen die therapeutisch uitwisselbaar zijn en bestaan uit dezelfde werkzame stof. Binnen een cluster van therapeutisch uitwisselbare middelen **en met dezelfde werkzame stof**, zijn verzekeraars verplicht minimaal één middel op te nemen in het basispakket (te vergoeden). Dit wordt ook wel generieke substitutie genoemd. Bij het GVS wordt een indeling gemaakt op basis van therapeutisch uitwisselbare middelen, zogeheten therapeutische substitutie. De verzekeraar krijgt dus een extra beperking opgelegd omdat het niet alleen middelen betreft die voor een gelijkwaardige indicatie worden toegepast (therapeutisch uitwisselbaar), maar het ook middelen betreft met dezelfde werkzame stof.

In de praktijk blijkt dat verzekeraars bij het aanwijzen van preferente middelen en bij het bepalen van een prijsgarantie, veelal nog een stap verder gaan. Zij gebruiken hiervoor de zogeheten PRK clusters waarbinnen middelen identiek zijn op zowel (1) de werkzame stof, (2) de sterkte en (3) de toedieningsvorm (SST). In sommige gevallen hanteren de verzekeraars echter een preferentiebeleid voor middelen met dezelfde werkzame stof, maar een verschillende sterkte of toedieningsvorm. Dit betekent dat bijvoorbeeld alleen een middel in een bepaalde dosering wordt vergoed. Hetzelfde middel in een andere dosering wordt in dat geval niet vergoed. Dit houdt in dat het preferentiebeleid en de prijsgarantie zich veelal beperkt tot middelen die volledig identiek zijn qua sterkte, stof en toedieningsvorm (zie onderstaande figuur ter illustratie). Clusters waarbinnen slechts een fabrikant actief is (bijlage 1B van het GVS) vallen buiten het preferentiebeleid en de prijsgarantie. Alle verzekeraars staan toe dat wanneer het medisch noodzakelijk is dat er een ander middel dan het preferente middel wordt voorgeschreven, ook het niet-preferente middel vergoed kan worden.

Figuur 8.3. Voorbeeld clusters van geneesmiddelen



Op basis van de gepubliceerde documenten op de websites van de betreffende verzekeraars, is een overzicht gemaakt van het gemiddeld aantal clusters waarbinnen preferente middelen worden aangewezen. De verzekeraars die een preferentiebeleid voeren, hebben, in 2012, gemiddeld binnen 210 PRK clusters preferente middelen aangewezen. Dit betreft gemiddeld 87 werkzame stoffen en 956 preferente middelen. Dit laatste laat zien dat de meeste verzekeraars meer dan 1 middel aanwijzen als preferent. Het aantal aangewezen middelen verschilt sterk tussen verzekeraars. Sommige verzekeraars wijzen een of enkele middelen aan terwijl andere verzekeraars alle middelen aanwijzen die binnen een bepaalde bandbreedte vallen. De verzekeraars hanteren daarbij niet noodzakelijkerwijs dezelfde middelen als preferent, waardoor de apotheker per patiënt moet nagaan waar deze verzekerd is, om vast te stellen welk middel het preferente middel is.

Er zit een ontwikkeling in het aantal clusters waarvoor beperkingen worden opgelegd. Zodra de prijzen in een PRK cluster dermate gedaald zijn dat de prijsverschillen tussen middelen onderling te verwaarlozen zijn, kunnen verzekeraars besluiten te stoppen met het preferentiebeleid. We zien dat het aantal PRK clusters waarbinnen preferentiebeleid gevoerd wordt bij sommige verzekeraars in 2012 en 2013 is gedaald. Multizorg geeft bijvoorbeeld aan dat het aantal clusters tussen 2011 en 2012 is verminderd met 600, van 800 clusters in 2011 naar 204 in 2012. Daarnaast geeft ook VGZ aan het aantal clusters met

preferente middelen in 2013 fors te verminderen. Daarbij werken ze met een cyclus van twee jaar waarbinnen een middel preferent is om wisselingen tot een minimum te beperken.[45]

Naast bovenstaande gegevens hebben we tevens gebruik gemaakt van gegevens die ter beschikking zijn gesteld door het CVZ (bron: GIP/College voor zorgverzekeringen). In onderstaande box staat een beschrijving van de ontvangen gegevens.

[45] Merk op dat in figuur 3 een overzicht staat van het aantal clusters op ATC-5 niveau waarbinnen preferentiebeleid gevoerd wordt. Binnen een ATC-5 cluster kunnen meerdere PRK clusters worden onderscheiden. De aangeleverde gegevens zijn echter niet uitgesplitst naar PRK cluster waardoor het niet mogelijk is om de door verzekeraars vermelde daling inzichtelijk te maken.

Box 1: Ontvangen gegevens van het College voor zorgverzekeringen

Het CVZ heeft gegevens beschikbaar gesteld om de impact van het preferentiebeleid tussen 2005 en 2011 in kaart te brengen. De gegevens zijn op geaggregeerd niveau aangeleverd (dus niet uit te splitsen naar individuele verzekeraars) en gaan uit van een clustering op ATC-5 niveau (werkzame stof). Dit houdt in dat de clustering afwijkt van de clustering die verzekeraars gebruiken (PRK clustering) om preferente geneesmiddelen aan te wijzen of een prijsgarantie te bepalen. Binnen een ATC-5 cluster kunnen namelijk meerdere PRK clusters opgenomen zijn. De bevindingen worden dus gepresenteerd op geaggregeerd niveau per werkzame stof (ATC-5).

Het CVZ heeft de volgende gegevens aangeleverd:

- Alle ATC-5 clusters waarbinnen minimaal één verzekeraar een preferent middel heeft aangewezen van 2004 tot en met 2011[1];
- Per ATC-5 cluster zijn, voor de jaren 2004 tot en met 2011 de volgende gegevens aangeleverd:
  - Aantal DDD's per inkoopkanaal (generiek vs specialité/overig)
  - Totale inkoopkosten per inkoopkanaal. Deze zijn gebaseerd op de apotheekinkoopprijzen die gepubliceerd zijn in de taxe[2]
  - Gemiddelde apotheekinkoopprijs per inkoopkanaal
  - Het jaar waarin minimaal 1 verzekeraar is gestart met het aanwijzen van een preferent middel
- Voor alle ATC-5 clusters waarbinnen geen preferente middelen zijn opgenomen zijn het totaal aantal DDD's, de totale inkoopkosten en de gemiddelde apotheekinkoopprijs van 2004 tot en met 2011 weergegeven per inkoopkanaal. Deze gegevens zijn op geaggregeerd niveau aangeleverd en geven dus het totaal van alle clusters weer.
- De gegevens betreffen zowel de in de basisverzekering opgenomen geneesmiddelen als de geneesmiddelen die niet in de basisverzekering zijn opgenomen.

In onderstaande tabel staan de kengetallen van de aangeleverde dataset weergegeven

Preferente-ATC 5 clusters	
Totaal aantal records	4.922
Aantal preferente clusters	216
Totaal aantal DDD's 2004-2011	37 miljard
Totale AIP 2004-2011	€11 miljard
Gemiddelde AIP per DDD 2004-2011	€1.64[3]
Niet-preferente ATC5-clusters[3]	
Totaal aantal records	25
Totaal aantal DDD's 2004-2011	20 miljard
Totale AIP 2004-2011	€19 miljard
Gemiddelde AIP per DDD 2004-2011	€0.9

[1] Indien voor een specifiek cluster alleen prijsgarantiebeleid wordt gevoerd door verzekeraars, zijn deze clusters niet opgenomen in dit bestand..[2] Bij geneesmiddelen die onder het preferentiebeleid onder couvert vallen, wijkt de daadwerkelijke prijs af van de prijs die opgenomen is in de taxe. Omdat de daadwerkelijke prijs niet openbaar beschikbaar is, kan dit niet worden meegenomen. Dit geeft een lichte vertekening in de totale inkoopkosten en de gemiddelde apotheekinkoopprijs per inkoopkanaal.

[3] De gemiddelde AIP prijs per DDD binnen preferente ATC-5 clusters varieert tussen de €0,002 en €100. 172 van de 216 clusters hebben een inkoopprijs die lager ligt dan € 1 per DDD. 210 van de 216 clusters hebben een inkoopprijs die lager ligt dan € 10 per DDD. Slechts 6 ATC -5 clusters hebben een inkoopprijs boven de € 10 per DDD.

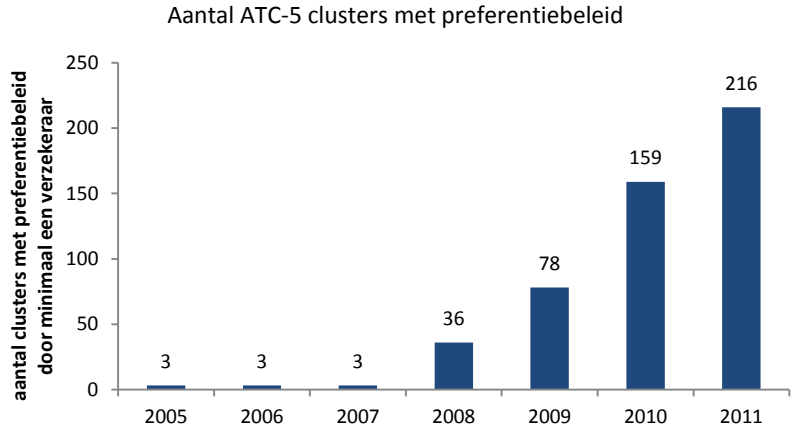
[3] Deze resultaten zijn alleen op geaggregeerd niveau weergegeven waardoor geen onderscheid gemaakt kan worden binnen de verschillende clusters.

Op ATC-5 niveau (werkzame stof) zien we dat tussen 2005 en 2011 het aantal ATC-5 clusters waarop preferentiebeleid is gevoerd fors is toegenomen. Waar in 2005 tot en met 2007 door een aantal verzekeraars het gezamenlijk preferentiebeleid werd gevoerd bij drie middelen (Simvastatine, Pravastatine en Omeprazol), is sinds 2008 het individuele preferentiebeleid ingevoerd. Dit houdt in dat individuele verzekeraars preferente middelen zijn gaan aanwijzen. Dit heeft geleid tot een stijging van het aantal clusters van 3 in 2005 tot en met 2007 naar 36 in 2008.

Deze stijging wordt mede veroorzaakt door het uit patent gaan van meerdere geneesmiddelen. In 2011 zijn er 216 ATC-5 clusters waarbinnen minimaal een verzekeraar een preferentiebeleid voert. (Zie figuur 8.4)

We zien dat het aantal PRK clusters hoger ligt dan het totaal aantal ATC-5 clusters. Dit is te verklaren omdat een ATC-5 cluster kan bestaan uit meerdere PRK clusters. Verzekeraars geven zelf wel aan het aantal PRK clusters waarbinnen preferentiebeleid gevoerd wordt te verlagen. In termen van het aantal ATC-5 clusters zien we dit nog niet terug. Het aantal ATC-5 clusters is tussen 2010 en 2011 met 26% gestegen.

Figuur 8.4. Aantal ATC-5 clusters waarbinnen minimaal één verzekeraar preferentiebeleid voert



Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen

8.1.4 Vergoeding

De verschillende vormen van beleid, leiden tot andere keuzes in de vergoeding die de verzekeraar voor de middelen geeft. Bij het preferentiebeleid vergoedt de verzekeraar alleen het geneesmiddel dat aangewezen is als preferent middel. Dit komt zowel tot uitdrukking in de contractvoorwaarden die de verzekeraar met apothekers afsluit, als in de polisvoorwaarden van verzekerden. Alle andere geneesmiddelen binnen hetzelfde PRK cluster worden niet vergoed. De verzekeraar vergoedt alleen andere geneesmiddelen binnen het PRK cluster als hier een medische noodzaak voor is die aangegeven staat op het recept van de verzekerde[46]. Bij het preferentiebeleid wijzen verzekeraars in het algemeen middelen aan die de laagste prijs voor het middel opgenomen

[46] Verzekeraars maken vaak afspraken over het percentage voorschriften dat af mag wijken van het preferente middel. Vaak gaan verzekeraars er vanuit dan in ongeveer 80% tot 90% van de voorschriften het preferente middel kan worden voorgeschreven. Als er vaker een ander middel wordt voorgeschreven vanuit medische noodzaak wordt hierover vaak contact opgenomen met de apotheker.

hebben in de taxe lijst. Ook andere voorwaarden zoals bijvoorbeeld beschikbaarheid of levering spelen een rol bij het aanwijzen van preferente middelen.

Een uitzondering hierop vormt het preferentiebeleid onder couvert. Hierbij onderhandelen de fabrikanten rechtstreeks met de zorgverzekeraars. Omdat naar aanleiding van het preferentiebeleid het Ministerie van VWS het geneesmiddelenbudget van verzekeraars bij heeft gesteld, heeft VGZ in 2009 het preferentiebeleid onder couvert geïntroduceerd.[47]. Waar bij het preferentiebeleid de apotheek inkoopprijzen aangepast worden (de prijzen in de taxe lijst), blijven deze bij het preferentiebeleid onder couvert onveranderd. De fabrikant biedt een onderhandse korting direct aan de verzekeraar aan. De publiek afgegeven prijzen in de taxe blijven daarbij onveranderd. Dit houdt in dat de apotheker de taxe prijs bij de verzekeraar in rekening brengt, en dat de verzekeraar hierop een korting krijgt van de fabrikant. De verzekeraar berekent deze korting door naar de verzekerde door de lagere prijs (AIP – korting) in rekening te brengen voor het eigen risico van de verzekerde. Momenteel voeren Achmea en VGZ het preferentiebeleid uit onder couvert. Doordat de taxe prijzen niet worden aangepast, wordt deze taxe prijs normaal gesproken in rekening gebracht bij de verzekerde. Dit is echter niet een reële prijs omdat de verzekeraar hierop een forse korting ontvangt. Zowel Achmea als VGZ geven aan hier in hun declaraties rekening mee te houden. VGZ heeft besloten om geneesmiddelen die onder het preferentie beleid onder couvert vallen, niet in rekening te brengen voor het eigen risico van de verzekerde. Achmea geeft aan de verkregen korting door te rekening in de prijs die ten laste komt van het eigen risico van de verzekerde.

Bij de prijsgarantie geldt meestal een vergoeding die gelijk is aan de prijs van het goedkoopste middel binnen een cluster. Vaak wordt een bandbreedte van 5% gehanteerd waardoor de prijs die vergoed is maximaal 105% van het laagst geprijsde middel is. Soms wordt ook een gemiddelde prijs gehanteerd of worden alle generieke middelen binnen een PRK cluster vergoed, zolang de prijs niet aanmerkelijk hoger is dan de prijzen van de ander generieke middelen in het cluster. Daarnaast hanteert DSW ook het nieuwe generiekenmodel, waarbij zodra het patent van een middel verloopt, direct de gemiddelde vergoeding voor dit middel wordt aangepast. DSW hanteert dit model om zo snel mogelijk na het verlopen van het patent generieke substitutie te bevorderen (zie tabel 8.1 voor een overzicht van de vergoedingslimiet per verzekeraar).
De hoogte van de vergoeding is gebaseerd op de prijzen die de fabrikanten opnemen in de taxe lijst. Dit is de officiële prijslijst van geneesmiddelen waar alle fabrikanten die hun middelen aanbieden op de Nederlandse markt hun prijs opnemen. Bij de laagste prijsgarantie gaat het dan om de prijs van het middel dat de laagste prijs heeft opgenomen binnen de taxe-lijst. Dit betreft de zogeheten apotheek inkoopprijs.[48]

[47] Sfk (2010) Data en Feiten 2010, Stichting Farmaceutische Kengetallen.
[48] De overheid stelt ook een maximale vergoeding vast (GVS) die de verzekeraar moet vergoeden aan de verzekerde. Indien de AIP hoger is dan het GVS, dient de verzekerde het verschil zelf bij te betalen.

Tabel 8.1. Hoogte van de vergoeding per verzekeraar bij prijsgarantie

	Vergoeding
Achmea	Gemiddelde prijs voor geneesmiddelen binnen het IDEA assortiment (IDEA/pakjesmodel).
Menzis	100% van de laagste prijs binnen een cluster. Per kwartaal vindt een afrekening achteraf plaats waarbij Menzis controleert of de apotheker de laagste prijs heeft gedeclareerd. Hierbij wordt een ondergrens van € 200 gehanteerd. Afwijkingen meer dan € 200 worden verrekend, afwijkingen onder de € 200 worden niet verrekend.
VGZ	100% van de laagste prijs binnen een cluster. De mate waarin de apotheker de laagste prijs declareert wordt uitgedrukt in de substitutiegraad. Deze is gedefinieerd als het volume binnen het cluster vermenigvuldigd met de laagste en de hoogste prijs in het cluster. De gedeclareerde prijs ligt hiertussen en geeft de mate van substitutie weer. De substitutiegraad dient minimaal 90% te zijn. Indien de substitutiegraad in een periode van drie maanden met meer dan 5% daalt, treedt de zorgverzekeraar met de apotheker in overleg.
CZ	105% van de laagste prijs binnen een cluster
DSW	105% van de laagste prijs binnen een cluster. Bij nieuwe generieken eerste drie maanden 90% van nieuwe generiek + 10% van specialité.
Z&Z	Alle generieken vergoed tenzij de prijs aanmerkelijk hoger is dan de andere generieke middelen
De Friesland	103% van de laagste prijs binnen een cluster.[49]
Multizorg	105% van de laagste prijs binnen een cluster.

[49] In de polisvoorwaarden staat aangegeven dat de verzekerde recht heeft op een vergoeding gelijk aan de prijs van het goedkoopste adequate middel. Na consultatie blijkt dat De Friesland een vergoeding van maximaal 103% biedt van de laagste prijs binnen een cluster.

8.2 Impact preferentiebeleid

In dit hoofdstuk gaan we in op de kostenontwikkeling van geneesmiddelen in de periode 2004-2011. Deze analyse maken we op basis van de gegevens die zijn aangeleverd door GIP/ College voor Zorgverzekeringen (zie box 1). Om de kosten in kaart te brengen starten we met een overzicht voor alle geneesmiddelen (zowel in volume als in prijs als in totale kosten).
Het gevoerde preferentiebeleid door verzekeraars heeft grote impact gehad in de ontwikkeling van de kosten. Dit effect isoleren we vanuit de bestaande gegevens door een uitsplitsing te maken naar het effect van de volumeontwikkeling en het effect van de prijsontwikkeling. Daarbij maken we onderscheid tussen zogenaamde preferente clusters en niet-preferente clusters. De preferente clusters betreffen clusters van geneesmiddelen waar in de periode 2004-2011 minimaal 1 verzekeraar in 1 jaar een preferent middel heeft aangewezen. Voor de niet-preferente clusters geldt dat geen van de verzekeraars in de periode 2004-2011 een preferent middel heeft aangewezen. Binnen beide clusters maken we onderscheid tussen specialités en generieke middelen. Specialités zijn middelen waarvoor een patent geldt of heeft gegolden.[50] Na afloop van het patent komen generieke middelen op de markt. Het marktaandeel van specialités neemt in het algemeen snel af ten gunste van generieke middelen. Wel zien we vaak dat een gedeelte van de markt nog steeds het specialité geneesmiddel blijft slikken. We hanteren dit onderscheid dus ook nadat een middel uit patent is gevallen om aan te duiden welk marktaandeel bij het 'oude' specialité blijft en welk marktaandeel verschuift van het specialité naar de generieke middelen.

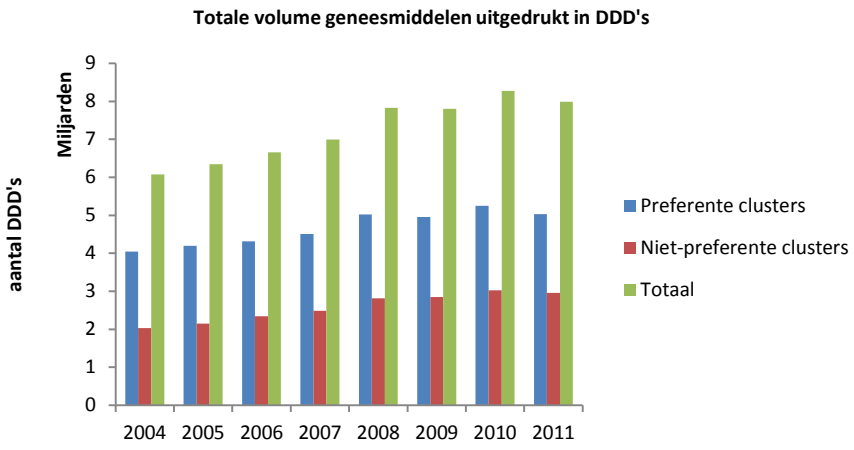
8.2.1 Kostenontwikkeling geneesmiddelen

De geneesmiddelen delen we in naar clusters van geneesmiddelen:
Preferente clusters
Niet-preferente clusters

In de preferente clusters van geneesmiddelen zitten alle ATC-5 clusters van geneesmiddelen waarvoor minimaal 1 verzekeraar in de periode 2004-2011 een preferent middel heeft aangewezen. De niet-preferente clusters bevatten alle ATC-5 clusters waarvoor geen van de verzekeraars in de periode 2004-2011 preferentiebeleid heeft gevoerd.
Voor deze twee clusters tonen we de volume-ontwikkeling, de prijsontwikkeling en de kostenontwikkeling.
Het volume wordt uitgedrukt in DDD's. DDD is de 'Defined Daily Dose' zoals vastgesteld door de World Health Organization (WHO). Het totale volume van geneesmiddelen stijgt tussen 2004 en 2011 van 6,1 miljard DDD's in 2004 tot 7,9 miljard DDD's in 2011 (figuur 8.5). Voor zowel de preferente clusters (waar minimaal 1 verzekeraar in de periode 2004-2011 een middel als preferent heeft aangewezen) als de niet-preferente clusters (waar geen van de verzekeraars in de periode 2004-2011 een middel als preferent heeft aangewezen) is het aantal DDD's met ongeveer 1 miljard DDD's gestegen.

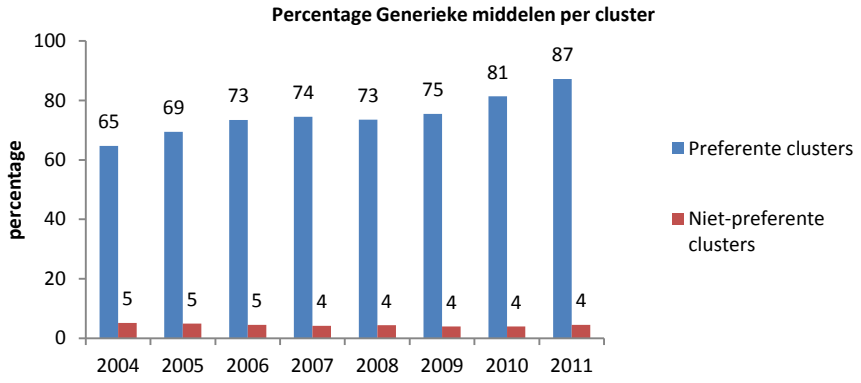
[50] Binnen de specialités zijn ook geneesmiddelen die via parallel import ingevoerd zijn opgenomen. Er wordt verder geen onderscheid gemaakt tussen specialités en parallel import.

Figuur 8.5. Totaal volume geneesmiddelen uitgedrukt in DDD's



Binnen zowel de preferente clusters als de niet-preferente clusters worden zowel specialité geneesmiddelen als generieke middelen aangeboden. Binnen het niet-preferente cluster is het aandeel generieke middelen klein (gemiddeld 5%). Binnen de preferente clusters is het aandeel van generieke middelen van 65% in 2004 gestegen naar 87% in 2011. Bovendien geldt dat het aandeel generieke middelen binnen de preferente clusters stijgt (zie figuur 8.6)

Figuur 8.6. Percentage generieke middelen per cluster

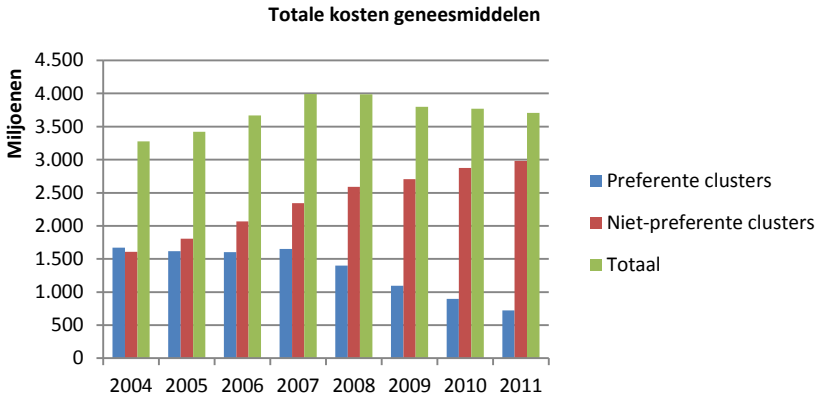


Het valt op dat de totale kosten binnen de clusters met preferente middelen vanaf 2008 fors zijn gedaald (-48%) terwijl de kosten binnen niet-preferente clusters met 15% zijn gestegen tussen 2008 en 2011 (figuur 8.7). Dit komt ook naar voren als we naar de prijsontwikkeling per cluster kijken. Geneesmiddelen die binnen een preferent cluster vallen zijn met gemiddeld 65% gedaald tussen 2004 en 2011 terwijl geneesmiddelen die buiten een preferent cluster vallen met gemiddeld 27% zijn gestegen (figuur 8.8).[51] Als we de prijsontwikkeling van generieke middelen en specialités binnen de twee clusters met elkaar vergelijken zien we opmerkelijke verschillen. Waar de prijzen van generieke middelen binnen preferente clusters gedaald zijn na de invoering van het individuele preferentiebeleid in 2008, zien we vanaf dat moment prijsstijgingen bij generieke middelen binnen niet-preferente clusters. Ook bij specialités zien we een neerwaartse druk op

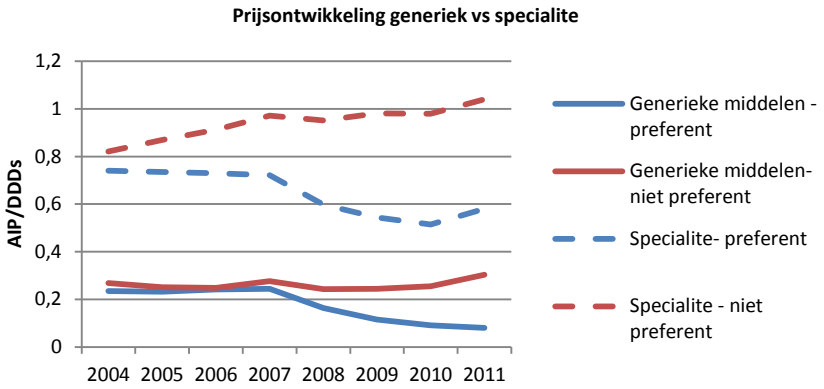
[51] Deze gegevens komen overeen met de gepresenteerde gegevens in de GIPeilingen 2011. Hier wordt vermeld dat de prijzen van generieke middelen gedaald zijn van ongeveer 26 cent in 2004 naar 9 cent in 2011 (GIPeilingen 2011, pg 26).

de geneesmiddelenprijzen vanaf 2008 in preferente clusters en een opwaartse druk binnen niet-preferente clusters.

Figuur 8.7. Totale kosten geneesmiddelen



Figuur 8.8. Prijsontwikkeling geneesmiddelen AIP/DDD's generiek versus specialités per cluster



Verder zien we dat binnen het cluster met preferente middelen de gemiddelde AIP per DDD sterk verschilt tussen de clusters. 80% van de clusters de gemiddelde AIP per DDD tussen 2004 en 2011 lager is dan € 1. Slechts bij 3% van de clusters is de gemiddelde AIP per DDD hoger dan € 10.

8.2.2 Impact preferentiebeleid

In de bovenstaande paragraaf hebben we gezien dat de prijs- en volumeontwikkeling binnen clusters met preferente middelen afwijkt van de ontwikkeling binnen clusters zonder preferente middelen. Bij preferente clusters zien we een sterke prijsdaling. We zien tevens dat het volume van generieke middelen toeneemt. Bij de niet-preferente clusters stijgen de prijzen en blijft het aandeel generieke middelen gelijk. Om de impact van het preferentiebeleid inzichtelijk te maken, gaan we in deze paragraaf een stap verder. We verdelen de totale omzetontwikkeling onder in vier sub effecten, te weten:
Prijs-effect generieke middelen;
Substitutie-effect;
Prijs-effect specialités en
Volume-effect.

Het directe effect van het preferentiebeleid is een daling in de prijs van de generieke middelen. Om aangewezen te worden als preferent middel dient de fabrikant de prijs van zijn middel te verlagen. Dit is het prijs-effect van generieke middelen.

Een secundair effect is de verschuiving van specialités naar het preferente (generieke) middel. Door het aanwijzen van een preferent middel zijn apothekers immers verplicht om dit middel af te leveren of krijgen ze voor andere duurdere middelen geen vergoeding. Hierdoor neemt het aandeel generieke middelen toe en het aandeel single-source middelen af. Dit heeft een positief effect op de totale kosten binnen een cluster. Dit is het zogeheten substitutie-effect.

Een tertiair effect is een prijsdaling van specialités. Dit is een zogenoemd spill-over effect. Omdat de generieke middelen binnen een cluster in prijs dalen, ontstaat er ook een neerwaartse druk op de prijzen van specialités. Dit betreft het prijs-effect specialités.
Het volume-effect betreft het effect dat veroorzaakt wordt doordat de consumptie van medicijnen stijgt. Dit effect vloeit niet voort uit het gevoerde preferentiebeleid. Het effect is echter wel relevant als onderdeel van de verklaring van de omzetontwikkeling.

Belangrijk om op te merken is dat het secundaire en tertiaire effect niet volledig toe te wijzen zijn aan het preferentiebeleid. Het substitutie-effect wordt tevens veroorzaakt door het uit patent gaan van single-source geneesmiddelen (vanaf 2000 zijn ruim 140 middelen uit patent gegaan), het op stofnaam voorschrijven door artsen en het doelmatiger voorschrijven door artsen en medisch specialisten (waarom een duur middel voorschrijven als er ook een goedkoper middel voor handen is).[52] Vaak start het preferentiebeleid pas enkele maanden nadat een specialité uit patent gaat. Huisartsen schrijven dan wel al op stofnaam voor waardoor er al een verschuiving van specialités naar generieke middelen plaatsvindt voordat het preferentiebeleid daadwerkelijk is ingezet.

Dit geldt ook voor het prijs-effect van specialités. De prijzen van specialités dalen grotendeels onder invloed van de WGP. De geneesmiddelenprijzen dalen onder invloed van de opkomst van generieke middelen op de markt wat zijn weerslag heeft op de WGP. Hierdoor worden producenten gedwongen om hun prijzen te verlagen omdat ze anders hun product niet meer op de Nederlandse markt mogen aanbieden. In de GIPeilingen wordt aangegeven dat een groot gedeelte van de besparingen veroorzaakt is door de neerwaartse druk vanuit de WGP (2/3 van de totale besparingen). De besparingen als gevolg van prijsverlagingen van specialités is verder beperkt. 80% van de behaalde besparingen wordt veroorzaakt door prijsverlagingen van generieke middelen.[53]

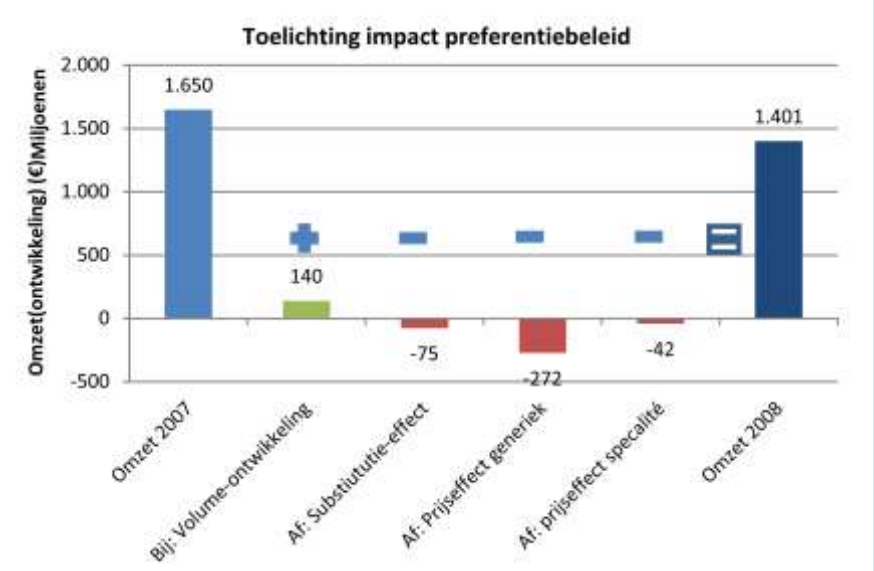
De prijsverlaging van generieke middelen vindt wel pas plaats zodra minimaal één verzekeraar preferentiebeleid toepast. Dit houdt in dat het substitutie-effect en het prijs-effect van specialités slechts voor een gedeelte toe te wijzen is aan het preferentiebeleid.

In bijlage 1 staat een beschrijving van de gehanteerde methodiek om de omzetontwikkeling uit te splitsen naar de vier effecten. Box 2 geeft een voorbeelduitwerking van de vier verschillende effecten.

[52] GIPeilingen 2011/ College voor Zorgverzekeringen, pg 26.
[53] GIPeilingen 2011/ College voor Zorgverzekeringen, pg 29, tabel 4.2.

Box 2: Uitsplitsing van de ontwikkeling van de omzet

In deze box staat een voorbeeld uitgewerkt, waarin de uitsplitsing naar de verschillende effecten is gemaakt. Hierbij is gekeken naar de ontwikkeling van de omzet in het cluster van preferente geneesmiddelen.
We zien dat de totale kosten tussen 2007 en 2008 dalen van €1.650 miljoen naar €1.401 miljoen. Dit is een daling van €249 miljoen . De daling wordt veroorzaakt door het substitutie-effect (€75 miljoen), het prijseffect van generieke middelen (€272 miljoen) en het prijseffect van specialités (€42 miljoen) Het effect wordt deels gedempt door een stijging in het aantal geleverde DDD's (€140 miljoen). We zien dat het prijs-effect de grootste impact heeft gehad tussen 2007 en 2008.



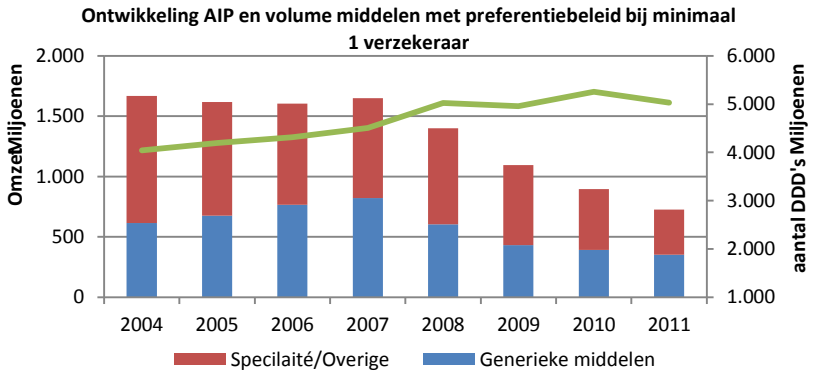
8.3 Omzet en volume ontwikkeling

Als we kijken naar de ontwikkeling binnen alle preferente clusters zien we dat het totaal volume toeneemt (figuur 8.9, groene lijn). De totale kosten dalen echter fors. Sinds 2008 zijn de totale kosten binnen de preferente clusters met 48% (€ 675 miljoen) gedaald.[54]

Bij de niet-preferente clusters stijgen de totale kosten tussen 2008 en 2011 met 15% (€394 miljoen) (zie figuur 8.10). Met betrekking tot het volume, uitgedrukt in aantal DDD's, zien we dat met name tussen 2004 en 2008 het volume ieder jaar toeneemt. Het totaal volume is tussen 2004 en 2011 met 24% gestegen van 4 miljard naar 5 miljard DDD's. Tussen 2008 en 2011 zien we een stijging van 0.17% (9 miljoen DDD's). De daling van 2010 naar 2011 wordt veroorzaakt door een sterke daling in het aantal DDD's voor anticonceptiva. Deze is in 2011 uit het basispakket gehaald waardoor de kosten voor deze medicatie niet meer vergoed wordt door de verzekeraar. De daling van 2008 naar 2009 wordt met name veroorzaakt door het aantal DDD's voor slaapmiddelen. Deze zijn in 2009 uit het basispakket gehaald en werden sindsdien niet meer vergoed door de verzekeraar.

[54] Omdat voor de preferente middelen die onder het couvert beleid vallen, gerekend is met de officiële taxe prijs en niet de verlaagde prijs die verzekeraars betalen, zullen de totale kosten mogelijk nog sterker gedaald zijn. Dit effect is echter niet te bepalen omdat de prijzen die verzekeraars onder couvert betalen niet openbaar zijn.

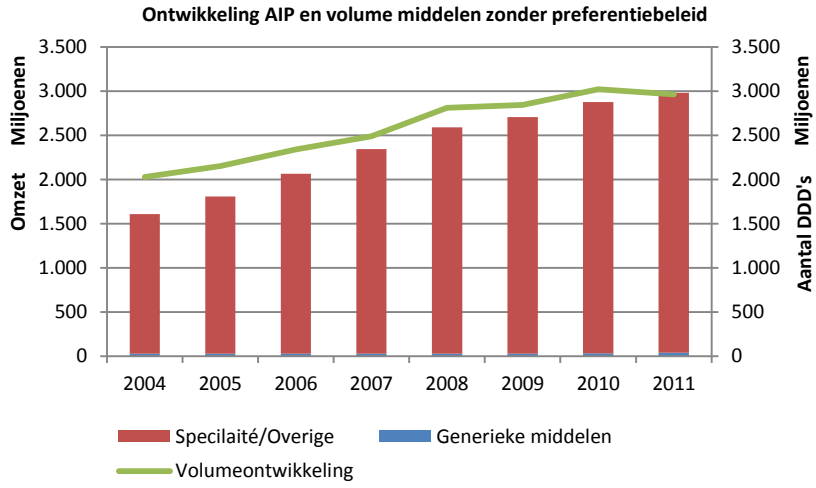
Figuur 8.9. Ontwikkeling AIP en volume binnen preferente clusters



Bij de niet-preferente clusters hebben we alleen de beschikking over gegevens op geaggregeerd niveau. Er kan daardoor geen inzicht gegeven worden in de stijging of daling in het volume van specifieke ATC-5 clusters. Bij de niet-preferente clusters zien we in tegenstelling tot de preferente clusters geen omzetdaling. De omzet stijgt van €1,500 miljoen naar €3,000 miljoen tussen 2004 en 2011. Het volume stijgt daarnaast tussen 2004 van ongeveer 2 miljard DDD's naar 3 miljard DDD's in 2011. Bij de niet-preferente clusters zien we minder duidelijke toe- en afnames binnen specifieke jaren dan bij de preferente clusters.

De totale kosten (preferente + niet-preferente clusters) dalen tussen 2008 en 2011 met €281 miljoen. Tegelijkertijd is het totale volume in DDD's gestegen met ongeveer 9 miljoen DDD's.[55]

Figuur 8.10. Ontwikkeling AIP en volume binnen niet-preferente clusters



[55] De gegevens komen overeen met de gepubliceerde cijfers in de GIPeilingen 2011. In de GIPeilingen staat aangegeven dat het totaal aantal DDD's in 2011 7,5 miljard bedroeg. In onze berekeningen komen we uit op 7,9 miljard. Dit verschil wordt veroorzaakt doordat in de GIPeilingen alleen gesproken wordt over zorg die onder het basispakket valt terwijl onze cijfers zowel verzekerde als onverzekerde zorg bevatten. Ook de verschillen om totale omzet worden hierdoor verklaard (€3,5 miljard in de GIPeilingen versus €3,7 miljard op basis van onze cijfers). (bron onze cijfers: GIP/College voor zorgverzekeringen).

8.3.1 Impact preferentiebeleid

De impact van het preferentiebeleid drukken we uit in vier afzonderlijke effecten (zie box 2 voor een toelichting). Door het preferentiebeleid zien we zowel een substitutie-effect (verschuiving van specialités naar generieke middelen) als een prijseffect (daling in de prijs van zowel generieke middelen als specialités). Het totale effect wordt dus opgebouwd uit dit substitutie-effect en prijseffect en wordt tevens beïnvloed door de algehele volumeontwikkeling op de geneesmiddelenmarkt (toename in het aantal DDD's).

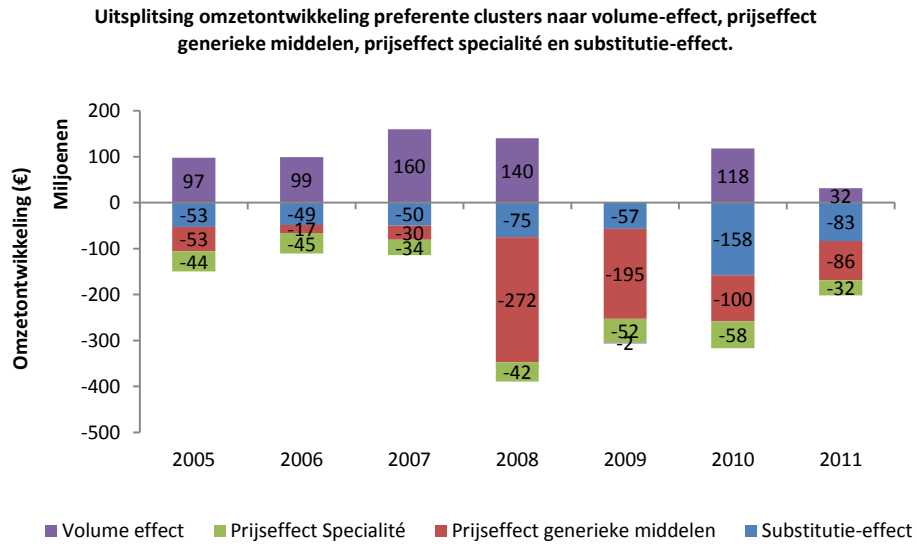
Om het totale effect in kaart te brengen, kijken we naar de omzetontwikkeling tussen 2004 (start gezamenlijke preferentiebeleid) en 2011. De resultaten laten zien dat met name vanaf 2008 het preferentiebeleid een grote impact heeft gehad op de omzetontwikkeling. Het preferentiebeleid heeft toen een besparing van maximaal €389 miljoen opgeleverd (figuur 8.11). Dit werd grotendeels (70%) verklaard door het prijseffect van generieke middelen. 30% werd verklaard door het substitutie-effect en het prijs-effect van specialités. Omdat deze effecten ook worden beïnvloed door andere factoren dan het preferentiebeleid, zoals het uit patent gaan van geneesmiddelen en het verlagen van de WGP, zijn deze besparingen niet volledig toe te rekenen aan het preferentiebeleid. Dit houdt in dat de minimale besparingen van het preferentiebeleid in 2008 €272 miljoen zijn geweest (het prijs-effect van generieke middelen) en maximaal €389 miljoen (prijs-effect generiek + prijs-effect specialité + substitutie-effect).

In de daaropvolgende jaren zien we een lichte daling in het totale effect. Daarnaast zien we dat het substitutie-effect relatief gezien groter wordt, er wordt meer verschoven van specialités naar generieke middelen. Het volume-effect is in alle jaren (behalve 2009) positief. Het volume is dan ook gestegen tussen 2004 en 2011. In 2009 is sprake van een negatief volume-effect dat wordt veroorzaakt door een afname van het volume.[56] Sinds de invoering van het preferentiebeleid is, binnen de preferente clusters, €1,5 miljard bespaard als gevolg van het preferentiebeleid, het uit patent gaan van geneesmiddelen en de aanpassingen in de WGP. Een deel van deze besparing wordt teniet gedaan door het stijgende volume in geleverde DDD's. De totale besparing in kosten is €0,9 miljard. Hiervan is minimaal €0,75 miljard (alleen het prijs-effect over de jaren 2004-2011) en maximaal €0,9 miljard toe te wijzen aan het preferentiebeleid.

Belangrijk is hierbij op te merken dat in elk jaar gegevens zijn opgenomen van alle clusters die binnen een van de jaren (2004 -2011) preferente middelen bevatten. Het preferentiebeleid van verzekeraars start echter niet altijd meteen op het moment dat een geneesmiddel uit patent gaat. Omdat op stofnaam wordt voorgeschreven vindt zodra er generieke middelen op de markt komen wel direct een substitutie-effect plaats van specialités naar generieke middelen. Daarnaast worden tevens de WGP prijzen aangepast waardoor er ook een neerwaartse druk plaatsvindt op de geneesmiddelenprijzen. Een deel van de effecten kan dus ook verklaard worden door het uit patent gaan van middelen waardoor de prijzen van generieke middelen dalen.

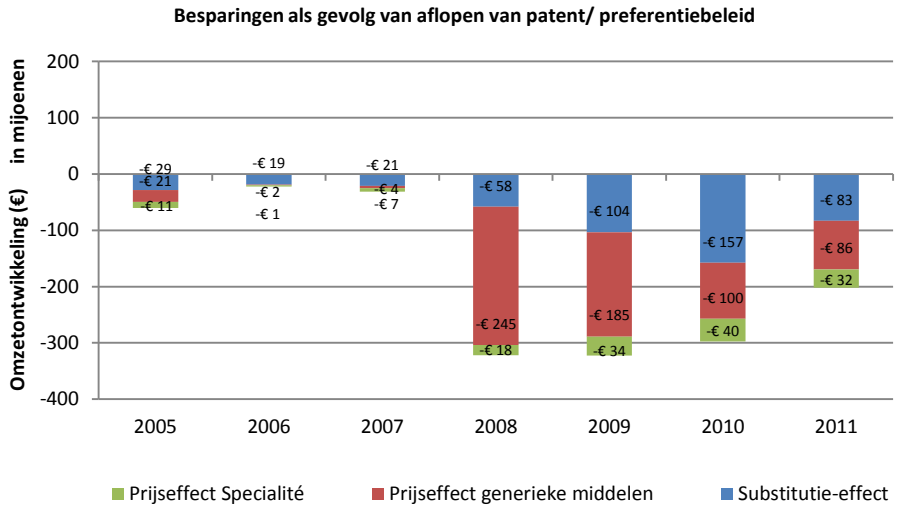
[56] In 2011 is er ook sprake van een afname van het volume, maar is het volume-effect wel positief. De afname van het volume wordt in dat jaar gecompenseerd door een verschuiving naar middelen met een hogere specialité prijs.

Figuur 8.11. Uitsplitsing omzetontwikkeling preferente clusters naar volume-effect, prijseffect generieke middelen, prijseffect specialité en substitutie-effect.



Door alleen de effecten mee te nemen van middelen waarvan de betreffende ATC-5 code is opgenomen in het preferentiebeleid van minimaal 1 verzekeraar, geven we een zuiverder beeld van de totale effecten van het preferentiebeleid. Uit de betreffende analyse blijkt dat een besparing van €0,3 miljard reeds behaald wordt voordat de het preferentiebeleid wordt ingevoerd. Door alleen de effecten mee te nemen vanaf de start van het preferentiebeleid voor het betreffende geneesmiddel daalt het totale effect van €1,5 miljard naar €1,2 miljard. Hiervan wordt de helft veroorzaakt door het prijs-effect van generieke middelen. Dit houdt in dat minimaal €0,6 miljard toe te wijzen is aan het preferentiebeleid. Het substitutie-effect neemt toe omdat nu alleen de verschuiving naar generieke middelen als gevolg van het preferentiebeleid wordt meegenomen. Bij de bovenstaande grafiek zijn ook verschuivingen meegenomen in niet-preferente clusters die omgekeerd kunnen zijn (dus van generiek naar specialité). Pas wanneer een middel opgenomen wordt in een preferent cluster zien we een verschuiving naar generieke middelen.

Figuur 8.12. Besparingen als gevolg van invoering preferentiebeleid



De gepresenteerde impact van het preferentiebeleid wijkt af van de cijfers die gepresenteerd zijn in de GIPeilingen 2011. In de GIPeilingen wordt als uitgangspunt gehanteerd dat de prijsdaling bij generieke middelen waarvoor minimaal 1 verzekeraar een preferent middel heeft aangewezen kan worden toegeschreven aan het preferentiebeleid. In de GIPeilingen wordt het effect hiervan – gewaardeerd tegen het volume in 2011 - op €530 miljoen geschat[57]. Dit effect is vergelijkbaar met het prijseffect voor generieke middelen voor de jaren 2009, 2010 en 2011. Het prijseffect bij specialité geneesmiddelen en het substitutie-effect zijn niet opgenomen in de GIPeilingen. De reden hiervoor is dat het substitutie-effect en het prijs-effect bij specialité geneesmiddelen ook veroorzaakt worden door andere factoren dan alleen het preferentiebeleid.

[57] Dit bedrag is inclusief 6% BTW. In de cijfers in dit rapport is geen opslag voor BTW meegenomen.

8.3.2 Impact preferentiebeleid per ATC cluster

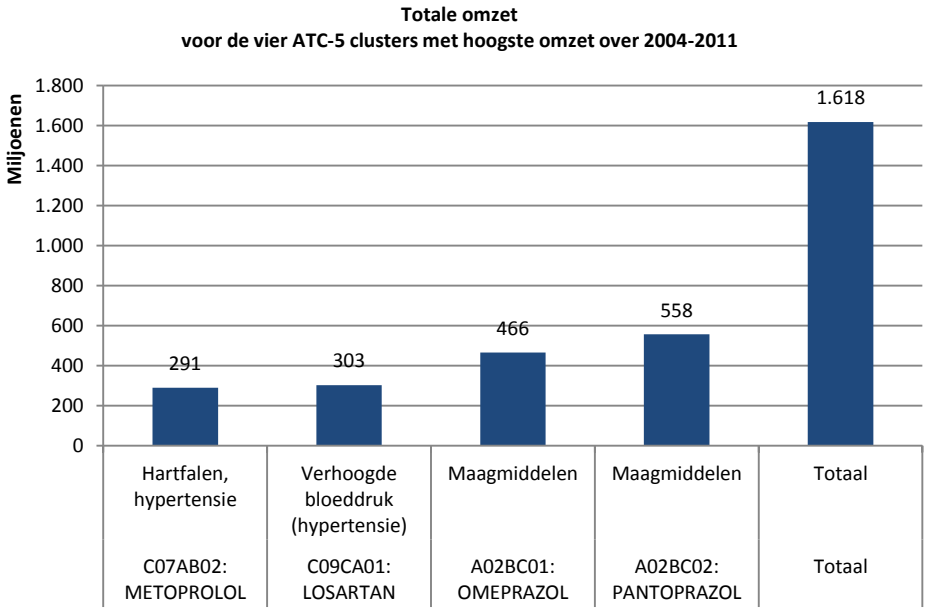
Naast de impact van alle geneesmiddelen gezamenlijk presenteren we ook de resultaten voor de vier grootste ATC-5 clusters. Deze resultaten geven inzicht in de werking van het preferentiebeleid op het niveau van de geneesmiddelen.

In totaal zijn er in 2011 216 ATC-5 clusters waarbinnen minimaal één verzekeraar actief preferentiebeleid voert. We hebben de vier grootste clusters geselecteerd in termen van totale omzet over 2004 tot en met 2011 om het effect per cluster inzichtelijk te maken.[58] Dit betreft de clusters:

Metoprolol – hartfalen, hypertensie
Losartan – verhoogde bloeddruk
Omeprazol – maagmiddelen
Pantoprazol - maagmiddelen

De totale kosten voor deze vier middelen bedroegen €1,6 miljard over 2004 tot en met 2011.

Figuur 8.13. Totale omzet voor de vier ATC-5 clusters

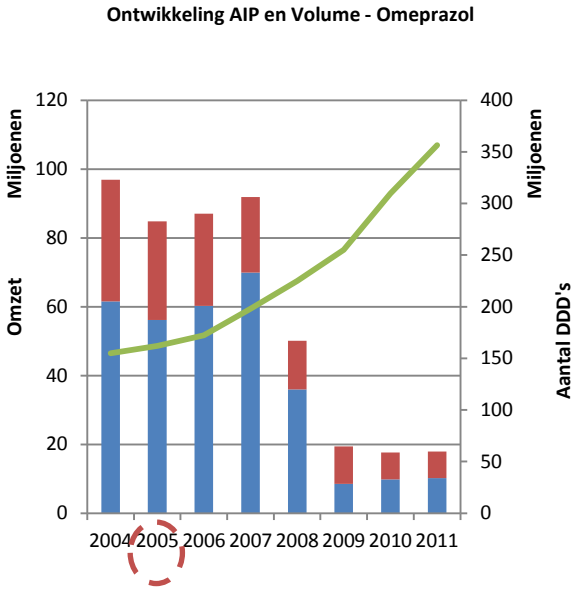


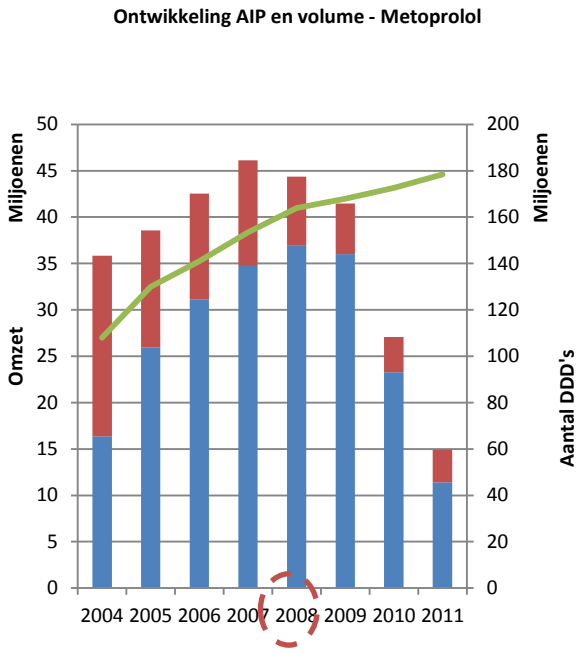
De vier middelen zijn ieder in een ander jaar opgenomen in het preferentiebeleid van één of meerdere verzekeraars. Omeprazol maakte deel uit van de middelen die in 2005 tot het gezamenlijke preferentiebeleid behoorden. Daarna werden achtereenvolgens Metoprolol (2008), Pantoprazol (2009), en Losartan (2010) opgenomen in het preferentiebeleid van één of meerdere verzekeraars. De volgende vier grafieken laten voor elk van deze middelen de kosten en volumeontwikkeling zien vanaf 2004 tot en met 2011. Hier zien we duidelijk een daling in kosten vanaf het moment dat het middel opgenomen is in het preferentiebeleid van één of meer verzekeraars.

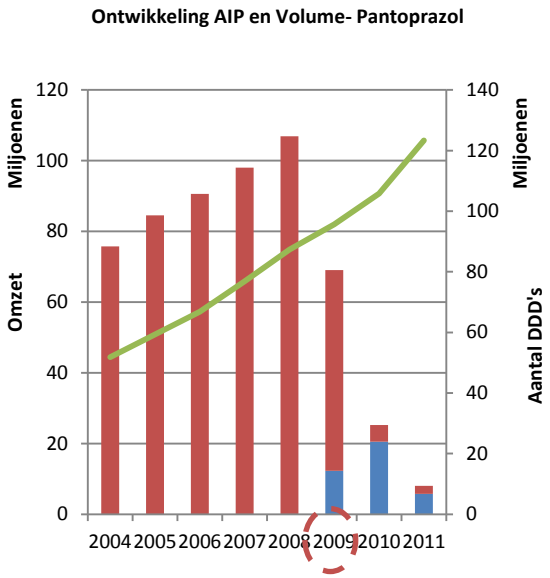
[58] Esomeprazol is het middel met de derde hoogste totaalkosten over 2004 tot en met 2011. We hebben dit middel echter niet geselecteerd omdat het middel pas vanaf 2011 in het preferentiebeleid is opgenomen. Om de effecten van het preferentiebeleid in kaart te brengen is dit middel dus minder relevant.

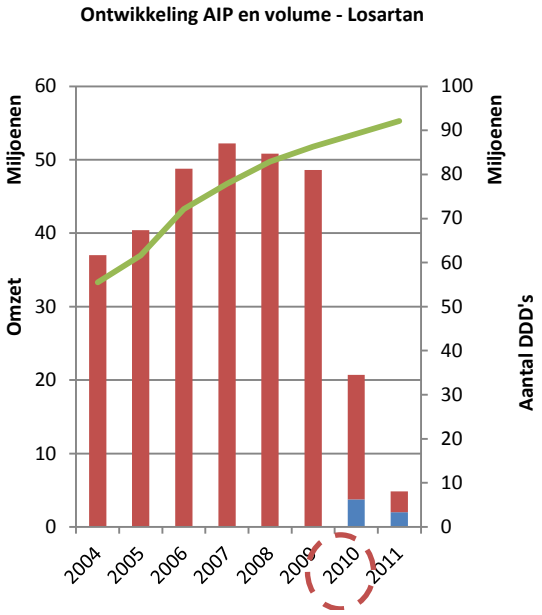
Figuur 8.14. Ontwikkeling AIP en volume voor de vier ATC-5 groepen

Legenda figuren:		
Groene lijn	–	volumeontwikkeling in aantal DDD's
Rode balk	–	AIP specialités
Blauwe balk	–	AIP Generiek
Start preferentiebeleid	–	omcirkelde jaar geeft het startjaar van het preferentiebeleid aan.







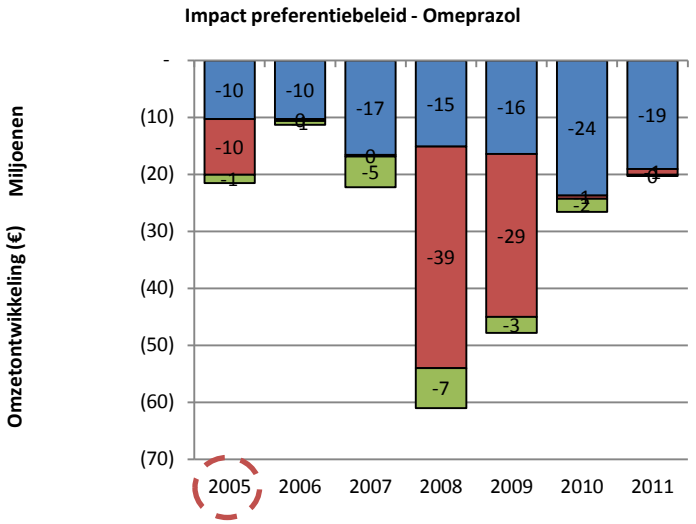


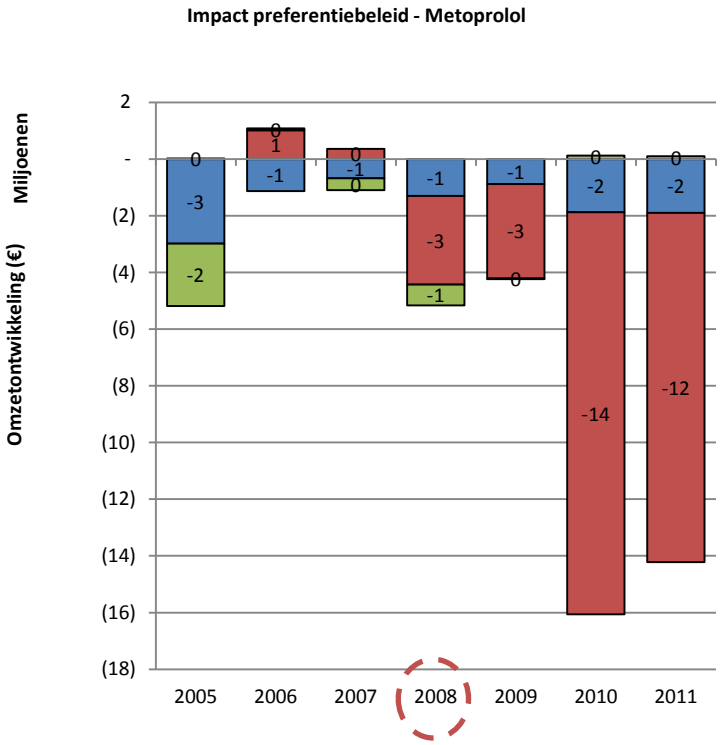
Uit de grafieken blijkt dat in het jaar waarin het preferentiebeleid voor het betreffende geneesmiddel gestart wordt een duidelijke omzetdaling plaatsvind. Daarbij valt op dat daarnaast voor Omeprazol sprake is van een tweede omzetdaling vanaf 2008. Dit wordt veroorzaakt doordat vanaf 2008 de fabrikanten van dit middel op prijs gingen concurreren.

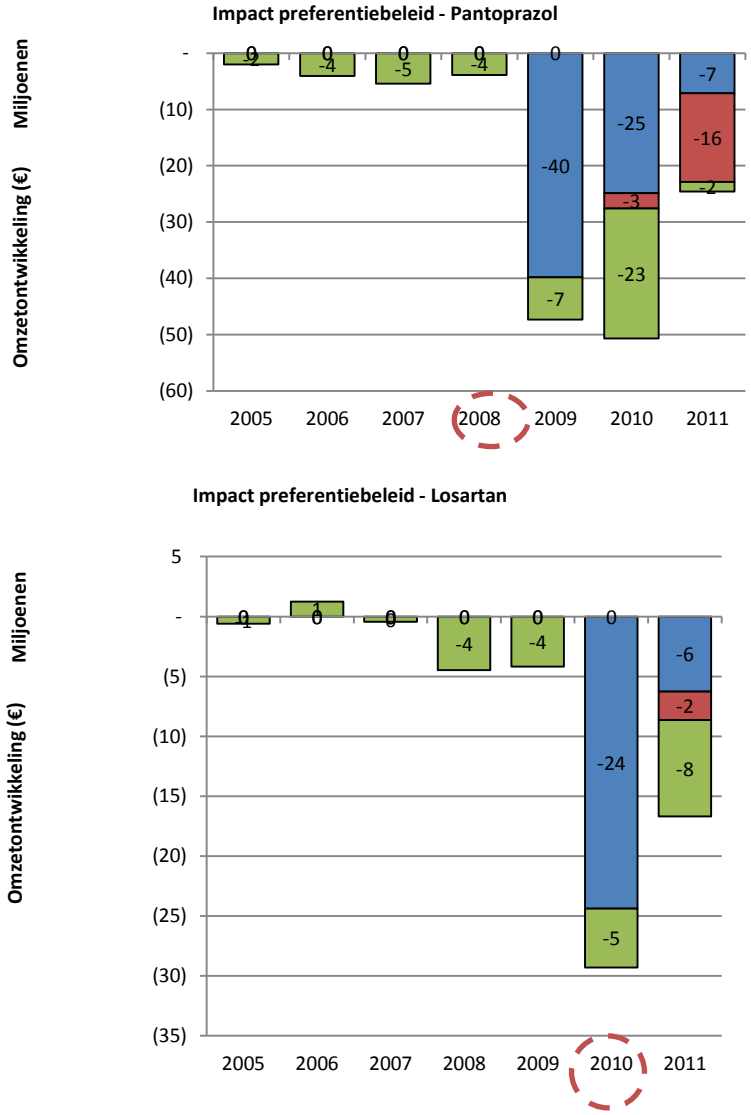
De impact van het preferentiebeleid voor deze vier afzonderlijke middelen, uitgesplitst naar prijs- en substitutie-effect, staat weergegeven in onderstaande vier figuren.

Figuur 8.15. Impact preferentiebeleid voor de vier ATC-5groepen

Legenda figuren:		
Blauwe balk	–	Substitutie-effect
Rode balk	–	Prijs-effect generieke middelen
Groene balk	–	Prijs-effect specialités







De figuren laten zien dat het grootste prijs-effect bij de vier middelen optreedt in de eerste jaren na opname in het preferentiebeleid. Omeprazol is een uitzondering omdat hier pas vanaf 2008 een prijs-effect is opgetreden. De eerste jaren van het preferentiebeleid hielden de meeste fabrikanten hun prijzen relatief hoog. Alleen in het eerste jaar (2005) is een licht prijseffect te zien. Bij zowel Pantoprazol en Losartan zien we dat het prijs-effect pas optreedt in het jaar na opname in het preferentiebeleid. Bij Metroprolol zien we wel een direct prijs-effect optreden in 2008, maar zien we een forse stijging van het prijs-effect in 2010 en 2011. De substitutie-effecten zijn direct zichtbaar na opname in het preferentiebeleid.

Bij Pantoprazol en Losartan zien we een relatief groot substitutie-effect optreden, ten opzichte van Omeprazol en Metroprolol, na opname van het middel binnen het preferentiebeleid van één of meerdere verzekeraars. De reden hiervoor is dat beide middelen pas sinds 2009 uit patent zijn en dat er dus pas vanaf 2009 generieke middelen op de markt beschikbaar zijn. Bij Omeprazol en Metoprolol zien we ook voor opname in het preferentiebeleid al een substitutie-effect optreden wat aanduidt dat deze geneesmiddelen al eerder uit patent waren.

Bijlage 1. Bronnen en methoden

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

Omschrijving van de markt
CBS Statline
Tabel 2.1: aantal personen aan wie geneesmiddelen zijn verstrekt.

BR/CU-5046
Beleidsregel BR/CU-5046 Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg

TB/CU-5042-02
Tariefbeschikking die omschrijft welke zorgaanbieders, welke prestatie in rekening mag brengen met ingang van 1-1-2012 en bij welke partij.

Marktstructuur
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 9-8-2012

Nivel
Nivel registreert het aantal apotheekhoudende huisartsen en apotheekhoudende huisartspraktijken. De aantallen zijn ook op gemeenteniveau beschikbaar. Deze gegevens zijn gebruikt voor figuur 3.2.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
De NZa heeft voor tabel 3.1 aantal inwoners per apotheek en de reistijdanalyse gebruik gemaakt van de CBS bevolkingsgegevens.
Voor de reistijdenanalyse is gebruik gemaakt van een matrix (drive time matrix). Dit is een database met daarin de reistijden over de weg van elke 5 positiepostcode naar alle andere 5 positie postcodes en de daarbij behorende afstanden.
De gebruikte snelheden en de daardoor berekende reistijden hebben betrekking op een situatie waarbij er sprake is van een goede doorstroming van het autoverkeer.

Marktconcentratie (Gewogen marktaandelen en De Logit Competition Index (LOCI))
Bronnen: de data is afkomstig van Vektis. Het betreft hier declaratiegegevens uit 2011.
Gebruikte data: postcode-data van patiënten van alle declaratiegegevens in 2011 en de bijbehorende vergoedingen van de prestaties.

Methode: Aan de hand van de vergoedingen van de prestaties is voor alle aanbieders het omzet marktaandeel van die aanbieder in iedere postcode berekend. Aan de hand van deze marktaandelen wordt de LOCI van een aanbieder als volgt berekend:

— Het marktaandeel van een aanbieder wordt gewogen met het belang van deze postcode voor de betreffende aanbieder. Het belang wordt gedefinieerd als het relatieve aandeel van de omzet die uit deze postcode naar de aanbieder gaat op de totale omzet van de aanbieder. De sommatie over alle postcodes geeft de gewogen omzet marktaandelen van de aanbieder.

- De LOCI van een aanbieder is gelijk aan 1 minus de sommatie over de gewogen marktaandelen van de aanbieder.
- Om de interpretatie van de LOCI te vergemakkelijken, nemen we het inverse van de LOCI, die we als invLOCI definieren.
- Extra opmerkingen:
    - In het artikel Halbersma, Kerstholt en Mikkers (2009), "Marktafbakening en marktmacht in de zorgsector" (M&M april 2009) is een uitgebreide uitleg van de LOCI-methode te vinden.
    - De gepresenteerde inverse LOCI scores dienen voorzichtig geinterpreteerd te worden. Er moet rekening mee gehouden worden dat de scores een onderschatting of overschatting van de werkelijkheid kunnen zijn. Dit komt doordat de dekking van de gegevens waarop de bovenstaande berekeningen zijn gemaakt niet 100% is:
        - De dekking van de aangeleverde gegevens vanuit Vektis voor het jaar 2011 is 97.6%.
        - Voor de berekening van de marktconcentratie, hebben er extra bewerkingen op de dataset plaatsgevonden. Om bijvoorbeeld de aanbieders te identificeren, zijn de postcodes van de aanbieders als aanbieder ID gebruikt. De declaratiegegevens waarbij de aanbieders niet te identificeren waren, zijn verwijdert. Aanbieders met minder dan 50 declaraties zijn daarbij verwijdert. Daarnaast zijn de berekeningen alleen uitgevoerd op de declaraties waarbij aangegeven was dat het verzekerde zorg betrof. Door de extra bewerkingen op de dataset, is 13% van de aangeleverde declaraties verwijderd. De uiteindelijke dataset waarop de berekeningen zijn gebaseerd, bestaat uit 2.246 aanbieders.

Marktgedrag

Uitvraag bij zorgverzekeraars

De contracteergraad is bepaald op basis van een uitvraag bij zorgverzekeraars van het aantal getekende en aangeboden contracten in april 2012. De gegevens van deze uitvraag zijn tevens gebruikt in de in april 2012 uitgebrachte Quick scan.

De eerste twee alinea's van de paragraaf 'gecontracteerde zorgprestaties' is gebaseerd op een analyse van standaard contracten van zorgverzekeraars en op basis van een uitvraag bij zorgverzekeraars over de gecontracteerde zorgprestaties in maart 2012.

Zorgverzekeraars en KNMP

De beschrijving van de verschillende vormen van preferentiebeleid en het beleid van historische prijzen is gebaseerd op openbare (beleids-) documenten en informatie op de website van de verschillende zorgverzekeraars, de antwoorden van zorgverzekeraars op vragen van de NZa en informatie verstrekt door de KNMP.

Enquête apotheekhoudenden

Paragraaf 4.2 over het verloop van het contracteerproces is gebaseerd op een enquête onder 219 apotheekhoudenden, met medewerking van Napco, Aska en KNMP.

De vragenlijst is opgesteld door de NZa op basis van het document 'Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren' uit december 2010. De vragenlijst (bijlage 4) is eerste uitgezet via ASKA en Napco en ingevuld door 113 respondenten.

De vragenlijst is vervolgens op verzoek van de KNMP aangevuld met een aantal vragen en uitgezet onder KNMP leden. Deze aangevulde vragenlijst (bijlage 5) is door 106 respondenten ingevuld. Bij deze vragenlijst zijn een aantal vragen toegevoegd, deze vragen zijn daarom niet door (113+106=)219 maar door 106 respondenten beantwoord. De toegevoegde vragen hebben betrekking op de gecontracteerde prestatie en op de beleving van het contracteerproces door apotheekhoudenden.

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 medio 2012. De vragen zijn door 1068 respondenten beantwoord. Een aantal vragen zijn door minder dan 1068 respondenten beantwoord. In veel gevallen was dit het gevolg van antwoorden op eerdere vragen. Bijvoorbeeld: Wanneer een respondent aangaf niet van apotheek te zijn overgestapt kon logischerwijs niet worden gevraagd op basis van welke overwegingen dit is gebeurd.

Kwaliteit
Zorgverzekeraars, Aska en Napco
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 branchepartijen (Aska en Napco).

IGZ en Zizo
Voor de analyse van de kwaliteit van zorg is gebruik gemaakt van klachtenverantwoordingen van het IGZ en informatie over het toezicht en gehanteerde normen door de IGZ. Daarnaast is gebruik gemaakt van de informatie die door ZiZo op internet is gepubliceerd over de ZiZo-normen.

KNMP en Quasir
Tot slot is gebruik gemaakt van de jaarverslagen over de klachten die bij de branche specifieke klachteninstantie (klachtencommissie KNMP) en bemiddelaar (Quasir) zijn binnen gekomen. Ook zijn de door de NZa ontvangen signalen over kwaliteit in kaart gebracht.

Toegankelijkheid
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. Hierbij zijn ook de wachttijden (en de beleving hiervan) onderzocht. Dit onderzoek is uitgevoerd medio 2012.
De vragen zijn door 1068 respondenten beantwoord. Een aantal vragen zijn door minder dan 1068 respondenten beantwoord. In veel gevallen was dit het gevolg van antwoorden op eerdere vragen.

IGZ/CBS
Reistijd gegevens naar dichtstbijzijnde en tweede apotheek over 2011.

Websites internetapotheken
Informatie over de online toegankelijkheid is verkregen door een analyse van de websites van de op internet actieve internetapotheken.

Betaalbaarheid
Vektis

Een deel van de data die de NZa heeft gebruikt voor haar berekeningen is afkomstig van Vektis. Het betreft hier declaratiegegevens uit 2009, 2010, 2011 en de eerste 8 maanden van 2012.

Op basis van de AGB-codes (Algemeen GegevensBeheer Zorgverleners) is in de gegevens afkomstig van Vektis een onderscheid te maken tussen apotheekhoudende huisartsen en overige apotheken. De NZa heeft hierin zelf een typering in kunnen aanbrengen met behulp van postcodes. Op basis van de postcode is binnen de klasse overige apotheken op basis van het aantal ANZ-regels bepaald welke apotheken dienstapotheken zijn. Alle andere apotheken in de gegevensset met een postcode zijn geïdentificeerd als een openbare apotheek.

Bijlage 2. Prestatiecodelijst Z-Index

2011 nr	Uitgiftetype		
1	Gewone vervolguitgifte	geen bereiding	werkdag
2	Gewone vervolguitgifte	bereiding	werkdag
3	Gewone vervolguitgifte	bijzondere bereiding	werkdag
4	Week vervolguitgifte	geen bereiding	werkdag
5	Week vervolguitgifte	bereiding	werkdag
6	Week vervolguitgifte	bijzondere bereiding	werkdag
7	Gewone eerste uitgifte	geen bereiding	werkdag
8	Gewone eerste uitgifte	bereiding	werkdag
9	Gewone eerste uitgifte	bijzondere bereiding	werkdag
10	Week eerste uitgifte	geen bereiding	werkdag
11	Week eerste uitgifte	bereiding	werkdag
12	Week eerste uitgifte	bijzondere bereiding	werkdag
13	Gewone vervolguitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed
14	Gewone vervolguitgifte	bereiding	ANZ-spoed
15	Gewone vervolguitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed
16	Week vervolguitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed
17	Week vervolguitgifte	bereiding	ANZ-spoed
18	Week vervolguitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed
19	Gewone eerste uitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed
20	Gewone eerste uitgifte	bereiding	ANZ-spoed
21	Gewone eerste uitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed
22	Week eerste uitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed
23	Week eerste uitgifte	bereiding	ANZ-spoed
24	Week eerste uitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed

2012				
nr	Uitgiftetype			
1	Gewone vervolguitgifte	geen bereiding	werkdag	
2	Gewone vervolguitgifte	bereiding	werkdag	
3	Gewone vervolguitgifte	bijzondere bereiding	werkdag	
4	Week vervolguitgifte	geen bereiding	werkdag	
5	Week vervolguitgifte	bereiding	werkdag	
6	Week vervolguitgifte	bijzondere bereiding	werkdag	
7	Gewone eerste uitgifte	geen bereiding	werkdag	
8	Gewone eerste uitgifte	bereiding	werkdag	
9	Gewone eerste uitgifte	bijzondere bereiding	werkdag	
10	Week eerste uitgifte	geen bereiding	werkdag	
11	Week eerste uitgifte	bereiding	werkdag	
12	Week eerste uitgifte	bijzondere bereiding	werkdag	
13	Gewone vervolguitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed	
14	Gewone vervolguitgifte	bereiding	ANZ-spoed	
15	Gewone vervolguitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed	
16	Week vervolguitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed	
17	Week vervolguitgifte	bereiding	ANZ-spoed	
18	Week vervolguitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed	
19	Gewone eerste uitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed	
20	Gewone eerste uitgifte	bereiding	ANZ-spoed	
21	Gewone eerste uitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed	
22	Week eerste uitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed	
23	Week eerste uitgifte	bereiding	ANZ-spoed	
24	Week eerste uitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed	
25	Gewone vervolguitgifte	geen bereiding	werkdag	toeslag thuis
26	Gewone vervolguitgifte	bereiding	werkdag	toeslag thuis
27	Gewone vervolguitgifte	bijzondere bereiding	werkdag	toeslag thuis
28	Week vervolguitgifte	geen bereiding	werkdag	toeslag thuis
29	Week vervolguitgifte	bereiding	werkdag	toeslag thuis
30	Week vervolguitgifte	bijzondere bereiding	werkdag	toeslag thuis
31	Gewone eerste uitgifte	geen bereiding	werkdag	toeslag thuis
32	Gewone eerste uitgifte	bereiding	werkdag	toeslag thuis
33	Gewone eerste uitgifte	bijzondere bereiding	werkdag	toeslag thuis
34	Week eerste uitgifte	geen bereiding	werkdag	toeslag thuis
35	Week eerste uitgifte	bereiding	werkdag	toeslag thuis
36	Week eerste uitgifte	bijzondere bereiding	werkdag	toeslag thuis
37	Gewone vervolguitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
38	Gewone vervolguitgifte	bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
39	Gewone vervolguitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
40	Week vervolguitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
41	Week vervolguitgifte	bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
42	Week vervolguitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
43	Gewone eerste uitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
44	Gewone eerste uitgifte	bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
45	Gewone eerste uitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
46	Week eerste uitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
47	Week eerste uitgifte	bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
48	Week eerste uitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis

Bijlage 3. Prestatiebeschrijvingen

Prestaties
Terhandstelling van een UR[59] geneesmiddel
Het ter handstellen van een UR geneesmiddel betreft het verstrekken van een middel dat uitsluitend op recept ter hand mag worden gesteld. Bij het ter handstellen van een UR geneesmiddel horen een aantal activiteiten. Deze activiteiten staan verder toegelicht in de beleidsregel[60]. De terhandstelling kent twee varianten:
Standaard terhandstelling;
Week terhandstelling.
Het verschil zit hem in de verpakking waarbij de verpakking van de week terhandstelling geneesmiddelen bevat voor minstens 1 week middels een weekdoseerverpakking.

Instructie patiënt UR geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel
Er is sprake van deze instructie wanneer het de eerste toepassing is voor de patiënt of indien sprake is van een geconstateerd foutief gebruik van het UR-geneesmiddel- gerelateerd hulpmiddel. Er moet in het digitale patiëntendossier worden vastgelegd wat de indicatie is voor het geven van de gebruiksinstructie.

Medicatiebeoordeling chronisch UR geneesmiddelgebruik
Er sprake van medicatiebeoordeling wanneer de farmacotherapie van individuele (veelal oudere) patiënten die chronisch UR-geneesmiddelen gebruiken periodiek wordt geëvalueerd. Dit gebeurt in samenspraak met de betreffende patiënt en betrokken zorgaanbieder(s).
Deze medicatiebeoordeling is alleen declarabel indien er een medische of farmaceutische noodzaak bestaat en deze zorg nog niet via de terhandstelling geleverd is of geleverd dient te worden.

Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek
Dit is de dienstverlening die samenhangt met farmaceutische begeleiding in verband met ziekenhuisopname of polikliniekbezoek. Hiervoor moet minimaal een gesprek met de patiënt plaatsvinden en dit moet worden vastgelegd in het digitale patiëntendossier. Deze zorg vindt plaats op het moment dat de behandeling in het ziekenhuis aanvangt.

Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit het ziekenhuis
Dit is de dienstverlening die samenhangt met farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis. Hiervoor moet minimaal een gesprek met de patiënt plaatsvinden en dit moet worden vastgelegd in het digitale patiëntendossier.

Voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep
Deze prestatie betreft het individueel ondersteunen van patiënten in groepsverband. Het ondersteunen heeft betrekking op UR-geneesmiddelen in relatie tot 'gezondheid en gedrag' om het geneesmiddelengebruik van de betreffende patiënt te optimaliseren. Dit gebeurt via informatiebijeenkomsten. In de beleidsregel[61] staan de voorwaarden waaronder deze prestatie door de zorgaanbieder kan worden geleverd.
Advies farmaceutische zelfzorg

59 UR-geneesmiddel: een geneesmiddel dat uitsluitend op recept ter hand mag worden gesteld
60 BR/CU-5046
61 BR/CU-5046

Deze prestatie vindt plaats op verzoek van een individuele patiënt/consument en betreft het verstrekken van advies over de vraag of er mogelijke interacties bestaan van Uitsluitend Apotheek -, Uitsluitend Apotheek of Drogist – of zelfzorg geneesmiddelen met UR-geneesmiddelen die de patiënt op het betreffende moment gebruikt of wil gaan gebruiken. De relevante gegevens hierover moeten worden vastgelegd in het digitale patiëntendossier.

Advies gebruik UR geneesmiddelen tijdens reis
Deze prestatie vindt plaats op verzoek van een individuele patiënt/consument en betreft het verstrekken van advies over het gebruik en bewaren van, door de patiënt tijdens een reis te gebruiken, UR-geneesmiddelen in een ander weersklimaat. Dit advies is alleen declarabel indien het is vastgelegd in het digitale patiëntendossier.

Advies ziekterisico bij reizen
Deze prestatie vindt plaats op verzoek van een individuele patiënt/consument en betreft het verstrekken van informatie over UR-geneesmiddelen in verband met ziekterisico bij reizen. Dit advies is alleen declarabel indien het is vastgelegd in het digitale patiëntendossier.

Onderlinge dienstverlening
Er is sprake van onderlinge dienstverlening wanneer de zorg die door een zorgaanbieder wordt verleend onderdeel is van de beschrijving van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van de farmaceutische zorg. De eerstgenoemde zorgaanbieder is in dit kader de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder is in dit kader de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

Facultatieve prestatie
De facultatieve prestatie biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om tezamen tot nieuwe prestaties te komen.

De NZa kan sinds 2012 een prestatiebeschrijving vaststellen voor de in artikel 1 aangeduide zorg die afwijkt van de hiervoor vermelde prestatiebeschrijvingen, indien tenminste één zorgaanbieder en tenminste één ziektekostenverzekeraar gezamenlijk daarom verzoeken. Een verzoek moet op zijn minst een gezamenlijk verzoek zijn om in aanmerking te komen voor een inhoudelijke beoordeling.
Zodra een facultatieve prestatie door de NZa is vastgesteld kan deze in principe door alle zorgaanbieders worden geleverd en in rekening worden gebracht indien hier een schriftelijke overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar aan ten grondslag ligt.

Deelprestaties

Eerste uitgifte / eerste terhandstelling
Dit is de dienstverlening die direct samenhangt met het voor de eerste keer ter hand stellen van een UR-geneesmiddel. (Zie BR/CU-5046 voor verdere toelichtingen.)

ANZ-dienstverlening
Er is sprake van Avond, Nacht, Zondag-dienstverlening indien de apotheek is geopend in het kader van een gecontracteerde dienstwaarneming, de zorgvraag binnenkomt en de zorgaanbieder de farmaceutische zorgverlening start tussen:
18.00 uur en 08.00 uur van de opvolgende dag, of;
08.00 uur en 18.00 uur op een zondag, of;

08.00 uur en 18.00 uur op Nieuwjaarsdag; Tweede Paasdag; Koninginnedag; Hemelvaartsdag; Bevrijdingsdag in elk lustrumjaar (2010, 2015, etc.); Tweede Pinksterdag; beide Kerstdagen.

Bijzondere magistrale bereiding
Er is sprake van bijzonder magistrale bereiding, indien er geen equivalent geneesmiddel (combinatie van werkzame stof, dosering en toedieningsvorm) in de handel verkrijgbaar is en er voor de bereiding van het geneesmiddel aseptische handelingen van een apotheek nodig zijn. (In de beleidsregel[62] is een uitgebreide omschrijving opgenomen.)

Reguliere magistrale bereiding
Er is sprake van een reguliere magistrale bereiding, indien voor een voorgeschreven UR-geneesmiddel geen equivalent geneesmiddel (combinatie van werkzame stof, dosering en toedieningsvorm) in de handel verkrijgbaar is, en er geen sprake is van een bijzondere magistrale bereiding.

Dienstverlening thuis
Indien het noodzakelijk is voor het leveren van de prestatie dat de zorgaanbieder de patiënt persoonlijk ziet en spreekt en de patiënt om medische redenen niet of slechts zeer moeizaam naar de praktijk kan komen, kan de zorgaanbieder binnen de duur van de medische beperking een prestatie aan huis verrichten. Het uitvoeren van alleen activiteit 10 van de prestatie 'Terhandstelling UR-geneesmiddel' is van deze toeslag uitgesloten.

62 BR/CU-5046

Bijlage 4. Vragenlijst (versie 1)

Deze versie van de vragenlijst is later aangepast op verzoek van de KNMP. Deze is weergegeven in bijlage 5.

Vragenlijst over het verloop van het contracteerproces in de apotheekzorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vraagt uw medewerking door antwoorden te geven op de vragen in deze online vragenlijst. De uitkomsten zullen worden gebruikt bij het opstellen van een deel van de marktscan farmaceutische zorg.
Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten en u heeft tot en met XXX om de vragenlijst in te vullen.

Voor de NZa zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). 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.
De NZa werkt aan de marktscan extramurale farmaceutische zorg waarvoor gegevens over het functioneren van de apotheekzorgmarkt worden verzameld en geanalyseerd. De marktscan zal zoveel mogelijk een feitelijke weergave geven van de apotheekzorgmarkt, aangevuld met een toelichting. De interpretatie van de uitkomsten en de acties die de NZa daaraan verbindt zullen in een aparte beleidsbrief worden verwerkt.
De vragen die we aan u voorleggen hebben betrekking op het contracteerproces voor het contract over het jaar 2012. De 'Good contracting practices' hebben als uitgangspunt gediend bij het opstellen van de vragen. De contracten 2012 zijn bij de zorgverzekeraars opgevraagd en de inhoud van de contracten wordt ook door de NZa geanalyseerd. Dat is de reden waarom deze vragenlijst geen vragen bevat over de prestaties, tarieven en andere contractonderdelen.
De marktscan zal naast het contracteerproces meerdere onderwerpen in bevatten. Voor dit specifieke onderdeel zijn deze vragen opgesteld.

Via onderstaand adres kunt u toegang krijgen tot de Good Contracting Practices.
http://www.nza.nl/104107/138040/Good_Contracting_Practices.pdf

De NZa heeft medewerking gekregen van ASKA, Napco en de KNMP bij het opstellen en verspreiden van deze vragenlijst. De vragenlijst kan anoniem worden ingevuld en de antwoorden die u geeft zullen niet naar u te herleiden zijn.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw tijd én antwoorden.

1. Bent u een zelfstandige apotheekhoudende huisarts, een apotheekhoudende huisarts in een (algemene) praktijk of een apotheekhoudende huisarts in een apotheekhoudende praktijk? *
   Zelfstandige apotheekhoudende huisarts
   Apotheekhoudende huisarts in een (algemene) praktijk
   Apotheekhoudende huisarts in een apotheekhoudende praktijk

2. Bent u bekend met het document 'Good contracting practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren'? (http://www.nza.nl/104107/138040/Good_Contracting_Practices.pdf) *
   helemaal niet
   alleen met het bestaan van het document
   deels met de inhoud van het document
   geheel met de inhoud van het document

3. Kunt u aangeven in hoeverre de 'Good contracting practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren' zijn gebruikt gedurende het contracteerproces voor de contracten van 2012?
   helemaal niet
   grotendeels niet
   grotendeels wel
   weet ik niet

4. Welke zorgverzekeraar is voor u de dominante zorgverzekeraar? De dominante zorgverzekeraar is de partij waarbij het grootste deel van uw patiënten verzekerd is.
   ACHMEA
   CZ
   MENZIS
   VGZ/UVIT
   Anders

Indien 'anders' ingevuld bij vraag 5:
5. Welke verzekeraar is voor u de dominante zorgverzekeraar

6. Hoe heeft u zich bij het contracteerproces met zorgverzekeraars laten vertegenwoordigen?
Wilt u de vraag afzonderlijk beantwoorden voor de vier grootste zorgverzekeraars.

ACHMEA:
   door ketenorganisatie
   ik heb gebruik gemaakt van een hoofdaannemer
   overgedragen aan zorgmakelaar (tussenpersoon)
   ik heb mezelf vertegenwoordigd, maar heb mij laten ondersteunen door een zorgmakelaar
   ik heb het contracteerproces geheel zelfstandig doorlopen

7. CZ:
   door ketenorganisatie
   ik heb gebruik gemaakt van een hoofdaannemer
   overgedragen aan zorgmakelaar (tussenpersoon)
   ik heb mezelf vertegenwoordigd, maar heb mij laten ondersteunen door een zorgmakelaar
   ik heb het contracteerproces geheel zelfstandig doorlopen

8. MENZIS:
   door ketenorganisatie
   ik heb gebruik gemaakt van een hoofdaannemer
   overgedragen aan zorgmakelaar (tussenpersoon)

ik heb mezelf vertegenwoordigd, maar heb mij laten ondersteunen door een zorgmakelaar
ik heb het contracteerproces geheel zelfstandig doorlopen

9. VGZ/UVIT:
door ketenorganisatie
ik heb gebruik gemaakt van een hoofdaannemer
overgedragen aan zorgmakelaar (tussenpersoon)
ik heb mezelf vertegenwoordigd, maar heb mij laten ondersteunen door een zorgmakelaar
ik heb het contracteerproces geheel zelfstandig doorlopen

10. Hoe heeft u zich tijdens het contracteerproces met de voor u dominante zorgverzekeraar laten vertegenwoordigen?
door ketenorganisatie
ik heb gebruik gemaakt van een hoofdaannemer
overgedragen aan zorgmakelaar (tussenpersoon)
ik heb mezelf vertegenwoordigd, maar heb mij laten ondersteunen door een zorgmakelaar
ik heb het contracteerproces geheel zelfstandig doorlopen

11. Heeft u, of uw vertegenwoordiger, het contracteerproces samen met de zorgverzekeraar geëvalueerd?

Wilt u de vraag afzonderlijk beantwoorden voor de vier grootste zorgverzekeraars.

ACHMEA:
Ja Nee Weet ik niet

12. CZ:
Ja Nee Weet ik niet

13. MENZIS: *
Ja Nee Weet ik niet

14. VGZ/UVIT:
Ja Nee Weet ik niet

Indien 'anders' ingevuld bij vraag 5:
15. De voor u dominante zorgverzekeraar:
ja nee weet niet

16. Heeft de dominante zorgverzekeraar een communicatieprotocol beschikbaar gesteld waarin staat in welke gevallen de zorgverzekeraar en op welke wijze communiceert en bereikbaar is?
ja
nee
weet ik niet

17. Heeft de dominante zorgverzekeraar u, of uw vertegenwoordiger in het contracteerproces, geïnformeerd over het tijdspad van het contracteerproces voordat u het eerste contractvoorstel ontving?
ja
nee
weet ik niet

18. Wanneer werd u op de hoogte gesteld van het overeengekomen tijdspad van het contracteerproces?
Wanneer u de exacte datum niet meer weet, vul dan een schatting in (voor medio september vult u bijvoorbeeld 15 september in).
dd-mm-jjjj

19. Zijn de termijnen/deadlines in het vooraf afgestemde tijdspad van het contracteerproces gehaald?
helemaal niet
grotendeels niet
ten dele
grotendeels wel
helemaal

20. Heeft u (eventueel via de branche- of beroepsvereniging) informatie ontvangen over het contracteerbeleid van de dominante zorgverzekeraar of over kwaliteitscriteria die gehanteerd werden tijdens het contracteerproces?
helemaal niet
grotendeels niet
ten dele
grotendeels wel
helemaal

21. Wanneer heeft de dominante zorgverzekeraar (al dan niet via de brancheverenigingen) gecommuniceerd over het contracteerbeleid of over kwaliteitscriteria die gehanteerd werden tijdens het inkoopproces?
Wanneer u de exacte datum niet meer weet, vul dan een schatting in (voor medio september vult u bijvoorbeeld 15 september in).
dd-mm-jjjj

22. Wanneer heeft u een eerste contractvoorstel ontvangen van de zorgverzekeraar?
Wilt u de vraag afzonderlijk beantwoorden voor de vier grootste zorgverzekeraars. Wanneer u de exacte datum niet meer weet, vul dan een schatting in.

ACHMEA:
dd-mm-jjjj

23. CZ:
dd-mm-jjjj

24. MENZIS
dd-mm-jjjj

25. VGZ/UVIT
dd-mm-jjjj

26. De voor u dominante zorgverzekeraar (anders dan de vier grootste):
dd-mm-jjjj

27. Wanneer heeft u het definitieve contract met de zorgverzekeraar getekend?

Wilt u de vraag afzonderlijk beantwoorden voor de vier grootste zorgverzekeraars.
Wanneer u de exacte datum niet meer weet, vul dan een schatting in (voor medio september vult u bijvoorbeeld 15 september in).

ACHMEA:
dd-mm-jjjj

28. CZ:
dd-mm-jjjj

29. MENZIS:
dd-mm-jjjj

30. VGZ/UVIT:
dd-mm-jjjj

31. De voor u dominante zorgverzekeraar (anders dan de vier grootste):
dd-mm-jjjj

32. Heeft u een wijzigingsvoorstel gedaan naar aanleiding van de contractvoorstellen die u van de zorgverzekeraars heeft ontvangen?
Wilt u de vraag afzonderlijk beantwoorden voor de vier grootste zorgverzekeraars (aanvinken indien u een wijzigingsvoorstel heeft gedaan).
ACHMEA
CZ
MENZIS
VGZ/UVIT

33. Heeft uw wijzigingsvoorstel ook geleid tot wijzigingen in het definitieve contract?
(aanvinken indien dit tot wijzigingen heeft geleid)
ACHMEA
CZ
MENZIS
VGZ/UVIT

34. Heeft u zelf een contractvoorstel gedaan richting een zorgverzekeraar?
(aanvinken indien u zelf een contractvoorstel heeft gedaan)
ACHMEA
CZ
MENZIS
VGZ/UVIT

35. Heeft uw contractvoorstel effect gehad op de inhoud van het definitieve contract?
(aanvinken indien het contractvoorstel effect heeft gehad)
ACHMEA
CV
MENZIS
VGZ/UVIT

36. Heeft u nog opmerkingen over het verloop van het contracteerproces?
Het antwoord op deze vraag zal de NZa gebruiken om uw antwoorden in een duidelijkere context te plaatsen. De NZa zal uw tekst niet als zodanig in de marktscan publiceren.
(Uw antwoord kan maximaal 1500 tekens omvatten)

Bijlage 5. Vragenlijst (versie 2)

Vragenlijst versie één (bijlage 4) is aangepast op verzoek van de KNMP en heeft geresulteerd in deze tweede versie.

Vragenlijst over het verloop van het contracteerproces in de apotheekzorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vraagt uw medewerking door antwoorden te geven op de vragen in deze online vragenlijst.
De uitkomsten zullen worden gebruikt bij het opstellen van een deel van de Marktscan extramurale farmaceutische zorg.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten en u heeft tot en met vrijdag 16 november 2012 om de vragenlijst in te vullen.

Voor de NZa zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). 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.
De NZa werkt aan de marktscan extramurale farmaceutische zorg waarvoor gegevens over het functioneren van de apotheekzorgmarkt worden verzameld en geanalyseerd.
De marktscan zal zoveel mogelijk een feitelijke weergave geven van de apotheekzorgmarkt, aangevuld met een toelichting. De interpretatie van de uitkomsten en de acties die de NZa daaraan verbindt zullen in een aparte beleidsbrief worden verwerkt.
De vragen die we aan u voorleggen hebben betrekking op het contracteerproces voor het contract over het jaar 2012. De 'Good contracting practices' hebben als uitgangspunt gediend bij het opstellen van de vragen.
De contracten 2012 zijn bij de zorgverzekeraars opgevraagd en de inhoud van de contracten wordt ook door de NZa geanalyseerd. Dat is de reden waarom deze vragenlijst alleen deze vragen bevat.

De marktscan zal naast het contracteerproces meerdere onderwerpen bevatten en zal over meer dan alleen het contracteerproces gaan. Echter voor het specifieke onderdeel contracteerproces zijn deze vragen opgesteld en hebben wij uw input nodig!

Via onderstaand adres kunt u toegang krijgen tot de Good Contracting Practices.
http://www.nza.nl/104107/138040/Good_Contracting_Practices.pdf

De NZa heeft medewerking gekregen van ASKA, Napco en de KNMP bij het opstellen en verspreiden van deze vragenlijst. De vragenlijst kan anoniem worden ingevuld en de antwoorden die u geeft zullen niet naar u te herleiden zijn.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw tijd én antwoorden.

1. Bent u een zelfstandige apotheekhoudende huisarts, een apotheekhoudende huisarts in een (algemene) praktijk of een apotheekhoudende huisarts in een apotheekhoudende praktijk? *
   Zelfstandige apotheekhoudende huisarts
   Apotheekhoudende huisarts in een (algemene) praktijk
   Apotheekhoudende huisarts in een apotheekhoudende praktijk

2. Bent u bekend met het document 'Good contracting practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren'? (http://www.nza.nl/104107/138040/Good_Contracting_Practices.pdf) *
   helemaal niet
   alleen met het bestaan van het document
   deels met de inhoud van het document
   geheel met de inhoud van het document

3. Kunt u aangeven in hoeverre de 'Good contracting practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren' zijn gebruikt gedurende het contracteerproces voor de contracten van 2012?
   helemaal niet
   grotendeels niet
   grotendeels wel
   weet ik niet

4. Welke zorgverzekeraar is voor u de dominante zorgverzekeraar? De dominante zorgverzekeraar is de partij waarbij het grootste deel van uw patiënten verzekerd is.
   ACHMEA
   CZ
   MENZIS
   VGZ/UVIT
   Anders

Indien 'anders' ingevuld bij vraag 5:
5. Welke verzekeraar is voor u de dominante zorgverzekeraar

6. Hoe heeft u zich bij het contracteerproces met zorgverzekeraars laten vertegenwoordigen?
Wilt u de vraag afzonderlijk beantwoorden voor de vier grootste zorgverzekeraars.

ACHMEA:
   door ketenorganisatie
   ik heb gebruik gemaakt van een hoofdaannemer
   overgedragen aan zorgmakelaar (tussenpersoon)
   ik heb mezelf vertegenwoordigd, maar heb mij laten ondersteunen door een zorgmakelaar
   ik heb het contracteerproces geheel zelfstandig doorlopen

7. CZ:
   door ketenorganisatie
   ik heb gebruik gemaakt van een hoofdaannemer
   overgedragen aan zorgmakelaar (tussenpersoon)
   ik heb mezelf vertegenwoordigd, maar heb mij laten ondersteunen door een zorgmakelaar
   ik heb het contracteerproces geheel zelfstandig doorlopen

8. MENZIS:
   door ketenorganisatie
   ik heb gebruik gemaakt van een hoofdaannemer
   overgedragen aan zorgmakelaar (tussenpersoon)

ik heb mezelf vertegenwoordigd, maar heb mij laten ondersteunen door een zorgmakelaar
ik heb het contracteerproces geheel zelfstandig doorlopen

9. VGZ/UVIT:
door ketenorganisatie
ik heb gebruik gemaakt van een hoofdaannemer
overgedragen aan zorgmakelaar (tussenpersoon)
ik heb mezelf vertegenwoordigd, maar heb mij laten ondersteunen door een zorgmakelaar
ik heb het contracteerproces geheel zelfstandig doorlopen

10. Hoe heeft u zich tijdens het contracteerproces met de voor u dominante zorgverzekeraar laten vertegenwoordigen?
door ketenorganisatie
ik heb gebruik gemaakt van een hoofdaannemer
overgedragen aan zorgmakelaar (tussenpersoon)
ik heb mezelf vertegenwoordigd, maar heb mij laten ondersteunen door een zorgmakelaar
ik heb het contracteerproces geheel zelfstandig doorlopen

11. Heeft u, of uw vertegenwoordiger, het contracteerproces samen met de zorgverzekeraar geëvalueerd?

Wilt u de vraag afzonderlijk beantwoorden voor de vier grootste zorgverzekeraars.

ACHMEA:
Ja Nee Weet ik niet

12. CZ:
Ja Nee Weet ik niet

13. MENZIS: *
Ja Nee Weet ik niet

14. VGZ/UVIT:
Ja Nee Weet ik niet

Indien 'anders' ingevuld bij vraag 5:
15. De voor u dominante zorgverzekeraar:
ja nee weet niet

16. Heeft de dominante zorgverzekeraar een communicatieprotocol beschikbaar gesteld waarin staat in welke gevallen de zorgverzekeraar en op welke wijze communiceert en bereikbaar is?
ja
nee
weet ik niet

17. Heeft de dominante zorgverzekeraar u, of uw vertegenwoordiger in het contracteerproces, geïnformeerd over het tijdspad van het contracteerproces voordat u het eerste contractvoorstel ontving?
ja
nee
weet ik niet

18. Wanneer werd u op de hoogte gesteld van het overeengekomen tijdspad van het contracteerproces?
Wanneer u de exacte datum niet meer weet, vul dan een schatting in (voor medio september vult u bijvoorbeeld 15 september in).
dd-mm-jjjj

19. Zijn de termijnen/deadlines in het vooraf afgestemde tijdspad van het contracteerproces gehaald?
helemaal niet
grotendeels niet
ten dele
grotendeels wel
helemaal

20. Heeft u (eventueel via de branche- of beroepsvereniging) informatie ontvangen over het contracteerbeleid van de dominante zorgverzekeraar of over kwaliteitscriteria die gehanteerd werden tijdens het contracteerproces?
helemaal niet
grotendeels niet
ten dele
grotendeels wel
helemaal

21. Wanneer heeft de dominante zorgverzekeraar (al dan niet via de brancheverenigingen) gecommuniceerd over het contracteerbeleid of over kwaliteitscriteria die gehanteerd werden tijdens het inkoopproces?
Wanneer u de exacte datum niet meer weet, vul dan een schatting in (voor medio september vult u bijvoorbeeld 15 september in).
dd-mm-jjjj

22. Wanneer heeft u een eerste contractvoorstel ontvangen van de zorgverzekeraar?

Wilt u de vraag afzonderlijk beantwoorden voor de vier grootste zorgverzekeraars. Wanneer u de exacte datum niet meer weet, vul dan een schatting in.

ACHMEA:
dd-mm-jjjj

23. CZ:
dd-mm-jjjj

24. MENZIS
dd-mm-jjjj

25. VGZ/UVIT
dd-mm-jjjj

26. De voor u dominante zorgverzekeraar (anders dan de vier grootste):
dd-mm-jjjj

27. Wanneer heeft u het definitieve contract met de zorgverzekeraar getekend?

Wilt u de vraag afzonderlijk beantwoorden voor de vier grootste zorgverzekeraars.
Wanneer u de exacte datum niet meer weet, vul dan een schatting in (voor medio september vult u bijvoorbeeld 15 september in).

ACHMEA:
dd-mm-jjjj

28. CZ:
dd-mm-jjjj

29. MENZIS:
dd-mm-jjjj

30. VGZ/UVIT:
dd-mm-jjjj

31. De voor u dominante zorgverzekeraar (anders dan de vier grootste):
dd-mm-jjjj

32. Heeft u een wijzigingsvoorstel gedaan naar aanleiding van de contractvoorstellen die u van de zorgverzekeraars heeft ontvangen? Wilt u de vraag afzonderlijk beantwoorden voor de vier grootste zorgverzekeraars (aanvinken indien u een wijzigingsvoorstel heeft gedaan).
- ACHMEA
- CZ
- MENZIS
- VGZ/UVIT

33. Heeft uw wijzigingsvoorstel ook geleid tot wijzigingen in het definitieve contract?
(aanvinken indien dit tot wijzigingen heeft geleid)
- ACHMEA
- CZ
- MENZIS
- VGZ/UVIT

34. Heeft u zelf een contractvoorstel gedaan richting een zorgverzekeraar?
(aanvinken indien u zelf een contractvoorstel heeft gedaan)
- ACHMEA
- CZ
- MENZIS
- VGZ/UVIT

35. Heeft uw contractvoorstel effect gehad op de inhoud van het definitieve contract?
(aanvinken indien het contractvoorstel effect heeft gehad)
- ACHMEA
- CV
- MENZIS
- VGZ/UVIT

36. Onderstaande vragen hebben betrekking op de voor u dominante zorgverzekeraar. Wilt u onderstaande vragen aanvinken indien u deze met ja wilt beantwoorden?

Heeft u een wijzigingsvoorstel gedaan naar aanleiding van het contractvoorstel van uw dominante zorgverzekeraar?

Heeft uw wijzigingsvoorstel ook geleid tot wijzigingen in het definitieve contract?

Heeft u zelf een contractvoorstel gedaan richting uw dominante zorgverzekeraar?

Heeft uw contractvoorstel effect gehad op de inhoud van het definitieve contract?

37, 38, 39, 40. Welke zorgprestaties heeft u met zorgverzekeraars afgesproken in 2012? U kunt antwoorden of de prestaties apart, via prestatie 1 of juist niet is gecontracteerd. Bij iedere prestatie is een antwoord noodzakelijk.

Wilt u de vraag afzonderlijk beantwoorden voor de vier grootste zorgverzekeraars?

Voor: ACHMEA, CZ, VGZ/UVIT, Menzis:

1a, Standaard terhandstelling UR geneesmiddel
1b. Week terhandstelling UR geneesmiddel

2. Instructie UR geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel als aparte prestatie gecontracteerd
2. Instructie UR geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel als onderdeel van prestatie 1a/1b gecontracteerd
2. Instructie UR geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel niet gecontracteerd

3. Medicatiebeoordeling chronisch gebruik UR geneesmiddel als aparte prestatie gecontracteerd
3. Medicatiebeoordeling chronisch gebruik UR geneesmiddel als onderdeel van prestatie 1a/1b gecontracteerd
3. Medicatiebeoordeling chronisch gebruik UR geneesmiddel niet gecontracteerd

4. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuis opname of poliklinisch bezoek als aparte prestatie gecontracteerd
4. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuis opname of poliklinisch bezoek als onderdeel van prestatie 1a/1b gecontracteerd
4. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuis opname of poliklinisch bezoek niet gecontracteerd

5. Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit ziekenhuis als aparte prestatie gecontracteerd
5. Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit ziekenhuis als onderdeel van prestatie 1a/1b gecontracteerd
5. Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit ziekenhuis niet gecontracteerd

6. Voorlichting farmaceutische zelfmanagement als aparte prestatie gecontracteerd
6. Voorlichting farmaceutische zelfmanagement als onderdeel van prestatie 1a/1b gecontracteerd
6. Voorlichting farmaceutische zelfmanagement niet gecontracteerd
7. Advies farmaceutische zelfzorg als aparte prestatie gecontracteerd

7. Advies farmaceutische zelfzorg als onderdeel van prestatie 1a/1b gecontracteerd
7. Advies farmaceutische zelfzorg niet gecontracteerd

8. Advies gebruik UR geneesmiddel tijdens reis als aparte prestatie gecontracteerd
8. Advies gebruik UR geneesmiddel tijdens reis als onderdeel van prestatie 1a/1b gecontracteerd
8. Advies gebruik UR geneesmiddel tijdens reis niet gecontracteerd

9. Advies ziekterisico bij reizen als aparte prestatie gecontracteerd
9. Advies ziekterisico bij reizen als onderdeel van prestatie 1a/1b gecontracteerd
9. Advies ziekterisico bij reizen niet gecontracteerd

10. Onderlinge dienstverlening als aparte prestatie gecontracteerd
10. Onderlinge dienstverlening als onderdeel van prestatie 1a/1b gecontracteerd
10. Onderlinge dienstverlening niet gecontracteerd

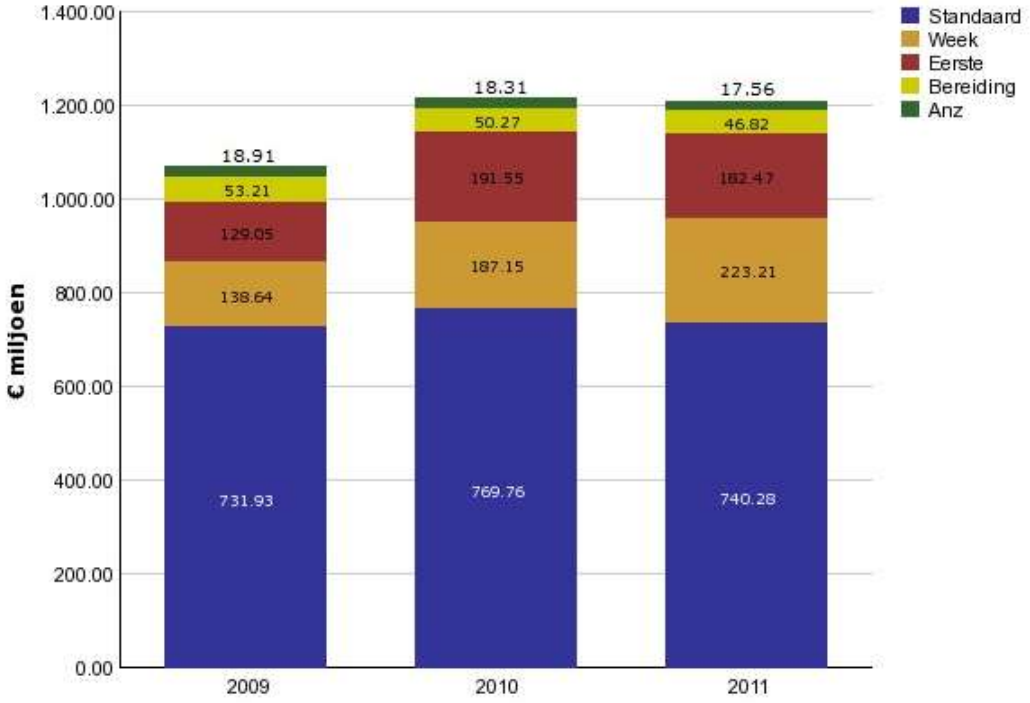
41. Bent u tevreden over het proces van contracteren?
Zeer tevreden
Tevreden
Neutraal
Ontevreden
Zeer ontevreden

42. Bent u tevreden over de uitkomsten van het contracteerproces?
Zeer tevreden
Tevreden
Neutraal
Ontevreden
Zeer ontevreden

43. Heeft u nog opmerkingen over het verloop van het contracteerproces?
Het antwoord op deze vraag zal de NZa gebruiken om uw antwoorden in een duidelijkere context te plaatsen. De NZa zal uw tekst niet als zodanig in de marktscan publiceren.
(Uw antwoord kan maximaal 1500 tekens omvatten)

Bijlage 6. Betaalbaarheid figuren

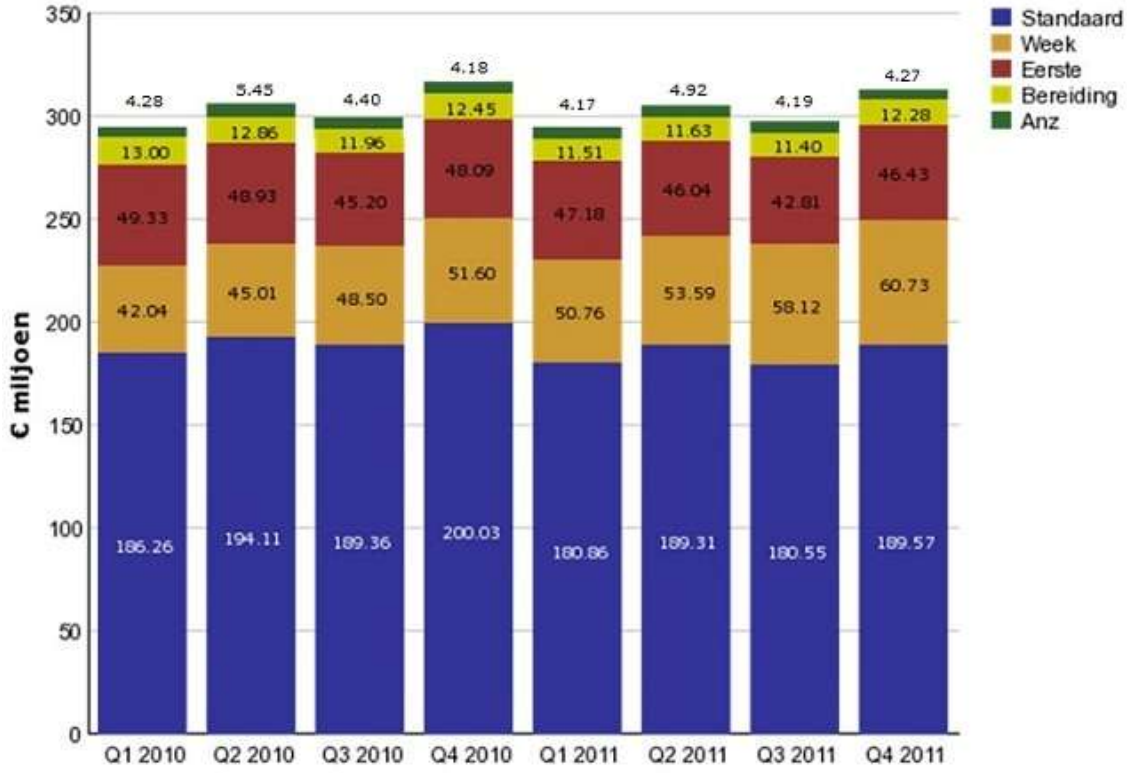
Figuur 1. Totale uitgaven dienstverlening per soort terhandstelling 2009-2011



Bron: GIP/CVZ

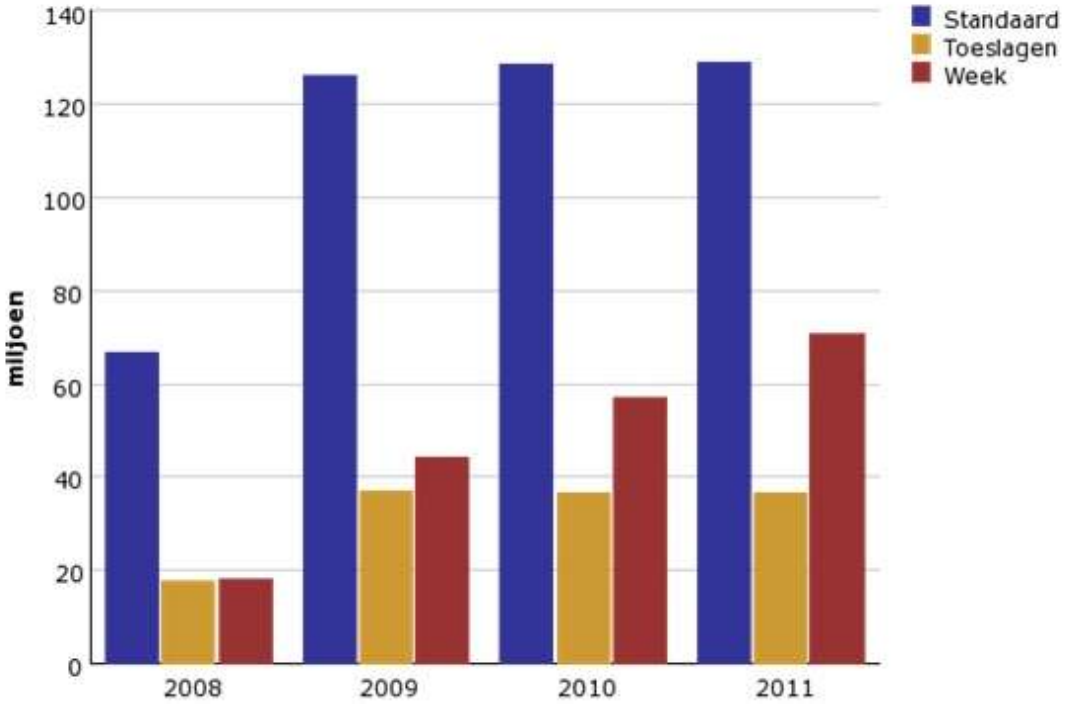
Om tabel 7.1 uit hoofdstuk 7 met figuur 1 hierboven te kunnen vergelijken moeten de 'standaard terhandstellingen' en de 'eerste standaard terhandstellingen' in tabel 7.1 bij elkaar worden opgeteld. Deze samen kunnen worden vergeleken met de standaard terhandstellingen in figuur 1.

Figuur 2. Totale uitgaven dienstverlening per soort terhandstelling per kwartaal in 2010 en 2011



Bron: GIP/CVZ

Figuur 3. Volumes standaard en weekterhandstellingen



Bron: GIP/CVZ

In de GIP data wordt alleen onderscheid gemaakt tussen de standaard en weekterhandstellingen. Alle toeslagen worden geclusterd en apart opgenomen in deze figuur.
Om de figuren 3 en tabel 7.2 in hoofdstuk 7 te kunnen vergelijken (en de twee bronnen) voor de standaardterhandstellingen, moeten in tabel 7.2 de standaardterhandstellingen (bijvoorbeeld voor 2011 95,2 miljoen) en de standaard eerste terhandstelling (29,9 miljoen) bij elkaar worden opgeteld. Dit kan vervolgens worden vergeleken met de standaardterhandstellingen in figuur 3. De twee bronnen vertonen dezelfde trends.

Bijlage 7. Beleidsbrief Marktscan Extramurale farmaceutische zorg

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

E-mailadres
vragencure@nza.nl

Kenmerk
31836/39884

Onderwerp
Beleidsbrief marktscan extramurale farmaceutische zorg

Datum
26 februari 2013

Mevrouw de minister,

Hierbij stuur ik u de marktscan extramurale farmaceutische zorg (verder: farmacie). De marktscan geeft de stand van zaken op de markt voor extramurale farmacie. In deze brief geven wij eerst onze visie op de farmacie, daarna bespreken we de belangrijkste zaken uit de marktscan.

Het consumentenbelang is belangrijk voor de NZa, met die blik duiden wij deze marktscan: hoe staat het met de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de farmacie voor de consument?

Afgezet tegen deze drie criteria geeft de marktscan het volgende beeld. De toegankelijkheid is goed, de macro-kosten zijn stabiel waarbij de prijs voor terhandstelling licht dalend is. Over de ontwikkeling van de kwaliteit kunnen wij geen oordeel geven. Daartoe is te weinig informatie beschikbaar. Uit de marktscan blijkt wel dat de consument tevreden is over de dienstverlening in de apotheek.

De locatie is voor de consument de belangrijkste overweging voor de keuze van een apotheek. In 2012 is er een contracteergraad van 94% wat betekent dat de consument, onafhankelijk van zijn zorgverzekeraar, bij vrijwel iedere apotheek terecht kan en vanuit zijn polis niet bij hoeft te betalen. De prijs maakt voor de consument niet het verschil.

Wat betreft kwaliteit is verbetering mogelijk. In vergelijking met de monitor extramurale farmacie 2010 zien wij nauwelijks ontwikkeling in de kwaliteitsafspraken die zorgverzekeraars en apothekers maken.[1] Wij verwachten dat zorgverzekeraars dit, net zoals de ervaring is in andere zorgsectoren met vrije tarieven, in de toekomst meer gaan doen. De prestaties die de sector gezamenlijk heeft ontwikkeld, geven daartoe alle ruimte. Wij zullen de koepels van zorgverzekeraars en apotheekhoudenden uitnodigen om na te gaan of wijzigingen in de

[1] www.nza.nl, monitor extramurale farmacie 2010, een nulmeting van deze markt, juni 2010

prestaties gewenst zijn. Transparantie over de geleverde kwaliteit is van belang om meer kwaliteitsafspraken te maken. Die gewenste transparantie komt slechts langzaam op gang.

Apothekers geven signalen af dat zij ontevreden over het contracteerproces zijn en de financiële positie van veel apothekers zou onder druk staan. Onderzoek naar de financiële positie is niet uitgevoerd omdat wij geen gegevens konden krijgen over het transitiejaar 2012. In de volgende marktscan zal de financiële positie wel worden bezien, zij het beperkt. Wij bezien de solvabiliteit, rentabiliteit en liquiditeit van apotheken. De inkomenspositie van apotheek is geen onderwerp van onderzoek. Door de introductie van vrije prijzen geldt er geen norminkomen meer en is de inkomenspositie van apothekers voor ons geen onderwerp van onderzoek.

Over het onderhandelingsklimaat geven wij geen oordeel. Wij kijken vanuit onze taak primair naar de effecten van dergelijke ontwikkelingen op de positie van de consument. De zorgverzekeraar moet zich aan zijn zorgplicht houden. Hij moet ervoor zorgen dat zijn verzekerden de zorg krijgen waar zij recht op hebben.[2] Omgekeerd dienen apothekers zich te houden aan de vigerende kwaliteitsnormen, onder toezicht van de IGZ.

Als één van de publieke belangen in gevaar komt dan zullen wij in eerste instantie de zorgverzekeraars hierop aanspreken.[3] We hebben de bovengenoemde signalen doorgegeven aan de door u aangestelde verkenners.

Over marktscans van de NZa
De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, gebruiken wij onder andere marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op (een gedeelte van) een bepaalde markt. Dit omvat een beschrijving van de marktstructuur, het marktgedrag en de marktuitkomsten ten aanzien van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg

Marktstructuur
In de afgelopen jaren is het aantal openbare apotheken licht gestegen. Het totale aantal apotheken ligt al enkele jaren rond de 2.000. De meest recente signalen zijn dat in 2012 het aantal apotheken voor het eerst is afgenomen ten opzichte van het voorgaande jaar.[4] In de volgende marktscan moet blijken of dit daadwerkelijk het geval is en of de daling doorzet.

De verzorgingsgebieden van alle apotheekhoudenden, openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen lijken heel Nederland te dekken. Het gemiddeld aantal inwoners per provincie per apotheek ligt rond de 8.500. In dunbevolkte gebieden, zoals Zeeland en het noorden

[2] De NZa heeft voor haar toezicht op de zorgplicht het toezichtskader Zorgplicht Zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-006) opgesteld. Als het om kwaliteit gaat heeft de aanbieder zelf uiteraard ook een verantwoordelijkheid. Hier ziet de IGZ op toe.
[3] De NZa heeft voor haar toezicht op de zorgplicht het toezichtskader Zorgplicht Zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-006) opgesteld.
[4] Pharmaceutisch weekblad, Jaargang 148 Nr 4, 24 januauri 2013.

van Nederland, is het aantal inwoners per apotheek het hoogst. In deze gebieden is de keuze voor de patiënt beperkter.

Er is meer personeel per apotheek in 2012 vergeleken met 2011. Maar die personeelsleden verwerken wel meer receptregels, de productiviteit is hoger geworden. De consument is tevreden over de wachttijd en snelheid van helpen.

Marktgedrag
Uit de (declaratie)gegevens die wij ter beschikking hebben, is niet op te maken of de prestaties 2 t/m 5 uit de basisverzekering, waar de verzekerde recht op heeft indien dat noodzakelijk is, ook daadwerkelijk geleverd worden. Voor ons toezicht op de zorgplicht is dit een belangrijk punt.

De contracteergraad voor de prestatie terhandstelling is zeer hoog. Een aantal zorgverzekeraars heeft ervoor gekozen de prestatie terhandstelling te contracteren als een all-in tarief. De overige prestaties die onder de basisverzekering vallen, de prestaties 2 t/m 5, worden niet als aparte, maar in één tarief voor de terhandstelling in rekening gebracht. Een zorgverzekeraar die ervoor kiest farmaceutische zorg te contracteren via een all-in tarief moet kunnen garanderen dat de overige verzekerde prestaties waar de verzekerde recht op heeft, ook daadwerkelijk geleverd worden aan de verzekerde.

Eén zorgverzekeraar stelt zelfs dat ook de niet verzekerde prestaties 6 t/m 10 via het all-in tarief zijn gecontracteerd. We merken hierover op dat slechts kosten van prestaties die onder de aanspraken Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen, ingebracht mogen worden in de risicoverevening. Zorgverzekeraars dienen in het kader van de inbreng van kosten van prestaties in de risicoverevening na te gaan of en in hoeverre bij de prestaties farmaceutische hulp, met name de prestaties 1 tot en met 5, sprake is van een aanspraak in het kader van de Zvw. De NZa betrekt dit in haar vereveningonderzoek Zvw 2012. De NZa gaat na of de zorgverzekeraars en hun accountants dit in voldoende mate hebben betrokken in de opzet (risicoanalyses) en uitvoering van de controle van de kosten van prestaties farmaceutische hulp.

Een deel van de zorgverzekeraars contracteert de prestaties 2 (instructie patiënt UR-geneesmiddel- gerelateerd hulpmiddel) en 3 (Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelgebruik) apart bij apotheken.

De prestaties 4 en 5 (begeleiding bij ziekenhuisopname en begeleiding bij ontslag uit ziekenhuis) zijn door zorgverzekeraars nauwelijks (apart) gecontracteerd bij apotheken. Zorgverzekeraars stellen dat zij deze prestaties, waar de verzekerde recht op heeft vanuit zijn polis, inkopen bij ziekenhuizen.

Inkopen van de prestaties bij andere zorgaanbieders dan apothekers is mogelijk, de prestaties zijn functioneel omschreven.[5] Het gaat bij functionele bekostiging niet om 'wie' maar om 'wat' wordt bekostigd. Het

[5] Uitzondering hierop is de prestaties terhandstelling van een UR-geneesmiddel. Dit is een voorbehouden handeling aan apotheekhoudenden.

kader waarin de zorgverzekeraar zijn beleid kan vormgeven is de zorgplicht die hij heeft tegenover zijn verzekerden. Een verzekerde heeft recht op (vergoeding van) de prestaties 4 en 5 aangezien deze onder de basisverzekering vallen. De zorgverzekeraar dient deze prestaties dan ook in te kopen (naturapolis) dan wel de kosten te vergoeden (restitutiepolis). Op dit moment kunnen wij niet oordelen over de vraag of wat nu gecontracteerd wordt voldoende of onvoldoende is. Daarom zullen wij nader onderzoek doen naar naleving van de zorgplicht in de farmaceutische zorg, in overleg met de IGZ. Wanneer blijkt dat één van de publieke belangen in gevaar komt, dan zullen de betreffende zorgverzekeraars en/of apothekers hierop aangesproken worden.

Wat betreft de contractering zijn voor 2013 de signalen dat een groot deel van de apothekers, ondanks onvrede over de initiële contractvoorstellen, toch een contract hebben getekend met zorgverzekeraars. Dit geldt ook voor dienstapotheken waarvan een aantal aangaf niet kostendekkend te kunnen werken. Zorgverzekeraars hebben op deze problemen ingespeeld en hebben verbeterde voorstellen gedaan wat heeft geleid tot overeenstemming.

Wij hebben recent twee besluiten genomen (één betreft een voorgenomen besluit), die betrekking hebben op de markt voor farmacie. Het eerste besluit betreft een last onder dwangsom voor apothekersnetwerk Stichting OZIS Drechtsteden. Zij moesten een aanbieder van buiten hun regio toelaten op het netwerk. Dit is inmiddels gebeurd.[6] In het tweede (voorgenomen) besluit leggen wij aan twee samenwerkingsverbanden van huisartsen een verplichting op om patiënten door te verwijzen naar de apotheek van hun keuze. De huisartsen weigerden expliciet hun patiënten door te verwijzen naar een bepaalde internetapotheek.[7]

Onderhandelingsklimaat
Veel media berichten over het onderhandelingsklimaat tussen apothekers en zorgverzekeraars en de financiële positie van apotheken. In de enquête onder apothekers komt het onderhandelingsklimaat ook naar voren. De inkoop van farmaceutische zorg door zorgverzekeraars leidde de afgelopen jaren tot veel onvrede aan de zijde van apothekers. Dit geldt zowel voor het proces van contracteren als de inhoud van de contracten. Apothekers geven aan dat de timing van het contracteerproces ongunstig is. In tegenstelling hiermee geven zorgverzekeraars juist aan relatief vroeg in 2011 met de gesprekken over het contract 2012 te zijn begonnen.

Voor een naar de consument transparant proces is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars minimaal zes weken voor het einde van het jaar duidelijk maken met welke aanbieders van farmaceutische zorg zorgaanbieders zij wel of geen contract hebben voor het komende jaar. Zo hebben consumenten maximale informatie over het gecontracteerde aanbod en kunnen zij een betere keuze maken voor een polis. Dit moet wettelijke geregeld worden zodat wij ook kunnen nagaan of verzekeraars

[6] http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/apotheekzorg/actueel/NZa-dwingt-apothekersnetwerk-om-andere-apotheek-toe-te-laten/
[7] http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/AMM/actueel/NZa-tikt-samenwerkingsverband-huisartsen-op-de-vingers/

zich aan die verplichting houden en maatregelen kunnen nemen als dat nodig is.

Apothekers geven ook aan dat zij weinig onderhandelingsruimte ervaren. Wij benadrukken dat er niet zo iets bestaat als een recht op individuele onderhandeling. Ook over het tarief en het aantal prestaties dat gecontracteerd is, zijn apothekers ontevreden.

Gelijk speelveld
Eén van de klachten die naar voren komt uit de enquête is het gebrek aan een "gelijk speelveld" in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en apotheekhoudenden. Wij beschouwen enige inkoopmacht bij de zorgverzekeraar in het zorgstelsel functioneel om tot een borging van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te komen.[8] Daarbij is van belang dat de zorgverzekeringsmarkt voldoende concurrerend is zodat de voordelen die deze inkoopmacht meebrengt worden doorgegeven aan de consument. In onze jongste marktscan Zorgverzekeringmarkt hebben we geconstateerd dat de markt voor zorgverzekeringen concurrerend is.[9]

Kwaliteit
Om de kwaliteit inzichtelijk te maken hebben wij de contractafspraken tussen zorgverzekeraars en apotheken onderzocht op kwaliteitsaspecten en gekeken naar het aantal klachten over apothekers bij verschillende instanties. De afspraken over kwaliteit die zorgverzekeraars in hun contracten opnemen, beoordelen we als zeer basaal. Er worden voornamelijk afspraken gemaakt over basiseisen, zoals voldoen aan de Nederlandse Apotheek Norm (NAN). Ten opzichte van de monitor 2010 ziet de NZa nauwelijks ontwikkeling in de kwaliteitsafspraken.
Voldoen aan de NAN is ook één van de normen die de IGZ gebruikt bij haar toezicht. Daar waar aanvullende kwaliteitsafspraken worden gemaakt zijn het voornamelijk proces- en structuurindicatoren.

In 2012 zijn nieuwe prestaties ingevoerd, die de dienstverlening van apotheken meer benadrukken. Een transitie van een systeem waarin de inkoop en distributie van geneesmiddelen centraal stond, naar een systeem waarin de zorginhoudelijke dienstverlening centraal staat heeft tijd nodig om zich te ontwikkelen. 2012 is dan ook te beschouwen als een overgangsjaar. Dat er nieuwe initiatieven zijn ontstaan in 2012 of zijn gecontinueerd, zoals het programma Geïntegreerde Farmaceutische Zorg en Connecting Care, zijn positieve voorbeelden van kwaliteitsverbeteringen.

Wij verwachten van zorgverzekeraars dat zij kwaliteitsaspecten in hun inkoop meer betrekken zodat de zorginhoudelijke dienstverlening van apothekers meer centraal komt te staan. Hiertoe zijn immers de nieuwe prestaties ontwikkeld en vastgesteld. Zorgverzekeraars hebben veel vrijheid om hun inkoop van extramurale farmaceutische zorg zelf vorm te geven. Niet alle prestaties onder de basisverzekering hoeven apart bij iedere individuele apotheek te worden ingekocht. Ook hebben zorgverzekeraars vrijheid in bepalen van het tarief dat ze overeenkomen

[8] www.nza.nl, Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen, januari 2010.
[9] www.nza.nl, marktscan Zorgverzekeringsmarkt, weergave van de markt 2008-2012, juni 2012.

met apothekers. Wij grijpen in als een zorgverzekeraar bij de zorginkoop of de vergoeding van zorg niet aan haar zorgplicht voldoet of als zij algemene, structurele (markt-) belemmeringen constateert. Bij constatering van algemene, structurele (markt-) belemmeringen kunnen wij regels op stellen op grond van artikel 45 Wmg. Daarbij kunnen instructies worden gegeven over de wijze van de totstandkoming van een contract of kunnen voorwaarden in overeenkomsten worden opgelegd.[10]

Transparantie
Meer aandacht voor kwaliteit in de inkoop vergt dat er transparantie is over de kwaliteit. De transparantie in de farmaceutische zorg komt langzaam op gang. In het voorjaar van 2013 worden de eerste resultaten van het meten van kwaliteitsindicatoren beschikbaar voor de consument via Kiesbeter.nl. 14 van de 54 uitgevraagde indicatoren zijn voldoende valide om gepubliceerd te worden. Positief is dat naast de zorginhoudelijke indicatoren er ook CQ-indicatoren en etalageplus-vragenlijsten zijn ontwikkeld die gelijktijdig worden uitgevraagd. Dit beperkt de administratieve lasten voor de apotheker en geeft extra informatie voor de consument.

Transparantie over kwaliteit is voor de inkoop door zorgverzekeraars uitermate belangrijk. Kwaliteit belonen vergt dus een inspanning van alle marktpartijen. Uit eerdere ervaringen in zorgmarkten waarbij het tarief werd vrijgegeven, zoals de fysiotherapie, is bekend dat de ontwikkeling van transparantie enkele jaren is beslag neemt.

Klachten
Het aantal klachten over de extramurale farmacie is beperkt. De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en de NZa ontvangen wel een stijgend aantal meldingen waarbij de consument het gevoel heeft klem te zitten tussen voorschrijver, apotheek en zorgverzekeraar. Het preferentiebeleid speelt vaak een rol in deze casuïstiek. Zo komen er meldingen binnen over het weigeren van apothekers om voorgeschreven geneesmiddelen, soms met het begrip 'medische noodzaak' op het recept, te verstrekken. Ook komen er vragen binnen of zelf betalen van niet preferentie geneesmiddelen mogelijk is. Rondom medische noodzaak zijn er al positieve ontwikkelingen, een door apothekers ontwikkeld formulier om medische noodzaak vast te stellen is overgenomen door de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten wel duidelijk aangeven hoe zij hun verzekerden gaan ondersteunen als voorschrijver en apotheker het niet eens zijn of er sprake is van medische noodzaak.

Wij wijzen erop dat de zorgverzekeraar duidelijke informatie moet geven over het preferentiebeleid. Dit geldt ook voor situaties als medische noodzaak. De toetspunten zijn opgenomen in de beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten (BR/TH-007). Uit het laatste self assessment dat wij hebben laten uitvoeren door zorgverzekeraars, bleek dat 3 websites van 2 verzekeraars niet voldeden aan de in de beleidsregel gestelde eisen ten aanzien van het

[10] Toelichting *Toepassing artikel 45 Wmg, december 2009.* www.nza.nl

preferentiebeleid. Vooral de lijst met preferente middelen ontbrak. De verzekeraars hebben dit vervolgens aangepast.[11]

Toegankelijkheid
Zoals eerder aangegeven is de toegankelijkheid van farmaceutische zorg goed. Veel consumenten kunnen binnen enkele minuten bij een apotheek zijn. Eenmaal binnen de apotheek is de consument (zeer) tevreden over de wachttijd en de snelheid waarmee hij geholpen wordt.

Betaalbaarheid
De macrokosten voor farmaceutische zorg zijn al enkele jaren stabiel. Binnen de totale uitgaven vindt er wel een verschuiving plaats van de kosten van geneesmiddelen naar de dienstverlening. Vooral het volume aan weekterhandstellingen vertoont al jaren een groei. Het preferentiebeleid dat zorgverzekeraars sinds 2004 voeren heeft tot besparingen geleid van minimaal € 0,75 mld. tot maximaal € 0,9 mld.

De totale kosten aan geneesmiddelen liggen rond de € 3,6 mld. Er is een verschuiving van de kosten van preferente clusters (waar minimaal 1 verzekeraar in de periode 2004-2011 een middel als preferent heeft aangewezen) naar niet preferente clusters (waar geen van de verzekeraars in de periode 2004-2011 een middel als preferent heeft aangewezen). Het volume aan geneesmiddelen is licht gedaald in 2011. Dit is een trendbreuk ten opzichte van de afgelopen jaren waarin het aantal DDD's (Defined Daily Dose) jaarlijks steeg.

De prijsontwikkeling (AIP/DDD) van geneesmiddelen hangt sterk samen met het feit of het geneesmiddel in een preferent cluster zit. Zowel generieke middelen als spécialités binnen een preferent cluster dalen in prijs. Geneesmiddelen buiten een preferent cluster stijgen juist in prijs. Dit geldt zowel voor generieke middelen als spécialités.

De marktscan geeft inzicht in de uitgaven aan dienstverlening in de eerste acht maanden van 2012. Extrapolatie van de uitgaven aan dienstverlening t/m augustus (€ 848,6 mln.) leidt tot totale kosten van € 1.273 mln. Een kleine stijging ten opzichte van 2011. Hierbij moet worden aangetekend dat de uitgaven voor farmaceutische zorg niet lineair zijn, de grootste uitgaven vinden altijd plaats in het laatste kwartaal. De stijging valt hierdoor vermoedelijk hoger uit. Aangezien de uitgaven aan geneesmiddelen in 2012 niet bij ons bekend zijn, is er nog geen uitspraak te doen over de macrokosten 2012. Wij zullen dit in de volgende marktscan farmacie weergeven.

De stijging in kosten voor de dienstverlening is te verklaren door een stijging van het aantal prestaties voor dienstverlening. Extrapolatie van het aantal prestaties t/m augustus 2012 voor heel 2012 laat een grote stijging zien van bijna 10 procent tot 219 mln. De prijzen voor de prestaties zijn gedaald.

Uit de marktscan blijkt ook dat de hoogte van de contractprijzen niet afhankelijk is van de locatie van de apotheek. We hadden verwacht dat in een regio met veel concurrentie tussen apothekers, dus waar

[11] www.nza.nl, Samenvattend rapport Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011, september 2012.

consumenten kunnen kiezen, de tarieven lager zouden liggen dan in bijvoorbeeld een plattelandsregio waar de consument weinig keus. Dit is niet het geval. De verzekeraars lijken vooralsnog hierin geen onderscheid te maken.

Zeeland en Friesland hebben de minste apotheken per 10.000 inwoners maar de prijsontwikkeling is daar gemiddeld. De provincie met de hoogste gemiddelde vergoeding, Flevoland, kent een gemiddeld aantal apotheken per 10.000 inwoners. Alleen bij de provincie Limburg zit er een verband tussen het hoge aantal apotheken per 10.000 inwoners (1,3) en de lage gemiddelde vergoeding.

Toen de nieuwe prestaties en vrije prijzen ingevoerd werden, vreesden zorgverzekeraars dat de geneesmiddelenprijzen zouden stijgen.
Er zijn geen signalen dat de prijzen sterk zijn gestegen, ondanks het ontbreken van gegevens over de geneesmiddelenprijzen en volumes in 2012. Zorgverzekeraars hebben diverse modellen ontwikkeld om grip te houden op de prijzen van geneesmiddelen. Het nieuwste model is de historische prijzen waarbij het maximum voor een geneesmiddel is bepaald op basis van historische prijsgegevens.

Samen met het document van de twee verkenners die u hebt aangesteld, hopen wij dat u in staat bent een goed beeld te vormen over de stand van zaken in de extramurale farmaceutische zorgverlening.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
plaatsvervangend voorzitter