

Marktscan

Extramurale Farmaceutische zorg

CONCEPT TER CONSULTATIE

Januari 2013

CONCEPT TER CONSULTATIE

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.1.1 Vrije prijzen	8
1.1.2 Quicksan	8
1.2 Onderscheid marktscan en beleidsbrief	9
1.3 Totstandkoming marktscans	9
1.4 Bronnen	9
1.5 Leeswijzer	10
2. Omschrijving van de markt	11
2.1 Wat is extramurale farmaceutische zorg?	11
2.2 Wie leveren extramurale farmaceutische zorg?	11
2.3 Waar wordt extramurale farmaceutische zorg geleverd?	12
2.4 Wie maken gebruik van extramurale farmaceutische zorg?	13
2.5 Bekostiging van extramurale farmaceutische zorg	14
2.5.1 Vrije tarieven	15
2.6 Vergoeding van extramurale farmaceutische zorg	16
3. Marktstructuur	18
3.1 Aantal extramurale farmaceutische zorg aanbieders	18
3.1.1 Openbare apotheken	18
3.1.2 Apotheekhoudende huisartsen	19
3.2 Spreiding extramurale farmaceutische zorg aanbieders	20
3.3 Toe en uitreders	25
3.4 Nieuwe initiatieven en vormen van aanbod	26
3.5 Praktijksamenstelling	27
4. Marktgedrag	29
4.1 Zorginkoop	29
4.1.1. Contracteergraad	29
4.1.2. Gecontracteerde zorgprestaties	29
4.2 Contracteerproces	31
4.2.1 Gebruik van de Good Contracting practices	31
4.2.2 Inrichting van het contracteerproces	31
4.2.3 Beleving van het contracteerproces vanuit de apotheekhoudenden	34
4.2.4 Beleving van het contracteerproces vanuit de zorgverzekeraars	34
4.2.5 Consumentenkeuze voor apotheek	35
5. Kwaliteit	37
5.1 Contractafspraken over kwaliteit	37
5.2 Kwaliteit van zorg	38
5.2.1 Toezicht IGZ	38
5.2.2 Normen	39
5.2.3 Indicatorenset Zichtbare zorg	39
5.3 Transparantie van informatie	40
5.4 Klachten over apotheken	40
5.4.1 Klachtencommissie	41
5.4.2 De onafhankelijke bemiddelaar	42
5.4.3 Klachten en meldingen bij de NZa	42
6. Toegankelijkheid	44

6.1	Wachttijden	44
6.2	Fysieke toegankelijkheid	47
6.3	Online toegankelijkheid	47
6.4	Financiële toegankelijkheid	48
7.	Betaalbaarheid	49
7.1	Inleiding	49
7.2	Macrogegevens farmaceutische zorg	50
7.3	Kostenontwikkeling dienstverlening	51
7.3.1	Volumeontwikkeling dienstverlening	53
7.3.2	Prijsontwikkeling van de dienstverlening	56
7.4	Kosten geneesmiddelen	59
7.4.1	Volumeontwikkeling geneesmiddelen	59
7.4.2	Prijsontwikkeling geneesmiddelen	60
Bijlage 1:	Bronnen en methoden	61
Bijlage 2:	Prestatiecodelijst Z-Index	63
Bijlage 3:	Prestatiebeschrijvingen	65
	Prestaties	65
	Deelprestaties	66
Bijlage 4:	Vragenlijst (versie 1)	68
Bijlage 5:	Vragenlijst (versie 2)	74

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 regulerings taken.

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

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

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

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

CONCEPT TER CONSULTATIE

Managementsamenvatting

PM

CONCEPT TER CONSULTATIE

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 inzet¹.

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."

(www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/vrije-prijzen-eerstelijnszorg/stappenplan/)

1.1.2 Quickscan

De NZa heeft in 2012 reeds gepubliceerd over de Extramurale farmaceutische zorgmarkt. Er is een quickscan² 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 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 marktuitskomsten 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 vergoedingsbeleid 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

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.

CONCEPT TER CONSULTATIE

2. Omschrijving van de markt

2.1 Wat is extramurale farmaceutische zorg?

Extramurale farmaceutische zorg is het verstrekken van 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 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.³

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. (NZa, monitor 2010)

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, vaak als nevenvestiging van een openbare apotheek;
- Internetapotheken;
- Dienstoptheken.

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.

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

³ Voor 2012 TB/CU-5042-02 en BR/CU-5046.

Naast de internetapotheken hebben zogenoemde klassieke (stenen) 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. Sommige klassieke stenen apotheken hebben ook een eigen bezorgdienst.

Alle internetapotheken staan net als de klassieke stenen 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. Er zijn tot op heden geen signalen die er op wijzen dat internetapotheken ondermaatse zorg leveren. Sommigen van de internetapotheken ondernemen aanvullende activiteiten om andere apotheken te informeren over het geneesmiddelengebruik. Zo geven een aantal internetapotheken op verzoek een overzicht met de gebruikte medicijnen aan de patiënt.

Organisatie

De extramurale farmaceutische zorgprestaties zijn functioneel omschreven in de beleidsregel⁴, 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'.

Van de mogelijkheid dat ook andere aanbieders dan de apotheker of een apotheekhoudende huisarts farmaceutische zorg kunnen leveren wordt nog geen gebruik gemaakt. In deze marktscan zijn deze dan ook niet onderscheiden.

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 zorgverlening aan consumenten en is voor alle consumenten benaderbaar voor deze zorg.

⁴ BR/CU-5046

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)⁵.

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

Aantal verstrekte geneesmiddelen					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

⁵ 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	ANZ	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 en de prijs en de inhoud van andere farmaceutische zorg.

2.6 Vergoeding van extramurale farmaceutische zorg

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

- Valt de zorg onder de basisverzekering?
- Wordt de zorg vergoed door de zorgverzekeraar?
- Valt de zorg onder het eigen risico?

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 apotheekhoudenden. 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 uitingvorm 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. Preferentiebeleid komt in hoofdstuk vier uitgebreid aan bod.

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. Naast de mogelijkheid dat er een eigen bijdrage geldt voor een geneesmiddel geldt ook het eigen risico.

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.

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.

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.

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 apotheekhoudenden actief zijn op de markt voor de extramurale farmaceutische zorg.⁶ 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. Op dat moment zijn er 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 klassieke apotheken zit hoofdzakelijk in de wijze van terhandstellen en dat zij meestal geen klassieke (stenen) apotheek zijn. De terhandstelling is in de meeste gevallen enkel mogelijk 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.

⁶ Peildatum 9 augustus 2012

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.

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 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 huisartsen⁷.

⁷ 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 3.1. Aantal openbare apotheken per 10.000 inwoners

Provincie	2012
Groningen	1,0
Friesland	1,0
Drenthe	1,1
Overijssel	1,1
Flevoland	1,2
Gelderland	1,1
Utrecht	1,2
Noord-Holland	1,2
Zuid-Holland	1,3
Zeeland	0,8
Noord-Brabant	1,2
Limburg	1,3
Nederland	1,2

Bron: CBS, Vektis, IGZ

Uit bovenstaande tabel blijkt dat inwoners van Zuid-Holland en Limburg de meeste apotheken tot hun beschikking hebben.

Het aantal apotheken per 10.000 inwoners 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.

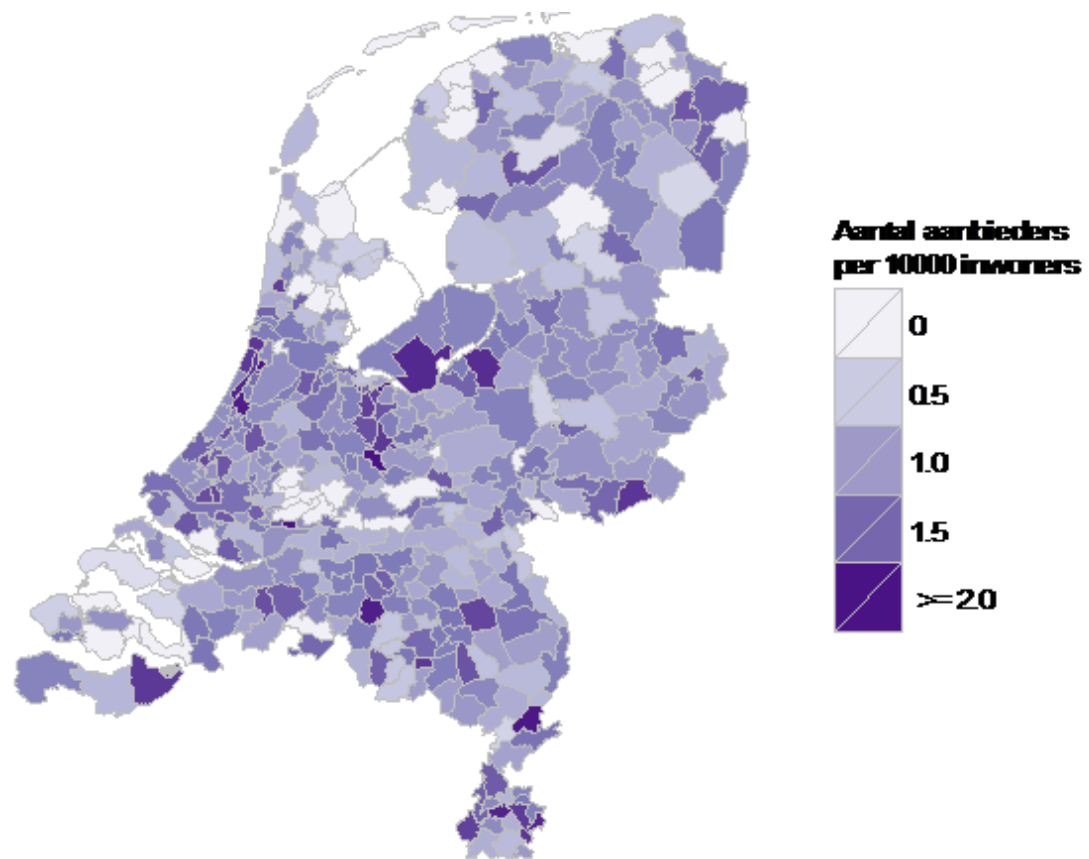
Hierna volgen vijf kaarten van Nederland waarin het aanbod van apotheekhoudenden is weergegeven op gemeenteniveau. De weergave is op gemeenteniveau omdat de extramurale farmaceutische zorg lokaal wordt geleverd in Nederland. Het is daarom interessant om het aanbod op gemeenteniveau in kaart te brengen.

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 beschreven in de Geneesmiddelenwet.

De afstand van 4,5 kilometer is in deze wet een norm waarbinnen men een apotheek zou moeten kunnen bereiken. Indien dit niet het geval is moet er in dat gebied een apotheekhoudende huisarts zijn.

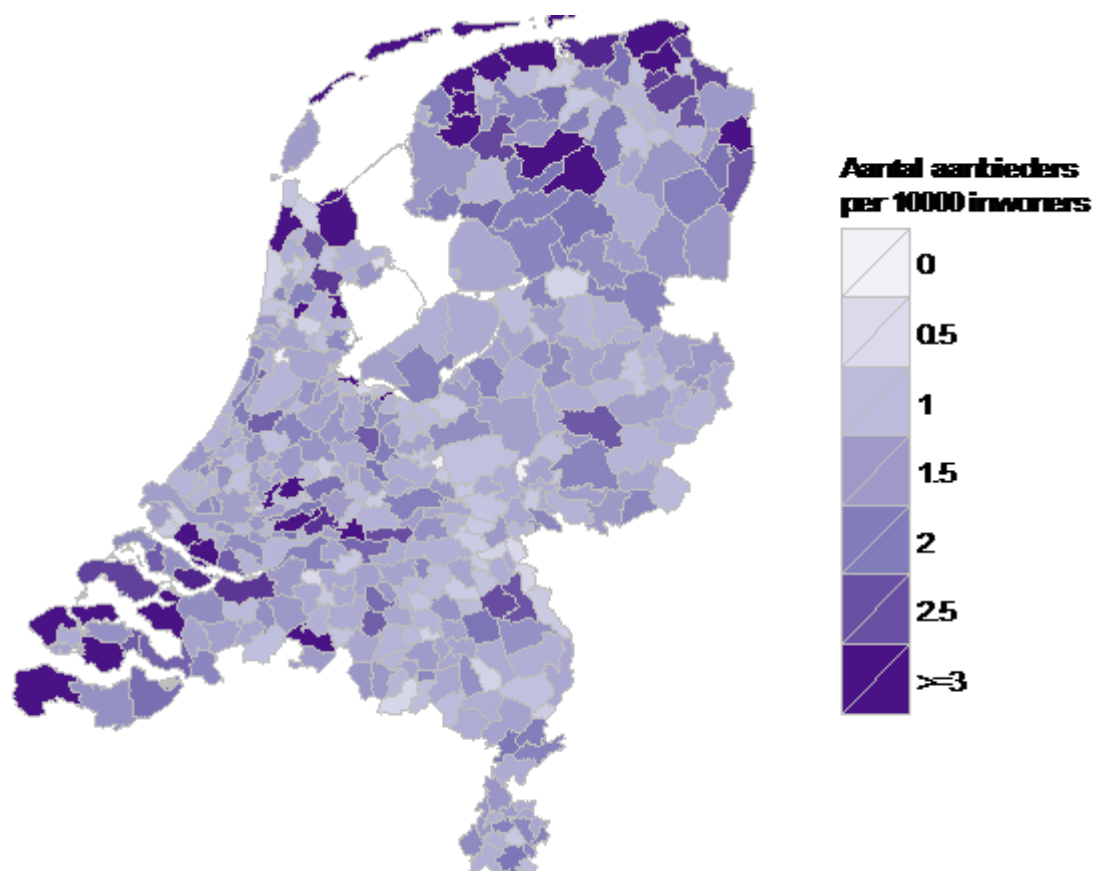
Het verzorgingsgebied van apotheekhoudende huisartsen sluit redelijk aan bij het verzorgingsgebied van de openbare apotheken. Deze verzorgingsgebieden zijn weergegeven in de twee laatste kaarten in deze paragraaf.

Figuur 3.1. Openbare apotheken

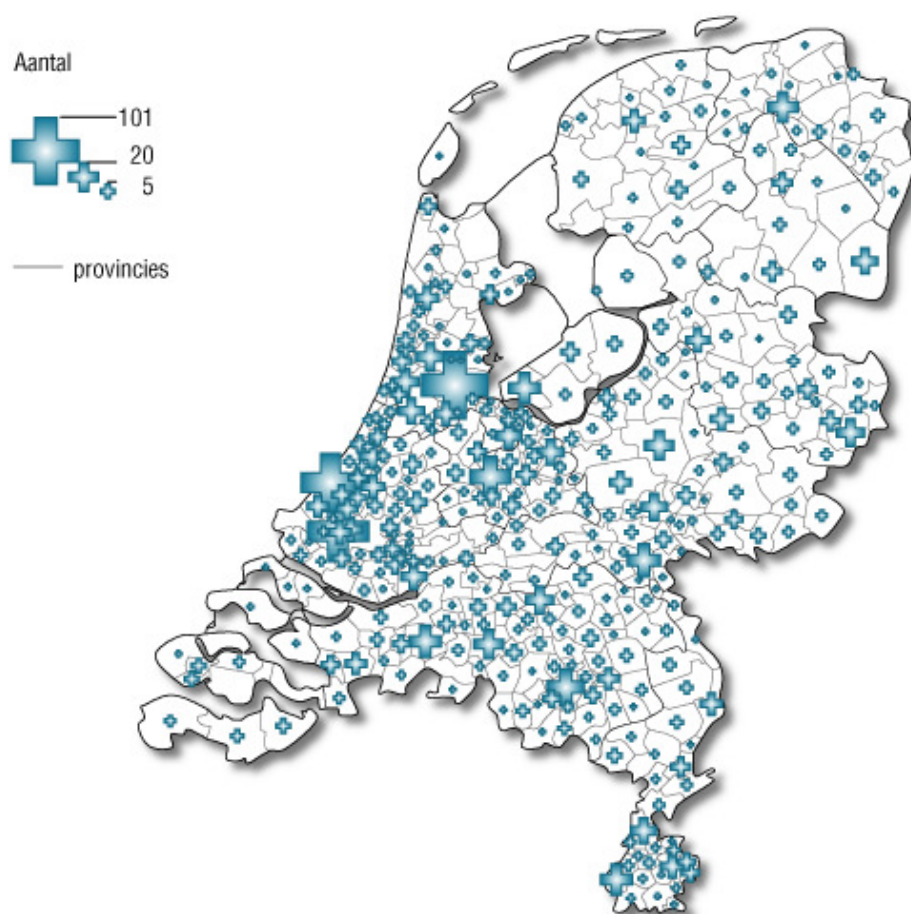
Bron: CBS, 2011 en IGZ.

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.

Figuur 3.2. Openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen



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 (9%) mensen. Voor de meeste van hen werd in 2011 de levering van (recept-) geneesmiddelen door een apotheekhoudende huisarts verzorgd⁸.

⁸ 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 Toe en uitreders

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

Tabel 3.2. Openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen

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

Bron: Kamer van Koophandel

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 meer stoppers dan starters in deze periode. Van het totale aantal stoppers is de oorzaak in 5 gevallen een faillissement.

Figuur 3.6. 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 3.6 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.

3.4 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.

3.5 Praktijksamenstelling

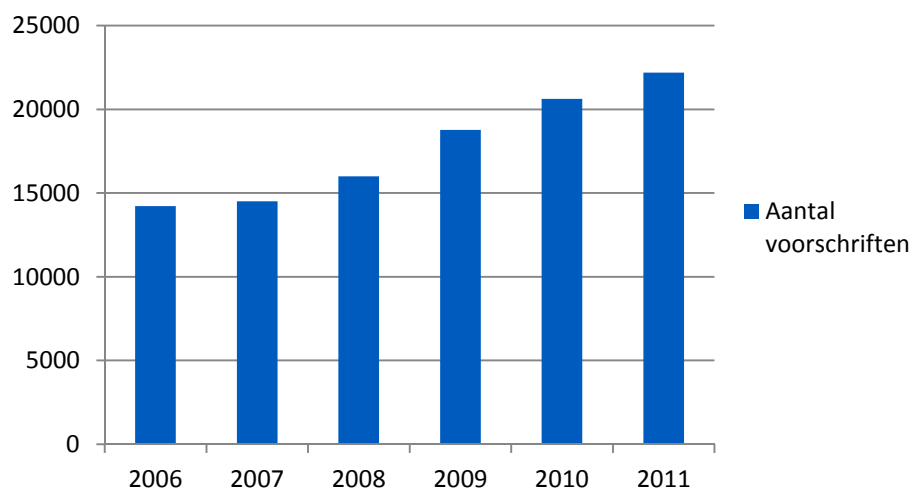
In een apotheek is in de meeste gevallen naast de apotheker, personeel werkzaam. Een apothekersassistent is de meest voorkomende vorm van personeel. Daarnaast is er nog ondersteunend personeel. Op 1 januari 2011 en 1 januari 2012 waren er volgens opgave van het Pensioenfonds Medewerkers Apotheken respectievelijk 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 bevoorradingswerkzaamheden 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 3.7 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 weekafleveringen⁹.

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.

⁹ SFK data en feiten 2011 en 2012

Figuur 3.7. De verwerkingsgraad, het aantal voorschriften dat wordt verwerkt door een fulltime apothekersassistent per jaar.



Bron: SFK data en feiten 2012

CONCEPT TER CONSULTA

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 komt de contracteergraad aan bod, de gecontracteerde zorgprestaties, de vormen van preferentiebeleid en zorginkoop aan de hand van historische prijzen.

4.1.1. Contracteergraad

Er zijn in Nederland vier zorgverzekeraars met een gezamenlijk marktaandeel van ongeveer 90%. Een aantal resterende kleinere zorgverzekeraars voert buiten hun regio de zorginkoop uit via de inkoopcombinatie Multizorg¹⁰. Derhalve zijn er op de farmaciemarkt een vijftal grote inkopers actief.

Zorgverzekeraars maken contractafspraken met aanbieders van extramurale farmaceutische zorg. Zoals eerder beschreven in hoofdstuk 3 zijn er in Nederland ongeveer 2000 apotheken actief. Daarnaast zijn er 417 apotheekhoudende huisartspraktijken. Zorgverzekeraars is gevraagd het aantal voorgelegde en ondertekende contracten op te geven. Tabel 4.1 geeft hiervan een overzicht.

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)

Het percentage afgesloten contracten van het aantal aangeboden contracten is weergegeven in tabel 4.1. In april 2012 was 94% van het aantal aangeboden contracten getekend. De contracten die na april 2012 zijn afgesloten zijn niet meegenomen in tabel 4.1.

4.1.2. Gecontracteerde zorgprestaties

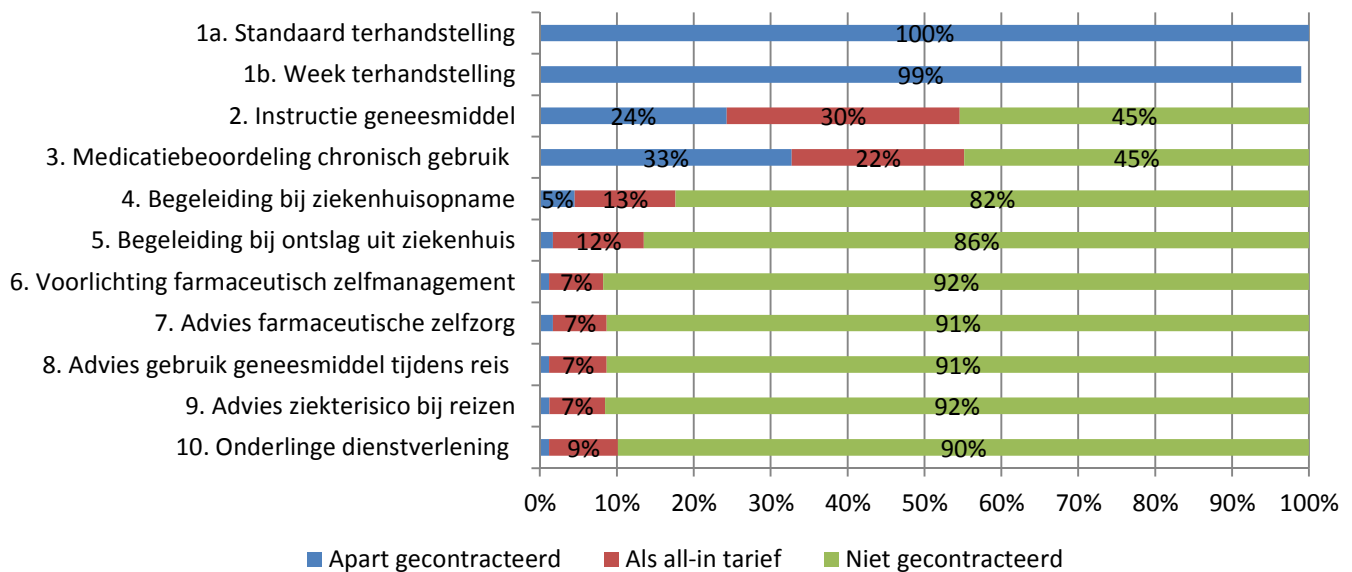
De prestaties (tabel 2.2) die in de beleidsregel Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg (BR/CU-5046) zijn vastgelegd, worden niet door alle verzekeraars als een aparte prestatie gecontracteerd. Veel verzekeraars maken gebruik van een all-in tarief. Dit houdt in dat in het contract is opgenomen dat de kosten voor bepaalde zorgprestaties niet als aparte prestatie, maar in één tarief voor de terhandstelling in rekening worden gebracht. Hieronder wordt per prestatie beschreven of de prestatie apart

¹⁰ Bij de inkoopcombinatie Multizorg zijn aangesloten: ASR, DSW, ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid. DSW en Zorg en Zekerheid maken echter geen gebruik van Multizorg bij de inkoop van extramurale farmacie. Eno participeert alleen buiten haar regio in Multizorg.

is gecontracteerd, niet is gecontracteerd of dat de kosten voor de zorgprestatie zijn verdisconteerd in een all-in tarief.

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, vervolgtterhandstelling, 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 medicatiebewaking besluit een medicijn toch niet te verstrekken. Prestatie 3, medicatiebewaking 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. De prestaties 4 en 5, de begeleiding bij opname en ontslag in het ziekenhuis, worden door geen enkele zorgverzekeraar standaard als aparte prestatie gecontracteerd. Wel geven vier zorgverzekeraars aan dat 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 ziekhuisapothek is gecontracteerd. 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. In hoofdstuk 7 wordt ingegaan op de tariefontwikkeling.

Uit een enquête onder apotheekehoudenden (n=106) die de NZa in oktober en november 2012 heeft uitgezet komt een licht afwijkend beeld over de gecontracteerde prestaties naar voren in vergelijking met de informatie die door verzekeraars is verstrekt (figuur 4.1). 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 ruim 50% 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.

Figuur 4.1 Contracteergraad per prestatie

Bron: Enquête onder apotheken, NZa

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 (GCP) voor vrije beroepsbeoefenaren voortgekomen. De NZa heeft middels een enquête onder apotheekehoudenden (n=219) onderzocht hoe het contracteerproces is verlopen en in welke mate gebruik is gemaakt van de GCP. 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.

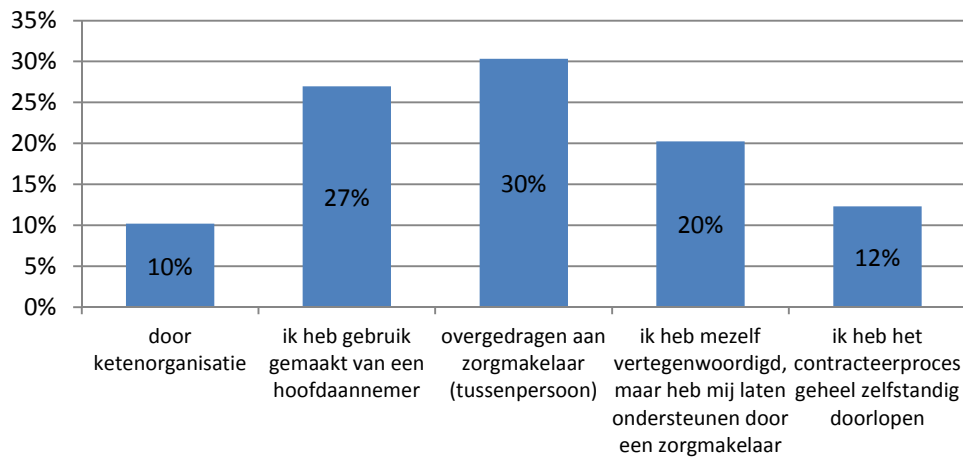
1% van de respondenten stelt dat de GCP grotendeels zijn gebruikt gedurende het contracteerproces. Eén derde stelt dat de GCP grotendeels niet zijn gebruikt, één derde geeft aan dat ze helemaal niet zijn gebruikt en nog eens één derde van de respondenten weet niet of de GCP zijn gebruikt.

4.2.2 Inrichting van het contracteerproces

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens beschreven hoe er is gecontracteerd, het tijdsplan 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.

Figuur 4.2 Wijze van contracteren

Bron: Enquête onder apotheken, NZa

Door ongeveer een kwart van de respondenten en de bijbehorende gesloten contracten is gebruik 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.

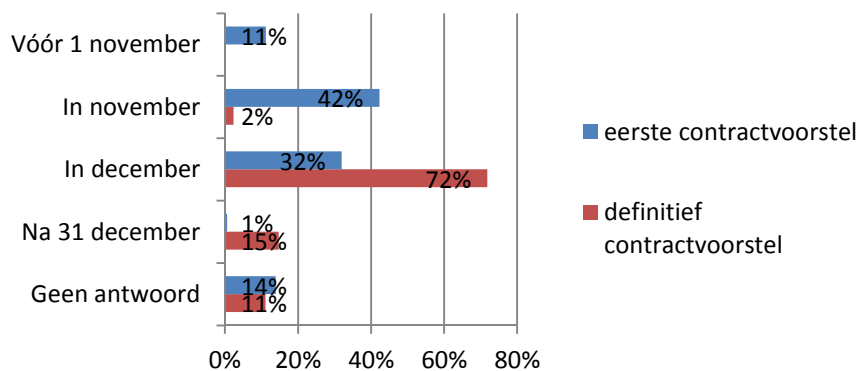
Bij de helft van de respondenten zijn de bijbehorende contracten afgesloten door een zorgmakelaar of door de apotheehouder met ondersteuning van een zorgmakelaar. De zorgmakelaar fungeert in het proces als bemiddelaar tussen zorgverzekeraar en apotheehouder. Van alle respondenten heeft 12% zelf een contract afgesloten zonder verdere ondersteuning en bij 10% van de respondenten is er sprake van een vertegenwoordiger. De ketenapothekers zijn in het contracteerproces vertegenwoordigd. Dat wil zeggen dat onder de respondenten 10% als een vertegenwoordiger reageert voor meerdere (keten)apotheeklocaties (ketens). Dit geeft een vertekend beeld. Achter de 10% behoren wel vele apotheeklocaties.

Tijdspad en communicatieprotocol

Gemiddeld 12% van de respondenten geeft 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 Tijdsfad eerste en definitieve contractvoorstel

Bron: Enquête onder apotheken, NZa

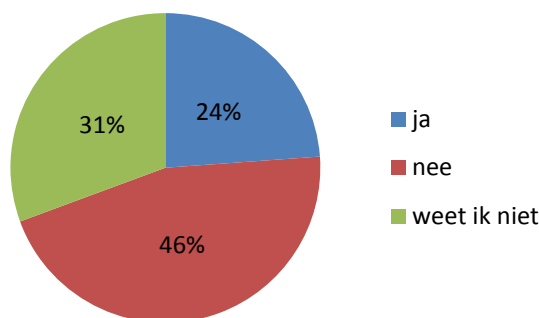
Dit beeld van de apotheekhoudenden komt overeen met de informatie van de zorgverzekeraars. Op de vraag wanneer de zorgverzekeraars een eerste contract hebben toegestuurd, vallen alle antwoorden in de periode tussen oktober 2011 en eind december. Verscheidene zorgverzekeraars geven aan dat het contracteerproces langer duurde dan gepland. De meeste (vier) zorgverzekeraars geven aan dat zij in september zijn gestart met gesprekken met de ketens en hoofdaanemers; 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 contractvoorstel 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 welke mate de apotheekhoudenden het contracteerproces na afloop geëvalueerd hebben met de zorgverzekeraar. 24% van de respondenten geeft aan dat een evaluatie heeft plaatsgevonden.

Figuur 4.4 Evaluatie van het contracteerproces

Bron: Enquête onder apotheken, NZa

4.2.3 Beleving van het contracteerproces vanuit de apotheekhoudenden

Bij de enquête onder apotheekhoudenden in november (N=106) geven de respondenten aan dat ze ontevreden tot zeer ontevreden 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 volgende opmerkingen het meest gemaakt:

- De timing van het contracteerproces is ongunstig:
 - 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
- De onderhandelruimte wordt als zeer beperkt ervaren
 - '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
- Verdere financiële/contractuele opmerkingen:
 - 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
- Weinig aandacht voor gezondheidsrisico's en discussies met patiënten als gevolg van het preferentiebeleid

4.2.4 Beleving van het contracteerproces vanuit de zorgverzekeraars

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.

4.2.5 Consumentenkeuze voor apotheek

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

Panelleden zijn gevraagd welke overwegingen een rol hebben gespeeld bij de keuze voor een apotheek 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)

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

Bron: Consumentenpanel Motivaction

Panelleden is gevraagd of zij in 2011 of in 2012 hebben overwogen om over te stappen naar een andere apotheek. 9% van de respondenten heeft aangegeven dit overwogen te hebben waarvan uiteindelijk 4% daadwerkelijk is 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 te veel teveel gedoe zou opleveren.

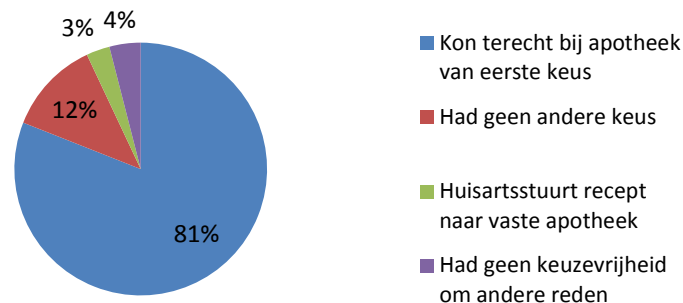
De respondenten die hebben overwogen over te stappen is gevraagd wat de overwegingen waren bij het zoeken naar een nieuwe apotheek (tabel 4.3). De meest genoemde overwegingen zijn service gerelateerd. Daarnaast is 20% van de respondenten overstapt vanwege een verhuizing. Ontevredenheid over de kwaliteit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

Tabel 4.3 Overwegingen om over te stappen

	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

Van de respondenten die zijn overgestapt gaf 81% aan dat zij bij de apotheek van hun eerste keus terecht konden. 3% gaf aan geen keuzevrijheid te hebben omdat de huisarts het recept naar een vaste apotheek stuurt (zie figuur 4.5).

Figuur 4.5 Keuzevrijheid bij overstap naar andere apotheek

Op de vraag of consumenten voldoende informatie hadden om over te kunnen stappen naar een nieuwe apotheek antwoordde 8% 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 ander alternatief bestond.

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;
- Innovaties: nieuwe initiatieven en vormen van aanbod.

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.

Er worden er afspraken over kwaliteit gemaakt. Er worden door drie van de negen zorgverzekeringsconcerns expliciet afspraken gemaakt over toeslagen voor kwaliteit. Alle zorgverzekeraars stellen in de contracten een aantal basiseisen. De belangrijkste zijn: De apotheek moet voldoen aan de wettelijke eisen zoals de Nederlandse Apotheek Norm (NAN), toepassing van het statuut KNMP, 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.

In het bijzonder verdient het programma Geïntegreerde Farmaceutische Zorg aandacht. Dit programma wordt door de Mediq-keten uitgevoerd.

Oorspronkelijk is het programma samen met Achmea 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.

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).

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 hebben betrekking op :

- Collegiale bereidingen

Openbare apotheken en ziekenhuisapotheken 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.

- Bereidingen in ziekenhuisapotheken voor eigen patiënten

In 2012 voert de IGZ bij ziekenhuisapotheken die geneesmiddelen bereiden voor eigen patiënten inspecties uit naar Good Manufacturing Practices - ziekenhuisfarmacie (GMP-Z). Handhaving van deze kwaliteitsnorm gebeurt door de inspectie. Inmiddels voldoet een groot deel van de ziekenhuisapotheken met voorraadbereidingen aan deze kwaliteitsnorm.

- Hoog risico en incidenten

Heel 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. De meest gebruikte normen voor het toezicht zijn de Nederlandse Apotheeknorm (Nan 2006) met bijbehorende Richtlijnen, de Good Manufacturing Practices (GMP-z) en de ziekenhuisvariant daarvan: GMP-Z, de Ziekenhuisapotheek Standaard (ZAS 2010).

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.

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), onderdeel van KNMP. Deze stichting draagt de kosten voor het aanleveren, verzamelen, bewerken en beheer van de zorginhoudelijke data. Dit betekent feitelijk dat alle kwaliteitsdata eigendom is van SKIF/KNMP.

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, openbaar 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 kwaliteitsgegevens¹¹.

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 5.1 blijkt dat 80% van de consumenten enigerlei vorm van advies of instructie heeft gekregen.

Tabel 5.1: In hoeverre heeft de patiënt bij ontvangst van het geneesmiddel instructie, uitleg of advies gekregen?

	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. 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.

¹¹¹¹ <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Farmacie>

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 alleen het jaarverslag over 2010 ontvangen. In 2010 zijn er 58 klachten ingediend bij de klachtencommissie. Deze klachten zijn op te splitsen in 90 verschillende klachtenonderdelen. Eind 2010 waren hiervan nog 18 (32 klachtenonderdelen) klachten in behandeling. In 2009 was het aantal ontvangen klachten een tiental hoger.

De klachtenonderdelen hebben hoofdzakelijk betrekking op de volgende onderwerpen:

Tabel 5.2: Aantal klachten klachtencommissie KNMP 2010

Categorie	Aantal 2010
Farmaceutisch-inhoudelijk	30
Patiënt-rechtelijk	11
Communicatief	19
Organisatorisch	14
Financieel	12

Bron: Jaarverslag 2010 Klachtencommissie KNMP

De farmaceutisch inhoudelijke klachten betreffen vaak 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 medicatie die voor een ander bestemd was en verstreekte geneesmiddelen die over datum bleken.

De patiënt-rechtelijke klachten hebben voor het merendeel betrekking op het schenden van de privacy van de patiënt. Ook wordt een aantal keer geklaagd over het geven van onvoldoende, dan wel misleidende informatie. Ten slotte zijn er klachten over weigering van zorg.

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

Organisatorische klachten betreffen lange wachttijden en het niet thuisbezorgen van medicatie.

Financiële klachten gaan onder meer over het wel in rekening brengen, maar niet afleveren van geneesmiddelen en het opsplitsen van recepten.

Naast de formele schriftelijke klachten heeft de klachtencommissie in 2010 163 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 5.3 een opsplitsing opgenomen van de bemiddelingsverzoeken:

Tabel 5.3: Aantal klachten onafhankelijk bemiddelaar in 2011

Aard van de klacht		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 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 onderstaande tabel zijn deze opgenomen voor de jaren 2011 en 2012:

Tabel 5.4: Aantal signalen door de NZa ontvangen in 2011 en 2012

Aard van de klacht		2011	2012
AMM	Machtsmisbruik	8	10
	Doorverwijzing	4	4
Onrechtmatige declaraties	Magistrale bereiding	6	1
	Niet afgehaald geneesmiddel	1	
	Splitsen recept	1	
	Niet geleverde zorg	1	5
Preferentie geneesmiddelen		3	10
Contractering		1	4
Misleiding/transparantie		1	10
Overig		4	5
Totaal		30	49

Bron: NZa

In tabel 5.4 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.

CONCEPT TER CONSULTATIE

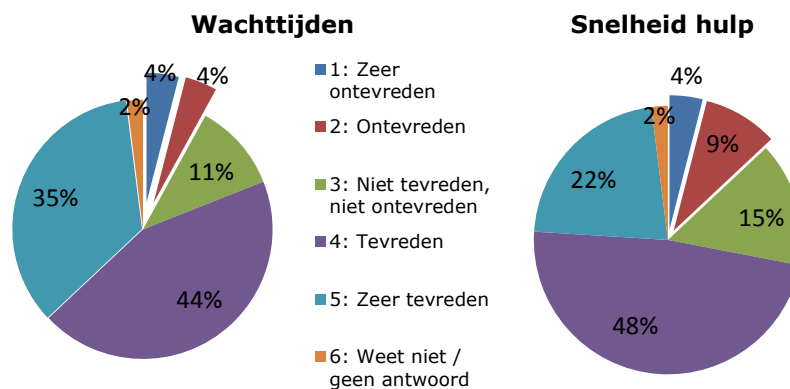
6. Toegankelijkheid

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

6.1 Wachttijden

De NZa heeft 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

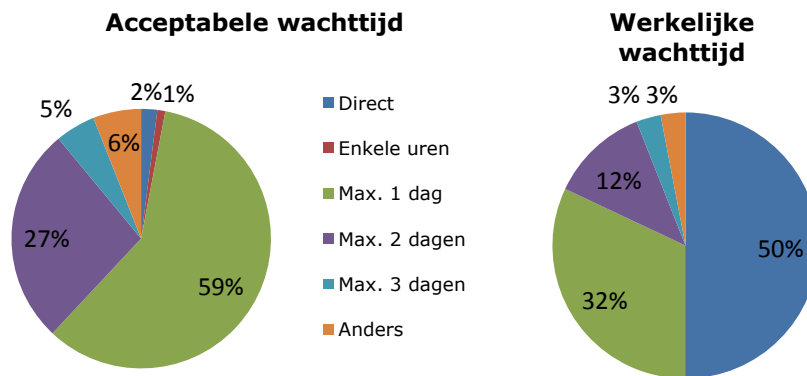


Bron: Consumentenpanel, Motivaction

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 de overgrote meerderheid van de consumenten nog altijd tevreden is over de snelheid van de dienstverlening door de apotheken.

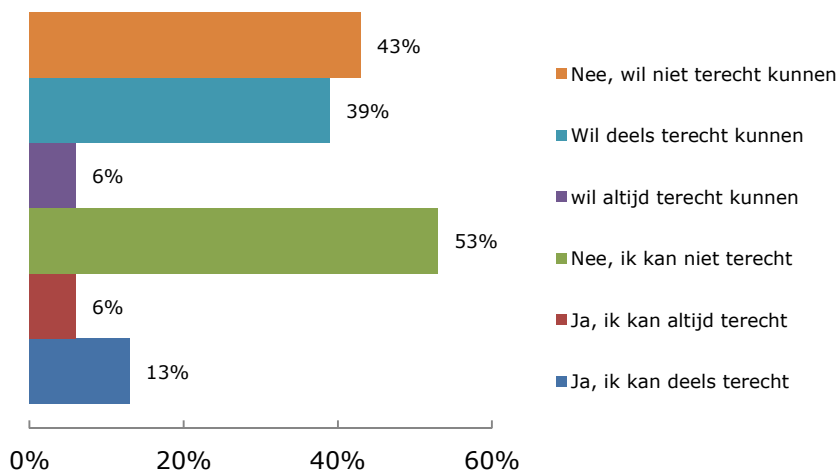
Figuur 6.2. Acceptabele wachttijd versus werkelijke wachttijd voor het ophalen van recepten



Bron: Consumentenpanel Motivaction

Uit bovenstaande figuur blijkt dat de werkelijke wachttijd gemiddeld flink 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

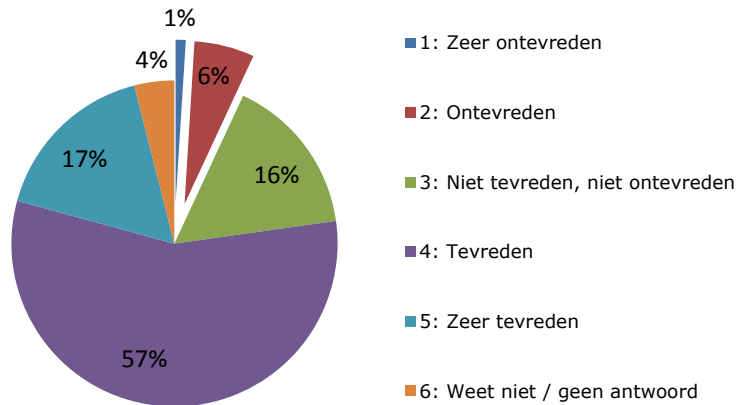


Bron: Consumentenpanel Motivaction

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.

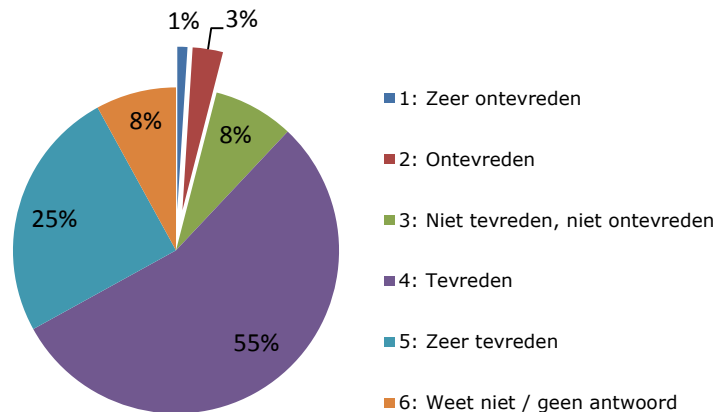
Motivaction heeft tevens onderzoek gedaan naar de tevredenheid over de openingstijden en het nakomen van gemaakte afspraken. Uit figuur 6.4 blijkt dat een enkeling ontevreden is over de openingstijden van apotheken. Uit figuur 6.5 blijkt dat een nog kleinere groep ontevreden is over de nagekomen afspraken.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

Figuur 6.4. Tevredenheid over de openingstijden



Bron: Consumentenpanel Motivaction

Figuur 6.5. Tevredenheid over nakomen gemaakte afspraken



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 2012¹² dat de gemiddelde afstand tot een apotheek in 2009 en 2010 1,2 kilometer is. 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

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.

¹² Gezondheid en zorg in cijfers 2012 p 31, september 2012

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 de zorgverzekeringsovereenkomst die de verzekerde met de zorgverzekeraar heeft afgesloten. Hierdoor weten verzekerden niet welke afspraken er tussen apotheken en zorgverzekeraars zijn gemaakt. Gevolg kan zijn dat een verzekerde onverwacht 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 apotheek de klant goed voorlicht over de afspraken die de apotheek met de zorgverzekeraar heeft gemaakt. Verder zal ook de zorgverzekeraar hierover duidelijk moeten communiceren met verzekerden.

CONCEPT TER CONSULTATIE

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 en kort op die van de geneesmiddelen. De mutaties in de uitgaven worden uitgesplitst naar volume en prijs.

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.

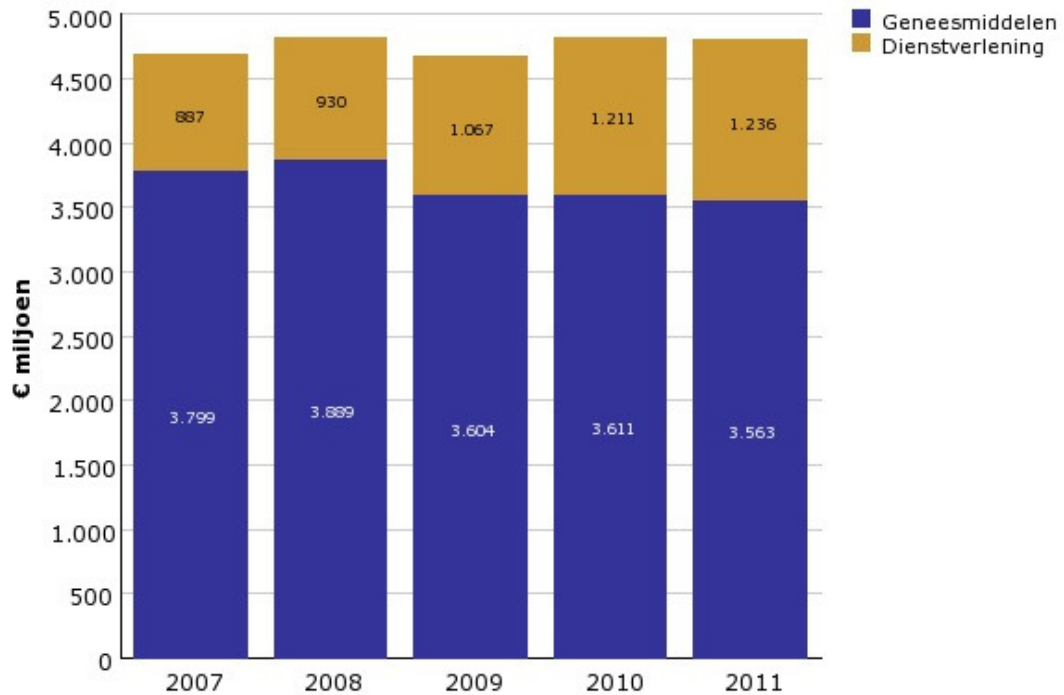
Vektis heeft informatie beschikbaar gesteld die op een paar procenten na alle declaratiegegevens bevat van alle zorgverzekeraars. In dit hoofdstuk wordt gesproken over 'correcties ten behoeve van de dekking'. Dit betreffen dan correcties van de dekking zodat er toch een gegevensset ligt die 100% betreft. 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.

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



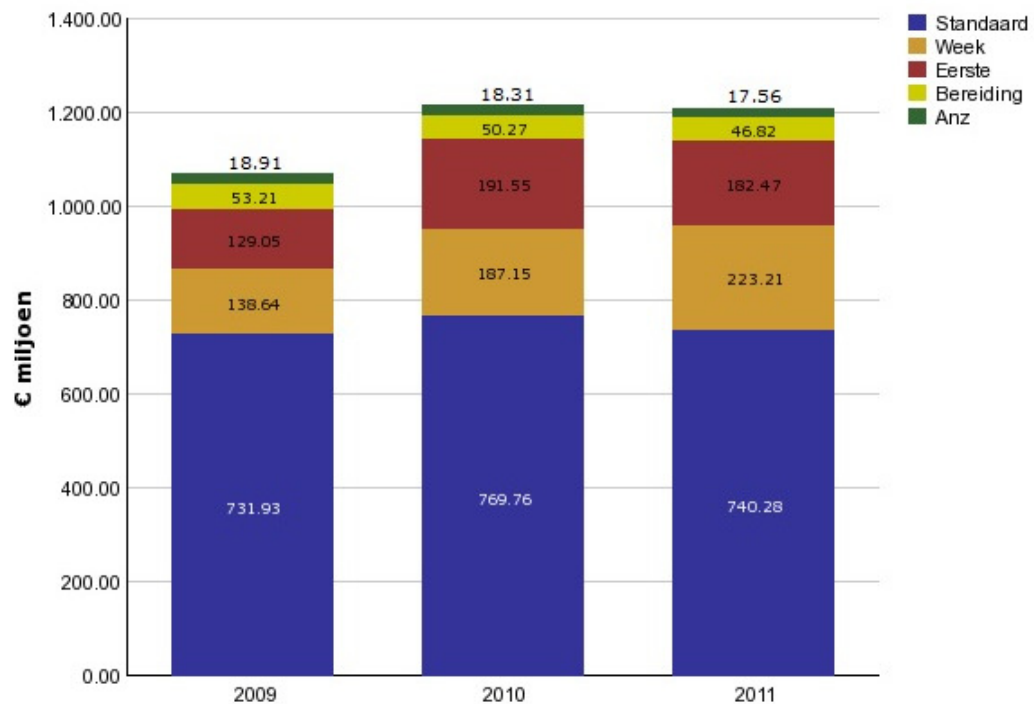
Bron: GIP/CVZ

Hierna wordt allereerst verder ingegaan op kostenontwikkeling van de dienstverlening. In de daarop volgende paragraaf wordt verder ingegaan op de kostenontwikkeling van de geneesmiddelen.

7.3 Kostenontwikkeling dienstverlening

Hoofdstuk 2 beschrijft alle extramurale farmaceutische zorgprestaties. Op basis van de ontvangen informatie van het GIP is een nadere onderverdeling gemaakt van farmaceutische dienstverlening.

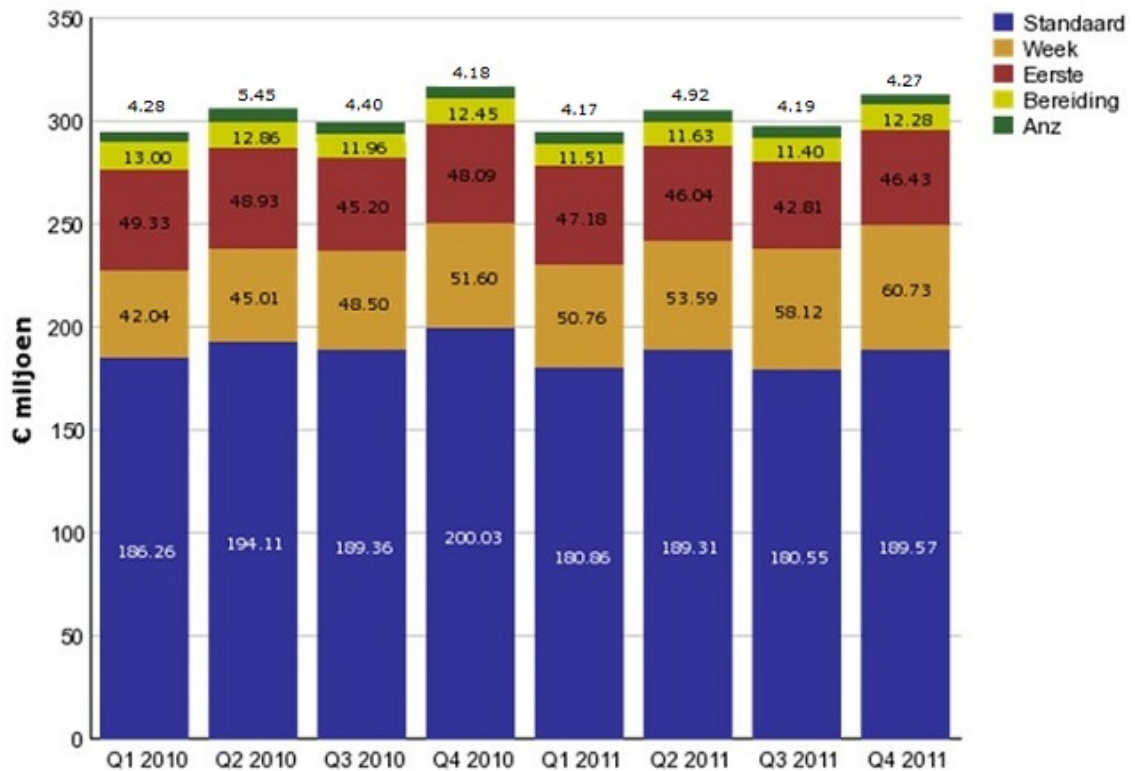
Figuur 7.2. Totale uitgaven dienstverlening per soort terhandstelling 2009-2011



Bron: GIP/CVZ

Uit bovenstaande gegevens van het GIP blijkt dat uitgaven aan week- en eerste terhandstellingen zijn toegenomen. Verder blijkt dat de totale uitgaven aan dienstverlening sinds 2009 zijn toegenomen en in 2010 en 2011 nagenoeg gelijk zijn gebleven.

Figuur 7.3. Totale uitgaven dienstverlening per soort terhandstelling per kwartaal in 2010 en 2011



Bron: GIP/CVZ

In figuur 7.3 is te zien dat de totale uitgaven aan dienstverlening per kwartaal variëren. De variatie tussen de kwartalen is in 2010 en 2011 vergelijkbaar.

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 totaal zijn er tot en met 2011 24 farmaceutische zorgprestaties die kunnen worden gedeclareerd (bijlage 2). De overige 21 prestatie(codes) zijn gegroepeerd en in de categorie overige prestaties weergegeven. 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.

Tabel 7.1. Totale kosten farmaceutische zorg 2010-2012

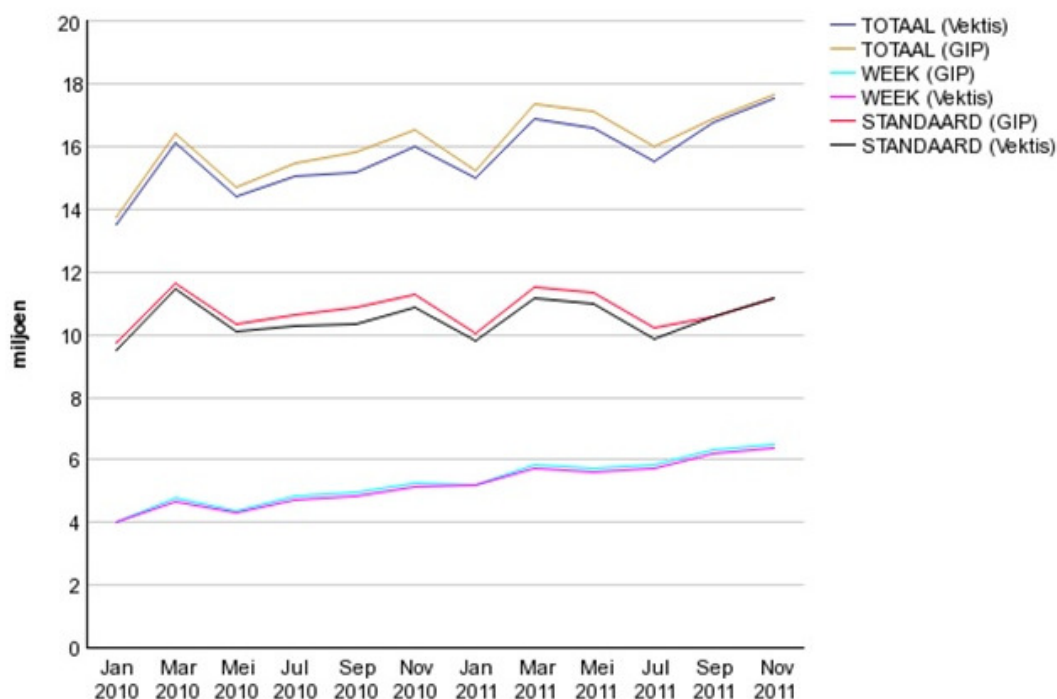
Farmaceutische dienstverlening (uitgaven dienstverlening)	2010		2011		t/m aug 2012	
	in mln	index	in mln	index	in mln	index
Standaard terhandstelling	528,0	96	558,4	102	374,3	nb
Week terhandstelling	177,8	154	227,2	197	176,7	nb
Standaard eerste terhandstelling	334,7	109	350,3	114	228,6	nb
Overige prestaties	104,9	84	104,3	84	69,1	nb
Totaal	1.145,5	105	1.240,1	113	848,6	nb

Bron: Vektis¹³

Om tabel 7.1 met figuur 7.2 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 7.2.

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 in de Vektis data in de periode januari tot en met augustus 2012 was niet vergelijkbaar met de volumes in dezelfde periode in de jaren 2010 en 2011. De volumes liggen in deze periode in 2012 een stuk hoger. Bij het lezen van de totale kosten 2012 in tabel 7.1 moet daar rekening mee worden gehouden.

Figuur 7.4. Volumes terhandstellingen GIP en Vektis

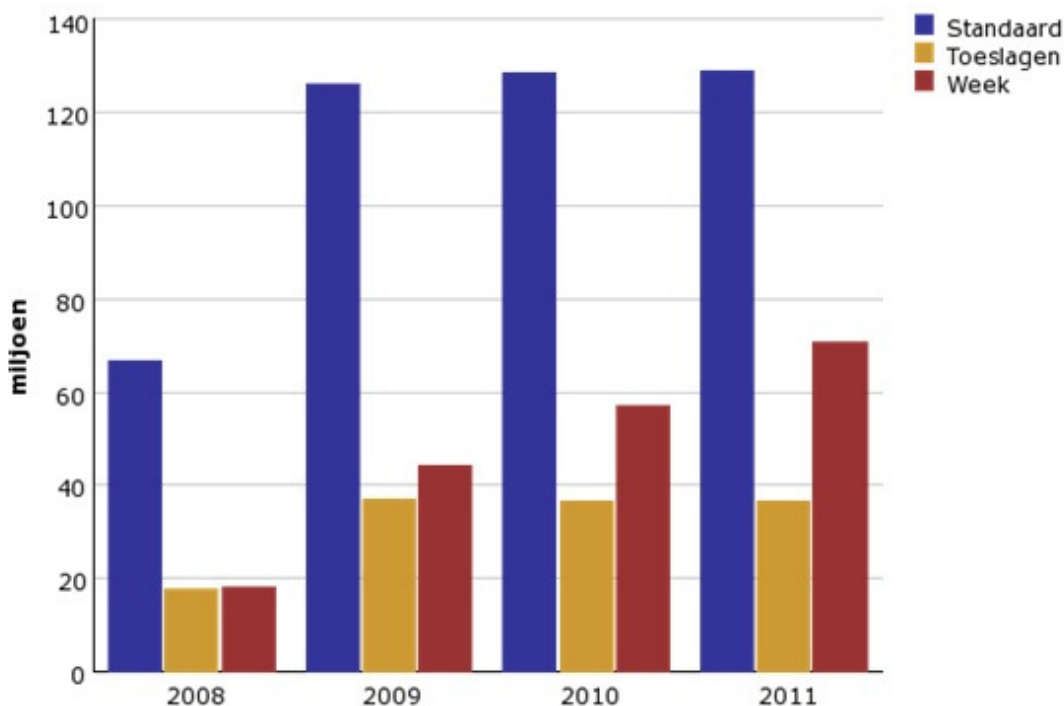
Bron: Vektis en GIP/CVZ

¹³ 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.

In figuur 7.4 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 7.4 niet gecorrigeerd naar 100% dekking.

De figuur hieronder laat zien dat er een verschil zitten tussen de volumeontwikkeling van de standaardterhandstelling en de weekterhandstelling. Het volume van de weekterhandstellingen neemt sinds 2008 ieder jaar toe met minstens 10 miljoen.

Figuur 7.5. Volumes standaard en weekterhandstellingen



Bron: GIP/CVZ

In figuur 7.5 is op basis van GIP-gegevens alleen onderscheid gemaakt tussen de standaard en weekterhandstellingen. Alle toeslagen worden geclusterd en apart opgenomen in deze figuur.

In de Vektis gegevens zijn de afzonderlijke prestaties en toeslagen geregistreerd (voor een specificatie zie bijlage 2). In tabel 7.2 zijn de prestaties met de grootste omvang opgenomen (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		2011		t/m aug 2012	
	# in mln	index	# in mln	index	# in mln	index
Standaard terhandstelling	85,8	100	95,2	111	66,0	nb
Week terhandstelling	52,4	100	70,3	134	56,8	nb
Standaard eerste terhandstelling	27,2	100	29,9	110	20,1	nb
Overig	4,5	100	4,8	106	3,4	nb
Totaal	169,9	100	200,1	118	146,3	nb

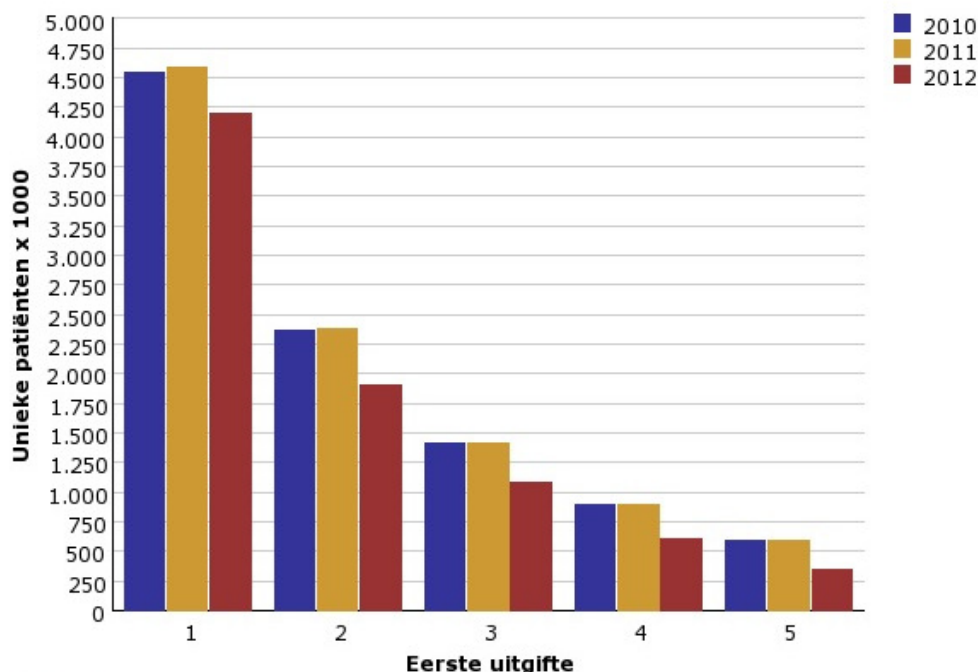
Bron: Vektis

Om de figuren 7.5 en tabel 7.2 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 7.5. De twee bronnen vertonen dezelfde trends.

Het aantal prestaties voor 2012 is gebaseerd op declaratiegegevens tot en met de maand augustus, waardoor het indexcijfer voor de vergelijking met heel 2011 niet te berekenen is. Wat te zien is in figuur 7.5 en tabel 7.2 is dat met name het aantal weekterhandstellingen de afgelopen jaren toeneemt. Het aantal weekterhandstellingen was in 2011 bijvoorbeeld 34% meer dan in 2010. Ook het aantal standaardterhandstellingen en het aantal eerste terhandstelling neemt toe.

De gegevens van Vektis leveren ook informatie over de prestaties per patiënt (geanonimiseerd).

Figuur 7.6. Aantal eerste terhandstellingen per unieke patiënt



Bron: Vektis, 2012 is tot en met augustus

In figuur 7.6 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 worden¹⁴.

¹⁴ 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

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 7.6 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 wijkt 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.

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 7.4. 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	€5,99	€15,08	€5,74	€15,30

Bron: Tariefbeschikkingen 2010 en 2011, NZa

Tabel 7.5. Prijsontwikkeling farmaceutische zorg 2010-2012*

Farmaceutische dienstverlening (gemiddelde prijs in euro)	2010		2011		t/m aug 2012	
	Euro	index	Euro	index	Euro	index
Standaard terhandstelling	€ 6,16	100	€ 5,87	95	€ 5,67	92
Week terhandstelling	€ 3,39	100	€ 3,23	95	€ 3,11	92
Standaard eerste terhandstelling	€ 12,30	100	€ 11,70	95	€ 11,37	92
Overig	€ 23,41	100	€ 21,93	94	€ 20,20	86

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*

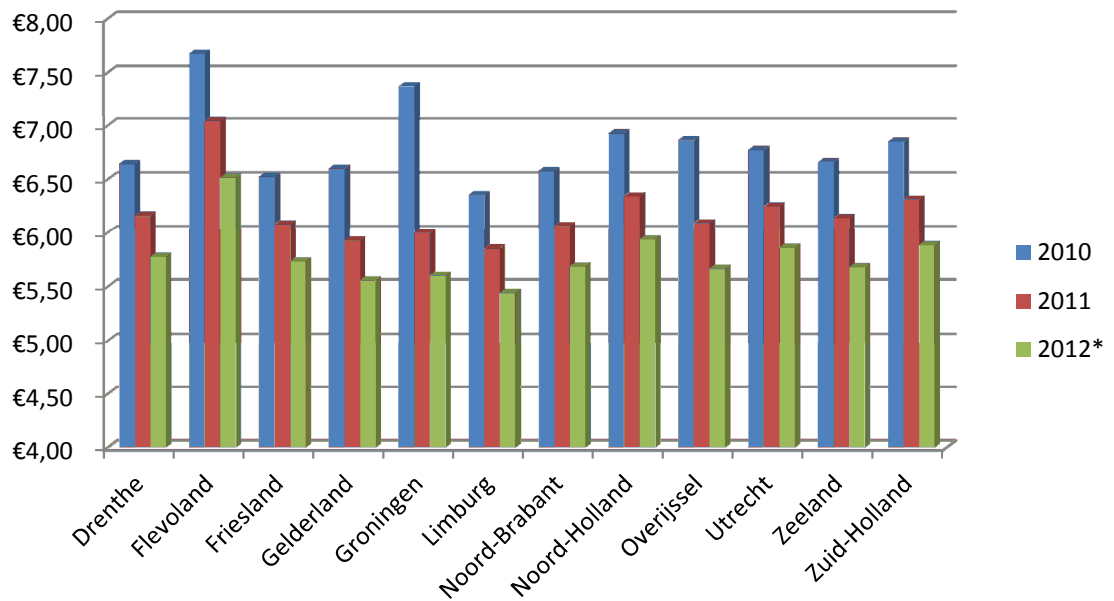
Gemiddelde prijs in €	2010	2011	T/m aug 2012
Openbare apotheken	6,68	6,09	5,70
Apoth. Huisartsen	6,72	6,04	5,52
Dienstapotheken	13,70	13,05	12,17
Categorie onbekend	6,73	6,53	6,22

Bron: Vektis. *2012 is tot en met augustus

In deze tabel zijn de gegevens opgenomen van 1.797 openbare apotheken, 386 apotheekhoudende huisartsen, 39 dienstapotheken en 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).

Per provincie

Figuur 7.7. Prijsontwikkeling per provincie 2010-2012*



Bron: Vektis. *2012 is tot en met augustus

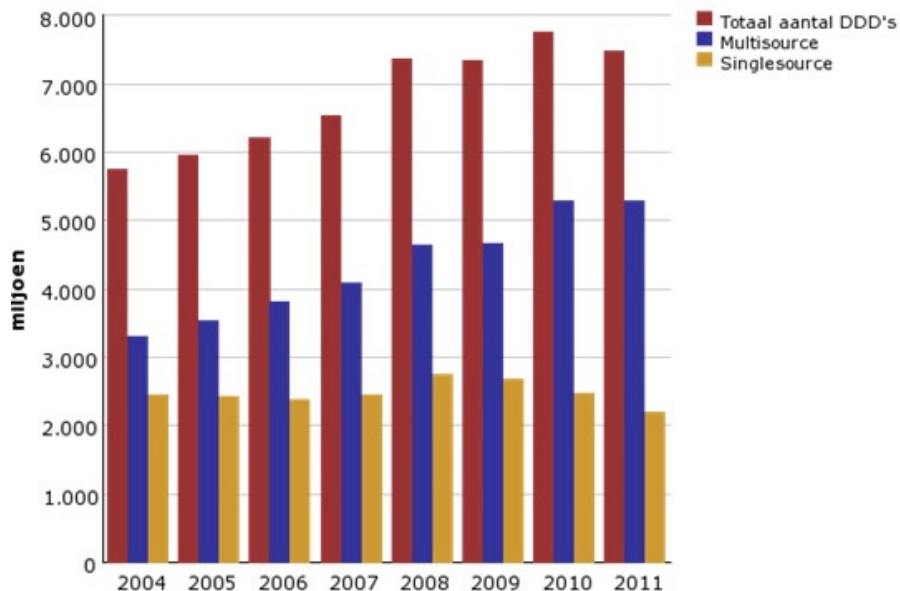
Uit figuur 7.7 blijkt dat de gemiddelde vergoeding voor de hele mix aan prestaties over de periode 2010 tot en met augustus 2012 verschilt tussen provincies. Met name de provincies Flevoland en Groningen vallen op in het jaar 2010 in deze figuur. Flevoland heeft ook in de jaren 2011 en 2012 de hoogste gemiddelde vergoeding.

7.4 Kosten geneesmiddelen

Alhoewel de focus van deze marktscan ligt op de dienstverlening, volgt in deze paragraaf een korte weergave van de volume- en prijsontwikkeling van geneesmiddelen.

7.4.1 Volumeontwikkeling geneesmiddelen

Figuur 7.8. Totaal volume geneesmiddelen uitgedrukt in DDD's



Bron: GIP/CVZ

DDD is de Defined Daily Dose zoals vastgesteld door de World Health Organization (WHO). Multisource geneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvan er een generieke variant beschikbaar is. Singlesource geneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvan geen generieke variant beschikbaar is.

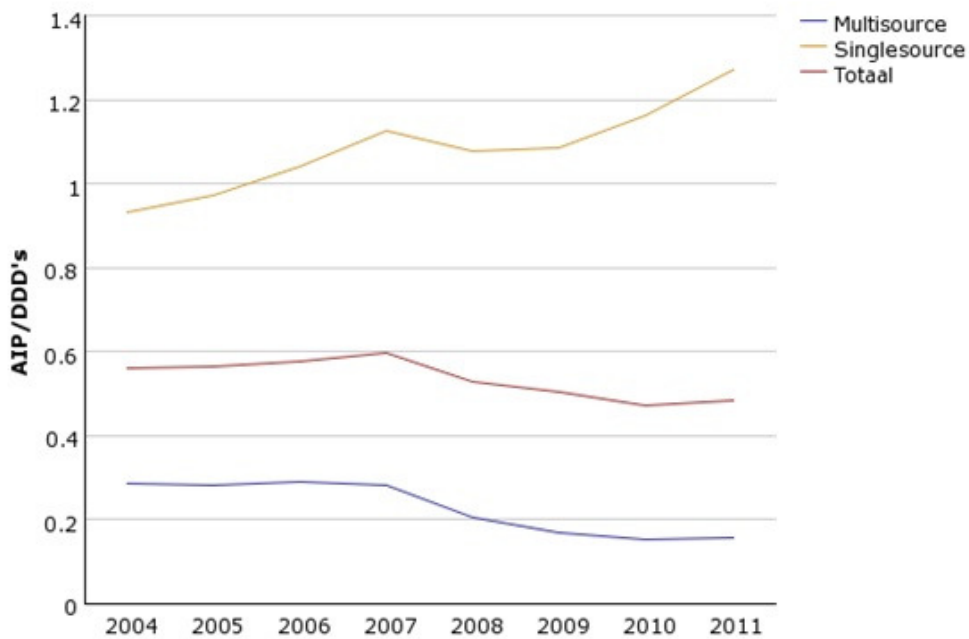
Zo valt bijvoorbeeld onderscheid te maken tussen geneesmiddelen waarvan het patent is verlopen en die door meerdere leveranciers worden aangeboden (multisource-geneesmiddelen) en veelal nieuwe geneesmiddelen waarop nog patent rust, met slechts één aanbieder (singlesource-geneesmiddelen)¹⁵.

In figuur 7.8 is te zien dat het aantal multisource geneesmiddelen dat is verstrekt sinds 2004 is toegenomen. 2008 en 2009 zijn gelijk waarna er in 2010 weer een toename is te zien. Het aantal singlesource geneesmiddelen is sinds 2008 afgenomen.

¹⁵ CVZ, GIPeilingen 2011

7.4.2 Prijsontwikkeling geneesmiddelen

Figuur 7.9. Prijsontwikkeling geneesmiddelen (AIP/DDD's)



Bron: GIP/CVZ

Apotheek Inkoop Prijzen (AIP) is de indicator voor de gemiddelde prijsontwikkeling¹⁶.

De prijsbeweging (figuur 7.9) van de multi- en singlesource typen middelen gaat in een tegengestelde richting als de volumeontwikkeling. De prijs van multisource geneesmiddelen neemt af en de prijs van singlesource geneesmiddelen neemt toe.

Reden hiervoor volgens SFK is het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, waardoor apothekers meer generieke middelen verstrekken. Ook het uit patent gaan van geneesmiddelen zal het aantal generieke middelen in de markt doen toenemen¹⁷. Dat is een mogelijke verklaring voor een voortzetting van bovenstaande trend voor wat betreft het groeiende aantal multisource geneesmiddelen. De totale prijsontwikkeling neemt af. Ook figuur 7.1 aan het begin van dit hoofdstuk toont dat de totale kosten van geneesmiddelen dalen.

¹⁶ CVZ, GIPeilingen 2011

¹⁷ SFK, data en feiten 2012

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

BR/CU-5046

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

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

De NZa heeft voor 'het aantal inwoners per apotheekhoudende' en de reistijdanalyse gebruik gemaakt van de CBS bevolkingsgegevens.

Marktgedrag

Uitvraag bij zorgverzekeraars

De contracteergraad is bepaald op basis van een uitvraag bij zorgverzekeraars van het aantal getekende en aangeboden contracten in maart 2012.

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 gebruikte vragenlijst is opgesteld door de NZa op basis van het document 'Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren' uit december 2010. Bij de enquête die via KNMP is uitgezet zijn enkele vragen toegevoegd, waardoor deze vragen niet door 219 maar door 106 respondenten zijn beantwoord.

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.

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.

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 vervolgitgifte	geen bereiding	werkdag
2	Gewone vervolgitgifte	bereiding	werkdag
3	Gewone vervolgitgifte	bijzondere bereiding	werkdag
4	Week vervolgitgifte	geen bereiding	werkdag
5	Week vervolgitgifte	bereiding	werkdag
6	Week vervolgitgifte	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 vervolgitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed
14	Gewone vervolgitgifte	bereiding	ANZ-spoed
15	Gewone vervolgitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed
16	Week vervolgitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed
17	Week vervolgitgifte	bereiding	ANZ-spoed
18	Week vervolgitgifte	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 vervolgitgifte	geen bereiding	werkdag	
2	Gewone vervolgitgifte	bereiding	werkdag	
3	Gewone vervolgitgifte	bijzondere bereiding	werkdag	
4	Week vervolgitgifte	geen bereiding	werkdag	
5	Week vervolgitgifte	bereiding	werkdag	
6	Week vervolgitgifte	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 vervolgitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed	
14	Gewone vervolgitgifte	bereiding	ANZ-spoed	
15	Gewone vervolgitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed	
16	Week vervolgitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed	
17	Week vervolgitgifte	bereiding	ANZ-spoed	
18	Week vervolgitgifte	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 vervolgitgifte	geen bereiding	werkdag	toeslag thuis
26	Gewone vervolgitgifte	bereiding	werkdag	toeslag thuis
27	Gewone vervolgitgifte	bijzondere bereiding	werkdag	toeslag thuis
28	Week vervolgitgifte	geen bereiding	werkdag	toeslag thuis
29	Week vervolgitgifte	bereiding	werkdag	toeslag thuis
30	Week vervolgitgifte	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 vervolgitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
38	Gewone vervolgitgifte	bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
39	Gewone vervolgitgifte	bijzondere bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
40	Week vervolgitgifte	geen bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
41	Week vervolgitgifte	bereiding	ANZ-spoed	toeslag thuis
42	Week vervolgitgifte	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 UR¹⁸ 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 beleidsregel¹⁹. 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 beleidsregel²⁰ staan de voorwaarden waaronder deze prestatie door de zorgaanbieder kan worden geleverd.

¹⁸ UR-geneesmiddel: een geneesmiddel dat uitsluitend op recept ter hand mag worden gesteld

¹⁹ BR/CU-5046

²⁰ BR/CU-5046

Advies farmaceutische zelfzorg

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 beleidsregel²¹ 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.

21 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 tijdsplan 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 tijdsplan 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 branchevereniging) 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)

CONCEPT TER CONSULTATIE

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 tijdsplan 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 tijdsplan 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 branchevereniging) 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)