

**Monitor**

# **Contractering Farmacie 2009**

Eerste ervaringen met flexibel tarief

juni 2009



## Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doelstelling en resultaat	12
1.3 Opzet	12
1.4 Timing	13
<b>2. Achtergrond</b>	<b>15</b>
2.1 Tariefopbouw	15
2.2 Beleidsregel Innovatie en het flexibele tarief	16
2.3 Relatie met overige projecten farmacie NZa	17
<b>3. Resultaten</b>	<b>19</b>
3.1 Inleiding	19
3.2 Afgesloten standaardcontracten	19
3.3 Afgesloten aanvullende contracten	22
3.4 Contracteerproces volgens apothekhoudenden	24
3.5 Contracteerproces volgens zorgverzekeraars	35
3.6 Resultaten interviews patiënten- en consumentenorganisaties	38
<b>4. Conclusie</b>	<b>41</b>



## Vooraf

Voor u ligt de Monitor Contractering Farmacie 2009 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze monitor geeft inzicht in de mate van contractonderhandelingen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars in het kader van het flexibele tarief voor farmaceutische zorg, dat per 1 januari 2009 is geïntroduceerd door de NZa.

De Monitor beslaat het eerste kwartaal van 2009 en geeft daarmee een eerste inzicht in de gevolgen van de introductie van het flexibele tarief en de toegenomen onderhandelingsmogelijkheden die hierdoor ontstaan zijn. De NZa heeft bij haar monitoractiviteiten het belang van de consument meegenomen door te kijken naar de gevolgen van het flexibele tarief voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van farmaceutische zorg.

De NZa heeft bij de totstandkoming van deze monitor kunnen rekenen op de medewerking van diverse koepelorganisaties. Daarnaast hebben veel individuele apothekhoudenden een bijdrage aan dit rapport geleverd. Zonder hun constructieve inzet had de NZa deze monitor niet in dit korte tijdsbestek kunnen afronden. Wij willen hen daarvoor hartelijk danken.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,



dr. M.E. Homan  
lid Raad van Bestuur



mw. drs. C.C. van Beek MCM  
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure/  
voorzitter a.i.



## Managementsamenvatting

In de tariefbeschikking 2009 voor farmaceutische zorg heeft de NZa voor het eerst apothekhoudenden en zorgverzekeraars de mogelijkheid geboden om gezamenlijk een hoger tarief overeen te komen dan het landelijk geldende maximumtarief. Een lager tarief was al mogelijk. Met deze flexibiliteit beoogt de NZa ruimte te creëren voor differentiatie in kwaliteit en zorgverlening en voor innovatie in de farmaceutische zorg. Hierdoor kan de effectiviteit en de zichtbaarheid van farmaceutische zorg voor de consument worden vergroot.

Eind 2008 heeft de NZa de minister van VWS geadviseerd de tarieven voor farmaceutische zorg vrij te geven per 2011 mits voldaan is aan enkele randvoorwaarden. Het zogenaamde 'flexibele tarief' vormt een overgangsfase naar deze vrije marktsituatie. Het geeft partijen de gelegenheid om te wennen aan individuele onderhandelingen over innovatie en differentiatie in kwaliteit en zorgverlening. Tevens biedt de stimulans tot onderhandelen apothekhoudenden en zorgverzekeraars de mogelijkheid het onderlinge vertrouwen te verbeteren, sinds dit in 2008 door het individuele preferentiebeleid onder druk is komen te staan.

De NZa heeft in deze monitor gedurende het eerste kwartaal van 2009 (peildatum 1 april) onderzocht in hoeverre standaardcontracten en aanvullende contracten zijn afgesloten tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars, tegen welke voorwaarden dit is gedaan, welke processen daar aan vooraf zijn gegaan en welke conclusies daaruit kunnen worden getrokken ten aanzien van het flexibele tarief, het consumentenbelang en de marktverhoudingen.

De resultaten van deze monitor geven een eerste inzicht in hoe partijen met deze extra ruimte omgaan en welke gevolgen het flexibele tarief heeft voor de consument en de markt.

### *Resultaten*

In totaal zijn 26 contracten met een hogere receptregelvergoeding dan gemiddeld € 7,28 afgesloten. In één van deze contracten is bovendien opgenomen dat de clawback-korting wordt verlaagd indien resterende inkoopvoordelen volledig worden ingeleverd bij de zorgverzekeraar. Twee zorgverzekeraars hebben ieder een contract afgesloten met een internetapothek, waarin een lagere receptregelvergoeding is overeengekomen. De 26 aanvullende contracten met een hoger tarief zijn afgesloten tussen drie zorgverzekeraars en apothekhoudenden, allen openbare apothekers. De voorwaarden die in een aanvullend contract gesteld worden, richten zich onder meer op een minimumaantal receptregels, doelmatigheid, het bieden van extra service en overige voorwaarden, waaronder het zichtbaar plaatsen van folders van de zorgverzekeraar.

Op het totale aantal apothekpraktijken (1854 apotheken en 470 apothekhoudende huisartsen in 2008) en zorgverzekeraars (11 organisaties), is het aantal afgesloten aanvullende contracten laag te noemen. De redenen van het in beperkte mate tot stand komen van aanvullende contracten in de periode januari tot april 2009 zijn de volgende:

#### *Late berichtgeving*

Door de bekendmaking van de NZa-tariefbeschikking begin december 2008 waren marktpartijen niet voorbereid op het voeren van onderhandelingen in het kader van het flexibele tarief. Zorgverzekeraars hadden bij de premieberekening geen rekening gehouden met een hoger tarief dan het maximale NZa-tarief en bovendien gingen veel zorgverzekeraars uit van een lager maximum tarief dan het uiteindelijk vastgestelde maximumtarief. Zorgverzekeraars noch apotheehoudenden verwachtten dan ook dat in het eerste kwartaal veel aanvullende contracten zouden worden afgesloten.

#### *Verskillende inzichten, geen vertrouwen*

Waar zorgverzekeraars het landelijke maximumtarief te hoog vinden, vinden apotheehoudenden dit te laag. Door marktontwikkelingen zoals preferentiebeleid, wisselend zorgverzekeringsbeleid en kredietcrisis, nemen partijen een afwachtende houding aan. Zowel zorgverzekeraars als apotheehoudenden wijten dit ook aan overheids- en NZa-beleid: wijzigingen volgen elkaar snel op en men wil eerst een bepaalde zekerheid ten aanzien van het voortbestaan van gevoerd beleid.

#### *Verskillende verwachtingen*

Apotheehoudenden verwachten individuele onderhandelingen te voeren, waar zorgverzekeraars om redenen van uitvoerbaarheid en consistentie in zekere mate universeel contracteerbeleid voeren.

In het licht van genoemde beperkingen is een deel van de geïnterviewde apotheehoudenden en zorgverzekeraars met de NZa van mening dat partijen dit jaar verdere ervaring op kunnen doen in eventuele aanvullende onderhandelingen voor 2009. Ten behoeve van de contractering voor 2010 kan zodoende verdere invulling worden gegeven aan de geboden mogelijkheid om te onderhandelen over de kwaliteit van farmaceutische zorg en een bijbehorend tarief. Sommige apotheehoudenden vragen zich overigens af of verzekeraars wel voldoende farmaceutische expertise in huis hebben. De verzekeraars zelf zeggen dat ze een beperkte capaciteit hebben en dus niet met alle individuele apotheehoudenden kunnen onderhandelen.

Of het vertrouwen tussen apotheehoudenden en zorgverzekeraars in de loop van 2009 daadwerkelijk zal groeien, is niet voor iedereen in het veld een gegeven. Enerzijds vormt het flexibele tarief een stimulans om met elkaar in gesprek te komen, anderzijds gaat het proces van onderhandeling tot op heden in zekere mate gepaard met wantrouwen.

#### *Geen eenduidige onderhandelingstaal*

Zorgverzekeraars en apotheehoudenden hanteren verschillende definities van aantoonbare meerwaarde en zijn niet gewend met elkaar te onderhandelen. Van oudsher wordt het maximumtarief overeengekomen.

De nieuwe prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg die op dit moment ontwikkeld worden door betrokken partijen (consumenten, apotheehoudenden en zorgverzekeraars) kunnen hierbij helpen. Gezamenlijk met de kwaliteitsindicatoren van de KNMP en de IGZ leiden zij tot een gemeenschappelijke onderhandelingstaal.

#### *Partijen dichten elkaar marktmacht toe*

Apotheehoudenden ondervinden contractering als 'tekenen bij het kruisje' waarbij individuele onderhandeling niet mogelijk is. En voor sommige apotheehoudenden worden in hun ogen onhaalbare voorwaarden gesteld door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars dienen te



voldoen aan hun zorgplicht en menen daardoor in bepaalde gebieden 100% te moeten vergoeden aan niet gecontracteerde apothekhoudenden. Ze vermoeden dat de KNMP het onderhandelingsproces beïnvloedt en apothekhoudenden gezamenlijk afspraken maken.

Apothekhoudenden en zorgverzekeraars stellen daarmee over en weer dat de andere partij over marktmacht beschikt. Er is sprake van marktmacht wanneer een partij zich alleen of gezamenlijk (in dit geval met apothekhoudenden of zorgverzekeraars) onafhankelijk kan gedragen ten opzichte van andere partijen, waardoor de ontwikkeling van de daadwerkelijke concurrentie wordt belemmerd. De NZa volgt nauwgezet de ontwikkelingen ten aanzien van het niet tot stand komen van contracten tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden. Indien daar aanleiding toe bestaat, zal de NZa bekijken of inzet van één van haar instrumenten (waaronder Aanmerkelijke Markt Macht (AMM)) aangewezen is.

Patiënten- en consumentenorganisaties zijn overwegend positief over de gedachte van het flexibele tarief (meer kwaliteitsdifferentiatie, betere prijs-kwaliteitverhouding), maar hebben er in de praktijk nog niets van gemerkt. De NZa heeft (nog) geen signalen ontvangen over verslechterde of verbeterde kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van farmaceutische zorg als gevolg van het flexibele tarief.

#### *Conclusie*

Blijkens de getekende aanvullende contracten en nog lopende gesprekken worden de voorwaarden van de zorgverzekeraars niet door alle apothekhoudenden als te veeleisend ervaren. De NZa vindt het een positief signaal dat, ondanks de door partijen aangedragen beperkingen, toch afspraken tot stand zijn gekomen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars. Gesloten overeenkomsten duiden op een groeiend besef van de veranderende zorgmarkt en van de behoefte om te werken aan verbetering van de belangen van consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een aantal door partijen aangevoerde redenen om nu niet tot onderhandeling of het sluiten van een (aanvullend) contract over te gaan, zullen bovendien ten tijde van de contractonderhandelingen voor 2010 naar verwachting grotendeels zijn opgelost. Er is voor betrokken partijen bijvoorbeeld voldoende tijd om voor de contractering 2010 gebruik te maken van het flexibele tarief. Ook is de verwachting dat de NZa eind 2009 na overleg met partijen een meer eenduidige onderhandelingstaal heeft vastgesteld.

Om de ontwikkelingen en de eventuele gevolgen voor de consument en de markt te kunnen volgen, gaat de NZa in 2010 een nieuwe Monitor Farmacie uitvoeren.



## 1. Inleiding

### 1.1 Aanleiding

Het besluit om een monitor uit te voeren naar de contractonderhandelingen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars komt voort uit het advies van de NZa aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over vrije prijsvorming op de farmaceutische zorgmarkt en de vaststelling van een flexibel tarief voor farmaceutische zorg eind 2008.

In het jaar 2008 was de Nederlandse farmaceutische zorgmarkt volop in beweging. Een aantal zorgverzekeraars is per 1 juli 2008 gestart met individueel preferentiebeleid. De prijzen van merkloze geneesmiddelen daalden daardoor fors. De NZa introduceerde per diezelfde 1 juli 2008 een nieuwe, gedifferentieerde tariefstructuur in overleg met betrokken marktpartijen. Eind 2008 publiceerde de NZa de resultaten van het onderzoek naar inkoopvoordelen en praktijkkosten van apothekhoudenden. Al deze veranderingen hebben, gezamenlijk met de kredietcrisis, de verhouding tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars op scherp gezet.

In december 2008 maakte de NZa het nieuwe maximumtarief voor 2009 bekend. Vooruitlopend op het vrijgeven van de tarieven voor farmaceutische zorg in 2011 wordt in dit tarief voor het eerst een onderhandelbare, gemaximeerde ruimte naar boven geboden. Van die ruimte kan gebruik worden gemaakt als de zorgverzekeraar en de apothekhoudende daarover overeenstemming bereiken. De nieuwe flexibiliteit biedt de mogelijkheid binnen bepaalde grenzen te onderhandelen over de prijs (hoogte vergoeding per receptregel en clawback-korting) en de kwaliteit van farmaceutische zorg. Het flexibele tarief is een transitie-model naar vrije tarieven en is in lijn met de Langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening van de minister en het advies van de NZa de tarieven vrij te geven per januari 2011.

Het flexibele tarief stimuleert beide partijen tot onderhandeling. Apothekhoudenden zullen een contract met de zorgverzekeraar willen sluiten om een hoger tarief te ontvangen voor bijvoorbeeld aanvullende farmaceutische zorg. Maar omdat het tarief een maximumtarief is, geeft dit tegelijkertijd een prikkel aan de zorgverzekeraar om via onderhandeling tot een lager tarief per uitgeschreven recept te komen. Ook kan een zorgverzekeraar een hoger tarief honoreren om zijn verzekerden een hogere kwaliteit farmaceutische zorg te bieden. De mogelijkheid voor onderhandeling kan er zorg voor dragen dat er meer vertrouwen ontstaat tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden. Met het mogelijk maken van declareren van een verhoogde vergoeding of toeslag wil de NZa ruimte creëren voor differentiatie in kwaliteit en zorgverlening en voor innovatie van de farmaceutische zorg. Dit is in het voordeel van de consument, doordat het de effectiviteit en zichtbaarheid van farmaceutische zorg kan vergroten en het kan leiden tot een betere prijs-kwaliteitverhouding. Hoe de rollen in 2009 worden opgepakt, is aan de marktpartijen. In de tariefbeschikking van de NZa is niet nader bepaald aan welke voorwaarden afspraken tussen apotheken en zorgverzekeraars moeten voldoen om een verhoogde vergoeding of toeslag te kunnen declareren voor de terhandstelling van UR-geneesmiddelen.

## 1.2 Doelstelling en resultaat

Conform haar taak borgt de NZa het algemeen consumentenbelang. In deze monitor wordt geanalyseerd wat het verloop is van onderhandelingen onder de nieuwe tariefstructuur. De NZa heeft in deze monitor gekeken in hoeverre standaardcontracten en aanvullende contracten worden afgesloten, tegen welke voorwaarden dit is gedaan, welke processen daar aan vooraf zijn gegaan en welke conclusies daaruit kunnen worden getrokken ten aanzien van het flexibele tarief, het consumentenbelang en de marktverhoudingen. De resultaten van deze monitor geven een eerste inzicht in hoe partijen met de extra ruimte in het tarief omgaan en welke gevolgen het flexibele tarief heeft voor het belang van de consument. De minister kan deze monitor betrekken bij de besluitvorming over het vrijgeven van het tarief voor farmaceutische zorg.

## 1.3 Opzet

De monitor heeft de volgende informatie opgeleverd:

1. Analyse of, en in hoeverre, marktpartijen (in staat en/of bereid zijn) gebruik (te) maken van de mogelijkheid afspraken te maken over door henzelf te bepalen prestaties en vergoedingen (receptregel en/of clawback-korting) daarvoor. Waarom komen er wel of geen afspraken van de grond?
2. Analyse van afspraken tussen marktpartijen en wat daarvan de consequenties zijn voor de consument.

De marktpartijen die in deze monitor zijn betrokken, zijn patiënten- en consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en apotheekhoudenden. Om de gewenste informatie van deze partijen te krijgen, is de volgende aanpak gehanteerd.

### *Patiënten- en consumentenorganisaties*

De NZa heeft in het kader van deze monitor de volgende organisaties geïnterviewd: de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-raad), de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

### *Zorgverzekeraars*

Bij zorgverzekeraars heeft op de volgende manieren informatieverzameling plaatsgevonden:

- De NZa heeft in het kader van deze monitor een aantal organisaties geïnterviewd: Menzis, UVIT, Agis, Achmea en Multizorg.
- De NZa heeft alle contracten farmaceutische zorg die zijn afgesloten tot 1 april 2009 opgevraagd bij de zorgverzekeraars;
- Via de website van de NZa zijn zorgverzekeraars opgeroepen meldingen te doen van relevante ervaringen in het kader van contractonderhandelingen flexibele tarief farmaceutische zorg via [monitorfarmacie2009@nza.nl](mailto:monitorfarmacie2009@nza.nl). Tot 17 april 2009 zijn berichten over het contracteerproces binnengekomen, onder andere afkomstig van zorgverzekeraars.

### *Apotheekhoudenden*

Bij apotheekhoudenden heeft op de volgende manieren informatieverzameling plaatsgevonden:

- De NZa heeft in het kader van deze monitor een aantal organisaties geïnterviewd: Nederlandse Apothekers Coöperatie (Napco), Alliance

Apotheek, Mediq Apotheek, Landelijke Huisartsen Vereniging (afdeling apotheekhoudende huisartsen) en NautaDutilh (zorgmakelaar). De laatste partij heeft ook een brief geschreven namens de zelfstandige openbare apothekers die tot hun klanten behoren. De gegevens uit de brief zijn verwerkt in de resultaten van het interview.

- In opdracht van de NZa heeft TNS NIPO een online enquête gehouden onder apotheekhoudenden. Op basis van de volgende onderwerpen werden de geïnterviewden bevraagd: kennisniveau en mening flexibele tarief; contractvoorstellen van en contractafspraken met zorgverzekeraars: inhoud en mening; contractvoorstellen van apotheekhoudenden: inhoud en onderbouwing; contracteerproces; toekomst. In totaal hebben 748 apotheekhoudenden (45%) deelgenomen. De verdeling van het soort apotheekhoudende is in onderstaande tabel uiteengezet. Gezien het doel van het onderzoek hebben alleen apotheekhoudenden die verantwoordelijk zijn voor contractonderhandelingen met zorgverzekeraars aan de enquête kunnen deelnemen. Deze verdeling is daarom niet vergelijkbaar met de landelijke verdeling van apotheekhoudenden.

Soort apotheek	% onderzoek <sup>1</sup>	% landelijk <sup>2</sup>
Zelfstandig openbare apotheek	77	53,9
Apotheekhoudende huisarts	12	19,8
Ketenapotheek	2	24,0
Dienstapotheek	2	1,4
Poliklinische apotheek	1	0,7
Anders	6	0,2

Bron 1: TNS NIPO; Bron 2: SFK en websites van ketenapotheken, 1 jan 2008

- Via de website van de NZa zijn apotheekhoudenden opgeroepen meldingen te doen van relevante ervaringen over contractonderhandelingen met betrekking tot het flexibele tarief farmaceutische zorg via [monitorfarmacie2009@nza.nl](mailto:monitorfarmacie2009@nza.nl). Tot 17 april zijn berichten over het contracteerproces binnengekomen, onder andere afkomstig van apotheekhoudenden.

### Algemeen

Als toezichthouder op de zorgmarkt ontvangt de NZa tevens signalen en klachten via andere kanalen welke, indien relevant, zijn gebruikt voor deze monitor. Dit zijn onder andere reacties naar aanleiding van interviews en presentaties van de NZa die betrekking hebben op het onderwerp van deze monitor.

## 1.4 Timing

De minister was voornemens voor de zomer een besluit te nemen over het NZa advies 'Langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid'. De NZa adviseert daarin om, mits is voldaan aan de daarin genoemde randvoorwaarden per 1 januari 2011, over te gaan op vrije prijsvorming. Om daarbij de ervaringen met het flexibele tarief mee te kunnen nemen, heeft de NZa een korte monitor gemaakt die drie maanden beslaat (eerste kwartaal 2009), waarin is gekeken in hoeverre afwijkende afspraken zijn gemaakt.

De minister van VWS heeft inmiddels op 12 juni jl. gereageerd op het advies 'Langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid' van de NZa en besloten dit te volgen. Dit betekent dat, mits is voldaan aan de door de NZa

genoemde randvoorwaarden, per 1 januari 2011 wordt overgegaan op vrije prijsvorming.

## 2. Achtergrond

### 2.1 Tariefopbouw

Op 3 december 2008 is tariefbeschikking 5200-1900-09-1 verschenen, gebaseerd op beleidsregel Prestatiebekostiging farmaceutische zorg (CV-5200-4.07.4). Dit is kort voor het in werking treden, namelijk per 1 januari 2009. In deze tariefbeschikking is voor het eerst de mogelijkheid gecreëerd dat een apotheekhoudende met een zorgverzekeraar een schriftelijk overeenkomst kan sluiten om binnen grenzen af te wijken van de maximale vergoeding per receptregel en/of de clawback-korting. Hiermee wordt de mogelijkheid gegeven om individueel maatwerk af te spreken rond prijs en kwaliteit. Hiermee wordt tevens een stap gezet richting een meer geliberaliseerde prestatiebekostiging.

In de tariefbeschikking is de prestatiebeschrijving en het bijbehorende maximumtarief opgenomen. Dit houdt in dat maximaal het tarief voor de prestatie terhandstelling van een UR-geneesmiddel dat ten hoogste de som van (a) de vergoeding voor de dienstverlening van de zorgaanbieder en (b) de vergoeding voor de inkoopkosten van UR-geneesmiddelen is, in rekening kan worden gebracht.

#### *Sub a: vergoeding voor dienstverlening*

In spreektaal wordt deze vergoeding ook wel de 'gedifferentieerde receptregelvergoeding' genoemd. In de per 1 mei vigerende tariefbeschikking (5200-1900-09-3) zijn de volgende vergoedingen en toeslagen opgenomen, evenals de maximale verhogingen van de vergoedingen en toeslagen.

#### **Maximale (verhoogde) vergoedingen en toeslagen voor dienstverlening per 1 mei 2009**

Dienstverlening	Maximale vergoeding of toeslag	Maximale verhoogde vergoeding of toeslag
Vergoeding voor standaardterhandstelling	€ 5,50	€ 6,00
Vergoeding voor weekterhandstelling	€ 3,00	€ 3,30
Toeslag bij eerste terhandstelling	€ 5,50	€ 6,00
Toeslag bij ANZ-recept	€ 11,00	€ 12,00
Toeslag bij reguliere magistrale bereiding	€ 11,00	€ 12,00
Toeslag bij bijzondere magistrale bereiding	€ 82,60	€ 90,00

Bron: NZa

Ter verduidelijking: De *maximale vergoedingen en toeslagen* vormen gezamenlijk het gemiddelde tarief van € 7,28. Deze vergoedingen en toeslagen voor dienstverlening kunnen worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt, en ingevolge deze overeenkomst de vergoedingen, met inbegrip van toeslagen, niet hoger zijn dan de bedragen zoals opgenomen in de tariefbeschikking onder 'maximaal verhoogde vergoeding of toeslag'. De *maximaal verhoogde vergoedingen en toeslagen* vormen gezamenlijk het gemiddelde tarief van € 7,94.

*Sub b: vergoeding voor de inkoopkosten van UR-geneesmiddelen*

De vergoeding voor inkoopkosten is gelijk aan ten hoogste de bruto-inkoopprijs, verminderd met de clawback-korting. De clawback-korting bedraagt 8,53% van de bruto-inkoopprijs en ten hoogste € 6,80 per voorschrift<sup>1</sup>. De vergoeding voor inkoopkosten kan worden verhoogd indien hieraan:

- een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar ten grondslag ligt, en
- ingevolge deze overeenkomst de in rekening gebrachte vergoeding niet meer dan 9,33% hoger is dan de uit de tariefbeschikking voortvloeiende vergoeding. Dit is het percentage dat de clawback-korting van 8,53% ongedaan maakt.

In deze tariefbeschikking verbindt de NZa geen verdere voorwaarden aan de inhoud van de schriftelijke overeenkomst tussen apotheehouder en zorgverzekeraar. Voor de vergoeding voor dienstverlening en voor de vergoeding voor inkoopkosten van UR-geneesmiddelen kunnen gelijktijdige afspraken worden gemaakt. Declaraties blijven echter gekoppeld aan de in de tariefbeschikking opgenomen dienstverleningen.

## **2.2 Beleidsregel Innovatie en het flexibele tarief**

Vandaag de dag bestaat één declarabele prestatie voor farmaceutische zorg, namelijk 'het terhandstellen van UR-geneesmiddelen', die sinds 1 juli 2008 is onderverdeeld in verschillende vergoedingen en toeslagen (zie paragraaf 2.1). Om ruimte te bieden voor innovatie op het gebied van zorgprestaties, zo ook die van farmaceutische zorg, geldt sinds 1 januari 2007 de NZa Beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'.

In het kader van deze beleidsregel zijn tot op heden op het gebied van farmaceutische zorg zes prestaties 'innovaties' goedgekeurd door de NZa, waarvan inmiddels twee een geldende vergoeding of toeslag zijn (weekterhandstelling en bijzondere magistrale bereiding). Echter, volgens de gestelde voorwaarden in de beleidsregel betreft dit uitsluitend kortdurende, kleinschalige experimenten die onder andere gericht zijn op nieuwe of vernieuwende zorgverlening met een betere prijs-kwaliteitverhouding, op efficiënte zorgorganisatie of op verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt. Voor de overeengekomen prestatie 'innovatie' geldt een vrij tarief.

De drijfveer voor het in werking stellen van het flexibele tarief en de Beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' is dan ook gelijk. Hoewel het flexibele tarief in tegenstelling tot de genoemde beleidsregel geen ruimte biedt voor het expliciet declarabel maken van aanvullende of afwijkende prestaties, biedt het wel ruimte om afspraken te maken onder welke voorwaarden het tarief voor de terhandstelling van UR-geneesmiddelen kan worden verhoogd of verlaagd. Deze voorwaarden zouden prestaties kunnen zijn die niet zelfstandig declarabel zijn, zoals het uitvoeren van een medicatiebeoordeling. Hiervoor geldt, in tegenstelling tot de Beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties', niet de beperking dat de prestatie onderdeel is van een kortdurend en kleinschalig experiment.

---

<sup>1</sup> Het clawback-percentage van 8,53% bevat een structureel deel van 6,82% en een incidenteel deel van 1,71% in verband met een verrekening van de schorsing van de clawback-korting in het tweede deel van 2008.



## 2.3 Relatie met overige projecten farmacie NZa

Deze monitor is onderdeel van het Programma Farmacie 2009 van de NZa. De volgende projecten vallen ook onder dit programma.

### *Project Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg*

In haar advies van December 2008 "Langetermijnvisie Geneesmiddelenbeleid, De weg naar vrije prijsvorming" analyseert de NZa de gevolgen voor de publieke belangen van de invoering van vrije tarieven voor farmaceutische zorg, en concludeert dat eventuele risico's voldoende beheersbaar zijn en vrije prijsvorming leidt tot meerwaarde voor de consument, mits aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Een van de voorwaarden is de ontwikkeling en vaststelling van een set prestaties voor farmaceutische zorg. De set prestaties moet enerzijds kansen bieden aan apothekhoudenden om hun toegevoegde waarde beter inzichtelijk en waardeerbaar te maken. Anderzijds ondersteunt deze beleidslijn het onderhandelingsproces tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars door het creëren van een gemeenschappelijke onderhandelingstaal en geeft naar de consumenten toe transparantie over wat de apothekers aan zorgverlening te bieden hebben. De stap naar het flexibele tarief in 2009 kan gezien worden als een eerste stap richting vrije prijzen. Het kan een indicatie geven voor welke zorgactiviteiten nieuwe prestatiebeschrijvingen wenselijk worden geacht om tot onderhandelingen over prijs/kwaliteit van de dienstverlening en transparantie naar consumenten te komen.

### *Vervolgonderzoek inkoopvoordelen en praktijkkosten farmacie*

Begin november 2008 heeft de NZa aan de minister van VWS gerapporteerd over de uitkomsten van het onderzoek naar inkoopvoordelen en praktijkkosten apothekhoudenden over 2007, alsmede de doorrekening naar 2008 en 2009. Op basis van dit rapport heeft de NZa een besluit genomen over de hoogte van het tarief 2009 en de clawback-korting. In het rapport is aangegeven dat de doorrekening naar 2008 en 2009 gebaseerd is op aannames over de ontwikkelingen van de inkoopvoordelen en praktijkkosten. Als gevolg van het individuele preferentiebeleid per 1 juli 2008 en overige ontwikkelingen zijn de uitkomsten daarvan onzeker. Voor een meer nauwkeurige onderbouwing daarvan is dit vervolgonderzoek uitgevoerd op basis de administraties van openbare apotheken en fabrikanten/groothandels. Met behulp van de resultaten van dit onderzoek worden de inkoopvoordelen die openbare apotheken in 2008 genoten en de praktijkkosten in beeld gebracht, teneinde deze te vergelijken met de doorrekening op basis van aannames voor de tariefonderbouwing 2009.



## 3. Resultaten

### 3.1 Inleiding

In paragrafen 3.2 en 3.3 wordt de kwantitatieve informatie gepresenteerd over de standaardcontracten (ook wel basiscontracten genoemd) en eventuele aanvullende contracten farmaceutische zorg 2009. Onder aanvullende contracten worden in deze rapportage die contracten bedoeld waarin afspraken zijn vastgelegd over een tarief dat afwijkend is van het maximumtarief zoals vastgesteld door de NZa (zie hoofdstuk 2.1).

In de paragrafen 3.4 tot en met 3.6 worden de resultaten gepresenteerd die betrekking hebben op meningen over het flexibele tarief, het contracteerproces en de huidige marktverhoudingen van apothekhoudenden, zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties.

### 3.2 Afgesloten standaardcontracten

De NZa heeft de inhoud van de standaardcontracten van alle zorgverzekeraars, waaronder één zorginkooporganisatie, bestudeerd. In totaal betreft dit elf organisaties, die in deze monitor alle worden aangeduid als 'zorgverzekeraars'. Al deze contracten zijn door zowel de apothekhoudenden als de zorgverzekeraars ondertekend.

#### 3.2.1 Inhoudelijke aanpassingen ten opzichte van 2008

Op één na geven alle geïnterviewde zorgverzekeraars aan het standaardcontract 2009 te hebben aangepast ten opzichte van dat van 2008. Genoemde wijzigingen wisselen per zorgverzekeraar. Eén zorgverzekeraar geeft aan op enkele, relatief kleine onderdelen het contract minder stringent te hebben gemaakt voor de apothekhoudende. Het gaat hier bijvoorbeeld om de afleverperiode en de redenen van overmacht. Eén verzekeraar heeft de betaaltermijn opgerekt van 21 naar 30 dagen indien geen standaardcontract wordt afgesloten. De overige zorgverzekeraars hebben (meer) kwaliteitsindicatoren opgenomen dan in het voorgaande jaar.

#### 3.2.2 Inhoud

De helft van de zorgverzekeraars werkt met meer dan één type standaardcontract. Indien er een apart contract voor internetapotheken bestaat, staat hier vaak een lager tarief in. In totaal zijn zestien verschillende standaardcontracten bestudeerd.

##### *Tarief*

In vrijwel alle standaardcontracten is een gemiddeld tarief voor de receptregelvergoeding opgenomen van € 7,28.<sup>2</sup> Twee zorgverzekeraars zijn een lager tarief overeengekomen met een internetapothek: één verzekeraar heeft een tarief voor standaardterhandstelling afgesproken van € 3,40 (in plaats van € 5,50). Een andere verzekeraar is met een internetapothek een tarief overeengekomen van 75% van het maximumtarief van de NZa.

<sup>2</sup> In één contract staat een gemiddeld bedrag van € 7,27 als vergoeding voor de receptregelvergoeding.

Drie zorgverzekeraars hebben in het contract opgenomen dat een bedrag van het gemiddelde tarief wordt afgetrokken indien het jaarverslag of het kwaliteitsverslag niet aan de (specifieke) eisen van de zorgverzekeraar voldoet.

#### *Laagste prijs en bandbreedte*

In contracten van zeven zorgverzekeraars is een afspraak gemaakt over de maximale vergoeding voor inkoopkosten van generieke en merkgeneesmiddelen door een bandbreedte vast te leggen: de apotheekhoudende mag een bepaald percentage (3 tot 5%) boven de laagste prijs van het betreffende geneesmiddel declareren. Tenzij preferentiebeleid wordt gevoerd voor het betreffende geneesmiddel, is de apotheekhoudende vrij om, mits de prijs binnen die bandbreedte zit, te kiezen welk label hij aflevert en declareert.

#### *Preferentiebeleid*

In totaal voeren vijf zorgverzekeraars individueel preferentiebeleid voor een bepaalde groep geneesmiddelen, zoals vastgelegd in de polisvoorwaarden. De samenstelling van deze groep geneesmiddelen verschilt per zorgverzekeraar.

#### *Betaaltermijn*

In vijftien van de zestien contracten is een maximale betaaltermijn beschreven waarbinnen de zorgverzekeraar de declaraties van apotheekhoudenden moet voldoen. In de meeste van deze contracten is een maximale betaaltermijn opgenomen van 10, 15 of 30 dagen na het ontvangen van de factuur.

#### *Looptijd*

De looptijd van alle standaardcontracten is één jaar. Twaalf contracten hebben een looptijd die eindigt op 1 januari 2010; van twee contracten loopt de looptijd af op 1 maart 2010 en één contract heeft een looptijd tot 1 april 2010.

#### *Kwaliteit*

In alle zestien standaardcontracten zijn kwaliteitsvoorwaarden opgenomen. In ongeveer driekwart van de contracten is opgenomen dat de zorgverzekeraar een kopie van een jaarverslag ontvangt en in de helft van de contracten staat dat de zorgverzekeraar een kopie van een kwaliteitsverslag ontvangt. Hiernaast wordt door verschillende zorgverzekeraars op het gebied van kwaliteit diverse voorwaarden gesteld. Voorbeelden hiervan zijn: het minimaal één keer per drie jaar participeren in een klanttevredenheidsonderzoek of het participeren in het Elektronisch Medicatie Dossier. In het standaardcontract van één zorgverzekeraar staat dat de apotheekhoudende over een HKZ-certificering dient te beschikken.

#### *Doelmatigheid*

In alle contracten wordt aandacht besteed aan doelmatigheid. Zo staat in elf contracten dat de apotheekhoudende de zorg "doelmatig dient te leveren". Dit begrip wordt niet in alle contracten verder uitgewerkt. In veruit de meeste contracten wordt invulling gegeven aan doelmatigheid door eisen te stellen aan de substitutiegraad. Voorbeelden hiervan zijn dat de substitutiegraad gelijk of groter dient te zijn dan het ijkpunt 1 juli 2008, elke maand ongeveer gelijk moet zijn, minimaal gelijk moet zijn aan het GIP-gemiddelde of minimaal een bepaald percentage moet zijn (90% of 95%).

### Controle

In alle standaardcontracten is opgenomen dat de apotheekhoudende de zorgverzekeraar inzicht dient te geven in de recepten in relatie tot de declaraties. Hiernaast staat in twaalf contracten dat de apotheekhoudende deel dient te nemen aan formele controles, materiële controles en kwaliteitscontroles. Eén zorgverzekeraar verlangt dat de apotheekhoudende iedere twee maanden de substitutiegraad aanlevert van een aantal medicijnen.

### Zorgprojecten

Drie verzekeraars hebben in de standaardcontracten zorgprojecten (ook wel plusmodules genoemd) opgenomen waaraan apotheekhoudenden kunnen deelnemen. Plusmodules zijn onderwerpen die de zorgverzekeraar belangrijk vindt, waarvoor apotheekhoudende projecten kunnen opstarten die dan (mede) worden gefinancierd door de zorgverzekeraar. De onderwerpen hebben bijvoorbeeld betrekking op antidepressiva of op een structurele aanpak van het chronische gebruik van maagmedicatie. Twee zorgverzekeraars maken hierbij gebruik of willen gebruik maken van de Beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. Van de derde zorgverzekeraar is niet duidelijk wat de inhoud van het zorgproject is en hoe dit wordt beloond.

### 3.2.3 Contracteergraad lager dan in 2008

Voor het jaar 2009 zijn (vooralnog) minder standaardcontracten afgesloten dan in 2008. De contracteergraad in 2009 wisselt per zorgverzekeraar en ligt tussen de 40 en 95 procent. Binnen het eigen kernwerkgebied van de zorgverzekeraar zijn naar verhouding meer contracten afgesloten dan daarbuiten, maar ook dit wisselt per zorgverzekeraar, waardoor dit niet kwantitatief geaggregeerd kan worden weergegeven.

### 3.2.4 Oorzaken lagere contracteergraad

Veruit het merendeel (85%) van de deelnemende apotheekhoudenden aan de online enquête van TNS NIPO is (zeer) ontevreden over de aangeboden standaardcontracten, waar slechts 8% tevreden is. De door de NZa geïnterviewde apotheekhoudenden noemen verschillende redenen van het niet of niet tekenen van de standaardcontracten:

- De (financiële) gevolgen van bepaalde voorwaarden, zoals individueel preferentiebeleid, worden als onduidelijk en daardoor ongewis omschreven en derhalve als risico gezien;
- Veranderingen ten opzichte van het standaardcontract 2008, zoals het oprekken van de betalingstermijn, meer eisen over kwaliteit (bijvoorbeeld certificering) en controle;
- Apotheekhoudenden kijken veel kritischer naar de te leveren diensten (zoals bezorging en 24-uurdienst) in de contractvoorstellen, omdat de inkomsten zijn gedaald vanwege het mislopen van inkoopvoordelen en het volgens apotheekhoudenden niet-kostendekkende tarief;
- De zorgverzekeraar staat niet open voor onderhandelingen over het standaardcontract met individuele noch gegroepeerde apotheekhoudenden;
- Zonder contract vindt voornamelijk declaratieverkeer plaats op basis van het maximumtarief;
- Zonder contract en direct declaratieverkeer zijn apotheekhoudenden onafhankelijk van voorwaarden van de zorgverzekeraar over bijvoorbeeld opgerekte betaaltermijn en betaalt de verzekerde rechtstreeks aan de balie;

- Preferentiebeleid: door een aantal apothekhoudenden wordt het preferentiebeleid als een storende factor in de onderhandelingen genoemd.

*"Men zal nooit met een individuele apotheek gaan onderhandelen, dus men krijgt een standaardcontract dat door de verzekeraar (in het beste geval samen met een keten) is opgesteld en mag vervolgens 'tekenen bij het kruisje'."*

Bron: Apothekhoudende

De door de NZa geïnterviewde zorgverzekeraars noemen verschillende redenen van het niet of later tekenen door apothekhoudenden:

- Men was in afwachting van de NZa-bekendmaking van de tariefbeschikking 2009;
- Men wachtte de rechtzaak KNMP versus NZa over tariefbeschikking 2009 af: apothekhoudende had het idee dat door ondertekening van het contract de positie van KNMP in de rechtszaak verzwakt zou worden;
- Zonder getekend standaardcontract wordt de betaalovereenkomst tussen apothekhoudende en zorgverzekeraar vooralsnog gecontinueerd;
- Men is tegen het preferentiebeleid;
- Men neemt een afwachtende houding aan vanwege alle veranderingen in de laatste periode;
- Een aantal zorgverzekeraars hanteert een andere cyclus dan een kalenderjaar, waardoor onderhandelingen later op gang gekomen zijn.

*"De contractering is moeizaam verlopen. Veel apothekhoudende zijn zich slechts in beperkte mate bewust van het feit dat de wereld veranderd is en dat de maatschappij andere eisen stelt aan het functioneren van een apotheker. Het 'loon naar werken' principe wordt door een deel van apothekhoudenden omarmd, een ander deel zit nog in een soort rouwverwerkingsproces over het feit dat de gouden tijden van weleer niet meer terugkeren."*

Bron: Zorgverzekeraar

### 3.3 Afgesloten aanvullende contracten

In totaal zijn 26 contracten afgesloten over een afwijkend tarief tussen een zorgverzekeraar en een apothekhoudende, in alle gevallen een openbare apotheker. Eén zorgverzekeraar is in vergevorderde onderhandeling met een apothekhoudende over een aanvullend contract. Deze aanvullende contracten zijn afgesloten naast het standaardcontract met in totaal drie verschillende zorgverzekeraars. Twee van deze zorgverzekeraars hebben individuele afspraken gemaakt met de betreffende apothekers. Van de overige drie zorgverzekeraars is het initiële voorstel van de zorgverzekeraar ondertekend door de apothekers.

#### *Hoger afgesproken tarief*

In 18 aanvullende contracten zijn afspraken gemaakt over een verhoging van het maximumtarief van de NZa, dat ligt tussen de € 7,28 en € 7,94. In 8 aanvullende contracten tussen zorgverzekeraar en apothekhoudende is een tarief afgesproken van € 7,94. Welke

inhoudelijke afspraken hierover zijn gemaakt, en welk bedrag maximaal mag worden gedeclareerd, verschilt per contract. In één contract is bovendien een afspraak gemaakt over het verlagen van de clawback-korting indien resterende inkoopvoordelen volledig worden ingeleverd bij de zorgverzekeraar.

#### *Lager afgesproken tarief*

Het door de NZa vastgestelde tarief betreft een maximumtarief. Zoals in de vorige paragraaf besproken, zijn twee standaardcontracten afgesloten tussen twee zorgverzekeraars en internetapotheken over een tarief lager dan het maximumtarief van de NZa.

#### *Afspraken*

De afspraken zoals opgenomen in de aanvullende contracten zijn zeer divers. Een aantal van deze afspraken zijn grofweg in te delen in één van de volgende categorieën:

- Minimumaantal receptregels
- Doelmatigheid
- Extra service

Hieronder wordt een korte toelichting gegeven bij deze categorieën. Naast de afspraken die onder te brengen zijn in één van bovenstaande categorieën is er nog een groot aantal afspraken dat betrekking heeft op zeer uiteenlopende zaken. Deze worden toegelicht onder het kopje "Overige voorwaarden".

#### *Minimumaantal receptregels*

In een aantal aanvullende contracten is de eis opgenomen dat een minimumaantal receptregels is of wordt gedeclareerd bij de betreffende zorgverzekeraar. Dit varieert van 30.000 tot 40.000 receptregels in het lopende of voorgaande jaar. Wordt dit aantal niet gehaald, dan komt de zorgaanbieder niet in aanmerking voor het hogere tarief.

#### *Doelmatigheid*

Op het gebied van doelmatigheid zijn in de aanvullende contracten verschillende afspraken gemaakt. In sommige contracten is afgesproken de doelmatigheid te verhogen door optimale substitutie. Hieronder kan ook therapeutische substitutie vallen. In andere contracten worden exacte eisen gesteld aan de substitutiegraad.

#### *Extra service*

Een aantal contracten stelt eisen aan de service die de apothekhoudende dient te verlenen. In enkele gevallen wordt hierbij aangegeven dat deze service exclusief geldt voor de verzekerden van de desbetreffende zorgverzekeraar. Deze servicevoorwaarden kunnen onder meer betrekking hebben op het bezorgen van medicijnen, het geven van extra informatie, het hebben van een bestel- en of bezorgservice of het verzorgen van minimaal één voorlichtingsbijeenkomst voor de verzekerden van de zorgverzekeraar.

#### *Overige afspraken*

In een aantal aanvullende contracten is opgenomen dat de apothekhoudende een toetsbare en meetbare meerwaarde biedt boven andere apothekhoudenden. Voorbeelden van andere afspraken zijn dat de apothekhoudende beschikt over HKZ-certificering, meewerkt aan het AMP Mystery Guest Programma, beschikt over een goedgekeurd jaarverslag, meewerkt aan het preferentiebeleid of zorgt voor volledige transparantie in de rapportage. Twee zorgverzekeraars spraken af dat de apothekhoudende inzicht geeft in de inkoopvoordelen. Eén van deze zorgverzekeraars heeft afspraken gemaakt met een aantal apothekhoudenden over de koppeling van de inkoopvoordelen in 2009

met de hoogte van het tarief 2010 en/of investering in farmaceutische zorg.

### 3.4 Contracteerproces volgens apothekhoudenden

#### 3.4.1 Mening over en verwachting van het flexibele tarief

Ruim de helft van de apothekhoudenden vindt de invoering van het flexibele tarief (helemaal) geen goede ontwikkeling. Ongeveer één op de zes is van mening dat de geboden onderhandelingsruimte wel degelijk een goede ontwikkeling is.

Mening over het flexibele tarief 1-1 2009	%
Zeer goede ontwikkeling	3
Goede ontwikkeling	13
Ik twijfel	33
Geen goede ontwikkeling	19
Helemaal geen goede ontwikkeling	33

Bron: TNS nipo

De apothekhoudenden die het flexibele tarief (helemaal) geen goede ontwikkeling vinden, zijn in vergelijking met hen die de ontwikkeling wel goed vinden:

- vaker apothekhoudende huisartsen (16% versus 6%);
- langer werkzaam als apothekhoudende (19,5% versus 17,4%);
- even goed bekend met het flexibele tarief.

De meeste apothekhoudenden (90%) verwachten als gevolg van het flexibele tarief dat zorgverzekeraars te veel macht krijgen. Ruim de helft (52%) van de apothekhoudenden geeft aan dat er te weinig tijd overblijft voor het verlenen van farmaceutische zorg. Bijna de helft (47%) van de apothekhoudenden verwacht dat de kwaliteit van de farmaceutische zorg zal verminderen.

*"We lopen het risico dat bij de onderhandelingen niet zozeer gekeken gaat worden naar kwaliteit, maar naar kostenbeheersing. Hetgeen betekent dat daardoor de kwaliteit wel eens in het gedrang kan komen. Immers diegenen die kostenbesparing voorstellen krijgen eerder een hoger tarief dan diegenen die kwaliteit voorstellen."*

Bron: apotheker

Een kwart van de apothekhoudenden verwacht dat het flexibele tarief de mogelijkheid geeft om apotheken te onderscheiden op basis van kwaliteit. Zeventien procent van de ondervraagden verwacht dat met het flexibele tarief goede apotheken worden beloond ten opzichte van minder goede apotheken. Tevens verwacht ditzelfde percentage dat de transparantie van kwaliteit hiermee wordt bevorderd.



Verwachting ten aanzien van gevolgen van het flexibele tarief	%
Te veel macht bij de zorgverzekeraars	90
Te weinig tijd over voor de apotheker om farmaceutische zorg te verlenen	52
De kwaliteit van farmaceutische zorg zal verminderen	47
De zelfstandig apotheekhoudende verdwijnt, omdat deze gedwongen wordt om aan te sluiten bij een keten	40
De omzet van de apotheek gaat achteruit	37
Apotheekhoudenden kunnen zich van elkaar onderscheiden op basis van kwaliteit	25
Goede apotheken worden beloond, minder goede apotheken worden gestraft	17
De transparantie van kwaliteit wordt bevorderd	17
Aparte tarieven worden verworven doordat aparte tarieven worden afgesproken voor vormen van farmaceutische zorg.	15
Er ontstaat een betere prijs-kwaliteitverhouding voor farmaceutische zorg voor de consument	9
Prijzen van geneesmiddelen worden gedrukt, deze voordelen kunnen doorgegeven worden aan de consument	7
Apotheekhoudenden kunnen zich meer richten naar de wensen en behoeften van de consument	6
Anders	42

Bron: TNS NIPO

Twee van de vijf door de NZa geïnterviewde apotheekhoudende partijen zijn positief ten aanzien van het flexibele tarief. Eén van deze twee partijen is ook positief over het vrijgeven van de tarieven.

### 3.4.2 Ervaring met het flexibele tarief

#### 3.4.2.1 Onduidelijkheid tarief en overheidsbeleid

Hoewel 98% van de apotheekhoudenden in de enquête van TNS NIPO aangeeft op de hoogte te zijn van de invoering van het flexibele tarief per 1 januari 2009, weet slechts 44% dat binnen grenzen zowel over de hoogte van de receptregelvergoeding als over de hoogte van de vergoeding voor inkoopkosten van UR-geneesmiddelen kan worden onderhandeld. 52% meent dat het flexibele tarief alleen de mogelijkheid biedt te onderhandelen over de hoogte van de receptregelvergoeding.

Drie van de vijf geïnterviewde apotheekhoudenden geven aan dat de tariefbeschikking en de mogelijkheid van het flexibele tarief (te) laat bekend gemaakt zijn door de NZa. Dat heeft als gevolg dat de zorgverzekeraars in hun budget uitgegaan zijn van een gemiddeld tarief van € 6,61. De zorgverzekeraars gaan in hun standaardcontract nu wel uit van de gemiddeld € 7,28. Het budget van de zorgverzekeraars is bepalend voor het contracteerproces. Om in aanmerking te komen voor een hoger tarief, moet de apotheekhoudende de doelmatigheid verhogen. Eerdere besparingen worden hier niet in meegenomen. Een andere apotheekhoudende geeft aan dat de wijzigingen elkaar snel opvolgen. Apotheekhoudenden nemen een afwachtende houding aan, omdat iedereen eerst een bepaalde zekerheid wil ten aanzien van het voortbestaan van overheids- en/of zorgverzekeringsbeleid.

#### 3.4.2.2 Marktverhoudingen

Een andere zaak die van invloed is op de contractering, is dat er geen gelijkwaardigheid is in de onderhandeling tussen de zorgverzekeraars en apothekhoudenden, aldus drie van de geïnterviewde partijen. De zorgverzekeraar stelt een pakket met eisen op voor het aanvullende contract en hanteert een 'alles of niets' beleid; individuele onderhandeling is niet mogelijk, het is 'tekenen bij het kruisje'. Eén van de geïnterviewde apothekhoudenden geeft aan dat de zorgverzekeraars alleen onderhandelen met grote ketens. Een andere geïnterviewde apothekhoudende geeft aan dat apothekhoudenden alleen een mogelijkheid zien om een gezamenlijk belang te creëren voor zorgverzekeraars als apothekhoudenden zich regionaal verenigen. Sommige apothekhoudenden vragen zich overigens af of verzekeraars wel voldoende farmaceutische expertise in huis hebben.

*"Een voorstel om de kosten per verzekerde 10% naar beneden te laten gaan, waarvoor de individuele apothekhoudende een hoger tarief wil, is afgewezen, omdat niet onderhandeld wordt met individuele apothekhoudenden. De zorgverzekeraar geeft vervolgens aan dat het standaardcontract gewoon getekend moet worden."*

Bron: apotheker

*"De zorgverzekeraar legt een contract voor met eisen waaraan voldaan moet worden. Hiermee is het geen flexibele vergoeding. Verzekeraars geven aan dat zij geen reden hebben om te onderhandelen; er zijn veel apothekhoudenden en deze hebben een afhankelijkheidspositie naar de zorgverzekeraar."*

Bron: apotheker

#### 3.4.2.3 Vertrouwen betrokken partijen

Voor 2009 was nauwelijks sprake van een relatie tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars. Drie van de vijf geïnterviewde apothekhoudenden geven aan dat het vertrouwen tussen de zorgverzekeraars en apothekhoudenden niet is toegenomen, terwijl twee van mening zijn dat het vertrouwen toe lijkt te nemen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars die op een constructieve manier met elkaar praten. Door de invoering van het preferentiebeleid en nu het flexibele tarief is een relatie ontstaan, aldus een geïnterviewde apothekhoudende.

#### 3.4.2.4 Gevolgen voor consument

Twee van de geïnterviewde apothekhoudenden geven aan dat er als gevolg van de contractering een nadelige situatie ontstaat voor de consument. De consument moet een gedeelte zelf bijbetalen als de zorgverzekeraar en apothekhoudende geen contract overeengekomen zijn indien de consument een natura polis heeft afgesloten. Eén van deze twee partijen geeft aan dat de farmaceutische zorg op dit moment versnipperd, waardoor het medicatiedossier onvolledig wordt en er fouten kunnen ontstaan. De verantwoordelijkheid wordt nu bij de verzekerde gelegd, wat niet reëel gevonden wordt, omdat de consument dat niet kan inschatten. Een derde partij vindt het een goede ontwikkeling voor de consument. De huidige ontwikkelingen zorgen ervoor dat er beter

nagedacht wordt over wat gedaan wordt, wat het kost en wat het oplevert en dat dit inzichtelijk wordt gemaakt.

#### 3.4.2.5 Gevolgen voor de apothekhoudende

Twee van de vijf geïnterviewde apothekhoudenden verwachten dat het flexibele tarief de mogelijkheid biedt voor apotheken om zich te onderscheiden. Een voorwaarde is dan wel dat de zorgverzekeraar onderscheid wil maken tussen apothekhoudenden, zodat zowel tussen apothekhoudenden als tussen zorgverzekeraars concurrentie ontstaat. Eén geïnterviewde vreest dat grote zorgverzekeraars en ketenapotheken in de toekomst het beleid gaan bepalen en dat er daarmee geen oog meer is voor individuele en kleinschalige projecten. Een andere apothekhoudende geeft aan dat apothekhoudenden veel verwachten ten aanzien van de ontwikkelingen in de farmaceutische zorg als kwaliteit beloond wordt. Zij zijn echter bang dat als het om kostenreductie gaat, er geen ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit zullen komen. Er is financiële ruimte nodig bij de apothekhoudenden om de meerwaarde aan te kunnen tonen; dat maakt het verschil tussen zorgverleners en distributiepunten.

#### 3.4.2.6 Voorwaarden om tarief vrij te kunnen geven

De door de NZa geïnterviewde apothekhoudenden noemen de volgende voorwaarden waaraan moet zijn voldaan voordat het tarief voor farmaceutische zorg kan worden vrijgegeven:

- Er moet duidelijkheid zijn over welke zorg onder de basiszorg valt, zodat vastgesteld kan worden wat de apothekhoudende aan extra prestaties levert en de meerwaarde hiervan aangetoond kan worden. Er moet sprake zijn van gezamenlijke onderhandelingstaal.
- De ICT-omgeving van zowel de zorgverzekeraar als de apothekhoudende moet ingericht zijn op het vrije tarief. Nu bestaat het idee dat de softwaresystemen het flexibele tarief niet aankunnen en het daarom niet mogelijk is individuele afspraken te maken tussen apothekhoudende en zorgverzekeraar ten aanzien van het tarief.
- Er moet gelijkwaardigheid zijn tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden. Veel zorgverzekeraars hebben een machtspositie in een bepaalde regio.
- Zorgverzekeraars moeten bereid zijn onderscheid te maken tussen apothekhoudenden, om zo concurrentie op gang te brengen.
- Ten behoeve van een vrije keuze voor de consument dienen gemaakte afspraken tussen apothekhoudende en zorgverzekeraar te zijn opgenomen in de polis alvorens verzekerde deze afsluit.
- Om verscheidenheid aan kwaliteitseisen van verschillende zorgverzekeraars te voorkomen, dienen landelijke kwaliteitseisen voor farmaceutische zorg te worden opgesteld.
- Vaststellen of de apothekhoudende ondernemer is of niet. Wanneer onder de streep op nul uitgekomen moet worden, is de apothekhoudende geen ondernemer. Als de apothekhoudende wel ondernemer is, is er financiële ruimte nodig om risico's af te dekken.
- Alvorens over te gaan op vrije tarieven, dient een tussenstap gemaakt te worden waarin een wettelijk vastgesteld tarief geldt als geen contract is gesloten en een vrij tarief geldt als wel een contract is afgesloten.

### 3.4.3 Initiërende partij

Zowel door zorgverzekeraars als apothekhoudenden worden voorstellen gedaan voor een hoger tarief. De apothekhoudenden geven aan dat er wel verschil is tussen de zorgverzekeraars. De ene zorgverzekeraar neemt zelf het initiatief, de andere zorgverzekeraar is afwachtend, waarbij eerst voldaan moet zijn aan een aantal voorwaarden.

Twee van de geïnterviewde apothekhoudende partijen geven aan dat er geen ruimte is bij de zorgverzekeraars voor initiatieven van de apothekhoudenden. Er komt geen reactie of een negatieve reactie op het initiatief van de apothekhoudende. De apothekhoudenden geven aan dat de zorgverzekeraars vasthouden aan de voorwaarden die zij hebben opgesteld. Eén van de twee partijen geeft aan dat de zorgverzekeraar te druk is met het preferentiebeleid.

Eén van de andere geïnterviewde partijen geeft aan dat zij met alle zorgverzekeraars in gesprek zijn. Daarbij is bij een gedeelte van de zorgverzekeraars ruimte voor onderhandeling, bijvoorbeeld over het preferentiebeleid. Wanneer de apothekhoudenden met een goed voorstel komen, willen deze zorgverzekeraars hierover praten.

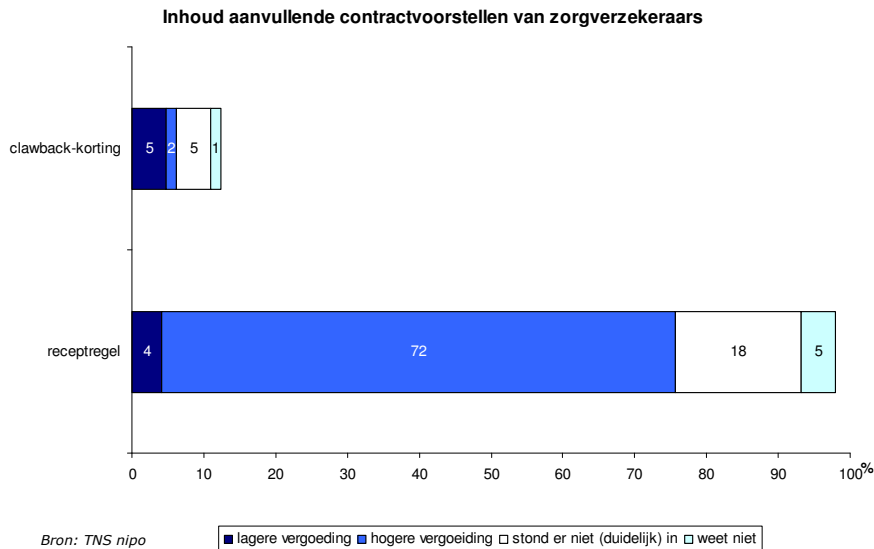
### 3.4.4 Aanvullende contractvoorstellen van zorgverzekeraars

Gemiddeld hebben apothekhoudenden van 1 of 2 zorgverzekeraars een voorstel ontvangen voor een afwijkend tarief in een aanvullend contract. Apothekhoudende huisartsen hebben van minder zorgverzekeraars standaardcontractvoorstellen ontvangen (gemiddeld 5,5 versus 7) en minder aanvullende contractvoorstellen (gemiddeld 1,1 versus 1,7) dan zelfstandige openbare apothekers. Een aantal zorgverzekeraars heeft voorwaarden bekend gemaakt waaraan moet worden voldaan, alvorens een eventueel onderhandelingsproces zou kunnen starten. Deze voorwaarden of dit toetsingskader wordt in deze resultatenbespreking beschouwd als 'aanvullend contract'.

#### 3.4.4.1 Inhoud

##### *Hoger tarief*

De meeste zorgverzekeraars stellen een hogere receptregelvergoeding voor aan de apothekhoudenden. 10% van de aanvullende contractvoorstellen betrof een afwijkende vergoeding voor de inkoopkosten van UR-geneesmiddelen, waarvan in respectievelijk 33% en 17% van de gevallen een lagere en hogere vergoeding werd voorgesteld. Van de overige 50% was dit niet bekend bij de geïnterviewde.



### Lager tarief

Eén zorgverzekeraar biedt nieuwe toetreders een gemiddeld tarief van € 6,55. Tot 1 april 2009 is een dergelijk contractvoorstel niet ondertekend door een apotheehouder.

### Voorwaarden

De door de NZa geïnterviewde apotheehouders geven aan dat verschillende voorwaarden worden gesteld om in aanmerking te komen voor het aanvullend contract. Voorbeelden van deze voorwaarden zijn een norm van 40.000 gedeclareerde receptregels, een substitutiegraad van 95% in 2008, certificering, medicatie-review, deelname aan klanttevredenheidsonderzoek en/of het aanleveren van een volledige *business case*.

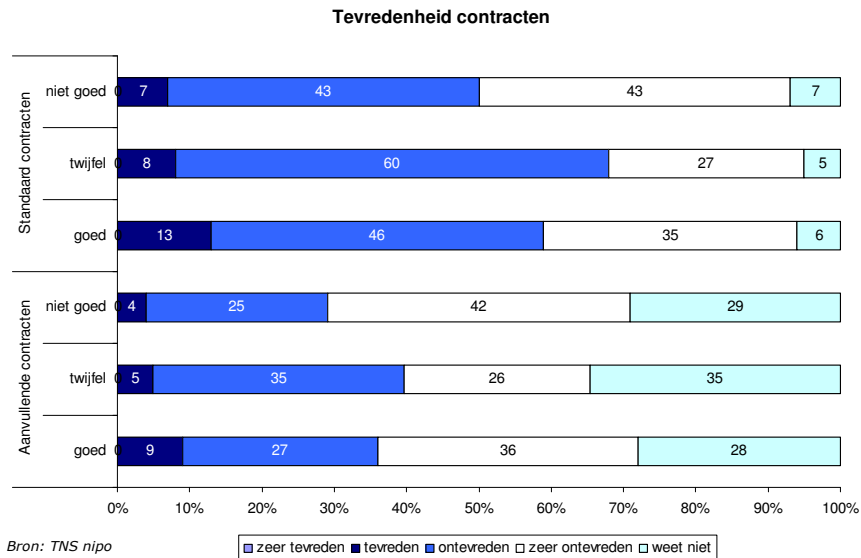
### 3.4.4.2 Mening apotheehouders over de aanvullende contracten

Ondanks het feit dat in vrijwel alle aanvullende contractvoorstellen een hoger tarief is opgenomen, is bijna tweederde van de apotheehouders die hebben deelgenomen aan de TNS NIPO-enquête (zeer) ontevreden over deze voorstellen. Apotheehouders die via [monitorfarmacie2009@nza.nl](mailto:monitorfarmacie2009@nza.nl) of andere kanalen hebben gereageerd op de contractering, zijn in 77% van de gevallen negatief en in 20% van de gevallen neutraal over zorgverzekeraars.

Hoe tevreden over de inhoud van de aanvullende contracten	%
Zeer tevreden	-
Tevreden	5
Ontevreden	28
Zeer ontevreden	36
Weet het niet	31

Bron: TNS Nipo

Zowel apotheehouders die het flexibele tarief een goede ontwikkeling vinden als degenen die de ontwikkeling niet goed vinden, zijn ontevreden over de contracten.



Echter, drie van de door de NZa geïnterviewde apothekhoudende partijen is zowel negatief als positief over de aanvullende contractvoorstellen. Twee partijen zijn positief en zijn in constructieve onderhandeling met zorgverzekeraars, waarvan één over de voorwaarden met betrekking tot de substitutiegraad en het klanttevredenheidsonderzoek.

De door de NZa geïnterviewde apothekhoudenden verklaren de negatieve reacties als volgt:

- Geen onderhandelingsmogelijkheid: om in aanmerking te komen voor een hoger tarief moet aan alle voorwaarden van de zorgverzekeraar voldaan worden. Apothekhoudenden worden niet individueel benaderd. Voorstellen zijn afgestemd op apothekers en sluiten niet aan bij apothekhoudende huisartsen.
- Voorwaarden niet gericht op kwaliteit: door de zorgverzekeraars zijn eisen vastgesteld, die beperkt betrekking hebben op kwaliteitsaspecten, maar met name op doelmatigheid. Of niet zorggerelateerde activiteiten zoals het plaatsen van informatiefolders;
- Niet-beïnvloedbare voorwaarden: voorbeelden hiervan zijn het aantal gedeclareerde receptregels, de substitutiegraad in het verleden en het gebruik maken van onnodig dure kwaliteitssystemen.
- Uiteenlopende, niet verenigbare voorwaarden: omdat elke zorgverzekeraar zijn eigen voorwaarden stelt, is het moeilijk, zo niet onmogelijk om aan al deze verschillende voorwaarden te voldoen en in aanmerking te komen voor een hogere vergoeding.
- Onduidelijke voorwaarden: het is voor de apothekhoudende vooraf onbekend wat het resultaat is als aan alle gestelde voorwaarden is voldaan.
- Onhaalbare voorwaarde: het volledig inleveren van inkoopvoordelen is financieel niet haalbaar.

De onderbouwing van de (negatieve) reacties van apothekhoudenden via [monitorfarmacie2009@nza.nl](mailto:monitorfarmacie2009@nza.nl) en andere kanalen is opgenomen in onderstaande tabel.

Benoemd gedrag zorgverzekeraar	Aantal maal genoemd
Niet reageren	38
Traag reageren / lang proces	32
Niet inhoudelijk reageren	1
Veeleisende / niet-onderhandelbare voorwaarden opleggen*	29
Voorwaarde informatiefolders van Agis <sup>3</sup>	3
Wel inhoudelijk reageren, maar geen concessies doen	8
Onderhandelingsdruk: geen volledige vergoeding indien geen contract	6
Onderhandelingsdruk: verlengen betaaltermijn	2

Bron: Monitorfarmacie2009@nza.nl, voorlichting@nza.nl, aan NZa gerichte brieven

\*Hiermee worden de hierboven beschreven niet-beïnvloedbare en onhaalbare voorwaarden bedoeld.

Het vermelden waard is verder dat één melding betrekking had op het voorstel van een verzekeraar om een bedrag lager dan € 7,28 overeen te komen. Alle overige meldingen betroffen de onderhandelingen (of het uitblijven daarvan) over een hoger tarief.

*"De meest waanzinnige zaken worden afgedwongen om eventueel het hoogste tarief te scoren; ... [onder andere] het vragen van voorkeursbehandeling voor een bepaalde groep verzekerden, waar wij juist al lang bezig zijn om iedereen die voorkeursbehandeling te geven."*

Bron: apothekhoudende

#### 3.4.4.3 Reactie

Slechts een beperkt percentage apothekhoudenden (tussen de 3% en 11%) heeft dan ook het aanvullend contractvoorstel van de zorgverzekeraar getekend of is dit van plan te tekenen. Uitzondering hierop is het aanvullende contract van één zorgverzekeraar (38%). Tussen de 14% en 25% van de apothekhoudenden zal het aanvullend contractvoorstel niet tekenen, noch een tegenvoorstel indienen.

Reactie apothekhoudenden op het aanvullende contract	(n=824) %
Niets gedaan, niets van plan	18
Niets gedaan, wel plan om aanvulling/ tegenvoorstel in te dienen	10
Getekend/ van plan te tekenen	14
Zelf nieuw tegenvoorstel gedaan	8
Zelf aanvulling ingediend	3

Bron: TNS NIPO

<sup>3</sup> Op 4 juni 2009 heeft de NZa haar inhoudelijke standpunt over de intensieve overeenkomst van Agis contracten bekend gemaakt. Dit standpunt luidt in het kort dat niet is gebleken dat dit contracteerbeleid in strijd is met het gestelde bij of krachtens de Wmg of de Zvw. Er is op dit moment wel reden voor de NZa om de effecten van het contracteerbeleid van Agis met betrekking tot de intensieve overeenkomsten te blijven monitoren in het kader van haar wettelijke monitoringtaak. Een dergelijke voorwaarde kan er mogelijk toe leiden dat de consument betere kwaliteit van zorg wordt onthouden, wanneer de zorgaanbieder niet wil voldoen aan de eis om de betreffende informatie/reclame aan te bieden. De NZa zal, mede op basis van deze monitoring, een nadere visie gaan vormen. Mocht daartoe aanleiding zijn, dan zal de NZa actie ondernemen.

De belangrijkste redenen voor apothekhoudenden om geen tegenvoorstel in te dienen zijn:

- De hoeveelheid administratie die het met zich meebrengt;
- Dat men op voorhand weet dat de zorgverzekeraar niet akkoord gaat met een ander voorstel.

### 3.4.5 Aanvullende contractvoorstellen van apothekhoudenden

In deze monitor heeft de NZa gekeken in welke mate apothekhoudenden, als reactie op het initiële voorstel voor een aanvullend contract van de zorgverzekeraar, met een tegenvoorstel kwamen. Ook is gemeten in hoeverre apothekhoudenden zelf het initiatief namen om in onderhandeling te treden over een aanvullend contract. Gezien de gelijksoortige uitkomsten die dit opleverde, zijn deze resultaten in deze paragraaf samengevoegd.

In totaal geven 172 apothekhoudenden (23%) in de online enquête van TNS NIPO aan een tegenvoorstel of een eigen aanvulling op het contract van de zorgverzekeraar(s) in te dienen. Tweeëntwintig procent heeft zelf initiatief genomen richting zorgverzekeraars door schriftelijk een concreet voorstel in te dienen voor een afwijkend tarief. Gemiddeld heeft elk van deze apothekhoudenden drie contractvoorstellen ingediend bij de zorgverzekeraars. Ongeveer een derde van deze apothekhoudenden vindt het flexibele tarief een goede ontwikkeling. Zesentwintig procent van de respondenten heeft geen schriftelijk voorstel ingediend, maar heeft de zorgverzekeraar uitgenodigd voor een gesprek. Van deze groep vindt ongeveer een derde het flexibele tarief een goede ontwikkeling.

Het grootste deel van de apothekhoudenden (26%) heeft geen schriftelijk voorstel ingediend en is dit ook niet van plan. Van deze groep vindt ongeveer eenderde het flexibele tarief geen goede ontwikkeling.

Twee van de door de NZa geïnterviewde apothekhoudende partijen, beide ketenapotheken, zijn nog in gesprek met zorgverzekeraars. Niet alle zorgverzekeraars stonden open voor het voorstel van de apothekhoudenden. De inzet van beide partijen was om een hoger tarief af te spreken of honorering op een andere manier. Bij een gedeelte van de zorgverzekeraars is ruimte voor onderhandeling, bijvoorbeeld over het invullen van het preferentiebeleid. Wanneer de apothekhoudende met een goed voorstel komt, willen deze zorgverzekeraars hier over praten.

De andere drie geïnterviewde apothekhoudende partijen geven aan dat zij geen reactie van de zorgverzekeraar kregen op hun verzoek of een afwijzing van hun verzoek. Er zijn wel gesprekken gevoerd tussen de apothekhoudenden en de zorgverzekeraars, maar dit heeft niets opgeleverd. Eén van deze partijen geeft aan dat de apothekhoudenden wel willen onderhandelen, maar dat zij geen vertrouwen hebben dat dit lukt met de zorgverzekeraars. Een andere partij geeft aan dat het zelfs niet lukt om op groepsniveau afspraken te maken met de zorgverzekeraars.

#### 3.4.5.1 Inhoud

In onderstaande tabel is opgenomen wat de inhoud is van de tegenvoorstellen of initiële voorstellen van, door TNS NIPO geïnterviewde, apothekhoudenden aan zorgverzekeraars.



Inhoud tegenvoorstellen en aanvullingen van de apothekhoudenden	%
Hogere receptregel vergoeding	37
Dezelfde receptregel vergoeding	32
Lagere receptregel vergoeding	1
Weet het (nog) niet	12
Hoger tarief inkoopkosten vergoeding	8
Hetzelfde tarief inkoopkosten vergoeding	5
Lager tarief inkoopkosten vergoeding	1
Weet het (nog) niet	-
Andere voorwaarden	86
Dezelfde voorwaarden	11
Weet het nog niet	2

Bron: TNS NIPO

In het geval dat de apothekhoudende een tegenvoorstel indient bij de zorgverzekeraar, behelst dat in 86% van de gevallen een wijziging van de gestelde voorwaarden voor een hoger tarief. In zowel de tegenvoorstellen als de initiële voorstellen van de apothekhoudenden wordt in 40 tot 60% van de gevallen een hogere receptregelvergoeding dan € 7,28 opgenomen. In de tegenvoorstellen wordt in slechts 8% van de gevallen een hogere vergoeding voor inkoopkosten van UR-geneesmiddelen voorgesteld, terwijl in de initiële voorstellen dit in 40 tot 60% van de gevallen wordt voorgesteld.

De door de NZa geïnterviewde apothekhoudende partijen hebben onderstaande voorstellen gedaan richting zorgverzekeraars.

Inhoud voorstellen van de geïnterviewde apothekhoudenden	N = 5 (absolute aantallen)
Uitvoeren van speciale projecten	4
Leveren van extra diensten	3
Voldoen aan certificering	2
Bieden van een hogere kwaliteit	2
Inleveren inkoopvoordelen tegen reëel kostendekkend tarief	2
Uitvoeren van onderzoek	1
Beste apothek van jaar x	1
Hoge klanttevredenheid	1
Voor apothekhoudende huisartsen hoger tarief omdat zij een volledig medisch dossier beheren.	1
Medicatie review	1

Bron: apothekhoudenden

De hoogte van het tarief hebben de geïnterviewde apothekhoudenden gebaseerd op de kwaliteitsvoorsprong bij apothekhoudenden (n= 3), de tariefbeschikking (n= 2) en extra diensten zoals polifarmacie (n= 1). Een apothekhoudende geeft aan dat de winst die nu overblijft noodzakelijk is om het vertrouwen van de banken te krijgen, zodat schommelingen van de liquide middelen opgevangen kunnen worden. Twee geïnterviewde apothekhoudenden geven aan dat op dit moment niet geïnvesteerd wordt in de start van nieuwe projecten. De reden hiervoor is dat het niets oplevert. Tijdens het project ontvangt de apothekhoudende een extra vergoeding, maar daarna wordt het opgenomen in het standaardcontract en levert het niets extra's meer op.

De zorgverzekeraars geven aan dat zij een volledige *business case* willen ontvangen. De apothekhoudenden geven aan dat als zij een project hebben uitgevoerd en de resultaten voorgelegd worden aan de zorgverzekeraar, deze aangeeft dat hij niet gaat betalen voor iets wat al gedaan is.

### 3.4.5.2 Reactie zorgverzekeraar

Ongeveer de helft van de door TNS NIPO geïnterviewde apothekhoudenden heeft nog geen reactie ontvangen van de zorgverzekeraar op het tegenvoorstel of het eigen initiatief. In de gevallen dat het voorstel wel is afgehandeld, is dit meestal niet gehonoreerd. Van één respondent is het tegenvoorstel door een zorgverzekeraar gehonoreerd (procentueel is dit afgerond nul).

Reactie van de zorgverzekeraar op het voorstel van de apothekhoudenden	(n=254) %
Nog geen reactie	53
In behandeling, nog niet gehonoreerd	22
Gehonoreerd	0
Afgehandeld, maar niet gehonoreerd	25

Bron: TNS NIPO

Van de apothekhoudenden die deelnamen aan de online enquête heeft 26% één of meerdere zorgverzekeraars uitgenodigd voor een gesprek. Gemiddeld heeft elk van deze apothekhoudenden 3 tot 4 zorgverzekeraars uitgenodigd. Op ongeveer een derde van de uitnodigingen heeft de apothekhoudende nog geen reactie gehad.

Reactie van de zorgverzekeraar op de uitnodiging voor een gesprek van de apothekhoudenden	(n=330) %
Nog geen reactie	35
In behandeling, nog niet uitgevoerd	9
Bereid om in gesprek te gaan	37
Niet bereid om in gesprek te gaan	19

De opgegeven redenen dat contractvoorstellen van apothekhoudenden niet worden gehonoreerd of dat niet wordt ingegaan op de uitnodiging voor een gesprek variëren en door de relatief weinig waarnemingen is het niet aan te geven of de ene reden sterker weegt dan de andere redenen:

- De zorgverzekeraar heeft aangegeven niet in te gaan op contractvoorstellen van apothekhoudenden, geen onderhandeling 'op maat';
- De zorgverzekeraar gaat niet akkoord met de inhoud van het voorstel van de apothekhoudende;
- De zorgverzekeraar komt met een aanvullend voorstel of verwijst naar het eigen contract;
- Er is geen ruimte voor onderhandelingen, voorstellen, gesprekken;
- De apothekhoudende moet eerst het standaardcontract ondertekenen voordat onderhandeld kan worden over een hoger tarief;
- De zorgverzekeraar kan apothekhoudenden niet onderscheiden. Een apothekhoudende die lagere kwaliteit levert wordt nog altijd gecontracteerd;

- Een aantal zorgverzekeraars (niet alle) wil een waterdichte *business case* zien voordat afspraken worden gemaakt, terwijl dit in veel gevallen onmogelijk is;
- Als de kwaliteit van de apothekhoudenden al erg hoog is, ziet zorgverzekeraar geen noodzaak om hoger tarief af te spreken.

### 3.5 Contracteerproces volgens zorgverzekeraars

#### 3.5.1 Meningen over het flexibele tarief

Twee geïnterviewde zorgverzekeraars zien het flexibele tarief als een kans om apothekhoudenden te onderscheiden op kwaliteit en dienstverlening.

#### 3.5.2 Ervaring met het flexibele tarief

##### 3.5.2.1 Onduidelijkheid tarief en overheidsbeleid

Een aantal geïnterviewde zorgverzekeraars uit kritiek op de late bekendmaking van het flexibele tarief door de NZa. Op dat moment waren veel contracten al afgesloten, gebaseerd op een lager tarief. Er is geen rekening gehouden met het flexibele gedeelte van het tarief en invulling van bijbehorende voorwaarden. Om die reden loopt de invulling hiervan achter bij de contractering. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat het door de NZa vastgestelde tarief voortdurend verandert en dat dit er toe leidt afwachtend te zijn in het toekennen van een hoger tarief aan apothekhoudenden.

##### 3.5.2.2 Geen gemeenschappelijke onderhandelingstaal

Verzekeraars geven aan slechts sporadisch in te gaan op individuele verzoeken van apothekhoudenden voor verhoging van de vergoeding of toeslag. Belangrijkste argument hiervoor is dat de door apothekhoudenden voorgestelde prestaties niet meetbaar en/of toetsbaar zijn. Daarnaast speelt de discussie over de inhoud van de prestaties: door apothekhoudende aangedragen diensten ter onderbouwing van een hoger tarief worden door verzekeraars ofwel ingeschaald als onderdeel van het standaardtarief, ofwel als op zichzelf onvoldoende voor een hoger tarief (bijvoorbeeld certificering).

*"Veel verzoeken gehad, zeer slecht onderbouwd. Voorbeelden: 'Ik heb het kwaliteitsjaarplan ingediend, dus ik wil een hoger tarief' ;'Ik werk in [bepaalde plaats], daar zijn mensen veeleisend, dus ik wil het hoogste tarief.' In totaal ongeveer 30 verzoeken gehad voor een hoger tarief. De verzoeken waren niet toetsbaar, niet meetbaar, geen meerwaarde voor de bestaande zorg, het verzoek is daarom niet gehonoreerd. Uit een aantal voorstellen zijn onderdelen wel meegenomen in beleid zoals dat nu is neergezet."*

Bron: Zorgverzekeraar

*"Er is erg veel discussie ontstaan over wat onder de basiszorg farmacie zou moeten vallen en wat beschouwd moet worden als toegevoegde waarde (die beloond zou moeten worden). Er is geen eenduidige taal over de te leveren zorg."*

Bron: Zorgverzekeraar

### 3.5.2.3 Verwachting individuele onderhandelingen

Verzekeraars geven aan dat apothekhoudenden te hoog gespannen verwachtingen hebben door te denken dat zorgverzekeraars met elke individuele apothekhoudende kunnen onderhandelen. Veel apothekhoudenden menen recht te hebben op het verhoogde maximumtarief. Zorgverzekeraars gaan slechts met een beperkt aantal apothekhoudenden uitgebreide gesprekken aan, onder andere vanwege capaciteitsproblemen en het kleine aantal concrete verzoeken. Nederland telt ruim 1800 openbare apotheken. Voor de meeste zorgverzekeraars is de meest efficiënte optie onderhandelingen te starten met de grootste aanbieders en/of de aanbieders in hun eigen werkgebied. Overige redenen van de in beperkte mate tot stand komen van individuele onderhandelingen is de slechte onderbouwing van verzoeken van apothekhoudenden (zie 3.5.2.2).

*"Maximumtarief is een moeilijk begrip in de beroepsgroep, zij gaan uit van het maximumtarief als standaard tarief. Het aanbieden van een lager tarief wanneer de dienstverlening onvoldoende/niet goed is, is niet bespreekbaar met de apothekhoudende."*

Bron: Zorgverzekeraar

*"Het grote probleem is dat apothekers menen dat alleen al het feit gecertificeerd te zijn betekent dat men 'recht' heeft op het hogere tarief. Men is tot op dit moment nog niet met een concreet project gekomen, op één apotheker na."*

Bron: Zorgverzekeraar

### 3.5.2.4 Marktverhouding

Twee geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan dat apothekhoudenden ondersteund worden door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP) in het onderhandelingsproces.

Concrete voorbeelden die de NZa in dit kader heeft ontvangen zijn:

- een bericht van een departement van de KNMP waarin zij de uitgebreide voorwaarden van een zorgverzekeraar beoordeelt;
- de dienst Contractondersteuning van de KNMP, toegankelijk voor apotheken die een Zakelijke Contributie betalen aan de KNMP, waarin een volledig overzicht wordt gegeven van contracten voor farmaceutische zorg, plus een beoordeling van het contract.

Een waardeoordeel van zorgverzekeraars wordt niet zozeer uitgesproken over de apothekhoudenden zelf als wel over de rol van de KNMP. Die wordt door een aantal zorgverzekeraars benoemd als onnodig negatief en uniformierend.

*"De KNMP geeft aan dat individuele apothekhoudenden tegenover de dominante zorgverzekeraar staan. Dit is niet het geval, de apothekhoudenden hebben zich verenigd. De KNMP is degene die op de achtergrond bepalend is in de contractonderhandelingen... Ook apothekers en huisartsen trekken samen op, om hun onderhandelingspositie te versterken."*

Bron: Zorgverzekeraar

Volgens dezelfde twee geïnterviewde zorgverzekeraars vinden gezamenlijke onderhandelingen van apothekhoudenden plaats in bepaalde regio's. Vanwege de zorgplicht van de zorgverzekeraar ligt in dergelijke gebieden de marktmacht bij de apothekhoudenden. Apothekhoudenden in die gebieden hebben geen prikkel om een standaardcontract te tekenen, omdat het maximumtarief van de NZa gedeclareerd kan worden, daar de zorgverzekeraar zorgplicht heeft.

Er is sprake van marktmacht wanneer een partij zich alleen of gezamenlijk (in dit geval apothekhoudenden of zorgverzekeraars) onafhankelijk kan gedragen ten opzichte van andere partijen, waardoor de ontwikkeling van de daadwerkelijke concurrentie wordt belemmerd. De NZa volgt nauwgezet de ontwikkelingen ten aanzien van het niet tot stand komen van contracten tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden. Indien daar aanleiding toe bestaat, zal de NZa bekijken of inzet van een van haar instrumenten (waaronder Aanmerkelijke Markt Macht (AMM)) aangewezen is. De NZa doet in het kader van deze monitor geen uitspraak over genoemde meldingen. Daarvoor zijn de feiten te mager. De signalen hebben echter wel de aandacht van de NZa.

#### *3.5.2.5 Gevolgen voor de consument/polis*

Het nieuwe flexibele tarief is in de meerderheid nog niet meegenomen in de polisvoorwaarden voor verzekerden. Er is één zorgverzekeraar die aangeeft beperkt rekening gehouden te hebben met een tariefverhoging. Een andere zorgverzekeraar geeft aan dat de verzekerde dit merkt in zijn eigen risico.

#### **3.5.3 Aanvullende contractvoorstellen van zorgverzekeraars**

Om in aanmerking te komen voor een hoger tarief stellen zorgverzekeraars voorwaarden in de aanvullende contractvoorstellen (zie onderstaande tabel).

Voorwaarden zorgverzekeraars in aanvullend contractvoorstellen	voorkomen
Certificering	2
Basiszorg op orde	1
Doelmatig afleveren	2
Meerwaarde klantwaardering	1
Gesprek resterende inkoopvoordelen	1
Getekend standaardcontract	1
Minimaal 40.000 declaratieregels	1
Alleen openbare apotheken	1
Afoming clawback-korting indien resterende inkoopvoordelen worden ingeleverd	1
Toets- en meetbare meerwaarde tov andere apotheken	1
Toets- en meetbare meerwaarde voor verzekerde	1
Participatie AMP, Mysterie Guest Programma	1
ACB of CQ index	1
Medicatiecheck bij > 1000 verzekerden	2
Voorlichtingsbijeenkomst verzekerde	1
Bezorgservice	1
Folders op zichtbare plaats	1

Bron: NZa

### 3.6 Resultaten interviews patiënten- en consumentenorganisaties

De NZa heeft in het kader van deze monitor de volgende organisaties geïnterviewd: de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad), de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

#### 3.6.1 Flexibiliteit in tarief farmaceutische zorg per 1 januari 2009

Het algemene beeld is dat patiënten en consumenten nog niets gemerkt hebben van de flexibiliteit in het tarief.

De Consumentenbond ziet wel voordelen in het flexibele tarief; hij verwacht hiervan met name een betere prijs-kwaliteitverhouding door meer concurrentie. Aandachtspunt bij geneesmiddelen is de veiligheid. De Consumentenbond is in het algemeen voor vrije tarieven onder bepaalde voorwaarden:

- Transparantie van kwaliteit (de Consumentenbond heeft er vertrouwen in dat deze er vanzelf komt zodra er vrije prijzen zijn (zoals nu bij ziekenhuizen gebeurt). Deze transparantie kan er komen door tarieven op het raam te hangen of door een uitsplitsing te maken op de nota voor de patiënt/consument;
- Consumenten moeten een keuze kunnen maken, bijvoorbeeld ondersteund door Kiesbeter.nl;
- Consument moet zicht hebben op het inkoopbeleid van verzekeraars;
- Transparantie door apothekers (wat er geleverd wordt en voor welke kwaliteit).

De NPCF is voorstander van de gekozen lijn (flexibiliteit in het tarief, nieuwe prestatiebeschrijvingen, vrije prijzen); er bestaan duidelijke

wensen van categorale patiëntenverenigingen ten aanzien van aanvullende dienstverlening. Ze denken daarbij bijvoorbeeld aan punten die voortkomen uit het etalage-plus-project, een goede overdracht van intra- en extramurale zorg en per half jaar een gesprek met de patiënt over alle medicatie. De categorale patiëntenverenigingen vinden dat de gekozen lijn echt een kans moet krijgen en hopen dan ook dat er op korte termijn geen beleidswijziging komt.

De CG-Raad is niet positief over de eventuele gevolgen van deze flexibilisering; de raad vreest namelijk dat delen van de gewone basiszorg hierdoor aanvullende zorg zullen worden, waar niet iedereen voor verzekerd is. De CG-Raad is wel positief over de transparantie die hierdoor groter kan worden. De CG-Raad is een voorstander van het zichtbaar maken van prestaties, maar tegenstander van vrije tarieven.

Alle patiënten- en consumentenverenigingen geven aan het zeer belangrijk te vinden dat de kwaliteit van zorgaanbieders echt zichtbaar wordt. De vraag is wel in hoeverre de patiënt/consument kwaliteitsindicatoren gaat gebruiken bij de keuze van een zorgaanbieder of alleen maar kijkt naar de prijs. De NPCF vraagt zich af of patiënten/consumenten bereid zijn te switchen van zorgaanbieder en stelt dat dit afhankelijk is van:

- Keuze op basis van economische gronden of op basis van vertrouwen;
- Leeftijd (met name voor (chronisch zieke) ouderen is fysieke bereikbaarheid van belang);
- Frequentie van gebruik geneesmiddelen.

De Consumentenbond gelooft er wel in dat de verzekeraar de verzekerden kan 'sturen' richting bepaalde zorgaanbieders. De Consumentenbond geeft de gegevens die hij haalt uit het etalage-plus-project door aan de stuurgroep Zichtbare Zorg. Uit dit project komen de volgende criteria waarop consumenten hun keuze voor de apotheek baseren:

- Openingstijden;
- Duidelijkheid over de dienstdoende apotheker;
- Apotheek aangesloten op Electronisch Medicatie Dossier (EMD);
- Mogelijkheid online vragen te stellen, herhaalreceptuur aan te vragen, diabetes hulpmiddelen te bestellen;
- Met welke zorgverzekeraars contracten zijn gesloten;
- Mogelijkheid ophalen geneesmiddelen buiten de reguliere openingstijden;
- ACB (Apotheken door Cliënten Bekeken)-certificaat;
- Apotheek is onderdeel van een keten.

Naar de mening van de Consumentenbond is er bij dit keuzeproces een groot verschil tussen patiënten en consumenten.

De CG-Raad vreest dat de patiënten/consumenten hun keuze voor een apotheek niet baseren op kwaliteitsindicatoren, omdat zij er vanuit gaan dat de kwaliteit overal gelijk is en al getoetst wordt. Tegelijkertijd kijkt de patiënt bij zijn keuze voor een zorgverzekeraar, als ze al kijken naar de farmaceutische zorg, met name naar het tarief. Daarnaast heeft de patiënt onvoldoende tijd en inzicht om echt te kunnen kiezen. Als voorbeeld noemt de CG-Raad de patiënt die bewust kiest voor een zorgverzekeraar die geen preferentiebeleid voert, maar toch regelmatig met een generiek label geconfronteerd wordt omdat dit het effect is van het preferentiebeleid van een andere zorgverzekeraar en de apotheek niet alles op voorraad wil houden.

### 3.6.2 Gevolgen voor de consument/polis

Patiënten/consumenten kunnen, als gevolg van eventueel gemaakte afspraken tussen een apotheekhoudende en zijn zorgverzekeraar, worden geconfronteerd met hogere kosten voor farmaceutische zorg dan vóór deze afspraak tot stand was gekomen. Of dit direct ten laste komt van de verzekerde is afhankelijk van het feit of de verzekerde zijn eigen risico al dan niet heeft gebruikt. Volgens de geïnterviewde patiëntenorganisaties komen chronisch zieken meestal boven hun eigen risico uit en wordt een eventueel hoger tarief niet direct opgemerkt. Voor niet-chronisch zieken kan dit wel het geval zijn, maar tot op heden zijn hierover geen signalen bij de geïnterviewde patiënten- en consumentenorganisaties binnengekomen.



## 4. Conclusie

In het eerste kwartaal van 2009 zijn in totaal 26 aanvullende contracten afgesloten tussen een zorgverzekeraar en een openbare apotheker waarin een hogere receptregelvergoeding dan gemiddeld € 7,28 is overeengekomen. Dit betreft drie verschillende zorgverzekeraars. De overeengekomen voorwaarden zijn zeer divers en hebben betrekking op een minimum aantal receptregels, doelmatigheid, extra service en overige voorwaarden, waaronder het zichtbaar plaatsen van folder van de zorgverzekeraar. Twee zorgverzekeraars hebben ieder een contract afgesloten met een internetapothek, waarin een lagere receptregelvergoeding dan gemiddeld € 7,28 is overeengekomen.

Op het totale aantal apothekpraktijken (1854 apotheken en 470 apothekhoudende huisartsen in 2008) en zorgverzekeraars (11 organisaties) is het aantal afgesloten aanvullende contracten laag te noemen. De redenen van het in beperkte mate tot stand komen van aanvullende contracten waren te verwachten en zijn de volgende:

### *Late berichtgeving*

Door de bekendmaking van de NZa-tariefbeschikking begin december 2008 waren marktpartijen niet voorbereid op het voeren van onderhandelingen in het kader van het flexibele tarief. Zorgverzekeraars hadden bij de premieberekening geen rekening gehouden met een hoger tarief dan het maximale NZa-tarief en bovendien gingen veel zorgverzekeraars uit van een lager maximumtarief dan het uiteindelijk vastgestelde maximumtarief. Zorgverzekeraars noch apothekhoudenden verwachtten dan ook dat in het eerste kwartaal aanvullende contracten zouden worden afgesloten.

### *Verskillende inzichten, geen vertrouwen*

Waar zorgverzekeraars het landelijke maximumtarief te hoog vinden, vinden apothekhoudenden dit te laag. Door marktontwikkelingen, zoals preferentiebeleid, wisselend zorgverzekeringsbeleid en kredietcrisis nemen partijen een afwachtende houding aan. Zowel zorgverzekeraars als apothekhoudenden wijten dit ook aan overheids- en NZa-beleid: wijzigingen volgen elkaar snel op en men wil eerst een bepaalde zekerheid ten aanzien van het voortbestaan van gevoerd beleid.

### *Verskillende verwachtingen*

Apothekhoudenden verwachten individuele onderhandelingen te voeren, waar zorgverzekeraars om redenen van uitvoerbaarheid en consistentie in zekere mate universeel contracteerbeleid voeren.

In het licht van genoemde beperkingen is een deel van de geïnterviewde apothekhoudenden en zorgverzekeraars met de NZa van mening dat partijen dit jaar verdere ervaring op kunnen doen in eventuele aanvullende onderhandelingen voor 2009. Ten behoeve van de contractering voor 2010 kan zodoende verdere invulling worden gegeven aan de geboden mogelijkheid om te onderhandelen over de kwaliteit van farmaceutische zorg en een bijbehorend tarief. Sommige apothekhoudenden vragen zich overigens af of verzekeraars wel voldoende farmaceutische expertise in huis hebben. De verzekeraars zelf zeggen dat ze een beperkte capaciteit hebben en dus niet met alle individuele apothekhoudenden kunnen onderhandelen.

Of het vertrouwen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars in de loop van 2009 daadwerkelijk zal groeien, is niet voor iedereen in het veld

een gegeven. Enerzijds vormt het flexibele tarief een stimulans om met elkaar in gesprek te komen, anderzijds gaat het proces van onderhandeling tot op heden in zekere mate gepaard met wantrouwen.

#### *Geen eenduidige onderhandelingstaal*

Zorgverzekeraars en apothekhoudenden hanteren verschillende definities van aantoonbare meerwaarde en zijn niet gewend met elkaar te onderhandelen. Van oudsher wordt het maximumtarief overeengekomen.

De nieuwe prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg die op dit moment ontwikkeld worden door betrokken partijen (consumenten, apothekhoudenden en zorgverzekeraars), kunnen hierbij helpen. Gezamenlijk met de kwaliteitsindicatoren van de KNMP en de IGZ leiden zij tot een gemeenschappelijke onderhandelingstaal.

#### *Partijen dichten elkaar marktmacht toe*

Apothekhoudenden ervaren contractering als 'tekenen bij het kruisje' waarbij individuele onderhandeling niet mogelijk is. En sommige apothekhoudenden vinden dat zorgverzekeraars onhaalbare voorwaarden stellen. Zorgverzekeraars dienen te voldoen aan hun zorgplicht en menen daardoor in bepaalde gebieden 100% te moeten vergoeden aan niet gecontracteerde apothekhoudenden. Ze vermoeden dat de KNMP het onderhandelingsproces beïnvloedt en apothekhoudenden gezamenlijk afspraken maken.

Apothekhoudenden en zorgverzekeraars stellen daarmee over en weer dat de andere partij over marktmacht beschikt. Er is sprake van marktmacht wanneer een partij zich alleen of gezamenlijk (in dit geval apothekhoudenden of zorgverzekeraars) onafhankelijk kan gedragen ten opzichte van andere partijen, waardoor de ontwikkeling van de daadwerkelijke concurrentie wordt belemmerd. De NZa volgt nauwgezet de ontwikkelingen ten aanzien van het niet tot stand komen van contracten tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden. Indien daar aanleiding toe bestaat, zal de NZa bekijken of inzet van een van haar instrumenten (waaronder Aanmerkelijke Markt Macht (AMM)) aangewezen is.

Patiënten- en consumentenorganisaties zijn overwegend positief over de gedachte van het flexibele tarief (meer kwaliteitsdifferentiatie, betere prijs/kwaliteit verhouding), maar hebben er in de praktijk nog niets van gemerkt. De NZa heeft (nog) geen signalen ontvangen over verslechterde of verbeterde kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van farmaceutische zorg als gevolg van het flexibele tarief.

Blijkens de getekende aanvullende contracten en nog lopende gesprekken worden de voorwaarden van de zorgverzekeraars niet door alle apothekhoudenden als te veeleisend ervaren. De NZa vindt het een positief signaal dat, ondanks de door partijen aangedragen beperkingen, toch afspraken tot stand zijn gekomen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars. Gesloten overeenkomsten duiden op een groeiend besef van de veranderende zorgmarkt en van de behoefte om te werken aan verbetering van de belangen van consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een aantal door partijen aangevoerde redenen om nu niet tot onderhandeling of het sluiten van een (aanvullend) contract over te gaan, zullen bovendien ten tijde van de contractonderhandelingen voor 2010 naar verwachting grotendeels zijn opgelost. Er is voor betrokken partijen bijvoorbeeld voldoende tijd om voor de contractering 2010 gebruik te maken van het flexibele tarief. Ook is de verwachting

dat de NZa eind 2009 na overleg met partijen een meer eenduidige onderhandelingstaal heeft vastgesteld.

Om de ontwikkelingen en de eventuele gevolgen voor de consument en de markt te kunnen volgen, gaat de NZa in 2010 een nieuwe Monitor Farmacie uitvoeren.