



Verkennend onderzoek Toegankelijkheid openbare apotheekzorg

Versie 1

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: https://puc.overheid.nl/doc/PUC_647960_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Verkennend onderzoek Toegankelijkheid openbare apotheekzorg

Permalink: https://puc.overheid.nl/doc/PUC_647960_22

Soort document:

Type: Onderzoek en analyse - Rapport

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Laatste wijziging: 06-07-2021

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_647960_22

Toegankelijkheid: Extern

Publicatiedatum: 06-07-2021

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema: Farmaceutische zorg

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
1 Inleiding.....	6
2 Aanpak.....	7
2.1 Onderzoeksvragen.....	7
2.2 Implicaties.....	7
2.3 Scope.....	7
2.4 Gegevens.....	8
3 Toegankelijkheid.....	9
3.1 Rol zorgverzekeraars.....	9
3.2 Huidige situatie.....	9
3.3 Toekomst.....	12
4 Arbeidsmarkt.....	13
4.1 Vraag en aanbod personeel.....	13
4.2 Werkdruk, werkplezier en ziekteverzuim.....	14
4.3 Arbeidsmarkt in relatie tot toegankelijkheid.....	15
5 Contractering en tariefontwikkelingen.....	16
5.1 Algemene ervaringen contractering.....	16
5.2 Overheidsbijdrage in Arbeidskostenontwikkeling.....	16
5.3 Totstandkoming tarieven.....	17
5.4 Volume- en tariefontwikkelingen.....	17
6 Conclusies en aanbevelingen.....	21
6.1 Conclusies.....	21
6.2 Aanbevelingen.....	22
6.3 Tot slot.....	23
Bijlage I Aanpak.....	24
Interviews.....	24
Desk research.....	24
Data analyse.....	24

Samenvatting



De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de toegankelijkheid van openbare apotheekzorg. Aanleiding voor het onderzoek is een brief van cao-partijen. Daarin geven zij aan dat de gecontracteerde tarieven onvoldoende ruimte bieden voor marktconforme loonontwikkelingen in de sector. Volgens de cao-partijen draagt dit bij aan oplopende personeelstekorten en een toenemende werkdruk. Deze arbeidsmarktproblematiek kan gevolgen hebben voor de continuïteit van apotheekzorg voor de patiënt.

Verkennend onderzoek

Een goed functionerende apotheekmarkt is in het belang van de patiënt. We willen voorkomen dat er problemen ontstaan op het gebied van de toegankelijkheid van apotheekzorg. In het onderzoek hebben we een verkenning gedaan op drie hoofdthema's, namelijk: i) toegankelijkheid; ii) arbeidsmarkt; en iii) contractering en tariefontwikkelingen. Informatie in dit rapport is afkomstig uit interviews met zorgaanbieders en zorgverzekeraars, beschikbare rapportages van andere onderzoeken en declaratiedata.

Toegankelijkheid en arbeidsmarktproblematiek

Op dit moment zijn er geen signalen van acute problemen in het borgen van toegankelijkheid van apotheekzorg. De arbeidsmarktproblematiek is een potentieel risico voor de continuïteit van zorg op langere termijn. Het gaat hierbij vooral om een regionale disbalans in vraag en aanbod van gekwalificeerd personeel en een toenemende ervaren werkdruk. Hoewel het veld werkt aan oplossingen voor deze arbeidsmarktproblematiek, lijkt dit geen structureel onderwerp van gesprek tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Contractering en ruimte voor loonontwikkelingen

Er is veel onvrede over de marktposities, contractering en de transparantie over tarieven en kosten. De tarieven en inkomsten uit farmaceutische zorg stijgen over het algemeen. We kunnen echter op basis daarvan geen conclusie trekken over al dan niet voldoende ruimte voor loonontwikkelingen. Er zijn namelijk meerdere factoren van invloed op het tarief dan alleen loonontwikkelingen. Het is de verantwoordelijkheid van verzekeraar én aanbieder om een tarief overeen te komen dat voldoende is voor kwalitatief goede apotheekzorg. Het is daarnaast aan werkgevers en werknemers om afspraken te maken over passende loonontwikkelingen.

Samenwerken aan passende zorg

Partijen ervaren weinig synergie in de sector. Bovendien lijkt er nauwelijks sprake van het gesprek op inhoud. In onze aanbevelingen roepen wij partijen op om op inhoud met elkaar in gesprek te gaan, zowel op bestuurlijk niveau als aan de onderhandelingstafel. Het is de verantwoordelijkheid van alle partijen om samen te werken aan kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke apotheekezorg. Het is daarbij van belang oog te hebben voor ontwikkelingen die de continuïteit van zorg kunnen bedreigen, zoals bijvoorbeeld de arbeidsmarktproblematiek en een toenemende ervaren werkdruk.

1 Inleiding

Afgelopen jaar heeft de NZa een brief van de cao-partijen van de cao Apotheken (CPA) ontvangen. Daarin vragen zij aandacht voor de achterblijvende loonontwikkeling in de openbare apotheekzorg (extramurale farmacie). Brancheorganisaties van aanbieders apotheekzorg geven hierin samen met Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV) en Christelijk Nationaal Vakverbond (CNV) aan dat het niet lukt om een cao af te sluiten voor het personeel in de openbare apotheken. Deze partijen geven aan dat de arbeidsvoorwaardenruimte niet wordt meegenomen in de tarieven van de zorgverzekeraars. Apotheken worden daardoor belemmerd in het komen tot afspraken over een marktconforme loonontwikkeling.

Als gevolg van de achterblijvende loonontwikkeling zou er sprake zijn van uitstroom van personeel van de openbare apotheken naar poliklinische en intramurale apotheken. Het personeel werkzaam in intramurale en poliklinische apotheken valt vrijwel allemaal namelijk wel onder een cao. Dit zou zorgen voor een ongelijke arbeidsmarkt.

Een cao voor de openbare apotheken zou volgens CPA nu al anderhalf jaar niet tot stand zijn gekomen.¹ Het ontbreken van indexaties in de gecontracteerde tarieven is hierin volgens CPA de belemmerende factor. De cao-partijen maken zich hierover zorgen. Op dit moment zouden de gevolgen al voelbaar zijn van een tekort aan personeel en een werkdruk die oploopt. Uiteindelijk zouden patiënten daar de dupe van worden.

De NZa is marktmeester in de zorg. Wij zien erop toe dat iedereen in Nederland op tijd beschikt over goede en betaalbare zorg. In die hoedanigheid houdt de NZa toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Wij zijn van mening dat een goed functionerende (apotheek)markt in het belang van de patiënt is. De ontwikkeling die CPA schetst vormt een mogelijk risico, omdat een structureel tekort aan personeel de continuïteit van de openbare apotheekzorg ernstig en voor langere tijd in gevaar kan brengen. Dit willen we voorkomen.

CPA heeft de NZa daarom gevraagd onderzoek te doen. We hebben dit signaal opgepakt en besloten een verkennend onderzoek te starten. Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van (de ontwikkeling van) de toegankelijkheid van de openbare apotheekzorg in relatie tot de arbeidsmarkt en tariefontwikkelingen.

¹ Er is op het moment van schrijven een nieuwe, algemeen bindend verklaarde cao Apotheken. De cao heeft een looptijd van 1 mei 2019 tot en met 30 juni 2021.

2 Aanpak

In dit hoofdstuk geven we een korte beschrijving van de aanpak van het onderzoek. Hierbij gaan we in op de onderzoeksvragen, de scope en informatieverzameling. Verdere details over de aanpak staan beschreven in bijlage I.

2.1 Onderzoeksvragen

In dit verkennende onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

- Staat de toegankelijkheid van openbare apotheekzorg op dit moment onder druk? Zo ja, wat zijn hiervan de oorzaken?
- Wat is (of zijn de ontwikkelingen in) de arbeidsmarktsituatie in de openbare apotheekzorg?
- Heeft de huidige (en verwachte) arbeidsmarktsituatie gevolgen voor de toegankelijkheid van openbare apotheekzorg?
- Hoe ontwikkelen het aantal gedeclareerde prestaties en gemiddelde tarieven van prestaties in de openbare apotheekzorg zich over de afgelopen jaren?
- Hoe komen de tarieven tot stand?
- Welke factoren zijn van invloed op de tariefontwikkeling?

2.2 Implicaties

Op grond van dit onderzoek kan en zal de NZa geen uitspraak doen over al dan niet voldoende ruimte voor loonontwikkelingen in de tarieven voor farmaceutische zorg. In de openbare apotheekzorg is er sprake van vrije prijzen. De tarieven komen tot stand door afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa speelt geen rol in de totstandkoming van deze tarieven. Daarnaast zijn meer factoren van invloed op het tarief dan alleen de ruimte voor loonontwikkeling. Verder is de ruimte voor loonontwikkeling niet alleen afhankelijk van de tarieven voor farmaceutische zorg, maar ook van andere inkomsten (bijvoorbeeld uit de verkoop van geneesmiddelen) en kosten. Bovendien is het niet aan de NZa, maar aan werkgevers en werknemers (of hun vertegenwoordigende organisaties) om afspraken te maken over passende loonontwikkeling.

2.3 Scope

Dit onderzoek heeft betrekking op zorg geleverd door extramurale apotheken op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Apotheekhoudende huisartsen, poliklinische apotheken en ziekenhuisapotheken worden in dit verkennende onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Hoewel de uitbraak van het coronavirus zijn weerslag heeft gehad en nog steeds heeft op de bedrijfsvoering van en het leveren van zorg door openbare apotheken, is de indruk dat – mede dankzij de door zorgverzekeraars verstrekte continuïteitsbijdrage – de continuïteit van apotheekzorg geborgd is gebleven. De gevolgen van COVID-19 worden echter in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten, omdat deze problematiek niet direct gerelateerd is aan de aanleiding voor het verkennende onderzoek.

Geneesmiddelentekorten zijn al jaren een bekend en hardnekkig probleem. Het Meldpunt Geneesmiddelentekorten en –defecten geeft in een [rapportage](#) aan dat de groei van het aantal meldingen van leveringsproblemen afneemt. Voor 99% van de geneesmiddelen die tijdelijk niet beschikbaar waren, was een passende oplossing beschikbaar voor de patiënt. Desondanks dat blijft het voorkomen en opvangen van geneesmiddelentekorten aandacht vragen van alle betrokken partijen. Deze toegankelijkheidsproblematiek valt echter buiten de scope van dit verkennende onderzoek.

2.4 Gegevens

Voor dit onderzoek hebben we interviews gehouden met zorgaanbieders (zowel individueel als vertegenwoordigers van), inkoopcollectieven en zorgverzekeraars. Aanvullend hebben we gebruik gemaakt van beschikbare rapportages en signalen over de toegankelijkheid en de arbeidsmarkt in de openbare apotheekzorg. Daarnaast hebben we een analyse uitgevoerd van de volumes, uitgaven en gemiddelde tarieven van farmaceutische zorg op basis van Vektis-data over de jaren 2016 tot en met 2019. Details zijn te vinden in bijlage I.

3 Toegankelijkheid

Iedereen moet zich verzekerd voelen van goede zorg als dit nodig is. Daarom is het belangrijk dat de zorg betaalbaar en toegankelijk blijft. Toegankelijkheid van zorg is de mate waarin mensen tijdig toegang hebben tot de zorg die zij op dat moment nodig hebben en waarop zij recht hebben vanuit het basispakket. Deze zorg moet betaalbaar zijn en van goede kwaliteit. Dit is verankerd in de zorgplicht die geldt voor zorgverzekeraars.

In dit hoofdstuk geven we een beschrijving van de rol van de zorgverzekeraars in de toegankelijkheid van zorg. Daarnaast gaan we in op de huidige en toekomstige toegankelijkheid.

3.1 Rol zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben een [zorgplicht](#) die onder meer inhoudt dat zij voldoende apotheeke zorg inkopen voor hun verzekerden. Zij maken contractafspraken met zorgaanbieders over de beschikbaarheid van voldoende zorg en over de prijzen die daarvoor betaald worden. Wat we verstaan onder voldoende zorg, kan voor iedere zorgsector verschillen. Daarom is de zorgplicht ook grotendeels een open norm. Zorgverzekeraars hebben een eigen verantwoordelijkheid om hier binnen de kaders van de wet- en regelgeving invulling aan te geven. Voor electieve apotheeke zorg geldt dat de [toegangstijd](#) voor verzekerden tot de apotheek maximaal 1 werkdag mag bedragen.

Bij het vervullen van de zorgplicht moet de zorgverzekeraar de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg borgen. Daarnaast is het een doel om de zorg betaalbaar te houden.

3.2 Huidige situatie

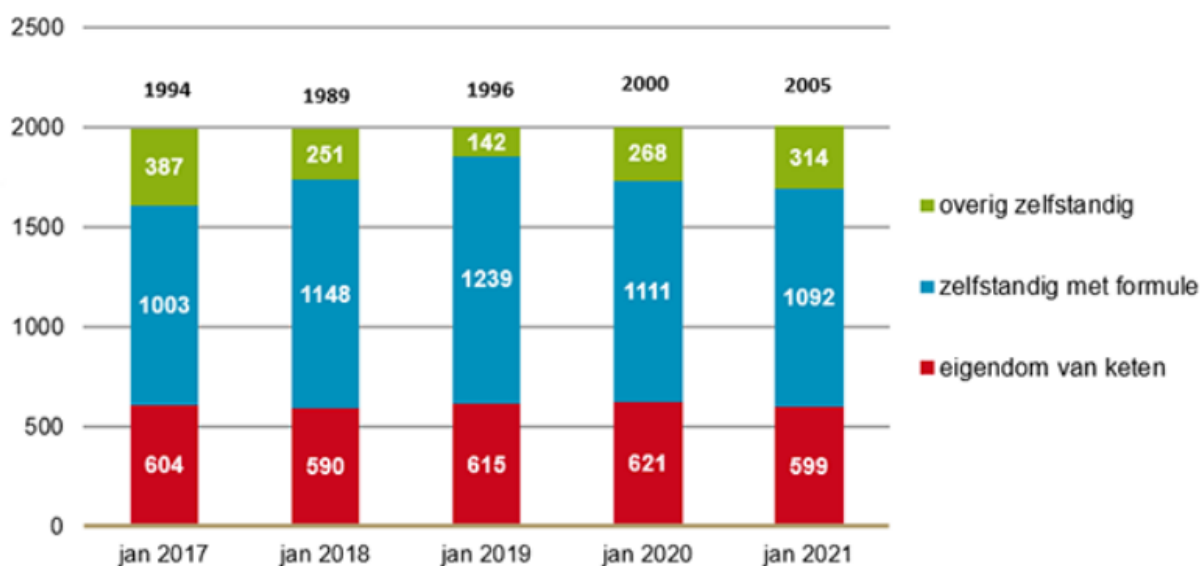
Aanbod apotheken

Volgens [gegevens](#) van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) steeg in 2020 het aantal apotheken in Nederland voor het vierde achtereenvolgende jaar. Dit betreft de extramurale apotheken (openbare apotheken en poliklinische apotheken). Het aantal poliklinische apotheken is, volgens het Collectief Poliklinische Farmacie (CPF), in de periode 2016 tot 2019 gestegen van ruim 80 naar bijna 90.

Per 1 januari 2021 telde Nederland een totaal van 2005 apotheken. In 2020 werden negentien apotheken opgeheven, waaronder een politheek en een dienstapothek. Anderzijds openden 24 nieuwe apotheken hun deuren, waaronder drie poliklinische. Per saldo kwamen er in het afgelopen jaar vijf apotheken bij. De [gemiddelde reisafstand](#) van een patiënt naar een apotheek is al jaren stabiel en bedraagt 1,2 kilometer.

Van alle apotheken is 84% verbonden aan een keten of een formule (afbeelding 1). Een apotheekformule bestaat uit apotheken die volgens een bepaald concept zijn ingericht en/of worden gefaciliteerd vanuit een centrale organisatie. Deze apotheken zijn vaak gelieerd aan een groothandel. In 2020 is het aantal apotheken verbonden aan ketens en formules gedaald met 41. Het totaal aantal keten- en formule-apotheken kwam daarmee op 1691, het laagste aantal in de afgelopen vier jaar.

Aantal openbare apotheken naar eigendom van ketens en formuleverband 2017-2020



Afbeelding 1. SFK – minder apotheken bij keten of formule

De meeste zorgaanbieders laten zich in de contractering vertegenwoordigen door (inkoop)collectieven. Er zijn verschillende vormen van collectieven in de apotheekzorg. Voor apotheken biedt een collectief, naast een bepaalde mate van verkoopmacht, ook efficiënt onderhandelen en allerlei diensten, bijvoorbeeld op ICT-gebied. Er is sprake van een relatief hoge contracteergraad. Op een enkele uitzondering na contracteren de zorgverzekeraars nagenoeg alle apotheken. In de [Monitor betaalbaarheid en contractering apotheekzorg](#) geven we meer uitleg over onder andere de contractering en inkoopcollectieven.

Ontwikkeling van volumes en uitgaven

We geven in deze paragraaf een ontwikkeling weer van het aantal patiënten dat gebruik heeft gemaakt van farmaceutische zorg geleverd door de openbare apotheek. Daarnaast presenteren we de daarmee samenhangende totale uitgaven. Als laatste laten we de ontwikkeling zien van de inkomsten per zorgaanbieder.

Aantal patiënten

Het aantal patiënten dat apotheekzorg ontvangt ligt op ongeveer 11,5 miljoen per jaar en is 2% gegroeid in de onderzochte periode.

Uitgaven aan farmaceutische zorg

In tabel 1 staan de totale uitgaven aan farmaceutische zorg geleverd door openbare apotheken. We maken hierbij onderscheid tussen terhandstellingsprestaties en overige zorgprestaties, zoals beschreven in de [Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg](#).

Tabel 1. Uitgaven zorgprestaties openbare apotheekzorg (in 1000€)*

	2016	2017	2018	2019
Terhandstellingen	1.149.028	1.173.127	1.224.542	1.224.726

Overige prestaties	7.771	9.186	9.838	10.137
Totaal	1.156.799	1.182.313	1.234.380	1.234.863

* exclusief btw.

De uitgaven aan farmaceutische zorg zijn in de periode van 2016 tot en met 2019 met ongeveer 80 miljoen euro gestegen (tabel 1). Dit betreft een stijging van bijna 7 procent. Tabel 2 geeft de jaarlijkse groei van deze uitgaven weer.

Tabel 2. Jaarlijkse groeipercentages uitgaven zorgprestaties openbare apotheekzorg

	2017	2018	2019
Terhandstellingen	2,1	4,4	0,0
Overige prestaties	18,2	7,1	3,0
Totaal	2,2	4,4	0,0

De percentuele groei van de overige zorgprestaties is hoger vergeleken met de groeipercentages van de terhandstellingsprestaties (tabel 2). De overige zorgprestaties betreffen echter minder dan 1 procent van de totale uitgaven aan farmaceutische zorg.

Inkomsten uit farmaceutische zorg per zorgaanbieder

Door de inkomsten uit zorgprestaties (tabel 1) te delen door het aantal openbare apotheken berekenen we de gemiddelde omzet per aanbieder van openbare apotheekzorg. De tabel hieronder laat de ontwikkeling daarvan zien.

Tabel 3. Jaarlijkse groeipercentages inkomsten uit zorgprestaties per zorgaanbieder

	2017	2018	2019
Terhandstellingen	1,5	4,7	-0,4
Overige prestaties	17,5	7,4	2,6
Totaal	1,6	4,7	-0,4

De gemiddelde omzet aan farmaceutische zorgprestaties (terhandstellingen en overige prestaties) per zorgaanbieder steeg in 2017 en 2018, maar daalde licht in 2019. De inkomsten uit de overige zorgprestaties stijgen harder dan de inkomsten uit terhandstellingsprestaties. Inkomsten uit overige zorgprestaties betreffen echter minder dan 1 procent van de totale inkomsten per zorgaanbieder.

Signalen uit interviews

Zorgaanbieders geven aan dat er momenteel geen acute problemen zijn met het borgen van de toegankelijkheid van apotheekzorg. Zij geven aan dat er in deze sector nauwelijks sprake is van

faillissementen. Het acute toegankelijkheidsprobleem betreft volgens hen eerder de aanhoudende en verslechterende beschikbaarheid van geneesmiddelen dan de beschikbaarheid van apotheekzorg. Er zou momenteel geen tekort aan apotheken zijn.

Wel ervaren zorgaanbieders in toenemende mate kwalitatieve en kwantitatieve bezettingsproblemen in krimpgebieden en andere specifieke regio's. Daarbij wijzen zij bijvoorbeeld op de moeite om aan voldoende gekwalificeerd personeel te komen. In (krimp)regio's waar apotheekhoudende huisartsen stoppen, ervaren apotheken soms (dreigende) problemen bij het borgen van continuïteit van apotheekzorg. Hierover zijn aanbieders in gesprek met zorgverzekeraars en zien zij bijvoorbeeld oplossingen in centrale uitgiftepunten.

Zorgverzekeraars zien momenteel eveneens geen problemen voor wat betreft de toegankelijkheid van apotheekzorg. Zij geven aan dat er (ruim) voldoende aanbieders zijn en dat er, zeker in stedelijk gebied, sprake lijkt van een verzadigde markt. Zorgverzekeraars geven ook aan dat er vrijwel geen signalen zijn over faillissementen in deze sector. Het is hierbij wel de vraag of faillissementen altijd openbaar komen of dat er bijvoorbeeld overnames plaatsvinden. Verzekeraars zien wel regelmatig nieuwe aanbieders op de markt, omdat zij zich vervolgens melden voor een contract.

Zorgverzekeraars zeggen eenvoudig te kunnen voldoen aan de zorgplicht en wijzen op de hoge contracteergraad (nagenoeg 100%). Zij hebben niet de indruk dat de tarieven onvoldoende ruimte bieden voor afspraken tussen werkgever en werknemer over loonontwikkeling. Wanneer de tarieven niet kostendekkend zijn, hebben zorgaanbieders de ruimte om niet in te gaan op het contractaanbod. Zorgverzekeraars geven daarnaast aan dat zij binnen de zorgplicht de ruimte hebben om met een aantal apotheken op basis van zorginhoudelijke afwegingen geen contract af te sluiten.

Overige signalen

De NZa heeft in de afgelopen jaren via het Informatie- en Contactcentrum (ICC) dan wel het Meldpunt geen structurele signalen ontvangen dat de continuïteit van apotheekzorg in gevaar is. Ten aanzien van tekorten aan personeel in de apotheek gaat het voornamelijk om nieuwsberichten of berichten op social media die deze kwestie ter sprake brengen. De concrete onderbouwing van deze personeelstekorten ontbreekt daarin veelal. Het is dan ook onduidelijk of er een link is tussen de beloning van de beroepsgroep, personeelstekorten in de sector en de continuïteit van apotheekzorg.

3.3 Toekomst

Signalen uit interviews

Zorgaanbieders geven aan dat risico's voor de continuïteit van apotheekzorg toenemen en in de (nabije) toekomst mogelijk wel kunnen leiden tot problemen in de toegankelijkheid van deze zorg. Zij wijzen daarbij in het bijzonder op de arbeidsmarktproblematiek. Door vergrijzing en langer thuiswonen zou er sprake zijn van een toenemende vraag naar farmaceutische zorg. Deze trend knelt volgens zorgaanbieders met de arbeidsmarktproblematiek, zoals regionale tekorten aan gekwalificeerd personeel en een verwachte toename van deze tekorten. In hoofdstuk 4 gaan we verder in op de arbeidsmarktproblematiek.

Verder zijn zorgaanbieders van mening dat het beleid van de overheid en zorgverzekeraars bijdraagt aan toegankelijkheidsrisico's. Zij doelen daarmee op een toenemende druk op tarieven, vergoedingen en regels in de sector. Transitie in de sector, zoals een mogelijk meer nadrukkelijke scheiding tussen distributie en zorg, zien zij als een bedreiging voor de continuïteit van de openbare apotheek. Volgens zorgaanbieders is de zorgfunctie van de apotheker niet los te zien van de distributie (ofwel het ter hand stellen) van geneesmiddelen.

Zorgverzekeraars zien geen bedreigingen voor de continuïteit van apotheekzorg in de toekomst. Zij zien eveneens een sector die in transitie is, maar zijn van mening dat ontwikkelingen als automatisering en digitalisering bijdragen aan het bevorderen van de toegankelijkheid. Zorgverzekeraars geven aan dat automatisering en een efficiënter ingerichte keten mogelijke oplossingen zijn voor de arbeidsmarktproblematiek. Een betere scheiding van distributie en zorg kan ertoe leiden dat het beschikbare personeel meer gericht en efficiënter kan worden ingezet op zorgtaken.

4 Arbeidsmarkt

In dit hoofdstuk gaan we in op de arbeidsmarkt van de openbare apotheekzorg. We geven onder andere een beschrijving van vraag en aanbod aan personeel, de werkdruk en de arbeidsmarkt in relatie tot de toegankelijkheid.

4.1 Vraag en aanbod personeel

Apothekersassistenten

De Stichting Bedrijfsfondsen Apotheken (SBA) [concludeerde](#) in 2019 dat krapte op de arbeidsmarkt van apothekersassistenten voelbaar wordt. Werkgevers zouden in toenemende mate aangeven dat het lastiger is om vacatures voor apothekersassistent in te vullen. Deze arbeidsmarktkrapte lijkt vooralsnog vooral regionaal voelbaar. In het rapport wordt middels een stoplichtmodel in kaart gebracht in welke KNMP-districten zich vooral knelpunten op de arbeidsmarkt van apothekersassistenten (dreigen) voor (te) doen en waar dit (nog) niet het geval is. Het aantal apothekersassistenten in loondienst vertoont op landelijk niveau een stabiel beeld. Daarentegen blijkt in 2018 de uitstroom van apothekersassistenten groter te zijn dan de instroom. De verwachting is dat dit verschil in de komende jaren groter gaat worden door een relatief hoog aantal medewerkers van 60 jaar of ouder. Het aantal vacatures voor apothekersassistent is tussen de jaren 2014 en 2018 met 16% toegenomen. Bij ongewijzigd beleid is de verwachting dat het tekort aan apothekersassistenten in de toekomst oploopt.

De SBA heeft naar aanleiding van de bevindingen twee initiatieven ontplooid:

- Opschalen van algemeen ondersteunend medewerkers naar apothekersassistent;
- Werven en opleiden van zij-instromers.

In de jaarlijkse rapportages van de SFK ('[Data en feiten](#)') werd voor de jaren 2016 en 2017 aangegeven dat het aantal apothekersassistenten afneemt, voornamelijk ten gevolge van automatisering. Tegelijk steeg het aantal ondersteunende medewerkers. Onder andere central filling en andere geautomatiseerde processen in de apotheek zorgden ervoor dat ook ondersteunende, minder gespecialiseerde medewerkers onderdelen van de werkzaamheden in de apotheek kunnen uitvoeren. In 2018 werd in de rapportage van de SFK geen onderscheid meer gemaakt tussen assistenten en ondersteunende medewerkers. Vanaf 2019 bevatten de rapportages 'Data en feiten' van de SFK geen details meer over de ontwikkelingen in personeel.

Apothekers

Het Capaciteitsorgaan [concludeerde](#) in 2017 dat de arbeidsmarkt voor openbaar apothekers op landelijk niveau in balans was. Demografische ontwikkelingen, zoals bevolkingsgroei, de toegenomen levensverwachting en een toename van het aantal chronisch zieken met co- en multimorbiditeit, zorgen er echter voor dat de zorgvraag in de komende jaren sterk zal stijgen. Het Capaciteitsorgaan verwacht in 2037 een behoefte aan apothekers die, afhankelijk van het gekozen toekomstscenario, varieert tussen de 3100 en 3700 om te kunnen blijven voldoen aan de toekomstige farmaceutische zorgvraag. Bij ongewijzigd beleid zou er in 2037 een aanbod zijn van slechts 2600 apothekers. Het Capaciteitsorgaan heeft destijds dan ook geadviseerd om de opleidingscapaciteit voor de vervolgopleiding tot openbaar apotheker te verhogen. De SFK [rapporteerde](#) onlangs dat er vanaf 2017 sprake is van een toenemend aantal eerstejaars farmacistudenten. Het aantal eerstejaarsstudenten is niet eerder zo hoog geweest. Dit zorgt op termijn hoogstwaarschijnlijk voor potentieel meer kandidaten voor de vervolgopleiding tot openbaar apotheker. Het aantal studenten dat de masteropleiding Farmacie heeft afgerond laat een wisselend beeld zien. Het aantal afgestudeerde apothekers is afgelopen jaar beduidend lager dan voorgaande jaren, mogelijk vanwege studievertraging als gevolg van de coronapandemie. De verwachting is dat het aantal afgestudeerde apothekers in het komende academische jaar een stijging zal laten zien.

Signalen uit interviews

Zorgaanbieders geven aan dat er structureel vacatures zijn die lastig op te vullen zijn. Er is behoefte aan hoger geschoold personeel, maar de huidige cao zou onvoldoende aantrekkingskracht geven om in de apotheekzorg werkzaam te zijn. Zorgaanbieders zien een uitstroom van personeel vanuit de extramurale apotheek naar de intramurale apotheek. Hier zou de cao een rol in kunnen spelen, maar de oorzaak van deze uitstroom ligt volgens de geïnterviewde aanbieders veel meer in de aard en inhoud van het werk. Ten opzichte van openbare apotheken zou er bij intramurale en poliklinische apotheken bijvoorbeeld veel minder sprake zijn van agressie aan de balie.

De problematiek van een grotere uitstroom dan instroom lijkt vooralsnog grotendeels regionaal te spelen. De instroom vanuit opleidingen tot apothekersassistent lijkt over het algemeen terug te lopen. Zorgaanbieders zijn in gesprek met opleidingen om hiervoor tot oplossingen te komen. Zij spelen bijvoorbeeld in op (dreigende) personeelstekorten door zelf lager geschoold personeel, zij-instromers of herintreders op te leiden. Dit kost tijd en geld, en levert ook een hogere werkdruk op voor de medewerkers in de apotheek.

Personeelstekorten zijn volgens zorgaanbieders niet volledig op te lossen door het sterker inzetten op efficiëntie en automatisering, omdat de zorg complexer wordt en de zorgvraag toeneemt. Bovendien neemt, door automatisering en doorgevoerde efficiëntie, de diversiteit in werkzaamheden af. Volgens zorgaanbieders leidt dit tot verschraling van het werk, waardoor medewerkers lastiger te behouden zijn. Zij zien automatisering en digitalisering als een kans, maar tegelijk ook als een bedreiging voor de arbeidsmarktproblematiek.

Verder lijkt detachering de laatste jaren in opkomst. Zorgaanbieders vragen zich echter af in hoeverre dit bijdraagt aan een structurele oplossing voor de arbeidsmarktproblematiek vanwege bijvoorbeeld de hogere loonkosten die dit met zich meebrengt.

Zorgverzekeraars geven aan dat in de afgelopen jaren het aantal apotheekmedewerkers mogelijk is afgenomen door nieuwe manieren van werken. Enerzijds heeft dit te maken met efficiëntie en automatisering, anderzijds door ketenvorming. Hierdoor zouden minder handen nodig zijn in de apotheek. Zorgverzekeraars zien deze ontwikkelingen als een antwoord voor de krapte op de arbeidsmarkt en verwachten dat deze trend zich door zal zetten. Ook de opkomst van detachingsbedrijven heeft volgens hen een invloed op deze ontwikkeling. Zorgverzekeraars missen in het algemeen, bijvoorbeeld in het SBA-rapport, de dieper liggende oorzaken van de krapte op de arbeidsmarkt van apothekersassistenten.

4.2 Werkdruk, werkplezier en ziekteverzuim

Algemeen

Onderzoek van de SBA onder apotheekmedewerkers en –leidinggevenden in 2015 laat zien dat 42% van de apotheekmedewerkers de werkdruk in de apotheek als belastend ervaart. Ongeveer 10% daarvan ervaart deze werkdruk als zeer belastend. Circa 12% van de apotheekmedewerkers zou een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van burn-outklachten. 4% van de respondenten heeft zich het afgelopen jaar drie keer of meer ziekgemeld, wat volgens de SBA een belangrijke voorspeller is voor langdurige uitval op termijn.

Signalen uit interviews

Zorgaanbieders geven aan dat de toenemende werkdruk al langer een probleem is. Een verbetering van logistieke processen zou hierbij kunnen helpen, maar lost het probleem niet geheel op. De toenemende werkdruk wordt volgens zorgaanbieders veroorzaakt door verschillende factoren. Er is in toenemende mate sprake van 'gedoe' en agressie aan de balie, wat volgens aanbieders grotendeels veroorzaakt wordt door het beleid van artsen, farmaceuten, zorgverzekeraars en de overheid. Het gaat hierbij veelal om geneesmiddelentekorten, preferentiebeleid en algehele bejegening. Zorgaanbieders hebben het gevoel dat dit probleem niet veroorzaakt wordt door de apotheker, maar de gevolgen wel door hen moeten worden opgelost en gecommuniceerd met de patiënt. Apothekhoudenden ervaren dat zij hierdoor vaak onbetaald werk uitvoeren om de patiënt te helpen.

De hogere werkdruk zou eveneens veroorzaakt worden door het intern (verder) opleiden van recent afgestudeerden, zij-instromers en herintreders. De hogere werkdruk heeft een negatieve invloed op

het werkplezier van apothekemedewerkers en leidt tot een hoger ziekteverzuim. Het verhogen van de efficiëntie kan volgens zorgaanbieders enerzijds een oplossing zijn, maar maakt anderzijds het werk minder aantrekkelijk door steeds minder afwisseling in werkzaamheden.

Zorgverzekeraars zijn zich bewust van problematiek aan de balie, zoals een toename van agressie. Zij wijzen erop dat bejegening van (zorg)personeel ook een breder maatschappelijk probleem is. Sommige verzekeraars geven aan in samenwerking met apotheken te werken aan oplossingen, bijvoorbeeld door het beter informeren van verzekerden. Zorgverzekeraars geven aan dat zij niet altijd op de hoogte zijn van signalen over een te hoge werkdruk en ziekteverzuim. Dit komt mogelijk omdat de inkoopcollectieven waarmee wordt onderhandeld verder van de individuele apotheek afstaan.

4.3 Arbeidsmarkt in relatie tot toegankelijkheid

Signalen uit interviews

Hoewel er landelijk sprake is van structureel openstaande vacatures, zien aanbieders (nog) geen nijpende personeelstekorten met gevolgen voor de huidige toegankelijkheid van apotheekzorg. Zorgaanbieders zien in de arbeidsproblematiek wel risico's voor toegankelijkheid van apotheekzorg in de (nabije) toekomst. Zij zijn van mening dat zorgverzekeraars te weinig aandacht hebben voor deze problemen op de arbeidsmarkt. Zorgaanbieders geven aan dat zij dit onderwerp aandragen in gesprekken met zorgverzekeraars, maar dat het bespreken van arbeidsmarktproblematiek vrijwel altijd direct van de agenda wordt geschrappt. Deze problematiek zou (te) snel weer worden teruggedrukt bij zorgaanbieders. Volgens zorgaanbieders zijn zorgverzekeraars onvoldoende eigenaar van de arbeidsmarktproblematiek, terwijl deze problemen er wel toe kunnen leiden dat zorgplicht in het geding komt. Zij vinden dat er in gesprekken met zorgverzekeraars, bijvoorbeeld in de contractering, meer aandacht moet zijn voor problemen op de arbeidsmarkt omdat deze van invloed (kunnen) zijn op de continuïteit van apotheekzorg.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij van apothekers weinig signalen ontvangen over arbeidsmarktproblematiek. Apothekers zouden weinig signalen afgeven dat arbeidsmarktproblemen op dit moment voor toegankelijkheidsproblemen zouden zorgen. Signalen over een knellende arbeidsmarkt en personeelstekorten zouden niet worden ingebracht in gesprekken op districtsniveau door vertegenwoordigers van aanbieders. De arbeidsmarktproblematiek komt dan ook niet of nauwelijks ter sprake tijdens de onderhandelingen met zorgaanbieders. Daarnaast horen zij in het algemeen niet van hun verzekerden dat zij de (apotheek)zorg niet ontvangen die zij op dat moment nodig hebben. Verzekeraars verwachten dat een toename in automatisering en efficiëntie een antwoord kan zijn op de arbeidsmarktproblematiek, waardoor toegang tot apotheekzorg ook in de toekomst geborgd kan blijven.

5 Contractering en tariefontwikkelingen

In dit hoofdstuk gaan we in op de contractering en tariefontwikkelingen. We beschrijven de algemene ervaringen rondom contractering, de Overheidsbijdrage in Arbeidskostenontwikkeling (OVA), de totstandkoming van de tarieven. Daarnaast geven we een overzicht van volume- en tariefontwikkelingen van de farmaceutische zorgprestaties.

5.1 Algemene ervaringen contractering

Zorgaanbieders hebben wisselende ervaringen met de contractering van farmaceutische zorg door zorgverzekeraars. Enerzijds vinden apothekhoudenden, ondanks eventuele vertegenwoordiging door een inkoopcollectief, dat er weinig onderhandelingsruimte is. Zij ervaren contractering veelal als 'tekenen bij het kruisje'. Het niet-onderhandelbare basiscontract van de zorgverzekeraar wordt hierbij vaak als voorbeeld aangehaald. Zorgaanbieders geven aan dat zij wel moeten tekenen, omdat ze zonder contract failliet zouden gaan.

Het gevolg van een niet-onderhandelbaar basiscontract (over het grootste deel van de inkomsten aan farmaceutische zorg) is volgens zorgaanbieders dat er met zorgverzekeraars niet meer gesproken kan worden over essentiële onderwerpen, zoals de arbeidsmarktproblematiek en zorginhoud. Anderzijds zijn er ook zorgaanbieders die juist wel enige ruimte ervaren om in de contractering het gesprek op inhoud aan te gaan. Ook ervaren zorgaanbieders niet altijd voldoende communicatie over de aard en inhoud van de contractonderhandelingen door de collectieven naar hun achterban, de individuele apothekhoudende.

Zorgverzekeraars zijn van mening dat de negativiteit rondom contractering en zorginkoop bij zorgaanbieders inherent is aan de rol van de zorgverzekeraar in het zorgstelsel. Zij hebben eveneens wisselende ervaringen met de onderhandelingen die veelal via de collectieven verlopen. Zorgverzekeraars zijn van mening dat er wél sprake is van onderhandelingen, waarbij zowel een inkoopcollectief als de verzekeraar met een voorstel komt en tarieven uiteindelijk uitonderhandeld worden.

Zorgverzekeraars zien ruimte voor verbetering van de communicatie door collectieven richting hun achterban. Collectieven zouden volgens zorgverzekeraars een spreekbuis moeten zijn tussen hun achterban en de zorgverzekeraar. Verder lijkt de focus in de contractering te veel te liggen op de hoogte van het (terhandstellings)tarief, wat het gesprek over de inhoud van zorg en verschuiving van distributie naar zorg belemmert.

Zorgverzekeraars sluiten in toenemende mate meerjarenovereenkomsten met zorgaanbieders. Het gaat hierbij veelal om tweejarige contracten, maar inmiddels ook om 3 tot 5-jarige overeenkomsten. Dit beperkt de administratieve lasten en geeft meer rust. In meerjarencontracten worden overigens niet altijd afspraken gemaakt over tussentijdse tariefverhogingen. Bij het ontwikkelen van zorginkoopbeleid zijn er zorgverzekeraars die gebruik maken van een klantenpanel van verzekerden, waarmee wensen met betrekking tot farmaceutische zorg in kaart gebracht worden.

In het algemeen zijn zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars van mening dat het gesprek over inhoud en kwaliteit van zorg moeizaam van de grond komt.

5.2 Overheidsbijdrage in Arbeidskostenontwikkeling

De OVA wordt ieder jaar vastgesteld door het Centraal Planbureau (CPB). De OVA (en de door het CPB geraamde prijsontwikkeling) wordt door de NZa gebruikt voor het indexeren van de gereguleerde tarieven binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz). Het beschikbaar stellen van extra geld voor arbeidsvoorwaarden in het budgettaire kader betekent echter niet dat deze ruimte in regelgeving afdwingbaar door partijen moet worden gebruikt. Het al dan niet gebruiken van deze ruimte komt voort uit afspraken die zorgverzekeraars met zorgaanbieders maken.

Vanzelfsprekend is van indexering van vrije tarieven door de NZa geen sprake. Zorgaanbieders en – verzekeraars kunnen de OVA betrekken in hun onderhandelingen over de totstandkoming van tarieven. Daarbij kunnen, naast kosten van arbeid, ook andere factoren een rol spelen, zoals prijsontwikkelingen,

volumeontwikkeling, historische prijsverschillen, productiviteits- en doelmatigheidswinst, effecten van zinnige zorg en specifieke lokale of regionale omstandigheden. In elke overeenkomst tussen zorgverzekeraar en aanbieder kunnen hier andere afspraken over worden gemaakt. Aangezien er veel meer factoren van invloed zijn op de ontwikkeling van tarieven dan alleen de OVA, is een vergelijking tussen de ontwikkeling van gemiddelde tarieven voor apotheekeerzorg en het jaarlijkse OVA-indexpercentage niet zinvol.

5.3 Totstandkoming tarieven

Zorgaanbieders geven aan dat zij over het algemeen geen invloed hebben op de hoogte van het tarief. Zij zijn van mening dat zorgverzekeraars onvoldoende transparant zijn over de tariefsopbouw. Schaalvoordelen, doelmatigheid en efficiëntie zouden bij zorgverzekeraars de structurele basis in de tariefonderhandelingen zijn, terwijl personeelskosten het grootste netto aandeel in de kosten voor de apotheekhoudende hebben. De loonkosten betreffen circa tweederde deel van de kosten. Zorgaanbieders zeggen dat deze loonkosten jaarlijks stijgen, maar zien deze ontwikkeling niet terug in de tarieven. De tarieven bieden volgens hen onvoldoende ruimte voor loonontwikkelingen. Zorginkopers zouden niet bereid zijn om te praten over de OVA-ruimte.

Volgens aanbieders is 'de rek er wel uit' voor wat betreft het verder drukken op doelmatigheid en efficiëntie. Daarnaast geven zij aan dat minder personeel door een toenemende efficiëntie en automatisering niet per definitie leidt tot lagere kosten voor de apotheekhoudende. Het zou daarbij meer gaan om een kostenverschuiving van loonkosten naar kosten aan central filling apotheken en investeringen zoals bijvoorbeeld een uitgifteapparaat. Tijd om die investeringen terug te verdienen ervaren zorgaanbieders over het algemeen niet. Zorgaanbieders ervaren de tariefontwikkelingen, volgens hen grotendeels veroorzaakt door concurrentie tussen zorgverzekeraars, als een 'race to the bottom'.

Zorgverzekeraars geven aan dat tarieven over het algemeen bottom-up worden opgebouwd. Het vorige tarief dient hierbij als de basis. Zorgverzekeraars zien het tarief als een totaalplaatje dat bestaat uit onderdelen die het tarief omhoog dan wel omlaag beïnvloeden. Zij lijken veelal weg te blijven bij het verantwoorden van losse componenten met bijbehorende percentages en kosten. Dit betekent overigens niet dat verschillende zaken en componenten tijdens de tariefonderhandelingen niet worden besproken. Wél verschillen de inkoopcollectieven volgens zorgverzekeraars in de mate van diepgang in de tariefonderhandelingen. Zorgverzekeraars geven aan dat sommige partijen een door hen gewenst tarief op componenten proberen te onderbouwen. Andere partijen zouden zich beperken tot 'we willen zoveel hebben'.

De ruimte voor loonkosten is volgens zorgverzekeraars een onderdeel van het tarief, maar er zijn veel meer factoren van invloed op de tariefontwikkeling. Zorgverzekeraars wijzen daarbij op belangrijke factoren als ontwikkelingen in efficiëntie en volume, de toegevoegde waarde en het kwaliteitsbeleid van de apotheek. Bovendien geven enkele zorgverzekeraars aan dat zij zich afvragen of en waarom tarieven voor bepaalde terhandstellingsprestaties daadwerkelijk moeten stijgen, bijvoorbeeld omdat zij regelmatig signalen van verzekerden ontvangen dat het begeleidingsgesprek niet altijd wordt gevoerd terwijl deze wel wordt gedeclareerd.

Zorgverzekeraars vinden dat aanbieders veelal niet transparant zijn over de (ontwikkeling van) kosten die zij maken, maar ook over opbrengsten die voor zorgverzekeraars niet inzichtelijk zijn. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om marges op geneesmiddelen en andere kortingsafspraken. Voor een op losse componenten gebaseerd en onderbouwd tarief ontbreekt volgens zorgverzekeraars te veel informatie.

5.4 Volume- en tariefontwikkelingen

Ontwikkeling volumes en gemiddelde tarieven prestaties terhandstelling

Tabellen 4 en 5 geven de ontwikkelingen weer van de aantallen (volumes) en gemiddelde tarieven van de vijf meest gedeclareerde prestaties terhandstelling:

1. Terhandstelling van een UR-geneesmiddel;

2. Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een nieuw UR-geneesmiddel;
3. Terhandstelling door middel van een geïndividualiseerde distributievorm (GDV of weekterhandstelling) per
 - a. 1 week
 - b. 2 weken
 - c. 3 weken.

In tabel 4 valt op dat de aantallen reguliere terhandstellingen (prestaties Terhandstelling van een UR-geneesmiddel en Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een nieuw UR-geneesmiddel) tot en met 2018 stijgen, maar in 2019 licht dalen. Bij de terhandstellingen door middel van een GDV heeft een sterke verschuiving plaatsgevonden van 1-weekse naar meerweekse terhandstellingen.

Tabel 4. Jaarlijkse groeipercentages van de aantallen terhandstellingen*

	2017	2018	2019
Terhandstelling	1,2	3,4	-0,7
Terhandstelling met begeleidingsgesprek	0,6	5,3	-0,9
GDV 1 week	-13,7	-19,1	-28,2
GDV 2 weken	130,6	64,1	36,2
GDV 3 weken	39,9	50,4	19,9

* exclusief deelprestaties.

De gemiddelde tarieven van deze prestaties hebben we berekend door per prestatie het totaalbedrag te delen door het totale aantal. In de tabel hieronder staat de ontwikkeling van deze gemiddelden.

Tabel 5. Jaarlijkse groeipercentages van de gemiddelde tarieven van terhandstellingen*

	2017	2018	2019
Terhandstelling	0,5	0,6	0,6
Terhandstelling met begeleidingsgesprek	0,8	0,1	0,3
GDV 1 week	-1,5	-0,3	-0,3
GDV 2 weken	2,2	-0,5	0,0
GDV 3 weken	1,4	1,6	-1,3

* exclusief btw, exclusief deelprestaties.

Hier valt op dat de gemiddelde tarieven van de reguliere terhandstellingsprestaties jaarlijks stijgen.

Ontwikkeling volumes en gemiddelde tarieven overige zorgprestaties

Tabellen 6 en 7 geven de ontwikkelingen weer van de aantallen (volumes) en gemiddelde tarieven van de vijf meest gedeclareerde overige zorgprestaties:

1. Instructie patiënt UR-geneesmiddel- gerelateerd hulpmiddel;
2. Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik;
3. Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
4. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname;
5. Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis.

Tabel 6. Jaarlijkse groeipercentages van de aantallen overige zorgprestaties*

	2017	2018	2019
Instructie hulpmiddel	0,5	3,5	11,5
Medicatiebeoordeling	19,2	-6,7	-8,6
Begeleiding bij dag-beh. / bezoek polikl.	21,8	18,4	11,7
Begeleiding bij opname	8,8	-1,8	13,1
Begeleiding bij ontslag	11,5	-2,6	-1,9

* exclusief deelprestaties.

De stijging van het volume is voor de overige zorgprestaties over het algemeen beduidend hoger dan voor de terhandstellingsprestaties. Zoals ook in paragraaf 3.2 aangegeven, is het aandeel overige zorgprestaties nog geen 1 procent van de totale uitgaven aan farmaceutische zorg (terhandstellingen en overige zorgprestaties). Verder valt op dat het aantal medicatiebeoordelingen in 2018 en 2019 flink afneemt.

Ook voor deze prestaties hebben we gemiddelde tarieven berekend:

Tabel 7. Jaarlijkse groeipercentages van de gemiddelde tarieven van overige zorgprestaties*

	2017	2018	2019
Instructie hulpmiddel	3,6	0,6	1,4
Medicatiebeoordeling	4,9	15,4	-9,7
Begeleiding bij dag-beh. / bezoek polikl.	-0,6	4,4	10,8
Begeleiding bij opname	15,1	2,8	77,9
Begeleiding bij ontslag	7,2	1,2	36,0

* exclusief btw, exclusief deelprestaties.

De tarieven voor de overige zorgprestaties stijgen harder dan de gemiddelde tarieven voor de terhandstellingsprestaties. Dit is sterk zichtbaar bij de prestaties voor farmaceutische begeleiding, zeker in 2019. Mogelijk is dit het gevolg van een groeiende aandacht voor medicatieoverdracht in de keten. Voor wat betreft de prestatie Medicatiebeoordeling bij chronisch UR-geneesmiddelengebruik is er in de jaren 2017 en vooral in 2018 een sterke stijging van het gemiddelde tarief, maar daalt deze in 2019 fors.

6 Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk beschrijft de conclusies op basis van de bevindingen in het verkennende onderzoek en onze daaruitvloegende aanbevelingen voor de sector.

6.1 Conclusies

Geen acute problemen in toegankelijkheid apotheekzorg

Op dit moment hebben we geen signalen van acute problemen in het borgen van de toegankelijkheid van apotheekzorg. Het aantal openbare apotheken is in de afgelopen jaren relatief stabiel gebleven, terwijl er nauwelijks signalen van faillissementen zijn. Daarnaast zijn de tarieven voor en inkomsten uit farmaceutische zorg in de afgelopen jaren over het algemeen gestegen. Er is sprake van een hoge contracteergraad en er zijn geen structurele signalen die erop wijzen dat verzekeraars hun zorgplicht niet naleven.

Risico's door arbeidsmarktproblematiek

Wel zien we in de arbeidsmarktproblematiek een potentieel risico voor het borgen van de toegankelijkheid van openbare apotheekzorg in de toekomst. Het gaat hierbij vooral om een toename van kwalitatieve en kwantitatieve bezettingsproblemen van personeel in de apotheek. De arbeidsmarktproblematiek lijkt momenteel vooral regionaal voelbaar. Dit zou echter een breder probleem kunnen worden door een verwachte toename aan complexe(re) en intensieve farmaceutische zorg als gevolg van de vergrijzing en het langer thuis wonen van patiënten. Hoe groot deze risico's zijn, is moeilijk vast te stellen. Daarnaast is het op basis van dit onderzoek niet vast te stellen in hoeverre de cao Apotheken een rol speelt in de arbeidsmarktproblematiek. Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om daar helderheid over te scheppen en het gesprek met betrokkenen aan te gaan om te komen tot oplossingen. Het baart ons dan ook zorgen dat de arbeidsmarktproblematiek geen structureel onderwerp van gesprek lijkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Gelukkig zien we in het veld initiatieven ontstaan waarmee wordt ingespeeld op de arbeidsmarktproblematiek. Partijen maken bijvoorbeeld werk van het werven en opleiden van zij-instromers of het bijscholen van ondersteunend apotheekmedewerkers. Daarnaast kunnen automatisering, digitalisering en optimaliseren van efficiëntie bijdragen om ook in de toekomst aan de farmaceutische zorgvraag te kunnen blijven voldoen. Daarbij is het wel van belang dat er aandacht blijft voor de toenemende werkdruk die apotheekmedewerkers ervaren.

Onvrede over contractering

Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars hebben wisselende ervaringen met de contractering van farmaceutische zorg. Zorgaanbieders zijn over het algemeen ontevreden over hun marktpositie en wijzen daarbij veelvuldig op het niet-onderhandelbare basiscontract. Daarnaast ervaren zij een gebrek aan transparantie in de totstandkoming van de tarieven door zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars vinden juist dat zorgaanbieders onvoldoende transparant zijn over de daadwerkelijke kosten die zij maken. Beide partijen constateren dat het gesprek over inhoud en kwaliteit van zorg moeizaam van de grond komt.

Ruimte voor loonontwikkelingen

Op basis van dit onderzoek kan geen conclusie worden getrokken over al dan niet voldoende ruimte voor loonontwikkelingen in de tarieven voor farmaceutische zorg. We constateren in de afgelopen jaren over het algemeen een stijging van de tarieven voor en inkomsten uit farmaceutische zorg. Het is echter niet vast te stellen of die stijging veroorzaakt wordt door een toename van de arbeidsvoorwaardenruimte in de tarieven. De ontwikkeling in de landelijke tarieven en inkomsten is de resultante van onderhandelingen over meerdere factoren dan enkel loonkosten.

De ruimte voor loonontwikkelingen is daarnaast niet alleen afhankelijk van de ruimte die daarvoor in tarieven voor farmaceutische zorg wordt geboden. Die ruimte is afhankelijk van alle inkomsten en kosten van de apotheekhouder. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om inkomsten van zorg uit de aanvullende verzekering, verkoop van geneesmiddelen, hulpmiddelen en overige producten, maar ook om de effecten van automatisering op bedrijfsvoering en loonkosten. Alleen een transparant en volledig inzicht in alle kosten en opbrengsten kan meer inzicht geven in daadwerkelijke ruimte voor loonontwikkelingen in deze sector. Een diepgaand kosten- en tijdsbestedingsonderzoek kan daar mogelijk een antwoord op geven. Vanwege de vrije prijzen in de sector en eventuele marktverstoring, maar ook op basis van dit verkennende onderzoek, ziet de NZa geen aanleiding tot het uitvoeren van een dergelijk onderzoek.

Samenwerken aan goede zorg

In meer algemene zin ziet de NZa een sector waarin veel beweging gaande is. Tegelijkertijd is er weinig synergie tussen de partijen. Ons zorgstelsel is gebaseerd op gereguleerde marktwerking. Daarin vervullen private partijen maatschappelijk zeer belangrijke taken. Zij worden gefinancierd met publiek geld (van alle Nederlanders, via premies en belastingen). De zorgmarkten in het stelsel moeten zorgen voor doelmatigheid door middel van concurrentie. Maar daarnaast is ons zorgstelsel afhankelijk van voldoende samenwerking om gelijkgericht aan passende zorg te werken. Zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van iedere individuele patiënt, tegen een redelijke prijs. We merken echter dat verschillende vraagstukken in de sector vaak spanningen en versnipperde conflicten opleveren. Hierdoor raakt de focus op de gezamenlijke drijfveer vertroebeld, namelijk goede zorg voor de patiënt.

6.2 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies van dit verkennende onderzoek doen we een aantal aanbevelingen:

Specifiek

- **Maak arbeidsmarktproblematiek bespreekbaar**
Het is voor alle betrokken partijen van belang oog te hebben voor ontwikkelingen die het leveren van apotheeke zorg nu, maar ook op langere termijn kunnen bedreigen. Werk waar nodig in gezamenlijkheid aan concrete én duurzame oplossingen voor de problemen die voortvloeien uit de arbeidsmarkt. Kijk daarbij eerst naar regio's met de hoogste risico's voor de continuïteit van zorg en pas geleerde lessen waar mogelijk toe in andere regio's.
- **Heb oog voor werkdruk én werkplezier van professionals in deze sector**
De zorg is afhankelijk van betrokken en bevlogen professionals. Werk met elkaar aan de aanpak van regeldruk en administratieve lasten. Probeer problemen in de zorg aan patiënten – in de apotheek of op afstand – zoveel mogelijk te voorkomen of beperken door duidelijke voorlichting aan verzekerden/patiënten.
- **Maak werk van transparantie**
Het verbeteren van transparantie over tariefsopbouw, maar ook over daadwerkelijke kosten en uitkomsten van apotheeke zorg kan bijdragen aan een constructief gesprek tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Wij verwachten dat beide partijen met elkaar het gesprek aangaan over kostprijsverhogende dan wel verlagende factoren en hun invloed op de tarieven voor farmaceutische zorg. Hierbij kan het gaan om kosten van arbeid, maar ook over factoren zoals prijsontwikkelingen, volumeontwikkeling, historische prijsverschillen, productiviteits- en doelmatigheidswinst, effecten van zinnige zorg en specifieke lokale of regionale omstandigheden.

Algemeen

- **Ga en blijf met elkaar in gesprek**
Regelmatige overleggen op bestuurlijk niveau kunnen bijdragen aan synergie en het bepalen van gezamenlijke uitgangspunten en doelen. Investeer in het verbeteren van de onderlinge relatie.
- **Werk samen aan passende zorg**

Het is de verantwoordelijkheid van alle partijen om samen te werken aan kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke farmaceutische zorg. Alle betrokken partijen zouden – weliswaar vanuit ieders rol – samen gericht moeten zijn op eenzelfde doel: [passende zorg](#) voor iedere individuele patiënt.

6.3 Tot slot

We zien in meer sectoren onvrede onder zorgaanbieders over de contractering door zorgverzekeraars. Deze onvrede gaat veelal over de hoogte van het geboden tarief, de contractvoorwaarden of het gevoel te moeten 'tekenen bij het kruisje'. Contractering is een proces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarbij beide partijen zowel vrijheden als verantwoordelijkheden hebben. Verzekeraars dienen hierbij te voldoen aan de [transparantievoorwaarden](#) die wij stellen aan het contracteerproces. Daarnaast houdt de NZa toezicht op de naleving van de [zorgplicht](#) door zorgverzekeraars. Uiteindelijk bepaalt de inhoud van de contractering of daadwerkelijk een invulling of impuls wordt gegeven aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Een randvoorwaarde hierbij is dat het proces van zorginkoop tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders goed verloopt. Voor de NZa betekent dit dat we ons instrumentarium voor contractering, bekostiging en het toezicht daarop zodanig willen inrichten, dat zo sterk mogelijke prikkels ontstaan voor optimale afspraken over betaling gericht op of ondersteunend aan het leveren van passende zorg.

De NZa is begin dit jaar gestart met de doorontwikkeling van de bekostiging van apotheekezorg. Samen met de branche- en beroepsorganisaties van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntvertegenwoordigers onderzoeken we hoe de bekostiging kan bijdragen aan goede, toegankelijke en betaalbare apotheekezorg. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is het advies [Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú](#) van Zorginstituut Nederland en de NZa. In dit advies schetsen we randvoorwaarden voor passende zorg en hoe alle partijen moeten bijdragen aan het organiseren en realiseren daarvan. Hiermee willen wij onze bijdrage leveren aan het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen in Nederland.

Bijlage I Aanpak

Interviews

De partijen waarmee wij gesprekken hebben gevoerd zijn:

- Zorgaanbieders: vertegenwoordigers van drie KNMP-districten waar zich vooral knelpunten op de arbeidsmarkt (dreigen) voor te doen volgens het [rapport Knelpunten op de arbeidsmarkt van apothekersassistenten](#) van Stichting Bedrijfsfonds Apotheken (SBA). Deze vertegenwoordigers waren allen ook praktiserend apotheker;
- Drie inkoopcollectieven. Dat zijn organisaties die (een deel van) de onderhandelingen voeren voor een groep apotheken;
- Vijf zorgverzekeraars;
- Een lid van een ondernemingsraad van een keten van apotheken;

Desk research

We hebben gebruik gemaakt van beschikbare rapportages en signalen over de toegankelijkheid en de arbeidsmarkt in de openbare apotheekzorg. Dit omvatte:

- De oorspronkelijke brief van de cao partijen
- Onderzoek naar berichten in (social) media
- Signalen direct aan de NZa (consumenten)
- Signalen bij gesprekspartners
- Beschikbare rapportages en onderzoeken (vindbaar via hypelink in de tekst).

Data analyse

Binnen de gegevens die Vektis aan de NZa levert staan de gegevens over apotheekzorg sinds medio 2015 in één gecombineerde tabel. Deze gegevens zijn gecodeerd aan de hand van verschillende codetabellen: een codetabel (60) voor declaraties van de zorgprestaties in de categorie terhandstelling en een codetabel (58) voor declaraties van overige zorgprestaties. Gegevens op basis van deze twee codetabellen zijn gecombineerd voor dit onderzoek.

Selecties en bewerkingen op de gegevens:

- Declaratiegegevens over de jaren 2016 tot en met 2019 zijn geanalyseerd, omdat daarmee de ontwikkeling van declaraties apotheekzorg voldoende duidelijk in beeld komt. In de loop van 2015 is de wijze van registreren van declaraties gewijzigd, waardoor analyses worden gehinderd. Gegevens over 2020 waren op het moment van het onderzoek nog niet compleet beschikbaar. Bovendien geeft de invloed van COVID-19 een vertekend beeld van de volumes.
- De geanalyseerde bedragen zijn de vergoedingen onder de Zvw (basisverzekering).
- De geanalyseerde bedragen zijn exclusief btw. Dit hebben we gedaan omdat de btw in 2018 van 6% naar 9% is opgehoogd. De ontwikkeling van uitgaven, inkomsten en gemiddelde tarieven zou bij het meenemen van de btw een vertekenend beeld geven.
- Bij nadere analyse van de volumes en gemiddelde tarieven van prestaties terhandstellingen hebben we ons beperkt tot de vijf meest gedeclareerde prestaties:
 - Terhandstelling van een UR-geneesmiddel;

- Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een nieuw UR-geneesmiddel;
- Terhandstelling door middel van een geïndividualiseerde distributievorm (GDV of weekterhandstelling) per
 - 1 week;
 - 2 weken;
 - 3 weken.

Combinaties van deze vijf prestaties met de deelprestaties ANZ-dienstverlening, Reguliere en Bijzondere magistrale bereiding en Dienstverlening thuis hebben we buiten de analyse gelaten. Tezamen vormen de gedeclareerde bedragen voor deze vijf prestaties ongeveer 96% van alle terhandstellingen en ongeveer 95% van alle farmaceutische zorgprestaties.

- Bij nadere analyse van de volumes en gemiddelde tarieven van de overige zorgprestaties hebben we ons eveneens beperkt tot de vijf meest gedeclareerde prestaties:
 - Instructie patiënt UR-geneesmiddel- gerelateerd hulpmiddel;
 - Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik;
 - Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
 - Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname;
 - Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis.

Combinaties van deze vijf overige zorgprestaties met deelprestaties ANZ-dienstverlening en Dienstverlening thuis hebben we buiten de analyse gelaten. Tezamen vormen deze prestaties tussen de 90 en 95% van de overige zorgprestaties.

Berekening aantal openbare apotheken

Voor het aantal openbare apotheken zijn we uitgegaan van [rapportage](#) door SFK. Daarin zijn ook de poliklinische apotheken meegeteld. In deze analyse hebben we de declaraties van poliklinische apotheken (politheken) echter buiten beschouwing gelaten. Reden daarvoor is dat de bedrijfsvoering van die apotheken aanzienlijk afwijkt van die van de openbare (of wijk)apotheken. Van het Collectief Poliklinische Farmacie (CPF) ontvingen we informatie over de aantallen poliklinische apotheken in de onderzochte jaren. Door die in mindering te brengen op de SFK-aantallen resteren de openbare apotheken. Het CPF gaf bij de lijst aan dat mogelijk enkele poliklinische apotheken ontbreken. De NZa beschouwt toepassing van deze lijst als de best mogelijke benadering.