



Zorgcontracten,  
welke keuzes zijn er  
voor de apotheker?

# Inhoud

<b>SAMENVATTING</b>	3	<b>DE ZORGMARKT</b>	11
Gevolgen van de Zorgverzekeringswet	3	Uitgaven geneesmiddelen	11
Andere keuzes maken	3	Stijgende zorgkosten	11
<b>INLEIDING</b>	4	<b>3 Hoofdrolspelers</b>	11
Zorgmarkt	4	1   Zorgconsument	12
Zorgpolis is consumptiegoed	4	Geneesmiddelengebruik	12
Consequentie keuze zorgpolis	5	Toename gebruik geneesmiddelen	12
Onderhandeling met zorgverzekeraars	5	Keuzes van de zorgconsument	12
Soms nadelen zorgcontract	5	2   Zorgaanbieder	13
Zelf initiatief nemen	5	De gezondheid van de apotheek	13
		Aantal apotheken gelijk gebleven	13
		Drukker in de apotheek, meer werk	
<b>DE ZORGVERZEKERINGSWET (ZVW)</b>	6	voor minder geld	13
Driehoeksverhouding zorgconsument,	6	Onbekend met inkoop	14
zorgaanbieder en zorgverzekeraar	6	Hoge contracteergraad	14
De basisverzekering	7	Keuzes van de apotheker	14
Verplicht eigen risico	7	3   Zorgverzekeraar	15
Hoe werkt het preferentiebeleid	8	Kritisch inkoper van zorg	15
Voor - en nadelen van het	8	Te veel mogelijkheden	15
preferentiebeleid	8	<b>Invloed en onderlinge relaties</b>	<b>15</b>
		Behandelovereenkomst	
		(zorgaanbieder < > zorgconsument)	15
		Zorgpolis	
		(zorgconsument < > zorgverzekeraar)	15
		Zorgcontract	
		(zorgaanbieder < > zorgverzekeraar)	15
		<b>DE KEUZES VAN DE APOTHEKER</b>	16
		Het zorgcontract	16
		Wel/niet tekenen en de alternatieven	16
		<b>14 VEELGEHOORDE ONJUISTE AANNAEMES</b>	17
		<b>CONCLUSIE</b>	18
		<b>CONTACT &amp; BRONNEN</b>	18



**COLOFON:** Zorgcontracten, welke keuzes zijn er voor de apotheker?, januari 2017. White paper over de zorgmarkt, de zorgverzekeringswet en de keuzes van de apotheker daarbinnen. In opdracht van TRINGL B.V., **GEMAAKT DOOR** Content Bridges, Zwolle. **SAMENSTELLING:** Léon van den Broeck. **REDACTIE:** Michiel Holsheimer. **VORMGEVING:** Jan Willem Bijl. © 2016 TRINGL B.V. **CONTACT:** TRINGL, Dokter van Deenweg 84 - 8025 BL - Zwolle, 088 - 2911 975, info@tringl.nl, www.tringl.nl



# Samenvatting

De Zorgverzekeringswet (2006) zou de zorg beter, goedkoper én voor iedereen toegankelijk maken. Tien jaar na invoering van de wet, lijken de zorgkosten inderdaad minder hard te groeien dan voorheen. De kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg raken echter in het gedrang. En dat merkt ook de apotheker, want sinds de invoering van de vrije tarieven en prestatiebekostiging (2012) worden tarieven voor geneesmiddelen niet meer door de NZa vastgesteld, maar door de zorgverzekeraar die een nieuwe rol heeft gekregen. Namelijk die van zorginkoper waar het zorgconsumenten met een naturapolis betreft.

## GEVOLGEN VAN DE ZORGVERZEKERINGSWET

Uit onderzoek van de KNMP blijkt dat al deze maatregelen leiden tot:

- verslechterde informatievoorziening aan de zorgconsument, bijvoorbeeld over prijzen en vergoedingen van geneesmiddelen;
- toename administratieve rompslomp voor de apotheker met als gevolg minder tijd voor zorg;
- onvoldoende inkoop van zorgprestaties door de zorgverzekeraar;
- beschikbaarheidsproblemen van geneesmiddelen;
- meer financiële risico's voor de apotheek;
- dominante positie van de zorgverzekeraar bij de contractonderhandelingen.

## ANDERE KEUZES MAKEN

Door de huidige keuzes die apothekers en zorgconsumenten maken, draait zorg voornamelijk om geld en niet om de kwaliteit van de zorg. Verzekeraars hebben een dominante positie in de markt. Vrijwel elke zorgaanbieder is gecontracteerd, waardoor voordelen - als het aanleveren van klanten door de verzekeraar - uitblijven. Zorgaanbieders voelen zich om exact dezelfde reden genoodzaakt een contract af te sluiten, bang om omzet mis te lopen. In ruil voor

een contract worden echter wel ruime kortingen weggegeven. Voor een zorgconsument valt er daardoor weinig te kiezen. Apothekers lijken op elkaar - zij onderscheiden zich niet door service en kwaliteit - en het aanbod van zorgverzekeraars verschilt alleen op een paar euro's van elkaar. Het zorgaanbod is vrijwel identiek. Veel mensen zijn het erover eens dat dit anders moet, maar er is nauwelijks besef dat verandering deels zelf geïnitieerd kan worden.

Om tot besef te komen is inzicht nodig. Een apotheker moet inzicht hebben in zaken als:

- worden afspraken binnen het preferentiebeleid gehaald;
- worden afspraken binnen de substitutiegraad gehaald;
- welk contract met welke zorgverzekeraar levert het meeste op;
- heeft het zin om korting weg te geven wanneer alle apothekers in de buurt ook tekenen;
- welke prijsafspraken leveren aan de balie de meeste discussie op.

Met beter inzicht in de consequenties van een zorgcontract kan een apotheker beter afgewogen keuzes maken. Andere keuzes maken, leidt tot betere zorg. Een systeem waarbij apothekers weer de zorg leveren die ze willen leveren en daar ook een eerlijke beloning voor krijgen. Zowel zorgconsumenten als apothekers moeten bewuster en betere afgewogen keuzes maken. Als het gaat om het tekenen van een polis of een contract.

In dit document wordt uitgelegd welke opties er zijn en wat de consequenties zijn van het maken van andere keuzes.



# Inleiding

Apothekers zijn een cruciale schakel in de zorgketen. Want een belangrijk deel van het contact met zorgconsumenten speelt zich af binnen de muren van de apotheek. Apothekers hebben veelal langdurige en intensieve samenwerkingen met huisartsen en kennen hun patiënten doorgaans goed. Bij de behandeling staat de zorgconsument centraal en dat is belangrijk om de beste informatie en medicatie te kunnen leveren.

## ZORGMARKT

Zorgaanbieders vormen samen met zorgverzekeraars en zorgconsumenten het speelveld van de Nederlandse zorgmarkt. Deze drie groepen zijn onderdeel van een complex systeem waarin polissen, behandelovereenkomsten en zorgcontracten de wederzijdse rechten en plichten vastleggen. De hoeveelheid wet- en regelgeving, de uitzonderingen daarop, de rechten en plichten en de verantwoordelijkheden en belangen van alle partijen, maakt kiezen lastig.

## ZORGPOLIS IS CONSUMPTIEGOED

Een zorgconsument kijkt vaak niet verder dan de prijs van een polis. Wie nu niet ziek is, maakt zich geen zorgen over de afspraken met zijn zorgver-

zekeraar. Zelden is er besef van de consequenties van het afsluiten van een bepaalde polis. De zorgverzekeraars houden dit in stand door in reclame-uitingen in het laatste kwartaal van het jaar voornamelijk op de lage prijs te focussen. Zo lijkt de zorgpolis een consumptiegoed te zijn geworden.

Apotheken houden ingewikkelde prijsafspraken over geneesmiddelen in stand door elk jaar weer een zogenaamd 'wurgcontract' met de verzekeraar te ondertekenen.

## CONSEQUENTIE KEUZE ZORGPOLIS

Een belangrijk gevolg van de keuze voor een bepaalde polis is een mogelijke beperking van de aanspraak. De zorgconsument heeft niet langer 'overal' recht op. Deze krijgt misschien niet alle merken van geneesmiddelen vergoed, of mag niet meer naar alle zorgaanbieders zonder zelf flink in de buidel te moeten tasten.

## ONDERHANDELING MET ZORGVERZEKERAARS

Zorgverzekeraars hebben een dominante positie in het onderhandelingsproces omdat ze bijvoorbeeld een grote groep zorgconsumenten in de regio als klant hebben. Ook is er de grote angst dat de concurrerende apotheek wel tekent en er zorgconsumenten overlopen. Zo ontstaat onder de grote tijdsdruk - nieuwe contractvoorstellen worden vaak pas aan het einde van het jaar gedaan - het gevoel dat er even snel bij het kruisje getekend moet worden, zonder dat duidelijk is of het contract wel gunstig uitpakt voor de apotheker.

## SOMS NADELEN ZORGCONTRACT

Niet elke contract met een zorgverzekeraar pakt gunstig uit voor de apotheker. Daar komt bij dat de consequenties van een contract door zijn complexiteit ook niet altijd goed zijn in te schatten. Een ongunstig contract tekenen kan bijvoorbeeld leiden tot onduidelijke financiële situaties voor de apotheker. Door tijdsdruk bij het tekenen en ondoorzichtigheid van de inhoud, kan een contract betekenen dat een apotheker op het moment van afleveren niet in alle gevallen zeker weet welk bedrag hij in rekening mag brengen. Deze onduidelijkheid pakt altijd nadelig uit. Een teveel moet worden terugbetaald en naar een tekort kan de apotheker fluiten.

Apothekers denken onterecht dat ze de apotheek wel kunnen sluiten wanneer er geen getekend contract met de zorgverzekeraar ligt.

## ZELF INITIATIEF NEMEN

Om ervoor te zorgen dat zorg voor iedereen betaalbaar en toegankelijk blijft zonder aan kwaliteit te moeten inboeten, zal er wat moeten veranderen. De zorgconsument moet op andere criteria dan alleen prijs gaan kiezen. Hij moet gaan beslissen over zaken als:

- wil ik minder betalen en minder keuze, of
- meer betalen en meer zeggenschap;
- voor welke kwaliteit van zorg wil ik betalen.

Ook de apotheker heeft keuzes. Hij moet zich zaken afvragen als:

- wat hebben mijn klanten aan het zorgcontract dat ik teken;
- is het zorgcontract wel uitvoerbaar;
- wat leveren de kortingen op die ik weggeef aan de zorgverzekeraar;
- op welke onderdelen kan ik mij onderscheiden van mijn collega apothekers;

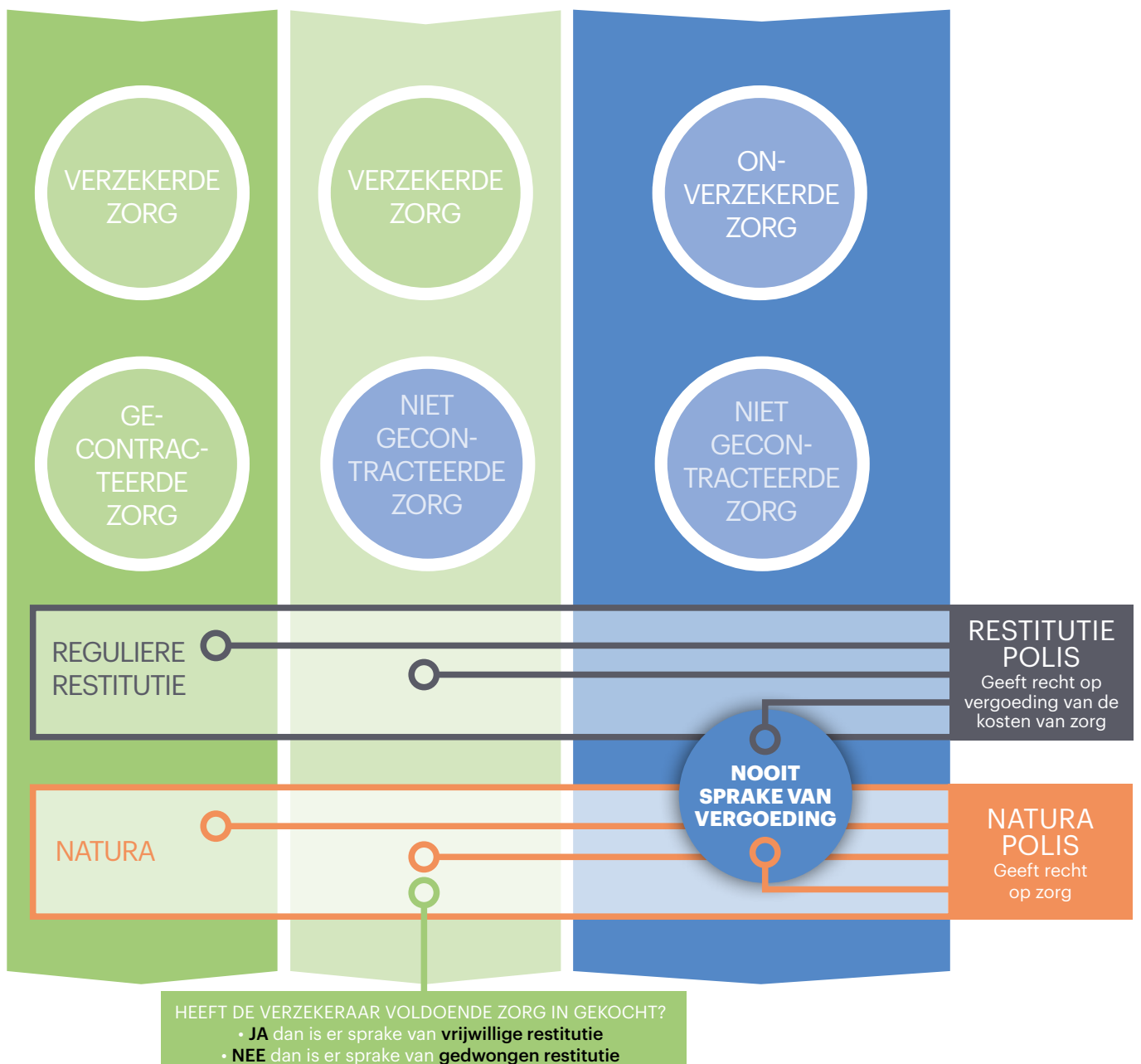
Wanneer zorgconsumenten en zorgverleners andere keuzes maken, dan pas kan noodzakelijke verandering tot stand komen.



# De Zorgverzekeringswet (Zvw)

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is vastgelegd welke zorg voor vergoeding in aanmerking komt. Dit noemen we 'verzekerde zorg'. Het afsluiten van een basisverzekering is op grond van deze wet verplicht voor iedere Nederlander. Door de Zvw is een driehoeksverhouding ontstaan tussen zorgconsument, zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De rol van deze spelers wordt verderop toegelicht.

# ZVW



De zorgverzekeringswet beschrijft waar de zorgconsument recht op heeft. Zorgverzekeraars sluiten daarvoor contracten af met zorgaanbieders. Zo is er onderscheid te maken tussen gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg.

## DE BASISVERZEKERING

De zorgconsument kent dit onderscheid binnen de basisverzekering met de zogenaamde naturopolis en de restitutiepolis.

## NATURAPOLIS

De verzekerde heeft hierbij recht op zorg. De opdracht van een zorgconsument aan de zorgverzekeraar is: "Regel het, en vertel me naar welke zorgaanbieder ik heen mag". Dit beperkt tegelijkertijd de keuzevrijheid van de zorgconsument, maar dat is een keuze. Een naturopolis is goedkoper dan een restitutiepolis. Een voorbeeld hiervan is de budgetpolis.

## RESTITUTIEPOLIS

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg. De vraag van een zorgconsument aan de zorgverzekeraar is: "Als ik straks zorg consumeer, waar kan de rekening dan heen?" Hij betaalt voor de vrijheid om bij elke zorgverlener in Nederland behandeld te worden. Als er sprake is van verzekerde zorg, dan vergoedt de zorgverzekeraar deze kosten aan de zorgconsument.

## MENGVORM

De natura- en de restitutiepolis zijn voor iedereen helder. Het aanbod basisverzekeringen

wordt complex door de zogenaamde mengvormen. Veel verzekeraars bieden tegenwoordig een mengvorm aan. Denk hierbij aan een restitutiepolis waarbij een onderdeel van de zorg bij een specifieke zorgverlener is ingekocht. De zorgconsument heeft hierbij minder vrije keuze dan bij een zuivere restitutiepolis.

Belangrijk is het verschil in relatie dat ontstaat tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar bij de keuze van een zorgconsument voor een bepaalde polis. Kiest een zorgconsument voor een restitutiepolis dan is er in principe geen relatie (contract) tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

## VERPLICHT EIGEN RISICO

Naast verschillende type's basisverzekeringen is er ook nog onderscheid te maken in het eigen risico. Om de zorguitgaven te beperken is er door de wetgever een wettelijk verplicht eigen risico ingevoerd. Er wordt namelijk meer zorg geconsumeerd wanneer er geen drempel is. Zo neemt bij zorgconsumenten waar het eigen risico al op is, de zorgconsumptie fors toe. Er zijn 2 redenen waarom de overheid het eigen risico heeft ingevoerd. De verzekeringspremie blijft lager, doordat zelf het eerste deel van de zorgkosten wordt betaald en de consument wordt bewuster van de kosten voor zorg.

In 2016 bedraagt de drempel €385 per volwassene. Dit eigen risico geldt alleen voor de vergoedingen vanuit de basisverzekering. Er bestaat de mogelijkheid om het eigen risico vrijwillig met maximaal €500 te verhogen, in ruil voor een lagere zorgpremie.

## VERGOEDINGSLIMIET VASTSTELLEN

Zorgverzekeraars vergoeden alleen geregistreerde geneesmiddelen uit het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). De meeste zorgverzekeraars vergoeden alleen de goedkoopste variant van medicijnen met dezelfde werkzame stof. Dit noemen we het preferentiebeleid. Een zorgverzekeraar bepaalt welke variant hij vergoedt. Soms moet u een eigen bijdrage betalen voor een medicijn. Dit heeft de volgende reden.

Medicijnen worden in groepen ingedeeld op grond van hun werking, en kunnen verschillende werkzame stoffen bevatten. De prijzen kunnen dan ook van elkaar verschillen. Per groep medicijnen geldt een maximale vergoeding uit de basisverzekering. Is de prijs van een medicijn hoger dan deze vergoeding, dan moet u bijbetalen.



## HOE WERKT HET PREFERENTIEBELEID

Preferentiebeleid betekent letterlijk voorkeursbeleid. Wanneer er vergelijkbare geneesmiddelen zijn, heeft de zorgconsument niet langer recht op vergoeding van alle merken. Dit is vastgelegd in de polisvoorwaarden. De zorgverzekeraar wijst dan een merk aan dat wél voor vergoeding in aanmerking komt. Dit noemen we het preferente middel.

Dit betekent dat de patiënt in de apotheek een keuze heeft. Het ene merk van een geneesmiddel komt voor vergoeding in aanmerking, terwijl hij een vergelijkbaar geneesmiddel zelf moet betalen.



Een apotheek kan onmogelijk alle middelen die voor bepaalde aandoeningen 'preferent' zijn op voorraad houden. Tijdens onderhandelingen met zorgverzekeraars moet ook gepraat worden over beschikbaarheid en consequenties van het niet beschikbaar zijn van geneesmiddelen

## VOOR- EN NADELEN VAN HET PREFERENTIEBELEID

Aan het preferentiebeleid zitten zowel voor- als nadelen. Door de zorgverzekeraars en de overheid worden met name de voordelen belicht en door de apothekers voornamelijk de nadelen. Een voordeel is de kostenbesparing op de farmaceutische zorg. Door het individuele preferentiebeleid daalden de prijzen van de belangrijkste generieke geneesmiddelen met gemiddeld 85% en liggen nu ver onder het Europese niveau. Ook heeft de apotheker met het preferentiebeleid een krachtiger middel om zorgconsumenten richting een ander, goedkoper geneesmiddel te bewegen.

Een nadeel van het preferentiebeleid zijn de toegenomen administratieve en logistieke werkzaamheden in de apotheek.

- Het is moeilijk voor apothekers om voor alle geneesmiddelen de verpakkingen van alle preferente fabrikanten op voorraad te hebben. Ook kan de apotheek onmogelijk alle middelen die voor bepaalde aandoeningen 'preferent' zijn, aanbieden. Met als gevolg dat patiënten langer moeten wachten of meer moet betalen voor alternatieven.
- Daarbij komt dat gemiddeld 5% van de preferente geneesmiddelen niet leverbaar blijkt. Over de beschikbaarheid van geneesmiddelen is ook geen communicatie. Zo kan het dus zijn dat geneesmiddel A1 preferent is, maar niet beschikbaar is. De apotheker levert vervolgens een vervangend niet-preferent geneesmiddel A2, maar kan deze niet declareren bij de zorgverzekeraar, want er zijn geen afspraken over gemaakt.
- Door de steeds wisselende prijzen kan het preferente geneesmiddel jaarlijks wijzigen. Het ene jaar is het ene middel preferent een jaar later weer het andere. Dan is het ene geneesmiddel het goedkoopst, even later weer een ander. Voor patiënten leidt dit tot verwarring en zelfs tot fouten bij inname, omdat zij soms al jaren aan het uiterlijk van hun 'oude' geneesmiddelen waren gewend.



- Verder vergoeden de zorgverzekeraars soms niet alle sterktes meer van een geneesmiddel, en moet de patiënt b.v. 2 tabletten van een geneesmiddel innemen, i.p.v. 1 om aan dezelfde dosis te komen. Dit zorgt voor onrust bij de zorgconsument, extra werkzaamheden bij de apotheker en langere wachtrijen omdat de nieuwe inname hoeveelheid moet worden uitgelegd. Deze extra werkzaamheden krijgt de apotheker niet vergoed. Er mag namelijk geen 'eerste uitgifte tarief' gedeclareerd worden wanneer alleen de sterkte van het geneesmiddel wijzigt.



Door de strikte contractafspraken enerzijds en de toenemende onduidelijkheid anderzijds trekt de apotheker altijd aan het kortste eind. Wanneer een apotheker iemand aan de balie heeft staan die per se niet-preferent geneesmiddel A wil hebben, dan moet de apotheker in discussie met deze zorgconsument, want deze rekent op 'meenemen zonder te betalen' terwijl er gewoon afgerekend moet worden.

Voor zo'n discussie beschikt de apotheker over onvoldoende informatie om goed uit te leggen hoe het zit. Hij kent de inhoud van de zorgpolis van de zorgconsument niet, hij weet niet of het medicijn wel of niet vergoed wordt en voor hoeveel, hij weet niet hoeveel eigen risico de patiënt heeft en hoeveel deze eventueel moet bijbetalen.

Door gebrek aan kennis en tijd laat de apotheker in de praktijk het geneesmiddel meenemen en declareert het daarna bij de zorgverzekeraar. Deze betaalt het vervolgens niet omdat er niks over in de polis stond. De apotheker draait in dat geval voor de kosten op.

Het gaat niet om de geneesmiddelen, maar om de zorgconsument.

- In de apotheek moet geïnformeerd worden over de effecten van een behandeling, niet over de kosten
- In welke mate slagen zorgverzekeraars erin een euro aan premie om te zetten in doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg? Hoe efficiënt is de zorgverzekeraar in dit opzicht en slaagt de ene hier beter in dan de andere?

## GENEESMIDDELEN NIET OP VOORRAAD. HOE KOMT DAT?

Door het voorkeursbeleid van veel zorgverzekeraars voor goedkopere geneesmiddelen worden medicijnen steeds goedkoper. Als gevolg daarvan moeten fabrikanten van geneesmiddelen efficiënter werken. Ze houden kleinere voorraden aan of schrappen productielocaties. Als er dan iets misgaat bij de productie (bijvoorbeeld doordat een grondstof tijdelijk niet leverbaar is), ontstaan er al snel tekorten. Het gaat telkens om andere medicijnen.

Als een medicijn niet beschikbaar is, zoekt de apotheker een alternatief. Vaak kan hetzelfde medicijn wel via een andere fabrikant in Nederland besteld worden. Soms kunnen apothekers het geneesmiddel uit het buitenland laten komen of het speciaal bereiden voor een zorgconsument. Extra kosten moet een zorgconsument dan vaak zelf betalen.

---

# GENEESMIDDELENTEKORT IN NEDERLAND STEEDS GROTER PROBLEEM

■ Nederland kampt met een geneesmiddelen tekort, mede ontstaan door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars. De verzekeraars bepalen welke variant van hetzelfde geneesmiddel vergoed wordt. Geneesmiddelenfabrikanten maken in Nederland nauwelijks nog winst en verkopen hun medicijnen liever elders. Hierdoor ontstaat er in Nederland een schaarste. Mensen krijgen in de apotheek steeds vaker te horen dat hun medicijn niet meer beschikbaar is. Dat meldt RTL Nieuws.

Vier jaar geleden, in 2012, waren 242 medicijnen niet verkrijgbaar, zo blijkt uit cijfers van de beroeps- en brancheorganisatie voor apothekers KNMP. Vorig jaar steeg het aantal niet verkrijgbare geneesmiddelen tot 625. Naar verwachting zal dit in 2016 nog slechter

uitpakken. Door de schaarste van geneesmiddelen zijn huisartsen steeds vaker genoodzaakt B- of C-middelen voor te schrijven. Deze middelen werken minder goed, zegt een woordvoerder namens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Doordat B- en C-middelen slechter werken, zijn mensen die deze medicijnen voorgeschreven krijgen langer ziek.

Volgens het Ministerie van Volksgezondheid is er wereldwijd een tekort aan geneesmiddelen, een gevolg van grondstoftekorten en productieproblemen. Het ministerie erkent dat het preferentiebeleid van zorgverzekeraars een rol kan spelen en onderneemt acties om tekorten te voorkomen en op te vangen. "Zo worden de boetes voor het verwijtbaar veroorzaken van een tekort fors verhoogd en komt er een duidelijk meldpunt voor tekorten", zo laat een woordvoerder van het ministerie aan RTL Nieuws weten.



# De zorgmarkt

De zorgmarkt is een complexe groeiemarkt. In 2015 gaven we in totaal 95 miljard uit aan zorg; gemiddeld zo'n € 5.628 per inwoner. De uitgaven voor zorg zijn daarmee ruim 14 procent van het bruto binnenlands product (BBP). Zorgkosten stijgen jaarlijks, maar door de aantrekkende economie is het aandeel zorg als percentage van het BBP licht gedaald.

## UITGAVEN GENEESMIDDELEN

Aan geneesmiddelen via openbare apotheken, drogisten en supermarkten werd 5,4 miljard euro uitgegeven. De totale uitgaven aan zorg nemen overigens sterker toe dan de uitgaven aan geneesmiddelen. Het merendeel van de zorgkosten wordt collectief opgebracht. 20% van de zorgconsumenten consumeert daadwerkelijk zorg. De overige 80% betalen wel premie, maar krijgen daar dus geen zorg voor terug.

## STIJGENDE ZORGKOSTEN

Gezonde burgers en een langere levensverwachting zijn een goede indicatie van een werkend zorgsysteem. Preventie en gezondheidszorg zijn de belangrijkste redenen dat de levensverwachting in Nederland sterk is toegenomen. Deze steeg de laatste 10 jaar maar liefst met meer dan 3 jaar. Nederlandse mannen worden gemiddeld 79 jaar en hebben daarmee een van de hoogste levensverwachtingen van de Europese Unie. Een hogere levensverwachting brengt ook meer zorgkosten met zich mee. Door vergrijzing neemt het gebruik van geneesmiddelen toe. Naast vergrijzing zijn andere oorzaken van stijgende zorgkosten:

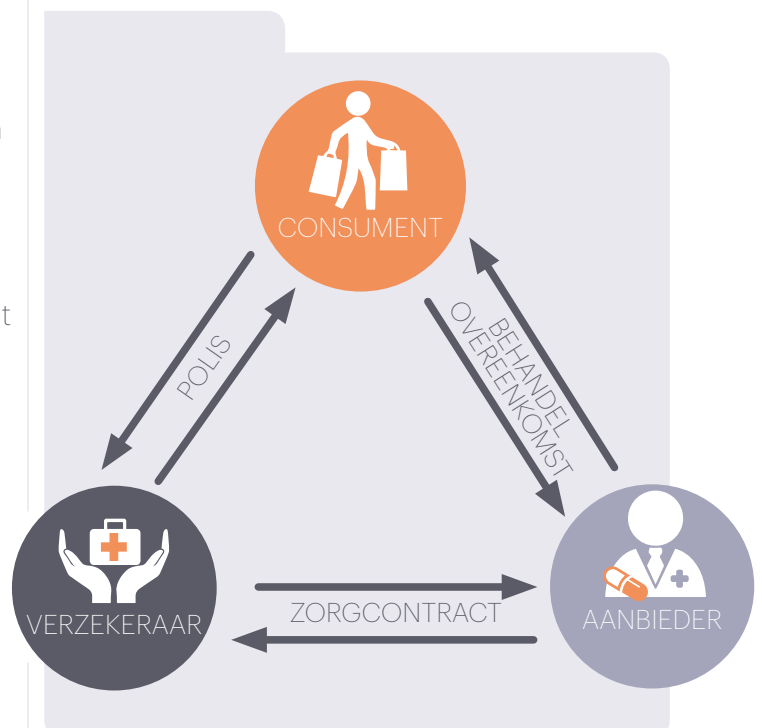
- innovatie. nieuwe medicijnen zijn vaak duur. Ook technieken als nierdialyse, open hartoperaties en transplantaties kosten erg veel geld;
- mondige patiënt. Zorgconsumenten hebben vaak al flink gegoogled voordat ze een huisarts of specialist bezoeken. Gevolg van dit beter geïnformeerd zijn, is dat ze ook veeleisender worden.

## 3 HOOFDROLSPELERS

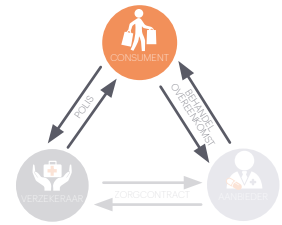
De drie belangrijkste spelers op de Nederlandse zorgmarkt zijn:

- 1 de zorgconsument;
- 2 de zorgaanbieder;
- 3 de zorgverzekeraar.

Tussen de zorgconsument (1) en de zorgaanbieder (2) bestaat een behandelovereenkomst. Tussen zorgconsument (1) en zorgverzekeraar (3) ligt een polis en tussen zorgaanbieder (2) en zorgverzekeraar (3) ligt er een zorgcontract.



# 1 | ZORGCONSUMENT



In 2015 gingen zo'n 12 miljoen Nederlanders naar de huisarts. Dat deden zij gemiddeld 4 keer per jaar. Ongeveer de helft bezocht vervolgens minimaal een keer een medisch specialist.

## GENEESMIDDELENGEBRUIK

Het geneesmiddelengebruik in Nederland is in die periode met 2,6% toegenomen. Dat komt voornamelijk door vergrijzing en bevolkingsgroei. 65-plussers vormen de grootste groep van consumenten die geneesmiddelen gebruiken. Nu is de groep verantwoordelijk voor 45% van het gebruik. In de toekomst zal dat percentage waarschijnlijk stijgen tot boven de 60%. Momenteel zijn zo'n 3 miljoen Nederlanders 65 jaar of ouder. Zij gebruiken veel meer medicatie tegen chronische ziektes. Een doorsnee 65-plusser gebruikt tot drie keer meer medicatie dan de gemiddelde Nederlander. Bij mensen ouder dan 75 ligt het medicijngebruik zelfs op vijf keer hoger. De verwachting is dat het totale geneesmiddelengebruik de komende jaren met steeds twee procent zal oplopen.

Als het aantal ouderen en het medicijngebruik blijven groeien, is deze groep over tien jaar veruit de belangrijkste bron van omzet voor apothekers: ruim de helft van alle inkomsten. Rond 2040 levert het medicijngebruik van ouderen dan ruim 60 procent van de omzet bij apothekers op.



## TOENAME GEBRUIK GENEESMIDDELEN

Uitgedrukt in standaard dagdoseringen nam het geneesmiddelengebruik in 2015 met 2,6% toe. Daarmee groeit het geneesmiddelengebruik opnieuw sterker dan op basis van bevolkingsgroei en vergrijzing was voorzien. Dat uit zich met name in een sterke stijging van het aantal polyfarmaciepatiënten. In 2015 was 13% van de apotheekbezoekers een chronische gebruiker van vijf of meer geneesmiddelen.

## KEUZES VAN DE ZORGCONSUMENT

Zorgconsumenten maken voornamelijk keuzes voor een zorgaanbieder op basis van zorgaanbod en locatie. Zij hebben vaak geen weet van zorgkosten en willen simpelweg de beste zorg, naast de deur, voor een zo laag mogelijke premie. Als ze hierover niet tevreden zijn, stappen ze over naar een andere verzekeraar. Het is overigens een trend dat geneesmiddelengebruikers minder snel van zorgverzekeraar wisselen dan niet geneesmiddelengebruikers, 4,3% versus 6,3% in 2015.

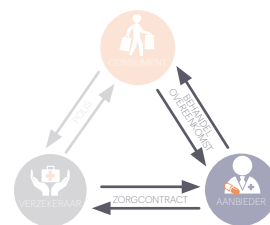
### Zorg in geld per volwassene

De Nederlandse zorgconsument besteedde in 2015 ruim vijfeneenhalfduizend euro aan zorg. Daarvan declareerde hij in 2015 gemiddeld €2.153 aan zorg bij zijn zorgverzekeraar.

### De kosten voor zorg in 2016 worden als volgt opbracht:

Zorgpremie	€1.234
Eigen betalingen (incl. eigen risico)	€ 373
Zorgtoeslag	- € 343
Inkomensafhankelijke bijdrage	€1.596
WLZ premie (voorheen AWBZ)	€1.083
Belastingen	€1.406

## 2 | ZORGAANBIEDER



Het merendeel van de zorgkosten is voor rekening van ziekenhuizen. En hoewel de totale zorgkosten zijn gestegen, zijn de uitgaven voor geneesmiddelen nagenoeg gelijk gebleven. Farmacie is verantwoordelijk voor 17,6% van de uitgaven in de zorg. Voor 2016 is er 6,2 miljard euro begroot voor geneesmiddelen.

### DE GEZONDHEID VAN DE APOTHEEK

Het aantal apotheker samenwerkingen is de afgelopen jaren flink toegenomen om zo kosten te besparen en om sterker te staan in onderhandelingen met farmaceutische groothandel en zorgverzekeraars. Hoewel de totale uitgaven aan zorg stijgen en het volume geneesmiddelengebruik toeneemt, dalen de omzetten bij apothekers. Opvallend is dat met de groeiende vraag naar geneesmiddelen er in verhouding niet meer apotheken bij zijn gekomen. Sterker nog, voorspellingen zijn dat het aantal apotheken de komende jaren zal dalen van een kleine 2.000 nu naar 1.750 over enkele jaren.

Belangrijkste reden hiervoor is de omzet van apothekers die steeds verder onder druk komt te staan. Er wordt namelijk steeds minder uitgegeven in de apotheek.

Voornaamste redenen hiervoor zijn:

- een aantal dure geneesmiddelen valt onder het ziekenhuisbudget;
- geneesmiddelen worden goedkoper omdat patenten verlopen;
- de zorgverzekeraar koopt minder zorg in bij de apotheek door contractafspraken betalen zorgverzekeraars minder aan de apotheek

### AANTAL APOTHEKEN GELIJK GEBLEVEN

Eind 2015 telde Nederland 1.981 openbare apotheken. Daarmee is het aantal apotheek vestigingen in Nederland nagenoeg gelijk gebleven. In totaal is 31% van de Nederlandse apotheken eigendom van een keten. Dit aandeel is al jaren vrij stabiel. Het aandeel van de zelfstandige apotheken dat aangesloten is bij een formule is wel sterk gestegen, namelijk van 30% in 2011 tot 45% in 2016. Aan deze ontwikkeling draagt het contracteerproces met de verzekeraars bij. Bijna 90% van alle openbare apotheken doet voor contractafspraken een beroep op een keten, formule of zorgmakelaar.

### DRUKKER IN DE APOTHEEK, MEER WERK VOOR MINDER GELD

Ondertussen wordt het drukker in de apotheek. Door een toenemende vergrijzing zijn er meer mensen die geneesmiddelen gebruiken. Uitgedrukt in standaarddagdoseringen nam het geneesmiddelengebruik in 2015 met 2,6% toe. Daarmee groeit het geneesmiddelengebruik sterker dan op basis van bevolkingsgroei en vergrijzing was voorzien. Door het toenemend aantal zorgconsumenten - die per individu meer zorg zijn consumenten - en tegelijkertijd een daling van de inkomsten, neemt de druk in de apotheek toe.

#### Zelfstandig apotheker heeft een goede reputatie

Uit onderzoek van Motivaction blijkt dat zorgconsumenten een zelfstandige apotheek eerder zien als een zorgverlener. Ook denken zij dat ze onafhankelijker inkopen dan een ketenapotheek. Huisartsen vinden dat zelfstandige apotheken meer service bieden. En hechten waarde aan de continue – soms wel levenslange samenwerkingsrelatie.

## ONBEKEND MET INKOOP

Onderhandelen is een groot aandachtspunt bij apothekers. Waar de apotheker van nature een wetenschapper is, merkt deze sinds de invoering van de Zvw dat hij meer ondernemer is geworden. Voor veel apothekers is een commerciële rol nieuw. In de huidige situatie is er weinig ruimte voor onderhandelingen met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars praten vooral met 'de grote jongens' en daardoor heeft de apotheker het gevoel te moeten tekenen bij het kruisje.

## HOGЕ CONTRACTEERGRAAD

Bij de farmacie is sprake van een hoge contracteergraad. In de farmacie hebben de zorgverzekeraars in 2014 gemiddeld met 96% van de apotheken en met 82% van de apotheekhoudende huisartsen een contract afgesloten. Het is echter de vraag wat de zin is van een hoge contracteergraad. Het onderscheidend vermogen voor een apotheek neemt af en daarmee de keuze voor een zorgconsument. Kortingen in ruil voor een contract worden weggegeven ten faveure van... wie?



## KEUZES VAN DE APOTHEKER

Bij het afwegen of een contract met een zorgverzekeraar getekend moet worden of niet, vraagt een apotheker zich verschillende zaken af:

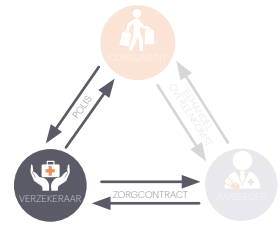
- Begrijp ik goed wat er in het contract staat? Zijn de wederzijdse rechten en plichten mij helemaal duidelijk?
- Kan ik nog zelf bepalen welke geneesmiddelen ik inkoop en verkoop?
- Kan ik in de praktijk wel voldoen aan de gestelde voorwaarden? Moet ik bijvoorbeeld meer personeel aannemen om aan de combinatie van eisen van de verschillende zorgverzekeraars te voldoen?
- Als een verzekeraar een bepaald risico bij mij legt, kan ik dat dan wel dragen? Denk bijvoorbeeld aan de volumebeheersing van incontinentiemateriaal.
- Wat zijn de consequenties als ik dit specifieke contract met deze zorgverzekeraar niet teken? Moet ik bijvoorbeeld veel werk verrichten om een relatief kleine populatie te bedienen?
- Is het aantrekkelijk om een 'plus'-contract af te sluiten? Weegt de extra beloning die ik ontvang op tegen de extra inspanning die ik moet leveren?
- Wat als mijn collega apotheker verderop in de straat wel tekent?
- Heb ik nog wel handel als ik niet teken?

## KEUZES MBT UITVOERING VAN HET CONTRACT

Wat doe ik als een preferent geneesmiddel niet meer leverbaar is? Ga ik het bij de klant in rekening brengen of hoop ik dat de verzekeraar mij betaalt?

Geef ik een geneesmiddel mee terwijl de machtiging nog niet rond is?

### 3 | ZORGVERZEKERAAR



Met de invoering van de Zvw heeft de zorgverzekeraar de taak gekregen om de kwaliteit van zorg omhoog te brengen en de kosten omlaag. Voor de naturapolis gebeurt dat in de rol van zorginkoper. Een kwaliteitsverbetering en kostenverlaging was ook nodig. In het voormalige ziekenfondsstelsel liepen kosten vaak gierend uit de bocht. Onder de Zvw worden marktpartijen als groothandelaren en farmaceuten, geprikkeld om de kosten te verlagen en de kwaliteit te verhogen.

#### KRITISCH INKOPER VAN ZORG

Zorgverzekeraars hebben op de zorgmarkt laten zien dat ze als inkoper van zorg invloed kunnen uitoefenen. Deze invloed heeft gezorgd voor beter beheersbare uitgaven aan zorg.

Deze kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing wordt gerealiseerd door:

- Betere afstemming tussen vraag naar zorg en het aanbod van zorg (geen wachttijden);
- Invoering eigen risico en no-claim moeten leiden tot kostenbewustzijn bij verzekerde;
- Meer druk op zorgverzekeraars om goede en betaalbare zorg in te kopen en te waarborgen aan de klant.

#### TE VEEL MOGELIJKHEDEN

Consumenten hebben (te) veel keuzes wat betreft de polissen en combinaties bij de verschillende zorgverzekeraars. Het aanbod is ondoorzichtig en complex. Zo zijn er:

- 9 concerns;
- 25 merken;
- 61 polissen; basispolissen, aanvullende polissen;
- opties eigen risico;

totaal zijn er bijna zesduizend combinaties mogelijk.

#### Ontevredenheid aan de balie

Driekwart van de apothekersassistenten heeft dagelijks te maken met klachten van zorgconsumenten door medicijntekorten en door onduidelijkheid over de vergoeding. Een kwart krijgt zelfs te maken met agressie aan de balie.

#### INVLOED EN ONDERLINGE RELATIES

Om de zorgmarkt goed te snappen, is het belangrijk te weten hoe de onderlinge relaties in elkaar steken.

##### • BEHANDELOVEREENKOMST

###### ZORGAANBIEDER < > ZORGCONSUMENT

Het zorgsysteem zou dienend moeten zijn aan een goede uitvoering van de behandelovereenkomst. Waarbij de zorgaanbieder goede zorg wil leveren en de zorgconsument goed geholpen wil worden. Beiden leggen zich respectievelijk beperkingen op met een zorgcontract (beperking van leveren zorg) en een zorgpolis (beperking van keuzevrijheid).

##### • ZORGPOLIS

###### ZORGCONSUMENT < > ZORGVERZEKERAAR

Met de zorgpolis wordt de aanspraak van de verzekerde op zorg of de vergoeding van zorg vastgelegd. Kiest een zorgconsument voor een lagere premie, dan betekent dit dat de zorgverzekeraar de aanspraak kan beperken, je hebt dan niet meer overal recht op. Wil de zorgconsument zelf bepalen welke zorg hij wil gebruiken, dan staat daar een hogere premie tegenover.

##### • ZORGCONTRACT

###### ZORGAANBIEDER < > ZORGVERZEKERAAR

Om de schadelast te beperken maakt de zorgverzekeraar afspraken over de prijs of het volume van de geleverde middelen en de daarbij behorende zorg.

# De keuzes van de apotheker

## HET ZORGCONTRACT

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken ieder jaar afspraken met elkaar over de behandelingen en de prijs ervan. Ook kunnen zij afspraken maken over bijvoorbeeld het kwaliteit-sniveau van de zorg, over nieuwe vormen van zorg, over het aantal behandelingen in een jaar en over het serviceniveau (bijvoorbeeld openingstijden).

Zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkoop voor hun verzekerden, zodat iedere patiënt de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Maar verzekeraars hoeven niet met alle zorgaanbieders een contract te sluiten. Er is geen contractverplichting. Als er bijvoorbeeld veel zorgaanbieders in een bepaalde regio zijn, dan kunnen zij stevig onderhandelen over kwaliteit en prijs en kiezen met wie ze wel en met wie ze niet een contract afsluiten.

Zorgverzekeraars kopen in principe zorg in voor alle verzekerden met een naturaverzekering. Dat houdt in dat de verzekeraars contracten sluiten met zorgaanbieders ten behoeve van hun verzekerden. Daarin komen zij overeen dat en onder welke voorwaarden de zorgaanbieders zorg verlenen aan de verzekerden van de verzekeraar tegen een door de verzekeraar te betalen vergoeding.

In zorginkoopcontracten tussen zorgverzekeraars en apothekers kunnen voorwaarden worden gesteld aan de verstrekking, levering en prijs van bepaalde geneesmiddelen.



Zaken die aan bod komen in zorgovereenkomsten: prijsafspraken;

- de zorgaanbieder geeft korting in ruil voor een toegewezen verzekerde;
- afleverafspraken;
- zorginhoudelijke afspraken;
- administratieve afspraken.

## WEL/NIET TEKENEN EN DE ALTERNATIEVEN

Wat kan een apotheker doen om de kwaliteit van de zorg voor zijn zorgconsumenten te borgen? Een apotheker kan ervoor kiezen om op een tweetal fronten zaken anders aan te pakken.

### 1 | DE ZORGVERZEKERAAR

De afspraken met de zorgverzekeraar zijn begrijpelijk. Dat wil zeggen dat er geen vraagtekens of open eindjes meer zijn, nadat getekend is.

De consequenties van deze afspraken zijn duidelijk en uitvoerbaar. Er zijn bijvoorbeeld ook afspraken gemaakt over wat er gebeurt als preferente geneesmiddelen om wat voor reden dan ook, niet leverbaar zijn.

De vraag stellen of het zinvol is om kortingen weg te geven in ruil voor een verzekerde, als 98% van alle apotheken toch gecontracteerd zijn.

### 2 | DE ZORGCONSUMENT

Wanneer het merendeel van de apotheken onder gelijke voorwaarden gecontracteerd zijn, is het noodzakelijk om op andere terreinen het onderscheid te maken. Dat kan bijvoorbeeld met kortingen, loyaliteitsacties, extra services, meer aandacht en kennis.

## FOCUS OP DE KLANT

Ook het informeren en adviseren van een zorgconsument over zijn keuze voor een zorgpolis is een service. Want net als de apotheker, heeft ook de zorgconsument belang bij een goed afgewogen keuze. Hij of zij is niet gebaat bij een identieke uitvoering van zorg uit de basisverzekering.



# 14 veelgehoorde onjuiste aannames

**MENING** | “De zorgverzekeraar bepaalt of een geneesmiddel vergoed wordt of niet.”

**Onjuist:** Dit is bepaald in de Zvw. Daarin is de werkzame stof omschreven. De zorgverzekeraar kan wel de aanspraak van de verzekerde beperken.

**MENING** | “Ik teken dit zorgcontract niet, want ik wil geen preferentiebeleid in de apotheek.”

**Onjuist:** Het preferentiebeleid is onderdeel van de zorgpolis van de verzekerde.

**MENING** | “Ik moet wel tekenen, anders heeft mijn patiënt geen recht op vergoeding.”

**Onjuist:** Het zou wel kunnen dat de patiënt de kosten moet voorschieten.

**MENING** | “Als ik niet teken, kan ik niets verkopen.”

**Onjuist:** Verkopen kan altijd, het is alleen de vraag wie de rekening betaalt.

**MENING** | “De apotheker kan ik niks vragen over dit geneesmiddel, want deze pillen zijn van de huisarts en die andere zijn van het ziekenhuis.”

**Onjuist:** De apotheker is juist de deskundige (en moet dit misschien beter vertellen).

**MENING** | “Ik moet naar die apotheek, want die zit in hetzelfde pand als mijn huisarts.”

**Onjuist:** Een patiënt mag altijd zelf kiezen. Bovendien zijn er meerdere (gecontracteerde) apotheken.

**MENING** | “Het maakt niet uit welke polis ik heb, de verzekeraar bepaalt toch wat ik vergoed krijg.”

**Onjuist:** De zorgverzekeraar kan alleen de aanspraak beperken.

**MENING** | “Ik wil die dure pillen, daar heb ik immers al jaren voor betaald.”

**Onjuist:** Vroeger betaalde jij voor de mensen die toen ziek waren. Nu betalen anderen voor jou en voor elkaar (solidariteitsbeginsel).

**MENING** | “De apotheker geeft mij alleen maar de pillen waar hij het meeste aan verdient.”

**Juist/onjuist:** Misschien soms wel, maar bij geneesmiddelen die onder het preferentiebeleid vallen, is dit zeker niet het geval.

**MENING** | “Ik ben via mijn werk verzekerd, dus zijn al die andere polissen duurder.”

**Onjuist:** Dat is nog maar de vraag. Bovendien zijn er meerdere collectiviteiten.

**MENING** | “Wij zijn allemaal verzekerd via de werkgever van mijn partner; ik kan dus geen andere polis nemen.”

**Onjuist:** Ook partners kiezen zelf. Kinderen zijn bij één van de ouders bijgeschreven.

**MENING** | “We hebben een aanvullende polis, voornamelijk voor de kinderen. Dus ik kan niet weg.”

**Onjuist:** Kinderen staan bij één van de ouders bijgeschreven, de ander kan dus kiezen.

**MENING** | “Als ik naar een andere verzekeraar ga, dan moet ik ook van aanvullende verzekering wisselen.”

**Onjuist:** Basisverzekering en aanvullende verzekering zijn niet gekoppeld.

**MENING** | “Ik kan niet opzeggen, want misschien neemt die andere verzekeraar me niet aan.”

**Onjuist:** Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht voor de basisverzekering.

# Conclusie

Zorg is een consumptiegoed geworden waar bij hoofdzakelijk gekeken wordt naar prijs. Zorg draait tegenwoordig om efficiency en winstmarges en er is te weinig aandacht voor onderscheidende services en kwaliteit. Dat is vreemd, want zowel bij zorgconsument, zorgaanbieder als zorgverzekeraar is er behoefte aan meer diversiteit. De zorgconsument wil kiezen tussen lage prijs of hoge service, de zorgaanbieder wil zich daar graag op kunnen onderscheiden en ook de zorgverzekeraar heeft belang bij keuzes, omdat er zo beter passende verzekeringen kunnen worden aangeboden.

Toch verkiezen we eenheid boven diversiteit. Waarom? Omdat geen van de partijen de alternatieve opties kent en de impact daarvan kan inschatten. Zowel de zorgconsument, -aanbieder als -verzekeraar wijzen naar elkaar als het gaat om verbeteringen. Er is een status-quo bereikt waarin niemand lijkt te willen bewegen.

In de huidige patstelling lopen zorgkosten verder op en is onderscheidende service een kostenpost. Om dat te doorbreken moet er door alle drie de partijen andere keuzes worden gemaakt. Kiezen voor kwaliteit en minder kosten, is kiezen voor meer diversiteit.

Wat valt er dan te kiezen? Voor zorgaanbieders is er de keuze om je niet massaal te laten contracteren. Nagenoeg 100% contractering heeft namelijk geen enkele zin. De kortingen in ruil voor een contract komen niet bij de consument terecht en het onderscheidend vermogen is verdwenen. Kies er dus voor om op een andere wijze klanten te binden. Door bijvoorbeeld excellente zorg of aanverwante services te leveren. Weet wat je tekent!

De beweging naar verbetering in zorgmarkt is vastgelopen door de dominante positie van verzekeraars. Om dit te doorbreken zullen zorgconsument en zorgaanbieder beter naar elkaar moeten luisteren. De keuze voor een polis of contract met een zorgverzekeraar moet ook op andere gronden dan alleen kosten op korte termijn worden gebaseerd. Net als in elke markt, is alleen die partij succesvol die zich het snelst kan aanpassen aan zijn omgeving, aan nieuwe wensen en eisen van klanten. Of het nu om een keten van apotheken gaat of om een individuele apotheek, elk heeft de mogelijkheid om op zijn eigen wijze de zorg voor de zorgconsument zo goed mogelijk in te vullen. Het is een keuze om een verzekeraar daar een beperkende factor in te laten zijn. Door te snappen welke keuzes goed en niet goed uitpakken, ontstaat een kleinere afhankelijkheid van zorgverzekeraars, waardoor er vrijer bewogen kan worden richting meer kwaliteit en lagere kosten. De keuze is aan u!

## Bronnen

- [www.CBS.nl](http://www.CBS.nl)
- Vektis Zorgprisma
- [www.knmp.nl](http://www.knmp.nl)
- SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy
- SFK
- Rabobank Cijfers & Trends
- Dhr. L. van den Broeck

## Contact

### TRINGL B.V.

Léon van den Broeck  
Dokter van Deenweg 84  
8025 BL, Zwolle  
088 - 2911 975  
[info@tringl.nl](mailto:info@tringl.nl)  
[www.tringl.nl](http://www.tringl.nl)

