



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Monitor

# Betaalbaarheid en contractering apothekzorg



# Inhoud

-  Inleiding
-  Uitgaven aan zorg
-  Inkoop van zorg
-  Conclusies





# Inleiding

1

De extramurale farmacie, oftewel openbare apotheekzorg, in Nederland zorgt voor verstrekking van geneesmiddelen aan patiënten en bijbehorende zorgverlening voor een goed gebruik van deze geneesmiddelen in de eerste lijn. In deze sector gelden vrije prijzen.

2



De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht die, in het geval van een natura-aanspraak, onder meer inhoudt dat zij voldoende apotheekzorg inkopen voor hun verzekerden. Daartoe contracteren de zorgverzekeraars deze zorg en onderhandelen over de beschikbaarheid van voldoende zorg en over de prijzen die daarvoor betaald worden. In tegenstelling tot andere sectoren, bestaat voor de apotheekzorg een veelheid van combinaties (in deze monitor 'collectieven') die met de zorgverzekeraars onderhandelen en contracteren. Die collectieven veranderen ook met de tijd.

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geven wij in deze monitor op hoofdlijnen de ontwikkelingen weer voor de uitgaven aan apotheekzorg over de jaren 2012 tot en met 2016 en een overzicht van de collectieven in 2017.

Bij deze monitor hoort een bijlage waarin we de gebruikte begrippen uitleggen en een overzicht geven van het gebruikte materiaal en de methoden.



\*

1

2



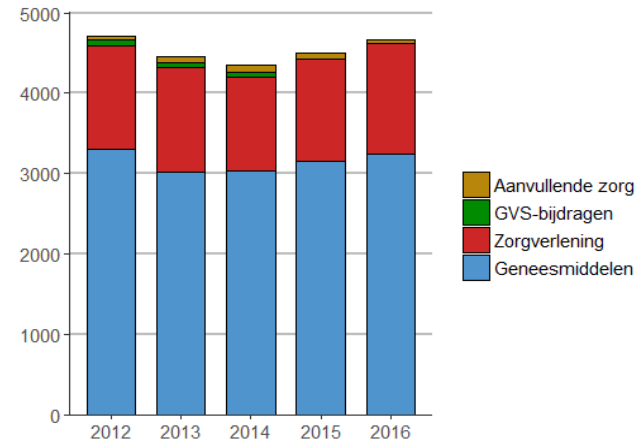
# 1. Uitgaven aan zorg

Op basis van de Vektis-gegevens over apotheekzorg hebben we gekeken naar ontwikkelingen op het gebied van de betaalbaarheid. Daarbij hebben we gegevens gebruikt over ur-geneesmiddelen binnen het basisverzekerd pakket en farmaceutische zorg voor alle ur-geneesmiddelen (ook buiten het verzekerde pakket).

Ontwikkelingen op gebied van prijzen en macrokosten die we in dit rapport weergeven, moeten gezien worden tegen de algemene ontwikkelingen (zowel in Nederland als in deze sector) zoals stijging van prijzen, lonen, arbeidsproductiviteit en algemene kosten van zorg, bijvoorbeeld door vergrijzing.

## Totale uitgaven

De ontwikkeling van de totale uitgaven (in miljoenen €) laat van 2012 tot 2014 een dalende lijn zien, waarna ze in de jaren 2015 en 2016 weer stijgen:



Uitgaven ontwikkeling (in mln. euro)

Jaar	Geneesmiddelen	Zorgverlening	Totaal Zw	GVS	Aanvullende zorg	Totaal
2012	3.306	1.283	4.589	72	54	4.715
2013	3.021	1.296	4.317	68	70	4.455
2014	3.035	1.161	4.197	67	80	4.343
2015	3.151	1.276	4.427	*	76	4.504
2016	3.238	1.373	4.611	*	59	4.670

\* Vanaf de overgang naar de nieuwe Vektis Farmacie dataset halverwege 2015 zijn er geen gegevens over de GVS-bijdragen meer beschikbaar.

We zien dat de uitgaven eerst afnamen met ruim 5%, door een daling van ruim 8% op de geneesmiddelen zelf, gevolgd door ruim 10% daling op de zorgverlening. De daling van de kosten voor geneesmiddelen is voornamelijk het gevolg van





\*

1

overheveling van de bekostiging van een aantal dure geneesmiddelen naar de ziekenhuisbudgetten in 2011 en de jaren daarna.

De kostenstijging na 2014 vindt plaats op zowel de geneesmiddelen als de zorgverlening. De stijging van kosten voor geneesmiddelen na 2014 komt voor een belangrijk deel door een toename bij geneesmiddelen ter behandeling van hepatitis C en trombose. Nadat nieuwe, effectievere middelen voor behandeling van hepatitis C op de markt kwamen, is het aantal behandelingen in korte tijd sterk gegroeid. De kosten voor deze behandeling zijn inmiddels weer gedaald.

Bij de zorgverlening stijgen de kosten tot boven het niveau van 2012. Tegelijkertijd is de zorgvraag met bijna 9% gestegen waarmee de stijging van de macrokosten voor zorgverlening vrijwel geheel verklaard is.

De ontwikkeling in de uitgaven voor zorg moeten gezien worden tegen de achtergrond van de invoering van vrije tarieven voor de apothekzorg. In 2012 golden voor het eerst vrije tarieven. Ten opzichte van 2011 daalden toen per apotheek de inkomsten uit zorg met bijna 5% en in 2013 lagen ze nog ongeveer 2,5% lager dan in 2011. Pas in 2015 lagen die inkomsten weer op [het niveau van 2011](#).

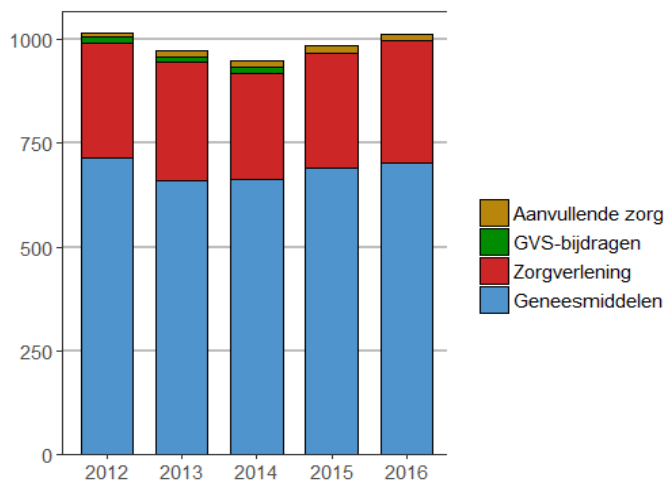
In de bedragen voor geneesmiddelen zijn de gerealiseerde besparingen als gevolg van door VWS met geneesmiddelenfabrikanten afgesproken financiële

arrangementen niet meegerekend, omdat niet bekend is welk deel daarvan van toepassing is op de extramurale farmacie. De totale daarmee gerealiseerde besparingen zijn in de orde van grote van enkele tientallen miljoenen euro. Daarnaast maken zorgverzekeraars afspraken 'onder couvert' over prijzen van geneesmiddelen. De gedeclareerde prijzen in Vektis geven de op die manier gerealiseerde kortingen niet weer, zodat de werkelijke uitgaven lager liggen dan we hier weergeven.

#### **Uitgaven per patiënt**

In onderstaande grafiek hebben we de macrobedragen zoals die in de vorige paragraaf staan gedeeld door het aantal patiënten. Personen die geen apothekzorg hebben afgenomen, tellen daarin dus niet mee.





### Uitgaven ontwikkeling (in euro per geneesmiddelgebruiker)

Jaar	Geneesmiddelen	Zorgverlening	Totaal Zw	GVS	Aanvullende zorg	Totaal
2012	714	277	991	15	12	1.018
2013	661	284	945	15	15	975
2014	664	254	918	15	18	951
2015	689	279	968	*	17	985
2016	702	298	1.000	*	13	1.013

\* Vanaf de overgang naar de nieuwe Vektis Farmacie dataset halverwege 2015 zijn er geen gegevens over de GVS-bijdragen meer beschikbaar.

De kosten die patiënten per jaar maken aan geneesmiddelen en bijbehorende zorgverlening laten een vergelijkbaar beeld zien als de totale uitgaven in de vorige paragraaf. De

achtereenvolgende daling en stijging zijn wat minder sterk doordat het aantal gebruikers van geneesmiddelen ook licht daalde en weer steeg in dezelfde periode.

De ontwikkelingen in de uitgaven zijn het gevolg van zowel de ontwikkelingen in de prijzen van geneesmiddelen en zorgverlening als het volume van de zorg. Overigens kunnen de bedragen hierboven ook berekend worden per verzekerde. Dan liggen ze rond de € 350,- per jaar (geneesmiddelen plus zorg) per verzekerde.



\*

1

2



## Prijsonwikkeling

De gemiddelde tarieven (inclusief btw) voor de zorgprestaties in de tabel hieronder behoeven enige toelichting. In 2014 heeft de NZa haar beleid aangepast zodat de prestatie ‘eerste uitgifte van medicatie’ gesplitst werd in de prestaties ‘terhandstelling’ en ‘begeleidingsgesprek eerste terhandstelling’. Vanaf 2016 is die opsplitsing weer teruggedraaid en bestaan de prestaties ‘Terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw UR-geneesmiddel’ en ‘Standaard terhandstelling van een UR-geneesmiddel’ naast elkaar.

Tarieven terhandstelling (€)	2012	2013	2014	2015	2016
Standaard terhandstelling	5,65	5,80	6,01	6,30	6,56
Eerste terhandst. – incl. beg. gesprek	11,25	11,43			12,29
Eerste terhandst. – zonder beg. gesprek			7,29	6,98	
Begeleidingsgesprek 1 <sup>e</sup> terhandstelling			5,93	6,11	
Weekterhandstelling	3,11	3,02	2,85	2,89	2,96
2-weeksterhandst.	–*	2,25	4,86	5,04	5,27
3-weeksterhandst.	–	–	6,53	7,56	7,89

\* Waar onvoldoende gegevens beschikbaar zijn is dat met – aangegeven.

Het door de NZa in 2011 (op basis van kostenonderzoek) laatste vastgestelde maximumtarief voor de standaardterhandstelling bedraagt € 7,65. We zien dat de vrije tarieven voor de standaard terhandstelling aanvankelijk ruim onder dat niveau uitkwamen en in de volgende vier jaar met 16% stegen. De tarieven van de overige prestaties laten een wisselend beeld zien. Van de prestaties ‘advies farmaceutische zelfzorg’, ‘advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis’ en ‘advies ziekterisico bij reizen’ (prestaties die buiten het basispakket vallen) waren in de onderzochte periode vrijwel geen gegevens in Vektis.

Prijzen overige zorg (€)	2012	2013	2014	2015	2016
Instructie patiënt UR-geneesmiddel- gerelateerd hulpmiddel	4,80	5,73	5,03	5,36	4,21
Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik	43,34	25,64	40,27	47,10	46,49
Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit het ziekenhuis	9,07	6,94	9,95	10,59	10,79
Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname	–	3,50	4,24	–	–
Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek	–	–	–	7,00	6,56

Overige zorg wordt deels meegenomen in afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de terhandstelling (‘all-in tarieven’). De zorg onder die afspraken valt daardoor



\*

1

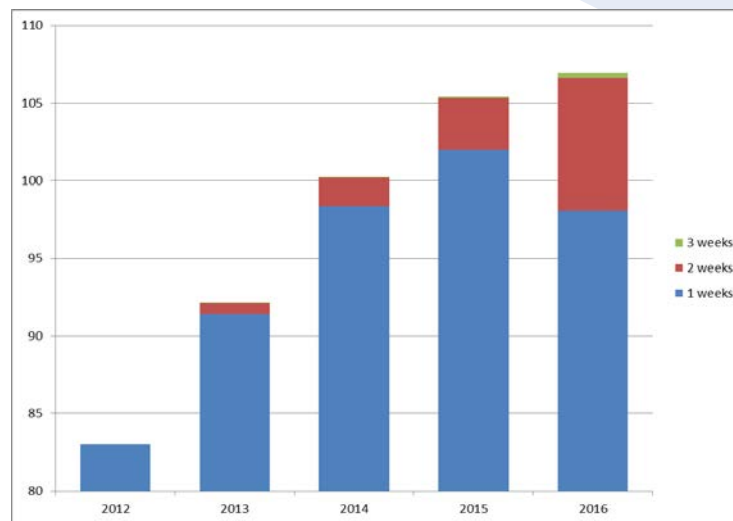
buiten bovenstaande analyses, maar draagt dus bij aan de hoogte van het tarief voor de standaard terhandstelling.

### Aantallen prestaties

Het overgrote merendeel van de geleverde zorg (ruim 98%) betreft de terhandstellingen. In de onderzochte periode zien we dat het aantal terhandstellingen toeneemt, voornamelijk bij de weekterhandstelling. Vanaf 2013 neemt ook het aantal terhandstellingen voor twee of drie weken toe.

Terhandstellingen (in miljoenen)	2012	2013	2014	2015	2016
Alle terhandstellingen	219,6	227,2	241,7	252,4	237,8
Standaard terhandstelling	95,0	93,9	96,8	99,5	100,5
Eerste terhandstelling	28,0	27,2	27,4	26,5	26,4
Weekterhandstelling	83,1	91,6	99,1	102,7	98,3
2-weeksterhandst.	-	0,72	1,86	3,36	8,56
3-weeksterhandst.	-	0,05	0,05	0,11	0,35

Het aantal terhandstellingen voor één of meer weken is (ten opzichte van 2012) bijna 29% gestegen. De groei lijkt in de laatste jaren af te nemen.



De toename van het aantal weekterhandstellingen is grotendeels het gevolg van het beleid van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, die scherper toeziet op de veiligheid van het toedienen van geneesmiddelen in de verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg. Daarnaast sturen zorgverzekeraars op meer weekterhandstellingen.

Gebruik weekterhandstelling	2012	2013	2014	2015	2016
Gebruikersaantallen	296.393	321.991	343.233	344.466	326.870
Percentage van alle geneesmiddelgebruikers	6,4%	7,1%	7,5%	7,5%	7,1%
Gemiddeld aantal geneesmiddelen	5,56	5,67	5,80	5,93	5,98





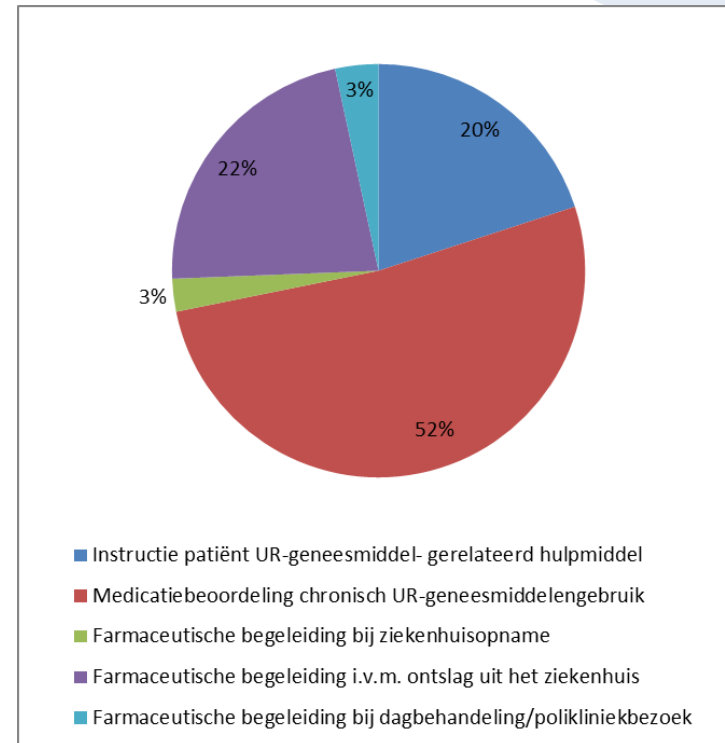
\*

1

2

Het gemiddelde aantal geneesmiddelen per patiënt per weekterhandstelling neemt langzaam toe van ruim vijf en een half naar bijna zes. Dat komt voornamelijk door een daling van het aandeel weekterhandstellingen met maar één geneesmiddel, van ruim 6% in 2012 tot iets meer dan 4% in 2016.

Alhoewel de overige prestaties, relatief ten opzichte van de terhandstellingen, weinig gedeclareerd worden zien we een flinke toename in de onderzochte periode: van 0,03% naar 0,31%. Als we de aantallen van de andere prestaties onderling vergelijken, dan zien we dat meer dan de helft daarvan medicatiebeoordelingen bij chronisch gebruik van geneesmiddelen zijn.



### Apotheekhoudende huisartsen

In de periode 2012 t/m 2016 is het aandeel van apotheekhoudende huisartsenpraktijken in de terhandstellingen afgenomen van 5,8% tot 5,2%. In deze periode nam ook het aantal apotheekhoudende huisartsenpraktijken af.



\*

1

2



### Avond, nacht en zondag

Het aandeel van terhandstellingen in de avond, nacht, zondag (ANZ) is laag en in de onderzochte periode afgenomen van 0,68% naar 0,53%.

Voor dienstapotheken bestaat een volledig andere systematiek, waar met een non-concurrentieel begrotingsmodel wordt gewerkt. Tarieven zijn daar een uitdrukking van de kosten voor beschikbaarheid in een niet altijd kostendekkende situatie.

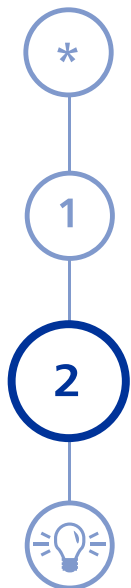
### Bereiding

Het aantal ter hand gestelde geneesmiddelen dat in de apotheek bereid wordt, neemt af en is in verhouding tot het totale aantal terhandstellingen klein. Het aantal bijzondere bereidingen daarbinnen is wel sterk toegenomen.

Aantallen bereidingen (in miljoenen)	2012	2013	2014	2015	2016
Bereiding	3,6	3,5	1,3	0,7	0,5
Gewone bereiding	3,5	3,4	1,2	0,4	0,2
Bijzondere bereiding	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3
Relatief	1,63%	1,54%	0,55%	0,28%	0,21%

De scherpe afname van de gewone bereidingen hangt samen met de toename van de doorgeleverde bereiding, die (ten opzichte van het totaal aan bereidingen) groeide van minder dan 10% eind 2013 naar [bijna 80%](#) een jaar later.





## 2. Inkoop van zorg

De informatie in dit hoofdstuk is ontleend aan een enquête onder zorgverzekeraars en gesprekken met branchepartijen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De omvang van de contractering zoals we die hier noemen, betreft het aantal contracten. De omvang van de zorg die onder die contracten is geleverd, is niet onderzocht.

### Beeld van de zorginkoop

Het valt op dat de manier waarop partijen contracteren zich in deze sector verder heeft ontwikkeld dan in de meeste andere sectoren, door de manier waarop de zorgaanbieders zich bundelen. De inkoop van apotheekezorg verloopt veelal via een collectief. De circa 2300 apotheken en apotheekehoudende huisartsen in Nederland hebben in 2017 in totaal ruim 18.000 contracten met zorgverzekeraars afgesloten. Het merendeel (93%) van die contracten is tot stand gekomen via een collectief van zorgaanbieders. We beschrijven hier de vorm van de grootste collectieven.

Ook aan de kant van de zorgverzekeraars bestaan samenwerkingsverbanden: inkoopcombinaties. Een aantal kleinere zorgverzekeraars maakt hier gebruik van.

Contracteren via een collectief is voor een apotheek aantrekkelijk, omdat zij dat werk kunnen uitbesteden aan een professionele partij die een omvang heeft die opweegt tegen de omvang van de zorgverzekeraar. Het collectief biedt daarnaast vaak ook aanvullende service op het gebied van logistiek en automatisering.

Voor zorgverzekeraars speelt contracteren met een collectief in op hun behoefte, omdat het hen werk scheelt. Ze onderhandelen met een tiental organisaties in plaats van afzonderlijk met ongeveer tweeduizend apotheken. Zowel voor zorgaanbieders als zorgverzekeraars worden administratieve lasten sterk gereduceerd.

Maar ook naast het proces van contracteren zijn er voordelen. De collectieven nemen, wanneer zij apotheken in eigendom hebben, een deel van het financieel risico dat de aanbieders lopen voor hun rekening en bieden hen door schaalvoordelen vaak ook besparingen (bijvoorbeeld in de logistiek, administratie en personeelsbeleid). De collectieven bieden voor de zorgverzekeraars meer zekerheid op het nakomen van afspraken en betalingsverplichtingen, omdat deelnemende apotheken zich hiertoe verplichten. Daarnaast gaat het doorvoeren van aanpassingen, die bijvoorbeeld voortkomen uit innovaties, in een collectief soepeler. Ook zorgen de meeste collectieven voor kwaliteitsprogramma's





\*

1

2

die gericht zijn op een beter zorgaanbod. Ook de samenstelling van het pakket aan verzekerde middelen komt aan bod.

Binnen een collectief wordt in de meeste gevallen ook het apotheekinformatiesysteem (AIS) aangevuld met een ICT-systeem van het collectief. Afhankelijk van de variant is dat ICT-systeem onderdeel van of nauw verwant met het ICT-systeem van de groothandel. Deze systemen zijn een belangrijk onderdeel van de administratieve organisatie van de apotheek, van het beheer van voorraden en inkoop. Maar ook medisch-farmaceutische beslisregels en het preferentiebeleid zijn er onderdeel van. Een deel van de systemen voorziet de apotheek ook van spiegelinformatie.

De professionele service op dit gebied biedt voordelen voor de aangesloten apotheek. Tegelijk is het voor onafhankelijke apotheken een drempel om zich aan te sluiten bij een collectief, of juist een collectief vaarwel te zeggen. Daarom geven we, waar mogelijk, ook weer hoe de ICT binnen een combinatie geregeld is.

In de loop van de tijd veranderen de collectieven van omvang en vorm en verandert ook de impact die zij hebben op de contractering. De hier geschetste voorbeelden zijn dan ook een momentopname.

Er is een duidelijke verschuiving in de richting van de collectieven. In vergelijking met 2014 is het aandeel contracten dat via een collectief tot stand komt, gestegen van 86% naar 93% in 2017. Het grootste collectief sluit 30% van de contracten af. Dit collectief heeft geen apotheken in eigendom en is zelf geen onderdeel van een groothandel. Het aantal apotheken dat, binnen of buiten een collectief, enige mate van zelfstandigheid houdt, blijft echter groot (ruim 70%) (apotheehoudende huisartsen zijn hierin niet meegerekend). Het gaat dan over apotheken die geheel zelfstandig zijn (circa 55%) of binnen een franchise (circa 15%) nog een behoorlijk mate van zelfstandigheid genieten. Franchise apotheken bijvoorbeeld, kunnen uitstappen en zelfstandig verdergaan of zich bij een ander collectief aansluiten.

Op een enkele uitzondering na, contracteren de zorgverzekeraars nagenoeg alle apotheken. Ook in 2014 (marktscan Farmacie) en 2012 (monitor Farmacie) was al sprake van deze hoge contracteringsgraad. Die contracteringsgraad is lager bij apotheehoudende huisartsenpraktijken dan bij openbare apotheken. Van de naar schatting 350 apotheehoudende huisartsen, contracteren zorgverzekeraars gemiddeld ruim 55%. Per zorgverzekeraar loopt dat echter uiteen van minder dan 25% tot 100%, afhankelijk van de mate waarin de verzekeraar regionaal of landelijk werkt. Iedere apotheehoudende





huisarts heeft dus een contract met op zijn minst één zorgverzekeraar.



In Nederland bestaan veel ketens van apotheken. Daarvan zijn slechts twee ketens eigendom van een groothandel. Het gaat daarbij om ongeveer 18% van de apotheken.



\*

1

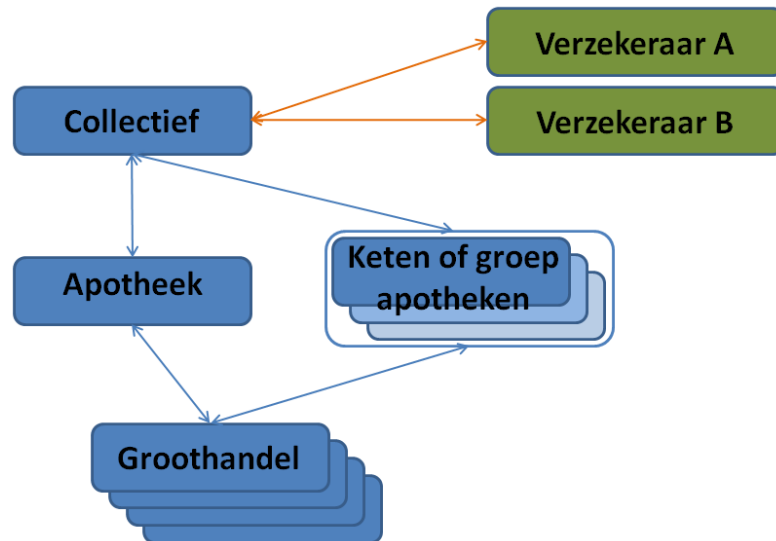
2



## Combinaties

In deze paragraaf geven we van de belangrijkste collectieven zoals die in 2017 bestonden, een schematische weergave, de omvang die zij hebben in termen van aantallen contracten met zorgverzekeraars en een aantal van hun kenmerken.

### Combinatie 1



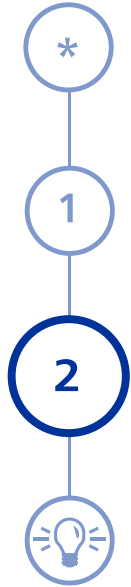
Via deze combinatie is ruim 30% van de contracten in 2017 tot stand gekomen.

- Hoofdaannemerconstructie: het collectief sluit een contract af met zorgverzekeraars. Vervolgens biedt het

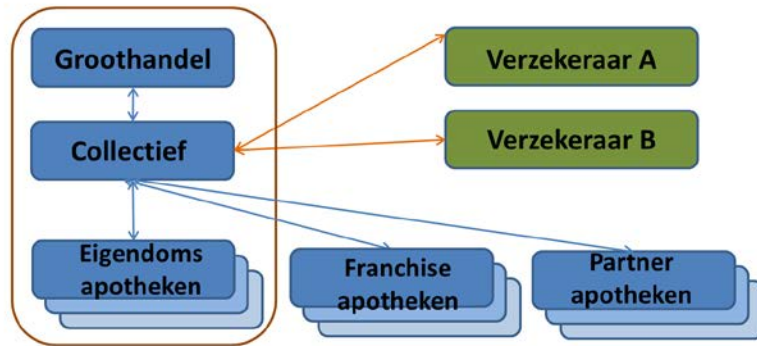
collectief een contract aan apotheken. Zorgverzekeraars sluiten dus geen direct contract af met de apotheken maar alleen met het collectief.

- Het collectief is een vennootschap en wordt gefinancierd via een marge in het contract dat ze met zorgverzekeraars afsluit en de contracten die zij vervolgens afsluiten met apotheken.
- Naast individuele apotheken, contracteren verschillende groepen van apotheken via dit collectief
- Voorafgaand aan de onderhandeling tussen zorgverzekeraars en het collectief moeten apotheken aangeven of zij de intentie hebben om via het collectief te contracteren.
- De apotheken die via het collectief contracteren maken gebruik van verschillende groothandels.
- Inmiddels is er een aantal groepen van apotheken ontstaan die met een deel van de zorgverzekeraars direct contracteren en met de andere zorgverzekeraars nog via het collectief.





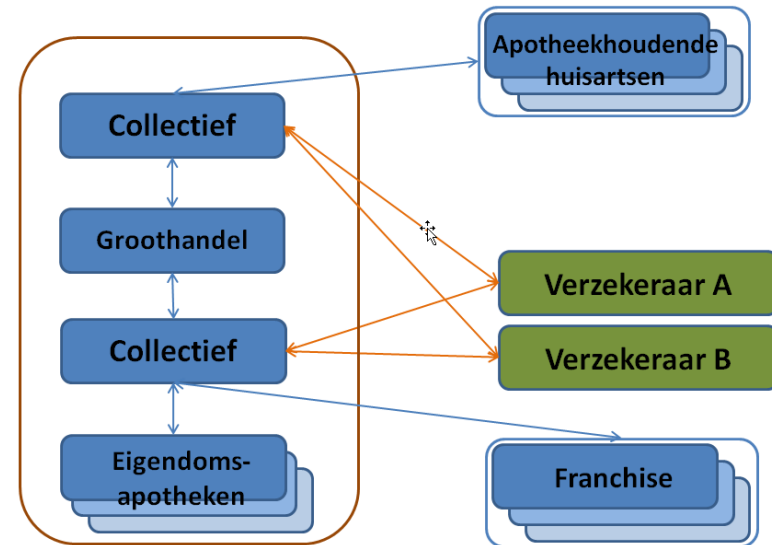
## Combinatie 2



Via deze combinatie is bijna 22% van de contracten in 2017 tot stand gekomen.

- 310 apotheken zijn eigendom van het collectief; 171 zijn partner of werken binnen de franchise van het collectief.
- Het collectief heeft een eigen ICT-systeem, onder andere om apotheken in staat te stellen om de contractafspraken na te komen.
- De eigendomsapotheken contracteren per definitie via het collectief. Franchise of partner apotheken betalen een afdracht aan het collectief voor de dienstverlening.

## Combinatie 3



Binnen deze combinatie bevinden zich twee aparte collectieven, die allebei verbonden zijn aan dezelfde groothandel.

- Via deze combinatie is iets minder dan 17% van de contracten in 2017 tot stand gekomen, waarvan 9,5% via het collectief dat optreedt namens de eigen apotheken en franchises en 7,5% via het collectief dat optreedt namens apothekhoudende huisartsen.



\*

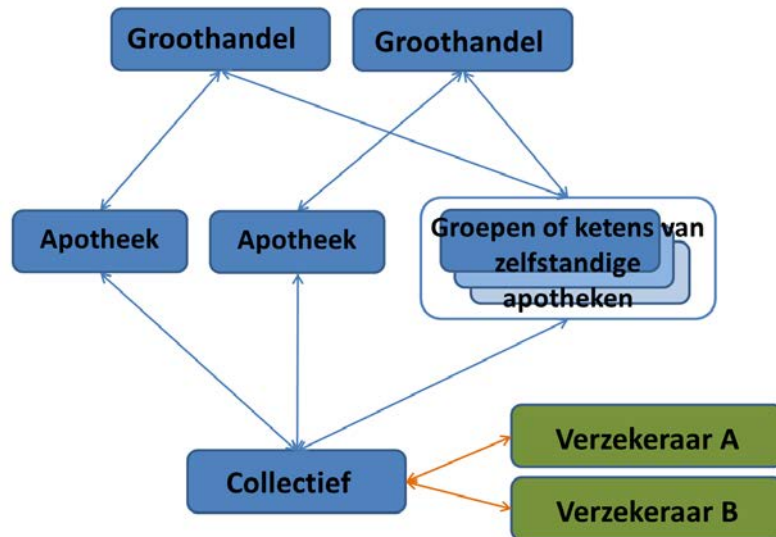
1

2



- Het bovenste collectief in het figuur treedt op namens ruim 180 apotheekhoudende huisartsen
- Het onderste collectief in het schema treedt op namens 68 eigendomsapotheken en 149 apotheken die werken via franchise.
- De groothandel is onderdeel van het collectief.
- Zowel de eigendomsapotheken als de franchise apotheken gebruiken het ICT-systeem van het collectief.

#### Combinatie 4

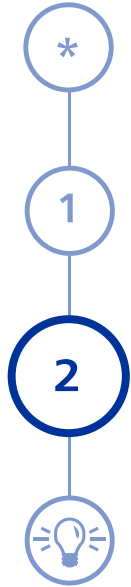


Via deze combinatie is 13% van de contracten in 2017 tot stand gekomen.

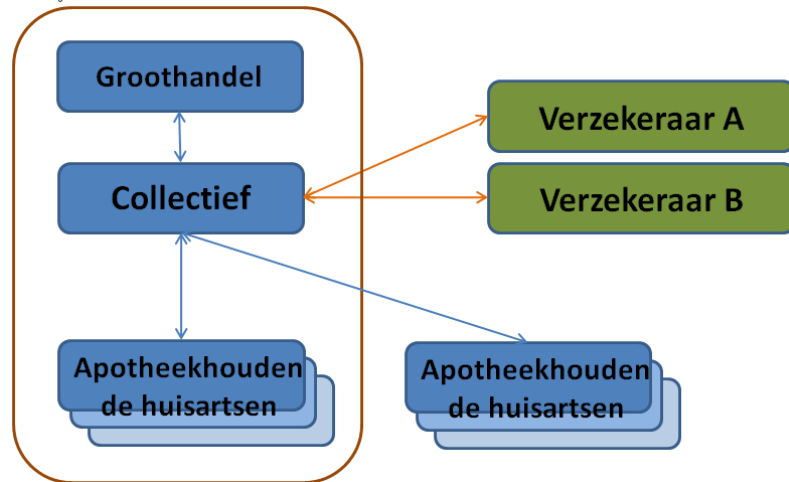
- Het collectief is een vereniging waar zelfstandige apotheken zich bij kunnen aansluiten.
- Het collectief onderhandelt met zorgverzekeraars namens hun leden. Vervolgens legt het collectief het onderhandelingsresultaat voor aan hun leden met een tekenadvies. De zelfstandige apotheken die lid zijn, sluiten vervolgens zelfstandig een contract af met de zorgverzekeraar. Zelfstandige apotheken die geen concurrenten van elkaar zijn, kunnen lid van de vereniging worden en het namens hen met een zorgverzekeraar overeengekomen contract afsluiten. Concurrenten kunnen geen lid worden maar zich wel aansluiten bij het namens de leden overeengekomen contract, op voorwaarde dat de betrokken zorgverzekeraar daarmee akkoord gaat.
- Leden betalen contributie voor de dienstverlening.
- Apotheken die lid zijn van het collectief maken vaak, maar niet altijd, gebruik van dezelfde groothandel, die zich richt op de zelfstandige apotheker. Deze apotheken maken ook gebruik van het ICT-systeem van die groothandel. Dit systeem helpt apotheken onder andere om de contractafspraken met de zorgverzekeraar na te komen.







### Combinatie 5



In 2017 kwamen bijna 6% van de contracten tot stand via deze combinatie. Het collectief treedt alleen op namens apothekhoudende huisartsenpraktijken en heeft een eigen groothandel. Circa 5% van de apothekhoudende huisartsenpraktijken in Nederland is niet aangesloten bij een collectief.

- De combinatie verleent aan haar leden ook service, zoals opleiding en training, advisering, certificering, praktijkbegeleiding.

### Overige combinaties

Er zijn in totaal nog ruim vijf andere combinaties actief, samen goed voor een kleine 5% van de contracten in 2017. De meeste van deze combinaties bestaan uit samenwerkingsverbanden van zelfstandige apotheken.





# Conclusies

1

## Uitgaven

Ontwikkelingen op gebied van prijzen en macrokosten die we in dit rapport weergeven, moeten gezien worden tegen de algemene ontwikkelingen (zowel in Nederland als in deze sector) zoals stijging van prijzen, lonen, arbeidsproductiviteit en algemene kosten van zorg, bijvoorbeeld door vergrijzing.

2

Uit de informatie in deze monitor concluderen wij dat in deze sector, waar vrije prijzen gelden, de macrokosten van de zorg in de onderzochte periode op hetzelfde niveau zijn gebleven. Dit is voor een belangrijk deel het gevolg van het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars, de Wet geneesmiddelenprijzen en de overheveling van de bekostiging van een aantal dure geneesmiddelen naar de ziekenhuisbudgetten in 2011 en de jaren daarna. Het budgettair kader voor de extramurale farmaceutische zorg is afgenomen door deze overhevelingen.

De kosten voor extramurale farmaceutische zorg in Nederland zijn in de onderzochte periode eerst gedaald en daarna gestegen. Dit zien we zowel in de macrokosten (ruim 4,5 miljard euro) als de kosten per patiënt (iets meer dan € 1000 per jaar). De voornaamste oorzaken daarvan zijn, naast de al genoemde overheveling van geneesmiddelen naar het ziekenhuis, de invoering van de Wet geneesmiddelenprijzen

en de effecten van het preferentiebeleid. De stijging na 2014 komt voor een belangrijk deel door een stijging van de kosten voor geneesmiddelen ter behandeling van hepatitis C en trombose.

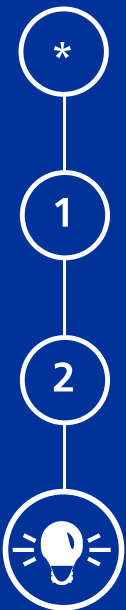
Het aantal terhandstellingen voor één of meer weken is in de onderzochte periode flink toegenomen.

## Zorginkoop

Groothandels hebben via collectieven een groeiende positie in de onderhandelingen met zorgverzekeraars over farmaceutische zorg. Het aandeel van de contracten dat via een collectief tot stand komt, steeg van 86% in 2014 naar bijna 93% in 2017. Het grootste collectief (30% van de contracten) heeft geen apotheken in eigendom en is zelf geen onderdeel van een groothandel. En het aantal apotheken dat enige mate van zelfstandigheid houdt, blijft groot.

De collectieven kunnen allerlei, vaak complexe, vormen aannemen. Voor apotheken biedt een collectief, naast verkoopmacht, ook efficiënt onderhandelen en allerlei diensten, bijvoorbeeld op ICT-gebied.





Het valt op dat de manier waarop partijen contracteren zich in deze sector verder heeft ontwikkeld dan in de meeste andere sectoren, door de manier waarop de zorgaanbieders zich bundelen. [De ACM geeft aan](#) dat die systematiek ook in andere sectoren toepasbaar is.



## Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

### Postadres

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

### Bezoekadres

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Telefoon: 030 - 296 81 11

Website: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

Twitter: [@zorgautoriteit](https://twitter.com/zorgautoriteit)

### Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 87 70

(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)

E-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

