

Rapport

Inkoopvoordelen en praktijkkosten apothekhoudenden 2009, 2010 en 2011

Gevolgen voor flexibel tarief 2011

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	15
1.1 Uitvoering	15
1.2 Standaardapotheek	15
1.3 Nacalculatie frequenties	16
2. Kostendekkende tarief	17
2.1 Kostendekkend tarief	17
2.2 Extrapolatie	18
2.3 Inkoopvoordelen en transitie	19
3. Uitkomsten 2009	20
3.1 Resultaat van apothekhoudenden	20
3.2 Inkoopvoordelen	21
3.2.1 Inkoopvoordelen 2007-2009	21
3.2.2 Confrontatie gevonden inkoopvoordelen apothekhoudenden en inkoopvoordelen leveranciers	23
3.2.3 Correcties op gemeten inkoopvoordelen	24
3.3 Wmg-inkomsten	25
3.3.1 Weekafleveringen	25
3.4 Praktijkkosten	27
3.5 Resultaat	27
3.5.1 Spreiding van resultaat	28
4. Extrapolatie 2010 en 2011	30
4.1 Inleiding	30
4.2 Extrapolatie 2010	30
4.3 Extrapolatie 2011	35
4.3.1 Overwegingen bij de uitgevoerde extrapolatie	35
4.3.2 Uitkomsten extrapolatie 2011	44
4.4 Gevoeligheden in de analyses	45
5. Tarieven	48
5.1 Tarief 2009	48
5.2 Tarief 2010	49
5.3 Tarief 2011	50
5.3.1 Onzekerheidsmarge	50
5.3.2 Uitkomsten voor beleidscorrecties en beleidcorrecties	52
5.3.3 Tarieven 2011 per prestatie	52
Bijlage 1. Opmerkingen van betrokkenen op uitgangspunten tarief 2011	54

Vooraf

Dit rapport bevat de conclusies van zowel het onderzoek naar de inkoopvoordelen en praktijkkosten van apothekhoudenden over 2009 als de extrapolatie van deze uitkomsten naar 2010 en 2011. Tevens wordt een kader geschetst waarbinnen de tariefsberekening voor de farmaceutische zorg wordt vastgesteld.

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) besloot in december 2009 tot dit onderzoek omdat zij inzicht wilde hebben in de effecten die de diverse marktontwikkelingen gedurende 2009 hebben gehad.

Doel van het onderliggende onderzoek is onder andere het verifiëren van de destijds gedane aannames die nodig waren voor de onderbouwing van het flexibele tarief voor de farmaceutische zorg per 1 januari 2009. Tevens is de extrapolatie naar 2010 onderzocht.

Dit rapport dient verder als basis voor de beslissing over de aanpassing van de hoogte van het flexibele tarief voor farmaceutische zorg zoals dat per 1 januari 2011 wordt vastgesteld.

Bij de uitvoering van het onderzoek heeft een aantal keren afstemming plaatsgevonden met een Klankbordgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van diverse partijen werkzaam in de farmaceutische markt. De Klankbordgroep heeft daarmee een belangrijke bijdrage geleverd aan de interpretatie van de in dit onderzoek gepresenteerde conclusies. De Raad van Bestuur van de NZa wil de leden van de Klankbordgroep hartelijke danken voor hun inzet.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM
lid Raad van Bestuur/plv. voorzitter

Managementsamenvatting

Dit rapport bevat de uitkomsten van het onderzoek naar de inkoopvoordelen en praktijkkosten van apothekhoudenden over het jaar 2009, evenals de extrapolatie naar 2010 en 2011. De extrapolatie naar 2011 heeft als doel de tarieven vast te stellen die vanaf 1 januari 2011 van kracht zullen zijn. Hieronder wordt het voorstel voor de nieuwe tarieven in 2011 besproken en de achtergrond toegelicht.

Tariefsberekening 2011

De tariefsberekening is gebaseerd op het onderzoek 'Inkoopvoordelen en praktijkkosten van apothekhoudenden in Nederland in 2009' en de extrapolatie naar 2010 en 2011. Daarnaast is de farmaciemarkt in transitie naar vrije prijzen. Bij het bepalen van de tarieven 2011 heeft de NZa hiermee rekening gehouden.

Kader

De NZa is verantwoordelijk voor de vaststelling van de vergoedingen voor de farmaceutische zorg. Uitgangspunt daarbij is dat het totaal aan vergoedingen gemiddeld het totaal van de praktijkkosten en het norminkomen van de standaardapothek dekt.

In afwijking van de meeste andere vrije beroepsbeoefenaren (die geen doorberekende kosten van goederen kennen) stelt de NZa momenteel voor de farmacie vergoedingen vast voor de farmaceutische zorgverlening, die enerzijds bestaat uit de vergoeding voor de dienstverlening (en eventuele toeslagen) en anderzijds bestaat uit een vergoeding voor inkoopkosten van UR-geneesmiddelen (inclusief een eventuele clawback¹).

De reden dat de vergoedingen voor de dienstverlening en de inkoopkosten niet kostendekkend worden berekend zijn de inkoopvoordelen die apothekhoudenden realiseren op de in- en verkoop van geneesmiddelen. De inkoopvoordelen worden via de clawback en via de hiervoor genoemde vergoeding voor de dienstverlening verrekend. De NZa is van mening dat de clawback de meest geëigende manier is om de inkoopvoordelen binnen het tarief te verrekenen, omdat de inkoopvoordelen ook verkregen zijn op de inkoop van geneesmiddelen. De clawback is vastgesteld op 6,82%, terwijl het percentage inkoopvoordelen hoger ligt. Als gevolg daarvan is na aftrek van clawback sprake van resterende inkoopvoordelen. Deze resterende inkoopvoordelen worden (deels) in mindering gebracht op de vergoeding voor de farmaceutische dienstverlening.

Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid op een verantwoorde en doelmatige manier zorg in te kopen, zo ook geneesmiddelen. Het doorgeven van eventuele inkoopvoordelen op geneesmiddelen aan de verzekerde kan de zorgverzekeraar bewerkstelligen door het verlagen van de inkoopkostenvergoeding voor de geneesmiddelen en/of door een lagere vergoeding voor farmaceutische dienstverlening toe te kennen aan apothekhoudenden. Tot op heden heeft de NZa als gevolg van een aanwijzing van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (hierna VWS), de aanwezige inkoopvoordelen (gedeeltelijk) verrekend in de vergoedingen.

¹ Clawback is een vast percentage met een gemaximeerd bedrag van de kosten van de geneesmiddelen die een apothekhoudende in mindering brengt op zijn declaraties.

Momenteel bevindt de farmaceutische zorg zich in een transitiefase naar vrije prijzen per 1 januari 2012. Sinds 2009 is een stap naar meer vrijheden gezet door de mogelijkheid te creëren voor zorgverzekeraar en apotheehoudende gezamenlijk om bovenop de geldende vergoeding aanvullende afspraken te maken over een hoger gemaximeerd tarief (het zogenoemde max-max tarief). Daarbij is ook de hoogte van de clawback onderhandelbaar gemaakt. Een aantal zorgverzekeraars en apothekers hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Bij dezen wil de NZa benadrukken dat partijen de bestaande vrijheden kunnen benutten.

De NZa stelt in de transitie fase een transitietarief vast. Het tarief 2011 is opgebouwd uit een kostendekkend tarief voor de dienstverlening van € 7,96, min een verrekening van de ingeschatte inkoopvoordelen die apothekers ontvangen.

De farmacie gaat in 2012 over naar vrije prijzen. Dit betekent dat apothekers en verzekeraars samen onderhandelen over de prijs en de kwaliteit van de geneesmiddelen en de dienstverlening. Om de verandering zo overzichtelijk mogelijk te laten verlopen, heeft de NZa voor 2011 een transitietarief vastgesteld. Met dit tarief krijgen apothekers de ruimte om bijvoorbeeld te investeren in de kwalitatieve verbetering van de farmaceutische zorg, ICT-aanpassingen te doen en te werken aan de nieuwe prestatieomschrijvingen die recent zijn vastgesteld en in 2012 worden ingevoerd.

In het tarief zijn niet alle te verwachten inkoopvoordelen op geneesmiddelen van apothekers verrekend. De NZa laat ruimte aan de verzekeraars om de komende tijd hun rol op te pakken en de resterende inkoopvoordelen in hun afspraken met apothekers te verrekenen. Bijvoorbeeld door lagere tarieven af te spreken of apothekers te belonen naar de kwaliteit die hun verzekerden wordt geboden.

Extrapolatie

Bij onverhoopte toekomstige tariefsberekening voor de farmaceutische zorgverlening wordt aangesloten bij de te formuleren kostprijsprincipes van de NZa. De NZa merkt daarbij op dat de relevantie van extrapolatie afneemt als de inkoopvoordelen geen onderdeel meer uitmaken van de tariefsberekening en dat gestreefd wordt naar een kostendekkende vergoeding voor de dienstverlening. Overigens zal het vaststellen van tarieven alleen nodig zijn als vrije prijzen niet worden ingevoerd per 1 januari 2012.

Zoveel mogelijk bestaande systematiek

Het tarief 2011 voor de farmacie sluit op verzoek van marktpartijen zo veel mogelijk aan bij de bestaande systematiek. Op enkele punten zijn veranderingen doorgevoerd:

- Uitgangspunt is dat het gemiddelde resultaat voor norminkomen in de standaardapothek gelijk is aan het gemiddelde norminkomen van een apotheehoudende. Dit uitgangspunt sluit aan bij andere vrije beroepsbeoefenaren en de uitspraak van het CBb (d.d. 31 augustus 2010).
- Voor het gederfd rendement op het eigen vermogen wordt een vergoeding in het tarief opgenomen. Dit rendement is een vergoeding voor de ondernemingsrisico's.
- Bovenstaande twee wijzigingen hebben tot gevolg dat de NZa een onzekerheidsmarge niet meer nodig acht. Deze is in de tariefsberekening voor 2011 geschrapt.

- Beleidsmatige keuze om een zogenaamd transitietarief vast te stellen ter voorbereiding van veldpartijen voor het moment dat er geen maximumtarieven meer worden vastgesteld door de NZa.

Uitgangspunten bij de extrapolatie

Bij de extrapolatie zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd.

- De extrapolatie vindt plaats tegen prijzen 2010, dit betekent onder andere dat de prijzen van de geneesmiddelen, exclusief unieke leveringen, niet stijgen maar gelijk blijven;
- Het aantal daily defined doses (hierna DDD's) stijgt in 2011 met 3% ten opzichte van 2010;
- Het aantal prestaties stijgt in 2011 met 4% ten opzichte van 2010;
- De gerapporteerde inkoopvoordelen in het 1^e kwartaal van 2010 van 10,3% zijn ook voor 2011 gehanteerd en dus ingezet op 10,3% (inkoopvoordelen in 2009 waren 12,5%);
- Een apotheekhoudende moet gemiddeld zijn norminkomen van € 109.000 (afgerond) in 2011 kunnen realiseren;
- De meeropbrengsten in 2011 als gevolg van een toename van het aantal prestaties leidt ook tot een toename van het resultaat van de standaardapothek. Hierbij wordt aangesloten bij CQ 2009, waarin wordt gerapporteerd over het percentage vaste kosten. In de standaardapothek zijn de vaste kosten van jaar op jaar gedekt. Uit CQ 2009 blijkt dat de toename van de opbrengsten voor 32% tot een toename van het resultaat leidt, omdat de marginale kosten 68% bedragen;
- Bij de bepaling van het tarief wordt rekening gehouden met een gederfd rendement op het eigen vermogen welke in de transitiefase is vastgesteld op gemiddeld € 18.000 per jaar, welke wordt verhoogd op grond van de voorcalculatorische prijsindexatie tot € 18.362,-;
- Onzekerheden waarvan de effecten niet met voldoende zekerheid kunnen worden bepaald worden niet in het model meegenomen. Dit hangt samen met het gederfd rendement op het eigen vermogen, welke compensatie biedt voor deze risico's.

Tarieven 2011

Op basis van bovenstaande uitgangspunten stelt de NZa het transitietarief inclusief nacalculatie voor 2011 vast op € 7,50. De vergoedingen en toeslagen van de onderliggende prestaties zijn als volgt:

Dienstverlening	Maximale vergoeding of toeslag	Max. verhoogde vergoeding of toeslag
standaarduitgifte	5,74	7,65
weekuitgifte	3,16	4,21
eerste uitgifte	5,74	7,65
anz-recept	11,48	15,31
bijzondere mb	86,12	114,82
reguliere mb	11,48	15,31

Bron: NZa

De NZa merkt op dat bij de vaststelling van bovenstaande bedragen de nacalculatie op de frequenties en de trend 2010 is uitgevoerd.

Dit was de laatste nacalculatie op de frequenties. Bij de invoering van vrije tarieven vindt sowieso geen nacalculatie meer plaats. Mocht er onverhoopt toch een tariefberekening per 2012 aan de orde zijn zal dit afhankelijk van de implementatie van de kostprijnsprincipes hooguit de trend kunnen betreffen.

De genoemde maximaal verhoogde vergoedingen zijn gebaseerd op het voor 2010 ook geldende gemiddelde maximumtarief van € 10,-.

Doorlopen traject

Om tot de tariefsberekening 2011 te komen, heeft de NZa over 2009 onderzoek gedaan naar de inkoopvoordelen en praktijkkosten van apothekhoudenden. Daarnaast zijn de uitgangspunten voor de tariefberekening 2011 met een klankbordgroep van apothekers en zorgverzekeraars besproken. Tenslotte is het besproken in een technisch overleg (d.d. 16 november 2010) en is het voorgelegd aan de Advies Commissie Cure Vrije Beroepsbeoefenaren. Hieronder wordt dit nader toegelicht.

Onderzoek inkoopvoordelen en praktijkkosten

De NZa heeft de afgelopen jaren vier onderzoeken uitgevoerd in deze sector. Op basis van de in de loop van de tijd gedane onderzoeken zijn de ontwikkelingen in de farmaceutische zorg ten aanzien van de standaardapothek in onderstaande tabel weergegeven:

Verkorte verlies en winstrekening	2004	2007	2008	2009
	EUR '000	EUR '000	EUR '000	EUR '000
Omzet geneesmiddelen (AIP waarde)	1861	2036	1900	1705
-/- Inkoopkosten geneesmiddelen	-1550	-1619	-1609	-1494
Inkoopvoordelen op de factuur	311	417	291	211
-/- Clawback	-98	-132	-50	-97
Mutatie verhoogde clawback			-45	13
Saldo inkoopvoordelen	213	285	196	127
Saldo inkoopvoordelen	213	285	196	127
WMG tariefsinkomsten	418	469	473	564
Totaal opbrengsten	631	754	669	691
Norminkomen apotheker	99	103	106	108
Overige praktijkkosten	429	465	518	496
Totaal kosten	528	568	624	604
Resultante	103	186	45	87

Bron: NZa

Uit de tabel is een aantal zaken af te lezen:

Inkomsten

Allereerst is zichtbaar dat het saldo van de inkoopvoordelen een dalende trend laat zien naar € 127.000 in 2009. Tegenover deze daling staat een toename van de WMG tariefsinkomsten welke in 2009 in totaal € 564.000,- bedragen.

– Onzekerheidsmarge

Voor 2009 werd gerekend met een onzekerheidsmarge van € 38.000,- per standaardapothek. De resultante voor 2009 bedraagt € 87.000,-. Achteraf concludeert de NZa dat de resultante deze onzekerheidsmarge te boven gaat, in totaal € 49.000 per standaardapothek. In macrocijfers komt deze € 49.000,- overeen met een bedrag van circa € 100 miljoen (op basis van 1948 openbare apotheken en 459 apothekhoudende huisartsen).

De gegevens over 2010 zijn niet in het overzicht hierboven opgenomen. De uitkomsten van de verkorte verlies en winstrekening 2010 zijn vergelijkbaar met 2009. Op basis van de uitgevoerde actualisatie is het nieuwe geschatte resultaat 2010 dat het norminkomen te boven gaat € 92.000,- tegen een eerder verwachte onzekerheidsmarge van € 50.000,-. Oorzaak van de stijging zijn met name lagere praktijkkosten. Daartegenover staan per saldo lagere inkomsten door lagere Wmg tariefsinkomsten (daling volume) en hogere inkoopvoordelen, hetgeen

dus de onzekerheidsmarge € 42.000,- te boven gaat. In macrocijfers komt deze € 42.000,- overeen met een bedrag van circa € 85 miljoen (op basis van 1948 openbare apotheken en 459 apotheekhoudende huisartsen).

Achteraf concludeert de NZa dat de verwachte negatieve ontwikkelingen, waarvoor de onzekerheidsmarge als buffer was bedoeld, zich minder hebben voorgedaan dan wel dat de apotheekhoudenden zich beter hebben kunnen aanpassen dan was voorzien.

Voorts constateert de NZa dat de werkelijke opbrengsten van de tijdelijk verhoogde clawback gedurende 2009 en 2010 lager zijn dan de eind 2008 verwachte clawbackopbrengsten gedurende dezelfde periode. Dit is deels veroorzaakt doordat prijzen sterker zijn gedaald dan werd verwacht. De becijfering van bovenstaand effect verschil wordt over een periode van twee jaar geschat op circa € 20 miljoen.

Hoewel theoretisch beargumenteerbaar, was het niet aangekondigd dat de NZa de beter dan verwachte resultaten in 2009 en 2010 en de minder dan verwachte clawbackopbrengsten zou verrekenen in de tariefsberekening voor 2011. Deze bedragen hebben niettemin relevantie voor betrokken partijen en VWS en daarom is dit inzichtelijk gemaakt.

Toetsing klankbordgroep

Bovenstaande uitgangspunten zijn in september en in november 2010 getoetst aan de Klankbordgroep.

De NZa heeft de argumenten vanuit de klankbordgroep gewogen en geconcludeerd dat er geen nieuwe feiten zijn aangedragen die aanleiding geven tot het aanpassen van de aannames in het model die een effect hebben op de tariefsberekening van de standaardapothek.

Toetsing SFK en GIP

Naast de toetsing van de modelaannames zijn de uitkomsten van het model voor 2010 en 2011 voorts voorgelegd aan SFK (als vertegenwoordigers van de feiteninformatie van apotheekhoudenden) en GIP (als vertegenwoordiger van de feiteninformatie van zorgverzekeraars).

Voor 2010 hebben zowel SFK als GIP een macroverwachting afgegeven, voor 2011 heeft alleen het GIP een macro verwachting afgegeven. De uitkomsten van de verwachtingen van beide partijen zijn naast de modeluitkomsten op macroniveau van de NZa gezet en in onderstaande tabel samengevat:

Confrontatie uitkomsten 2010			
	GIP	2010 SFK	NZa
	EUR '000	EUR '000	EUR '000
Geneesmiddelen (excl. Unieke leveringen)	3215	3185	3169
Prijsontwikkeling tov voorgaande jaar (%)	-5,70%	4,40%	-9,90%
Volumeontwikkeling tov voorgaande jaar (%)	5,73%	-8,70%	5,22%
WMG inkomsten	1169	1276	1285
Mutatie aantal DDD's tov voorgaande jaar (%)	5,73%	-8,70%	5,22%

Confrontatie uitkomsten 2011			
	GIP	2011 SFK	NZa
	EUR '000	EUR '000	EUR '000
Geneesmiddelen (excl. Unieke leveringen)	3356	nb	3264
Prijsontwikkeling tov voorgaande jaar (%)	-1,4%	nb	0,0%
Volumeontwikkeling tov voorgaande jaar (%)	5,9%	nb	3,0%
Per saldo	4,4%	nb	3,0%
WMG inkomsten	1269	nb	1336
Stijging WMG inkomsten t.o.v. 2010	9%	nb	4%

Bron: NZa

Het verschil tussen GIP en SFK, NZa wordt verklaard door de pakketdefinitie. GIP rapporteert uitsluitend WMG omzet binnen het verzekerde pakket. SFK, NZa cijfers zijn gebaseerd op WMG omzet ongeacht de pakketstatus. De verschillen zijn besproken met zowel GIP als SFK en kunnen worden herleid naar dit verschil in pakketstatus. Op basis van bovenstaande tabel concludeert de NZa dat de uitkomsten van het model qua macrocijfers voor 2010 en 2011 in lijn liggen met de verwachtingen van vertegenwoordigers van feiteninformatie van apotheehoudenden en zorgverzekeraars.

Op een aantal punten zijn uiteenlopende feiten gerapporteerd. De NZa heeft in het beleid ruimte gelaten aan apotheehoudenden. Deze ruimte is gedeeltelijk kwantificeerbaar en gedeeltelijk niet. De kwantificeerbare ruimte bedraagt in totaal € 16.000 per standaardapothek (zie paragraaf 4.4 voor de onderbouwing van dit bedrag). De niet gekwantificeerde ruimte heeft betrekking op:

- De farmaceutische zorg is één van de weinige eerstelijns zorgmarkten waarbij gebruik wordt gemaakt van een extrapolatie naar de toekomst. Bij de berekening van het gederfd rendement zou een correctie (verlaging) van de rendementseis voor de risicoreductie als gevolg van de extrapolatie moeten worden toegepast;
- Uit het onderzoek CQ 2009 komt naar voren dat er een significant verband is tussen de omvang van een apotheek en het resultaat van dezelfde apotheek. Daaruit kan impliciet worden afgeleid dat kleine apotheken, gegeven de regulering, inefficiënt zijn. Bij de bepaling van de tarieven heeft de NZa deze kleine apotheken niet gecorrigeerd op de steekproef. Het uiteindelijke tarief wordt daarmee hoger vastgesteld;
- Lagere groei van de kosten van geneesmiddelen in 2011 ten opzichte van 2010 dan op basis van het langjarig historische cijfers verwacht zou mogen worden. Bij de tariefsberekening is voorzichtigheid betracht in het voordeel van de apotheehoudende;
- Op grond van openbare publicaties is een jaarlijkse toename zichtbaar van de verwerkingsgraad van apothekersassistenten. Dit weerspiegelt een steeds verdere optimalisatie van de bedrijfsvoering. Het is niet onaannemelijk dat hier ook sprake is van

efficiencywinsten. Met deze efficiencywinsten is vooralsnog geen rekening gehouden bij de tariefberekening 2011.

Daarnaast zijn gevoeligheidsanalyses uitgevoerd, door te kijken naar de modelmatige consequenties van elk van bovengenoemde variabelen afzonderlijk.

1. Inleiding

In 2009 heeft de NZa gerapporteerd over de uitkomsten van het onderzoek naar inkoopvoordelen en praktijkkosten over 2008, alsmede de doorrekening naar 2009 en 2010. Op basis van dit rapport heeft de NZa een besluit genomen over de hoogte van het gemiddeld tarief 2009 en 2010. In de rapportages is aangegeven dat de doorrekening naar 2009 en 2010 gebaseerd is op diverse aannames. Dit zijn aannames met betrekking tot de ontwikkelingen in de inkoopvoordelen en praktijkkosten, het individuele preferentiebeleid, de verschillende contractafspraken die verzekeraars in 2009 hebben afgesloten en overige (markt)ontwikkelingen.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de praktijkkosten en inkoopvoordelen van apotheekhoudenden over het jaar 2009. De uitkomsten van dit onderzoek worden gebruikt voor het verifiëren van de destijds gemaakte aannames voor het tarief voor 2009 en de extrapolatie ten bate van het tarief voor 2010.

Dit rapport dient verder als basis voor de beslissing over de aanpassing van de hoogte van het flexibele tarief voor farmaceutische zorg zoals dat per 1 januari 2011 wordt vastgesteld.

1.1 Uitvoering

Onderzoeksbureau ConQuaestor B.V., eindverantwoordelijk, in samenwerking met onderzoeksbureau Significant B.V., hierna: CQ 2009, hebben in opdracht van het Ministerie van VWS, met de NZa als onderaanbesteder, in de periode april tot en met juli 2010 een aselechte steekproef onder apotheekhoudenden verricht voor het onderzoek naar de werkelijke inkoopvoordelen en praktijkkosten over 2009. Ter verificatie van de gevonden inkoopvoordelen zijn de door fabrikanten en groothandels verstrekte en de rechtstreeks door zorgverzekeraars ontvangen inkoopvoordelen onderzocht. Tevens zijn de verstrekte inkoopvoordelen in het 1^e kwartaal 2010 bij de leveranciers/fabrikanten in kaart gebracht. De uitkomsten van dit onderzoek zijn aan de NZa gerapporteerd in rapporten d.d. 12 november 2010. In tegenstelling tot voorgaande jaren wordt nu gezamenlijk gerapporteerd over onderzoek A (inkoopvoordelen) en B (praktijkkosten).

1.2 Standaardapotheek

Voor de tariefonderbouwing heeft de NZa net als in voorgaande jaren bewust een aantal subpopulaties van apotheekhoudenden niet meegenomen. Dit zijn de ketenapotheken met groothandel, de poliklinische apotheken en de apotheekhoudende huisartsen. De NZa neemt de uitkomsten van de bovengenoemde subpopulaties niet mee, omdat bij deze apotheekhoudenden de inkoopvoordelen en organisatie-/apotheekkosten wegens beleidsmatige beslissingen anders neergelegd kunnen worden binnen hun organisatorische structuur². De definitie van de standaardapotheek is hiermee identiek aan eerdere onderbouwingen. Dit is dus consistent met eerdere tariefonderbouwingen.

² Zie ook [Eindrapport Onderzoek inkoopvoordelen en praktijkkosten farmacie](#) oktober 2008, p. 35.

De gewogen gemiddelde uitkomsten van de overige subpopulaties worden als uitkomsten van de standaardapotheek voor de tariefonderbouwing gehanteerd. Dit gewogen gemiddelde is gebaseerd op het aantal apotheken in de betreffende subpopulaties. Allereerst worden de uitkomsten voor de subpopulatie dienstapotheken op basis van receptregels pro rato toegerekend aan de overige 3 subpopulaties: ketenapotheken zonder groothandel, ketenapotheken met groothandel en overig openbaar. De subpopulatie dienstapotheken wordt met deze stap fictief toegerekend aan al de andere subpopulaties. Het specifieke deel van de subpopulatie dienstapotheek dat wordt toegewezen aan de keten met groothandel valt met deze methodiek daarmee buiten de standaardapotheek.

Door de gedeeltelijke toerekening van de dienstapotheek aan de ketens met groothandel, weegt effectief circa 75% van deze subpopulatie mee in de standaardapotheek. Na toerekening van de subpopulatie dienstapotheken wegen de ketens zonder groothandel effectief voor 13% (afgerond) en de openbare apotheken voor 87% (afgerond) mee in de standaardapotheek.

1.3 Nacalculatie frequenties

In de vigerende beleidsregel Prestatiebesteding farmaceutische zorg is opgenomen dat een nacalculatie op de frequenties en de trend 2010 plaats vindt. De effecten van deze nacalculatie wordt verwerkt in het tarief voor het volgende jaar.

In de gepresenteerde tarieven voor 2011 is nacalculatie uitgevoerd. Als basis voor de nacalculatie dienden de van SFK ontvangen frequenties van prestaties tot en met oktober 2010. De nacalculatie vond plaats op basis van tien maanden. Het tarief 2011 moet door de nacalculatie over 2010 met € 0,10 worden verhoogd. Het transitietarief is vastgesteld op € 7,40, welke door de nacalculatie met € 0,10 wordt verhoogd tot € 7,50.

In navolging van een afspraak tussen KNMP en VWS worden de griepvaccinaties gedurende 2010 in verband met de pandemie niet meegenomen in de nacalculatie op de frequenties.

Dit was de laatste nacalculatie op de frequenties. Bij de invoering van vrije tarieven vindt sowieso geen nacalculatie meer plaats. Mocht er onverhoopt toch een tariefberekening per 2012 aan de orde zijn zal dit afhankelijk van de implementatie van de kostprijnprincipes hooguit de trend kunnen betreffen.

2. Kostendekkende tarief

2.1 Kostendekkend tarief

De NZa is verantwoordelijk voor de vaststelling van een kostendekkend tarieven voor de farmaceutische zorgverlening. Uitgangspunt daarbij is dat de tarieven uitsluitend bedoeld zijn om dekking te geven aan de kosten van WMG-zorg. De tarieven dienen gemiddeld bezien het totaal van de praktijkkosten en het norminkomen van de standaardapotheek te dekken. Dit komt overeen met de vaststelling van tarieven voor andere vrije beroepsbeoefenaren. De vaststelling van tarieven binnen de farmacie komt daar op dit moment nog niet in zijn geheel mee overeen. Als er geen vrije tarieven komen zal de NZa bij toekomstige vaststelling van de tarieven voor de farmacie deze (meer) laten aansluiten bij de overige vrije beroepsbeoefenaren.

Sinds de invoering van het preferentiebeleid werd binnen de farmaceutische zorg gewerkt met een onzekerheidsmarge, waarvan vervolgens de hoogte daarvan de afgelopen jaren werd afgebouwd. Zie paragraaf 5.3.1. voor de overwegingen. De NZa acht het niet langer nodig om deze tijdelijke maatregel te continueren. Ook omdat achteraf is gebleken dat de onzekerheidsmarge in 2009 en 2010 niet nodig was. De onzekerheden waren minder dan verwacht en met de kennis van nu zijn de aannames destijds te voorzichtig zijn geweest in het voordeel van de apotheekhoudende.

De NZa stelt momenteel tarieven vast voor de farmaceutische zorgverlening. Die bestaan enerzijds uit de vergoeding voor de dienstverlening (en eventuele toeslagen) en anderzijds uit een vergoeding voor inkoopkosten van UR-geneesmiddelen (inclusief een eventuele clawback).

Op de verkoop van geneesmiddelen behalen apotheekhoudenden inkoopvoordelen. Op grond van een aanwijzing van VWS worden deze inkoopvoordelen ex ante verrekend. Deze ex ante verrekening van de inkoopvoordelen geschiedt op een 2-tal manieren.

- Gedeeltelijke verrekening via de clawback. De clawback is een vast percentage met een gemaximeerd bedrag van de kosten van de geneesmiddelen die een apotheekhoudende in mindering brengt op zijn declaraties. Als uitgegaan wordt van verrekening van inkoopvoordelen dan is, naar de mening van de NZa, verrekening via de clawback de meest geëigende manier. De inkoopvoordelen zijn namelijk ook verkregen op de inkoop van geneesmiddelen. De clawback is vastgesteld op 6,82%, terwijl het percentage inkoopvoordelen hoger ligt. Als gevolg daarvan is na aftrek van clawback sprake van resterende inkoopvoordelen.
- Gedeeltelijke verrekening via de vergoedingen voor de farmaceutische dienstverlening. De verrekening van deze resterende inkoopvoordelen betekent dat de vergoedingen voor de farmaceutische dienstverlening niet (volledig) kostendekkend worden berekend.

Momenteel bevindt de farmaceutische zorg zich in een transitiefase naar vrije prijzen per 1 januari 2012. Sinds 2009 is een stap naar meer vrijheden gezet door de mogelijkheid te creëren voor zorgverzekeraar en apotheekhoudende gezamenlijk om bovenop de geldende vergoeding aanvullende afspraken te maken over een hoger gemaximeerd tarief (het zogenoemde max-max tarief). Daarbij is ook de hoogte van de clawback

onderhandelbaar gemaakt. Een aantal zorgverzekeraars en apothekers hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Bij deze wil de NZa benadrukken dat partijen de bestaande vrijheden kunnen benutten.

De NZa stelt in de transitie fase een transitietarief vast. Het tarief 2011 is opgebouwd uit een kostendekkend tarief voor de dienstverlening van € 7,96, min een verrekening van de ingeschatte inkoopvoordelen die apothekers ontvangen.

De farmacie gaat in 2012 over naar vrije prijzen. Dit betekent dat apothekers en verzekeraars samen onderhandelen over de prijs en de kwaliteit van de geneesmiddelen en de dienstverlening. Om de verandering zo overzichtelijk mogelijk te laten verlopen, heeft de NZa voor 2011 een transitietarief vastgesteld. Met dit tarief krijgen apothekers de ruimte om bijvoorbeeld te investeren in de kwalitatieve verbetering van de farmaceutische zorg, ICT-aanpassingen te doen en te werken aan de nieuwe prestatieomschrijvingen die recent zijn vastgesteld en in 2012 worden ingevoerd.

In het tarief zijn niet alle te verwachten inkoopvoordelen op geneesmiddelen van apothekers verrekend. De NZa laat ruimte aan de verzekeraars om de komende tijd hun rol op te pakken en de resterende inkoopvoordelen in hun afspraken met apothekers te verrekenen. Bijvoorbeeld door lagere tarieven af te spreken of apothekers te belonen naar de kwaliteit die hun verzekerden wordt geboden.

Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid op een verantwoorde en doelmatige manier zorg in te kopen, zo ook de geneesmiddelen. De inkoopvoordelen die op deze geneesmiddelen worden behaald spelen hierbij een rol. De afgelopen jaren hebben de zorgverzekeraars inkoopkosten van geneesmiddelen verlaagd en daarmee de grootte van inkoopvoordelen verkleind door het preferentiebeleid in te voeren. Zij hebben hun rol al (gedeeltelijk) opgepakt. De NZa wenst deze rol in 2011 verder uit te breiden. Om te benadrukken dat deze verantwoordelijkheid verder wordt uitgebreid geeft de NZa impliciet aan dat niet alle resterende inkoopvoordelen verrekend worden in de vergoedingen voor de farmaceutische dienstverlening. De NZa speelt hierbij in op de introductie van vrije prijzen in 2012 waarbij geen sprake meer is van een verrekening van inkoopvoordelen in het tarief voor farmaceutische zorgverlening. Dit is een signaal naar marktpartijen dat de vrijheidsgraden steeds verder aan het toenemen zijn.

Tot op heden heeft de NZa, vanuit het perspectief van betaalbaarheid van de consument en de aanwijzing van VWS, deze verrekening van de inkoopvoordelen in het tarief uitgevoerd.

Conclusie

De NZa stelt een transitietarief vast. De NZa geeft hiermee mede het signaal af aan relevante marktpartijen dat zij worden geacht verantwoordelijkheid te nemen voor het verrekenen van de inkoopvoordelen voor zover die niet via de clawback zijn verrekend.

2.2 Extrapolatie

De invoering van het preferentiebeleid was de aanleiding voor de NZa om bij haar tariefsberekening gebruik te maken van extrapolatie. De uitkomsten van het preferentiebeleid waren destijds dermate onzeker dat extrapolatie zinnig leek.

Per definitie zijn aannames in de extrapolatie over toekomstige ontwikkelingen niet met zekerheid vast te stellen en dus betwistbaar. Ten grondslag aan de extrapolatie liggen met name de onzekerheden ten aanzien van de inkoopvoordelen. In een markt is de verrekening van deze inkoopvoordelen niet de taak van de NZa, maar de verantwoordelijkheid van relevante marktpartijen. Uitgaande van een in de toekomst kostendekkend tarief voor de dienstverlening zonder rekening te houden met resterende inkoopvoordelen maakt extrapolatie minder relevant.

Uit het feitenonderzoek CQ 2009 blijkt bovendien dat achteraf geconcludeerd kan worden dat zelfs met extrapolatie de werkelijkheid ex post significant anders is dan de ex ante extrapolatie.

De NZa sluit niet uit dat dit de laatste keer is dat gebruik wordt gemaakt van extrapolatie. Dit punt maakt overigens onderdeel uit van de nog vast te stellen kostprijnsprincipes van de NZa en de daarin vast te stellen lijn zal, indien er gereguleerd wordt, worden gevolgd.

Conclusie:

Bij onverhoopte toekomstige tariefsberekening voor de farmaceutische zorgverlening wordt aangesloten bij dan geldende principes. De NZa constateert dat de relevantie van extrapolatie afneemt als de inkoopvoordelen geen onderdeel maken van de tariefsberekening. Overigens zal het vaststellen van tarieven alleen nodig zijn als vrije prijzen niet worden ingevoerd per 1 januari 2012.

2.3 Inkoopvoordelen en transitie

De NZa is van mening dat het zuiverder is om de inkoopvoordelen niet (gedeeltelijk) te verrekenen in de vergoedingen voor de farmaceutische dienstverlening. De NZa geeft aan dat het haar voorkeur heeft dat de inkoopvoordelen verdeeld worden door de relevante marktpartijen.

De NZa heeft oog voor de transitiefase waarin de farmaceutische zorg zich bevindt. In deze fase hebben partijen bij de NZa aangegeven om niet teveel te veranderen in de bestaande systematiek. In de transitiefase is het belangrijk dat de veranderingen overzichtelijk blijven. Daarnaast zijn er ook onzekerheden in de extrapolatie. De NZa stelt in de transitiefase een transitietarief (inclusief nacalculatie van € 0,10) vast van € 7,50

De NZa merkt daarbij op dat in de situatie dat de NZa geen transitietarief zou vaststellen de volgende mogelijkheden zouden hebben bestaan (exclusief nacalculatie):

- Bij een clawback van 6,82% en 0% verrekening van de resterende inkoopvoordelen bedraagt de vergoeding voor de farmaceutische dienstverlening € 7,96;
- Bij een clawback van 6,82% en 100% verrekening van de resterende inkoopvoordelen bedraagt de vergoeding voor de farmaceutische dienstverlening € 6,90.

3. Uitkomsten 2009

3.1 Resultaat van apotheekhoudenden

In onderstaande tabel zijn de resultaten per subpopulatie weergegeven:

Tabel 3.1. Resultatenrekening per subpopulatie 2009

	Analyse van het 'resultaat' per apotheek, met norminkomen						
	Totaal Openbare apotheeken	Dienstapotheken	Ketenapotheek met groothandel	Ketenapotheek zonder groothandel	Overige openbare apotheeken	Poliklinische apotheeken	Apotheekhoudende huisartsen
Inkomsten							
Inkoopvoordelen WMG	€ 209.000	€ 11.000	€ 229.000	€ 176.000	€ 217.000	€ 118.000	€ 47.000
WMG-vergoeding	€ 555.000	€ 334.000	€ 562.000	€ 483.000	€ 573.000	€ 537.000	€ 152.000
Aantal WMG-verstrekkingen	85.859	18.514	91.653	76.727	88.595	50.081	26.554
Totaal inkomsten	€ 764.000	€ 345.000	€ 790.000	€ 658.000	€ 789.000	€ 655.000	€ 199.000
Kosten							
Praktijkkosten excl. 1e apotheker WMG	€ 501.000	€ 289.000	€ 558.000	€ 484.000	€ 491.000	€ 534.000	€ 105.000
Norminkomen	€ 106.000	€ 0	€ 108.000	€ 108.000	€ 108.000	€ 108.000	€ 32.000
Totaal kosten	€ 607.000	€ 289.000	€ 666.000	€ 592.000	€ 599.000	€ 642.000	€ 137.000
Resultaat voor clawback	€ 157.000	€ 56.000	€ 125.000	€ 66.000	€ 191.000	€ 13.000	€ 62.000
Clawback	-€ 81.000	-€ 7.000	-€ 88.000	-€ 73.000	-€ 83.000	-€ 42.000	-€ 25.000
Resultaat na aftrek clawback	€ 76.000	€ 50.000	€ 37.000	-€ 7.000	€ 107.000	-€ 29.000	€ 37.000

Bron: Onderzoek naar inkoopvoordelen en praktijkkosten 2009 (hierna: Onderzoek CQ 2009)

Op basis van de standaardapotheek, zoals toegelicht in paragraaf 1.2 zijn bovenstaande feitelijke bevindingen van het onderzoek CQ 2009 vertaald naar de standaardapotheek. De uitkomsten voor de standaardapotheek, in een historisch perspectief, zijn als volgt:

Tabel 3.2. Verkorte resultatenrekening standaardapotheken 2004, 2007-2009

Verkorte verlies en winstrekening	2004	2007	2008	2009
	EUR '000	EUR '000	EUR '000	EUR '000
Omzet geneesmiddelen (AIP waarde)	1861	2036	1900	1705
-/- Inkoopkosten geneesmiddelen	-1550	-1619	-1609	-1494
Inkoopvoordelen op de factuur	311	417	291	211
-/- Clawback	-98	-132	-50	-97
Mutatie verhoogde clawback			-45	13
Saldo inkoopvoordelen	213	285	196	127
Saldo inkoopvoordelen	213	285	196	127
WMG tariefsinkomsten	418	469	473	564
Totaal opbrengsten	631	754	669	691
Norminkomen apotheke	99	103	106	108
Overige praktijkkosten	429	465	518	496
Totaal kosten	528	568	624	604
Resultante	103	186	45	87

Bron: NZa

Voor de vergelijking zijn de resultaten van eerdere onderzoeken ook opgenomen.

Vanaf 2007 is zichtbaar dat het saldo van de inkoopvoordelen een dalende trend laat zien naar € 127.000,- in 2009. Tegenover deze daling

staat een toename van de Wmg-tariefsinkomsten welke in 2009 in totaal € 564.000,- bedragen.

Het werkelijke gemiddelde resultaat van de standaardapothek 2009 bedraagt € 87.000,- meer dan verwacht. Voor 2009 werd voorcalculatorisch gerekend met een onzekerheidsmarge van € 38.000,-.

In de navolgende paragrafen wordt ingegaan op de bevindingen per onderdeel van bovenstaande resultatenrekening over 2009. Dit zijn de inkoopvoordelen, de Wmg-tariefsinkomsten en de praktijkkosten. Daarnaast komen een aantal specifieke punten aan de orde.

3.2 Inkoopvoordelen

Voor de uitkomsten van de inkoopvoordelen 2009 wordt verwezen naar het onderzoeksrapport van CQ 2009. In deze paragraaf wordt de vergelijking gemaakt met de gevonden inkoopvoordelen uit eerdere onderzoeken.

3.2.1 Inkoopvoordelen 2007-2009

Tabel 3.3. Macro inkoopvoordelen Wmg-geneesmiddelen 2007-2009

Betreft	2007	2008	2009
Korting op factuur	777,1	566,4	427,3
Overig	12,6	18,6	1,0
Totaal	789,7	585,0	428,3

Bron: Onderzoek CQ 2007-2009

De inkoopvoordelen 2009 bedragen € 428,3 miljoen. In de periode 2007-2009 is het absolute bedrag aan inkoopvoordelen gedaald met 46%.

Tabel 3.4. Gemiddelde kortingspercentages van kortingen op factuur Wmg-geneesmiddelen in 2007-2009

Soort	2007	2008	2009
Openbare apotheken	19,9%	14,7%	12,5%
Ketenapotheken met groothandel		12,4%	12,8%
Ketenapotheken zonder groothandel		16,2%	11,6%
Poliklinische apotheken		13,5%	12,9%
Dienstapotheken		19,0%	12,0%
Overig openbare apotheken		15,2%	12,5%
Apotheekhoudende huisartsen	18,1%	15,5%	9,4%
Totaal		14,7%	12,3%

Bron: Onderzoek CQ 2007-2009

De openbare apotheken ontvangen een gemiddeld inkoopvoordeel van 12,5% op de factuur. Daarbuiten zijn geen inkoopvoordelen geconstateerd. Apotheekhoudende huisartsen ontvangen een gemiddeld inkoopvoordeel van 9,9%, waarvan 9,4% korting op factuur. Historisch is sprake van een daling van het percentage inkoopvoordelen. De daling van het percentage inkoopvoordelen neemt af.

Opmerkelijk is de daling van gemiddelde kortingspercentage bij ketens zonder groothandel. Door de belangentegenstelling tussen de keten van apotheken met groothandel is de verwachting dat hier een hoger kortingspercentage wordt behaald. Dit is niet uit het onderzoek van CQ 2009 gebleken.

De inkoopvoordelen van de apotheekhoudende huisartsen zijn een stuk lager zijn dan die van de openbare apotheken. Een sluitende verklaring is op dit moment niet door ons te geven en kan onderwerp worden van volgend onderzoek. Een mogelijke verklaring kan zijn dat inkoopvoordelen in een entiteit terecht komen die buiten het onderzoek vallen.

Onderstaand wordt het meerjarenoverzicht op de macro inkoopvoordelen verstrekt.

Tabel 3.5. Gemiddelde inkoopvoordelen op Wmg-geneesmiddelen per apotheekhoudende 2007-2009 voor de subpopulaties

Soort	2007	2008	2009
Openbare apotheken	401.000	288.000	209.000
Ketenapotheken met groothandel		253.000	229.000
Ketenapotheken zonder groothandel		279.000	176.000
Poliklinische apotheken		358.000	118.000
Dienstapotheken		43.000	11.000
Overig openbare apotheken		306.000	217.000
Apotheekhoudende huisartsen	104.000	86.000	47.000

Bron: Onderzoek CQ 2007-2009

Volledigheidshalve merken wij op dat op bovenstaande inkoopvoordelen de clawback niet in mindering is gebracht.

In de periode 2007-2009 constateren wij dat het gemeten inkoopvoordeel is gedaald en ultimo 2009 voor de openbare apotheken € 209.000,- bedraagt. Bij de standaardapotheek bedragen de inkoopvoordelen in 2009 € 211.000,-.

Opvallend is de daling van het inkoopvoordeel bij poliklinische apotheken. Deze is in 2009 meer dan gehalveerd ten opzichte van 2008 en bedraagt € 118.000,-. Een duidelijke verklaring is niet aanwezig.

Voor de tariefsberekening 2009 is in juli 2009 een extrapolatie opgesteld (hierna: herberekening 2009). Een vergelijking tussen de aannames en de werkelijkheid ten aanzien van de inkoopvoordelen laat de volgende verschillen zien.

Tabel 3.6. Inkoopvoordelen 2009: Werkelijk versus Herberekening

(in duizenden euro's)	Werkelijk 2009	Herberekening juli 2009	Vershil
Totaal inkoopvoordelen	211.000	196.000	+/- 15.000

Bron: NZa

Hieruit wordt duidelijk dat de werkelijke inkoopvoordelen € 15.000,- hoger zijn dan verwacht tijdens de in juli 2009 uitgevoerde extrapolatie.

3.2.2 Confrontatie gevonden inkoopvoordelen apothekhoudenden en inkoopvoordelen leveranciers

Naast het onderzoek naar inkoopvoordelen en praktijkkosten bij apothekhoudenden zijn de verstrekte kortingen door leveranciers en fabrikanten van geneesmiddelen onderzocht. Er is aansluiting gezocht tussen de inkoopvoordelen die uit het onderzoek bij apothekhoudenden naar boven kwamen en de verstrekte kortingen zoals gerapporteerd door leveranciers en fabrikanten.

Uit het rapport van ConQuaestor is geconstateerd dat tussen de gevonden inkoopvoordelen bij apothekhoudenden en de geleverde inkoopvoordelen door leveranciers een verschil zit van 1,5%. Dit geringe verschil bevestigt naar de mening van de onderzoekers de betrouwbaarheid van de gevonden inkoopvoordelen bij apothekhoudenden in de steekproef.

Het onderzoek bij de leveranciers heeft ook inzicht opgeleverd over de kortingspercentages per inkoopkanaal.

Tabel 3.7. Kortingspercentage opgesplitst naar inkoopkanaal 2007 en 2009

Inkoopkanaal	2007	2009
Specialité	8%	6,5%
Generiek	62%	36,0%
Parallel	14%	15,9%

Bron: NZa

In 2008 zijn de kortingspercentages per inkoopkanaal niet onderzocht. De bij de herberekening 2009 geschatte percentage aan inkoopvoordelen bedroegen 8,3% voor Specialité en 20,6% voor generiek.

Niet alle leveranciers waren in staat de kortingen naar inkoopkanaal aan te geven. Bovenstaande percentages zijn gebaseerd op 50% van de omzet van fabrikanten en leveranciers.

Een deel van de kortingen, de volumekortingen, hebben niet direct betrekking op een kanaal. Verondersteld is dat de volumekortingen evenredig over de kanalen en de buiten Wmg-activiteiten verdeeld zijn.

Op basis van bovenstaande tabel concludeert NZa dat de kortingspercentages op generieke middelen gedaald zijn van 62% naar 36%. NZa is medegedeeld dat dit met name het gevolg is van het preferentiebeleid. NZa constateert dat er ondanks het preferentiebeleid nog steeds sprake is van opmerkelijk hoge inkoopvoordelen.

3.2.3 Correcties op gemeten inkoopvoordelen

De onderzoeksmethodiek ten aanzien van de inkoopvoorden is gebaseerd op de informatie die ontsloten wordt uit het AIS. Door een vergelijking tussen de uitkomsten van het AIS met de financiële administratie kan worden bepaald of de informatie uit het AIS een goede indicator is voor de werkelijke brutowinst. Bekend is dat bij de bepaling van de inkoopvoordelen rekening kan worden gehouden met een aantal specifieke punten. Het gaat om de gevallen waarbij de afgerekende prijs anders is dan de AIP-waarde die uit het apothekersinformatiesysteem blijkt.

- Laagste prijs garantie, waarbij de laagste prijs wordt vergoed en gedeclareerd door apothekhoudenden, ongeacht door welke fabrikant wordt geleverd;
- Bandbreedte in minst strikte vorm: maximaal wordt laagste prijs + x% vergoed, ongeacht wat wordt geleverd. Als prijs van een geneesmiddel valt onder bandbreedte, dan wordt natuurlijk die prijs vergoed en niet de bandbreedte. Hier is sprake van negatieve kortingen voor de geneesmiddelen boven de bandbreedte;
- Onjuiste declaraties.

Naast bovengenoemde negatieve correcties op de inkoopvoordelen zullen er ook positieve effecten zijn. In het onderzoek CQ 2009 is een vergelijking gemaakt tussen de theoretische brutomarge en de brutomarge in de financiële administratie. Verschillen kunnen onder andere worden veroorzaakt door:

- Specifieke vergoedingsafspraken (voor geneesmiddel en dienstverlening) aan AWBZ instellingen / penitentiaire instellingen;
- Vergoeding voor unieke geneesmiddelen (via de standaardapothek);
- Afrekeningen van verzekeraars van oude jaren;
- Werkelijke bruto marge hulpmiddelen / B WMG geneesmiddelen etc.;
- 'Negatieve kortingen'.

In het CQ 2009 onderzoek is geanalyseerd of het apothekersinformatiesysteem (hierna AIS) een betrouwbare bron is door deze informatie te vergelijken met het administratieve werkelijkheid. De conclusie van de onderzoekers is dat het AIS betrouwbaar is. De afwijking is beperkt waardoor de stelling gerechtvaardigd is dat het financiële effect van effecten als afgewezen en/of verlaagde declaraties beperkt van omvang zijn of dat de verschillende componenten onderling compenserend zijn op totaalniveau van de apotheek.

Uit het onderzoek CQ 2009 is gebleken dat de individuele bovenstaande effecten niet gekwantificeerd kunnen worden, maar dat het saldo van alle effecten in 2009 per saldo voor de openbare apotheken € 1.000,- bedraagt. Dit houdt in dat de theoretische brutomarge op basis van het onderzoek CQ 2009 € 1.000,- hoger is dan de werkelijke brutomarge zoals opgenomen in de financiële administratie. CQ 2009 acht het AIS daarmee een betrouwbare bron van het onderzoek.

In de berekening van het tarief zoals eerder gepresenteerd is geen rekening gehouden met het verschil tussen de theoretische brutomarge en de werkelijke brutomarge.

3.3 Wmg-inkomsten

De uitgevraagde prestaties zijn, volgens de methodiek van hoofdstuk 1.2, herleid naar aantallen voor de standaardapotheek. Met behulp van deze prestaties is de Wmg-vergoeding voor de standaardapotheek berekend op € 564.000,-.

Tabel 3.8. Basisprestaties voor de standaardapotheek (2009).

(in aantallen en in euro's)	aantal basisprestaties	vergoeding basisprestaties
Standaard terhandstellingen	65.518	377.000
Week terhandstellingen	21.153	70.000
Totaal aantal basisprestaties	86.671	447.000
Eerste uitgaven	17.219	72.000
ANZ recepten	958	12.000
Bijzondere magistrale bereidingen	115	10.000
Reguliere magistrale bereidingen	1.927	23.000
Niet gespecificeerd	831	0
Totaal		564.000

Bron: NZa

Het totaal aan Wmg-inkomsten vertoont in de periode 2004-2009 een stijgende lijn van € 418.000,- in 2004 naar € 564.000,- in 2009 (+/+35%).

Voor de tariefsberekening 2009 is een herberekening 2009 opgesteld. Een vergelijking tussen de aannames en de werkelijkheid ten aanzien van de Wmg-inkomsten laat de volgende verschillen zien.

Tabel 3.9. Wmg-Tariefsinkomsten 2009: Werkelijk versus Herberekening

(in duizenden euro's)	Werkelijk 2009	Herberekening juli 2009	Vershil
Totaal Wmg-tariefsinkomsten	564.000	591.000	-/- 27.000

Bron: NZa

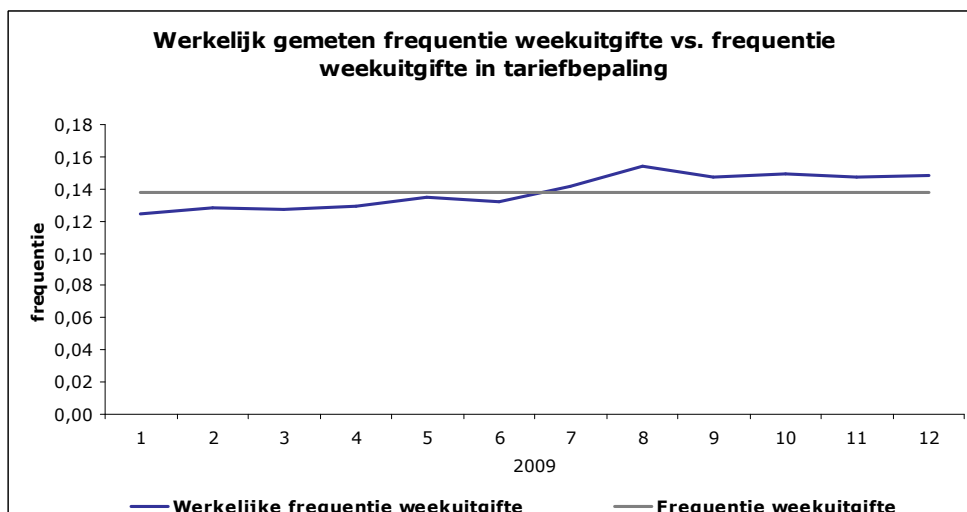
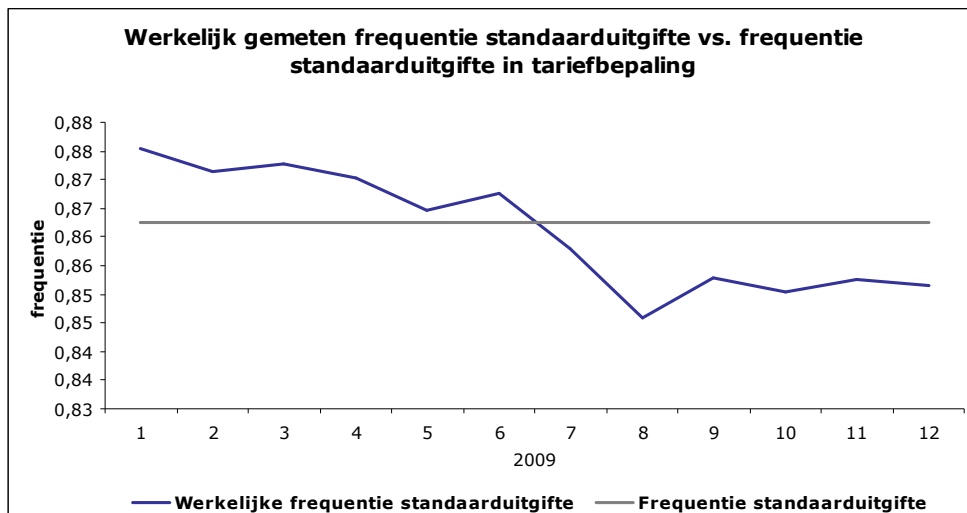
Hieruit wordt duidelijk dat de werkelijke Wmg-inkomsten € 27.000,- lager zijn dan verwacht tijdens de extrapolatie. Dit verschil wordt verklaard door de relatieve omvang van de standaardapotheek ten opzichte van de macro omvang (gemeten in synthetische receptregels). De standaardapotheek wordt immers periodiek vastgesteld door een steekproef. Dit verschil kan mogelijk worden verklaard door het verschil in relatieve omvang.

3.3.1 Weekafleveringen

Over 2009 heeft NZa regelmatig signalen ontvangen over een sterke toename van het aantal weekafleveringen ten opzichte van de standaard terhandstelling. De signalen spreken van een relatief hoge vergoeding voor deze prestatie ten opzichte van de marginale kosten van uitbesteding. Op de ontvangen data is een analyse gemaakt op de ontwikkeling van de basisprestaties. Onderstaand wordt het verloop van de prestatiefrequentie per maand ten opzichte van de voorcalculatorische uitgangspunten weergegeven. Vanaf mei 2009 zijn de vergoedingen per prestatie gewijzigd. Vastgesteld kan worden dat daarna de frequentie

van de weekaflevering is gaan afwijken van deze voorcalculatorische uitgangspunten. Een mogelijk gevolg van deze ontwikkelingen kan zijn dat de personeelskosten zo sterk zijn gedaald.

Tabel 3.10. Werkelijk gemeten aantal standaard- en weekuitgiftes gedurende 2009.



Bron: NZa

De NZa heeft onvoldoende gegevens beschikbaar om te kunnen stellen dat het tarief voor de weekterhandstellingen te hoog is vastgesteld. Het is tot op heden niet mogelijk om een splitsing te maken in welk gedeelte van de stijging veroorzaakt wordt door zorginhoudelijke criteria en welk gedeelte door financiële aantrekkelijkheid ingegeven wordt. Deze vraag is voorgelegd aan de klankbordgroep waaruit geen eenduidige richting uit gedestilleerd kan worden. Om deze redenen kan de NZa bij de bepaling van het tarief dit niet afzonderlijk mee laten wegen. Het tarief voor de weekterhandstelling wordt daarom ten opzichte van de andere prestaties niet herwogen.

3.4 Praktijkkosten

Voor de standaardapotheek zijn de aan de Wmg-omzet toe te rekenen praktijkkosten, excl. kosten 1^e apotheker, als volgt weer te geven:

3.11. Werkelijke praktijkkosten standaardapotheek

Personeel	303.000
Huisvesting	61.000
ICT	23.000
auto/bezorging	8.000
Algemeen	89.000
Financieel	12.000
Totaal	496.000

Bron: NZa

Hierbij zijn de door Conquaestor gemeten certificering- en inkoopkosten gerubriceerd onder de algemene kosten. In vorige onderzoeken zijn de certificering- en inkoopkosten niet apart gemeten.

De praktijkkosten laten in de periode 2004-2008 een stijgende lijn zien. In 2009 is ten opzichte van 2008 een daling waargenomen van de totale omvang van de praktijkkosten met € 23.000 naar € 496.000,-.

Voor de tariefsberekening 2009 is een herberekening opgesteld. Een vergelijking tussen de aannames en de werkelijkheid ten aanzien van de praktijkkosten laat de volgende verschillen zien.

Tabel 3.12. Praktijkkosten 2009: Werkelijk versus Herberekening

(in duizenden euro's)	Werkelijk 2009	Herberekening juli 2009	Vershil
Personeel	303.000	343.000	-/- 40.000
Huisvesting	61.000	60.000	1.000
ICT	23.000	24.000	-/- 1.000
auto/bezorging	8.000	11.000	-/- 3.000
Algemeen	89.000	102.000	-/- 13.000
Financieel	12.000	14.000	-/- 2.000
Totaal praktijkkosten	496.000	555.000	-/- 59.000

Bron: NZa

Hieruit wordt duidelijk dat de kostenafwijking tussen de herberekening 2009 en de werkelijkheid 2009 van € 59.000,- overwegend veroorzaakt wordt door werkelijk lager dan verwachte personeelskosten (-/- € 40.000,-) en werkelijke lagere dan verwachte algemene kosten (-/- € 13.000,-).

3.5 Resultaat

Het voorgaande resumerend kan het werkelijke resultaat van de standaardapotheek worden vergeleken met de extrapolatie 2009. Zie onderstaande tabel voor zowel het resultaat dat is vastgesteld in het onderzoek en het resultaat dat is gebaseerd op basis van extrapolatie.

Tabel 3.13. Resultaat van de standaardapothek (2009)

(in duizenden euro's)	Extrapolatie 2009	Werkelijk 2009
Wmg-tariefinkomsten	591.000	564.000
Inkoopvoordeel	196.000	211.000
Totaal inkomsten	787.000	775.000
Praktijkkosten Wmg	555.000	496.000
Norminkomen	108.000	108.000
Totaal kosten	663.000	604.000
Netto resultaat	124.000	171.000
Clawback	86.000	84.000
Resultante	38.000	87.000

Bron: NZa

De belangrijkste verschillen tussen beide resultaten zijn als volgt.

- De tariefinkomsten blijken € 27.000,- lager te zijn dan verwacht;
- De inkoopvoordelen zijn € 15.000,- hoger zijn dan verwacht;
- De praktijkkosten zijn € 59.000,- lager dan verwacht. De lagere praktijkkosten worden bijna volledig veroorzaakt door lagere loonkosten.

De praktijkkosten zijn in 2009 gedaald door besparingen in de praktijkkosten en de inkoopvoordelen zijn hoger dan verondersteld. Per saldo wordt dit nadeel op de Wmg-prestaties gecompenseerd door hogere inkoopvoordelen en lagere praktijkkosten.

Zie ook hoofdstuk 4.1 voor een analyse tussen beide onderzoeken en de gevolgen hiervan voor het tarief.

3.5.1 Spreiding van resultaat

Er zijn diverse analyses uitgevoerd op het resultaat van de apotheken in de steekproef. Twee belangrijke conclusies die uit deze analyses kunnen worden getrokken zijn:

- de apotheken in weinig tot matig stedelijke gebieden hebben een significant hoger resultaat na clawback dan de apotheken in sterk tot zeer sterk stedelijke gebieden. Voor niet-stedelijke gebieden is er geen significant invloed vastgesteld;
- er is een statistisch significante invloed van de omvang van een apotheek in aantal Wmg-verstrekkingen en het resultaat na clawback. Met andere woorden: het resultaat van een apotheek wordt in belangrijke mate verklaard door de grootte van de apotheek.

De NZa kan niet beoordelen in welke mate de aantallen apotheken in de verschillende regio's een verklarende variabele zijn voor het significante verband. De grootte van de apotheek loopt ook door deze discussie. Deze beleidskeuze sluit ook aan bij de CBB uitspraak, namelijk dat voor de tariefsberekening uitgegaan kan worden van een gemiddelde. Voorts is de NZa is geen voorstander van tariefsdifferentiatie per regio's. De NZa is van mening dat partijen de flexibiliteit in het tarief kunnen gebruiken om afspraken te maken over de zorgcontinuïteit in een regio.

Ten aanzien van het aangetoonde verband tussen de grootte van de apotheek en het resultaat van dezelfde apotheek, constateert de NZa dat er in het onderzoek sprake is van inefficiënte werkende apotheken, gegeven de regulering. Als een apotheek namelijk te klein is, zorgt dit

feit ervoor dat deze apotheek haar vaste kosten niet gedekt krijgt en het norminkomen niet realiseert.

4. Extrapolatie 2010 en 2011

4.1 Inleiding

De uitkomsten van het onderzoek over 2009 en Q1 2010 vormt in principe de basis voor de extrapolatie naar 2010 en 2011. De extrapolatie is gebaseerd op de exploitatierekening van de standaardapothek.

De extrapolatie is gebaseerd op de afgeleide prestaties en geneesmiddelkosten per maand over 2009 van de standaardapothek. De afleiding is noodzakelijk omdat het onderzoek de prestaties en geneesmiddelkosten per jaar heeft gemeten. De afleiding heeft plaatsgevonden op basis van ontvangen informatie over 2009 van Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP), Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) en Farminform.

De extrapolatie 2010 is gebaseerd op informatie van SFK (januari tot en met juni). Vooral de data van SFK zijn gebruikt voor de onderbouwing van ontwikkelingen, omdat zij de meest gedetailleerde en complete actuele data konden leveren.

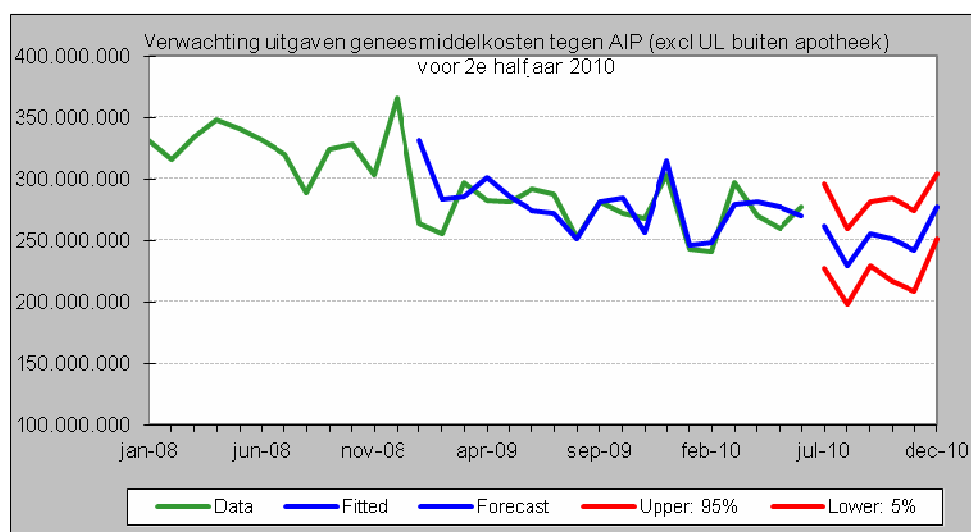
De bij het model gehanteerde aannames zijn getoetst bij de leden van de Klankbordgroep. Aanvullend zijn de uitkomsten van het model voor 2010 en 2011 voorgelegd aan vertegenwoordigers van feiteninformatie van enerzijds apothekhoudenden (SFK) en anderzijds zorgverzekeraars (GIP). Ook zijn met vertegenwoordigers van verschillende marktpartijen interviews gehouden om verwachte ontwikkelingen te identificeren. Voor zover onderbouwd worden deze marktontwikkelingen meegewogen.

4.2 Extrapolatie 2010

In het extrapolatiemodel dat wordt gehanteerd voor de onderbouwing van de exploitatierekening van een standaardapothek is de begrote exploitatierekening van de standaardapothek over 2009 het vertrekpunt. Hierin zijn de geneesmiddelenkosten, de prestatie inkomsten, clawback en inkoopvoordelen uit het onderzoek berekend voor de afzonderlijke maanden.

Van de geneesmiddelenkosten over de periode januari 2009 – juni 2010 is een analyse gemaakt om een verwachting voor geheel 2010 af te leiden. Deze uitkomsten zijn vergeleken met de uitkomsten van een tijdreeksanalyse over de periode januari 2008 tot en met juni 2010. De analyse dient als basis voor een schatting van de periode juli tot en met december 2010. De uitkomsten zijn consistent met elkaar. Onderstaand wordt van de geneesmiddelenkosten het schattingsinterval voor de 2^e helft van 2010 verstrekt.

Figuur 3.1. Uitgaven geneesmiddelenkosten tegen AIP (exclusief unieke leveringen buiten de apotheek) 2008-2010



Bron: NZa

Van de maanden januari 2010 – juni 2010 zijn de werkelijke geneesmiddelenkosten en prestaties op macro niveau bekend. Op grond van het relatieve aandeel van de standaardapotheek per december 2009 zijn deze toegerekend aan de standaardapotheek. Bij de toerekening heeft de NZa zoveel mogelijk gedifferentieerd naar de onderscheiden prestatie of inkoopkanaal. Over de periode juli 2010 – december 2010 is het verschil tussen jaarverwachting 2010 en realisaties januari 2010 – juni 2010 toegerekend. In het onderzoek naar de inkoopvoordelen 2009 is vastgesteld wat de inkoopvoordelen over het eerste kwartaal 2010 bedragen. Deze zijn voor geheel 2010 ongewijzigd verondersteld.

De volumestijgingen per prestatie zijn berekend op basis van de toename per prestatie over de periode januari 2010 – juni 2010 ten opzichte van eenzelfde periode in 2009. De NZa veronderstelt deze groei voor geheel 2010 ten opzichte van geheel 2009.

De uitkomsten van het model op basis van de gehanteerde aannames zijn als volgt weer te geven:

Tabel 4.2. Aansluiting model standaardapotheek met GIP en SFK verwachtingen

Confrontatie uitkomsten 2010	2010		
	GIP EUR '000	SFK EUR '000	NZa EUR '000
Geneesmiddelen (excl. Unieke leveringen)	3215	3185	3169
Prijswontwikkeling tov voorgaande jaar (%)	-5,7%	-8,7%	-9,9%
Volumewontwikkeling tov voorgaande jaar (%)	5,7%	4,4%	5,2%
WMG inkomsten	1169	1276	1285
Mutatie aantal DDD's tov voorgaande jaar (%)	5,73%	nb	5,22%

Bron: NZa

Bovenstaande tabel laat zien dat de uitkomsten van het model qua macrocijfers 2010 aansluiten bij de verwachtingen zoals geformuleerd door GIP en SFK over 2010. De verschillen ten opzichte van GIP zijn namelijk logisch te verklaren (zie paragraaf 4.3.2). De belangrijkste

variabelen van het model zijn daarmee geverifieerd. De praktijkkosten zijn namelijk een indexatie zoals opgelegd vanuit VWS.

Op basis van bovenstaande aansluiting constateert de NZa dat de modelmatige uitkomsten voor de standaardapothek representatief zijn. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de effecten die deze constatering heeft op het tarief voor 2010.

Nieuwe bekostigingsmodellen

In 2009 en 2010 is sprake van overeenkomsten tussen zorgverzekeraar en apotheker waarbij een vaste vergoeding per geneesmiddel voor het gemiddelde van een gedeelte van het geneesmiddelenpakket voor langere periode is afgesproken (het zogenaamde pakjesmodel). De afspraken betreffen niet alleen de vergoeding voor het geneesmiddel maar ook de hoogte van de vergoeding voor de dienstverlening en het al dan niet van toepassing zijn van een clawback.

De NZa heeft bij meerdere verzekeraars gegevens opgevraagd over de financiële consequenties van deze bekostigingsmodellen. De NZa heeft cijfers ontvangen van de eindafrekeningen tot april respectievelijk juni 2010. Op grond van een analyse van deze gegevens is de NZa van mening dat de uitkomsten geen aanleiding geven om de effecten van deze afspraken op te nemen in de tariefsberekening.

Hierbij is mede overwogen dat het resultaat van deze bekostigingsmodellen mede bepaald wordt door veranderende geneesmiddelprijzen, substitutieniveaus, inkoopvoordelen en de hoogte van de clawback. Deze bewegende elementen zullen gedurende de looptijd van de overeenkomst de uitkomst van de overeenkomst bepalen.

Op grond van de hoge contracteergraad van de basiscontracten zoals geconstateerd in de monitor Farmacie 2010 stelt de NZa dat marktpartijen na onderhandelingen rekening houden met een gerede kans op succes gedurende de looptijd van de overeenkomst. De NZa veronderstelt een rationeel handelende zorgondernemer. Gezien de looptijd van contracten zullen toekomstige uitkomsten van dit type overeenkomst tenminste tot en met 2011 buiten de tariefberekening blijven.

Onderstaand wordt een samenvatting voor 2010 verstrekt. De extrapolatie duidt op de nu uitgevoerde extrapolatie, hierna aan gerefereerd als actualisatie 2010. De in 2009 uitgevoerde extrapolatie naar 2010 wordt aan gerefereerd als extrapolatie 2010.

Tabel 4.3. Extrapolatie 2010

(in euro's)	Werkelijk 2009	Actualisatie 2010
Wmg-tariefinkomsten	564.000	633.000
Inkoopvoordeel	211.000	167.000
Totaal inkomsten	775.000	800.000
Praktijkkosten Wmg	496.000	519.000
Norminkomen	108.000	108.000
Totaal kosten	604.000	627.000
Netto resultaat	171.000	173.000
Clawback	84.000	81.000
Resultante	87.000	92.000

Bron: NZa

Tabel 4.4. Extrapolatie 2010.

(in euro's)	Actualisatie 2010
Inkomsten (Wmg) prestaties	633.000
Geneesmiddelkosten	1.618.000
Inkoopvoordelen	167.000

Bron: NZa

Praktijkkosten

De praktijkkosten zijn geschat op basis van de uitkomsten uit het onderzoek 2009 en verhoogd met de voorcalculatorische prijsindexatie van 1,25%³. De praktijkkosten stijgen met 68% van de volumestijging van de genormeerde basisprestaties. Hierbij is de NZa zich ervan bewust dat de kostenstijging mogelijk wordt overschat, immers de weekafleveringen zullen voor een aanzienlijk deel worden uitbesteed tegen lagere kosten dan nu wordt verondersteld. De NZa is niet in staat op basis van de huidige informatie de kosten van de uitbesteding van weekafleveringen nauwkeurig vast te stellen en corrigeert daarom de praktijkkosten niet voor dit effect. Als norm voor de volumeontwikkeling van de prestaties hanteert NZa de synthetische receptregel. Op grond van deze norm worden de praktijkkosten marginaal aangepast. Hij wordt als volgt berekend:

(Standaard terhandstellingen + week ter handstellingen/2)

Op basis van bovenstaande methodiek blijven jaarlijkse efficiencywinsten buiten beschouwing. (zie paragraaf 4.4)

Op grond van deze norm berekent de NZa een volumestijging van 5,73% over de periode januari 2010 – juni 2010 ten opzichte van eenzelfde periode in 2009. NZa veronderstelt deze groei voor geheel 2010 ten opzichte van geheel 2009.

³ Certificeringkosten en inkoopkosten zijn opgenomen onder de algemene kosten.

Dit resulteert in de volgende praktijkkosten:

Tabel 4.5. Werkelijke praktijkkosten standaardapotheek 2010.

(in euro's)	Actualisatie 2010
Personeel	317.000
Huisvesting	64.000
ICT	24.000
Auto/bezorging	8.000
Algemeen	94.000
Financieel	12.000
Totale praktijkkosten	519.000

Bron: NZa

Vergelijking met aannamen extrapolatie 2010 in 2009

Voor de vaststelling van het tarief 2010 is in 2009 een extrapolatie gemaakt. Onderstaand worden de verschillen tussen de geactualiseerde extrapolatie en de vorige extrapolatie gepresenteerd.

Tabel 4.6. Praktijkkosten 2010: extrapolatie versus actualisatie extrapolatie.

(in euro's)	Extrapolatie 2010	Actualisatie 2010
WMG tariefinkomsten	668.000	633.000
Inkoopvoordeel	150.000	167.000
Totaal inkomsten	818.000	800.000
Praktijkkosten Wmg	582.000	519.000
Norminkomen	108.000	108.000
Totaal kosten	690.000	627.000
Netto resultaat	128.000	173.000
Clawback	78.000	81.000
Resultante	50.000	92.000

Bron: NZa

Hieruit wordt duidelijk dat de standaardapotheek een extra positief resultaat van € 42.000,- gaat realiseren bovenop de veiligheidsmarge van € 50.000,-. Er wordt gemiddeld een overschot van € 92.000,- verwacht. De oorzaken hiervoor werken structureel door vanuit 2009, zij zijn niet incidenteel van aard.

4.3 Extrapolatie 2011

De NZa constateert dat de farmaceutische zorgverlening de enige markt binnen de eerste lijnszorg is waar gebruik wordt gemaakt van extrapolatie. Per definitie zijn aannames in de extrapolatie over toekomstige ontwikkelingen niet met zekerheid vast te stellen en dus betwistbaar. Ten grondslag aan de extrapolatie liggen met name de onzekerheden ten aanzien van de inkoopvoordelen. Strikt genomen zijn deze inkoopvoordelen niet de taak van de NZa, maar van de relevante marktpartijen. Hier wordt in de volgende paragraaf op ingegaan.

4.3.1 Overwegingen bij de uitgevoerde extrapolatie

In het technisch overleg van 1 en 16 november 2011 hebben de Klankbordgroepleden de mogelijkheid gekregen om op- en aanmerkingen te maken bij de uitgevoerde extrapolatie.

Uitgangspunt is dat zekere verwachtingen wel en onzekerheden niet worden meegenomen in de extrapolatie. Door de KNMP wordt in dit verband bedoeld op de volume-inschatting van de geneesmiddelenkosten en de prestaties die voor 2010 en 2011 zijn ingeschat. Strikt genomen betreffen dit inderdaad onzekerheden die niet in de extrapolatie betrokken hadden moeten worden. Extrapolatie is in de kern een vorm van risicoreductie, waar nu juist een vergoeding voor is opgenomen. In de transitiefase acht de NZa de opname van deze factoren in de extrapolatie nog wenselijk, mede vanwege de transitiefase waarin de farmaceutische zorg zich bevindt.

De NZa merkt op dat uitgaan van gemiddelde uitkomsten de basis is geweest van het onderzoek in 2004, 2007, 2008 en nu ook weer 2009.

Overigens merken wij op dat de vergoeding voor het gedeerd rendement op het eigen vermogen geen kosten voor de zorgaanbieder zijn. In de uitwerking in de tariefsberekening wordt het gedeerd rendement als praktijkkosten aangemerkt. Het betreft een normatieve vergoeding.

De NZa is overigens van mening dat er ruimte is voor het ondernemerschap van een farmaceutische zorgaanbieder. De apotheker kan bijvoorbeeld door een ten opzichte van het gemiddelde met een efficiëntere bedrijfsvoering of betere inkoop additionele baten realiseren. Hiermee is hij deels verantwoordelijk voor het realiseren van zijn rendement. Dit sluit aan op de verwachting en het gedrag van een ondernemer.

Verschillende partijen hebben aangegeven dat het wenselijk is om voor bepaalde subpopulaties aparte tarieven vast te stellen. Volgens de NZa is hier bij de bekostigingsystematiek geen ruimte voor. Uitgangspunt is dat er geen verschillende tarieven worden vastgesteld voor dezelfde zorg.

Qua uitkomsten maken partijen zich zorgen over de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg in dunbevolkte gebieden. Effectief gaan de tarieven naar beneden, waardoor de toegankelijkheid in deze gebieden in het geding kan komen. Ten aanzien van dit aspect is de NZa van mening dat dit primair de verantwoordelijkheid is van de zorgverzekeraar die zorg dient in te kopen. De zorgverzekeraar kan binnen de huidige tariefstructuur een hogere vergoeding met een farmaceutische zorgaanbieder afspreken.

In het onderzoek van Conquaestor wordt gewerkt met vooraf gedefinieerde statistische onzekerheden. Dit betekent dat het onderzoek zowel een overschatting als een onderschatting kan maken. Op de lange

termijn mag worden aangenomen dat deze afwijkingen elkaar opheffen. Voor de korte termijn is dit een bron van risico. De NZa acht het uitgangspunt van een gemiddelde geoorloofd, zolang de onderzoeksresultaten binnen de statistische bandbreedtes vallen.

De NZa merkt op dat de hierna uitgevoerde extrapolatie als een totaalbeeld moet worden geïnterpreteerd. De aannames moeten geïntegreerd worden beoordeeld en vormen een samenspel. De aannames kunnen naar de mening van de NZa bij de totaalafweging dan ook niet los van elkaar gezien worden.

Voor de extrapolatie van 2011 is uitgegaan van de extrapolatie 2010, op het prijspeil 2010.

Aan het model 2011 liggen ten opzichte van 2010 de volgende aannames ten grondslag:

- Groei medicijnkosten in 2011 ten opzichte van 2010 met 3% (volume-effect +3% en prijseffect 0%).
- De inkoopvoordelen in 2011 zijn gelijk verondersteld aan de gerealiseerde inkoopvoordelen in Q1 2010, namelijk 10,3%.
- De groei in het aantal behandelingen 2011 ten opzichte van 2010 (standaard, week en toeslagen) is gedifferentieerd opgebouwd en bedraagt 4% per jaar.
- Indexatie in 2011 ten opzichte van 2010 zoals opgegeven door VWS zijnde 1,25% over het norminkomen en ook 1,25% over de overige personeelskosten en de materiaalkosten (in het model komt het totaal van de overige personeelskosten en de materiaalkosten overeen met de praktijkkosten). De indexatie is toegepast bij de tariefsberekening.

Daarnaast is de feitelijke bevinding ten aanzien van de variabele kosten bij het onderzoek 2009 overgenomen in de tariefsberekening 2011. De feitelijke bevinding, zijnde dat de variabele kosten 68% bedragen van de totale praktijkkosten, is in het model opgenomen. In de standaardapothek wijzigen de vaste kosten van jaar op jaar namelijk niet. In 2007 heeft CQ dezelfde analyse uitgevoerd. Destijds kwam deze berekening uit op 30%. Feitelijk zou de stijging van de praktijkkosten gebaseerd moeten zijn op de relevante kosten. Deze worden, bij een jaar op jaar vergelijking, veelal gevormd door de variabele kosten en verminderd met schaalvoordelen en efficiencywinsten. Bij de tariefsberekening hanteert de NZa de variabele kosten en niet de relevante kosten.

Op de eerste drie uitgangspunten is partijen de gelegenheid geboden om hier in de periode van 7 september 2010 – 10 september 2010 onderbouwd op te reageren. Navolgend zijn partijen in de gelegenheid gesteld om hun stellingen voor zover mogelijk nader te onderbouwen in de periode tot en met 17 september 2010. De overwegingen van partijen worden hierna gepresenteerd.

Het vierde uitgangspunt staat niet ter discussie omdat het een instructie is van VWS die door de NZa wordt gevolgd.

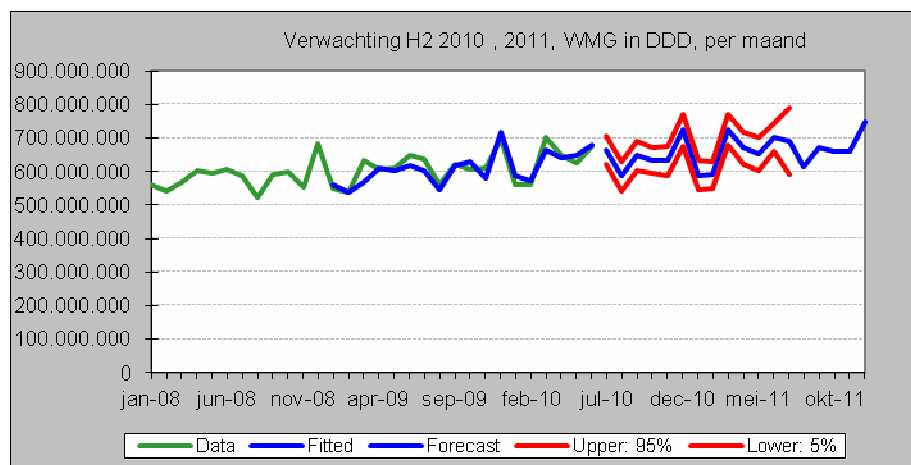
Geneesmiddelenkosten

De volumegroei van de geneesmiddelenkosten (gemeten in DDD's) bedraagt (afhankelijk van de databron) in 2009 2,5%-2,8% en in het eerste half jaar van 2010 5,0%-5,6%.

De gemiddelde groei van de geneesmiddelenkosten (prijs en volume gezamenlijk) gedurende 2009 en 2010 bedraagt circa 4%. Op grond van een tijdreeksanalyse over de periode januari 2008 – juni 2010 berekent

de NZa een groei van 3,84%. Onderstaand worden de uitkomsten middels een grafiek weergegeven.

Tabel 4.7. Groei kosten van geneesmiddelen 2009-2010



Bron: NZa

De grafiek laat zien dat de onzekerheid toeneemt naarmate de periode verlengd wordt.

De NZa heeft de groei in het model voor de tariefberekening verondersteld op 3% (volume = 3% en prijs = 0%). Hiermee wordt, gelet op de recente historie, een voorzichtige schatting gedaan van de volumeontwikkeling. Schatting van de geneesmiddelkosten is gebaseerd op de gemiddelde geneesmiddelenkosten over 2010. De extrapolatie heeft plaatsgevonden zonder seizoenspatroon.

Deze aanname van 3% hebben wij met het GIP als vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars en SFK als vertegenwoordiger van apothekhoudenden besproken. De reactie van GIP in dit verband is dat de veronderstelde groei van 3% van de kosten van geneesmiddelen in 2011 ten opzichte van 2010 aan de lage kant is. Ook historisch bekeken zou een hogere groei verondersteld mogen worden. GIP heeft aangegeven voor 2011 te werken met een prijsindexatie van -1,41% en een volumegroei van 5,88%. Dit blijkt ook uit onderstaande tabel:

Tabel 4.8. Macrovergelijking NZa-GIP-SFK.

Confrontatie uitkomsten 2011	2011		
	GIP EUR '000	SFK EUR '000	NZa EUR '000
Geneesmiddelen (excl. Unieke leveringen)	3356	nb	3264
Prijsontwikkeling tov voorgaande jaar (%)	-1,4%	nb	0,0%
Volumeontwikkeling tov voorgaande jaar (%)	5,9%	nb	3,0%
Per saldo	4,4%	nb	3,0%
WMG inkomsten	1269	nb	1336
Stijging WMG inkomsten t.o.v. 2010	9%	nb	4%

Bron: NZa

Van de SFK heeft de NZa geen verwachting voor 2011 mogen ontvangen.

In paragraaf 4.4 wordt ingegaan op gevoeligheden ten aanzien van de gemaakte aanname ten aanzien van de ontwikkeling van de geneesmiddelenkosten (exclusief unieke leveringen).

In paragraaf 4.3.2. wordt ingegaan op de oorzaken van het verschil tussen GIP en de NZa.

Deze aanname is in de presentatie op 7 september 2010 neergelegd bij apothekers en zorgverzekeraars. Hun reacties zijn (verkort) verwoord in bijlage 1 (Opmerkingen van betrokkenen op uitgangspunten tarief 2011). Niet alle reacties konden worden opgenomen in dit overzicht omdat deze herleidbaar zijn tot individuele partijen. Op dat moment kan de NZa deze opmerkingen niet 1 op 1 overnemen. Wij hebben getracht in algemene bewoordingen deze opmerkingen mee te nemen en te adresseren. Hierna reageert de NZa op de gemaakte opmerkingen bij de volumeontwikkeling van de geneesmiddelenkosten.

Overwegingen NZa bij opmerkingen ten aanzien van de schatting volumeontwikkeling van geneesmiddelenkosten

De overwegingen van partijen in ogenschouw nemend constateert de NZa dat zij met de aanname van een volumegroei van de geneesmiddelenkosten van 3% tussen de mening van partijen in zit. Apothekers verwachten en lagere groei en zorgverzekeraars een hogere groei. Feit is inderdaad dat het langjarig gemiddelde hoger ligt en dat het in de lijn der verwachting ligt dat dit in 2011 weer zo zal zijn. Voorzichtigheidshalve blijft de NZa erbij om de aanname van 3% groei te continueren.

De reacties op de aanname van prijseffect van 0% in 2011 van apothekers en zorgverzekeraars zijn in bijlage 1 verkort weergegeven.

Overwegingen NZa bij opmerkingen ten aanzien van de schatting prijs geneesmiddelenkosten

De NZa constateert dat de uitkomsten van het model van de standaardapothek qua kosten van de geneesmiddelen voor 2010 overeenstemmen met de verwachtingen van de SFK voor 2010 (zie paragraaf 4.2). De consequenties van het preferentiebeleid (punt 1 apothekers) en de taakstelling aan de Landelijke Huisartsen Vereniging van € 127 miljoen (punt 5 apothekers) en de aanpassing van de WGP (punt 4 apothekers) is door de SFK in haar verwachtingen voor 2010 opgenomen. De constatering dat de uitkomsten van het model overeenkomen met de verwachtingen van de SFK maakt het naar de mening van de NZa aannemelijk dat de aannames voor 2010 per saldo voldoende aannemelijk zijn.

Op Prinsjesdag is gepresenteerd dat zorgverzekeraars hebben aangegeven om in 2011 € 30 miljoen te besparen. Omdat door de kostendaling van de geneesmiddelen, mogelijk ook het inkoopvoordeel dat een apotheek hierop behaalt zal dalen, heeft de NZa bij VWS om verduidelijking gevraagd. Volgens mededeling heeft deze € 30 miljoen voor het overgrote deel betrekking op uitbreiding van het 'pakjesmodel'. Daardoor zal door substitutie naar goedkopere middelen de kosten dalen. Zoals hierna meer uitgebreid toegelicht is het 'pakjesmodel' een vrije keuze van een apotheekhoudende. Mede op basis van deze mededelingen concludeert de NZa dat zij bij de tariefsberekening voor 2011 geen rekening hoeft te houden met deze € 30 miljoen.

De politiek heeft ervoor gekozen om in 2011 geen generieke GVS herberekening door te voeren. De NZa ziet dan ook geen aanleiding om met dit punt van de apothekers specifiek rekening te houden bij de tariefsberekening.

De verzekeraars verklaren de WGP prijsdaling begin 2010 door de daling van de Engelse Pond (GBP). Bij de meest recente WGP aanpassing was de Engelse Pond (GBP) weer gestegen. De opmerking dat steeds meer geneesmiddelen onder de WGP op de markt worden gebracht betekent niet dat de standaardapothek wordt geraakt. Vanuit ZN wordt gesteld dat nieuw door WGP geraakte geneesmiddelen buiten de standaardapothek worden gedistribueerd. De geneesmiddelen die via injecties worden toegediend hebben met name betrekking op de unieke middelen. De extrapolatie is alleen uitgevoerd op de geneesmiddelen exclusief de unieke middelen. Het gegeven dat de injecties nu onder de WGP vallen, heeft in het model van de standaardapothek geen effect. De NZa is van mening dat gemiddeld genomen de prijzen van multisource geneesmiddelen (met name: generieke geneesmiddelen) in 2009 en 2010 zijn gedaald als gevolg van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid. Voor een deel van de singlesource geneesmiddelen heeft de herijking van de WGP geleid tot lagere prijzen. Voor een substantieel deel (uitgedrukt in apotheek inkooprijzen: bijna 50%) van de geneesmiddelenmarkt geldt echter dat vanuit het preferentiebeleid en/of de WGP geen directe prijsdruk wordt uitgeoefend. Gemiddeld genomen is voor deze groep geneesmiddelen sprake van een lichte prijsstijging. Het gaat daarbij niet zozeer om feitelijke prijsstijgingen van afzonderlijke producten maar om verschuivingen in het geneesmiddelengebruik naar duurdere producten en/of de toename in het gebruik van relatief nieuwe, vaak duurdere geneesmiddelen. Deze verschuiving in het gebruik vertaalt zich in een stijging van de gemiddelde prijs per standaarddagdosering. Deze zienswijze wordt bevestigd door het CVZ. De NZa ziet op dit moment geen concrete aanleiding om aan in 2011 uit te gaan van prijsdalingen.

Voor 2009 constateert GIP uitgaven atorvastatine (Lipitor) van € 158 miljoen. Uit internetgegevens blijkt dat Lipitor per 1 november 2011 uit patent loopt. Verzekeraars plaatsen de opmerking over verlenging van patenten. Uitgaande van uit patentdatum die op internet geregistreerd staat, komt dit neer op een daling van 2 maand * € 120 miljoen * 90% = € 18 miljoen. Deze € 18 miljoen komt overeen met een effect op jaarbasis van 0,5% van de totale geneesmiddelenkosten in 2011. Uitgaande van een inkoopvoordeel van 6,5% (CQ 2009) en het aantal apotheken, komt dit neer op € 600,- per standaardapothek. Het eerder op de markt komen van een generieke variant, zoals gesteld door apothekers achten wij niet waarschijnlijk. Wij merken op dat er in 2011 ook nieuwe patenten zullen starten, waar in de aannames ook geen rekening mee is gehouden. Dit wordt ook bevestigd door Nefarma, die rapporteert over het jaarlijks aantal nieuwe patenten. Het gemiddeld aantal nieuwe patenten in de periode 1990-2009 bedraagt circa 25 middelen per jaar. De NZa houdt bij de tariefsberekening geen rekening met het uit patent lopen van Lipitor. Het financiële effect voor 2011 is gering en met nieuwe patenten wordt ook geen rekening gehouden in de tariefsberekening.

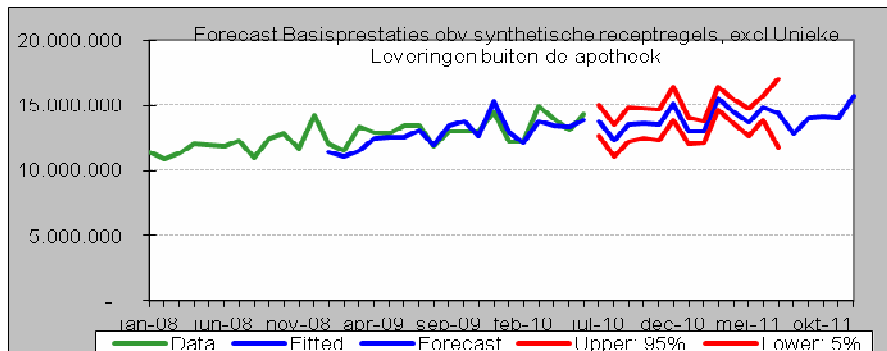
De overwegingen van partijen in ogenschouw nemend blijft de NZa bij haar standpunt om een prijsindexatie van de geneesmiddelenkosten van 0% te hanteren.

Prestaties

De volumegroei in de prestaties is geanalyseerd op het tijdvak januari 2009 – juni 2010 om een verwachting voor 2011 als geheel af te leiden. Hierbij is de synthetische receptregel als uitgangspunt gehanteerd. De groei van 2009 ten opzichte van 2008 bedraagt 7,57%, de groei van het eerste halfjaar 2010 ten opzichte van dezelfde periode 2009 bedraagt 5,93%. Deze uitkomsten zijn vergeleken met de uitkomsten van een tijdreeksanalyse over de periode januari 2008 tot en

met juni 2010 en een voorspelling tot en met december 2011. De voorspelling laat een afvlakkende groei zien naar 4,41% voor 2011 ten opzichte van 2010. Onderstaand wordt van de basisprestaties via de synthetische receptregels het schattingsinterval voor de 2^e helft van 2010 en 2011 geheel verstrekt.

Tabel 4.9. Ontwikkelingen basisprestaties 2008-2011



Bron: NZa

Schatting van het volume van de prestaties voor 2011 is gebaseerd op de gemiddelde prestaties over 2010 per te onderscheiden prestatie.

Voor 2011 is een groei van 4% verondersteld. Er is geen rekening gehouden met een seizoenspatroon. Als gevolg hiervan bedraagt de groei voor heel 2011 ten opzichte van heel 2010 in totaal 4%.

Deze aanname van 4% groei van de onderliggende prestaties is neergelegd bij de zorgverzekeraars en apotheekhoudenden. De reacties zijn weergegeven in bijlage 1.

Overweging NZa bij opmerkingen ten aanzien van de schatting prestaties

De NZa constateert dat de anticonceptiepil al verschillende keren het pakket in en uit gegaan is. Wij refereren aan onderstaande artikelen:

11 september 2008, Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 143 Nr 37

Pilgebruik stoïcijns onder pakketmaatregel

Heropname van de anticonceptiepil in het basispakket heeft in het eerste half jaar van 2008 niet geleid tot meer pilgebruiksters. Sinds 2006 betrekken jaarlijks 1,8 miljoen vrouwen de pil via de openbare apotheek.

Met ingang van 1 januari 2004 kregen vrouwen van 21 jaar en ouder het gebruik van anticonceptiemiddelen zoals de pil en het spiraaltje niet meer automatisch vergoed. Tenzij zij zich aanvullend hiervoor hadden verzekerd, moesten deze vrouwen de anticonceptiepil zelf betalen. Vanaf dit jaar zijn deze middelen weer volledig opgenomen in de basisverzekering, maar komen ze net als alle andere pakketgeneesmiddelen wel ten laste van het in 2008 geïntroduceerde eigen risico.

Nauwelijks verandering

Uitgedrukt in aantal dagen waarvoor een apotheek hormonale anticonceptiva verstrekt, verwacht de SFK dat het totale gebruik in 2008 gelijk blijft aan het niveau van 2007. In 2004, toen de overheid de pil uit

het pakket haalde, daalde het pilgebruik drastisch ten opzichte van 2003 met ruim 9%. In de daarop volgende jaren was er telkens een lichte stijging, maar het gebruik ligt nog steeds zo'n 6% onder het niveau van vóór de pakketingreep in 2004. Het aantal vrouwen dat hormonale anticonceptiva gebruikt blijft sinds 2006 stabiel met zo'n 1,8 miljoen personen.

De effecten van de gewijzigde pakketstatus op het pilgebruik zullen naar verwachting gering zijn. De pil was en blijft vergoed voor verzekerden tot 18 jaar. Voor verzekerden ouder dan 18 jaar is sprake van hogere geneesmiddelkosten welke worden gecompenseerd doordat het eigen risico niet meer wordt belast. In 2009 was sprake van een eigen risico welke hoger was dan de gemiddelde kosten van het pilgebruik. Deze effecten worden geïllustreerd door artikel 1 waarin blijkt dat de opname van de pil in het basispakket niet heeft geleid tot een wijziging van de vraag. De stelling van de verzekeraars dat dit geen effect heeft wil de NZa herformuleren naar een gering effect.

Ten aanzien van de opmerking van de griep pandemie merken wij op dat VWs en KNMP hebben afgesproken dat de verstrekkingen van de griep pandemie onder de buiten-Wmg-activiteiten zijn opgenomen. Op basis van deze opmerkingen constateren wij dat dit in de extrapolatie dan geen consequenties meer heeft. Het aantal verstrekkingen waarover de griep pandemie gaat is 17 verstrekkingen per jaar.

De stelling dat de overgang van het uitzetten van geneesmiddelen van thuiszorgorganisaties naar openbare apotheken heeft geleid tot een eenmalige toename van het aantal prestaties in 2010. De toename is naar de mening van de NZa niet een eenmalige toename. In 2011 zullen deze prestaties naar wij aannemen ook door de apotheekhoudenden worden verzorgd. Wij merken in dit verband op dat het percentage van 4% toename in de prestaties 2011 ten opzichte van 2010 gebaseerd is op een langjarig gemiddelde en niet op een enkel jaar.

Ten aanzien van de TNF alfaremmers stelt NZa dat het grootste gedeelte via de unieke leveringen loopt en stelt vast dat het beleidsvoornemen voor 2011 niet definitief is. Hierbij wordt verwezen naar de brief van de Minister aan de Tweede Kamer (10 september 2010, kenmerk GMT/VDG 3022164). De NZa kiest er dan ook voor geen rekening te houden met dit beleidsvoornemen van VWS.

Het standpunt van de verzekeraars wordt niet gevolgd, inhoudende dat de volumestijgingen in de aantallen prestaties eerder 8%, zoals verwoord door de SFK. De NZa kiest ervoor om een geringe groei te veronderstellen. De zorgverzekeraars geven aan daarmee te kunnen leven.

Inkoopvoordelen

De in het onderzoek van CQ berekende inkoopvoordelen voor het eerste kwartaal 2010 bedragen 10,3%. Bij de tariefsberekening 2011 is verondersteld dat het gerapporteerde percentage in het 1^e kwartaal van 2010 representatief is voor heel 2011.

De reacties op de aanname van gelijkblijvende inkoopvoordelen zijn opgenomen in bijlage 1.

Overwegingen NZa bij opmerkingen ten aanzien van de aanname inkoopvoordelen

De NZa constateert dat de inkoopvoordelen in 2004 lager waren dan 2007. De veronderstelling van een lineair dalend verband is daarmee niet aangetoond. De trend is in de periode 2007-2009 wel dalend geweest.

De veronderstelling dat de trend in 2011 dan ook verder dalend zal zijn is niet nader onderbouwd. Op grond van de korte cijferreeks kan er geen trend worden bepaald. Een ontwikkeling in de inkoopvoordelen kan niet los worden gezien van gevoerd beleid van zorgverzekeraars, producenten, importeurs en groothandels. De NZa heeft in combinatie met de hierna volgende punten geen aanleiding om te verwachten dat een verdere daling van de gemiddelde inkoopvoordelen zich zal doorzetten.

Ten aanzien van de distributiefees constateert de NZa afwijkende meningen. Ten aanzien van de opmerking van apothekers over BG Pharma constateert de NZa dat alleen het apothekersdeel relevant is. De claim dat de inkoopvoordelen zullen dalen kan de NZa niet herleiden naar een achterliggende oorzaak. Een van de oorzaken kan een aan de apotheek toegenomen doorberekende distributiefee zijn, waarvan de zorgverzekeraars stellen dat deze zo goed als verdwenen is. Naar de mening van de NZa heeft het verdwijnen van de distributiefees ook een effect op het percentage inkoopvoordelen. In dit verband wordt opgemerkt dat de opmerking van zorgverzekeraars alleen op gaat voor de preferente geneesmiddelen. De NZa heeft van noch apothekers noch zorgverzekeraars een nadere onderbouwing van hun standpunt mogen ontvangen.

Aangaande het door Achmea ingevoerde IDEA-pakjesmodel per 1 februari 2010 is onderbouwd door SFK. De NZa is van mening dat, als het merendeel van de apotheekhoudenden het contract tekent, de apotheekhoudenden ook voordelen in het contract zien danwel zagen. Bij de tariefsberekening apart rekening houden met de negatieve effecten van de keuzevrijheid van de apotheker acht de NZa niet nodig.

Ten aanzien van het voorgenomen preferentiebeleid van UVIT stellen apothekers dat dit een effect zal hebben op de standaardapotheek van € 50.000,- per jaar indien opschaling naar alle zorgverzekeraars plaats vindt. De apotheekhoudenden stellen verder voor om enkele weken te wachten met een nieuw tarief totdat de uitkomsten helder zijn. De NZa heeft vernomen dat UVIT dit onder couvert wil uitvoeren en acht de 1 op 1 doorvertaling naar alle zorgverzekeraars in de opgave van apotheken daardoor niet gelijk aannemelijk. UVIT geeft zelf in een reactie aan dat het effect naar hun inschatting circa € 1.000,- (afgerond) bedraagt. Kwantificering van de effecten is op dit moment niet mogelijk. Het wachten op concrete uitkomsten van het UVIT effect zou betekenen dat voor een nieuw tarief per 1 januari 2011 niet gehaald wordt. Dat acht de NZa niet wenselijk. Kwantificering van de effecten is dus op dit moment dan ook niet mogelijk. De NZa wijst partijen erop dat de ruimte boven het tarief (max-max tarief) danwel het bij overeenkomst laten vervallen van de clawback partijen de mogelijkheid biedt om oplossingen te vinden.

De NZa constateert dat het werkelijke inkoopvoordeel in het 1^e kwartaal van 2010 met 10,3% sterk lager is dan in geheel 2009 is gemeten, namelijk 12,5%. Een verschil van 2,2%. Hier wordt in de paragraaf 4.4 op teruggekomen.

Op basis van de gerapporteerde feiten door CQ 2009 wordt voortsnog de conclusie getrokken dat inleggelden niet als inkoopvoordelen aan te merken zijn. Dit wordt ingegeven door de uitkomst dat de inkoopvoordelen 2009 bij apotheekhoudenden met inleggelden niet lager zijn dan de inkoopvoordelen bij apotheekhoudende 2009 zonder inleggelden.

De SFK heeft op verzoek van de onderzoekers een doorrekening ingestuurd dat de inkoopvoordelen in Q1 2010, op grond van de onderzoeksuitkomsten en gecorrigeerd voor marktaandelen van afzonderlijke productgroepen 10,0% bedragen. Deze informatie is aan de onderzoekers van Conquaestor verstrekt en zij zagen geen noodzaak om het aan de NZa gerapporteerde percentage van 10,3% aan te passen. Hier sluit de NZa zich bij aan.

Praktijkkosten

Ten aanzien van de praktijkkosten hebben zorgverzekeraars en apothekhoudenden een aantal opmerkingen, waarvoor verwezen naar bijlage 1.

Overweging NZa bij opmerkingen ten aanzien van de praktijkkosten

De overwegingen van partijen in ogenschouw nemend heeft de NZa onvoldoende aanleiding om bij de extrapolatie 2011 af te wijken van de trendmatige voorcalculatie voor het prijseffect zoals opgegeven door VWS.

Argumenten van extra pensioenkosten als gevolg van een lage dekkingsgraad in een pensioenfonds betekenen naar de mening van de NZa niet automatisch dat de personeelskosten in 2011 ook zullen stijgen. De vermeende extra rentekosten in 2011 als gevolg van de bankcrisis vallen naar de mening van de NZa onder het risico van het ondernemerschap. De incidentele personeelsvergoedingen in 2011 ten opzichte van 2010 geeft naar de mening van de NZa per saldo onvoldoende argumentatie om de berekeningswijze van de praktijkkosten meer dan trendmatig aan te passen. Met een voorgestelde correctie voor de huisvestingskosten door zorgverzekeraars is geen rekening gehouden.

Voorts merkt de NZa op dat daling van de marges op buiten Wmg-activiteiten voor de NZa geen aanleiding is om de tarieven voor de Wmg-activiteiten anders te gaan berekenen.

Apothekhoudende huisartsen vragen de NZa om aparte tarieven voor apothekhoudende huisartsen vast te stellen of over andere alternatieven na te denken. Hiervoor is binnen de bekostigingsystematiek geen ruimte.

Marginale kosten

De praktijkkosten zijn geschat op basis van de uitkomsten van de extrapolatie 2010. Voor de praktijkkosten is verondersteld dat deze een additionele marginale kostenstijging kent van 68% van de relatieve volumestijging. Als norm voor de volumeontwikkeling van de prestaties is de synthetische receptregel gehanteerd. Dit houdt in dat de stijging van het aantal prestaties in 2011 leidt tot een toename van het resultaat met 32% van de omzettoename.

Deze door CQ 2009 gerapporteerde 68% marginale kosten is geactualiseerd door CQ. In het onderzoek 2007 was een marginale kosten quote gerapporteerd van 70%.

In paragraaf 4.4 wordt hierop teruggekomen.

Gederfd rendement op eigen vermogen

De NZa neemt in de tariefsberekening voor 2011 een vergoeding op voor het gederfd rendement op eigen vermogen. Deze vergoeding neemt de NZa op als een compensatie voor de risico's die een zorgaanbieder loopt. Het gederfd rendement op het eigen vermogen is door KNMP in de CBB

zaak (AWB 09/811) berekend op € 18.000. Dit bedrag is bij de tariefsberekening 2011 geïndexeerd tot € 18.362.

De berekeningswijze van het gedeerd rendement op het eigen vermogen is voor de farmacie nog niet volledig uitgekristalliseerd. Bij de tariefsberekening 2011 wordt gebruik gemaakt van extrapolatie. Extrapolatie is in essentie een vorm van risicoreductie. Risico's die onder het ondernemerschap vallen. Het opnemen van een gedeerd rendement op het eigen vermogen laat zich modelmatig moeilijk rijmen met het uitvoeren van een extrapolatie.

In de transitiefase acht de NZa het voldoende om een transitievergoeding voor het gedeerd rendement vast te stellen dat overeenkomt met het voorstel van de KNMP.

4.3.2 Uitkomsten extrapolatie 2011

Bij de macro vergelijking tussen uitkomsten zoals verwacht door NZa 2011 zijn deze vergeleken met die verwachtingen van GIP voor 2011. Hieruit blijkt dat het verschil tussen beide prognoses voor 2011 (mits uitgegaan wordt van dezelfde aannames over groei in kosten) ongeveer even groot is als het verschil voor 2010.

Het bestaande verschil wordt door aantal zaken verklaard. Voor 2009 is het verschil hierna uitgewerkt.

In 2009 wordt door GIP de uitgaven aan farmacie begroot op € 4.469 miljoen waar de NZa aan uitgaven begroot € 4.204 miljoen. Dit verschil wordt op de volgende wijze verklaard.

Er is sprake van een verschil in pakketomvang, GIP registreert uitsluitend het verzekerde pakket waar de NZa het volledige Wmg-pakket als uitgangspunt hanteert. Dit betekent circa € 16 miljoen verstrekkingen die zowel een AIP effect hebben als een Wmg gevolg hebben. Dit betekent een verschil van circa € 117 miljoen aan AIP en € 112 miljoen aan Wmg. Verondersteld mag worden dat dit verschil van € 229 miljoen ook in 2011 zichtbaar zal zijn. In 2011 bedraagt dit verschil echter € 25 miljoen. Gecorrigeerd voor het verschil in toekomstverwachtingen bedraagt het verschil € 189 miljoen. NZa stelt dat de GIP en NZa daarmee congruent zijn aan elkaar.

Op basis van de hiervoor besproken uitgangspunten is het resultaat van de standaardapothek 2011 als volgt:

Tabel 4.10. Extrapolatie 2011

(in duizenden euro's)	Werkelijk 2009	Actualisatie 2010	Extrapolatie 2011
WMG tariefinkomsten	564.000	633.000	658.000
Inkoopvoordeel	211.000	167.000	174.000
Totaal inkomsten	775.000	800.000	832.000
Praktijkkosten Wmg	496.000	519.000	539.000
Norminkomen	108.000	108.000	109.000
Totaal kosten	604.000	627.000	648.000
Netto resultaat	171.000	173.000	184.000
Clawback	84.000	81.000	84.000
Resultante	87.000	92.000	100.000

Bron: NZa

Rekening houdend met een rentabiliteit op het eigen vermogen van € 18.362,- en een clawback van € 84.000,- het resultaat van de standaardapotheek voor beleidscorrecties € 82.000,-.

4.4 Gevoeligheden in de analyses

In de vorige paragraaf zijn diverse aannames behandeld. Op basis van de modelmatige doorberekeningen van de afzonderlijke aannames valt een spreiding van de resultaten te berekenen.

De uitgevoerde gevoeligheidsanalyses hebben betrekking op

- Wmg-factor;
- Groei van de kosten van geneesmiddelen;
- Groei van de basisprestaties;
- Percentage inkoopvoordelen;
- Groei van de praktijkkosten.

Onderstaand worden de uitkomsten van de gevoeligheidsanalyse gepresenteerd. Hierbij zijn de effecten van een afwijking onderzocht op de resultante, waarbij alle andere parameters ongewijzigd zijn verondersteld.

Tabel 4.11 Een afwijking in de Wmg-factor geeft de volgende uitkomsten:

Wmg-factor	surplus 2011
80%	32.000
82%	19.000
85%	-
90%	31.000-

Bron: NZa

Tabel 4.12 Een afwijking in de groei van de geneesmiddeluitgaven geeft de volgende uitkomsten:

groei geneesmiddelkosten	surplus 2011
1%	1.000-
3%	-
5%	2.000
7%	3.000

Tabel 4.13 Een afwijking in de groei van de prestaties geeft de volgende uitkomsten:

groei prestaties	surplus 2011
0%	8.000
2%	4.000
4%	-
6%	5.000

Bron: NZa

Tabel 4.14 Een afwijking in de hoogte van de gemiddelde inkoopvoordelen geeft de volgende uitkomsten:

inkoopvoordelen	surplus 2011
8%	39.000-
9%	22.000-
10%	-
11%	12.000
12%	29.000

Bron: NZa

Tabel 4.15 Een afwijking in de hoogte van de praktijkkosten geeft de volgende uitkomsten:

Praktijkkosten	surplus 2011
510.000	23.000
532.000	-
550.000	17.000-

Bron: NZa

En passant zijn in hoofdstuk 2 en 3 een aantal punten naar voren gekomen waarbij de NZa in haar beleidskeuzes voorzichtig is opgetreden. Deze zaken vormen per saldo ruimte voor de apothekhoudenden. Deze ruimte is gedeeltelijk kwantificeerbaar en gedeeltelijk niet. De kwantificeerbare ruimte per standaardapothek is als volgt:

Het norminkomen is nu zonder correctie op grond van de Wmg-factor in de tariefberekening opgenomen. Conceptueel zou de Wmg-factor binnen de berekeningsystematiek op het ondernemersinkomen kunnen worden toegepast. Het effect hiervan is € 16.000,-.

In het CQ 2009 onderzoek is geanalyseerd of het apothekersinformatiesysteem een betrouwbare bron is door deze

informatie te vergelijken met de administratieve werkelijkheid. De conclusie van de onderzoekers is dat het AIS betrouwbaar is. Correctie op de gevonden resultaten voor onder andere door de KNMP aangehaalde negatieve inkoopvoordelen en afgewezen declaraties is naar de mening van de onderzoekers dan ook niet nodig. De NZa is dezelfde mening toegedaan. Wij verwijzen naar paragraaf 3.2.3.

De leden van de Klankbordgroep hebben bij de start van het onderzoek aangegeven de Wmg-factor nog eens nader te bezien door deze op diverse manieren te bepalen. In CQ 2009 is dit opgepakt door de Wmg-factor ook op basis van diverse methodes uit te voeren. Op basis van de uitgevoerde analyse rapporteert CQ 2009 een Wmg-factor op basis van de receptregels van 82% tot 88%, waarbij de WMG factor door de onderzoekers is vastgesteld op 85%. In de tariefsberekening van de NZa is uitgegaan van 85% voor de populatie als geheel. Op grond van de WMG factor per subpopulatie is de WMG factor voor de standaardapothek berekend op 85%. Dit is nu de tweede keer dat de onderzoekers een WMG factor van 85% voorstellen. Dit verschil van 3% heeft de consequentie dat de praktijkkosten voor 2011 (als uitgegaan wordt van de 82%) € 19.000 lager zijn danwel € 19.000 hoger zijn (als uitgegaan wordt van 88%) dan wanneer die andere Wmg-factor zou zijn gehanteerd.

Op een aantal punten zijn uiteenlopende feiten gerapporteerd. De NZa heeft in het beleid ruimte gelaten aan apothekhoudenden. Deze ruimte is bovenstaand gekwantificeerd op € 16.000- per standaardapothek. De niet gekwantificeerde ruimte heeft betrekking op:

- De farmaceutische zorg is één van de weinige eerstelijns zorgmarkten waarbij gebruik wordt gemaakt van een extrapolatie naar de toekomst. Bij de berekening van het gederfd rendement zou een correctie (verlaging) van de rendementseis voor de risicoreductie als gevolg van de extrapolatie moeten worden toegepast;
- Uit het onderzoek CQ 2009 komt naar voren dat er een significant verband is tussen de omvang van een apothek en het resultaat van dezelfde apothek. Impliciet wordt daarmee gesteld dat kleine apotheken gegeven de regulering inefficiënt zijn. Bij de bepaling van de tarieven heeft de NZa deze kleine apotheken niet gecorrigeerd op de steekproef. Het uiteindelijke tarief wordt daarmee hoger vastgesteld;
- Lagere groei van de kosten van geneesmiddelen in 2011 ten opzichte van 2010 dan op basis van het langjarig historische cijfers verwacht zou mogen worden. Bij de tariefsberekening is voorzichtigheid betracht in het voordeel van de apothekhoudende;
- Op grond van openbare publicaties is een jaarlijkse toename zichtbaar van de verwerkingsgraad van apothekersassistenten. Dit weerspiegelt een steeds verdere optimalisatie van de bedrijfsvoering. Het is niet onaannemelijk dat hier ook sprake is van efficiencywinsten. Met deze efficiencywinsten is vooralsnog geen rekening gehouden bij de tariefberekening 2011.

De NZa constateert tevens mogelijkheden in de flexibiliteit van het tarief.

Samenvattend kan worden gesteld dat NZa door bovenstaande beleidskeuzes een voor de apothekers voorzichtige tariefsberekening heeft gemaakt.

5. Tarieven

5.1 Tarief 2009

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek van CQ 2009 kan achteraf een vergelijking gemaakt worden met de aannames bij de herberekening 2009. Herberekening voor de standaardapothek leidt op dit punt tot de volgende verschillen.

Tabel 5.1. Exploitatierkening 2009 standaardapothek na herberekening NZa.

	Werkelijk 2009	Herberekening 2009 (herberekend per juli '09)
Inkoopvoordelen	+/+ 211.000	+/+ 196.000
Af: clawback	-/- 84.000	-/- 86.000
Saldo inkoopvoordelen	+/+ 127.000	+/+ 110.000
Wmg-tariefsinkomsten	+/+ 564.000	+/+ 591.000
Totaal inkomsten	+/+ 690.000	+/+ 701.000
Praktijkkosten Wmg	-/- 496.000	-/- 555.000
Norminkomen ⁴	-/- 108.000	-/- 108.000
Totaal kosten⁵	-/- 604.000	-/- 663.000
Onzekerheidsmarge dan wel werkelijk resultaat	+/+ 87.000	+/+ 38.000

Bron: NZa

Het werkelijke resultaat 2009 dat het norminkomen te boven gaat bedraagt € 87.000,- tegen een verwachte voorcalculatorische onzekerheidsmarge van € 38.000,-. Oorzaak van deze stijging zijn met name lagere praktijkkosten. Daartegenover staan lagere Wmg-tariefsinkomsten en hogere inkoopvoordelen. De omvang van de standaardapothek zoals vastgesteld in het kostenonderzoek is kleiner dan verondersteld werd bij de tariefsberekening

De lagere praktijkkosten zijn grotendeels te verklaren door daling van de personeelskosten. Voor de standaardapothek daalde de personeelskosten van € 343.000,- naar € 303.000,-. Een daling van € 40.000,-.

De resultante voor 2009 bedraagt € 87.000,-. Voor 2009 is gerekend met een onzekerheidsmarge van € 38.000,- per standaardapothek. Achteraf concludeert de NZa dat de resultante deze onzekerheidsmarge te boven gaat. Het betreft in totaal € 49.000,- per standaardapothek. In macrocijfers komt deze € 49.000,- overeen met een bedrag van circa € 100 miljoen (op basis van 1948 openbare apotheken en 459 apothekhoudende huisartsen).

Achteraf concludeert de NZa dat de verwachte negatieve ontwikkelingen, waarvoor de onzekerheidsmarge als buffer was bedoeld, zich minder

⁵ In de extrapolatie die eind 2009 is berekend zijn 4.000 aan negatieve kortingen verrekend met de overige inkoopvoordelen. In het onderzoek 2009 zijn deze kosten opgenomen in de praktijkkosten. Hiervoor is in de opstelling niet gecorrigeerd.

hebben voorgedaan dan wel dat de apothekhoudenden zich zelf beter hebben kunnen aanpassen dan was voorzien.

Voorts constateert de NZa dat de werkelijke opbrengsten van de tijdelijk verhoogde clawback gedurende 2009 en 2010 lager zijn dan de eind 2008 verwachte clawbackopbrengsten gedurende dezelfde periode. Dit wordt met name veroorzaakt door de daling van de geneesmiddelenprijzen. De becijfering van bovenstaand effect verschil wordt geschat op circa € 20 miljoen.

Hoewel theoretisch beargumenteerbaar, was het niet aangekondigd dat de NZa de beter dan verwachte resultaten in 2009 en de minder dan verwachte clawbackopbrengsten verrekent in de tariefsberekening voor 2011. Vandaar dat die verrekening ook niet gebeurt. Deze bedragen hebben niettemin relevantie voor VWS en betrokken partijen.

5.2 Tarief 2010

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek van CQ 2009, de uitgevoerde extrapolatie (zie hoofdstuk 3) en de gerapporteerde inkoopvoordelen in het eerste kwartaal van 2010 is een actualisatie gemaakt voor 2010. Deze uitkomsten worden in onderstaande tabel vergeleken met de uitgevoerde extrapolatie ultimo 2009. Dit leidt tot de volgende verschillen.

Tabel 5.2. Exploitatierkening 2010 standaardapothek na herberekening NZa

	Actualisatie 2010	Extrapolatie 2010 (berekend eind '09)
AIP-waarde	1.617.669	1.678.670
Inkoopkosten	1.450.677	1.528.428
Inkoopvoordelen	166.992	150.242
clawback	80.883	78.394
Inkoopvoordelen	86.109	71.848
Wmg-tariefsinkomsten	632.588	668.195
Totaal inkomsten	718.697	740.043
Praktijkkosten Wmg	518.657	582.039
Norminkomen	108.064	108.064
Totaal kosten	626.721	690.103
Resultante	91.976	49.940

Bron: NZa

Op basis van de uitgevoerde actualisatie is het nieuwe geschatte resultaat 2010 dat het norminkomen te boven gaat € 92.000,- tegen een eerder verwachte onzekerheidsmarge van € 50.000,-. Oorzaak van de stijging zijn met name lagere praktijkkosten. Daartegenover staan per saldo lagere inkomsten door lagere Wmg tariefsinkomsten (daling volume) en hogere inkoopvoordelen.

De lagere praktijkkosten in 2010 zijn bijna geheel te verklaren door daling van de personeelskosten. Voor de standaardapothek daalde de personeelskosten van € 361.000,- (schatting in 2009) naar € 317.000,- (actualisatie). Een daling van € 44.000,-.

Voor 2010 is gerekend met een onzekerheidsmarge van € 50.000,- per standaardapothek. Op basis van de actualisatie voor 2010 bedraagt de resultante € 92.000,- hetgeen dus de onzekerheidsmarge € 42.000,- te boven gaat. In macrocijfers komt deze € 42.000,- overeen met een bedrag van circa € 85 miljoen (op basis van 1948 openbare apotheken en 459 apothekhoudende huisartsen).

Hoewel theoretisch beargumenteerbaar is het niet aangekondigd dat de NZa de beter dan verwachte resultaten in 2010 en de minder dan verwachte clawbackopbrengsten verrekent in de tariefsberekening voor 2011. Vandaar dat die verrekening ook niet gebeurt. Deze bedragen hebben niettemin relevantie voor VWS en betrokken partijen.

5.3 Tarief 2011

Bij de opstelling van het tarief voor 2011 is uitgegaan van de bestaande systematiek voor de tariefsberekening binnen de farmacie. Op enkele punten zijn veranderingen doorgevoerd. Deze veranderingen hebben betrekking op de volgende punten:

- Uitgangspunt is dat het gemiddelde resultaat voor norminkomen in de standaardapothek gelijk is aan het gemiddelde norminkomen van een apothekhoudende. Dit uitgangspunt sluit aan bij andere vrije beroepsbeoefenaren en de uitspraak van het CBb (d.d. 31 augustus 2010).
- Voor het gederfd rendement op het eigen vermogen wordt een vergoeding in het tarief opgenomen. Dit rendement is een vergoeding voor de ondernemingsrisico's.
- Bovenstaande twee wijzigingen hebben tot gevolg dat de NZa een onzekerheidsmarge niet meer nodig acht. Deze is in de tariefsberekening voor 2011 geschrapt.
- Beleidsmatige keuze om een zogenaamd transitietarief vast te stellen ter voorbereiding van veldpartijen voor het moment dat er geen maximumtarieven meer worden vastgesteld door de NZa.

5.3.1 Onzekerheidsmarge

Voor zowel 2009 als voor 2010 concludeert de NZa achteraf dat de werkelijke inkomsten van apothekhoudenden **gemiddeld** hoger uitvallen dan oorspronkelijk berekend (zie vorige paragraaf opmerkingen over macro uitgaven). Achteraf constateert de NZa dat de onzekerheidsmarge niet nodig was. Ook bleek uit de monitor Farmacie 2010 dat er niet onder de maximumtarieven voor de dienstverlening wordt gecontracteerd.

Van 2008 tot en met 2010 is bij de opstelling van het tarief rekening gehouden met een voorcalculatorische onzekerheidsmarge welke gemotiveerd werd vanuit drie overwegingen:

- rekening houden met het niet meenemen van het rendement op het eigen vermogen;
- rekening houden met onzekerheden in de extrapolatie van het onderzochte jaar naar het jaar waarvoor het tarief geldt;
- rekening houden met de spreiding in de resultaten van individuele apothekhoudenden waardoor de groep die bij een gemiddelde negatief draait kleiner wordt.

NZa geeft met ingang van 2011 een vergoeding voor gederfd rendement op eigen vermogen. Voor dit punt is de voorcalculatorische onzekerheidsmarge dan niet meer nodig en wordt een aparte vergoeding in de tariefsberekening van € 18.362,- opgenomen.

Voorts is NZa van mening dat onzekerheden ten aanzien van regelgeving, prijsontwikkelingen, inkoopvoordelen e.d. behoren tot het ondernemerschap. Deze onzekerheden kunnen zowel positief als negatief uitwerken. Er is een onlosmakelijk verband tussen de gevraagde vergoeding op het geïnvesteerde vermogen en de mate waarin risico's worden gelopen. Het zijn twee kanten van dezelfde medaille. Uitgaande van deze systematiek is een expliciete vergoeding middels een onzekerheidsmarge een dubbeltelling.

Aan de klankbordgroep is gevraagd om onderbouwd opmerkingen aan te geven bij de aannames die de basis zijn voor de tariefsberekening 2011. Deze onderbouwingen duiden erop dat de NZa bij de vaststelling van het tarief 2011 zich voorzichtig heeft opgesteld. Effectief gaat het tarief voor de dienstverlening 2011 ten opzichte van 2010 naar beneden. De NZa merkt op dat zorgverzekeraars op grond van hun zorgplicht ongewenste negatieve effecten in termen van lokale discontinuïteit van het zorgaanbod zullen voorkomen. In het flexibele tarief is hiervoor ruimte aanwezig. De tariefbeschikking voorziet ook in de mogelijkheid om bij tegenvallende inkoopvoordelen, met de zorgverzekeraar een hoger tarief af te spreken.

Ten aanzien van de spreiding in de resultaten van individuele apotheekhoudenden blijkt uit de ontvangen feitenrapportage dat er een significant verband bestaat tussen de omvang van een apotheek en het resultaat van dezelfde apotheek. Anders gesteld betekent dit dat een apotheek die zijn norminkomen niet volledig realiseert in financiële zin mogelijk kleiner is dan de standaardapotheek. De waargenomen spreiding in de resultaten zijn een uitvloeisel van de ondernemingsrisico's. Bij de tariefsberekening gaat de NZa geen onzekerheidsmarge berekenen voor de spreiding in de resultaten van apotheekhoudenden. Dit zou neerkomen op een vergoeding voor inefficiënties in de markt.

5.3.2 Uitkomsten voor beleidscorrecties en beleidcorrecties

In navolgende tabel zijn de uitkomsten voor beleidscorrecties weergegeven:

Tabel 5.3 Uitkomsten voor beleidscorrecties

(in duizenden euro's)	Werkelijk 2009	Actualisatie 2010	Extrapolatie 2011
Wmg-tariefinkomsten	564.000	633.000	658.000
Inkoopvoordeel	211.000	167.000	174.000
Totaal inkomsten	775.000	800.000	832.000
Praktijkkosten Wmg	496.000	519.000	539.000
Norminkomen	108.000	108.000	109.000
Totaal kosten	604.000	627.000	648.000
Netto resultaat	171.000	173.000	184.000
Clawback	84.000	81.000	84.000
Resultante	87.000	92.000	100.000

Bron: NZa

Zonder aanpassingen van de tarieven 2011 bedraagt het resultaat 2011 dat het gemiddelde norminkomen te boven gaat € 100.000,-. Om uit te komen op het gemiddelde norminkomen van een apotheehouder wordt het tarief omlaag bijgesteld. Allereerst wordt een gedeerd rendement op het eigen vermogen vergoed van € 18.362,- (conform de tariefsbeschikking zijn dit praktijkkosten). De praktijkkosten in de beleidsregel bedragen daarmee € 557.000,- (afgerond).

Het hierna resterende bedrag van afgerond € 82.000,- (€ 100.000,- -/- 18.362,- = € 82.000,-) wordt gecorrigeerd op de vergoedingen en toeslagen voor de dienstverlening. Het gemiddelde feitelijke tarief wordt daarmee € 6,90. In de transitiefase heeft de NZa een transitietarief inclusief nacalculatie vastgesteld van € 7,50. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de tarieven per prestatie.

5.3.3 Tarieven 2011 per prestatie

De kostendekkende vergoeding per synthetische receptregel berekend op basis van CQ 2009 bedroeg voor 2009 € 7,93. Voor 2010 bedraagt deze volgens de nu geactualiseerde berekeningen € 7,77 en voor 2011 € 7,96 (inclusief gedeerd rendement eigen vermogen).

De NZa heeft ervoor gekozen om de clawback per 1 januari 2011 vast te stellen op 6,82%. In dat geval bedraagt het gemiddeld feitelijke tarief 2011 € 6,90. Uitgaande van de clawback van 6,82% bedraagt het transitietarief inclusief nacalculatie € 7,50.

De uitwerking van het transitietarief per prestatie is als volgt:

Dienstverlening	Maximale vergoeding of toeslag	Max. verhoogde vergoeding of toeslag
standaarduitgifte	5,74	7,65
weekuitgifte	3,16	4,21
eerste uitgifte	5,74	7,65
anz-recept	11,48	15,31
bijzondere mb	86,12	114,82
reguliere mb	11,48	15,31

Bron: NZa

Het tarief was in 2010:

Dienstverlening	Maximale vergoeding of toeslag	Max. verhoogde vergoeding of toeslag
standaard terhandstelling	5,99	7,54
week terhandstelling	3,29	4,15
eerste uitgifte	5,99	7,54
anz-recept	11,97	15,08
bijzondere bereiding	89,78	113,12
reguliere bereiding	11,97	15,08

Bron: NZa

Onderstaand worden de vergoedingsverschillen tussen 2011 en 2010 per prestatie weergegeven:

Dienstverlening	Maximale vergoeding of toeslag	Max. verhoogde vergoeding of toeslag
standaarduitgifte	-0,25	0,11
weekuitgifte	-0,13	0,06
eerste uitgifte	-0,25	
anz-recept	-0,49	0,23
bijzondere mb	-3,66	1,70
reguliere mb	-0,49	0,23

Bron: NZa

Bijlage 1. Opmerkingen van betrokkenen op uitgangspunten tarief 2011

Volume schatting geneesmiddelkosten

Organisatie	Opmerkingen
Apothekers	Apothekers hebben de 3% volumegroei gezamenlijk met de 4% prestatiegroei, besproken. De genoemde groei wordt niet realistisch geacht en moet lager zijn.
Zorgverzekeraars	Ten gevolge van de vergrijzing berekent de SFK al vele jaren met een toename van de geneesmiddelkosten van 8% (volume en prijs gezamenlijk). De afgelopen jaren zijn de volumestijging gedeeltelijk opgevangen door WGP aanscherping (daling Engelse Pond), preferentiebeleid (per saldo in de prijs). Als zorgverzekeraars achten wij het beter om meer dan 3% te begroten.

Prijsschatting geneesmiddelen

Organisatie	Opmerkingen
Apothekers	<p>De aanpassing van het preferentiebeleid door Menzis per 1 juli 2010 heeft volgens SFK geleid tot een effectieve daling van de generieke geneesmiddelenprijzen (totale generieke markt) van 5,8%. Dit effect is additioneel op de prijsverlagingen als gevolgen van de aanpassing van wettelijke maximumprijzen.</p> <p>Bezuinigingsmaatregelen en taakstellingen in het BKZ 2011 die op Prinsjesdag bekend gemaakt worden leiden tot een verder prijs- en margedruk. In dit kader wijzen wij u ook op de eventuele aanpassing van het GVS.</p> <p>De aanpassing van de WGP heeft in de achterliggende periode geleid tot een gemiddelde prijsverlaging 3% á 4%. Voor 2010 kan dit worden berekend: april (-0,9%) en oktober 2010 (-2% verwacht). Voor 2011 is het reëel om minimaal uit te gaan van een vergelijkbare neerwaartse prijscorrectie, aangezien er steeds meer producten onder de WGP worden geplaatst.</p> <p>Sinds 2010 zijn de injecties aan de WGP toegevoegd, welke zorgen voor een daling van € 8.500,- aan prijsdaling en verwacht voor 2011 € 7.500,-. Dit heeft naar onze mening een dalend effect op de prijzen in 2011.</p> <p>Het ministerie van VWS heeft met de LHV afgesproken dat in 2010 een besparing van € 127 miljoen op de geneesmiddelenkosten wordt gerealiseerd door een verschuiving van specialités naar generieke geneesmiddelen die onder invloed van het preferentiebeleid fort in prijs zijn gedaald. Effectuering van deze afspraak leidt tot een daling van het prijsniveau met 3,3%.</p> <p>In oktober 2011 verstrijkt het patent op atorvastatine (Lipitor). Niet uit te sluiten valt dat al eerder een generieke variant op de Nederlands markt wordt geïntroduceerd. Doorgaans ligt de prijs van generieke geneesmiddelen 90% onder het prijsniveau van het origineel. Voor atorvastatine betekent dit een kostenverlaging van € 120 miljoen ofwel een prijsverlaging van ruim 3% op jaarbasis.</p>
Zorgverzekeraars	<p>Qua prijs effect achten zorgverzekeraars het aannemelijk dat er in 2011 geen prijseffecten zijn. Dit wordt ingegeven door het geringe aantal grote producten dat uit patent gaat. Hoewel hiervan wel lijsten circuleren, merken wij op dat middels het registreren van een kinderdosering patenten veelal 6 maand verlenging krijgen.</p> <p>Voor 2012 merken wij op dat het uit patent lopen van Lipitor (circa € 150 miljoen) in 2012 wel negatieve gevolgen kan hebben op de kosten van de geneesmiddelen 2012.</p> <p>Menzis geeft aan dat zij in 2011 minder producten aanwijst voor het preferentiebeleid. In algemene zin wordt opgemerkt dat het preferentiebeleid niet uitgebreid kan worden, aangezien in het Achmea preferentiebeleid reeds alle generieke geneesmiddelen zijn opgenomen.</p>

Volume schatting prestaties

Organisatie	Opmerkingen
Apothekers	<p>Apothekers achten de groei in de prestaties van 4% niet realistisch omdat:</p> <p>Voor 2011 wordt een verkleining van het verzekerde pakket voorzien. Bekend is onder meer dat de anticonceptiepil uit het pakket zal worden geschrapt. Ervaringen uit het verleden leren dat dit leidt tot een daling van het aantal gebruikers en verstrekkingen met 10%. Dit komt neer op een daling van 350.000 verstrekkingen ofwel 175 verstrekkingen per apotheek. Verder pakketverkleining zal leiden tot additionele reductie van het aantal verstrekkingen. Hierbij verwijzen wij andermaal naar de behoefte om openheid ten aanzien van de bezuinigingen en taakstellingen in het BKZ 2011.</p> <p>Vanwege de dreiging van de griep пандemie hebben apotheken in 2009 de overheid ondersteund bij de distributie van antivirale middelen. Dit betrof eenmalig 34.000 Wmg-verstrekkingen (bron: SFK). Deze verstrekkingen hadden een eenmalig karakter. Hiervoor dient in de trend te worden gecorrigeerd, zoals ook met het ministerie van VWS is overeengekomen.</p> <p>De toename van het aantal weekuitgiften door apotheken is eenmalig versterkt, doordat thuiszorgorganisaties niet langer budget toegekend kregen voor het uitzetten van geneesmiddelen. Dit heeft in 2009 geleid tot een eenmalige toename van het aantal regels. Hiervoor dient de historische trend met 1 procentpunt neerwaarts te worden bijgesteld.</p> <p>De overheid is voornemens om de levering en uitgifte van TNF-alfaremmers over te hevelen van de eerste naar de tweede lijn. Dit leidt tot een reductie van de inkoopwaarde van € 22.000 per apotheek. Met een daling van het aantal Wmg-verstrekkingen van 15 per apotheek is die impact beperkt.</p>
Zorgverzekeraars	<p>Op basis van de DDD volumegroei achten de zorgverzekeraars de 4% redelijk. Weliswaar gaat de anticonceptiepil weer uit het pakket en mogelijk de TNF alfa blokkers. De eerste hebben naar onze mening nauwelijks effect op de receptstroom en de tweede raakt de standaardapotheek niet.</p> <p>Herhaling eerder argumentatie zorgverzekeraars:</p> <p>Ten gevolge van de vergrijzing berekent de SFK al vele jaren met een toename van de geneesmiddelkosten van 8% (volume en prijs gezamenlijk).</p>

Het aantal receptregels in de standaardapotheek bedraagt in 2009 85.000. De in bovengenoemde tabel genoemde aantallen moeten dit aantal gerelateerd worden.

Schatting inkoopvoordelen

Organisatie	Opmerkingen
Apothekers	<p>Als de neerwaartse lineair trend die zich sinds 2008 aftekent verder wordt doorgezet naar 2011, ligt het in de reden dat het kortingspercentage daalt tot 8,1%. De kortingspercentages in 2007 bedroegen 19,9%, in 2008: 14,7%, in 2009 12,5% en in q1 2010 10,3%.</p> <p>De BG Pharma heeft aangegeven dat wij namens hen aan u kunnen melden, dat zij voorziet dat geneesmiddelenleveranciers de inkoop- en distributiemarges voor groothandels en apotheken de komende periode verder zullen verlagen. De BG Pharma heeft onlangs een onderzoekopdracht gegeven aan een gerenommeerd internationaal onderzoeksinstituut waarbij dit aspect binnen het onderzoek is meegenomen. De eindrapportage van dit onderzoek wordt op zeer korte termijn verwacht (binnen 2 weken). BG Pharma zal de NZa hier ook kennis van laten nemen en is bereid tot nadere toelichting aan de NZa.</p> <p>Invoering couvert-beleid Achmea per 1 februari 2010 voor die apotheken die niet kiezen voor het IDEA-pakjesmodel. Uitgaande van het marktaandeel van Achmea/AGIS en het aandeel apotheken dat niet voor het pakjesmodel heeft gekozen, scheelt dit € 4 miljoen aan inkoopvoordelen ofwel gemiddeld € 2.000,- per apotheek op jaarbasis (bron: SFK).</p> <p>De aangekondigde uitbreiding van het couvert-beleid van UVIT per 1 januari 2011. Het ligt in de rede dat deze uitbreiding een voorbode is van (cq uitstralingseffect heeft op) een verdere aanscherping van het inkoopbeleid van andere verzekeraars. Rekening houdende met het marktaandeel van UVIT berekent SFK dat dit zal leiden tot een daling van het inkoopvoordeel van € 12.500,- per apotheek. Deze berekening is gebaseerd op het verschil tussen AIP-prijzen uit de taxe en actuele groothandelsprijzen waarover de SFK de beschikking heeft gekregen. Als dit effect marktbreed doorzet – zoals aannemelijk is – leidt dit tot een daling van het inkoopvoordeel van ruim € 50.000,- per apotheek.</p>

<p>Zorgverzekeraars</p>	<p>Zorgverzekeraars constateren dat de werkelijke inkoopvoordelen gemeten door de onderzoekers achteraf in het onderzoek over het jaar 2007, 2008 en 2009 hoger zijn geweest dan de door apothekers in overleggen verkondigde inkoopvoordelen. Apothekers hebben dus geen goed zicht op hun eigen inkoopvoordelen of de kortingen zijn verruild voor minder inkoopkosten aan de inkoopkant. Zorgverzekeraars begrijpen dat de NZa graag wil vasthouden aan de 10,3%, omdat deze berekend is. Anderzijds willen wij als zorgverzekeraars de NZa meegegeven nu eens een keer niet in te gaan op de oproepen van vertegenwoordigers van apotheekhoudenden.</p> <p>Zorgverzekeraars maken zich zorgen over de ontwikkeling van de inkoopvoordelen. De KNMP meldde in 2009 dat er geen inkoopvoordelen meer aanwezig waren. Uit het onderzoek van CQ 2009 blijkt dat de inkoopvoordelen in 2009 € 430 miljoen bedroegen.</p> <p>De zorgverzekeraars merken op dat de prijs per preferent doosje (distributiefte) zo goed als verdwenen is. Een enkele groothandel hanteert nog een fee per receptregel.</p> <p>UVIT reageert op de opmerking ten aanzien van haar voorgenomen preferentiebeleid per 1 januari 2011. UVIT merkt op dat een deel van de artikelen die op de UVIT-lijst staan, ook op de lijst van Achmea staan. Dat heeft tot gevolg dat apothekers daar al helemaal geen korting op krijgen. Een extrapolatie van UVIT naar alle verzekerden leidt per definitie tot een overschatting.</p> <p>Daarnaast is het nog alleen maar een lijst waarmee wij prijzen opvragen voor de ronde van januari 2011. Er zijn nog helemaal geen prijzen geboden. Op basis van de reacties van de verschillende fabrikanten verwacht UVIT dat in een aantal groepen helemaal geen preferente middelen zullen aangewezen worden. UVIT acht de leverbetrouwbaarheid een belangrijke beperking bij de toewijzing. UVIT schat in dat minder dan de helft van de lijst in een aanwijzing resulteert. UVIT kan op dit moment nog niet aangeven welke middelen (en welke prijs) dit betreft. UVIT verwijst in dit verband naar de soortgelijke poging van Menzis die vorig jaar heeft geleerd dat parallelimporteurs de leverbetrouwbaarheid niet kunnen garanderen, waardoor een aanwijzing niet mogelijk is.</p> <p>UVIT roept de NZa op om rustig af te wachten wat er werkelijk door UVIT wordt aangewezen. Daarna is te berekenen wat de impact is op de resultaten van een apotheek. Inschattingen van het effect van het preferentiebeleid gemaakt door apothekers hebben in het verleden bewezen niet echt betrouwbaar te zijn.</p>
-------------------------	--

Schatting praktijkkosten

Organisatie	Opmerkingen																				
Apothekers	<p>Bekend is dat het pensioenfonds voor apothekers financieel in zwaar weer verkeert. In zijn algemeenheid geldt dat pensioenfondsen verwachten dat de pensioenpremies de komende periode verhoogd moeten worden vanwege de eisen die de DNB stelt in relatie tot de lage rekenrente. De KNMP is van mening dat het pervers zou zijn als de daling van de personeelskosten die het gevolg is van het feit dat apotheken noodgedwongen medewerkers hebben moeten ontslaan (volgens NZa dalen kosten met 5% terwijl binnen CAO destijds sprake was van een (toen gebruikelijke) positieve loonontwikkeling van 3,5%), omdat de tariefinkomsten niet toereikend waren, aangrijpt om het tarief te verlagen. Uit onderzoek onder apothekemedewerkers blijkt dat zij de werkdruk – mede vanwege de oplopende administratieve lasten door de diverse regelingen van verzekeraars - op dit moment als onacceptabel hoog ervaren. De te hoge werkdruk leidt inmiddels ook tot een oplopend ziekteverzuim in de sector.</p> <p>In 2010 gelden er voor apotheken hogere rentetarieven als gevolg van bankencrisis en de hogere risicotoeslag die voor apotheken geldt in verband met de sterk verslechterde financiële omstandigheden. De financieringskosten voor geïnvesteerd kapitaal vallen in 2010 hierdoor 1,0 tot 1,5 procentpunt hoger uit dan in 2009 (zij bijlage: brief B+P d.d. 10 september 2010). Op basis van de onderzoeksgegevens van ConQuaestor/Significant kan dit effect worden doorgerekend. In aanvulling hierop geldt dat banken vanwege de slechte omstandigheden aanzienlijk hogere solvabiliteitseisen stellen aan apotheken.</p> <p>Ontwikkeling personeelskosten apotheken <i>Op basis van bezetting apotheken per 1 januari 2009</i></p> <table border="1" data-bbox="730 1227 1433 1391"> <thead> <tr> <th>Jaar</th> <th>Index</th> <th>CAO</th> <th>Periodiek</th> <th>SL/Pensioen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2009</td> <td>100,00</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>104,54</td> <td>2,42</td> <td>1,79</td> <td>0,33</td> </tr> <tr> <td>2011</td> <td>107,30</td> <td>3,54</td> <td>3,43</td> <td>0,33</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> – De berekeningen zijn gebaseerd op de totale apotheekbezetting per 1 januari 2009. Deze bezetting is constant verondersteld tot eind 2011. – In de berekening is rekening gehouden met de Cao-verhogingen per 01/07/09 (3,25%), 01/09/10 (0,75%) en 01/04/11 (0,75%). Ook is rekening gehouden met eenmalige bedrijfsspecifieke uitkeringen in november 2010 en november 2011 (beide 0,5%). – Bij de berekening van de periodieke verhogingen is rekening gehouden met de schaal en de trede van de individuele medewerkers. – De stijging van de sociale lasten en pensioenen is berekend op basis van gemiddelde percentages voor de periode jan – aug 2010 ten opzichte van jan – dec 2009. Voor 2011 is voornamelijk geen stijging van de sociale lasten / pensioenlasten verondersteld. <p>De impact van de overige personeelskosten (bv training / opleiding / uitjes / bedrijfskleding) zijn buiten deze berekening gelaten.</p> <p>De systematiek dat het norminkomen fictief wordt opgenomen in ronder verwijdering van het werkelijke inkomen van een apothekhoudende vinden wij te kort door de bocht. Alle apothekers ontvangen loon, op deze manier blijft er voor een keten weinig over van het norminkomen.</p>	Jaar	Index	CAO	Periodiek	SL/Pensioen	2009	100,00				2010	104,54	2,42	1,79	0,33	2011	107,30	3,54	3,43	0,33
Jaar	Index	CAO	Periodiek	SL/Pensioen																	
2009	100,00																				
2010	104,54	2,42	1,79	0,33																	
2011	107,30	3,54	3,43	0,33																	

	<p>Preferentie op medische hulpmiddelen zoals door een aantal verzekeraars aangekondigd kan leiden tot een substantiële en materiële daling in de kortingen niet Wmg per apotheek met naar verwachtingen tienduizenden euro's.</p> <p>Apotheekhoudende huisartsen constateren dat de nuance naar de apotheekhoudende huisarts in de tariefsberekening ontbreekt. Een vergelijk met de standaardapotheek wordt niet gemaakt. Hierdoor blijven (relevante) verschillen onderbelicht, zoals bijvoorbeeld de verschillende verhoudingsgetallen voor de verschillende prestaties, het feit dat er geen norminkomen is vastgesteld voor de apotheekhoudende huisartsen etc. Dit doet de vraag rijzen of er niet een apart tarief voor de apotheekhoudende huisarts zou moeten worden vastgesteld. Wij begrijpen dat hiervoor wellicht (onoverkomelijke) bezwaren zijn, maar geven jullie in overweging eventuele alternatieven te onderzoeken. Mogelijk zou afschaffing of verlagen van de clawback voor apotheekhoudende huisartsen hiervoor een optie kunnen zijn.</p>
Zorgverzekeraars	<p>Zorgverzekeraars geven de NZa ter overweging dat zaken als central filling, sanering van personeel en kleine apotheken vervangen door uitdeelposten in 2009 fors zijn doorgezet. Deze trend zal zich voortzetten in de rest van 2010 en 2011. Zorgverzekeraars achten het dan ook waarschijnlijk dat de praktijkkosten in de komende tijd niet zullen stijgen.</p> <p>Graag ontvangen wij van de NZa een onderbouwing waarom het norminkomen niet gekort wordt voor de buiten WMG activiteiten. Deze activiteiten worden door de NZa onderkend en vallen onder verantwoordelijkheid van de apotheker. Bij de vaststelling van het tarief stellen wij dan ook voor het norminkomen hiervoor te corrigeren.</p> <p>Zorgverzekeraars zouden graag zien dat er sprake is van een gedifferentieerd tarief. Bij de grote apotheken zijn de vaste kosten gedekt, waardoor apothekers het gemiddelde norminkomen ruimschoots behalen. Wij stellen voor om het tarief op dit punt te flexibiliseren.</p> <p>Zorgverzekeraars kunnen zich niet aan de indruk onttrekken dat de toename van het aantal weekdoseringen gedurende 2009 en 2010 mede wordt ingegeven door de aantrekkelijkheid van het tarief voor de betreffende dienstverlening. Wij vragen de NZa om bij de bepaling van het tarief hiermee rekening te houden.</p> <p>Zorgverzekeraars zien de tendens dat apothekers de afgelopen jaren hebben geïnvesteerd in AHOEDS. In veel situaties nemen apothekers een relatief groot deel van de huisvestingskosten voor zijn of haar rekening. Wij geven de NZa ter overweging deze 'extra' kosten niet mee te laten wegen bij de bepaling van de omvang van de praktijkkosten, aangezien deze kosten niet de werkelijke huisvestingskosten van de apotheek weerspiegelen.</p> <p>Zorgverzekeraars constateren een trend naar een verdere afbouw van het aantal personeelsleden t.g.v. zaken zal central filling. Wij denken dat de praktijkkosten substantieel aan het doordalen zijn in 2010 en 2011. Iets dat in 2009 pas net is begonnen.</p> <p>Zorgverzekeraars constateren dat de contributie voor apothekers met € 5.000 per apotheek in 2011 naar beneden gaat. Hier moet bij de berekening van de praktijkkosten rekening worden gehouden.</p>

De KNMP heeft twee opmerkingen gemaakt over aannames tariefskomsten. De tariefsinkomsten zijn geen aanname in het model voor 2011. De NZa is overigens van mening dat deze opmerkingen geen effect hebben op de tariefsberekening voor 2011.