



Bijwerkingen onvermijdelijk

Hoe de apotheek haar
personeel niet meer
kan betalen

Brancherapport openbare farmacie

Oktober 2024

WZOA  NAPCO

Samenvatting

De werkdruk in de openbare apotheek neemt toe: Nederlanders worden steeds ouder en gebruiken gemiddeld meer medicijnen. Ook de taken die uitgevoerd worden in de openbare apotheek zijn door de jaren heen veranderd. Het belang van zorgverlening náást de receptgebonden zorg neemt toe. Daarnaast heeft de apotheek de noodzakelijke taak om bij beschikbaarheidsproblemen van een geneesmiddel naar een passend alternatief te zoeken. De bekostiging die de apotheek voor deze groeiende en veranderende werkzaamheden ontvangt is niet evenredig toegenomen.

Dit rapport beschrijft de ontwikkelingen sinds 2015 in werkdruk, inkomsten, de doorvertaling naar loon middels de cao, de invloed op het personeelsbestand en de stappen die de apotheek zet om steeds slimmer te werken. De apotheeksector wordt steeds vergeleken met ontwikkelingen in huisartsenzorg en ziekenhuiszorg om een objectieve basis te kunnen bieden. Het rapport is opgesteld op basis van openbare informatie, aangevuld met data van het pensioenfonds voor apotheekpersoneel.

Omzet, volume en tarieven blijven achter bij andere sectoren

De omzet uit apotheekzorg (WMG-prestaties) groeit veel minder snel dan de huisartsenzorg en medische specialistische zorg. De totale omzet uit zorg stijgt slechts 11% tussen 2015 en 2023. De tarieven, op basis van vergoeding per dosering, nemen ook met 11% toe. Dit is ruim minder dan de inflatie over deze periode; dit zet enorme druk op de financiële mogelijkheden van apotheken.

Loonontwikkeling

Het salaris van een apothekersassistent is van 2015 tot 2024 met 20% gestegen. Dit staat in scherp contrast met de stijging van het salaris van de apothekersassistent in het ziekenhuis (38%) en de dokters- en apothekersassistent bij de huisarts (40%). Logischerwijs is dit onvoldoende voor apothekersassistenten om de inflatie te compenseren – gemiddeld is de koopkracht afgenomen met 8%. Ook in absolute zin blijft het loon van de assistent in de openbare apotheek achter; het salaris bedraagt 5% tot 16% minder dan de tegenhangers in het ziekenhuis en bij de huisarts. Hoewel de opleiding en het takenpakket van de drie vergeleken banen hetzelfde is, is de beloning die daar tegenover staat dat niet.

Personeelsbestand

Als gevolg van onder meer de hogere werkdruk en de ontoereikende loonontwikkeling is het verloop van personeel in de apotheek sterk gestegen. In 2023 vertrok bijna een op de zes jonge medewerkers, terwijl juist deze groep essentieel is voor de toekomst. De komende tien jaar gaat namelijk bijna een kwart van het huidige personeelsbestand met pensioen. Ten opzichte van 2019 is het personeel in loondienst, uitgedrukt in fte, al met 7% afgenomen. En dat terwijl er werk genoeg is: er staan 400 vacatures open en de zorgvraag van de toekomst zal alleen maar verder stijgen.

Productiviteit en bedrijfsvoering

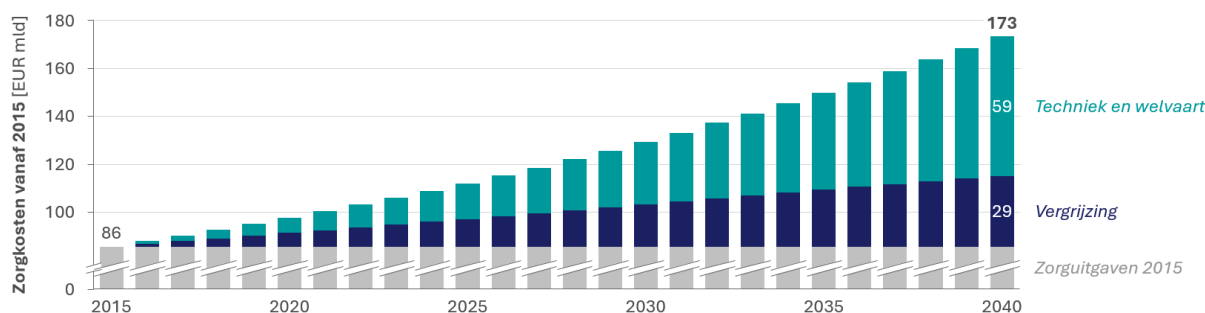
Apotheken hebben stappen kunnen zetten in productiviteit. De bedrijfskosten per verstrekt middel zijn afgenomen ten opzichte van inflatie – zelfs als de cao wél was toegenomen conform de inflatie. Bovendien is het apotheekpersoneel in de afgelopen jaren meer taken uit gaan voeren, zoals het afhandelen van geneesmiddeltekorten en het beantwoorden van patiëntvragen over de vergoeding van medicijnen.

Inleiding

Het Nederlandse zorgstelsel is gebouwd op drie pijlers: kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Goede zorg moet betaalbaar en voor iedereen beschikbaar zijn. De betaalbaarheid is echter al jaren een discussiepunt; de toegankelijkheid van onze zorg staat door toenemende personeelstekorten sinds een aantal jaar ook vol in de aandacht. Wanneer zowel de betaalbaarheid als de toegankelijkheid onder druk komen te staan, kan dit op korte termijn ook de kwaliteit van zorg in gevaar brengen, doordat mensen niet meer op tijd de zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben.

De zorgverlening staat onder druk door stijgende zorgvraag en personeelskrapte

De afgelopen jaren spelen in de zorg twee grote onderwerpen: hoe gaan we de zorg van de toekomst betalen en hoe gaan we dit invullen met minder personeel? De zorguitgaven stijgen hard – in de toekomstverkenning van het RIVM (2018) wordt gesproken over een verdubbeling van 2015 tot 2040 (zie figuur 1), waardoor een steeds groter aandeel van ons collectieve inkomen naar zorg toe gaat¹. Deze stijging van zorgvraag en zorgkosten gaat gepaard met een (te) grote vraag naar personeel: nu is nog een op zeven werkenden actief in de zorg, in 2040 zal dit een op vier moeten zijn willen we zorg van dezelfde kwaliteit en toegankelijkheid kunnen leveren².



Figuur 1: zorguitgaven verdubbelen tussen 2015 en 2040, gedreven door techniek en welvaart en vergrijzing.

Vanuit het Integraal Zorgakkoord uit 2022 volgt een visie om de samenwerking in de eerste lijn te versterken

De kern van de visie eerstelijnszorg 2030³, onderdeel van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en mede ondertekend door de KNMP, is het versterken van de samenwerking tussen eerstelijnszorgverleners. Deze visie spreekt over het “wijkverband”, met als kernspelers huisartsenzorg, apotheker, wijkverpleging en sociaal domein. Gezamenlijk identificeren zij de knelpunten in de wijk en ontwikkelen gerichte interventies om deze aan te pakken.

De overheid, zorgverzekeraar en zorgverleners, die het akkoord samen hebben gesloten, zien dit als de enige manier om de zorg betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden.

¹ 12,7% van BBP in 2015 naar 16,4% in 2040. Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018, RIVM

² Sociaal Economische Raad (2020): Zorg voor de toekomst

³ Rijksoverheid: Visie eerstelijnszorg 2030

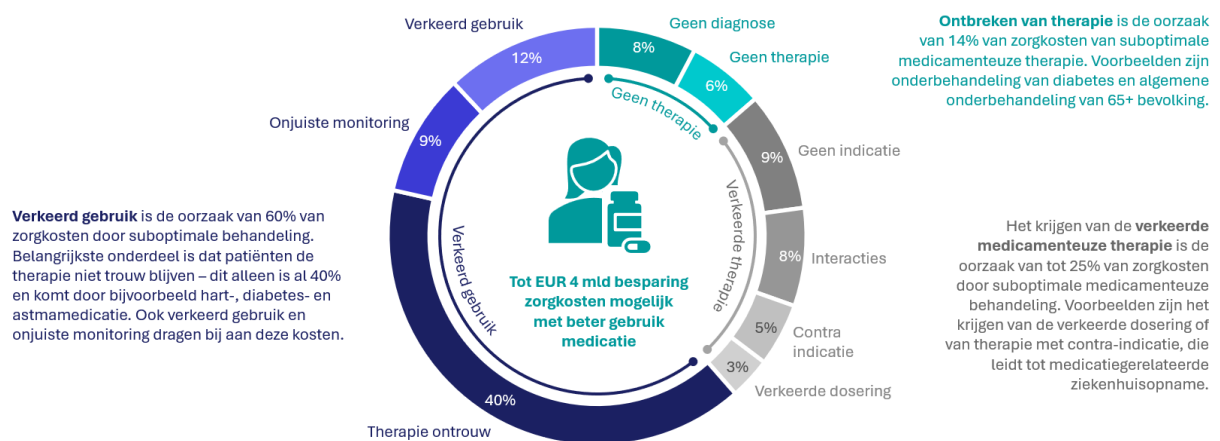
De openbare apotheek biedt essentiële zorg voor miljoenen Nederlanders

Apotheken spelen een cruciale rol in de eerstelijnszorg. Dagelijks verstrekken de ongeveer 2.000 openbare apotheken⁴ gezamenlijk ruim 23 miljoen geneesmiddelen⁵. Patiënten kunnen er laagdrempelig terecht met vragen over hun medicatie en het gebruik daarvan, waarbij de apotheker begeleiding biedt en ervoor zorgt dat de juiste medicijnen op een veilige en verantwoorde manier worden gebruikt. Deze essentiële basiszorg noemen we de receptgebonden zorg.

Om beter invulling te geven aan het IZA is meer zorgverlening vanuit de apotheek nodig. In de komende jaren kan de apotheek met het leveren van meer niet-receptgebonden zorg een grote rol spelen in het versterken van de eerstelijnszorg en het terugdringen van zorgkosten. Middels goede farmaceutische zorg voor de groeiende groep ouderen die langer thuis blijft wonen, meer tijd voor begeleiding bij juist gebruik en het minderen of stoppen van geneesmiddelen, wordt de druk op andere zorgverleners vermindert.

Een goed ingestelde diabetespatiënt heeft bijvoorbeeld minder kans op complicaties zoals perifere vaatlijden, wat anders chirurgisch ingrijpen zou vereisen. En ouderen die consequent de juiste dosering antihypertensiva krijgen, lopen minder risico op een val door een te lage bloeddruk, wat een ziekenhuisopname met een gebroken heup kan voorkomen.

Door therapietrouw te verbeteren, medicamenteuze onderbehandeling te voorkomen, patiënten te begeleiden bij minderen of stoppen van geneesmiddelen en te zorgen voor optimaal gebruik kunnen apothekers jaarlijks passende zorg bieden. De kosten van suboptimaal medicatiegebruik worden in Nederland geschat op ongeveer vier miljard euro⁶⁻⁷, met uitsplitsing naar diverse categorieën van verbetermogelijkheid, zoals betere diagnostiek, behandeling en begeleiding. Figuur 2 geeft deze uitsplitsing weer. In verschillende proeftuinen van ZonMw⁸ wordt al geëxperimenteerd met de toegevoegde waarde van de apotheek, met positieve resultaten.



Figuur 2: onderbouwing van verbeterpotentieel in medicamenteuze therapie, haalbaar door betere positionering van de openbare apotheek in de eerstelijnszorg met passende financiering en beleid.

⁴ SFK: Data en Feiten 2024

⁵ Uitgedrukt in Defined Daily Dose (DDD)

⁶ Watanabe (2018), Cost of Prescription Drug-Related Morbidity and Mortality

⁷ Analyse op basis van literatuuronderzoek, waaronder Wilhelmssen and Eriksson (2019), TFFRS (2019), Rubio-Valera et al. (2016), Romano et al. (2024) en Alsallal et al. (2022)

⁸ ZonMw (2019) Make-It: Medication Adherence Knowledge, Expertise and Implementation Taskforce

Apotheken ervaren grote uitdaging om personeel te vinden en eerlijk salaris te bieden

Helaas staat de toegankelijkheid van apotheken onder druk: het lukt met moeite om de essentiële basiszorg te leveren, maar het uitbreiden van de aanvullende of niet-receptgebonden zorg is voor sommige apotheken een uitdaging vanwege het personeelstekort. De werkdruk neemt toe en het wordt steeds moeilijker om gekwalificeerd personeel te vinden. De werkdruk stijgt al jaren, met meer werk dat wordt verricht door minder medewerkers. In 2023 steeg het aantal geneesmiddeltekorten met 50% ten opzichte van het jaar ervoor⁹, terwijl 2022 ook al een recordaantal tekorten kende. Per apotheek is vaak één medewerker fulltime bezig met zoeken naar en regelen van alternatieven voor niet-leverbare geneesmiddelen, terwijl gekwalificeerd personeel schaars is. Openbare apotheken hebben in toenemende mate moeite om het personeel te vinden om deze belangrijke zorg te leveren.

Een belangrijke oorzaak voor de huidige personeelstekorten in de apotheek lijkt te liggen in de arbeidsvoorwaarden; in het najaar van 2024 begon een reeks van stakingen van assistenten uit onvrede over de cao¹⁰. Dit rapport onderzoekt hoe deze situatie de afgelopen jaren is ontstaan. Wat waren de ontwikkelingen op het gebied van omzet, volume en tarieven? Hoe heeft de cao zich aangepast aan deze ontwikkelingen? Hoe verhoudt dit zich tot andere sectoren? Wat voor arbeidsmarkt is hierdoor ontstaan voor apothekersassistenten, en wat is er nodig om dit in de toekomst te verbeteren?

⁹ 2.292 tekorten in 2023 ten opzichte van 1.514 tekorten in 2022. Bron: KNMP, dossier geneesmiddeltekorten

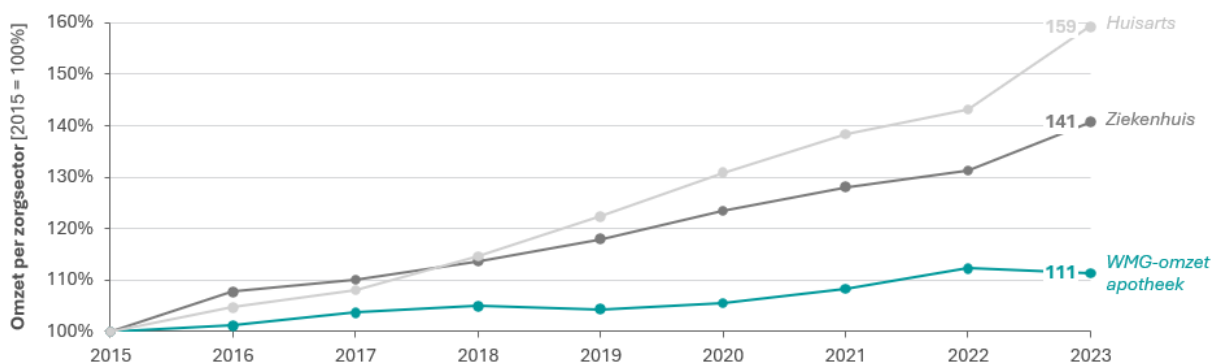
¹⁰ Skipr (2024): Assistenten Haagse apotheken staken en gaan naar ministerie

De apotheek krijgt weinig financiële ruimte

De totale zorgkosten in Nederland nemen ieder jaar verder toe. Toch stijgt de zorgomzet van apotheken maar langzaam; in zowel omzet, volume én prijs laat de apotheek een veel lagere ontwikkeling zien dan de andere zorgsectoren. De stijging in zorgomzet per geneesmiddel is lager dan landelijke referentiematen van benodigde jaarlijkse indexatie.

Omzetontwikkeling in apotheken is laag vergeleken met andere zorgsectoren

De zorgkosten in Nederland stijgen hard. Door vergrijzing van onze bevolking, én door toegenomen welvaart en medische innovaties, is ieder jaar meer geld nodig voor het leveren van goede zorg. Van 2015 tot 2023 zijn de landelijke uitgaven aan huisartsenzorg en ziekenhuiszorg met respectievelijk 60% en 40% toegenomen, een stijging van meer dan 5% per jaar¹¹⁻¹². In diezelfde periode is de omzet die apotheken ontvangen voor terhandstellingen en niet-receptgebonden zorg, de WMG-omzet (ook zorgomzet genoemd, zie kader 1), veel minder toegenomen. De zorginkomsten van apotheken zijn gedurende deze periode met slechts 11% gestegen¹³. Gemiddeld is dit een stijging van ongeveer 1% per jaar, zoals weergegeven in figuur 3.



Figuur 3: gemiddelde omzetontwikkeling van huisarts, ziekenhuis en terhandstellingen in de openbare apotheek. Basisjaar is 2015.

De ontwikkeling van de zorgomzet van apotheken is een combinatie van **effecten op volume** – zoals groei door vergrijzing, afname van de verzekerde zorg uit het basispakket, en de verschuiving naar doelmatigere, langdurige verstrekkingen – en **effecten op prijs** – zoals de jaarlijkse prijsindexatie die wordt afgesproken in de contractering tussen verzekeraars en openbaar apothekers.

¹¹ Zorgcijferdatabank.nl

¹² De stijging van de omzet van de medisch specialistische zorg in het ziekenhuis wordt niet veroorzaakt door dure geneesmiddelen. De NZa rapporteert in "Kerncijfers intramurale dure geneesmiddelen" dat de omzet uit dure geneesmiddelen minder snel stijgt dan dat van de overige ziekenhuiszorg.

¹³ SFK: Data en feiten, 2015 t/m 2024

Kader 1: omzet uit terhandstellingen en omzet uit geneesmiddelen

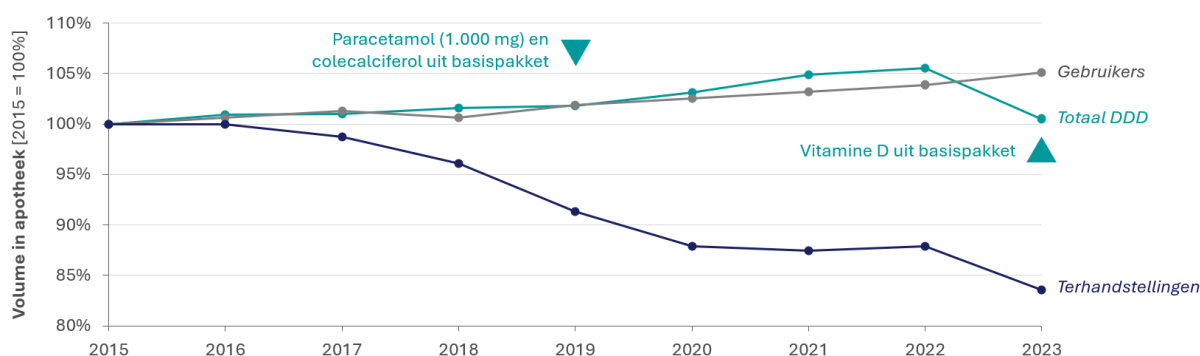
In dit rapport verkennen we uitsluitend de omzet die de openbare apotheek uit WMG-prestaties ontvangt: de receptgebonden zorg (terhandstellingen) en niet-receptgebonden zorg. Dit bedraagt ongeveer een kwart van de totale omzet van de apotheek en is met 11% gestegen tussen 2015 en 2023. Daarnaast ontvangt de apotheek ook omzet uit de levering van geneesmiddelen: dit is de resterende 75% van de apotheekomzet, en is sinds 2015 met 33% gestegen.

Voor de omzet uit terhandstellingen levert de apotheek zorg, zoals de controle van de gebruikte geneesmiddelen, het voorkomen en oplossen van ongewenste interacties en de patiënt begeleiden in gepast gebruik. De omzet uit geneesmiddelen komt uit de vergoeding van een zorgverzekeraar voor het betreffende medicijn.

Door de invoering van het preferentiebeleid onderhandelen zorgverzekeraars vaak rechtstreeks met leveranciers, waardoor apotheken steeds minder inkoopvoordeel kunnen bedingen. In 2023 waren maar liefst 86% van alle verstrekte geneesmiddelen direct of indirect onderdeel van het preferentiebeleid.¹⁴

Volume | Het aantal terhandstellingen neemt af terwijl het aantal gebruikers en aantal geneesmiddelen blijven stijgen

Het aantal patiënten dat geneesmiddelen gebruikt en de totale hoeveel verstrekte geneesmiddelen, gemeten in DDD (*Defined Daily Dose*) zijn in de periode 2015-2023 beide licht gestegen, met respectievelijk 5% en 1%.¹⁵ Het totaal aantal DDD stijgt over de periode 2015-2023 minder hard dan het aantal patiënten met een geneesmiddel, onder andere doordat vitamine D-medicatie in 2023 niet langer vanuit het basispakket wordt vergoed. De stijging zónder deze wijziging zou ongeveer 7% bedragen.¹⁶ Figuur 4 laat deze ontwikkeling zien.



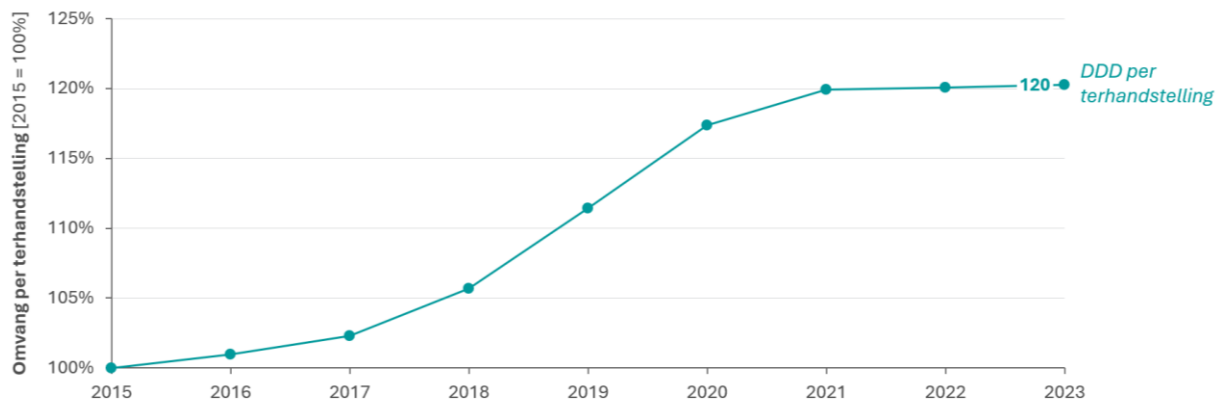
Figuur 4: ontwikkelingen in volume in de apotheek, gemeten in aantal gebruikers, totaal aantal verstrekte DDD en aantal terhandstellingen. Basisjaar is 2015.

¹⁴ Uit onderzoek van Gupta Strategists: Grip op toenemende geneesmiddeltekorten (2024). Aandeel verstrekkingen gemeten in DDD. Bevat alle verstrekkingen van een geneesmiddel waarvan minimaal een verzekeraar preferentiebeleid voert in het betreffende geneesmiddelcluster.

¹⁵ Op basis van SFK feiten en cijfers per hoofd van de bevolking, geëxtrapoleerd naar Nederland op basis van CBS bevolkingsdata. Dit is exclusief verstrekking van apotheekhoudende huisarts, geneesmiddelgebruik in ziekenhuis of in instellingen voor langdurige zorg.

¹⁶ SFK: Data en feiten 2024

Het aantal terhandstellingen toont echter een heel ander beeld: dit is tussen 2015 en 2023 met 16% afgenomen. Als logisch gevolg is de gemiddelde afgiftehoeveelheid per terhandstelling toegenomen – in 2023 is dit 20% hoger dan in 2015 (figuur 5). Dit illustreert dat apotheken gedurende deze periode steeds doelmatigere verstrekkingen van steeds grotere hoeveelheden medicatie hebben gedaan. Patiënten komen minder vaak naar de apotheek en hebben meer medicatie thuis op voorraad. Ze ontvangen bijvoorbeeld medicatie voor wel zes maanden of langer via de verlengde afgiftetermijn¹⁷, of krijgen in hun baxterrol voor meerdere weken tegelijkertijd geneesmiddelen geleverd.



Figuur 5: omvang van een gemiddelde terhandstelling, gemeten in aantal DDD. Basisjaar is 2015.

Prijs | In de apotheek stijgt WMG-omzet per DDD nauwelijks – zeker niet vergeleken met inflatie en andere sectoren

Apotheken worden betaald voor afleveren van medicijnen en het zorgen voor veilig en verantwoord gebruik hiervan. Voor elke dag dat een patiënt een medicijn geleverd krijgt (een DDD), moet de apotheker zorgen dat de juiste medicatie bij de patiënt komt, instructie en begeleiding geven voor goed gebruik, alle vragen beantwoorden, tekorten oplossen en mutaties doorvoeren.

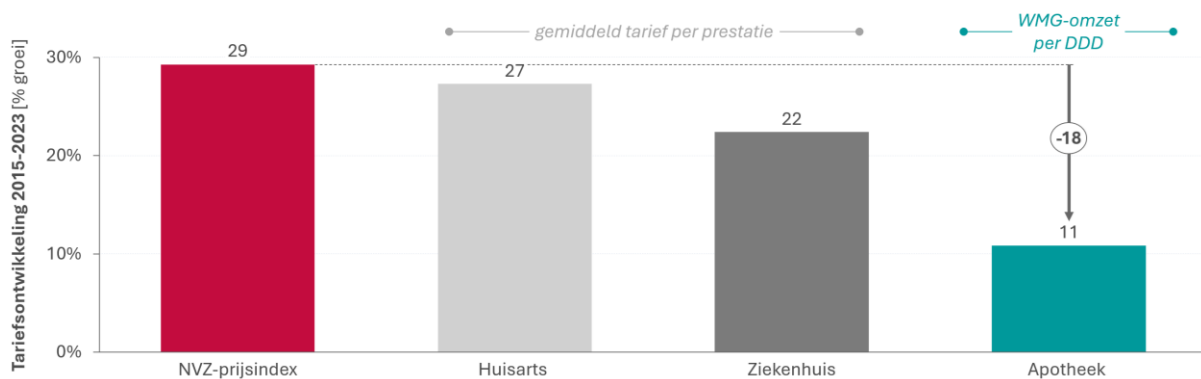
Het aantal DDD dat een apotheek afhandelt is dus een goede maat voor de werklust van de apotheek. Om de tariefontwikkeling in apotheken goed te kunnen beoordelen, kijken we daarom naar de ontwikkeling van de vergoeding per dag dat een medicijn wordt afgeleverd. We vergelijken deze ontwikkeling met de **NVZ-prijsindex** (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) – een geijkte maat om jaarlijks de benodigde tariefontwikkeling te bepalen. Deze index bestaat uit de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA), aangevuld met de jaarlijkse stijging voor materiële kosten en kapitaallasten. De index wordt berekend op basis van ramingen van het Centraal Planbureau (CPB) en wordt na afloop van ieder jaar bijgesteld voor de werkelijke kostenontwikkeling.

We vergelijken de ontwikkeling in WMG-omzet per DDD met de ontwikkeling van de tarieven bij huisartsen en in het ziekenhuis. Bij de huisarts en het ziekenhuis zijn de prestaties – en de tarieven hiervan – een veel betere afspiegeling van de werklust. Huisartsen krijgen meer

¹⁷ Beleid van verzekeraars om grotere hoeveelheden tegelijk te verstrekken, zoals voor 2024 samengevat door de KNMP in "Inkoopbeleid zorgverzekeraars 2024".

betaald naarmate consulten langer duren en in het ziekenhuis beschrijven de DBC's het werk dat daarin gebeurt, bijvoorbeeld het verwijderen van een galblaas in dagbehandeling.

Uit de vergelijking ontstaat een duidelijk beeld: de WMG-omzet per DDD in de apotheek is van 2015 tot 2023 met ongeveer 11% toegenomen, terwijl de NVZ-prijsindex over diezelfde periode bijna 30% bedroeg¹⁸, zoals weergegeven in figuur 6. Ook de tariefindexatie bij huisartsen en ziekenhuizen valt een factor twee tot drie hoger uit. Bij huisartsen is vrijwel de volledige indexatie doorberekend in hogere tarieven (27% indexatie versus 11% bij apotheken); bij ziekenhuizen is een relatieve verlaging duidelijk zichtbaar – echter nog steeds van een compleet andere orde dan in de openbare apotheek (22% indexatie versus 11% bij apotheken).



Figuur 6: ontwikkeling van WMG-omzet per DDD in de apotheek van 2015 tot en met 2023, vergeleken met cumulatieve NVZ-prijsindex en tariefontwikkeling huisarts en ziekenhuis. De WMG-omzet per DDD in de apotheek met 11% is gestegen, 18 %-punt minder dan de NVZ-prijsindex. De verschuiving naar terhandstellingen met meer DDD's, zoals meerwekelijkse rollen, zijn gemiddeld goedkoper per DDD. De werkelijke prijsindexatie per prestatie is daarom hoger dan de stijging in WMG-omzet per DDD, maar is niet te becijferen met de openbare data van SFK¹⁹.

Dat betekent dat apotheken sinds 2015 in vergelijking met andere sectoren een steeds lagere vergoeding krijgen voor hun werkzaamheden. Uit deze beperkte stijging van de tarieven, ver onder de huisartsen en ziekenhuizen, rijst de vraag hoe de apotheek haar stijgende kosten, in het bijzonder haar personeel, kan betalen.

¹⁸ Deze indexatie werkt exponentieel, doordat de indexatie van ieder jaar ook over de indexatie van het voorgaande jaar geldt, de zogenaamde "indexatie van de indexatie". Ter illustratie: twee jaren van ieder 10% indexatie hebben een gezamenlijke indexatie van 21%.

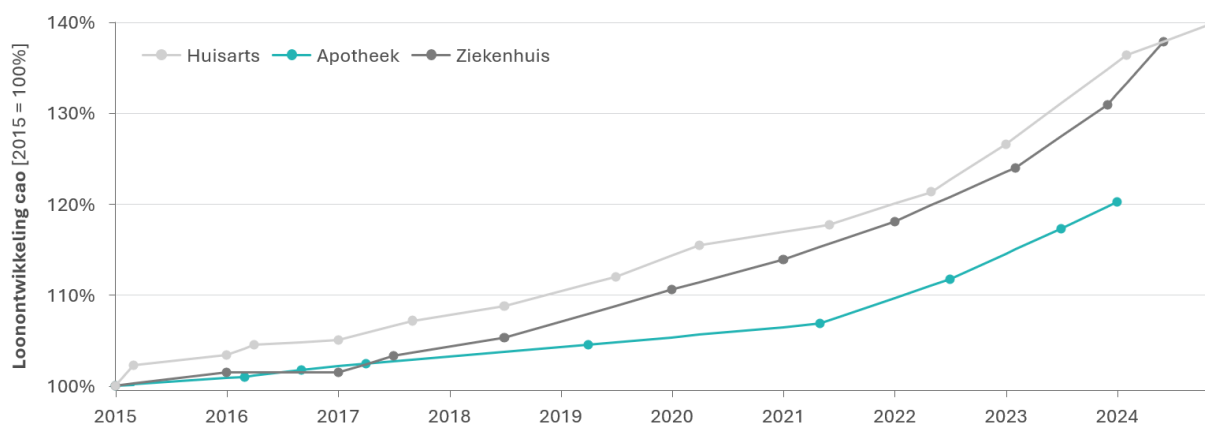
¹⁹ Tariefontwikkeling huisarts op basis van NZa tarieven per prestatie, 2015 t/m 2024. Tariefontwikkeling ziekenhuis op basis van OpenDIS, middels de gewogen gemiddelde tariefontwikkeling van alle DBC-prestaties waarvoor in jaar t-1 en jaar t een tarief beschikbaar is.

Ontwikkeling in cao onvoldoende in openbare apotheek

De omzet van apotheken uit zorg is de afgelopen jaren nauwelijks toegenomen – het verzekerde volume wordt kleiner en de vergoeding per DDD ontwikkelt weinig. Als gevolg zien we dat de apotheek onvoldoende ruimte heeft én krijgt van de zorgverzekeraars om een passende cao te bieden aan haar medewerkers. Ten opzichte van andere sectoren blijft de loonontwikkeling uit cao's ver achter bij de markt. Als gevolg hiervan verdient een medewerker in de apotheek minder dan andere vergelijkbare zorgverleners – het gemiddelde salaris van een apothekersassistente is ongeveer 5-16% lager dan bij collega's met een vergelijkbare opleiding in het ziekenhuis of bij de huisarts.

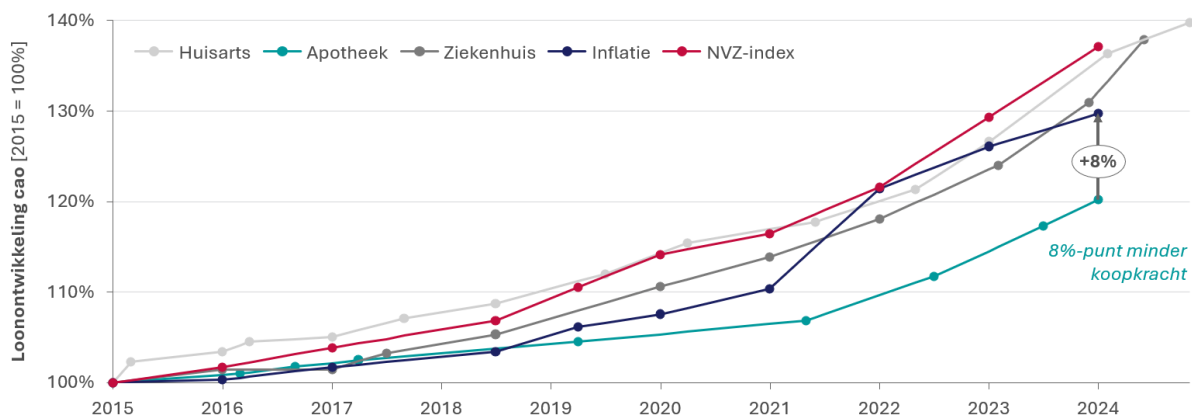
De cao-ontwikkeling van de apotheek blijft achter vergeleken met andere zorgsectoren

Vanaf 2015 laten de cao's van de openbare apotheek, het ziekenhuis en de huisartsen een heel ander beeld zien. Vergelijkbare functies (openbare apotheek: apothekersassistent schaal 6; huisarts: apothekers- en doktersassistent in schaal 4; ziekenhuis: apothekersassistent in schaal FWG 40) hebben een heel andere loonontwikkeling gekregen (zie figuur 7).



Figuur 7: cao-ontwikkeling per sector. Iedere stip is een moment waarop een structurele loonsverhoging is doorgevoerd. Het geldende salaris per 1 januari 2015 geldt als index. Voor apotheken is de laatste verhoging geweest per 1 januari 2024; ziekenhuizen en huisartsen ontvangen de structurele verhoging in 2024 per 1 juni 2024 en 1 november, respectievelijk.

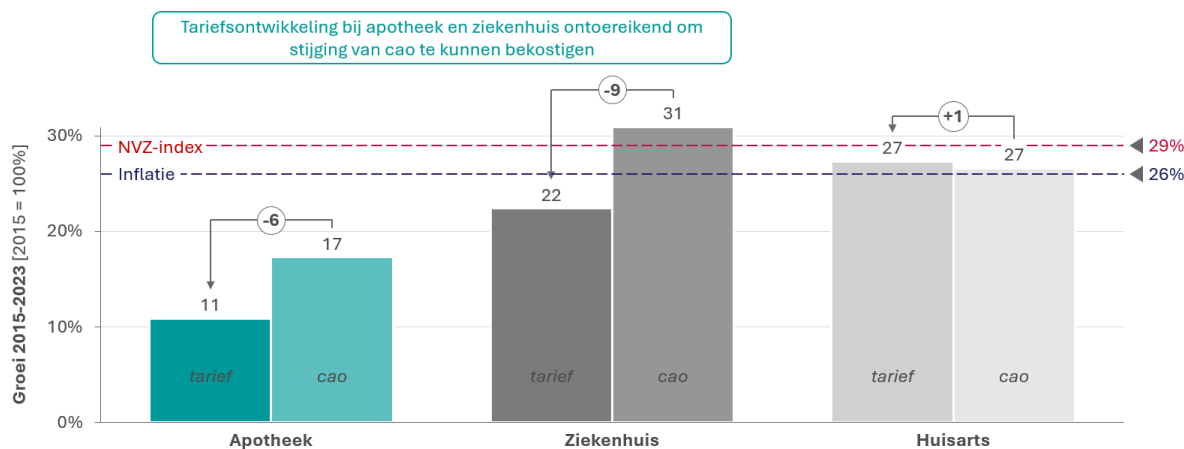
Uitgezet tegen de inflatie en de benodigde indexatie die de NZa en NVZ jaarlijks publiceren is de koopkrachtsontwikkeling van apothekersassistenten duidelijk negatief. Figuur 8 toont deze ontwikkeling. Vanaf 2015 is de koopkracht van de apothekersassistent met 8% gedaald, doordat de cao onvoldoende kan compenseren voor inflatie. De andere cao's, in de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg, volgen in grote lijnen wel de trend van de NVZ-prijnsindex en inflatie.



Figuur 8: cao-ontwikkelingen vergeleken met inflatie. Medewerkers van de openbare apotheek verliezen koopkracht doordat het salaris van de cao minder snel stijgt dan inflatie, gemeten met de consumentenprijs index.

Ontwikkeling in tarief bij apothekers en ziekenhuizen onvoldoende

Waarom blijft de cao van apothekers zo sterk achter bij inflatie en bij de cao's van ziekenhuizen en huisartsen? Vergeleken met de twee andere sectoren zien we dat de tarieven die zorgverzekeraars aanbieden aan apotheken niet voldoende zijn om met de NVZ-prijsindex en inflatie mee te blijven gaan, zoals weergegeven in figuur 9.



Figuur 9: vergelijking ontwikkeling in cao en ontwikkeling in tarieven tussen apotheek, ziekenhuis en huisarts. Tarieven in apotheek zijn op basis van zorgomzet per verstrekt geneesmiddel, zoals in vorig hoofdstuk toegelicht. Cao-ontwikkelingen gedurende 2023 zijn onderdeel van de analyse.

De apotheektarieven zijn in de periode van 2015-2023 met 11% toegenomen (zie figuur 6 uit vorige hoofdstuk); toch is het de werkgevers gelukt om de cao's in deze periode met 17% te doen stijgen. Openbaar apothekers hebben deze cao-stijging grotendeels dus op andere manieren moeten bekostigen dan vanuit de stijging van de tarieven.

Dit is goed vergelijkbaar met de ziekenhuizen; ook in de ziekenhuissector is een cao afgesproken die fors hoger is dan de stijging van de tarieven. In de meest recente ziekenhuiscao stijgt het loon drie jaar achter elkaar met 5% - in totaal 15,8% in drie jaar door indexatie

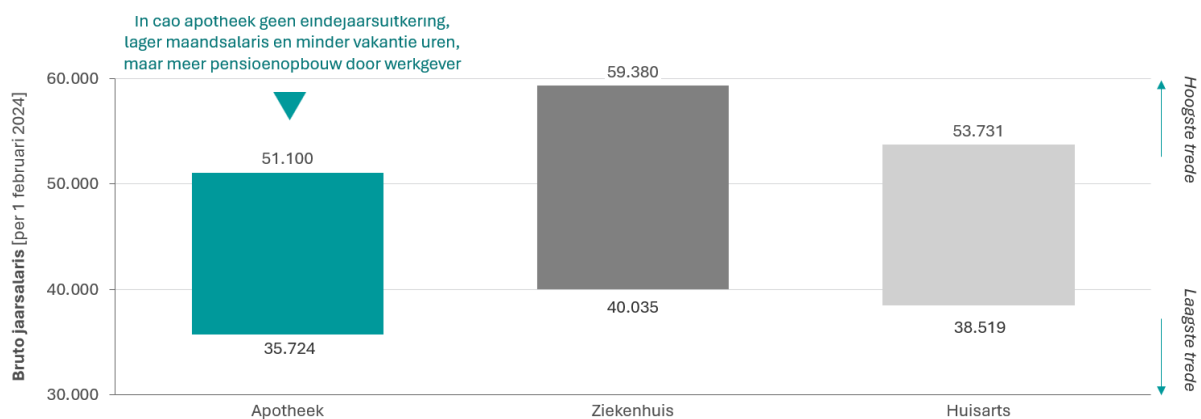
op indexatie – waarbij de NVZ heeft aangegeven dat ziekenhuizen deze stijging eigenlijk niet konden betalen²⁰.

Omdat ziekenhuizen en apothekers een cao hebben afgesproken die boven de tariefstijging ligt, moeten ze die cao op een andere manier bekostigen dan uit tariefstijging. Dat kan door hogere efficiëntie, lagere materiële kosten, minder investeringen of interen op het eigen vermogen. Hogere arbeidsproductiviteit lijkt daarbij in de ziekenhuizen niet de oorzaak: die is volgens een recent rapport van KPMG nauwelijks gestegen afgelopen jaren²¹.

Het beeld bij huisartsen is compleet anders. De huisartsen hebben tarieven die vrijwel evenveel stijgen als de NVZ-prijnsindex en hebben de cao navenant mee laten stijgen.

Door loonontwikkeling onvoldoende salaris voor apothekersassistenten

Deze ontwikkeling van de afgelopen jaren resulteert in een niet-verrassend beeld: door de beperkte ontwikkeling van salaris gedurende de afgelopen jaren blijft het salaris in de openbare apotheek ook in absolute zin achter vergeleken met de andere sectoren – dit is gevisualiseerd in figuur 10.



Figuur 10: vergelijking salarissen per sector, inclusief secundaire arbeidsvoorwaarden zoals vakantiegeld, eindejaarsuitkering, vakantiedagen en pensioenopbouw. Peildatum van vergelijking is 1 februari 2024 – gedurende 2024 ontvingen medewerkers van huisartspraktijk en ziekenhuis nog aanvullende loonsverhogingen.

Het brutosalaris in de openbare apotheek van een apothekersassistent bedraagt, afhankelijk van de trede, tot 16% minder dan dezelfde functie in een huisartspraktijk²² of ziekenhuis.

Dit verschil kan niet worden verklaard doordat de apothekersassistenten meer secundaire arbeidsvoorwaarden ontvangen. In bovenstaande vergelijking zijn geïnccludeerd het vakantiegeld (lager in de openbare apotheek), het aantal vakantiedagen (ook lager), de eindejaarsuitkering (die ontvangt de assistent in de openbare apotheek niet) en de werkgeversbijdrage aan pensioen (dit is hoger in de apotheek-cao, maar door de hogere franchise is dit effect pas zichtbaar bij de hogere salarisschalen en -tredes²³).

²⁰ NVZ-voorzitter Ad Melkert: "De cao is voor veel ziekenhuizen te duur, maar we kiezen met deze cao voor onze medewerkers."

²¹ KPMG (2024): "Stagnerende productiviteit is de verborgen crisis van de ziekenhuissector"

²² Salaris van personeel in huisartspraktijk naar beneden bijgesteld op basis van 36-urige werkweek

²³ In de apotheek wordt pensioen opgebouwd bij PMA. De bijdrage van werkgevers aan het pensioen bedraagt in de apotheek 18,96% van het pensioengevend salaris, met een franchise waaronder je geen pensioen opbouwt van €17.454. Huisartsen en

In werkzaamheden zien we ook geen verschil dat dit kan verklaren: apothekersassistenten voeren net als doktersassistenten taken veelal zelfstandig uit waarbij ze patiënten te woord te staan en passend advies geven bij een brede variatie aan zorgvragen, naast uiteraard de veilige en verantwoorde uitgifte van geneesmiddelen.

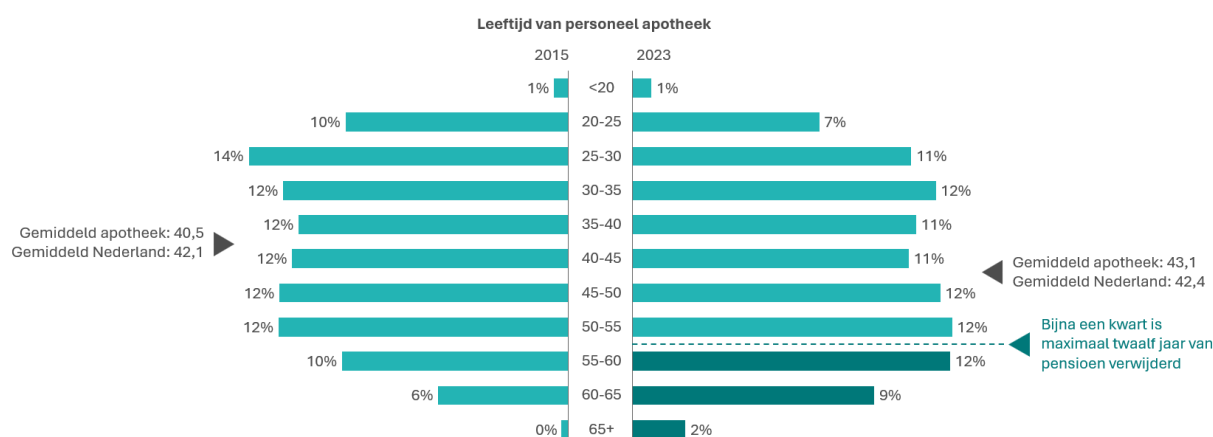
Ten slotte is ook het opleidingsniveau van alle vergeleken functies gelijk: allen betreft een mbo-4 opleiding van drie jaar.

Personeel is moeilijk te vinden en vast te houden

De toenemende zorgvraag, gecombineerd met krapte op de arbeidsmarkt, is dé uitdaging in de zorg van de komende jaren. De effecten van vergrijzing zien we ook in de openbare apotheek. Bijna een kwart van het apotheekpersoneel is nog maar rond de tien jaar van haar pensioen af. Daarna zal een enorm gat aan geschoold personeel gaan ontstaan. Tegelijkertijd lukt het onvoldoende om jong personeel aan te trekken en te behouden – jaarlijks vertrekt 20% van het personeel onder de 30. De meest genoemde redenen zijn dat het salaris onvoldoende is en de werkdruk hoog, onder andere door toenemende agressie van patiënten.

Personeel in apotheek vergrijst sneller dan landelijk

De achterblijvende salarissen hebben een grote invloed op het personeelsbestand in de zelfstandige openbare apotheek. Steeds minder jonge mensen kiezen voor het vak van apothekersassistent, waardoor het personeelsbestand gemiddeld steeds ouder wordt²⁴. De komende twaalf jaar gaat bijna een kwart van het totale personeelsbestand – de groep van 55 en ouder – met pensioen, zoals weergegeven in figuur 11. Van 2015 tot 2023 is de gemiddelde leeftijd van het apotheekpersoneel met bijna drie jaar toegenomen – ruim meer dan de gemiddelde vergrijzing van de werkende bevolking van Nederland van slechts 0,3 jaar²⁵.



Figuur 11: leeftijdsopbouw van het personeelsbestand in de openbare apotheek, 2015 en 2023. Aandeel per leeftijdsklasse gemeten in fte.

In de apotheek werken steeds minder fte in loondienst

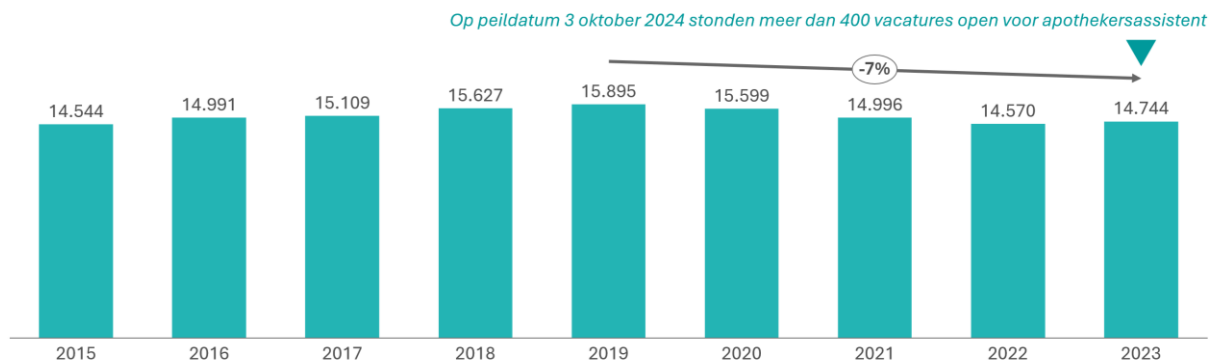
Naast de vergrijzing van het personeelsbestand zien we ook een duidelijke krimp. Vanaf 2019, net voor de COVID-19 crisis, is het aantal werkzame fte in loondienst met ruim 7% gedaald, zie ook figuur 12. Dit is niet omdat er onvoldoende werk is; per oktober 2024 stonden meer dan 400 vacatures open voor apothekersassistenten of apothekersassistenten in opleiding²⁶. Een deel van deze vacatures wordt op tijdelijke basis ingevuld met relatief dure inhuurkrachten. Zo rapporteert het CBS dat het aandeel “overige personele kosten”, waar

²⁴ Alle analyses van personeelsbestand zijn op basis van pensioendata van PMA, 2014-2023.

²⁵ Bron: CBS arbeidsdeelname, gewogen naar voltijdfactor

²⁶ Bron: apotheekwerk.nl/vacaturebank, peildatum 3 oktober 2024

inhuur van extern personeel een belangrijk onderdeel van is, is gestegen van 5,9% van de totale personeelskosten in 2015 naar 9,1% in 2022, een stijging van meer dan 50%.²⁷

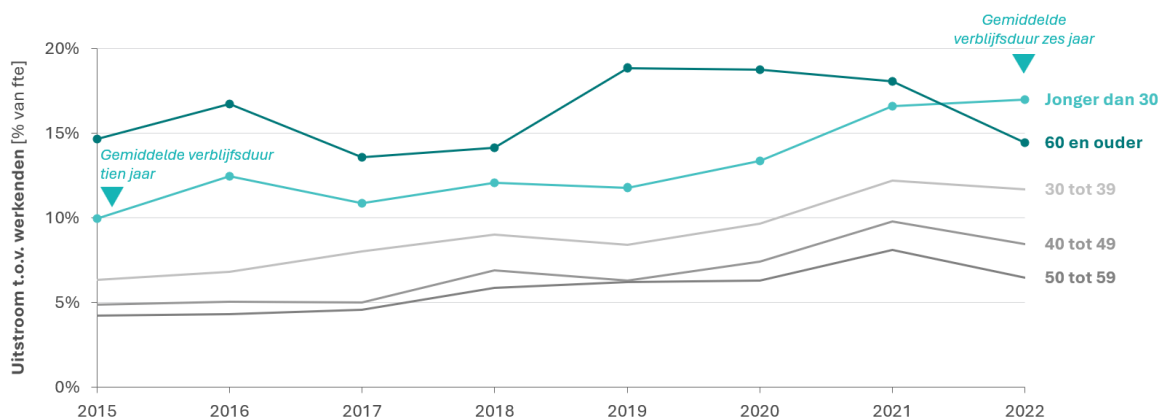


Figuur 12: totale omvang personeelsbestand openbare apotheek, gemeten in aantal fte.

Uitstroom van jong personeel neemt toe, instroom trekt onvoldoende bij

De krimp van het personeelsbestand zien we terug in de sterk toegenomen uitstroom van apothekersassistenten, in het bijzonder in de jongste werknemersgroep. Waar de uitstroom in 2015 nog minder dan 10% bedroeg onder de werknemers jonger dan 30 jaar, is dit bijna verdubbeld naar 17% in 2022. Met andere woorden: werknemers onder de 30 werken nu gemiddeld slechts zes jaar in de apotheek, waar dat in 2015 nog tien jaar was. Dit betekent dat de instroom van jonge werknemers bijna moet verdubbelen ten opzichte van 2015 om te compenseren voor hun kortere dienstverband. Figuur 13 illustreert deze ontwikkeling.

De meest genoemde reden onder vertrekend personeel is het salaris²⁸. Ook de toename van agressieve patiënten, vaak ontevreden over niet leverbare medicijnen of over andere vergoedingskwesties, wordt als belangrijke reden genoemd²⁹.



Figuur 13: de uitstroom van personeel per leeftijdsgroep, gemeten in % van fte dat jaarlijks vertrekt. In 2022 is het percentage uitstroom van personeel jonger dan 30 voor het eerst hoger dan van 60+ personeel. De gemiddelde arbeidsduur van jong personeel is flink afgenomen – bleven zij in 2015 nog gemiddeld tien jaar werken in de apotheek, is dat in 2022 nog maar zes jaar.

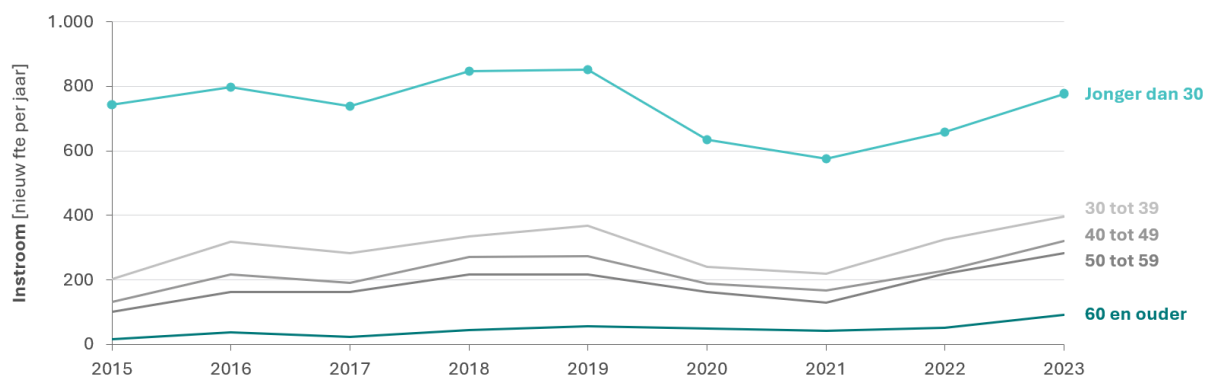
²⁷ CBS: Bedrijfsleven; arbeids- en financiële gegevens

²⁸ Pharmaceutisch weekblad (2023): Personeelstekorten en hoog verzuim zetten apotheekteams verder onder druk

²⁹ KNMP (2022): Enquête werkklimaat in de openbare apotheek

De instroom van personeel is ten opzichte van 2019 ook flink gedaald, hoewel er sinds 2021 weer een stijging zichtbaar is (figuur 14). In aantal fte is de instroom, zoals te verwachten, het hoogst in de leeftijdsgroep tot 30 jaar, maar ook het aantal zij-instromers in de andere leeftijdsgroepen neemt toe. In 2023 zien we hierdoor voor het eerst weer een stijging van het totaal aantal fte in loondienst van de openbare apotheek. Dit is nog bij lange na nog niet genoeg om de leegloop van de jaren daarvoor in te halen, de openstaande vacatures op te vullen en te compenseren voor het fors kortere dienstverband van werknemers onder de 30.

Daarnaast laat het aantal gediplomeerde apothekersassistenten, op basis van gegevens van mbo-instellingen, een forse daling zien. In 2021 waren er nog 723 nieuwe apothekersassistenten die dat jaar hun opleiding hadden afgerond, in 2023 waren dat er slechts 538³⁰. De verwachting is dan ook dat de instroom in 2024 fors lager zal liggen, waarmee de hoge uitstroom en bijbehorende personeelstekorten nóg urgenter worden.



Figuur 14: de instroom van personeel per leeftijdsgroep, gemeten in aantal fte. Cijfers afkomstig uit de data van het pensioenfonds. De instroom van jong personeel neemt na een grote daling weer toe en is weer bijna op het niveau van 2019. Het aantal afgestudeerden daalt echter flink in 2023, waardoor de kans op een daling in 2024 en verder groot is.

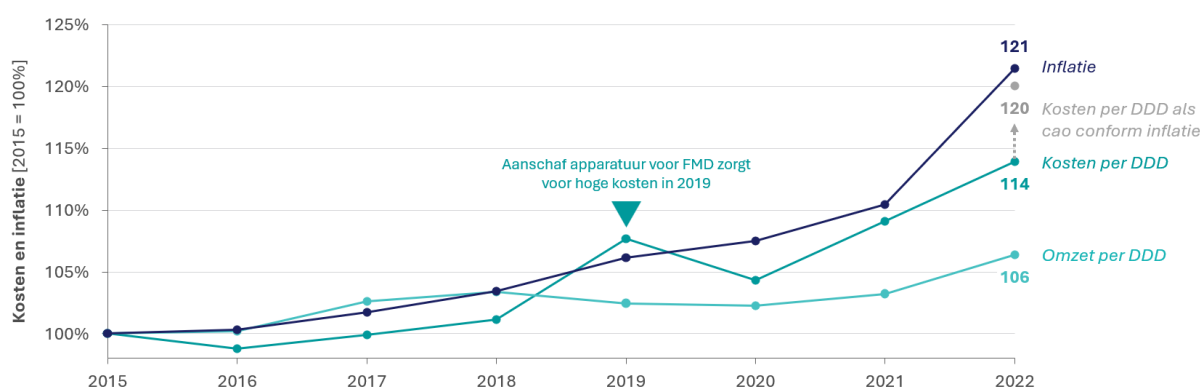
³⁰ DUO, aantal gediplomeerden in het mbo per opleiding, 2019-2023

Apotheek heeft niet stilgezeten: productiviteit verhogen en boven cao betalen

Om uit de beperkte financiële middelen die de apotheek ontvangt een zo eerlijk mogelijk salaris aan het personeel te bieden, heeft de apotheek de productieprocessen verder geoptimaliseerd. Hierdoor dalen, gecorrigeerd voor inflatie, de gemiddelde kosten per verstrekte hoeveelheid geneesmiddelen licht.

Apotheken hebben hun productiviteit verhoogd

In de voorgaande hoofdstukken is vastgesteld dat de apotheek-cao's onvoldoende meebewegen met inflatie, de tarieven nóg minder zijn gestegen en de zorgomzet nagenoeg gelijk blijft. Kan de apotheek de cao-salarisverhoging dan wel bekostigen?



Figuur 15: bedrijfskosten³¹ per verstrekte DDD in de openbare apotheek. Basisjaar is 2015³².

Figuur 15 toont de ontwikkeling van bedrijfskosten per verstrekt geneesmiddel. Logischerwijs nemen deze kosten iets toe – in totaal 14% over de periode 2015-2022. Dit is echter minder dan de inflatie, weergegeven middels de NVZ-prijnsindex, over deze zelfde periode. Daarnaast is de stijging hoger dan de ontwikkeling in omzet per DDD – iedere verstrekking kost de apotheker dus relatief meer geld dan voorheen.

Tot slot is de ontwikkeling in kosten per DDD ook méér dan de cao – die steeg van 2015-2022 met 12%. Was de cao gestegen volgens de inflatie om daarmee koopkracht gelijk te houden, dan waren de kosten per DDD niet met 14% maar met 20% gestegen. Het is dus duidelijk dat de apotheek al ruim meer kosten maakt dan de stijging in omzet per DDD compenseert, en dat dit gat nog veel groter was geweest met een hogere cao-stijging.

Op het oog lijkt het dus alsof de apotheek een bescheiden productiviteitswinst heeft geboekt – de kosten per DDD komen net onder het niveau van de inflatie in 2022 uit als de cao conform de inflatie was gestegen.

³¹ De kosten per DDD zijn uitgezonderd de inkoopkosten van de verstrekte geneesmiddelen. Cijfers op basis van CBS arbeids- en financiële gegevens per branche. Dit is samengesteld uit aanlevering van ongeveer 200 apotheekbedrijven. De auteurs kunnen niet nagaan of dit een representatieve weerspiegeling is van alle apotheekbedrijven.

³² De opvallende afwijking in 2019 in kosten per DDD worden naar veroorzaakt door de *Falsified Medicines Directive* (FMD), waarvoor apotheken grote investeringen moesten doen in nieuwe apparatuur. Zie ook het rapport van Sira (2021): "Kostenonderzoek FMD bij apotheken".

Kader 2: minder behandelingen met meer DDD – wenselijk of niet?

In dit rapport verkennen we de ontwikkelingen in omzet en kosten per verstrekt geneesmiddel, gemeten in DDD. Het is daarnaast ook mogelijk om de ontwikkelingen te berekenen op basis van het aantal behandelingen. Figuur 16 geeft een fictief rekenvoorbeeld weer om het verschil tussen beide methoden te illustreren.

Oude situatie – jaar t (cijfers ter illustratie)	Indexatie	Beleid	Nieuwe situatie – jaar t+1	Conclusie												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Prestatie</th> <th>Indexatie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EUR 4,00 voor 7 DDD</td> <td>+5%</td> </tr> <tr> <td>EUR 4,00 voor 7 DDD</td> <td>+5%</td> </tr> <tr> <td>EUR 4,00 voor 7 DDD</td> <td>+5%</td> </tr> </tbody> </table>	Prestatie	Indexatie	EUR 4,00 voor 7 DDD	+5%	EUR 4,00 voor 7 DDD	+5%	EUR 4,00 voor 7 DDD	+5%		Patiënt naar 3-wks rol	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Prestatie</th> <th>Indexatie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EUR 8,00 voor 21 DDD</td> <td>0,40</td> </tr> </tbody> </table>	Prestatie	Indexatie	EUR 8,00 voor 21 DDD	0,40	De enige openbare informatie is het aantal behandelingen, DDD's en de gemiddelde uitgave per behandeling. Zonder correctie voor verschuiving naar zwaardere prestaties lijkt de prijsstijging van behandeling hoger dan hij is. In dit rekenvoorbeeld is de werkelijke indexatie 5% , ontstaat een stijging van kosten per behandeling van 68% en nemen de kosten per DDD af met 16%
Prestatie	Indexatie															
EUR 4,00 voor 7 DDD	+5%															
EUR 4,00 voor 7 DDD	+5%															
EUR 4,00 voor 7 DDD	+5%															
Prestatie	Indexatie															
EUR 8,00 voor 21 DDD	0,40															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Prestatie</th> <th>Indexatie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EUR 8,00 voor 21 DDD</td> <td>+5%</td> </tr> </tbody> </table>	Prestatie	Indexatie	EUR 8,00 voor 21 DDD	+5%		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Prestatie</th> <th>Indexatie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EUR 8,00 voor 21 DDD</td> <td>0,40</td> </tr> </tbody> </table>	Prestatie	Indexatie	EUR 8,00 voor 21 DDD	0,40						
Prestatie	Indexatie															
EUR 8,00 voor 21 DDD	+5%															
Prestatie	Indexatie															
EUR 8,00 voor 21 DDD	0,40															
Totaal vier verstrekkingen en 42 DDD Totaal EUR 20 zorgkosten Gemiddeld EUR 5,00 per behandeling Gemiddeld EUR 0,48 per DDD			Totaal twee verstrekkingen en 42 DDD Totaal EUR 16,80 zorgkosten Gemiddeld EUR 8,40 per behandeling Gemiddeld EUR 0,40 per DDD													

Figuur 16: rekenvoorbeeld over weging van WMG-omzet per behandeling of per verstrekt geneesmiddel.

Eerder is al getoond dat het aantal behandelingen sterk daalt. Dit komt door een verschuiving naar meerwekelijkse baxterrollen, synchronisatie van herhaalmedicatie en, in mindere mate, een verlengde afgiftermijn. Deze grotere afgiftehoeveelheden zijn gemiddeld iets goedkoper per verstrekt geneesmiddel³³ (in DDD), wat een dempend effect heeft op de omzet uit behandelingen voor de apotheek.

De verschuiving naar steeds grotere behandelingen heeft, buiten doelmatigheidswinst per verstrekt middel, twee belangrijke effecten:

1) Het vergroot de kans op negatieve neveneffecten, zoals verspilling (met bijbehorend effect op milieu) door veranderingen in medicatievoorschriften. Ook kan voorraadophoping bij patiënten bijdragen aan tekorten van geneesmiddelen voor andere patiënten³⁴. Bovendien kan de therapietrouw afnemen en kan verkeerd medicatiegebruik stijgen, door het verminderde contact met de apotheek en de monitoring en begeleiding die dit biedt³⁵.

2) Door deze verschuiving naar grotere hoeveelheden afgiftes wordt de behandeling en het bijbehorende tarief steeds meer een “administratieve” prestatie die geen relatie meer heeft met de werkelijke zorg die de apotheker hiervoor levert, in de vorm van begeleiding en controle. De behandeling vindt plaats op een bepaald moment in het jaar en alle zorg die daarna geleverd wordt voor deze patiënt is niet meer zichtbaar in de declaraties. De relatie tussen financiering en zorg wordt daarmee voor alle partijen te weinig zichtbaar.

Het is een belangrijke discussie om de vergoeding die apothekers ontvangen in lijn te brengen met de zorg die geleverd wordt, met daarnaast aandacht voor de voor- en nadelen van grotere afgiftehoeveelheden.

³³ Gemeten in behandelingskosten per DDD. Zie bijvoorbeeld de tarieven gepubliceerd door Menzis voor WMG-prestaties 4 (1-weekse behandeling), 49 (2-weekse behandeling) en 73 (3-weekse behandeling).

³⁴ Jafarzadeh et al (2021): Medicine storage, wastage, and associated determinants among urban households: a systematic review and meta-analysis of household surveys

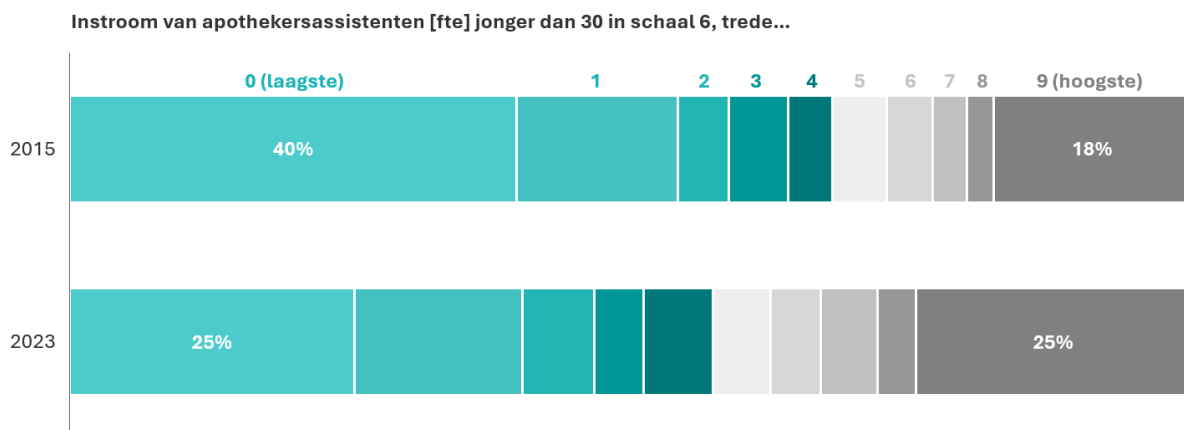
³⁵ Wiecek et al (2019): Temporal effectiveness of interventions to improve medication adherence: A network meta-analysis

De lage productiviteitswinst is – in ieder geval deels – verklaarbaar. Sinds 2015 zijn er veel taken bijgekomen in de apotheek die niet rechtstreeks tot een hoger aantal verstrekte geneesmiddelen leiden, maar wel kosten met zich meebrengen. Zo werkt per apotheek gemiddeld één fte aan het zoeken naar alternatieve geneesmiddelen vanwege leveringsproblemen³⁶. Ook het *Falsified Medicines Directive*, Europees beleid om veiligheid van geneesmiddelen te borgen, zorgt voor extra druk op het apotheekpersoneel. Als derde voorbeeld zorgt het prijs- en vergoedingsbeleid van de verzekeraar voor steeds meer vragen van patiënten over medische noodzaak, niet leverbare middelen, wisselingen van preferent middel of bijbetaling. Ook hier is apotheekpersoneel meer tijd aan kwijt, in het bijzonder wanneer dit gepaard gaat met toenemende agressie van patiënten uit onvrede van dit beleid.³⁷

Assistenten krijgen een salaris dat iets sneller stijgt dan verwacht op basis van de cao

Als gevolg van de ontoereikende cao moeten apothekers op andere manieren proberen (jong) personeel aan te trekken en te behouden. Sommige apothekers lukt het om daarvoor de financiële ruimte te vinden, bijvoorbeeld door een nieuwe medewerker in een hogere trede te laten instromen. Figuur 17 geeft deze ontwikkeling sinds 2015 weer. Waar in 2015 nog 40% van jonge apothekersassistenten (leeftijd onder 30) instroomde in de laagste trede van de betreffende schaal, was dit in 2023 nog maar 25%.

Dit lijkt wellicht weinig maar is een relevante toename voor de bedrijfsvoering van de apotheek en heeft een drukkend effect op de marge. Personeelslasten zijn meer dan 60% van de totale bedrijfskosten van de apotheek³⁸. Dat het apotheken toch lukt om hun personeel hier een tegemoetkoming in de bieden, is gezien de druk op financiële positie door de ontoereikende indexatie van tarieven een mooie stap.



Figuur 17: jonge apothekersassistenten stromen steeds vaker in een relatief hogere schaal in. In 2015 was het aandeel instroom in de laagste trede 40% - in 2023 is dit nog maar 25%. Herintreders worden in beide jaren geïncorporeerd als instromer.

³⁶ KNMP, dossier geneesmiddelentekorten

³⁷ KNMP (2022): Frustratie en onbegrip in de apotheek: 'Veel last van verbale en fysieke agressie'

³⁸ Uitgezonderd de inkoopkosten van de verstrekte geneesmiddelen

Conclusie

De toegankelijkheid van de zorg in de openbare apotheek staat steeds meer onder druk door het toenemende personeelstekort. Dit personeelstekort is sterk gerelateerd aan de toegenomen werkdruk in de apotheek en het achterblijvende loon in vergelijking met andere sectoren en inflatie. Om ook in de toekomst goede farmaceutische zorg te kunnen blijven leveren onder begeleiding van deskundig personeel, is een omslag noodzakelijk.

De huidige manier van zorg verlenen in de apotheek staat onder druk

De openbare apotheek staat onder druk door een groeiend personeelstekort, veroorzaakt door onder meer de combinatie van toenemende werkdruk en een achterblijvend salaris. Apothekersassistenten ervaren dat hun loon, zoals bepaald in de huidige cao, niet alleen niet meer aansluit bij de inflatie maar ook niet mee is gestegen met andere sectoren. Hierdoor verliezen zij koopkracht, waardoor velen de sector verlaten voor betere arbeidsvoorwaarden en loopbaanmogelijkheden elders. Tegelijkertijd is de omzetontwikkeling in apotheken zeer bescheiden gebleven in vergelijking met andere sectoren, wat het voor apothekers moeilijk maakt om hogere lonen te bieden en zo personeel aan te trekken en te behouden.

Deze situatie legt een grote druk op de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg. Voor veel patiënten is de apotheek vaak de eerste en meest laagdrempelige zorgverlener in de buurt, een plek waar deskundig personeel hen begeleidt bij het veilige en effectieve gebruik van geneesmiddelen. Het tekort aan personeel bedreigt niet alleen de toegang tot deze basiszorg maar ook het potentieel om de eerste lijn te versterken.

Versterk de positie van de apotheek in de eerste lijn

Om deze trend te keren, moeten apothekers samen met zorgverzekeraars, de overheid en andere eerstelijnszorgverleners de verantwoordelijkheid nemen om de farmaceutische zorg voor patiënten te versterken en uit te bouwen. Dit vereist een grondige herziening van de bekostiging van de apotheek en de invulling van de werkzaamheden van apothekersassistenten, zodat dit beroep aantrekkelijk blijft en van waarde is voor de zorg voor patiënten. Door betere vergoedingen en arbeidsomstandigheden te bieden, kunnen apotheken personeel behouden en ruim baan geven voor structurele verandering en verbetering. De apotheek kan dan niet alleen de huidige essentiële basiszorg blijven bieden, maar ook meer niet-receptgebonden zorg gaan leveren en de huisartsen zo verder ontlasten.

Een toekomstbestendige apotheek draagt bij aan de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de Nederlandse zorg. Voor de samenleving betekent dit dat mensen in hun eigen wijk of dorp kunnen blijven rekenen op een betrouwbare plek voor hun geneesmiddelen en de begeleiding bij het gebruik ervan. Dit is cruciaal om de zorg in Nederland, juist in de eerste lijn, sterk en toegankelijk te houden.

Verantwoording

Dit rapport is tot stand gekomen in opdracht van de **Werkgeversvereniging Zelfstandige Openbare Apothekers (WZOA)** en de **Nederlandse Apothekers Coöperatie (NAPCo)**. Middels dit rapport streven zij ernaar de druk, die veel apothekers in de dagelijkse praktijk ervaren, te duiden en te objectiveren.

Over het onderzoek

Voor de samenstelling van dit onderzoek is gebruik gemaakt van openbare data, in het bijzonder van CBS en SFK. Dit is aangevuld met data van het pensioenfonds voor apotheekepersoneel: het Pensioenfonds Medewerkers Apotheken (PMA). Middels interviews in de markt is duiding gegeven aan de resultaten. Er is nadrukkelijk geen gebruik gemaakt van potentieel concurrentiegevoelige informatie, zoals declaratiedata van een contracteerpartij.

Over de auteurs

Het onderzoek is uitgevoerd door Thomas Herngreen en Sjors Oudshoorn van Bolder Zorgadvies. Bolder Zorgadvies is een onafhankelijk adviesbureau gespecialiseerd in ondersteuning en advisering voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren in de zorgcontractering. Thomas is medeoprichter en partner van Bolder Zorgadvies en is als adviseur betrokken bij uiteenlopende vraagstukken. Sjors is zelfstandig adviseur en ondersteunt Bolder Zorgadvies in meerdere trajecten.

Dankwoord

De auteurs willen graag Karin Beuning, voorzitter WZOA, en Loes Schiere, bureaudirecteur NAPCo, bedanken voor hun expertise, ervaring en energie in het opstellen van dit rapport.

Begrippenlijst

Cao – collectieve arbeidsovereenkomst: een overeenkomst waarin arbeidsvoorwaarden voor werknemers in een sector worden vastgelegd.

CBS – Centraal Bureau voor de Statistiek: het bureau dat statistische informatie over de Nederlandse economie en bevolking verzamelt en publiceert.

CPB – Centraal Planbureau: de overheidsinstelling die economische analyses en prognoses maakt voor beleidsondersteuning.

DDD – Defined Daily Dose: een standaardmaat voor medicatiegebruik die de gemiddelde dagelijkse dosering aangeeft.

Fte – Full-time Equivalent: een eenheid die wordt gebruikt om de omvang van de arbeidstijd van werknemers te meten in voltijdbanen. In de openbare apotheek is dit 36 uur per week (met uitzondering van apothekers in loondienst).

FWG – Functie Waardering Gezondheidszorg: een systeem voor de indeling van functies en bijbehorende salarissen in de zorgsector.

IZA – Integraal Zorgakkoord: een landelijke overeenkomst tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheid en andere partijen om de zorg toekomstbestendig te maken.

KNMP – Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie: de beroepsorganisatie voor apothekers in Nederland.

NApCo – Nederlandse Apothekers Coöperatie: een coöperatieve organisatie van apothekers in Nederland die samenwerking en ondersteuning biedt.

NVZ – Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: de brancheorganisatie voor algemene ziekenhuizen in Nederland.

NZa – Nederlandse Zorgautoriteit: de toezichthouder op de zorgmarkt in Nederland, verantwoordelijk voor tarieven en controle.

PMA – Pensioenfonds medewerkers apotheken: het pensioenfonds voor medewerkers in de apotheeksector.

SFK – Stichting Farmaceutische Kengetallen: een stichting die gegevens verzamelt over het gebruik en de kosten van geneesmiddelen.

WMG – Wet Marktordening Gezondheidszorg: een wet die regels stelt voor de zorgmarkt om eerlijke concurrentie te waarborgen, met standaardprestaties in de apotheek.

WZOA – Werkgeversvereniging Zelfstandige Openbare Apotheken: de belangenorganisatie voor zelfstandige openbare apotheken in Nederland.

ZonMw – ZorgOnderzoek Nederland Medische Wetenschappen: de organisatie die gezondheidsonderzoek en innovatie in de zorg stimuleert en financiert.



l.schiere@napco.nl

Hardwareweg 1A (postadres)

3821 BL Amersfoort



info@wzoa.nl

Parallel Boulevard 214a

2202 HT Noordwijk