

Capaciteitsplan 2017

Openbaar Apothekers

Een eerste richtinggevende raming

Capaciteitsplan 2017

Openbaar Apothekers

Een eerste richtinggevende raming

Statutaire doelstellingen:

- a. het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
- b. advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgoopleidingen..

Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Oorsprong Capaciteitsorgaan	6
1.3 Ontwikkeling in doelstellingen en taakstelling Capaciteitsorgaan	6
1.4 Discipline specifieke aandachtspunten	7
1.5 Indeling van dit rapport	8
2 Beroepenstructuur en veld	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Werkveld	10
2.3 Werkzaamheden en verantwoordelijkheden	11
2.4 Aanverwante beroepen en disciplines	12
3 Opleiding	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Opleidingstrajecten	17
3.2.1 Initiële opleiding Farmacie	17
3.2.2 Vervolgopleidingen tot specialist	19
3.3 Vervolgopleiding tot openbaar apotheker	19
3.3.1 Instroom	21
3.3.2 Intern rendement	22
3.3.3 Opleidingsduur	23
3.3.4 Man-vrouwverhouding en leeftijdsopbouw	24
3.4 Parameterwaarden 'Opleiding'	25
4 Zorgvraag	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Onvervulde vraag	28
4.3 Demografie patiëntenpopulatie	32
4.4 Epidemiologie	35
4.5 Sociaal-cultureel	37
4.5.1 Meer (complexe) zorg in de wijk	37
4.5.2 Bekostiging eerstelijns farmaceutische zorg	38
4.5.3 Toename poliklinische apotheken	40
4.6 Parameterwaarden 'Zorgvraag'	41
5 Zorgaanbod	43
5.1 Inleiding	43
5.2 Omvang beroepsgroep: aantallen en fte	43
5.3 Functie, werksetting en dienstverband	45
5.4 Instroom in het beroep	46

5.5	Man-vrouwverhouding en leeftijdsopbouw	46
5.6	Uitstroom uit het beroep	47
5.7	Extern rendement	49
5.8	Parameterwaarden 'Zorgaanbod'	50
6	Werkproces	51
6.1	Inleiding	51
6.2	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	51
6.2.1	Toename zorgvraag door richtlijnen en medicatiebeoordelingen	52
6.2.2	Zorg afstemmen op de individuele patiënt	53
6.2.3	Ondersteunen bij zelfmanagement en therapietrouw	55
6.3	Efficiency	56
6.3.1	Aanpak administratieve druk	56
6.3.2	Toename geneesmiddelentekorten	57
6.3.3	Digitalisering en het delen van informatie	58
6.3.4	Verdergaande onderlinge samenwerking	58
6.4	Substitutie	59
6.4.1	Inzet hbo'ers	60
6.4.2	Inzet pharmacy practitioners	63
6.4.3	Toename specialistische geneesmiddelen	64
6.5	Arbeidstijdverandering	65
6.6	Parameterwaarden 'Werkproces'	65
7	Mogelijke scenario's	67
7.1	Inleiding	67
7.2	Toekomstscenario's	67
7.3	Ontwikkeling zorgvraag: toekomstscenario's openbaar apothekers	70
7.4	Adviesvarianten	72
8	Overwegingen en advies	75
8.1	Inleiding	75
8.2	Het instroomadvies	76
Bijlage 1:	Conceptuele weergave ramingsmodel	79
Bijlage 2:	Overzicht parameterwaarden raming	80
Bijlage 3:	Procedure en betrokkenen	81

Samenvatting

Aanleiding

Op 4 januari 2016 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de specialistentitel 'openbaar apotheker' wettelijk erkend. Het specialisme valt hiermee onder artikel 14 Wet BIG, waardoor 'openbaar apotheker' een beschermde beroepstitel is geworden. In het verlengde van deze erkenning heeft de KNMP, de beroeps- en brancheorganisatie voor apothekers, een tegemoetkoming in de kosten voor de vervolgopleiding tot openbaar apotheker aangevraagd. Voor de beoordeling van deze aanvraag is bij het ministerie van VWS behoefte ontstaan aan nadere informatie over de verwachte ontwikkeling van de benodigde instroom in deze vervolgopleiding. Dit Capaciteitsplan bevat een raming van de toekomstig benodigde capaciteit aan openbaar apothekers en een advies over het benodigde aantal jaarlijkse instromers om deze capaciteit te realiseren.

Stijging zorgvraag voorzien

Momenteel is de arbeidsmarkt voor openbaar apothekers op landelijk niveau in balans. Diverse ontwikkelingen zorgen ervoor dat de zorgvraag de komende jaren sterk zal stijgen, waardoor er behoefte ontstaat aan een hoger aantal instromers in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker ten opzichte van de afgelopen jaren.

Stijging prevalentie (chronische) ziektes

In de toekomst zal de zorgvraag voor de openbaar apothekers toenemen door demografische ontwikkelingen zoals de groei van de bevolking en de toegenomen levensverwachting. Door verbeterde behandelmethoden en vroegopsporing neemt de prevalentie van de meeste ziektes toe. Voorheen dodelijke ziektes, zoals diabetes en hart- en vaatziekten, zijn nu chronisch. Door deze ontwikkelingen gebruiken aanzienlijk meer mensen een langere periode in hun leven medicatie. Hierbij is de grootste zorgvraagstijging voor de openbaar apotheker te verwachten van de groep patiënten met multimorbiditeit.

Toename aantal polyfarmaciepatiënten

Een toenemend aantal ouderen lijdt aan meerdere chronische aandoeningen. Het aantal patiënten dat vijf of meer geneesmiddelen chronisch gebruikt neemt sterk toe. Deze toename zorgt de komende 20 jaar voor een beduidende groei van de zorgvraag voor de openbaar apotheker. Ook de toename van het geneesmiddelengebruik als gevolg van de voortdurende ontwikkeling en vernieuwing van richtlijnen en het beter volgen daarvan draagt bij aan het oplopende aantal polyfarmaciepatiënten.

Meer zorg in de wijk

Ook zorgvraagverschuivingen naar de wijk hebben een stuwend effect op de benodigde inzet van openbaar apothekers. Apothekers ervaren een toenemende zorgvraag door de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn en extramuralisatie van onder andere de ggz. Medicatiebegeleiding en -bewaking die voorheen plaatsvond binnen instellingen waar patiënten verbleven verschuift samen met de patiënten naar de wijk.

De invloed van deze ontwikkelingen is al zichtbaar in de toenemende omvang van de beroepsgroep, het stijgende aantal vacatures en in de oplopende instroom in de vervolgopleiding. Het aantal geregistreerde openbaar apothekers nam de afgelopen vijf jaar toe met 11%. Sinds de start van de gemoderniseerde opleiding in 2012 is een stijging zichtbaar in de jaarlijkse instroom. Naar aanleiding hiervan is de opleidingscapaciteit uitgebreid en omvat deze inmiddels jaarlijks 133 instroomplaatsen.

Verdere verbetering kwaliteit vraagt meer inzet

Vanuit vakinhoudelijk perspectief zien openbaar apothekers meerdere mogelijkheden om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn: verdere ontwikkeling van en werken volgens richtlijnen, het verrichten van meer medicatiebeoordelingen, het afstemmen van zorg op de individuele patiënt en interventies ter verbetering van zelfmanagement en therapietrouw. Een drijvende kracht achter deze ontwikkelingen bij de openbaar apotheker is de transitie van productgerichte naar patiëntgerichte zorg. De activiteiten leiden tot een hogere benodigde inzet van openbaar apothekers. In de praktijk wordt deze toename gedempt door het ervaren achterblijven van de bekostiging voor zorgactiviteiten, een hoge werkdruk en beperkte ruimte voor taakverschuivingen en verdere efficiencylagen.

Beperkte ruimte voor taakverschuivingen en verdere efficiencylagen

Hbo'ers zoals farmaceutisch consultants en farmakundigen kunnen een deel van de toenemende vraag naar openbaar apothekers overnemen. Met name in kleinere tot middelgrote vestigingen nemen openbaar apothekers taken op zich die ook door ondersteunende beroepsgroepen zouden kunnen worden uitgevoerd. In deze vestigingen is voor hbo'ers echter veelal minder werk voorhanden dan in (zeer) grote vestigingen en wordt er vaker voor gekozen om meer uren te maken met de al in de vestiging werkzame openbaar apotheker(s).

In de afgelopen jaren zijn er in het apothekersveld diverse efficiencymaatregelen doorgevoerd. Veel ondersteunende taken zijn gecentraliseerd of uitbesteed. Inmiddels lijken er binnen het merendeel de apotheekvestigingen geen grote slagen meer te maken. Er kan nog efficiencywinst geboekt worden in de aanpak van de administratieve druk en verdergaande onderlinge samenwerking. Aan de andere kant zal een verwachte verdere toename van (tijdelijke) geneesmiddelentekorten en de uitdijende hoeveelheid beschikbare en te beoordelen informatie, juist zorgen voor een hogere benodigde inzet van openbaar apothekers.

Toenemende feminisering en beperkte uitstroom beroepsgroep

Over het geheel genomen kent de beroepsgroep een evenwichtige leeftijdsopbouw. Er valt de komende jaren geen grote uitstroom vanwege vergrijzing te voorzien. Van de werkzame openbaar apothekers is 54% vrouw. Van de studenten in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker is 70% vrouw, waardoor het percentage in het beroep werkzame vrouwen de komende jaren zal toenemen. Daarnaast zijn de mannen oververtegenwoordigd in de oudere leeftijdscategorieën, waardoor er de komende jaren naar verhouding meer mannen uit het beroep stromen dan vrouwen. Omdat de vrouwen gemiddeld genomen wat minder uren werken dan de mannen, zullen er meer openbaar apothekers opgeleid moeten worden om aan een gelijkblijvende zorgvraag te voldoen.

Ramingsadvies

De hiervoor beschreven ontwikkelingen zijn vertaald in parameterwaarden en als zodanig gehanteerd in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. Op basis van de uitkomsten adviseert het Capaciteitsorgaan het ministerie van VWS en veldpartijen om het jaarlijkse aantal instroomplaatsen te laten vallen binnen een bandbreedte van 185-210 plaatsen. Bij een jaarlijks aantal instromers binnen deze bandbreedte zijn er voldoende instromers op de arbeidsmarkt om in de toekomst een landelijk evenwicht tussen vraag en aanbod te behouden en wordt voorkomen dat er meer openbaar apothekers worden opgeleid dan er nodig zijn om aan de vraag te voldoen. Dit leidt tot een uitbreiding van de opleidingscapaciteit.

Tabel 1: Het jaarlijks benodigde aantal instromers in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker

	Advies: bandbreedte jaarlijks aantal instromers	
	Onderkant	Bovenkant
Vergoeding tot openbaar apotheker	185	210

Binnen deze bandbreedte spreekt het Capaciteitsorgaan zijn voorkeur uit voor de onderkant van de bandbreedte, waarbij de benodigde instroom in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker geraamd is op 185 instromers per jaar. Reden hiervoor is dat dit advies een eerste richtinggevende raming betreft, waarbij in acht genomen moet worden dat er nog diverse onzekerheden zijn over in welke mate en hoe lang toekomstige ontwikkelingen van invloed zullen zijn op de benodigde inzet van openbaar apothekers. Met een stapsgewijze uitbreiding wordt de kans op schommelingen in het instroomadvies bij eventuele vervolgramingen, en in het verlengde daarvan de opleidingscapaciteit, verkleind. Gezien de relatief korte duur van de vervolgopleiding tot openbaar apotheker zijn de risico's van het hanteren van de onderkant van de bandbreedte beperkt.

Wel onderstreept het Capaciteitsorgaan de noodzaak tot een uitbreiding van de instroom in de opleiding op korte termijn. In de komende jaren wordt een stijging van de zorgvraag voorzien, voornamelijk vanwege demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie. Daarnaast beschikt de beroepsgroep, gezien de hoge werkdruk en beperkte mogelijkheden voor taakverschuivingen en verdere efficiëncyslagen binnen de huidige apotheken, over weinig ruimte om met het actuele aantal openbaar apothekers een groter deel van de zorgvraag op te vangen. Wanneer de benodigde instroom in de opleiding niet uitgebreid wordt, zal dit binnen enkele jaren leiden tot tekorten op de arbeidsmarkt en het niet kunnen opvangen van de gehele zorgvraag. Hiermee komt de niet-recept gebonden zorg, zoals medicatiebeoordelingen en farmaceutische consulten, onder druk te staan.



1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Op 4 januari 2016 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de specialistentitel 'openbaar apotheker' wettelijk erkend¹. Het specialisme valt onder artikel 14 Wet BIG, waarmee 'openbaar apotheker' een beschermde beroepstitel is geworden. In het verlengde van deze erkenning heeft de KNMP, de beroeps- en brancheorganisatie voor apothekers, een tegemoetkoming in de kosten voor de vervolgopleiding tot openbaar apotheker aangevraagd². Voor de beoordeling van deze aanvraag is bij het ministerie van VWS behoefte ontstaan aan nadere informatie over de verwachte ontwikkeling van de benodigde instroom in deze vervolgopleiding en de daarmee gepaard gaande kosten. Het ministerie van VWS heeft het Capaciteitsorgaan gevraagd om een advies uit te brengen over het benodigde aantal jaarlijkse instromers. De NZa zal advies uitbrengen over de financiële aspecten van de aanvraag.

De KNMP heeft de aanvraag voor wettelijke erkenning van het specialisme openbaar apotheker ingediend om de openbaar apotheker herkenbaar te positioneren als farmaceutisch zorgverlener binnen de geïntegreerde eerste lijn. De openbaar apotheker werkt als farmaceutisch specialist samen met de huisarts, de wijkverpleegkundige, de medisch specialist, de specialist ouderengeneeskunde en de apotheker in het ziekenhuis. Het specialisme draagt bij aan het kenbaar maken van het verschil in competenties en taakgebieden tussen de apotheker, de ziekenhuisapotheker en de openbaar apotheker. Met de wettelijke erkenning van het specialisme kan bestuursrechtelijk worden opgetreden tegen het onterecht voeren van de titel openbaar apotheker.

Een van de aanleidingen om de erkenning van het specialisme in gang te zetten, was de bevinding binnen de tweede evaluatie Wet BIG dat het naast elkaar bestaan van privaatrechtelijke titels (zoals de KNMP-registratie van 'openbare apothekers') en publiekrechtelijke titels van het BIG-register kan leiden tot verwarring bij burgers. Een oplossing hiervoor zou volgens de onderzoekers gezocht moeten worden in het verkennen of de private titels de wettelijk beschermde (BIG-)erkenning verdienen³.

Verder speelde ook de verschuiving in de rol van openbaar apothekers mee. Voorheen was de sector voornamelijk gericht op het bereiden, distribueren en terhandstellen van geneesmiddelen. Inmiddels wordt de focus gelegd op het, vanuit de rol als zorgverlener, bereiken van het best mogelijk resultaat van geneesmiddelgebruik bij patiënten door middel van het waarborgen van medicatieveiligheid en het begeleiden van patiënten. Deze ontwikkeling is bestendigd in het Bestuurlijk overleg Farmacie en de daarin gemaakte afspraken en maatregelen, waarmee zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de farmaceutische sector en patiënten- en consumentenorganisaties gezamenlijk hun verantwoordelijkheid nemen ten aanzien van het verbeteren van de zorg aan patiënten en de farmaceutische zorg in het bijzonder⁴.

¹ Staatscourant (19-01-2016). Nr. 1578.

² Zie www.beschikbaarheidbijdrage-medische-vervolgopleidingen.nl

³ ZonMW (2013). Tweede evaluatie. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

⁴ Brief VWS (8-4-2014). Betreft: Resultaten Bestuurlijk overleg farmacie.

1.2 Oorsprong Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 opgericht door veldpartijen in de zorg om een einde te maken aan de al tientallen jaren bestaande cycli van tekorten en overschotten aan artsen.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan adviezen en ramingen uit voor de gewenste instroom in de diverse medische profiel- en vervolgopleidingen en voor de gewenste instroom in de tandheelkundige vervolgopleidingen. Tevens brengt het Capaciteitsorgaan telkens een advies en een raming uit over de daarvoor noodzakelijk geachte instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Deze ramingen hebben een bandbreedte, waardoor ze als advies voor de overheid en het veld kunnen dienen. Het oogmerk van deze adviezen is om ongewenste discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en op den duur te voorkomen.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van onafhankelijke en betrouwbare informatie waarvan partijen gebruik kunnen maken voor uiteenlopende beleidsonderwerpen, zoals: instroom van basisartsen en medisch specialisten met een buitenlands diploma, omvang en voortgang van horizontale en verticale substitutie, beschikbare capaciteit op de arbeidsmarkt, verwachte groei van de zorgvraag, het aantal werkzame beroepsbeoefenaars en fte (zorgaanbod), de verwachte effecten van efficiencymaatregelen en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Ook werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, “invited expert meetings” en klankbordsessies.

Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan telt 27 zetels, waarvan er 9 worden ingevuld door (vertegenwoordigers van) de beroepsgroepen, 9 door de opleidingsinstellingen en 9 door de zorgverzekeraars. Deze paritaire samenstelling is terug te vinden in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan wordt sinds 1999 volledig door het ministerie van VWS gesubsidieerd.

1.3 Ontwikkeling in doelstellingen en taakstelling Capaciteitsorgaan

De eerste 10 jaar van het bestaan van het Capaciteitsorgaan zijn benut om kennis en ervaring op te doen binnen de oorspronkelijke doelstellingen, die zich beperkten tot de erkende medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en de initiële opleiding geneeskunde. Daarna is die kennis en ervaring, telkens op verzoek van het ministerie van VWS, ook geleidelijk aan ingezet op aanverwante terreinen.

De statuten zijn daartoe in 2015 (voor het eerst) gewijzigd. De huidige statutaire doelstellingen van het Capaciteitsorgaan zijn:

- a) Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
- b) advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in de opleidingen en vervolgopleidingen.

Het Capaciteitsorgaan heeft van 2008 tot 2014 de beroepsgroepen tandarts en mondhygiënist in kaart gebracht en vervolgens gemonitord. In 2009 is het Capaciteitsorgaan gestart met het

inzichtelijk maken van de gewenste en gerealiseerde capaciteitsontwikkelingen voor vijf BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid. In 2012 heeft het Capaciteitsorgaan ingestemd met het verzoek van het ministerie van VWS om te onderzoeken of de capaciteit aan beroepen waarvan de opleiding gesubsidieerd wordt via het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) met voorhanden zijnde methodieken geraamd kan worden, zowel op landelijk als op regionaal niveau. Verder heeft het Capaciteitsorgaan vanaf medio 2013 tot medio 2016 op verzoek van het ministerie van VWS meegewerkt aan een initiatief van de Europese Unie om onze ramingsmethodiek te ontsluiten en te vergelijken.

1.4 Discipline specifieke aandachtspunten

De raming voor de openbaar apotheker betreft een eerste richtinggevende raming. Bij aanvang van het ramingstraject bleek dat er nog relatief weinig arbeidsmarktgegevens beschikbaar waren over deze beroepsgroep.

Om het huidige zorgaanbod in kaart te brengen is gestart met het uitzetten van een arbeidsmarktonderzoek. Deze gegevens zijn gecombineerd met informatie uit het specialistenregister en het opleidingsregister welke beheerd worden door de Specialisten Registratie Commissie (SRC) kamer Openbare farmacie. De SRC wordt gefaciliteerd door de KNMP. Deze registratiegegevens waren naar maatstaven van het Capaciteitsorgaan van goede kwaliteit en daarmee bruikbaar voor de raming. Voor het vaststellen van een uitstroomverwachting maakt het Capaciteitsorgaan veelal gebruik van retrospectieve gegevens van pensioenfondsen. Helaas waren er voor deze raming niet tijdig bruikbare gegevens uit het pensioenfonds voor openbaar apothekers beschikbaar. Om die reden is de verwachte uitstroom (mede) bepaald op basis van het aandeel uitschrijvingen en doorhalingen uit het specialistenregister ten opzichte van het aantal geregistreerde openbaar apothekers per kalenderjaar.

Om een beeld te krijgen van de toekomstige ontwikkeling van de zorgvraag is met behulp van declaratiegegevens van extramurale farmaceutische zorg een scenario voor de zorgvraag berekend op basis van de demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie. Dit scenario raamt de benodigde instroom in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker als er zich verder geen zorgvraag- of werkprocesontwikkelingen voordoen. Dit demografiescenario is beleidsarm, maar bevat vrij weinig onzekerheden.

Voor het in beeld brengen van de andere toekomstscenario's zijn mogelijke ontwikkelingen in de zorgvraag en het werkproces geïnventariseerd met behulp van gesprekken met experts uit de werelden van zorgverzekeraars, vertegenwoordigers van aanverwante beroepsgroepen en stakeholders. Daarnaast vond een literatuurstudie plaats en zijn diverse openbare apotheken bezocht.

Alle informatie is besproken met en beoordeeld door een werkgroep van experts afkomstig uit de opleidingsinstellingen, de opleiders en de beroepsgroep. Op basis van de beschikbare informatie en input uit de werkgroep is met behulp van het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan dit eerste richtinggevende ramingsadvies tot stand gekomen. Bij eventuele vervolgramingen zal gewerkt

kunnen worden met een breder pallet aan bronnen, waardoor de nauwkeurigheid van de raming toeneemt en de bandbreedte van het advies smaller zal zijn dan bij deze raming het geval is.

1.5 Indeling van dit rapport

Hoofdstuk 2 beschrijft de beroepenstructuur en het werkveld. Ook worden de werkzaamheden en verantwoordelijkheden van de openbaar apotheker behandeld en wordt aandacht besteed aan aanverwante beroepen, zoals de apotheker en de ziekenhuisapotheker.

In **hoofdstuk 3** is het opleidingstraject tot openbaar apotheker beschreven en worden tevens de kenmerken van de opleiding en apothekers in opleiding tot specialist (ApIOS) genoemd, waaronder de daadwerkelijke opleidingsduur, de jaarlijkse instroom en het rendement van de opleiding. Deze zaken worden in de raming gebruikt om te voorspellen hoeveel gediplomeerden wanneer op de arbeidsmarkt verwacht kunnen worden.

Cruciaal voor de raming is de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag. Deze komt aan de orde in **hoofdstuk 4**. In dit hoofdstuk worden demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen beschreven.

Hoofdstuk 5 bevat informatie over het zorgaanbod, waaronder het aantal (geregistreerde) werkzame openbaar apothekers en het aantal fte dat zij werken. Ook worden hier verwachtingen beschreven over de toekomstige instroom en uitstroom.

De afstemming tussen zorgaanbod en zorgvraag vindt plaats binnen het werkproces. Voor de raming relevante werkprocesontwikkelingen op het vlak van vakinhoud, efficiency en horizontale en verticale substitutie worden besproken in **hoofdstuk 6**.

Op basis van de hiervoor genoemde ontwikkelingen zijn met het ramingsmodel diverse toekomstscenario's en adviesvarianten berekend. Deze worden besproken in **hoofdstuk 7**. Tenslotte beschrijft **hoofdstuk 8** de keuzes voor het meest waarschijnlijke toekomstscenario en het daarbij passende ramingsadvies.

Voor de geïnteresseerden bevatten de **bijlagen** een conceptuele weergave van het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan, een overzicht van de parameterwaarden die zijn ingevoerd in het ramingsmodel om tot het advies te komen en een beschrijving van de procedure en de betrokkenen.

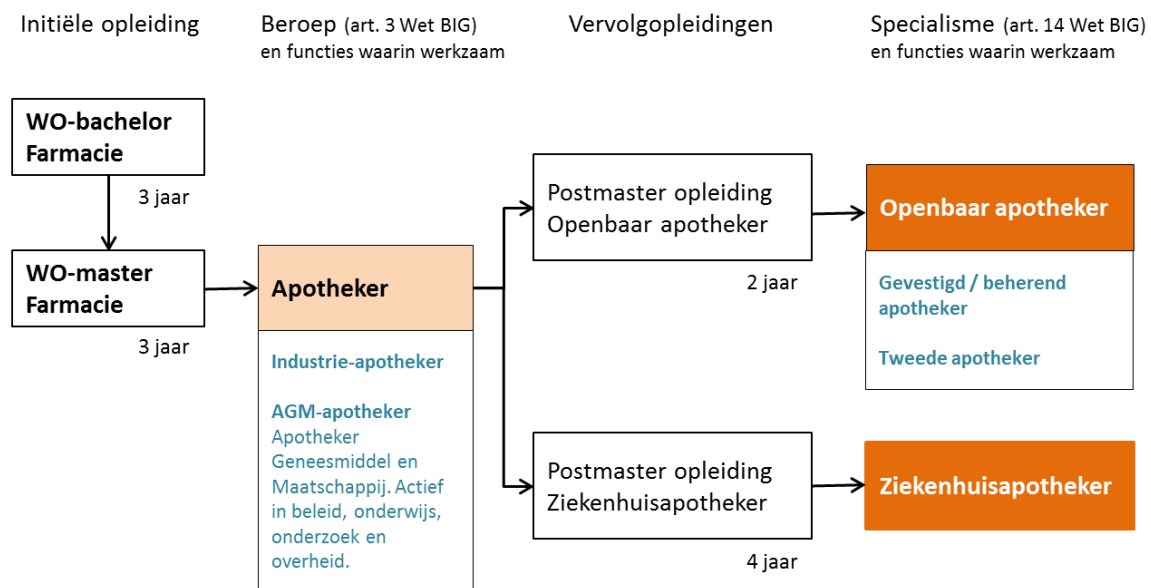
2 Beroepenstructuur en veld

2.1 Inleiding

De openbaar apotheker is één van de twee wettelijk erkende specialismen binnen de farmaceutische zorg. Andere wettelijke erkende beroepstitels zijn apotheker en het specialisme ziekenhuisapotheker. De titel 'apotheker' mag gevoerd worden na het succesvol doorlopen van de universitaire (initiële) opleiding Farmacie. Om het onderscheid met de specialismen aan te geven wordt deze beroepsgroep ook wel aangeduid als 'basis'apotheker. Na het doorlopen van een vervolgopleiding kan de apotheker zich specialiseren tot ziekenhuisapotheker of openbaar apotheker.

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op het werkveld, de functies waarin deze beroepsgroepen werkzaam zijn en het kader van werkzaamheden van de openbaar apotheker. Daarnaast wordt aandacht besteed aan aanverwante disciplines.

Figuur 1: Beroepen- en opleidingsstructuur en functies farmacie⁵



⁵ Toelating tot de WO-master is in sommige gevallen ook mogelijk met de bachelor bio-farmaceutische wetenschappen.

2.2 Werkveld

Er bestaat een verscheidenheid aan apotheken, waaronder ziekenhuis-, openbare-, poliklinische-, instellings- internet- en dienstapotheken. Bovendien kunnen apotheken deel uitmaken van een apotheekketen, solitair opereren of samen met andere disciplines georganiseerd zijn binnen een gezondheidscentrum, AHOED⁶ of ziekenhuis⁷.

De openbaar apotheker is doorgaans werkzaam in de eerstelijns farmaceutische zorg, oftewel de openbare apotheken. Binnen de openbare apotheken valt onderscheid te maken naar openbare apotheken in de wijk en aan ziekenhuizen gelieerde poliklinische apotheken. 90% van de openbaar apothekers werkt het merendeel van de tijd in een openbare apotheek in de wijk. 5% werkt in een poliklinische apotheek. Ook zijn er apotheken die zich hebben gespecialiseerd in bepaalde aspecten van de farmacie, zoals bereidingsapotheken en distributieapotheken (central filling, weekmedicatie).

De apotheken in de wijk vormen de grootste groep. Nederland telt een kleine 2.000 openbare apotheken, waarvan zo'n 95 poliklinische apotheken. Het aantal openbare apotheken is sinds 2011 redelijk stabiel⁸. Het aantal poliklinische apotheken nam met 44% toe van 66 naar 95 in de periode 2012-2015⁹.

Het merendeel van de openbare apotheken (69%) is zelfstandig. Van deze apotheken is 66% aangesloten bij een formule. Na een grote stijging in de afgelopen jaren, lijkt dit aandeel te stabiliseren. 31% van de openbare apotheken is eigendom van een keten. Dit aandeel is al jaren vrij constant¹⁰.

Daarnaast wordt geëxperimenteerd met de inzet van (openbaar) apothekers in de huisartsenpraktijk. In de periode 2013-2017 wordt onderzocht of het inzetten van een apotheker binnen een huisartsenpraktijk leidt tot beter geneesmiddelengebruik en minder ziekenhuisopname door betere samenwerking tussen apotheker en huisarts¹¹. Een dergelijke apotheker wordt aangeduid als apotheker-farmacotherapeut. De apotheker-farmacotherapeut ondersteunt de huisarts op het gebied van farmacotherapie¹². De eerste resultaten zijn veelbelovend: 80% van de door de apothekers voorgestelde medicatiewijzigingen zijn door de huisarts uitgevoerd. Een derde van de tijd hebben deze apothekers in de praktijk besteed aan gesprekken met polyfarmaciepatiënten. Alle participerende apotheker-farmacotherapeuten hebben een opleiding gevolgd om een goed consult te leren voeren en klinisch te leren denken. Mogelijk leidt deze ontwikkeling tot een nieuw beroep binnen de farmacie¹³.

⁶ Afkorting: Apotheker, Huisarts Onder Eén Dak

⁷ KNMP (2010). Witboek Farmacie.

⁸ SBA Arbeidsmonitor 2016. Apotheekbranche 2016.

⁹ Op basis van 'Pharmaceutisch weekblad (24-01-2013). Aantal openbare apotheken neemt af' en mondelinge informatie Stichting Farmaceutische Kengetallen via werkgroep d.d. december 2016.

¹⁰ SFK (2016). Data en feiten 2016. Het jaar 2015 in cijfers.

¹¹ zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/programmas/project-detail/goed-gebruik-geneesmiddelen/optimizing-pharmacotherapy-by-redefining-the-role-of-the-pharmacist-integration-of-the-nondispensi/, geraadpleegd op 16-12-2016.

¹² farma-magazine.nl/apotheker-ondersteunt-huisarts-met-farmacotherapie, geraadpleegd op 16-12-2016.

¹³ Pharmaceutisch Weekblad (24-06-2015). Huisartsen omarmen apotheker in hun team.

2.3 Werkzaamheden en verantwoordelijkheden

Het specialisme openbaar apotheker is sinds januari 2016 wettelijk erkend¹⁴. Een openbaar apotheker is geregistreerd in het BIG-register voor het beroep van apotheker en het specialisme openbaar apotheker. Daarnaast is de openbaar apotheker geregistreerd in het specialistenregister openbaar apothekers dat beheerd wordt door de Specialisten Registratie Commissie (SRC) welke gefaciliteerd wordt vanuit de KNMP.

De openbaar apotheker kan binnen de openbare (wijk)apotheek werkzaam zijn als gevestigd apotheker (ook wel beherend apotheker genoemd) of als tweede apotheker. Een geregistreerd openbaar apotheker is gekwalificeerd om als gevestigd apotheker de verantwoordelijkheid te dragen voor de activiteiten en werkzaamheden die in een openbare apotheek plaatsvinden¹⁵. Een (basis)apotheker is dit niet. In de functie van gevestigd apotheker beheert de openbaar apotheker de apotheek voor eigen rekening en risico of dat van de werkgever. De openbaar apotheker geeft in deze functie ook leiding aan de dagelijkse werkzaamheden in de apotheek en neemt daaraan zelf deel¹⁶. In een openbare apotheek is altijd één apotheker ingeschreven in het register van gevestigde apothekers dat beheerd wordt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, anders mag er binnen de apotheek geen terhandstelling van receptgeneesmiddelen plaatsvinden¹⁷. Binnen een grotere apotheek of een apotheek met meerdere vestigingen waar verscheidene openbaar apothekers werkzaam zijn, zijn de verschillende taken op het vlak van zorg, management en kwaliteitsbevordering vaak onderling verdeeld en vervult één openbaar apotheker per vestiging de functie van gevestigd apotheker. 77% van de in het beroep werkzame openbaar apothekers is onder andere werkzaam als gevestigd apotheker¹⁸. Van oudsher was de gevestigd apotheker vaak de eigenaar van de apotheek, tegenwoordig is dat niet langer het geval.

Daarnaast is 21% van de in het beroep werkzame openbaar apothekers onder andere werkzaam in de functie van tweede apotheker¹⁹. Met de werkgever wordt afgesproken welke (deel)taken de tweede apotheker (mede) zal verrichten. De tweede apotheker kan, indien door werkgever en werknemer gewenst, voor de gevestigd apotheker waarnemen bij diens afwezigheid. De tweede apotheker overlegt met de werkgever over beslissingen inzake personeels-, farmaceutisch- en investeringsbeleid²⁰.

5% van de openbaar apothekers is werkzaam in een aan een ziekenhuis gelieerde poliklinische apotheek. De poliklinische apotheek in het ziekenhuis biedt specialistisch-farmaceutische zorg met snelle levering van zeer specialistische medicatie. Binnen openbare apotheken in de wijk ligt het zwaartepunt bij het bieden van eerstelijns farmaceutische zorg. Patiënten bezoeken de poliklinische apotheek na een afspraak bij de polikliniek of bij ontslag uit het ziekenhuis. De poliklinische apotheek werkt samen met de ziekenhuisapotheek en de vaste apotheek in de wijk van patiënten.

¹⁴ Staatscourant. Jaargang 2016. Nr. 1578. Gepubliceerd op 19-01-2016.

¹⁵ Nederlandse Apotheek Norm (NAN)

¹⁶ Modelovereenkomst voor gevestigd apothekers

¹⁷ www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/apotheken/apotheekregister, geraadpleegd op 30-09-2016.

¹⁸ KiwaCarity (2017). Openbaar apothekers. Kenmerken van de beroepsgroep.

¹⁹ KiwaCarity (2017). Openbaar apothekers. Kenmerken van de beroepsgroep.

²⁰ Model arbeidsovereenkomst voor tweede apothekers

De specifieke expertise van de openbaar apotheker betreft het zelfstandig bieden van farmaceutische zorg in de eerste lijn. Daarbij is hij verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en de kwaliteit van geneesmiddelen, de medicatiebewaking en de begeleiding van patiënten voor een juist gebruik van geneesmiddelen. De openbaar apotheker is in staat om patiëntspecifiek en situationeel/contextueel te handelen²¹.

Competenties die de openbaar apotheker beheerst in aanvulling op de apotheker zijn onder andere het screenen van patiënten op risicofactoren en het voeren van intercollegiaal overleg met voorschrijvers, collega-apothekers en (wijk)verpleegkundigen in het kader van multidisciplinaire zorg²². Ook is de openbaar apotheker in staat om individuele patiëntkenmerken en klinische waarden te integreren in de farmacotherapie en zo nodig gemotiveerd af te wijken van farmaceutische richtlijnen en zorgstandaarden.

Kenmerkende taken en verantwoordelijkheden van de openbaar apotheker zijn het uitvoeren van medicatiebeoordelingen bij mensen met polyfarmacie. De openbaar apotheker bevordert therapietrouw met motiverende gespreks- en consultvoering, onder andere in de omgang met kwetsbare groepen, zoals laaggeletterden en migranten. Daarnaast pakt de openbaar apotheker taken op met betrekking tot overdracht van medicatiegegevens, coördinatie en regie van farmaceutische zorg in de wijk, het aansturen van het apotheekteam, het op niveau brengen van de deskundigheid van het apotheekteam en het integreren van vernieuwingen in de farmaceutische zorg²³.

De openbaar apotheker verleent zorg aan alle (potentiële) gebruikers van geneesmiddelen in de eerste lijn, maar richt zich in het bijzonder op complexe zorg aan kwetsbare groepen zoals ouderen die veel geneesmiddelen gebruiken en mensen met chronische aandoeningen. Ook palliatieve zorg valt onder zijn verantwoordelijkheid.

2.4 Aanverwante beroepen en disciplines

Binnen de farmaceutische zorg stemt de openbaar apotheker af met collega-apothekers in de eerste en tweede lijn, waaronder de apotheker en de ziekenhuisapotheker. Ook werkt de openbaar apotheker samen met andere disciplines, zoals medisch specialisten, huisartsen en andere voorschrijvers van geneesmiddelen. In de huidige ketenzorg is er tevens samenwerking met anderen dan voorschrijvers gewenst, zoals POH's, doktersassistenten, thuiszorgmedewerkers en verzorgingshuismedewerkers²⁴. In de eerste lijn vindt voornamelijk afstemming plaats tussen de openbaar apotheker, de huisarts en de (wijk)verpleegkundigen. Deze contacten worden intensiever door de extramuralisatie van de zorg.

²¹ KNMP (-). Onderbouwing erkenningsaanvraag openbare farmacie. Wetenschappelijke Sectie Openbaar apothekers.

²² KNMP (15-10-2015). Brief t.a.v. minister van VWS. Betreft: aanvullende informatie bij verzoek wettelijke erkenning specialisme openbare farmacie.

²³ KNMP (-). Onderbouwing erkenningsaanvraag openbare farmacie. Wetenschappelijke Sectie Openbaar apothekers.

²⁴ Opleidingsplan specialisme openbare farmacie, 2015

Apotheker

Een apotheker is degene die op grond van artikel 3 van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) is ingeschreven in het BIG-register van apothekers. De apotheker kent daarmee een wettelijk beschermde beroepstitel en valt onder het tuchtrecht. Wanneer er in dit Capaciteitsplan gesproken wordt van een apotheker, wordt een apotheker zonder specialisatie bedoeld.

Een apotheker beschikt over brede academische kennis en vaardigheden inzake het geneesmiddel, de werking en de toepassing ervan en de individuele patiëntenzorg. Een apotheker is niet bewezen bekwaam tot het verlenen van farmaceutische patiëntenzorg als autonoom behandelaar²⁵.

Na het behalen van het masterdiploma kan een apotheker werken in een openbare apotheek. In de praktijk wordt door werkgevers echter vrijwel altijd de voorkeur gegeven aan een apotheker in opleiding tot openbaar apotheker of een al geregistreerd openbaar apotheker. Ook ketens vragen vaak specifiek naar een registratie in het specialistenregister. Uit een arbeidsmarktenquête van de Vereniging van Jonge Apothekers blijkt 67% van de respondenten de vervolgopleiding tot specialist afgerond heeft. Het merendeel van de respondenten is werkzaam als tweede apotheker. Jonge apothekers rapporteren het als een vanzelfsprekendheid te ervaren dat een apotheker die werkzaam is binnen de openbare farmacie de vervolgopleiding tot openbaar apotheker gaat volgen. Soms komt het voor dat apothekers in de laatste fase van hun beroepsuitoefening vooral organisatorische en bedrijfsmatige taken voor hun rekening nemen en zich daarom niet laten herregistreren als openbaar apotheker.

Niet-gespecialiseerde apothekers zijn vooral werkzaam in andere farmaceutische velden, zoals de farmaceutische industrie en distributie, beleid, onderwijs en onderzoek. Apothekers die werkzaam zijn in beleid, onderwijs, onderzoek of overheidsfuncties worden ook wel AGM-apothekers (voorheen BO³-apothekers) genoemd. AGM staat hierbij voor Apotheker Geneesmiddel en Maatschappij. Zij zijn bijvoorbeeld hoogleraar, leraar, adviseur of wetenschappelijk medewerker. De sectie AGM maakt onderdeel uit van de KNMP en kent medio 2016 zo'n 450 leden.

Apothekers in de farmaceutische industrie zijn bijvoorbeeld werkzaam bij geneesmiddelenproducenten en ontwikkelaars. Zij kunnen daar verantwoordelijk zijn voor Productie & Kwaliteit, Regulatory Affairs & Development en Marketing & Sales. Het register voor industrieapothekers van de Vereniging van Nederlandse Industrie-Apothekers (NIA) heeft medio 2016 circa 400 leden die werkzaam zijn in het industriële veld.

Farmaceutisch consulent

Farmaceutisch consulenten richten zich op de zorg en op de patiënt. De farmaceutisch consulent is de vakinhoudelijke 'laag' tussen de apotheker(s) en het team. Zij kunnen (complexe) patiënten beter begeleiden bij het veilig gebruik van geneesmiddelen dan de apothekersassistent. Doordat farmaceutisch consulenten ook werkzaamheden van een apothekersassistent kunnen verrichten zijn zij flexibel inzetbaar.

²⁵ KNMP (15-10-2015). Brief t.a.v. minister van VWS. Betreft: aanvullende informatie bij verzoek wettelijke erkenning specialisme openbare farmacie.

Farmakundige

In tegenstelling tot farmaceutisch consulenten richten farmakundigen zich in de openbare apotheek met name op managementtaken, waaronder HRM en roostering. Farmakundigen nemen ook projectmanagement en aansturing van het team op zich. Tenzij een farmakundige een achtergrond heeft als apothekersassistent kan hij geen medicijnen bereiden of terhandstellen. Daarmee is de farmakundige puur inzetbaar op organisatorische en managementtaken. De inzet van farmakundigen blijft daarom veelal beperkt tot de (zeer) grote vestigingen. De meeste farmakundigen zijn werkzaam in de farmaceutische industrie, bij groothandels, ketens en hoofdkantoren.

Ziekenhuisapotheker

Het specialisme ziekenhuisfarmacie en daarmee de titel ziekenhuisapotheker is sinds 1998 wettelijk erkend en valt onder artikel 14 in de Wet BIG. Ziekenhuisapothekers staan ingeschreven in het specialistenregister Ziekenhuisapothekers dat beheerd wordt door de Specialisten Registratie Commissie (SRC), kamer ziekenhuisfarmacie. Op 1 januari 2016 zijn er 540 ziekenhuisapothekers geregistreerd en 110 apothekers in opleiding tot ziekenhuisapotheker. In de poliklinische apotheken zijn zowel openbaar apothekers als ziekenhuisapothekers werkzaam in de functie van poliklinisch apotheker. Zij werken samen in het team binnen de poliklinische apotheek.

Ziekenhuisfarmacie is een klinisch technologisch specialisme en wordt samen met klinische chemie en klinische fysica ook wel aangeduid als de bèta- of TZ-specialismen. TZ staat hierbij voor Technologie en Zorg. De ziekenhuisapotheker controleert het recept van de medisch specialist. Hij bekijkt de interactie met andere middelen en bepaalt de juiste dosering op basis van de gegevens van de patiënt. Naast dagelijkse medicatiebewaking is de ziekenhuisapotheker voortdurend bezig om richtlijnen en processen te ontwikkelen die door de artsen gehanteerd kunnen worden bij het bepalen van de juiste medicatie.

De openbaar apotheker in de apotheek in de wijk, de poliklinisch apotheker en de ziekenhuisapotheker voorzien gezamenlijk in de farmaceutische behoeften van de patiënt. Wanneer die wordt opgenomen in de tweede lijn, of weer wordt ontslagen zorgen de openbaar apotheker en de apotheker in het ziekenhuis voor overdracht van een actueel medicatieoverzicht. Hierbij wordt gewerkt volgens de vigerende richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de Keten. In verband met achterblijvende mogelijkheden voor het veilig digitaal delen van medicatiegegevens wordt ultimo 2016 gewerkt aan een herziening van de richtlijnen uit 2008 en de nadere toelichting in 2014²⁶.

Pharmacy practitioner

Openbaar apothekers die actief zijn binnen een poliklinische apotheek, werken ook samen met pharmacy practitioners. Pharmacy practitioners zijn werkzaam binnen de ziekenhuisapotheek of een poliklinische apotheek die gelieerd is aan een ziekenhuis. De opleiding tot pharmacy practitioner is

²⁶ Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten. Concept, 27-10-2016.

bestemd voor apothekersassistenten. Zij zijn verder geschoold in het opsporen en elimineren van medicatieveiligheidsrisico's en in communicatie en voorlichting²⁷.

Huisarts

Binnen de geïntegreerde eerstelijns farmaceutische zorg zijn huisartsen bevoegd om diagnose te stellen en medicatie voor te schrijven. Apotheekhoudende huisartsen zijn tevens bevoegd om medicatie ter hand te stellen. Centrale taken die zowel openbaar apothekers als huisartsen verplicht zijn uit te voeren en die tot hun domein behoren zijn het geven van informatie over geneesmiddelen en het begeleiden van medicatiegebruik. Op dit vlak vindt dan ook vooral afstemming plaats tussen huisartsen en openbaar apothekers, met name wat betreft de begeleiding van (chronische) patiënten bij complex medicijngebruik. Samenwerking tussen huisartsen en apothekers vindt vooral plaats op lokaal niveau. Voorbeelden zijn het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) en regionale zorggroepen. Vrijwel alle huisartsen en apothekers zijn lid van een FTO-groep. Een toenemend aantal huisartsen en apothekers is gevestigd op dezelfde locatie²⁸.

In dunbevolkte gebieden waar het niet rendabel is om een openbare apotheek te exploiteren, nemen apotheekhoudende huisartsen de farmaceutische zorgverlening waar. Zij bedienen samen een kleine acht procent van de bevolking²⁹. In de wet is vastgelegd dat een huisarts op verzoek een vergunning kan krijgen om apotheek te houden als de afstand tussen de eerste potentiële patiënt³⁰ en de dichtstbijzijnde apotheek tenminste 4,5 kilometer is, het zogenaamde kilometercriterium. Apotheekhoudende huisartsen hebben hiermee patiënten aan wie zij wel geneesmiddelen ter hand mogen stellen, en patiënten aan wie zij geen geneesmiddelen ter hand mogen stellen³¹. Op 1 januari 2015 telde Nederland naar schatting 518 huisartsen met een apotheekvergunning en 368 apotheekhoudende praktijken. Van alle zelfstandig gevestigde huisartsen is 6,6% apotheekhoudend³².

(Wijk)verpleegkundigen

De wijkverpleegkundige is een hbo-opgeleide generalist, die zorgverlening in de eerste lijn als primaire kerntaak heeft³³. De wijkverpleegkundige heeft mede een signaalfunctie wat betreft het medicatiegebruik van de patiënt. In overleg met de apotheker en de wijkverpleegkundige wordt gekeken in hoeverre dit medicatiegebruik optimaal is en of medicatie op correcte wijze en op tijd wordt ingenomen.

De KNMP ziet graag een herkenbaar en constant wijkverpleegkundig aanspreekpunt in de wijk om in de driehoek huisarts-wijkverpleegkundige-apotheker de zorg rond de patiënt af te stemmen³⁴. Idealiter is er nauw contact tussen wijkverpleegkundige, apotheker en huisarts omtrent de zorg rond

²⁷ Brochure 'Opleiding Pharmacy Practitioner bevordert medicatieveiligheid'

²⁸ Nivel (2016). Samenwerking tussen huisarts en openbaar apotheker. Stand van zaken en mogelijkheden voor de toekomst.

²⁹ SFK (2016). Data en Feiten 2016. Het jaar 2015 in cijfers.

³⁰ Vestigingslocatie inwoner van Nederland.

³¹ Ministerie van VWS, kamerbrief 5-7-2016

³² Nivel (2016). Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2015.

³³ V&VN. Wijkverpleegkundigen.

³⁴ Brief KNMP t.a.v. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vaste commissie voor VWS. Betreffende: Algemeen Overleg Bekostiging Wijkverpleging/inkoop thuiszorg.

een patiënt. In ieder geval dient lokaal vastgelegd te zijn wie wat doet en wie de medicatietoediening in beheer heeft. In sommige regio's komen wijkverpleegkundige, huisarts en openbaar apotheker op structurele basis bijeen om medicatieveiligheid, –proces en/of individuele patiënten door te spreken. Daarnaast vindt afstemming plaats tussen de openbaar apotheker en praktijkondersteuners huisartsen (POH's) somatiek en POH's ggz en mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen die binnen wijkteams of bij huisartsenpraktijken werkzaam zijn.

Met ingang van 2015 heeft de overheid zich ten doel gesteld om te investeren in wijkverpleging met extra wijkverpleegkundigen. Het investeringsbedrag loopt op tot minimaal 250 miljoen in 2017. De financiering wordt gerealiseerd met middelen uit de medische zorg in de tweede lijn. Zo wordt bevorderd dat meer zorg dicht bij de mensen thuis wordt geleverd³⁵.

³⁵ Capaciteitsplan 2016. Deelrapport Huisartsen.

3 Opleiding

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in huidige opleidingstrajecten tot apotheker en openbaar apotheker.

Sinds de modernisering van de vervolgopleiding tot openbaar apotheker in 2012 neemt de instroom in de opleiding toe en is de opleidingscapaciteit uitgebreid om aan de vraag te voldoen. Gemiddeld genomen starten er in de periode 2014-2016 jaarlijks gemiddeld 121 personen met de vervolgopleiding. Voor 2017 wordt rekening gehouden met circa 130 nieuwe instromers. Er bestaat geen officiële instroomlimiet voor de opleiding.

De nominale opleidingsduur bedraagt 2 jaar in voltijd. In de praktijk loopt het merendeel van de apothekers in opleiding tot specialist (AplOS) studievertraging op, waardoor de daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur 2,4 jaar is. Mannen doen gemiddeld genomen iets langer over de opleiding dan vrouwen. Aangenomen wordt dat 87% van de instromers in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker uiteindelijk het diploma behaalt. Het merendeel van de AplOS in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker bestaat uit vrouwen (70%). Ruim twee derde van de AplOS valt in de leeftijdscategorie 25-29 jaar.

Bovengenoemde zaken wegen als parameterwaarden mee in het ramingsmodel en zijn gebruikt om te berekenen op welk moment hoeveel fte aan nieuw gediplomeerde openbaar apothekers beschikbaar komt op de arbeidsmarkt³⁶.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn steeds weergegeven per kalenderjaar. Omdat de inrichting van de vervolgopleiding tot openbaar apotheker in 2012 ingrijpend veranderd is met modernisering van de opleiding en er in 2013 een separaat opleidingstraject (AVO) liep zijn gegevens over instroom, opleidingsduur en intern rendement in de jaren (voorafgaand aan) 2012 en 2013 onvoldoende stabiel om toekomstverwachtingen op te baseren. De parameterwaarden voor de raming zijn daarom vastgesteld op basis van meer recente gegevens.

3.2 Opleidingstrajecten

Voordat een apotheker kan instromen in een vervolgopleiding tot specialist volgt deze de initiële universitaire opleiding Farmacie. De opleidingstrajecten zijn weergegeven in figuur 1 in paragraaf 2.1.

3.2.1 Initiële opleiding Farmacie

De initiële opleiding Farmacie bestaat uit een driejarige bachelor en een driejarige master en leidt op tot apotheker (artikel 3 wet BIG). Aan het einde van de universitaire masteropleiding beschikt een apotheker over brede academische kennis en vaardigheden inzake geneesmiddelen en de individuele patiëntenzorg.

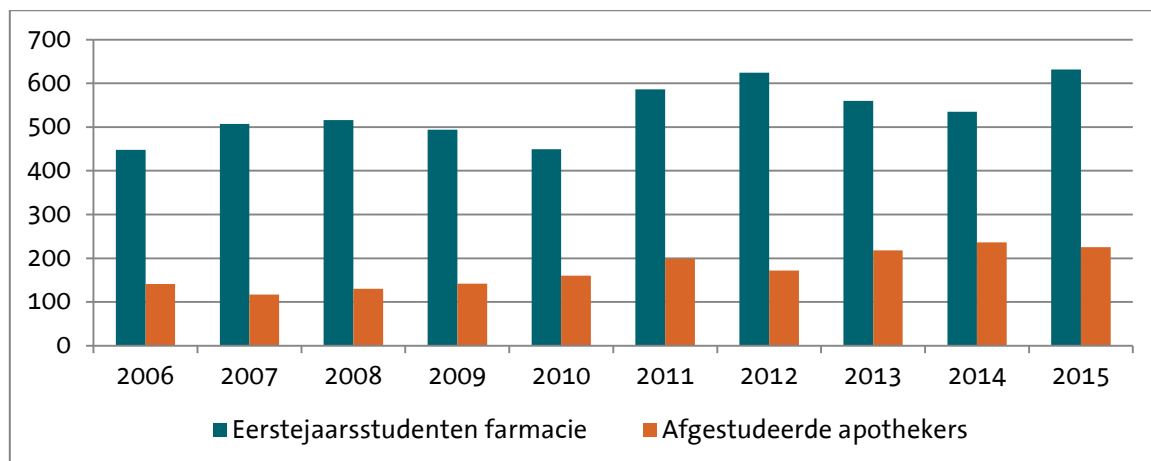
³⁶ Informatie over leeftijd en geslacht van de studenten is niet meegerekend in de raming.

De initiële opleiding is zo ingericht dat deze aansluit op de vervolgoopleidingen tot openbaar apotheker en ziekenhuisapotheker en op een loopbaan in bijvoorbeeld de farmaceutische industrie³⁷. Niet-gespecialiseerde apothekers vinden daarnaast hun werkterrein in de industrie, ziekenhuizen of een hoofdkantoor van een farmaceutische bedrijf (bijvoorbeeld als project- of tweede apotheker) en binnen het onderwijs of de overheid (bijvoorbeeld als beleidsadviseur, onderzoeker of wetenschappelijk medewerker).

De universitaire bachelor- en masteropleiding wordt gegeven in Utrecht en Groningen. Vanaf september 2016 is de masteropleiding Farmacie ook aan de Universiteit Leiden te volgen. Voorheen werd in Leiden alleen de opleiding Bio-farmaceutische wetenschappen aangeboden. Deze opleiding leidt op tot wetenschappelijk onderzoeker op het terrein van geneesmiddelen, een studierichting die studenten ook in Groningen en Utrecht kunnen volgen.

Het aantal eerstejaars studenten in de bacheloropleidingen Farmacie en Bio-farmaceutische wetenschappen was in 2015 hoger dan ooit daarvoor. De stijging in 2015 doet zich vooral voor bij de Leidse opleiding, waar zich 66 eerstejaars meer aanmeldde dan in 2014. In Utrecht geldt een numerus fixus van 270 instromers. Deze werd in 2015 voor het tweede jaar op een rij niet volgemaakt. Het aantal gediplomeerden aan de masteropleiding Farmacie laat vanaf 2006 een schommelend beeld zien. Overall lijkt er sprake van een lichte stijging. Omdat het aantal instromers in 2009 en 2010 afnam, is de verwachting dat in 2016 wat minder apothekers afstuderen dan in 2015, maar in 2017 juist weer fors meer³⁸.

Figuur 2: Aantal eerstejaars bachelorstudenten Farmacie en Bio-farmaceutische wetenschappen en aan de masteropleiding Farmacie afgestudeerde apothekers (2006-2015)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

³⁷ KNMP (15-10-2015). Brief t.a.v. minister van VWS. Betreft: aanvullende informatie bij verzoek wettelijke erkenning specialisme openbare farmacie.

³⁸ SFK (23-06-2016). Niet eerder zoveel eerstejaars farmacie.

3.2.2 Vervolgopleidingen tot specialist

Er bestaan in de farmacie twee vervolgopleidingen tot specialist (art. 14 Wet BIG), namelijk de vierjarige vervolgopleiding tot ziekenhuisapotheker en de tweejarige vervolgopleiding tot openbaar apotheker. De vervolgopleiding tot ziekenhuisapotheker kent een geadviseerde instroom van 22-25 studenten per jaar. In 2017 wordt een instroom van 27 door het ministerie van VWS gesubsidieerd. Het specialisme ziekenhuisfarmacie is sinds 1998 wettelijk erkend. De vervolgopleiding tot openbaar apotheker is te volgen aan één opleidingsinstituut en kent tot op heden geen officiële instroomlimiet. Het specialisme openbaar apotheker is sinds januari 2016 wettelijk erkend.

3.3 Vervolgopleiding tot openbaar apotheker

De opleiding tot openbaar apotheker is een vervolgopleiding die een apotheker kan volgen na het succesvol afronden van de initiële (master)opleiding Farmacie. Na afronding van de vervolgopleiding wordt de apotheker opgenomen in het specialistenregister dat beheerd wordt door de Specialisten Registratie Commissie (SRC) en als specialist in het BIG-register en mag hij zich openbaar apotheker noemen.

Opleidingslocatie

Voor de vervolgopleiding moet de apotheker in opleiding (ApIOS) werkzaam zijn in een openbare apotheek die erkend is als opleidingsapotheek waar bovendien een erkende apothekeropleider (ApOp) werkzaam is³⁹. Het aantal geregistreerde apothekeropleiders loopt op van 92 in 2012 tot 478 in het najaar van 2016. De ApIOS is een BIG-geregistreerde apotheker (art. 3). Naast het praktijkdeel van de opleiding vindt maandelijks centraal georganiseerd onderwijs in Utrecht plaats.

Inhoud

In de vervolgopleiding tot openbaar apotheker vindt verdieping van verschillende deskundigheidsgebieden plaats en wordt aandacht besteed aan onderwerpen die in de masteropleiding Farmacie niet aan bod komen. De verdieping van farmacotherapeutische kennis ligt bijvoorbeeld in het kunnen uitvoeren van medicatiebeoordelingen bij polyfarmaciepatiënten, het volgens richtlijnen en zorgstandaarden begeleiden van patiënten met multimorbiditeit en het gemotiveerd afwijken daarvan, het werken met kwaliteitsindicatoren en het bieden van maatwerk met apotheekbereidingen. Nieuwe onderwerpen betreffen onder andere palliatieve zorg en euthanatica⁴⁰.

Binnen de opleiding worden tien taakgebieden onderscheiden. Deze taakgebieden sluiten aan bij beroepsactiviteiten of beroepssituaties. Binnen alle taakgebieden zijn enkele kenmerkende professionele activiteiten (EPA's⁴¹) geselecteerd en opgenomen in het toetsplan. Toetsing vindt plaats gedurende de opleiding en voor een groot deel in de praktijk. Aansluitend zijn er zeven competentiegebieden benoemd waarin de openbaar apotheker zich dient te ontwikkelen. Deze sluiten aan bij het CanMEDS model⁴².

³⁹ De eisen waaraan een ApOp moet voldoen zijn beschreven in het Besluit Opleidingseisen Openbare Farmacie van het Centraal College Specialisten Farmacie.

⁴⁰ KNMP (15-10-2015). Brief t.a.v. minister van VWS. Betreft: aanvullende informatie bij verzoek wettelijke erkenning specialisme openbare farmacie.

⁴¹ Entrustable Professional Activities

⁴²

Governance

In het Besluit Opleidingseisen Farmacie van het Centraal College zijn de eisen met betrekking tot de opleiding vastgelegd⁴³. In het landelijk opleidingsplan zijn de inhoud, competenties, structuur en toetsing en beoordeling uitgewerkt. Het landelijk opleidingsplan wordt vastgesteld door het Centraal College op advies van de Wetenschappelijke Sectie Openbare farmacie (WSO) van de KNMP. Het landelijk opleidingsplan is het kader voor het Persoonlijk Opleidingsplan (POP) van de ApIOS⁴⁴.

De Specialisten Registratie Commissie (SRC), kamer Openbare farmacie (OF), is verantwoordelijk voor het beheer van het opleidingsregister van de ApIOS en de uitvoer van de bijbehorende regelingen. Een visitatiecommissie evalueert in opdracht van de SRC-OF het opleidingsklimaat in opleidingsapotheken.

Ontstaansgeschiedenis

Sinds 1995 kent de openbare farmacie het vervolgtraject tot openbaar apotheker in aanvulling op de academische opleiding tot apotheker. Het traject bestond destijds voornamelijk uit cursusdagen en was weinig gericht op praktische vaardigheden voor individuele patiëntenzorg.

In 2004 ging de algemene vergadering van de KNMP akkoord met het streven om te komen tot een BIG-geregistreerd specialisme openbare farmacie, onder andere naar aanleiding van het rapport 'De apotheker als zorgverlener' van de Commissie Opleidingscontinuüm Farmacie (COF). Vervolgens publiceerde de Vervolgcommissie Opleidingscontinuüm Farmacie in 2005 het rapport 'De openbaar apotheker: specialist', waarin een opleidingsmodel wordt beschreven bestaande uit een bachelor farmacie, een master farmacie en specialistische opleidingen openbare farmacie, ziekenhuisfarmacie en industriële farmacie. Vanaf 2008 is gestart met modernisering van de opleiding met de aanstelling van een parttime opleidingsdirecteur en introductie van een nieuwe opleidingsstructuur, anders dan de meester-gezel-opzet voor leren in de praktijk.

De gemoderniseerde opleiding tot openbaar apotheker startte in 2012. Ook werd per 1 januari van dat jaar het specialistenregister voor openbaar apotheker ingesteld naar besluit van het Centraal College Specialisten Farmacie (CCSF). Vervolgens werden eind 2015 de opleidingseisen openbare farmacie herzien en aangepast. Aanleidingen hiervoor zijn de mening van de beroepsgroep dat openbare farmacie als specialisme moet worden beschouwd, het instellen van het specialistenregister voor openbaar apothekers per 1-1-2012 en vaststelling van de nieuwe Regeling Specialismen Farmacie in 2014. In dezelfde periode vraagt de KNMP wettelijke erkenning van het specialisme openbare farmacie aan bij de minister van VWS⁴⁵.

In 2014 ontving de eerste lichting die de gemoderniseerde vervolgopleiding volgde het diploma. Zij mochten zich registreren in het specialistenregister en de beschermde titel 'openbaar apotheker' voeren. In januari 2016 volgt de wettelijke erkenning van het specialisme openbaar apotheker door de minister van VWS en wordt het specialisme opgenomen onder artikel 14 in Wet BIG.

⁴³ Centraal College Specialisten Farmacie. Besluit NO.8 – 2014. Opleidingseisen openbare farmacie.

⁴⁴ KNMP (2012). Opleidingsplan Specialisme Openbare Farmacie.

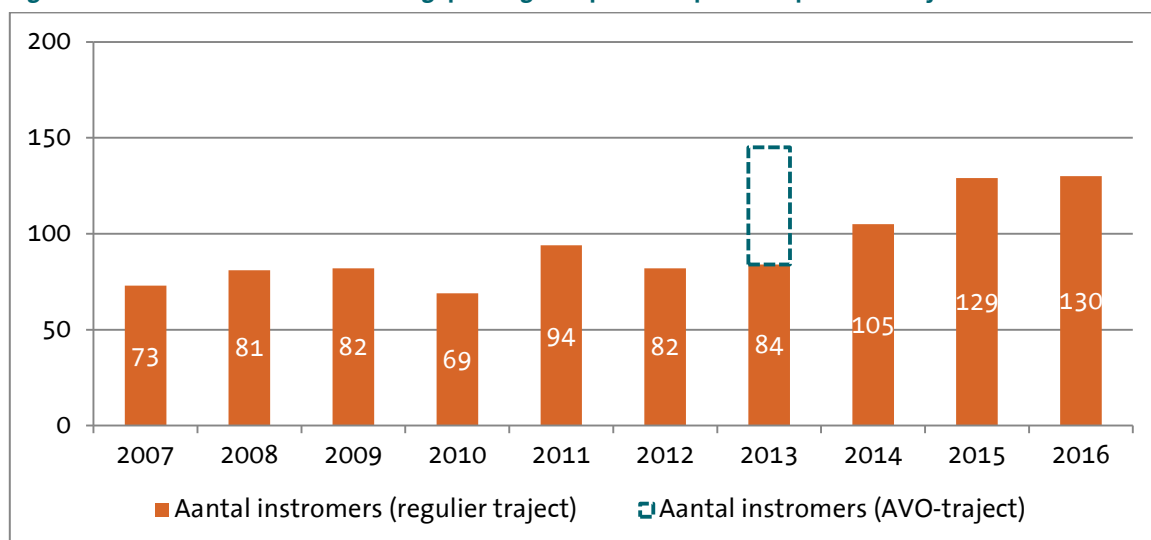
⁴⁵ KNMP (26-11-2014). Aanvraag wettelijke erkenning specialisme openbare farmacie.

3.3.1 Instroom

Historische instroom

In 2016 stroomden er 130 apothekers in in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker. De instroom in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker laat het afgelopen decennium een schommelend beeld zien. Het aantal instromers loopt sinds 2007 uiteen van 69 tot 130 instromers per jaar. Sinds de start van de gemoderniseerde opleiding in 2012 is een stijging zichtbaar in de jaarlijkse totale instroom. De reguliere instroom in 2012 en 2013 valt lager uit, doordat er voor ApIOS de mogelijkheid bestond om een alternatief opleidingstraject te (gaan) volgen. Naar aanleiding van het toenemend aantal instroomaanvragen is de opleidingscapaciteit in 2014 en in 2015 uitgebreid en bestaat deze inmiddels uit 133 opleidingsplaatsen. Gemiddeld genomen starten er over de periode 2014-2016 jaarlijks 121 personen met de vervolgopleiding.

Figuur 3: Aantal instromers in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker per kalenderjaar



Bron: Opleidingsregister SRC

Naast instroom in het reguliere opleidingstraject stroomden in 2013 eenmalig 61 apothekers in in de aangepaste vervolgopleiding tot openbaar apotheker (AVO). Dit eenjarige opleidingstraject was bestemd voor apothekers met minimaal vier jaar werkervaring in de openbare farmacie die met de invoer van het nieuwe specialisme alsnog voor registratie kozen⁴⁶.

Verder bestaat er naast het reguliere opleidingstraject ook een traject voor hernieuwde inschrijving na uittreding (HINU-traject). De doelgroep van het HINU-traject bestaat uit openbaar apothekers die net niet voldoen aan de nascholings- of werkervaringseisen. Het traject bestaat uit het behalen van nascholings- en werkervaringsuren, afhankelijk van de opgedane werkervaring al dan niet onder begeleiding van een geregistreerd openbaar apotheker⁴⁷.

⁴⁶ KNMP. Memo. Aangepaste vervolgopleiding voor apothekers met tenminste 4 jaar werkervaring in de openbare farmacie.

⁴⁷ Uitvoeringsreglement Registratie en Herregistratieregeling Openbare Farmacie.

Omdat het bij de AVO- en HINU-trajecten gaat om eenmalige instroom respectievelijk geen nieuwe toestroom tot het beroep van openbaar apotheker, zijn deze ApLOS niet meegerekend in de raming.

Verwachte instroom

Sinds de modernisering van de opleiding in 2012 neemt de instroom in de opleiding toe en is de opleidingscapaciteit uitgebreid om aan de vraag te voldoen. Voor 2017 wordt door de KNMP rekening gehouden met circa 130 nieuwe instromers. Er bestaat geen officiële instroomlimiet voor de opleiding. In de praktijk wordt het aantal instromers geremd door de capaciteit van het opleidingsinstituut (onder andere het aantal beschikbare docenten). Hierdoor bestaat er sinds 2015 een wachtlijst van een half jaar.

Zodra de capaciteit van de opleiding toeneemt, zal het aantal instromers de eerstvolgende jaren waarschijnlijk verder toenemen. Hierbij spelen diverse factoren een rol. Om te beginnen is het volgen van de vervolgopleiding tot openbaar apotheker een vereiste om als apotheker in een openbare apotheek een stap in carrière en beloning te kunnen maken. Ook een groeiende uitstroom van apothekers vanuit de universiteiten zal de vraag naar opleidingsplaatsen bij de vervolgopleidingen doen stijgen. Op basis van de ontwikkeling in het aantal eerstejaars in de initiële opleiding Farmacie wordt vanaf 2017 een hoger aantal apothekers voorzien (zie figuur 2). Daarnaast zal ook de start van de nieuwe masteropleiding te Leiden waarschijnlijk leiden tot een hoger aantal instromende apothekers in de toekomst.

Bepaalde negatieve aspecten van het imago van het beroep (hoge administratieve druk en de ervaren dominante invloed van zorgverzekeraars) kunnen daarentegen weer een dempend effect hebben op de instroom in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker.

Ook de bekostiging van de opleiding is van invloed op de toekomstige instroom in de opleiding tot openbaar apotheker. Momenteel wordt de opleiding geheel bekostigd door de werkgever van de apotheker in opleiding tot specialist. Wanneer het ministerie van VWS besluit dat een bepaald aantal instroomplaatsen voor de vervolgopleiding in aanmerking komt voor beschikbaarheidsbijdrage, kan dit afhankelijk van het aantal plaatsen, een stuwend of dempend effect hebben op het aantal instromers.

Gezien bovenstaande onzekerheden en de uitgebreide opleidingscapaciteit is in deze raming voor de komende jaren de verwachte instroom van 130 personen per jaar aangehouden.

3.3.2 Intern rendement

Er bestaat een verschil tussen het aantal mensen dat aan de opleiding begint en het aantal dat uiteindelijk het diploma behaalt. Het percentage instromers in een opleidingscohort dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt, wordt aangeduid als het intern rendement van de opleiding.

Het intern rendement kan pas berekend worden zodra alle instromers uit enig jaarcohort gediplomeerd of ongediplomeerd zijn uitgestroomd. Sinds de modernisering van de opleiding in

2012 zijn er van alle instroomcohorten nog personen in opleiding. Om deze reden wordt in de raming gerekend met een aanname op basis van de beschikbare gegevens over het aantal gediplomeerde en ongediplomeerde uitstromers van de instroomcohorten 2012 en 2013. Bij deze aanname is als uitgangspunt genomen dat de helft van de personen die nog in opleiding zijn, het diploma uiteindelijk behaalt. Alleen instromers in het reguliere opleidingstraject zijn meegerekend. Instroomjaren na 2013 zijn niet meegenomen, omdat het merendeel van deze ApIOS nog in opleiding is. Aangenomen wordt dat 87% van de instromers de opleiding succesvol afrondt (zie tabel 2).

Tabel 2: Aantal instromers en (on)gediplomeerde uitstromers van de vervolgopleiding tot openbaar apotheker voor instroomjaren 2012 en 2013

	Instroom	Uitstroom met diploma	Uitstroom zonder diploma	Nog in opleiding	Al behaald intern rendement	Verwacht intern rendement	Aanname intern rendement
Instroom 2012	82	68	8	6	83%	87%	87%
Instroom 2013	84	69	5	10	82%	88%	

Bron: Opleidingsregister SRC

3.3.3 Opleidingsduur

De nominale opleidingsduur bedraagt twee jaar in voltijd, uitgaande van een arbeidsduur van 38 uur per week. Het is ook mogelijk de opleiding parttime te volgen, met een minimale arbeidsduur van 24 uur per week⁴⁸. In de praktijk loopt het merendeel van de (voltijd werkende) ApIOS enige studieovertraging op, waardoor de daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur langer is. De gemiddelde daadwerkelijke opleidingsduur voor ApIOS bedraagt afgerond 29 maanden, oftewel 2,4 jaar⁴⁹. Mannen doen gemiddeld genomen iets langer over de opleiding dan vrouwen (resp. 2,6 en 2,4 jaar)⁵⁰.

De gemiddelde opleidingsduur is berekend op basis van de opleidingsduur van degenen die in 2012 zijn ingestroomd. Dit is het eerste instroomcohort van de gemoderniseerde opleiding, waarvan het merendeel van de ApIOS inmiddels is uitgestroomd⁵¹. Van de latere instroomjaren zijn nog relatief veel ApIOS in opleiding, waardoor er nog geen betrouwbare uitspraken over de opleidingsduur gedaan kunnen worden voor deze jaren. Als startdatum is de eerste dag van de maand waarin het cursorisch onderwijs aanvangt gehanteerd. De einddatum is de laatste dag van de maand voor inschrijving in het register van openbaar apothekers.

⁴⁸ De opleiding wordt indien minder dan 38 uur per week naar rato verlengd ten opzichte van 38 uur. Voor een arbeidsduur van 24 uur per week geldt een opleidingsduur van $38/24 \times 2$ jaar = drie jaar en 2 maanden.

⁴⁹ Hierbij is het aantal maanden omgerekend naar jaareenheden ($29,3 / 12 = 2,4$ jaar). Nominaal gaat het om 2 jaar en 5 maanden.

⁵⁰ Opleidingsregister SRC (dd. 21-10-2016).

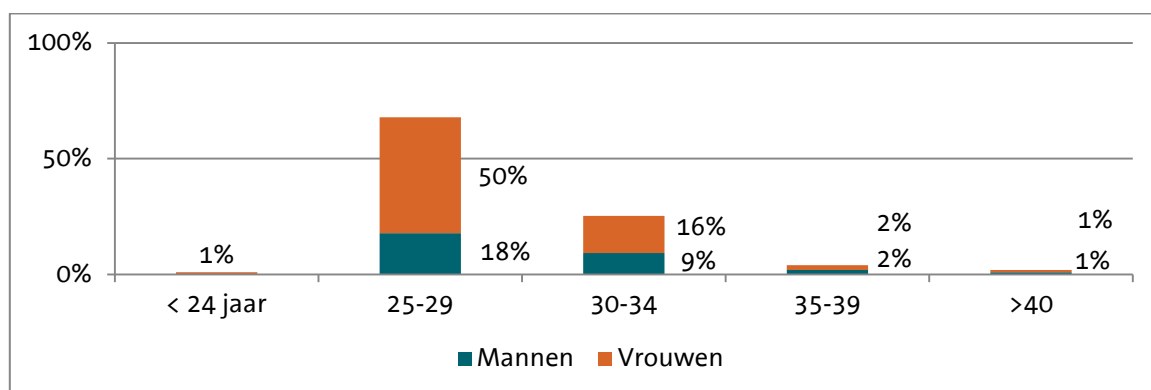
⁵¹ Ten tijde van berekening van de gemiddelde opleidingsduur waren er van de 82 instromers in 2012 nog vier ApIOS in opleiding, 9 personen waren ongediplomeerd uitgestroomd en 69 personen waren gediplomeerd uitgestroomd.

Per 1 januari 2017 zijn er 399 personen in opleiding. Aangenomen wordt dat van deze personen er uiteindelijk 150 per leerjaar het diploma behalen⁵².

3.3.4 Man-vrouwverhouding en leeftijdsopbouw

Het merendeel van de studenten in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker bestaat uit vrouwen (70%). Ruim twee derde van de studenten valt in de leeftijdscategorie 25-29 jaar. Een kwart van de studenten is 30-34 jaar oud. Slechts 6% is ouder (zie figuur 4). De leeftijd van studenten is geen parameter in het ramingsmodel, maar vormt wel relevante achtergrondinformatie voor het instroomadvies, aangezien studenten met een hogere leeftijd, eenmaal werkzaam, over het algemeen korter beschikbaar zullen zijn op de arbeidsmarkt. Gezien de jonge studentenpopulatie zullen openbaar apothekers, vanuit het leeftijdsaspect gezien, relatief lang beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt.

Figuur 4: Man-vrouwverhouding en leeftijdsopbouw studenten vervolgopleiding tot Openbaar Apotheker per 1-1-2016



Bron: Opleidingsregister SRC

⁵² Formule: totaal aantal opleidingen op peildatum / gemiddelde daadwerkelijke opleidingsduur * correctie intern rendement (hoger dan overall intern rendement, omdat het merendeel van de uitval plaatsvindt aan het begin van de opleiding en zich daarmee al heeft voorgedaan voor een aantal opleidingscohorten). De reden dat het aantal verwachte gediplomeerde personen per leerjaar hoger ligt dan het aantal instromers per jaar is dat er studenten zijn die langer over de opleiding doen dan de nominale opleidingsduur.

3.4 Parameterwaarden 'Opleiding'

Op basis van de informatie in de voorgaande paragrafen zijn onderstaande parameterwaarden voor het onderdeel 'Opleiding' bepaald. Deze waarden zijn gebruikt als invoer in het ramingsmodel en maken als zodanig onderdeel uit van het ramingsadvies.

Tabel 3: Parameterwaarden 'Opleidingen'

	Parameterwaarden 'Opleidingen'
Aantal instromers in 2016	130
Gemiddelde jaarlijks in opleiding per leerjaar	150
Verwachte jaarlijkse instroom	130
Percentage vrouwen	70%
Opleidingsduur	2,4 jaar
Intern rendement	87%



4 Zorgvraag

4.1 Inleiding

De zorgvraag wordt uitgedrukt in het aantal fte aan openbaar apothekers dat nodig is om aan de zorgvraag te voldoen. Het Capaciteitsorgaan stelt de huidige zorgvraag vast op basis van het zorgaanbod (het aantal fte aan werkzame beroepsbeoefenaren) aangevuld met de onvervulde vraag. De toekomstige zorgvraag wordt vervolgens bepaald door de huidige zorgvraag te corrigeren voor demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Deze onderwerpen zijn als parameters opgenomen in het ramingsmodel.

Momenteel is de arbeidsmarkt voor openbaar apothekers op landelijk niveau in evenwicht. Er is geen sprake van tekorten aan openbaar apothekers of een te groot aanbod. Wel bestaan er aanzienlijke regionale verschillen in de balans tussen vraag en aanbod.

In de toekomst zal de zorgvraag voor de openbaar apothekers toenemen door demografische ontwikkelingen zoals groei van de bevolking, de toegenomen levensverwachting, vergrijzing en de daarmee samenhangende toename van het aantal chronische ziekten en polyfarmaciepatiënten. Ook vanuit epidemiologisch perspectief valt een hogere vraag naar openbaar apothekers te voorzien. Verbeterde behandelmethoden en vroegopsporing maken dat de prevalentie van de meeste ziektes toeneemt. Hierdoor ontvangen aanzienlijk meer mensen een langere periode in hun leven medicatie. De grootste zorgvraagstijging voor de openbaar apotheker is te verwachten van de groep patiënten met multimorbiditeit en daarmee samenhangende complexe combinaties van geneesmiddelen. Een speciale groep die meer zorg vraagt van onder andere openbaar apothekers zijn dementerenden⁵³. Door de combinatie van extramuralisering en vergrijzing verblijven er in de toekomst aanzienlijk meer dementerende ouderen in de thuissituatie dan nu het geval is.

Een sociaal-culturele ontwikkeling die de komende jaren vooral van invloed zal zijn op de zorgvraagontwikkeling naar de openbaar apothekers is de verschuiving van (complexe) zorg naar de wijk. Dit heeft een stuwend effect op de benodigde inzet van openbaar apothekers. Apothekers ervaren een toenemende zorgvraag door deze transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn en de extramuralisatie van onder andere de ggz. Wijzigingen in de bekostiging van de eerstelijns farmaceutische zorg kunnen echter zorgen voor een verandering in de benodigde inzet van openbaar apothekers. De mogelijkheid bestaat dat de vraag naar openbaar apothekers wordt ingeperkt bij verdere aanscherping van de bekostiging van de eerstelijns farmaceutische zorg. Een tweede onzekere factor is in hoeverre de verwachte toenemende vraag naar inzet van apotheker specialisten binnen poliklinische apotheken, bij de openbaar apothekers terecht zal komen, aangezien ook ziekenhuisapothekers werkzaam zijn binnen de poliklinische apotheek.

⁵³ RIVM (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.

4.2 Onvervulde vraag

De onvervulde vraag duidt de zorgvraag die niet ingevuld wordt als gevolg van het ontbreken van een toereikend aantal professionals. Als de vraag groter is dan het aanbod, uit dit zich in wachtlijsten, moeilijk vervulbare vacatures en een hoge vacaturegraad. De vacaturegraad betreft het percentage vacatures ten opzichte van het totaal aan werkzame personen⁵⁴. Het is ook mogelijk dat de vraag naar beroepsbeoefenaren kleiner is dan het aanbod. Er is dan sprake van werkloosheid, een korte doorlooptijd van vacatures en geen of korte wachtlijsten.

Omdat wachttijdgegevens van openbare apotheken onvoldoende indicatief zijn voor de vraag naar openbaar apothekers (zij duiden vooral de inzet van baliepersoneel) is gebruik gemaakt van online vacaturegegevens⁵⁵, arbeidsmarktervaringen van openbaar apothekers, veldgesprekken en informatie van de Vereniging van Jonge Apothekers (VJA).

Vacatures voor openbaar apothekers

De vacaturegraad, op basis van online vacatures, is als uitgangspunt genomen voor het vaststellen van de onvervulde vraag. Hierbij is de vacaturegraad gecorrigeerd voor 2% frictiewerkloosheid. Frictiewerkloosheid duidt de wrijving tussen vraag en aanbod die hoort bij het wisselen van banen op een normaal functionerende arbeidsmarkt. Daarnaast is gecorrigeerd voor het aandeel vacatures dat niet online gepubliceerd wordt. Vaak worden beroepsbeoefenaars ook geworven via andere kanalen, zoals het eigen netwerk of niet-online media. Dit aandeel is voor de openbaar apothekers geschat op 60%.

In het najaar van 2016 zijn er online 48 actieve unieke vacatures voor openbaar apothekers⁵⁶. Het betreft vacatures voor de functies gevestigd/beherend apotheker en tweede apotheker binnen een openbare (wijk)apotheek of een poliklinische apotheek. De gecorrigeerde vacaturegraad voor de openbaar apotheker bedraagt daarmee 1% en is laag te noemen. Er lijkt op de arbeidsmarkt een balans te bestaan tussen vraag en aanbod.

Uit informatie uit de Farmavacaturebank die beheerd wordt door de Vereniging van Jonge Apothekers (VJA) valt op te maken dat het totaal aantal geplaatste vacatures voor apothekers in openbare apotheken (incl. poliklinische apotheken) is toegenomen sinds 2014 (zie figuur 5). Hierbij dient opgemerkt te worden dat de peiling plaatsvond medio oktober 2016. Het aantal vacatures over 2016 zal dus uiteindelijk hoger uitvallen. Het toenemend aantal vacatures kan duiden op een stijging in de vraag.

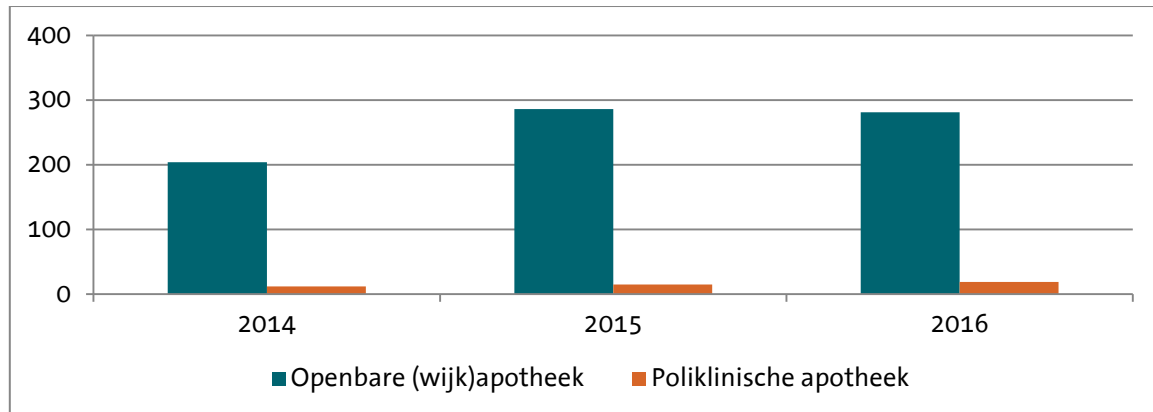
In 2014 en 2015 werd respectievelijk bij 17% en 20% van de vacatures specifiek gevraagd om een registratie of de bereidheid om opgeleid te worden tot specialist. In oktober 2016 was dit bij 29% van de vacatures het geval. Uit gesprekken met openbaar apothekers, de KNMP en de Vereniging van Jonge Apothekers valt op te maken dat het bezit van een registratie of de bereidheid om in opleiding te gaan tot specialist, als een vanzelfsprekendheid wordt ervaren. Hierdoor wordt in vacatures vaak niet specifiek gevraagd om het bezit van een registratie als specialist.

⁵⁴ De vacaturegraad kan ook in fte worden uitgedrukt.

⁵⁵ Online vacaturespider Jobfeed en farmavacaturebank.nl.

⁵⁶ Gemiddelde van twee peilmomenten medio oktober en eind november 2016.

Figuur 5: Ontwikkeling totaal aantal vacatures Farmavacaturebank.nl 2014-2016



De gegevens over 2016 zijn voor einde van het kalenderjaar (medio oktober) opgevraagd. Het aantal vacatures over 2016 zal dus uiteindelijk hoger uitvallen.

Het vinden van een passende baan

In veldgesprekken zijn geen geluiden te beluisteren die duiden op een disbalans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Iedere gediplomeerde openbaar apotheker vindt binnen drie maanden na diplomering een baan op niveau⁵⁷. Van de in het specialistenregister geregistreerde openbaar apothekers, rapporteert slechts 0,6% dat zij na registratie als openbaar apotheker een jaar of langer iets anders zijn gaan doen, omdat zij geen passende functie konden vinden of geen functie die aansloot bij hun wensen (bijvoorbeeld het uitoefenen van nevenactiviteiten of reistijd). 0,2% van de geregistreerde openbaar apothekers is om (één van) deze redenen op het moment van meting niet werkzaam⁵⁸.

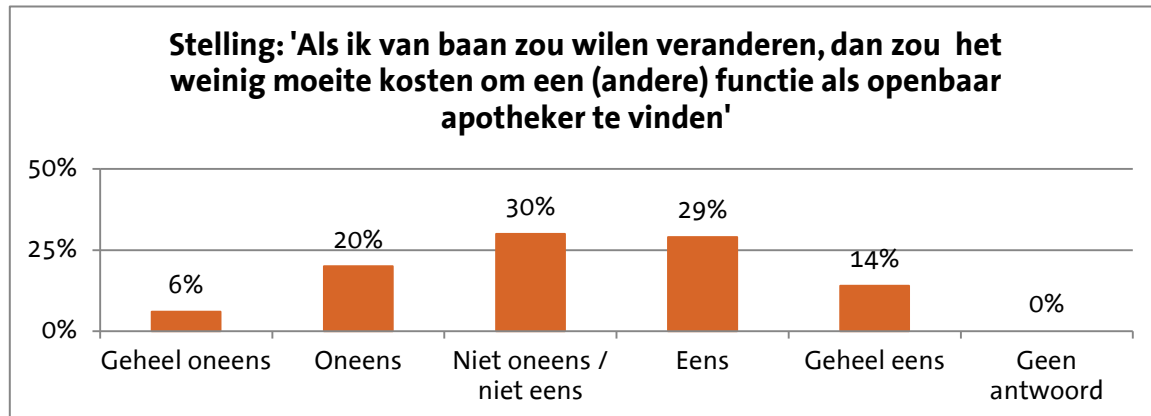
Van het totaal aantal werkzame openbaar apothekers geeft 26% aan dat zij het (geheel) oneens zijn met de stelling dat het weinig moeite zou kosten om een andere baan als openbaar apotheker te vinden als zij van baan zouden willen wisselen. 43% is het (geheel) eens met de stelling. De meningen zijn sterk verdeeld (zie figuur 6).

Wanneer ingezoomd wordt op recent gediplomeerde openbaar apothekers lijkt het beeld iets genuanceerder te zijn. Van de sinds 2012 in het specialistenregister geregistreerde openbaar apothekers is 65% het (geheel) eens met de stelling dat het weinig moeite kostte om een baan/functie te vinden die past bij het opleidingsniveau. 18% was het hiermee echter (geheel) oneens. 8% van de recent gediplomeerden heeft (veel) moeite gehad om een functie te vinden die past bij het opleidingsniveau (zie figuur 7). Uit het onderzoek is hiervoor geen reden te herleiden.

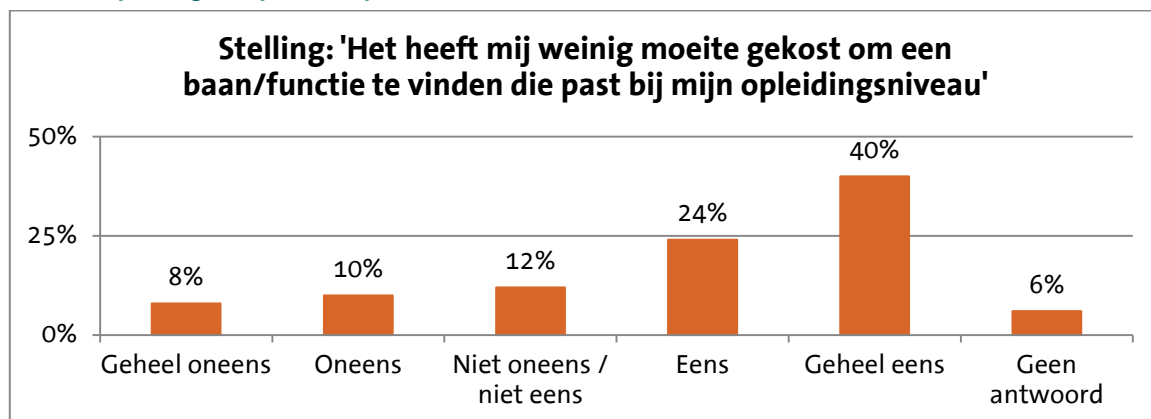
⁵⁷ Gesprek Vereniging van Jonge Apothekers

⁵⁸ KiwaCarity (2017). Openbaar apothekers. Kenmerken van de beroepsgroep.

Figuur 6: Antwoorden van geregistreerde openbaar apothekers



Figuur 7: Antwoorden van geregistreerde openbaar apothekers die in 2012 of later zijn begonnen aan de opleiding tot openbaar apotheker



Regionale verschillen

Wel bestaan verschillen in de balans tussen vraag en aanbod tussen verschillende regio's. Er is een verschil tussen het ervaren evenwicht op de arbeidsmarkt en de provincie waarin een openbaar apotheker vooral werkzaam is. Openbaar apothekers in Limburg en Zeeland rapporteren significant vaker dat er een tekort is aan openbaar apothekers dan openbaar apothekers in andere provincies. Zij verwachten ook significant vaker dat het hen weinig moeite zal kosten om een andere baan te vinden. Openbaar apothekers die vooral werkzaam zijn in Flevoland, Drenthe en Utrecht geven juist significant vaker aan dat er een te groot aanbod is van openbaar apothekers. In deze provincies verwacht men ook vaker dat het moeite zal kosten om een andere functie als openbaar apotheker te vinden⁵⁹.

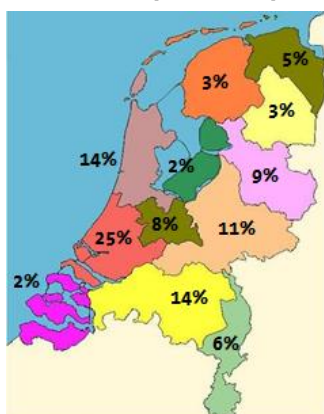
⁵⁹ KiwaCarity (2017). Openbaar apothekers. Kenmerken van de beroepsgroep.

Opvallend genoeg komen moeilijk vervulbare vacatures⁶⁰ vaker voor in Utrecht, Noord-Holland en Zuid-Holland, terwijl er daar geen sprake lijkt te zijn van een tekort aan openbaar apothekers. Waarschijnlijk spelen hierbij kwalitatieve aspecten in de match tussen vraag en aanbod een rol, zoals de werkervaring van een openbaar apotheker. Het komt voor dat een vacature voor een openbaar apotheker in een meer afgelegen regio voor langere tijd wordt ingevuld via een detachingsbureau omdat er geen vaste kracht geworven kan worden.

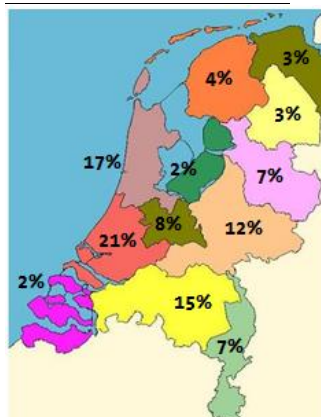
Ook de inzet van openbaar apothekers loopt uiteen per provincie. De meeste openbaar apothekers zijn werkzaam in Zuid-Holland (25%), Noord-Brabant (14%), Noord-Holland (14%) en Gelderland (11%). Aanzienlijk minder openbaar apothekers werken in Drenthe (3%), Friesland (3%), Flevoland (2%) en Zeeland (2%) (zie figuur 8)⁶¹. De uiteenlopende inzet van openbaar apothekers per provincie kan wordt grotendeels verklaard door de omvang van de bevolking per provincie. Alleen in Noord-Holland zijn relatief gezien wat weinig openbaar apothekers actief en in Zuid-Holland wat meer.

Figuur 8: Aandeel werkzame openbaar apothekers en inwoners per provincie⁶²

Werkzame openbaar apothekers



Inwoners van Nederland



Op basis van de hiervoor genoemde bevindingen kan geconcludeerd worden dat de arbeidsmarkt van openbaar apothekers landelijk in balans is, maar dat er aanzienlijke regionale verschillen bestaan. Er is sprake van een lage onvervulde vraag. Wel lijkt er sprake te zijn van een latente onvervulde vraag: het beroep kent een zeer hoge werkdruk⁶³ en er zijn signalen dat kleine tot middelgrote vestigingen uit kostenoverwegingen geen extra openbaar apotheker (of overig personeel) aantrekken. Zolang deze latente vraag zich niet openbaart in concrete vacatures, wordt deze niet meegerekend in de parameter onvervulde vraag. Wel dient er rekening mee gehouden te worden dat deze latente vraag zich de komende jaren kan omvormen tot een concrete onvervulde vraag in de vorm van vacatures. Het al dan niet beschikbaar komen van middelen om extra openbaar apothekers in te zetten, zal hierbij een dominante rol spelen.

⁶⁰ Moeilijk vervulbare vacatures zijn vacatures die drie maanden of langer open staan.

⁶¹ KiwaCarity (2017). Openbaar apothekers. Kenmerken van de beroepsgroep.

⁶² KiwaCarity (2017). Openbaar apothekers. Kenmerken van de beroepsgroep.

⁶³ VvAA, 2015. Bezieling in de zorg.

4.3 Demografie patiëntenpopulatie

De demografische ontwikkeling van de bevolking en daarmee van de patiëntenpopulatie, is van invloed op de vraag naar zorgverleners. Wanneer de bevolking toeneemt, zijn er vanuit demografisch perspectief ook meer zorgverleners nodig. Daarnaast heeft de verdeling van de leeftijdscategorieën, in combinatie met ziektebeelden die voor deze leeftijdscategorieën kenmerkend zijn, invloed op het benodigde type/niveau van zorgverleners.

De levensverwachting in Nederland steeg de afgelopen tien jaar sterk, met meer dan drie jaar, naar 79 jaar voor mannen en 83 jaar voor vrouwen. De levensverwachting zal naar verwachting blijven stijgen, zij het minder hard dan de afgelopen tien jaar. Deze trend kan met redelijk veel zekerheid doorgetrokken worden. Tot 2030 krijgen Nederlandse mannen er ongeveer drie jaar bij en vrouwen ruim twee jaar. De relatief snelle toename van de levensverwachting in het afgelopen decennium was voor een groot deel toe te schrijven aan inzet en gebruik van betere gezondheidsvoorzieningen. Ook preventie, onder andere meer gebruik van preventieve bloeddruk- en cholesterolverlagende middelen, heeft bijgedragen aan de toegenomen levensverwachting⁶⁴.

Door vergrijzing en toename van het geneesmiddelengebruik neemt het aantal polyfarmaciepatiënten sterk toe. Een polyfarmaciepatiënt is iemand die vijf of meer geneesmiddelen uit verschillende therapeutische groepen chronisch gebruikt. Volgens de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen is er sprake van chronisch gebruik als aan een patiënt meer dan drie keer per jaar hetzelfde geneesmiddel is verstrekt of als minimaal één keer een geneesmiddel wordt verstrekt voor een gebruiksduur van 90 dagen of meer⁶⁵. Polyfarmaciepatiënten behoeven meer aandacht, controle en begeleiding van openbaar apothekers, waardoor de benodigde inzet van de openbaar apothekers toeneemt bij stijging van het aantal polyfarmaciepatiënten.

Bij openbare apotheken in de wijk gebruikt momenteel 13% van de bezoekers vijf of meer geneesmiddelen chronisch. Tien jaar geleden was dat nog 8%. Bijna de helft van de toename van het aantal polyfarmaciepatiënten in die periode kan worden toegeschreven aan de vergrijzing. Het resterende deel komt door een toename van het geneesmiddelengebruik als gevolg van de ontwikkeling van richtlijnen en het beter volgen daarvan. Bij de 65- tot 70-jarigen is 25% van de apotheekbezoekers een polyfarmaciepatiënt en in de leeftijdsgroep 70 tot 75 jaar is dit opgelopen tot 33%. Bij de 75-plussers gebruikt 45% chronisch vijf of meer geneesmiddelen⁶⁶. 65-plussers namen in 2014 en 2015 45% van de omzet van de openbare apotheek voor hun rekening. Op het hoogtepunt van de vergrijzing rond 2040 zal dat 61% bedragen⁶⁷.

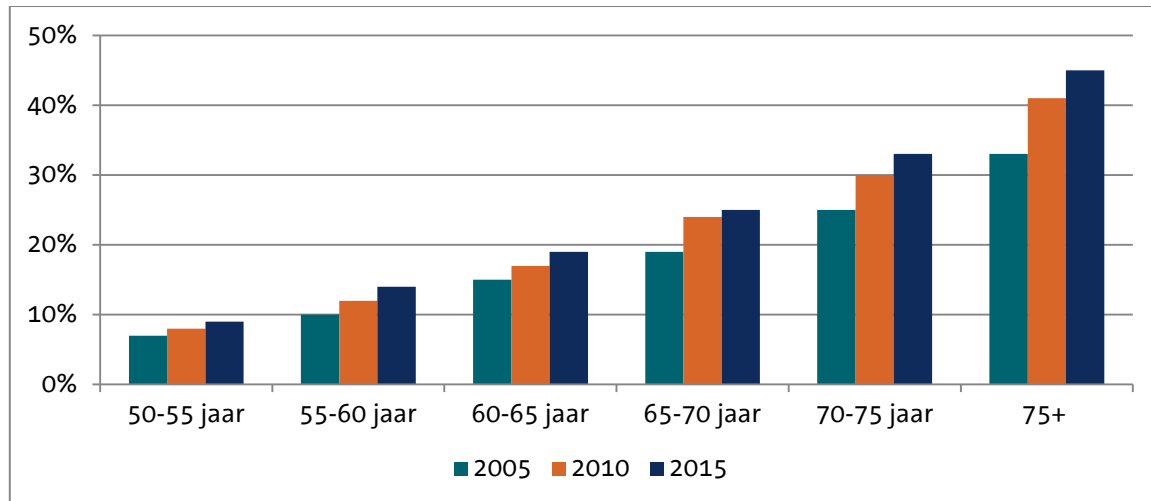
⁶⁴ RIVM (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.

⁶⁵ SFK (2016). Data en Feiten 2016. Het jaar 2015 in cijfers.

⁶⁶ SFK (2016). Data en Feiten 2016. Het jaar 2015 in cijfers.

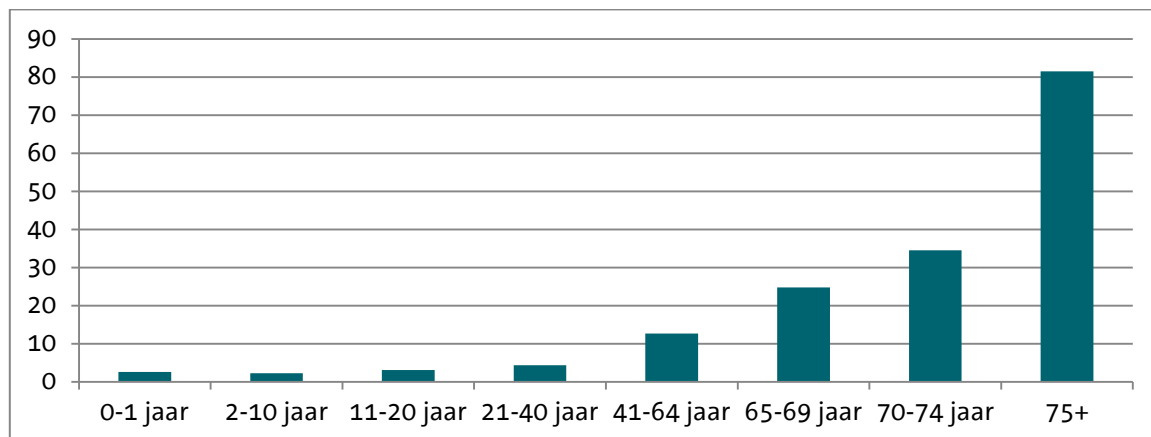
⁶⁷ SFK (2015) en SFK (2016).

Figuur 9: Aandeel polyfarmaciepatiënten onder bezoekers apotheken in de wijk naar leeftijd



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Figuur 10: Geneesmiddelengebruik per persoon naar leeftijd in 2015 (in verstrekkingen)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De hiervoor genoemde ontwikkelingen hebben een sterk stuwend effect op de zorgvraag. Op basis van demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie valt een sterke stijging in de vraag naar openbaar apothekers te verwachten. Dit valt terug te zien in de demografische groeiprognoses die voor deze raming zijn opgesteld (zie tabel 4). Deze prognoses zijn gemaakt op basis van het aantal standaard- en weekterhandstellingen binnen de extramurale farmaceutische zorg naar leeftijdscategorie en geslacht van patiënten⁶⁸. Deze terhandstellingen zijn vervolgens afgezet tegen de demografische prognoses van het CBS naar leeftijd en geslacht. Op basis van demografische groei valt vanaf 2017 een groei in de zorgvraag van 18% te verwachten na 10 jaar en van 35% na 20 jaar.

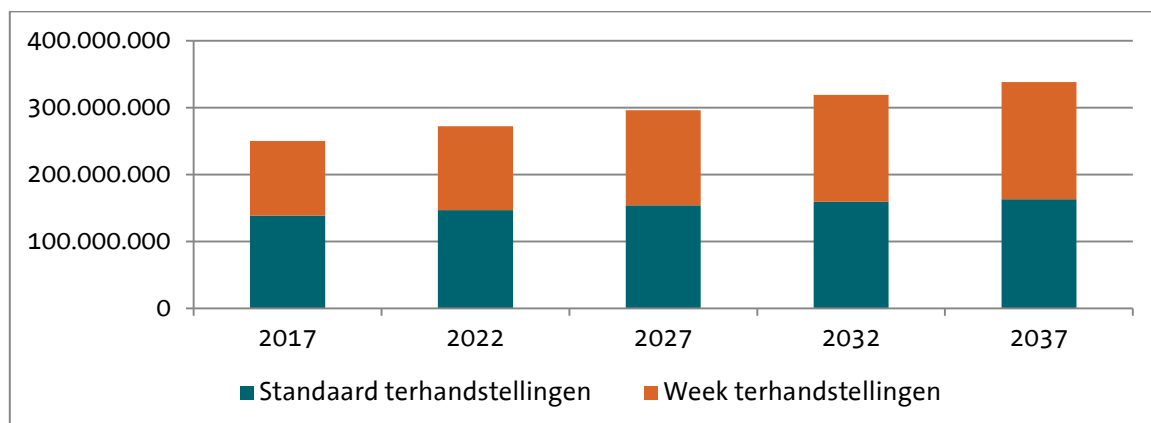
⁶⁸ O.b.v. data Stichting Farmaceutische Kengetallen, declaratiegegevens Vektis en Bevolkingsprognose CBS. Basisjaar 2015. Exclusief avond, nacht en weekendterhandstellingen.

Tabel 4: Verwachte groei aantal terhandstellingen binnen de extramurale farmaceutische zorg t.o.v. 2017 (excl. ANZ-terhandstellingen)⁶⁹

Totale extramurale farmaceutische zorg			
Jaar	Standaard + week terhandstellingen	Standaard terhandstellingen	Week terhandstellingen
Na 5 jaar (2022)	9%	6%	12%
Na 10 jaar (2027)	18%	11%	27%
Na 15 jaar (2032)	27%	15%	43%
Na 20 jaar (2037)	35%	17%	57%
Extramurale farmaceutische zorg exclusief poliklinische apotheken			
Na 10 jaar (2027)	18%	11%	27%
Na 20 jaar (2037)	36%	18%	57%
Poliklinische apotheken			
Na 10 jaar (2027)	10%	8%	24%
Na 20 jaar (2037)	16%	12%	48%

Het aantal weekterhandstellingen binnen de extramurale farmaceutische zorg kent de sterkste toename. Naar verwachting groeit het aantal weekterhandstellingen de komende 20 jaar op basis van demografie met 57% van circa 125 miljoen naar bijna 175 miljoen. In dezelfde periode groeit het aantal standaardterhandstellingen met 17%. In 2017 is de verhouding tussen het aantal standaard- en weekterhandstellingen respectievelijk 55-45%. In 2037 verschuift deze verhouding naar 48-52% (zie figuur 11).

Figuur 11: Prognose aantal terhandstellingen extramurale farmaceutische zorg op basis van demografische ontwikkeling bevolking⁷⁰



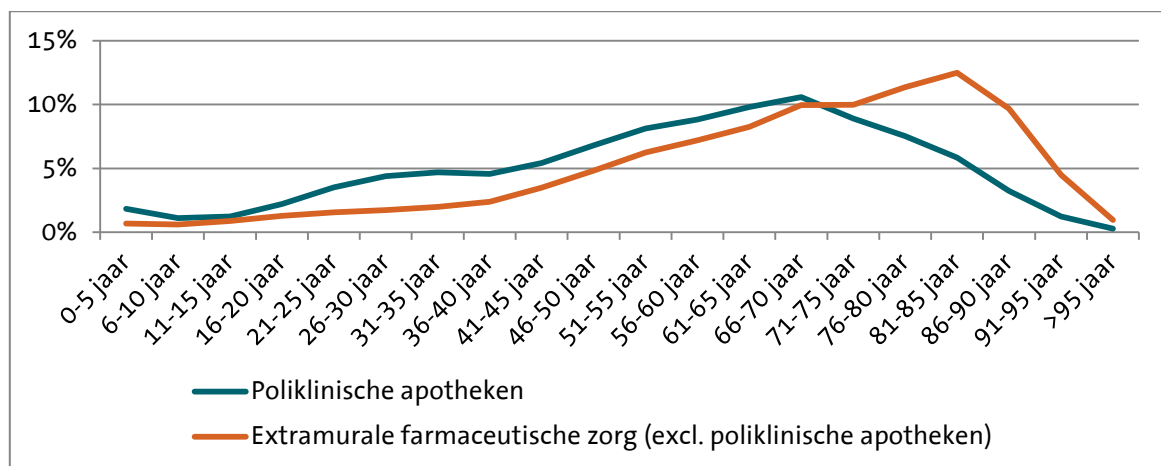
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

⁶⁹ O.b.v. data Vektis, Stichting Farmaceutische Kengetallen, declaratiegegevens Vektis en Bevolkingsprognose CBS. Basisjaar 2015. Exclusief avond-, nacht- en zaterdag/zondagterhandstellingen.

⁷⁰ Basisjaar 2015. Exclusief avond, nacht en weekendterhandstellingen.

Binnen de poliklinische apotheken neemt het aantal terhandstellingen op basis van demografie relatief minder sterk toe dan in de overige extramurale farmaceutische zorg. Dit komt vooral omdat het aandeel terhandstellingen aan oudere patiënten bij poliklinische apotheken lager ligt dan in de overige extramurale farmaceutische zorg (figuur 12). Over het geheel genomen blijft het totale effect van de poliklinische apotheken op de benodigde inzet van openbaar apothekers beperkt, doordat er in verhouding met de overige extramurale farmaceutische zorg relatief weinig terhandstellingen plaatsvinden (3%).

Figuur 12: Aandeel terhandstellingen per leeftijdscohort in 2015 naar type apotheek⁷¹



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.4 Epidemiologie

Epidemiologische ontwikkelingen duiden veranderingen in de prevalentie van ziektebeelden of aandoeningen die leiden tot een grotere of kleinere benodigde inzet van zorgverleners. Het afgelopen decennium steeg de prevalentie van de meeste ziekten⁷². Eén van de oorzaken voor deze toename zijn verbeterde behandelmethoden. Hierdoor neemt de levensverwachting en daarmee ook de kans op ouderdomskwalen toe. Ziektes die voorheen dodelijk waren, worden chronisch, zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Er zijn forse verschillen in gezonde levensverwachting tussen verschillende groepen. Vrouwen leven 7,6 jaar korter zonder chronische ziekten dan mannen. Vrouwen worden wel bijna 4 jaar ouder, dus ze leven veel meer jaren met gezondheidsproblemen dan mannen. Tussen hoge en lage SES zijn de verschillen nog groter: hoogopgeleiden leven ruim 6 jaar langer en leven 18,5 jaren meer in goede ervaren gezondheid in vergelijking met laagopgeleiden⁷³.

⁷¹ Basisjaar 2015. Exclusief avond, nacht en weekendterhandstellingen.

⁷² RIVM (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.

⁷³ Nationaal Programma Preventie. Gezond in... gebiedsindicatoren.

Daarnaast zorgt ook vroegopsporing ervoor dat de prevalentie van de meeste ziektes toeneemt. Zo steeg het aantal mensen met diabetes mellitus van 0,4 miljoen in 2000 tot 0,8 miljoen in 2011 en een verdere stijging tot 1,2 miljoen in 2030 wordt voorzien. Ook het aantal mensen met artrose en coronaire hartziekten zal in 2030 elk rond of boven het miljoen uitkomen. In totaal wordt voorzien dat het aantal mensen met een chronische ziekte zal stijgen van 5,3 miljoen in 2011 (32% van de bevolking) naar 7 miljoen in 2030 (40%), waarbij ook het aantal mensen met twee of meer aandoeningen (multimorbiditeit) zal toenemen⁷⁴.

Door bovenstaande ontwikkelingen gebruiken aanzienlijk meer mensen een langere periode in hun leven medicatie. De grootste zorgvraagstijging voor de openbaar apotheker is te verwachten van de groep patiënten met multimorbiditeit. Doordat leefstijl samenhangt met chronische ziektes stijgt het aantal patiënten met combinaties van aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en COPD. 27% van de mensen met een chronische ziekte heeft drie of meer ziekten⁷⁵. Dit brengt complexe combinaties van geneesmiddelen met zich mee. Hierdoor is er bij voorschrijvers, waaronder huisartsen, steeds meer behoefte aan afstemming met de openbaar apotheker en is met name bij de patiënten met zwakkere gezondheidsvaardigheden intensievere monitoring van medicijngebruik noodzakelijk. Daarnaast zal de toename in het gebruik van immunosuppressieve geneesmiddelen zorgen voor meer mensen met een verminderd afweersysteem, waardoor patiënten vaker infecties krijgen. Ook hierdoor stijgt de vraag naar farmaceutische zorg in de eerste lijn.

In 2011 waren longkanker en coronaire hartziekten nog de belangrijkste doodsoorzaken. In 2030 zal dementie de belangrijkste doodsoorzaak zijn⁷⁶. De combinatie van extramuralisering en vergrijzing betekent dat er aanzienlijk meer dementerende ouderen in de thuissituatie zullen verblijven dan nu het geval is. Zij hebben veel zorg nodig in de thuissituatie, onder andere van de apothekers. Het is de taak van de apothekers om het medicatiegebruik te monitoren. Kunnen ouderen bijvoorbeeld zelf nog correct medicatie innemen? En hoe kunnen zij daarbij het beste ondersteund worden? Periodiek en bij iedere wijziging in de medicatie moet beoordeeld worden of de medicatie nog juist gebruikt wordt, of de combinatie van medicatie nog passend is, en of er medicatie afgebouwd kan worden. Hierbij moet de openbaar apotheker ook sturen op de signaalfunctie van andere betrokkenen zoals de wijkverpleegkundige en de bezorger van medicatie.

De hiervoor besproken ontwikkelingen zullen zorgen voor een toenemende vraag naar de inzet van openbaar apothekers. Onvoorspelbare epidemiologische factoren die van invloed kunnen zijn op de zorgvraag van openbaar apothekers zijn de uitbraak van nieuwe infectieziekten in combinatie met de toename van antibioticaresistentie. Daarnaast kan ook een nieuwe economische crisis of langdurige achterblijvende economische groei zorgen voor een verandering van de zorgvraag. Deze zaken zijn echter nog onzeker en daarom niet verwerkt in de raming.

⁷⁴ RIVM (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.

⁷⁵ www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit, geraadpleegd op 21-10-2016.

⁷⁶ RIVM (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.

4.5 Sociaal-cultureel

De parameter sociaal-culturele ontwikkelingen duidt de aanwas of krimp van de patiëntenpopulatie die veroorzaakt wordt door een verandering in de toegankelijkheid van de zorg. In hoeverre patiënten daadwerkelijk zorg afnemen of vragen, is onderhevig aan externe veranderingen in bijvoorbeeld beleid, wet- en regelgeving (hoogte eigen risico), stelselwijzigingen (transitie van de tweede naar de eerste lijn), ambulantisering en zorg binnen/buiten het basispakket. Ook de verschuiving van de definitie van gezondheid als een toestand van fysiek, mentaal en sociaal welbevinden⁷⁷ naar gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven⁷⁸ kan van invloed zijn. Daarnaast spelen persoonlijke factoren een rol. Of een zorgvrager daadwerkelijk zorg zoekt is een samenspel van culturele, sociale en persoonlijke omstandigheden.

Ontwikkelingen die de komende jaren vooral van invloed zullen zijn op de zorgvraagontwikkeling van de openbaar apothekers zijn de verschuiving van (complexe) zorg naar de wijk, de bekostiging van de eerstelijns farmaceutische zorg en de verwachte toename van poliklinische apotheken.

4.5.1 Meer (complexe) zorg in de wijk

Zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn en van de eerste lijn naar de thuissituatie en de wijk. Ook verblijven vanwege extramuralisatie steeds minder patiënten in instellingen. De toename van de zorgvraag en het vaak ook complexer worden van deze zorgvraag, vraagt goede afstemming tussen zorgverleners in de eerste lijn, waaronder de openbaar apotheker en de huisarts⁷⁹.

De medicatiebegeleiding en -beveiliging die voorheen plaatsvond binnen instellingen waar patiënten verbleven, bijvoorbeeld een verzorgingshuis of ggz-instelling, verschuift samen met de patiënten naar de wijk. Het gaat dan bijvoorbeeld om dementerenden, patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en mensen met Parkinson die zeer regelmatig tabletten moeten innemen. Voorheen verbleven deze mensen in een verpleeghuis of een ggz-instelling. De apotheker adviseert de huisarts en patiënten op het vlak van medicatie en draagt er zo aan bij dat patiënten langer thuis kunnen blijven, bijvoorbeeld met ondersteuning van een weekstelsel voor het innemen van de medicatie. Naar verwachting zal het aantal weekterhandstellingen hierdoor toenemen. Ook is er meer werk door een toename aan medicatiebeoordelingen.

De zorgvraag neemt ook toe doordat mensen langer thuis blijven wonen en door de verkorte ligduur in ziekenhuizen. Over 2008-2014 nam de gewogen gemiddelde ligduur af met 12%. Vanaf 2013 steeg de gewogen gemiddelde ligduur weer, waarschijnlijk door het dalende aantal dagopnamen. Steeds meer klinische opnames worden naar de dagbehandeling verplaatst⁸⁰. Door deze ontwikkelingen verblijven er meer (complexe) patiënten in de thuissituatie. Deze toenemende zorgvraag in de wijk wordt opgevangen door de huisartsenzorg, wijkteams en de apotheek. De openbaar apotheker neemt hierbij een deel van de zorg voor het toenemend aantal polyfarmaciepatiënten in de wijk op zich. Het gaat dan om patiënten met chronische aandoeningen,

⁷⁷ WHO (1948)

⁷⁸ Huber (2014)

⁷⁹ Nivel (2016). Samenwerking tussen huisarts en openbaar apotheker: stand van zaken en mogelijkheden voor de toekomst.

⁸⁰ Coppa (2015). Ligduurmonitor Nederlandse ziekenhuizen 2013 & 2014. Trendbreuk in de ligduur.

zoals diabetes, COPD en hart- en vaatziekten. Hieronder valt het verrichten van medicatiebeoordelingen en het bieden van op een persoon afgestemde farmacotherapie op basis van individuele patiëntkenmerken (personalized medicine) om er mede voor te zorgen dat kwetsbare ouderen en chronische patiënten zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen⁸¹.

Door de hiervoor genoemde ontwikkelingen neemt de (multidisciplinaire) samenwerking van apothekers met huisartsen, medisch specialisten, (wijk)verpleegkundigen en andere lokale zorg- en welzijnsmedewerkers (signaalfunctie) toe. De openbaar apotheker heeft daarnaast een consulterende functie als het gaat om het toedienen en controleren van complexe medicatie en het begeleiden van palliatieve trajecten. Vanuit wijkteams is er behoefte aan informatie. Ook het intercollegiaal overleg met voorschrijvers neemt toe. De openbaar apotheker spreekt en ziet geregeld patiënten en signaleert eventuele verbetermogelijkheden: 'Hoe gaat iemand met voorgeschreven medicijnen om? Worden ze wel ingenomen, en zo niet, wat is het verhaal erachter?'. Waar nodig overlegt de openbaar apotheker met de huisarts over alternatieven⁸².

In de samenwerking met andere zorgverleners, vooral de huisarts, valt nog een slag te maken. Huisartsen zijn in het algemeen positief over de samenwerking met apothekers en zien de farmaceutische zorg voor patiënten als een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor huisarts en apotheker. Apothekers zien voor zichzelf een groter aandeel in de informatievoorziening en medicatiebegeleiding van patiënten weggelegd dan nu het geval is. In hoeverre er samenwerking is met de huisarts hangt af van de lokale onderlinge verhoudingen en wederzijds vertrouwen in elkaars expertise. Kansen liggen in het gezamenlijk opzetten van lokale projecten ter verbetering van de patiëntenzorg en een gezamenlijke locatie⁸³. Naar schatting heeft een kwart van de apothekers toegang tot laboratoriumwaarden van de patiënt, door betere samenwerking met de huisarts worden dit er snel meer. In de grote steden is er mogelijk minder samenwerking met huisartsen, doordat er daar meer kleinere apotheken en meer huisartsenpraktijken per apotheek zijn. De verdeling van zorg en regie in de wijk is ook afhankelijk van de capaciteit aan huisartsen en wijkverpleegkundigen en de werkdruk en deskundigheid binnen een wijkteam.

Bij de omvang van de ondersteuning van complexe patiënten in de wijk speelt ook de capaciteit aan en deskundigheid van voorschrijvers een rol. Psychiatrische patiënten hebben meer monitoring van medicijngebruik nodig dan psychiaters in de wijk veelal kunnen bieden. Hierdoor verschuift meer zorg naar de openbaar apotheker. Ook poliklinische apotheken nemen werk over van ziekenhuisapotheken.

4.5.2 Bekostiging eerstelijns farmaceutische zorg

De betaalbaarheid van de Nederlandse zorg staat onder druk. Zorgkosten stijgen snel onder invloed van vergrijzing, verruiming van het zorgaanbod en (technologische) innovaties. Hierdoor wordt in alle besluitvormingsprocessen sterker gekeken naar kosteneffectiviteit. De toekomstige ontwikkeling van de zorguitgaven is onzeker. Met diverse maatregelen, zoals de Wet

⁸¹ KNMP (15-10-2015). Brief aan minister van VWS. Betreft: aanvullende informatie bij verzoek wettelijke erkenning specialisme openbare farmacie.

⁸² LAD magazine, juni 2016. Openbaar apotheker: essentiële zorgverlener in de eerstelijns.

⁸³ Nivel (2016). Samenwerking tussen huisarts en openbaar apotheker. Stand van zaken en mogelijkheden voor de toekomst.

Geneesmiddelenprijzen en het preferentiebeleid, is de trend van sterk stijgende kosten voor farmaceutische zorg omgebogen. Sinds de introductie van de prijzenwet in 1996 zijn de prijzen van geneesmiddelen gemiddeld met bijna 60% gedaald. Hiervan werd het grootste deel in het afgelopen decennium gerealiseerd. In die tien jaar daalden de medicijnprijzen gemiddeld met bijna 40%. Ruim de helft van deze prijsdalingen is het directe gevolg van de Wet GeneesmiddelenPrijzen (WGP). Daarmee is de WGP het belangrijkste instrument van de overheid om geneesmiddelenuitgaven te beperken⁸⁴.

Van veel voorgenomen en recent ingezet beleid zijn de effecten op langere termijn nog niet bekend. Ook de openheid van de Nederlandse economie en daarmee de afhankelijkheid van tal van (onzekere) externe factoren maakt dat een projectie op langere termijn gepaard gaat met veel onzekerheid. Op de langere termijn veronderstelt het CPB een lagere gemiddelde BBP groei. Wanneer de economische groei hoger uitvalt dan de groei in zorguitgaven, neemt het aandeel van het BBP dat we uitgeven aan zorg af⁸⁵. Dit zal ongetwijfeld meespelen in het bepalen van het zorgbudget en het daaraan gekoppelde beleid aangaande het afbuigen van de trend van toenemende zorguitgaven en in het verlengde daarvan de toegankelijkheid tot zorg.

Nieuwe medicijnen bieden perspectief aan veel mensen met ernstige aandoeningen die voorheen niet of nauwelijks te behandelen waren, zoals longkanker, taaislijmziekte en hepatitis-C. Zij genezen of leven langer, maar vooral ook: krijgen extra kwaliteit van leven. De opmars van duurdere geneesmiddelen legt wel een steeds grotere druk op de betaalbaarheid, en daarmee de houdbaarheid van het zorgstelsel⁸⁶. Het toegankelijk en betaalbaar houden van innovatieve nieuwe geneesmiddelen is hiermee een van de voornaamste uitdagingen voor het zorgbeleid van de komende jaren⁸⁷.

De KNMP noemt in het Jaarplan 2016 een toekomstbestendig bekostigingsmodel als randvoorwaarde voor het verlenen van persoonsgerichte farmaceutische patiëntenzorg, zoals het verrichten van een medicatiebeoordeling, geïntensiverde medicatiebegeleiding op basis van Medisch Farmaceutische Beslisregels (MFB's) of het voeren van een farmaceutisch consult. De komende jaren zoeken openbaar apothekers de balans tussen kwaliteit en bekostiging. Vanuit kwaliteitsoverwegingen zouden zij meer zorg kunnen en willen verlenen. De omvang van de verleende zorg wordt ingeperkt door een hoge werk-, regel- en administratieve druk⁸⁸ en, met name bij kleine en middelgrote vestigingen, enige terughoudendheid aangaande het aannemen van extra openbaar apothekers en ondersteunend personeel met oog op de beschikbare financiële middelen. De tarieven voor de basisprestaties voor standaard- en weekterhandstellingen omvatten tevens een vergoeding voor aan de terhandstellingen verwante werkzaamheden. Vanuit de branche komen geluiden dat de huidige marges op geneesmiddelen klein zijn en dat de inkomsten vooral moeten komen vanuit de zorgprestaties, waarbij de openbaar apotheker ook zijn meerwaarde op het vlak van kwaliteit kan laten zien. In de praktijk wordt een deel van de zorgvraag dat toe te leiden is naar

⁸⁴ SFK (2016). Data en feiten 2016. Het jaar 2015 in cijfers.

⁸⁵ RIVM (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.

⁸⁶ VWS (29-01-2016), Visie op geneesmiddelen: nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten.

⁸⁷ WI CDA (2016). Zorg van waarde. Achtergrondstudie naar 10 jaar Zorgverzekeringswet.

⁸⁸ VvAA, 2015. Bezieling in de zorg.

zorgprestaties, niet ingevuld, vanwege de hoge werkdruk onder openbaar apothekers. Een voorbeeld hiervan is het niet kunnen uitvoeren van medicatiebeoordelingen bij alle patiënten die hiervoor in aanmerkingen komen.

Wanneer zorgverzekeraars in de toekomst de tarieven verder aanscherpen, zal dit effect hebben op de verwerking van de zorgvraag door de openbaar apothekers. Gezien de hoge werkdruk lijkt daar weinig ruimte meer om toenemende financiële druk op te vangen. De afgelopen jaren zijn er vanuit ketens efficiëncyslagen uitgevoerd, waarbij veel taken gecentraliseerd zijn (ICT-ondersteuning, HRM). Ondersteunende taken (administratie, schoonmaak) zijn uitbesteed. Ook daar lijkt niet veel efficiencywinst meer te maken. Mogelijk zullen openbaar apothekers in (zeer) grote vestigingen meer gebruik willen maken van de inzet van farmaceutisch consulenten of farmakundigen. Een andere optie is dat openbaar apothekers een groter deel van de zorgvraag niet langer in kunnen vullen. Ook is het mogelijk dat apotheken voortijdig hun activiteiten zullen staken, waarmee het aantal vestigingen zal dalen. In al deze scenario's leidt aanscherping van de tarieven echter tot een inperking van het volume aan openbaar apothekers.

Beperkt effect eigen risico

De farmaceutische zorg valt bij het merendeel van de verzekeraars binnen het eigen risico, dit remt de zorgvraag. Sommige patiënten weigeren in verband met het eigen risico een medicatiebeoordeling of een geneesmiddel. De medicatiebeoordeling valt bij sommige zorgverzekeraars wel, en bij andere niet onder het eigen risico⁸⁹. Een eventuele verhoging van het eigen risico zal waarschijnlijk echter slechts een beperkt effect hebben op de zorgvraag voor de openbaar apothekers. De meeste inzet van openbaar apothekers gaat naar chronische polyfarmaciepatiënten. Deze patiënten hebben veelal een bedrag voor geneesmiddelen apart gezet of ze krijgen het terug via de zorgtoeslag. Slechts een klein deel van de patiënten zal zorg mijden bij een hoger eigen risico. Het zal dan gaan om met name preventieve geneesmiddelen. Het eigen risico draagt er wel aan bij dat de vraag naar medicatiebeoordelingen niet volledig gerealiseerd wordt. Veel patiënten zijn bij aanvang van een kalenderjaar terughoudend in het laten beoordelen van hun medicatie, omdat ze hierbij hun eigen risico aan moeten spreken. Tegen het einde van het jaar zijn zij veelal wel geneigd om toestemming te geven voor een medicatiebeoordeling. Dit zorgt voor een piekbelasting bij apothekers, waardoor niet alle patiënten die vanwege zorginhoudelijke overwegingen in aanmerking komen voor een beoordeling, aan bod komen.

4.5.3 Toename poliklinische apotheken

Het aantal poliklinische apotheken nam in de periode 2012-2015 toe van 66 naar 95⁹⁰. Naar verwachting zet deze groei zich de komende jaren door in de omvang van de poliklinische apotheken. Hiermee zal ook de behoefte aan inzet van (openbaar) apothekers in poliklinische apotheken toenemen. De belangrijkste drijvende kracht achter de groei in de afgelopen jaren is de overheveling van (dure) medicijnen van de openbare farmacie naar het ziekenhuiskader in de periode 2012-2015. De minister van VWS laat medio 2016 weten voornemens te zijn geen verdere

⁸⁹ KNMP (05-04-2016). Brief t.a.v. Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende Algemeen overleg Ouderenzorg.

⁹⁰ Op basis van 'Pharmaceutisch weekblad (24-01-2013). Aantal openbare apotheken neemt af' en mondelinge informatie Stichting Farmaceutische Kengetallen via werkgroep d.d. december 2016.

geplande overhevelingen uit te voeren⁹¹. Daarnaast komen er meer specialistische geneesmiddelen beschikbaar op de markt, waardoor specialisten deze ook vaker voorschrijven.

Een onzekere factor is in hoeverre de verwachte toenemende vraag naar inzet van (gespecialiseerd) apothekers binnen poliklinische apotheken, bij de openbaar apothekers terecht zal komen. Momenteel zijn er, naast openbaar apothekers en ondersteunende beroepsgroepen, zowel apothekers als ziekenhuisapothekers werkzaam binnen poliklinische apotheken. De meerwaarde van het inzetten van zowel openbaar apothekers als ziekenhuisapothekers binnen een team, is de combinatie van kwaliteiten en kennis. De openbaar apotheker is deskundig op het gebied van eerstelijns medicatie en patiëntencontact. De ziekenhuisapotheker brengt klinische expertise mee die van pas komt bij de afstemming met medisch specialisten. In poliklinische apotheken is de inzet van ziekenhuisapothekers steeds gebruikelijker. Sinds kort maakt de poliklinische farmacie ook onderdeel uit van het onderwijsprogramma van de vervolgopleiding tot ziekenhuisapotheker. Medio 2016 is de Vereniging voor Poliklinische Apothekers (NVPF) gefuseerd met de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers (NVZA). Verdere integratie van de beroepsgroep van poliklinische apothekers met de ziekenhuisapothekers valt te voorzien. Welke gevolgen dit heeft voor de toekomstige inzet van openbaar apothekers in de poliklinische apotheken is nog onduidelijk.

Mogelijk ontstaat met de groei van het aantal poliklinische apotheken een scheiding tussen de specialisaties van de openbare apotheken in de wijk (eerstelijns farmaceutische zorg) en de poliklinische apotheken (specialistische farmaceutische zorg).

4.6 Parameterwaarden 'Zorgvraag'

Op basis van de informatie in de voorgaande paragrafen zijn onderstaande parameterwaarden voor het onderdeel 'Zorgvraag' bepaald. Deze waarden zijn gebruikt als invoer in het ramingsmodel en maken als zodanig onderdeel uit van het ramingsadvies. De waarden duiden de voorziene jaarlijkse groei in inzet van openbaar apothekers in fte per parameter (excl. demografie). Van sommige ontwikkelingen is het nog onzeker hoe sterk deze doorwerken in de toekomst. Daarom is er bij enkele parameters voor gekozen om twee waarden te hanteren: een minimale waarde op basis van een behoudende schatting en een maximale waarde op basis van een progressieve schatting.

Tabel 5: Parameterwaarden 'Zorgvraag'

	Openbaar apotheker
Onvervulde vraag	1%
Demografie na 5 jaar (2022)	9%
Demografie na 10 jaar (2027)	18%
Demografie na 15 jaar (2032)	27%
Demografie na 20 jaar (2037)	35%
Epidemiologie	0,2 - 0,4%
Sociaal-cultureel	0,1 - 0,5%

⁹¹ Brief minister van VWS (5-4-2016) betreft evaluatie overheveling geneesmiddelen.



5 Zorgaanbod

5.1 Inleiding

Het zorgaanbod betreft het aantal openbaar apothekers dat per 1 januari 2017 werkzaam is in het beroep en het aantal fte dat zij werken. Deze aantallen liggen lager dan het aantal geregistreerde openbaar apothekers. Per 1 januari 2017 zijn er 2.726 openbaar apothekers geregistreerd in het specialistenregister. Van deze geregistreerden is 94% werkzaam in het beroep. Gezamenlijk werken zij 2.270 fte. 98% van de werkzame openbaar apothekers is actief als gevestigd of tweede apotheker. Een deel van hen is ook nog werkzaam in een nevenfunctie.

De gemiddelde leeftijd van de beroepsgroep is 44,5 jaar. Mannen zijn met 47,5 jaar gemiddeld 5 jaar ouder dan vrouwen. Over het geheel genomen kent de beroepsgroep een evenwichtige leeftijdsopbouw. Er valt de komende jaren geen grote uitstroom vanwege vergrijzing te voorzien. Aangezien het aandeel mannen groter is in de hogere leeftijdscategorieën, stromen er de komende jaren meer mannen uit dan vrouwen. 54% van de werkzame openbaar apothekers is vrouw. Naar verwachting neemt het aandeel vrouwen de komende jaren verder toe. Omdat vrouwen gemiddeld genomen minder fte werken dan mannen, zullen er meer openbaar apothekers opgeleid moeten worden om aan een gelijkblijvende zorgvraag te voldoen.

Bovenstaande ontwikkelingen wegen in de raming mee in de berekening van de verwachte toekomstige omvang van de beroepsgroep. Wanneer percentages in dit hoofdstuk niet optellen is dat te wijten aan afrondingsverschillen.

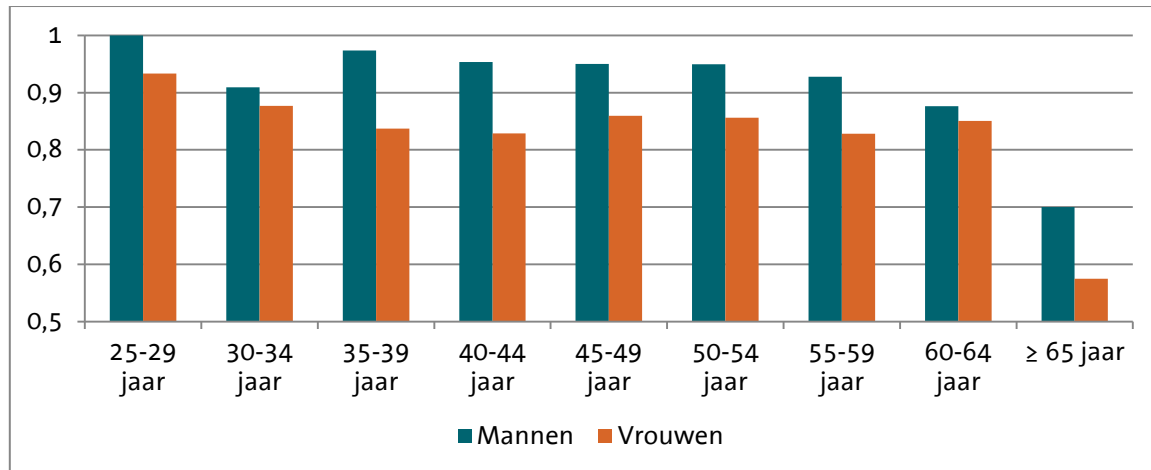
5.2 Omvang beroepsgroep: aantallen en fte

Aantal werkzame openbaar apothekers en fte

Per 1 januari 2017 zijn er 2.552 openbaar apothekers werkzaam in het beroep. Gezamenlijk werken zij 2.270 fte. Gemiddeld genomen rapporteren openbaar apothekers 0,9 fte te werken. Mannen werken hierbij wat meer uren dan vrouwen (respectievelijk 0,94 en 0,85 fte). Het aantal gewerkte uren is relatief stabiel over de verschillende leeftijdscategorieën, alleen openbaar apothekers van 65 jaar en ouder werken gemiddeld genomen minder uren (zie figuur 13). De deeltijdfactor verschilt naar functie. Gevestigd/ beherend apothekers werken gemiddeld genomen 0,9 fte in deze functie. Voor tweede apothekers is dat ruim 0,7 fte. De functies in beleid, onderwijs en onderzoek kennen een lage deeltijdfactor (0,4 fte), doordat zij veelal gecombineerd worden met een functie als gevestigd/beherend of tweede apotheker⁹². Het aantal werkzame openbaar apothekers en de gemiddelde omvang van een fte zijn als parameterwaarden meegerekend in de raming.

⁹² KiwaCarity (2017). Openbaar apothekers. Kenmerken van de beroepsgroep. Bij de uitvraag van het aantal fte dat openbaar apothekers werken is vanwege methodologische overwegingen een maximum van 1 fte gehanteerd. Het onderzoek heeft als peildatum medio december 2016. Voor deze raming is peildatum 1 januari 2017 gehanteerd.

Figuur 13: Gemiddeld aantal fte van werkzame openbaar apothekers naar leeftijd en geslacht per 1-1-2017



Bron: KiwaCarity (2017)

Werkzaam in een ander beroep

Per 1 januari 2017 zijn er 2.726 openbaar apothekers geregistreerd in het specialistenregister dat beheerd wordt door de Specialisten Registratie Commissie (SRC), kamer Openbare farmacie. Het aantal geregistreerde personen ligt hoger dan het aantal werkzame personen doordat niet alle geregistreerden werkzaam zijn als openbaar apotheker. Van de in het specialistenregister geregistreerde openbaar apothekers is 94% werkzaam in het beroep. 4% rapporteert werkzaam te zijn in een ander beroep. Van deze groep geeft 63% aan een andere carrièrestap te hebben gemaakt. Een meerderheid heeft een functie op het vlak van beleid, onderzoek en/of onderwijs. Andere redenen om in een ander beroep te gaan werken die enkele malen genoemd zijn, zijn een arbeidsconflict/reorganisatie, geen functie aangeboden gekregen die aansloot bij eigen wensen (bijvoorbeeld reistijd) of de functie die iemand had of kreeg aangeboden werd als te zwaar ervaren.

Niet werkzaam

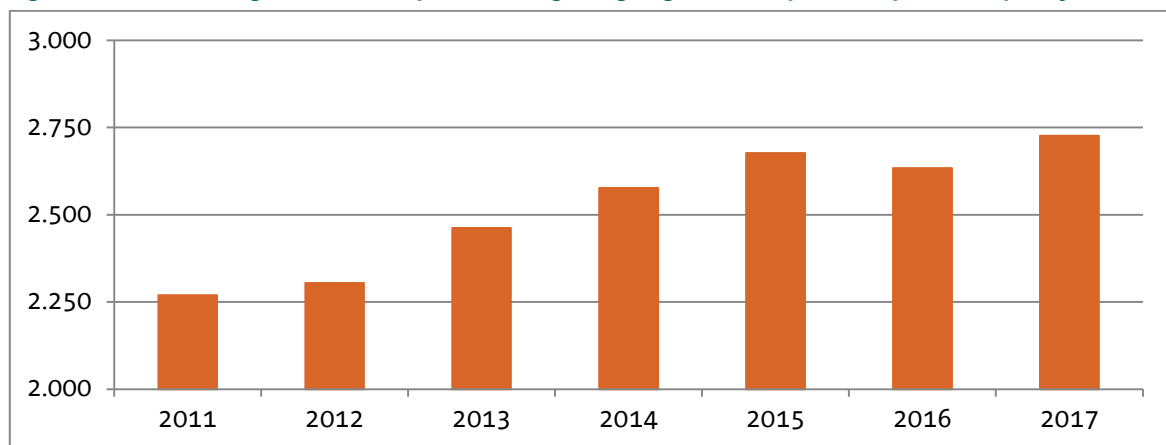
Het is mogelijk dat geregistreerden recentelijk gestopt zijn met werken in het beroep en zich (nog) niet hebben uitgeschreven bij het register. Hun registratie vervalt dan pas bij de volgende herregistratieronde. 3% van de in het specialistenregister geregistreerde openbaar apothekers geeft aan niet werkzaam te zijn. Van hen is 49% helemaal gestopt met werken vanwege (pré)pensioen. Andere redenen waarom geregistreerde openbaar apothekers aangeven momenteel niet te werken zijn onder andere persoonlijke omstandigheden (7%) en arbeidsongeschiktheid (6%). Van de personen die tijdens de meting niet werkzaam zijn (in het beroep) verwacht 27% binnen vijf jaar (weer) aan het werk te gaan als openbaar apotheker.

Van de geregistreerde openbaar apothekers rapporteert 36% ooit een periode van drie maanden of langer niet werkzaam te zijn geweest. 3% van de geregistreerde openbaar apothekers was een langere periode niet werkzaam vanwege ziekte/burn-out en 2% vanwege een sabbatical. 25% van de geregistreerde apothekers was gedurende de loopbaan tijdelijk afwezig vanwege zwangerschapsverlof.

Het specialistenregister

Het specialistenregister voor openbaar apothekers is per 1 januari 2012 ingesteld door het Centraal College Specialisten Farmacie (CCSF). De KNMP kent sinds 1995 een register van openbaar apothekers, met daaraan gekoppelde deskundigheids- en bekwaamheidseisen. Openbare apothekers moeten hun registratie in het specialistenregister elke vijf jaar opnieuw aanvragen. Het aantal geregistreerde openbaar apothekers nam sinds 2011 gestaag toe afgezien van een kleine afname over kalenderjaar 2015 (peildatum 1-1-2016) (figuur 14). Alle openbaar apothekers staan ook geregistreerd in het BIG-register als apotheker (artikel 3) en vanaf mei 2016 als specialist (artikel 14).

Figuur 14: Ontwikkeling aantal in het specialistenregister geregistreerde openbaar apothekers per 1 januari



Bron: Specialisten Registratie Commissie

5.3 Functie, werksetting en dienstverband

Openbaar apothekers zijn werkzaam in verschillende functies. In het arbeidsmarktonderzoek dat Kiwa Carity in opdracht van het Capaciteitsorgaan heeft uitgevoerd onder openbaar apothekers is gevraagd naar de functie(s) waarin zij werkzaam zijn. 77% van de in het beroep werkzame openbaar apothekers rapporteert onder andere werkzaam te zijn als gevestigd apotheker⁹³, 21% werkt als tweede apotheker en 2% is werkzaam in een andere functie⁹⁴.

Ruim 6% van de apothekers is werkzaam in meerdere functies. De meeste van hen combineren een functie als gevestigd/beherend apotheker met een functie als tweede apotheker (bijvoorbeeld in een andere apotheek). Ook de combinatie van een functie als gevestigd/beherend apotheker of tweede apotheker met een functie in beleid, onderzoek en onderwijs komt vaker voor. 3% van de werkzame openbaar apothekers is (ook) actief in een functie op het vlak van beleid, onderwijs of onderzoek.

⁹³ Sommige van deze openbaar apothekers vervullen naast hun functie als gevestigd apothekers ook een functie als tweede apotheker. Deze apothekers zijn hier alleen als gevestigd apotheker geteld.

⁹⁴ KiwaCarity (2017). Openbaar apothekers. Kenmerken van de beroepsgroep.

90% van de openbaar apothekers is het merendeel van de tijd werkzaam binnen een openbare apotheek in de wijk. Voor 5% van de openbaar apothekers is de reguliere werkplek binnen een poliklinische apotheek, 1% werkt in een instellingsapotheek. Van de werkzame openbaar apothekers is 30% eigenaar van de apotheek en 2% franchisenemer. Veel voorkomende dienstverbanden zijn: vast contract (55%), tijdelijk contract (8%), detachering (1%), interim (1%), VNA-constructie⁹⁵ (1%) en zzp'er (1%).

De gegevens in deze paragraaf zijn niet meegerekend in de raming, maar worden weergegeven als achtergrondinformatie.

5.4 Instroom in het beroep

De instroom in het beroep openbaar apotheker geschiedt momenteel uitsluitend via de vervolgopleiding tot openbaar apotheker. Er zijn geen aanwijzingen voor het bestaan van buitenlandse instroom. Het specialisme openbaar apotheker bestaat niet in andere landen. Van buitenlandse instroom van openbaar apothekers is dan ook geen sprake.

Buitenlandse apothekers die in Nederland als geregistreerd openbaar openbaar apotheker of ziekenhuisapotheker willen werken, moeten zich eerst bij het CIBG melden voor erkenning als apotheker / inschrijving in het BIG-register. De desbetreffende kamer van de Specialisten Registratie Commissie (SRC) neemt daarna de aanvraag tot inschrijving in het specialistenregister in behandeling. In de periode 2012-2015 hebben vier EU-apothekers om inschrijving in het register verzocht. Deze apothekers hebben allen alsnog de Nederlandse vervolgopleiding tot openbaar apotheker volledig doorlopen⁹⁶.

5.5 Man-vrouwverhouding en leeftijdsopbouw

Het beroep openbaar apotheker transformeert van een mannen- naar een vrouwenberoep. Per 1 januari 2017 is 54% van de werkzame openbare apothekers vrouw. Naar verwachting neemt dit aandeel de komende jaren verder toe. De man-vrouw verhouding hangt sterk af van de leeftijd. Pas bij openbaar apothekers die de 50 jaar zijn gepasseerd, zijn de mannen in de meerderheid. Mannen zijn gemiddeld genomen vijf jaar ouder dan vrouwen (47,5 jaar resp. 42,5 jaar). Omdat er zich in de hogere leeftijdscategorieën relatief veel mannen bevinden, stromen er de komende jaren meer mannen uit het beroep dan vrouwen. Gemiddeld genomen zijn werkzame openbaar apothekers 44,5 jaar oud. Gevestigd / beherend apothekers zijn met 45 jaar gemiddeld genomen iets ouder dan degenen die actief zijn als tweede apotheker (42 jaar)⁹⁷.

Het steeds grotere aandeel vrouwen wordt gevoed vanuit de opleiding. Vooral vrouwen kiezen voor een studie farmacie. Daar komt bij dat van de pas afgestudeerde apothekers, vrouwen naar verhouding vaker voor het beroep van apotheker kiezen. Van de groep die een specialisatie tot openbaar apotheker volgt of recent heeft afgerond, is het aandeel vrouwen ongeveer 10

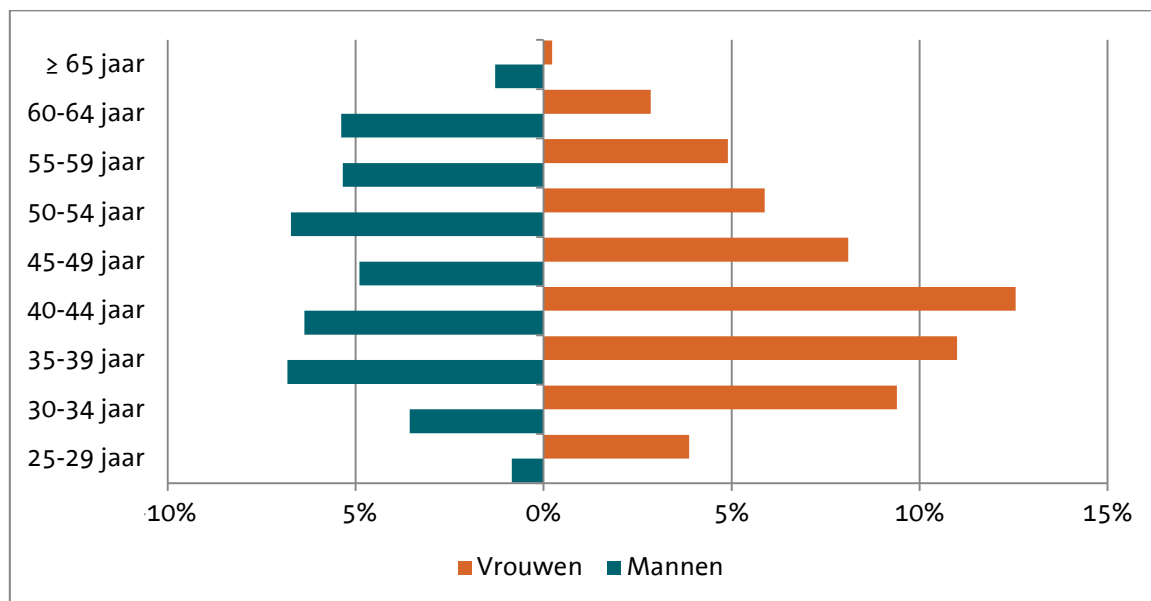
⁹⁵ Stichting Verenigde Nederlandse Apotheken bemiddelt bij geleidelijke overdracht van apotheken aan jonge geregistreerde apothekers.

⁹⁶ KNMP (15-10-2015). Brief t.a.v. minister van VWS. Betreft: aanvullende informatie bij verzoek wettelijke erkenning specialisme openbare farmacie.

⁹⁷ KiwaCarity (2017). Openbaar apothekers. Kenmerken van de beroepsgroep.

procentpunten groter dan onder de pas afgestudeerden⁹⁸. Het beroep van openbaar apotheker zal door deze ontwikkelingen verder feminiseren. Omdat vrouwen gemiddeld genomen minder fte werken dan mannen, zullen er meer openbaar apothekers opgeleid moeten worden om aan een gelijkblijvende zorgvraag te voldoen.

Figuur 15: Verdeling werkzame openbaar apothekers naar leeftijd en geslacht



Bron: KiwaCarity (2017)

Apotheekbezit blijkt nog vooral een mannenaangelegenheid. Hoewel het aantal vrouwelijke apothekers sterk toeneemt, blijft hun aandeel onder de apothekersbezitters achter. Vrouwen kiezen vaker voor een baan in loondienst. Slechts 31% van de openbare apothekers die een of meerdere apotheken in eigendom hebben is vrouw. Toch zal ook deze verhouding veranderen. Het aandeel vrouwelijke apotheekeigenaren onder de 40 is met 39% namelijk al veel hoger dan het overalpercentage van 31⁹⁹.

De leeftijdsopbouw en man-vrouwverhouding van de beroepsgroep werken door in de parameters uitstroom en extern rendement die in de paragrafen hierna aan de orde komen. Deze informatie is als zodanig meegewogen in de raming.

5.6 Uitstroom uit het beroep

Om te bepalen hoeveel van de momenteel werkzame personen in de toekomst het beroep zullen verlaten wordt de uitstroomverwachting vastgesteld. De uitstroomverwachting wordt uitgedrukt in een percentage en is een weergave van het deel van het huidige aantal werkzame personen dat na 5, 10, 15 en 20 jaar uitgestroomd zal zijn uit het beroep.

⁹⁸ SFK (26-11 2015). Openbaar apotheker wordt vrouwenberoep.

⁹⁹ SFK (26-11 2015). Openbaar apotheker wordt vrouwenberoep.

Uitstroom van geregistreerde beroepsbeoefenaren uit het vak kan om verschillende redenen gebeuren. Bijvoorbeeld vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, wegens verminderde interesse in het vak, ontslag, emigratie, overstap naar een andere loopbaan, ziekte of overlijden. De uitstroom uit het beroep is uiteraard sterk afhankelijk van de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep. Zo zal een vergrijsde beroepsgroep een hoger uitstroompercentage kennen. Gezien de evenwichtige leeftijdsopbouw van de beroepsgroep valt er de komende jaren geen grote uitstroom vanwege vergrijzing te voorzien. Ruim de helft van de beroepsgroep is jonger dan 45 jaar.

Voor het vaststellen van een uitstroomverwachting voor de beroepsgroep van openbaar apothekers is gewerkt met retrospectieve gegevens. Daarnaast is prospectieve informatie ingewonnen. Voor het verkrijgen van prospectieve gegevens is in het arbeidsmarktonderzoek aan werkzame openbaar apothekers gevraagd naar het jaar waarop zij verwachten te stoppen met werken als openbaar apotheker. Gemiddeld genomen verwachten openbaar apothekers met 65,5 jaar uit te stromen uit het beroep. 21% verwacht voor het 65^e levensjaar uit te stromen uit het beroep. 24% denkt dat dit met 65 of 66 jaar het geval zal zijn. Van de werkzame openbaar apothekers voorziet 52% met 67 jaar of later uit te stromen.

Deze uitstroomverwachtingen vormen echter een onderschatting van de daadwerkelijke uitstroom, omdat mensen onvoldoende rekening houden met onverwachte redenen van uitstroom, zoals ziekte. Daarom zijn retrospectieve gegevens gebruikt voor de berekening van de uitstroomverwachting. Over het algemeen maakt het Capaciteitsorgaan hiervoor gebruik van gegevens van pensioenfondsen. Helaas waren er voor deze raming niet tijdig bruikbare gegevens uit het pensioenfonds voor openbaar apothekers beschikbaar. Om deze reden is de verwachte uitstroom bepaald op basis van het aandeel uitschrijvingen en doorhalingen uit het specialistenregister ten opzichte van het aantal geregistreerde openbaar apothekers per kalenderjaar. Hierbij is aangenomen dat de uitstroom uit het beroep gelijk is aan de uitstroom uit het register. Vervolgens is de gemiddelde uitstroomkans per vijf jaar naar leeftijdscategorie en geslacht berekend. Hiermee is de uitstroomverwachting over 5, 10, 15 en 20 jaar na het peilmoment bepaald (zie tabel 6)¹⁰⁰.

De tabel laat zien dat over 10 jaar 46% van het huidige aantal werkzame mannen is uitgestroomd uit het beroep. Voor de vrouwen is dit 27%. De uitsplitsing naar geslacht maakt inzichtelijk dat de uitstroom bij mannen over alle perioden groter is dan bij vrouwen. Reden hiervoor is dat het aandeel mannen hoger ligt in de oudere leeftijdscategorieën. In de jongere leeftijdscategorieën bevinden zich meer vrouwen dan mannen.

Tabel 6: Uitstroomverwachtingen per beroepsgroep en geslacht

	Totaal	Mannen	Vrouwen
Na 5 jaar (tot 2022)	19%	26%	13%
Na 10 jaar (tot 2027)	36%	46%	27%
Na 15 jaar (tot 2032)	50%	61%	41%
Na 20 jaar (tot 2037)	64%	74%	55%

Bron: KiwaCarity (2017)

¹⁰⁰ KiwaCarity (2017). Openbaar apothekers. Kenmerken van de beroepsgroep.

5.7 Extern rendement

Bij het extern rendement gaat het om de mate waarin personen die de vervolgopleiding tot openbaar apotheker succesvol afsluiten, gaan werken en blijven werken als openbaar apotheker. Deze parameter geeft met een percentage aan hoeveel beroepsbeoefenaren 1, 5, 10 en 15 jaar na diplomering werkzaam zijn in het beroep. Het extern rendement is het spiegelbeeld van de parameter uitstroom, met het verschil dat het extern rendement ook de personen meerekent die na diplomering nooit gaan werken in het beroep.

Aangezien er nog geen feitelijke gegevens beschikbaar waren voor het vaststellen van het extern rendement is een doorrekening gemaakt van gegevens uit het specialistenregister. Startpunt was de inschatting van de KNMP dat 1% van de gediplomeerden zich niet laat registreren. Daarbij gaf 8% van de geregistreerde openbaar apothekers in de arbeidsmarktenquête aan na het registreren als openbaar apotheker in het specialistenregister een jaar of langer eerst wat anders te zijn gaan doen. De meeste genoemde redenen hiervoor zijn: 'Ik wilde eerst iets anders doen', persoonlijke omstandigheden, dienstplicht en een andere carrièrestap of –switch¹⁰¹.

Vervolgens is gekeken naar hoeveel procent van de 25- tot 29-jarigen na vijf jaar, tien jaar en vijftien jaar niet is uitgestroomd. Ruim 80% van de openbaar apothekers start met de opleiding in de leeftijdscategorie 25-29 jaar. Eén jaar na het succesvol afronden van de vervolgopleiding tot openbaar apotheker is 98% van de gediplomeerden werkzaam in het beroep. Daarna ontstaan verschillen tussen mannen en vrouwen. Na 5 jaar werkt 99% van de gediplomeerde mannen en 96% van de vrouwen als openbaar apotheker. Na 15 jaar is dit respectievelijk 86% en 80%.

Tabel 7: Extern rendement openbaar apothekers vanaf 1 januari 2017

	Na 1 jaar (tot 2018)	Na 5 jaar (tot 2022)	Na 10 jaar (tot 2027)	Na 15 jaar (tot 2032)
Mannen	98%	99%	94%	86%
Vrouwen	98%	96%	89%	80%

Bron: KiwaCarity (2017)

¹⁰¹ KiwaCarity (2017). Openbaar apothekers. Kenmerken van de beroepsgroep.

5.8 Parameterwaarden 'Zorgaanbod'

Op basis van de informatie in de voorgaande paragrafen zijn onderstaande parameterwaarden voor het onderdeel 'Zorgaanbod' bepaald. Deze waarden zijn gebruikt als invoer in het ramingsmodel en maken als zodanig onderdeel uit van het ramingsadvies.

Tabel 8: Parameterwaarden 'Zorgaanbod'

Aantal werkzamen	2.552
Percentage werkzame vrouwen	54%
Gemiddeld aantal fte man	0,94
Gemiddeld aantal fte vrouw	0,85
Uitstroom mannen	
tot 2022	26%
tot 2027	46%
tot 2032	61%
tot 2037	74%
Uitstroom vrouwen	
tot 2022	13%
tot 2027	27%
tot 2032	41%
tot 2037	55%
Extern rendement mannen na	
1 jaar	98%
5 jaar	99%
10 jaar	94%
15 jaar	86%
Extern rendement vrouwen na	
1 jaar	98%
5 jaar	96%
10 jaar	89%
15 jaar	80%

6 Werkproces

6.1 Inleiding

Werkprocesontwikkelingen spelen een belangrijke rol in de afstemming van zorgvraag en –aanbod. In dit hoofdstuk bespreken we ontwikkelingen op het vlak van vakinhoud, efficiency en substitutie (taakverschuivingen), die momenteel van invloed zijn op de arbeidsmarkt van openbaar apothekers en waarvan aangenomen wordt dat zij ook de komende jaren invloed blijven uitoefenen.

Vanuit vakinhoudelijke ontwikkelingen valt een toename van de inzet van openbaar apothekers te voorzien. Het gaat dan vooral om kwaliteitsslagen die gemaakt worden op het vlak van richtlijnen, het verrichten van medicatiebeoordelingen, het afstemmen van zorg op de individuele patiënt en het ondersteunen van de patiënt bij zelfmanagement en therapietrouw.

De laatste jaren zijn onder andere binnen ketens efficiëncyslagen gemaakt op het vlak van centralisering van taken (administratie, software, HRM, scholing, etc.), afscheid nemen van lager opgeleid ondersteunend personeel (drogisterij- en algemeen ondersteunende medewerkers) en het uitbesteden van taken (administratie, schoonmaak). Inmiddels lijken er geen grote slagen meer te maken op het vlak van efficiency. Er kan nog efficiencywinst geboekt worden in de aanpak van de administratieve druk en verdergaande onderlinge samenwerking. Aan de andere kant zal een verwachte verdere toename van geneesmiddelentekorten en de uitdijende hoeveelheid beschikbare en te beoordelen informatie, zorgen voor een hogere benodigde inzet van openbaar apothekers.

Hbo'ers zoals farmaceutisch consultants en farmakundigen kunnen een deel van de toenemende vraag naar openbaar apothekers overnemen. Met name in kleinere tot middelgrote vestigingen nemen openbaar apothekers taken op zich die ook door ondersteunende beroepsgroepen zouden kunnen worden uitgevoerd. In deze vestigingen is voor hbo'ers veelal minder werk voorhanden dan in (zeer) grote vestigingen en wordt er vaker voor gekozen om meer uren te maken met de al in de vestiging werkzame openbaar apotheker(s).

Met de verwachte groei van de omvang van poliklinische apotheken wordt voorzien dat ook de inzet van pharmacy practitioners toe zal nemen. Zij vangen zowel een deel van het werk van apothekers op als een deel van de zorg van de specialist (ziekenhuis- en openbaar apotheker). Het is nog onduidelijk of de toename van specialistische geneesmiddelen voor een toenemende vraag naar expertise van openbaar apothekers in de apotheken in de wijk zal zorgen. Wel is een toename in de benodigde inzet van gespecialiseerd apothekers in de poliklinische apotheken te verwachten.

6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Vanuit vakinhoudelijke ontwikkelingen zien openbaar apothekers meerdere mogelijkheden om een verbeterslag te maken in de kwaliteit van zorg. Voorbeelden zijn: verdere ontwikkeling van en werken volgens richtlijnen, meer medicatiebeoordelingen, interventies ter verbetering van therapietrouw en begeleidingsgesprekken. Deze zaken zouden tot een stuwning van de zorgvraag leiden. In de praktijk wordt de toename van de zorgvraag momenteel gedempt door de hoge werkdruk, waardoor er bijvoorbeeld minder medicatiebeoordelingen plaatsvinden. Ook geven

apothekers aan dat de bekostiging van zorgactiviteiten soms achterblijft, met als argument van zorgverzekeraars dat bepaalde activiteiten versleuteld zijn in de terhandstellingstarieven.

Een drijvende kracht achter het merendeel van de gesignaleerde vakinhoudelijke ontwikkelingen is de transitie van het beroep van openbaar apotheker van productgerichte naar patiëntgerichte zorg. Deze transitie is in 2002 in gang gezet met het KNMP-rapport 'De apotheker als zorgverlener' en heeft inmiddels geleid tot erkenning van het specialisme openbaar apotheker en een gemoderniseerde opleiding tot openbaar apotheker. Naar verwachting wordt er meer niet-receptgebonden zorg verleend, zoals medicatiebeoordelingen. De meerwaarde van de openbaar apotheker ligt in de hoog-complexe farmaceutische zorg: het uitvoeren van medicatiebeoordelingen, het op de individuele patiënt afstemmen van medicatie, eerste uitgiftes en ontslagbegeleiding vanuit het ziekenhuis.

6.2.1 Toename zorgvraag door richtlijnen en medicatiebeoordelingen

Het aantal polyfarmaciepatiënten neemt sterk toe, onder andere door de ontwikkeling van en het beter opvolgen van richtlijnen. In openbare apotheken in de wijk gebruikt 13% van de bezoekers vijf of meer geneesmiddelen chronisch. Tien jaar geleden was dat nog 8%. Bijna de helft van de toename van het aantal polyfarmaciepatiënten in die periode kan worden toegeschreven aan de vergrijzing. Het resterende deel komt door een toename van het geneesmiddelengebruik als gevolg van de ontwikkeling van richtlijnen en het beter volgen daarvan¹⁰².

De ontwikkeling van richtlijnen en daarbij behorende meetinstrumenten is de afgelopen jaren versneld met het Routeplan 2015-2019 ten behoeve van de Professionele Standaard Farmaceutische Zorg. Hierbij werken beroeps- en patiëntenvereniging, de inspectie voor de gezondheidszorg en zorgverzekeraars gezamenlijk aan een geheel van richtlijnen, indicatoren en andere normen om zorg toetsbaar en zichtbaar te maken.

Inmiddels ontvangen steeds meer mensen zorg aan de hand van richtlijnen. De zorgvraag is gestegen door de ontwikkeling en het naleven van deze richtlijnen. De invloed van de richtlijnen blijkt duidelijk uit de sterke toename van het aantal gebruikers onder polyfarmaciepatiënten van geneesmiddelengroepen zoals maagmiddelen (A02B), cholesterolverlagers (C10A), vitamine D (A11A), antithrombotica (B01A) en bètablokkers (C07A). Zo is het toenemende gebruik van vitamine D het gevolg van de gewijzigde kijk op de behandeling van osteoporose, die eind 2012 is vastgelegd in de NHG-standaard Fractuurpreventie¹⁰³.

Een ambitie van de overheid is het verrichten van medicatiebeoordelingen (ook wel medicatiereviews genoemd) bij ouderen boven de 75 jaar die meer dan 7 geneesmiddelen gebruiken en een verminderde nierfunctie hebben. Dit voorkomt onnodig geneesmiddelgebruik, het verlaagt het valrisico en het voorkomt bijwerkingen. De richtlijn medicatiebeoordeling is in 2013 geautoriseerd en omvat aanbevelingen voor de openbaar apotheker voor het uitvoeren van periodieke beoordeling van farmacotherapie. De richtlijn is van toepassing op alle patiënten die in de

¹⁰² SFK (2016). Data en feiten 2016. Het jaar 2015 in cijfers.

¹⁰³ SFK (2016). Data en feiten 2016. Het jaar 2015 in cijfers.

openbare apotheek hun farmaceutische zorg ontvangen en voor wie een medicatiebeoordeling zinvol is. Bij de medicatiebeoordeling zijn arts, apotheker en patiënt betrokken¹⁰⁴.

Het aantal medicatiebeoordelingen dat zorgverleners jaarlijks uitvoeren is gebaseerd op een groeimodel. De Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) vraagt in 2016 dat er per apotheekvestiging minimaal 60 medicatiebeoordelingen per jaar worden uitgevoerd. Vanaf 2017 worden er mogelijk meer medicatiebeoordelingen per vestiging gevraagd. Door dit groeimodel valt de komende jaren een stijging van het aantal medicatiebeoordelingen te voorzien¹⁰⁵.

De medicatiebeoordeling valt bij sommige zorgverzekeraars onder het eigen risico, waardoor ouderen de medicatiebeoordeling uitstellen tot de tweede helft van het jaar, wanneer het eigen risico verbruikt is. Het is echter voor apothekers vaak niet mogelijk om alle medicatiebeoordelingen in deze tijdspanne uit te voeren. Daarnaast kopen zorgverzekeraars onvoldoende medicatiebeoordelingen in, waardoor de zorgvraag niet ingevuld wordt¹⁰⁶.

6.2.2 Zorg afstemmen op de individuele patiënt

Geneesmiddelen worden specifiek en daarmee persoonlijker. Ook beschikt de openbaar apotheker steeds vaker over relevante en actuele informatie over de patiënt. Hiermee nemen de mogelijkheden tot farmaceutische zorg op maat, personalized medicine, toe. Personalized medicine is gepersonaliseerde medicamenteuze therapie op basis van individuele kenmerken van een patiënt, zoals klinische waarden, reden van voorschrijven, laboratoriumwaarden en het farmacogenetisch profiel. De beschikbaarheid van deze informatie wordt steeds groter. Artsen die nierfunctieonderzoek hebben laten verrichten bij een patiënt zijn wettelijk verplicht deze waarden te verstrekken aan de apotheek¹⁰⁷. Ook in sommige apotheken kunnen de nierfunctiewaarden van patiënten tegenwoordig gemeten worden¹⁰⁸, waardoor gericht en snel een bij de patiënt passende farmacotherapie kan worden ingezet. Dit point of care testing (POCT) neemt de laatste jaren toe. POCT is het proces van indiceren, uitvoeren, verwerken, interpreteren, communiceren, vastleggen en opvolgen van een laboratoriumtest tijdens de zorgverlening aan en in de nabijheid van de patiënt. Urinestriponderzoek, Hb- en glucosebepaling na een vingerprik zijn bekende, klassieke voorbeelden van POCT¹⁰⁹.

Personalized medicine is een relatief nieuw begrip in de medische wereld. Het is sterk in opkomst nu steeds duidelijker wordt welke invloed individuele eigenschappen kunnen hebben op het ontstaan van ziekten en op de werking van medicijnen. Sommige mensen hebben door hun erfelijke eigenschappen een grotere kans op ernstige bijwerkingen bij gebruik van bepaalde medicijnen. Anderen zijn veel gevoeliger voor een medicijn en hebben daardoor een andere dosis nodig. Ook genetische eigenschappen van tumoren bij kanker kunnen per patiënt verschillen en dat biedt mogelijkheden om beter op het individu afgestemde behandelingen aan te bieden¹¹⁰.

¹⁰⁴ KNMP (2013). KNMP-richtlijn Medicatiebeoordeling.

¹⁰⁵ Inspectie voor de Gezondheidszorg (8-5-2016). Onderwerp: Vastgestelde handhavingen normen medicatiebeoordelingen.

¹⁰⁶ KNMP (05-04-2016). Brief t.a.v. Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende Algemeen overleg Ouderenzorg.

¹⁰⁷ KNMP (05-04-2016). Brief t.a.v. Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende Algemeen overleg Ouderenzorg.

¹⁰⁸ www.pw.nl/nieuws/2015/service-apotheek-gaat-nierfunctiewaarde-meten, geraadpleegd op 11-11-2016.

¹⁰⁹ NHG et.al. Richtlijn Point of Care Testing (POCT) in de huisartsenzorg.

¹¹⁰ RIVM (2016). Application of personalized medicine. Opportunities and challenges for policy.

Wetenschappelijke doorbraken zorgen ervoor dat er een groter vermogen bestaat om te voorspellen welke medicamenteuze therapieën het meest veilig en effectief zijn voor iedere patiënt, onder andere op basis van het genetisch profiel.

Het afstemmen van farmaceutische zorg op de individuele patiënt vraagt meer aandacht van openbaar apothekers voor het beoordelen van beschikbare gegevens, de match tussen patiënt en geneesmiddel, afstemming met patiënt en voorschrijver, persoonlijke begeleiding van patiënten bij gebruik en nauwkeurige monitoring en bijsturing van farmacotherapie. De wens van patiënten en huisartsen om met betere afstemming van medicatie op de individuele patiënt de kwaliteit van zorg te verbeteren is er. Patiënten worden zelf ook steeds kritischer ten opzichte van de medicatie die ze nemen en willen graag meepraten en meebeslissen.

Mogelijk leidt personalized medicine in de toekomst tot besparingen op geneesmiddelenkosten en tot het terugbrengen van het aantal bijstellingen van medicatie. Hiermee kan het zorgverzekeraars helpen bij het terugdringen van de zorgkosten. In hoeverre het beter afstemmen van zorg op de individuele patiënt doorgang vindt, hangt af van de snelheid waarbij betrokkenen informatie op patiëntniveau gaan delen en in hoeverre financiering beschikbaar komt om farmaceutische zorg op maat structureel vorm te geven.

Een drijvende kracht achter het afstemmen van zorg op de individuele patiënt is de toename van het aantal specialistische en kostbare geneesmiddelen en het overall stijgen van de (farmaceutische) zorgkosten. Deze ontwikkelingen zorgen voor een breed gedragen wens tot meer doelmatige inzet van (dure) geneesmiddelen. Rationele farmacotherapie wordt hiermee leidend. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering¹¹¹. Het aandeel specialités is de afgelopen jaren sterk afgenomen. Bij geneesmiddelen waarvan een generieke variant beschikbaar is, leveren apothekers bijna altijd een generiek geneesmiddel. Verdere substitutie zal nauwelijks haalbaar zijn¹¹². Over tien jaar zullen de specialités die nog wel verstrekt worden mogelijk complexer en meer op het individu afgestemd zijn.

De uitdaging op het vlak van farmaceutische zorg op maat wordt de komende jaren: 'Wanneer wordt niet meer gestart met een behandeling en wanneer wordt een behandeling beëindigd? Wanneer is het omslagpunt waarbij de nadelen groter worden dan de voordelen?' Dit is bijvoorbeeld aan de orde bij suikerziekte. Een hoge bloedsuikerspiegel zorgt voor beschadiging van onder andere organen. Behandeling kan bij 80+'ers echter zorgen voor te lage bloedsuikers. Ouderen moeten daarom minder intensief behandeld worden. Voor hoge bloeddruk geldt hetzelfde. Tussen 40-70 jaar wordt de bloeddruk bij veel mensen hoger en daarna daalt de bloeddruk weer. Terwijl een hoge bloeddruk juist beter is voor oudere mensen. Het afbouwen van medicatie vergt inzet van experts. Dit betekent minder doosjes, maar meer zorgverlening: en dus meer werk voor de openbaar apotheker.

¹¹¹ www.farmacotherapeutischkompas.nl/algemeen/, geraadpleegd op 10-11-2016

¹¹² SFK (2016). Data en feiten 2016. Het jaar 2015 in cijfers.

In het verlengde van farmaceutische zorg op maat werken zowel openbaar apothekers als ziekenhuisapothekers aan de toepassing van farmacogenetica in de apotheekpraktijk. Farmacogenetisch onderzoek is aan te bevelen bij specifieke groepen patiënten die in een risicogroep vallen, bijvoorbeeld 65+'ers, polyfarmaciepatiënten, gebruikers van bepaalde typen geneesmiddelen, bij ziekten met een slechte prognose, bij patiënten die bijwerkingen ervaren of bij patiënten bij wie het geneesmiddel onverwacht ineffectief is¹¹³. In 2015 stelde de Europese Unie €15 miljoen aan subsidie beschikbaar voor de doorontwikkeling en implementatie van farmacogenetica in de farmaceutische patiëntenzorg¹¹⁴. Hoewel er hoge verwachtingen zijn van farmacogenetica in de zorg, wordt het tot op heden beperkt toegepast.

6.2.3 Ondersteunen bij zelfmanagement en therapietrouw

Het betrekken van de patiënt bij de eigen zorg wordt steeds gebruikelijker, waar mogelijk ondersteund door technologie en e-health. Voor patiënten betekent dit meer zorg op maat, zelfmanagement en eigen regie. Voor zorgverleners betekent dit dat zij patiënten die ruimte moeten geven en zelf een meer ondersteunende rol aan moeten nemen. Met de Wet Cliëntenrechten Zorg krijgen patiënten en cliënten(raden) meer bevoegdheden. Jonge generaties zullen in de toekomst meer in staat zijn tot zelfregie, onder andere door veranderende opleidingen. Toekomstige generaties patiënten zullen meer behoefte hebben aan shared decision making¹¹⁵.

De burger zal een groter deel van de zorg zelf moeten betalen. Ook door individualisering en een terugtrekkende overheid wordt steeds meer verwacht van de burger. Dit levert onder andere meer ruimte op voor de mondige patiënt¹¹⁶ die zich informeert en organiseert om de beste zorg te krijgen. De apotheker overlegt met patiënt en arts over de beste geneesmiddelen en het gebruik daarvan. De therapie wordt zoveel mogelijk een gezamenlijke beslissing van professionals en patiënt. Dit vraagt meer afstemmingstijd en begeleiding op maat voor hoog- en laagopgeleide patiënten en kwetsbare groepen. Vanuit de paradigmashift van 'ziekte' naar 'positieve gezondheid' ontstaat er meer behoefte aan adviezen en begeleiding aangaande preventie en lifestyle. Er komen meer mogelijkheden tot diagnostiek van kleine kwalen en bijbehorende advisering omtrent zelfzorg bijvoorbeeld door toepassing van geneesmiddelen zonder recept (UA). De apotheker biedt de mogelijkheid tot een (inloop)spreekuur. Patiënten kunnen de apotheker ook zonder recept benaderen voor advies rondom ziekte en gezondheid, geneesmiddelen, preventie en lifestyle¹¹⁷.

Ook het bevorderen van therapietrouw valt onder het ondersteunen van patiënten in zelfmanagement te scharen. Therapietrouw betreft de mate waarin de patiënt zijn behandeling uitvoert zoals afgesproken met zijn behandelaar. Therapietrouw verbetert de gezondheid van de patiënt en drukt de zorgkosten. Volgens de WHO is er wereldwijd meer winst te behalen op het gebied van de volksgezondheid door de therapietrouw te verbeteren dan door de ontwikkeling van

¹¹³ DSW-project FARMAPAS (augustus, 2016).

¹¹⁴ www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/personalised-medicine, geraadpleegd op 11-11-2016.

¹¹⁵ RIVM (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.

¹¹⁶ WI CDA (2016). Zorg van waarde. Achtergrondstudie naar 10 jaar Zorgverzekeringswet.

¹¹⁷ KNMP. Toekomstvisie farmaceutische patiëntenzorg 2020. Praktische vertaling.

nieuwe geneesmiddelen¹¹⁸. Apothekers implementeren dan ook steeds meer activiteiten ter bevordering van therapietrouw. De beroepsgroep hanteert hiervoor diverse tools¹¹⁹ en het onderwerp is ingebed in de vervolgopleiding tot specialist. Vanuit het ZonMw-programma 'Goed Gebruik Geneesmiddelen' worden in de periode 2011-2022 diverse projecten op het vlak van therapietrouw gefinancierd. Bevordering van therapietrouw vraagt om maatwerk van de apotheker. Openbaar apothekers hebben veel mogelijkheden om medicatietrouw te verbeteren. De apotheker kan zijn zorgverleners rol verder uitbreiden en de patiënt ondersteunen bij het maken van een weloverwogen beslissing om al dan niet te starten met het gebruik van een medicijn¹²⁰.

Niet iedereen is in gelijke mate zelfredzaam. Er zijn groepen in de samenleving die de mogelijkheden en vaardigheden ontberen om zelf regie te voeren. Dat komt vooral voor onder laagopgeleiden en kwetsbare ouderen. Ongeveer 10% van de Nederlanders is laaggeletterd en 29% heeft weinig gezondheidsvaardigheden. Kwetsbare groepen hebben daarom ondersteuning nodig die is aangepast aan hun capaciteiten en wensen¹²¹. Deze groepen worden door openbaar apothekers extra ondersteund op het vlak van therapietrouw.

6.3 Efficiency

De vraag naar farmaceutische zorg nam in kalenderjaar 2015 met 2,5% toe in aantal terhandstellingen en aantal verstrekte geneesmiddelen in standaarddagdoseringen (DDD's) in openbare apotheken¹²². Deze groei is geheel ingevuld met efficiencylagen en (een verschuiving in) de inzet van ondersteunend personeel¹²³. De groei in farmaceutische zorgvraag werd in 2015 namelijk gerealiseerd met een lager aantal geregistreerd openbaar apothekers dan bij aanvang van het kalenderjaar het geval was (-1,6%) en ook het aantal apotheekhoudende huisartsen neemt al jarenlang af¹²⁴.

6.3.1 Aanpak administratieve druk

Apothekers ervaren een hogere en toenemende werk- en regeldruk ten opzichte van aanverwante beroepsgroepen, zoals medisch specialisten en huisartsen. Ook rapporteren apothekers in vergelijking met andere beroepsgroepen dat de kwaliteit van het werk sterk te leiden heeft onder tijdsdruk en productie-eisen. Zowel in 2014 als in 2015 is het aandeel apothekers met burn-out klachten het hoogst onder alle onderzochte beroepsgroepen in de zorg¹²⁵.

De regeldruk voor apotheken is hoog en maakt een significant deel (circa 25%) uit van de praktijkkosten van zelfstandige en ketenapotheken. Er is sprake van feitelijke regeldruk waar het gaat om zorgverlening, certificering, personeelszaken en ICT. Op het vlak van beleefde regeldruk gaat het om consequenties van de Mededingingswet, zoals het preferentiebeleid en uiteenlopende

¹¹⁸ WHO (2003).

¹¹⁹ www.knmp.nl/patientenzorg/therapietrouw/snel-aan-de-slag-met-bevordering-therapietrouw, geraadpleegd op 11-11-2016.

¹²⁰ Kooij, M.J. (2015). Supporting patients: pharmacy based interventions to improve medication adherence.

¹²¹ RIVM (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.

¹²² SFK (2016). Data en feiten 2016. Het jaar 2015 in cijfers.

¹²³ Berekening op basis van SBA Arbeidsmonitor Apotheekbranche 2016.

¹²⁴ Informatie Kamer Huisartsen Capaciteitsorgaan.

¹²⁵ VvAA (2015). Bezieling in de zorg.

eisen van zorgverzekeraars. Ook de doorlooptijd van afkeuringen en terugvorderingen van zorgverzekeraars en de parallelle administratie met betrekking tot de opiumwetgeving worden als belastend ervaren¹²⁶.

De werkdruk is onder andere hoog door administratieve lasten vanuit zorgverzekeraars en verantwoordingseisen. Anders dan de huisarts heeft de apotheker niet met één dominante verzekeraar te maken, maar met verschillende zorgverzekeraars. Hierdoor moet veel verantwoording worden afgelegd en voldaan worden aan uiteenlopende eisen en regels.

Mede naar aanleiding van ‘Het roer gaat om’ zijn er initiatieven ontplooid om de administratieve lasten in de eerstelijns zorg terug te brengen. Naar verwachting zullen recente afspraken tussen onder andere zorgverzekeraars en de KNMP ervoor zorgen dat de administratieve lasten de komende jaren afnemen¹²⁷. Er worden gezamenlijk oplossingsrichtingen verkend met betrekking tot onder andere declaratieprocessen en materiële controles.

6.3.2 Toename geneesmiddeltekorten

Openbaar apothekers zijn door geneesmiddeltekorten veel tijd kwijt aan het zoeken van alternatieve medicatie voor niet verkrijgbare geneesmiddelen en het handmatig aanvullen van weekdoseersystemen. Ook krijgen de openbaar apothekers regelmatig te maken met agressie van patiënten, wanneer medicijnen niet leverbaar zijn¹²⁸. Hierdoor is meer inzet van openbaar apothekers nodig.

De apothekersorganisatie KNMP spreekt van een tekort als medicijnen landelijk niet beschikbaar zijn en het tekort waarschijnlijk langer dan veertien dagen gaat duren. In de praktijk loopt de periode tussen de zes en negen maanden. In vijf jaar is er sprake van een verviervoudiging van de tekorten¹²⁹. Ondanks de gemaakte afspraken met betrekking tot geneesmiddeltekorten is te verwachten dat het aantal geneesmiddelen dat (tijdelijk) niet verkrijgbaar is, de komende jaren verder zal toenemen omdat het een wereldwijd en toenemend knelpunt in bevoorradingsketens betreft. Fabrikanten zijn vaak afhankelijk van één geautoriseerde bevoorraders voor essentiële ingrediënten zoals de werkzame bestanddelen van medicatie. Ook strengere kwaliteitsaudits en striktere regulatie zorgen voor belemmeringen in de productiestroom. In combinatie met wereldwijde bevolkingsgroei, teruglopende voorraden, hamsterende inkopers, imperfect inkoopbeleid en “grijze markten” leidt dit tot medicijntekorten¹³⁰.

In Nederland spelen ook economische redenen een rol. Als geneesmiddelen definitief van de markt verdwijnen, is dit in zeventig procent van de gevallen om economische redenen. Relatief goedkope en gangbare geneesmiddelen gaan van de Nederlandse markt omdat de prijzen voor geneesmiddelen in Nederland zo laag zijn. Nederland is mede door het lage inwonertal en de lage

¹²⁶ Sira Consulting, 2016.

¹²⁷ Resultaten vermindering administratieve lasten eerstelijnszorg (mei, 2016).

¹²⁸ nos.nl/nieuwsuur/artikel/2130088-steeds-meer-agressie-tegen-apothekers-door-medicijntekort.html, geraadpleegd op 14-11-2016.

¹²⁹ www.knmp.nl/nieuws/medicijntekorten-in-2015-verder-gestegen, geraadpleegd op 14-11-2016.

¹³⁰ FIP. Report of the International Summit on Medicines Shortage. Toronto, Canada (juni, 2013).

geneesmiddelenconsumptie een relatief oninteressant afzetgebied. Om bedrijfseconomische redenen laten internationaal opererende bedrijven Nederland steeds vaker links liggen¹³¹.

6.3.3 Digitalisering en het delen van informatie

Openbaar apothekers hebben te maken met een toenemend aantal digitale systemen. Digitale systemen waarmee apothekers werken zijn: het apothekerinformatiesysteem (AIS), zorgregistratiesystemen, het Landelijk Schakelpunt (LSP) en keteninformatiesystemen (KIS). De koppeling tussen deze systemen is beperkt, wat de mogelijkheid tot efficiënt werken inperkt. Wel ontsluiten de systemen veel meer (multidisciplinaire) informatie op patiëntniveau dan voorheen beschikbaar was.

De met de automatisering gepaard gaande toenemende beschikbaarheid aan informatie, zal het komende decennium zorgen voor een wat hogere benodigde inzet van openbaar apothekers. Er is minder tijd nodig voor het verzamelen van de benodigde informatie en het van systeem naar systeem overnemen van informatie, maar doordat het beoordelen van de toenemende hoeveelheid gegevens meer tijd in beslag neemt dan er bespaard wordt neemt de totale benodigde inzet toe. Deze ontwikkeling heeft wel een positief effect op de kwaliteit van zorg. Drijvende krachten achter de verdergaande automatisering zijn onder andere het project Bouwstenen¹³², waarmee gezamenlijke stappen gezet zijn in het elektronisch registreren en communiceren van medicatiegegevens tussen zorgverleners, en de focus van de Inspectie voor Gezondheidszorg op medicatieveiligheid¹³³. In verband met achterblijvende mogelijkheden voor het veilig digitaal delen van medicatiegegevens wordt ultimo 2016 gewerkt aan een herziening van de richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de Keten uit 2008 en de nadere toelichting in 2014¹³⁴.

Momenteel kennen apotheken een relatief oude populatie met beperkte digitale vaardigheden en een wat conservatieve servicebehoefte. In de loop van de jaren zullen de “nieuwe” ouderen echter digitaal vaardiger worden en ook andere verwachtingen hebben omtrent het verkrijgen van medicatie en begeleiding. Naarmate de huidige generatie ouder wordt, verplaatst een groter deel van de dienstverlening zich naar online. Ook zullen er andere verwachtingen van patiënten zijn wat betreft afhaalpunten van medicatie (bij voorkeur snel toegankelijk en gecombineerd met andere diensten) en openingstijden. Op dit moment bevindt zich slechts een deel van de markt online. De verwachting is niet dat dit op korte termijn zal veranderen.

6.3.4 Verdergaande onderlinge samenwerking

Steeds meer apotheken zijn onderdeel van een keten, formule of een regionaal samenwerkingsverband. In totaal is ruim driekwart van de Nederlandse apotheken eigendom van een keten of is als franchise-apotheek aangesloten bij een formule¹³⁵.

¹³¹ www.knmp.nl/nieuws/medicijntekorten-in-2015-verder-gestegen, geraadpleegd op 14-11-2016.

¹³² KNMP en NHG (2014). Bouwstenen voor het medicatieproces. Therapeutische en logistieke medicatiegegevens gescheiden.

¹³³ www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/medicatieveiligheid/, geraadpleegd op 15-11-2016.

¹³⁴ Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten. Concept, 27-10-2016.

¹³⁵ SFK (2016). Data en feiten 2016. Het jaar 2015 in cijfers.

Ook regionaal ontstaan er steeds vaker samenwerkingsverbanden tussen apotheken. De samenwerking vindt bijvoorbeeld plaats op het vlak van HRM, gemeenschappelijke administratie, beleid, inkoop en scholing. Deze onderlinge samenwerking levert ook zelfstandige apotheken een efficiencywinst op. In de praktijk leidt dit er vaak toe dat iedere openbaar apotheker binnen een samenwerkingsverband een eigen focusgebied of specialisme op zich neemt, bijvoorbeeld beleid, HRM, samenwerking met de huisarts of scholing. Naar verwachting zullen apotheken ook de komende jaren nog vaker de samenwerking opzoeken om de werkdruk het hoofd te bieden en kosten te drukken.

Enkele jaren terug zijn onder andere binnen ketens efficiencylagen gemaakt op het vlak van centralisering van taken (administratie, software, HRM, scholing, etc.), afscheid nemen van lager opgeleid ondersteunend personeel (algemeen ondersteunende medewerkers) en het uitbesteden van taken (schoonmaak). Naar verwachting is bij het merendeel van de openbare apotheken die onder een keten vallen de grens van wat er nog aan efficiencywinst valt te behalen bereikt.

Overige efficiencylagen binnen de openbare apotheek

De afgelopen jaren zijn er binnen de Nederlandse openbare apotheken grote efficiencylagen gemaakt in de logistiek. Zo is het klaarmaken van weekdoseersystemen door het overgrote deel van de openbare (wijk)apotheken uitbesteed aan daarin gespecialiseerde apotheken die beschikken over central filling apparatuur. Ook smart filling en track and trace systemen, maken dat het werkproces binnen de openbare apotheek steeds efficiënter verloopt. De efficiencywinst die hiermee gepaard gaat wordt vooral geboekt bij de ondersteunende beroepen, zoals apothekersassistenten en komt dus niet ten gunste van de openbaar apothekers zelf. Hetzelfde geldt voor het autoriseren van herhaalrecepten van patiënten. Dit is een efficiencyslag van de huisartsenpraktijk en de apotheek, die niet direct ten gunste komt van de tijdsbesteding van de openbaar apotheker.

6.4 Substitutie

Bij substitutie verschuiven er werkzaamheden van een beroepsgroep naar een andere beroepsgroep. Er zijn horizontale en verticale taakverschuivingen te onderscheiden. Bij horizontale substitutie verschuiven er werkzaamheden naar een beroepsgroep van een gelijk opleidingsniveau. Bijvoorbeeld van de huisarts naar de openbaar apotheker (beiden specialist). Bij verticale substitutie gaat het om taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van een verschillend opleidingsniveau, bijvoorbeeld van openbaar apothekers naar farmakundigen.

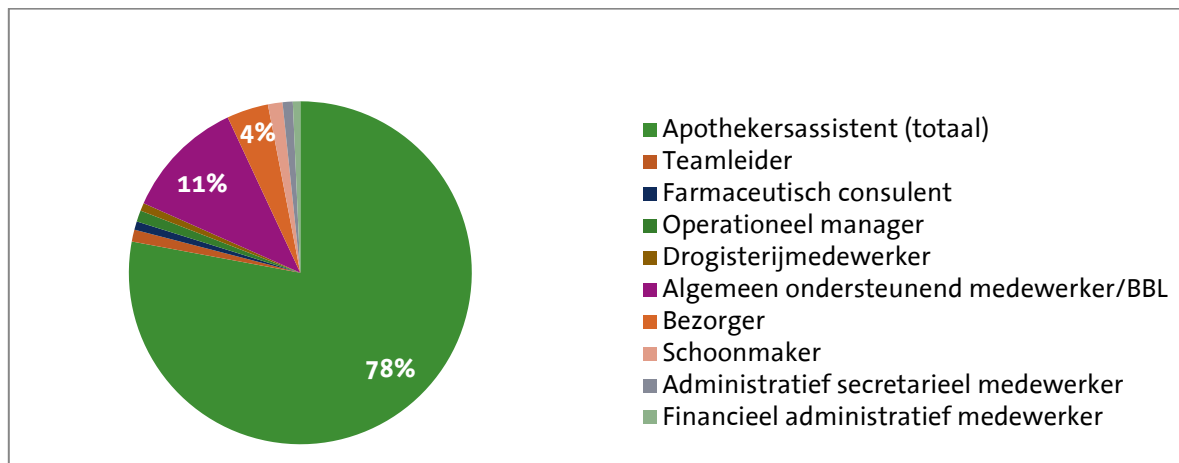
Het aantal medewerkers per apotheek is vanaf 2008 vrij stabiel. Ongeveer een derde van de openbare apotheken bestaat uit meer dan 15 medewerkers. Bij 40% van de apotheken werken 9-15 medewerkers. De overige apotheken hebben minder medewerkers in dienst. Per vestiging is 1 gevestigd apotheker werkzaam. Voor de tweede apothekers is dat 0,5¹³⁶. In ruim vier op de tien apotheken werkt naast de gevestigd apotheker minimaal één tweede apotheker¹³⁷. Het merendeel van de contracturen wordt ingevuld door apothekersassistenten (78%). Daarnaast is er ook relatief

¹³⁶ Bewerking op basis van SBA Arbeidsmonitor 2016. Originele bron: PMA.

¹³⁷ SFK (2016). Data en feiten 2016. Het jaar 2015 in cijfers.

veel inzet van algemeen ondersteunend medewerkers / BBL'ers (11%) en bezorgers (4%). De overige beroepsgroepen vullen allen zo'n 1% van het totaal aantal contracturen binnen de apotheken in.

Figuur 16: Disciplinemix openbare apotheken naar fte in 2015 (excl. apothekers)



Bron: bewerking op basis van SBA Arbeidsmonitor 2016. Originele bron: PMA.

Het aantal contracturen nam over de periode van 2013-2015 af voor de drogisterijmedewerker (-28%), financieel administratief medewerkers (-15%), algemeen ondersteunend medewerkers (-13%), schoonmakers (-6%), administratief secretariaal medewerkers (-5%), en operationeel managers (-3%). Mogelijk neemt de inzet van deze beroepsgroepen af vanwege efficiencylagen die de laatste jaren worden doorgevoerd in het veld. Veel openbare apotheken werken samen binnen ketens, formules of samenwerkingsverbanden. Hierbij worden ondersteunende taken op het vlak van administratie, financiën en schoonmaak vaker gecentraliseerd of uitbesteed.

Ook valt te beluisteren dat apotheken vanuit kwaliteitsoverwegingen vaker kiezen voor wat hoger opgeleid personeel, zoals apothekersassistenten en farmaceutisch consultants in plaats van algemeen ondersteunend medewerkers en drogisterijmedewerkers. Het aantal contracturen voor de farmaceutisch consultant nam over 2013-2015 sterk toe met 36%. Ook het aantal contracturen van apothekersassistenten en teamleiders steeg met respectievelijk 5% en 3%. Het aantal contracturen voor bezorgers steeg in deze periode met 6%. Het totaal aantal contracturen steeg over 2013-2015 met bijna 2%.

6.4.1 Inzet hbo'ers

Vanuit het spanningsveld tussen kwaliteit en bekostiging maken openbaar apothekers verschillende keuzes bij de inzet van personeel. Sommigen kiezen vanuit kwaliteitsoverwegingen voor de inzet van een extra openbaar apotheker of maken meer uren met de al in de vestiging werkzame openbaar apothekers. Anderen kiezen voor de inzet van hbo'ers zoals farmaceutisch consultants en farmakundigen. Deze beroepsgroepen kunnen een deel van de werkzaamheden van de openbaar apothekers specialist overnemen.

Vanuit efficiencyoverwegingen lijken grote vestigingen vaker ondersteunend personeel in te zetten en taken te centraliseren. Vooral (zeer) grote vestigingen lijken te kiezen voor de inzet van deze hbo-beroepen. In kleine tot middelgrote vestigingen is voor deze beroepsgroepen vaak onvoldoende werk voorhanden en is het relatief kostbaar om extra personeel in te zetten. In kleinere tot middelgrote vestigingen nemen openbaar apothekers dan ook taken op zich die ook door ondersteunende beroepsgroepen zouden kunnen worden uitgevoerd. Hierbij valt te denken aan managementtaken, het bestellen van kantoorartikelen, het maken van roosters, het draaien van projecten en het organiseren van het onderhoud van het pand. Veel apothekers zouden ondersteuning van farmakundigen op managementgebied kunnen gebruiken, maar bij kleine tot middelgrote vestigingen is de inzet van deze beroepsgroepen onvoldoende rendabel. Hierdoor lijken er dan ook aanzienlijke verschillen te bestaan tussen openbaar apothekers in de mate waarin zij tijd kunnen besteden aan zorginhoudelijke taken. Waarschijnlijk zijn deze verschillen mede te herleiden naar de omvang van de vestiging en de daaraan gelieerde ruimte voor substitutie.

Het aantal vestigingen van apotheken is al jarenlang stabiel. Het aantal zeer grote vestigingen nam in de periode 2008-2015 toe van 28% naar 33% van het totaal aantal vestigingen. Het aandeel (middel)grote vestigingen nam af en het aandeel kleine vestigingen steeg met 3 procentpunten. Mogelijk zet deze trend zich door. Dit leidt tot een verdere krimp van het middensegment. Het aandeel zeer grote vestigingen neemt bij deze trend toe: daar zijn meer mogelijkheden voor het inzetten van ondersteunend personeel en substitutie van taken. Het aandeel kleine vestigingen, waar de openbaar apotheker veel (potentieel te substitueren) werkzaamheden zelf blijft verrichten, stabiliseert zich of neemt slechts licht toe.

Wanneer deze ontwikkeling zich blijft voordoen zal dit bij (zeer) grote vestigingen leiden tot meer mogelijkheden tot taakverschuivingen naar de farmaceutisch consulent en farmakundige. Daarnaast zullen meer apothekersassistenten worden ingezet. Er is echter slechts beperkte ruimte voor taakverschuivingen naar apothekersassistenten vanuit openbaar apothekers gezien de discrepantie in opleidingsniveau. Taken die assistenten vaker over zouden kunnen nemen van openbaar apothekers is het bemannen van de herhaalrecepttelefoon (er moet wel een apotheker beschikbaar zijn voor vragen) en het uitvoeren van technische receptcontroles.

De verwachting is dat zorgverzekeraars in de toekomst net als bij ziekenhuispersoneel invloed zullen uitoefenen op de kwaliteit (ontwikkeling) van personeel van een apotheek¹³⁸. Momenteel zijn er nog geen signalen dat zorgverzekeraars sturen op de inzet van bepaalde beroepsgroepen binnen de apotheken.

6.4.1.1 Farmaceutisch consulenten

Farmaceutisch consulenten richten zich op de zorg en op de patiënt. De farmaceutisch consulent is de vakinhoudelijke 'laag' tussen de apotheker(s) en het team. Zij kunnen (complexe) patiënten beter begeleiden bij het veilig gebruik van geneesmiddelen. De instroomeis voor de opleiding is een diploma apothekersassistent op mbo-4 niveau en een baan als apothekersassistent. Doordat

¹³⁸ SBA Arbeidsmonitor (2016). Apotheekbranche 2016.

farmaceutisch consulenten ook werkzaamheden van een apothekersassistent kunnen verrichten zijn zij flexibel inzetbaar.

Het aantal contracturen van farmaceutisch consulenten nam over de periode 2013-2015 toe met 36%¹³⁹. Ook het aantal medewerkers neemt sinds 2013 toe, hoewel in het jaar daarvoor nog een afname zichtbaar was. De mogelijkheden tot inzet van de farmaceutisch consulent zullen verder toenemen, onder andere voor nieuwe protocollaire taken zoals het meten van de nierfunctie in de apotheek (onder supervisie) en het toenemende aantal medicatiebeoordelingen. De farmaceutisch consulent kan op basis van criteria van de Inspectie voor Gezondheidszorg en zorgverzekeraars, patiënten selecteren die in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling.

In Nederland biedt één hogeschool de hbo-opleiding tot farmaceutisch consulent aan. De opleiding wordt in deeltijd gegeven en duurt vier jaar. Sinds de start van de opleiding hebben zo'n 500 studenten hun diploma behaald¹⁴⁰. Vanaf 1 september 2017 maakt de opleiding een doorstart aan een specialistische hogeschool¹⁴¹.

Tabel 9: Aantal instromers en gediplomeerden opleiding tot farmaceutisch consulent

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Instromers	89	29	75	35	37	27	27	25
Gediplomeerden	46	65	83	69	41	25	45	17
Medewerkers	-	-	-	-	130	101	121	128

Bron: SBA Arbeidsmonitor 2016

6.4.1.2 Farmakundigen

In tegenstelling tot farmaceutisch consulenten richten farmakundigen zich in de openbare apotheek met name op managementtaken, waaronder HRM en roostering. Farmakundigen nemen ook projectmanagement en aansturing van het team op zich. Openbaar apothekers zijn naast hun zorginhoudelijke taken vaak ook verantwoordelijk voor deze zaken. De inzet van een farmakundige kan hun, vooral in grote vestigingen, werk uit handen nemen.

De meest genoemde functienamen voor de farmakundige zijn: apothekersassistent, teammanager, hoofd magazijn/logistiek, logistiek en operationeel manager, farmaceutisch consulent, hoofdassistent en zorginkoper. Het beroepsprofiel van de farmakundige vertoont overlap met het profiel van de tweede apotheker die fungeert als bedrijfsleider in een keten van (grotere) apotheken¹⁴². De meeste farmakundigen zijn werkzaam in de farmaceutische industrie, bij groothandels of bij farmaceutische bedrijven.

¹³⁹ Bewerking op basis van SBA Arbeidsmonitor 2016. Originele bron: PMA.

¹⁴⁰ SBA Arbeidsmonitor (2016). Apotheekbranche 2016.

¹⁴¹ Saxion biedt de opleiding tot farmaceutisch consulent per 1 september 2017 niet langer aan, omdat het aantal instromers in de opleiding onvoldoende was om de opleiding financieel gezien te continueren (e-mail Saxion Farmacie Next d.d. 20-12-2016). De opleiding wordt vanaf 1 september 2017 verzorgd door Capabel Hogeschool. Voor de inhoud van de opleiding heeft dit geen gevolgen (brief Saxion Next en Capabel Hogeschool d.d. 17-02-2017).

¹⁴² KBA Nijmegen (2011). Macrodoelmatigheid van de bacheloropleiding Farmakunde.

Tenzij een farmakundige een achtergrond heeft als apothekersassistent kan hij geen medicijnen bereiden of terhandstellen. Daarmee is de farmakundige in de openbare apotheek puur inzetbaar op organisatorische en managementtaken. De inzet van farmakundigen blijft daarom veelal beperkt tot de (zeer) grote vestigingen en samenwerkingsverbanden. In Nederland biedt één hogeschool de hbo-opleiding tot farmakundige aan. De opleiding wordt zowel in voltijd als deeltijd gegeven en duurt 4 jaar.

Tabel 10: Jaarlijks aantal gediplomeerden opleiding tot farmakundige

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Instromers	66	88	91	102	92	94	66	100	125	127
Gediplomeerden	29	29	46	60	63	46	69	69	65	-

Bron: Vereniginghogescholen.nl, geraadpleegd op 05-01-2017.

6.4.2 Inzet pharmacy practitioners

Pharmacy practitioners zijn werkzaam binnen de ziekenhuisapotheek of de poliklinische apotheek die gelieerd is aan het ziekenhuis. De opleiding is gestart in 2008. Sindsdien zijn bijna 400 pharmacy practitioners gediplomeerd. De opleiding is bestemd voor apothekersassistenten die werkzaam zijn in een ziekenhuis- of poliklinische apotheek. Zij worden verder opgeleid in het opsporen en elimineren van medicatieveiligheidsrisico's en in communicatie en voorlichting¹⁴³.

Met de verwachte groei van het aantal en de omvang van poliklinische apotheken is de verwachting dat ook de inzet van pharmacy practitioners toe zal nemen. Zij vangen zowel een deel van het werk van apothekers op als een deel van de zorg van de specialist (ziekenhuis- en openbaar apotheker). De vraag naar pharmacy practitioners zal naar verwachting toenemen binnen poliklinische apotheken, vanwege de voorziene groeiende zorgvraag en de complexiteit van (hoog)specialistische geneesmiddelen die daar in toenemende mate verstrekt worden.

Inzet van niet-gespecialiseerde apothekers

Uit gesprekken met beroepsbeoefenaars, -vereniging en stakeholders en geraadpleegde literatuur komen geen signalen naar voren dat er de komende jaren sprake zal zijn van het verschuiven van taken van de openbaar apothekers naar de niet-gespecialiseerde apothekers (masterniveau). 43% van de openbaar apothekers die werkzaam zijn als tweede apotheker, geeft aan dat het merendeel van zijn/haar werkzaamheden ook uitgevoerd zou kunnen worden door een niet-gespecialiseerde apotheker. 14% denkt zelfs dat dit voor al zijn/haar werkzaamheden geldt. Daar tegenover staat weer dat een deel van hen denkt dat een niet-gespecialiseerde apotheker geen van zijn werkzaamheden over zou kunnen nemen (14%) of slechts een minderheid (29%)¹⁴⁴. Mogelijk loopt het niveau van de werkzaamheden die een openbaar apotheker in de functie van tweede apotheker verricht uiteen.

¹⁴³ www.opleidingpharmacypractitioner.nl, geraadpleegd op 16-12-2016.

¹⁴⁴ KiwaCarity (2017). Openbaar apothekers. Kenmerken van de beroepsgroep.

6.4.3 Toename specialistische geneesmiddelen

De complexiteit van farmacotherapie neemt toe op basis van de hoeveelheid aandoeningen en het aantal beschikbare behandelmethoden. Medicijnen worden complexer - van kleine moleculen, naar biologicals, gentherapie en geneesmiddel-implantaten¹⁴⁵. Dit vraagt meer aandacht van de apotheker bij terhandstellingen en begeleiding van medicatiegebruik. Een voorbeeld zijn orale oncolytics, waarvan er steeds meer op de markt komen. De complexiteit van (persoonsgebonden) doseerregimes van dit soort middelen en de levensbedreigende situaties die kunnen ontstaan bij incidenten, maken dat de apotheker maatregelen moet nemen op het vlak van randvoorwaarden en receptgang om risico's te beperken¹⁴⁶.

Het is echter de vraag in hoeverre dit extra inzet van de openbaar apotheker in de openbare apotheken in de wijk zal vragen. Met de overheveling van (dure) geneesmiddelen van de extramurale farmacie naar het ziekenhuiskader in de periode 2012-2015 verschuift een deel van de verstrekkingen naar de ziekenhuizen en daarmee van de openbare apotheker in de wijk naar de openbaar apotheker in de poliklinische apotheek en naar de ziekenhuisapothekers in de ziekenapotheek.

Een kanttekening hierbij is dat veldpartijen in de gezamenlijke visie Overheveling het belang van het borgen van het farmaceutisch zorgcontinuüm voor patiënten onderschrijven. Het uitgangspunt is dat patiënten en daarom ook apothekers,amuraal denken en handelen. Juist bij zorgvragen van patiënten waar de overheveling van invloed is op de zorg, en de openbaar apothekers en de apothekers van het ziekenhuis dus meer van elkaar afhankelijk zijn, werken apothekers samen. Hierbij heeft iedere apotheker heeft een eigen professionele verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg aan de patiënt. Het farmaceutisch behandelaarschap is niet gekoppeld aan waar de apotheker werkt of tot welk specialisme deze behoort. Een apotheker die voldoet aan criteria van behandelaarschap kan de farmaceutische zorg aan de patiënt leveren¹⁴⁷.

Daarnaast leidt de toenemende wens van patiënten(organisaties) om eerder toegang te krijgen tot innovatieve behandelingen, tot vervroegde toelating van nieuwe geneesmiddelen op de Europese markt. Doordat deze medicatie veelal alleen nog bij een beperkt aantal personen binnen een gecontroleerde wetenschappelijke setting onderzocht is, is het belangrijk dat (openbaar) apothekers het gebruik van deze medicijnen nauwgezet monitoren op het vlak van effectiviteit en veiligheid¹⁴⁸. Hierbij wordt een iteratief proces doorlopen waarbij wetenschappelijke bewijs verzameld wordt in real-life situaties¹⁴⁹. Wat de omvang en de tijdspanne is waarmee deze ontwikkeling doorzet, is nog onzeker. Het is niet duidelijk welke nieuwe specialistische geneesmiddelen wanneer in een vroeg ontwikkelstadium, beschikbaar komen op de markt. Ook is onbekend wat de omvang van het gebruik zal zijn en in welk veld terhandstelling en begeleiding zal plaatsvinden, bijvoorbeeld in de eerste lijn, de tweede lijn of transmuraal.

¹⁴⁵ KNMP. Toekomstvisie farmaceutische patiëntenzorg 2020. Praktische vertaling.

¹⁴⁶ KNMP. NVZA. NVPF (2010). Aanbevelingen orale oncolytics.

¹⁴⁷ Gezamenlijke visie Overheveling. Strategische werkgroep KNMP, WSO, LOA, NVZA en NVPF. Versie 1.0. 28 augustus 2015.

¹⁴⁸ International Pharmaceutical Federation. FIP Statement of Policy. The role of the Pharmacist in Pharmacovigilance.

¹⁴⁹ European Medicines Agency. Adaptive pathways.

6.5 Arbeidstijdverandering

De arbeidsduur bedraagt voor apothekers in dienstverband 38 uur per week bij een voltijddienstverband¹⁵⁰. Daarnaast geldt uiteraard dat ook de arbeidstijd van openbaar apothekers die niet in loondienst zijn, moet worden meegenomen. Aangezien er nog geen vergelijking gemaakt kan worden met de omvang van de arbeidstijd uit een vorig onderzoek en er recentelijk geen veranderingen in CAO-afspraken omtrent arbeidstijd zijn geweest, wordt voor deze raming aangenomen dat er geen sprake is van arbeidstijdverandering.

6.6 Parameterwaarden 'Werkproces'

Op basis van de informatie in de voorgaande paragrafen zijn onderstaande parameterwaarden voor het onderdeel 'Werkproces' bepaald. Deze waarden zijn gebruikt als invoer in het ramingsmodel en maken als zodanig onderdeel uit van het ramingsadvies. De waarden duiden de voorziene jaarlijkse groei in inzet van openbaar apothekers in fte per parameter. Van sommige ontwikkelingen is het nog onzeker hoe sterk deze doorwerken in de toekomst. Daarom is er bij de parameter 'vakinhoudelijke ontwikkelingen' voor gekozen om twee waarden te hanteren: een minimale waarde op basis van een behoudende schatting en een maximale waarde op basis van een progressieve schatting.

Tabel 11: Parameterwaarden 'Werkproces'

Vakinhoudelijke ontwikkelingen	0,2 - 0,4%
Efficiency	0%
Horizontale substitutie	0%
Verticale substitutie	-0,2%
Arbeidstijdverandering	0%

¹⁵⁰ Principeakkoord CAO Apothekers in dienstverband. 29 november 2016.

7 Mogelijke scenario's

7.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken zijn actuele en verwachte ontwikkelingen beschreven die ten grondslag liggen aan het instroomadvies voor de vervolgopleiding tot openbaar apotheker. Op basis van deze ontwikkelingen zijn in samenspraak met de werkgroep Openbaar Apotheker Specialist, parameterwaarden vastgesteld. Deze waarden dienen als input voor het ramingsmodel (zie bijlagen 1 en 2). Het ramingsmodel berekent op basis van de parameterwaarden verschillende toekomstscenario's met bijbehorende adviezen over de best passende instroomaantallen in de opleiding.

De toekomstscenario's en bijbehorende adviezen worden besproken in dit hoofdstuk. De bandbreedte van het uiteindelijke instroomadvies wordt gevormd door een keuze voor twee varianten. Deze keuze wordt gemaakt op basis van inhoudelijke overwegingen en is uiteengezet in hoofdstuk 8.

7.2 Toekomstscenario's

Er zijn vijf toekomstscenario's te onderscheiden: het basisscenario, het demografiescenario, het zorgvraagscenario, het arbeidstijdsceario en het verticale substitutie scenario. Binnen ieder scenario kan in het ramingsmodel gekozen worden voor een evenwichtsjaar en een al dan niet doorgaande trend.

Evenwichtsjaren

Ieder toekomstscenario kent een uitsplitsing naar evenwichtsjaren. Op basis hiervan kan gekozen worden voor een jaar waarin op basis van de raming een evenwicht bereikt wordt tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Met het uitbrengen van het advies in 2017 is 2019 het eerste jaar waarin het advies in de praktijk opgevolgd kan worden. 2019 is daarmee het eerste bijsturingsjaar. Tien jaar later volgt dan het eerste evenwichtsjaar in 2029 en zes jaar daarna, in 2035, het tweede evenwichtsjaar.

Over het algemeen wordt het tweede evenwichtsjaar gehanteerd bij opleidingen met een langere opleidingsduur (zoals vier tot zes jaar bij medisch specialisten). Er kan ook gekozen worden voor het tweede evenwichtsjaar wanneer aangenomen wordt dat ontwikkelingen zich doorzetten tot na het eerste evenwichtsjaar of wanneer het wenselijk is om wijzigingen in de benodigde instroom te spreiden over meer jaren.

Wanneer er wordt gekozen voor het bereiken van een evenwicht op de arbeidsmarkt in het eerste evenwichtsjaar werken parameters sterker door, omdat er vanaf het eerste bijsturingsjaar sterker bijgestuurd moet worden om een evenwicht te bereiken op de arbeidsmarkt. Er is immers een kortere bijsturingsperiode dan wanneer gekozen wordt voor het tweede evenwichtsjaar.

Tijdelijke of doorgaande trend

Voor ieder toekomstscenario's wordt een uitkomst met een tijdelijke trend en een uitkomst met een doorgaande trend berekend. Bij een uitkomst met een tijdelijke trend worden de verwachte zorgvraag- en werkprocesontwikkelingen (met uitzondering van demografische ontwikkelingen) slechts voor een periode van 10 jaar doorberekend. De aanname hierbij is dat de vastgestelde trends na een periode van 10 jaar waarschijnlijk geen effect meer zullen hebben op de benodigde inzet van openbaar apothekers. Bij een uitkomst met doorgaande trend wordt aangenomen dat ontwikkelingen zich blijven doorzetten tot aan het tweede evenwichtsjaar: 18 jaar na publicatie van de raming.

Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen parameterwaarden die al dan niet meegerekend worden: of alle parameterwaarden binnen een toekomstscenario worden doorgerekend tot 10 jaar na de raming of alle parameterwaarden worden doorgerekend tot aan het tweede evenwichtsjaar.

Basisscenario

Het basisscenario beperkt zich tot het berekenen van de effecten van handhaving van het huidige aantal instromers in de opleiding op de toekomstige capaciteit. Het gaat om een theoretische exercitie die inzicht geeft in de gevolgen van geen verdere actie. In het basisscenario vindt berekening plaats op basis van het aantal nu werkzame beroepsbeoefenaren en de personen die in opleiding zijn of gaan (en hun kenmerken). In het basisscenario wordt geen onderscheid gemaakt tussen tijdelijke en doorgaande trends.

Demografiescenario

Het demografiescenario beperkt zich tot het berekenen van het benodigde aantal instromers in de opleiding om te voldoen aan de toekomstige zorgvraag op basis van de huidige onvervulde vraag, de verwachte vervangingsvraag¹⁵¹ en de voorziene demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie. Het scenario geeft inzicht in de gevolgen van een beleidsarme situatie. In het demografiescenario vindt berekening plaats op basis van het aantal nu werkzame beroepsbeoefenaars en de personen die in opleiding zijn of gaan (en hun kenmerken), de huidige onvervulde vraag en de demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie. In het demografiescenario wordt geen onderscheid gemaakt tussen tijdelijke en doorgaande trends.

Zorgvraagscenario

Het zorgvraagscenario bouwt voort op het demografiescenario. De aanvulling bestaat uit het meerekenen van de overige twee zorgvraagparameters: epidemiologie en sociaal-cultureel. Ook worden drie van de vijf parameters van het werkproces meegenomen. Dit zijn: vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale substitutie. Dit scenario is uitgebreider dan de basisvariant en bevat meer onzekerheden omdat geraamd wordt op basis van kwalitatief te bepalen toekomstige ontwikkelingen. Vooral de parameter sociaal-cultureel is gevoelig voor maatschappelijke en politieke ontwikkelingen ten gevolge van beleidswijzigingen.

¹⁵¹ Het aantal nieuwe beroepsbeoefenaars dat in moet stromen op de arbeidsmarkt om de omvang van de beroepsgroep gelijk te houden bij uitstroom.

De jaarlijks benodigde instroom in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker wordt hoger als ook deze zorgvraag- en werkprocesparameters meegerekend worden. Vanuit epidemiologische, sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen valt namelijk een toename van het benodigd aantal openbaar apothekers te verwachten. Binnen het zorgvraagscenario wordt een uitsplitsing gemaakt naar een tijdelijke of doorgaande trend.

Arbeidstijdsценario

Voor deze raming wordt aangenomen dat er geen sprake is van arbeidstijdverandering. Om deze reden worden er geen uitkomsten berekend voor dit scenario.

Verticale substitutiesценario

Het verticale substitutiesценario is gebaseerd op de hiervoor genoemde scenario's in combinatie met de parameter verticale substitutie. Aangezien er enige verticale taakverschuivingen worden voorzien, heeft dit scenario een dempend effect op het instroomadvies. Ook dit scenario splitst zich uit naar een variant met doorgaande trend en een variant zonder doorgaande trend.

Bandbreedte parameterwaarden

Van sommige kwalitatieve ontwikkelingen die in dit Capaciteitsplan beschreven zijn, is bij de experts nog onzeker hoe sterk deze doorwerken in de toekomst. Daarom is er bij enkele zorgvraag- en werkprocesparameters voor gekozen om twee waarden te hanteren: een minimale waarde op basis van een behoudende schatting en een maximale waarde op basis van een meer progressieve schatting. Dit leidt binnen het verticale substitutiesценario tot een bandbreedte in de uitkomsten. In combinatie met de verschillende evenwichtsjaren en doorlooptijd van trends leidt dit tot de adviesvarianten in tabel 12.

Tabel 12: De adviesvarianten per scenario met uitsplitsing naar evenwichtsjaren 2029 en 2035

Parameters		Basisscenario	Demografie-scenario		Zorgvraag-scenario				Arbeidstijd-scenario				Verticale substitutie scenario			
			2029	2035	2029		2035		2029		2035		2029		2035	
					t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.
Zorgaanbod		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opleiding		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Zorgvraag	Onvervulde vraag		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Demografie		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Epidemiologie				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓-✓	✓-✓	✓-✓	✓-✓
	Sociaal-cultureel				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓-✓	✓-✓	✓-✓	✓-✓
Werkproces	Vakinhouderlijk				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓-✓	✓-✓	✓-✓	✓-✓
	Efficiency				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Horizontale substitutie				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Arbeidstijd-verandering								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Verticale substitutie												✓	✓	✓	✓

t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend

✓-✓ duidt een bandbreedte omdat er een minimale en maximale parameterwaarde is vastgesteld.

7.3 Ontwikkeling zorgvraag: toekomstscenario's openbaar apothekers

Figuur 17 laat per toekomstscenario zien hoe de zorgvraag naar openbaar apothekers zich ontwikkelt. Per scenario is zichtbaar hoeveel fte aan openbaar apothekers er in de toekomst nodig is om aan de zorgvraag te voldoen. Per 1 januari 2017 is er **2.270 fte** aan inzet van openbaar apothekers.

Basisscenario

Figuur 17 maakt inzichtelijk dat bij continuering van de huidige instroom in de opleiding en de verwachte uitstroom uit de beroepsgroep, er op korte termijn ten opzichte van alle andere toekomstscenario's een tekort aan openbaar apothekers ontstaat dat snel zal oplopen. Over 10 jaar (in 2027) is er dan **2.435 fte** aan openbaar apothekers werkzaam. Over 20 jaar zal dit aantal opgelopen zijn naar **2.603 fte**.

Demografiescenario

In de figuur is ook te zien dat op basis van het demografiescenario al een aanzienlijke toename van het benodigde aantal fte aan openbaar apothekers te verwachten is. De beroepsgroep is relatief jong en kent daarmee nog geen hoge vervangingsvraag en ook de huidige onvervulde vraag is beperkt. Vanuit de demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie valt een verdere groei van de zorgvraag te voorzien. Over 10 jaar (in 2027) zal er binnen dit scenario **2.711 fte** aan openbaar apothekers nodig zijn om de toegenomen zorgvraag op te vangen. In 2037, over 20 jaar, bedraagt de benodigde inzet **3.102 fte**.

Zorgvraagscenario

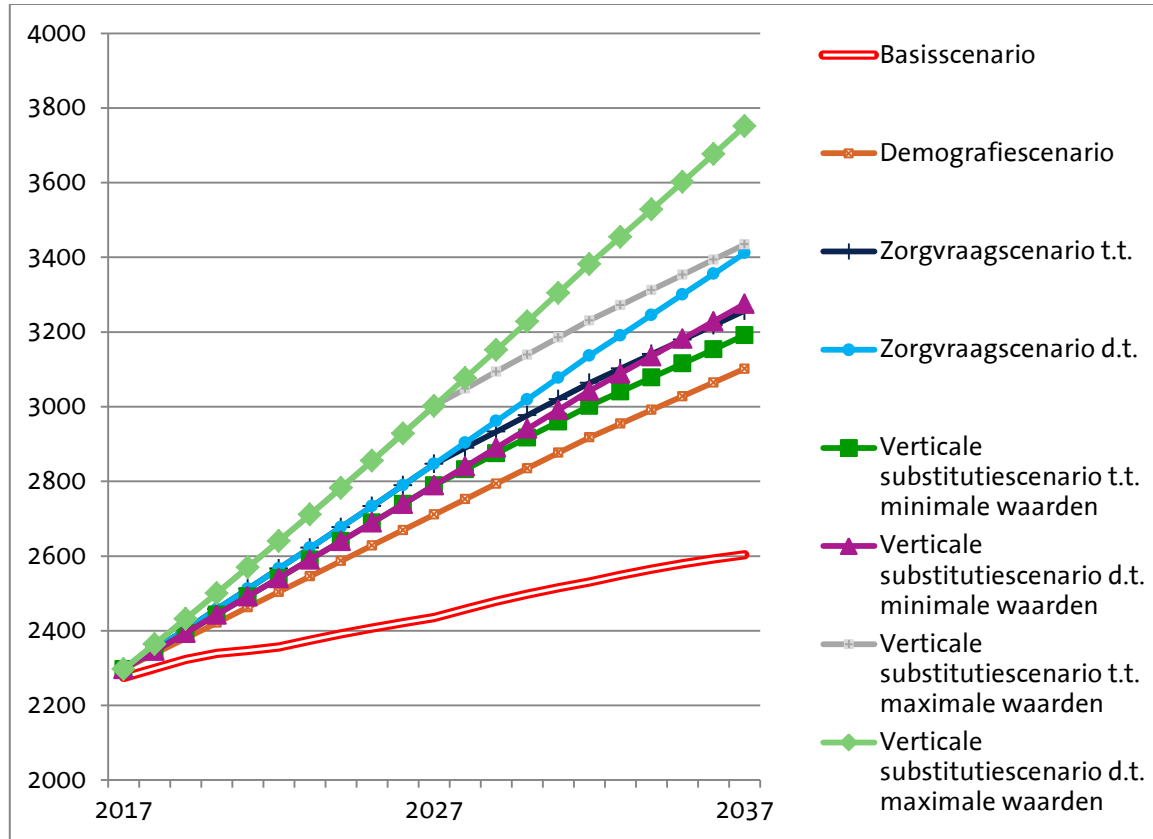
In het zorgvraagscenario zet deze groei nog verder door, doordat ook vanuit epidemiologische, sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen een toename in de behoefte aan openbaar apothekers te verwachten is. Binnen dit toekomstscenario is er in 2027 **2.847 fte** aan inzet van openbaar apothekers nodig. Wanneer uitgegaan wordt van een doorgaande trend loopt het benodigd aantal fte na het eerste evenwichtsjaar (2029) verder op naar **3.412 fte** in 2037. Bij de aanname dat trends lopen tot het eerste evenwichtsjaar is de benodigde toename wat kleiner en resulteert in **3.257 fte** in 2037. In figuur 17 is te zien dat de stijgende lijn na 10 jaar (in 2027) afbuigt, terwijl de lijn met de doorlopende trend sterk blijft stijgen. In dit scenario is nog geen onderscheid gemaakt naar minimale en maximale waarden voor de parameters epidemiologie, sociaal-cultureel en vakinhoudelijk.

Verticale substitutiescenario

Tenslotte laat het verticale substitutiescenario een iets kleinere benodigde groei van het aantal benodigde openbaar apothekers zien, vanwege taakverschuivingen naar ondersteunende beroepsgroepen. Wanneer uitgegaan wordt van de minimale waarden binnen de bandbreedte dan is er binnen dit scenario over 10 jaar **2.790 fte** aan inzet van openbaar apothekers nodig om aan de toegenomen zorgvraag te voldoen. Uitgaande van een doorlopende trend loopt dit aantal op tot **3.275 fte** in 2037. Bij een tijdelijke trend buigt de stijgende lijn na 10 jaar af en is de toename wat kleiner: er wordt uitgegaan van een benodigde inzet van **3.192 fte** in 2037.

Wanneer gerekend wordt met de maximale waarden binnen de bandbreedte dan bedraagt de benodigde inzet in 2027 **3.002 fte**. Bij een doorlopende trend loopt dit aantal op tot **3.752 fte** in 2037. Uitgaande van een tijdelijke trend wordt het benodigde aantal fte aan openbaar apothekers geraamd op **3.435 fte** in 2037.

Figuur 17: Ontwikkeling zorgvraag in (benodigd) aantal fte: toekomstscenario's



t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend

7.4 Adviesvarianten

Tabel 13 bevat de uitkomsten van het ramingsmodel voor de verschillende toekomstscenario's en bijbehorende adviezen over het best passende aantal instromers in de opleiding. Binnen ieder scenario kan in het ramingsmodel gekozen worden voor een evenwichtsjaar en een al dan niet doorgaande trend. Daarnaast kan in het verticale substitutiescenario gekozen worden voor het rekenen met minimale of maximale parameterwaarden.

Deze keuzes leiden tot de verschillende instroomadviezen in de tabel. Iedere cel is een weergave van het benodigde jaarlijkse aantal instromers in de vervolgopleiding per toekomstscenario, met uitsplitsing naar evenwichtsjaar, tijdelijke of doorgaande trend en eventueel minimale of maximale waarden. Wanneer het geadviseerde aantal instromers binnen een scenario jaarlijks gerealiseerd wordt vanaf 2019, zijn er, uitgaande van het bijbehorende scenario, in de toekomst voldoende openbaar apothekers om aan de verwachte zorgvraag te voldoen. In het volgende hoofdstuk wordt de uiteindelijke keuze voor een toekomstscenario, evenwichtsjaar en tijdelijke of doorgaande trend toegelicht. Het ramingsadvies is gebaseerd op deze keuzes.

Demografiescenario

Volgens dit toekomstscenario zouden er jaarlijks **186** openbaar apothekers in moeten stromen in de vervolgopleiding om in 2029 een evenwicht tussen vraag en aanbod te krijgen en **176** om dit evenwicht in 2035 te bereiken.

Zorgvraagscenario

Volgens het zorgvraagscenario zouden er jaarlijks **211** openbaar apothekers in moeten stromen in de vervolgopleiding om in 2029 een evenwicht tussen vraag en aanbod te krijgen en **192** om dit evenwicht in 2035 te bereiken. Wanneer ervan uitgegaan wordt dat trends zich langer dan 10 jaar na de raming doorzetten dan gaat het om een jaarlijkse benodigde instroom in 2029 en 2035 van respectievelijk **216** en **204** apothekers.

Verticale substitutiescenario

Volgens het verticale substitutiescenario zouden er jaarlijks **201 tot 240** openbaar apothekers in moeten stromen in de vervolgopleiding om in 2029 een evenwicht tussen vraag en aanbod te krijgen en **185 tot 210** om dit evenwicht in 2035 te bereiken. Hierbij wordt de bandbreedte gevormd door de minimale en maximale waarden die voor enkele parameters zijn vastgesteld. Wanneer uitgegaan wordt van een doorgaande trend tot aan het tweede evenwichtsjaar dan gaat het om een jaarlijkse benodigde instroom in 2029 en 2035 van respectievelijk **203 tot 250** en **192 tot 236** apothekers.

Tabel 13: De adviesvarianten met uitsplitsing naar evenwichtsjaren 2029 en 2035

Parameters		Demografie-scenario		Zorgvraag-scenario				Arbeidstijd-scenario				Verticale substitutie scenario			
		2029	2035	2029		2035		2029		2035		2029		2035	
				t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.
Zorgaanbod		186	176					n.v.t. ¹⁵²				201 - 240	203 - 250	185 - 210	192 - 236
Opleiding															
Zorgvraag	OVV			211	216	192	204	n.v.t. ¹⁵²				201 - 240	203 - 250	185 - 210	192 - 236
	Demo														
	Epi														
	Soc-cul														
Werkproces	Vakinh.			211	216	192	204	n.v.t. ¹⁵²				201 - 240	203 - 250	185 - 210	192 - 236
	Eff.														
	Hor.sub.														
	ATV														
	Vert.sub														

t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend.

√-√ duidt een bandbreedte omdat er een minimale en maximale parameterwaarde is vastgesteld.

¹⁵² Voor deze raming wordt aangenomen dat er geen sprake is van arbeidstijdverandering. Om deze reden worden er geen uitkomsten berekend voor dit scenario.

8 Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan gepresenteerd voor het jaarlijks benodigd aantal instromers in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker. Dit instroomadvies is tot stand gekomen met de keuze voor een toekomstscenario, een evenwichtsjaar en een tijdelijke of doorgaande trend en de daarbij behorende uitkomsten van het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. Hieronder worden deze keuzes beargumenteerd. In voorgaande paragrafen zijn de verschillende adviesvarianten, evenwichtsjaren en trends besproken.

Keuze voor een toekomstscenario

Het instroomadvies voor de vervolgopleiding tot openbaar apotheker is gebaseerd op het verticale substitutiescenario, omdat dit scenario als enige gebruik maakt van alle parameters, inclusief de parameter verticale substitutie. Op basis van de gesignaleerde ontwikkelingen (inzet hbo'ers, pharmacy practitioners en toename specialistische geneesmiddelen) wordt aangenomen dat deze parameter een zeer lichte dempende invloed zal uitoefenen op de vraag naar openbaar apothekers.

Keuze voor een evenwichtsjaar

In alle toekomstscenario's is een sterke uitbreiding van het jaarlijkse aantal instromers in de opleiding nodig om in de toekomst aan de toenemende zorgvraag te kunnen blijven voldoen. Het tempo waarmee de opleidingscapaciteit verhoogd dient te worden is afhankelijk van de keuze voor het evenwichtsjaar en van de keuze voor een tijdelijke of doorgaande trend. Wanneer gekozen wordt voor het tweede evenwichtsjaar (2035) is er meer tijd om de benodigde omvang van de beroepsgroep te behalen, dan wanneer er gekozen wordt voor het eerste evenwichtsjaar (2029). Bij de keuze voor het eerste evenwichtsjaar is er een kortere periode om bij te sturen.

In deze raming is gekozen voor het tweede evenwichtsjaar (2035). Reden hiervoor is dat het advies een eerste richtinggevende raming betreft. Hierbij moet er rekening mee gehouden worden dat er nog diverse onzekerheden zijn over hoe sterk en over welke periode de gesignaleerde ontwikkelingen invloed hebben op de vraag naar openbaar apothekers. Ook kan aangenomen worden dat er bij een uitgebreidere raming aanvullende gegevens voorhanden komen, waarmee ontwikkelingen nauwkeuriger vertaald kunnen worden in parameterwaarden. Het is daarom aan te raden om de opleidingscapaciteit stapsgewijs uit te breiden om de kans op eventuele schommelingen in de benodigde instroom en de opleidingscapaciteit te verkleinen.

Keuze voor een tijdelijke of doorgaande trend

Gezien de hiervoor beschreven onzekerheden over de periode waarbinnen ontwikkelingen zich voordoen wordt in deze raming uitgegaan van een tijdelijke trend. Er is nog onvoldoende informatie beschikbaar om aan te nemen dat ontwikkelingen zich doorzetten tot na 10 jaar na de raming. Bij een uitkomst met tijdelijke trend worden de in hoofdstuk 3 t/m 6 gesignaleerde ontwikkelingen doorberekend tot 10 jaar na de raming (2027).

8.2 Het instroomadvies

In de voorgaande paragraaf is beschreven welke keuzes gemaakt zijn voor een adviesvariant (verticale substitutievariant), een evenwichtsjaar (2035) en een tijdelijke of doorgaande trend (tijdelijk). Op basis van de gemaakte keuzes blijven er twee ramingsuitkomsten over: één op basis van de minimale parameterwaarden die zijn vastgesteld voor de parameters epidemiologie, sociaal-cultureel en vakinhoudelijk, en één voor de maximale waarden die gekozen zijn. Bij deze parameters is ervoor gekozen om twee waarden te hanteren, omdat nog onzeker is hoe sterk de beschreven ontwikkelingen doorwerken in de toekomst. De minimale waarde duidt een behoudende schatting en een maximale waarde een meer progressieve schatting. De bandbreedte van het advies voor de benodigde jaarlijkse instroom in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker wordt daarmee gevormd door het onderscheid in minimale en maximale parameterwaarden (zie tabel 14).

Het Capaciteitsorgaan adviseert het ministerie van VWS en veldpartijen om het jaarlijkse aantal instroomplaatsen te laten vallen binnen deze bandbreedte. Bij een jaarlijks aantal instromers binnen de bandbreedte zijn er voldoende instromers op de arbeidsmarkt om in de toekomst een landelijk evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken en wordt voorkomen dat er meer openbaar apothekers worden opgeleid dan er nodig zijn om aan de vraag te voldoen.

Tabel 14: het jaarlijks benodigde aantal instromers in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker

	Advies: bandbreedte jaarlijks aantal instromers	
	Onderkant	Bovenkant
Vulgoopleiding tot openbaar apotheker	185	210

Voorkeursadvies

Binnen deze bandbreedte spreekt het Capaciteitsorgaan zijn voorkeur uit voor de onderkant van de bandbreedte, waarbij de benodigde instroom in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker geraamd is op **185 instromers per jaar**.

Reden hiervoor is dat dit advies een eerste richtinggevende raming betreft, waarbij in acht genomen moet worden dat er nog diverse onzekerheden zijn over in welke mate en hoe lang ontwikkelingen in de toekomst van invloed zullen zijn op de benodigde inzet van openbaar apothekers. Voor deze raming is voornamelijk gebruik gemaakt van (onderzoeks)gegevens die met andere doeleinden zijn verzameld. Met een stapsgewijze uitbreiding wordt de kans op schommelingen in het instroomadvies bij eventuele toekomstige ramingen, en in het verlengde daarvan de opleidingscapaciteit, verkleind. Gezien de relatief korte duur van de vervolgopleiding tot openbaar apotheker zijn de risico's van het hanteren van de onderkant van de bandbreedte beperkt.

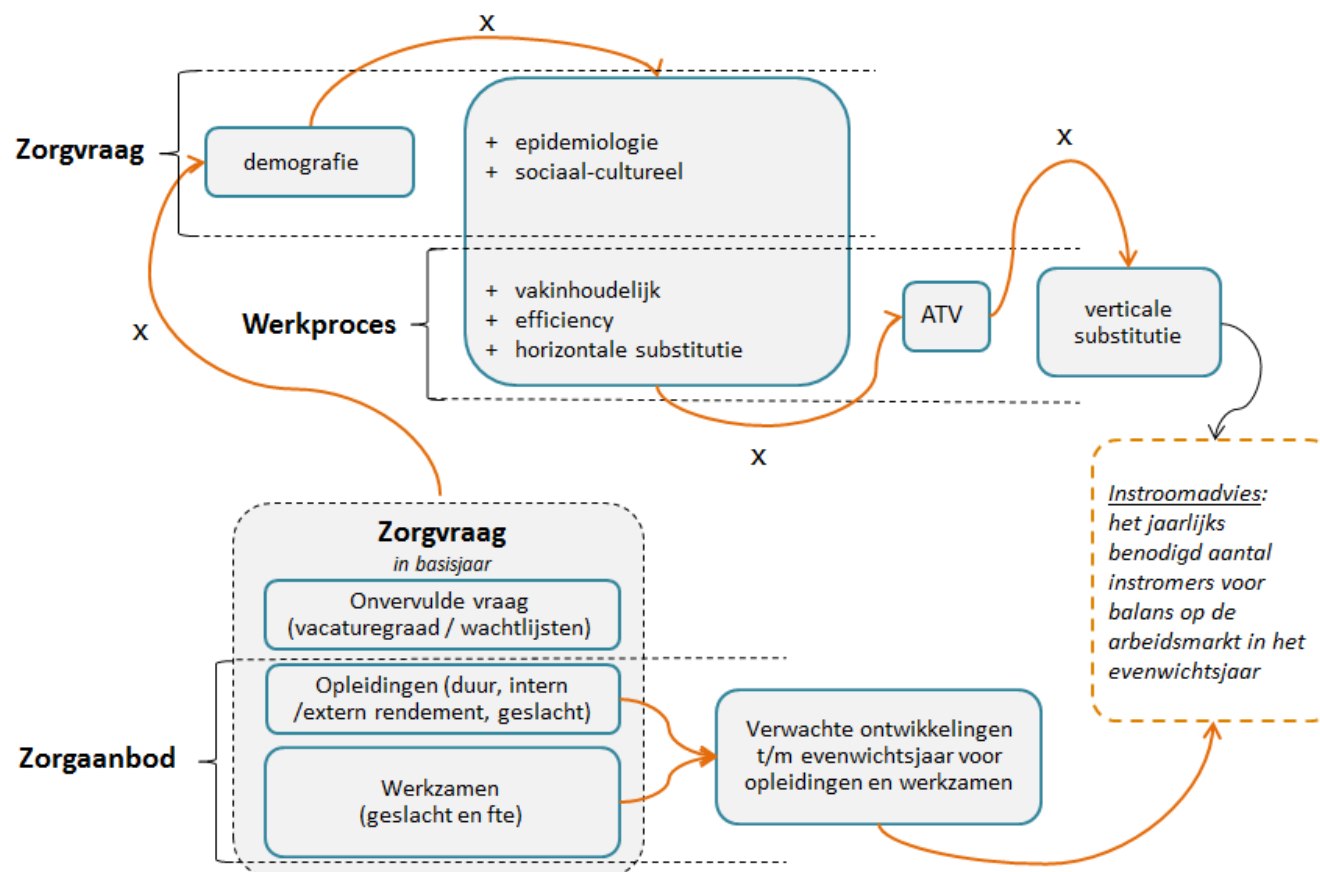
Wel onderstreept het Capaciteitsorgaan de noodzaak tot een uitbreiding van de instroom in de opleiding op korte termijn. In aankomende jaren wordt een sterke stijging van de zorgvraag voorzien, voornamelijk vanwege demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie. Daarnaast

beschikt de beroepsgroep, gezien de hoge werkdruk en beperkte mogelijkheden voor taakverschuivingen en verdere efficiencylagen binnen de huidige apotheken over weinig ruimte om met het actuele aantal openbaar apothekers een groter deel van de zorgvraag op te vangen. Wanneer de benodigde instroom in de opleiding niet uitgebreid wordt, zal dit binnen enkele jaren leiden tot tekorten op de arbeidsmarkt en het niet kunnen opvangen van de gehele zorgvraag. Hiermee komt de niet-recept gebonden zorg, zoals medicatiebeoordelingen en farmaceutische consulten, onder druk te staan.

Vooralsnog lijkt er voldoende toestroom te zijn vanuit de initiële opleiding Farmacie om de benodigde instroom in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker te realiseren.

Bijlage 1: Conceptuele weergave ramingsmodel

Het Capaciteitsorgaan maakt bij de totstandkoming van de instroomadviezen gebruik van een ramingsmodel. Hieronder ziet u een conceptuele weergave van dit model.



Bijlage 2 Overzicht parameterwaarden raming

Op basis van onderstaande parameterwaarden is het ramingsadvies tot stand gekomen.

Tabel 15: Parameterwaarden eerste richtinggevende raming Openbaar Apotheker 2017

Aantal instromers in 2016	130	Uitstroom vrouwen tot 2027	27%
Gemiddelde jaarlijks in opleiding per leerjaar	150	Uitstroom vrouwen tot 2032	41%
Verwachte jaarlijkse instroom	130	Uitstroom vrouwen tot 2037	55%
Percentage vrouwen	70%	Aantal werkzamen	2.552
Opleidingsduur	2,4 jaar	Percentage werkzame vrouwen	54%
Intern rendement	87%	Gemiddeld aantal fte man	0,94
Extern rendement na 1 jaar mannen	98%	Gemiddeld aantal fte vrouw	0,85
Extern rendement na 5 jaar mannen	99%	Onvervulde vraag	1%
Extern rendement na 10 jaar mannen	94%	Demografie 2022	9%
Extern rendement na 15 jaar mannen	86%	Demografie 2027	18%
Extern rendement na 1 jaar vrouwen	98%	Demografie 2032	27%
Extern rendement na 5 jaar vrouwen	96%	Demografie 2037	35%
Extern rendement na 10 jaar vrouwen	89%	Epidemiologie	0,2 - 0,4%
Extern rendement na 15 jaar vrouwen	80%	Sociaal-cultureel	0,1 - 0,5%
Uitstroom mannen tot 2022	26%	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	0,2 - 0,4%
Uitstroom mannen tot 2027	46%	Efficiency	0%
Uitstroom mannen tot 2032	61%	Horizontale substitutie	0%
Uitstroom mannen tot 2037	74%	Verticale substitutie	-0,2%
Uitstroom vrouwen tot 2022	13%	Arbeidstijdverandering	0%

Bijlage 3: Procedure en betrokkenen

Dit Capaciteitsplan is tot stand gekomen op basis van literatuuronderzoek, gesprekken met veldpartijen en stakeholders, gegevens van de Specialisten Registratie Commissie (SRC) en een arbeidsmarktonderzoek onder geregistreerde openbaar apothekers. De verzamelde informatie is beoordeeld door de werkgroep Openbaar Apotheker Specialist, een werkgroep van beroepsbeoefenaars en een vertegenwoordiger van de branche- en beroepsvereniging KNMP. Op basis hiervan is een beschrijving van de beroepenstructuur en het veld opgesteld (hoofdstuk 2). Daarnaast is geïnventariseerd welke ontwikkelingen van invloed zijn op de toekomstige benodigde inzet van openbaar apothekers. Deze ontwikkelingen zijn vervolgens vertaald in parameterwaarden (hoofdstuk 3 t/m 6). Deze parameterwaarden dienden als invoer voor het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. De uitkomsten van het ramingsmodel zijn gebruikt voor het bepalen van de bandbreedte van het ramingsadvies (hoofdstuk 7 en 8). Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan heeft het Capaciteitsplan 2017 Openbaar Apotheker vastgesteld in haar vergadering van 19 april 2017.

De samenstelling van de werkgroep Openbaar Apotheker Specialist was op 1 januari 2017 als volgt:

Dhr. dr. Marcel Kooij
Dhr. drs. Aris Prins
Mw. Evelyn Schuil-Vlassak MSc.
Dhr. drs. Marnix Westein

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op 1 januari 2017 als volgt:

Dhr. L.W.P. van der Beek
Dhr. Prof. Dr. J.J.M. Dekker
Dhr. Md. PhD. J.P.H. Drenth
Dhr. R.D. Dutrieux
Dhr. O. Gerrits
Dhr. Drs. J.W.M.W. Gijzen
Dhr. H.R. de Graaf Ing.
Dhr. T. Haasdijk
Dhr. J.M. van Ingen
Mw. J.G.W. Lensink
Mw. C. Littooi
Dhr. N.G.M. Oerlemans
Dhr. Prof. Dr. C.H. Polman
Dhr. Prof. Dr. S. Poppema
Dhr. Drs. J. Schaart
Mw. S. Querido
Dhr. Prof. Dr. A.G.J. van der Zee

Het bureau van het Capaciteitsorgaan ondersteunt de werkgroepen, Kamers en het Algemeen Bestuur bij het opstellen van de instroomadviezen. Daartoe bereidt het bureau alle notities en voorstellen voor, worden onderzoeksopdrachten geformuleerd en wordt onderzoek begeleid. Het bureau voert zelf geen onderzoek uit om de onafhankelijkheid van de medewerkers onder alle omstandigheden te kunnen waarborgen.

**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen**

**Postbus 20051
3502 LB Utrecht**

bezoekadres
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon
030 282 38 40

e-mail
info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl