College voor Zorgverzekeringen

GIPeilingen 2012

Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik

Genees- en hulpmiddelen Informatie Project | september 2013 | nr. 34

| Van goede zorg verzekerd |

College voor Zorgverzekeringen

GIPeilingen 2012

Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik

Genees- en hulpmiddelen Informatie Project | september 2013 | nr. 34

Inhoudsopgave

Voorwoord 5

GIPeilingen 2012 6
Inleiding 6
Over het GIP 6
www.gipdatabank.nl 7
GIPdatabank gebruikerstips 8

Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg 10
Aantal gebruikers hulpmiddelenzorg daalt in 2012 met 6% 10

Ontwikkelingen geneesmiddelengebruik 16
Sterke daling geneesmiddelenkosten in 2012: -11,7% 16
Geneesmiddelengebruik uitgeslitst naar GVS-status 19
Middellangetermijnraming farmaceutische zorg 2013-2017 21
Generieke geneesmiddelen: lagere prijzen door preferentiebeleid 23
Gematigde kostenontwikkeling door WGP en preferentiebeleid 25
Nieuwe geneesmiddelen: ruim 13% van totale geneesmiddelkosten 27
Grote verschillen in behandelkosten, nog veel doelmatigheidswinst mogelijk 28
Dure geneesmiddelen in het ziekenhuis 31
Vrije tarieven voor apotheekhoudenden vanaf 2012 31
Kosten geneesmiddelgebruik bijzonder scheef verdeeld 33
Beperking aanspraak op maagzuurremmers: opbrengst beperkt 33
Uitgaven voor niet-geregistreerde allergeenextracten dalen 34
Overzicht dure geneesmiddelen: alle 17 duur 35

Ontwikkelingen geneesmiddelengroepen 37
Regionale verschillen in kaart 37
Maagmiddelen 38
Cholesterolverlagende middelen 39
Diabetesmiddelen 40
Astma- en COPD-middelen 41
Antidepressiva 42
Antipsychotica 43
Slaap- en kalmeringsmiddelen 44
HIV-middelen 45

Dieetpreparaten en voedingsmiddelen 47

Bijlagen 50
I. Toelichting kostencomponenten 50
II. Begripsdefinities 51
III. Lijst met afkortingen 52
IV. Referenties 53
V. Zorgkantoorregio's 2012 in beeld 54

Voorwoord

Ontwikkelingen in genees- en hulpmiddelengebruik in beeld

Via *GIPeilingen* geeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het extramurale gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen in Nederland en de daarmee gepaard gaande kosten. Het gaat om genees- en hulpmiddelen (veelal voorgeschreven door een huisarts of specialist), die door de zorgverzekeraar in het kader van de Zorgverzekeringswet (basisverzekering) zijn vergoed.

De gegevens in deze publicatie zijn afkomstig van drieëntwintig zorgverzekeraars (risicodragende labels). De door hen aangeleverde gegevens zijn door het GIP opgehoogd naar een landelijk beeld. Bij deze extrapolatie houden we onder andere rekening met verschillen in leeftijdsopbouw en geslacht tussen de GIP deelnemers en de landelijke situatie. De dekkingsgraad van het GIP is in 2012 opgelopen naar een landelijke dekking van bijna 97%.

De gegevensbestanden van het GIP hebben we ontsloten en voor een breed publiek toegankelijk gemaakt via onze website: *www.gipdatabank.nl*. De gegevens op onze website zijn eenvoudig te raadplegen en de gebruiker raakt snel vertrouwd met de zoekmogelijkheden om de gewenste gegevens op te vragen. *GIPeilingen* is een inhoudelijke aanvulling op de veelal cijfermatige overzichten die we presenteren op onze website *www.gipdatabank.nl*.

GIPeilingen 2012

Inleiding

Sinds 1992 brengt het CVZ de publicatie GIPeilingen uit met kengetallen (volume- en kostengegevens) over de in Nederland verstrekte farmaceutische zorg. Vanaf 2008 is de publicatie uitgebreid met kengetallen over de verstrekte hulpmiddelenzorg. Met de komst van de GIPdatabank (www.gipdatabank.nl) in 2004 is de verschijningsfrequentie van GIPeilingen teruggebracht van twee naar één keer per jaar. De gedetailleerde cijfermatige overzichten, vooral tabellen en grafieken, maakten vervolgens plaats voor thematische bijdragen met een beschrijvend en vooral ook beschouwend karakter. GIPeilingen is daarmee veranderd in een inhoudelijke aanvulling op de cijfermatige overzichten die u via de GIPdatabank kunt raadplegen.

In dit nummer van *GIPeilingen* presenteren we de volume- en kostengegevens over 2012, geplaatst in het perspectief van de daaraan voorafgaande jaren. De gegevens over 2012 zijn nog wel voorlopig, omdat we nog niet alle gegevens van alle zorgverzekeraars over het hele jaar 2012 hebben ontvangen en verwerkt.

GIPeilingen 2012 opent met de ontwikkelingen in het gebruik en de kosten van de hulpmiddelenzorg. De aantallen gebruikers en de kosten worden nader uitgesplitst naar hulpmiddelensoort en naar leeftijd en geslacht. Ook presenteren we een raming van de te verwachten kosten voor de komende vijf jaar.
Vervolgens gaan we in op de ontwikkelingen in het gebruik van geneesmiddelen. Eerst op macroniveau en vervolgens komen een aantal specifieke (beleids)thema's aan bod, zoals de prijsdruk die uitgaat van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid en de kostenontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Ook voor de geneesmiddelen presenteren we een meerjarenraming over de te verwachte kostenontwikkeling voor de komende vijf jaar.

Vervolgens kijken we naar een aantal specifieke geneesmiddelengroepen met veel gebruikers en/of hoge kosten. We gaan nader in op het aantal gebruikers, kenmerken van deze gebruikers (leeftijd, geslacht en woonregio), de gebruikte hoeveelheden en verschuivingen in het gebruik naar bepaalde middelen binnen de betreffende geneesmiddelengroep. Hier geven we ook inzicht in de regionale verschillen in het gebruik van deze groepen geneesmiddelen.

In de bijlagen vindt u nadere informatie en toelichting op de door ons gehanteerde definities en gebruikte begrippen.

Over het GIP

Via het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) beschikt het CVZ over een onafhankelijk, betrouwbaar en representatief informatiesysteem dat gegevens bevat over het gebruik van genees- en hulpmiddelen in Nederland. Het CVZ brengt met behulp van het GIP de ontwikkelingen in het gebruik van genees- en hulpmiddelen en de daarmee gepaard gaande kosten in kaart. Daarnaast voert ze onderzoek en analyses uit en rapporteert hier over.

De opgebouwde gegevensbestanden zijn een belangrijke gegevensbron voor de pakketadviezen die het CVZ uitbrengt aan het Ministerie van VWS en de advisering over opname van nieuwe geneesmiddelen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Ook vormen zij de bron voor het maken van een middellange termijn raming (komende vijf jaar), het doorrekenen van beleidsscenario's en de evaluatie van het gevoerde (geneesmiddelen)beleid, waaronder het monitoren van de effecten en besparingsopbrengsten die voortvloeien uit de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

Daarnaast stellen we via een besloten gedeelte van de *GIPdatabank* aan de deelnemende zorgverzekeraars op kwartaalbasis spiegelinformatie beschikbaar, waardoor zij het eigen gebruik van genees- en hulpmiddelen kunnen vergelijken met landelijke referentiecijfers.
Aan het Ministerie van VWS bieden we ondersteuning bij het ramen van de effecten van nieuw beleid, zoals bij de overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget en de effecten van het GVS en de prijsdruk die uitgaat van de WGP. Ook werken we samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), bijvoorbeeld door het in kaart brengen van regionale verschillen in het gebruik van geneesmiddelen en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) bij het publiceren van landelijke referentiegegevens die worden ingezet om het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen te bevorderen.

Aan het Lareb (landelijke registratie van bijwerkingen van geneesmiddelen) stellen we jaarlijks landelijke gebruikscijfers beschikbaar zodat zij deze kunnen relateren aan de aantallen bijwerkingen die worden gemeld. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt gebruik van gedetailleerde volume- en kostentabellen uit het GIP ten behoeve van het opstellen van de jaarlijkse Marktscan voor de extramurale farmaceutische zorg.

De gegevensbestanden van het GIP zijn gebaseerd op de declaratiegegevens voor de farmaceutische zorg (inclusief dieet- en voedingsmiddelen) en hulpmiddelenzorg, afkomstig van drieëntwintig zorgverzekeraars (risicodragende labels). Het gaat daarbij om genees- en hulpmiddelen die extramuraal door huisarts of specialist zijn voorgeschreven, vervolgens zijn afgeleverd door een apotheekhoudende of leverancier van hulpmiddelen, en op grond van de Zorgverzekeringswet (basisverzekering) door de zorgverzekeraar zijn vergoed. De gegevensbestanden zijn gebaseerd op het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen van circa 16,1 miljoen verzekerden; dit betekent een dekking van bijna 97% van het totale aantal verzekerden in Nederland. In tabel 1.1 staat een overzicht van de in 2012 aan het GIP deelnemende zorgverzekeraars (risicodragende labels) en de concerns waartoe zij behoren. De twee zorgverzekeraars die nog niet deelnemen aan het GIP zijn groen gemarkeerd. We verwachten uiteindelijk in 2013 een 100% dekkingsgraad te kunnen realiseren.

Tabel 1.1 | Deelnemende zorgverzekeraars GIP

Zorgverzekeraar	Concern	Verzekerden
Zilveren Kruis	Achmea	2.542.000
Agis	Achmea	1.282.000
Avéro	Achmea	586.000
Interpolis	Achmea	236.000
OZF	Achmea	49.000
De Friesland	Achmea	536.000
FBTO	Achmea	276.000
Menzis	Menzis	1.771.000
Anderzorg	Menzis	206.000
Azivo	Menzis	125.000
VGZ	UVIT	2.050.000
Univé	UVIT	857.000
IZA	UVIT	586.000
IZZ	UVIT	481.000
UMC	UVIT	104.000
Cares Gouda	UVIT	28.000
CZ	CZ-groep	2.576.000
Ohra	CZ-groep	523.000
Delta Lloyd	CZ-groep	212.000
Zorg en Zekerheid	-	399.000
ONVZ	-	396.000
DSW	-	374.000
Eno	-	126.000
Stad Holland	-	88.000
ASR	-	287.000

www.gipdatabank.nl

Sinds 2004 zijn de gegevensbestanden van het GIP op een voor iedereen toegankelijke manier ontsloten via *www.gipdatabank.nl*. De *GIPdatabank* is een unieke openbare gegevensbron met gedetailleerde cijfers over het gebruik van genees- en hulpmiddelen in Nederland over de afgelopen vijf jaar. Hier kunt u gedetailleerde informatie vinden over het volume (aantal uitgiftes en aantal standaard dagdoseringen), de daarmee gepaard gaande kosten en het aantal gebruikers van geneesmiddelen en hulpmiddelen.

Via de openingspagina geven we ook achtergrondinformatie over onze gegevensbronnen, de gebruikte begrippen en definities. De belangrijkste beleidsmaatregelen van de afgelopen tien jaar laten we in een apart overzicht zien. Via een handige zoekfunctie kunt u een geneesmiddel net zo gemakkelijk zoeken op de merknaam (de handelsnaam die de fabrikant aan zijn middel geeft) als op de stofnaam (werkzame stof). Doordat we met de zogenoemde ATC-codering aansluiten bij het internationale classificatiesysteem voor geneesmiddelen, is het mogelijk om de geneesmiddelen die tot eenzelfde therapeutische groep behoren onderling te vergelijken. Voor wat betreft de hulpmiddelen sluiten we aan bij de internationale ISO-classificatie en sluit de clustering van hulpmiddelen aan bij de indeling zoals deze in de Zorgverzekeringswet wordt aangehouden.
De gegevens en overzichten uit de *GIPdatabank* kunnen eenvoudig worden gekopieerd naar andere programma's, bijvoorbeeld Excel; daarna kunt u er zelf mee aan de slag.

In juni 2008 is de navigatiestructuur van de *GIPdatabank* aangepast waardoor het mogelijk is om nog gemakkelijker tussen de verschillende overzichten te wisselen. In de afgelopen jaren hebben we ook het aantal rapportages uitgebreid. Zo zijn rapportages toegevoegd over het gebruik van voedingsmiddelen, de ontwikkelingen in het gebruik van dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen. Medio 2013 is de vormgeving van de *GIPdatabank*, net als de andere door het CVZ beheerde websites, aangepast aan de rijkshuisstijl.
In de volgende paragraaf geven we nog een overzicht van de gegevens en de verschillende overzichten die u via de *GIPdatabank* kunt raadplegen en geven we een korte handleiding voor het gebruik ervan.

Maandelijks trekt de *GIPdatabank* ruim 2.200 bezoekers die samen circa 20.000 verschillende pagina's raadplegen. De belangrijkste groepen gebruikers zijn medewerkers van zorgverzekeraars, universiteiten en onderzoeksinstellingen. Maar ook medewerkers van de farmaceutische industrie weten de weg naar de *GIPdatabank* te vinden.

Ruim 300 mensen hebben zich geabonneerd op onze digitale nieuwsbrief. Via deze nieuwsbrief laten we onze gebruikers bijvoorbeeld weten als de gegevens op de site weer zijn geactualiseerd.

In 2012 hebben we in samenwerking met het RIVM de verschillen in geneesmiddelengebruik tussen verschillende zorgkantoorregio's in beeld gebracht met behulp van landkaarten. Deze kaarten worden jaarlijks door het RIVM gepubliceerd en geactualiseerd op grond van de gegevensbestanden van het GIP. U kunt deze regionale overzichten raadplegen via: *www.zorgatlas.nl/zorg/genees-en-hulpmiddelen/geneesmiddelengebruik.*

Naast het openbaar toegankelijke gedeelte kent de *GIPdatabank* ook een besloten gedeelte, dat alleen toegankelijk is voor zorgverzekeraars, zodat deze hun eigen cijfers kunnen vergelijken met landelijke referentiecijfers. Deze landelijke referentiecijfers kunnen ook worden geraadpleegd door een beperkt aantal organisaties waarmee het CVZ een overeenkomst heeft gesloten. Het betreft het Ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit , het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, het Nederlands Bijwerkingen Centrum (Lareb), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.
De *GIPdatabank* geeft inzicht in de ontwikkelingen in het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen. Inhoudelijke informatie over deze geneesmiddelen, bijvoorbeeld het advies van de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH), de indicatiestelling en dosering presenteert het CVZ in het Farmacotherapeutisch Kompas. Deze publicatie is ook via het internet te raadplegen, ga daarvoor naar: *www.fk.cvz.nl*.

Informatie over de vergoedingsstatus van geneesmiddelen en actuele prijsinformatie presenteert het CVZ op zijn internetsite *www.medicijnkosten.nl*.

GIPdatabank: gebruikerstips

Hierna geven we aan welke verschillende overzichten u via de *GIPdatabank* (*www.gipdatabank.nl*) kunt raadplegen en welke verschillende kengetallen u daarbij kunt selecteren. De overzichten selecteert u door in het eerste selectiescherm te kiezen voor de aanspraak: "geneesmiddelen" of "hulpmiddelen".

Als u kiest voor "geneesmiddelen" gaat u naar het tweede selectiescherm waar alle verschillende soorten overzichten die beschikbaar zijn, worden getoond. U kiest een van deze overzichten. Daarna geeft u in het derde selectiescherm aan welke soort gegevens (selecteer eenheid) u wilt zien. Als u de gegevenssoort heeft geselecteerd, wordt de tabel getoond.

De meeste tabellen zijn meerjarenoverzichten over de afgelopen vijf jaar en kunt u kiezen tussen de volgende gegevenssoorten:
- totale kosten (inclusief BTW en afleververgoeding apotheker)
- aantal uitgiftes
- aantal gebruikers
- aantal DDDs (standaard dagdoseringen)

Vaak kan ook nog een combinatie van deze gegevenssoorten worden opgevraagd, bijvoorbeeld het gemiddeld aantal DDDs per gebruiker, of de gemiddelde kosten per DDD. De beschikbare gegevenssoorten én de combinaties worden altijd in het derde selectiescherm getoond en kunnen dan worden geselecteerd. Ook is het mogelijk om tussentijds te switchen tussen de verschillende gegevenssoorten.

De *GIPdatabank* voor geneesmiddelen kent via het tweede selectiescherm de volgende overzichten:

Tabel 1.2 | Overzichten die via de GIPdatabank kunnen worden geraadpleegd

Geneesmiddelen	
Meerjarentabel	van ATC1 tot en met ATC5 niveau
Weesgeneesmiddelen	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Doorgeleverde bereidingen	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Dure geneesmiddelen	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Voedingsmiddelen	naar indicatie en soort
Voorschrijver	grafisch op ATC1 niveau
Unieke leveringen	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Startende gebruikers	statines en protonpompremmers
Top 25 stijgers	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Top 100	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Nieuwe geneesmiddelen	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Bijlage 2	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Geneesmiddelengroepen	
- Maagmiddelen	2002-2012; grafisch, ATC5 niveau
- Cholesterolverlagers	2002-2012; grafisch, ATC5 niveau
- Diabetesmiddelen	2002-2012; grafisch, ATC5 niveau
- Astma- en COPD-middelen	2002-2012; grafisch, ATC5 niveau
- Antidepressiva	2002-2012; grafisch, ATC5 niveau
- Antipsychotica	2002-2012; grafisch, ATC5 niveau
- Slaap- en kalmeringsmiddelen	2002-2012; grafisch, ATC5 niveau
- ADHD-middelen	2002-2012; grafisch, ATC5 niveau
Jaarlijkse groei kosten	1985-2012; grafische presentatie
Verzekerdenaantallen	2008-2012; tabel

Als u kiest voor "hulpmiddelen", gaat u naar het tweede selectiescherm waar alle verschillende soorten overzichten die beschikbaar zijn, worden getoond. U kiest een van

deze overzichten. Daarna geeft u in het derde selectie-scherm aan welke soort gegevens (selecteer eenheid) u wilt zien. Als u de gegevenssoort heeft geselecteerd, wordt de tabel getoond.

De meeste tabellen zijn meerjarenoverzichten over de afgelopen vijf jaar en kunt u kiezen tussen de volgende gegevenssoorten:

- totale kosten (inclusief BTW en afleververgoeding apotheker)
- aantal declaraties
- aantal gebruikers

Vaak kan ook nog een combinatie van deze gegevens-soorten worden opgevraagd, bijvoorbeeld de totale kosten per gebruiker, of de kosten per declaratie. De beschikbare gegevenssoorten én combinaties worden altijd in het derde selectiescherm getoond en kunnen dan worden geselecteerd. Ook is het mogelijk om tussentijds te switchen tussen de verschillende gegevenssoorten.

De *GIPdatabank* voor hulpmiddelen kent via het tweede selectiescherm de volgende overzichten:

Tabel 1.3 | Overzichten die via de GIPdatabank kunnen worden geraadpleegd

Hulpmiddelen	
Meerjarentabel	per hulpmiddelengroep (2 niveaus)
Leeftijd en geslacht	man/vrouw en 65- en 65+
Top 10 stijgers	per hulpmiddelengroep (2 niveaus)
Top 10 hulpmiddelen	per hulpmiddelengroep (2 niveaus)
Jaarlijkse groei kosten	1997-2017; grafische presentatie
Verzekerden aantallen	2008-2012; tabel

Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg

Aantal gebruikers hulpmiddelenzorg daalt in 2012 met 6%.

In 2012 deden circa 2,1 miljoen verzekerden een beroep op de hulpmiddelenzorg, een daling van 6% in vergelijking met het jaar ervoor. De totale uitgaven voor hulpmiddelen bedroegen bijna € 1,5 miljard, een stijging met 2,5%. Zowel de gemiddelde kosten per gebruiker als de gemiddelde kosten per declaratie stijgen.

De in 2011 geconstateerde ontwikkelingen van een dalend volume (zowel in aantal gebruikers als in aantallen declaraties) in combinatie met een stijgende prijscomponent (kosten per gebruiker en kosten per declaratie) zet zich in 2012 voort. In 2012 daalt het aantal verzekerden dat gebruik maakt van hulpmiddelenzorg met 6% naar 2,1 miljoen gebruikers. Vooral bij de verbandmiddelen is er sprake van een forse daling van het aantal gebruikers. Een stijging in het gebruik zien we vooral bij de ademhalings hulpmiddelen (voorzetkamers en CPAP-apparatuur), aan- en uittrekapparaten, auditieve hulpmiddelen (hoortoestellen) en eenvoudige loophulpmiddelen (rollator). Hierdoor wordt de daling in gebruikersaantallen nog enigszins geremd. Omdat de kosten per gebruiker van bijvoorbeeld hoortoestellen veel hoger zijn dan bij de verbandmiddelen, gaat de daling van het totaal aantal gebruikers met 6% vooralsnog niet gepaard met een daling van de totale uitgaven. In 2012 stijgen de totale uitgaven aan hulpmiddelenzorg met 2,5% naar € 1,47 miljard. In tabel 2.1 laten we de ontwikkelingen zien van het gebruik en uitgaven van de hulpmiddelenzorg in de jaren 2008 tot en met 2012.

Wat zijn de grootste uitgavenposten in 2012?

In tabel 2.2 staat de top 5 van hulpmiddelen met de grootste uitgaven in 2012. In vergelijking met het voorgaande jaar is de top 5 op drie plaatsen gewijzigd. De

Tabel 2.1 | Kengetallen hulpmiddelenzorg, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	Mutatie '08-'09	Mutatie' 09-'10	Mutatie '10-'11	Mutatie '11-'12
Totale kosten (1 = € 1 miljoen)	1.288	1.336	1.407	1.442	1.470	4%	5%	2%	2%
Volumecomponent									
Gebruikers (1 = 1.000)	2.178	2.203	2.368	2.252	2.120	1%	7%	-5%	-6%
Declaraties (1 = 1 miljoen)	17,0	17,4	18,1	17,7	17,4	2%	4%	-2%	-2%
Declaraties per gebruiker (1 = 1)	7,8	7,9	7,6	7,9	8,2	1%	-3%	3%	5%
Prijscomponent									
Kosten/gebruiker (1 = € 1)	591	606	594	640	694	3%	-2%	8%	8%
Kosten/declaratie (1 = € 1)	76	77	78	81	84	1%	1%	5%	4%

Tabel 2.2 | Top 5 hulpmiddelenzorg: kosten, gebruikers en kosten per gebruiker in 2012

	Totale kosten (1 = € 1 mln)	Aandeel 65+ in totale kosten		Gebruikers (1 = 1.000)	Aandeel 65+ in gebruikers		Kosten/ gebruiker (1 = € 1)
	2012	man	vrouw	2012	man	vrouw	2012
1. incontinentiemateriaal	163	17%	60%	556	18%	59%	292
2. hoortoestellen	143	37%	39%	163	38%	38%	875
3. stomamaterialen	141	29%	30%	118	30%	32%	1.193
4. orthopedisch schoeisel	127	15%	32%	111	14%	32%	1.147
5. overige verzorgingsmiddelen	113	34%	19%	127	40%	22%	887
Totaal Top 5*	687	26%	38%	895	24%	48%	768
Overige Hulpmiddelen*	784	18%	24%	1.752	19%	29%	447
Totaal*	**1.470**	**22%**	**31%**	**2.120**	**20%**	**32%**	**694**

** een verzekerde kan gebruik maken van meerdere hulpmiddelen uit verschillende categorieën; het totaal aantal gebruikers wijkt af van de som van de afzonderlijke categorieën*

grootste stijger is de categorie hoortoestellen: van plek 5 naar plek 2 ten koste van de stomamaterialen. De verbandmaterialen zijn de grootste daler. Deze categorie verdwijnt zelfs uit de top 5. Nieuw in de top 5 zijn de overige verzorgingsmiddelen op plek 5. Deze categorie bestaat voornamelijk uit katheters en urine-opvangzakken. Samen zijn de hulpmiddelengroepen uit de top 5 verantwoordelijk voor bijna de helft van de totale uitgaven. Een overzicht met daarin de hulpmiddelen die in 2012 het snelst in kosten zijn gestegen is te vinden op de *GIPdatabank*: selecteer de top 10 stijgers op *www.gipdatabank.nl*.

Hoortoestellen

De uitgaven en aantallen gebruikers voor de categorie hoortoestellen stijgen flink. Ten opzichte van 2011 wordt er ruim € 26 miljoen meer uitgegeven aan hoortoestellen in 2012. Dit maakt in absolute zin de hoortoestellen tot de categorie hulpmiddelen met de grootste kostenstijging in 2012. De stijging van circa 22% zit vooral in het laatste kwartaal van 2012 en lijkt het gevolg te zijn van de extra aandacht die er op dat moment was voor de aangekondigde wijzigingen in de vergoedingssystematiek voor hoortoestellen per 1-1-2013. Vanaf deze datum wordt er in plaats van de maximale vergoedingslimiet een procentuele eigen bijdrage gevraagd (in 2013 = 25%).

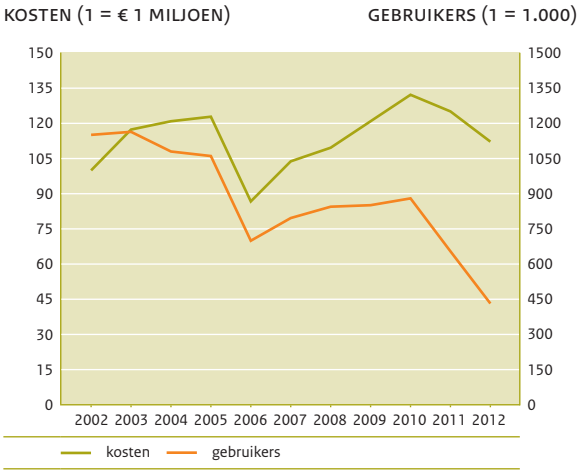
Overige verzorgingsmiddelen

In 2012 maken ongeveer 106.300 verzekerden gebruik van katheters en bijna 64.000 mensen krijgen een of meer urine-opvangzakken afgeleverd. Over het algemeen zijn er meer mannelijke gebruikers van katheters en urine-opvangzakken. De verhouding man – vrouw is ongeveer 60%-40%. De uitgaven aan de categorie overige verzorgingsmiddelen stijgen in 2012 met € 5 miljoen naar € 113 miljoen. Mede door de flinke daling van de uitgaven voor verbandmiddelen stijgt de categorie overige verzorgingsmiddelen naar plek 5 binnen de top 5 hulpmiddelen met de grootste uitgaven. De uitgaven voor overige verzorgingsmiddelen worden vooral bepaald door de kosten van katheters (€ 86 miljoen) en urine-opvangzakken (€ 24 miljoen). De stijging van de uitgaven voor katheters met bijna 8% is bepalend voor de gehele categorie overige verzorgingsmiddelen. De uitgaven voor urine-opvangzakken blijven in 2012 gelijk ten opzichte van het voorgaande jaar.

Uitgaven en gebruik verbandmiddelen dalen verder

In figuur 2.1 laten we de ontwikkelingen zien van de kosten en het aantal gebruikers van verbandmiddelen vanaf 2002. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006, zijn de verbandmiddelen overgeheveld vanuit de farmaceutische zorg naar de hulpmiddelenzorg. De dip in 2006 wordt veroorzaakt door deze overheveling. In de periode daaropvolgend is er sprake van een inhaalslag: in 2009 zijn de uitgaven ongeveer gelijk aan het niveau van 2005 en het aantal gebruikers nadert het aantal dat we op basis van de ontwikkeling in de periode 2002-2005 zouden verwachten. Begin 2011 is er met behulp van het zogenoemde aanvraagformulier verbandmiddelen een start gemaakt met de protocolontwikkeling van wondzorg. Het aanvraagformulier wordt gebruikt door zowel voorschrijvers als leveranciers en geeft antwoord op de vraag voor welke indicaties een verbandmiddel voor vergoeding in aanmerking komt op rond van de basisverzekering. Het gebruik van het aanvraagformulier lijkt in eerste instantie vooral effect te hebben op het aantal gebruikers met relatief weinig kosten. In 2011 daalt het aantal gebruikers flink, met 25% terwijl de bijhorende uitgaven dalen met 5%.

Figuur 2.1 | Kosten en gebruikers verbandmiddelen, 2002-2012



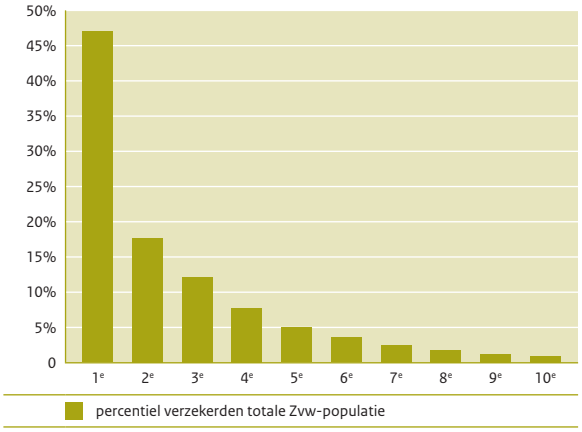
2002-2005 Ziekenfondswet- en particulier verzekerden;
2006-2012 Zorgverzekeringswetverzekerden

In 2012 zet de daling van het aantal gebruikers en de uitgaven verder door: het aantal gebruikers daalt met 35% en de uitgaven dalen met 10% in vergelijking met 2011. Dit betekend dat sinds de invoering van het aanvraagformulier de uitgaven voor verbandmiddelen zijn gedaald met 15% en het aantal gebruikers ten opzichte van 2010 is gehalveerd. In 2010 waren er nog ongeveer 882.000 gebruikers van verbandmiddelen, in 2012 zijn dit er 423.000.

Kleine groep gebruikers verantwoordelijk voor groot deel van de uitgaven

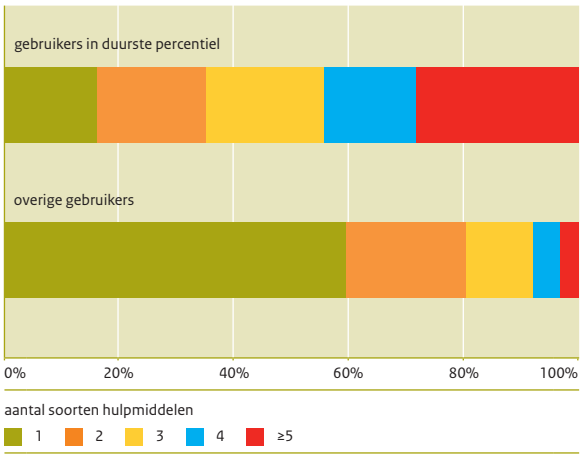
Figuur 2.2 laat zien hoe de lasten voor hulpmiddelenzorg in 2012 zijn verdeeld over de totale Zvw-populatie. Net als in de voorgaande jaren maakt bijna 90% van de verzekerden geen of maar heel weinig kosten voor hulpmiddelen. Dit zijn ruim 14,6 miljoen Zvw-verzekerden. Binnen de ruim 10% van de verzekerden die wel gebruik maken van hulpmiddelenzorg is slechts circa 1% (ruim 165.000 verzekerden) in 2012 verantwoordelijk voor bijna de helft van de totale uitgaven voor hulpmiddelen (circa € 688 miljoen).

Figuur 2.2 | Kostenaandeel gebruikers hulpmiddelenzorg, 2012



Dat een relatief kleine groep verzekerden verantwoordelijk is voor bijna 50% van de lasten is vooral het gevolg van een groter volume in het gebruik van hulpmiddelen. Een gemiddelde gebruiker van hulpmiddelenzorg krijgt in een jaar ongeveer 8 declaraties vergoed. Een gebruiker uit het duurste percentiel krijgt in een jaar circa 28 declaraties vergoed. Dit is 3,5 keer hoger dan het landelijke gemiddelde. Het zijn vooral declaraties van verschillende soorten hulpmiddelen, terwijl de overige hulpmiddelengebruikers zich voornamelijk beperken tot 1 soort hulpmiddel. Dit is goed te zien in figuur 2.3.

Figuur 2.3 | Aandeel gebruikers naar aantal soorten hulpmiddelen per gebruiker, 2012



Hulpmiddelengebruik naar leeftijd en geslacht

In de tabellen 2.3 en 2.4 geven we weer hoe de verhoudingen zijn tussen mannelijke en vrouwelijke gebruikers van hulpmiddelen per leeftijdscategorie. Over het algemeen maken meer vrouwen dan mannen gebruik van de hulpmiddelenzorg. Mannen zijn gemiddeld iets duurdere gebruikers dan vrouwen.

Tabel 2.3 | Aantal gebruikers naar leeftijd en geslacht

1 = 1.000

	2008	2009	2010	2011	2012
Mannen	866	882	963	919	876
0-24 jaar	124	117	152	146	128
25-44 jaar	117	113	117	97	80
45-64 jaar	260	269	287	268	253
65-74 jaar	162	170	182	184	189
75-84 jaar	147	153	162	160	159
≥ 85 jaar	55	59	63	64	66
Vrouwen	1.312	1.322	1.405	1.333	1.244
0-24 jaar	115	110	138	128	108
25-44 jaar	182	180	192	167	139
45-64 jaar	355	361	384	358	327
65-74 jaar	223	226	238	237	235
75-84 jaar	272	272	277	266	258
≥ 85 jaar	165	172	176	176	177
Totaal	**2.178**	**2.203**	**2.368**	**2.252**	**2.120**

Tabel 2.4 | Kosten per gebruiker naar leeftijd en geslacht

1 = 1 EURO

	2008	2009	2010	2011	2012
Mannen	646	665	645	699	756
0-24 jaar	537	610	489	530	593
25-44 jaar	514	535	541	647	780
45-64 jaar	649	652	647	702	747
65-74 jaar	716	716	717	761	801
75-84 jaar	717	726	728	765	807
≥ 85 jaar	766	771	774	806	816
Vrouwen	555	567	559	600	650
0-24 jaar	489	543	459	507	596
25-44 jaar	403	414	399	453	538
45-64 jaar	520	525	530	573	624
65-74 jaar	550	560	565	600	646
75-84 jaar	611	616	624	650	681
≥ 85 jaar	759	763	769	785	779
Totaal	**591**	**606**	**594**	**640**	**694**

De stijging van het aantal gebruikers in 2010 in de leeftijdscategorie 0 tot 25 jaar is het gevolg van het functiegericht omschrijven van de verstrekking uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel in 2010. Hierdoor is de aanspraak uitgebreid met losse voorzetkamers. Deze losse voorzetkamers vergemakkelijken het inhaleren van medicijnen (aerosol) en worden vooral gebruikt door kinderen.

De daling van het totaal aantal gebruikers in 2011 (-5%) en 2012 (-6%) wordt grotendeels veroorzaakt de daling

van het aantal gebruikers van verbandmiddelen (dit onder invloed van het toepassen van het aanvraagformulier verbandmiddelen). Vooral in de leeftijdscategorieën 0 tot 25 jaar, 25 tot 45 jaar en 45 tot 65 jaar is de daling van het aantal gebruikers in 2012 goed zichtbaar. Dat door het gebruik van het aanvraagformulier verbandmiddelen vooral gebruikers met relatief lage kosten uitvallen, blijkt uit de stijging van de kosten per gebruiker. Dit geldt vooral weer voor de jongste leeftijdscategorieën.

Hulpmiddelengebruik verdeeld naar regio

In 2012 maken ongeveer 2,1 miljoen verzekerden gebruik van de hulpmiddelenzorg. Het landelijk gemiddelde komt daarmee uit op 127 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. In figuur 2.4 brengen we regionale verschillen in het gebruik van hulpmiddelen in beeld. We vergelijken hier het regiogemiddelde – dat is gecorrigeerd voor verschillen in de leefijd- en geslachtopbouw met het landelijke beeld - met het landelijk gemiddelde.

Om de onderlinge vergelijking tussen de verschillende zorgkantoorregio's (zie ook bijlage V) te vergemakkelijken, is de regionale prevalentie geclassificeerd op basis van de procentuele afwijking van de landelijke prevalentie in Nederland; de landelijke prevalentie is als index op 100 gesteld. De procentuele afwijking ten opzichte van de index is als volgt in klassen ingedeeld, omschreven en van een kleurcode voorzien:

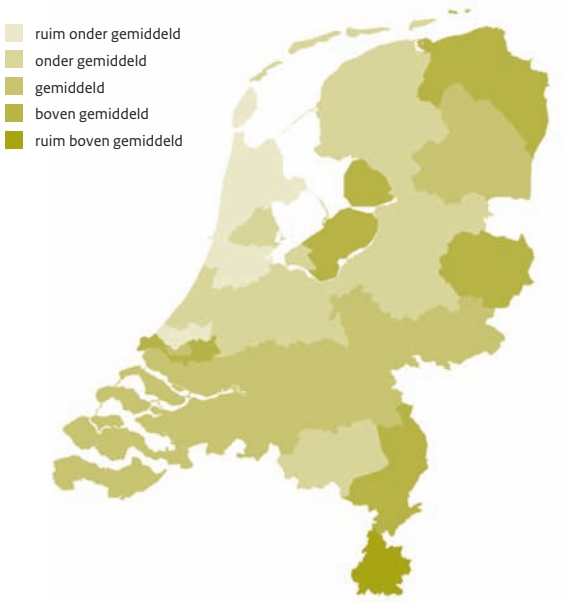
index ≤ 90	ruim onder gemiddeld
index 90 - 97,5	onder gemiddeld
index 97,5-102,5	gemiddeld
index 102,5-110	boven gemiddeld
index ≥ 110	ruim boven gemiddeld

Globaal gezien ligt de prevalentie (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht) in de meeste regio's van Noord-Holland ruim onder het gemiddelde. Boven gemiddeld gebruik van hulpmiddelen komt vooral voor in de regio's Flevoland, Groningen, Twente en Noord Limburg. Alleen in de regio Zuid Limburg ligt het gebruik van hulpmiddelen per 1.000 verzekerden ruim boven het landelijk gemiddelde.

Wat zijn de ontwikkelingen per hulpmiddelencategorie vanaf 2006?

De diverse soorten hulpmiddelen die verstrekt worden in het kader van de zorgverzekeringswet deelt het CVZ in zogenoemde monitor-hoofdgroepen. Deze indeling volgt in grote lijnen de indeling van de hulpmiddelen zoals deze staat beschreven in de zorgverzekeringswet. Hierbij worden de wijzigingen in de aanspraak op hulpmiddelenzorg gevolgd en met terugwerkende kracht doorgevoerd op de gegevens over de voorgaande jaren.

Figuur 2.4 | Gebruikers hulpmiddelen 2012
Prevalentie NL = 130 per 1.000 Zvw-verzekerden



Per 1 januari 2012 zijn er een aantal wijzigingen in de aanspraak op hulpmiddelenzorg doorgevoerd. De aanspraken op hulpmiddelen in verband met beperkingen in het spreken en de hulpmiddelen in verband met stoornissen in de visuele functie zijn functiegericht omschreven. Verder is per 1 januari 2012 de te verzekeren prestatie 'vervanging van BAHA-hoortoestellen' vervallen. Zij maken vanaf die datum onderdeel uit van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden'

Door het functioneel omschrijven van de hulpmiddelen in verband met stoornissen in de visuele functie zijn er een aantal hulpmiddelen ondergebracht in de categorie 'E – Visuele hulpmiddelen' die voorheen in andere hulpmiddelengroepen waren ingedeeld. Dit zijn memorecorders voor visueel gehandicapten, tactiel leesapparatuur, blindentaststokken en blindengeleidehonden. Verder is het eetapparaat ondergebracht in de categorie 'R – hulpmiddelen ten behoeve van arm-, hand- en vingerfunctie'.

Kijk op *www.gipdatabank.nl* voor een chronologisch overzicht met beleidsmaatregelen met betrekking tot de hulpmiddelenzorg.

In de tabellen 2.5 en 2.6 laten wij de ontwikkelingen zien per hoofdcategorie van de kosten en het aantal gebruikers in de periode 2006–2012. Naast het verschilpercentage ten opzichte van het voorgaande jaar wordt in de tabel ook de gemiddelde jaarlijkse groei (GJG) weergegeven.

Tabel 2.5 | Kostenontwikkeling hulpmiddelenzorg, 2006-2012

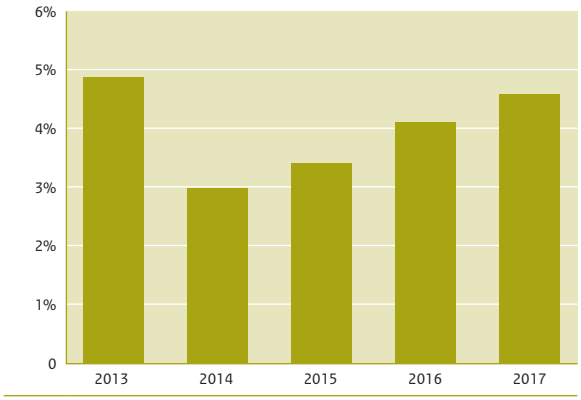
1 = 1 MILJOEN EURO

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	mutatie '11- '12	GJG '06 - '12
Verzorgingsmiddelen	394,0	437,4	462,7	493,1	533,1	539,6	532,4	-1,3%	5,1%
Orthesen en schoenvoorzieningen	142,0	146,7	162,4	171,3	177,5	189,2	192,7	1,8%	5,2%
Auditieve hulpmiddelen	113,8	122,9	132,9	133,6	139,0	144,1	180,1	25,0%	8,0%
Visuele hulpmiddelen	22,3	23,6	26,9	32,1	32,3	33,6	31,7	-5,7%	6,1%
Diabetes hulpmiddelen	164,5	185,2	194,0	211,0	215,5	213,8	212,8	-0,5%	4,4%
Inrichtingselementen woningen	56,2	60,5	65,4	47,4	37,7	38,2	35,6	-6,7%	-7,3%
Transportondersteuners bloed en lymfe	49,5	52,8	58,2	61,4	62,3	62,3	58,2	-6,6%	2,7%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	54,2	57,1	59,1	56,5	69,9	80,9	85,1	5,3%	7,8%
Prothesen	41,4	42,6	45,6	48,5	53,0	54,7	56,2	2,8%	5,2%
Communicatie/informatie/signalering	15,9	17,0	22,3	17,0	17,3	16,2	16,2	0,1%	0,3%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	17,2	18,2	17,4	15,0	18,8	15,5	15,4	-0,4%	-1,8%
Hulpmiddelen toedienen voeding	9,5	10,4	12,6	13,7	14,2	13,0	13,8	6,4%	6,4%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	17,7	18,8	20,7	20,7	25,1	25,6	27,0	5,4%	7,2%
Geleidehonden	1,0	1,5	1,7	1,5	1,6	1,3	1,5	16,4%	8,2%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	1,8	1,9	1,4	3,5	4,2	3,6	3,1	-13,0%	9,6%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-44,3%	-44,0%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,6	0,5	-15,7%	87,2%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	0,0	0,1	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	-9,5%	6,0%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	6,7	20,8	4,2	8,6	4,3	9,3	7,7	-17,0%	2,4%
Totaal	**1.107,6**	**1.217,4**	**1.287,9**	**1.335,6**	**1.406,6**	**1.441,6**	**1.470,3**	**2,0%**	**4,8%**

Wat is de ontwikkeling van de uitgaven op de middellange termijn?

Op basis van de gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven voor de hulpmiddelenzorg in de periode 2008 tot en met 2012 en de groeipercentages van de uitgaven ten opzichte van het voorgaande jaar, komt het CVZ tot een raming van de uitgaven voor de periode 2013-2017. Het CVZ verwacht voor 2013 een groei van de uitgaven met circa 4,9% en over de periode 2014 tot 2017 een gemiddelde jaarlijkse groei van circa 4%. In figuur 2.5 staan de groeipercentages van de uitgaven voor Hulpmiddelenzorg op basis van de middellange termijn raming (MLT) weergegeven. In de MLT-raming zijn, voor zover bekend, de effecten van een aantal (voorgenomen) beleidsmaatregelen meegenomen.

Figuur 2.5 | Raming groeipercentages uitgaven middellangetermijn hulpmiddelenzorg, 2013-2017



Maatregelen per 1 januari 2013

Vanaf 1 januari 2013 zijn de huidige AWBZ-uitleenhulpmiddelen overgeheveld naar de Zvw. Dit zijn vooral hulpmiddelen voor het bewegingssysteem en hulpmiddelen voor verzorging en verpleging op bed. Met de overheveling is er een bedrag van ongeveer € 91 miljoen toegevoegd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten aan het Zorgverzekeringsfonds. (zie ook: *Rapport Functiegerichte omschrijving hulpmiddelen voor het bewegingssysteem*, CVZ, mei 2012, nr. 2011107673).

De eenvoudige loophulpmiddelen (o.a. de rollator) zijn vanaf 1 januari 2013 geen onderdeel meer van de basisverzekering. In het *rapport Hulpmiddelenzorg 2010* (zie ook: deelrapport Pakketadvies 2010, CVZ, Diemen, april 2010, nr. 280) berekent het CVZ de financiële consequenties van deze maatregel op ongeveer € 20,5 miljoen. Ook de redressiehelm komt vanaf 2013 niet meer voor vergoeding via de basisverzekering in aanmerking. Het CVZ raamt de financiële gevolgen hiervan op ongeveer € 3,5 miljoen.

Tabel 2.6 | Ontwikkeling gebruikers hulpmiddelenzorg, 2006-2012

1 = 1.000

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	mutatie '11- '12	GJG '06 - '12
Verzorgingsmiddelen	1.138,2	1.233,2	1.301,6	1.320,4	1.343,6	1.138,9	928,8	-18,5%	-3,3%
Orthesen en schoenvoorzieningen	172,9	174,6	189,2	198,6	210,3	217,8	208,3	-4,4%	3,1%
Auditieve hulpmiddelen	173,7	184,2	197,5	186,3	186,2	186,5	206,6	10,7%	2,9%
Visuele hulpmiddelen	49,0	51,3	53,8	52,7	57,3	58,6	54,2	-7,5%	1,7%
Diabetes hulpmiddelen	243,1	254,1	276,5	285,9	294,1	303,1	311,9	2,9%	4,2%
Inrichtingselementen woningen	74,9	83,3	96,7	56,0	48,6	44,4	41,7	-5,9%	-9,3%
Transportondersteuners bloed en lymfe	387,6	414,8	451,0	463,2	477,7	437,8	375,5	-14,3%	-0,5%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	59,3	71,0	80,8	95,3	255,2	337,8	378,5	12,1%	36,2%
Prothesen	57,5	59,9	63,2	64,6	69,3	69,9	70,3	0,6%	3,4%
Communicatie/informatie/signalering	58,4	61,9	65,4	60,8	57,2	51,8	48,1	-7,1%	-3,2%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	78,7	81,8	85,8	80,1	114,9	77,0	89,1	15,7%	2,1%
Hulpmiddelen toedienen voeding	8,0	10,0	12,0	14,0	15,2	15,0	16,4	9,3%	12,6%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	96,0	100,4	116,8	132,8	151,6	147,0	166,2	13,0%	9,6%
Geleidehonden	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	150,9%	24,8%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	-3,5%	4,8%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	-47,9%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,0	0,0	0,1	0,4	0,5	0,5	0,4	-9,0%	71,8%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	1,2	2,1	7,7	7,1	7,4	1,9	1,7	-12,3%	5,9%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	20,8	54,6	21,1	18,0	13,1	28,8	51,7	79,4%	16,4%
Totaal	**1.930,7**	**2.060,0**	**2.178,1**	**2.203,3**	**2.367,8**	**2.251,5**	**2.119,7**	**-5,9%**	**1,6%**

** een verzekerde kan gebruik maken van meerdere hulpmiddelen uit verschillende categorieën; het totaal aantal gebruikers wijkt af van de som van de afzonderlijke categorieën*

De hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie zijn per 1 januari 2013 functiegericht omschreven en ook vervallen de vergoedingslimieten voor hoortoestellen. Dit betekent tevens dat gehoorhulpmiddelen die voorheen met een vergoedingsregeling vanuit de Wet werk en inkomen werden betaald, nu vergoed worden vanuit de basisverzekering.
Tegelijkertijd wordt er een eigen bijdrage van 25% van de kosten voor gehoorhulpmiddelen ingevoerd. Het CVZ adviseert deze eigen bijdrage zodat in ieder geval op korte termijn de financiële gevolgen van het functioneel omschrijven en het afschaffen van de vergoedingslimieten beperkt blijven.

De aanspraak op visuele hulpmiddelen is aangepast voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Deze kinderen krijgen ook brillenglazen en filterglazen vergoed als het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft. Wel gelden hierbij dezelfde voorwaarden als bij de lenzen. De kosten van de uitbreiding in de aanspraak zijn ongeveer € 0,5 miljoen.

Vanaf 1 januari 2013 is de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het bewegingssysteem uitgebreid met onder andere hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen, aangepaste stoelen en bedden, bepaalde communicatiehulpmiddelen en douche-/postoelen.

De serveerwagen verdwijnt door deze uitbreiding uit het basispakket. We verwachten dat de financiële gevolgen van de aanpassing van de aanspraak op hulpmiddelen voor het bewegingssysteem zeer beperkt zijn.

Maatregelen per 1 januari 2014

Op advies van het CVZ (zie ook: *Rapport Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden*, CVZ, november 2012, nr. 2011060289) valt per 1 januari 2014 de thuisdialyseapparatuur, inclusief toebehoren, controle en onderhoud (en chemicaliën en vloeistoffen) onder de medischspecialistische zorg. De uitgaven voor woningaanpassingen en uitgaven die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen (zoals extra stroomkosten) blijven wel onderdeel van de hulpmiddelenzorg.

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 is de aanspraak op thuisdialyseapparatuur overgeheveld naar de hulpmiddelenzorg. In de praktijk brengt men de uitgaven voor thuisdialyseapparatuur echter nog steeds ten laste van de medisch specialistische zorg. Door de thuisdialyse weer terug te hevelen naar de medisch specialistische zorg, is de wet- en regelgeving weer meer in lijn met de praktijk gebracht. Wij verwachten daarom geen financiële gevolgen voor de hulpmiddelenzorg als gevolg van deze maatregel.

Ontwikkelingen farmaceutische zorg

Sterke daling geneesmiddelenkosten in 2012: -11,7%

De uitgaven voor extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen die werden vergoed op grond van de basisverzekering (Zorgverzekeringswet) zijn in 2012 sterk gedaald naar € 4,6 miljard. Ten opzichte van 2011 betekent dit een daling met 11,7%. Gemeten in aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDDs) is sprake van een lichte stijging met 2,0%. Het aantal uitgiftes steeg met 6,1% naar 218,1 miljoen. De kostendaling in 2012 wordt in belangrijke mate veroorzaakt door de overheveling van de TNF-alfa-blokkers naar het ziekenhuisbudget. Ook het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid heeft geleid tot verdere prijsverlagingen bij vooral generieke geneesmiddelen. De uitbreiding van het preferentiebeleid naar geneesmiddelen waarvan in 2011 en 2012 het patent is verlopen heeft eveneens bijgedragen aan verdere prijsverlagingen en daardoor aan de daling in de geneesmiddelenkosten. De aflevertarieven die apotheekhoudenden in rekening brengen zijn in 2012 licht gedaald, ondanks de stijging van het aantal uitgiftes. Ten opzichte van 2011 zijn de aflevertarieven in 2012 gemiddeld genomen, iets gedaald.

Het aantal uitgiftes is in 2012 gestegen naar 218,1 miljoen, een stijging van 6,1%. Het leeuwendeel van de uitgiftes heeft betrekking op WMG-uitgiftes: 211,4 miljoen. Daarnaast worden er nog 6,8 miljoen Buiten-WMG-artikelen afgeleverd. Het gaat daarbij vooral om voedingsmiddelen en zogenoemde doorgeleverde bereidingen.

Kijken we naar het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDDs) voor WMG-middelen dan is sprake van een stijging van 2,0%. We concluderen dat gemiddeld genomen het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen per uitgifte sinds 2009 afneemt. Deze afname kan vooral worden toegeschreven aan de toename van het gebruik van weekuitgiftes. Sinds juli 2008 is het mogelijk om de aflevering van geneesmiddelen in zogenoemde weekdoseerverpakkingen (voor één week of voor meerdere weken tegelijk) afzonderlijk te declareren. Het gebruik vandeze weekdoseerverpakkingen is sinds 2008 aanzienlijk toegenomen.

Het geneesmiddelengebruik (gemeten in aantallen DDDs) is in 2012 toegenomen met 2,0%. De daling van het aantal DDDs in 2011 ten opzichte van 2009 kan voor een belangrijk deel (circa 500 miljoen DDDs en bijna 2 miljoen uitgiftes) worden toegeschreven aan de pakketmaatregel om de vergoeding van anticonceptie te beperken voor vrouwen tot 21 jaar. Deze leeftijdsbeperking gold ook voor de periode 2004 t/m 2008, maar werd in 2009 weer ongedaan gemaakt. De (lichte) daling van het aantal DDDs in 2009 ten opzichte van 2008, is vooral toe te schrijven aan de beperking van de aanspraak op slaap- en kalmeringsmiddelen per 1 januari 2009. Deze maatregel is verantwoordelijk voor een vermindering van het aantal DDDs met circa 155 miljoen en een terugval van het aantal uitgiftes met 9,1 miljoen.

Kijken we naar de uitgavenontwikkeling voor de verstrekte geneesmiddelen dan valt op dat de basisvergoeding voor WMG-geneesmiddelen sinds 2008 is gedaald van € 3.843 miljoen in 2008 naar € 2.982 miljoen in 2012. Terwijl het gebruik van geneesmiddelen is toegenomen zijn de uitgaven juist gedaald. Deze daling kan in belangrijke mate worden toegeschreven aan de prijsverlagingen van vooral generieke geneesmiddelen onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid. Ook wde prijsverlagingen die worden afgedwongen op grond van de WGP spelen hierbij een belangrijke rol.
De vergoedingen aan apotheekhoudenden steeg van € 954 miljoen in 2008 naar € 1.266 miljoen in 2012. Deze stijging hangt samen met een toename van het aantal uitgiftes en een wijziging in de tariefstructuur: de vaste aflevertarieven per uitgifte werden vervangen door gedifferentieerde tarieven waarin voor verschillende soorten uitgiftes verschillende tarieven worden gehanteerd.

Gemiddeld was sprake van een verhoging van het aflevertarief, mede bedoeld als compensatie voor het verlies aan inkomsten uit kortingen en bonussen door apotheekhoudenden in de periode 2008 t/m 2011. Per 1 januari 2012 zijn de tarieven vrijgegeven en onderhandelbaar in

Tabel 3.1 | Farmaceutische zorg: aantal WMG-uitgiftes en DDDs, 2008-2012

1 = 1 MILJOEN

	2008	2009	2010	2011	2012	Mutatie '11-'12
Standaarduitgiftes	-	126,3	128,5	128,0	125,9	-1,6%
Weekuitgiftes	-	44,1	56,9	70,6	85,4	20,9%
Totaal uitgiftes	**163,7**	**170,4**	**185,4**	**198,6**	**211,4**	**6,4%**
DDDs WMG-uitgiftes	7.376	7.346	7.662	7.419	7.570	2,0%
DDDs per WMG-uitgifte	45,1	43,1	41,3	37,4	35,8	-4,1%

Tabel 3.2 | Farmaceutische zorg: totale kosten en kostenopbouw, 2008-2012

1 = 1 MILJOEN EURO

	2008	2009	2010	2011	2012	Mutatie '11-'12
Basisvergoeding WMG	3.843	3.603	3.574	3.534	2.982	-15,6%
Basisvergoeding Buiten-WMG	81	92	99	105	97	-8,0%
Aflververgoeding	954	1.099	1.246	1.282	1.266	-1,3%
BTW	293	288	295	295	261	-11,7%
Totale kosten	**5.170**	**5.081**	**5.213**	**5.217**	**4.606**	**-11,7%**

Tabel 3.3 | Farmaceutische zorg: (basisvergoeding WMG) volume- en prijscomponent, 2004-2012

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Mutatie t.o.v. vorig jaar	81	154	220	319	42	-240	-29	-40	-552
Prijscomponent	223	41	85	128	-179	-224	-239	80	-625
Volumecomponent	-141	114	135	191	221	-16	210	-120	73

de contracten tussen apothekers en zorgverleners. Deze tariefsonderhandelingen hebben voor 2012 geleid tot gemiddeld lagere tarieven ten opzichte van de in 2011 geldende tarieven.

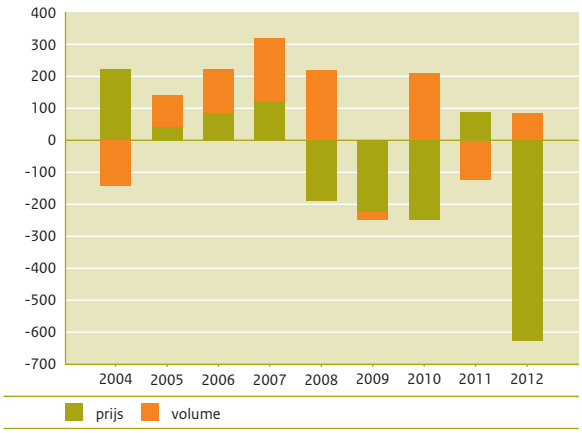
In tabel 3.2 geven we een samenvattend overzicht van de kostenontwikkeling over de afgelopen vijf jaar. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen de kosten voor WMG-geneesmiddelen en buiten-WMG-middelen, de afleververgoeding die apotheekhoudenden ontvingen en de BTW (6%) over de verschillende kostencomponenten. Niet in dit overzicht staan de eigen betalingen van verzekerden in het kader van het GVS. De GVS-bijbetalingen stegen van € 37,1 miljoen (2008) naar € 42,7 miljoen in 2012.

Sinds 2003 zien we een duidelijke wijziging in de trends die ten grondslag liggen aan de stijging in de uitgaven voor geneesmiddelen. Tot en met 2003 wordt de kostengroei vooral bepaald door een stijging van zowel de prijzen voor geneesmiddelen als een stijging in het gebruik van deze geneesmiddelen, in het bijzonder het gebruik van nieuwe, veelal ook duurdere geneesmiddelen.
Beide factoren hielden elkaar globaal in evenwicht. Sinds 2003 is het vooral de stijging in het gebruik (de volumecomponent) van geneesmiddelen die bepalend is voor de kostengroei. Voor de uitgaven aan geneesmiddelen geldt dat deze gemiddeld genomen langzamer stijgen dan de afgeleverde hoeveelheden. Het feit dat de uitgaven voor geneesmiddelen sinds 2003 langzamer zijn gestegen heeft natuurlijk alles te maken met de (vrijwillige) prijsverlagingen, van vooral generieke geneesmiddelen. Dit zowel op grond van het geneesmiddelenconvenant (periode: 2004 t/m 2008), de prijsdruk vanuit de WGP (sinds 1996) als de prijsverlagingen die zorgverzekeraars hebben bewerkstelligd met hun preferentiebeleid (vanaf medio 2008). Dit laatste inclusief de uitbreidingen van dit preferentiebeleid naar geneesmiddelen waarvan het patent in deze periode is verlopen.

In tabel 3.3 en figuur 3.1 laten we zien hoe de stijging in de geneesmiddelenkosten kan worden opgesplitst in een volume- en prijscomponent. We beperken ons hierbij tot de WMG-geneesmiddelen en gaan uit van de basisvergoeding die door de zorgverzekeraars aan de apotheek worden vergoed; dit is exclusief 6% BTW en exclusief de afleververgoeding voor de apotheker. Wat opvalt, is dat

Figuur 3.1 | Farmaceutische zorg: volume- en prijscomponent, 2004-2012

1 = 1 MILJOEN EURO



Tabel 3.4 | Farmaceutische zorg (WMG): apotheekinkoopwaarde en DDDs, 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Apotheekinkoopwaarde (1=1 miljoen euro)									
Specialités	2.666	2.763	2.897	3.159	3.391	3.348	3.383	3.320	2.810
Generiek	629	689	779	834	621	446	409	379	373
Aantal DDDs (1=1 miljoen)									
Specialités	3.242	3.180	3.207	3.312	3.800	3.726	3.582	3.134	2.913
Generiek	2.508	2.778	2.993	3.221	3.576	3.620	4.080	4.285	4.657
Gemiddelde apotheekinkoopprijs per DDD (1=1 euro)									
Specialités	0,82	0,87	0,90	0,95	0,89	0,90	0,94	1,06	0,96
Generiek	0,25	0,25	0,26	0,26	0,17	0,12	0,10	0,09	0,08

de prijscomponent een dalende trend laat zien. In de jaren 2008, 2009, 2010 en 2012 is zelfs sprake van een negatieve prijscomponent.

Zoals hiervoor al aangegeven wordt de negatieve prijscomponent vooral veroorzaakt door de prijsverlagingen onder invloed van het preferentiebeleid en de prijsdruk via de WGP. Voor 2012 wordt de negatieve prijscomponent gedomineerd door de overheveling van de relatief dure TNF-alfa-blokkers naar het ziekenhuisbudget.

De volumecomponent vertoont een iets stabieler beeld. In 2004 en 2009 is ook de volumecomponent negatief maar dit wordt in belangrijke mate veroorzaakt door pakketmaatregelen die de aanspraken op anticonceptiemiddelen en slaap- en kalmeringsmiddelen hebben beperkt. De overheveling van de TNF-alfa-blokkers heeft maar een heel beperkt effect op de volumecomponent gehad. Voor 2012 geldt dat de totale basisvergoeding voor WMG-geneesmiddelen ten opzichte van 2011 met € 552 miljoen is gedaald. Deze daling is de resultante van een negatieve prijscomponent van € 625 miljoen en een positieve volumecomponent van € 73 miljoen.

Een andere manier om te kijken naar de kostenontwikkeling voor geneesmiddelen is deze uit te splitsen naar geneesmiddelen waarop nog patent berust (specialités) en geneesmiddelen waarvan het patent verlopen is en die door meerdere leveranciers worden aangeboden (generieke geneesmiddelen). We doen deze confrontatie op het niveau van de apotheekinkoopprijs (tabel 3.4). Duidelijk zichtbaar is dat de inkoopwaarde van de generieke geneesmiddelen, en dit ondanks een forse stijging van de afgeleverde hoeveelheden, daalt terwijl de apotheekinkoopwaarde voor specialités stijgt. We verwachten dat het prijsniveau van generieke geneesmiddelen in 2013 zal stabiliseren. Voor de specialités verwachten we een geringe stijging van de gemiddelde apotheekinkoopprijs per DDD.

We concluderen dat sinds 2010 (gemeten in aantallen DDDs) de geneesmiddelenmarkt in Nederland gedomineerd wordt door generieke geneesmiddelen; het marktaandeel van generieke middelen is in de afgelopen jaren gestegen van 43% in 2004 naar bijna 62% in 2012. Kijken we echter naar de apotheekinkoopprijs (AIP) dan ontstaat een heel andere beeld en is het marktaandeel van generieke geneesmiddelen gedaald van 19% in 2004 naar iets minder dan 12% in 2012. De oorzaak van deze tegengestelde ontwikkeling ligt in de prijsontwikkeling van generieke middelen: de gemiddelde apotheekinkoopprijs voor deze middelen is in de afgelopen jaren gedaald van € 0,25 (in 2004) naar € 0,08 per DDD in 2012. Voor de specialités was juist sprake van een stijging van de gemiddelde apotheekinkoopprijs van € 0,82 (in 2004) naar € 0,96 per DDD in 2012. De daling in 2012 komt voor een belangrijk deel voor rekening van de overheveling van de relatief dure TNF-alfa-blokkers naar het ziekenhuisbudget.

Voor specialités geldt dat nadat het patent is verlopen het marktaandeel snel afneemt ten gunste van de generieke varianten die beschikbaar komen. De prijzen van deze nieuwe generieke middelen liggen over het algemeen duidelijk lager (circa 15–20%) dan het specialité. Pas wanneer zorgverzekeraars bepalen wie van de generieke aanbieders preferent gaat worden is sprake van forse prijsverlagingen, die kunnen oplopen tot wel 80%. De reden hiervoor is simpel. Wanneer nog geen preferente middelen zijn aangewezen is het de apotheker die bepaalt welke leverancier de voorkeur heeft. Deze keuze wordt in belangrijke mate bepaald door de hoogte van de kortingen die de leverancier aan de apotheker verstrekt. Een hoge apotheekinkoopprijs biedt dan de meeste ruimte voor het verlenen van kortingen. Pas als zorgverzekeraars gaan bepalen welke leverancier preferent is, wordt de ruimte voor kortingen aan de apotheker afgeroomd en omgezet in lagere prijzen voor de zorgverzekeraar en de verzekerde.

Tabel 3.5 | Top 6: specialités via parallel import o.b.v. marktaandeel AIP, 2012
1= 1 MILJOEN EURO

rang	stofnaam (merknaam)	indicatiegebied	AIP	aandeel
1	salmetrol en anti-astmatica (Seretide)	astma & COPD	56,2	49%
2	rosuvastatine (Crestor)	verhoogd cholesterol	34,3	63%
3	atorvastatine (Lipitor)	verhoogd cholesterol	21,6	38%
4	formeterol en anti-astmatica (Symbicort)	astma & COPD	19,8	24%
5	macrogol, combinaties (Molaxole)	obstipatie	11,7	33%
6	ezetimibe (Ezetrol)	verhoogd cholesterol	11,5	40%

Ook voor specialités waarop nog patent rust is sprake van een zekere concurrentie, namelijk als gevolg van parallelimport van deze geneesmiddelen uit andere Europese landen. Parallelimport is aantrekkelijk als de prijzen in Nederland hoger liggen dan in andere Europese landen. Dit prijsverschil wordt echter niet of nauwelijks vertaald in lagere prijzen voor de consument, maar komt vooral ten goede aan de importeur zelf en aan de apotheker in de vorm van kortingen. Want ook hier is het uiteindelijk de apotheker die bepaalt of het Nederlandse specialité of een parallel geïmporteerde product wordt afgeleverd. Parallelimport richt zich vooral op specialités met een relatief hoge omzet. Pas als zich generieke aanbieders aandienen zal het marktaandeel van parallelimport verdwijnen.

De omzet (gemeten in AIP) voor geneesmiddelen die via parallelimport in Nederland worden verhandeld is de afgelopen jaren redelijk stabiel; In 2012 ging het € 588 miljoen. Het marktaandeel van parallelimport bedroeg in 2012 iets meer dan 17% van de totale markt voor WMG-geneesmiddelen. In tabel 3.5 staat een overzicht van de zes specialités met een omzet van meer dan € 10 miljoen (gemeten in AIP) voor parallelimport. Deze zes middelen zijn samen verantwoordelijk voor circa 25% van de totale omzet van parallelimport.

Geneesmiddelengebruik uitgesplitst naar GVS-status

Welke geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen wordt door de overheid geregeld in het Geneesmiddelen Vergoedingssyteem (GVS). Op grond van het GVS stelt de overheid voor onderling vervangbare geneesmiddelen een vergoedingslimiet vast. Deze vergoedingslimiet maximeert de vergoeding voor geneesmiddelen op het niveau van de geneesmiddelen waarmee deze als onderling vervangbaar zijn beschouwd. Het GVS is ingevoerd in 1991 en heeft toen geleid tot prijsverlagingen voor die middelen die boven de vergoedingslimiet uitkwamen. Na de invoering van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) in 1996 zijn de vergoedingslimieten nog één keer herijkt op grond van het prijspeil van februari 1999. De Tweede Kamer heeft de minister medio 2013 gevraagd een proefberekening uit te voeren en te bepalen welke besparingen worden gerealiseerd als de vergoedingslimieten worden herijkt op basis van het huidige prijsniveau. De verwachting is dat door de forse prijsverlagingen van vooral (nieuwe) generieke geneesmiddelen de vergoedingslimieten eveneens fors omlaag zullen gaan, waardoor de geneesmiddelenuitgaven verder omlaag kunnen worden gebracht. Van groot belang daarbij is of dit resultaat zal kunnen worden bereikt door verdere prijsverlagingen door de fabrikant, of een toename van de bijbetalingen door de verzekerden, dan wel een verschuiving in het gebruik naar geneesmiddelen waarvoor niet hoeft te worden bijbetaald.

Omdat we de gegevens voor het GIP op een zeer gedetailleerd niveau opvragen is het mogelijk om de volume- en kostenontwikkeling nader uit te splitsen naar de GVS-status van de afgeleverde WMG-geneesmiddelen. We maken onderscheid in:

- *1A middelen:* geneesmiddelen die zijn ondergebracht in een GVS-cluster met andere geneesmiddelen; binnen dit cluster worden de middelen als onderling vervangbaar beschouwd en geldt een vergoedingslimiet.
- *1B middelen:* geneesmiddelen die (nog) niet geclusterd kunnen worden met een ander geneesmiddel; er zijn geen andere middelen die als onderling vervangbaar worden beschouwd en er geldt ook geen vergoedingslimiet.
- *Overige middelen:* middelen die niet kunnen worden ingedeeld; veelal gaat het om magistrale bereidingen.

Voor de geneesmiddelen op 1A geldt dat het gebruik – gemeten in het aantal standaard dagdoseringen (DDDs) – in de periode 2008 tot en met 2012 is afgenomen van 6.618 miljoen naar 6.910 miljoen; een gemiddelde stijging van 1,1% per jaar (zie tabel 3.6). De basisvergoeding voor 1A-geneesmiddelen daalde, van € 3.068 miljoen in 2008 naar € 2.140 miljoen in 2012; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse daling van 8,6% (zie tabel 3.7). Deze daling kan in zijn geheel worden toegeschreven aan de prijsdruk vanuit de WGP, het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid en de verschillende (beperkende) pakketmaatregelen.
Voor de geneesmiddelen op 1B is het aantal DDDs in de periode 2008 tot en met 2012 gedaald van 758 miljoen naar 660 miljoen, een gemiddelde jaarlijkse daling van 3,4%. De

Tabel 3.6 | Farmaceutische zorg: DDDs WMG-geneesmiddelen naar GVS-status, 2004-2012

1 = 1 MILJOEN

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1A geneesmiddelen	5.203	5.380	5.598	5.959	6.618	6.590	6.892	6.784	6.910
1B geneesmiddelen	547	578	602	574	758	756	770	636	660
Totaal	**5.750**	**5.958**	**6.201**	**6.533**	**7.376**	**7.346**	**7.662**	**7.419**	**7.570**

Tabel 3.7 | Farmaceutische zorg: basisvergoeding WMG-geneesmiddelen naar GVS-status, 2004-2012

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1A geneesmiddelen	2.557	2.639	2.857	3.129	3.068	2.832	2.762	2.721	2.140
1B geneesmiddelen	484	529	543	585	663	690	708	719	743
Overige WMG-middelen	65	94	82	86	112	81	105	95	99
Totaal	**3.107**	**3.262**	**3.482**	**3.801**	**3.843**	**3.603**	**3.574**	**3.534**	**2.982**

basisvergoeding voor 1B-geneesmiddelen steeg van € 663 miljoen in 2008 naar € 743 miljoen in 2012; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 2,9%.

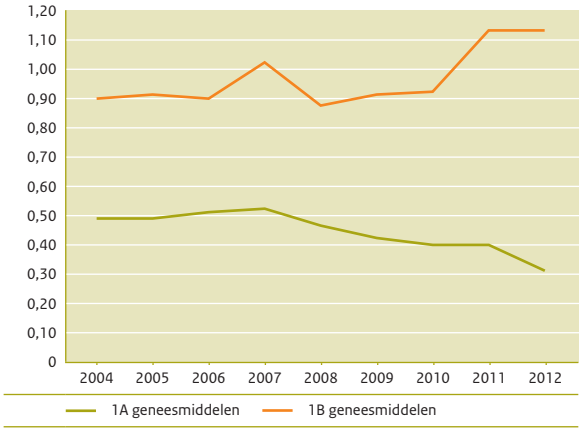
Wat betreft de gepresenteerde DDD-tellingen merken we op dat deze zijn gebaseerd op de DDD-waarden zoals deze per 1 januari 2012 door de WHO zijn vastgesteld. Wijzigingen in deze DDD-waarden werken met terugwerkende kracht door in de DDD-tellingen over voorgaande jaren. Ook de fluctuaties in de aantallen DDDs kunnen teruggevoerd worden naar de verschillende pakketmaatregelen die in deze periode zijn genomen. Een uitgebreid overzicht van de verschillende pakketmaatregelen kunt u vinden op de *www.gipdatabank.nl*.

In figuur 3.2 geven we de ontwikkeling weer van de gemiddelde basisvergoeding per DDD over de periode 2004 tot en met 2012. Duidelijk zichtbaar is dat de gemiddelde basisvergoeding voor 1A middelen vanaf 2008 daalt, terwijl ze voor 1B middelen vanaf 2008 een stijgende lijn laat zien.

Voor geneesmiddelen die binnen het GVS als onderling vervangbaar worden beoordeeld (bijlage 1A) geldt een maximum vergoedingslimiet. Voor het leeuwendeel van de geneesmiddelen ligt de prijs van deze geneesmiddelen onder de vergoedingslimiet, zodat deze middelen volledig door de zorgverzekeraar worden vergoed. Voor een beperkt aantal middelen is dit niet het geval en is daardoor sprake van bijbetaling door de verzekerde.
Ten opzichte van 2011 zijn de bijbetalingen licht gestegen van € 40,4 miljoen naar circa € 42,7 miljoen in 2012.
Ten opzichte van de totale uitgaven voor geneesmiddelen die via de basisverzekering worden vergoed is het totale bijbetalingsbedrag gering: minder dan 1,0% van de totale

Figuur 3.2 | Farmaceutische zorg: basisvergoeding per DDD, 2004-2012

1 = 1 EURO



kosten. De bijbetalingen concentreren zich echter rond een beperkt aantal middelen, zodat voor individuele gebruikers het bijbetalingsbedrag per jaar fors kan oplopen. In tabel 3.8 staat de top 10 van geneesmiddelen waarvoor in 2012 het meest moest worden bijbetaald. Deze tien middelen zijn samen verantwoordelijk voor 86% van het totaal aan GVS-bijbetalingen.

De GVS-bijbetalingen mogen door de zorgverzekeraar in het kader van basisverzekering niet worden vergoed. Wel is het mogelijk om bepaalde bijbetalingen via de aanvullende verzekering te vergoeden. Ons is niet bekend welk deel van de GVS-bijbetalingen alsnog via de aanvullende verzekering worden vergoed. Het is denkbaar dat verzekerden bij de keuze voor een zorgverzekeraar respectievelijk aanvullende verzekering hebben laten meewegen of de bijbetalingen voor bepaalde geneesmiddelen alsnog

Tabel 3.8 | Top 10: GVS-bijbetalingen in 2012

rang	stofnaam (merknaam)	ATC-code	indicatiegebied	GVS-bijbetaling 1 = € 1 miljoen	gebruikers 1 =1
1	methylfenidaat (Concerta)	N06BA04	ADHD	21,6	171.000
2	atomoxetine (Strattera)	N06BA09	ADHD	4,1	5.340
3	drospirenon en oestrogeen (Yasmin)	G03AA12	anticonceptie	2,2	44.600
4	solifenacine (Vesicare)	G04BD08	urine-incontinentie	2,1	72.900
5	tinzaparine (Logiparine)	B01AB10	trombose	1,7	7.600
6	tolterodine (Detrusitol)	G04BD07	urine-incontinentie	1,4	17.000
7	calcipotriol, combinaties (Dovobet)	D05AX52	psoriasis	1,3	67.200
8	choriogonadotropine alfa (Ovitrelle)	G03GA08	vruchtbaarheidsstimulans	0,8	10.600
9	rasagiline (Azilect)	N04BD02	ziekte van Parkinson	0,8	930
10	progestageen en oestrogeen (Nuvaring)	G02BB01	anticonceptie	0,7	13.300
	Totaal top 10			**36,7**	
	Totaal alle GVS-bijbetalingen			*42,7*	

worden vergoed. Voor een aantal middelen geldt dat de betreffende fabrikant, achteraf de patiënt een tegemoetkoming geeft in het bedrag dat is bijbetaald.
De geneesmiddelen waarvoor het meest moest worden bijbetaald zijn middelen met de indicatiegebieden ADHD, urine-incontinentie en anticonceptie.

Na de introductie van de WGP in 1996 zijn de GVS-vergoedingslimieten slechts één keer herijkt, namelijk in 1999. Over het algemeen leverde dit een verlaging van de vergoedingslimieten op, die in nagenoeg alle gevallen ook gevolgd zijn door prijsverlagingen. Op dit moment is de situatie zo dat de maximumprijzen van geneesmiddelen in Nederland vooral worden bepaald door de WGP, waarbij de geneesmiddelenprijzen in Nederland gekoppeld zijn aan de veelal lagere prijzen in de ons omringende landen. Onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid zijn de prijzen nog verder gedaald.
De GVS-vergoedingslimieten spelen niettemin nog een belangrijke rol bij de prijsbepaling van nieuwe geneesmiddelen op het moment dat deze geclusterd kunnen worden in een (nieuwe) groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

Een eventuele herijking van de vergoedingslimieten zal tot gevolg hebben dat er meer geneesmiddelen boven de (nieuwe, lagere) vergoedingslimiet zullen uitkomen. Ingeval fabrikanten kiezen voor prijsverlagingen tot op, of net onder de nieuwe limiet, zullen de kosten voor geneesmiddelen dalen zonder dat dit direct zal leiden tot verschuivingen in het gebruik van bepaalde geneesmiddelen. Indien de fabrikanten hun prijzen handhaven zal door de verzekerde moeten worden bijbetaald en zal de verzekerde samen met de voorschrijver een afweging moeten maken tussen een geneesmiddel met bijbetaling, of een vergelijkbaar alternatief maar dan zonder bijbetaling. Dit laatste zal wel leiden tot verschuivingen in het gebruik naar geneesmiddelen die zonder bijbetaling beschikbaar zijn.

Middellangetermijnraming farmaceutische zorg 2013-2017

Voor 2013 verwacht het CVZ een stabilisering van het kostenniveau van 2012: 0% groei. We hebben hierbij rekening gehouden met de overheveling van de kosten voor oncolytica naar het ziekenhuisbudget (circa € 215 miljoen) en het realiseren van een doelmatigheidstaakstelling in het voorschrijven van IVF-middelen (circa € 17,5 miljoen). Voor de daaropvolgende jaren verwachten we een gemiddeld jaarlijkse groei van circa 5,6%. Voor 2014 is daarbij rekening gehouden met een overheveling van de IVF-middelen naar ziekenhuisbudget, en een stijging van het aflevertarief als gevolg van een toename van de door zorgverzekeraar te contracteren extra zorgprestaties gericht op kwaliteitsverbetering van farmaceutische zorg.

Sinds 2000 presenteren we jaarlijks, ten behoeve van de begrotingscyclus van VWS een zo geheten middellangetermijnraming (MLT-raming) van de kostenontwikkeling voor de farmaceutische zorg. Ook het Centraal Planbureau (CPB) maakt gebruik van uitkomsten van deze MLT-raming, onder andere voor de jaarlijkse Macro Economische Verkenningen (MEV). Op grond van de binnen het GIP beschikbare gegevensverzameling is het mogelijk om over de afgelopen jaren een gedetailleerde uitsplitsing te maken van de kostenopbouw van de farmaceutische zorg die verstrekt is. Daarbij valt een onderscheid te maken in aan de ene kant volumeontwikkelingen zoals het aantal ingeschreven verzekerden, het aantal uitgiftes en het aan-

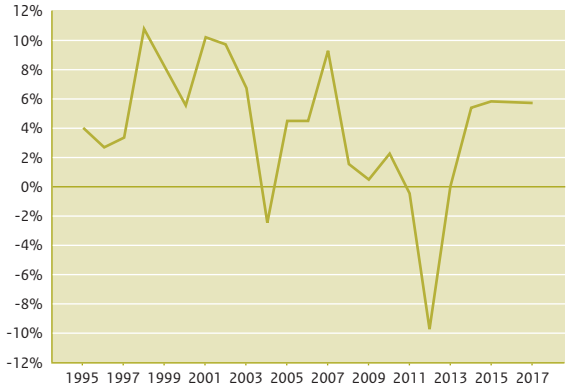
Tabel 3.9 | Middellangetermijnraming farmaceutische zorg, 2013-2017

1 = 1 MILJOEN EURO

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kosten	5.063	5.079	5.191	5.161	4.655	4.654	4.905	5.187	5.485	5.801
Mutatie	1,7%	0,3%	2,2%	-0,6%	-9,8%	0,0%	5,4%	5,7%	5,7%	5,8%

realisatie: 2008-2012 en raming: 2013-2017

Figuur 3.3 | Jaarlijkse groei kosten farmaceutische zorg, 1995-2017



realisatie: 1995-2012 en raming: 2013-2017

tal afgeleverde standaard dagdoseringen en aan de andere kant prijsontwikkelingen, zoals de prijs per standaarddosering en de prijs per uitgiftes. Ook is het mogelijk vanuit verschillende perspectieven naar deze kostenontwikkeling te kijken. Zo valt bijvoorbeeld onderscheid te maken tussen geneesmiddelen waarvan het patent is verlopen en die door meerdere leveranciers worden aangeboden (multisource-geneesmiddelen) en geneesmiddelen waarop nog patent rust, met slechts één aanbieder (singlesource-geneesmiddelen).

In deze analyse houden we zo goed mogelijk rekening met de effecten van beleidsmaatregelen op zowel de volumes als de kosten. Zo ontstaat een beleidsneutrale kostenreeks die we vervolgens uiteenrafelen in prijs- en volumecomponenten. Deze vormen op hun beurt weer de input voor het ramingsmodel. Op grond van deze analyse en de gegevens over 2012, heeft het CVZ de ramingsparameters voor 2013 vastgesteld en doorgeraamd naar de daaropvolgende jaren.

In tabel 3.9 presenteren we de resultaten van de middellangetermijnraming voor 2013 tot en met 2017 (actualisatie: 30 juli 2013), inclusief de reeks in de daaraan voorafgaande periode van 2008-2012. In deze raming is rekening gehouden met de effecten van:

- de overheveling van oncolytica naar het ziekenhuisbudget in 2013;
- realiseren van een doelmatigheidstaakstelling voor IVF-middelen in 2013 en de overheveling van deze middelen in 2014 naar het ziekenhuisbudget;
- een beperkte toename in het gebruik van geneesmiddelen (gemeten in DDDs), een beperkte toename van de gemiddelde prijzen voor niet-generieke geneesmiddelen en continuering van het lagere prijspeil voor generieke geneesmiddelen onder invloed van preferentiebeleid, het afromen van kortingen en bonussen (voorheen clawback) en de prijsdruk die voortvloeit uit de tweejaarlijkse herijking van de WGP;
- een toename van het aantal uitgiftes (met name ook weekuitgiftes), een toename van het aantal extra zorgprestaties (niet direct gebonden aan de uitgifte van een geneesmiddel) als uitvloeisel van de door partijen (overheid, zorgverzekeraars en apothekers) in 2013 overeengekomen Kwaliteitsagenda.

De MLT-raming gaat uit van de kosten voor farmaceutische zorg, gebaseerd op de binnen het GIP verzamelde steekproefgegevens, opgehoogd naar een macrobeeld. Deze raming verschilt in geringe mate van de macrokosten zoals die worden verantwoord in het kader van de Zorgverzekeringswet. De hier gepresenteerde uitkomsten van deze MLT-raming gaat uit van de kostenreeks zoals deze binnen de Zvw is vastgelegd. Voor 2012 geldt dat het bedrag nog zal worden bijgesteld door het verrekenen van na-ijlende declaraties. De verwachting is dat de feitelijke kosten na deze verrekening iets lager zullen uitvallen.

We verwachten dat de kosten voor geneesmiddelen in 2017 bij ongewijzigd beleid zullen oplopen tot ruim € 5,8 miljard. Figuur 3.3 is een grafische weergave van de jaarlijkse groeipercentages; van 1995 tot en met 2012 op basis van gerealiseerde cijfers en voor 2013-2017 op basis van de MLT-raming.
De procentuele groei in de periode 1995–2012 betreft de realisatie, dus inclusief de effecten van het gevoerde beleid. Duidelijk zichtbaar zijn hier de effecten van de in het verleden getroffen beleidsmaatregelen, zoals de invoering van een Positieve lijst Geneesmiddelen (1995), de introductie van de Wet Geneesmiddelenprijzen (1996), de verlaging van de inkoopvergoedingen aan apotheekhoudenden (clawback, in 1998/1999 en 2000), de herijking van de GVS-vergoedingslimieten (1999), de introductie

en de verlenging van het geneesmiddelenconvenant (2004-2007) en de uitbreiding van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars (2008-2012).

Generieke geneesmiddelen: lagere prijzen door preferentiebeleid

Zoals we hiervoor ook al hebben aangegeven wordt het gebruik van geneesmiddelen in Nederland gedomineerd door generieke geneesmiddelen: geneesmiddelen waarvan het patent is verlopen en die vervolgens door meerdere fabrikanten worden aangeboden. Deze toename van generieke middelen heeft te maken met het feit dat er de afgelopen tien jaar een belangrijk aantal veelgebruikte geneesmiddelen uit patent zijn gegaan. Daarvoor was vaak sprake van een daling in het gebruik van deze generieke middelen ten gunste van een verschuiving naar nieuwe, duurdere geneesmiddelen waarvoor nog patentbescherming gold. Deze ontwikkeling is sinds 2004 tot staan gebracht en zelfs omgebogen. Dit laatste vooral ook doordat artsen kostenbewuster zijn gaan voorschrijven en vaker voor een generiek geneesmiddel kiezen.

Met behulp van het kenmerk inkoopkanaal kunnen we binnen onze gegevensbestanden de volgende groepen geneesmiddelen onderscheiden:

- specialité: merkgeneesmiddel waarop nog patent (marktbescherming) rust en die uitsluitend door de patenthouder/fabrikant op de markt mag worden gebracht.
- parallelimport: veelal een specialité die wordt geïmporteerd uit andere landen in Europa tegen lagere prijzen.
- generiek: merkloze variant van het oorspronkelijke specialité waarvan het patent is verlopen en er geen sprake meer is van marktbescherming.
- overig: restcategorie, onder andere magistrale bereidingen.

We beperken ons tot de geneesmiddelen die op bijlage 1A van het GVS staan. Het aantal WMG-uitgiftes waarop een generiek geneesmiddel is afgeleverd, is gestegen van 61,2 miljoen in 2004 naar 137,6 miljoen in 2012. Het marktaandeel, gemeten in uitgiftes, is in deze periode toegenomen van bijna 49% naar iets meer dan 65%. Kijken we naar de ontwikkeling van het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDDs) dan is een vergelijkbare trend waar te nemen. Het aandeel DDDs van generieke geneesmiddelen steeg van ruim 43% in 2004 naar ruim 65% in 2012.

De stijging in het gebruik van generieke middelen wordt mede veroorzaakt door het patentverlies van veelgebruikte specialités. Sinds 2000 zijn er ruim 150 specialités uit patent gegaan waarvan de marktaandelen in belangrijke mate werden overgenomen door generieke aanbieders.

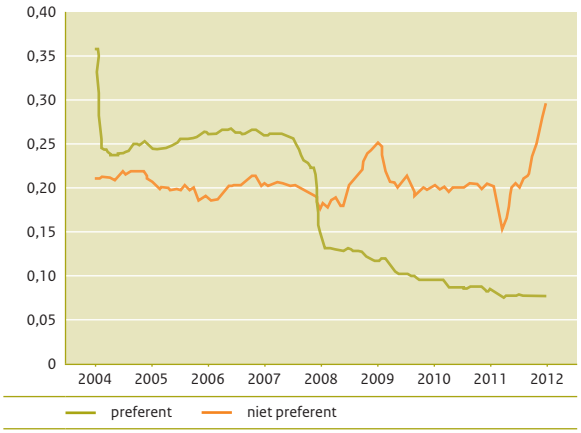
Daarnaast wordt de toename in het gebruik van generieke geneesmiddelen gestimuleerd doordat in Nederland de voorschrijvers standaard op stofnaam voorschrijven, hetgeen het afleveren van een generiek middel door de apotheker vergemakkelijkt. Voorts zien we een tendens bij huisartsen en specialisten om zich bij het voorschrijven van geneesmiddelen te laten leiden door doelmatigheid: waarom een duurder middel voorschrijven als er een gelijkwaardig maar goedkoper alternatief voorhanden is. Elders in *GIPeilingen* geven we aan dat deze ontwikkeling zichtbaar is bij het voorschrijven van cholesterolverlagende middelen en maagmiddelen, maar dat er ook nog veel doelmatigheidswinst kan worden gerealiseerd.

Wanneer we naar het marktaandeel in apotheekinkoopprijzen kijken, is sprake van een tegenovergestelde verschuiving: het marktaandeel van generiek is sinds 2004 gedaald van ruim 19% naar iets meer dan 12% in 2012. Deze ontwikkeling wordt primair wordt veroorzaakt door de prijsverlagingen van generieke geneesmiddelen onder invloed van het geneesmiddelenconvenant en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid. Voor het leeuwendeel van de generieke geneesmiddelen geldt dat deze onderwerp zijn van dit preferentiebeleid. De gerealiseerde prijsdalingen zijn aanzienlijk: de gemiddelde apotheekinkoopprijs van generieke geneesmiddelen per DDD daalde in deze periode van € 0,25 in 2004 naar € 0,08 in 2012.

Figuur 3.4 toont per maand de prijsontwikkeling van generieke geneesmiddelen sinds januari 2004. We maken daarbij onderscheid tussen die middelen waarvoor in 2012 door zorgverzekeraars een preferentiebeleid gold en de overige generieke geneesmiddelen. Om de prijzen en de ontwikkeling daarbinnen onderling te kunnen vergelijken gaan we uit van de gewogen, gemiddelde AIP per standaard dagdosering. De weging vindt plaats op basis van

Figuur 3.4 | AIP per DDD generieke geneesmiddelen, 2004–2012 per maand

1 = 1 EURO



Tabel 3.10 | Top 10: DDDs en aandeel in totaal generieke geneesmiddelen, 2012

1 = 1 MILJOEN

rang	stofnaam	indicatiegebied	DDDs	aandeel
1	omeprazol	maagzuurklachten	317,50	94%
2	simvastatine	verhoogd cholesterol	312,16	99%
3	acetylsalicylzuur	trombose, infarct	209,11	99%
4	metoprolol	hartfalen, hypertensie	171,90	95%
5	amlodipine	hypertensie, angina pectoris	168,58	98%
6	enalapril	hypertensie, hartfalen	146,73	99%
7	metformine	diabetes	145,10	100%
8	hydrochloorthiazide	hypertensie	127,36	100%
9	pantoprazol	maagzuurklachten	122,89	97%
10	levonorgestrel en oestrogeen	anticonceptie	111,39	81%

het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen. Om te bepalen of een middel preferent is, gaan we uit van de situatie zoals deze gold eind 2012.

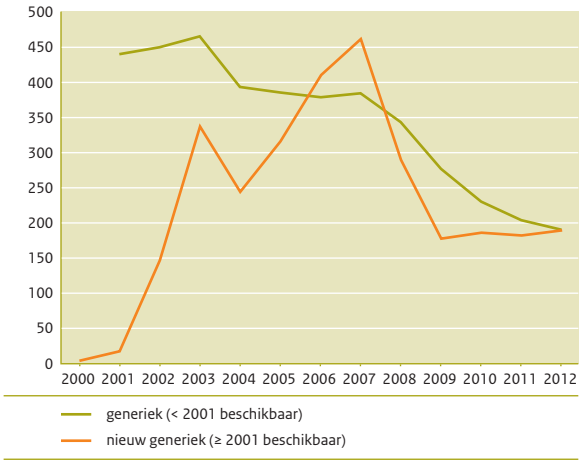
Duidelijk zichtbaar is dat voor de preferent aangewezen generieke geneesmiddelen de prijzen in februari 2004 zijn gedaald van € 0,36 per DDD naar € 0,24 per DDD. Tot 2008 blijven de prijzen redelijk stabiel. In de loop van 2008 en 2009 gaan de prijzen nog weer verder omlaag naar uiteindelijk gemiddeld € 0,08 per DDD. Of anders gezegd: de prijzen voor deze generieke geneesmiddelen zijn in deze periode gemiddeld met meer dan 80% gedaald. Een heel ander beeld laten de niet-preferente generieke geneesmiddelen zien. Deze prijzen zijn aanvankelijk stabiel gebleven en vanaf 2009 is zelfs sprake van een lichte stijging.

Het effect van deze prijsverlagingen op de uitgaven voor deze preferente geneesmiddelen is enorm. Ondanks het feit dat ten opzichte van 2004 het aantal afgeleverde DDDs met 88% is toegenomen, zijn de uitgaven op AIP-niveau met bijna € 260 miljoen gedaald naar € 352 miljoen in 2012. Gaan we uit van de afgeleverde hoeveelheden in 2012 en rekenen we de gerealiseerde prijsdalingen vanaf 2008 toe aan de uitbreidingen van het door zorgverzekeraars gerealiseerde preferentiebeleid, dan kan de besparing via dit preferentiebeleid voor het jaar 2012 worden berekend op ruim € 800 miljoen. Een relativerende opmerking bij de hoogte van deze besparing is op zijn plaats: alle prijsverlagingen, dus ook de prijsverlagingen van middelen waarvan het patent sinds 2008 is verlopen, zijn hierbij toegerekend aan het preferentiebeleid.

Voor de generieke geneesmiddelen die vanaf 2001 op de markt zijn gekomen geldt dat hun omzet in AIP is opgelopen van € 13,7 miljoen in 2001 naar € 186,5 miljoen in 2012. De omzet van generieke geneesmiddelen die ook al voor 2001 op de markt waren daalde van € 423,7 miljoen in

Figuur 3.5 | Omzet AIP generieke geneesmiddelen, 2000-2012

1 = 1 MILJOEN EURO



2000 naar € 193,6 miljoen in 2012. In figuur 3.5 laten we de omzetontwikkeling op jaarbasis zien. Wat opvalt is dat de omzet in de jaren 2000 – 2003 een sterke groei laat zien. In 2004 is sprake van een stevige daling: het 'convenantseffect'. Voor de jaren 2005 – 2007 stijgt de omzet weer, vooral onder invloed van de toename in het gebruik van deze middelen terwijl de prijzen vrij constant blijven. Vanaf 2007 en 2008 is weer sprake van een omzetdaling, onder invloed van het preferentiebeleid.

De top 10 van de meest gebruikte generieke geneesmiddelen in 2012 staat weergegeven in tabel 3.10. In de voorlaatste kolom is het aantal afgeleverde DDDs vermeld van het generieke geneesmiddel. In de laatste kolom is het aandeel vermeld van deze generieke middelen ten opzichte de totale markt (specialité, parallelimport en generieke middelen samen). De generieke geneesmiddelen in deze top 10 hebben allen een marktaandeel dat dicht

tegen de 100% aankruipt. We concluderen dat na afloop van het patent de markt van het oorspronkelijke specialité nagenoeg geheel wordt overgenomen door de aanbieders van generieke alternatieven.

De generieke middelen in de top zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor 1.833 miljoen DDDs, dit komt overeen met bijna 40% van de totale generieke geneesmiddelenmarkt.

Gematigde kostenontwikkeling door WGP en preferentiebeleid

Kijken we terug op de periode 2004 – 2012, dan kunnen we constateren dat voor de geneesmiddelensector sprake is van een gematigde kostenontwikkeling en in 2012 zelfs van een forse kostendaling. Dit in contrast met de daaraan voorafgaande periode (1997 – 2003), waarin de kosten juist sterk stegen. Deze gematigde kostenstijging is in belangrijke mate toe te schrijven aan de prijsdruk op generieke geneesmiddelen door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, de prijsdruk vanuit de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) en de overheveling van een aantal relatief dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget. Deze overheveling is in eerste instantie een verschuiving van de kosten en geen besparing. In tweede instantie heeft de overheveling wel tot doel om de jaarlijkse stijging van de kosten die met deze middelen gemoeid zijn in te perken door de ziekenhuizen hiervoor budgettair verantwoordelijk te maken. De verwachting is dat ziekenhuizen via hun inkoopmacht de (toekomstige) kostenstijging van deze veelal dure geneesmiddelen zullen weten te temperen. De effecten hiervan zullen nog door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden geëvalueerd.

Het effect van alle, sinds 2004 gerealiseerde prijsdrukkende maatregelen is aanzienlijk. Voor 2012 wordt de totale opbrengst geschat op € 3.136 miljoen. Of anders gezegd: als de prijzen van de geneesmiddelen in 2012 nog steeds op het niveau van januari 2004 zouden verkeren, dan zouden de uitgaven voor geneesmiddelen in 2012 het dubbele zijn van wat we nu uitgeven.

Deze constatering behoeft wel enige nuancering. Tussen 2004 en 2012 is sprake van een duidelijke toename in het gebruik van geneesmiddelen: gemeten in standaarddagdoseringen is sprake van een stijging met iets meer dan 32%. Voorts zien we dat de prijsverlagingen vooral waarneembaar zijn bij middelen die in deze periode uit patent zijn gegaan, waardoor generieke middelen op de markt kwamen met lagere prijzen. Dit is op zich wel een nieuw fenomeen: tot 2004 waren de prijsdalingen, als gevolg van patentverlies en de komst van nieuwe generieke middelen, zeer gering. De fabrikanten van generieke geneesmiddelen beconcurreerden elkaar via het verlenen van kortingen en bonussen aan de apothekers, ook wel marge-concurrentie genoemd. Dit was effectief omdat de apotheker immers bepaalde welke van de verschillende generieke varianten werd afgeleverd.
Het geneesmiddelenconvenant maar meer nog het preferentiebeleid van zorgverzekeraars hebben deze marketingstrategie doorbroken en er voor gezorgd dat er op prijs moest worden geconcurreerd. Was het tot 2004 vooral de apotheker die bepaalde welke fabrikant van generieke middelen de voorkeur kreeg vanaf 2004 hebben zorgverzekeraars deze rol overgenomen en hebben daarmee de betekenis van marge-concurrentie aanzienlijk teruggebracht.

Zoals ook elders in deze publicatie is aangegeven moet ook de betekenis van de prijsverlagingen die door de overheid wordt afgedwongen via de WGP niet worden onderschat. De prijsdruk die via de WGP wordt uitgeoefend is substantieel: deze is verantwoordelijk voor ruim 60% van de geraamde opbrengst.
Op grond van de WGP mogen de geneesmiddelenprijzen in Nederland niet hoger liggen dan het gemiddelde prijsniveau in de landen die ons omringen (België, Frankrijk, Duitsland en Groot-Brittannië). Twee keer per jaar (in april en oktober) berekent de overheid deze maximumprijzen opnieuw, waardoor de prijsontwikkelingen in de vier referentielanden doorwerken in de maximumprijzen die in Nederland gelden. Per saldo zijn de prijzen in de ons omringende landen de afgelopen jaren gedaald, waardoor ook de prijzen in Nederland via de WGP daalden.

De extra prijsdruk die van de WGP uitgaat, zal de komende jaren nog voortduren maar waarschijnlijk minder spectaculair dan in de afgelopen jaren het geval is geweest. Dit heeft te maken met het feit dat de geneesmiddelenfabrikanten steeds vaker kiezen voor een Europese prijsstelling, waarbij de prijzen in de verschillende Europese landen op eenzelfde niveau liggen. De prijsdruk vanuit de WGP is vooral geconcentreerd op generieke middelen; omdat ook in de ons omringende landen juist hier sprake is van forse prijsverlagingen werkt dit door in lagere maximumprijzen voor generiek. Voor de geneesmiddelen waarop nog patent berust is de prijsdruk veel lager omdat fabrikanten steeds vaker kiezen voor een eenvormige prijsstelling binnen Europa.

Al deze prijsverlagingen hebben tot gevolg dat de marges voor het verlenen van kortingen en bonussen aan apotheekhoudenden wordt beperkt. In opdracht van de NZa is al een aantal jaren door ConQuaestor/Significant onderzoek gedaan naar de hoogte van de nog resterende kortingen en bonussen door apotheekhoudenden. Hieruit blijkt dat er inderdaad sprake is van een forse teruggang. In 2004 bedroegen de inkoopvoordelen € 582 miljoen, om in 2007 op te lopen naar € 712 miljoen. In 2008 daalden de

Tabel 3.11 | Opbrengst prijsmaatregelen, 2004-2012

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Clawback	181	182	187	206	131	202	192	159	152
Prijsverlagingen via WGP	-7	65	271	522	868	1.243	1.634	1.894	1.918
Vrijwillige prijsverlagingen	412	452	436	354	184	127	41	65	232
Preferentiebeleid	-	-	-	-	303	493	648	732	835
Totaal	**585**	**699**	**894**	**1.083**	**1.487**	**2.064**	**2.514**	**2.851**	**3.136**

inkoopvoordelen naar € 583 miljoen en voor 2009 is sprake van een verdere daling naar € 428 miljoen. Voor 2010 werd door de NZa een verdere terugval naar circa € 320 miljoen geraamd. Er zijn op dit moment geen recentere cijfers beschikbaar, maar gelet op de prijsdruk op generieke geneesmiddelen mag verwacht worden dat ook de kortingen en bonussen verder onder druk zijn komen te staan.

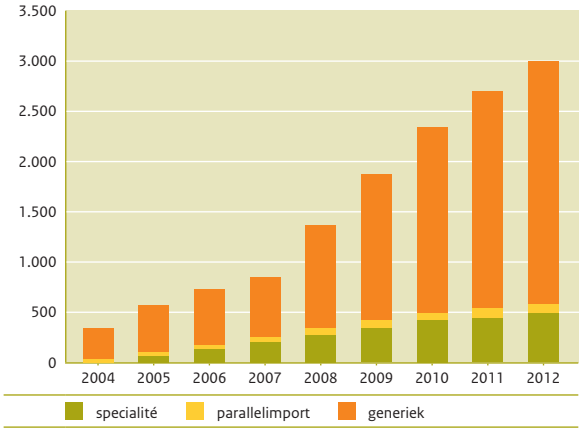
Tegenover deze daling van de inkomsten uit kortingen en bonussen staat een stijging van de inkomsten van apothekers uit het aflevertarief. Deze inkomsten zijn in 2009 en 2010 duidelijk toegenomen, van € 954 miljoen in 2008 naar € 1.246 miljoen in 2010. Of anders gezegd: de terugval aan kortingen en bonussen tussen 2008 en 2010 werd in belangrijke mate gecompenseerd door een stijging van de inkomsten via de aflevertarieven.

In tabel 3.11 geven we een overzicht van de opbrengsten van de doorgevoerde prijsverlagingen vanaf 2004. Deze opbrengst wordt uitgesplitst naar de belangrijkste componenten waaruit deze is opgebouwd: clawback, WGP-effect, de vrijwillige prijsverlagingen onder invloed van het convenant en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars. We concluderen dat de verschillende componenten samen verantwoordelijk zijn voor een kostendrukkend effect op de geneesmiddelenkosten van ruim € 3,1 miljard. Wel moeten we hier opmerken dat de aldus berekende besparingsopbrengst nogal geflatteerd is. Immers we confronteren de gerealiseerde uitgaven met een verwacht uitgavenniveau bij constante prijzen op basis van het prijspeil januari 2004.

Wat opvalt, is dat het aandeel van de prijsverlagingen die ook via de WGP zouden zijn afgedwongen vanaf 2004 toeneemt naar ruim € 1,9 miljard in 2012. De WGP is daarmee een belangrijke 'stille kracht' achter deze besparingsopbrengst. Het effect van de vrijwillige prijsverlagingen kan tot en met 2007 in belangrijke mate aan het convenant worden toegeschreven. In de jaren daarna wordt het effect vooral bewerkstelligd door het intensiveren het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, inclusief de uitbreiding daarvan naar geneesmiddelen waarvan het patent sinds 2008 is verlopen.

Figuur 3.6 | Opbrengst prijsmaatregelen naar inkoopkanaal, 2004-2012

1 = 1 MILJOEN EURO



In de hierboven gepresenteerde tabel is vanaf 2008 in inschatting gemaakt van het effect van dit preferentiebeleid.

Hierbij zijn de gerealiseerde prijsverlagingen vanaf 2008, voor zover het om preferente producten gaat, afzonderlijk berekend en toegerekend aan dit preferentiebeleid.
De derde component, de clawback (verlaging van de inkoopvergoedingen aan apotheekhoudenden als compensatie voor genoten kortingen en bonussen) draagt eveneens bij aan een verlaging van de uitgaven voor geneesmiddelen. Voor 2011 gaat het om een bijdrage van circa € 160 miljoen.
In formele zin is er vanaf 2012 geen sprake meer van een landelijk geldende clawback. Voor 2012 geldt dat de zorgverzekeraars in hun contracten met apothekers deze verlaging van de inkoopvergoedingen over het algemeen hebben gehandhaafd. Feitelijk is er in 2012 en ook in 2013 sprake van een voortzetting van de clawback.

In figuur 3.6 is het gezamenlijke prijsdrukkende effect van WGP en de vrijwillige prijsverlagingen op basis van het convenant en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid, verdeeld naar inkoopkanaal weergegeven. De hier gepresenteerde opbrengst is inclusief 6% BTW maar exclusief de opbrengstbijdragen via de clawback.

Duidelijk zichtbaar is dat de prijsverlagingen vooral hebben plaatsgevonden bij de generieke geneesmiddelen. De generieke geneesmiddelen zijn in 2012 verantwoordelijk voor ruim 81% van de besparingsopbrengst.

We concluderen dat de gematigde kostenstijging in de afgelopen zeven jaar vooral wordt veroorzaakt door de prijsverlagingen bij generieke geneesmiddelen, in het bijzonder bij die generieke geneesmiddelen die in de afgelopen tien jaar op de markt zijn gebracht als gevolg van het patent verloop van het oorspronkelijke specialité. Voor een belangrijk deel ging het hier ook om patentverloop van een aantal blockbusters: middelen met een aanzienlijk marktaandeel zowel in kosten als volume. Ook na patentverloop bleef het gebruik van deze middelen nog toenemen.

Patentverloop, gevolgd door preferentiebeleid leidt tot forse prijsverlagingen en daarmee ook tot lagere kosten. Voor geneesmiddelen waarvan in 2011 of 2012 het patent verliep en er generieke alternatieven op de markt kwamen die onderwerp werden van preferentiebeleid, zijn we nagegaan hoe groot deze kostendaling in 2012 was.
We beperken ons tot zeven geneesmiddelen met een omzet (gemeten in AIP) van meer dan € 10 miljoen. De apotheekinkoopwaarde van deze geneesmiddelen daalde van € 285,6 miljoen in 2011, naar € 147,9 in 2012; een daling van bijna 52%. Het gebruik van deze middelen steeg met 7,2%.
De kosten daalden met bijna € 138 miljoen. Houden we rekening met de toename van het gebruik van deze geneesmiddelen dan is sprake van een kostendaling van ruim € 155 miljoen. Ruim de helft (€ 82 miljoen) hiervan komt voor rekening van de cholesterolverlager atorvastatine (merknaam Lipitor), met € 28 miljoen gevolgd door het antipsychoticum olanzapine (merknaam Zyprexa) en valsertan (merknaam Diovan) met € 23 miljoen.

We verwachten dat het prijsniveau van de thans beschikbare generieke geneesmiddelen zich de komende jaren zal stabiliseren, terwijl het volume nog verder zal toenemen. Verdere prijsverlagingen zullen vooral nog plaatsvinden op momenten dat sprake is van patentverloop. De prijsverlagingen die daarbij optreden zullen geleidelijk zijn en wellicht iets minder spectaculair dan in de voorgaande jaren. De prijsstelling van generieke middelen die na 2008 op de markt zijn gekomen laat ook zien dat de prijsverlagingen trager op gang komen en ook minder ver gaan.

Nieuwe geneesmiddelen: ruim 13% van totale geneesmiddelkosten

Jaarlijks komen er nieuwe geneesmiddelen op de Nederlandse markt. De minister van VWS beslist uiteindelijk of deze middelen ook voor vergoeding in het kader van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen. Het aandeel van nieuwe geneesmiddelen - dat zijn geneesmiddelen die sinds 2004 op de markt zijn gekomen en zijn opgenomen in het verstrekkingenpakket - in de totale kosten is gestegen van 0,1% in 2004 naar ruim 13% in 2012. Anders gezegd, ruim 13% van de kosten voor geneesmiddelen heeft betrekking op geneesmiddelen die vanaf 2004 nieuw zijn geïntroduceerd en in het GVS zijn opgenomen.

In tabel 3.12 geven we de kostenontwikkeling van deze nieuwe geneesmiddelen weer in relatie tot het jaar waarin ze werden geïntroduceerd. We beperken ons hierbij tot nieuwe middelen met een nieuwe werkzame stof, die zijn opgenomen in het GVS en worden vergoed op grond van de basisverzekering. Dit is dus exclusief nieuwe geneesmiddelen (werkzame stoffen) die uitsluitend in het ziekenhuis worden gebruikt. De kosten die gemoeid zijn met deze nieuwe geneesmiddelen stijgt sneller dan gemiddeld, vooral in de eerste vijf, zes jaar na introductie. Het aandeel van nieuwe geneesmiddelen is sinds 2004

Tabel 3.12 | Ontwikkeling totale kosten nieuwe geneesmiddelen, 2004-2012

1 = 1 MILJOEN EURO

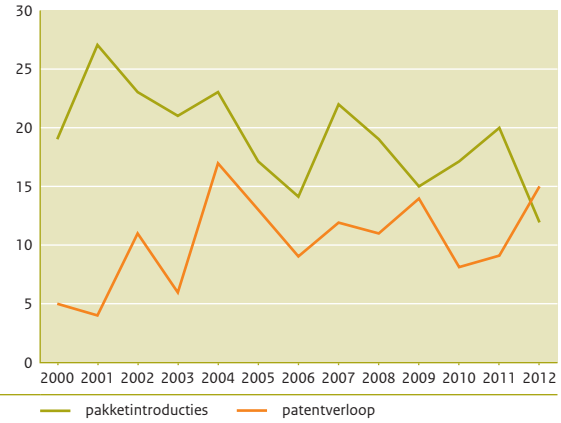
Introductiejaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
2004	4,9	37,8	60,5	78,2	93,6	104,6	119,3	136,3	148,4
2005		7,7	31,3	51,9	66,4	70,0	75,6	80,1	82,9
2006			7,3	40,0	53,0	57,9	64,9	73,7	78,0
2007				15,0	40,7	54,7	70,6	87,9	102,4
2008					13,9	48,2	69,5	84,0	90,0
2009						3,8	20,7	35,1	28,7
2010							15,5	43,8	41,6
2011								3,9	21,8
2012									17,6
Totaal	**4,9**	**45,5**	**99,1**	**185,2**	**267,6**	**339,2**	**436,0**	**544,7**	**611,4**
Aandeel in totale kosten	*0,1%*	*1,0%*	*2,1%*	*3,6%*	*5,2%*	*6,7%*	*8,4%*	*10,4%*	*13,3%*

Tabel 3.13 | Statines: gebruikers en kosten per gebruiker, 2012

stofnaam (merknaam)	generiek beschikbaar	gebruikers 1 = 1	kosten per gebruiker 1 = 1 euro
simvastatine (Zocor)	Ja, vanaf 2003	1.043.000	39,03
pravastatine (Selektine)	Ja, vanaf 2004	170.460	53,16
fluvastatine (Canef, Lescol)	Ja, vanaf 2008	21.500	76,58
atorvastatine (Lipitor)	Ja, vanaf 2012	383.120	179,40
rosuvastatine (Crestor)	Nee	209.460	285,20

Figuur 3.7 | Pakketintroducties versus patentverloop, 2000-2012

1 = 1 WERKZAME STOF



opgelopen tot € 611 miljoen in 2012; dit is ruim 13% van de totale kosten voor de gehele extramurale farmaceutische zorg in datzelfde jaar.

Op grond van tabel 3.12 kan worden geconcludeerd dat de meerkosten voor deze nieuwe geneesmiddelen een redelijk stabiel beeld laat zien. De meerkosten liggen gemiddeld op circa € 10 miljoen in het jaar dat deze middelen worden opgenomen in het pakket (introductiejaar). In het tweede jaar lopen de kosten op naar gemiddeld circa € 36 miljoen, om geleidelijk op te lopen naar circa € 110 miljoen in het achtste jaar na introductie.

Het aantal nieuwe geneesmiddelen laat een iets aflopende trend zien. In figuur 3.7 geven we het aantal nieuwe introducties weer in de periode 2000–2012. Ter vergelijking laten we ook het aantal middelen zien (eveneens op basis van werkzame stof) waarvan het patent in diezelfde periode verliep. Het aantal middelen waarvan het patent verliep laat een iets oplopende trend zien. Wat opvalt, is dat tot 2004 het aantal nieuwe introducties beduidend hoger ligt dan het aantal middelen waarvan het patent verliep. Vanaf 2004 is de afstand tussen beide steeds kleiner geworden. Voor 2012 geldt dat het aantal nieuwe introducties achterblijft bij het aantal middelen dat het patent verloor.

Voor een gedetailleerd overzicht van de nieuwe geneesmiddelen die sinds 2008 in het verstrekkingenpakket zijn opgenomen en de ontwikkelingen in het gebruik en de kosten hiervan, verwijzen we naar onze website: *www.gipdatabank.nl*

Grote verschillen in behandelkosten, nog veel doelmatigheidswinst mogelijk

Het preferentiebeleid heeft de prijzen van vooral generieke geneesmiddelen fors doen dalen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de generiek beschikbaar gekomen cholesterolverlagers: simvastatine en pravastatine. De prijzen van deze middelen zijn ten opzichte van 2004 met bijna 95% verlaagd. Voor vergelijkbare statines, atorvastatine waarvan het patent in 2012 verliep, en rosuvastatine waarop nog patent rust, zijn er ook prijsverlagingen zichtbaar maar deze zijn relatief bescheiden. Hierdoor zijn grote verschillen ontstaan in de behandelkosten tussen de verschillende statines. Dit is belangrijk omdat zolang niet is aangetoond dat deze duurdere middelen relevante therapeutische verschillen vertonen, het voor de hand ligt dat bij de therapiekeuze (vooral ook in die gevallen waarin een nieuwe behandeling wordt ingezet) de behandelkosten een belangrijke rol moeten spelen. Uit de hier gepresenteerde gegevens blijkt dat via doelmatig voorschrijven nog substantiële besparingen kunnen worden gerealiseerd. Dit geldt niet alleen voor de statines (indicatiegebied: verhoogd cholesterol), maar ook voor de groep van protonpompremmers (indicatiegebied: maagzuurklachten) en de AT1-antagonisten (indicatiegebied: hypertensie en hartfalen).

Op dit moment zijn voor de behandeling van een verhoogd cholesterol vijf statines beschikbaar. In tabel 3.13 worden de behandelkosten over 2012 van de verschillende statines met elkaar vergeleken op grond van de gemiddelde kosten per gebruiker. We concluderen dat de behandeling met simvastatine van € 39,03 per gebruiker per jaar verreweg het goedkoopst is. De behandeling met het veel duurdere atorvastatine (Lipitor) kost ruim vier keer zoveel, namelijk € 179,40 per gebruiker per jaar. De behandeling met rosuvastatine (Crestor) is zeven keer duurder dan die met simvastatine. Deze verschillen zijn groot en beslaan inmiddels een periode van bijna tien jaar (in 2003 kwamen de eerste generieke aanbieders van simvastine op de markt).

Tabel 3.14 | Protonpompremmers: gebruikers en kosten per gebruiker, 2012

stofnaam (merknaam)	generiek beschikbaar	gebruikers 1 = 1	kosten per gebruiker 1 = 1 euro
omeprazol (Losec)	Ja, vanaf 2002	976.600	44,84
pantoprazol (Pantozol)	Ja, vanaf 2009	527.080	48,80
lansoprazol (Prezal)	Ja, vanaf 2005	14.800	66,16
rabeprazol (Pariet)	Ja, vanaf 2012	39.350	282,50
esomeprazol (Nexium)	Ja, vanaf 2010	243.090	141,10

Tabel 3.15 | AT1-antagonisten: gebruikers en kosten per gebruiker, 2012

stofnaam (merknaam)	generiek beschikbaar	gebruikers 1 = 1	kosten per gebruiker 1 = 1 euro
losartan (Cozaar)	Ja, vanaf 2010	217.930	52,60
eprosartan (Tevetan)	Ja, vanaf 2012	420	232,80
valsartan (Diovan)	Ja, vanaf 2011	154.000	96,72
irbesartan (Aprovel)	Ja, vanaf 2012	133.700	210,80
candesartan (Atacand)	Ja, vanaf 2012	71.650	167,40
telmisartan (Micardis)	Nee	48.500	230,10
olmesartan (Olmetec)	Nee	17.800	208,90

Dit overzicht toont aan dat voorschrijvers, door vooral door deze goedkopere generieke geneesmiddelen te kiezen, nog veel doelmatigheidswinst bereikt kan worden. Immers de behandelend (huis)arts en/of specialist bepaalt welke van de vijf statines wordt voorgeschreven en vervolgens door de apotheek wordt afgeleverd. Of anders gezegd: als in het jaar 2012 aan circa 80% van alle gebruikers van een statine het veel goedkopere simvastatine zou zijn voorgeschreven, dan zou dit in 2012 tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven hebben geleid van circa € 87 miljoen.

Bij de maagmiddelen is een vergelijkbaar beeld zichtbaar (tabel 3.14). Op dit moment is een vijftal onderling vergelijkbare protonpompremmers beschikbaar. De behandeling met omeprazol is duidelijk het goedkoopst: € 44,84 per gebruiker per jaar. De behandeling met rabeprazol (Pariet) of esomeprazol (Nexium) zijn duidelijk duurder: € 282,50 respectievelijk € 141,10 per gebruiker per jaar. De verschillen zijn wederom opmerkelijk, en geven aan dat ook hier via de voorschrijvers van deze middelen nog veel doelmatigheidswinst kan worden bereikt. Immers de behandelend (huis)arts en/of specialist bepaalt welke van de vijf protonpompremmers wordt voorgeschreven en vervolgens door de apotheek wordt afgeleverd. Of anders gezegd: als in het jaar 2012 aan circa 80% van alle gebruikers van de duurdere protonpompremmers het veel goedkopere omeprazol zou zijn voorgeschreven, dan zou dit in 2012 tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven hebben geleid van circa € 28 miljoen.

Een derde groep waarbij sprake is van grote verschillen in behandelkosten zijn de AT1-antagonisten. AT1-antagonisten en ACE-remmers zijn geneesmiddelen die invloed hebben op een systeem, het renine-angiotensinesysteem (RAS), dat de electrolytenbalans, het vloeistofvolume en de bloeddruk regelt. Beide beïnvloeden de werking van angiotensine II, een vaatvernauwende stof, maar op verschillende wijze. ACE-remmers remmen een enzym dat angiotensine I omzet in angiotensine II en AT1-antagonisten blokkeren een bepaald type receptor (type 1angiotensine II receptor) en remmen daardoor de werking van angiotensine II. Beide groepen geneesmiddelen hebben nagenoeg dezelfde hoofdindicaties namelijk de behandeling van hypertensie en hartfalen. Richtlijnen van de beroepsgroep en het Farmacotherapeutisch Kompas adviseren een AT1-antagonist pas voor te schrijven als alternatief voor een ACE-remmer in het beperkt aantal gevallen dat prikkelhoest voor de patiënt een probleem vormt. Uit klinisch onderzoek met ACE-remmers blijkt dat minder dan 6% van de patiënten uitvalt als gevolg van hoest. Dit betekent dus eigenlijk dat iedere gebruiker van een AT1-antagonist eerst een ACE-remmer moet hebben geprobeerd. In de praktijk blijkt dat maar bij 30% van de nieuwe gebruikers van een AT1-antagonist het geval te zijn. Deze keuze in de behandeling kan belangrijke consequenties hebben voor de kosten omdat de ACE-remmer goedkoper is en de behandeling vaak langdurig. Een AT1-antagonist is twee tot drie keer zo duur als een ACE-remmer.

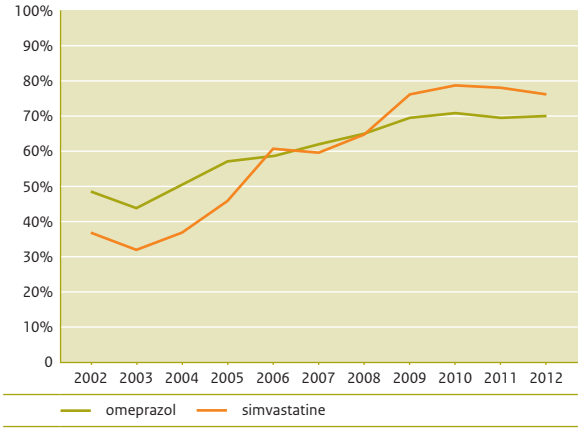
Indien dan toch voor AT1-antagnist wordt gekozen is ook hier sprake van een keuze tussen zeven, onderling vervangbare geneesmiddelen. In 2010 verliep het patent van het middel losartan, en werden ook generieke varianten van dit middel aangeboden. In 2011 en 2012 volgden nog een viertal middelen met patentverlies. Dit heeft geleid tot veel lagere prijzen voor losartan. De kosten per gebruiker liggen nu op hetzelfde niveau als voor een ACE-remmer. Voor de overige middelen bleven de prijsverlagingen heel beperkt. In tabel 3.15 presenteren we een vergelijkend overzicht. De gemiddelde behandelkosten per gebruiker met losartan bedroegen in 2012 € 52,60 terwijl de behandeling met een van de andere AT1-antagonisten varieert van € 96,72 (valsartan) naar € 230,10 (telmisartan).
Ook hier is weer sprake van opmerkelijke verschillen en dat via de voorschrijvers van deze middelen nog veel doelmatigheidswinst kan worden bereikt. Of anders gezegd: als in het jaar 2012 aan circa 80% van alle gebruikers van de duurdere middelen het veel goedkopere losartan zou zijn voorgeschreven, dan zou dit in 2012 tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven hebben geleid van circa € 39 miljoen.

Zolang niet is aangetoond dat de duurdere middelen relevante verschillen vertonen, ligt het voor de hand dat bij de therapiekeuze, vooral ook in die gevallen waarin een nieuwe behandeling wordt ingezet, de behandelkosten een belangrijke rol moeten spelen. Bovenstaande overzichten laten zien dat er door doelmatiger voorschrijven nog substantiële besparingen kunnen worden gerealiseerd op de uitgaven voor geneesmiddelen.

Het is bemoedigend te kunnen constateren dat voorschrijvers zich de afgelopen jaren hebben ingespannen om doelmatiger voor te schrijven. Artsen hebben de afgelopen jaren steeds vaker simvastatine en omeprazol voorgeschreven bij startende gebruikers (figuur 3.8). Bij gebruikers die starten met een cholesterolverlagend middel wordt in 2012 in 76% van de gevallen simvastatine voorgeschreven, tegenover 37% in 2002. Opvallend is dat tot en met 2003 nog sprake was van een dalende trend naar 32%. Bij de protonpompremmers is een vergelijkbare ontwikkeling zichtbaar. In 2012 steeg het aantal startende gebruikers dat omeprazol kreeg voorgeschreven naar bijna 70%, terwijl dit percentage in 2003 was gedaald naar 44%.

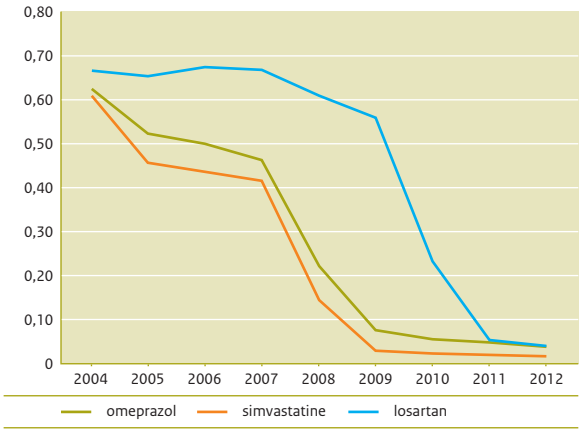
Sinds 2004 is sprake van een trendbreuk in het voorschrijfgedrag van artsen. Tot en met 2003 kozen artsen steeds vaker voor de nieuwe, veelal duurdere statines en protonpompremmers bij de start van een nieuwe therapie. Deze trend is sinds 2004 omgebogen. De cijfers over 2011 en 2012 laten zien dat aan deze ombuiging een einde is gekomen; er is sprake van een stabilisering, zelfs een lichte daling ten opzichte van de percentages over 2010.

Figuur 3.8 | Startende gebruikers simvastatine en omeprazol, 2002-2012



Figuur 3.9 | Prijsdalingen onder invloed van generieke middelen, 2004-2012

1 = 1 EURO



Cholesterolverlagers (aantal gebruikers in 2012: 2,6 miljoen) en maagzuurremmers (aantal gebruikers in 2012: 1,7 miljoen) behoren tot de meest voorgeschreven middelen in Nederland. Een groot deel van het geneesmiddelenbudget wordt aan deze middelen besteed. Voor beide geldt dat jaarlijks meer dan anderhalf miljoen mensen deze middelen gebruiken. De bestedingen aan deze middelen bedragen ruim € 460 miljoen per jaar; dit komt overeen met 8,8% van de totale uitgaven voor receptgeneesmiddelen. We concluderen dat met prijsbewust voorschrijven nog substantiële besparingen mogelijk zijn, zeker nu de nieuwe behandelrichtlijnen voor het verder terugdringen van de risico's op hart- en vaatziekten zullen leiden tot een nog verdere groei van het aantal behandelingen.

In figuur 3.9 staan voor de drie hiervoor genoemde geneesmiddelengroepen weergegeven welke prijsverlagingen optraden toen de het eerste middel uit de groep ook generiek beschikbaar kwam. De prijsverlagingen

Tabel 3.16 | Vergoedingen geneesmiddelen extramuraal en intramuraal, 2004-2012
1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Beleidsregel dure geneesmiddelen									
intramuraal, DBC add-on	93	128	222	296	372	418	467	482	1.032
Farmaceutische Zorg									
extramuraal, WMG-geneesmiddelen	3.107	3.262	3.482	3.801	3.843	3.603	3.574	3.534	2.982
Totaal	**3.200**	**3.390**	**3.703**	**4.096**	**4.215**	**4.022**	**4.041**	**4.016**	**4.014**

zijn geleidelijk en doen er zo'n twee jaar over om op het laagste niveau uit te komen. De prijsdalingen zijn het scherpst als zorgverzekeraars preferente aanbieders gaan aanwijzen.

Dure geneesmiddelen in het ziekenhuis

Sinds 2004 is de NZa-beleidsregel dure geneesmiddelen van kracht. Normaal gesproken worden de geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegepast niet afzonderlijk vergoed, maar voor heel dure geneesmiddelen wordt hiervoor een uitzondering gemaakt. Het doel van deze beleidsregel is ziekenhuizen die deze dure geneesmiddelen toepassen, alsnog (gedeeltelijk) te compenseren voor de extra kosten die dit met zich mee brengt. In de loop der tijd is het aantal middelen dat onder deze beleidsregel valt toegenomen. Ook de kosten die hiermee zijn gemoeid namen toe.
Met ingang van 2012 is de beleidsregel vervangen door een regeling waarbij deze geneesmiddelen door het ziekenhuis afzonderlijk kunnen worden gedeclareerd. De verrichtingen door het ziekenhuis worden op dit moment gedeclareerd via zogenoemde DBCs (diagnose behandelcombinaties); deze dure geneesmiddelen kunnen vanaf 2012 gedeclareerd door aan deze DBC-declaratie een zogenoemde add-on toe te voegen. Vanaf 2012 is het aantal middelen dat als add-on kan worden gedeclareerd nog verder toegenomen door de overheveling van de TNF-alfa-blokkers. Tot 2012 werden deze middelen nog vergoed vanuit het GVS. Deze overheveling impliceert dat de kosten voor het extramurale geneesmiddelengebruik zullen dalen en verschuiven naar de ziekenhuiszorg.
Zowel de overheid als de ziekenhuizen verwachten dat de kosten uiteindelijk lager zullen uitpakken en ook minder snel zullen stijgen vanwege de inkoopmacht van ziekenhuizen.

Via het GIP beschikt het CVZ over een gedetailleerd inzicht in de volume- en kostenontwikkeling van het extramurale geneesmiddelengebruik. Door de overheveling van geneesmiddel naar het ziekenhuisbudget dreigt de situatie te ontstaan dat een steeds groter deel van deze ontwikkelingen niet meer kan worden gevolgd omdat bepaalde geneesmiddelengroepen worden overgeheveld naar de ziekenhuisbudgetten. Het CVZ gaat na of het toch mogelijk is deze ontwikkelingen in het intramurale circuit in beeld te brengen. Als aanzet hiertoe geven we op macroniveau een overzicht met daarin de ontwikkeling van de geneesmiddelenkosten, uitgesplitst naar extramuraal en intramuraal. De kosten voor intramurale geneesmiddelen over 2004 tot en met 2011 zijn afkomstig van de NZa; met betrekking tot 2012 zijn de gegevens afkomstig uit de verantwoordingsinformatie die zorgverzekeraars jaarlijks aan het CVZ moeten verstrekken.

De cijfers over 2012 zijn nog wel voorlopig en zullen mogelijk nog worden bijgesteld. Dit wordt in belangrijke mate veroorzaakt door de vertraging die is opgetreden bij het declareren van deze geneesmiddelen. De declaratiestromen zijn pas eind 2012 goed op gang gekomen en het zal pas in de loop van 2013 duidelijk worden welke kosten uiteindelijk hiervoor bij de zorgverzekeraars zijn gedeclareerd. De intramurale kosten worden nog gecompleteerd met de kosten voor extramurale (WMG-) geneesmiddelen. In 2012 is duidelijk het overhevelingseffect zichtbaar van de TNF-alfa-blokkers. Voor 2013 en volgende jaren zullen nog meer geneesmiddelen worden overgeheveld.

Vrije tarieven voor apotheekhoudenden vanaf 2012

Vanaf 2012 zijn de tarieven van apotheekhoudenden vrij gegeven en worden deze niet meer landelijk en uniform door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. De NZa stelt nog wel de te verzekeren prestaties vast: de werkzaamheden die door de apotheker moeten worden verricht om een bepaald tarief in rekening te mogen brengen. In de praktijk wordt de hoogte van het tarief vastgesteld in de te sluiten overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en apothekers.

De NZa onderscheidt twee basisprestatie: een standaarduitgifte en een uitgifte in een weekdoseringssysteem (weekuitgifte). Daarnaast is het mogelijk om in een aantal gevallen aanvullende prestaties in rekening te brengen. Hiervoor is het belangrijk om te bepalen of het gaat om een eerste uitgifte en/of een uitgifte in de avond/nacht of in het weekend. Ook is het mogelijk om een afzonderlijke toeslag

in rekening te brengen voor eigen apotheekbereidingen (onderscheid: eenvoudige- en complexe magistrale bereidingen). In tabel 3.17 staat een overzicht met de tarieven vanaf 2010. Tot en met 2011 zijn dit nog de landelijk vastgestelde tarieven. In 2012 zijn dit de gemiddelde tarieven zoals deze door de apotheekhoudenden in rekening zijn gebracht.

Tabel 3.17 | Tarieven apotheekhoudenden WMG-geneesmiddelen, 2010-2012

1 = 1 EURO

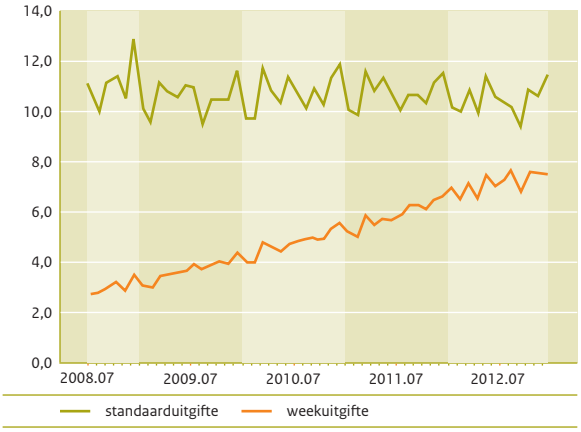
	2010	2011	2012
Basisprestaties			
Standaarduitgifte	5,99	5,74	5,77
Weekuitgifte	3,29	3,16	3,10
Aanvullende prestaties			
Eerste uitgifte	5,99	5,74	5,77
Avond/nacht/weekend uitgifte	11,97	11,48	11,25
Reguliere magistrale bereiding	11,97	11,48	11,25
Bijzondere magistrale bereiding	89,78	86,12	84,40
Dienstverlening thuis			52,00
Overige zorgverlening	-	-	NB

exclusief 6% BTW

In tabel 3.18 geven we een specificatie van de in de periode 2010 tot en met 2012 afgeleverde WMG-uitgiftes, voor zover het gaat om geneesmiddelen die in het kader van de Zvw werden vergoed. We concluderen dat de toename van het aantal uitgiftes voornamelijk wordt bepaald door een toename van het aantal weekuitgiftes.
In figuur 3.10 laten we per maand (vanaf juli 2008 tot en met december 2012) de groei van het aantal basisprestaties zien, uitgesplitst naar standaard- en weekuitgiftes. Het

Figuur 3.10 | Standaard- en weekuitgiftes, 2008-2012

1 = 1 MILJOEN



aantal standaarduitgiftes fluctueert per maand, maar de algemene trend is een stabiel beeld over de jaren heen. Voor de weekuitgiftes geldt een nagenoeg ononderbroken stijgende trend. We verwachten dat het aantal weekuitgiftes ook in 2013 zal blijven stijgen.

Mede als gevolg van deze wijziging in de tariefstructuur per 1 juli 2008, de hoogte van de daaraan gekoppelde tarieven en de stijging van het aantal uitgiftes, zijn de inkomsten van apotheekhoudenden uit deze tarieven in de periode 2009 tot en met 2011 flink gestegen (tabel 3.19). Daar staat tegenover dat de extra inkomsten uit kortingen en bonussen in diezelfde periode zijn gedaald. Deze stijging van de inkomsten uit het WMG-tarief is dan ook mede bedoeld als compensatie voor het verlies aan inkomsten uit kortingen en bonussen. Voor 2012 zijn de inkomsten uit het WMG-tarieven op hetzelfde niveau gebleven als in 2011. In dit overzicht zijn de clawback kortingen op de geneesmiddelenvergoeding aan

Tabel 3.18 | WMG-geneesmiddelen naar soort prestatie, 2008-2012

1 = 1 MILJOEN

	2008	2009	2010	2011	2012
Basisprestaties					
Standaarduitgifte	66,8	126,3	128,5	128,0	125,9
Weekuitgifte	18,1	44,1	56,9	70,6	85,4
Ongespecificeerd	78,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Aanvullende prestaties					
Eerste uitgifte	15,5	31,9	32,0	31,8	30,0
Avond/nacht/weekend uitgifte	0,8	1,6	1,5	1,5	1,4
Reguliere magistrale bereiding	1,4	3,0	3,1	3,0	2,8
Bijzondere magistrale bereiding	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Dienstverlening thuis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overige zorgprestaties	-	-	-	-	NB

Tabel 3.19 | Inkomsten apotheekhoudenden, 2008-2012

1 = 1 MILJOEN EURO

	2008	2009	2010	2011	2012
Basiprestaties	876,6	870,6	956,9	958,0	973,0
Aanvullende prestaties	46,5	201,2	260,1	246,8	225,6
Marge, buiten-WMG	30,5	31,4	34,9	40,4	43,4
Totaal	**953,7**	**1.103,2**	**1.251,9**	**1.245,2**	**1.241,9**

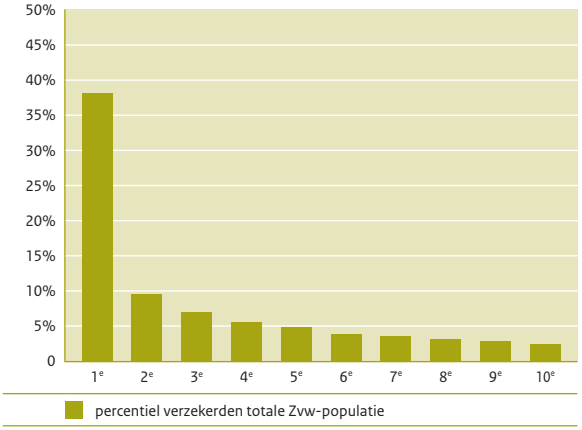
apotheekhoudenden niet verwerkt, evenals de extra inkomsten die zij verkregen uit kortingen en bonussen op inkoop van geneesmiddelen.

Kosten geneesmiddelengebruik bijzonder scheef verdeeld

In 2012 hebben circa 11,5 miljoen Nederlanders ten minste één geneesmiddel gebruikt dat werd vergoed via de Zorgverzekeringswet. Dit komt overeen met bijna 70% van alle verzekerden. Of vanuit een ander perspectief bekeken: 30% van de Nederlanders heeft het afgelopen jaar geen geneesmiddel gebruikt. De verdeling van de gemaakte kosten binnen de groep van geneesmiddelengebruikers is bijzonder scheef: 2% van de Nederlanders is verantwoordelijk voor bijna 47% van de uitgaven aan geneesmiddelen.

In figuur 3.11 presenteren we hoe de kosten van farmaceutische zorg zijn verdeeld over de verzekerden populatie. We gaan hierbij uit van de materiaalkosten (apotheekinkoopprijzen) van de gebruikte geneesmiddelen. De verzekerdenpopulatie van ruim 16,7 miljoen verzekerden wordt verdeeld in 100 even grote groepen (percentielen) van elk ruim 167.000 personen, die daarna worden geordend op basis van de hoogte van de materiaalkosten van de aan hen afgeleverde geneesmiddelen. De gemiddelde materiaalkosten per verzekerde bedroegen in 2012 iets meer dan € 267.

Figuur 3.11 | Kostenaandeel gebruikers farmaceutische zorg, 2012



Voor circa 30% van de bevolking geldt dat zij het afgelopen jaar geen geneesmiddelen hebben gebruikt: zij vormen de eerste 30 percentielen. De kosten voor de daaropvolgende percentielen loopt maar heel langzaam op. De laatste 10% is verantwoordelijk voor circa 80% van de totale materiaalkosten en daarbinnen is een kleine groep, de laatste 2% (het gaat hier dan om circa 334.000 verzekerden) is verantwoordelijk voor circa 47% van de geneesmiddelenuitgaven. Het laatste percentiel is verantwoordelijk voor 38% van de totale materiaalkosten; dit komt overeen met een bedrag van ruim € 1,2 miljard.

De meeste gebruikers in het hoogste percentiel komen daarin terecht omdat zij een relatief duur geneesmiddel gebruiken. De grens tussen het hoogste en het één na hoogste percentiel ligt bij 1.820 euro. Dat wil zeggen dat verzekerden die een geneesmiddel gebruiken met meer dan € 1.820 aan materiaalkosten automatisch in het hoogste percentiel terechtkomt. Op onze website www.gipdatabank.nl geven we een overzicht van deze dure geneesmiddelen, de gemiddelde kosten per gebruiker en het aantal gebruikers van deze middelen.

Beperking aanspraak op maagzuurremmers: opbrengst beperkt

Vanaf 2012 worden maagzuurremmers alleen nog vergoed als deze bestemd zijn voor chronisch gebruik (langer dan 6 maanden). Ook al is sprake van chronisch gebruik dan moet de patiënt nog wel de kosten voor het eerste voorschrift zelf betalen. Het effect van de maatregel is enorm. Het aantal gebruikers van deze middelen is in 2012 met 1,1 miljoen afgenomen. Het aantal chronische gebruikers van deze geneesmiddelen komt daarmee uit op 1,8 miljoen. De kosten voor het gebruik van deze middelen daalden in 2012 met € 60 miljoen. Bij nader inzien wordt de daling in belangrijke mate veroorzaakt door de lagere prijzen van deze middelen in 2012. Corrigeren we voor deze prijsverlagingen dan resteert nog een besparingsbedrag van circa € 25 miljoen.

Het beperken van de aanspraak op de vergoeding van maagzuurremmers is niet onomstreden. Met name omdat deze middelen vaak worden ingezet voor maagbescherming (ter voorkoming van maagbloedingen) voor

patiënten die een NSAID (Non Steroidal Anti Inflammatory Drug) gebruiken.
NSAIDs zijn bedoeld voor het remmen van ontstekingen en pijnbestrijding, maar hebben als nadeel dat zij de kans op een maagbloeding verhogen. Een maagzuurremmer verkleint dit risico. Huisartsen en patiëntengroepen hebben al kenbaar gemaakt dat de maatregel zijn doel voorbij schiet, omdat in de praktijk blijkt dat mensen om financiële redenen (omdat ze deze zelf moeten betalen) afzien van het gebruik van een beschermende maagzuurremmer.

De gebruikscijfers laten zien dat het aantal gebruikers van deze middelen fors is gedaald: het aantal gebruikers van deze maagzuurremmers daalde van 2,9 miljoen in 2011 naar 1,8 miljoen in 2012. Het zijn vooral de kortdurende gebruikers (gemiddeld gebruik: circa 28 dagen) die hiervoor verantwoordelijk zijn.
De kosten daalden met € 60 miljoen. Deze daling wordt echter in zeer belangrijke mate veroorzaakt door het feit dat de prijzen van deze maagzuurremmers in 2012 verder zijn gedaald. Alleen al de prijsdalingen hebben gezorgd voor een kostendaling van circa € 36 miljoen. De resterende daling wordt veroorzaakt door minder uitgiftes (ter waarde van circa € 17 miljoen) en een vermindering van het aantal afgeleverde DDDs (ter waarde van circa € 8 miljoen).

Het netto besparingseffect kan aldus worden berekend op circa € 25 miljoen. Op grond van cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) concluderen we dat in 2012 door patiënten circa € 20 miljoen aan maagzuurremmers werd uitgaven, die niet via de basisverzekering werden vergoed. De SFK raamt vervolgens het aantal patiënten met een risicoprofiel dat ten onrechte geen maagzuurremmer gebruikt op circa 8.000 per jaar.

Op grond van de SFK-cijfers concluderen we dat er in belangrijke mate sprake is van een verschuiving van de kosten van de basisverzekering naar de patiënt. Het leeuwendeel van de patiënten die deze middelen kortdurend gebruiken en deze niet meer via de basisverzekering vergoed krijgen, betaalt deze middelen nu zelf. Het feit dat er een groep van risicopatiënten is die deze middelen nu niet (meer) gebruikt is zorgelijk. In eerste instantie is de behandelend arts verantwoordelijk voor een goede farmacotherapie en het informeren van de patiënt over het belang om deze maagzuurremmers te gebruiken. Echter ook de vergoedingsbeperkingen zouden nog eens tegen het licht kunnen worden gehouden, zeker als het gaat om risicopatiënten. Volgens de huidige behandelrichtlijnen moet de behandelend arts juist voorzichtig omgegaan met het chronisch gebruik van maagzuurremmers, maar wordt daarnaast aangegeven dat een gecombineerd gebruik van een NSAID (ook bij kortdurend gebruik) met een maagzuurremmer juist noodzakelijk is.

Uitgaven voor niet-geregistreerde allergeenextracten dalen

Het aantal mensen dat met allergeenextracten wordt behandeld bedroeg in 2012 ruim 27.000, de kosten voor deze middelen bedroegen in 2012 ruim € 38 miljoen. Ten opzichte van de voorgaande jaren is sprake van een daling met circa 8% per jaar. Ook het aantal gebruikers neemt iets af. Opvallend is dat de kostendaling zich concentreert binnen de groep van niet-geregistreerde producten: het aantal gebruikers neemt af ten gunste van het gebruik van de allergeenextracten die wel zijn geregistreerd. Niettemin, het marktaandeel van deze niet-geregistreerde middelen is nog steeds substantieel: ruim 80% van de kosten heeft betrekking op het gebruik van deze niet-geregistreerde producten. De discussie en besluitvorming over de vergoedingsstatus van de niet-geregistreerde allergeenextracten sleept nu al een aantal jaren voort en is nog steeds niet afgerond.

De behandeling met allergeenpreparaten (hyposensibilisatie) is een vorm van immuuntherapie waarbij een patiënt langdurig wordt blootgesteld aan relatief lage doses van het allergie veroorzakende allergeen. Dit met als uiteindelijke doel de overgevoeligheidsklachten van het contact met het allergeen te verminderen of zelfs te doen laten verdwijnen. De meest voorkomende typen allergieën waarvoor allergeentherapie wordt ingezet zijn gras- en/of boompollenallergie (hooikoorts), huisstofmijtallergie, kattenallergie en in mindere mate bijen- of wespenallergie.
Het *Farmacotherapeutisch Kompas* en de NHG-richtlijn *Allergische en niet-allergische rhinitis* zijn terughoudend met het aanbevelen van immuuntherapie. Alleen voor patiënten met een duidelijk vastgestelde, ernstige allergie waarbij de symptomatische therapie met antihistaminica, cromoglicinezuur en corticosteroïden onvoldoende succes heeft, kan immuuntherapie worden overwogen. De indicatie dient door een specialist te worden gesteld.

In de jaren 2004 tot met 2007 is een duidelijke stijging in de kosten van allergeenpreparaten zichtbaar; in de jaren daarop stabiliseren de kosten zich om vanaf 2010 een dalende lijn in te zetten. Deze daling wordt ten dele veroorzaakt door een daling van het aantal gebruikers van met name de niet-geregistreerde allergeenextracten ten gunste van het gebruik van geregistreerde producten. Daarnaast liggen de gemiddelde kosten per gebruiker voor de geregistreerde allergeenextracten beduidend lager dan voor de niet-geregistreerde producten.

In tabel 3.20 laten we de ontwikkelingen zien over de periode 2008 tot en met 2012. Voor meer gegevens: *www.gipdatabank.nl* onder de ATC-code V01AA.

In 2012 namen de niet-geregistreerde allergeenextracten nog 80% van de totale kosten voor hun rekening. Het

Tabel 3.20 | Allergeenextracten: gebruikers en kosten per gebruiker, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Aantal gebruikers (1 = 1)					
Graspollenallergeen	2.137	3.158	4.132	6.379	7.443
Insectenallergeen	2.235	2.183	2.091	2.068	1.926
Allergeenextracten (overig)	29.368	28.536	25.157	22.995	20.702
Kosten per gebruiker (1 = 1 euro)					
Graspollenallergeen	681,20	681,60	705,70	658,40	716,40
Insectenallergeen	844,30	859,00	869,30	887,20	918,50
Allergeenextracten (overig)	1.640,00	1.637,00	1.611,00	1.523,00	1.505,00

gaat daarbij om een bedrag van ruim € 31 miljoen. Deze niet-geregistreerde producten worden op grond van een uitzonderingsbepaling (1993) niettemin vergoed op grond van de Zvw. We verwachten dat binnen een aantal jaren een einde zal komen aan de overgangsbepaling en ook de werkzaamheid van allergeenextracten zal zijn beoordeeld volgens de normen voor bewezen effectiviteit en veiligheid, zoals deze voor geneesmiddelen nu eenmaal gelden. Dan zullen alleen nog die preparaten worden vergoed die kunnen beschikken over een positief oordeel van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG).

Overzicht dure geneesmiddelen: alle 17 duur

Wanneer zijn geneesmiddelen duur? Heeft dat te maken met een hoge omzet, zoals we deze op de GIPdatabank presenteren in de "Top 100 totale kosten"? Of met de hoge kosten per behandeling of per gebruiker, zoals deze wordt gehanteerd voor o.a. de weesgeneesmiddelen? In deze GIPeilingen hanteren we voor de definitie van een duur geneesmiddel een combinatie van twee eenduidige criteria: de totale kosten moeten in 2012 boven de € 15 miljoen uitkomen én de gemiddelde kosten per gebruiker moeten boven de € 1.000 per jaar liggen. Het resultaat van deze combinatie van twee criteria is dat er in 2012 zeventien geneesmiddelen kunnen worden beschouwd als duur.

Voor de definitie voor "dure geneesmiddelen" hebben we aansluiting gezocht bij de definitie die indertijd door Adri Steenhoek (emeritus hoogleraar specialistisch geneesmiddelenbeleid) is voorgesteld. Namelijk een combinatie van twee criteria: de totale omzet van het geneesmiddel is groter dan 0,5% van de totale omzet aan geneesmiddelen én de kosten per dag liggen hoger dan 10 keer de gemiddelde kosten per dag.
Om pragmatische redenen is door ons de definitie vereenvoudigd: een geneesmiddel wordt aangemerkt als duur, als de totale kosten van dit geneesmiddel in 2012 groter zijn dan € 15 miljoen én de gemiddelde kosten per gebruiker in 2012 groter zijn dan € 1.000.
Van het totale aantal middelen voldeden 71 geneesmiddelen aan het eerste criterium. Daarnaast voldeden 169 geneesmiddelen aan het tweede criterium. Als we beide criteria combineren dan resteren er 17 geneesmiddelen die we betitelen als duur. In tabel 3.21 worden enkele kengetallen van deze 17 middelen weergegeven. De totale uitgaven voor deze 17 middelen bedroeg in 2012 € 505 miljoen; dit komt overeen met bijna 11% van de totale kosten voor farmaceutische zorg.
Ten opzichte van vorig jaar valt op dat de nummers één en twee uit het overzicht zijn verdwenen. Het gaat hier om twee zogenoemde TNF-alfa-blokkers. Beide middelen zijn in 2012 overgeheveld naar het ziekenhuisbudget en komen daardoor niet meer in dit overzicht van dure extramurale geneesmiddelen voor.

Een andere manier om te kijken naar dure geneesmiddelen is de geneesmiddelen in te delen in groepen met globaal eenzelfde indicatiegebied. In tabel 3.22 presenteren we een overzicht van de geneesmiddelengroepen waaraan in 2012 meer dan € 100 miljoen (totale kosten) is uitgegeven. De geneesmiddelen zijn gegroepeerd op het tweede niveau van de ATC-code. Dit niveau classificeert de geneesmiddelen in therapeutische hoofdgroepen. In tabel 3.22 zijn 15 hoofdgroepen opgenomen. Samen zijn deze 15 groepen geneesmiddelen verantwoordelijk voor 57% van de totale kosten. Naast de totale kosten geven we ook het aantal gebruikers en de gemiddelde kosten per gebruiker weer. Het beeld is heel uiteenlopend. De gemiddelde kosten per gebruiker variëren van € 31,00 per gebruiker tot € 7.051 per gebruiker.

Het overzicht is vergelijkbaar met vorig jaar, met dien verstande dat de groep immunosuppressiva (L04), die toen nog op de tweede plaats stond met totale kosten van € 459 miljoen, uit het overzicht is verdwenen omdat de geneesmiddelen en daarmee gepaard gaande kosten zijn overgeheveld naar het ziekenhuisbudget. In vergelijking met 2011, zijn de totale kosten in 2012 voor deze 15 geneesmiddelengroepen gedaald met ruim 8%.

Tabel 3.21 | Kengetallen dure extramurale geneesmiddelen, 2008-2012

rang	ATC-code	stofnaam (merknaam)	totale kosten 1 = 1 miljoen euro 2008	2009	2010	2011	2012	kosten per gebruiker 1 =1 euro	gebruikers 1 = 1
1	H01AC01	Somatropine (Norditropin)	55,5	59,4	55,2	55,7	51,6	9.845	5.242
2	L03AB07	Interferon beta 1a (Avonex)	39,6	40,1	43,7	41,4	44,8	11.657	3.846
3	L03AA13	Pegfilgrastim (Neulasta)	37,9	42,1	44,8	44,5	40,2	4.810	8.366
4	J05AR03	Emtricitabine en tenofovir (Truvada)	22,2	23,7	29,2	34,6	39,5	5.699	6.926
5	J05AR06	Emtricitabine en tenofovir en efavirenz (Atripla)	8,0	27,6	36,1	39,5	38,8	9.079	4.276
6	L01XE01	Imatinib (Glivec)	36,6	38,2	37,8	37,2	36,1	24.273	1.489
7	L04AX04	Lenalidomide (Revlimid)	14,0	20,2	25,4	30,8	35,7	32.808	1.088
8	B03XA02	Darbepoëtine alfa (Aranesp)	39,7	38,8	35,4	37,6	34,3	2.663	12.887
9	J06BA02	Immunoglobuline normaal IV (Kiovig)	13,0	17,6	20,7	23,5	27,1	31.576	858
10	L04AD02	Tacrolimus (Prograft)	20,6	21,0	23,4	24,6	24,8	3.501	7.087
11	H01CB02	Octreotide (Sandostatine)	20,8	21,7	22,9	23,6	23,6	10.548	2.233
12	C02KX01	Bosentan (Tracleer)	17,5	20,7	23,1	22,6	23,0	25.518	902
13	L03AX13	Glatirameer (Copaxone)	16,2	17,8	18,4	18,7	19,6	8.852	2.216
14	L01BC06	Capecitabine (Xeloda)	17,2	17,4	17,3	17,4	18,0	1.489	12.095
15	B03XA01	Epoëtine (Eprex)	38,2	34,9	24,2	18,5	16,7	1.700	9.850
16	L02AE02	Leuproreline (Lucrin PDS)	15,9	18,7	18,9	15,1	16,1	1.099	14.671
17	J06BB16	Palivizumab (Synagis)	12,8	14,0	14,6	15,1	15,1	4.926	3.073
	Totaal		**425,9**	**473,9**	**491,2**	**500,4**	**505,2**		
	Aandeel in totale kosten		*8,2%*	*9,3%*	*9,4%*	*9,6%*	*11,0%*		

Tabel 3.22 | Geneesmiddelgroepen van meer dan € 100 miljoen in 2012

rang	omschrijving (ATC-groep)	totale kosten 1 = 1 mln euro	gebruikers 1 = 1	kosten/gebruiker 1 = 1 euro
1	astma & COPD (R03)	442,8	1.537.000	288
2	diabetesmiddelen (A10)	258,7	784.200	330
3	cholesterolverlagers (C10)	241,1	1.832.000	132
4	ACE-remmers & ATII-antagonisten (C09)	205,8	1.926.000	107
5	antivirale middelen (J05)	188,5	93.800	2.010
6	analgetica (N02)	161,8	1.379.000	117
7	antitrombotica (B01)	155,6	1.662.000	94
8	oncolytica (L01)	140,2	81.400	1.722
9	psychoanaleptica (N06)	138,3	1.161.000	119
10	psycholeptica (N05)	127,6	607.000	210
11	immunostimulantia (L03)	125,5	17.800	7.051
12	maagmiddelen (A02)	125,0	1.824.000	69
13	systemische antibacteriële middelen (J01)	120,2	3.822.000	31
14	hypofyse- en hypothalamushormonen (H01)	104,1	38.400	2.711
15	oogheelkundige middelen (S01)	101,6	1.652.000	62

Ontwikkelingen geneesmiddelengroepen

Regionale verschillen in kaart

Ook in deze uitgave van *GIPeilingen* worden de regionale verschillen van het geneesmiddelengebruik in Nederland weer in kaart gebracht. Voor de regio-indeling sluiten we aan bij de indeling van Nederland in 32 zorgkantoorregio's (zie bijlage V). Elders in deze publicatie zijn ook de hulpmiddelen en dieetpreparaten/voedingsmiddelen in kaart gebracht. In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de volgende geneesmiddelengroepen onder de loep genomen:

- maagmiddelen
- cholesterolverlagende middelen
- diabetesmiddelen
- astma- en COPD-middelen
- antidepressiva
- antipsychotica
- slaap- en kalmeringsmiddelen
- HIV-middelen

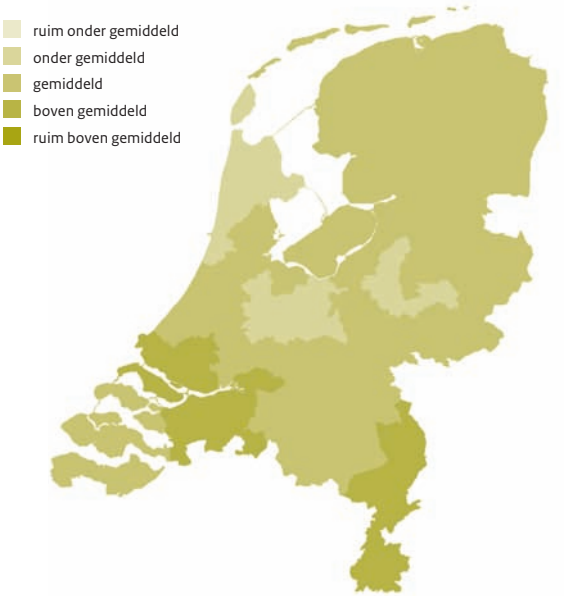
Per geneesmiddelengroep is per regio de prevalentie berekend. Deze prevalentie – die wordt uitgedrukt per 1.000 Zvw-verzekerden – is gecorrigeerd naar leeftijd en geslacht. De prevalentie per zorgkantoorregio wordt vergeleken met de landelijke prevalentie; deze laatste wordt als ondertitel bij elke figuur vermeld. Om de onderlinge vergelijking tussen de regio's te vergemakkelijken, is de regionale prevalentie geclassificeerd op basis van de procentuele afwijking van de landelijke prevalentie in Nederland, die als index op 100 is gesteld. De procentuele afwijking is als volgt in klassen ingedeeld, omschreven en van een kleurcode voorzien:

index ≤ 90	ruim onder gemiddeld
index 90 - 97,5	onder gemiddeld
index 97,5-102,5	gemiddeld
index 102,5-110	boven gemiddeld
index ≥ 110	ruim boven gemiddeld

De landelijke prevalentie van gebruikers van geneesmiddelen in 2012 is 687 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden (figuur 4.1). Of anders gezegd: in 2012 hebben van iedere 1.000 Zvw-verzekerden 687 verzekerden ten minste één keer een geneesmiddel, dat werd vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet, opgehaald bij de apotheekhoudende.

In verreweg het grootste gedeelte van Nederland ligt het aantal gebruikers van geneesmiddelen binnen een spreidingsbreedte van 5% rondom het gemiddelde. Er zijn geen regio's met een afwijking van meer dan 10%, zowel naar boven als naar beneden. In de regio's Noord-Holland Noord, Utrecht en Apeldoorn, Zutphen e.o. ligt het aantal gebruikers onder het landelijk gemiddelde; in de regio's Zuid-Limburg en Noord- en Midden-Limburg ligt het aantal geneesmiddelgebruikers boven het gemiddelde, evenals in de regio's West-Brabant, Zuid-Hollandse Eilanden, Rotterdam en Nieuwe Waterweg Noord.

Figuur 4.1 | Gebruikers geneesmiddelen 2012
Prevalentie NL = 687 per 1.000 Zvw-verzekerden



Via de Nationale Atlas Volksgezondheid (Zorgatlas) van het RIVM worden de prevalenties van het geneesmiddelengebruik naar zorgkantoorregio voor 2011 - en binnenkort ook voor 2012 - digitaal ontsloten met klikkaarten (*www.zorgatlas.nl/zorg/genees-en-hulpmiddelen/geneesmiddelengebruik*). Middels deze klikkaarten worden de daadwerkelijke prevalenties per zorgkantoorregio en per geneesmiddelengroep weergegeven. In aanvulling op het aantal gebruikers wordt via de Zorgatlas ook het gebruik, gemeten in standaarddagdoseringen, met klikkaarten in beeld gebracht.

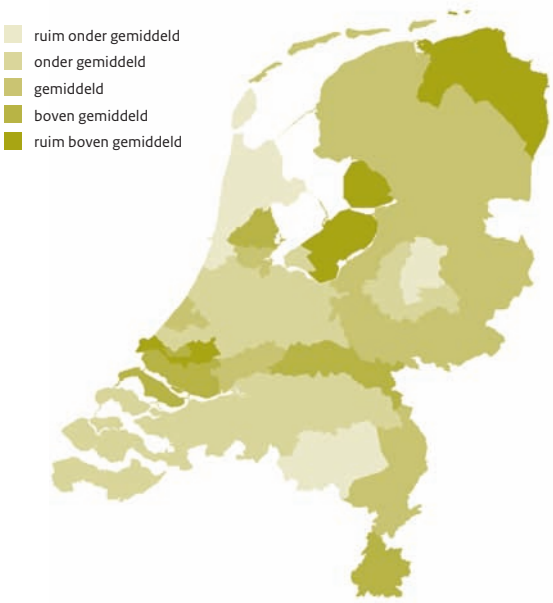
Op *www.gipdatabank.nl* geeft het overzicht 'geneesmiddelgroepen' toegang tot meerjarenoverzichten van 2002 tot en met 2012 met diverse kengetallen - per ATC-code, per jaar - van elke hiervoor genoemde groep. Via deze weg zijn middels een link ook de bijbehorende klikkaarten van de Zorgatlas toegankelijk.

Recept 4.1 | Maagmiddelen in Nederland
Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2008	2012	
9.037.000	14.001.000	uitgiftes
428.392.000	577.490.000	dagdoseringen (DDDs)
2.190.000	1.824.000	gebruikers
€ 298.468.000	€ 125.015.000	kosten (all in)
4,1	7,7	uitgiftes per gebruiker
196	317	DDDs per gebruiker
€ 0,70	€ 0,22	kosten per dag (DDD)
€ 33,05	€ 8,95	kosten per uitgifte
€ 136,30	€ 68,55	kosten per gebruiker
55%	90%	aandeel DDDs generiek
57%	57%	aandeel DDDs vrouwen
12%	9%	aandeel DDDs < 45 jaar
40%	37%	aandeel DDDs 45-65 jaar
22%	25%	aandeel DDDs 65-75 jaar
26%	28%	aandeel DDDs > 75 jaar

Top 3 aantal uitgiftes 2012	
6.557.000	omeprazol (Losec®, Omolin®)
4.573.000	pantoprazol (Pantozol®)
1.909.000	esomeprazol (Nexium®)

Figuur 4.2 | Gebruikers maagmiddelen 2012
Prevalentie NL = 111,2 per 1.000 Zvw-verzekerden



Maagmiddelen

Per 1 januari 2012 is de aanspraak op de maagzuurremmers beperkt. Alleen mensen met een chronische (maag)aandoening krijgen deze geneesmiddelen nog uit de basisverzekering vergoed (zie voorwaarde 71 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering). Het effect van deze maatregel is duidelijk in de cijfers op recept 4.1 terug te vinden.

Steeg de afgelopen jaren het aantal gebruikers van maagmiddelen (definitie op ATC-code niveau A02) nog met bijna 9% per jaar, voor 2012 worden bijna 1 miljoen minder gebruikers dan in 2011 geteld; een daling van 33%. De kengetallen voor 2012 geven in vergelijking met die van 2008 duidelijk aan dat alleen nog maar sprake is van chronisch gebruik. Werd voorheen gemiddeld zo'n half jaar (196 DDD's per gebruiker) gebruikt, in 2012 is dat met ruim 10 maanden (317 DDD's per gebruiker) aanzienlijk hoger. De kostendaling van de maagmiddelen werd al eerder ingezet, als gevolg van het generiek beschikbaar komen van diverse protonpompremmers. Het aandeel van deze middelen is met 90% in 2012 nagenoeg gelijk gebleven ten opzichte van 2011. Maagmiddelen worden over het algemeen vaker door vrouwen gebruikt; de man-vrouw verhouding bedraagt 43:57. Het chronisch gebruik van de maagmiddelen komt bij ouderen relatief vaker voor: in 2012 is het aandeel van 65+ inmiddels 54%.

De landelijke prevalentie van gebruikers van maagmiddelen daalt van 165 in 2011 naar 111 gebruikers per 1.000 verzekerden in 2012. In de regio's Rotterdam, Flevoland en Groningen ligt het aantal gebruikers ruim boven het landelijk gemiddelde (zie figuur 4.2), terwijl in Noord-Holland, Zuidoost Brabant en Midden IJssel de prevalentie ruim onder het gemiddelde ligt. Het oosten van Nederland omvat vooral regio's met een prevalentie rond het landelijke gemiddelde, terwijl het westen van het land over het algemeen onder het gemiddelde scoort.

Cholesterolverlagende middelen

Het aantal gebruikers van cholesterolverlagende middelen (definitie op ATC-code niveau C10) is sinds 2008 met meer dan 300.000 gestegen tot ruim 1,8 miljoen gebruikers in 2012; een gemiddelde stijging van 5% per jaar. De kosten voor het gebruik van cholesterolverlagers zijn in diezelfde periode echter met meer dan € 110 miljoen gedaald naar € 241 miljoen in 2012. In 2012 kostte een cholesterolverlager gemiddeld nog 37 eurocent per dag, en zijn de kosten per gebruiker ten opzichte van 2008 met € 100 gedaald tot € 131.

De belangrijkste oorzaken van de kostendaling zijn de (vrijwillige) prijsverlagingen voor de generiek beschikbaar gekomen cholesterolsyntheseremmers. In 2012 is ook atorvastatine generiek verkrijgbaar. De kostendaling van € 70 miljoen ten opzichte van 2011 is vrijwel volledig hieraan toe te schrijven. De toename van het aantal gebruikers wordt vooral veroorzaakt door een toename van het preventieve gebruik van statines ter voorkoming van hart- en vaatincidenten.

In recept 4.2 staan de kengetallen over het gebruik van cholesterolverlagers in de jaren 2008 en 2012 weergegeven. Het aandeel van generiek beschikbare middelen is flink toegenomen: van 45% naar 73% in 2012. De verhouding tussen mannen en vrouwen is ongewijzigd: bijna 60% van het aantal DDDs wordt voorgeschreven aan mannen. Het aandeel gebruikers in de leeftijdsgroep 65+ neemt verder toe. Deze groep verzekerden is verantwoordelijk voor bijna 60% van het totale gebruik.

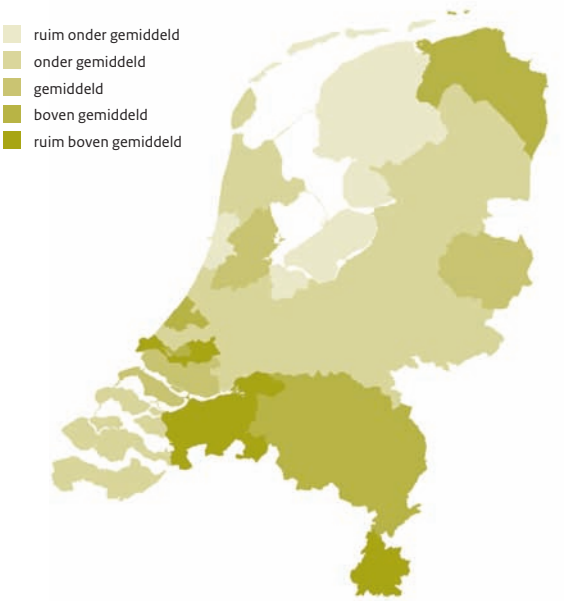
In figuur 4.3 zijn de regionale verschillen van gebruikers van cholesterolverlagers in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van cholesterolverlagers in 2012 komt uit op 110 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. Opvallend is dat in de regio's in het zuiden van Nederland het aantal gebruikers boven het landelijk gemiddelde ligt; in de regio's Zuid-Limburg, West Brabant en Rotterdam zelfs ruim boven het gemiddelde. In midden- en noord Nederland – met uitzondering van Groningen - ligt het gebruik in de meeste regio's onder het gemiddelde.

Recept 4.2 | Cholesterolverlagers in nederland
Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2008	2012	
7.657.000	13.777.000	uitgiftes
497.438.000	650.884.000	dagdoseringen (DDDs)
1.516.000	1.832.000	gebruikers
€ 355.484.000	€ 241.057.000	kosten (all in)
5,1	7,5	uitgiftes per gebruiker
328	355	DDDs per gebruiker
€ 0,71	€ 0,37	kosten per dag (DDD)
€ 46,40	€ 17,50	kosten per uitgifte
€ 234,55	€ 131,60	kosten per gebruiker
45%	73%	aandeel DDDs generiek
43%	43%	aandeel DDDs vrouwen
5%	4%	aandeel DDDs < 45 jaar
44%	39%	aandeel DDDs 45-65 jaar
30%	33%	aandeel DDDs 65-75 jaar
22%	25%	aandeel DDDs > 75 jaar

Top 3 aantal uitgiftes 2012	
7.411.000	simvastatine (Zocor®)
2.736.000	atorvastatine (Lipitor®)
1.291.000	pravastatine (Selektine®)

Figuur 4.3 | Gebruikers cholesterolverlagers 2012
Prevalentie NL = 110,6 per 1.000 Zvw-verzekerden

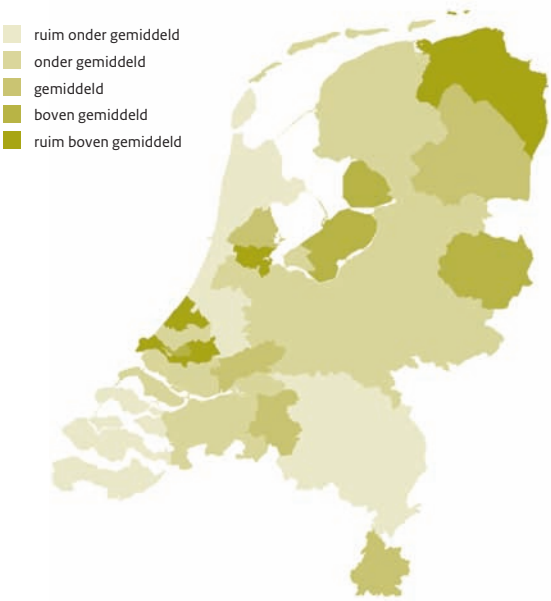


Recept 4.3 | Diabetesmiddelen in nederland
Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2008	2012	
6.723.000	10.408.000	uitgiftes
425.141.000	451.365.000	dagdoseringen (DDDs)
700.600	784.200	gebruikers
€ 236.304.000	€ 258.678.000	kosten (all in)
9,6	13,3	uitgiftes per gebruiker
607	576	DDDs per gebruiker
€ 0,56	€ 0,57	kosten per dag (DDD)
€ 35,15	€ 24,85	kosten per uitgifte
€ 337,30	€ 329,85	kosten per gebruiker
62%	62%	aandeel DDDs generiek
49%	46%	aandeel DDDs vrouwen
9%	8%	aandeel DDDs < 45 jaar
39%	37%	aandeel DDDs 45-65 jaar
28%	30%	aandeel DDDs 65-75 jaar
25%	25%	aandeel DDDs > 75 jaar

Top 3 aantal uitgiftes 2012	
5.389.000	metformine
1.167.000	glimepiride (Amaryl®)
938.700	tolbutamide

Figuur 4.4 | Gebruikers diabetesmiddelen 2012
Prevalentie NL = 48,3 per 1.000 Zvw-verzekerden



Diabetesmiddelen

Het aantal gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen oftewel diabetesmiddelen (definitie op ATC-code niveau A10) is de afgelopen jaren gestegen naar 784.000 gebruikers in 2012; een gemiddelde stijging van 3% per jaar. De toename in het gebruik van de orale middelen ligt met 3,6% per jaar wat hoger dan de toename van het aantal insulinegebruikers (2,2%). Dit verschil hangt samen met een vergrijzende populatie en daarmee gepaard gaande stijgende incidentie van diabetes mellitus type-II (ouderdomsdiabetes). De totale kosten voor diabetesmiddelen zijn ten opzichte van 2008 licht gestegen naar bijna € 260 miljoen. De insulines zijn verantwoordelijk voor tweederde van de totale kosten voor diabetesmiddelen.

In recept 4.3 staan de belangrijkste kengetallen van het gebruik van diabetesmiddelen voor de jaren 2008 en 2012 weergegeven. In het oog springt vooral de toename van het aantal gebruikers en een lichte daling van het gemiddeld aantal dagdoseringen per gebruiker. Doordat de kosten per dag gemiddeld nauwelijks toenemen, is er een lichte daling van de kosten per gebruiker.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen ligt rond de 60%. Dit zijn allemaal orale diabetica, want voor de insulines zijn nog geen generieke preparaten beschikbaar. De verhouding tussen mannen en vrouwen lijkt langzaam te wijzigen: in 2012 is het aandeel vrouwen licht gedaald naar 46%. Er zijn weinig verschuivingen in het gebruik naar leeftijd: 55% van het aantal DDDs wordt gebruikt door 65+.

Figuur 4.4 toont de regionale verschillen van gebruikers van diabetesmiddelen in Nederland. Ten opzichte van 2011 is het beeld nauwelijks gewijzigd. De landelijke prevalentie in 2012 van gebruikers van antidiabetica is 48 gebruikers per 1.000 verzekerden. In de regio's Groningen, Amsterdam, Haaglanden en Rotterdam ligt het aantal gebruikers ruim boven het landelijk gemiddelde. Maar ook Twente, Flevoland en Waardenland scoren boven het gemiddelde.

Astma- en COPD-middelen

Het gebruik van astma- en COPD-middelen (definitie op ATC-code niveau R03 en R05CB) in Nederland is sinds jaren vrij stabiel (zie recept 4.4) met een gemiddelde jaarlijkse toename van nog geen 1%. Het aantal gebruikers wordt in 2012 op ruim 1,5 miljoen geraamd. De totale kosten komen uit op € 450 miljoen. De kosten worden voor een groot bepaald door het gebruik van combinatiepreparaten (ß-sympathicomimeticum met een inhalatie-corticosteroïd). In 2012 is ruim € 215 miljoen aan deze middelen uitgegeven, iets minder dan de helft van de totale kosten voor alle astma- en COPD-middelen. Voor de combinatiepreparaten liggen de kosten per DDD ongeveer drie keer hoger dan voor de enkelvoudige sympathicomimetica en corticosteroïden.

Het gebruik van de combinatiepreparaten bepaalt voor ongeveer een derde het aantal uitgiftes en aantal DDDs en bijna 50% van de totale kosten. In 2012 zijn de gemiddelde kosten per gebruiker bijna € 300. Het aandeel in het gebruik van generiek beschikbare middelen is licht gedaald, van 12% in 2008 naar 9% in 2012. De verhouding tussen mannen en vrouwen blijft relatief stabiel, net zoals het gebruik naar leeftijd. In de leeftijdsgroep van 65+ is het gebruik met ruim 40% nog steeds het hoogst. Ruim 20% van het aantal DDDs wordt gebruikt door verzekerden jonger dan 45 jaar.

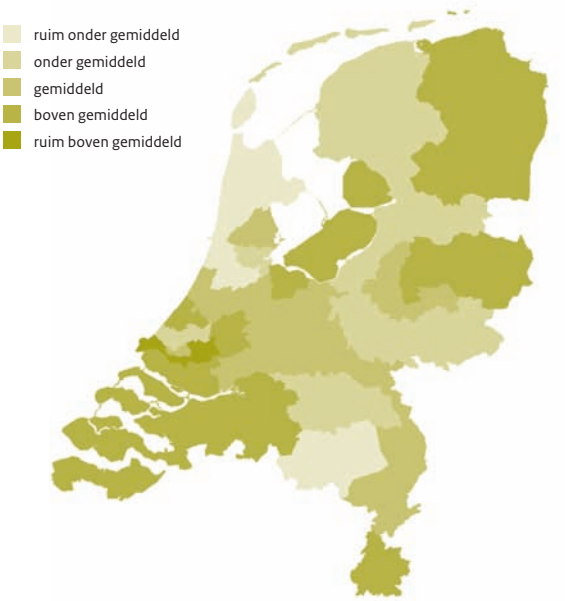
De landelijke prevalentie van gebruikers van astma en COPD-middelen in 2012 is 93 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. Ten opzichte van het landelijk gemiddelde liggen de meeste regio's er net onder of net boven (zie figuur 4.5). De regio's Noord-Holland Noord, Kennemerland, Amstelland en De Meerlanden en Zuidoost Brabant kennen een prevalentie ruim onder het landelijk gemiddelde. Alleen de regio Rotterdam heeft een prevalentie die ruim boven het landelijk gemiddelde uitstijgt.

Recept 4.4 | Astma en COPD-middelen in Nederland
Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2008	2012	
7.227.000	7.282.000	uitgiftes
365.368.000	373.784.000	dagdoseringen (DDDs)
1.497.000	1.537.000	gebruikers
€ 440.482.000	€ 450.220.000	kosten (all in)
4,8	4,7	uitgiftes per gebruiker
244	243	DDDs per gebruiker
€ 1,21	€ 1,20	kosten per dag (DDD)
€ 60,95	€ 61,85	kosten per uitgifte
€ 294,20	€ 292,90	kosten per gebruiker
12%	9%	aandeel DDDs generiek
52%	54%	aandeel DDDs vrouwen
23%	21%	aandeel DDDs < 45 jaar
34%	35%	aandeel DDDs 45-65 jaar
20%	22%	aandeel DDDs 65-75 jaar
23%	22%	aandeel DDDs > 75 jaar

Top 3 aantal uitgiftes 2012	
1.733.000	salbutamol (Ventolin®)
1.187.000	salmeterol & fluticason (Seretide®)
1.035.000	tiotropium (Spiriva®)

Figuur 4.5 | Gebruikers astma en COPD-middelen 2012
Prevalentie NL = 93,0 per 1.000 Zvw-verzekerden

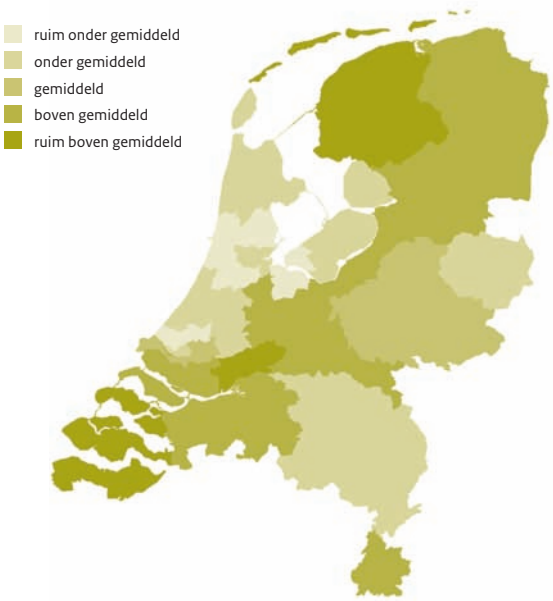


Recept 4.5 | Antidepressiva in Nederland
Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2008	2012	
7.129.000	8.963.000	uitgiftes
244.241.000	258.953.000	dagdoseringen (DDDs)
927.100	968.500	gebruikers
€ 132.504.000	€ 94.386.000	kosten (all in)
7,7	9,3	uitgiftes per gebruiker
263	267	DDDs per gebruiker
€ 0,54	€ 0,36	kosten per dag (DDD)
€ 18,60	€ 10,50	kosten per uitgifte
€ 142,90	€ 97,50	kosten per gebruiker
71%	80%	aandeel DDDs generiek
66%	65%	aandeel DDDs vrouwen
3%	3%	aandeel DDDs < 25 jaar
30%	27%	aandeel DDDs 25-45 jaar
46%	47%	aandeel DDDs 45-65 jaar
21%	23%	aandeel DDDs > 65 jaar

Top 3 aantal uitgiftes 2012	
1.456.000	paroxetine (Seroxat®)
1.429.000	citalopram (Cipramil®)
1.216.000	amitriptyline (Tryptizol®)

Figuur 4.6 | Gebruikers antidepressiva 2012
Prevalentie NL = 58,2 per 1.000 Zvw-verzekerden



Antidepressiva

Het aantal gebruikers van antidepressiva (definitie op ATC-code niveau N06A) is in de afgelopen jaren met gemiddeld 1,1% gestegen naar 968.000 gebruikers in 2012. De kosten die gepaard gaan met het gebruik van antidepressiva zijn de afgelopen jaren sterk afgenomen. Deze kostendaling wordt vooral veroorzaakt door de prijsverlagingen onder invloed van het geneesmiddelenconvenant en preferentiebeleid van zorgverzekeraars van de generiek beschikbaar gekomen serotonine heropname-remmers: fluoxetine (Prozac), citalopram (Cipramil), sertraline (Zoloft) en paroxetine (Seroxat).

In het recept 4.5 staan de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van antidepressiva van 2008 en 2012 weergegeven. In het oog springt vooral de toename van het aantal uitgiftes per gebruiker, terwijl het gemiddelde aantal gebruiksdagen (DDDs per gebruiker) constant is; het aantal DDDs per uitgifte is gedaald. Een deel van deze daling kan worden toegeschreven aan de groei van het aantal uitgiftes via zogenoemde weekdoseerverpakkingen voor één week of meerdere weken tegelijk. Deze ontwikkeling wordt mede gestimuleerd doordat voor deze weekafleveringen een apart aflevertarief is vastgesteld.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen is toegenomen tot 80% in 2012. Dit leidt tot lagere kosten per dag, per uitgifte en ook per gebruiker. De verhouding tussen mannen en vrouwen blijft scheef: tweederde van de gebruikers zijn vrouwen. De leeftijdsgroep 45–64 jarigen is de grootste gebruikersgroep: zij zijn verantwoordelijk voor bijna 50% van het totale gebruik. Er lijkt in het gebruik van antidepressiva een lichte verschuiving naar de oudere leeftijdsklassen plaats te vinden.

In figuur 4.6 zijn de regionale verschillen van gebruikers van antidepressiva in Nederland in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van antidepressiva in 2012 is met 58 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden gelijk aan de prevalentie in 2011. In de regio's in een strook die van Zeeland tot Groningen loopt, ligt de prevalentie boven het landelijk gemiddelde; in Zeeland, Waardenland en Friesland ligt de prevalentie er zelfs ruim boven. In de regio's 't Gooi, Kennemerland, Zaanstreek/Waterland, Amstelland en De Meerlanden en Delft Westland Oostland ligt het gebruik van antidepressiva ruim onder het landelijke gemiddelde.

Antipsychotica

Het aantal gebruikers van antipsychotica (definitie op ATC-code niveau N05A) is de afgelopen jaren met gemiddeld 2% per jaar gestegen naar 285.000 gebruikers in 2012. Deze toename is vooral toe te schrijven aan een verschuiving in het gebruik van klassieke middelen naar de nieuwe, atypische antipsychotica: quetiapine (Seroquel) en aripiprazol (Abilify). Het aantal gebruikers van quetiapine steeg van 45.000 in 2008 naar 78.000 in 2012; het gebruikersaantal van aripiprazol steeg in dezelfde periode van 8.200 naar 15.600. Voor de overige middelen is het aantal gebruikers door de jaren heen stabiel.

In recept 4.6 staan de belangrijkste kengetallen in het gebruik van antipsychotica voor 2008 en 2012 naast elkaar. Het aandeel van generiek beschikbare middelen is gestegen van 19% naar 39% in 2012; dit is het gevolg van het generiek beschikbaar komen van olanzapine in 2011 en quetiapine in 2012. Gezien de veel lagere kosten per DDD voor deze generieke preparaten, zijn de kosten per gebruiker met gemiddeld 7,6% per jaar afgenomen. Bijna de helft van de gebruikers van antipsychotica bevindt zich in de leeftijdgroep van 45–65 jaar. Er lijkt in het gebruik een lichte verschuiving naar de oudere leeftijdsklassen plaats te vinden.

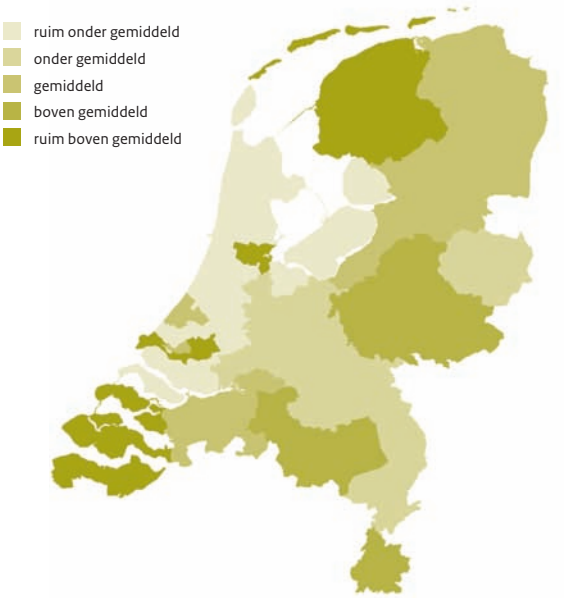
In figuur 4.7 zijn de regionale verschillen van het gebruik van antipsychotica in Nederland in 2012 weergegeven. De landelijke prevalentie van gebruikers van antipsychotica bedraagt 18 per 1.000 Zvw-verzekerden. In de regio's Amsterdam, Rotterdam en de provincies Zeeland en Friesland ligt het aantal gebruikers van antipsychotica ruim boven het gemiddelde, terwijl de rest van west Nederland ruim onder het gemiddelde scoort.

Recept 4.6 | Antipsychotica in Nederland
Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2008	2012	
2.883.000	3.961.000	uitgiftes
43.477.000	45.579.000	dagdoseringen (DDDs)
263.400	285.100	gebruikers
€ 121.544.000	€ 95.876.000	kosten (all in)
10,9	13,9	uitgiftes per gebruiker
165	160	DDDs per gebruiker
€ 2,80	€ 2,10	kosten per dag (DDD)
€ 42,15	€ 24,20	kosten per uitgifte
€ 461,35	€ 336,30	kosten per gebruiker
19%	39%	aandeel DDDs generiek
46%	46%	aandeel DDDs vrouwen
6%	6%	aandeel DDDs < 25 jaar
38%	34%	aandeel DDDs 25-45 jaar
44%	46%	aandeel DDDs 45-65 jaar
13%	14%	aandeel DDDs > 65 jaar

Top 3 aantal uitgiftes 2012	
952.500	quetiapine (Seroquel®)
603.000	olanzapine (Zyprexa®)
591.400	risperidon (Risperdal®)

Figuur 4.7 | Gebruikers antipsychotica 2012
Prevalentie NL = 17,7 per 1.000 Zvw-verzekerden

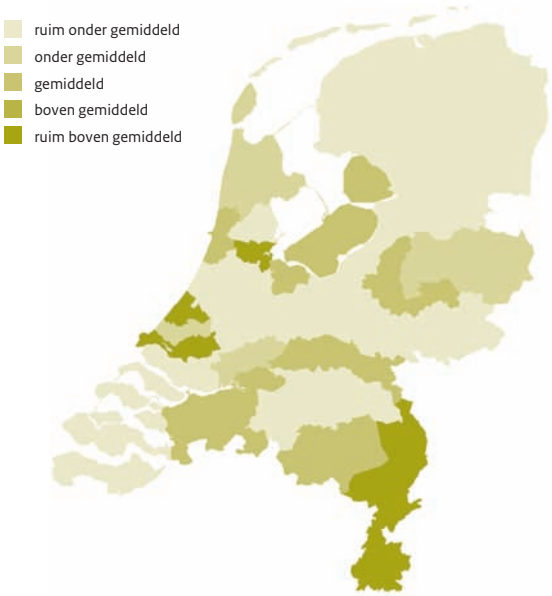


Recept 4.7 | Benzodiazepinen in Nederland
Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2008	2012	
12.378.000	4.437.000	uitgiftes
213.685.000	71.118.000	dagdoseringen (DDDs)
1.740.000	395.000	gebruikers
€ 100.145.000	€ 30.187.000	kosten (all in)
7,1	11,2	uitgiftes per gebruiker
123	180	DDDs per gebruiker
€ 0,47	€ 0,42	kosten per dag (DDD)
€ 8,10	€ 6,80	kosten per uitgifte
€ 57,55	€ 76,45	kosten per gebruiker
92%	90%	aandeel DDDs generiek
66%	60%	aandeel DDDs vrouwen
14%	20%	aandeel DDDs < 45 jaar
41%	48%	aandeel DDDs 45-65 jaar
20%	17%	aandeel DDDs 65-75 jaar
26%	15%	aandeel DDDs > 75 jaar

Top 3 aantal uitgiftes 2012	
1.117.000	oxazepam (Seresta®)
851.300	temazepam (Normison®)
515.800	diazepam (Stesolid®)

Figuur 4.8 | Gebruikers benzodiazepinen 2012
Prevalentie NL = 24,5 per 1.000 Zvw-verzekerden



Slaap- en kalmeringsmiddelen

Met ingang van januari 2009 zijn de aanspraken op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen ingrijpend gewijzigd en is de vergoeding beperkt tot een klein aantal indicaties (o.a. als onderhoudsbehandeling bij epilepsie en de behandeling van psychiatrische problematiek). Als gevolg hiervan is er een drastische terugval in het aantal gebruikers, het aantal DDDs en de daarmee gepaard gaande kosten. De terugval van de 1,7 miljoen gebruikers in 2008 naar 0,4 miljoen in 2009 is in de daaropvolgende jaren gestabiliseerd.

De gevolgen van de beperkingen in de aanspraak op slaap- en kalmeringsmiddelen (oftewel benzodiazepinen, definitie op ATC-code niveau N05BA, N05CD en N05CF) zijn in recept 4.7 zichtbaar. Het aantal uitgiftes is gedaald naar 4,4 miljoen, het aantal gebruikers nam af met 1,3 miljoen en het aantal afgeleverde DDDs daalde naar 71 miljoen. Vergelijken we 2009 (het ingangsjaar van de gewijzigde aanspraak) met 2012 dan is sprake van een toename van het aantal gebruikers met 5% per jaar en een toename van het aantal DDDs met ruim 6% per jaar.

Wat opvalt, is dat zowel het aantal uitgiftes als het gemiddeld aantal dagdoseringen per gebruiker duidelijk is toegenomen. Het lijkt er op dat de beperkingen in de aanspraak vooral tot een uitstroom van incidentele gebruikers heeft geleid. Hoewel de kosten per dag licht zijn gedaald, leidt een langduriger gebruik ook tot hogere kosten per gebruiker. Ook is de verschuiving naar leeftijd duidelijk zichtbaar: het aandeel van de gebruikersgroep 65 jaar en ouder is afgenomen van 46% naar 32%.

In figuur 4.8 zijn de regionale verschillen van het gebruik van benzodiazepinen in Nederland in 2012 in beeld gebracht. De landelijke prevalentie in 2012 is 25 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. Opvallend is dat de meeste regio's in Nederland ruim onder het gemiddelde scoren, terwijl de grote steden (regio Amsterdam, Haaglanden en Rotterdam) plus de regio's Noord- en Midden-Limburg en Zuid-Limburg juist de prevalentie kennen die ruim boven het landelijk gemiddelde ligt.

HIV-middelen

Er is sprake van een forse stijging van het gebruik van middelen tegen een infectie met HIV (humaan immunodeficiëntie virus). De HIV-middelen zijn geclassificeerd op ATC-code niveau J05AE, J05AF, J05AG, J05AR en J05AX, waarbij de geneesmiddelen die worden ingezet bij een (chronische) hepatitis-B infectie zijn uitgesloten. Het aantal gebruikers van HIV-middelen is toegenomen van 11.600 in 2008 naar 16.000 gebruikers in 2012; een gemiddelde jaarlijkse toename van ruim 8%. De kosten in verband met gebruik van HIV-middelen zijn gestegen naar bijna € 170 miljoen; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 12%.

In recept 4.8 staan de belangrijkste kengetallen rondom het gebruik van de middelen bij een HIV-infectie. Als gevolg van de behandelingsmogelijkheden is besmetting met HIV een meer chronische aandoening geworden. In het verleden werd de cART (combination antiretroviral therapy) meestal ingezet met het gebruik van meerdere enkelvoudige preparaten. In recente jaren zijn diverse combinatiepreparaten met twee of meer werkzame stoffen in vaste verhoudingen op de markt gebracht, die al snel bij de cART werden voorgeschreven. Als gevolg van een toegenomen gebruik van de combinatiepreparaten is het gemiddeld aantal DDDs per gebruiker in 2012 ten opzichte van 2008 duidelijk afgenomen. Wat betreft leeftijd is een duidelijke verschuiving waar te nemen in het gebruik van HIV-middelen: het aandeel gebruikers van 45 jaar en ouder is binnen 5 jaar opgelopen van 52% naar 62% in 2012.

In figuur 4.9 zijn de regionale verschillen van het gebruik van HIV-middelen in Nederland in 2012 in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van HIV-middelen is 0,99 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden is in 2012 vergelijkbaar met 2011. In de volgende regio's ligt de prevalentie – net als in voorgaande jaren - ruim boven het gemiddelde: Amsterdam, t Gooi, Rotterdam en Haaglanden.

Sinds de introductie in 1987 van zidovudine (Retrovir) zijn de behandelmogelijkheden van een infectie met HIV enorm toegenomen. De huidige behandeling bestaat uit een combinatie van meerdere middelen, die cART (combination antiretroviral therapy) wordt genoemd. Deze therapie is zo effectief, dat in de Westerse wereld de levensverwachting van HIV-geïnfecteerden inmiddels de normale levensverwachting benadert. Een besmetting met HIV is hierdoor veranderd in een chronische aandoening (zie ook *Monitoring Report 2012*, Stichting HIV Monitoring). In Nederland gaven we in 2012 ongeveer € 170 miljoen uit aan de verstrekking van HIV-geneesmiddelen; dit komt neer op gemiddeld € 10.500 per gebruiker per jaar.

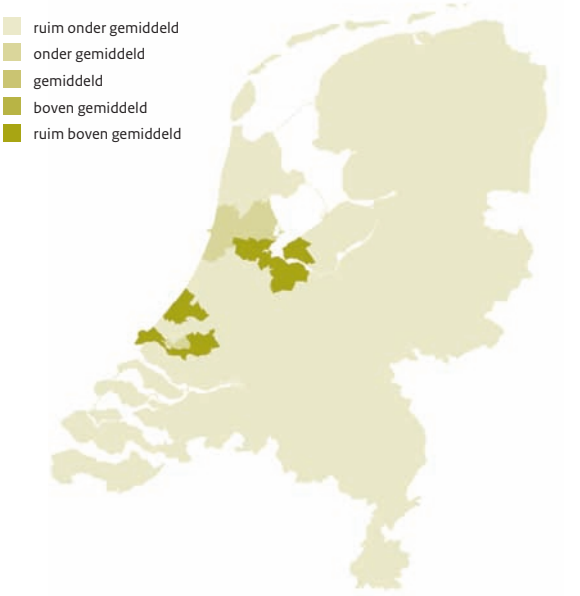
Recept 4.8 | HIV-middelen* in Nederland
Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2008	2012	
128.900	195.100	uitgiftes
7.118.000	9.132.000	dagdoseringen (DDDs)
11.600	16.000	gebruikers
€ 106.639.000	€ 168.449.000	kosten (all in)
11,1	12,2	uitgiftes per gebruiker
614	571	DDDs per gebruiker
€ 14,98	€ 18,45	kosten per dag (DDD)
€ 827,60	€ 863,35	kosten per uitgifte
€ 9.193,00	€ 10.528,00	kosten per gebruiker
0%	0%	aandeel DDDs generiek
23%	20%	aandeel DDDs vrouwen
3%	3%	aandeel DDDs < 25 jaar
45%	36%	aandeel DDDs 25-45 jaar
48%	55%	aandeel DDDs 45-65 jaar
4%	7%	aandeel DDDs > 65 jaar

Top 3 aantal uitgiftes 2012	
36.350	emtricitabine & tenofovir (Truvada®)
24.700	ritonavir (Norvir®)
19.450	emtricitabine & tenofovir & efavirenz (Atripla®)

** exclusief middelen voor behandeling (chronische) hepatitis-B*

Figuur 4.9 | Gebruikers HIV-middelen 2012
Prevalentie NL = 0,99 per 1.000 Zvw-verzekerden



Tabel 4.1 | Kostenontwikkeling HIV-middelen naar werkingsmechanisme, 2008-2012

1 = 1 MILJOEN EURO

		2008	2009	2010	2011	2012	gemid. groei
J05AE	proteaseremmer (PI)	20,9	22,8	25,6	28,7	37,6	15,9%
J05AF*	nucleoside reverse transcriptaseremmers (NRTI)	16,6	12,7	11,1	10,6	10,2	-11,4%
J05AG	non-nucleoside reverse transcriptaseremmers (NNRTI)	16,5	14,7	14,9	14,7	15,6	-1,4%
J05AR	twee- of meervoudige combinatiepreparaten	49,2	68,0	80,2	87,4	94,2	17,6%
J05AX	overig antivirale middelen	3,4	6,1	8,2	9,7	10,8	33,0%
	Totaal	**106,6**	**124,3**	**140,0**	**151,1**	**168,4**	**12,1%**
	aantal gebruikers (1 = 1)	11.600	12.900	13.600	14.700	16.000	8,4%
	gemiddelde kosten per gebruiker per jaar (1 = € 1)	9.200	9.600	10.300	10.300	10.500	3,4%
	gemiddelde kosten per gebruiker per dag (1 = € 1)	25,30	26,40	28,15	28,10	28,85	3,3%

** exclusief middelen voor behandeling van (chronische) hepatitis-B: adefovir, entecavir en telbivudine*

HIV-remmers worden op basis van hun werkingsmechanisme ingedeeld in verschillende groepen zoals de proteaseremmers (PI), nucleoside reverse transcriptaseremmers (NRTI), non-nucleoside reverse transcriptase-remmers (NNRTI) en een groep overig, enkelvoudige middelen (o.a.een integrase-remmer, een fusieremmer en een CCR5-antagonist). Omdat cART een behandeling is die bestaat uit combinaties van antiretrovirale geneesmiddelen, worden ook steeds meer vaste combinaties als geneesmiddel geregistreerd en bij de behandeling van een HIV-infectie ingezet.

In tabel 4.1 is de kostenontwikkeling opgenomen van deze groepen HIV-geneesmiddelen in de afgelopen vijf jaar. Er is sprake van een gemiddelde jaarlijkse groei van ruim 12%. Opvallend is de sterke stijging van de kosten voor de vaste combinatiepreparaten (ruim 17% per jaar) en overige antivirale middelen (33% per jaar), en de gelijktijdige daling van de kosten van de NRTIs met ruim 12%. De daling van NRTIs houdt direct verband met de toename van de combinatiepreparaten: deze middelen zijn een belangrijk onderdeel van de cART.

Dieetpreparaten en voedingsmiddelen

Sinds 2009 publiceren we via onze website *www.gipdatabank.nl* verschillende rapportages over de ontwikkelingen in het gebruik van de dieetpreparaten en voedingsmiddelen. Voor een nadere detaillering van deze middelen sluiten we aan bij de indeling volgens de hoofdstukken in het *Compendium dieetproducten en voedingssupplementen (editie 2012)* en de indeling naar (hoofd) indicaties.

De vergoeding voor dieetpreparaten en voedingsmiddelen vindt plaats op basis van de Zvw en is nader uitgewerkt in het Besluit Zorgverzekering en de Regeling Zorgverzekering. De vergoeding is beperkt tot verzekerden met bepaalde aandoeningen (stofwisselingsstoornissen, voedselallergie, resorptiestoornis en ziektegerelateerde ondervoeding, of volgens richtlijnen van beroepsgroepen daarop aangewezen) en die niet kunnen uitkomen met aangepaste normale voeding.

Het aantal gebruikers van dieetpreparaten en voedingsmiddelen is sinds 2008 gestaag toegenomen van 96.500 naar 155.000 verzekerden in 2012 (zie tabel 5.1); een gemiddelde toename van 12,5% per jaar. De kosten zijn in dezelfde periode minder snel gestegen: van € 65,1 miljoen in 2008 naar € 97,6 miljoen in 2012, overeenkomend met een gemiddelde jaarlijkse groei van bijna 11%.

In tabel 5.1 staan de ontwikkelingen in het aantal gebruikers en de kosten uitgesplitst naar hoofdindicatie. Voor bijna alle indicaties geldt een toename van het aantal gebruikers, maar opvallend is de aanhoudende grote jaarlijkse groei (ook absoluut) van het aantal gebruikers met slik- of passagestoornissen, ziektegerelateerde ondervoeding of een combinatie van resorptie- en stofwisselingsstoornissen. De toename van het aantal gebruikers is groter dan de toename van de daarmee gepaard gaande kosten. Slik- of passagestoornissen blijven met een aandeel van meer 50% van de kosten de belangrijkste indicatie voor dieetpreparaten en voedingsmiddelen. Ruim 15% van de kosten zijn voor middelen bij voedselallergie.

Zoals verwacht zijn de kosten per gebruiker van specifieke dieetpreparaten/voedingsmiddelen afhankelijk van de ernst van de aandoening en de soort middelen. Dit komt indirect tot uiting in de wijze waarop de middelen zijn ingedeeld in het *Compendium dieetproducten en voedingssupplementen* (editie 2012), zoals gehanteerd in tabel 5.2. Gebruikers van preparaten bij stofwisselingsstoornissen zijn in 2012 met ruim € 8.600 per jaar aanzienlijk duurder dan bijvoorbeeld gebruikers van sondevoedingen (gemiddeld bijna € 1.500 per jaar), of gebruikers van drinkvoedingen. Specifieke voeding voor zuigelingen en kinderen kost in 2012 gemiddeld € 905 per jaar. Over de jaren heen zijn de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar met 1,5% afgenomen, van € 675 in 2008 tot € 633 in 2012

Het gebruik van dieetpreparaten is zowel leeftijdsgebonden als indicatieafhankelijk. In de leeftijdsgroep jonger dan vijf jaar worden dieetpreparaten vooral gebruikt bij voedselallergieën. Bij prematuren betreft het een combinatie van slik-/passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornissen. Voor de ouderen vanaf 65 jaar gaat het vooral om indicaties van ziektegerelateerde ondervoeding, slik- en passagestoornissen of een combinatie van resorptie- of stofwisselingsstoornissen. In tabel 5.3 is voor 2012 het aantal gebruikers van dieetpreparaten en voedingsmiddelen weergegeven, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Hieruit komt naar voren

Tabel 5.1 | Gebruikers en kosten voedingsmiddelen naar indicatie, 2008-2012

		Gebruikers (1 = 1)		gemiddelde	Kosten (1=1 miljoen €)		gemiddelde
	indicatie	2008	2012	groei per jaar	2008	2012	groei per jaar
A	Slik- of passagestoornis	63.000	115.500	16,4%	34,0	56,8	13,7%
B	Resorptiestoornissen	7.330	10.110	8,4%	2,5	3,0	4,5%
C	Stofwisselingsstoornis	4.390	5.410	5,4%	8,2	9,8	4,6%
D	Voedselallergie	14.900	17.700	4,4%	11,4	15,3	7,5%
E	COPD / Cystische fibrose	7.820	7.010	-2,7%	4,2	4,5	1,8%
F	Ondervoeding	2.890	9.890	36,0%	1,3	2,0	11,4%
G	Diabetes	20	1.990	216%	0,0	1,0	299%
	Combinatie BC	19.600	30.500	11,7%	3,1	4,6	10,6%
	Combinatie ABC	2.660	3.050	3,5%	0,4	0,5	4,9%
	Overig / onbekend	140	630	45,6%	0,0	0,2	40,0%
	Totaal*	**96.500**	**154.300**	**12,5%**	**65,1**	**97,6**	**10,6%**

**een verzekerde kan middelen uit meerdere categorieën gebruiken: het totaal komt niet overeen met de som van de afzonderlijke categorieën*

Tabel 5.2 | Gebruikers en kosten voedingsmiddelen volgens Compendium, 2008-2012

indeling volgens 'Compendium'	Gebruikers (1 = 1) 2008	2012	gemiddelde groei per jaar	Kosten (1=1 miljoen €) 2008	2012	gemiddelde groei per jaar
Aminozuurstofwisselingsstoornissen	660	700	1,5%	5,0	6,0	4,7%
Sondevoeding	6.700	8.300	5,5%	10,0	12,3	5,3%
Sondevoeding, ziektespecifiek	530	65	-40,8%	0,4	0,1	-39,3%
Drinkvoeding, volledig	49.700	93.700	17,2%	18,1	32,5	15,7%
Drinkvoeding, aanvullend	31.000	55.400	15,6%	5,5	12,1	21,6%
Drinkvoeding, ziektespecifiek	13.300	12.700	-1,1%	6,4	6,6	0,9%
Kauw- en slikstoornissen	6.500	16.200	25,6%	0,8	1,8	23,6%
Normale voeding, zuigeling en kind	930	1.200	6,6%	0,2	0,2	4,4%
Specifieke voeding, zuigeling en kind	19.800	26.000	7,0%	17,1	23,5	8,3%
Voedingsmiddelen, verrijkt	210	8.400	151%	0,0	0,6	102%
Voedingssupplementen	8.300	12.200	10,1%	1,5	1,9	5,5%
Voedingsmiddelen, overig	0	35	20,5%	0,0	0,0	11,9%
Totaal*	**96.500**	**154.300**	**12,5%**	**65,1**	**97,6**	**10,6%**

** een verzekerde kan middelen uit meerdere categorieën gebruiken: het totaal komt niet overeen met de som van de afzonderlijke categorieën*

Tabel 5.3 | Gebruikers en prevalentie voedingsmiddelen naar leeftijd en geslacht, 2012

leeftijdsklasse	Gebruikers (1 = 1) man	vrouw	gemiddelde totaal	prevalentie (per 1.000 Zvw) man	vrouw	gemiddelde totaal
< 5 jaar	13.100	10.300	23.400	28,5	23,7	26,2
5 - 14 jaar	2.850	2.250	5.100	2,8	2,3	2,6
15 - 24 jaar	2.050	2.500	4.600	2,0	2,5	2,2
25 - 44 jaar	3.350	5.850	9.200	1,5	2,7	2,1
45 - 64 jaar	13.500	16.200	29.700	5,7	6,9	6,3
65 - 74 jaar	13.500	13.400	26.900	17,7	16,7	17,2
≥ 75 jaar	21.400	34.000	55.400	45,5	46,3	46,0
Totaal / gemiddeld	**69.800**	**84.500**	**154.300**	**8,4**	**10,0**	**9,2**

dat de gebruikers van deze middelen gemiddeld wat vaker vrouw zijn en óf heel jong (jonger dan 5 jaar) óf heel oud (75 jaar of ouder). In het rechter deel van de tabel staat de bijbehorende prevalentie per 1.000 Zvw-verzekerden. De prevalentie bij de allerjongsten en de oudere gebruikers is 3 keer hoger dan gemiddeld; bij 75+ is dit zelfs het vijfvoudige.

Een aparte categorie binnen de dieetpreparaten/voedingsmiddelen wordt gevormd door de sondevoedingen. Ten opzichte van het totaal aantal uitgiftes is hun aandeel met 2% erg bescheiden. Door de relatief hoge kosten per uitgifte (ongeveer 235 euro) is het aandeel van deze middelen met 12,4 miljoen euro in 2012 in de totale kosten bijna 13%. Zoals weergegeven in tabel 5.4 wordt sondevoeding aan een relatief kleine groep gebruikers voorgeschreven. Dit zijn vooral gebruikers met slik- en passagestoornissen. Specifiek voor de sondevoedingen zijn er ook hulpmiddelen nodig, die op de *GIPdatabank* zijn ondergebracht in de categorie N "hulpmiddelen voor het toedienen van voeding". Opvallend is dat het aantal gebruikers van de deze hulpmiddelen hoger ligt dan het aantal gebruikers van de sondevoedingen zelf. Waarschijnlijk is de definitie van welke middelen tot sondevoeding worden gerekend te scherp, met als gevolg een onderschatting van het aantal gebruikers van sondevoedingen. Net als het aantal gebruikers zijn de kosten voor het afleveren van de pompen in de loop der jaren gedaald, terwijl de kosten en ook de gebruikers van de sondes een forse jaarlijkse groei laat zien.

In 2012 maken bijna 155.000 verzekerden gebruik van dieetpreparaten en/of voedingsmiddelen. Dit is een prevalentie van 9,2 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. In figuur 5.1 is het regiogemiddelde dat is gecorrigeerd voor verschillen in de leefijd- en geslachtopbouw vergeleken met de landelijk prevalentie en zijn de verschillen in beeld gebracht (zie elders in deze *GIPeilingen* "Regionale verschillen in kaart" en bijlage V).
Een aantal zorgkantoorregio's, namelijk Zuid-Limburg, Flevoland, Rotterdam en Haaglanden kennen een preva-

Tabel 5.4 | Gebruikers en kosten sondevoedingen en voedingshulpmiddelen, 2008-2012

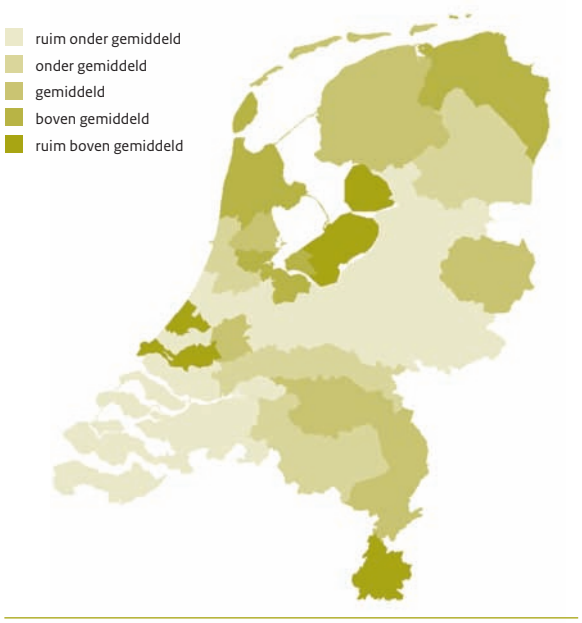
	indicatie	Gebruikers (1 = 1) 2008	2012	gemiddelde groei per jaar	Kosten (1=1 miljoen €) 2008	2012	gemiddelde groei per jaar
A	Slik- of passagestoornis	5.820	7.510	6,6%	8,2	10,0	5,2%
B	Resorptiestoornissen	530	260	-16,3%	1,2	1,0	-5,5%
C	Stofwisselingsstoornis	350	530	10,9%	1,0	1,3	8,1%
	Totaal* sondevoedingen	**6.700**	**8.300**	**5,5%**	**10,5**	**12,4**	**4,3%**
	Voedingssonde en toebehoren	8.900	13.800	11,6%	8,5	10,7	5,8%
	Voedingspomp en toebehoren	3.900	2.800	-8,0%	3,9	1,4	-22,8%
	Overig / niet gespecificeerd	200	1.700	70,7%	0,2	1,7	71,1%
	Totaal* voedingshulpmiddelen	**12.000**	**16.300**	**8,0%**	**12,6**	**13,8**	**2,1%**

** een verzekerde kan middelen uit meerdere categorieën gebruiken: het totaal komt niet overeen met de som van de afzonderlijke categorieën*

lentie van meer dan 10% boven het landelijke gemiddelde. Het gehele middengedeelte van Nederland - van Zeeland tot aan Drenthe - is licht gekleurd en kent dus een aantal gebruikers van dieetpreparaten/voedingsmiddelen dat (ruim) onder het landelijke gemiddelde ligt.

Meer kengetallen over het gebruik van dieetpreparaten en voedingsmiddelen, die worden gepresenteerd naar indicatie en de indeling volgens het *Compendium dieet-producten en voedingsupplementen (editie 2012)*, zijn terug te vinden op onze website *www.gipdatabank.nl*

Figuur 5.1 | Gebruikers voedingsmiddelen 2012
Prevalentie NL = 9,2 per 1.000 Zvw-verzekerden



Bijlagen

Bijlage I. Toelichting kostencomponenten

Hieronder worden de verschillende kostencomponenten die in de verstrekking farmaceutische zorg een rol spelen en hun onderlinge samenhang toegelicht. De volgende kostencomponenten worden onderscheiden:

A. Basisvergoeding (WMG- en buiten-WMG-uitgiftes)
De basisvergoeding is het bedrag dat via de zorgverzekeraars aan apothekers en apotheekhoudende huisartsen wordt vergoed voor de materiaalkosten van het afgeleverde geneesmiddel. Dit bedrag is gebaseerd op de inkoopprijs van het afgeleverde middel, waarbij de eventuele clawback (afromen van genoten kortingen en bonussen door apotheekhoudenden) en de eigen betaling in het kader van het GVS reeds in mindering zijn gebracht op de officiële apotheek inkoopprijs.

Tabel 3.17 | Tarieven apotheekhoudenden WMG-geneesmiddelen, 2010-2012
1 = 1 EURO

	2010	2011	2012
Basisprestaties			
Standaarduitgifte	5,99	5,74	5,77
Weekuitgifte	3,29	3,16	3,10
Aanvullende prestaties			
Eerste uitgifte	5,99	5,74	5,77
Avond/nacht/weekend uitgifte	11,97	11,48	11,25
Reguliere magistrale bereiding	11,97	11,48	11,25
Bijzondere magistrale bereiding	89,78	86,12	84,40
Dienstverlening thuis			52,00
Overige zorgverlening	-	-	NB

exclusief 6% BTW

B. WMG-tarief (WMG-uitgiftes)
Het WMG-tarief is de vergoeding die de apotheek in rekening mag brengen voor het afleveren van het geneesmiddel. Sinds 1 juli 2008 is de vaste vergoeding per receptregel vervangen door een modulair tarief, waarbij de hoogte van het tarief afhangt van de geleverde prestatie. Het onderscheid tussen afleveringen via apothekers en apotheekhoudende huisartsen is toen komen te vervallen. Dit tarief mag bovenop de basisvergoeding in rekening worden gebracht.
Vanaf 2012 zijn de tarieven voor dienstverlening door de apotheekhoudende vrijgegeven; de hoogte van het tarief is een uitkomst van onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en apotheker. Voor 2012 worden hier de gemiddelde tariefbedragen getoond zoals deze door apothekers in 2012 in rekening zijn gebracht

C. Marge (buiten-WMG-uitgiftes)
De marge is een (procentuele) opslag op de inkoopkosten die apotheekhoudenden in rekening brengen voor het afleveren van buiten-WMG-artikelen, bij wijze van praktijkkostenvergoeding.

D. Module tarief apotheekhoudende huisartsen: abonnementshonorarium
Het abonnementshonorarium is een vast bedrag per jaar per ingeschreven verzekerde, dat bij wijze van praktijkkostenvergoeding aan apotheekhoudende huisartsen wordt uitgekeerd voor het afleveren zowel WMG-voorschriften als buiten-WMG-voorschriften, ongeacht het feitelijke aantal afgeleverde voorschriften. Het abonnementshonorarium per verzekerde is per jaar omgerekend naar een gemiddelde vergoeding per voorschrift, door het abonnementshonorarium per verzekerde te delen door het gemiddelde aantal afgeleverde voorschriften per ingeschreven verzekerde.
Dit module tarief is per 1 juli 2008 komen te vervallen (zie: B).

E. BTW
Over alle kostencomponenten A tot en met E, wordt 6% BTW geheven.

F. Bijbetaling (WMG- en buiten-WMG-uitgiftes)
De bijbetaling is het bedrag dat door de verzekerde moet worden bijbetaald in het kader van het GVS. Bijbetaling is noodzakelijk als het geneesmiddel hoger is geprijsd dan de voor dat middel geldende GVS-vergoedingslimiet.

G. BTW over bijbetaling
Over het bijbetalingbedrag wordt 6% BTW geheven.

Voor nadere informatie over de tarieven en de verschillende kostencomponenten wordt verwezen naar de toelichting bij de WMG en Buiten-WMG taxe van Z-Index: *www.z-index.nl*, en naar de NZa-richtlijnen voor de tarieven farmaceutische zorg: *www.nza.nl*.

Bijlage II. Begripsdefinities

Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP)
Op grond van deze wet kan de overheid voor bepaalde geneesmiddelen(groepen) een maximumprijs vaststellen. De maximumprijs is het gemiddelde van de prijzen die voor deze producten worden gehanteerd in de ons omringende landen (referentielanden voor prijsbepaling: België, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk). Twee keer per jaar (april en oktober) worden de maximumprijzen geactualiseerd en gepubliceerd in de Staatscourant.
De WGP is een bijzonder succesvol instrument gebleken om het relatief hoge prijsniveau van de geneesmiddelen in Nederland terug te schroeven.
Voor meer inhoudelijke informatie over de WGP, ga naar: www.farmatec.nl

WMG-tarief
Tarief dat apotheekhoudenden in rekening mogen brengen voor het afleveren van een geneesmiddel. Het tarief is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Sinds 1 juli 2008 is het tot dan toe geldende aflevertarief (een vast bedrag van € 6,10 per aflevering) vervangen door een gedifferentieerde tariefstelling waarin de hoogte wordt gekoppeld aan de geleverde prestatie. Zo worden spoedafleveringen (bijvoorbeeld in avond/nacht en/of weekend) extra gehonoreerd. Vanaf 2012 zijn de tarieven voor dienstverlening door de apotheekhoudende vrijgegeven; de hoogte van het tarief is een uitkomst van onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en apotheker.
Voor meer informatie over tarieven voor apothekers ga naar: www.nza.nl

Clawback
Een door de NZa opgelegde procentuele verlaging van de inkoopvergoeding die apotheekhoudenden op grond van de WMG in rekening mogen brengen. Doel is de verkregen kortingen en bonussen bij apotheekhoudenden af te romen. Deze procentuele verlagingen (in 2009 en 2010: 8,53%) is gekoppeld aan een maximum van € 6,80 per afgeleverd recept (aftoppingsbedrag). Met ingang van 1 januari 2010 is het clawbackpercentage weer teruggebracht naar 6,82%. Vanaf 2012 zijn ook de vergoedingen voor geneesmiddelen vrijgegeven en wordt deze bepaald door de uitkomst van onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en apotheker. De clawback is hiermee in formele zin komen te vervallen, maar blijkt nog wel een rol te spelen in de prijsonderhandelingen tussen zorgverzekeraar en apotheker.

Preferentiebeleid
Voorkeursbeleid van zorgverzekeraars om voor een groep geneesmiddelen met eenzelfde werkzame stof alleen nog bepaalde variant(en) te vergoeden. Veelal gaat het daarbij om de laagstgeprijsde varianten. Naast een gezamenlijk preferentiebeleid (het betreft drie generiek beschikbare geneesmiddelen: simvastatine, pravastatine en omeprazol) voeren sinds medio 2008 een groot aantal zorgverzekeraars ook een individueel preferentiebeleid. Om preferent te worden zullen leveranciers hun prijzen moeten verlagen in ruil voor een hoger omzetvolume. Lagere prijzen vertalen zich in lagere kosten voor de zorgverzekeraar en zijn verzekerden en minder kortingen en bonussen voor apotheekhoudenden.
In 2010 hebben een aantal zorgverzekeraars hun preferentiebeleid aangepast. Daarbij worden rechtstreeks afspraken gemaakt tussen leverancier van het middel en de zorgverzekeraar. Hierbij is dan niet de laagste prijs op zich doorslaggevend maar wordt afgesproken dat de leverancier in ruil voor preferentie een deel van zijn inkomsten uit het betreffende middel (achteraf) rechtstreeks terugbetaalt aan de zorgverzekeraar.

Transitieakkoord
Akkoord tussen de overheid, de Bogin (koepelorganisatie van generieke geneesmiddelenfabrikanten), Nefarma (koepelorganisatie van fabrikanten van innovatieve geneesmiddelen), de apothekersorganisatie KNMP en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
Dit akkoord is deels een vervolg op het in 2004 gesloten geneesmiddelenconvenant. Hierin werd overeengekomen om de prijzen van geneesmiddelen vrijwillig te verlagen om zo de kortingen en bonussen aan apotheekhoudenden onder druk te zetten en een bijdrage te leveren aan het terugdringen van de uitgaven voor geneesmiddelen.
De rol van het transitieakkoord is nog maar beperkt. Het leeuwendeel van de vrijwillige prijsverlagingen zijn op dit moment veilig gesteld door de WGP en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

Bijlage III. Lijst met afkortingen

AIP	Apotheek Inkoopprijs
ATC	Anatomisch Therapeutisch Chemisch
BTW	Belasting Toegevoegde Waarde
BWMG	Buiten-WMG
cART	combination Antiretroviral Therapy
CBG	College ter Beoordeling vanGeneesmiddelen
CFH	Commissie Farmaceutische Hulp
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPB	Centraal Planbureau
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DDD	Defined Daily Dose (standaard dagdosering)
DKF	Detaillering Kostenopbouw Farmaceutische hulp
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
GVS	Geneesmiddelen vergoedingssysteem
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IUD	Intra Uterine Device
IVM	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
Lareb	(Landelijke registratie bijwerkingen) Nederlands Bijwerkingen Centrum
MEV	Macro Economische Verkenningen
MLT	Middellangetermijn
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NNRTI	Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NRTI	Nucleoside (and Nucleotide) Reverse Transcriptase Inhibitor
NSAID	Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PI	Protease Inhibitor
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SSRI	Selective Serotonine Reintake Inhibitor
TNF	Tumornecrosefactor
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGP	Wet Geneesmiddelenprijzen
WHO	World Health Organization
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage IV. Referenties

GIPeilingen 2011, Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik,
Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Diemen, september 2012, nr. 33

GIPdatabank
Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2013
www.gipdatabank.nl

G-Standaard
Z-Index, 's-Gravenhage, 2012
www.z-index.nl

Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDDs) 2012
WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, 2011
www.whocc.no/atc_ddd_index

Farmacotherapeutisch Kompas 2012
Commissie Farmaceutische Hulp (CFH), College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2011
www.fk.cvz.nl

Compendium dieetproducten en voedingssupplementen 2012
Houten, november 2011
www.dieetconsult.nl

Bijlage V. Zorgkantoorregio's 2012 in beeld

nr	naam
5501	Groningen
5502	Friesland
5503	Drenthe
5504	Zwolle
5505	Twente
5506	Apeldoorn, Zutphen e.o.
5507	Arnhem
5508	Nijmegen
5509	Utrecht
5510	Flevoland
5511	t Gooi
5512	Noord-Holland nNoord
5513	Kennemerland
5514	Zaanstreek/Waterland
5515	Amsterdam
5516	Amstelland en De Meerlanden
5517	Zuid-Holland Noord
5518	Haaglanden
5519	Delft Westland Oostland
5520	Midden-Holland
5521	Rotterdam
5522	Nieuwe Waterweg Noord
5523	Zuid-Hollandse Eilanden
5524	Waardenland
5525	Zeeland
5526	West-Brabant
5527	Midden-Brabant
5528	Noordoost Brabant
5529	Zuidoost Brabant
5530	Noord- en Midden-Limburg
5531	Zuid-Limburg
5532	Midden IJssel

Colofon

Uitgave
Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP)
van het College voor zorgverzekeringen

ISSN
1382-4821

Informatie
Hans Piepenbrink, coördinator Verzekering Zakelijk
Telefoon (020) 797 86 86
E-mail hpiepenbrink@cvz.nl

Redactie
Afdeling Verzekering Zakelijk

Tekst en inhoud
De volgende medewerkers van het CVZ hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze publicatie: Barry Holwerda, Christa Hooijkaas, Johan van Luijn, Hans Piepenbrink, Elze Schoutsen, Misja Speur, Monique van Toorenburg en Vincent de Valk

Vormgeving
Strategie, Communicatie & Bestuursondersteuning (SC&B)

Fotografie
William Hoogteyling / Hollandse Hoogte

Druk
De Bondt grafimedia communicatie bv, Barendrecht

Adres
College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Telefoon (020) 797 85 55
Telefax (020) 797 85 00
E-mail infogip@cvz.nl
Website www.cvz.nl

Abonnement
Voor een gratis abonnement kunt u zich schriftelijk aanmelden bij:
College voor zorgverzekeringen
t.a.v. Abonnementenadministratie
Antwoordnummer 1192
1110 VB Diemen

Bronvermelding
Het is toegestaan gegevens uit deze publicatie te gebruiken mits volledige bronvermelding plaatsvindt:
GIPeilingen 2012, Ontwikkelingen in genees- en hulpmiddelengebruik
GIP / College voor zorgverzekeringen, Diemen, september 2013, nr. 34

Internet
www.gipdatabank.nl