

GIPeilingen 2008

Ontwikkelingen genes- en hulpmiddelengebruik

Genes- en hulpmiddelen Informatie Project | september 2009 | nr. 30



GI Peilingen 2008

Ontwikkelingen genees- en hulpmiddeleengebruik

Inhoudsopgave

Voorwoord	5	Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg	44
GIPeilingen 2008	6	Kosten hulpmiddelenzorg stijgen met 5%	
Inleiding	6	naar € 1,2 miljard	44
Over het GIP	6		
GIPdatabank	7	Overzichten	50
GIP 20 jaar 1989-2009	8	Unieke leveringen	50
		Top 10 GVS-bijbetalingen	51
Macro-ontwikkelingen	9	Geneesmiddelengroepen van meer dan € 100 miljoen	52
Stijging geneesmiddelenkosten beperkt door preferentiebleid	9	Top 25 totalekosten	53
Stijging geneesmiddelengebruik in detail	11	Top 25 gebruikers	54
Middelen voor (preventie en) behandeling van hart- en vaatziekten voorop	12	Top 25 voorschriften	55
Middellangetermijnraming 2009-2013	13	Top 25 DDDs	56
		Bijlagen	57
Ontwikkelingen geneesmiddelengroepen	16	I. Toelichting kostencomponenten	57
Regionale verschillen in kaart	16	II. Kostencomponenten	58
Antidepressiva	17	III. Lijst met afkortingen	59
Cholesterolverlagende middelen	18	IV. Referenties	60
Astma- en COPD-middelen	19	V. Begripsdefinities	61
Maagmiddelen	21		
Diabetesmiddelen	22		
Slaap- en kalmeringsmiddelen	23		
Middelen bij HIV-infectie	25		
Kosten en gebruikers HAART	25		
Uitgelicht	28		
Generieke geneesmiddelen in opmars en fors in prijs verlaagd	28		
Rem op kostenstijging door geneesmiddelen- convenant en preferentiebeleid	29		
Clawback-opbrengst in 2008 met € 91 miljoen gedaald	31		
Nieuwe middelen: 20% van totale geneesmiddelkosten	31		
Grote variatie in behandelkosten cholesterolverlagers en maagmiddelen	33		
Verschuivingen in het gebruik van antipsychotica	35		
Nieuwe tariefstructuur voor apothekers	35		
Ruim 75% van verzekerden gebruikte in 2008 een geneesmiddel	36		
Bijna 34.000 mensen behandeld met allergeenextracten	37		
De poly-pil	38		
Kosten bijlage-2 geneesmiddelen verder gestegen	39		
Alle dertien duur	40		
Voedingsmiddelen nader beschouwd	42		

Voorwoord

Ontwikkelingen genees- en hulpmiddeleengebruik

Via *GIPeilingen* geven we inzicht in de ontwikkelingen in het extramurale gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen in Nederland en de daarmee gepaard gaande kosten. Het gaat om genees- en hulpmiddelen voorgeschreven door een huisarts of specialist en die door de zorgverzekeraars in het kader van de Zorgverzekeringswet (basisverzekering) zijn vergoed.

De gegevens in deze publicatie zijn afkomstig van acht zorgverzekeraars en hun risicodragende labels, die door het GIP zijn opgehoogd naar een landelijk beeld. Bij deze extrapolatie houden we onder andere rekening met verschillen in geslacht, leeftijd en afleveraar tussen de GIP deelnemers en de landelijke situatie.

Meer informatie over het GIP en gedetailleerde overzichten met vele cijfers over het gebruik van genees- en hulpmiddelen kunt u vinden op onze website www.gipdatabank.nl.

GIPeilingen 2008

Inleiding

Sinds 1992 brengt het CVZ de publicatie *GIPeilingen* uit met kengetallen (volume- en kostengegevens) over de in Nederland verstrekte farmaceutische zorg. 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 plaats voor thematische bijdragen met een beschrijvend en vooral ook beschouwend karakter. Deze gewijzigde opzet, voor het eerst zichtbaar in *GIPeilingen 2005*, trekken we ook dit jaar nog weer verder door. *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 2008, geplaatst in het perspectief van de daaraan voorafgaande jaren. De gegevens over 2008 zijn nog wel voorlopig, omdat we nog niet alle gegevens van alle zorgverzekeraars over het hele jaar 2008 hebben ontvangen.

GIPeilingen 2008 opent met de ontwikkelingen op macro-niveau. Hierin treft u samenvattende overzichten aan met kengetallen over de aantallen afgeleverde voorschriften en de daarmee gepaard gaande kosten. Deze kengetallen worden op onderdelen nog verder uitgesplitst. Ook presenteren we een meerjarenraming over de te verwachte kostenontwikkeling voor de komende vijf jaar bij ongewijzigd beleid. Deze macroraming voert het CVZ uit met behulp van het binnen het GIP ontwikkelde DKF-rekenmodel (Detaillering Kostenopbouw Farmaceutische zorg).

In het tweede deel bekijken we een aantal specifieke geneesmiddelen groepen met veel gebruikers en/of hoge kosten. We gaan nader in op het aantal gebruikers, kenmerken van deze gebruikers, de gebruikte hoeveelheden en verschuivingen in het gebruik naar bepaalde middelen binnen de betreffende geneesmiddelen groep. In het derde deel richten we ons op een aantal actuele en/of beleidsmatig belangwekkende onderwerpen, uiteenlopend van de opkomst van generieke geneesmiddelen en de opbrengsten van het geneesmiddelenconvenant tot de ontwikkelingen in het gebruik van allergeenextracten. Vervolgens gaan we nader in op de ontwikkelingen in het gebruik van hulpmiddelenzorg. Ten slotte presenteren we een aantal overzichten, waaronder de top 25 van meest voorgeschreven geneesmiddelen en de top

10 GVS-bijbetalingen. 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. Met behulp van het GIP brengt het CVZ de ontwikkelingen in het gebruik van genees- en hulpmiddelen en de daarmee gepaard gaande kosten in kaart en voert het onderzoek en analyses uit en rapporteert hier over.

De opgebouwde gegevensbestanden zijn een belangrijke gegevensbron voor bijvoorbeeld de pakketadviezen, de advisering over opname van nieuwe geneesmiddelen in de zorgverzekering en de modernisering van het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Ook vormen zij de bron voor het maken van een middellangetermijnraming (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 het Geneesmiddelen convenant (2004 tot en met 2007), het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008-2009 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.

Naast de zorgverzekeraars en uiteraard het CVZ maken ook het ministerie van VWS, diverse (onderzoeks)instituten waaronder het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu), het Lareb (landelijke registratie van bijwerkingen van geneesmiddelen), het DGV (Nederlands Instituut voor verantwoord Medicijngebruik), de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gebruik van de gedetailleerde informatie en expertise die het CVZ met het GIP heeft opgebouwd.

De gegevensbestanden van het GIP zijn gebaseerd op de declaratiegegevens voor de farmaceutische zorg (inclusief

dieet- en voedingsmiddelen) en hulpmiddelenzorg, afkomstig van acht zorgverzekeraars die samen 18 zogenoemde risicodragende labels voeren. Het gaat daarbij om genees- en hulpmiddelen die extramuraal door huisarts of specialist zijn voorgeschreven en vervolgens zijn afgeleverd door een apotheekhoudende of leverancier van hulpmiddelen en op grond van de Zorgverzekeringswet (basispakket) door de zorgverzekeraar zijn vergoed. De gegevensbestanden zijn gebaseerd op het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen van bijna 13 miljoen verzekerden, een dekking van circa 79% van het totaal aantal verzekerden in Nederland. In tabel 1.1 staat een overzicht van de in 2008 aan het GIP deelnemende zorgverzekeraars (risicodragende labels) en concerns. Voor 2009 verwachten we een uitbreiding van het aantal deelnemers. In totaal gaat het om een uitbreiding met 12 risicodragende labels. Met deze uitbreiding zal de dekkingsgraad van GIP oplopen naar ruim 99%. De voorziene uitbreidingen in 2009 zijn rood gemarkeerd.

GIPdatabank

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 informatie vinden over het volume (aantal voorschriften en aantal standaard dagdoseringen), kosten en gebruikers.

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. De gegevens 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

TABEL 1.1 | DEELNEMENDE ZORGVERZEKERAARS GIP

Zorgverzekeraar	Concern	Verzekerden
Groene Land/PWZ	Achmea	825.000
Interpolis	Achmea	130.000
OZF	Achmea	54.000
Zilveren Kruis	Achmea	1.741.000
Agis	Achmea	1.248.000
FBTO	Achmea	173.000
Avéro	Achmea	594.000
Anderzorg	Menzis	80.000
Confior	Menzis	67.000
Menzis	Menzis	1.792.000
Azivo	Menzis	119.000
IZA	UVIT	613.000
IZZ	UVIT	506.000
Trias	UVIT	412.000
UMC	UVIT	103.000
VGZ	UVIT	1.847.000
Univé	UVIT	741.000
Cares	UVIT	39.000
CZ	CZ	2.557.000
Delta Lloyd	CZ	209.000
Ohra	CZ	521.000
DSW	-	345.000
Salland	-	96.000
Stad Holland	-	63.000
Zorg en Zekerheid	-	370.000
De Friesland	-	501.000
ONVZ	-	400.000
Fortis	-	181.000

tussen de verschillende overzichten te wisselen. Het komende jaar willen we het aantal rapportages verder uitbreiden en ook de gebruikers meer betrekken bij de verdere ontwikkeling van onze site.

Maandelijks trekt de GIPdatabank ongeveer 2.500 bezoekers die samen circa 20.000 verschillende pagina's raadplegen. De belangrijkste groepen gebruikers zijn medewerkers van zorgverzekeraars, universiteiten en onderzoeksinstituten. Ook de farmaceutische industrie weet 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.

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 RIVM, het Lareb, de NZA, de IZG, het DGV en uiteraard het ministerie van VWS.

De *GIPdatabank* geeft inzicht in de ontwikkelingen in het gebruik van geneesmiddelen. 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 naar: www.fk.cvz.nl.

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

GIP 20 jaar 1989-2009

In zijn brief van 19 april 1989 verzocht de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, de heer D.J.D. Dees, de Ziekenfondsraad haar medewerking te verlenen aan het opzetten van een geneesmiddelen informatie project. Dit project kreeg de opdracht mee, om op basis van een continue gedetailleerde gegevensverzameling inzicht te verschaffen in de achterliggende oorzaken van de jaarlijkse stijging van de geneesmiddelenkosten. De kosten stegen in die jaren met gemiddeld zo'n 10% per jaar.

De start van het GIP was moeizaam. De aanlevering van gegevens kwam veel trager op gang dan verwacht, de kwaliteit en volledigheid van de gegevens liet nogal te wensen over en de verwerking van de gegevens en het uitvoeren van analyses duurde veel langer dan verwacht. Deze pioniersfase ligt inmiddels ruimschoots achter ons, en we zijn er in geslaagd de meegekregen doelstelling waar te maken. De concentratie op kostenontwikkeling is in de loop der jaren verbreed en dit heeft geleid tot innovatieve informatieproducten zoals bijvoorbeeld de voor iedereen toegan-

kelijke internetontsluiting van onze gegevensbestanden via de *GIPdatabank*. Het GIP is een begrip geworden en heeft inmiddels een gerespecteerde positie verworven als een onafhankelijke en betrouwbare gegevensbron.

Op 28 mei hebben we het twintigjarige bestaan van het GIP gevierd door al onze collega's binnen het CVZ te trakteren op Australische bonbons. Voor onze externe relaties organiseerden we een minisymposium, met onder andere een voordracht van Dr. Adri Steenhoek, emeritus hoogleraar specialistisch geneesmiddelenbeleid aan het iBMG/Erasmus Medisch Centrum over de ontwikkelingen in het gebruik van nieuwe geneesmiddelen, en Dr. Eugene van Puijenbroek, verbonden aan het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb over het gebruik van GIP data bij de registratie van bijwerkingen. Het minisymposium sloten we af met een feestelijke toast op de toekomst van het GIP.

Macro-ontwikkelingen

Stijging geneesmiddelenkosten beperkt door preferentiebeleid

De uitgaven voor extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen die werden vergoed op grond van de basisverzekering (Zorgverzekeringswet) zijn in 2008 opgelopen tot € 5,2 miljard. Ten opzichte van 2007 betekent dit een beperkte stijging met 2,9%. Gemeten in aantallen afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's) zien we een forse stijging met 13,3%. Het aantal afgeleverde voorschriften steeg met 14,7% naar ruim 171 miljoen. De kostenstijging valt veel lager uit dan op grond van de volumegroei verwacht zou kunnen worden; dit kan worden verklaard door de aanzienlijke prijsverlagingen van vooral generieke geneesmiddelen onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

Het aantal afgeleverde voorschriften is in 2008 gestegen naar ruim 171 miljoen, een stijging van 14,7%. Kijken we naar het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's) dan is deze met 13,3% gestegen. We concluderen dat gemiddeld genomen het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen per voorschrift iets is afgenomen; een trend die al een aantal jaren zichtbaar is. De gemiddelde prijs per afgeleverde standaard dagdosering daalde met 9,9%. Hieronder laten we in de tabel 2.1 de volumegroei in 2008 ten opzichte van het voorgaande jaar zien.

Een belangrijk deel van de groei in het geneesmiddelengebruik kan worden toegeschreven aan de pakketmaatregel om de leeftijdsbeperking voor de vergoeding van anti-

conceptie op te heffen. Sinds 2004 werd het gebruik van anticonceptie alleen nog vergoed voor vrouwen tot 21 jaar. In 2008 is deze maatregel weer ongedaan gemaakt. Deze pakketmaatregel is verantwoordelijk voor de helft van de toename in het aantal DDD's.

Kijken we naar de kostengroei (tabel 2.2) en de kostenopbouw van de verleende farmaceutische zorg in 2008 ten opzichte van 2007, dan valt op dat de kosten gedomineerd worden door de stijging in de vergoedingen aan apothekhoudenden voor het afleveren van geneesmiddelen.

De vergoeding voor de afgeleverde geneesmiddelen steeg slechts gering. De reden hiervan ligt een combinatie van twee factoren:

- een stevige daling van de geneesmiddelenprijzen onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.
- een overall daling van de gemiddelde geneesmiddelenprijzen door de instroom van een verhoudingsgewijs groot aantal standaarddagdoseringen (DDD's) voor anticonceptie tegen een relatief lage vergoeding per DDD (€ 0,12 per DDD).

De GVS-bijbetalingen stegen ten opzichte van 2007 met 18,4% naar in totaal € 37 miljoen.

Elders in deze publicatie gaan we hier nog dieper op in.

Sinds 2003 zien we een wijziging in de trends die ten grondslag liggen aan de stijging in de uitgaven voor genees-

TABEL 2.1 | FARMACEUTISCHE ZORG 2006-2008: AANTAL VOORSCHRIFTEN

1 = 1 MILJOEN

	2006	2007	2008	Mutatie '07-'08
Voorschriften	139,7	149,4	171,4	14,7%
WMG-voorschriften	135,2	144,7	166,1	14,8%
BWMG-voorschriften	4,3	4,7	5,3	11,6%
DDD's WMG-voorschriften	6.490	6.763	7.660	13,3%
DDD per WMG-voorschrift	49,3	47,9	47,2	- 1,4%
Prijs per DDD (1=1 euro)	0,536	0,559	0,504	- 9,9%

TABEL 2.2 | FARMACEUTISCHE ZORG 2006-2008: TOTALE KOSTEN EN KOSTENOPBOUW

1 = 1 MILJOEN EURO

	2006	2007	2008	Mutatie '07-'08
Basisvergoeding WMG	3.481	3.781	3.860	2,1%
Basisvergoeding BWMG	61	87	85	-2,9%
Afleververgoeding	837	904	967	7,0%
BTW	263	286	295	2,9%
Totale kosten	4.642	5.059	5.207	2,9%

TABEL 2.3 | FARMACEUTISCHE ZORG 2003-2008: VOLUME- EN PRIJSCOMPONENT

1 = 1 MILJOEN EURO

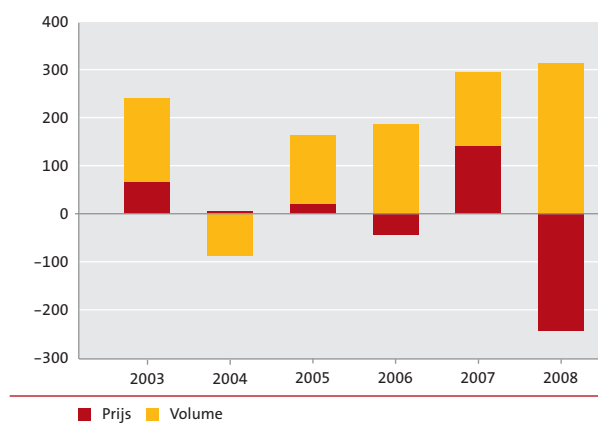
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mutatie tov vorig jaar	241	- 79	164	138	296	92
Deel prijscomponent	62	5	21	- 37	136	- 250
Deel volumecomponent	179	- 84	143	175	160	342

middelen. Tot en met 2003 wordt de kostengroei bepaald door een stijging van zowel de (gemiddelde) prijzen voor geneesmiddelen als een stijging in 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 geneesmiddelenprijzen geldt dat deze gemiddeld genomen langzamer stijgen dan de afgeleverde hoeveelheden. Het feit dat de gemiddelde prijzen sinds 2003 langzamer zijn gestegen heeft natuurlijk alles te maken met de (vrijwillige) prijsverlagingen, van vooral ook generieke geneesmiddelen, op grond van het geneesmiddelenconvenant, de prijsdruk vanuit de Wet GeneesmiddelenPrijzen (WGP) en de prijsverlagingen die zorgverzekeraars hebben bewerkstelligd met hun preferentiebeleid.

In tabel 2.3 en figuur 2.1 laten we zien hoe de stijging in de geneesmiddelenkosten (gemeten in apothekinkooprijzen) voor WMG-geneesmiddelen kan worden opgesplitst in een volume- en een prijscomponent. Wat onmiddellijk opvalt, is het afwijkende beeld voor 2008. Voor de periode 2003 t/m 2007 geldt globaal dat de prijs- en volumecomponenten zich tot elkaar verhouden als 3 : 1. Of anders gezegd: een vierde

FIGUUR 2.1 | FARMACEUTISCHE ZORG 2003-2007; VOLUME- EN PRIJSCOMPONENT

1 = 1 MILJOEN EURO



van de kostenstijging kan worden verklaard door hogere prijzen en drie kwart door een stijging in het gebruik van geneesmiddelen.

In 2008 is een heel ander beeld zichtbaar. De prijscomponent en de volumecomponent zijn beiden fors maar wel tegengesteld van richting.

De negatieve prijscomponent wordt vooral veroorzaakt door de prijsverlagingen onder invloed van het preferentiebeleid

van zorgverzekeraars en dit wordt nog eens versterkt door de instroom van grote aantallen DDDs voor anticonceptie met een relatief lage prijs per DDD.

Voor 2008 geldt dat de materiaalkosten ten opzichte van 2007 zijn gestegen met slechts € 92 miljoen. Hiervan wordt € 343 miljoen veroorzaakt door een toename in het geneesmiddelengebruik: de volumecomponent. Daar tegenover staat een negatief prijseffect van € 250 miljoen.

Stijging geneesmiddelengebruik in detail

De stijging in het gebruik van geneesmiddelen geldt zowel voor de geneesmiddelen die als onderling vervangbaar zijn beoordeeld en waarvoor een vergoedingslimiet geldt als voor de geneesmiddelen die niet geclusterd kunnen worden en waarvoor geen vergoedingslimiet geldt. Voor deze tweede groep geneesmiddelen, veelal gaat het om nieuwe geneesmiddelen is naast deze volumestijging ook sprake van een prijseffect. Voor de eerste groep geneesmiddelen, die geclusterd zijn binnen het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) is het prijseffect gering ten opzichte van het volume-effect; met uitzondering van 2008, waarin de gemiddelde prijzen zijn gedaald onder invloed van het preferentiebeleid.

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 verschillende gezichtspunten. Hieronder worden de ontwikkelingen nader uitgesplitst 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 aantal voorschriften in de periode 2003 tot en met 2008 is gestegen van 111,0 miljoen naar 150,8 miljoen voorschriften. Dat is een gemiddelde stijging van 6,3% per jaar. Het aantal DDDs voor 1A-middelen steeg in deze periode met gemiddeld 4,7% per jaar.

De basisvergoeding per DDD voor 1A-middelen daalde, van € 0,46 naar € 0,44 in 2008; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse daling van 1%. Deze daling kan in zijn geheel worden toegeschreven aan de prijsdalingen in 2008.

TABEL 2.4 | FARMACEUTISCHE ZORG 2003-2008: VOORSCHRIFTEN, DDDs EN KOSTEN

1 = 1 PER SUBTABEL WEERGEGEVEN

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
WMG-voorschriften	124,6	126,0	129,7	135,2	144,7	166,1
1A-middelen	111,0	113,1	116,4	122,0	131,0	150,8
1B-middelen	9,1	9,2	9,6	9,7	10,2	11,4
Overig	4,4	3,8	3,7	3,5	3,5	3,9
DDD's WMG-voorschriften	6.085	5.939	6.185	6.490	6.763	7.660
1A-middelen	5.513	5.385	6.595	5.870	6.174	7.017
1B-middelen	572	555	590	620	590	643
Basisvergoeding	3.012	3.042	3.166	3.399	3.695	3.773
1A-middelen	2.558	2.557	2.637	2.856	3.115	3.096
1B-middelen	453	484	529	543	579	677
Gem. basisvergoeding per DDD (1 = 1 euro)						
1A-middelen	0,47	0,46	0,47	0,49	0,50	0,44
1B-middelen	0,79	0,87	0,90	0,88	0,98	1,05

Voor de geneesmiddelen op 1B is het aantal voorschriften in de periode 2003 tot en met 2008 gestegen van 9,1 miljoen naar 11,4 miljoen, een gemiddelde jaarlijkse stijging van 4,7%. Het aantal DDDs voor 1B-middelen steeg in diezelfde periode met gemiddeld 2,4% per jaar.

Ook hier (tabel 2.4) blijkt weer dat de kostenstijging voor geneesmiddelen vooral een kwestie van volumegroei is: we zijn in Nederland meer geneesmiddelen gaan gebruiken. De prijscomponent is vooral zichtbaar bij de nieuwe geneesmiddelen, de 1B-middelen. Sinds 2003 is voor deze 1B-middelen sprake van een duidelijke stijging in de gemiddelde prijs per standaard dagdosering van € 0,79 per DDD in 2003 naar € 1,05 per DDD in 2008. Deze stijging komt bijna geheel voor rekening van de introductie van nieuwe geneesmiddelen op de Nederlandse markt.

Middelen voor (preventie en) behandeling van hart- en vaatziekten voorop

De toename in het gebruik van geneesmiddelen concentreert zich op een aantal therapeutische groepen en wel vooral geneesmiddelen gericht op preventie, respectievelijk de behandeling van hart- en vaatziekten. Het gaat dan om cholesterolverlagende middelen, middelen tegen hoge bloeddruk en hartfalen en trombosepreventie.

In het hoofdstuk Overzichten geven we de top 25 van geneesmiddelen die het meest zijn voorgeschreven, gemeten in zowel het aantal voorschriften als in het aantal standaard dagdoseringen (DDDs). In tabel 2.5 geven we de top 10 weer, uitgedrukt in het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen. De lijst wordt gedomineerd door twee

TABEL 2.5 | TOP 10 AANTAL DDDs IN 2008 EN MUTATIE TEN OPZICHTE VAN 2007

1 = 1 MILJOEN

Rang	Stofnaam (merknaam)	Indicatiegebied	Aantal DDDs	Mutatie '07-'08
1	simvastatine (Zocor)	verhoogd cholesterol	355,7	11,7%
2	levonorgestrel/oestrogeen (Microgynon)	anticonceptie	352,6	299,9%
3	atorvastatine (Lipitor)	verhoogd cholesterol	322,6	4,8%
4	omeprazol (Losec)	maagzuurklachten	231,3	18,6%
5	acetylsalicylzuur (Aspirine Protect)	infarct, trombose	176,6	2,5%
6	metoprolol (Seloken)	hartfalen, hypertensie	165,6	12,6%
7	carbasalaatcalcium (Ascal 38 Cardio)	trombose, hartinfarct	156,5	9,3%
8	enalapril (Renitec)	hartfalen, hypertensie	153,9	12,3%
9	amlodipine (Norvasc)	hartkramp, hypertensie	136,5	15,0%
10	kunsttranen (Duratears)	bij droge ogen	131,4	13,7%

TABEL 2.6 | TOP 10 STERKSTE STIJGERS TOTALE KOSTEN IN 2008 EN MUTATIE TEN OPZICHTE VAN 2007

1 = 1 MILJOEN EURO

Rang	Stofnaam (merknaam)	Indicatiegebied	Toename kosten	Mutatie '07-'08
1	adalimumab (Humira)	reuma, psoriasis, Crohn	49,1	62%
2	etanercept (Enbrel)	reuma, psoriasis	23,8	25%
3	oestrogeen/levonorgestrel (microgynon)	anticonceptie	23,5	226%
4	lenalidomide (Revlimid)	kanker	13,8	2622%
5	pantoprazol (Pantozol)	maagzuurklachten	13,6	12%
6	tiotropium (Spiriva)	COPD	12,9	19%
7	IUD met progestagenen (mirena)	anticonceptie	11,1	2457%
8	salmeterol combinatie (Seretide)	astma en COPD	9,1	7%
9	Insuline aspart (Novomix)	diabetes mellitus	8,6	32%
10	quetiapine (seroquel)	psychose	7,8	34%

TABEL 2.7 | MIDDELLANGETERMIJNRAMING FARMACEUTISCHE ZORG 2009-2013

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kosten	4.293	4.494	4.642	5.059	5.207	5.226	5.592	6.061	6.530	7.038
Mutatie	-0,4%	4,7%	3,3%	9,0%	2,9%	0,4%	7,0%	8,4%	7,7%	7,8%

cholesterolverlagende middelen: simvastatine en atorvastatine. Op de tweede plaats staat een anticonceptiemiddel. Ten opzichte van 2007 is sprake van een toename van bijna 300%. Deze toename is in zeer belangrijke mate toe te schrijven aan het feit dat in 2008 de leeftijdsgrens voor vergoeding van anticonceptiemiddelen weer is opgeheven. Kijken we naar de geneesmiddelen die het afgelopen jaar qua kosten het sterkst zijn gestegen (tabel 2.6) dan geldt dat hier de nadruk vooral ligt op middelen tegen reuma aan de behandeling van astma en COPD. In de top 10 staan ook twee anticonceptiemiddelen. Ook hier geldt dat deze toename louter veroorzaakt wordt door de wijziging in het vergoedingsregime voor anticonceptiva.

Middellangetermijnraming 2009-2013

Het CVZ verwacht ook voor 2009 weer een beperkte stijging in de kosten voor farmaceutische zorg: + 0,4%. Deze geringe stijging wordt vooral veroorzaakt door het doorwerken van de stevige prijsverlagingen in 2008 onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid. Daarnaast wordt de kostengroei getemperd door beperkingen in de aanspraak op slaap- en kalmeringsmiddelen en de verhoogde vaststelling van de clawback op de inkoopvergoedingen aan apothekhoudenden. Voor de daaropvolgende jaren zullen de kosten stijgen tot gemiddeld 7,8% per jaar. We baseren deze schatting op een gedetailleerde analyse van de ontwikkelingen in het gebruik van geneesmiddelen zoals we deze binnen het GIP registreren.

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-ramingen, 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

verstrek is. Daarbij valt een onderscheid te maken in aan de ene kant volumeontwikkelingen zoals het aantal ingeschreven verzekerden, het aantal afgeleverde voorschriften en het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen en aan de andere kant prijsontwikkelingen, zoals de prijs per standaarddosering en de prijs per voorschrift. 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 (multi-source-geneesmiddelen) en veelal nieuwe geneesmiddelen waarop nog patent rust, met slechts één aanbieder (single-source-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 heeft het CVZ de ramingsparameters vastgesteld en deze, uitgaande van de beschikbare gegevens over 2008, doorgeraamd naar 2009 en daaropvolgende jaren.

In tabel 2.7 presenteren we de resultaten van de middellangetermijnraming voor 2009-2013 (actualisatiedatum: 17 juli 2009), inclusief de reeks in de daaraan voorafgaande periode 2003-2008. In deze raming is rekening gehouden met alle beleidseffecten zoals deze medio juli 2009 bekend waren.

Dit impliceert dat rekening is gehouden met:

- de NZa-tariefsaanpassingen voor apothekhoudenden (januari/april 2009).
- een continuering van het verlaagde prijspeil (vooral generiek) van december 2008.
- de vaststelling van het clawbackpercentage per januari 2009 op 8,53%.
- de lagere prijzen voor specialités die eind 2008 en in 2009 uit patent lopen.

- de beperkingen in de aanspraak op slaap- en kalmeringsmiddelen in 2009.
- lagere prijzen door uitbreiding van het individuele preferentiebeleid per medio 2009.

We verwachten dat de kosten voor geneesmiddelen in 2013 bij ongewijzigd beleid zullen oplopen tot ruim € 7,0 miljard. In figuur 2.2 volgt een grafische weergave van de jaarlijkse groeipercentages vanaf 1995 tot en met 2008 en de verwachte groeipercentages voor de middellange termijn. De procentuele groei in de periode 1995-2008 betreft de realisatie, dus inclusief de effecten van het gevoerde beleid. Voor 2009 betreft het een raming, rekening houdende met de effecten van nieuw ingezet beleid. De procentuele groei in de periode 2010-2013 betreft de geraamde groei, dus exclusief de effecten van eventuele nieuwe beleidsmaatregelen.

Duidelijk zichtbaar zijn de effecten van de in het verleden getroffen beleidsmaatregelen, zoals de invoering van een Positieve lijst Geneesmiddelen (1995), de introductie van de Wet Geneesmiddelen Prijzen (1996), de verlaging van de inkoopvergoedingen aan apothekhoudenden (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 (2008/2009).

Een meer uitgebreide toelichting vindt u op www.gipdatabank.nl.

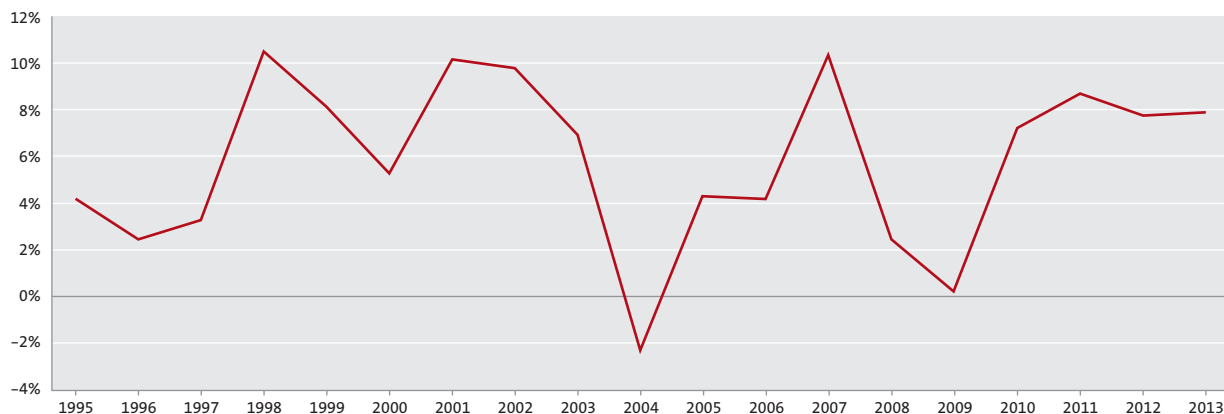
De effecten van het gevoerde beleid kunnen we ook in beeld brengen door de gerealiseerde kostenontwikkeling te confronteren met de kosten zoals deze zouden zijn

opgetreden zonder beleid. In figuur 2.3 laten we dit zien. We hebben ons hierbij beperkt tot het isoleren van de gecombineerde effecten van de volgende maatregelen:

- het afromen van de inkoopvoordelen apothekhoudenden via de clawback-maatregel (vanaf 1998);
- de (vrijwillige) prijsverlagingen in de jaren 2004-2008 onder invloed van het geneesmiddelenconvenant (2004-2007), respectievelijk het transitieakkoord (2008);
- het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid (2006/2007) en de uitbreidingen hierop (2008/2009)
- de afgedwongen prijsverlagingen op grond van de halfjaarlijkse actualisatie van de maximum prijzen via de Wet Geneesmiddelenprijzen (2004-2008).

De gecombineerde invloed van al deze prijsverlagende maatregelen is enorm. Voor 2009 komen de geneesmiddelenkosten naar verwachting uit op een bedrag van € 5,2 miljard. Zonder deze vrijwillige of afgedwongen prijsverlagingen zouden de kosten zijn uitgekomen op € 7,1 miljard. Dit komt overeen met een besparing van € 1,9 miljard. In 2012 zal het verschil zijn opgelopen tot € 2,4 miljard.

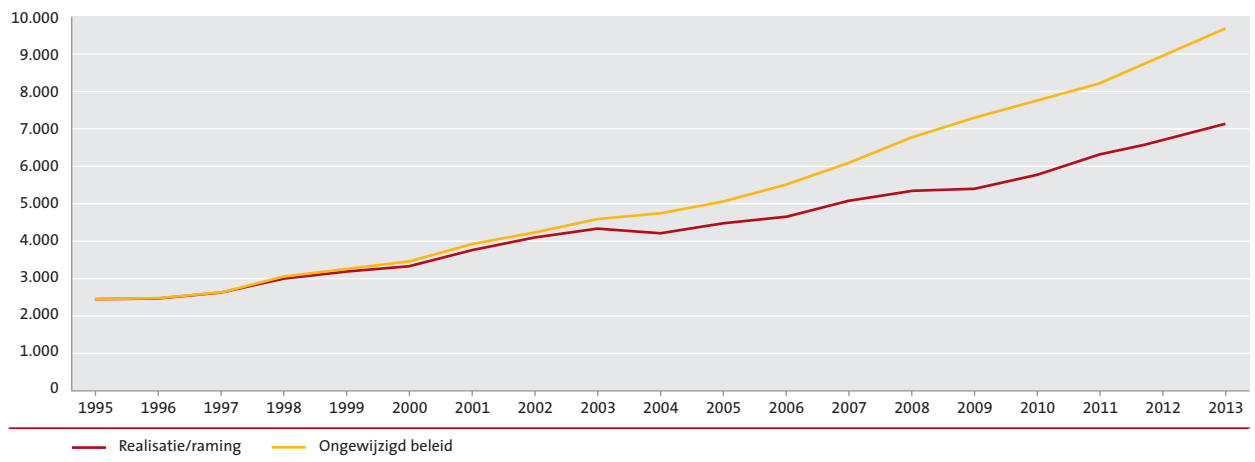
FIGUUR 2.2 | JAARLIJKSE GROEI KOSTEN FARMACEUTISCHE ZORG 1995-2013



realisatie: 1995-2008 en raming: 2009-2013

FIGUUR 2.3 | CONFRONTATIE KOSTEN FARMACEUTISCHE ZORG 1995-2013

1 = 1 MILJARD EURO



Ontwikkelingen geneesmiddelengroepen

Regionale verschillen in kaart

In *GI Peilingen 2007* zijn we gestart met het in kaart brengen van de regionale verschillen in geneesmiddelengebruik in Nederland. In deze publicatie zetten we deze lijn verder voort.

Voor de regio-indeling sluiten we aan bij de indeling van Nederland in 32 zorgkantorregio's.

We beperken ons in deze vergelijking tot de volgende geneesmiddelengroepen:

- antidepressiva
- cholesterolverlagende middelen
- astma- en COPD-middelen
- diabetesmiddelen
- slaap- en kalmeringsmiddelen
- hiv-middelen

Per regio hebben we per geneesmiddelengroep de aantallen gebruikers berekend en de aantallen voorschriften per gebruiker. Het regiogemiddelde vergelijken we vervolgens met het landelijk gemiddelde. Deze vergelijking hebben we als volgt gestandaardiseerd. Het regiogemiddelde is geclassificeerd op basis van de procentuele afwijking van het gemiddelde in Nederland, die als index op 100 is gesteld.

Hiervoor gebruiken we de volgende indeling en omschrijving:

- index < 85 ruim onder gemiddeld
- index 85-95 onder gemiddeld
- index 95-105 gemiddeld
- index 105-115 boven gemiddeld
- index ffl 115 ruim boven gemiddeld

In dit hoofdstuk worden per geneesmiddelgroep steeds twee kaartjes van Nederland naast elkaar gepresenteerd. Links wordt het aantal gebruikers van een specifieke geneesmiddelengroep weergegeven gerelateerd aan het aantal verzekerden in de betreffende regio. Rechts wordt het gemiddeld aantal voorschriften per gebruiker weergegeven. De kleur van de regio geeft aan of de regio op, onder of boven het landelijk gemiddelde zit.

Voordat een aantal geneesmiddelgroepen nader onder de loep worden genomen, wordt eerst het algemene geneesmiddelgebruik in Nederland weergegeven.

In figuur 3.1 zijn de regionale verschillen van het gebruik van geneesmiddelen onder Zvw-verzekerden in Nederland in beeld gebracht.

FIGUUR 3.1 | PREVALENTIE GEBRUIKERS 2008



FIGUUR 3.2 | VOORSCHRIFTEN PER GEBRUIKER 2008



■ Ruim onder gemiddeld (<90) ■ Onder gemiddeld (90-97,5) ■ Gemiddeld (97,5-102,5) ■ Boven gemiddeld (102,5-110) ■ Ruim boven gemiddeld (>110)

De prevalentie van gebruikers van geneesmiddelen in 2008 is 714 gebruikers per 1.000 verzekerden in Nederland. In het grootste gedeelte van Nederland ligt het aantal gebruikers van geneesmiddelen binnen de 5%-grenzen rond het gemiddelde. Ongeacht het soort geneesmiddel zijn verschillen tussen de regio's gering; er zijn geen echte uitschieters. Kijken we naar de aantallen voorschriften per gebruiker dan zijn er wel een paar uitschieters te melden. Het landelijk gemiddelde ligt op 14,0 voorschriften per gebruiker. In de regio's Midden-IJssel en Zuid-Limburg ligt het gemiddeld aantal voorschriften beduidend hoger dan het landelijk gemiddelde. In de regio's Flevoland, Midden-Holland en Zuidoost-Brabant ligt het aantal voorschriften beduidend onder gemiddeld.

Antidepressiva

Het aantal gebruikers van antidepressiva (definitie op ATC-code niveau N06A) in Nederland is in de afgelopen jaren gestegen van 936.000 in 2004 naar 978.000 in 2008; een gemiddelde stijging van 1,1% per jaar. Het aantal gebruikers van de serotonineheropnameremmers (SSRIs) is de afgelopen jaren constant en ligt rond de 545.000.

Ondanks deze stijging in het gebruik zijn de kosten gedaald, gemiddeld met 8,5% per jaar. Belangrijkste oorzaak hiervoor zijn de prijsverlagingen voor de generieke beschikbaar gekomen SSRIs fluoxetine (Prozac), citalopram (Cipramil), sertraline (Zoloft) en paroxetine (Seroxat). Deze prijsverlagingen zijn deels afgedwongen (via de WGP door de lagere prijzen in de ons omringende landen) en deels tot stand gekomen doordat fabrikanten van generieke geneesmiddelen sinds 2004 hun prijzen vrijwillig hebben verlaagd (onder invloed van het geneesmiddelenconvenant, het transitieakkoord en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars).

In het recept 3.1 geven we inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van antidepressiva door de gegevens van 2004 en 2008 naast elkaar te zetten. In het oog springt vooral de toename van het aantal recepten per gebruiker, terwijl het gemiddelde aantal gebruiksdagen gemeten in DDD per gebruiker vrij constant is gebleven. Blijkbaar is het aantal DDDs per recept gedaald. Met name bij citalopram is het gemiddelde aantal DDDs per recept gedaald: namelijk van 42 DDDs per recept in 2004 tot 35 DDDs per recept in 2008.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen is fors toegenomen van 59% naar 71% in 2008, hetgeen een groot reducerend effect heeft op de kosten. De verhouding tussen

RECEPT 3.1 | ANTIDEPRESSIVA IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2004	2008	
6.085.000	7.321.000	recepten
229.389.000	248.957.000	dagdoseringen (DDDs)
936.000	978.000	gebruikers
€ 191.881.000	€ 134.465.000	kosten (all in)
6,5	7,5	recepten per gebruiker
250	260	doseringen per gebruiker
€ 0,84	€ 0,54	kosten per dag (DDD)
€ 31,50	€ 18,40	kosten per recept
€ 205,00	€ 137,00	kosten per gebruiker
59%	71%	aandeel generiek DDDs
65%	66%	aandeel vrouwen DDDs
38%	33%	aandeel 45-
43%	46%	aandeel 45-65 jaar
18%	21%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten		
	1.561.700	paroxetine (Seroxat)
	1.055.400	citalopram (Cipramil)
	1.001.500	venlafaxine (Eflexor)

mannen en vrouwen is en blijft scheef: tweederde van de gebruikers zijn vrouwen. De leeftijdsgroep 45-64 jarigen is de grootste gebruikersgroep: zij zijn verantwoordelijk voor 46% van het totale gebruik. Er lijkt een lichte verschuiving in het gebruik van antidepressiva naar de oudere leeftijdsklassen plaats te vinden.

In figuur 3.3 zijn de regionale verschillen van gebruikers van antidepressiva in Nederland in beeld gebracht.

De landelijke prevalentie van gebruikers van antidepressiva in 2008 is 60 gebruikers per 1.000 verzekerden. Voor de volgende regio's geldt dat het aantal gebruikers beduidend boven het landelijk gemiddelde ligt: Friesland, Zeeland en Zuid-Limburg. Voor de regio Amstelland/De Meerlanden geldt dat het aantal gebruikers van antidepressiva ruim onder het landelijk gemiddelde ligt.

Het gemiddeld aantal voorschriften per gebruiker van antidepressiva ligt landelijk op 7,5 voorschrift per gebruiker. In de

FIGUUR 3.3 | GEBRUIKERS ANTIDEPRESSIVA 2008



■ Ruim onder gemiddeld (<85) ■ Onder gemiddeld (85-95) ■ Gemiddeld (95-105) ■ Boven gemiddeld (105-115) ■ Ruim boven gemiddeld (≥115)

regio Midden-IJssel ligt het gemiddeld aantal voorschriften ruim boven het landelijk gemiddelde. In de regio Midden-Holland ligt het aantal voorschriften per gebruiker ruim onder het landelijk gemiddeld.

Cholesterolverlagende middelen

Het aantal gebruikers van cholesterolverlagende middelen (definitie op ATC-code niveau C10) is in de afgelopen jaren gestegen van 1.046.000 in 2004 naar bijna 1,6 miljoen in 2008. Dit is een stijging van gemiddeld 11% per jaar. Ook de kosten voor cholesterolverlagers zijn gestegen maar veel minder dan op grond van de toename van het aantal gebruikers kon worden verwacht: de stijging bleef beperkt tot een jaarlijks gemiddelde van bijna 3%. In 2008 kost een cholesterolverlager 41 cent per dag, en zijn de kosten per gebruiker ten opzichte van 2004 met 80 euro gedaald tot 223 euro.

De belangrijkste oorzaken van de beperkte kostenstijging zijn de (vrijwillige) prijsverlagingen voor de generieke beschikbaar gekomen cholesterolstremers simvastatine (Zocor) en pravastatine (Selektine). De forse toename van het aantal gebruikers hangt samen met de nieuwe, gewijzigde NHG-standaard in het kader van het cardiovasculair risicomanagement. Daarin wordt een ruimer voorschrijfbeleid aangehouden ten aanzien van het preventieve gebruik van statines.

FIGUUR 3.4 | VOORSCHRIFTEN ANTIDEPRESSIVA 2008



■ Ruim onder gemiddeld (<85) ■ Onder gemiddeld (85-95) ■ Gemiddeld (95-105) ■ Boven gemiddeld (105-115) ■ Ruim boven gemiddeld (≥115)

In het recept 3.2 staan de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van cholesterolverlagers weergegeven door de gegevens van 2004 en 2008 naast elkaar te zetten. In het oog springt vooral de toename van het aantal gebruikers en de daarmee gepaard gaande kosten; in 2008 werd 355 miljoen euro aan cholesterolverlagers uitgegeven. Bij de gebruikers is het gemiddeld aantal gebruiks-dagen gemeten in DDDs toegenomen van 530 DDDs in 2004 naar 550 DDDs per gebruiker in 2008, mogelijk als gevolg van de gewijzigde richtlijnen. Het aandeel van generiek beschikbare middelen is toegenomen van 38% naar 49% in 2008. Het effect van deze verschuiving komt duidelijk naar voren wanneer de kosten per dag, kosten per voorschrift of kosten per gebruiker worden vergeleken. Zie ook de bijdragen in het hoofdstuk Uitgelicht. De verhouding tussen mannen en vrouwen is ongewijzigd: het merendeel van het aantal DDDs wordt voorgeschreven aan mannen. De leeftijdsgroep 65+ is de grootste gebruikersgroep; deze is verantwoordelijk voor ongeveer de helft van het gebruik. De groep van 45-64 jarigen volgt op de voet en is verantwoordelijk voor 44% van het totale gebruik.

In figuur 3.5 zijn de regionale verschillen van gebruikers van cholesterolverlagers in Nederland in beeld gebracht.

RECEPT 3.2 | CHOLESTEROLVERLAGERS IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2004	2008	
4.482.000	7.696.000	recepten
549.335.000	868.576.000	dagdoseringen (DDDs)
1.046.000	1.591.000	gebruikers
€ 316.425.000	€ 354.472.000	kosten (all in)
4,3	4,8	recepten per gebruiker
530	550	doseringen per gebruiker
€ 0,58	€ 0,41	kosten per dag (DDD)
€ 70,60	€ 46,10	kosten per recept
€ 303,00	€ 223,00	kosten per gebruiker
38%	49%	aandeel generiek DDDs
43%	43%	aandeel vrouwen DDDs
6%	5%	aandeel 45-
48%	44%	aandeel 45-65 jaar
46%	51%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten		
	3.242.900	simvastatine (Zocor)
	2.142.200	atorvastatine (Lipitor)
	811.900	pravastatine (Selektine)

De landelijke prevalentie van gebruikers van cholesterolverlagers in 2008 is 97 gebruikers per 1.000 verzekerden. Voor de volgende regio's geldt dat het aantal gebruikers beduidend boven het landelijk gemiddelde ligt: West Brabant, Noord-/Midden-Limburg en Zuid-Limburg. Voor de regio's Flevoland, het Gooi en Amsterdam geldt dat het aantal gebruikers van cholesterolverlagers ruim onder het landelijk gemiddelde ligt.

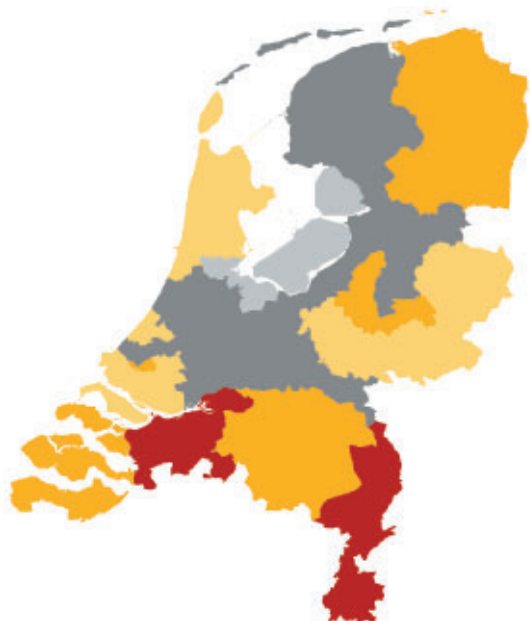
Het gemiddeld aantal voorschriften per gebruiker van cholesterolverlagers ligt landelijk op 4,8 voorschrift per gebruiker. In de regio's Midden-IJssel en Zwolle ligt het gemiddeld aantal voorschriften ruim boven het landelijk gemiddelde.

Astma- en COPD-middelen

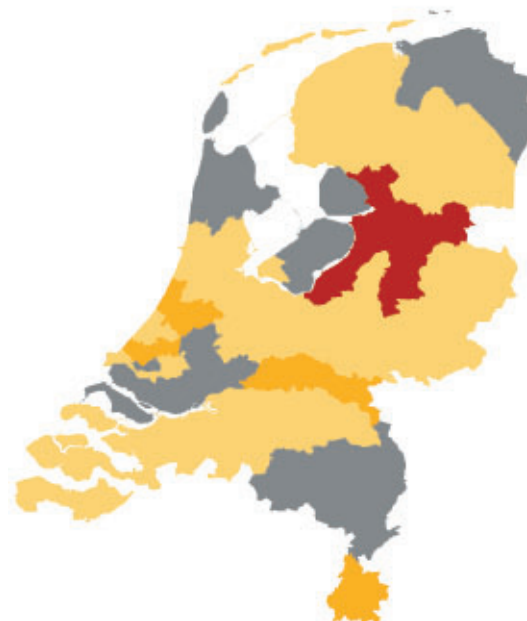
Het aantal gebruikers van astma- en COPD-middelen (definitie op ATC-code niveau R03 en R05CB) in Nederland is in de afgelopen jaren gestegen van 1.361.000 in 2004 naar ruim 1.552.000 in 2008. Dit is een stijging van gemiddeld 3,4% per jaar. De stijging van de kosten tot 451 miljoen euro in 2008 ligt met gemiddeld 4,1% per jaar ruim boven de toename in het volume.

Dit laatste komt vooral door een toename in het gebruik van combinatiepreparaten (een langwerkend β -sympathicomimeticum met een inhalatiecorticosteroid). Het aantal

FIGUUR 3.5 | GEBRUIKERS CHOLESTEROLVERLAGERS 2008



FIGUUR 3.6 | VOORSCHRIFTEN CHOLESTEROLVERLAGERS 2008



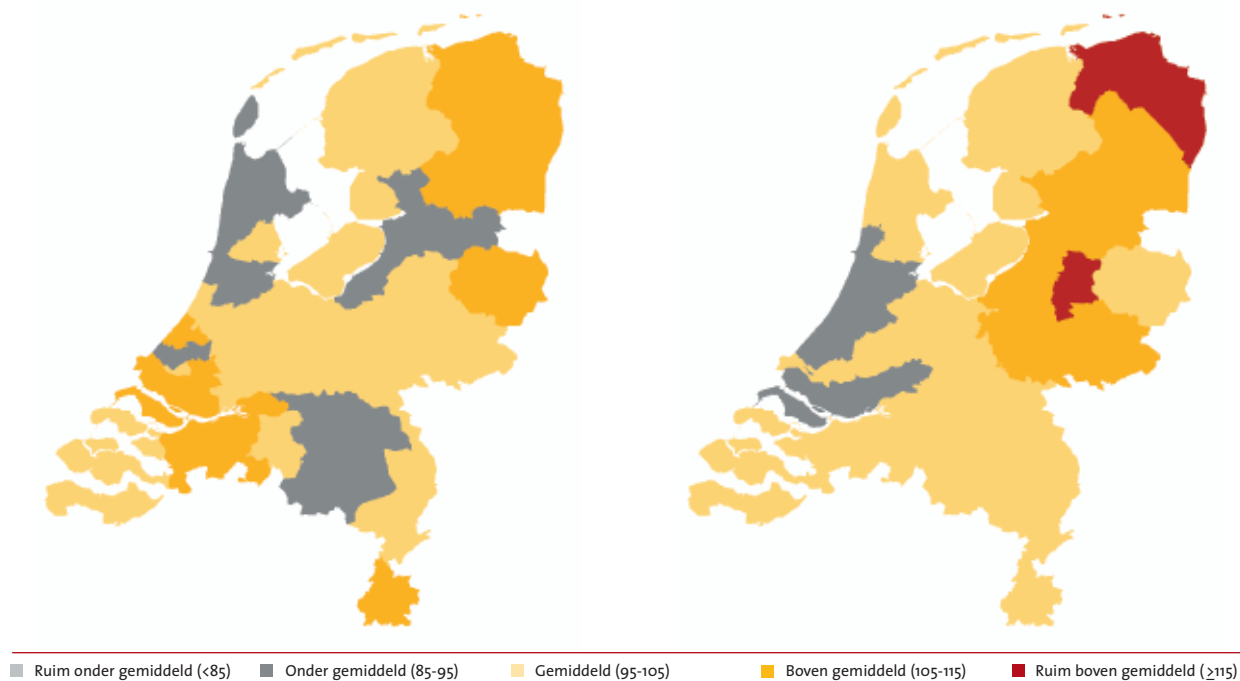
■ Ruim onder gemiddeld (<85) ■ Onder gemiddeld (85-95) ■ Gemiddeld (95-105) ■ Boven gemiddeld (105-115) ■ Ruim boven gemiddeld (≥ 115)

voorschriften voor deze combinatiepreparaten is gestegen van 1,6 miljoen in 2004 naar 2,2 miljoen voorschriften in 2008. De totale kosten voor deze combinatiepreparaten zijn opgelopen tot 219 miljoen euro; dit is bijna de helft van de totale kosten voor alle astma- en COPD-middelen. Deze groei gaat voor een belangrijk deel ten koste van het gebruik van de enkelvoudige sympathicomimetica en corticosteroiden.

In het recept 3.3 geven we inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van astma- en COPD-middelen door de gegevens van 2004 en 2008 naast elkaar te zetten. In het oog springt vooral de toename van de kosten, terwijl ook het aantal gebruikers is gestegen en het aantal standaarddagdoseringen juist is afgenomen. De toename van het gebruik van combinatiepreparaten heeft duidelijk gevolgen voor de kengetallen uitgedrukt in euro's: een hogere prijs per dag, per recept en per gebruiker in 2008 in vergelijking met 2004. Het aandeel van generiek beschikbare middelen is licht gedaald, van 14% in 2004 naar 12% in 2008. De verhouding tussen mannen en vrouwen bedraagt 48:52. In de leeftijdsgroep 65+ ligt het gebruik nog steeds het hoogst: 42% van het totale gebruik. De groep 45-64 jarigen volgt op de voet met 34% van het totale gebruik.

In figuur 3.7 zijn de regionale verschillen van gebruikers van astma en COPD-middelen in Nederland in beeld gebracht.

FIGUUR 3.7 | GEBRUIKERS ASTMA- EN COPD-MIDDELEN 2008



RECEPT 3.3 | ASTMA- EN COPD-MIDDELEN IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2004	2008	
6.987.000	7.419.000	recepten
382.290.000	373.236.000	dagdoseringen (DDDs)
1.361.000	1.552.000	gebruikers
€ 383.370.000	€ 450.878.000	kosten (all in)
5,1	4,8	recepten per gebruiker
280	240	doseringen per gebruiker
€ 1,00	€ 1,21	kosten per dag (DDD)
€ 54,90	€ 60,80	kosten per recept
€ 282,00	€ 290,00	kosten per gebruiker
14%	12%	aandeel generiek DDDs
48%	52%	aandeel vrouwen DDDs
25%	23%	aandeel 45-
33%	34%	aandeel 45-65 jaar
42%	42%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten		
	1.753.400	salbutamol (Ventolin)
	1.306.400	salmeterol combi (Seretide)
	840.000	tiotropium (Spiriva)

FIGUUR 3.8 | VOORSCHRIFTEN ASTMA- EN COPD-MIDDELEN 2008

De landelijke prevalentie van gebruikers van astma en COPD-middelen in 2008 is 95 gebruikers per 1.000 verzekerden. Voor alle regio's geldt dat deze binnen een bandbreedte van +/- 10% liggen ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Het gemiddeld aantal voorschriften per gebruiker van astma en COPD-middelen ligt landelijk op 4,8 voorschrift per gebruiker. In de regio's Groningen en Midden-IJssel ligt het gemiddeld aantal voorschriften per gebruiker ruim boven het landelijk gemiddelde.

Maagmiddelen

Het aantal gebruikers van maagmiddelen (definitie op ATC-code niveau A02) is de afgelopen jaren gestegen naar bijna 2,3 miljoen. Deze toename is volledig toe te schrijven aan de toename van het gebruik van protonpompremmers. Deze middelen worden vaak chronisch gebruikt. Een gebruiker krijgt in 2008 op gemiddeld 4,1 voorschriften 190 standaarddagdoseringen afgeleverd.

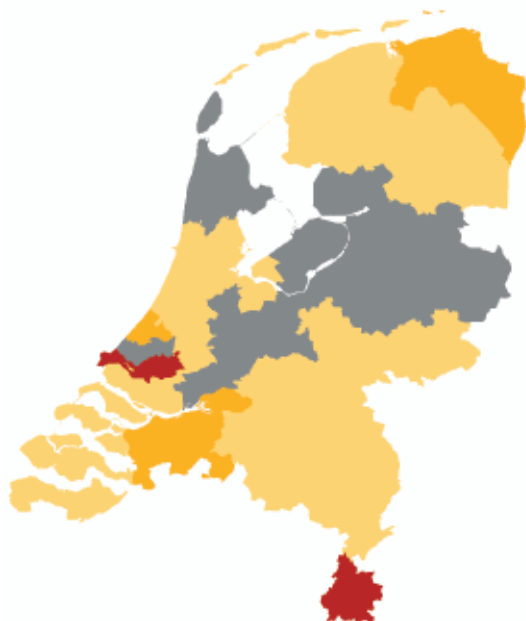
In recept 3.4 geven we inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van de maagmiddelen in Nederland door de gegevens van 2004 en 2008 naast elkaar te zetten. In het oog springt vooral de toename van het aantal gebruikers terwijl de kosten slechts licht zijn gestegen. De stijging in gebruik van maagmiddelen is volledig toe te schrijven aan de protonpompremmers. Met een gemiddelde jaarlijkse

RECEPT 3.4 | MAAGMIDDELEN IN NEDERLAND

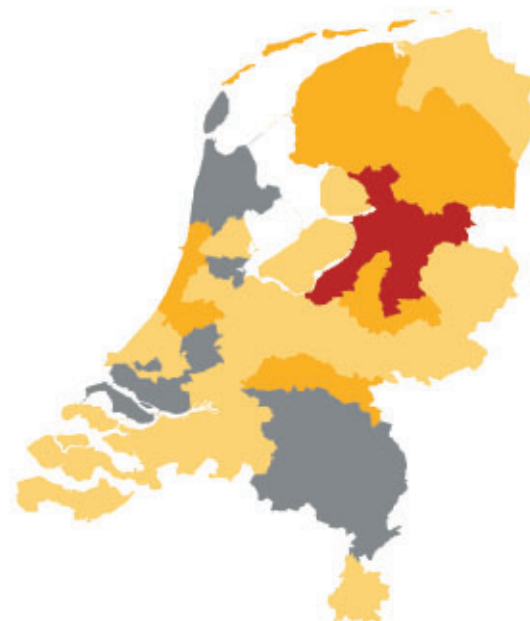
GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2004	2008	
5.561.000	9.239.000	recepten
298.395.000	438.636.000	dagdoseringen (DDD's)
1.521.000	2.274.000	gebruikers
€ 295.413.000	€ 303.584.000	kosten (all in)
3,7	4,1	recepten per gebruiker
200	190	doseringen per gebruiker
€ 0,99	€ 0,69	kosten per dag (DDD)
€ 53,10	€ 32,90	kosten per recept
€ 194,00	€ 134,00	kosten per gebruiker
57%	55%	aandeel generiek DDD's
55%	57%	aandeel vrouwen DDD's
15%	12%	aandeel 45-
42%	40%	aandeel 45-65 jaar
44%	47%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten		
	4.210.600	omeprazol (Losec)
	2.477.800	pantoprazol (Pantozol)
	1.386.300	esomeprazol (Nexium)

FIGUUR 3.9 | GEBRUIKERS MAAGMIDDELEN 2008



FIGUUR 3.10 | VOORSCHRIFTEN MAAGMIDDELEN 2008



■ Ruim onder gemiddeld (<85) ■ Onder gemiddeld (85-95) ■ Gemiddeld (95-105) ■ Boven gemiddeld (105-115) ■ Ruim boven gemiddeld (>=115)

groei van ruim 10% is sinds 2004 het aantal gebruikers van protonpompremmers met 750.000 gestegen tot bijna 2,3 miljoen in 2008. Binnen deze groep middelen is sprake van een sterke groei van omeprazol (Losec), pantoprazol (Pantozol) en esomeprazol (Nexium). Tegelijkertijd met de stijging van het aantal gebruikers van protonpompremmers stellen we voor de H₂-antagonisten een daling (gemiddeld 11% per jaar) vast, van 341.000 in 2004 naar 213.000 in 2008. De kostendaling kunnen we vooral toeschrijven de prijsverlagingen van het generiek beschikbaar gekomen omeprazol. Het aandeel van generiek beschikbare middelen is licht gedaald van 57% in 2004 naar 55% in 2008. Zie in dit verband ook de bijdragen in het hoofdstuk Uitgelicht. De verhouding tussen mannen en vrouwen in het gebruik van maagmiddelen (gemeten in DDDs) bedraagt 43:57. De leeftijdsgroep 65+ blijft de grootste gebruikersgroep, gevolgd door de groep van 45-64 jaar. Zij zijn verantwoordelijk voor 47% respectievelijk 40% van het totale gebruik.

In figuur 3.9 zijn de regionale verschillen van gebruikers van maagmiddelen in Nederland in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van maagmiddelen in 2008 is 139 gebruikers per 1.000 verzekerden. Voor de volgende regio's geldt dat het aantal gebruikers beduidend boven het landelijk gemiddelde ligt: Rotterdam en Zuid-Limburg.

Het gemiddeld aantal voorschriften per gebruiker van maagmiddelen ligt landelijk op 4,1 voorschrift per gebruiker. In de regio's Midden-IJssel en Zwolle ligt het gemiddeld aantal voorschriften per gebruiker ruim boven het landelijk gemiddelde.

Diabetesmiddelen

Het aantal gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen oftewel diabetesmiddelen (definitie op ATC-code niveau A10) is de afgelopen jaren gestegen naar 749.000. Dit is een gemiddelde stijging van 5,5% per jaar. De toename in het gebruik van de orale middelen ligt met 6,5% per jaar iets hoger dan de toename (5,2%) van het aantal insulinegebruikers. Dit verschil hangt samen met een vergrijzende populatie en daarmee gepaard gaande een stijgende incidentie van diabetes mellitus type-II (ouderdomsdiabetes).

De totale kosten voor diabetesmiddelen stegen met een gemiddelde jaarlijkse groei van 3,4% naar € 242 miljoen in 2008. De insulines zijn verantwoordelijk voor 70% van de totale kosten, met een aandeel van maar 24% van het aantal

RECEPT 3.5 | DIABETESMIDDELEN IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2004	2008	
4.950.000	6.914.000	recepten
344.985.000	401.361.000	dagdoseringen (DDDs)
605.000	749.000	gebruikers
€ 212.081.000	€ 242.471.000	kosten (all in)
8,2	9,2	recepten per gebruiker
570	540	doseringen per gebruiker
€ 0,61	€ 0,60	kosten per dag (DDD)
€ 42,80	€ 35,10	kosten per recept
€ 351,00	€ 324,00	kosten per gebruiker
38%	59%	aandeel generiek DDDs
52%	49%	aandeel vrouwen DDDs
10%	9%	aandeel 45-
40%	40%	aandeel 45-65 jaar
51%	52%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten		
	3.019.000	metformine (Glucophage)
	895.400	glimepiride (Amaryl)
	550.900	tolbutamide

voorschriften. Het marktaandeel van de nieuwe orale diabetesmiddelen rosiglitazon (Avandia) en pioglitazon (Actos), die in 2001 respectievelijk 2002 op de markt zijn gekomen, neemt tot en met 2006 duidelijk toe. Vanaf 2007 wordt een terugval geconstateerd.

Het aantal voorschriften van het nieuwe combinatiepreparaat rosiglitazon met metformine (Avandamet) is na een snelle opmars van 950 voorschriften in 2004 tot 47.600 voorschriften in 2006 teruggelopen tot 31.500 voorschriften in 2008. Ook het aantal voorschriften van metformine met sulfonylureumderivaten (Glucovance) daalt: namelijk van 14.800 voorschriften in 2004 naar 8.900 in 2008. De laatste jaren zijn weer enkele nieuwe combinatiepreparaten op de markt gekomen: glimepiride met rosiglitazon (Avaglim), metformine met pioglitazon (Competact), metformine met sitagliptine (Janumet) en metformine met vildagliptine (Eucreas).

In recept 3.5 geven we inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van diabetesmiddelen door de

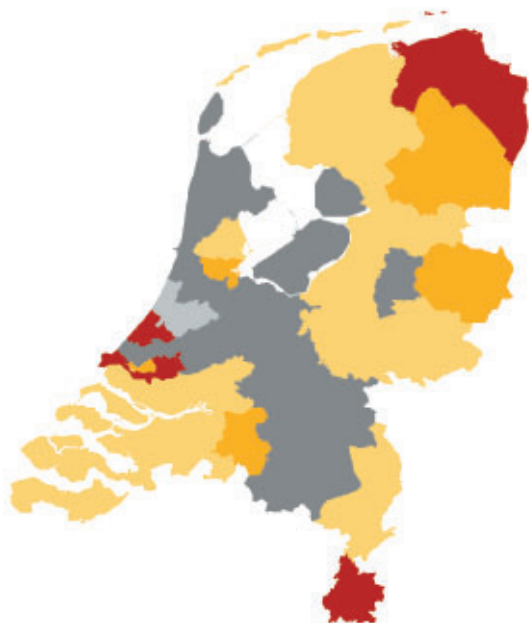
gegevens van 2004 en 2008 naast elkaar te zetten. In het oog springt vooral de toename van zowel het aantal gebruikers als de kosten.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen is toegenomen van 38% naar 59% in 2008. Dit komt geheel op het conto van de orale middelen, want voor de insulinen zijn nog geen generieke preparaten beschikbaar. De verhouding tussen mannen en vrouwen in DDD is 51:49. De leeftijdsgroep 65+ is de grootste gebruikersgroep gevolgd door de groep van 45-64 jaar. Zij zijn verantwoordelijk voor 52%, respectievelijk 40% van het totale gebruik

In figuur 3.11 zijn de regionale verschillen van gebruikers van diabetesmiddelen in Nederland in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van diabetesmiddelen in 2008 is 46 gebruikers per 1.000 verzekerden. Voor de volgende regio's geldt dat het aantal gebruikers beduidend boven het landelijk gemiddelde ligt: Groningen, Rotterdam, Haaglanden en Zuid-Limburg. Voor de regio's Zuid-Holland noord geldt dat het aantal gebruikers van diabetesmiddelen ruim onder het landelijk gemiddelde ligt.

Het gemiddeld aantal voorschriften per gebruiker van diabetesmiddelen ligt landelijk op 9,2 voorschrift per gebruiker. In de regio's Midden-IJssel en Zwolle ligt het gemiddeld aantal voorschriften ruim boven het landelijk gemiddelde.

FIGUUR 3.11 | GEBUIKERS DIABETESMIDDELEN 2008



■ Ruim onder gemiddeld (<85) ■ Onder gemiddeld (85-95) ■ Gemiddeld (95-105) ■ Boven gemiddeld (105-115) ■ Ruim boven gemiddeld (>=115)

Slaap- en kalmeringsmiddelen

Er is sprake van een lichte daling van het aantal DDDs slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen, definitie op ATC-code niveau N05BA, N05CD en N05CF). Het aantal recepten is licht gestegen, terwijl het aantal gebruikers is afgenomen. Het aantal gebruikers is met bijna 60.000 gedaald naar ruim 1,8 miljoen in 2008.

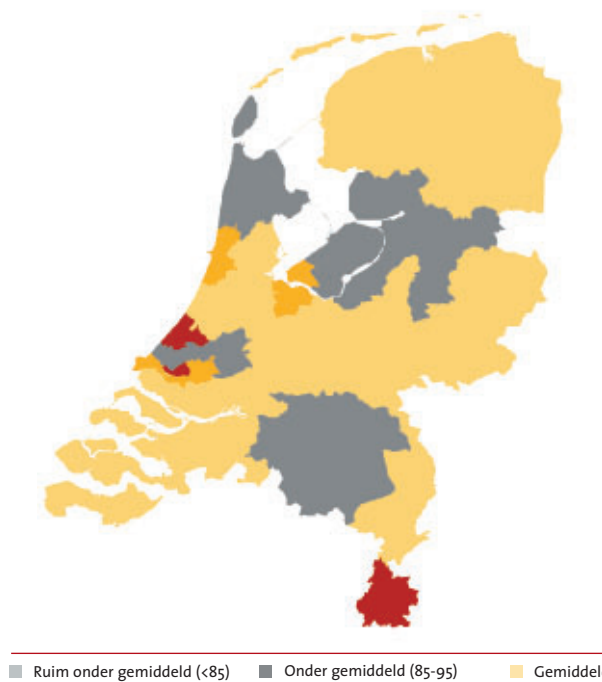
Hoewel het onderscheid tussen slaap- en kalmeringsmiddelen niet geheel eenduidig getrokken kan worden (sommige middelen worden zowel als slaapmiddel en ook als kalmeringsmiddel gebruikt), beschouwen we hier de middelen met ATC-code N05BA als kalmeringsmiddel en de middelen met ATC-code N05CD en N05CF als slaapmiddel. Er zijn ongeveer anderhalf keer zoveel gebruikers van kalmeringsmiddelen als van slaapmiddelen. Wat betreft de kosten wordt ongeveer evenveel aan slaap- als aan kalmeringsmiddelen besteed.

Met ingang van 2009 zijn de aanspraken op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen gewijzigd en is de vergoeding beperkt tot een specifiek aantal indicaties (o.a. als onderhoudsbehandeling bij epilepsie en de behandeling van psychiatrische problematiek). We verwachten dat kosten voor slaap- en kalmeringsmiddelen met ongeveer 2/3 zullen dalen. Dit betekent niet dat het feitelijk gebruik ook evenredig gaat dalen. Het blijft immers mogelijk dat de kosten voor eigen rekening worden genomen.

FIGUUR 3.12 | VOORSCHRIFTEN DIABETESMIDDELEN 2008



FIGUUR 3.13 | GEBRUIKERS BENZODIAZEPINEN 2008



FIGUUR 3.14 | VOORSCHRIFTEN BENZODIAZEPINEN 2008



■ Ruim onder gemiddeld (<85) ■ Onder gemiddeld (85-95) ■ Gemiddeld (95-105) ■ Boven gemiddeld (105-115) ■ Ruim boven gemiddeld (≥115)

RECEPT 3.6 | BENZODIAZEPINEN IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2004	2008	
12.297.000	12.836.000	recepten
246.484.000	221.712.000	dagdoseringen (DDDs)
1.868.000	1.809.000	gebruikers
€ 113.039.000	€ 103.488.000	kosten (all in)
6,6	7,1	recepten per gebruiker
130	120	doseringen per gebruiker
€ 0,46	€ 0,47	kosten per dag (DDD)
€ 9,20	€ 8,10	kosten per recept
€ 61,00	€ 57,00	kosten per gebruiker
88%	92%	aandeel generiek DDDs
64%	66%	aandeel vrouwen DDDs
17%	14%	aandeel 45-
41%	42%	aandeel 45-65 jaar
42%	44%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten		
	3.429.700	oxazepam (Seresta)
	3.078.900	temazepam (Normison)
	1.435.800	diazepam (Stesolid)

In recept 3.6 staan de belangrijkste kengetallen in het gebruik van benzodiazepinen (de slaap- en kalmeringsmiddelen) voor 2004 en 2008 naast elkaar.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen is hoog en is in 2008 opgelopen tot 92%. Meer dan de helft (57%) hiervan kan worden toegeschreven aan de slaapmiddelen. Gemiddeld ligt het gebruik van slaapmiddelen op ca. 20 weken (d.i. 142 DDDs) per gebruiker; voor de kalmeringsmiddelen is dit met ca. 12 weken (d.i. 80 DDDs) aanzienlijk korter. De verhouding tussen mannen en vrouwen in DDD is en blijft scheef, namelijk 34:66. Voor de slaapmiddelen ligt het gebruik bij de vrouwen wat hoger (bijna 70%), terwijl het gebruik van de kalmeringsmiddelen van mannen en vrouwen wat dichter bij elkaar ligt (38:62). De leeftijdsgroep 65+ is de grootste gebruikersgroep, verantwoordelijk voor 44% van het totale gebruik. De groep 45-64 jarigen volgt op de voet en is verantwoordelijk voor 42% van het totale gebruik. Slaapmiddelen worden vaker gebruikt door ouderen: 53% van het aantal DDDs wordt door 65+ gebruikt; het gebruik van de kalmeringsmiddelen in deze groep is 32%. Kalmeringsmiddelen worden ten opzichte van de slaap-middelen relatief vaker in de jongere leeftijdsklasse (45 jaar en jonger) gebruikt: 20% respectievelijk 11%.

In figuur 3.13 zijn de regionale verschillen van gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen in Nederland in beeld gebracht.

De landelijke prevalentie van gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen in 2008 is 110 gebruikers per 1.000 verzekerden. Voor de volgende regio's geldt dat het aantal gebruikers beduidend boven het landelijk gemiddelde ligt: Haaglanden, Nieuwe Waterweg noord en Zuid-Limburg.

Het gemiddeld aantal voorschriften per gebruiker van slaap- en kalmeringsmiddelen ligt landelijk op 7,1 voorschrift per gebruiker. In de regio Midden-Holland ligt het gemiddeld aantal voorschriften ruim onder het landelijk gemiddelde.

Middelen bij HIV-infectie

Er is sprake van een forse stijging van het aantal DDDs voor HIV-middelen (definitie op ATC-code niveau: J05AD, J05AE, J05AF, J05AG, J05AR, J05AX aangevuld met een beperkt aantal overige middelen). Het aantal gebruikers van HIV-middelen is toegenomen van 8.500 in 2004 naar 11.500 in 2008. De kosten in verband met gebruik van HIV-middelen zijn gestegen naar € 110 miljoen. In recept 3.7 staan de belangrijkste kengetallen rondom het gebruik van HIV-middelen.

In figuur 3.15 zijn de regionale verschillen van gebruikers van HIV-middelen in Nederland in beeld gebracht.

De landelijke prevalentie van gebruikers van HIV-middelen in 2008 is 0,7 gebruikers per 1.000 verzekerden. Voor de volgende regio's geldt dat het aantal gebruikers beduidend boven het landelijk gemiddelde ligt: Amsterdam, Rotterdam en Haaglanden.

Het gemiddeld aantal voorschriften per gebruiker van HIV-middelen ligt landelijk op 11,5 voorschrift per gebruiker. In de regio's Midden-IJssel, Groningen en Friesland ligt het gemiddeld aantal voorschriften per gebruiker ruim boven het landelijk gemiddelde.

Kosten en gebruikers HAART

Sinds de introductie in 1987 van zidovudine (Retrovir) zijn de behandelmogelijkheden van een infectie met HIV (humaan immunodeficiëntie virus) geweldig toegenomen. Inmiddels zijn hiervoor ongeveer 22 verschillende middelen

RECEPT 3.7 | HIV-MIDDELEN IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

	2004	2008	
	110.000	133.000	recepten
	5.800.000	7.348.000	dagdoseringen (DDDs)
	8.500	11.600	gebruikers
€	73.565.000	€ 112.943.000	kosten (all in)
	12,9	11,5	recepten per gebruiker
	680	640	doseringen per gebruiker
€	12,70	€ 15,40	kosten per dag (DDD)
€	669,00	€ 851,00	kosten per recept
€	8.670,00	€ 9.780,00	kosten per gebruiker
	19%	24%	aandeel generiek DDDs
	3%	3%	aandeel vrouwen DDDs
	53%	45%	aandeel 45-
	42%	48%	aandeel 45-65 jaar
	2%	4%	aandeel 65+
			Top 3 aantal recepten
		19.400	tenofovir & emtricitabine (Truvada)
		14.800	nevirapine (Viramune)
		13.800	lamivudine (Epivir)

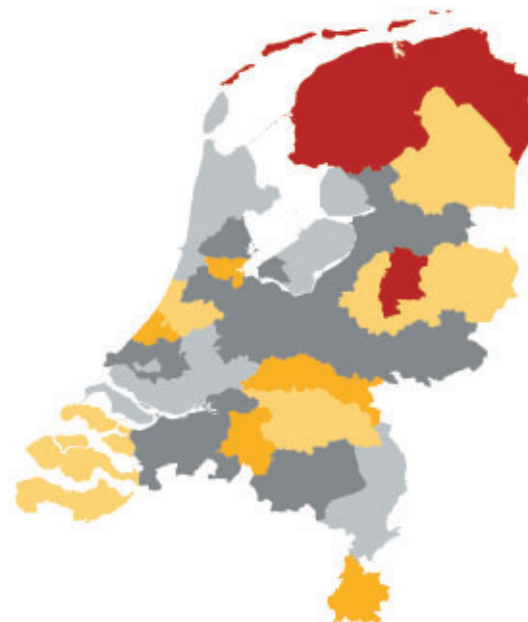
geregistreerd. De grote doorbraak in de behandeling kwam in de jaren negentig toen middelen met een ander werkingsmechanisme dan dat van zidovudine beschikbaar kwamen, zoals saquinavir (Invirase) en nevirapine (Viramune). Om de ontwikkeling van het virus namelijk effectief te remmen moet op verschillende plaatsen in de levenscyclus van het virus worden ingegrepen. De huidige behandeling bestaat daarom uit een combinatie van meerdere middelen, die HAART (highly active antiretroviral therapy) wordt genoemd. Deze therapie is zo effectief, dat in de Westerse wereld de levensverwachting van HIV-geïnfecteerden de normale levensverwachting benadert. Een besmetting met HIV is hierdoor verandert in een chronische aandoening. Het is goed daarbij te beseffen dat in veel derde wereldlanden, waar de ziekte grote gevolgen heeft, deze middelen vaak moeilijk verkrijgbaar en veelal onbetaalbaar zijn. In Nederland gaven we in 2008 ongeveer 110 miljoen euro uit aan de verstrekking van HIV-geneesmiddelen, hetgeen ongeveer neerkomt op bijna 10.000 euro per gebruiker.

FIGUUR 3.15 | GEBRUIKERS HIV-MIDDELEN 2008



■ Ruim onder gemiddeld (<85) ■ Onder gemiddeld (85-95) ■ Gemiddeld (95-105) ■ Boven gemiddeld (105-115) ■ Ruim boven gemiddeld (≥115)

FIGUUR 3.16 | VOORSCHRIFTEN HIV-MIDDELEN 2008



HIV-remmers worden op basis van hun werkingsmechanisme ingedeeld in verschillende groepen zoals de proteaseremmers (PI), nucleoside reverse transcriptaseremmers (NRTI), non-nucleoside reverse transcriptaseremmers (NNRTI) en een groep overige middelen waaronder een integraseremmer, een fusieremmer en een CCR5-antagonist. Het gaat hierbij om enkelvoudige middelen. Omdat de basis van de HAART een combinatietherapie is, worden ook steeds meer vaste combinaties als geneesmiddel geregistreerd én bij de behandeling van een HIV-infectie ingezet.

In tabel 3.1 is de kostenontwikkeling opgenomen van deze groepen HIV-geneesmiddelen in de afgelopen vijf jaar.

Daarbij valt op de sterke stijging van de kosten van de vaste combinatiepreparaten met gemiddelde jaarlijkse groei van 25% en de daling van de kosten van de NRTI's, jaarlijks met gemiddeld bijna 8%. De daling van NRTI's is verklaarbaar omdat deze middelen vaak een belangrijk onderdeel uitmaken van de vaste behandelcombinaties. In tabel 3.2 is een overzicht opgenomen van de meest gebruikte HAART combinatietherapieën en de ontwikkeling van het aantal gebruikers ervan in de laatste 3 jaar. In 2008 worden inmiddels 45% van alle gebruikers voor hun HIV-infectie behandeld met één van deze vijf behandelcombinaties. In dezelfde periode liggen de kosten voor elke van de combinaties (ongeacht of het om combinaties van enkelvoudige preparaten of

TABEL 3.1 | KOSTENONTWIKKELING HIV-MIDDELEN NAAR WERKINGSMECHANISME, 2004-2008

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008
PI proteaseremmers	13,7	16,0	16,3	19,4	21,2
NRTI nucleoside reverse transcriptaseremmers	22,8	25,4	25,6	19,5	16,5
NNRTI non-nucleoside reverse transcriptaseremmers	12,6	14,1	14,5	16,2	16,6
combinatiepreparaten	21,4	23,3	22,4	37,1	52,2
overig	0,9	1,3	1,2	1,2	3,6
Totaal	71,5	80,1	80,0	93,4	110,0

TABEL 3.2 | GEBRUIKERS EN KOSTEN PER DDD MEEST VOORKOMENDE HAART, 2006-2008

		2006	2007	2008	Kosten/ddd
1	efavirenz & tenofovir & emtricitabine*	560	1.320	2.240	€ 30,70
2	nevirapine & tenofovir & emtricitabine*	180	570	1.070	€ 29,70
3	efavirenz & zidovudine & lamivudine*	1.060	850	650	€ 26,40
4	efavirenz & tenofovir & lamivudine	900	720	650	€ 31,00
5	nevirapine & tenofovir & lamivudine	850	660	530	€ 30,00
	Overige combinaties NRTI & NNRTI / PI	2.100	1.800	1.500	
	Overige behandel(combinaties)	3.700	4.300	4.900	
Totaal		9.400	10.200	11.500	

*zowel combinaties van enkelvoudige preparaten als vaste combinatiepreparaten

vaste combinatiepreparaten gaat) rond de € 30,00 per DDD, waarmee de kosten voor een 'triple therapie' per gebruiker per jaar zo'n 10.000 euro bedragen.

Alle middelen voor de behandeling van HIV-infecties zijn in het GVS opgenomen. Voor deze middelen gelden geen vergoedingslimieten. De ernst van de aandoening en de sterke behoefte aan uitbreiding van de therapeutische mogelijkheden hebben daarbij een belangrijke rol gespeeld. Het aantal keuzemogelijkheden binnen een groep met eenzelfde werkingsmechanisme is inmiddels aanzienlijk toegenomen, waarbij tevens sprake is van nieuwe introducties met een relatief hogere prijs. In de groep van de proteaseremmers kan gekozen worden uit 9 verschillende middelen en de nieuwste introducties tipranavir (Aptivus) en darunavir (Prezista) zijn aanzienlijk duurder dan het meest voorgeschreven middel lopinavir (Kaletra); de kosten per standaarddagdosering zijn € 26,70 respectievelijk € 24,65 versus € 17,50. Zeker bij patiënten die nog niet eerder behandeld zijn met een proteaseremmer zullen deze meerkosten nadrukkelijk in de afwegingen moeten worden betrokken. Bij de recente herbeoordeling (mei 2009) van darunavir is volgens de CFH namelijk sprake van therapeutische gelijkwaardigheid.

Uitgelicht

Generieke geneesmiddelen in opmars en fors in prijs verlaagd

In het gebruik van geneesmiddelen zien we een duidelijke stijgende lijn. Daarbinnen is sprake van een forse toename van generieke geneesmiddelen: middelen waarvan het patent is verlopen. Het patentverloop van veelgebruikte geneesmiddelen zoals de cholesterolverlagers simvastatine en pravastatine en de maagzuurremmer omeprazol heeft aan deze groei van generiek een extra impuls gegeven. Echter ook het feit dat artsen kostenbewuster zijn gaan voor schrijven heeft de toename in het gebruik van generieke middelen gestimuleerd.

In tabel 4.1 geven we een uitsplitsing van de volume- en kostenontwikkeling van de farmaceutische zorg naar inkoopkanaal. Met behulp van het kenmerk inkoopkanaal kunnen we de volgende soorten geneesmiddelen onderscheiden:

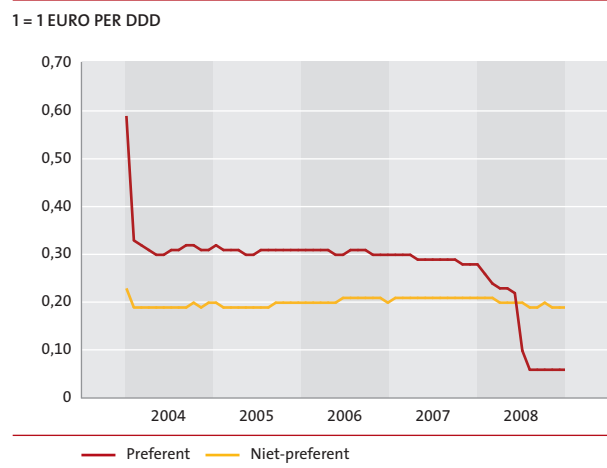
- specialité: merkgeneesmiddel waarop nog patent (marktbescherming) rust en die uitsluitend door de patenthouder/fabrikant op de markt mag worden gebracht.
- parallelimport: veelal een specialité die wordt geïmporteerd uit andere landen in Europa tegen lagere prijzen.
- generiek: merkloze variant van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

Het aantal WMG-voorschriften waarop een generiek geneesmiddel is afgeleverd is gestegen van 61,2 miljoen in 2004 naar 92,1 miljoen in 2008. Het marktaandeel, gemeten in aantal voorschriften is in deze periode toegenomen van bijna 49% naar ruim 55%. Kijken we naar de ontwikkeling van de aantallen afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's) dan is een vergelijkbare trend waar te nemen. Het aandeel DDD's van generieke geneesmiddelen steeg van 43% in 2004 naar ruim 49% in 2008.

Wanneer we naar het marktaandeel in materiaalkosten (apothekinkooprijzen) kijken, is eveneens sprake van een verschuiving maar deze is tot en met 2007 veel minder uitgesproken om in 2008 zelfs om te keren: het marktaandeel van generiek is sinds 2004 gedaald van 19% naar iets meer dan 15%. Ook hier geldt dat deze ontwikkeling primair wordt veroorzaakt door de prijsverlagingen van generiek in 2004 via het geneesmiddelenconvenant en in 2008 onder invloed van het door zorgverzekeraar gevoerde preferentiebeleid.

In figuur 4.1 laten we, op maandbasis, de prijsontwikkeling zien van generieke geneesmiddelen sinds januari 2004. We maken daarbij onderscheid tussen die middelen waarvoor in 2008 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 apothekinkooprijzen (AIP), per standaarddagdosering. De weging vindt plaats op basis van het aantal afgeleverde standaarddagdoseringen.

FIGUUR 4.1 | PRIJSONTWIKKELING GENERIEKE GENEESMIDDELEN 2004-2008, PER MAAND



Duidelijk zichtbaar is dat voor de preferent aangewezen generieke geneesmiddelen de prijzen in februari 2004 zijn gedaald van € 0,60 per DDD naar € 0,33 per DDD. Tot 2008 dalen de prijzen naar gemiddeld € 0,28 per DDD. In de loop van 2008 gaan de prijzen nog weer verder omlaag. In december 2008 zijn de gemiddelde prijzen gedaald naar € 0,06 per DDD. Of anders gezegd: de prijzen voor deze geneesmiddelen zijn in vijf jaar tijd met 90% gedaald. Een heel ander beeld laten de niet-preferente generieke geneesmiddelen zien. Deze prijzen zijn veel minder hard gedaald: € 0,23 per DDD in januari 2004, tegenover € 0,19 per DDD in december 2008.

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 DDD's in 2008 meer dan verdubbeld is, zijn de uitgaven op AIP-niveau met ruim € 50 miljoen gedaald (van € 315 miljoen in 2004 naar € 261 miljoen in 2008).

TABEL 4.3 | TOP 10 GENERIEK AANTAL VOORSCHRIFTEN IN 2008 EN AANDEEL HIERVAN TEN OPZICHTE VAN TOTAAL

1 = 1 MILJOEN

Rang	Stofnaam (merknaam)	Indicatiegebied	Voorschriften	Aandeel
1	metoprolol (Selokeen)	hartfalen, hypertensie	4,2	88%
2	omeprazol (Losec)	maagzuurklachten	4,0	95%
3	acetylsalicylzuur (Aspirine Protect)	trombose, infarct	3,8	99%
4	oxazepam (Seresta)	angst, slaapstoornis	3,4	99%
5	simvastatine (Zocor)	verhoogd cholesterol	3,2	98%
6	temazepam (Normison)	slaapstoornis	3,1	100%
7	metformine (Glucophage)	diabetes mellitus	3,0	99%
8	diclofenac (Cataflam)	pijn, reuma	2,7	99%
9	furosemide (Lasix)	oedeem, hartfalen	2,6	98%
10	hydrochloorthiazide	hypertensie, hartfalen	2,4	100%

Gaan we uit van de afgeleverde hoeveelheden in 2008 en rekenen we de prijsdaling tussen mei 2008 en december 2008 toe aan de uitbreiding van het preferentiebeleid, dan kan de besparing via dit preferentiebeleid op jaarbasis worden berekend op ruim € 300 miljoen.

Hieronder (tabel 4.2) geven we een overzicht op jaarbasis. Vanaf 2003 geven we per jaar het aantal geneesmiddelen weer waarvan het patent in dat jaar is verlopen (we beperken ons tot die geneesmiddelen met een omzet van meer dan € 5 miljoen). Vervolgens berekenen we voor de middelen de gemiddelde prijsdaling tussen 2002 en 2008. We concluderen dat de gemiddelde prijsdaling voor middelen waarvan het patent in 2003 is verlopen in 2008 uitkomt op 82%. Voor de middelen waarvan het patent in 2004 verliep geldt een gemiddelde prijsverlaging van 71%.

De top 10 van de meest voorgeschreven generieke geneesmiddelen in 2008 staat weergegeven in tabel 4.3. In de voor

laatste kolom is het aantal voorschriften vermeld van het generieke geneesmiddel. In de laatste kolom is het aandeel vermeld van deze generieke middelen ten opzichte van het totaal. De generieke geneesmiddelen in deze top 10 hebben allen een marktaandeel dat dicht tegen de 100% aankruipt.

Dit geldt niet voor het middel metoprolol, waar het aandeel generiek blijft steken op ruim 88%. AstraZeneca, de fabrikant van het corresponderende merk-middel heeft een deel van deze markt weten te behouden door een nieuwe variant met een gereguleerde afgifte van de werkzame stof aan te bieden. In de afgelopen jaren hebben we vaker gezien dat fabrikanten nieuwe toedieningsvormen op de markt brengen van middelen waarvan het patent gaat verlopen. Op deze wijze probeert men de generieke concurrentie voor te blijven. Een voorbeeld waarin deze strategie faalde is het middel omeprazol (Losec), afkomstig van diezelfde fabrikant AstraZeneca. De speciale toedieningsvorm kon niet voorkomen dat de generieke aanbieders binnen enkele maanden nagenoeg de gehele markt voor omeprazol wisten te veroveren.

TABEL 4.2 | PRIJSVERLAGING GENERIEK NA AFLOOP PATENT

Jaar patentverlies	Aantal middelen uit-patent	Gemiddelde prijsverlaging 2008
2003	4	82%
2004	11	71%
2005	10	57%
2006	8	39%
2007	6	18%
2008	6	8%

Rem op kostenstijging door geneesmiddelenconvenant + preferentiebeleid

De kostenstijging voor geneesmiddelen was in 2008 gematigd. Dit is deels toe te schrijven aan het geneesmiddelenconvenant. Op grond van dit convenant hebben de aanbieders van vooral generieke geneesmiddelen hun apothekinkooprijzen in 2004 fors, met gemiddeld circa 40% verlaagd. Als gevolg van de uitbreiding van het preferentiebeleid door een aantal grote zorgverzekeraars zoals

UVIT, CZ en Menzis, zijn de prijzen van met name generieke geneesmiddelen medio 2008 nog weer verder verlaagd. De opbrengsten die uit al deze prijsverlagingen voortvloeien zijn aanzienlijk. Voor 2008 wordt de opbrengst geschat op € 1.510 miljoen. Dit is inclusief 6% BTW en inclusief de opbrengsten van de clawback-maatregel (afkomen van inkoopkortingen bij apothekhoudenden) en ook inclusief de prijsverlagingen die de overheid afdwingt op basis van de Wet Geneesmiddelen Prijzen (WGP).

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 koersval van het Britse pond die eind 2007 is ingezet heeft de WGP-prijzen nog verder onder druk gezet.

Het aandeel van de WGP in de opbrengsten van het convenant zal naar verwachting steeds verder toenemen. Het gevolg is dat het effect van het geneesmiddelenconvenant steeds verder zal uitdoven ten gunste van de effecten van maatregelen van vóór het convenant: de clawback-maatregel en de WGP. Sinds 2008 kunnen we ook een substantieel aandeel van deze prijsverlagingen toerekenen aan de uitbreiding van het preferentiebeleid van een aantal grote zorgverzekeraars.

Al deze prijsverlagingen hebben primair tot doel om de marges voor het verlenen van kortingen en bonussen aan

apothekhoudenden te verkleinen. In opdracht van de NZa is zeer recent door Conquaestor/Significant onderzoek gedaan naar de hoogte van de nog resterende kortingen en bonussen door apothekhoudenden. Een deel van deze kortingen wordt afgeroomd via de clawback-maatregel en een deel van deze kortingen is noodzakelijk om de praktijkkosten van apothekers te dekken. Wat resteert kan worden beschouwd als bovenmatig en zal via het WMG-tarief worden verrekend. Eind 2009 zal de NZa de WMG-tarieven voor apothekers hierop aanpassen, rekening houdend met het feit dat deze kortingen en bonussen in 2009 lager zullen uitvallen als gevolg van de prijsverlagingen voor generiek.

In tabel 4.4 geven we een overzicht van de opbrengsten van het convenant vanaf 2004. De opbrengst wordt uitgesplitst naar de vijf belangrijkste componenten waaruit deze is opgebouwd: clawback, WGP-effect, uitbreiding preferentiebeleid, overige/vrijwillige prijsverlagingen en BTW-effect. We concluderen dat de verschillende componenten samen verantwoordelijk zijn voor kostendrukkend effect op de geneesmiddelenkosten van € 1,5 miljard.

Wat opvalt, is dat het aandeel van de prijsverlagingen die worden afgedwongen door de WGP gedurende de looptijd van het convenant toeneemt naar € 858 miljoen. De WGP is daarmee een belangrijke 'stille kracht' achter deze opbrengst geworden. Voor 2008 brengen we ook de bijdrage van het individuele preferentiebeleid in beeld: € 186 miljoen. Voor 2009 verwachten we dat deze bijdrage nog zal verdubbelen. Het individuele preferentiebeleid van zorgverzekeraars is daarmee, op de WGP na, de belangrijkste oorzaak voor de prijsverlagingen voor geneesmiddelen.

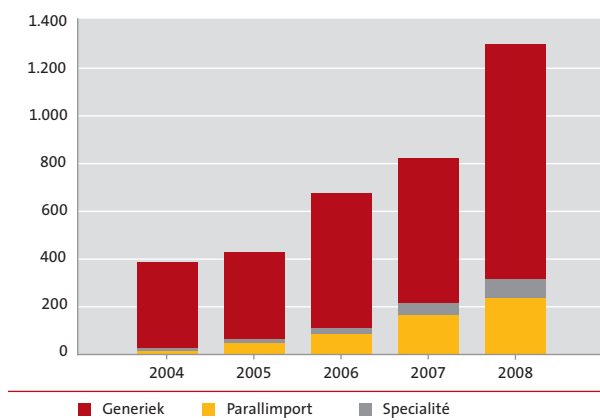
TABEL 4.4 | OPBRENGST PRIJSMATREGELEN

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008
WGP	-6,7	61,6	255,9	484,8	858,2
Vrijwillige prijsverlagingen	392,6	425,9	410,7	329,4	254,7
Individueel preferentiebeleid					186,3
Clawback	170,5	171,6	176,7	191,0	125,4
BTW	33,4	39,5	50,6	60,3	85,5
Totale opbrengst prijsmaatregelen	589,8	698,6	894,0	1.065,6	1.510,1

FIGUUR 4.2 | OPBRENGST NAAR INKOOPKANAAL

1= 1 MILJOEN EURO



In figuur 4.2 is het gezamenlijke prijsdrukkende effect van convenant, WGP en individueel preferentiebeleid (dus exclusief BTW en clawback-effecten) verdeeld naar inkoopkanaal weergegeven.

Clawback-opbrengst in 2008 met € 91 miljoen gedaald

In mei 2008 oordeelde de voorzieningenrechter van het College van Beroep voor het bedrijfsleven dat de clawback-korting op de inkooprijzen voor geneesmiddelen voor de rest van dat jaar moest worden geschorst. Op verzoek van de apothekersorganisatie KNMP oordeelde de rechter dat de NZa het apothekerstarief opnieuw moest vaststellen en hierbij rekening moest houden met het extra verlies aan inkoopvoordelen als gevolg van de prijsverlagingen voor generieke geneesmiddelen medio 2008. Door deze maatregel viel de clawback in 2008 € 91 miljoen lager uit dan verwacht.

De clawback-maatregel is bedoeld om de inkoopvoordelen van apothekhoudenden af te romen. Een deel van de inkoopvoordelen mag echter worden behouden om de inkomsten uit de door de NZa vastgestelde tarieven aan te vullen tot een zogenoemd kostendekkend tarief.

Als gevolg van de prijsverlagingen medio 2008, mocht verwacht worden dat ook de inkoopvoordelen onder druk komen te staan. Het verschil van mening tussen de NZa en de KNMP ging over het feit of er nog wel inkoopvoordelen zouden resteren om het tarief kostendekkend te maken. De KNMP vreesde voor faillissementen. De rechter oordeelde dat er voldoende twijfels waren om de clawback-maatregel tijdelijk buiten werking te stellen in afwachting van de

resultaten van nieuw onderzoek naar de omvang van kortingen en bonussen bij apothekhoudenden.

Hierop vooruitlopend heeft de NZa eind 2008 de tarieven opnieuw vastgesteld. Het gemiddelde tarief werd per 1 januari 2009 verhoogd van € 6,10 per WMG-receptregel naar gemiddeld € 7,27. Daartegenover stond dat de clawback-maatregel weer in werking werd gezet en tijdelijk te verhogen van 6,82% naar 8,53%. De meeropbrengst hiervan dient ter compensatie van de clawback die in 2008 niet werd afgedragen.

Nieuwe middelen: 20% 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 2000 op de markt zijn gekomen - in de totale kosten is gestegen van 0,4% in 2000 naar 24% in 2008. Anders gezegd, een kwart van de kosten voor geneesmiddelen betreft geneesmiddelen die vanaf 2000 nieuw zijn geïntroduceerd. Het aandeel van geneesmiddelen die sinds 2004 op de markt zijn gekomen blijft beperkt tot 5,2%.

In tabel 4.6 leggen we een relatie tussen de kostenontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen en het jaar waarin deze werden geïntroduceerd. Wat opvalt, is dat de kosten voor nieuwe geneesmiddelen vooral een kwestie van tijd is. De kosten voor nieuwe geneesmiddelen stijgen sneller dan gemiddeld: het marktaandeel neemt toe met de tijd. Het lijkt er op dat de middelen die de afgelopen vier jaar op de markt zijn gekomen iets minder hard groeien dan die in de drie jaren daarvoor. Het marktaandeel van middelen die in 2000 t/m 2003 zijn geïntroduceerd bedroeg in 2004: 12,3%. Het marktaandeel van middelen die in 2004 t/m 2007 zijn geïntroduceerd bedroeg in 2008: 4,9%.

Parallel aan deze ontwikkeling is sprake van een vermindering van het aantal nieuwe introducties: nieuwe geneesmiddelen met een nieuwe werkzame stof. Ten opzichte van de periode 2000-2004 is het aantal nieuwe introducties in ons land teruggevallen van 20-25 per jaar naar 15-20 per jaar.

Slechts een beperkt aantal nieuwe geneesmiddelen zullen na een aantal jaren een "block-buster" blijken te zijn. De

TABEL 4.6 | KOSTENONTWIKKELING NIEUWE GENEESMIDDELEN 2000-2008

1 = 1 MILJOEN EURO

Introductiejaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2000	13,6	41,6	63,6	90,3	103,5	88,7	96,8	95,5	96,9
2001	-	16,9	69,6	143,7	211,0	244,0	276,6	307,5	328,3
2002	-	-	17,0	65,9	99,8	127,8	146,3	164,5	195,4
2003	-	-	-	22,8	113,4	170,1	226,3	274,7	352,8
2004	-	-	-	-	4,8	37,8	60,8	77,3	95,4
2005	-	-	-	-	-	7,6	31,1	51,4	66,7
2006	-	-	-	-	-	-	6,0	39,4	53,5
2007	-	-	-	-	-	-	-	14,6	41,3
2008	-	-	-	-	-	-	-	-	14,8
Totaal	14	58	150	323	532	676	844	1.025	1.245
<i>Aandeel kosten in %</i>	<i>0,4%</i>	<i>1,5%</i>	<i>3,7%</i>	<i>7,4%</i>	<i>12,4%</i>	<i>15,0%</i>	<i>18,0%</i>	<i>20,0%</i>	<i>23,9%</i>

TABEL 4.7 | TOP 10: TOTALE KOSTEN EN GEBRUIKERS NIEUWE GENEESMIDDELEN IN 2008

Rang	Werkzame stof (merknaam)	Introductie jaar	Totale kosten	Kosten per gebruiker	Aantal gebruikers
			1 = 1 mln euro	1 = 1 euro	1 = 1
1	adalimumab (Humira)	2003	128,9	12.442	10.400
2	tiotropiumbromide (Spiriva)	2002	79,7	373	213.600
3	esomeprazol (Nexium)	2001	72,0	221	325.100
4	formeterol met budesonide (Symbicort)	2001	69,8	293	238.000
5	rosuvastatine (Crestor)	2003	55,3	278	198.500
6	insuline glargine (Lantus)	2003	40,0	457	87.600
7	darbepoëtine alfa (Aranesp)	2001	39,8	2.993	13.300
8	pegfilgrastim (Neulasta)	2003	37,5	5.708	6.600
9	imatinib (Glivec)	2001	36,5	26.576	1.400
10	insuline aspart (Novomix)	2002	35,5	471	75.400

meest succesvolle geneesmiddelen van de afgelopen jaren (gemeten in totale kosten) geven we tabel 4.7 weer. Succesvol wil niet altijd zeggen dat ook veel patiënten met deze middelen worden behandeld. De aantallen gebruikers voor de top 10 middelen variëren van 1.200 tot ruim 300.000 patiënten. Merk op dat de middelen in onderstaande top 10 allen geïntroduceerd zijn in de jaren 2001 tot en met 2003, hetgeen geen verbazing wekt gezien de hierboven gemaakte opmerkingen over het grote marktaandeel van de middelen die in die jaren geïntroduceerd waren.

Grote variatie in behandelkosten cholesterolverlagers en maagmiddelen

Mede onder invloed van het convenant en de WGP zijn de prijzen voor de generiek beschikbaar gekomen cholesterolverlager simvastatine sinds 2004 fors verlaagd. Opvallend is dat deze prijsverlaging niet heeft geleid tot prijsverlagingen bij de concurrentie: de vergelijkbare cholesterolverlagers atorvastatine en rosuvastatine hebben hun prijzen niet verlaagd. Hierdoor zijn grote verschillen ontstaan in de behandelkosten tussen de verschillende middelen. Een vergelijkbare ontwikkeling doet zich voor binnen de groep van protonpompremmers (maagzuurremmers) waar de prijs van omeprazol fors werd verlaagd, terwijl de prijs voor esomeprazol nauwelijks is verlaagd.

Op dit moment zijn voor de behandeling van een verhoogd cholesterol vijf statines beschikbaar. In tabel 4.8 worden de behandelkosten over 2008 van de verschillende statines met elkaar vergeleken op grond van de gemiddelde kosten per gebruiker. We concluderen dat de behandeling met simvastatine met bijna € 59 per gebruiker per jaar verreweg het goedkoopst is. De behandeling met het veel duurdere atorvastatine kostte bijna 7 keer zoveel, namelijk 390 euro per gebruiker per jaar.

Mede onder invloed van de uitbreidingen van het preferentiebeleid door zorgverzekeraars medio 2008, zijn de prijzen voor simvastatine en pravastatine nog weer verder verlaagd. De verschillen in behandelkosten tussen de verschillende statines zullen hierdoor nog verder toenemen. We verwachten dat de gemiddelde behandelkosten voor simvastatine zullen teruglopen naar iets meer dan € 40,00 per gebruiker per jaar. In de praktijk betekent dit dat de behandelkosten met de duurste statine atorvastatine het tienvoudige bedragen van de behandelkosten met simvastatine. Of anders gezegd: als in het jaar 2009 circa 80% van alle statine gebruikers het veel goedkopere simvastatine zouden krijgen voorgeschreven, dan zou dit tot een besparing op de geneesmiddelen-uitgaven leiden van circa € 200 miljoen per jaar.

Bij de maagmiddelen is een vergelijkbaar beeld zichtbaar (tabel 4.9). Op dit moment is een vijftal onderling vergelijkbare protonpompremmers beschikbaar. De behandeling met omeprazol is duidelijk het goedkoopst: € 59 per gebruiker per jaar. De behandeling met pantoprazol of esomeprazol kost bijna vier keer zoveel: € 215 respectievelijk € 221 per gebruiker per jaar.

Ook hier geldt dat mede onder invloed van de uitbreidingen van het preferentiebeleid door zorgverzekeraars medio 2008,

TABEL 4.8 | STATINES: AANTAL GEBRUIKERS EN KOSTEN PER GEBRUIKER IN 2008

1 = 1 EURO

Stofnaam (merknaam)	Aantal gebruikers	Kosten per gebruiker
simvastatine (Zocor)	719.300	58,99
pravastatine (Selektine)	169.500	108,10
fluvastatine (Canef, Lescol)	28.900	203,90
atorvastatine (Lipitor)	464.700	389,90
rosuvastatine (Crestor)	198.500	278,50

TABEL 4.9 | PROTOMPOMPREMMERS: GEBRUIKERS EN KOSTEN PER GEBRUIKER IN 2008

1 = 1 EURO

Stofnaam (merknaam)	Aantal gebruikers	Kosten per gebruiker
omeprazol (Losec)	1.260.000	58,90
pantoprazol (Pantozol)	575.600	214,60
lansoprazol (Prezal)	23.500	146,70
rabeprazol (Pariet)	772.600	208,60
esomeprazol (Nexium)	325.1	221,50

TABEL 4.10 | STARTENDE GEBRUIKERS SIMVASTATINE EN OMEPRAZOL IN 2003-2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
simvastatine	37,0%	32,0%	37,4%	46,1%	60,4%	59,3%	67,5%
omeprazol	48,4%	44,2%	50,4%	56,9%	58,7%	61,9%	64,5%

de prijzen voor omeprazol nog weer verder zijn verlaagd. De verschillen in behandelkosten tussen de verschillende protonpompremmers zullen hierdoor nog verder toenemen. We verwachten dat de gemiddelde behandelkosten voor omeprazol zullen teruglopen naar circa € 30,00 per gebruiker per jaar. In de praktijk betekent dit dat de behandelkosten met het veel duurdere esomeprazol het zevenvoudige bedragen van de behandelkosten met omeprazol. Of anders gezegd: als in het jaar 2009 circa 80% van alle gebruikers van een protonpompremmer het veel goedkopere omeprazol krijgen voorgeschreven, dan zou dit tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven leiden van circa € 100 miljoen per jaar.

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. Het is bemoedigend te kunnen constateren dat deze ontwikkeling zich in de voorschrijfp praktijk ook inderdaad voordoet. Artsen schrijven namelijk steeds vaker simvastatine en omeprazol voor bij startende gebruikers (tabel 4.10). Bij gebruikers die starten met een cholesterolverlagend middel wordt in 2008 in bijna 68% van de gevallen simvastatine voorgeschreven, tegenover 37% in 2002. Opvallend is dat tot en met 2003 nog sprake was van een dalende trend naar 32,0%. Bij de protonpompremmers is een vergelijkbare ontwikkeling zichtbaar. In 2008 steeg het aantal startende gebruikers dat omeprazol

kreeg voorgeschreven naar bijna 65%, terwijl dit percentage in 2003 was gedaald naar 44%.

Het CVZ constateert dat sinds 2004 sprake is 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 omgekeerd en zet zich nog steeds verder voort.

Cholesterolverlagers en maagzuurremmers 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 een miljoen mensen deze middelen gebruiken. De bestedingen aan deze middelen bedragen circa € 600 miljoen per jaar; dit komt overeen met ruim 11,5% 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. Per januari 2009 heeft de WHO de DDD-waarden voor de statines opnieuw beoordeeld en gewijzigd vastgesteld. Voor wat betreft de startende gebruikers zijn we nagegaan (zie tabel 4.11) of de voorgeschreven dosering aansluit bij de wijzigingen van de WHO. We constateren dat de nieuw vastgestelde DDD-waarden veel beter aansluiten bij de huidige voorschrijfp praktijk.

TABEL 4.11 | STATINES: STANDAARDDOSERING VERGELEKEN MET DE GEMIDDELD VOORGESCHREVEN DOSERING

Statine	DDD oude waarde	DDD nieuwe waarde 2009	Gemiddelde dosering Startende gebruikers
simvastatine (Zocor)	15 mg	30 mg	30,0 mg
pravastatine (Selektine)	20 mg	30 mg	29,7 mg
fluvastatine (Canef, Lescol)	40 mg	60 mg	52,6 mg
atorvastatine (Lipitor)	10 mg	20 mg	24,0 mg
rosuvastatine (Crestor)	10 mg	10 mg	9,7 mg

Van de startende statinegebruikers stapt ruim 4% over op een andere statine. Voor 3% geldt dat ze dezelfde statine blijven gebruiken maar met een hogere dosering.

Verschuivingen in het gebruik van antipsychotica

In 2008 werden ruim 240.000 mensen ambulante behandeld met een antipsychoticum. Het gaat hier om de behandeling van mensen met schizofrenie en/of psychotische verschijnselen, zoals wanen, hallucinaties en verwardheid. Ten opzichte van 2007 is sprake van een stijging met iets meer dan 9%. Naast deze toename in het gebruik is ook sprake van een verschuiving van de klassieke middelen naar de nieuwe, atypische antipsychotica.

In ongeveer een derde van de gevallen wordt behandeld met een middel dat behoort tot de klassieke antipsychotica; twee derde wordt behandeld met een zogenoemd atypisch antipsychoticum. De behandelaar kiest steeds vaker voor een atypisch antipsychoticum. De geclaimde voordelen van de atypische antipsychotica (minder bijwerkingen en een betere werkzaamheid) zijn tot nu toe in onderzoek onvoldoende bewezen. Alleen voor clozapine (Leponex) is hiervoor vanuit goed opgezette onderzoeken, waarin optimale doseringen met elkaar zijn vergeleken, voldoende bewijs ('evidence') en niet voor de andere atypische antipsychotica. Bij gebruik van dit middel is in het begin van de behandeling wel een regelmatig controle van het bloedbeeld noodzakelijk in verband met ernstige bijwerkingen. Eerste keuze bij de behandeling van psychoses is volgens het Farmacotherapeutische Kompas nog steeds een lage dosering haloperidol.

De kosten voor antipsychotica bedroegen in 2008 ruim € 126 miljoen. Ruim 90% (€ 115 miljoen) van de uitgaven heeft betrekking op de atypische antipsychotica. Deze verschillen vertalen zich in de gemiddelde behandelkosten per gebruiker. Deze liggen voor de atypische antipsychotica beduidend hoger van voor de klassieke middelen..

In tabel 4.12 geven we een overzicht met de aantallen gebruikers van antipsychotica in 2008, en worden ook de gemiddelde kosten per gebruiker gepresenteerd.

Nieuwe tariefstructuur voor apothekers

Met ingang van 1 juli 2008 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de tarieven voor apothekhoudenden nadere gespecificeerd. Het eenheidstarief (een vast bedrag van € 6,10 per aflevering) werd vervangen door een gedifferentieerde tariefstelling waarin de hoogte van het tarief werd gekoppeld aan de geleverde prestatie. Iets meer dan de helft van de in 2008 afgeleverde voorschriften (uitgiften) zijn onder het nieuwe tariefregime afgehandeld.

In de nieuwe tariefstructuur gaat de NZa uit van twee basisprestatie: een standaarduitgifte en een aflevering in een weekdoseringssysteem. 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 extra vergoeding te claimen voor eigen apotheekbereidingen (magistrale bereidingen). De NZa tarieven zijn in principe maximum tarieven. Hiervan mag alleen worden afgeweken

TABEL 4.12 | AANTALLEN GEBRUIKERS VAN ANTIPSYCHOTICA (TOP 10)

Rang	Stofnaam (merknaam)	Type	Gebruikers	Kosten gebruiker
1	haloperidol (Haldol)	Klassiek	56.962	46,-
2	risperidon (Risperdal)	Atypisch	56.582	439,-
3	quetiapine (Seroquel)	Atypisch	46.961	655,-
4	olanzapine (Zyprexa)	Atypisch	44.765	1.012,-
5	pipamperon (Dipiperon)	Klassiek	29.985	58,-
6	zuclopentixol (Cisordinol)	Klassiek	10.750	160,-
7	clozapine (Leponex)	Atypisch	9.379	528,-
8	pimozide (Orap)	Klassiek	9.033	111,-
9	aripiprazol (Abilify)	Atypisch	8.942	1.004,-
10	penfluridol (Semap)	Klassiek	5.147	76,-

TABEL 4.13 | DETAILLERING AANTALLEN WMG-VOORSCHRIFTEN

1 = 1 MILJOEN VOORSCHRIFTEN

2008		
Basisprestaties		
Standaarduitgiften	67,5	78,4 %
Weekafleveringen	18,5	21,6 %
Totaal basisprestaties gespecificeerd	86,0	100,0 %
Aanvullende prestaties		
Eerste ter handstelling	16,2	18,8 %
Avond, nacht weekend aflevering	0,8	0,9 %
Regulier magistrale bereiding	1,6	1,9 %
Bijzondere magistrale bereiding	0,1	0,1 %
Totaal	18,7	21,7 %

als dit contractueel tussen zorgverzekeraar en apotheker is overeengekomen. Met de introductie van dit nieuwe tarief is het abonnementshonorarium voor apotheekhoudende huisartsen komen te vervallen.

Van de 167,6 miljoen WMG-voorschriften die in 2008 werden afgeleverd, zijn er iets meer dan helft, namelijk 86,0 miljoen voorschriften onder het nieuwe tariefregime afgehandeld. In tabel 4.13 geven we een specificatie. We concluderen dat ruim 21% van de uitgiften betrekking heeft op een aflevering

via een weekdoseringssysteem. In bijna 22% van de uitgiften is ook nog een aanvullende prestatie in rekening gebracht. In het leeuwendeel van de gevallen ging het om een eerste uitgifte.

Hieronder geven we een overzicht van de geldende tarieven voor 2008 en 2009.

Per 1 januari 2009 heeft een verhoging van de tarieven plaatsgevonden. In het tarief is nu ook een veiligheidsmarge opgenomen als compensatie voor het ondernemersrisico van apothekers. Dit is actueel omdat in de tariefberekening ook rekening wordt gehouden met de extra inkomsten uit kortingen en bonussen die apothekers ontvangen. In april heeft de NZa, in overleg met de koepels van zorgverzekeraars (ZN) en apothekers (KNMP) nog een wijziging aangebracht in de onderlinge weging van de basisprestaties en aanvullende prestaties. Deze wijziging is budgettair neutraal.

Ruim 75% van verzekerden gebruikte in 2008 een geneesmiddel

In 2008 hebben circa 12,2 miljoen verzekerden ten minste één geneesmiddel gebruik dat werd vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet. Dit komt overeen met 75% van alle verzekerden in Nederland. De verdeling van de gemaakte kosten binnen deze groep is zeer scheef: 10% van alle verzekerden is verantwoordelijk voor 90% van de kosten voor farmaceutische zorg.

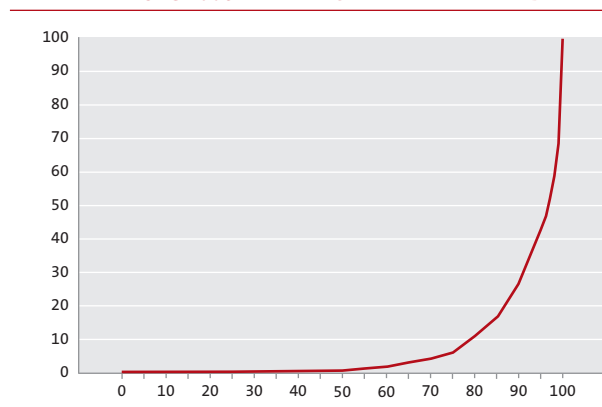
TABEL 4.14 | DE TARIEVEN DIE DOOR APOTHEEKHOUDENDEN IN REKENING GEBRACHT MOCHTEN WORDEN

EXCLUSIEF 6% BTW

	2008 eerste helft	2008 tweede helft	2009 t/m april	2009 Vanaf april
Basisprestaties				
Ongespecificeerd	€ 6,00			
Standaarduitgifte		€ 5,30	€ 6,40	€ 5,50
Weekaflevering		€ 2,90	€ 3,50	€ 3,00
Aanvullende prestaties				
Eerste uitgifte		€ 1,05	€ 1,30	€ 5,50
Avond/nacht/weekend		€ 10,60	€ 12,80	€ 11,00
Regulier MB		€ 10,60	€ 12,80	€ 11,00
Bijzondere MB		€ 79,40	€ 96,00	€ 82,60
Gewogen gemiddeld tarief	€ 6,00	€ 6,10	€ 7,27	€ 7,27

In figuur 4.3 geven we een overzicht van de kosten van farmaceutische zorg verdeeld over de verzekerdenpopulatie. We gaan uit van de materiaalkosten (apotheekinkooprijzen) en verdelen deze in honderd gelijke delen: percentielen. Dit doen we ook voor wat betreft de verzekerdenpopulatie. Vervolgens worden de verzekerden gesorteerd op grond van de hoogte van de gedeclareerde materiaalkosten.

FIGUUR 4.3 | VERDELING MATERIAALKOSTEN FARMACEUTISCHE ZORG 2008 NAAR PERCENTIELEN VERZEKERDEN



Op grond hiervan concluderen we dat de circa 25% van alle verzekerden (dit komt overeen met ruim 4 miljoen verzekerden) geen farmaceutische zorg heeft gedeclareerd. De volgende 25% is verantwoordelijk voor iets minder dan 1% van de materiaalkosten (ruim € 34 miljoen). De laatste 10% van alle verzekerden is verantwoordelijk voor 73% van de uitgaven aan materiaalkosten.

Elders in *GI Peilingen* presenteren we een vergelijkbare grafiek voor de verdeling van de kosten voor hulpmiddelenzorg. Als we beiden vergelijken dan valt op dat de verdeling bij de hulpmiddelen veel extremer is dan bij de farmaceutische zorg. Bij de hulpmiddelen geldt dat 1% van de verzekerden verantwoordelijk is voor 52% van de kosten. Voor de geneesmiddelen geldt dat 1% van de verzekerden verantwoordelijk is voor 31% van de kosten.

We zijn nog nagegaan of er een samenhang is met leeftijd en geslacht. In het duurste percentiel is de verhouding 50,6% man en 49,4% vrouw. In de daarop volgende 9 percentielen is die verhouding 47% man en 53% vrouw. Opmerkelijk is dat in het duurste percentiel ouderen minder zijn vertegenwoordigd t.o.v. de daarop volgende percentielen.

TABEL 4.15 | PERCENTIELEN VERZEKERDEN EN MATERIAALKOSTEN GENEESMIDDELEN 2008

Percentiel verzekerden	Percentage materiaalkosten	Cumulatief percentage materiaalkosten
0% – 25%	0%	0%
25% – 50%	0,85%	0,85%
50% – 75%	6,4%	7,2%
75% – 90%	19%	27%
90% – 95%	16%	43%
95% – 99%	26%	69%
99% – 100%	31%	100%

Bijna 34.000 mensen behandeld met allergeenextracten

Het aantal mensen dat met allergeenextracten wordt behandeld bedroeg in 2008 ruim 33.800. Ten opzichte van 22.800 gebruikers in 2004 is dit een forse stijging. De kosten stegen naar € 51,0 miljoen. Ten opzichte van 2004 is dit een verdubbeling van de kosten. Ook de kosten per gebruiker zijn fors gestegen van € 1.108 in 2004 naar € 1.509 in 2007. Ruim 30.000 mensen werden behandeld met niet-geregistreerde producten. In de loop van 2009 zal door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen een beslissing worden genomen of deze niet-geregistreerde producten in Nederland in de handel mogen blijven.

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 (2006) zijn terughoudend met het aanbevelen van immuuntherapie. Alleen voor patiënten met een duidelijk vastgestelde, ernstige allergie waarbij de symptomatische therapie met antihistaminica, cromoglicinezuur en corticosteroiden onvoldoende succes heeft kan immuuntherapie worden overwogen. De indicatie dient door een specialist te worden gesteld.

TABEL 4.16 | ALLERGEENEXTRACTEN 2004-2008

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2008	Mutatie
Gebruikers	22.800	33.800	48%
Kosten p. gebruiker	1.108	1.509	36%
Totale kosten	25,3	51,0	102%

De afgelopen jaren is er een duidelijke stijging in de kosten van allergeenpreparaten zichtbaar. Uit tabel 4.16 van de *GIPdatabank* blijkt dat de totale kosten in vier jaar verdubbeld. De stijging in de totale kosten kan deels verklaard worden door een stijging in het aantal gebruikers en deels door een stijging in de kosten per gebruiker. De gemiddelde kosten per gebruiker stegen van € 1.108,- in 2004 naar € 1.509 in 2008.

Deze stijging in gemiddelde kosten per gebruiker worden gedeeltelijk veroorzaakt door prijsstijgingen maar de belangrijkste oorzaak is gelegen in het feit dat patiënten gemiddeld een groter volume per jaar gebruiken. In 2004 bedroeg het gemiddeld aantal voorschriften per gebruiker nog 2,8; in 2008 was dit toegenomen tot 3,6 voorschrift per gebruiker. Voor verdere gegevens zie: www.gipdatabank.nl onder de ATC-code V01AA.

Opvallend is verder dat ruim 90% van de kosten veroorzaakt wordt door het gebruik van officieel niet-geregistreerde allergeenpreparaten. Deze niet-geregistreerde producten worden op grond van een uitzonderingsbepaling (1993) niet-temin vergoed op grond van de Zvw.

Een aantal fabrikanten heeft uiteindelijk een registratie-dossier voorgelegd aan het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. We verwachten dat in 2009 een einde zal komen aan de overgangsbepaling en ook de werkzaamheid van allergeenextracten zal zijn beoordeeld volgens de normen die gelden voor geneesmiddelen.

De poly-pil

Hart- en vaatziekten vormen nog steeds een belangrijke oorzaak van ziekte en sterfte. Volgens het CBS zijn in 2007 40.849 personen overleden aan hart- en vaatziekten, dit is 31% van alle overlijdens in dat jaar. Na kanker vormen hart- en vaatziekten de belangrijkste doodsoorzaak. In de discussie over de preventie van hart- en vaatziekten

speelt de introductie van de poly-pil een steeds belangrijkere rol. Howel de poly-pil op dit moment nog niet beschikbaar is geven we hier als vast een doorkijkje op de kosten die dit met zich mee gaat brengen. Vanuit kostenooptpunt is de afweging positief.

Geneesmiddelen tegen hoge bloeddruk, tegen een te hoog cholesterolgehalte of na een doorgemaakt hartinfarct kunnen, tenminste als adviezen over een verandering van leefstijl (meer bewegen, gezonde voeding, stoppen met roken) geen of onvoldoende effect hebben, het risico op hart- en vaatincidenten aanzienlijk reduceren. In de poly-pil worden deze verschillende geneesmiddelen gecombineerd in één pil. Het gebruik van meerdere middelen is namelijk belangrijk omdat risicofactoren vaak gelijktijdig voorkomen en elkaar bovendien kunnen versterken.

Geneesmiddelengebruikers echter hebben de neiging minder therapietrouw te zijn naarmate ze meer verschillende geneesmiddelen gelijktijdig moeten gebruiken. Het idee van de poly-pil werd in 2003 gepubliceerd in het gezaghebbend tijdschrift de Lancet. Indien iedere 55 plusser deze pil zou slikken zou het optreden van hart- en vaatziekten met 80% kunnen worden gereduceerd. De vraag is of een dergelijke vorm van medicalisering wel wenselijk is. Toch hebben ook veel onderzoekers het initiatief genomen het idee verder uit te werken. Vele vragen moesten nog worden beantwoord, alvorens de pil te introduceren. Uit welke middelen moet de pil bestaan in welke dosering, wat zijn de bijwerkingen, werkt de combinatie niet alleen maar is hij ook effectief?

Dat er serieus werk wordt gemaakt van de ontwikkeling van een dergelijke pil, blijkt wel uit de David de Wied-lezing, die professor Grobbee op 29 mei 2009 hield op de Universiteit van Utrecht. De pil is er inmiddels, maar alleen voor gebruik in onderzoek. Ook Nederland is betrokken bij dit onderzoek. Over ongeveer 3 à 4 jaar moet blijken of de potentie van een dergelijke pil ook in de dagelijkse praktijk wordt gerealiseerd. Of ieder 55 plussers de pil moet gaan gebruiken is volgens Grobbee, mogelijk een brug te ver, maar wel de grote groep mensen met een licht verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Om welke geneesmiddelen gaat het nu in de poly-pil? Van het oorspronkelijke voorstel om 6 middelen te combineren, drie bloeddrukverlagers (diuretica, bètablokkers, ACE-remmers en/of calciumantagonisten), één cholesterolverlager (statines), acetylsalicylzuur en foliumzuur, is de laatste inmiddels afgefallen. Gekozen zal worden voor middelen waarmee veel ervaring is opgedaan, die zijn bestudeerd op hun lange

termijn effecten en waarvan het patent inmiddels is verlopen. Binnen het GIP is onderzocht hoeveel patiënten nu al een combinatie van de bestanddelen van de poly-pil slikken en welke de kosten hiervan zijn. In totaal gebruikten ruim 1,1 miljoen mensen ten minste één bloeddrukverlager gecombineerd met een cholesterolverlager en/of acetylsalicylzuur. Circa 89% hiervan is 55 jaar of ouder.

Hieronder geven we aan welke verschillende combinaties van middelen werden gebruikt en de aantallen gebruikers die we vonden:

Groep 1

Aantal gebruikers: 20.300

Waarvan 55 plus: 19.100

Aantal gebruikte middelen: 5

Ten minste 3 bloeddrukverlagers + cholesterolverlager + acetylsalicylzuur.

Groep 2

Aantal gebruikers: 181.400

Waarvan 55 plus: 165.300

Aantal gebruikte middelen: 4

Ten minste 2 bloeddrukverlagers + cholesterolverlager en acetylsalicylzuur. Of ten minste 3 bloeddrukverlagers + cholesterolverlager of acetylsalicylzuur.

Groep 3

Aantal gebruikers: 464.800

Waarvan 55 plus: 417.400

Aantal gebruikte middelen: 3

Ten minste 1 bloeddrukverlager + cholesterolverlager + acetylsalicylzuur. Of ten minste 2 bloeddrukverlagers + cholesterolverlager of acetylsalicylzuur.

Groep 4

Aantal gebruikers: 437.800

Waarvan 55 plus: 377.800

Aantal gebruikte middelen: 2

Ten minste 1 bloeddrukverlager + cholesterolverlager of acetylsalicylzuur.

Totaal, groep 1 t/m 4

Aantal gebruikers: 1.104.300

Waarvan 55 plus: 979.600

Aandeel 55 plus: 88,7%

De uitgaven die in 2008 waren gemoeid met het gebruik van deze bestanddelen van de poly-pil ramen we voor de groep van 55 plus op € 365 miljoen (materiaalkosten, exclusief afleververgoeding en BTW). Wat overeenkomt met een bedrag van € 372,60 per gebruiker.

Zou door deze groep gebruikers worden overgestapt op een poly-pil die bestaat uit een combinatie van: simvastatine 20mg, metoprolol 150 mg, enalapril 25mg, hydrochloor-thiazide 25mg en acetylsalicylzuur 80mg, dan zouden de materiaalkosten per patiënt per jaar uitkomen op € 67,40 (dit op grond van het huidige prijsniveau van de goedkoopste aanbieders van deze middelen afzonderlijk). Dit is aanzienlijk minder dan de huidige uitgaven per gebruiker per jaar. Het verschil komt overeen met een besparing van € 305,00 per gebruiker per jaar of te wel een vermindering op de jaarlijkse uitgaven voor farmaceutische zorg met € 299 miljoen.

Indien het gebruik van de door ons samengestelde poly-pil door 55 plussers intensief zou worden gestimuleerd, en het aantal gebruikers zou oplopen naar 3,6 miljoen verzekerden (dit komt overeen met 80% van het huidige aantal 55 plussers) dan ramen we de uitgaven op circa € 243 miljoen. Dit is nog steeds minder dan de € 365 miljoen die we thans uitgeven voor het gebruik van de afzonderlijke bestanddelen voor deze groep van 55 plussers.

Kosten bijlage-2 geneesmiddelen verder gestegen

Voor bepaalde groepen van geneesmiddelen, de zogenaemde bijlage-2 geneesmiddelen gelden voorwaarden voor de vergoeding. De kosten die met deze middelen zijn gemoeid lopen jaarlijks stevig op. Ten opzichte van 2007 stegen de kosten in 2008 met 8,5% naar bijna € 1,4 miljard.

Voor bepaalde groepen van geneesmiddelen gelden voorwaarden voor de vergoeding. Deze geneesmiddelen staan vermeld op bijlage-2 van de Regeling zorgverzekering en noemt men daarom ook wel bijlage-2 geneesmiddelen. Door het stellen van voorwaarden aan de vergoeding is het mogelijk het gebruik buiten de vastgestelde indicatie dan wel ander oneigenlijk gebruik van deze geneesmiddelen aanzienlijk te verminderen. Dit instrument levert daarmee een belangrijke bijdrage aan de doelmatigheid van het geneesmiddelengebruik in Nederland.

TABEL 4.17 | KOSTEN BIJLAGE-2 MIDDELEN 2004-2008

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008
Totale kosten	824	937	1.122	1.277	1.385
Mutatie	-	13,7%	19,7%	13,9%	8,5%
Aandeel in totaal	19,2%	20,8%	24,1%	25,2	26,6%

De geneesmiddelen op bijlage-2 zijn vaak relatief dure geneesmiddelen die zijn bedoeld voor de behandeling van specifieke aandoeningen. In het algemeen beperken de voorwaarden op bijlage-2 de vergoeding van een geneesmiddel tot het gebruik bij een bepaalde indicatie. Er zijn echter ook enkele voorwaarden die andere vergoedingscriteria hanteren zoals de duur van het gebruik (IVF-geneesmiddelen en zelfzorgmiddelen) of de leeftijd van de verzekerde (groeihormonen).

Het aantal geneesmiddelen(groepen) met nadere voorwaarden stijgt. Het jaar 2008 is een uitzondering omdat de voorwaarden voor vergoeding voor anticonceptiemiddelen zijn komen te vervallen. Op 31 december 2008 waren er 41 geneesmiddelen(groepen) met voorwaarden. In totaal gaat het om 154 geneesmiddelen. In aantal zijn de anti-retrovirale middelen (aantal: 28), zelfzorgmiddelen (aantal: 21) en cholesterolverlagende middelen (aantal: 16) het sterkst vertegenwoordigd.

De kosten die met bijlage-2 middelen zijn gemoeid lopen jaarlijks stevig op. Ten opzichte van 2007 stegen de kosten met 8,5% naar 1,39 miljard euro (zie tabel 4.17). Het zijn vooral de cholesterolverlagende middelen die met 354 miljoen euro de kosten bepalen van de bijlage-2 geneesmiddelen. Dit komt overeen met ongeveer 25% van de totale kosten voor bijlage-2 geneesmiddelen. Daarna vormen de TNF-alfablokkerende geneesmiddelen (etanercept, adalimumab) de grootste kostenpost, namelijk 246,6 miljoen euro (zie ook de bijdrage in het hoofdstuk Uitgelicht). Dit is ook de geneesmiddelen-groep op bijlage-2 waarvan de kostenstijging ten opzichte van 2006 het grootst is.

De toetsing of aan de voorwaarden op bijlage-2 wordt voldaan is een taak van de zorgverzekeraars. Sinds 1 april 2007 hebben de zorgverzekeraars gezamenlijk een nieuwe wijze van toetsing geïntroduceerd. Hierbij voert de apotheek de toetsing uit namens de zorgverzekeraar met behulp van een door de arts

ingevulde verklaring die de verzekerde samen met het recept bij de apotheek inlevert. De betreffende artsenverklaringen zijn landelijk uniform qua vorm en inhoud.

Voor een gedetailleerd overzicht van de kosten voor bijlage-2 geneesmiddelen: ga naar www.gipdatabank.nl.

Alle dertien duur

Wanneer zijn geneesmiddelen duur? Heeft dat te maken met een hoge omzet, zoals we deze presenteren in de "Top 25 totale kosten" of met de hoge kosten per behandeling zoals geldt voor o.a. weesgeneesmiddelen. Tijdens het symposium ter gelegenheid van 20 jaar GIP, deed Adri Steenhoek, emeritus hoogleraar specialistisch geneesmiddelenbeleid, een definitievoorstel. Hij stelde voor om voor extramurale geneesmiddelen aan te sluiten bij de definitie die voor intramurale geneesmiddelen geldt in combinatie met een dagprijscriterium.

Op basis van de GIP data over 2008 is berekend welke geneesmiddelen in 2008 als duur kunnen worden aange-merkt als we daarbij uitgaan van de hieronder door Adri Steenhoek voorgestelde definitie.

Definitie duur geneesmiddel extramuraal

De omzet van het geneesmiddel > 0.5% totale omzet alle geneesmiddelen en de kosten per dag > 10 x gemiddelde kosten per dag.

Bij de berekening is uitgegaan van alleen de basisvergoeding (materiaalkosten) en voor de kosten per dag van de kosten per DDD (defined daily dose), de gestandaardiseerde dag-dosering per geneesmiddel. Dit betekent concreet dat een geneesmiddel, om in aanmerking te komen voor de benaming "duur", in 2008 een omzet moet hebben gehad van meer dan € 18.5 miljoen en dat de prijs hoger was € 4.50 per DDD.

Van het totale aantal middelen voldeden 44 (dit is 3,5% van alle extramurale middelen) aan het volumecriterium: > € 18,5 miljoen. Voorts voldeden 241 middelen (dit is 19,1 % van alle extramurale middelen) aan het prijs criterium: > € 4,50 per DDD. Als we beide criteria combineren dan voldoen nog 13 middelen (dit is 1,0% van alle extramurale middelen) aan de criteria voor “duur”.

In overzicht 4.18 worden de 13 middelen weergegeven. Samen zijn ze verantwoordelijk voor 15,3% van de totale uitgaven (basisvergoeding) voor geneesmiddelen in 2008. Opvallend is dat voor 10 van deze middelen geldt dat deze op bijlage 1A van het GVS staan en dus een vergoedingslimiet kennen (de volgende drie middelen staan op bijlage 1B, zonder vergoedings- limiet: imatinib, interferon beta-1a en tenofovir & emtricitabine). Voor negen middelen geldt dat voor de vergoeding nadere voorwaarden zijn vastgesteld (plaatsing op bijlage 2).

Een aantal producten valt op door de sterke kostenstijging in vergelijking met 2007. De TNF-alfablokkers, adalimumab en etanercept, behoren al een aantal jaren tot de duurste middelen en de sterkste stijgers. In *GI Peilingen 2007* werd

al geconstateerd dat kostenstijging vooral veroorzaakt wordt door een verbreding van het indicatiegebied, waarbij de prijzen in de loop der jaren nauwelijks zijn veranderd. Bij de plaats van de combinatie tenofovir en emtricitabine als duur geneesmiddel op deze lijst kan een kanttekening worden geplaatst. De behandeling van HIV-infecties bestaat namelijk altijd uit een combinatie van verschillende middelen. De vaste combinatie van tenofovir en emtricitabine vervangt de losse combinatie maar is wat prijs betreft niet duurder. Bovendien heeft de afgelopen jaren een duidelijke daling plaatsgevonden in het gebruik van de afzonderlijke bestanddelen.

Opvallend op deze lijst van dure middelen is het anti-psychoticum quetiapine, het middel met de laagste dagprijs, de meeste gebruikers en met een relatief sterke stijging. Deze stijging geldt niet alleen voor quetiapine, maar ook voor een aantal andere middelen binnen de groep van de atypische antipsychotica. Op grond van het oordeel in het Farmacotherapeutisch Kompas over de plaats van deze groep middelen bij de behandeling van psychosen kunnen vraagtekens worden gezet bij de wenselijkheid van deze ontwikkeling.

TABEL 4.18 | DURE GENEESMIDDELEN EXTRAMURAAL 2008

1 = 1 MILJOEN

Geneesmiddel	Indicatie	Basis- vergoed per DDD	Basis- vergoed 1 = 1 mln	Groei bas verg tov 2007	Aantal gebruikers	Intro jaar
Imatinib (Glivec)	leukemie	81,65	34,4	10.6%	1.400	2001
Adalimumab (Humira)	reuma, psoriasis, Crohn	39,30	121,3	61.6%	10.400	2003
Interferon beta -1a (oa Avonex)	multiple sclerose	13,15	38,2	9.5%	3.400	1997
Somatropine (oa Norditropin)	groeistoornis	32,15	51,3	1.9%	4.600	< 1994
Etanercept (Enbrel)	reuma, psoriasis	37,95	110,7	25.3%	10.400	1999
Octreotide (Sandostatine)	maag/darm kanker, acromegalie	41,95	19,4	7.9%	2.100	< 1994
Pegfilgrastim (Neulasta)	neutropenie bij chemotherapie	72,00	35,2	21.9%	6.600	2003
Tenofovir & Emtricitabine (Truvada)	HIV-infecties	19,40	22,2	48.9%	4.600	2006
Tacrolimus (oa Prograft)	afstotingsreacties na transplantatie	12,85	19,5	16.5%	5.000	1997
Darbepoetine alpha (Aranesp)	anemie nierpatienten	11,00	37,2	- 3.5%	13.300	2001
Epoetine (oa Eprex)	anemie nierpatienten	12,25	35,7	- 2.2%	13.200	< 1994
Gosereline (Zoladex)	endometriose, prostaatkanker	6,50	25,0	2.4%	15.600	< 1994
Quetiapine (Seroquel)	psychose	5,20	26,4	35.0%	47.000	1998

Voedingsmiddelen nader beschouwd

De minister van VWS heeft de aanspraak op dieetpreparaten op basis van het CVZ-advies per 1 januari 2009 gewijzigd.

Hiermee is de beperking van de indicatie voor dieetpreparaten voor bepaalde ziekten bij ziektegerelateerde ondervoeding opgeheven. Tevens is de mogelijkheid toegevoegd via een behandelprotocol of richtlijn in aanmerking te komen voor de vergoeding van dieetpreparaten. Deze (gewijzigde) voorwaarden waaronder deze groep middelen met ingang van 1 januari 2009 worden vergoed, zijn opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Het gebruik van de dieetpreparaten en voedingsmiddelen blijft de laatste jaren gestaag toenemen. Met een groei van ruim 20% is het aantal voorschriften voor deze middelen van 2007 naar 2008 gestegen tot meer dan 1,5 miljoen (tabel 4.19). Het betreft, met een aandeel van 67% hoofdzakelijk voorschriften voor middelen die bij de (hoofd)indicatie slik- of passagestoornissen worden ingezet. Middelen bij een voedselallergie hebben een aandeel van ruim 8%, maar laten nauwelijks enige toename zien ten opzichte van 2007. Opmerkelijk is de gestage groei van middelen bij stofwisselingsstoornissen met meer dan 20%.

Gelijk op met de groei van het aantal voorschriften zijn ook de totale kosten voor de dieet- en voedingsmiddelen toegenomen. In 2008 worden de totale kosten geraamd op ruim 61 miljoen euro, ten opzichte van 2007 een aanzienlijke groei van 20%. Dat de ontwikkeling in de kosten hoofdzakelijk het gevolg is van ontwikkelingen in het volume komt naar voren uit de gemiddelde prijs per voorschrift; deze is € 40,00 en ten opzichte van 2006 licht afgenomen.

Met de grootste omvang, hebben de middelen bij een slik- of passagestoornis ook het grootste aandeel in de kosten, met bijna 33 miljoen euro namelijk 54%. De gemiddelde kosten per voorschrift van € 30,40 zijn deze middelen relatief goedkoop. Met ruim 10 miljoen euro hebben de middelen bij voedselallergie een aandeel bijna 20% in de totale kosten. Bij deze middelen is eerder sprake van een toename van de kosten dan van het volume; een kostenstijging in 2008 ten opzichte van 2007 van 16%, terwijl deze voor het aantal voorschriften beperkt blijft tot 5%. De prijsstijging per voorschrift is 11%, van € 84,20 in 2006 naar € 93,00 in 2008. Deze middelen behoren, net als middelen bij stofwisselingsstoornissen tot de groep met een relatief hoge kosten van bijna 80 euro per voorschrift. Met een aandeel van 13% in de totale kosten, wordt in 2008 zo'n 8 miljoen euro uitgegeven aan middelen bij stofwisselingsstoornissen.

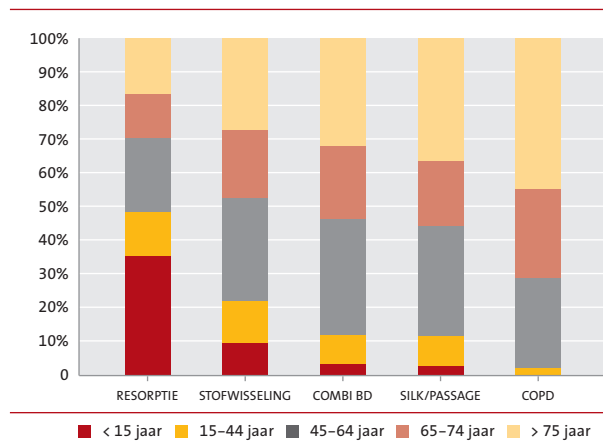
In figuur 4.4 is per indicatie de verdeling van het aantal voorschriften naar leeftijdsklassen weergegeven. Hieruit komt duidelijk naar voren dat het gebruik én leeftijdsgebonden én indicatie-afhankelijk is. Niet weergegeven is het gebruik van de middelen voor de gecombineerde indicaties A, B en D. Deze groep middelen is specifiek voor de prematuren bedoeld; het betreft slechts 0,5% van het totaal aantal voorschriften in 2008. Ook voedselallergie doet zich primair in de eerste levensjaren voor, hetgeen ook in de gegevens terug te vinden is. Hoewel niet in figuur 4.4 weergegeven, worden bijna alle voorschriften bij deze indicatie in 2008 aan kinderen tot 5 jaar afgeleverd.

TABEL 4.19 | VOORSCHRIFTEN EN TOTALE KOSTEN DIEETPREPARATEN EN VOEDINGSMIDDELEN, 2007-2008

Hoofdindicatie	Voorschriften (1 = 1.000)		Mutatie '07-'08	Totale kosten (1 = 1 mln euro)		Mutatie '07-'08
	2007	2008		2007	2008	
A Slik- of passagestoornis	862,4	1.077,8	25%	26,3	32,8	25%
B Resorptiestoornissen	18,2	21,0	15%	1,3	1,7	32%
C Voedselallergie	118,5	124,7	5%	10,0	11,6	16%
D Stofwisselingsstoornis	78,2	101,6	30%	7,1	8,0	14%
E COPD	64,2	68,4	7%	3,4	3,6	7%
Combinatie BD	91,1	97,3	7%	2,3	2,4	2%
Combinatie ABD	7,5	9,5	26%	0,3	0,4	33%
Overig / onbekend	0,0	0,0	35%	0,5	0,6	36%
Totaal*	1.243	1.504	21%	51,0	61,1	20%

* De cijfers komen niet overeen met de cijfers op www.gipdatank.nl. Vanwege onvolledige aanlevering van de brondata was het noodzakelijk enige correcties aan te brengen; de gecorrigeerde cijfers worden in deze GIPeilingen gepresenteerd.

**FIGUUR 4.4 | PER INDICATIE VERDELING VOORSCHRIFTEN
VOEDINGSMIDDELEN NAAR LEEFTIJDKLASSE 2008**



De indicatie waarvoor de meeste dieet- en voedingsmiddelen worden voorgeschreven zijn voor slik- en passagestoornissen, met aandeel in 2008 van 73,5%. Het valt op dat het gebruik met name op latere leeftijd voorkomt. Zo'n 30% van de voorschriften voor deze indicatie is voor 45-64 jaar, terwijl meer dan 55% aan 65-plussers wordt voorgeschreven. Een vergelijkbaar beeld komt naar voren bij de afleveringen bij stofwisselingsstoornissen, al dan niet in combinatie met resorptiestoornissen: een problematiek die meer bij ouderen dan jongeren voorkomt. In vergelijking met andere indicaties waarvoor dieetpreparaten en voedingsmiddelen worden voorgeschreven is het aandeel van 12,5% voor indicatie D en BD in het totaal aantal voorschriften aanzienlijk. Middelen bij resorptiestoornissen worden relatief weinig voorgeschreven (1,4% van het totaal in 2007). Zo'n 35% van de voorschriften is voor kinderen tot 15 jaar, terwijl 30% van de voorschriften voor 65-plussers werd afgeleverd. Volgens verwachting worden de dieet- en voedingsmiddelen bij

COPD pas op latere leeftijd voorgeschreven. Ongeveer 45% van de voorschriften is bestemd voor gebruikers van 75 jaar en ouder, terwijl het gebruik onder de 45 jaar nauwelijks voor komt.

Een aparte categorie binnen de dieetpreparaten en voedingsmiddelen betreft de zogenaamde sondevoedingen. Ten opzichte van het totaal aantal voorschriften is hun aandeel met ca. 4,1% per jaar relatief bescheiden. Door de hoge kosten per voorschrift (€ 226,90 in 2007 en € 245,50 in 2008) is de bijdrage van deze middelen in de totale kosten zo'n 25%. In 2007 werd 11,5 miljoen euro uitgegeven aan sondevoedingen, en in 2008 zijn deze totale kosten opgelopen tot 15,0 miljoen euro; een toename van ruim 30% (zie tabel 4.20). Sondevoeding wordt alleen voorgeschreven bij slik- en passagestoornissen (92% voorschriften, 85% totale kosten), resorptiestoornissen (4% voorschriften, 8% totale kosten) en stofwisselingsstoornissen (4% voorschriften, 7% totale kosten).

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". De toename van het aantal declaraties van deze hulpmiddelen ligt met 34% aanzienlijk hoger dan die van de sondevoedingen zelf. Ook de totale kosten voor het afleveren van deze hulpmiddelen zijn van 2007 ten opzichte van 2008 fors gestegen (27%) met bijna 3 miljoen euro tot € 12,7 miljoen in 2008. Opvallend daarbij is dat kosten (en ook het aantal gebruiken) van voedingspompen duidelijk afneemt, terwijl de kosten en ook de aantallen gebruikers van voedingssonde juist fors toeneemt.

TABEL 4.20 | VOORSCHRIFTEN EN TOTALE KOSTEN VOOR SONDEVOEDING EN HULPMIDDELEN, 2007-2008

Hoofdindicatie	Voorschriften (1 = 1.000)		Mutatie '07-'08	Totale kosten (1 = 1 mln euro)		Mutatie '07-'08
	2007	2008		2007	2008	
A Slik- of passagestoornis	46,7	56,1	20%	9,9	12,7	29%
B Resorptiestoornissen	1,8	2,4	32%	0,8	1,2	50%
D Stofwisselingsstoornis	2,0	2,4	19%	0,8	1,0	32%
Totaal sondevoedingen	50,5	60,9	21%	11,5	15,0	31%
Voedingssondes & toebehoren	31,6	58,5	85%	5,1	9,4	85%
Voedingssonde & toebehoren	26,4	19,1	-28%	4,9	3,3	-33%
Totaal hulpmiddelen	58,0	77,6	34%	9,9	12,7	27%

Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg

Kosten hulpmiddelenzorg stijgen in 2008 met 5% tot € 1,3 miljard

In 2008 deden ruim 2,2 miljoen mensen een beroep op de hulpmiddelenzorg, een stijging van 8,5% in vergelijking met het jaar ervoor. De totale uitgaven voor hulpmiddelen bedroegen bijna € 1,3 miljard, een stijging met 5%. De gemiddelde kosten per gebruiker liepen iets terug, evenals de gemiddelde kosten per declaratie.

De stijging van de uitgaven voor hulpmiddelenzorg in 2008 wordt vooral veroorzaakt door een toename van het gebruik (volumecomponent) van hulpmiddelen. Zowel het aantal mensen dat gebruik maakt van een hulpmiddel als het aantal door de zorgverzekeraars afgehandelde declaraties groeien in 2008 met circa 8%. Er is geen sprake van een toename in het gebruik op individueel niveau: het aantal declaraties per gebruiker blijft op hetzelfde niveau als in 2007.

Wat opvalt is dat de kosten per gebruiker en de kosten per declaratie (prijscomponent) in 2008 iets lager uitkomen dan in 2007. Dit zou er op kunnen wijzen dat zorgverzekeraars in staat zijn geweest in de onderhandelingen met hulpmiddelenleveranciers scherpere prijzen te bedingen.

In tabel 5.1. laten we de ontwikkelingen zien van het gebruik en uitgaven van de Hulpmiddelenzorg sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet.

Wat zijn de grootste uitgavenposten in 2008?

In tabel 5.2 staat de top 5 van hulpmiddelen met de grootste uitgaven in 2008. De top 5 is ten opzichte van 2007 niet

veranderd; het gaat om: verzorgingsmiddelen (incontinentiematerialen en stomamiddelen), teststrips voor diabetespatiënten, verbandmiddelen voor mensen met een chronische aandoening en hoortoestellen. Tezamen zijn deze vijf hulpmiddelengroepen verantwoordelijk voor bijna de helft van de totale uitgaven.

Vergelijken we de gemiddelde kosten per gebruiker met de cijfers over 2007 dan valt op dat voor de incontinentiematerialen, de teststrips voor diabetespatiënten en de hoortoestellen de gemiddelde kosten per gebruik zijn gedaald. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat deze daling kan worden toegeschreven aan prijs- en kortingsafspraken die zijn gemaakt met de apothekers en andere leveranciers van deze middelen.

Een overzicht met daarin de hulpmiddelen die in 2008 het snelst in kosten zijn gestegen is te vinden op de *GIPdatabank*: selecteer de top 10 stijgers op www.gipdatabank.nl.

Uitgaven incontinentiemateriaal stabiliseert

Het aantal mensen dat gebruik maakt van incontinentiematerialen in 2008 groeit met 8% naar 591.500 verzekerden. Ondanks deze toename van het aantal gebruikers dalen de kosten van incontinentiematerialen in 2008 met bijna 2% ten opzichte van de kosten in 2007. Deze kostendaling wordt vooral verklaard door een combinatie van minder declaraties per gebruiker en lagere kosten per declaratie. Ook de Stichting

TABEL 5.1 | HULPMIDDELENZORG 2006-2008

	2006	2007	2008	Mutatie '06-'07	Mutatie '07-'08
Totale Kosten (1 = 1 € mln)	1.108	1.219	1.282	10,0%	5,2%
Volumecomponent					
Gebruikers (1 = 1000)	1.941	2.070	2.246	6,6%	8,5%
Declaraties (1 = 1 mln)	14,8	15,8	17,1	7,2%	7,7%
Declaraties/gebruiker	7,6	7,6	7,6	0,5%	-0,7%
Prijscomponent					
Kosten/gebruiker	571	589	571	3,1%	-3,0%
Kosten/declaratie	75	77	75	2,5%	-2,3%

TABEL 5.2 | TOP 5 HULPMIDDELENZORG 2008; AANTALLEN GEBRUIKERS EN KOSTEN PER GEBRUIKER

	Totale kosten 1 = 1 mln euro		Aandeel 65+		Gebruikers 1 = 1000		Aandeel 65+		Kosten per gebruiker 1 = 1 euro	
	2008	M	V	2008	M	V	2007	2008		
1. incontinentiemateriaal	149	16%	61%	591	16%	59%	278	252		
2. verbandmiddelen	128	19%	32%	1.031	15%	25%	123	124		
3. teststrips (diabetes)	117	16%	20%	274	21%	26%	472	424		
4. stomamaterialen	116	28%	29%	64	30%	29%	1.760	1.818		
5. hoortoestellen	107	38%	39%	158	39%	38%	745	679		
Totaal Top 5*	617	23%	38%	1.742	17%	33%		354		
Overige Hulpmiddelen*	665	18%	26%	1.234	17%	30%		539		
Totaal Zvw*	1.282	20%	32%	2.246	19%	33%	589	571		

*Omdat één verzekerde gebruik kan maken van meerdere hulpmiddelen uit verschillende categorieën, wijkt het totaal aantal gebruikers af van de som van de afzonderlijke categorieën.

Farmaceutische Kengetallen (SFK) meldt dat de prijzen die worden vastgelegd in de hulpmiddelencontracten van openbare apotheken met diverse zorgverzekeraars in 2008 verder zijn verlaagd. Omdat bijna 70% van de incontinentiematerialen door apotheken worden afgeleverd, heeft een dergelijke verlaging van de prijzen een substantieel effect op de totale kosten.

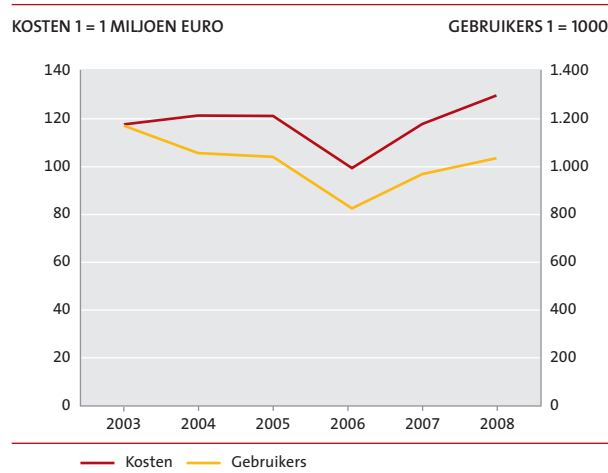
Verbandmiddelen grootste groep gebruikers

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1-1-2006 zijn de verbandmiddelen overgeheveld vanuit de farmaceutische zorg naar de hulpmiddelenzorg. De Regeling Zorgverzekering deelt de verbandmiddelen in onder de hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming (artikel 2.15: "j. verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen").

In figuur 5.1 laten we de ontwikkelingen zien van de kosten en aantallen gebruikers van verbandmiddelen vanaf 2003. De dip in 2006 wordt veroorzaakt door de invoering van de zorgverzekeringswet en de daarbij gepaarde overheveling. Als we alleen kijken naar de ontwikkelingen vanaf het moment waarop de verbandmiddelen vanuit de farmacie naar de hulpmiddelenzorg zijn overgeheveld lijkt het alsof het gebruik van deze hulpmiddelen sinds 2006 enorm toeneemt. Maar als we ook kijken naar de ontwikkelingen van verbandmiddelen in de periode dat het nog een farmacie-verstrekking was, zien we dat er vanaf 2006 sprake is van

een inhaalrace. De kosten stijgen in 2008 tot het niveau van wat je op basis van de groei in de periode 2003-2005 mag verwachten. Ook het aantal gebruikers in 2008 zit op het niveau van 2005. Het meest opvallende beeld is dat het aantal gebruikers vanaf 2003 aan het dalen is. Op grond hiervan verwachten we dat het aantal gebruikers in 2009-2010 niet verder zal stijgen en mogelijk iets zal afnemen.

FIGUUR 5.1 | KOSTEN EN AANTALLEN GEBRUIKERS
VERBANDMIDDELEN 2003-2008

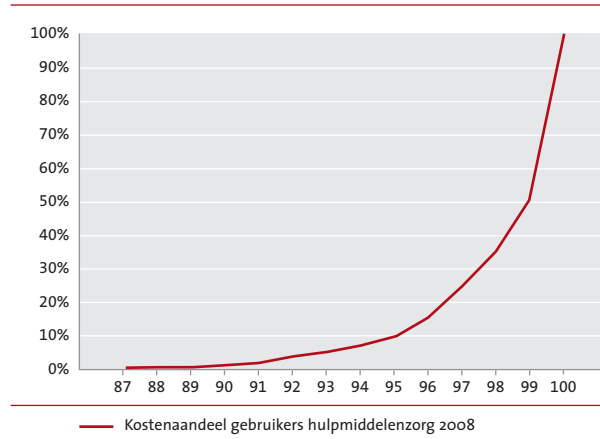


Kleine groep gebruikers verantwoordelijk voor groot deel van de uitgaven

Figuur 5.2 laat zien hoe de kosten voor hulpmiddelenzorg in 2008 zijn verdeeld over de totale Zvw-populatie. Ongeveer 90% van de verzekerden maakt geen of maar heel weinig

kosten voor hulpmiddelen. Omgerekend naar de totale Zvw-populatie betreft het ruim 14,1 miljoen verzekerden. Daar tegenover staat dat circa 1% van alle Zvw-verzekerden (circa 164.000 verzekerden) in 2008 verantwoordelijk is voor ruim 48% van de uitgaven voor hulpmiddelen (circa € 614 miljoen). Dit aandeel is iets kleiner dan in 2007.

FIGUUR 5.2 | KOSTENAANDEEL GEBRUIKERS HULPMIDDELENZORG 2008



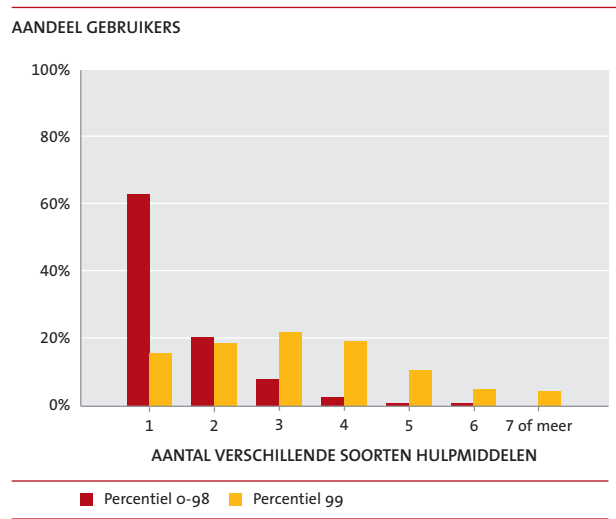
Hoe komt het dat een kleine groep verantwoordelijk is voor zo'n groot deel van de uitgaven?

Uit een analyse op gegevens over 2007 bleek dat het feit dat slechts een kleine groep verzekerden verantwoordelijk is voor de helft van de totale uitgaven voor Hulpmiddelenzorg (zie *GIPeilingen nr. 29*) met name werd veroorzaakt door het volume in het gebruik per verzekerde en niet zozeer door het gebruik van dure hulpmiddelen. Dit beeld blijft in 2008 ongewijzigd. Figuur 5.3 laat zien dat ten opzichte van de overige gebruikers (percentiel 0 - 98) dit vooral mensen zijn die meer dan 2 verschillende soorten hulpmiddelen gebruiken.

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 een totaal hoofdcategorieën. Deze monitor-hoofdindeling volgt in grote lijnen de indeling van de hulpmiddelen zoals deze staat beschreven in de Zorgverzekeringswet. In de tabellen 5.3 en 5.4 laten wij de ontwikkelingen zien per hoofd categorie van de kosten en het aantal gebruikers in de periode 2006 - 2008. Naast het verschilpercentage ten opzichte van het voorgaande jaar wordt in de tabel ook de gemiddelde jaarlijkse groei weergegeven (GJG).

FIGUUR 5.3 | PERCENTAGE GEBRUIKERS NAAR AANTAL SOORTEN HULPMIDDELEN PER GEBRUIKER



TABEL 5.3 | KOSTENONTWIKKELING HULPMIDDELENZORG 2006-2008

1 = 1 MILJOEN EURO

	2006	2007	2008	Mutatie '06-'07	Mutatie '07-'08	GJG '06-'07-'08
A Verzorgingsmiddelen	311,7	338,9	355,9	8,7%	5,0%	6,9%
C Orthesen en schoenvoorzieningen	149,5	154,0	167,2	3,1%	8,6%	5,8%
D Auditieve hulpmiddelen	113,8	122,7	129,1	7,8%	5,2%	6,5%
E Visuele hulpmiddelen	13,9	14,3	16,2	2,7%	13,8%	8,1%
F Diabetes hulpmiddelen	144,1	160,9	174,0	11,7%	8,1%	9,9%
G Inrichtingselementen van woningen	55,7	60,0	65,6	7,7%	9,4%	8,6%
H Hulpmiddelen bloed en lymfe	43,4	45,1	51,1	3,9%	13,3%	8,5%
I Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	43,5	45,7	43,5	5,2%	-4,8%	0,1%
J Prothesen	33,2	34,4	35,9	3,5%	4,4%	3,9%
K Communicatie/signalering	19,5	20,6	22,1	5,8%	7,6%	6,7%
L Hulpmiddelen voor de mobiliteit	17,3	18,4	18,4	6,2%	0,1%	3,1%
N Toediening van voeding	10,6	11,6	13,6	9,2%	17,2%	13,1%
O Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	37,8	43,3	45,4	14,6%	4,8%	9,6%
P Overige hulpmiddelen	6,4	6,1	6,7	-4,0%	9,5%	2,6%
Q Geleidehonden	3,2	4,1	4,9	27,2%	21,1%	24,1%
R Hulpmiddelen hand/arm/vinger	0,8	0,8	0,5	9,3%	-46,3%	-23,4%
S Verbandmiddelen	97,3	116,8	127,9	20,1%	9,5%	14,7%
T Zelfmeetapparatuur voor bloedst.tijden	0,0	0,0	0,0	-81,5%	-100,0%	-100,0%
U Hulpmiddelen voor thuisdialyse	0,0	0,0	0,0	-45,9%	-82,8%	-69,5%
Y Hulpmiddelen niet gespecificeerd	6,7	20,9	5,1	212,0%	-75,8%	-13,1%
Totaal	1.108,3	1.218,7	1.283,2	10,0%	5,3%	7,6%

TABEL 5.4 | ONTWIKKELING AANTALLEN GEBRUIKERS HULPMIDDELENZORG 2006-2008

1 = 1 MILJOEN EURO

	2006	2007	2008	Mutatie '06-'07	Mutatie '07-'08	GJG '06-'07-'08
A Verzorgingsmiddelen	596,7	614,6	669,1	3%	9%	5,9%
C Orthesen en schoenvoorzieningen	176,2	179,2	194,7	2%	9%	5,1%
D Auditieve hulpmiddelen	173,7	184,2	196,3	6%	7%	6,3%
E Visuele hulpmiddelen	16,8	17,1	19,5	2%	14%	8,0%
F Diabetes hulpmiddelen	235,3	248,9	287,0	6%	15%	10,4%
G Inrichtingselementen van woningen	70,5	79,4	94,6	13%	19%	15,9%
H Hulpmiddelen bloed en lymfe	253,1	262,2	295,8	4%	13%	8,1%
I Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	67,3	73,8	77,7	10%	5%	7,5%
J Prothesen	36,7	38,4	39,6	5%	3%	3,9%
K Communicatie/signalering	62,3	65,9	53,4	6%	-19%	-7,4%
L Hulpmiddelen voor de mobiliteit	79,3	82,8	87,0	4%	5%	4,7%
N Toediening van voeding	8,5	10,5	13,2	24%	25%	24,6%
O Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	239,9	241,3	275,6	1%	14%	7,2%
P Overige hulpmiddelen	21,5	22,8	32,1	6%	41%	22,2%
Q Geleidehonden	0,7	0,8	1,0	8%	26%	16,6%
R Hulpmiddelen hand/arm/vinger	0,03	0,05	0,03	55%	-41%	-4,7%
S Verbandmiddelen	830,1	946,3	1.031,4	14%	9%	11,5%
T Zelfmeetapparatuur voor bloedst.tijden	0,05	0,02	-	-68%	-100%	-100,0%
U Hulpmiddelen voor thuisdialyse	0,01	0,01	0,00	-55%	-80%	-69,8%
Y Hulpmiddelen niet gespecificeerd	20,8	54,8	25,2	164%	-54%	10,0%
Totaal*	1.940,7	2.070,3	2.246,7	7%	9%	7,6%

*Omdat één verzekerde gebruik kan maken van meerdere hulpmiddelen uit verschillende categorieën, wijkt het totaal aantal gebruikers af van de som van de afzonderlijke categorieën.

Hoe is het hulpmiddelengebruik verdeeld naar leeftijd en geslacht?

In tabel 5.5 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. Maar de mannen zijn wel de snelst groeiende categorie gebruikers. Met name de groep mannen met een leeftijd van boven de 45 jaar groeit gemiddeld met bijna 10% per jaar in de periode 2006-2008. Verder is bij zowel mannen als vrouwen de groep 45-65 jarigen de grootste leeftijdscategorie. Ook de gemiddelde jaarlijkse groei is voor deze leeftijdscategorie het grootst.

TABEL 5.5 | AANTALLEN GEBRUIKERS HULPMIDDELEN 2006-2008

1 = 1000 GEBRUIKERS

ZVW	2006	2007	2008
Mannen	759	823	898
o-25 jr.	114	124	130
25-45 jr.	110	116	121
45-65 jr.	222	244	274
65-75 jr.	138	150	166
75-85 jr.	128	137	150
> 85 jr.	46	51	56
Vrouwen	1.182	1.248	1.349
o-25 jr.	104	114	119
25-45 jr.	163	174	189
45-65 jr.	313	334	372
65-75 jr.	200	210	227
75-85 jr.	255	263	275
> 85 jr.	146	153	167
Totaal	1.941	2.070	2.247

In tegenstelling tot het aantal gebruikers dalen de kosten per gebruiker in 2008 in vergelijking met het voorgaande jaar. Dit geldt voor zowel mannelijke als vrouwelijke gebruikers van hulpmiddelen. Er zijn echter twee categorieën gebruikers waarbij er sprake is van een toename van de kosten per gebruiker: de vrouwen in de leeftijd 0-25 jaar en 25-45 jaar.

TABEL 5.6 | KOSTEN PER GEBRUIKER HULPMIDDELEN 2006-2008

1 = 1 EURO

ZVW	2006	2007	2008
Mannen	629	643	621
o-25 jr.	573	553	506
25-45 jr.	497	504	491
45-65 jr.	637	648	623
65-75 jr.	684	706	692
75-85 jr.	678	712	695
> 85 jr.	739	782	743
Vrouwen	534	553	538
o-25 jr.	438	456	471
25-45 jr.	163	174	189
45-65 jr.	498	513	508
65-75 jr.	531	551	536
75-85 jr.	591	614	593
> 85 jr.	733	778	734
Totaal	571	589	571

Overzichten

Unieke leveringen

Dure en bijzondere geneesmiddelen - het gaat daarbij om geneesmiddelen bedoeld voor de behandeling van veelal zeldzame, niet veel voorkomende aandoeningen - worden zowel door openbare apotheken als door gespecialiseerde leveranciers afgeleverd. De omzet voor deze middelen is in de afgelopen jaren toegenomen van € 268 miljoen in 2004

naar € 606 miljoen in 2008. Dit komt overeen met 11,6% van de totale uitgaven voor farmaceutische zorg. Deze unieke leveringen worden steeds vaker door gespecialiseerde leveranciers verstrekt; in 2008 is hun aandeel (gemeten in totale kosten) opgelopen naar 52%.

TABEL 6.1 | UNIEKE LEVERINGEN DOOR APOTHEEK EN/OF GESPECIALISEERDE LEVERANCIERS IN 2008

Rang	Stofnaam (merknaam)	Gebruikers 1 = 1	Totale kosten 1 = 1 mln euro	Kosten per gebruiker 1 = 1 euro
1	epoetine (Eprex)	13.162	38,1	2.891
2	darbepoetine alfa (Aranesp)	13.289	39,8	2.993
3	bosentan (Tracleer)	665	18,4	27.618
4	somatropine (Norditropin)	4.604	54,5	11.847
5	pegvisomant (Somavert)	246	9,3	38.006
6	octreotide (Sandostatine)	2.065	20,6	9.978
7	teriparatide (Forsteo)	1.067	4,2	3.921
8	colistine (Colistin)	926	9,0	9.726
9	ribavirine (Rebetol)	1.224	4,3	3.554
10	palivizumab (Synagis)	2.945	12,8	4.359
11	leuproreline (Lucrin)	11.205	16,3	1.450
12	gosereline (Zoladex)	15.638	26,8	1.711
13	pegfilgrastim (Neulasta)	6.563	37,5	5.708
14	interferon beta 1a (Avonex)	3.408	40,6	11.924
15	interferon beta 1b (Betaferon)	1.586	16,9	10.668
16	peginterferon alfa 2b (Pegintron)	744	3,5	4.735
17	peginterferon alfa 2a (Pegasys)	941	4,2	4.434
18	efalizumab (Raptiva)	274	2,8	10.202
19	etanercept (Enbrel)	10.394	117,8	11.332
20	infliximab (Remicade)	35	0,3	7.376
21	adalimumab (Humira)	10.357	128,9	12.442
Totaal unieke leveringen		101.338	606,5	5.985
<i>Aandeel gespecialiseerde leveranciers</i>			52%	

Top 10 GVS-bijbetalingen

Voor geneesmiddelen die binnen het GVS als onderling vervangbaar worden beoordeeld geldt een maximum vergoedingslimiet. Voor het leeuwendeel van de geneesmiddelen ligt de prijs onder deze vergoedingslimiet, zodat deze middelen volledig door de zorgverzekeraar op grond van de basisverzekering Zvw worden vergoed. Voor een beperkt aantal middelen is dit niet het geval en is daardoor sprake van bijbetaling door de verzekerde. In 2008 zijn de bijbetalingen gestegen van circa € 31,3 miljoen (2007) naar € 37,0 miljoen (2008). Dit is een stijging van circa 17%. De geneesmiddelen waarvoor het meest moest worden bijbetaald zijn: ADHD-middelen (Concerta en Strattera), middelen tegen urine incontinentie (Detrusitol en Vesicare) en anticonceptiemiddelen (Yasmin, Nuvaring, Marvelon en Microgynon).

Na de introductie van de WGP in 1996 zijn de GVS-vergoedingslimieten één keer herijkt. Per saldo 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 prijzen 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.

Ten opzichte van de totale uitgaven voor geneesmiddelen die binnen de Zvw worden gedaan is het totale bijbetalingsbedrag gering: circa 0,7% van de totale kosten. De bijbetalingen concentreren zich echter rond een beperkt aantal middelen, zodat voor individuele gebruikers het bijbetalingsbedrag fors kan oplopen. In tabel 6.2 staat de top 10 van geneesmiddelen waarvoor het meest in 2008 moest worden bijbetaald. Deze tien middelen zijn samen verantwoordelijk voor ruim 83% van het totaal aan bijbetalingen.

Deze GVS-bijbetalingen mogen door de zorgverzekeraar niet in het kader van basisverzekering Zvw 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 worden vergoed.

TABEL 6.2 | TOP 10 GVS-BIJBETALINGEN IN 2008

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	GVS-bijbetaling 1 = 1 mln euro	Gebruikers 1 = 1
1	methyلفenidaat (Ritalin)	No6BA04	hyperactiviteit, ADHD	12,3	103.730
2	atomoxetine (Strattera)	No6BA09	hyperactiviteit, ADHD	3,4	5.686
3	tolterodine (Detrusitol)	Go4BD07	urine-incontinentie	3,2	29.554
4	drosipirenon & oestrogeen (Yasmin)	Go3AA12	anticonceptie	3,2	90.776
5	ring & progestageen & oestrogeen (Nuvaring)	Go2BB01	anticonceptie	2,1	44.358
6	desogestrel & oestrogeen (Marvelon)	Go3AA09	anticonceptie	2,1	173.080
7	solifenacine (Vesicare)	Go4BD08	urine-incontinentie	1,7	46.928
8	calcipotriol, combinaties (Dovobet)	Do5AX52	psoriasis	1,1	31.144
9	tinzaparine (Logiparine)	B01AB10	trombose	0,9	3.948
10	levonorgestrel & oestrogeen (Microgynon)	Go3AA07	anticonceptie	0,8	1.107.000
Totaal top 10				30,8	
<i>Totaal alle GVS-bijbetaling</i>				<i>37,0</i>	

Geneesmiddelengroepen van meer dan €100 miljoen

In tabel 6.3 presenteren we een overzicht van de geneesmiddelengroepen waarin in 2008 meer dan €100 miljoen is uitgegeven. De geneesmiddelen zijn gegroepeerd op niveau van de ATC-code welke overeenkomt met de indeling in

therapeutische hoofdgroepen. Samen zijn deze 17 groepen geneesmiddelen verantwoordelijk voor ruim 67% van de totale kosten. Naast de totale kosten geven we ook de aantallen gebruikers en de gemiddelde kosten per gebruiker weer.

TABEL 6.3 | TOTALE KOSTEN MEER DAN €100 MILJOEN IN 2007

Rang	Therapeutische hoofdgroepen	Totale kosten 1 = 1 mln euro	Gebruikers 1 = 1	Kosten per gebruiker 1 = 1 euro
1	Astma & COPD-middelen (R03)	436,8	1.546.000	283
2	Cholesterolverlagers (C10)	354,5	1.591.000	223
3	Immunosuppressiva (L04)	329,4	107.210	3.072
4	Ace-remmers (C09)	316,2	1.749.000	181
5	Maagmiddelen (A02)	303,6	2.274.000	134
6	Diabetesmiddelen (A10)	242,5	749.390	324
7	Psycholeptica (N05)	234,5	1.967.000	119
8	Psychoanaleptica (N06)	166,1	1.104.000	150
9	Antitrombotica (B01)	148,9	1.580.000	94
10	Analgetica (N02)	141,4	1.232.000	115
11	Antivirale middelen systemisch (J05)	135,9	75.336	1.804
12	Beta-blokkers (C07)	127,9	1.666.000	77
13	Immunostimulantia (L03)	124,8	15.799	7.896
14	Antibacteriële middelen systemisch (J01)	121,6	4.060.000	30
15	Geslachtshormonen en modulatoren genitale stelsel (G03)	118,4	2.109.000	56
16	Hormonen (L02)	103,6	83.611	1.239
17	Oncolytica (L01)	101,6	50.028	2.032

Top 25 totale kosten

Over de jaren heen is de top 25 voor geneesmiddelen waaraan we het meeste geld uitgeven redelijk stabiel. De cholesterolverlager atorvastatine (Lipitor) staat al sinds vier jaar op de eerste plaats. De top 25 kosten wordt gedomineerd door maagzuurremmers, astma- en COPD-middelen en reuma-middelen. De groeicijfers (ten opzichte van 2007) doen vermoeden dat deze dominantie ook in de komende jaren nog zal voortduren.

De kostendaling bij omeprazol (- 33,8%) en simvastatine (- 50,1%), wordt geheel veroorzaakt door de sterke prijsdalingen van deze middelen onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

Deze 25 middelen zijn samen verantwoordelijk voor bijna 33% van de totale kosten voor geneesmiddelen. Deze top 25 presenteren we hier zonder verdere toelichting.

TABEL 6.4 | TOP 25 TOTALE KOSTEN IN 2008

1 = 1 MILJOEN EURO

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Totale kosten	Mutatie '07-'08
1	atorvastatine (Lipitor)	C10AA05	verhoogd cholesterol	181,2	1,3%
2	aalmeterol & anti-astmatica (Seretide)	R03AK06	astma & COPD	141,6	6,9%
3	adalimumab (Humira)	Lo4AB04	reuma, psoriasis, Crohn	128,9	61,6%
4	pantoprazol (Pantozol)	Ao2BCo2	maagzuurklachten	123,5	12,6%
5	etanercept (Enbrel)	Lo4AB01	reuma, psoriasis	117,8	25,3%
6	tiotropium bromide (Spiriva)	R03BB04	COPD	79,7	19,3%
7	omeprazol (Losec)	Ao2BCo1	maagzuurklachten	74,3	-33,8%
8	esomeprazol (Nexium)	Ao2BCo5	maagzuurklachten	72,0	8,4%
9	metoprolol (Lopresor)	C07AB02	hartfalen, hypertensie	71,5	1,5%
10	formoterol & anti-astmatica (Symbicort)	R03AK07	astma & COPD	69,8	7,3%
11	losartan (Cozaar)	C09CA01	hypertensie	57,5	-0,2%
12	rosuvastatine (Crestor)	C10AA07	verhoogd cholesterol	55,3	5,0%
13	somatropine (Norditropin)	H01AC01	groeistoornis	54,5	2,4%
14	olanzapine (Zyprexa)	No5AH03	psychose	45,3	12,3%
15	simvastatine (Zocor)	C10AA01	verhoogd cholesterol	42,4	-50,1%
16	venlafaxine (Efexor)	No6AX16	depressie	41,6	9,3%
17	clopidogrel (Plavix)	B01ACo4	hartinfarct	41,6	22,7%
18	interferon beta-1a (Avonex)	Lo3AB07	multiple sclerose	40,6	9,4%
19	insuline, lang / glargine (Lantus)	A10AE04	diabetes	40,0	21,6%
20	darbepoetine alfa (Aranesp)	Bo3XA02	anemie, nierpatiënten	39,8	-3,5%
21	epoetine (Recormon)	Bo3XA01	anemie, nierpatiënten	38,1	-1,9%
22	pegfilgrastim (Neulasta)	Lo3AA13	neutropenie bij chemotherapie	37,5	22,1%
23	imatinib (Glivec)	Lo1XE01	leukemie	36,5	10,6%
24	insuline, snel / aspart (Novorapid)	A10AB05	diabetes	35,9	18,0%
25	macrogol, combinaties (Klean-prep)	Ao6AD65	obstipatie	35,8	20,6%
Aandeel top 25 in totaal kosten			32,7%	1.702,5	

Top 25 gebruikers

Over de jaren heen is de top 25 voor gebruikers - een gebruiker is gedefinieerd als een verzekerde die een bepaald middel ten minste één keer per jaar kreeg voorgeschreven - redelijk stabiel. De pijnstillers en ontstekingsremmers diclofenac staat al een aantal jaren op de eerste plaats: bijna 1,5 miljoen

mensen hebben dit middel het afgelopen jaar gebruikt. Op de derde en de vijfde plaats staan twee antibiotica: amoxicilline en doxycycline. Op de tweede plaats staat het maagmiddel omeprazol, met bijna 1,3 miljoen gebruikers. Deze top 25 presenteren we hier zonder verdere toelichting.

TABEL 6.5 | TOP 25 AANTAL GEBRUIKERS IN 2008

1 = 1 GEBRUIKER

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Gebruikers
1	diclofenac (Cataflam)	M01AB05	artritis, pijn	1.499.000
2	omeprazol (Losec-mups)	A02BC01	maagzuurklachten	1.260.000
3	amoxicilline (Clamoxyl)	J01CA04	infecties	1.139.000
4	oestrogeen met levonorgestrel (Microgynon)	G03AA07	anticonceptie	1.107.000
5	doxycycline (Vibramycin)	J01AA02	infecties	998.870
6	metoprolol (Selokeen-zoc)	C07AB02	hartfalen, hypertensie	937.800
7	ibuprofen (Brufen)	M01AE01	pijn	823.800
8	amoxicilline met enzymremmer (Augmentin)	J01CR02	infecties	795.240
9	salbutamol (Ventolin)	R03AC02	astma & COPD	748.550
10	simvastatine (Zocor)	C10AA01	verhoogd cholesterol	719.280
11	oxazepam (Seresta)	N05BA04	angst, slaapstoornis	650.160
12	codeïne	R05DA04	hoest & verkoudheid	639.600
13	acetylsalicylzuur (Aspirine-protect)	B01AC06	trombose, infarct	602.130
14	hydrocortison met overige middelen (Daktacort)	D07XA01	eczeem	581.960
15	pantoprazol (Pantozol)	A02BC02	maagzuurklachten	575.570
16	macrogol combinatiepreparaten (Movicolon)	A06AD65	obstipatie	570.040
17	nitrofurantoin (Furadantine)	J01XE01	urinewegs-infecties	560.620
18	triamcinolon	D07AB09	eczeem, psoriasis	558.090
19	carbasalaatcalcium (Ascal-cardio)	B01AC08	hartfalen, trombose	547.650
20	hydrochloorthiazide	C03AA03	hypertensie	536.140
21	metformine (Glucophage)	A10BA02	diabetes	531.480
22	fusidinezuur (Fucidin)	D06AX01	huidinfecties	521.280
23	temazepam (Normison)	N05CD07	slaapstoornis	514.650
24	desloratadine (Aerius)	R06AX27	allergie, hooikoorts	475.350
25	kunsttranen en andere indifferente preparaten (Duratears)	S01XA20	droge ogen	472.570

Top 25 voorschriften

Met 4,8 miljoen voorschriften is metoprolol, een middel tegen hoge bloeddruk en hartfalen, het meest voorgeschreven geneesmiddel, gevolgd door omeprazol (een middel tegen maagzuurklachten) en acetylsalicylzuur (een bloedverdunner). De top 25 middelen zijn samen verant-

woordelijk voor bijna 35% van het totaal aantal afgeleverde voorschriften.

Het leeuwendeel van de voorschriften in deze top 25 betreft generieke geneesmiddelen, namelijk 72%. Deze top 25 presenteren we hier zonder verdere toelichting.

TABEL 6.6 | TOP 25 AANTAL VOORSCHRIFTEN IN 2008

1 = 1 MILJOEN

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Voorschriften	Mutatie '07-'08
1	metoprolol (Lopresol)	C07AB02	hartfalen, hypertensie	4,8	23,1%
2	omeprazol (Losec)	A02BC01	maagzuurklachten	4,2	28,6%
3	acetylsalicylzuur (Aspirine)	B01AC06	infarct, trombose	3,8	20,1%
4	oxazepam (Seresta)	N05BA04	angst, slaapstoornissen	3,4	10,8%
5	simvastatine (Zocor)	C10AA01	verhoogd cholesterol	3,2	19,5%
6	temazepam (Levanxol)	N05CD07	slaapstoornissen	3,1	13,5%
7	metformine (Glucophage)	A10BA02	diabetes	3,0	26,3%
8	diclofenac (Voltaren)	M01AB05	arthritis, pijn	2,8	9,8%
9	furosemide (Lasiletten)	C03CA01	oedeem, hypertensie	2,6	27,1%
10	pantoprazol (Pantozol)	A02BC02	maagzuurklachten	2,5	26,5%
11	hydrochloorthiazide (Dichlotride)	C03AA03	hypertensie	2,4	22,4%
12	levothyroxine (Thyrax)	H03AA01	schildklierafwijking	2,3	17,0%
13	carbasalaatcalcium (ascal)	B01AC08	hartfalen, trombose	2,3	12,1%
14	levonorgestrel & oestrogeen (Microgynon)	G03AA07	anticonceptie	2,2	285,9%
15	atorvastatine (Lipitor)	C10AA05	verhoogd cholesterol	2,1	11,3%
16	salbutamol (Ventolin)	R03AC02	astma & COPD	1,8	2,6%
17	amlodipine (Norvasc)	C08CA01	hartkramp, hypertensie	1,7	24,9%
18	enalapril (Renitec)	C09AA02	hartfalen, hypertensie	1,7	22,2%
19	paroxetine (Seroxat)	N06AB05	depressie	1,6	9,3%
20	diazepam (Stesolid)	N05BA01	angst, slaapstoornissen	1,4	10,2%
21	kunsttranen (Duratears)	S01XA20	bij droge ogen	1,4	9,6%
22	amoxicilline (Clamoxyl)	J01CA04	infecties	1,4	2,6%
23	esomeprazol (Nexium)	A02BC05	maagzuurklachten	1,4	28,7%
24	ibuprofen (Brufen)	M01AE01	pijn	1,3	-1,7%
25	salmeterol combinatie (Seretide)	R03AK06	astma & COPD	1,3	6,3%
Aandeel top 25 in totaal voorschriften			34,8%	59,6	

Top 25 DDDs

Net als vorig jaar wordt de top 25 op basis van het aantal afgeleverde standaarddoseringen geleid door de cholesterolverlager simvastatine. Op de tweede plaats gevolgd door het anticonceptiemiddel Microgynon. Deze top 25 wordt gedomineerd door cholesterolverlagers, maagmiddelen en middelen bij hartfalen en hoge bloeddruk. De top 25-middelen zijn samen verantwoordelijk voor bijna 42% van het totaal aantal voorgeschreven standaarddag-

doseringen. In een afzonderlijke kolom geven we aan wat het aandeel is (gemeten in DDDs) van de generieke varianten van deze veel gebruikte geneesmiddelen. Hieruit kunt u opmaken dat indien het patent van een specialité is afgelopen, de substitutiegraad voor generiek vaak boven de 90% uitkomt. Deze top 25 presenteren we zonder verdere toelichting.

TABEL 6.7 | TOP 25 AANTAL DDDs IN 2008

1 = 1 MILJOEN

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Aantal DDDs	Mutatie 07-'08	Aandeel generiek
1	simvastatine (Zocor)	C10AA01	verhoogd cholesterol	355,7	11,7%	97,4%
2	levonorgestrel & oestrogeen (Microgynon)	G03AA07	anticonceptie	352,6	299,9%	37,7%
3	atorvastatine (Lipitor)	C10AA05	verhoogd cholesterol	322,6	4,8%	-
4	omeprazol (Losec)	A02BC01	maagzuurklachten	231,3	18,6%	91,2%
5	acetylsalicylzuur (Aspirine)	B01AC06	infarct, trombose	176,6	2,5%	98,7%
6	metoprolol (Lopresor)	C07AB02	hartfalen, hypertensie	165,6	12,6%	86,0%
7	carbasalaatcalcium (carbasalaatcalcium-cardio)	B01AC08	trombose, hartinfarct	156,5	9,3%	46,0%
8	enalapril (Renitec)	C09AA02	hartfalen, hypertensie	153,9	12,3%	97,0%
9	amlodipine (Norvasc)	C08CA01	hypertensie, hartkramp	136,5	15,0%	95,6%
10	kunstranen & overig indifferent (Bss-alcon)	S01XA20	bij droge ogen	131,4	13,7%	5,6%
11	metformine (Glucophage)	A10BA02	diabetes	120,2	17,6%	98,6%
12	hydrochloorthiazide (Dichlotride)	C03AA03	hypertensie	112,9	11,6%	100,0%
13	furosemide (Lasiletten)	C03CA01	oedeem, hypertensie	97,4	8,4%	89,0%
14	pantoprazol (Pantozol)	A02BC02	maagzuurklachten	88,2	16,9%	-
15	losartan (Cozaar)	C09CA01	hypertensie	83,5	8,7%	-
16	levothyroxine (Thyrax)	H03AA01	schildklierafwijking	80,2	9,6%	2,8%
17	pravastatine (Selektine)	C10AA03	verhoogd cholesterol	78,6	-3,3%	93,6%
18	glimepiride (Amaryl)	A10BB12	diabetes	74,5	8,4%	95,3%
19	lisinopril (Zestril)	C09AA03	hartfalen, hypertensie	71,2	17,4%	95,8%
20	esomeprazol (Nexium)	A02BC05	maagzuurklachten	70,5	21,5%	-
21	salmeterol & anti-astmatica (Seretide)	R03AK06	astma & COPD	69,6	7,3%	-
22	paroxetine (Seroxat)	N06AB05	depressie	67,1	5,2%	90,4%
23	perindopril (Coversyl)	C09AA04	hartfalen, hypertensie	67,0	27,6%	76,9%
24	nifedipine (Adalat)	C08CA05	hartkramp, hypertensie	66,9	3,9%	79,3%
25	rosuvastatine (Crestor)	C10AA07	verhoogd cholesterol	65,2	7,3%	-
Aandeel top 25 in totaal DDDs			41,8%	3.395,6		

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-voorschriften)

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 (afkomen van genoten kortingen en bonussen door apotheekhoudenden) en de eigen betaling in het kader van het GVS reeds is verdisconteerd.

B. WMG-tarief (WMG-voorschriften)

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 tariefonderscheid tussen afleveringen via apothekers en apotheekhoudende huisartsen is gelijktijdig komen te vervallen. Dit tarief, dat bovenop de basisvergoeding komt, bedraagt per 1 juli 2008:

- € 5,30 voor een standaardaflevering; en
- € 2,90 voor het afleveren van verpakkingen in een weekdosering.

Daarnaast mag de apotheek extra toeslagen in rekening brengen wanneer:

- € 1,05 het geneesmiddel voor de eerste keer werd voorgeschreven; en
- € 10,60 het geneesmiddel 's avonds of op een zon- of feestdag wordt afgeleverd
- € 10,60 sprake is van een eenvoudige eigen bereiding door de apotheker en
- € 79,40 wanneer het gaat om een complexe eigen bereiding.

C. Marge (buiten-WMG-voorschriften)

De marge is een (procentuele) opslag op de inkoopkosten die door apothekers in rekening wordt gebracht 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 gemiddeld aantal afgeleverde voorschriften per ingeschreven verzekerde. In 2008 bedroeg het module tarief € 8,60 per verzekerde per kwartaal. 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-voorschriften)

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 bijbetalingsbedrag 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 taxen van Z-Index: www.z-index.nl en naar de NZa-richtlijnen voor de tarieven farmaceutische zorg: www.nza.nl.

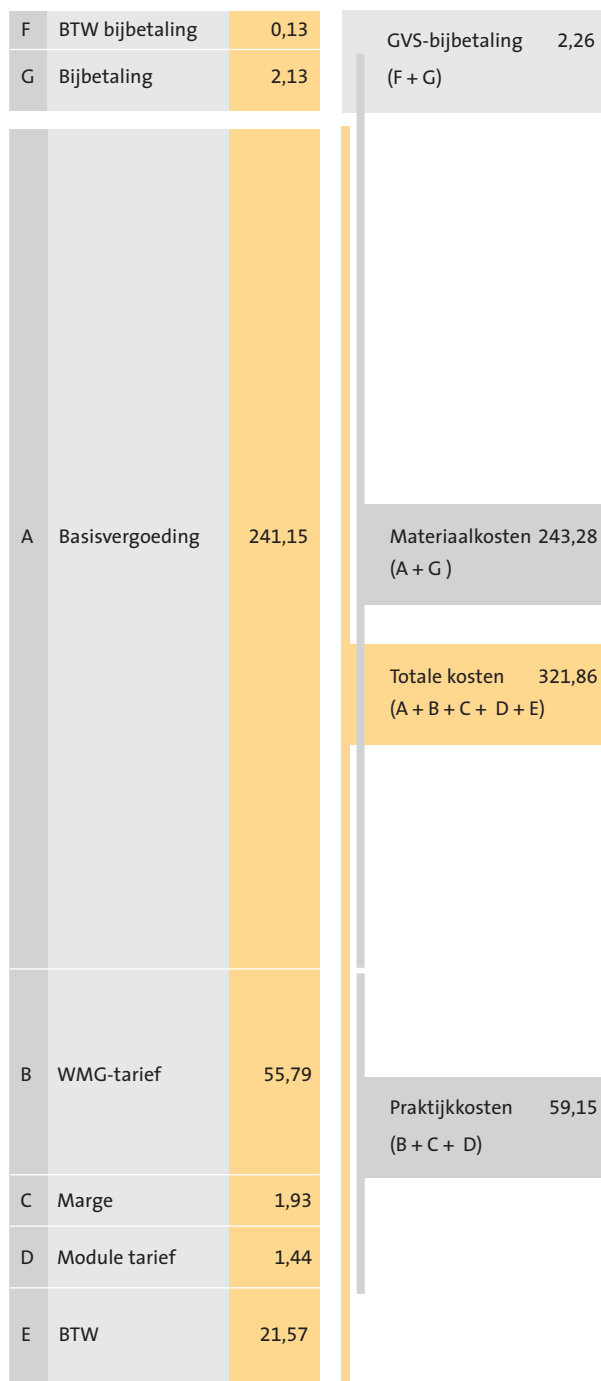
Bijlage II. Kostencomponenten

In figuur 7.1 zijn de verschillende kostencomponenten die in de farmaceutische zorg een rol spelen, en hun onderlinge samenhang weergegeven. Voor de begrippen materiaalkosten, praktijkkosten, totale kosten en GVS-bijbetaling geven we aan uit welke kostencomponenten deze zijn opgebouwd:

materiaalkosten = { A + G }
 praktijkkosten = { B + C + D }
 totale kosten = { A + B + C + D + E }
 bijbetaling = { F + G }

**FIGUUR 7.1 | KOSTENCOMPONENTEN FARMACEUTISCHE ZORG
 2008, GEMIDDELD PER VERZEKERDE**

1 = 1 EURO



Bijlage III. Lijst met afkortingen

ATC	Anatomisch Therapeutisch Chemisch
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BTW	Belasting Toegevoegde Waarde
BWVG	Buiten-WVG
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPB	Centraal Planbureau
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg (thans: NZa)
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DDD	Defined Daily Dose (standaard dagdosering)
DKF	Detailering Kostenopbouw Farmaceutische hulp
EVS	Elektronisch Voorschrijfsysteem
FDA	Food and Drug Administration
FTO	Farmaco Therapie Overleg
FTTO	Farmaco Transmuraal Therapie Overleg
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
GVS	Geneesmiddelen vergoedingssysteem
IVF	In-vitrofertilisatie
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
MEV	Macro Economische Verkenningen
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NZa	Nederlandse Zorg Autoriteit
PDD	Prescribed Daily Dose (voorgeschreven dagdosering)
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SSRI	Selective Serotonine Reintake Inhibitor
TNF	Tumornecrosefactor
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGP	Wet Geneesmiddelen Prijzen
WHO	World Health Organization
WVG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg (thans: WVG)
ZFW	Ziekenfondswet (thans: Zvw)
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage IV. Referenties

GIPeilingen 2007, Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelen-gebruik, Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Diemen, augustus 2008, nr. 29

GIPdatabank (www.gipdatabank.nl), Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2009

Kostenopbouw farmaceutische hulp, een macro-raming met behulp van DKF-rekenmodel, Ziekenfondsraad/SEA-publikatie, Amstelveen, februari 1994, nr. 5

Kostenopbouw farmaceutische hulp 1989-1996, een macro-raming met behulp van DKF-rekenmodel, Ziekenfondsraad/SEA-publikatie, Amstelveen, mei 1997, nr. 15

G-Standaard (www.z-index.nl), Z-INDEX, 's-Gravenhage, 2008

Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDDs) 2008 (www.whocc.no/atcddd), WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, 2007

Farmacotherapeutisch Kompas 2009 (www.fk.cvz.nl), Commissie Farmaceutische Hulp (CFH), College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2008

GIPsignaal - Gebruik van benzodiazepinen 1993-1998, Geneesmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Amstelveen, augustus 2000, nr. 1

GIPsignaal - Gebruik van maagmiddelen 1996-2001, Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Amstelveen, november 2002, nr. 2

GIPsignaal - Gebruik van cholesterolverlagers 1997-2001, Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Amstelveen, mei 2003, nr. 3

GIPsignaal - Gebruik van antidepressiva 1996-2001, Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Diemen, september 2003, nr. 4

GIPsignaal - Gebruik van diabetesmiddelen 1998-2003, Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Diemen, april 2005, nr. 5

Pakketadvies 2007, College voor zorgverzekeringen, Diemen, maart 2007, nr. 248

Pakketadvies 2008, College voor zorgverzekeringen, Diemen, april 2008, nr. 256

Pakketadvies 2009, College voor zorgverzekeringen, Diemen, april 2009, nr. 274

NHG-standaard Allergische en niet-allergische rhinitis, Huisarts en Wetenschap, 2006:49(5), 254-265

NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (www.nhg.artsennet.nl), Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, versie 2007, M84

Compendium dieetproducten en voedingsmiddelen (www.dieetconsult.nl), 2007.

Vergoeding kosten dieetvoeding voor medisch gebruik, College voor zorgverzekeringen, Diemen, juni 2008

Bijlage V. Begripsdefinities

Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP)

Op grond van deze wet (1996) 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 geneesmiddelen in Nederland terug te schroeven.

WMG-tarief

Tarief dat apothekhoudenden 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.

Clawback

Een procentuele verlaging van de inkoopvergoeding die apothekhoudenden op grond van de WMG in rekening mogen brengen. Doel is de verkregen kortingen en bonussen bij apothekhoudenden af te romen. Deze procentuele verlagingen is gekoppeld aan een maximum van € 6,80 per afgeleverd recept (aftoppingsbedrag).

Preferentiebeleid

Voorkeursbeleid van zorgverzekeraars om voor een groep geneesmiddelen met eenzelfde werkzame stof alleen nog de goedkoopste variant(en) te vergoeden. 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 apothekhoudenden.

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 apothekhoudenden onder druk te zetten en een bijdrage te leveren aan het terugdringen van de uitgaven voor geneesmiddelen.

Colofon

Uitgave

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

ISSN

1382-4821

Informatie

Hans Piepenbrink

Telefoon (020) 797 86 86

E-mail hpiepenbrink@cvz.nl

Redactie

Afdeling Verantwoording & Signalering

Tekst en inhoud

De volgende medewerkers van het CVZ hebben meegewerkt:

Barry Holwerda, Christa Hooijkaas, Dennis Koster,

Johan van Luijn, Frédérique van Nouhuys, Hans Piepenbrink,

Elze Schoutsen, Misja Speur, Monique van Toorenborg en

Vincent de Valk

Vormgeving

Afdeling Communicatie & Informatie

Foto omslag

Hollandse Hoogte

Druk

VDA-groep, Apeldoorn

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 steeds volledige bronvermelding plaatsvindt:

*GIPeilingen 2008, Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelen-
gebruik*, GIP / College voor zorgverzekeringen, Diemen,
september 2009, nr. 30

Internet

www.gip databank.nl