

# GI Peilingen 2010

Ontwikkelingen genees- en hulpmiddeleengebruik

Genees- en hulpmiddelen Informatie Project | oktober 2011 | nr. 32



# GI Peilingen 2010

Ontwikkelingen genees- en hulpmiddeleengebruik

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>	Magistrale bereidingen, doorgeleverd	42
<b>GIPeilingen 2010</b>	<b>6</b>	Maatregel: maagmiddelen	43
Inleiding	6		
Over het GIP	6	<b>Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg</b>	<b>45</b>
GIPdatabank	7	Kosten hulpmiddelenzorg stijgen in 2010 met 5% naar € 1,4 miljard	45
<b>Macro-ontwikkelingen</b>	<b>9</b>	<b>Overzichten</b>	<b>52</b>
Stijging geneesmiddelenkosten in 2010 beperkt: + 2,4%	9	Vooraf	53
Stijging geneesmiddelengebruik uitgesplitst naar GVS-status	12	Unieke leveringen	53
Middellangetermijnraming 2011-2015, voor 2011: + 1,6%	13	Top 10 GVS-bijbetalingen	53
		Geneesmiddelengroepen van meer dan € 100 miljoen	54
		Top 25 totale kosten	55
		Top 25 gebruikers	56
		Top 25 voorschriften	57
		Top 25 DDDs	58
<b>Ontwikkelingen geneesmiddelengroepen</b>	<b>16</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>59</b>
Regionale verschillen in kaart	16	I. Toelichting kostencomponenten	59
Antidepressiva	16	II. Kostencomponenten	60
Cholesterolverlagende middelen	17	III. Begripsdefinities	61
Astma- en COPD-middelen	18	IV. Lijst met afkortingen	62
Maagmiddelen	19	V. Referenties	63
Diabetesmiddelen	20	VI. Zorgkantorregio's 2010 in beeld	64
Slaap- en kalmeringsmiddelen	21		
Antipsychotica	22		
HIV-middelen	23		
<b>Uitgelicht</b>	<b>26</b>		
Generieke geneesmiddelen in opmars en fors in prijs verlaagd	26		
Gematigde kostenontwikkeling door WGP en preferentiebeleid	28		
Nieuwe geneesmiddelen: 30% van totale geneesmiddelkosten	30		
Grote variatie in behandelkosten cholesterolverlagers, maagmiddelen en AT1-antagonisten	31		
Stabilisering inkomsten apothekhoudenden	34		
Kosten geneesmiddelengebruik bijzonder scheef verdeeld	36		
Ruim 30.000 mensen behandeld met allergeen-extracten	37		
Nieuwe Generieke middelen dragen bij aan lagere kosten	38		
Overzicht dure geneesmiddelen extramuraal: alle 17 duur	39		
Stijgend gebruik van voedingsmiddelen	40		

# Voorwoord

## **Ontwikkelingen in genees- en hulpmiddelen-gebruik in beeld**

Via *GIPeilingen* geeft het College voor zorgverzekeringen 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 zorgverzekeraar in het kader van de Zorgverzekeringswet (basisverzekering) zijn vergoed.

De gegevens in deze publicatie zijn afkomstig van vijftientwintig zorgverzekeraars (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. De dekkinggraad van het GIP is in 2010 opgelopen naar 97%.

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](http://www.gipdatabank.nl).

# GIPeilingen 2010

## Inleiding

Sinds 1992 brengt het CVZ de publicatie *GIPeilingen* uit met kengetallen (volume- en kostengegevens) over de in Nederland verstrekte farmaceutische zorg. Vanaf 2008 is de publicatie uitgebreid met kengetallen over de verstrekte hulpmiddelenzorg. Met de komst van de *GIPdatabank* ([www.gipdatabank.nl](http://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 2010, geplaatst in het perspectief van de daaraan voorafgaande jaren. De gegevens over 2010 zijn nog wel voorlopig, omdat we nog niet alle gegevens van alle zorgverzekeraars over het hele jaar 2010 hebben ontvangen en verwerkt.

*GIPeilingen 2010* opent met de ontwikkelingen op macro-niveau. Hierin treft u samenvattende overzichten aan met kengetallen over het aantal afgeleverde voorschriften en de daarmee gepaard gaande kosten. Deze kengetallen worden op onderdelen nog verder uitgesplitst. Ook presenteren we een meerjarenraming over de te verwachten 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.

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 (leeftijd, geslacht en woonregio), 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. Voor het eerst presenteren

we een meerjarenraming voor de komende vijf jaar, uitgaande van ongewijzigd beleid. Ten slotte presenteren we een aantal overzichten, waaronder de top 25 van de meest voorgescreven 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 hierover.

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 de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP), het Geneesmiddelen convenant (2004 tot en met 2007), het Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008-2009, de door de NZa op te stellen Monitor Extramurale Farmacie en het door de 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 IVM (Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik), de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) en 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 tien zorgverzekeraars die samen 25 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 circa 16,3 miljoen verzekerden; dit betekent een dekking van ruim 97% van het totale aantal verzekerden in Nederland. In tabel 1.1 staat een overzicht van de in 2010 aan het GIP deelnemende zorgverzekeraars (risicodragende labels) en concerns, inclusief het gemiddeld aantal verzekerden over 2010 per label. Naar verwachting zal het aantal deelnemers nog verder toenemen zodat de dekking over 2010 uiteindelijk zal stijgen naar 100%. De voorziene uitbreidingen zijn **rood** gemarkeerd.

### GIPdatabank

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

Via de openingspagina geven we ook achtergrondinformatie over onze gegevensbronnen, de gebruikte begrippen en definities. De belangrijkste beleidsmaatregelen van de afgelopen tien jaar laten we in een apart overzicht zien. Via een handige zoekfunctie kunt u een geneesmiddel net zo gemakkelijk zoeken op de merknaam (de handelsnaam die de fabrikant aan zijn middel geeft) als op de stofnaam (werkzame stof). Doordat we met de zogenoemde ATC-codering aansluiten bij het internationale classificatiesysteem voor geneesmiddelen, is het mogelijk om de geneesmiddelen die tot eenzelfde therapeutische groep

TABEL 1.1 | DEELNEMENDE ZORGVERZEKERAARS GIP

Zorgverzekeraar	Concern	Verzekerden
Zilveren Kruis	Achmea	2.544.000
Agis	Achmea	1.294.000
Avéro	Achmea	551.000
Interpolis	Achmea	185.000
OZF	Achmea	53.000
<b>FBTO</b>	<b>Achmea</b>	<b>183.000</b>
Menzis	Menzis	1.838.000
Anderzorg	Menzis	131.000
Azivo	Menzis	121.000
VGZ	UVIT	1.819.000
Univé	UVIT	792.000
IZA	UVIT	608.000
IZZ	UVIT	502.000
Trias	UVIT	389.000
UMC	UVIT	107.000
Cares Gouda	UVIT	34.000
CZ	CZ-groep	2.609.000
Ohra	CZ-groep	523.000
Delta Lloyd	CZ-groep	199.000
Zorg en Zekerheid	-	389.000
ONVZ	-	397.000
DSW	-	371.000
Salland	-	113.000
Stad Holland	-	75.000
De Friesland	-	500.000
<b>ASR</b>	<b>-</b>	<b>191.000</b>

behoren onderling te vergelijken. Voor wat betreft de hulpmiddelen sluiten we aan bij de internationale ISO-classificatie en sluit de clustering van hulpmiddelen aan bij de indeling zoals deze in de Zorgverzekeringswet wordt aangehouden.

De gegevens en overzichten uit de *GIPdatabank* kunnen eenvoudig worden gekopieerd naar andere programma's, bijvoorbeeld Excel; daarna kunt u er zelf mee aan de slag.

In juni 2008 is de navigatiestructuur van de *GIPdatabank* aangepast waardoor het mogelijk is om nog gemakkelijker tussen de verschillende overzichten te wisselen. In de

komende jaren willen we het aantal rapportages verder uitbreiden en ook de gebruikers meer betrekken bij de verdere ontwikkeling van onze site.

Maandelijks trekt de *GIPdatabank* ruim 2.000 bezoekers die samen circa 15.000 verschillende pagina's raadplegen. De belangrijkste groepen gebruikers zijn medewerkers van zorgverzekeraars, universiteiten en onderzoeksinstellingen. 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 IGZ, het IVM en uiteraard het ministerie van VWS.

De *GIPdatabank* geeft inzicht in de ontwikkelingen in het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen. Inhoudelijke informatie over deze geneesmiddelen, bijvoorbeeld het advies van de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH), de indicatiestelling en dosering presenteert het CVZ in het Farmacotherapeutisch Kompas. Deze publicatie is ook via het internet te raadplegen, ga naar: [www.fk.cvz.nl](http://www.fk.cvz.nl).

Informatie over de vergoedingsstatus van geneesmiddelen en de hoogte van de vergoeding van geneesmiddelen presenteert het CVZ op zijn internetsite [www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl).

# Macro-ontwikkelingen

## Stijging geneesmiddelenkosten in 2010 beperkt: + 2,4%

De uitgaven voor extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen die werden vergoed op grond van de basisverzekering (Zorgverzekeringswet) zijn in 2010 licht gestegen naar € 5,2 miljard. Ten opzichte van 2009 betekent dit een beperkte stijging met 2,4%. Gemeten in aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's) is sprake van een stijging met 5,1%. Het aantal afgeleverde voorschriften steeg met 9,2% naar 186 miljoen, vooral veroorzaakt door de stijging van het aantal weekuitgiftes. De kostenstijging in 2010 is beperkt gebleven door verdere prijsverlagingen van vooral generieke geneesmiddelen onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

Het aantal afgeleverde voorschriften is in 2010 gestegen naar 186 miljoen, een stijging van 9,2%. Kijken we naar het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's) dan is sprake van stijging van 5,1%. We concluderen dat gemiddeld genomen het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen per voorschrift sinds 2008 afneemt. Deze afname kan vooral worden toegeschreven aan de toename van het gebruik van weekuitgiftes. Sinds juli 2008 is het mogelijk om de aflevering van geneesmiddelen in zogenoemde weekdoseerverpakkingen (dit is een verpakking van geneesmiddelen, in gescheiden eenheden per dag of dagdeel) voor een of meerdere weken tegelijk, afzonderlijk te declareren. Het gebruik van deze weekdoseerverpakkingen is sinds 2008 aanzienlijk toegenomen.

Een belangrijk deel van de groei in het geneesmiddelengebruik in 2008 kan worden toegeschreven aan de pakket-

maatregel om de leeftijdsbeperking voor de vergoeding van anticonceptie 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 in 2008. Voor 2011 keren we overigens weer terug naar de situatie van 2004.

De daling van het aantal DDD's in 2009 is vooral toe te schrijven aan de beperking van aanspraak op slaap- en kalmeringsmiddelen per 1 januari 2009; deze maatregel is verantwoordelijk voor een vermindering van het aantal DDD's met circa 155 miljoen en een terugval van het aantal voorschriften met 9,1 miljoen. De ontwikkelingen in 2010 worden, in vergelijking met de voorgaande jaren, gekenmerkt door een gemiddelde volumegroei van het aantal DDD's, en een meer dan gemiddelde groei van het aantal afgeleverde voorschriften.

Kijken we naar de uitgavenontwikkeling voor deze geneesmiddelen dan valt op dat de basisvergoeding voor WMG-geneesmiddelen sinds 2008 is gedaald van € 3.843 miljoen naar € 3.579 miljoen in 2010. Terwijl het gebruik van geneesmiddelen is toegenomen zijn de uitgaven voor deze middelen juist gedaald. Deze daling kan in zeer belangrijke mate worden toegeschreven aan de prijsverlagingen van vooral generieke geneesmiddelen onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid alsook de prijsverlagingen die werden afgedwongen op grond van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP). Dat niettemin de totale kosten voor farmaceutische zorg in de afgelopen jaren zijn gestegen kan worden verklaard door het feit dat de vergoedingen aan

TABEL 2.1 | FARMACEUTISCHE ZORG: AANTAL WMG-VOORSCHRIFTEN EN DDD'S, 2006–2010

1 = 1 MILJOEN

	2006	2007	2008	2009	2010	Mutatie '09-'10
Standaardvoorschriften				125,6	128,3	2,2%
Weekafleveringen				44,7	57,7	29,0%
<b>Totaal</b>	<b>135,2</b>	<b>146,8</b>	<b>163,7</b>	<b>170,3</b>	<b>186,0</b>	<b>9,2%</b>
DDD's WMG-voorschriften	6.180	6.518	7.412	7.336	7.709	5,1%
DDD's per WMG-voorschrift	45,7	44,4	45,3	43,1	41,4	- 3,8%



TABEL 2.2 | FARMACEUTISCHE ZORG: TOTALE KOSTEN EN KOSTENOPBOUW, 2006-2010

1 = 1 MILJOEN EURO

	2006	2007	2008	2009	2010	Mutatie '09-'10
Basisvergoeding WMG	3.482	3.801	3.843	3616	3.579	- 1,0%
Basisvergoeding BWMG	61	69	81	92	97	6,1%
Afleververgoeding	837	918	954	1.097	1.244	13,4%
BTW	263	287	293	288	295	2,4%
<b>Totale kosten</b>	<b>4.643</b>	<b>5.075</b>	<b>5.170</b>	<b>5.093</b>	<b>5.215</b>	<b>2,4%</b>

apothekhoudenden voor het afleveren van deze geneesmiddelen juist fors zijn gestegen. Beide ontwikkelingen hangen overigens nauw met elkaar samen, zoals we hieronder uiteen zetten.

Kijken we naar de kostengroei (tabel 2.2) en de kostenopbouw van de verleende farmaceutische zorg in 2010 ten opzichte van 2009, dan valt op dat de kostengroei gedomineerd wordt door de stijging in de vergoedingen aan apothekhoudenden voor het afleveren van geneesmiddelen.

Deze stijging heeft twee componenten: de door de NZa vastgestelde tariefsstijgingen en de toename van vooral het aantal weekuitgiftes. Deze stijging van de inkomsten uit afleververgoedingen was voorzien en mede bedoeld ter compensatie van het verlies van apothekers aan inkomsten uit kortingen en bonussen als gevolg van de forse prijsverlagingen van generieke geneesmiddelen.

De GVS-bijbetalingen stegen ten opzichte van 2009 met 20,6% naar in totaal € 51,1 miljoen. Elders in deze publicatie gaan we hier nog dieper op in.

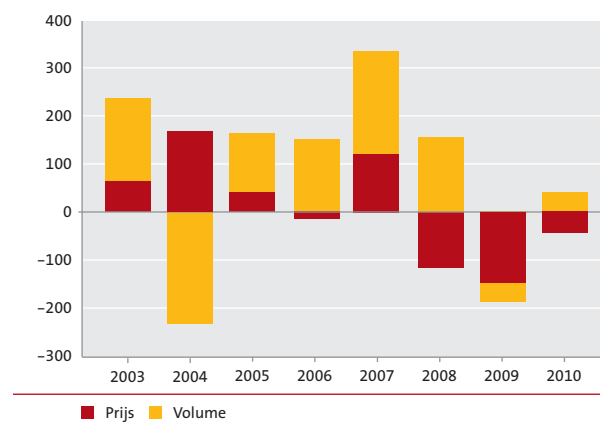
Sinds 2003 zien we een wijziging in de trends die ten grondslag liggen aan de stijging in de uitgaven voor geneesmiddelen. Tot en met 2003 wordt de kostengroei bepaald door een stijging van zowel de (gemiddelde) prijzen voor geneesmiddelen als een stijging in het gebruik van geneesmiddelen in combinatie met een verschuiving in het gebruik naar nieuwe veelal ook duurder geneesmiddelen. Beide factoren hielden elkaar globaal in evenwicht. Sinds 2003 is het vooral de stijging in het gebruik van geneesmiddelen (de volumecomponent) die bepalend is voor de kostengroei.

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 en de prijsdruk vanuit de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP). Daar bovenop hebben zorgverzekeraars sinds 2005 prijsverlagingen bewerkstelligd met hun preferentiebeleid. Ook deze laatstbedoelde prijsverlagingen hebben vooral de prijzen van generieke geneesmiddelen verder onder druk gezet.

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 opvalt, is dat de prijscomponent een dalende trend laat zien die in 2008, 2009 en ook in 2010 zelfs negatief is. De volumecomponent vertoont een iets stabiel beeld. In 2004 en 2009 is ook de

FIGUUR 2.1 | FARMACEUTISCHE ZORG: VOLUME- EN PRIJSCOMPONENT, 2003-2010

1 = 1 MILJOEN EURO



**TABEL 2.3 | FARMACEUTISCHE ZORG: VOLUME- EN PRIJSCOMPONENT, 2003-2010**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mutatie t.o.v. voorgaande jaar	241	-79	166	138	331	25	-192	2
Prijscomponent	62	163	35	-14	122	-133	-151	-39
Volumecomponent	179	-242	131	152	209	158	-42	41

volumecomponent negatief maar dit wordt in belangrijke mate veroorzaakt door pakketmaatregelen (2004: beperking aanspraken op anticonceptiemiddelen en 2009: beperking aanspraken op slaap- en kalmeringsmiddelen). De negatieve prijscomponent wordt vooral veroorzaakt door de prijsverlagingen onder invloed van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars.

Voor 2010 geldt dat de materiaalkosten ten opzichte van 2009 met slechts € 2 miljoen zijn gestegen. Hiervan wordt € 41 miljoen veroorzaakt door een toename in het geneesmiddelengebruik: de volumecomponent. Daar tegenover staat een negatief prijseffect van € 39 miljoen. Het zijn

vooral de lagere prijzen van generieke geneesmiddelen die zorgen voor de negatieve prijscomponent.

Een andere manier om te kijken naar de kostenontwikkeling voor geneesmiddelen is deze uit te splitsen naar geneesmiddelen waarop nog patent berust (specialités) en geneesmiddelen waarvan het patent verlopen is en die vervolgens door meerdere leveranciers worden aangeboden (generieke geneesmiddelen). We doen deze confrontatie op het niveau van de apotheekinkoopprijs (tabel 2.4). Duidelijk zichtbaar is dat de inkoopwaarde van de generieke geneesmiddelen, en dit ondanks een forse stijging van de afgeleverde hoeveelheden (tabel 2.5), daalt terwijl de apotheekinkoopwaarde

**TABEL 2.4 | FARMACEUTISCHE ZORG: APOTHEEKINKOOPWAARDE, 2004-2010**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Specialités	2.666	2.763	2.898	3.160	3.392	3.356	3.397
Generiek	629	689	779	834	621	446	411

**TABEL 2.5 | FARMACEUTISCHE ZORG: AANTAL DDDS, 2004-2010**

1 = 1 MILJOEN

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Specialités	3.249	3.193	3.224	3.334	3.872	3.755	3.643
Generiek	2.464	2.736	2.956	3.185	3.540	3.581	4.066

**TABEL 2.6 | FARMACEUTISCHE ZORG: GEMIDDELDE APOTHEEKINKOOPPRIJS PER DDD, 2004-2010**

1 = 1 EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Specialités	0,82	0,87	0,90	0,95	0,88	0,89	0,93
Generiek	0,26	0,25	0,26	0,26	0,18	0,12	0,10

voor specialités stijgt. We verwachten dat het prijsniveau van generieke geneesmiddelen in 2011 nog iets zal dalen om daarna te stabiliseren. Voor de specialité-geneesmiddelen verwachten we een geringe stijging.

### Stijging geneesmiddelengebruik uitgesplitst naar GVS-status

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. De jaren 2008, 2009 en 2010 vormen hierop een uitzondering omdat per saldo de prijzen van GVS-middelen zijn gedaald onder invloed van de Wet Geneesmiddelenprijzen en het door zorgverzekeraars gevoerde 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 gebruik in de periode 2006 tot en met 2010 is gestegen van 5.559 miljoen naar 6.891 miljoen standaard dagdoseringen (DDD's). Dat is een gemiddelde stijging van 5,5% per jaar.

De basisvergoeding voor 1A-geneesmiddelen daalde, van € 2.857 miljoen in 2006 naar € 2.766 miljoen in 2010; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse daling van 0,8%. Deze daling kan in zijn geheel worden toegeschreven aan de prijsdalingen in 2008, 2009 en 2010, onder invloed van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

TABEL 2.7 | FARMACEUTISCHE ZORG: DDDS WMG-GENEESMIDDELEN, 2003-2010

1 = 1 MILJOEN

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1A geneesmiddelen	5.513	5.157	5.337	5.559	5.921	6.627	6.548	6.891
1B geneesmiddelen	572	555	592	621	597	785	788	819
<b>Totaal</b>	<b>6.085</b>	<b>5.713</b>	<b>5.929</b>	<b>6.180</b>	<b>6.519</b>	<b>7.412</b>	<b>7.336</b>	<b>7.709</b>

TABEL 2.8 | FARMACEUTISCHE ZORG: BASISVERGOEDING WMG-GENEESMIDDELEN, 2003-2010

1 = 1 MILJOEN EURO

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1A geneesmiddelen	2.558	2.557	2.639	2.857	3.129	3.068	2.833	2.766
1B geneesmiddelen	471	484	529	543	585	663	690	709
Overige WMG-middelen	14	65	94	82	86	112	93	104
<b>Totaal</b>	<b>3.026</b>	<b>3.107</b>	<b>3.262</b>	<b>3.482</b>	<b>3.801</b>	<b>3.843</b>	<b>3.616</b>	<b>3.579</b>

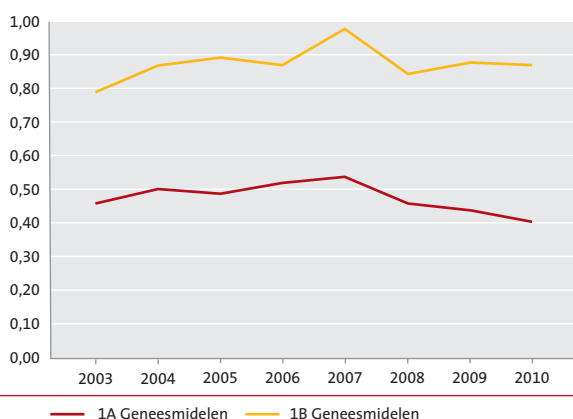
Voor de geneesmiddelen op 1B is het aantal standaard dagdoseringen (DDDs) in de periode 2006 tot en met 2010 gestegen van 621 miljoen naar 819 miljoen, een gemiddelde jaarlijkse stijging van 7,2%. De basisvergoeding voor 1B-geneesmiddelen steeg, van € 543 miljoen in 2006 naar € 709 miljoen in 2010; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 6,9%. De toename in het gebruik en de uitgaven zijn vergelijkbaar aan elkaar, wat er op wijst dat de gemiddelde prijs per DDD van 1B-middelen in de afgelopen jaren stabiel is gebleven. Dit laatste is mede te danken aan de invloed van de WGP op het prijsniveau van deze middelen.

Wat betreft de gepresenteerde DDD-tellingen merken we op dat deze zijn gebaseerd op de DDD-waarden zoals deze per 1 januari 2010 door de WHO zijn vastgesteld. Wijzigingen in deze DDD-waarden werken met terugwerkende kracht door in de DDD-tellingen over voorgaande jaren.

De afname van het aantal DDDs in 2004 hangt samen met de beperking van de aanspraken op anticonceptiemiddelen (alleen vergoeding voor vrouwen tot 21 jaar). De stijging in 2008 wordt in belangrijke mate verklaard door het feit dat deze beperking in de aanspraak weer ongedaan werd gemaakt. De geringe daling van het aantal DDDs in 2009 hangt samen met de beperking in de aanspraak op slaap- en kalmeringsmiddelen. In figuur 2.2 geven we de ontwikkeling weer van de gemiddelde basisvergoeding per DDD over de periode 2003 tot en met 2010.

**FIGUUR 2.2 | FARMACEUTISCHE ZORG: VERGOEDING PER DDD**

1 = 1 EURO



### Middellangetermijnraming 2011-2015, voor 2011: +1,6%

Het CVZ verwacht ook voor 2011 nog een beperkte stijging in de kosten voor farmaceutische zorg: +1,6%. Deze beperkte stijging wordt vooral veroorzaakt door de prijsverlagingen het doorwerken van de stevige prijsverlagingen in 2008 onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid. Ook de tweejaarlijkse herijking van de WGP zorgt voor verdere prijsdalingen. Daarnaast wordt de kosten-groei getemperd door beperkingen in de aanspraak op anti-conceptiemiddelen, en het feit dat apothekers tarieven in 2011 ten opzichte van 2010 lager zijn vastgesteld.

Voor de daaropvolgende jaren verwachten we een kostenstijging van 5,3% (2012) oplopend naar 5,5% in 2015. We baseren deze raming op een gedetailleerde analyse van de ontwikkelingen in het gebruik van geneesmiddelen zoals we deze binnen het GIP registreren.

Sinds 2000 presenteren we twee keer per jaar, ten behoeve van de begrotingscyclus van VWS een zo geheten middellangetermijnraming (MLT-raming) van de kostenontwikkeling voor de farmaceutische zorg. Ook het Centraal Planbureau (CPB) maakt gebruik van uitkomsten van deze MLT-raming, onder andere voor de jaarlijkse Macro Economische Verkenningen (MEV). Op grond van de binnen het GIP beschikbare gegevensverzameling is het mogelijk om over de afgelopen jaren een gedetailleerde uitsplitsing te maken van de kostenopbouw van de farmaceutische zorg die verstrekt is. Daarbij valt een onderscheid te maken in aan de ene kant volumeontwikkelingen zoals het aantal ingeschreven verzekerden, het aantal 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 en de beschikbare gegevens over de eerste helft 2011, heeft het CVZ de ramingsparameters voor 2011 vastgesteld en doorgeraamd naar de daaropvolgende jaren. Ten opzichte van de raming die begin juni 2011 werd gepresenteerd is de raming neerwaarts bijgesteld, van 3,6% naar 1,5%.

In tabel 2.9 presenteren we de resultaten van de middellange-termijnraming voor 2011 – 2015, inclusief de reeks in de daaraan voorafgaande periode 2005-2010.

In deze raming is voor 2011 rekening gehouden met de volgende beleidseffecten:

- de NZa-tariefsaanpassingen voor apothekhoudenden (januari 2011).
- een continuering van het verlaagde prijspeil (vooral generiek) van december 2010.
- de verlaging van het clawback-percentage per januari 2011 naar 6,82%
- de aanspraakbeperking op anticonceptiemiddelen per 1 januari 2011
- lagere prijzen door uitbreiding van het individuele preferentiebeleid
- lager prijzen onder invloed van herijking van de WGP.

Voor wat betreft de ramingen voor 2012 en volgende jaren is nog geen rekening gehouden met (voorgenomen) nieuwe beleidsmaatregelen, zoals:

- mogelijke beperking van de aanspraken op maagmiddelen in 2012
- de overheveling van TNF alpha blokkers naar het ziekenhuis-budget (specialistische zorg)

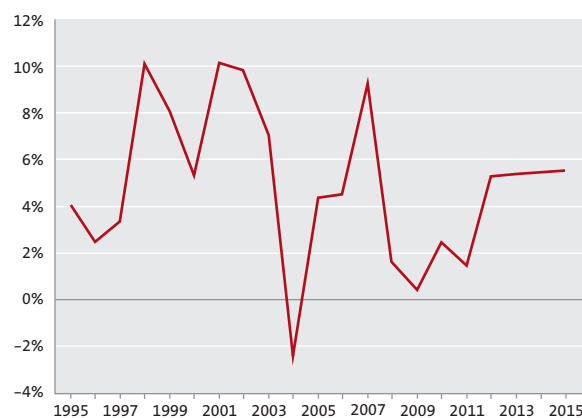
De MLT-raming gaat uit van de kosten voor farmaceutische zorg, gebaseerd op de binnen het GIP verzamelde steekproefgegevens, opgehoogd naar een macrobeeld. Deze raming verschilt in geringe mate van de macrokosten zoals die worden verantwoord in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De hier gepresenteerde uitkomsten van deze MLT-raming gaan uit van de kostenreeks zoals deze binnen de Zvw

is vastgelegd. Voor 2010 geldt dat het bedrag nog zal worden bijgesteld door het verrekenen van nog na-ijlende declaraties. De verwachting is dat de feitelijke kosten, na deze verrekening iets lager zullen uitvallen.

We verwachten dat de kosten voor geneesmiddelen in 2015 bij ongewijzigd beleid zullen oplopen tot € 6,5 miljard. In figuur 2.3 volgt een grafische weergave van de jaarlijkse groeipercentages vanaf 1995 tot en met 2010 en de verwachte groeipercentages voor de middellange termijn. De procentuele groei in de periode 1995–2010 betreft de realisatie, dus inclusief de effecten van het gevoerde beleid. Voor 2011 tot en met 2015 betreft het een raming, waarbij nog geen rekening gehouden met de effecten van nieuw (voorgenomen) beleid.

Duidelijk zichtbaar zijn de effecten van 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 uitbreidingen van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars (2008 - 2010).

**FIGUUR 2.3 | JAARLIJKSE GROEI KOSTEN FARMACEUTISCHE ZORG**



realisatie: 1995–2010 en raming: 2011–2015

**TABEL 2.9 | MIDDELLANGETERMIJNRAMING FARMACEUTISCHE ZORG, 2011-2015**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kosten	4.362	4.559	4.979	5.063	5.083	5.211	5.291	5.571	5.869	6.187	6.526
Mutatie	4,4%	4,5%	9,2%	1,7%	0,4%	2,5%	1,5%	5,3%	5,4%	5,4%	5,5%

De effecten van het gevoerde prijsbeleid kunnen we ook in beeld brengen door de gerealiseerde kostenontwikkeling te confronteren met de kosten zoals deze zouden zijn opgetreden bij ongewijzigde prijzen. Gaan we uit van de prijzen zoals deze in januari 2004 werden gehanteerd dan zouden de kosten voor geneesmiddelen in 2010 zijn opgelopen tot ruim € 7,7 miljard in plaats van de € 5,2 miljard aan gerealiseerde kosten. Dit komt overeen met een theoretische besparing van € 2,5 miljard. Elders in deze publicatie gaan we nog nader in de opbouw van deze besparing.

# 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 zorgkantoorregio's. We beperken ons in deze vergelijking tot de volgende geneesmiddelengroepen:

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

Per regio hebben we per geneesmiddelengroep het aantal gebruikers berekend. Het regiogemiddelde vergelijken we vervolgens met het landelijk gemiddelde. Deze vergelijking hebben we vervolgens gestandaardiseerd. Het regiogemiddelde is geclassificeerd op basis van de procentuele afwijking van het landelijk gemiddelde, die als index op 100 is gesteld. We gebruiken daarbij (behalve voor figuur 3.1) 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  $\geq 115$         ruim boven gemiddeld

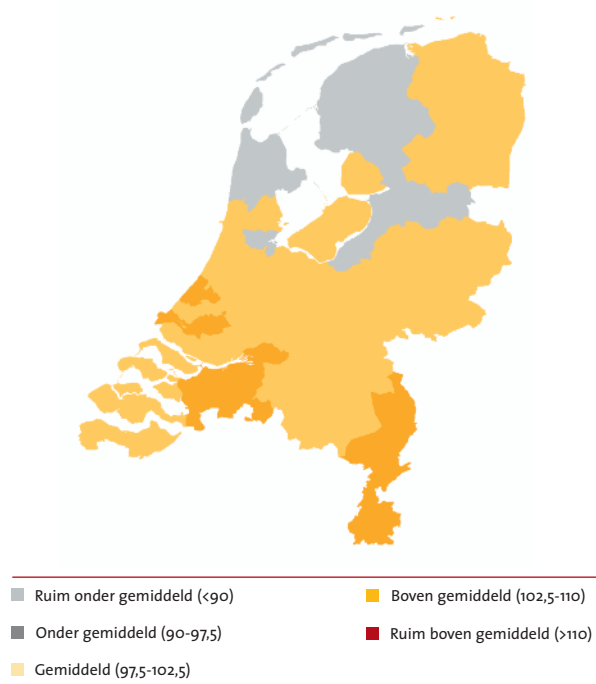
Per geneesmiddelgroep presenteren we een kaartje van Nederland. De kleur van de regio geeft aan of de regio op, onder of boven het landelijk gemiddelde zit.

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.

De prevalentie van gebruikers van geneesmiddelen in 2010 is 730 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden in Nederland. In het grootste gedeelte van Nederland ligt het aantal gebruikers

van geneesmiddelen binnen de 5% rond het gemiddelde (figuur 3.1). Opvallend is dat de regio's waar de prevalentie onder het gemiddelde ligt (de grijze gebieden) in het noorden van het land liggen, in tegenstelling tot de regio's in het zuiden waar de prevalentie juist boven het gemiddelde ligt (de donkergele gebieden).

FIGUUR 3.1 | PREVALENTIE GEBRUIKERS GENEESMIDDELEN 2010



## Antidepressiva

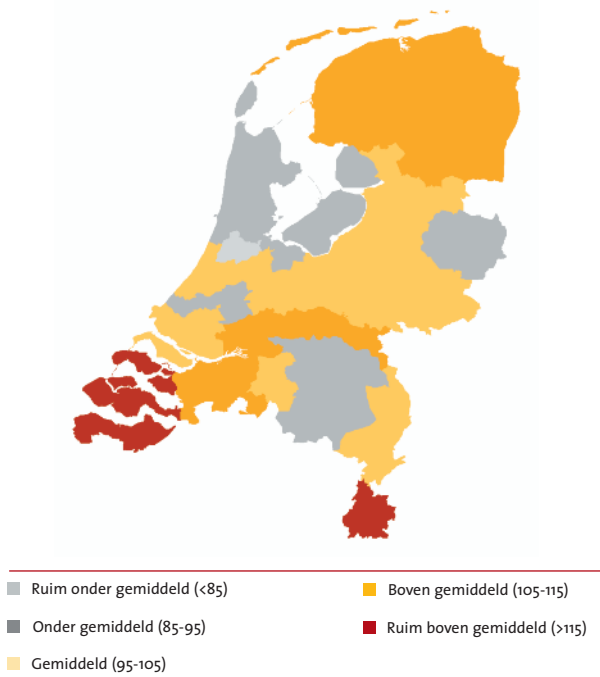
Het aantal gebruikers van antidepressiva (definitie op ATC-code niveau No6A) in Nederland is in de afgelopen jaren gestegen van 922.500 in 2006 naar 941.500 in 2010. De kosten die gepaard gaan met het gebruik van antidepressiva zijn de afgelopen jaren sterk afgenomen. Deze kostenreductie wordt vooral veroorzaakt door de prijsverlagingen voor de generiek beschikbaar gekomen SSRIs: fluoxetine (Prozac), citalopram (Cipramil), sertraline (Zoloft) en paroxetine (Seroxat). Deze prijsverlagingen zijn deels afgedwongen via de WGP waarbij de lagere prijzen van deze middelen in de ons omringende landen doorwerken in prijsverlagingen in Nederland. Deels zijn de prijzen door de fabrikanten van generieke geneesmiddelen vrijwillig verlaagd op grond van het geneesmiddelenconvenant

## RECEPT 3.1 | ANTIDEPRESSIVA IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2006	2010	
5.985.000	8.106.000	recepten
221.537.000	246.021.000	dagdoseringen (DDD)
922.500	941.500	gebruikers
€ 166.344.000	€ 91.875.000	kosten (all in)
6,5	8,6	recepten per gebruiker
240	260	doseringen per gebruiker
€ 0,75	€ 0,37	kosten per dag (DDD)
€ 27,80	€ 11,35	kosten per recept
€ 180,30	€ 97,60	kosten per gebruiker
71%	81%	aandeel generiek DDDs
66%	66%	aandeel vrouwen DDDs
35%	30%	aandeel 45-
42%	46%	aandeel 45-65 jaar
23%	24%	aandeel 65+
<b>Top 3 aantal recepten</b>		
	1.460.000	paroxetine (Seroxat)
	1.318.000	citalopram (Cipramil)
	1.009.000	venlafaxine (Efexor)

FIGUUR 3.2 | GEBRUIKERS ANTIDEPRESSIVA 2010



(2004) en onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid (vanaf medio 2008).

In het recept 3.1 geven we inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van antidepressiva door de gegevens van 2006 en 2010 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. Een deel van deze daling kan worden toegeschreven aan de groei van het aantal uitgiftes van zogenoemde weekdoseerverpakkingen voor één week of voor meerdere weken tegelijk. Deze ontwikkeling wordt mede gestimuleerd doordat voor deze weekafleveringen een apart aflevertarief is vastgesteld.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen is toegenomen van 71% in 2006 naar 81% in 2010; dit leidt tot lagere kosten door lagere prijzen. De verhouding tussen 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 3.2 zijn de regionale verschillen van gebruikers van antidepressiva in Nederland in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van antidepressiva in 2010 is 57 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. Voor de volgende regio's geldt dat het aantal gebruikers beduidend boven het landelijk gemiddelde ligt: Zeeland en Zuid-Limburg. Voor de regio Amstelland/De Meerlanden geldt dat het aantal gebruikers van antidepressiva ruim onder het landelijk gemiddelde ligt.

### Cholesterolverlagende middelen

Het aantal gebruikers van cholesterolverlagende middelen (definitie op ATC-code niveau C10) is in de afgelopen jaren gestegen van 1.426.000 in 2006 naar 1.679.000 in 2010. Dit is een stijging van gemiddeld 4,2% per jaar. De kosten voor het gebruik van cholesterolverlagers zijn in diezelfde periode echter gedaald, en wel met € 85 miljoen naar € 299 miljoen in 2010. In 2010 kost een cholesterolverlager gemiddeld 52 cent per dag, en zijn de gemiddelde kosten per gebruiker ten opzichte van 2006 met 91 euro gedaald tot 178 euro.

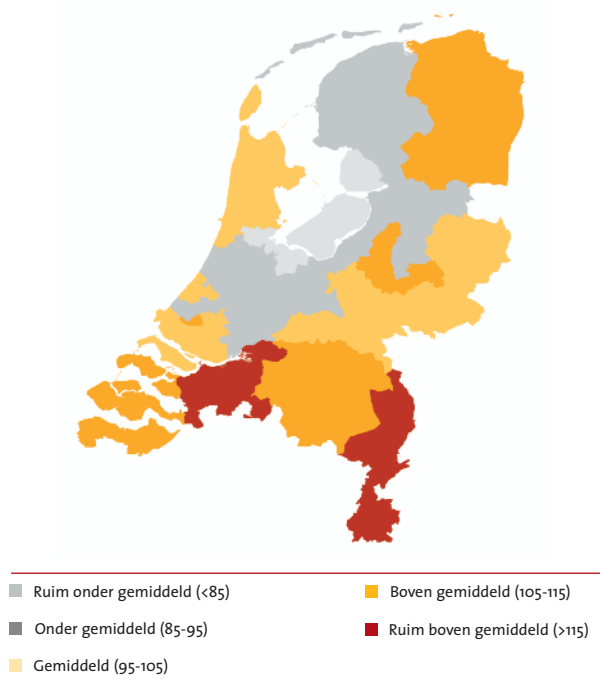


### RECEPT 3.2 | CHOLESTEROLVERLAGERS IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2006	2010	
6.148.000	10.606.000	recepten
430.228.000	576.182.000	dagdoseringen (DDD's)
1.426.000	1.679.000	gebruikers
€ 383.953.000	€ 299.417.000	kosten (all in)
4,3	6,3	recepten per gebruiker
300	345	doseringen per gebruiker
€ 0,89	€ 0,52	kosten per dag (DDD)
€ 62,45	€ 28,25	kosten per recept
€ 269,20	€ 178,30	kosten per gebruiker
44%	55%	aandeel generiek DDD's
42%	43%	aandeel vrouwen DDD's
4%	4%	aandeel 45-
40%	37%	aandeel 45-65 jaar
56%	59%	aandeel 65+
<b>Top 3 aantal recepten</b>		
	5.551.000	simvastatine (Zocor)
	2.236.000	atorvastatine (Lipitor)
	1.065.000	pravastatine (Selektine)

FIGUUR 3.3 | GEBRUIKERS CHOLESTEROLVERLAGERS 2010



De belangrijkste oorzaken van de beperkte kostenstijging zijn de (vrijwillige) prijsverlagingen voor de generieke beschikbaar gekomen cholesterolsyntheseremmers simvastatine (Zocor) en pravastatine (Selektine) en fluvastatine (Canef en Lescol). 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.

In het recept 3.2 staan de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van cholesterolverlagers weergegeven door de gegevens van 2006 en 2010 naast elkaar te zetten. In het oog springt vooral de toename van het aantal gebruikers en de daling van de daarmee corresponderende kosten. In 2010 werd 299 miljoen euro aan cholesterolverlagers uitgegeven. Bij de gebruikers is het gemiddeld aantal gebruiksdagen gemeten in DDD toegenomen van 300 DDD's in 2006 naar 345 DDD's per gebruiker in 2010. Het aandeel van generiek beschikbare middelen is toegenomen van 44% naar 55% in 2010. Het effect van deze verschuiving komt duidelijk naar voren wanneer de kosten per dag, kosten per voorschrift of kosten per gebruiker worden vergeleken. De verhouding tussen mannen en vrouwen is ongewijzigd: het merendeel van het aantal DDD's wordt voorgeschreven aan mannen. De leeftijdsgroep 65+ is de grootste gebruikersgroep; deze is verantwoordelijk voor bijna 60% van het gebruik. De groep van 45-64 jarigen volgt op enige afstand en is verantwoordelijk voor 37% van het totale gebruik.

In figuur 3.3 zijn de regionale verschillen van gebruikers van cholesterolverlagers in Nederland in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van cholesterolverlagers in 2010 is 102 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. In de regio's in het zuiden van Nederland ligt het aantal gebruikers ruim boven het landelijk gemiddelde: West-Brabant, Noord-/Midden-Limburg en Zuid-Limburg. Voor de regio's Flevoland, het Gooi en Amsterdam ligt het aantal gebruikers van cholesterolverlagers ruim onder 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 licht gestegen van 1.516.000 in 2006 naar circa 1.548.000 in 2010. Dit is een stijging van gemiddeld 0,5% per jaar. De stijging van de kosten tot 444 miljoen

### RECEPT 3.3 | ASTMA- EN COPD-MIDDELEN IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

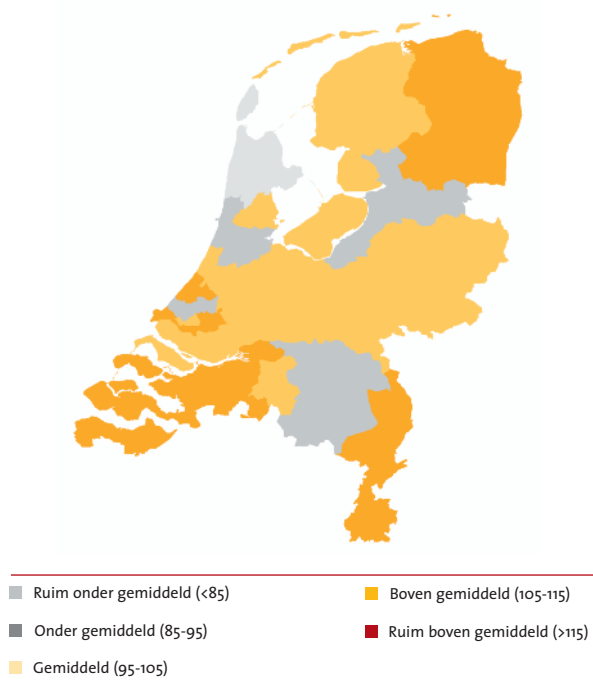
2006	2010	
6.810.000	7.203.000	recepten
355.527.000	359.991.000	dagdoseringen (DDD)
1.516.000	1.548.000	gebruikers
€ 398.554.000	€ 444.354.000	kosten (all in)
4,5	4,7	recepten per gebruiker
235	235	doseringen per gebruiker
€ 1,12	€ 1,23	kosten per dag (DDD)
€ 58,50	€ 61,70	kosten per recept
€ 262,90	€ 287,10	kosten per gebruiker
12%	9%	aandeel generiek DDDs
51%	53%	aandeel vrouwen DDDs
25%	23%	aandeel 45-
36%	38%	aandeel 45-65 jaar
39%	39%	aandeel 65+
<b>Top 3 aantal recepten</b>		
	1.721.000	salbutamol (Ventolin)
	1.257.000	salmeterol & fluticason (Seretide)
	949.800	tiotropium (Spiriva)

euro in 2010 ligt met gemiddeld 2,8% per jaar hoger dan op grond van de toename van het aantal gebruikers mocht worden verwacht.

De toename in het gebruik en de kosten komen vooral door een toename in het gebruik van combinatiepreparaten (een langwerkend  $\beta$ -sympathicomimeticum met een inhalatiecorticosteroid). De kosten voor deze combinatiepreparaten zijn gestegen van 185 miljoen euro in 2006 naar 216 miljoen euro in 2010, dit is bijna de helft van de totale kosten voor alle astma- en COPD-middelen. Deze groei gaat voor een 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 2006 en 2010 naast elkaar te zetten. In het oog springt vooral de toename van de kosten, terwijl het aantal gebruikers en het aantal standaard dagdoseringen licht zijn gestegen. De toename van het gebruik van combi-

FIGUUR 3.4 | GEBRUIKERS ASTMA- EN COPD-MIDDELEN 2010



natiepreparaten heeft duidelijk gevolgen voor de kengetallen uitgedrukt in euro's: een hogere prijs per dag en per recept. Het gemiddeld aantal DDDs per gebruiker is constant gebleven. Het aandeel van generiek beschikbare middelen is gedaald, van 12% in 2006 naar 9% in 2010. De verhouding tussen mannen en vrouwen bedraagt 47:53. De meeste gebruikers van deze middelen bevinden zich in de leeftijdsgroepen 65+ en de groep 45-64 jarigen, samen verantwoordelijk voor 77% van het gebruik.

De landelijke prevalentie van gebruikers van astma en COPD-middelen in 2010 is 94 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. Er is weinig regionale variatie, ten opzichte van het landelijk gemiddelde liggen de meeste regio's daar net onder of net boven (zie figuur 3.4). Een uitzondering vormt de regio Noord-Holland noord; het aantal gebruikers ligt ruim onder het gemiddelde.

### Maagmiddelen

Het aantal gebruikers van maagmiddelen (definitie op ATC-code niveau A02) is de afgelopen jaren gestegen naar bijna 2,6 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 2010 op gemiddeld 4,9 voorschriften 210 standaard dagdoseringen afgeleverd.

### RECEPT 3.4 | MAAGMIDDELEN IN NEDERLAND

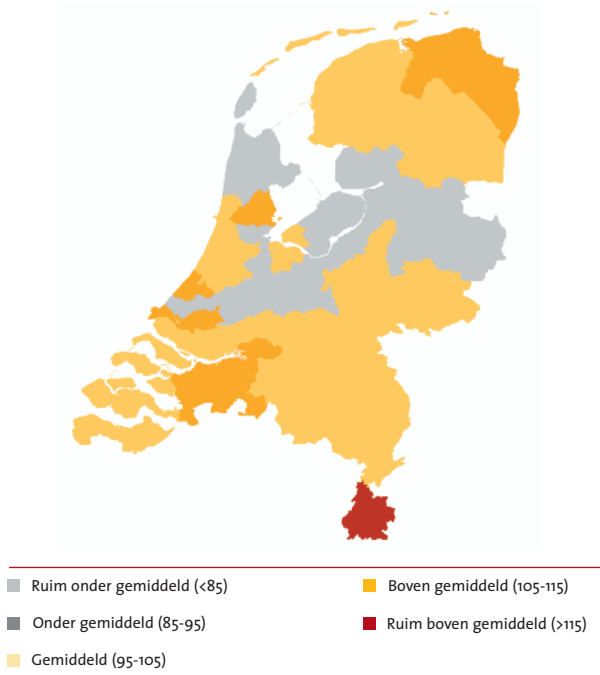
GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2006	2010	
6.506.000	12.730.000	recepten
338.713.000	537.600.000	dagdoseringen (DDD)
1.800.000	2.581.000	gebruikers
€ 314.312.000	€ 202.443.000	kosten (all in)
3,6	4,9	recepten per gebruiker
190	210	doseringen per gebruiker
€ 0,93	€ 0,38	kosten per dag (DDD)
€ 48,30	€ 15,90	kosten per recept
€ 174,60	€ 78,40	kosten per gebruiker
54%	78%	aandeel generiek DDDs
57%	57%	aandeel vrouwen DDDs
11%	10%	aandeel 45-
38%	38%	aandeel 45-65 jaar
51%	52%	aandeel 65+
<b>Top 3 aantal recepten</b>		
	6.351.000	omeprazol (Losec)
	3.495.000	pantoprazol (Pantozol)
	1.771.000	esomeprazol (Nexium)

In recept 3.4 geven we inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van de maagmiddelen in Nederland door de gegevens van 2006 en 2010 naast elkaar te zetten. In het oog springt vooral de toename van het aantal gebruikers terwijl de kosten stevig zijn gedaald. De stijging in gebruik van maagmiddelen is volledig toe te schrijven aan de protonpompremmers. Met een gemiddelde jaarlijkse groei van 9,4% is sinds 2006 het aantal gebruikers van maagmiddelen met 781.000 gestegen tot bijna 2,6 miljoen in 2010. 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 daalt het aantal gebruikers van de zogenoemde H2-antagonisten; een daling van 257.300 in 2006 naar 174.800 in 2010.

De kostendaling kunnen we vooral toeschrijven de prijsverlagingen van het generiek beschikbaar gekomen omeprazol (Losec), gevolgd door pantoprazol (Pantozol) en lansoprazol (Prezal). Het aandeel van generiek beschikbare middelen is gestegen van 54% in 2006 naar 78% in 2010. De verhouding tussen mannen en vrouwen in het gebruik van maagmiddelen bedraagt 43:57. De leeftijdsgroep 65+ blijft de grootste gebruikersgroep, gevolgd door de groep van 45-64 jaar. Zij zijn verantwoordelijk voor 52% respectievelijk 38% van het totale gebruik.

FIGUUR 3.5 | GEBRUIKERS MAAGMIDDELEN 2010



De landelijke prevalentie van gebruikers van maagmiddelen in 2010 is 156 gebruikers per 1.000 verzekerden. In de Zuid-Limburg ligt het aantal gebruikers ruim boven het landelijk gemiddelde (zie figuur 3.5). Het midden van Nederland en Noord-Holland omvat vooral regio's die onder het landelijke gemiddelde liggen.

### Diabetesmiddelen

Het aantal gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen oftewel diabetesmiddelen (definitie op ATC-code niveau A10) is de afgelopen jaren gestegen naar 756.700. Dit is een gemiddelde stijging van 3,3% per jaar. De toename in het gebruik van de orale middelen ligt met 4,2% per jaar iets hoger dan de toename (3,5%) 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 liggen in 2010 iets hoger dan in 2006. De insulines zijn verantwoordelijk voor

### RECEPT 3.5 | DIABETESMIDDELEN IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2006	2010	
5.478.000	8.676.000	recepten
359.229.000	409.445.000	dagdoseringen (DDD's)
665.600	756.700	gebruikers
€ 229.941.000	€ 242.816.000	kosten (all in)
8,2	11,5	recepten per gebruiker
540	540	doseringen per gebruiker
€ 0,64	€ 0,59	kosten per dag (DDD)
€ 42,00	€ 28,00	kosten per recept
€ 345,50	€ 320,90	kosten per gebruiker
55%	59%	aandeel generiek DDD's
50%	48%	aandeel vrouwen DDD's
9%	8%	aandeel 45-
33%	34%	aandeel 45-65 jaar
58%	58%	aandeel 65+
<b>Top 3 aantal recepten</b>		
	4.189.000	metformine
	1.056.000	glimepiride (Amaryl)
	753.700	tolbutamide

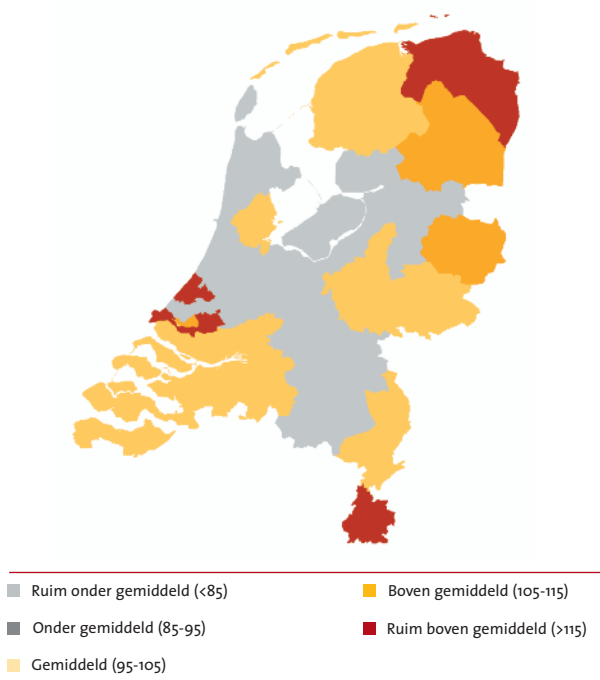
70% van de totale kosten, terwijl het aandeel in DDD's uitkomt op 36%.

Bij de orale middelen is het vooral metformine dat wordt voorgeschreven. Voor de relatief nieuwe middelen, de thiazolidinedionen (rosiglitazon en pioglitazon) geldt dat de gebruikersaantallen weer afnemen, terwijl de dipeptidylpeptidase-4-remmers (sildagliptine, vildagliptine en saxagliptine) juist een stijging laten zien. In tegenstelling tot bijvoorbeeld metformine zijn voor deze relatief nieuwe middelen de voorwaarden van toepassing zoals vastgelegd op Bijlage 2 bij de Regeling Zorgverzekering.

In recept 3.5 geven we inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van diabetesmiddelen door de gegevens van 2006 en 2010 naast elkaar te zetten. In het oog springt vooral de toename van het aantal gebruikers en het aantal dagdoseringen, terwijl de kosten relatief stabiel blijven.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen is toegenomen van 55% naar 59% in 2010. Dit komt geheel op het conto van de orale middelen, want voor de insulines zijn nog geen generieke preparaten beschikbaar. De verhouding tussen mannen en vrouwen in DDD is 52:48. De leeftijdsgroep 65+ is de grootste gebruikersgroep gevolgd door de groep van 45-64 jaar. Zij zijn verantwoordelijk voor 58% respectievelijk 34% van het totale gebruik

FIGUUR 3.6 | GEBRUIKERS DIABETESMIDDELEN 2010



In figuur 3.6 zijn de regionale verschillen van gebruikers van diabetesmiddelen in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van diabetesmiddelen in 2010 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 het midden van Nederland geldt dat het aantal gebruikers in deze regio's onder het landelijk gemiddelde ligt.

### Slaap- en kalmeringsmiddelen

Met ingang van januari 2009 zijn de aanspraken op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen ingrijpend gewijzigd en is de vergoeding beperkt tot een specifiek aantal indicaties (o.a. als onderhoudsbehandeling bij epilepsie en de behandeling van psychiatrische problematiek). Als gevolg hiervan zien we een drastische terugval in het aantal gebruikers, het aantal DDD's en de daarmee gepaard gaande kosten. Globaal genomen is in 2009 sprake van een terugval met ruim 70% ten opzichte van 2008. Op grond van gegevens van

## RECEPT 3.6 | BENZODIAZEPINEN IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2006	2010	
11.250.000	3.877.000	recepten
211.301.000	66.356.000	dagdoseringen (DDD's)
1.779.000	369.000	gebruikers
€ 99.890.000	€ 30.096.000	kosten (all in)
6,3	10,5	recepten per gebruiker
119	180	doseringen per gebruiker
€ 0,47	€ 0,45	kosten per dag (DDD)
€ 8,90	€ 7,75	kosten per recept
€ 56,00	€ 82,00	kosten per gebruiker
91%	90%	aandeel generiek DDD's
67%	60%	aandeel vrouwen DDD's
12%	18%	aandeel 45-
37%	47%	aandeel 45-65 jaar
51%	35%	aandeel 65+
<b>Top 3 aantal recepten</b>		
	985.000	oxazepam (Seresta)
	723.900	temazepam (Normison)
	463.400	diazepam (Stesolid)

FIGUUR 3.7 | GEBRUIKERS BENZODIAZEPINEN 2010



de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) schatten we in dat een substantieel deel van de gebruikers niet zijn gestopt maar de niet vergoede kosten voor eigen rekening hebben genomen. Per saldo is het aantal gebruikers gedaald van 1,8 miljoen in 2008 naar 1,5 miljoen in 2009. Van deze laatste groep heeft 1,1 miljoen mensen de kosten (circa € 70 miljoen) voor eigen rekening genomen. De beperkingen voor de aanspraak op slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen, definitie op ATC-code niveau No5BA, No5CD en No5CF) zijn in recept 3.6 zichtbaar. Het aantal recepten is gedaald met 7,4 miljoen voorschriften, het aantal gebruikers nam af met ruim 1,4 miljoen en het aantal afgeleverde DDD's daalde naar 66,4 miljoen. Vergelijken we 2010 met 2009 dan is er sprake van een toename van het aantal gebruikers met 4,5% en een toename in het aantal DDD's met ruim 9%.

In recept 3.6 staan de belangrijkste kengetallen in het gebruik van benzodiazepinen (de slaap- en kalmeringsmiddelen) voor 2006 en 2010 naast elkaar. De vergelijking met 2006 wordt natuurlijk gedomineerd door de effecten van de beperkingen in de aanspraak op deze middelen. Het aandeel van generiek beschikbare middelen is hoog en bedraagt in 2010 90%.

Wat opvalt, is dat zowel het aantal recepten als het gemiddeld aantal dagdoseringen per gebruiker duidelijk is toegenomen. Het lijkt er op dat de beperkingen in de aanspraak vooral tot een uitstroom van incidentele gebruikers heeft geleid. Ook is zichtbaar dat het aandeel van de gebruikersgroep 65 jaar en ouder duidelijk is afgenomen.

In figuur 3.7 zijn de regionale verschillen van het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in Nederland in 2010 in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen in 2010 is 22 gebruikers per 1.000 verzekerden. In Amsterdam, Haaglanden, Rotterdam, Nieuwe Waterweg noord en Zuid-Limburg ligt het gemiddeld aantal gebruikers ruim boven het landelijk gemiddelde. Verder laat figuur 3.7 een grote regionale spreiding onder en boven het gemiddelde zien. Opvallend is wel dat het grijs (onder of ruim onder het gemiddelde) domineert.

## Antipsychotica

Het aantal gebruikers van antipsychotica (definitie op ATC-code niveau No5A) is de afgelopen jaren gestegen van 248.000 in 2006 naar bijna 275.000 in 2010. Deze toename

is in belangrijke mate toe te schrijven aan de toename van het gebruik en een verschuiving in het gebruik van de klassieke middelen naar de nieuwe, atypische antipsychotica, vooral: quetiapine (Seroquel) en aripiprazol (Abilify). Het aantal gebruikers van quetiapine steef van 28.000 in 2006 naar ruim 60.000 in 2010 het gebruikersaantal van aripiprazol steeg van 5.800 naar bijna 13.000.

In recept 3.7 geven we inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van de antipsychotica in Nederland door de gegevens van 2006 en 2010 naast elkaar te zetten. Het aantal gebruikers van antipsychotica is in de periode 2006 – 2010 gestegen met 10%, de aantallen dagdoseringen en kosten stegen beiden met ongeveer 14%.

In figuur 3.8 zijn de regionale verschillen van het gebruik van antipsychotica in Nederland in 2010 in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van antipsychotica is 17 gebruikers per 1.000 verzekerden. In de volgende regio's ligt het aantal gebruikers ruim boven het landelijk gemiddelde: Zeeland, Zuid-Limburg, Rotterdam en Amsterdam.

### HIV-middelen

Er is sprake van een forse stijging van het gebruik van HIV-middelen (definitie op ATC-code niveau J05AE, J05AF, J05AG, J05AR en J05AX). Het aantal gebruikers van HIV-middelen is toegenomen van 9.000 in 2006 naar 13.600 in 2010. De kosten in verband met gebruik van HIV-middelen zijn gestegen naar bijna €140 miljoen. In recept 3.8 staan de belangrijkste kengetallen rondom het gebruik van HIV-middelen. Als gevolg van de behandelingsmogelijkheden is besmetting met HIV een meer chronische aandoening geworden. Dat tegenwoordig de behandeling uit een combinatie van meerdere middelen bestaat, die HAART (*highly active antiretroviral therapy*) wordt genoemd, komt duidelijk naar voren uit de top 3 in voorschriften.

In figuur 3.9 zijn de regionale verschillen van het gebruik van HIV-middelen in Nederland in 2010 in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van HIV-middelen is 0,9 gebruikers per 1.000 verzekerden. In de volgende regio's ligt het aantal gebruikers ruim boven het landelijk gemiddelde: Amsterdam, het Gooi, Rotterdam en Haaglanden.

### HAART, highly active antiretroviral therapy

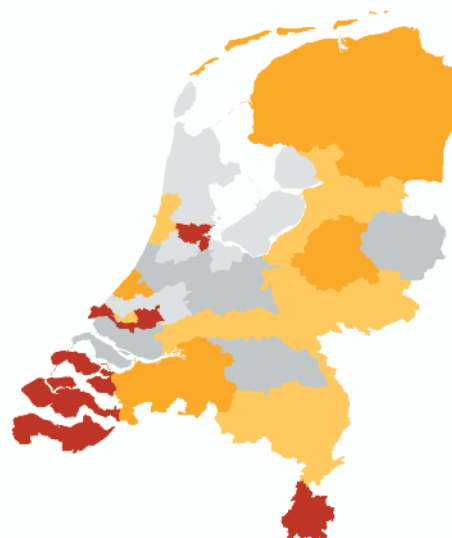
Sinds de introductie in 1987 van zidovudine (Retrovir) zijn de behandelingsmogelijkheden van een infectie met HIV

## RECEPT 3.7 | ANTIPSYCHOTICA IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2006	2010	
2.250.000	3.483.000	recepten
39.442.000	45.023.000	dagdoseringen ( DDDs)
247.900	274.600	gebruikers
€ 107.815.000	€ 123.124.000	kosten (all in)
9,1	12,7	recepten per gebruiker
160	165	doseringen per gebruiker
€ 2,73	€ 2,73	kosten per dag (DDD)
€ 47,90	€ 35,35	kosten per recept
€ 435,00	€ 448,30	kosten per gebruiker
15%	21%	aandeel generiek DDDs
47%	46%	aandeel vrouwen DDDs
36%	32%	aandeel 45-
45%	49%	aandeel 45-65 jaar
19%	19%	aandeel 65+
<b>Top 3 aantal recepten</b>		
	683.200	quetiapine (Seroquel)
	570.500	risperidon (Risperdal)
	558.900	olanzapine (Zyprexa)

FIGUUR 3.8 | GEBRUIKERS ANTIPSYCHOTICA 2010



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



**TABEL 3.1 | KOSTENONTWIKKELING HIV-MIDDELEN NAAR WERKINGSMECHANISME, 2006-2010**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2006	2007	2008	2009	2010
proteaseremmers (PI)	16,3	19,6	20,9	22,8	25,5
nucleoside reverse transcriptaseremmers (NRTI)	25,6	19,7	16,6	12,7	11,1
non-nucleoside reverse transcriptase-remmers (NNRTI)	14,5	16,4	16,5	14,7	14,9
twee -of meervoudige combinatiepreparaten	22,4	37,6	49,2	68,0	80,0
overig	1,2	1,2	3,4	6,1	8,2
<b>Totaal</b>	<b>80,0</b>	<b>94,5</b>	<b>106,6</b>	<b>124,3</b>	<b>139,6</b>

(humaan immunodeficiëntie virus) geweldig toegenomen. De huidige behandeling bestaat 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-geïn-

fecteerden de normale levensverwachting benaderd. Een besmetting met HIV is hierdoor veranderd in een chronische aandoening. In Nederland gaven we in 2010 ongeveer 140 miljoen euro uit aan de verstrekking van HIV-geneesmiddelen, wat neerkomt op ruim 10.000 euro per gebruiker.

**RECEPT 3.8 | HIV-MIDDELEN IN NEDERLAND**

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2006	2010	
107.400	159.400	recepten
6.364.500	8.016.400	dagdoseringen (DDD's)
9.000	13.600	gebruikers
€ 79.993.000	€ 139.646.000	kosten (all in)
11,9	11,7	recepten per gebruiker
708	588	doseringen per gebruiker
€ 12,59	€ 17,42	kosten per dag (DDD)
€ 744,70	€ 876,20	kosten per recept
€ 8.895,00	€ 10.239,00	kosten per gebruiker
22%	21%	aandeel generiek DDD's
7%	5%	aandeel vrouwen DDD's
65%	57%	aandeel 45-
26%	36%	aandeel 45-65 jaar
2%	4%	aandeel 65+
<b>Top 3 aantal recepten</b>		
	27.000	emtricitabine & tenofovir (Truvada)
	17.600	nevirapine (Viramune)
	17.000	emtricitabine & tenofovir & efavirenz (Atripla)

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 integrase-remmer, een fusie-remmer en een

**FIGUUR 3.8 | GEBRUIKERS HIV-MIDDELEN 2010**



CCR5-antagonist. Het gaat hierbij om enkelvoudige middelen. Omdat de basis van de HAART een combinatie-therapie is, worden ook steeds meer vaste combinaties als geneesmiddel geregistreerd en 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. Er is sprake van een gemiddelde jaarlijkse groei van bijna 15%. Opvallend is de sterke stijging van de kosten van de vaste combinatiepreparaten met gemiddeld 37% en de daling van de kosten van de NRTIs van meer dan 18%. De daling van NRTIs houdt direct verband met de toename van de combinatiepreparaten: deze middelen zijn een belangrijk onderdeel van de vaste behandelcombinaties.



# 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 voorschrijven heeft de toename in het gebruik van generieke middelen gestimuleerd.

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

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

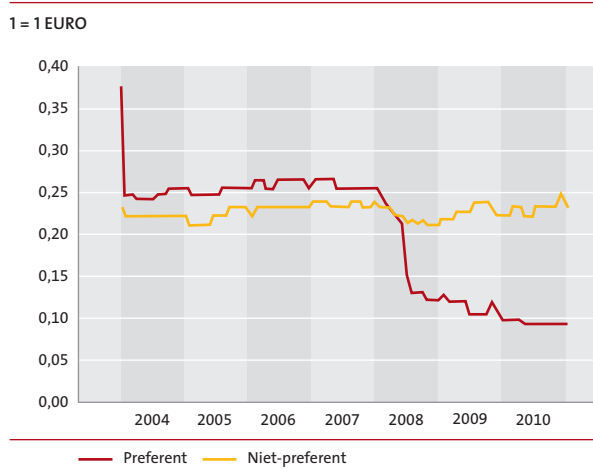
Het aantal WMG-voorschriften waarop een generiek geneesmiddel is afgeleverd is gestegen van 72,2 miljoen in 2006 naar 110,6 miljoen in 2010. Het marktaandeel, gemeten in aantal voorschriften is in deze periode toegenomen van ruim 53% naar ruim 59%. Kijken we naar de ontwikkeling van het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDDs) dan is een vergelijkbare trend waar te nemen. Het aandeel DDDs van generieke geneesmiddelen steeg van bijna 48% in 2006 naar bijna 53% in 2010. De stijging in het gebruik van generieke middelen wordt mede veroorzaakt door het patentverlies van veelgebruikte specialités. Sinds 2000 zijn er circa 120 specialités uit patent gegaan waarvan de marktaandelen in belangrijke mate werden overgenomen door generieke aanbieders. Daarnaast wordt de toename in het gebruik van generieke geneesmiddelen gestimuleerd doordat in Nederland de voorschrijvers standaard op stofnaam voorschrijven hetgeen het afleveren van een generiek middel vergemakkelijkt. Voorts zien we een tendens bij huisartsen en specialisten om zich bij het voorschrijven van geneesmiddelen te laten leiden door

doelmatigheid: waarom een duurder middel voorschrijven als er gelijkwaardige maar goedkopere alternatieven voorhanden zijn. Elders in GI Peilingen geven we aan dat deze ontwikkeling zichtbaar is bij het voorschrijven van cholesterolverlagende middelen en maagmiddelen.

Wanneer we naar het marktaandeel in materiaalkosten (apothekinkooprijzen) kijken, is sprake van een tegenovergestelde verschuiving: het marktaandeel van generiek is sinds 2006 gedaald van 25,0% naar 13,4% in 2010. Deze ontwikkeling wordt primair veroorzaakt door de prijsverlagingen van generieke geneesmiddelen onder invloed van het geneesmiddelenconvenant en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid. Voor het leeuwendeel van de generieke geneesmiddelen (in 2010: ruim 90%, gemeten in aantallen DDDs) geldt dat deze onderwerp van preferentiebeleid zijn. De gerealiseerde prijsdalingen zijn aanzienlijk: de gemiddelde apothekinkooprijzen van generieke geneesmiddelen per DDD daalde in deze periode van € 0,26 in 2004 naar € 0,10 in 2010.

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 2010 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 standaard dagdosering. De weging vindt plaats op basis van het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen.

FIGUUR 4.1 | PRIJS PER DDD GENERIEKE GENEESMIDDELEN, PER MAAND 2004–2010



Duidelijk zichtbaar is dat voor de preferent aangewezen generieke geneesmiddelen de prijzen in februari 2004 zijn gedaald van € 0,38 per DDD naar € 0,25 per DDD. Tot 2008 blijven de prijzen redelijk stabiel. In de loop van 2008 en 2009 gaan de prijzen nog weer verder omlaag. In december 2010 zijn de gemiddelde prijzen gedaald naar € 0,09 per DDD. Of anders gezegd: de prijzen voor deze generieke geneesmiddelen zijn in zes jaar tijd met ruim 75% gedaald.

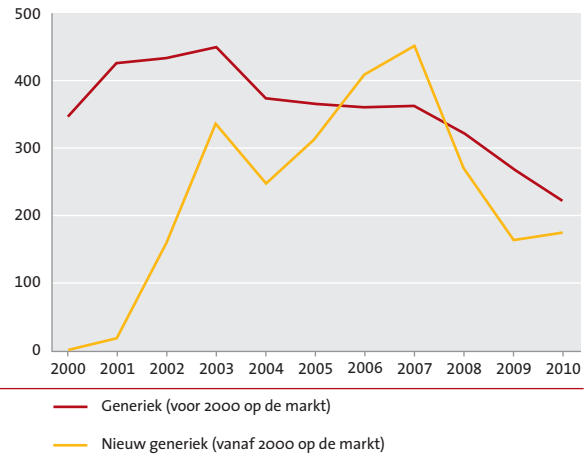
Een heel ander beeld laten de niet-preferente generieke geneesmiddelen zien. De gemiddelde prijzen van niet-preferente middelen zijn slechts in heel geringe mate gedaald: € 0,24 per DDD in januari 2004, tegenover € 0,23 per DDD in december 2010.

Het effect van deze prijsverlagingen op de uitgaven voor preferente geneesmiddelen is enorm. Ondanks het feit dat ten opzichte van 2004 het aantal afgeleverde DDDs sinds 2004 met 70% is toegenomen, zijn de uitgaven op AIP-niveau met circa € 236 miljoen gedaald (van € 575 miljoen in 2004 naar € 339 miljoen in 2010). Gaan we uit van de afgeleverde hoeveelheden in 2010 en rekenen we de gerealiseerde prijsdalingen vanaf mei 2008 toe aan de uitbreidingen van het door zorgverzekeraars gerealiseerde preferentiebeleid, dan kan de besparing via dit preferentiebeleid voor het jaar 2010 worden berekend op circa € 500 miljoen.

Voor de generieke geneesmiddelen die vanaf 2000 op de markt zijn gekomen geldt dat hun omzet (gemeten in apothekinkooprijzen) is opgelopen van € 1,5 miljoen in 2000 naar circa € 179 miljoen in 2010. De omzet van generieke geneesmiddelen die ook al voor 2000 op de markt waren

**FIGUUR 4.2 | OMZET GENERIEKE GENEESMIDDELEN 2000–2010 GEMETEN IN APOTHEEKINKOOPRIJS (AIP)**

1 = 1 MILJOEN EURO



daalde van € 348 miljoen in 2000 naar € 232 miljoen in 2010. In figuur 4.2 laten we de omzetontwikkeling op jaarbasis zien. We kunnen constateren dat er vanaf 2008 sprake is van een aanzienlijke omzetzak van de generieke middelen die na 2000 op de markt zijn gekomen. Deze omzetzak kan nagenoeg geheel worden toegeschreven aan de prijsverlagingen als gevolg van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars.

De top 10 van de meest gebruikte generieke geneesmiddelen in 2010 staat weergegeven in tabel 4.1. In de voorlaatste kolom is het aantal afgeleverde DDDs vermeld van het generieke geneesmiddel. In de laatste kolom is het aandeel vermeld van deze generieke middelen ten opzichte de totale markt (specialité en generieke middelen samen). De gene-

**TABEL 4.1 | TOP TIEN: GENERIEKE GENEESMIDDELEN, AANTAL DDDs EN AANDEEL IN TOTAAL, 2010**

1 = 1 MILJOEN

Rang	Stofnaam (merknaam)	Indicatiegebied	DDDs	Aandeel
1	omeprazol (Losec)	maagzuurklachten	291,1	94,4%
2	simvastatine (Zocor)	verhoogd cholesterol	260,6	98,4%
3	levonorgestrel & oestrogeen (Microgynon)	anticonceptie	210,2	56,5%
4	acetylsalicylzuur (Aspirine-protect)	trombose, infarct	186,5	98,7%
5	metoprolol (Lopresol)	hartfalen, hypertensie	160,8	93,4%
6	amlodipine (Norvasc)	hypertensie, angina pectoris	145,6	97,2%
7	enalapril (Renitec)	hypertensie, hartfalen	143,5	99,4%
8	metformine	diabetes	133,1	100,0%
9	hydrochloorthiazide	hypertensie	114,8	100,0%
10	pantoprazol (Pantozol)	maagzuurklachten	99,2	93,5%

riek geneesmiddelen in deze top 10 hebben allen een marktaandeel dat dicht tegen de 100% aankruipt. We concluderen dat na afloop van het patent de markt van het oorspronkelijke specialité nagenoeg geheel wordt overgenomen door de aanbieders van een generiek alternatief. Een uitzondering hierop vormt het anticonceptiemiddel Microgynon, dat zijn marktaandeel weliswaar terug zag lopen maar tot nu toe nog een marktaandeel van ruim 40% wist te behouden. Voor de geneesmiddelen metoprolol en omeprazol geldt dat de specialité-fabrikant (in beide gevallen gaat het om AstraZeneca) nog een beperkt marktaandeel wist te behouden door de introductie van een nieuwe variant van het geneesmiddel: een gereguleerde afgifte van de werkzame stof. Hoewel het patent op de werkzame stof zelf is afgelopen, berust dan nog wel een patent op de nieuw geïntroduceerde toedieningsvorm.

De generieke middelen in de top zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor 1.745 miljoen DDDs, dit komt overeen met 43% van de totale generieke geneesmiddelenmarkt.

### **Gematigde kostenontwikkeling door WGP en preferentiebeleid.**

Kijken we terug op de periode 2004 – 2010, dan kunnen we constateren dat voor de geneesmiddelensector sprake is van een gematigde kostenstijging, zeker als we deze vergelijken met de periode 1997 – 2003. Deze gematigde kostenstijging is in belangrijke mate toe te schrijven aan de forse prijsverlagingen van vooral generieke geneesmiddelen. Voor 2010 geldt dat de lagere prijzen in belangrijke mate kunnen worden toegeschreven aan de prijsdruk via de Wet GeneesmiddelenPrijzen (WGP) en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars.

De opbrengsten die uit al deze prijsverlagingen voortvloeien zijn aanzienlijk. Voor 2010 wordt de opbrengst geschat op € 2.527 miljoen. Of anders gezegd: als de prijzen van de geneesmiddelen in 2010 nog steeds op het niveau van januari 2004 zouden verkeren, dan zouden de uitgaven voor geneesmiddelen in 2010 ruim 50% hoger zijn uitgevallen dan thans het geval is.

Dit percentage behoeft enige nuancering. Tussen 2004 en 2010 is sprake van een duidelijke toename in het gebruik van geneesmiddelen: gemeten in standaarddagdoseringen is sprake van een stijging met circa 35%. Voorts zien we dat de prijsverlagingen vooral waarneembaar zijn bij middelen die in deze periode uit patent zijn gegaan, waardoor de prijzen van generieke middelen daalden. Dit is op zich een nieuw

fenomeen: voor 2004 waren de prijsdalingen bij de komst van generieke middelen uiterst gering. De fabrikanten van generieke geneesmiddel beconcurrerden elkaar liever via het verlenen van kortingen en bonussen aan de apothekers dan via lagere prijzen voor de consument. Het geneesmiddelenconvenant en ook het preferentiebeleid hebben deze marketingstrategie doorbroken en er voor gezorgd dat er werd geconcurrerd op de prijzen die in rekening werden gebracht bij de zorgverzekeraar respectievelijk de consument. Tot 2004 was het vooral de apotheker die bepaalde welke fabrikant van generieke middelen de voorkeur kreeg vanaf 2004 hebben zorgverzekeraars deze rol overgenomen en hebben daarmee de betekenis van margeconcurrentie (verlenen van kortingen en bonussen aan apothekers) aanzienlijk teruggebracht.

Zoals ook al in de inleiding staat aangegeven moet ook de betekenis van de prijsverlagingen die door de overheid wordt afgedwongen via de Wet GeneesmiddelenPrijzen (WGP) niet worden onderschat. De prijsdruk die via de WGP wordt uitgeoefend is substantieel: de WGP is verantwoordelijk voor ongeveer tweederde van de geraamde opbrengst.

Op grond van de WGP mogen de geneesmiddelenprijzen in Nederland niet hoger liggen dan het gemiddelde prijsniveau in de landen die ons omringen (België, Frankrijk, Duitsland en Groot-Brittannië). Twee keer per jaar (in april en oktober) berekent de overheid deze maximumprijzen opnieuw, waardoor de prijsontwikkelingen in de vier referentielanden doorwerken in de maximumprijzen die in Nederland gelden. Per saldo zijn de prijzen in de ons omringende landen de afgelopen jaren gedaald, waardoor ook de prijzen in Nederland via de WGP daalden.

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

waarop nog patent berust is de prijsdruk veel minder. Al deze prijsverlagingen hebben primair tot gevolg dat de marges voor het verlenen van kortingen en bonussen (inkoopvoordelen) aan apothekhoudenden wordt beperkt. In opdracht van de NZa is al een aantal jaren door ConQuaestor/Significant onderzoek gedaan naar de hoogte van de nog resterende kortingen en bonussen door apothekhoudenden. Hieruit blijkt dat er inderdaad sprake is van een teruggang. In 2004 bedroegen de inkoopvoordelen € 582 miljoen om in 2007 op te lopen naar € 712 miljoen. In 2008 daalden de inkoopvoordelen naar € 583 miljoen en voor 2009 is sprake van een verdere daling naar € 428 miljoen. Voor 2010 verwacht de NZa dat de inkoopvoordelen nog weer verder zullen terugvallen naar circa € 320 miljoen. Daar tegenover staat dat de inkomsten van apothekers uit het door de NZa vastgestelde aflevertarief in 2009 en 2010 duidelijke is toegenomen, van € 929 miljoen in 2008 naar € 1.210 miljoen in 2010. Of anders gezegd: de terugval aan kortingen en bonussen tussen 2008 en 2010 met € 263 miljoen werd in belangrijke mate weer gecompenseerd door een stijging van de inkomsten uit WMG-tarieven van € 289 miljoen. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de dienstverlening (aantal uitgiftes) door apothekhoudenden in deze periode in omvang is toegenomen. Voor deze toegenomen dienstverlening en ook de inflatie is hiervoor dan nog niet gecorrigeerd.

Een deel van de nog resterende inkoopvoordelen van apothekhoudenden wordt nog afgeroomd via de clawbackmaatregel (een procentuele verlaging van de inkoopvergoeding voor geneesmiddelen) het dan nog resterende deel is bedoeld om apothekers te compenseren voor de gemaakte praktijkkosten, voor zover deze niet via het aflevertarief worden afgedekt. Zorgverzekeraars en apothekers verschillen overigens van mening over de noodzaak tot deze compensatie. Apothekers vinden dat compensatie uit kortin-

gen en bonussen onvoldoende is en dus ten onrechte wordt afgeroomd via een lager NZa-tarief. Zorgverzekeraars vinden dat de afoming onvoldoende is en pleiten voor lagere NZa-tarieven. De verschillen in inzicht tussen beide partijen is nauwelijks overbrugbaar: apothekers vinden het NZa-tarief te laag en zorgverzekeraars vinden het NZa-tarief te hoog. De verwachting is dat met ingang van 1 januari 2012 de bemoeienis van de NZa met de hoogte van de aflevertarieven is afgelopen. Apothekers en zorgverzekeraars zullen zelf moeten gaan onderhandelingen en tot overeenstemming komen over de in rekening te brengen tarieven voor de dienstverlening van apothekers.

In tabel 4.2 geven we een overzicht van de opbrengsten van de doorgevoerde prijsverlagingen vanaf 2004. Deze opbrengst wordt uitgesplitst naar de belangrijkste componenten waaruit deze is opgebouwd: clawback, WGP-effect, en de vrijwillige prijsverlagingen onder invloed van het convenant respectievelijk het preferentiebeleid van zorgverzekeraars. We concluderen dat de verschillende componenten samen verantwoordelijk zijn voor een kostendrukkend effect op de geneesmiddelenkosten van ruim € 2,5 miljard. Wel moeten we hier opmerken dat de aldus berekende besparingsopbrengst uiterst geflatteerd is. Immers we confronteren de gerealiseerde uitgaven met een verwacht uitgavenniveau bij constante prijzen op basis van het prijspeil januari 2004.

Hieronder splitsen we de deze opbrengst uit over een drietal componenten. Wat opvalt, is dat het aandeel van de prijsverlagingen die ook via de WGP zouden zijn afgedwongen vanaf 2004 toeneemt naar ruim € 1,6 miljard. De WGP is daarmee een belangrijke 'stille kracht' achter deze besparingsopbrengst geworden. Het effect van de vrijwillige prijsverlagingen kan tot en met 2007 in belangrijke mate aan het convenant worden toegeschreven, in de jaren daarna wordt het effect vooral bewerkstelligd door het preferentiebeleid van

**TABEL 4.2 | OPBRENGST PRIJSMATREGELEN (INCLUSIEF 6% BTW), 2004 - 2010**

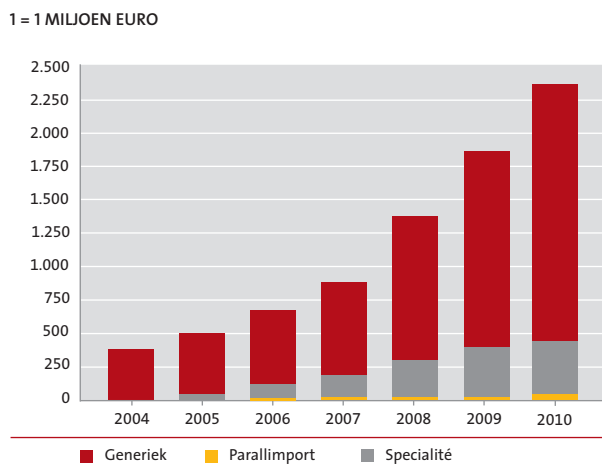
1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Clawback	181	182	188	207	131	202	195
Prijsverlagingen via WGP	- 7	65	271	522	868	1.241	1.640
Vrijwillige prijsverlagingen	412	452	436	354	488	619	692
<b>Totaal</b>	<b>585</b>	<b>699</b>	<b>895</b>	<b>1.084</b>	<b>1.487</b>	<b>2.062</b>	<b>2.527</b>

zorgverzekeraars. De derde component, de clawback (verlaging van de inkoopvergoedingen aan apothekhoudenden als compensatie voor genoten kortingen en bonussen) draagt eveneens bij aan een verlaging van de uitgaven voor geneesmiddelen. Voor 2010 gaat het om een bijdrage van ruim €195 miljoen.

In figuur 4.3 is het gezamenlijke prijsdrukkende effect weergegeven van de WGP, de vrijwillige prijsverlagingen op basis van het convenant en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid, verdeeld naar inkoopkanaal. De hier gepresenteerde opbrengst is inclusief 6% BTW maar exclusief de opbrengstbijdragen via de clawback. Duidelijk zichtbaar is dat de prijsverlagingen vooral hebben plaatsgevonden bij de generieke geneesmiddelen. De generieke geneesmiddelen zijn in 2010 verantwoordelijk voor 80% van de besparingsopbrengst.

**FIGUUR 4.3 | OPBRENGST PRIJSMATREGELEN (INCL. 6% BTW) NAAR INKOOPKANAAL, 2004-2010**



We concluderen dat de gematigde kostenstijging in de afgelopen zeven jaar vooral wordt veroorzaakt door de prijsverlagingen bij generieke geneesmiddelen, in het bijzonder bij die generieke geneesmiddelen die in de afgelopen tien jaar op de markt zijn gebracht als gevolg van het patentverloop van specialités. Voor een belangrijk deel ging het hier ook om patentverloop van een aantal zogenaamde block-busters, middelen met een aanzienlijk marktaandeel zowel in kosten als in volumes. Ook na patentverloop bleef het gebruik van deze middelen toenemen.

We verwachten dat het prijsniveau van deze generieke geneesmiddelen zich de komende jaren zal stabiliseren,

terwijl het volume nog wel verder zal toenemen. Verdere prijsverlagingen zullen vooral nog plaatsvinden op momenten dat sprake is van patentverloop. De prijsverlagingen die daarbij zullen optreden zullen naar onze verwachting iets achterblijven bij de prijsverlagingen die we de afgelopen jaren hebben gezien.

De prijsstelling van generieke middelen die in 2009 en 2010 op de markt zijn gekomen laat ook zien dat de prijsverlagingen trager op gang komen en ook minder vergaan. In de MLT-raming gaat het CVZ daarom ook uit van een verdere groei in het gebruik van geneesmiddelen in relatie tot een lichte stijging van het gemiddelde prijsniveau van specialités en een stabilisering van het gemiddelde prijsniveau van generieke geneesmiddelen. Dit resulteert in een verwachte kostenstijging van gemiddeld circa 5,4% per jaar. De belangrijkste groei zal dan plaatsvinden bij de zogenaamde single source producten (geneesmiddelen waarop nog patent rust) in combinatie met de stijging als gevolg van het op de markt komen van nieuwe geneesmiddelen.

### Nieuwe geneesmiddelen: 30% van totale geneesmiddelkosten

Jaarlijks komen er nieuwe geneesmiddelen op de Nederlandse markt. De minister van VWS beslist uiteindelijk of deze middelen 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 29% in 2010. Anders gezegd, bijna 30% van de kosten voor geneesmiddelen heeft betrekking op geneesmiddelen die vanaf 2000 nieuw zijn geïntroduceerd. Het aandeel van geneesmiddelen die sinds 2004 op de markt zijn gekomen is opgelopen tot 8,3%.

In tabel 4.3 is een overzicht waarin we de relatie leggen 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. Wel blijkt dat de middelen die vanaf 2004 op de markt zijn gekomen iets minder hard groeien dan de middelen die in de periode 2000 – 2003 zijn geïntroduceerd. Om tot een evenwichtige vergelijking te komen vergelijken we de marktaandelen drie jaar na afloop van de beide periodes.

TABEL 4.3 | KOSTENONTWIKKELING NIEUWE GENEESMIDDELEN, 2000-2010

1 = 1 MILJOEN EURO

Introductiejaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2000	13,6	41,6	63,7	90,3	103,6	88,8	95,3	96,5	95,4	95,7	93,0
2001		16,9	69,6	143,8	211,0	244,0	275,9	310,8	326,1	337,3	343,7
2002			17,0	66,0	99,8	127,8	146,9	166,1	191,7	208,5	221,8
2003				22,8	113,6	170,1	226,9	277,2	349,6	388,1	430,0
2004					4,9	37,8	60,4	78,2	93,6	104,6	119,5
2005						7,7	31,3	51,9	66,4	70,0	75,6
2006							7,3	40,0	53,0	57,9	64,9
2007								14,8	40,7	54,7	70,5
2008									13,9	48,1	69,4
2009										3,8	20,6
2010											12,8
<b>Totaal</b>	<b>13,6</b>	<b>58,5</b>	<b>150,2</b>	<b>323,0</b>	<b>532,8</b>	<b>676,1</b>	<b>844,1</b>	<b>1.035,7</b>	<b>1.230,4</b>	<b>1.368,7</b>	<b>1.522,0</b>
<b>Aandeel kosten</b>	<b>0,4%</b>	<b>1,5%</b>	<b>3,7%</b>	<b>7,4%</b>	<b>12,4%</b>	<b>15,0%</b>	<b>18,0%</b>	<b>20,4%</b>	<b>23,8%</b>	<b>26,9%</b>	<b>29,2%</b>

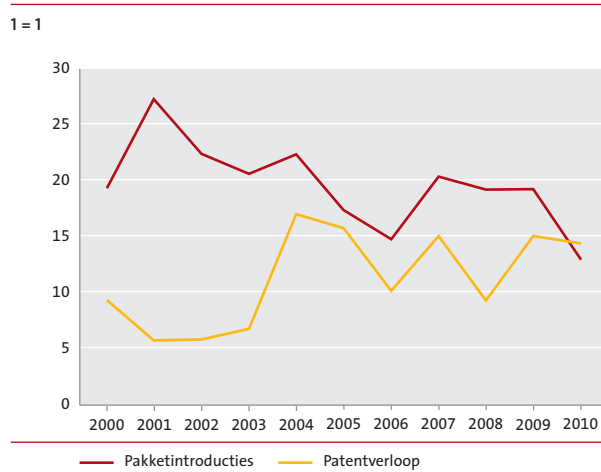
Het marktaandeel van middelen die in 2000 t/m 2003 zijn geïntroduceerd bedroeg in 2006: 16,8%. Het marktaandeel van middelen die in 2004 t/m 2007 zijn geïntroduceerd bedroeg in 2010: 6,3%.

Parallel aan deze ontwikkeling is sprake van een vermindering van het aantal introducties (we beperken ons hierbij tot nieuwe middelen voor zover deze vergoed worden binnen de basisverzekering) van nieuwe geneesmiddelen met een nieuwe werkzame stof. In figuur 4.4 geven we het aantal nieuwe introducties weer in de periode 2000–2010. De trend is iets afnemend. Ter vergelijking laten we het aantal werkzame stoffen zien waarvan het patent in diezelfde periode is verlopen. De trend is iets oplopend.

Wat opvalt, is dat tot 2004 het aantal nieuwe introducties beduidend hoger lag dan het aantal middelen waarvan het patent verliep. Sinds 2004 is de afstand tussen beiden kleiner geworden.

Voor een overzicht van de nieuwe geneesmiddelen die sinds 2006 in het verstrekkingenpakket zijn opgenomen, alsook de ontwikkelingen in het gebruik en kosten hiervan verwijzen we naar onze website: [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl).

FIGUUR 4.4 | PAKKETINTRODUCTIES NIEUWE GENEESMIDDELEN EN PATENTVERLOOP, 2000-2010



### Grote variatie in behandelkosten cholesterolverlagers, maagmiddelen en AT1-antagonisten

Mede onder invloed van het convenant en het preferentiebeleid zijn de prijzen van vooral generieke geneesmiddelen fors verlaagd. Dit geldt bijvoorbeeld voor de generiek beschikbaar gekomen cholesterolverlagers simvastatine en pravastatine. De huidige prijzen van deze middelen zijn ten opzichte van 2004 met bijna 95% verlaagd. Ook de concurrentie heeft de prijzen verlaagd, maar slechts bescheiden. Het gaat dan om vergelijkbare cholesterolverlagers waarvan het patent nog niet is verlopen: atorvastatine (Lipitor) en rosuvastatine (Crestor).

Hierdoor zijn grote verschillen ontstaan in de behandelkosten tussen de verschillende cholesterolverlagers. Een vergelijkbare ontwikkeling doet zich voor binnen de groep van protonpompremmers waar de prijs van omeprazol fors, met 88% werd verlaagd. Een derde groep geneesmiddelen waar deze verschillen eveneens zichtbaar worden zijn de zogenoemde AT1-antagonisten

Op dit moment zijn voor de behandeling van een verhoogd cholesterol vijf statines beschikbaar. Onderstaand (tabel 4.4) worden de behandelkosten over 2010 van de verschillende statines met elkaar vergeleken op grond van de gemiddelde kosten per gebruiker. We concluderen dat de behandeling met simvastatine van €40,29 per gebruiker per jaar verreweg het goedkoopst is. De behandeling met het veel duurere atorvastatine (Lipitor) kost bijna 10 keer zoveel, namelijk €380,70 per gebruiker per jaar.

Of anders gezegd: als in het jaar 2010 circa 80% van de alle gebruikers van de twee duurste statines het veel goedkopere simvastatine zouden krijgen voorgeschreven, dan zou dit tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven leiden van circa €140 miljoen per jaar.

In 2010 bedroegen de feitelijke kosten voor statines €244 miljoen.

Bij de maagmiddelen is een vergelijkbaar beeld zichtbaar (tabel 4.5). Op dit moment is een vijftal onderling vergelijkbare protonpompremmers beschikbaar. De behandeling met omeprazol is duidelijk het goedkoopst: €37,01 per gebruiker per jaar. De behandeling met rabeprazol (Pariet) of esomeprazol (Nexium) kost meer dan vijf keer zoveel: €203,50 respectievelijk €218,60 per gebruiker per jaar. Of anders gezegd: als in het jaar 2010 circa 80% van alle gebruikers van de twee duurste protonpompremmers het veel goedkopere omeprazol krijgen voorgeschreven, dan zou dit tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven leiden van circa €58 miljoen per jaar.

In 2010 bedroegen de feitelijke kosten voor deze protonpompremmers €191 miljoen.

Opgemerkt moet worden dat voor het middel esomeprazol (Nexium) eind 2010 het patent is verlopen en er inmiddels ook generieke aanbieders op de markt zijn gekomen. Wat opvalt, is dat de prijsverschillen tussen het oorspronkelijke specialité en de generieke alternatieven nog maar gering zijn.

Een derde groep waarbij sprake is van grote verschillen in behandelkosten zijn de AT1-antagonisten. AT1-antagonisten en ACE-remmers zijn geneesmiddelen die invloed hebben op een systeem, het renine-angiotensinesysteem (RAS), dat de electrolytenbalans, het vloeistofvolume en de bloeddruk

TABEL 4.4 | STATINES: GEBRUIKERS EN KOSTEN PER GEBRUIKER, 2010

Stofnaam (merknaam)	Generiek beschikbaar	Gebruikers 1 = 1	Kosten per gebruiker 1 = 1 euro
simvastatine (Zocor)	ja	936.890	40,29
pravastatine (Selektine)	ja	171.270	49,92
fluvastatine (Canef, Lescol)	ja	22.335	150,90
atorvastatine (Lipitor)	nee	378.560	380,70
rosuvastatine (Crestor)	nee	182.560	274,10

TABEL 4.5 | PROTONPOMPREMERS: GEBRUIKERS EN KOSTEN PER GEBRUIKER, 2010

Stofnaam (merknaam)	Generiek beschikbaar	Gebruikers 1 = 1	Kosten per gebruiker 1 = 1 euro
omeprazol (Losec)	Ja	1.604.000	37,01
pantoprazol (Pantozol)	Ja	625.100	67,91
lansoprazol (Prezal)	Ja	18.780	87,60
rabeprazol (Pariet)	nee	60.900	203,50
esomeprazol (Nexium)	Ja	342.530	218,60



TABEL 4.6 | AT1-ANTAGONISTEN: GEBRUIKERS EN KOSTEN PER GEBRUIKER, 2010

Stofnaam (merknaam)	Generiek beschikbaar	Gebruikers 1 = 1	Kosten per gebruiker 1 = 1 euro
losartan (Cozaar)	ja	206.560	130,40
eprosartan (Tevetan)	nee	5.190	224,50
valsartan (Diovan)	nee	140.770	237,70
irbesartan (Aprovel)	nee	131.140	238,10
candesartan (Atacand)	nee	68.010	218,00
telmisartan (Micardis)	nee	45.510	216,80
olmesartan (Olmotec)	nee	16.980	198,90

regelt. Beide beïnvloeden de werking van angiotensine II, een vaatvernauwende stof, maar op verschillende wijze. ACE-remmers remmen een enzym dat angiotensine I omzet in angiotensine II en AT1-antagonisten blokkeren een bepaald type receptor (type 1 angiotensine II receptor) en remmen daardoor de werking van angiotensine II. Beide groepen geneesmiddelen hebben nagenoeg dezelfde hoofdindicaties, namelijk de behandeling van hypertensie en hartfalen. Richtlijnen van de beroepsgroep en het Farmacotherapeutisch Kompas adviseren een AT1-antagonist pas voor te schrijven als alternatief voor een ACE-remmer in het beperkt aantal gevallen dat prikkelhoest een probleem vormt. Uit klinisch onderzoek met ACE-remmers blijkt dat minder dan 6% van de patiënten uitvalt als gevolg van hoest. Dit betekent dus eigenlijk dat iedere gebruiker van een AT1-antagonist eerst een ACE-remmer moet hebben geprobeerd. In de praktijk (zie ook: Pakketscan coronaire hartziekten, CVZ 2011) blijkt dat maar bij 30% van de nieuwe gebruikers van een AT1-antagonist het geval te zijn. Deze keuze in de behandeling kan belangrijke consequenties hebben voor de kosten omdat de ACE-remmer goedkoper is en de behandeling vaak langdurig. Een AT1-antagonist is bijna viermaal zo duur als een ACE-remmer (kosten per DDD: € 0,45 versus € 0,12).

Indien dan toch voor AT1-antagnist wordt gekozen is ook hier sprake van een keuze tussen zeven, onderling vervangbare geneesmiddelen. In 2010 verliep het patent van het middel losartan, en werd het middel ook door fabrikanten van generieke middelen aangeboden. Dit heeft geleid tot veel lagere prijzen voor losartan. In tabel 4.6 presenteren we een vergelijkend overzicht. De gemiddelde behandelkosten met losartan bedroegen in 2010 €130,00 terwijl de behandeling met valsartan of irbesartan uitkomt op gemiddeld €238 per jaar. Of anders gezegd: als in het jaar 2010 circa 80% van alle

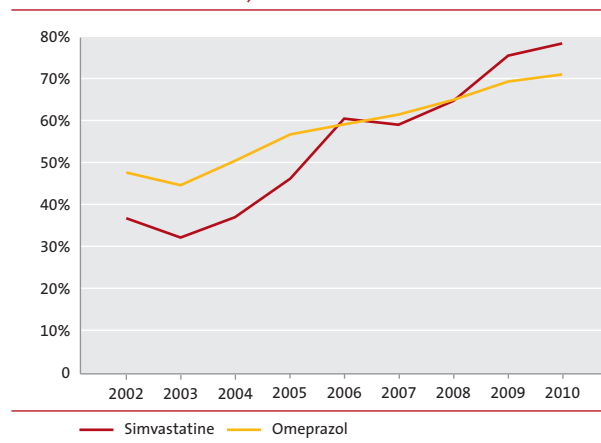
gebruikers van de AT1-antagonisten het veel goedkopere losartan hadden voorgeschreven gekregen, dan zou dit tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven leiden van circa €33 miljoen per jaar.

In 2010 bedroegen de feitelijke kosten voor deze AT1-antagonisten €121 miljoen.

Voor alle drie de hier getoonde geneesmiddelengroepen geldt dat zolang niet is aangetoond dat de duurdere middelen relevante verschillen vertonen met de goedkopere alternatieven, het voor de hand ligt dat bij de therapiekeuze, vooral ook in die gevallen waarin een nieuwe behandeling wordt ingezet, de behandelkosten een belangrijke rol moeten spelen.

Het is bemoedigend te kunnen constateren dat deze ontwikkeling zich in de voorschrijfpraktijk ook inderdaad voordoet. Artsen schrijven namelijk steeds vaker simvastatine en omeprazol voor bij startende gebruikers (figuur 4.5). Bij gebruikers die starten met een cholesterolverlagend middel

FIGUUR 4.5 | STARTENDE GEBRUIKERS SIMVASTATINE EN OMEPRAZOL, 2002-2010





wordt in 2010 in bijna 79% van de gevallen simvastatine voorgeschreven, tegenover 37% in 2002. Opvallend is dat tot en met 2003 nog sprake was van een dalende trend naar 32%. Bij de protonpompremmers is een vergelijkbare ontwikkeling zichtbaar. In 2010 steeg het aantal startende gebruikers dat omeprazol kreeg voorgeschreven naar bijna 71%, 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.

### Stabilisering inkomsten apothekhoudenden

Sinds 1 juli 2008 geldt een nieuwe tariefstructuur voor afleveren van geneesmiddelen door apothekhoudenden (apothekers en apothekhoudende huisartsen). Voor die datum gold een eenheidstarief: een vast bedrag van € 6,00 per aflevering. In goed overleg met zorgverzekeraars en apothekhoudenden heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dit eenheidstarief vervangen door een gedifferentieerde tariefstelling waarin de hoogte van het tarief wordt gekoppeld aan de inspanning voor de geleverde prestatie. Het afleveren van een recept in het weekend verkrijgt zo een hogere afleververgoeding dan wanneer ditzelfde recept op een doordeweekse dag wordt afgeleverd. Bij de vaststelling

van de hoogte van deze tarieven wordt door de NZa ook rekening gehouden met de extra inkomsten die apothekers ontvangen uit inkoopvoordelen op de afgeleverde geneesmiddelen en de gedeeltelijke afroaming van deze voordelen via de clawback. De inkomsten uit het tarief en het resultaat van de ontvangen inkoopvoordelen zijn dan bedoeld om de gemaakte kosten voor het afleveren van geneesmiddelen te dekken.

De vernieuwde tariefstructuur geldt tot en met december 2011, vanaf 1 januari 2012 zullen de tarieven worden vrijgegeven en zullen zorgverzekeraars en apothekhoudenden met elkaar moeten onderhandelen over de hoogte van de tarieven. Hieronder gaan we nader in op de ontwikkeling van het tarief en de daarmee samenhangende inkomsten voor apothekhoudenden.

In de huidige 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 in rekening te brengen voor eigen apothekbereidingen (magistrale bereidingen). De NZa-tarieven zijn in principe maximum tarieven. Hiervan mag alleen worden afgeweken als dit contractueel tussen zorgverzekeraar en apotheker is overeengekomen. Deze tarief-

TABEL 4.7 | TARIEVEN (EXCL. 6% BTW ) APOTHEEKHOUDENDEN VOOR AFLEVEREN WMG-GENEESMIDDELEN, 2008-2011

	2008 t/m juni	2008 vanaf juli	2009 t/m april	2009 vanaf mei	2010 vanaf januari	2011 vanaf januari
<b>Basisprestaties</b>						
Ongespecificeerd	€ 6,00					
Standaarduitgifte		€ 5,30	€ 6,40	€ 5,50	€ 5,99	€ 5,74
Weekuitgifte		€ 2,90	€ 3,50	€ 3,00	€ 3,29	€ 3,16
<b>Aanvullende prestaties</b>						
Eerste uitgifte		€ 1,05	€ 1,30	€ 5,50	€ 5,99	€ 5,74
Avond/nacht/weekend uitgifte		€ 10,60	€ 12,80	€ 11,00	€ 11,97	€ 11,48
Reguliere Magistrale bereiding		€ 10,60	€ 12,80	€ 11,00	€ 11,97	€ 11,48
Bijzondere Magistrale bereiding		€ 79,40	€ 96,00	€ 82,60	€ 89,78	€ 86,12
<b>Clawback percentage</b>	11,3%	0,0 %	8,53 %	8,53 %	8,53 %	6,82%

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

TABEL 4.8 | AANTALLEN UITGIFTES WMG PRESTATIES, 2008-2011

1 = 1 MILJOEN

	2008	2009	2010	2011 <i>raming</i>
<b>Basisprestaties</b>				
Ongespecificeerd	78,9			
Standaarduitgifte	66,4	125,6	128,3	133,1
Weekuitgifte	18,4	44,7	57,7	63,5
<b>Totaal</b>	<b>163,7</b>	<b>170,3</b>	<b>186,0</b>	<b>196,5</b>
<i>Aandeel weekuitgiftes</i>	<i>21,7%</i>	<i>26,3%</i>	<i>31,0%</i>	<i>32,3%</i>
<b>Aanvullende prestaties</b>				
Eerste uitgifte	15,6	32,6	32,4	33,9
Avond/nacht/weekend uitgifte	0,8	1,6	1,6	1,6
Reguliere Magistrale bereiding	1,5	3,2	2,8	2,9
Bijzondere Magistrale bereiding	0,1	0,2	0,1	0,1
<b>Totaal</b>	<b>17,9</b>	<b>37,7</b>	<b>37,0</b>	<b>38,6</b>
<i>Aandeel aanvullende prestaties</i>	<i>21,1%</i>	<i>22,1%</i>	<i>19,9%</i>	<i>19,6%</i>

structuur geldt zowel voor apothekers als voor apotheekhoudende huisartsen; het abonnementshonorarium voor apotheekhoudende huisartsen is komen te vervallen.

Tabel 4.7 geeft een overzicht van de ontwikkeling van de tarieven vanaf 2008. In tabel 4.8 geven we een specificatie van de in 2008, 2009 en 2010 afgeleverde WMG-voorschriften, voor zover het ging om geneesmiddelen die in het kader van de Zorgverzekeringswet werden vergoed. Voor 2011 geven we een raming, gebaseerd op meest recente MLT-raming voor 2011 – 2015.

We concluderen dat sprake is van een duidelijke toename in het aantal afleveringen en dat deze groei vooral ook zichtbaar is in de groep van weekuitgiftes.

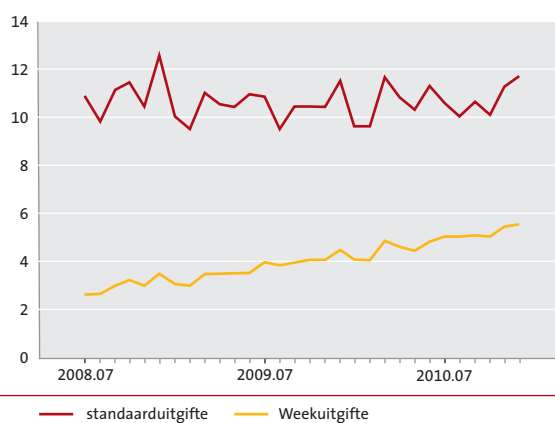
In figuur 4.6 laten we, op maandbasis (vanaf juli 2008 tot en met december 2010), de groei van het aantal basisprestaties zien, uitgesplitst naar standaarduitgiftes en weekuitgiftes. Het aantal standaarduitgiftes fluctueert van maand tot maand, maar de algemene trend is licht stijgend. Voor de weekuitgiftes geldt een nagenoeg ononderbroken stijgende trend. We verwachten dat het aantal weekuitgiftes ook in 2011 verder zal blijven stijgen. In 2011 zal bijna een op de drie uitgiftes een weekuitgifte zijn.

In combinatie met een basisprestatie mag een apotheker in bepaalde gevallen ook een aanvullende prestatie (toeslag) in rekening brengen. Uit tabel 4.9 kan worden geconcludeerd dat het aantal aanvullende prestaties over de afgelopen jaren iets toeneemt. In relatie tot de ontwikkeling van het aantal basisprestaties is sprake van een lichte daling.

Mede als gevolg van deze wijziging in de tariefstructuur medio 2008, de tussentijdse aanpassingen van de hoogte van de daaraan gekoppelde tarieven alsook de stijging van het

FIGUUR 4.6 | STANDAARD- EN WEEKUITGIFTES, 2008-2010

1 = 1 MILJOEN



aantal uitgiftes zijn de inkomsten van apothekhoudenden uit deze tarieven in 2009 en 2010 flink gestegen. Daar staat tegenover dat de inkomsten van apothekhoudenden uit kortingen en bonussen in diezelfde periode stevig is gedaald. Deze stijging van de tariefinkomsten is dan ook mede bedoeld als compensatie voor het verlies aan inkomsten uit kortingen en bonussen.

Op grond van een in opdracht van de NZa door ConQuaestor/ Significant uitgevoerd onderzoek naar de hoogte van de inkoopvoordelen die zijn gerealiseerd, kunnen we concluderen dat deze inkoopvoordelen in de loop der jaren zijn teruggelopen van € 583 miljoen in 2008 naar € 428 miljoen in 2009. Voor 2010 worden de inkoopvoordelen door de NZa geraamd op ruim € 320 miljoen. Het teruglopen van de inkoopvoordelen hangt nauw samen met de forse prijsverlagingen van vooral generieke geneesmiddelen onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid. Door deze prijsverlagingen komen de handelsmarges onder druk te staan en is er minder ruimte om inkoopkortingen te verlenen.

Hieronder (tabel 4.9) volgt een overzicht van de inkomsten voor apothekhoudenden uit het WMG-tarief, de hoogte van de genoten inkoopvoordelen en het effect van de afoming hiervan via de clawback. We concluderen dat de inkomsten uit het WMG tarief fors zijn gestegen, maar dat deze stijging in belangrijke mate weer te niet wordt gedaan door een daling van de inkoopvoordelen. De veel lager clawback afdracht in 2008 wordt veroorzaakt doordat de maatregel in 2008 6 maanden buiten werking is gesteld. Om deze reden is de clawback in 2009 en 2010 tijdelijk verhoogd van 6,82% naar 8,53%. In 2011 wordt weer 6,82% gehanteerd.

## Kosten geneesmiddelengebruik bijzonder scheef verdeeld

In 2010 hebben circa 12 miljoen Nederlanders ten minste één geneesmiddel gebruikt dat werd vergoed via de Zorgverzekeringswet. Dit komt overeen met 73% van alle verzekerden. Of vanuit een ander perspectief bekeken: dit betekent dat 27% van de Nederlanders het afgelopen jaar geen geneesmiddel heeft gebruikt.

De verdeling van de gemaakte kosten binnen de groep van geneesmiddelengebruikers is bijzonder scheef: 2% van de Nederlanders is verantwoordelijk voor 47% van de uitgaven aan geneesmiddelen.

In figuur 4.7 geven we een overzicht van de kosten van farmaceutische zorg verdeeld over de verzekerden populatie. We gaan hierbij uit van de materiaalkosten (apothekinkooprijzen) van de gebruikte geneesmiddelen. De verzekerdenpopulatie van ruim 16,5 miljoen verzekerden verdelen we vervolgens in 100 even grote groepen (percentielen) van elk ruim 165.000 personen, die ook nog worden geordend op basis van de hoogte van de materiaalkosten van de aan hen afgeleverde geneesmiddelen.

Voor 27% van de bevolking (dit komt overeen met circa 4,5 miljoen verzekerden) geldt dat zij het afgelopen jaar geen geneesmiddelen hebben gebruikt: zij vormen de eerste 27 percentielen. De volgende 23% is verantwoordelijk voor iets meer dan 0,6% van de materiaalkosten, dit komt overeen met ruim € 26 miljoen.

De laatste 10% is verantwoordelijk voor bijna 78% van de totale materiaalkosten en daarbinnen is een kleine groep, de laatste 2%, verantwoordelijk voor 47% van de geneesmiddelen uitgaven.

We constateren dat de elders gebruikte 80/20-regel (20% van de bevolking genereert 80% van de kosten) voor de geneesmiddelen uitgaven niet opgaat. Hier is eerder sprake van de 80/10-regel: 10 procent van de verzekerden is

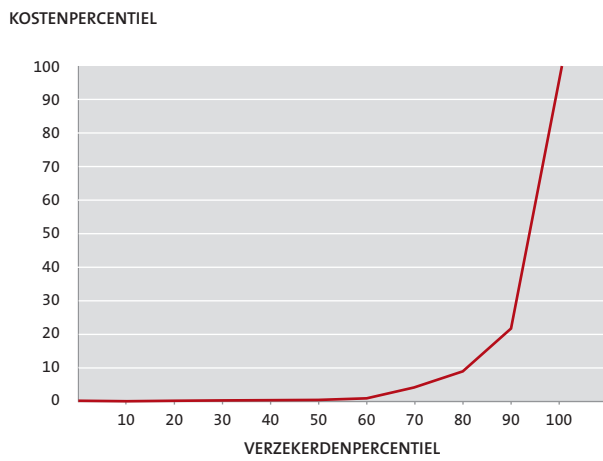
TABEL 4.9 | INKOMSTEN APOTHEEKHOUDENDEN

1 = 1 MILJOEN EURO

	2008	2009	2010
Inkomsten uit WMG-tarief	923	1.066	1.210
Ontvangen inkoopvoordelen	582	428	328
Vermindering door afoming via clawback	124	191	184
<b>Resultaat</b>	<b>1.381</b>	<b>1.303</b>	<b>1.354</b>

verantwoordelijk voor 80% van de geneesmiddelenuitgaven. Overigens is bij de hulpmiddelen (zie elders in deze publicatie) de verhouding nog extremer dan bij de geneesmiddelen.

**FIGUUR 4.7 | VERDELING MATERIAALKOSTEN 2010 NAAR PERCENTIELEN VERZEKERDEN**



Het laatste percentiel is verantwoordelijk voor bijna 38% van de totale materiaalkosten; dit komt overeen met een bedrag van € 1,4 miljard. Kijken we nader naar de door deze groep gebruikte geneesmiddelen dat gaat het vooral om middelen zoals adalimumab (Humira), etanercept (Enbrel), somatropine (Norditropin) en pegfilgastrim (Neulasta). Het gaat hier om relatief dure geneesmiddelen, zodat hierdoor de gebruiker ervan vrijwel automatisch in het hoogste percentiel wordt ingedeeld. De grens tussen het hoogste en het één na hoogste percentiel ligt bij 2.738 euro. Dat wil zeggen dat elke verzekerde met meer dan 2.738 euro materiaalkosten aan geneesmiddelen in het hoogste percentiel terecht komt.

Natuurlijk zijn er ook verzekerden in het hoogste percentiel terecht gekomen door het gebruik van een combinatie van enkele niet extreem dure geneesmiddelen, maar voor de grote meerderheid van het verzekerden in het hoogste

percentiel is het gebruik van één erg kostbaar geneesmiddel de belangrijkste reden om in dit laatste percentiel terecht te komen.

We zijn verder nog nagegaan of er een samenhang is met factoren als leeftijd en geslacht. In het duurste percentiel is de verhouding tussen mannen en vrouwen: 49,3% - 50,7%. In de daarop volgende percentielen zijn de vrouwen iets meer vertegenwoordigd.

De leeftijdsverdeling van het hoogste percentiel onderscheidt zich duidelijk van de leeftijdsverdeling van de daaropvolgende percentielen. In het hoogste percentiel is men gemiddeld jonger dan in de daarop volgende percentielen, zoals blijkt uit tabel 4.10.

### Ruim 30.000 mensen behandeld met allergeen-extracten

Het aantal mensen dat met allergeenextracten wordt behandeld bedroeg in 2010 ruim 30.000, de kosten voor deze middelen bedroegen in 2010 ruim € 45 miljoen. Ten opzichte van de voorgaande jaren is sprake van een daling met globaal 10%, zowel in aantallen gebruikers als in de kosten ervan. Opvallend is dat deze daling zich concentreert binnen de groep van niet-geregistreerde producten. Het marktaandeel van deze niet-geregistreerde middelen is nog steeds substantieel: circa 90% van de kosten heeft betrekking op het gebruik van deze niet-geregistreerde producten. Dit is opmerkelijk omdat sinds 1993 een registratieplicht geldt voor deze middelen. Hierbij dient de fabrikant, net zoals dat voor alle geneesmiddelen verplicht is, een registratiedossier aan het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) voor te leggen. Hierin moet op grond van wetenschappelijk onderzoek worden aangetoond dat deze middelen veilig maar ook effectief zijn. Voor een aantal van deze middelen zijn uiteindelijk registratiedossiers ingediend en deze zijn ook beoordeeld door het CBG. Tegen deze beoordelingen hebben de fabrikanten bezwaar aangetekend. De beoordelingsprocedures zullen mogelijk in de loop van 2012 definitief kunnen worden

**TABEL 4.10 | VERDELING IN LEEFTIJDSClassen IN HET HOOGSTE EN ÉÉN NA HOOGSTE PERCENTIEL**

	0-4 jaar	5-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar	totaal
Eén na hoogste percentiel	0,8%	1,5%	2,1%	13,1%	33,4%	23,1%	26,0%	100%
Hoogste percentiel	2,4%	3,0%	3,3%	21,6%	39,2%	16,9%	13,7%	100%

afgerond, zodat ook voor allergeenextracten geldt dat deze zijn beoordeeld volgens de normen die voor alle geneesmiddelen gelden.

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.

In de jaren 2005 tot met 2007 is een duidelijke stijging in de kosten van allergeenpreparaten zichtbaar; sinds 2007 lijken de kosten, alsook de aantallen gebruikers zich te stabiliseren: zie tabel 4.11. Het jaar 2010 laat een trendbreuk zien: het aantal gebruikers neemt iets af, en voorts is er een verschuiving zichtbaar naar de geregistreerde allergeenpreparaten.

Tot en met 2008 was sprake van een stijging in de gemiddelde kosten per gebruiker, vooral veroorzaakt door 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 3,7 voorschrift per gebruiker. Voor 2009 en 2010 is sprake van een stabilisering van het aantal voorschriften per gebruiker. De gemiddelde kosten per gebruiker liggen hoog: voor de niet-geregistreerde producten gaat het in 2010 om ruim €1.600 per gebruiker per jaar.

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.

Voor meer gegevens zie: [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) onder de ATC-code V01AA.

### Nieuwe generieke middelen dragen bij aan lagere kosten

In 2010 werden voor 14 geneesmiddelen voor het eerst generieke alternatieven geïntroduceerd. De introductie van deze nieuwe generieke middelen hangt samen met het verlopen van de patentbescherming van de oorspronkelijke specialités. De impact van de introductie van nieuwe generieke middelen is afhankelijk van het aantal mensen dat deze middelen gebruikt en de grootte van het prijsverschil tussen (oorspronkelijke) specialité en het nieuwe generiek. Omdat we deze impact voor 2010 op jaarbasis berekenen, is ook nog van belang of een nieuwe generiek aan het begin van het jaar al beschikbaar was of dat dit pas veel later op de markt is gekomen. Tevens speelt een rol of zorgverzekeraars de komst van een nieuw generiek combineren met een uitbreiding van hun preferentiebeleid. Lagere prijzen voor generieke middelen zijn immers geen automatisme, maar afhankelijk van de vraag wie de regie voert bij de omzetting van specialité naar generiek. Gedurende de periode dat zorg-

TABEL 4.11 | ALLERGEENEXTRACTEN: GEBRUIKERS EN KOSTEN PER GEBRUIKER, 2006-2010

Aantal gebruikers (1 = 1)	2006	2007	2008	2009	2010
Graspollenallergeen	-	1.121	2.137	3.158	4.136
Insectenallergeen	2.387	2.306	2.235	2.183	2.106
Allergeenextracten (overig)	28.887	30.678	29.368	28.537	25.286
Kosten per gebruiker (1 = 1 euro)	2006	2007	2008	2009	2010
Graspollenallergeen	-	407,50	681,20	681,60	703,90
Insectenallergeen	779,80	840,90	844,30	859,00	865,50
Allergeenextracten (overig)	1.358,00	1.529,00	1.640,00	1.637,00	1.607,00

verzekeraars voor nieuwe generieke middelen nog geen preferente middelen hebben aangewezen zullen de prijzen nauwelijks dalen maar zal de concurrentie tussen de generieke aanbieders vooral plaatsvinden via het verlenen van kortingen en bonussen aan de apotheker.

Voor vier van de elf nieuwe generieken geldt dat deze in 2010 een besparing hebben gerealiseerd in de farmaciekosten van meer dan één miljoen euro. Het betreft de volgende middelen:

**TABEL 4.12 | NIEUWE GENERIEKE MIDDELEN IN 2010 MET EEN BESPARING VAN MEER DAN € 1 MILJOEN**

Stofnaam	Introductie (kwartaal)	Geraamde besparing 1 = 1 miljoen euro
losartan	2010 Q1	29,2
losartan + hydrochloorthiazide	2010 Q1	10,8
temozolomide	2010 Q2	1,5
mycofenolzuur	2010 Q4	1,0

De verwachting is dat deze besparingen structureel zijn en zelfs nog iets verder zullen oplopen voor de middelen waarvan het patent in de loop van 2010 verliep.

Eind 2010 verliep ook het patent op de maagzuurremmer esomeprazol (merknaam Nexium), en verschenen er ook generieke alternatieven voor esomeprazol. De verschuiving naar deze generieke geneesmiddelen zal pas goed op gang komen in 2011. De geraamde besparingen voor 2010 zijn nog slechts marginaal. Gezien het grote aantal gebruikers van esomeprazol en de hoge gemiddelde kosten per gebruiker (gemiddeld: € 218,60 per gebruiker per jaar in 2010) is het besparingspotentieel bij overstap naar generieke geneesmiddelen hoog. Voorwaarde voor lagere kosten via lagere prijzen is dan wel dat esomeprazol door zorgverzekeraars in hun preferentiebeleid wordt opgenomen.

### Overzicht dure geneesmiddelen extramuraal: alle 17 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 in 2008, ter gelegenheid van 20 jaar GIP, deed Adri

Steenhoek, emeritus hoogleraar specialistisch geneesmiddelenbeleid, een voorstel voor een definitie. Hij stelde voor om voor extramuraal geneesmiddelen aan te sluiten bij de definitie die voor intramuraal geneesmiddelen geldt, in combinatie met een dagprijscriterium. Ten opzichte van 2008 is het aantal geneesmiddelen dat als duur kan worden getypeerd toegenomen van 13 in 2008 naar 16 in 2009 en 17 in 2010.

Op basis van de GIP-gegevens over 2010 is berekend welke geneesmiddelen als duur kunnen worden aangemerkt wanneer we uitgaan van de twee volgende door Adri Steenhoek voorgestelde criteria:

- de omzet van het geneesmiddel is groter dan 0,5% van de totale omzet van alle geneesmiddelen en
- de kosten per dag zijn groter dan 10 keer gemiddelde kosten per dag.

Bij de berekening is uitgegaan van alleen de basisvergoeding (dus totale kosten exclusief BTW en exclusief de afleververgoeding voor apothekhoudenden) en voor de kosten per dag gaan we uit van de basisvergoeding per DDD (de gestandaardiseerde dagdosering per geneesmiddel). Dit betekent concreet dat een geneesmiddel, om in aanmerking te komen voor de benaming “duur”, in 2010 een omzet moet hebben gehad van meer dan € 17,9 miljoen en dat de kosten per DDD hoger waren dan € 4,64.

Van het totale aantal middelen voldeden 47 (dit is 3,2% van alle extramuraal middelen) aan het eerste criterium: een basisvergoeding van meer dan € 17,7 miljoen in 2010. Aan de andere kant voldeden 289 middelen (dit is 19,2% van alle extramuraal middelen) aan het tweede criterium: een basisvergoeding van meer dan € 4,64 per DDD. Als we beide criteria combineren dan resteren er nog 17 middelen (dit is 1,3% van alle extramuraal middelen) om te worden betiteld als duur.

In overzicht 4.13 worden deze 17 middelen weergegeven. Samen zijn ze verantwoordelijk voor 21,5% van de totale uitgaven (basisvergoeding) voor geneesmiddelen in 2010. Ten opzichte van 2008 is het aantal dure geneesmiddelen toegenomen van 13 naar 17. De vier nieuwe middelen in het overzicht zijn rood gemarkeerd.

Vergelijken we dit overzicht met het elders in deze publicatie opgenomen overzicht van unieke leveringen dan is sprake van een grote overlap: 12 van de 17 middelen maken deel uit van de lijst met unieke leveringen.

TABEL 4.13 | DURE EXTRAMURALE GENEESMIDDELEN IN 2010

ATC-code	Stofnaam (merknaam)	Indicatie	Introductie jaar	Basis- vergoeding (1 = 1 mln €)	Basis- vergoeding per DDD (1 = 1 €)	Aantal gebruikers (1 = 1)
Lo4ABo4	adalimumab (Humira)	reuma, psoriasis, Crohn	2004	174,0	39,31	14.429
Lo4ABo1	etanercept (Enbrel)	reuma, psoriasis	2001	148,3	37,88	13.214
Ho1ACo1	somatropine (oa Norditropin)	groeistroomis	< 1994	51,7	28,36	4.926
Lo3AA13	pegfilgrastim (Neulesta)	neutropenie bij chemotherapie	2003	41,9	71,82	7.678
Lo3ABo7	interferon beta-1a (oa Avonex)	multiple sclerose	1997	41,1	17,62	3.350
Lo1XEo1	imatinib (Glivec)	leukemie	2002	35,7	79,58	1.471
Jo5ARo6	emtricitabine-tenofovir-efavirenz (Atripla)	HIV-infectie	2006	33,7	28,99	3.808
Bo3XAO2	darbepoëtime (Aranesp)	anemie, nierpatiënten	1999	32,9	9,75	12.876
No5AHO4	quetiapine (Seroquel)	schizofrenie, bipolaire stoornis	1998	28,1	4,72	60.462
Jo5ARo3	tenofovir & emtricitabine (Trueda)	HIV-infectie	2006	27,2	18,05	5.278
Lo4AXo4	lenalidomide (Revlimid)	multipel myeloom	2007	24,0	167,79	855
Bo3XAO1	epoëtime alpha (Eprex)	anemie, nierpatiënten	< 1994	22,5	9,46	10.786
Jo6BAo2	immunoglobuline (oa Nanogam)	ondersteuning aan afweersysteem	< 1994	21,9	365,64	1.044
Co2KXo1	bosentan (Tracleer)	pulmonale arteriële hypertensie	2003	21,8	112,08	742
Lo4ADo2	tacrolimus (Advagraft, Prograft)	afstoting na transplantatie	1997	21,8	12,56	5.758
Ho1CBo2	octreotide (Sandostatine)	maag/darmkanker, acromegalie	< 1994	21,5	40,13	2.279
Lo2AEo3	gosereline (Zoladex)	endometriose, prostaatkanker	< 1994	21,1	5,93	14.244

Een aantal producten valt op in verband met de sterke groei in kostenstijging in vergelijking met 2008. De TNF-alfa-blokkers adalimumab en etanercept, behoren al een aantal jaren tot de duurste middelen en de sterkste stijgers. In *GIPeilingen 2007* constateerden we al dat deze kostenstijging vooral veroorzaakt wordt door een verbreding van het indicatiegebied, waarbij de prijzen in de loop der jaren stabiel zijn gebleven. Voor wat de combinatiepreparaten emtricitabine met tenofovir en emtricitabine met tenofovir en met efavirenz kan een kanttekening worden geplaatst. De behandeling van HIV-infecties bestaat namelijk altijd uit een combinatie van verschillende middelen. De vaste combinatie van deze preparaten kunnen combinaties van enkelvoudige preparaten vervangen, maar zijn wat betreft de prijs per dag niet veel duurder. Bovendien heeft de afgelopen jaren een duidelijke daling plaatsgevonden in het gebruik van de afzonderlijke preparaten.

### Stijgend gebruik van voedingsmiddelen

Sinds 2009 publiceren we via onze website [www.gip-data-bank.nl](http://www.gip-data-bank.nl) verschillende rapportages over de ontwikkelingen in het gebruik van de dieetpreparaten en voedingsmiddelen. Voor een nadere detaillering van deze middelen sluiten we

aan bij de indeling volgens de hoofdstukken in het Compendium dieetproducten en voedingssupplementen (editie 2010) en de indeling naar (hoofd)indicaties. Hieronder gaan we kort in op de belangrijkste ontwikkelingen van deze speciale groep middelen.

Het aantal gebruikers van dieetpreparaten en voedingsmiddelen blijft is sinds 2006 gestaag toegenomen van ruim 60.000 (2006) naar ruim 137.000 in 2010. Dit is een gemiddelde toename van circa 23% per jaar. De kosten zijn in diezelfde periode toegenomen van € 37,8 miljoen in 2006 naar € 90,4 miljoen in 2010. Dit komt overeen met een gemiddelde groei van circa 24% per jaar.

In tabel 4.14 geven we de ontwikkelingen in aantallen gebruikers weer uitgesplitst naar hoofdindicatie. Voor bijna alle hoofdindicaties geldt een toename van het aantal gebruikers. In het oog springt de toename bij de indicatie “slik- en passagestoornissen”. Ook het aantal gebruikers van voedingsmiddelen bij stofwisselingsstoornissen is duidelijk toegenomen.



**TABEL 4.14 | AANTAL GEBRUIKERS DIEETPREPARATEN/VOEDINGSMIDDELEN NAAR HOOFDINDICATIE, 2006-2010**

1 = 1

Hoofdindicatie	2006	2007	2008	2009	2010
Slik- of passagestoornis	33.705	47.265	62.420	81.558	97.932
Resorptiestoornissen	4.019	5.590	7.034	8.390	9.127
Stofwisselingsstoornis	2.011	3.355	4.392	4.807	5.132
• Combi resorptie/stofwisseling	8.303	13.020	19.972	27.604	30.241
• Combi slik/resorptie/stofwisseling prematuren	1.887	2.272	2.656	3.172	3.278
Voedselallergie	13.490	14.546	14.899	16.440	18.063
COPD / Cystische fibrose	5.252	6.710	7.821	7.380	7.624
Oncologie/ondervoeding	2.849	2.860	2.784	2.534	4.591
Diabetes	0	0	0	29	701
Overig	392	710	1.001	1.214	1.493
<b>Totaal *</b>	<b>60.276</b>	<b>78.472</b>	<b>96.480</b>	<b>118.256</b>	<b>137.362</b>

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

**TABEL 4.15 | TOTALE KOSTEN DIEETPREPARATEN/VOEDINGSMIDDELEN NAAR HOOFDINDICATIE, 2006-2010**

1 = 1 MILJOEN EURO

Hoofdindicatie	2006	2007	2008	2009	2010
Slik- of passagestoornis	18,8	26,0	33,8	43,9	50,4
Resorptiestoornissen	1,3	1,7	2,1	2,3	2,2
Stofwisselingsstoornis	4,2	6,5	8,2	9,6	9,5
• Combi resorptie/stofwisseling	1,4	2,3	3,3	4,3	4,7
• Combi slik/resorptie/stofwisseling prematuren	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6
Voedselallergie	8,0	9,7	11,4	13,8	15,5
COPD / Cystische fibrose	2,4	3,6	4,2	4,8	5,2
Oncologie/ondervoeding	1,3	1,3	1,3	1,3	1,5
Diabetes	-	-	-	0,0	0,3
Overig	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5
<b>Totaal</b>	<b>37,8</b>	<b>51,7</b>	<b>65,1</b>	<b>81,0</b>	<b>90,4</b>

De toename van het aantal gebruikers houdt gelijke tred met de toename van de daarmee gemoeide kosten (zie tabel 4.15). Ook hier zien we de belangrijkste groei bij de indicatie “slik- en passagestoornissen”, “stofwisselingsstoornissen” en “voedselallergie”.

Het gebruik van dieetpreparaten is zowel leeftijdsgebonden als indicatie-afhankelijk. Voor de leeftijdsgroep jonger dan vijf jaar, worden dieetpreparaten vooral gebruikt voor de indicaties: resorptiestoornissen en voor stofwisselings-

stoornissen. Voor ouderen, vanaf 65 jaar gaat het vooral om de indicaties slik- en passagestoornissen en COPD/Cystische fibrose.

Hierna (tabel 4.16) volgt nog een uitsplitsing van de aantallen gebruikers en de prevalentie in 2010 naar leeftijd en geslacht. Hieruit komt duidelijk naar voren dat de gebruikers van deze middelen gemiddeld wat vaker vrouw zijn en óf heel jong (jonger dan 5 jaar) óf heel oud (75 jaar of ouder). In het tweede deel van de tabel worden de aantallen gebrui-



TABEL 4.16 | GEBRUIKERS EN PREVALENTIE NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT IN 2010

Leeftijdsklasse	aantal gebruikers (1 = 1)			prevalentie per 1.000 verzekerden		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
< 5 jaar	12.900	10.400	23.300	27,9	23,6	25,8
5 – 14 jaar	2.200	1.800	4.000	2,2	1,9	2,0
15 – 24 jaar	1.800	2.100	3.900	1,8	2,1	2,0
25 – 44 jaar	3.000	5.200	8.200	1,3	2,4	1,9
45 – 64 jaar	12.900	15.100	28.000	5,5	6,5	6,0
65 – 74 jaar	11.700	11.300	23.000	17,1	15,6	16,3
75 jaar e.o.	18.700	28.400	47.100	42,6	39,8	40,8
<b>Gemiddeld</b>	<b>63.200</b>	<b>74.300</b>	<b>137.500</b>	<b>7,7</b>	<b>8,9</b>	<b>8,3</b>

kers gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht (prevalentie per 1.000 verzekerden). Ten opzichte van vorig jaar is de toename in het gebruik vooral zichtbaar bij de leeftijdsgroep jonger dan vijf jaar en de groep ouderen (ouder dan 65 jaar).

Meer gegevens over het gebruik van dieetpreparaten en voedingsmiddelen, waaronder het gebruik naar verschillende soorten middelen (bijvoorbeeld naar het onderscheid tussen sondevoeding en drinkvoeding) laten we zien op onze website: [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl).

### Magistrale bereidingen, doorgeleverd

De aanspraak op farmaceutische zorg is geregeld in de Zorgverzekeringswet en nader uitgewerkt in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Onder farmaceutische zorg wordt daarbij verstaan: “.. de terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van door de minister aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, voor zover deze door de zorgverzekeraar zijn aangewezen”. Deze laatste toevoeging biedt zorgverzekeraars expliciet de mogelijkheid om preferentiebeleid te voeren. Uitgesloten van vergoeding zijn geneesmiddelen die niet door de minister zijn aangewezen dan wel middelen die expliciet zijn uitgesloten (zoals een groot aantal zelfzorgmiddelen of geneesmiddelen in verband met een buitenlandse reis). Een bijzondere positie geldt voor de zogenoemde magistrale bereidingen. Het gaat hier om geneesmiddelen die door de apotheker op verzoek van de voorschrijvende arts speciaal moeten worden gemaakt. De zorgverzekeraar zal veelal vooraf toestemming willen verlenen om te bepalen of de voorgescreven magistrale bereiding voor vergoeding in aanmerking

komt. **Belangrijkste beoordelingscriterium hierbij is of sprake is van een rationele farmacotherapie.**

Voor magistrale bereidingen gelden strenge voorwaarden om de kwaliteit te waarborgen. Sinds 2009 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg de voorwaarde dat deze magistrale bereidingen door de apotheker in de eigen apotheek moet plaatsvinden versoepeld en is het toegestaan om deze bereidingen ook te betrekken van een collega apotheek. In dit verband wordt wel gesproken van collegiale bereidingen of doorgeleverde bereidingen via een centrale apotheek. De voordelen ten aanzien van kwaliteitsbewaking en ook een efficiënte en doelmatige productie zijn evident. Hier staat wel tegenover dat de apotheek die het middel aan de patiënt aflevert geen afzonderlijke bereidingstoeslag (meer) in rekening mag brengen. In 2010 is deze bereidingstoeslag vastgesteld op € 11,97 voor een eenvoudige bereiding, dan wel € 89,78 voor een complexe magistrale bereiding.

Sinds 2009 is het aantal doorgeleverde bereidingen gestegen van 589.000 naar 1.445.000. Het aantal verschillende producten dat als doorgeleverde bereiding wordt aangeboden is gestegen van 161 in 2009 naar 390 in 2010. Medio 2011 is het aanbod verder opgelopen naar ruim 500 verschillende producten.

De uitgaven die met deze doorgeleverde bereidingen zijn gemoeid bedroegen in 2009 bijna € 6,9 miljoen en in 2010 zijn deze opgelopen naar € 15,9 miljoen.

Het leeuwendeel (ruim 70%) van de doorgeleverde producten zijn middelen die bedoeld zijn voor de behandeling van huidproblemen de zogenoemde dermatologica.

De toename van het aantal doorgeleverde bereidingen gaat vooral ten kosten van het afleveren van afzonderlijke grond en hulpstoffen; ook voor deze grond- en hulpstoffen geldt dat deze van oudsher in belangrijke mate als buiten-WMG-middelen zijn aangemerkt. Het aantal afleveringen van deze grond- en hulpstoffen daalde van 1,5 miljoen in 2008 naar 0,3 miljoen in 2010.

Ruim 90% van de doorgeleverde bereidingen wordt aangemerkt als buiten-WMG-middelen. Dit betekent dat hierop de aflevertarieven van de WMG niet van toepassing zijn. De vergoeding voor het afleveren van het middel wordt bepaald door het verschil tussen inkoop- en verkoopprijs, ook wel marge genoemd. De gemiddelde verkoopkosten voor de doorgeleverde bereidingen liggen relatief laag: € 7,32 per afgeleverd voorschrift. De marge bedroeg gemiddeld 47%, wat overeenkomt met € 3,42 per voorschrift.

### **Maatregel: maagmiddelen**

De Minister wil met ingang van 1 januari 2012 de vergoeding van maagmiddelen beperken. Maagzuurremmers komen dan alleen nog voor vergoeding in aanmerking als ze worden voorgeschreven voor een chronische aandoening en het gebruik langer zal duren dan 6 maanden. Het eerste recept voor het middel (meestal voor een periode van 14 dagen), zal de patiënt zelf moeten betalen. Ook het kortdurend gebruik van maagzuurremmers komt voor eigen rekening, met als argumenten dat deze middelen gebruikt worden voor aandoeningen met een lage ziektelast en de kosten zeer beperkt zullen zijn.

De maagzuurremmers vormen de belangrijkste groep maagmiddelen. Hiertoe behoren de H<sub>2</sub>-antagonisten (o.a. cimetidine, ranitidine), de protonpompremmers (o.a. omeprazol, pantoprazol) en het prostaglandine analoog misoprostol. Onder de maatregel vallen ook combinatiepreparaten met een maagzuurremmer zoals Pantopac (een combinatie van pantoprazol met twee antibiotica voor de eradicaatie van *Helicobacter pylori* bij een maagzweer) en Arthrotec (een combinatie van misoprostol met diclofenac toegepast om maagklachten te voorkomen bij gebruik van diclofenac als pijnstillertje en ontstekingsremmer). Voor deze laatste twee indicaties worden maagzuurremmers ook in losse combinaties en vaak kortdurend voorgeschreven.

Uit de GIP-cijfers over 2010 blijkt dat van het kortdurend gebruik van maagzuurremmers 3,8% in combinatie is met

twee antibiotica (amoxicilline, claritromycine, tetracycline, metronidazol) en 44,2% in combinatie met een NSAID. Beide toepassingen vormden de laatste jaren de hoeksteen in de behandeling van maagzweren en het speerpunt in de medicatieveiligheid bij het gebruik van NSAID's. Bijna de helft van het kortdurend gebruik van maagmiddelen heeft dus betrekking op behandeling van maagzweren en preventie van maagbloedingen. Dit nuanceert de stelling dat kortdurend gebruik van maagzuurremmers vooral gebruikt wordt voor aandoeningen met een lage ziektelast.

Uitsluiting van de vergoeding van maagzuurremmers voor incidenteel gebruik kan leiden tot het zoeken naar alternatieven met als gevolg een toename in het gebruik van antacida en toename in chronisch gebruik. Dit laatste staat haaks op de conclusie in de richtlijn Maagklachten uit 2006 dat de plaats voor langdurige, continue behandeling met zuurremmers zeer beperkt is. Stoppen van bestaand chronisch gebruik van zuurremmers zou juist een belangrijke uitdaging moeten vormen om de kostenbesparingen te realiseren.

In 2010 was 16 % van het aantal voorgeschreven DDDs aan H<sub>2</sub>-antagonisten en protonpompremmers bestemd voor kortdurend gebruik; de kosten daarvan worden geschat op € 31,3 miljoen. In 2010 zijn 1,45 miljoen patiënten gestart met het gebruik van een H<sub>2</sub>-antagonist of protonpompremmer. De kosten daarvan worden geschat op € 7,5 miljoen. Omdat tot de starters ook de niet-chronische gebruikers behoren, mogen beide bedragen niet worden opgeteld. Niettemin kan wel een indicatie worden verkregen van de omvang van de besparing die gemoeid is met de voorgenomen maatregel: circa € 35 miljoen. Deze verwachte besparing kan worden afgezet tegen de totale kosten die zijn gemoeid met het gebruik van maagmiddelen: € 202 miljoen. (2010).

Elders in *GIPeilingen* hebben we al aangegeven dat er nog doelmatigheidswinst is te behalen in het voorschrijven en gebruik van maagmiddelen. Er zijn enorme verschillen in behandelkosten, afhankelijk van welke maagzuurremmer wordt voorgeschreven. Een behandeling met bijvoorbeeld omeprazol, dat generiek beschikbaar is, kost gemiddeld € 37 per patiënt per jaar. De behandeling van het vergelijkbare pantoprazol (hiervan zijn eveneens generieke varianten beschikbaar) kost bijna twee keer zoveel: bijna € 68 per patiënt per jaar. Het meest kostbaar is de behandeling met esomeprazol: bijna € 219 per patiënt per jaar. Hoewel eind 2010 het patent van esomeprazol is verlopen en er ook

generieke varianten op de markt zijn gekomen, valt op dat de prijzen in de loop van 2011 maar marginaal zijn gedaald. Indien kan worden bewerkstelligd dat 80% van de gebruikers van deze duurdere middelen overstappen op het veel goedkopere omeprazol dan zou dit een besparing geven van circa € 75 miljoen. Een dergelijke situatie kan in een paar jaar worden bereikt als alle startende gebruikers zouden beginnen met omeprazol. Hiervoor is het wel belangrijk dat voorschrijvers, huisartsen en specialisten hieraan meewerken door omeprazol als eerste keus te aan te wijzen in de behandeling van maagklachten. Ook een echte prijsverlaging van esomeprazol met bijvoorbeeld 60%, zou alleen al een besparing van circa € 40 miljoen opleveren. Het is zeer wel denkbaar dat een dergelijke prijsverlaging via een verdere uitbreiding van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars alsnog kan worden afgedwongen.

Hiermee geven we aan dat het met een meer doelmatig voorschrijfbeleid mogelijk is de kosten voor het gebruik van maagzuurremmers nog aanzienlijk te verlagen, zonder dat de kwaliteit van de behandeling van maagklachten hierdoor wordt geraakt. De te realiseren besparingen overtreffen ook de effecten van een eventuele maatregel om de vergoedingen voor niet-chronisch gebruik uit het pakket te schrappen.

# Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg

## Kosten hulpmiddelenzorg stijgen in 2010 met 5% tot €1,4 miljard

In 2010 deden circa 2,4 miljoen mensen een beroep op de hulpmiddelenzorg, een stijging van 7% in vergelijking met het jaar ervoor. De totale uitgaven voor hulpmiddelen bedroegen bijna €1,4 miljard, een stijging met 5%. De gemiddelde kosten per gebruiker daalden licht, de gemiddelde kosten per declaratie bleven nagenoeg gelijk.

De stijging van de uitgaven voor hulpmiddelenzorg in 2010 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 2010. Vooral het aantal gebruikers groeit met ongeveer 7% naar ruim 2,3 miljoen verzekerden in 2010. De kosten per gebruiker zijn iets lager dan in 2009 en de kosten per declaratie zijn in 2009 bijna hetzelfde als in 2008.

In tabel 5.1. laten we de ontwikkelingen zien van het gebruik en uitgaven van de hulpmiddelenzorg sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006.

## Wat zijn de grootste uitgavenposten in 2010?

In tabel 5.2 staat de top 5 van hulpmiddelen met de grootste

TABEL 5.1 | KENGETALLEN HULPMIDDELENZORG, 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010	Mutatie '06-'07	Mutatie '07-'08	Mutatie '08-'09	Mutatie '09-'10
<b>Totale Kosten (1 = 1 mln euro)</b>	1.108	1.217	1.288	1.332	1.397	10%	6%	3%	5%
<b>Volumecomponent</b>									
Gebruikers (1 = 1.000)	1.941	2.065	2.178	2.212	2.358	6%	5%	2%	7%
Declaraties (1 = 1 miljoen)	14,8	15,8	17,0	17,4	18,3	7%	8%	2%	5%
Declaraties/gebruiker	7,6	7,6	7,8	7,9	7,8	0%	3%	1%	-1%
<b>Prijsc component</b>									
Kosten/gebruiker (1=1 euro)	571	589	591	602	592	3%	0%	2%	-2%
Kosten/declaratie (1=1 euro)	75	77	76	77	76	3%	-1%	1%	-1%

TABEL 5.2 | TOP 5 HULPMIDDELENZORG: KOSTEN, GEBRUIKERS EN KOSTEN PER GEBRUIKER IN 2010

	Totale kosten 1 = 1 mln euro		Aandeel 65+		Gebruikers 1 = 1.000		Aandeel 65+		Kosten per gebruiker 1 = 1 euro	
	2010	M	V	2010	M	V	2010			
1. incontinentiemateriaal	166	16%	60%	583	17%	57%	285			
2. verbandmiddelen	133	20%	34%	879	16%	27%	151			
3. stomamaterialen	131	28%	30%	135	26%	30%	971			
4. teststrips (diabetes)	116	16%	19%	273	21%	26%	426			
5. hoortoestellen	113	36%	39%	137	37%	38%	822			
<b>Totaal Top 5</b>	<b>659</b>	<b>23%</b>	<b>38%</b>	<b>1.589*</b>	<b>27%</b>	<b>34%</b>	<b>415</b>			
Overige Hulpmiddelen	738	18%	24%	1.557*	19%	29%	474			
<b>Totaal Zvw</b>	<b>1.397</b>	<b>20%</b>	<b>31%</b>	<b>2.358*</b>	<b>17%</b>	<b>29%</b>	<b>592</b>			

\*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.

uitgaven in 2010. Terug van weggeweest in de top 5 zijn de hoortoestellen. Verder gaat het om: verzorgingsmiddelen (incontinentiematerialen, stomamiddelen en verbandmiddelen voor mensen met een chronische aandoening) en teststrips voor diabetespatiënten. Tezamen zijn deze vijf hulpmiddelengroepen verantwoordelijk voor bijna de helft van de totale uitgaven.

Een overzicht met daarin de hulpmiddelen die in 2010 het snelst in kosten zijn gestegen is te vinden op de *GIPdata-bank*: selecteer de top 10 stijgers op [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl).

### Hoortoestellen terug in de Top 5

In 2010 stijgen de uitgaven aan hoortoestellen met 5% ten opzichte van de uitgaven in 2009 naar €113 miljoen. In 2009 was er nog sprake van een lichte daling met 0,6% van de uitgaven ten opzichte van de uitgaven in 2008. De kostenstijging in 2010 wordt veroorzaakt door een combinatie van een kleine toename in het gebruik en een lichte stijging in de kosten per gebruiker van hoortoestellen. De stijging in de kosten per gebruiker is voor een deel het gevolg van de indexering van de vergoedingslimieten met ongeveer € 10.

### Gebruik van incontinentiematerialen wordt duurder

De hulpmiddelen met de grootste uitgaven in 2010 zijn net als in de voorgaande jaren de incontinentiematerialen. De kosten per gebruiker stijgen met 6% naar € 285 in 2010, terwijl het aantal gebruikers gelijk blijft ten opzichte van het jaar ervoor. Hierdoor stijgen ook de uitgaven met 6% naar € 166 miljoen.

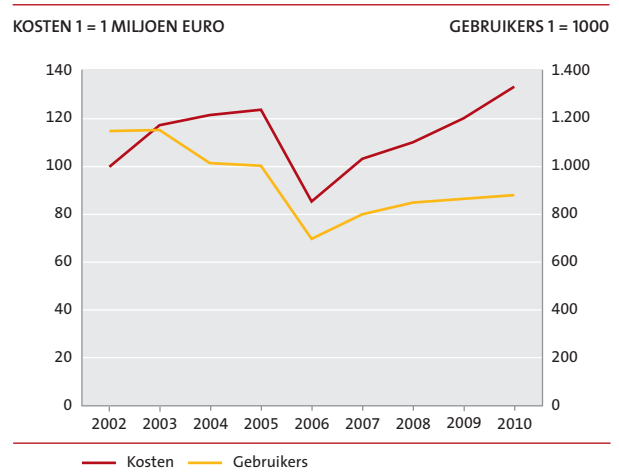
### Verbandmiddelen grootste groep gebruikers

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 het aantal gebruikers van verbandmiddelen vanaf 2002. De dip in 2006 wordt veroorzaakt door de invoering van de zorgverzekeringswet en de daarbij gepaarde overheveling.

In de periode daaropvolgend is er sprake van een inhaalrace: in 2009 zijn de uitgaven ongeveer gelijk aan het niveau van 2005 en het aantal gebruikers nadert het aantal wat we op basis van de ontwikkeling in de periode 2002-2005 verwachten. In 2010 stijgen de uitgaven verder met ruim 10% ten opzichte van 2009. Het aantal gebruikers groeit met ruim 2%. Begin 2011 is er met het aanvraagformulier verbandmiddelen een start gemaakt met de protocolontwikkeling van wondzorg. Het aanvraagformulier wordt gebruikt door zowel voorschrijvers als leveranciers en geeft antwoord op de vraag of de verzekerde in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de basisverzekering van de verbandmiddelen. De verwachting is dat deze ontwikkeling zal leiden tot een vermindering van de groei van uitgaven voor verbandmiddelen<sup>1</sup>.

**FIGUUR 5.1 | KOSTEN EN GEBRUIKERS**  
**VERBANDMIDDELEN, 2002-2010**

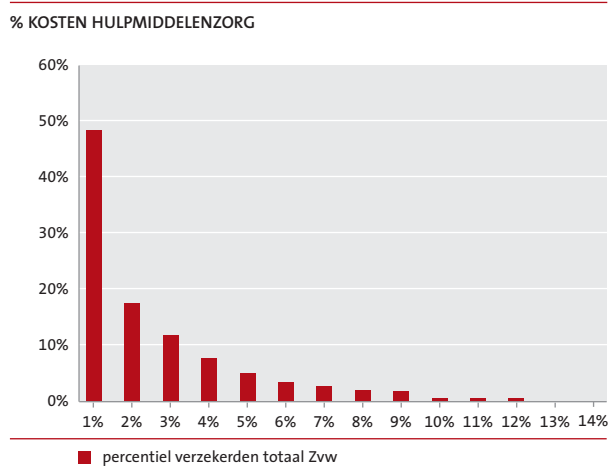


### Kleine groep gebruikers verantwoordelijk voor groot deel van de uitgaven

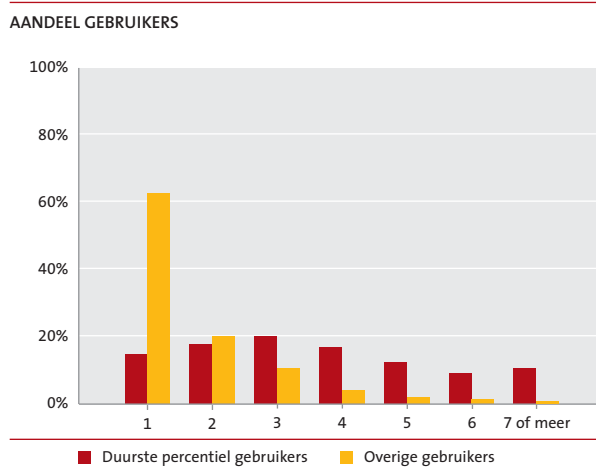
Figuur 5.2 laat zien hoe de lasten voor hulpmiddelenzorg in 2010 zijn verdeeld over de totale Zvw-populatie. Bijna 90% van de verzekerden maakt geen of maar heel weinig kosten voor hulpmiddelen. Dit zijn ruim 14,2 miljoen Zvw-verzekerden. Binnen de ruim 10% van de verzekerden die wel gebruik maken van hulpmiddelenzorg is slechts circa 1% (ruim 165.000 verzekerden) in 2010 verantwoordelijk voor bijna 50% van de uitgaven voor hulpmiddelen (circa €680 miljoen).

<sup>1</sup> Nieuwsbericht 'Voorschrijven van verbandmiddelen gaat voortaan eenduidig', Zorgverzekeraars Nederland, Zeist, april 2011

**FIGUUR 5.2 | KOSTENAANDEEL GEBRUIKERS  
HULPMIDDELENZORG 2010**



**FIGUUR 5.3 | AANDEEL GEBRUIKERS NAAR AANTAL SOORTEN  
HULPMIDDELEN PER GEBRUIKER, 2010**



Een nadere analyse van de groep verzekerden die verantwoordelijk is voor bijna 50% van de lasten laat zien dat gemiddeld over een periode van een jaar een gebruiker 31 declaraties vergoed krijgt. Dit is 5 keer hoger dan het landelijke gemiddelde van 6 declaraties per gebruiker. Het zijn vooral declaraties van meer dan 2 verschillende soorten hulpmiddelen. Dit is goed te zien in figuur 5.3.

Uit een analyse op gegevens over 2008 bleek dat het feit dat slechts een kleine groep verzekerden verantwoordelijk is voor de helft van de totale uitgaven voor hulpmiddelenzorg vooral werd veroorzaakt door het gebruik van meerdere, verschillende soorten hulpmiddelen, en niet zozeer door het gebruik van dure hulpmiddelen. Lees het volledige artikel in het *Zorgcijfers kwartaalbericht, 2e kwartaal 2009*. Deze publicatie is te downloaden via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl) (publicaties / zorgcijfers / kwartaalberichten).

**TABEL 5.3 | AANTAL GEBRUIKERS NAAR LEEFTIJD  
EN GESLACHT, 2006-2010**

1 = 1000

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Mannen</b>	<b>759</b>	<b>821</b>	<b>866</b>	<b>885</b>	<b>958</b>
o-25 jaar	115	124	124	117	151
25-45 jaar	110	116	117	114	116
45-65 jaar	223	244	260	271	286
65-75 jaar	138	150	163	171	181
75-85 jaar	128	137	147	153	161
> 85 jaar	46	51	55	59	63
<b>Vrouwen</b>	<b>1.182</b>	<b>1.245</b>	<b>1.312</b>	<b>1.326</b>	<b>1.400</b>
o-25 jaar	104	113	115	111	137
25-45 jaar	163	174	182	181	190
45-65 jaar	313	334	355	364	382
65-75 jaar	200	209	223	227	237
75-85 jaar	255	262	272	272	276
> 85 jaar	146	153	165	172	176
<b>Totaal</b>	<b>1.9401</b>	<b>2.065</b>	<b>2.178</b>	<b>2.212</b>	<b>2.358</b>

**TABEL 5.4 | KOSTEN PER GEBRUIKER NAAR LEEFTIJD EN  
GESLACHT, 2006-2010**

1 = 1 EURO

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Mannen</b>	<b>759</b>	<b>821</b>	<b>866</b>	<b>885</b>	<b>958</b>
o-25 jaar	573	555	537	606	487
25-45 jaar	497	504	514	533	539
45-65 jaar	637	649	649	649	645
65-75 jaar	684	707	716	711	714
75-85 jaar	678	712	717	721	726
> 85 jaar	739	783	766	766	772
<b>Vrouwen</b>	<b>534</b>	<b>554</b>	<b>555</b>	<b>563</b>	<b>558</b>
o-25 jaar	438	457	489	539	456
25-45 jaar	401	404	403	412	397
45-65 jaar	498	514	520	522	528
65-75 jaar	531	552	550	557	563
75-85 jaar	591	615	611	611	622
> 85 jaar	733	779	759	757	766
<b>Totaal</b>	<b>571</b>	<b>589</b>	<b>591</b>	<b>602</b>	<b>592</b>

### Hoe is het hulpmiddelengebruik verdeeld naar leeftijd en geslacht?

In tabel 5.3 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. Zowel bij de mannen als bij de vrouwen is de toename van het aantal gebruikers in de leeftijdscategorie 0 tot 25 jaar in 2010 opvallend hoog. Dit heeft te maken met het functiegericht omschrijven<sup>2</sup> van de verstrekking uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel in 2010. Hierdoor is de aanspraak uitgebreid met losse voorzetkamers. Deze losse voorzetkamers vergemakkelijken het inhaleren van medicijnen (aerosolen) en worden vooral gebruikt door kinderen.

In vergelijking met het voorgaande jaar dalen de kosten per gebruiker in 2010 licht (zie tabel 5.4). Dit geldt voor zowel mannelijke als vrouwelijke gebruikers van hulpmiddelen. Ook in de kosten per gebruiker is het effect van het functiegericht omschrijven van ademhalingshulp-

middelen zichtbaar: vooral in de categorie 0 tot 25 jaar dalen de kosten per gebruiker flink. Dit komt omdat een voorzet-kamer een relatief goedkope verstrekking is (ongeveer € 20 tot € 40) ten opzichte van de overige hulpmiddelen die gebruikt worden door verzekerden in de leeftijdscategorie 0 – 25 jaar.

<sup>2</sup> In zijn brief van 16 april 2008 kondigde de minister aan dat hij de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg zou gaan omvormen naar een regeling gebaseerd op functiebeperkingen. Vanaf 2008 heeft het CVZ in zijn pakketadviezen fasegewijs voorstellen gedaan om de hulpmiddelenzorg functiegericht te omschrijven.

**TABEL 5.5 | KOSTENONTWIKKELING HULPMIDDELENZORG, 2006-2010**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2006	2007	2008	2009	2010	Mutatie '09-'10	GJG '06-'10
Verzorgingsmiddelen	396,3	439,7	464,5	491,6	534,9	8,8%	7,8%
Orthesen en schoenvoorzieningen	142,0	146,7	162,4	169,3	173,5	2,5%	5,1%
Auditieve hulpmiddelen	113,8	122,9	132,9	132,2	136,8	3,5%	4,7%
Visuele hulpmiddelen	16,0	17,0	18,3	19,5	20,1	3,17%	5,8%
Diabetes hulpmiddelen	137,3	152,4	161,6	179,1	181,7	1,4%	7,3%
Inrichtingselementen woningen	56,2	60,5	65,4	47,1	35,6	-24,4%	-10,8%
Transportondersteuners bloed en lymfe	49,5	52,8	58,2	61,2	61,3	0,2%	5,5%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	52,5	55,1	57,2	54,9	67,2	22,6%	6,4%
Prothesen	41,4	42,6	45,6	48,2	51,0	5,9%	5,3%
Communicatie/informatie/signalering	19,8	20,8	27,7	25,3	24,1	-4,7%	5,1%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	17,3	18,4	17,5	15,1	18,2	20,6%	1,2%
Hulpmiddelen toedienen voeding	10,5	11,4	13,6	14,9	15,4	3,0%	10,0%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	44,9	51,6	53,1	51,4	54,3	5,8%	4,9%
Geleidehonden	3,2	4,1	4,8	5,0	5,4	7,9%	14,1%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	0,8	0,8	0,5	2,4	2,9	18,3%	38,8%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7%	-59,4%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	78,2%	164,6%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	0,0	0,1	0,3	0,2	0,3	9,1%	55,7%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	6,7	20,8	4,2	14,1	13,2	-6,2%	18,5%
<b>Totaal</b>	<b>1.108,2</b>	<b>1.217,7</b>	<b>1.287,9</b>	<b>1.331,8</b>	<b>1.396,5</b>	<b>4,9%</b>	<b>6,0%</b>

### 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 19-tal hoofdcategorieën. Deze monitor-hoofdindeling volgt in grote lijnen de indeling van de hulpmiddelen zoals deze staat beschreven in de zorgverzekeringswet. Hierbij worden de wijzigingen in de aanspraak op hulpmiddelenzorg gevolgd en met terugwerkende kracht doorgevoerd op de gegevens over de voorgaande jaren.

In de tabellen 5.5 en 5.6 laten wij, per hoofdcategorie, de ontwikkeling zien van de kosten en het aantal gebruikers in de periode 2006–2010. Naast het verschilpercentage ten opzichte van het voorgaande jaar wordt in de tabel ook de gemiddelde jaarlijkse groei (GJG) weergegeven.

Per 1 januari 2010 zijn er een aantal wijzigingen in de aanspraak op hulpmiddelenzorg doorgevoerd. De maximale vergoeding voor haarwerken is verhoogd van € 294 naar

€ 374 en de aanspraak is uitgebreid met het Mandibulair repositie apparaat (MRA). Dit is een gebitsprothese die de onderkaak naar voren houdt en wordt gebruikt voor de behandeling van het obstructieve slaap apneu syndroom. Verder zijn de aanspraken op prothesen en uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel per 1 januari 2010 functiegericht omschreven. Kijk op [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) voor een chronologisch overzicht met beleidsmaatregelen met betrekking tot de hulpmiddelenzorg.



TABEL 5.6 | ONTWIKKELING GEBRUIKERS HULPMIDDELENZORG, 2006-2010

1 = 1.000

	2006	2007	2008	2009	2010	Mutatie '09-'10	GJG '06-'10
Verzorgingsmiddelen	1.137,7	1.232,3	1.300,2	1.321,6	1.338,1	1,2%	4,1%
Orthesen en schoenvoorzieningen	172,9	174,6	189,2	197,9	204,6	3,4%	4,3%
Auditieve hulpmiddelen	173,7	184,2	197,5	184,9	181,9	-1,6%	1,2%
Visuele hulpmiddelen	44,3	46,3	47,8	46,3	49,2	6,2%	2,7%
Diabetes hulpmiddelen	228,5	241,1	262,4	271,6	278,1	2,4%	5,0%
Inrichtingselementen woningen	74,9	83,3	96,7	55,4	46,9	-15,4%	-11,1%
Transportondersteuners bloed en lymfe	387,6	414,8	451,0	464,7	472,9	1,8%	5,1%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	73,8	80,7	83,2	101,6	256,5	152,5%	36,5%
Prothesen	57,5	59,9	63,2	64,4	67,5	4,9%	4,1%
Communicatie/informatie/signalering	62,3	65,9	70,3	65,6	59,8	-8,9%	-1,0%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	79,3	82,6	86,6	81,1	111,1	37,1%	8,8%
Hulpmiddelen toedienen voeding	8,2	10,1	12,2	14,3	15,3	7,4%	16,9%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	273,5	287,6	317,7	339,2	349,5	3,0%	6,3%
Geleidehonden	0,7	0,8	1,0	1,4	1,4	1,2%	17,1%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	20,0%	43,0%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-100%	-62,4%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,0	0,0	0,1	0,4	0,4	9,7%	125,6%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	1,2	2,1	7,7	7,2	7,3	0,6%	57,4%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	20,8	54,6	21,1	23,7	22,7	-4,3%	2,2%
<b>Totaal *</b>	<b>1.940,7</b>	<b>2.065,4</b>	<b>2.178,2</b>	<b>2.211,6</b>	<b>2.358,2</b>	<b>6,6%</b>	<b>5,0%</b>

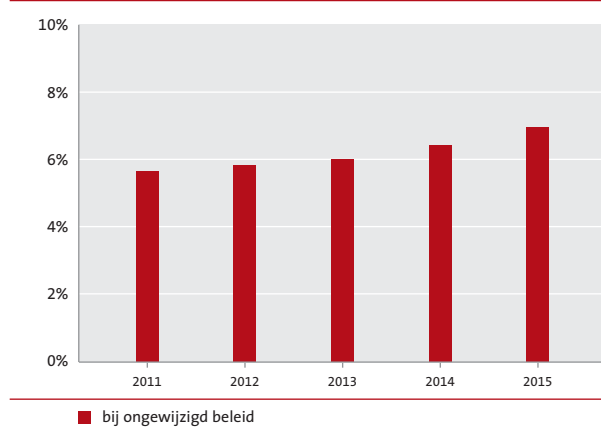
\*Omdat één verzekerde gebruik kan maken van meerdere hulpmiddelen uit verschillende categorieën, wijkt het totaal aantal gebruikers af van de som van de afzonderlijke categorieën.

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

Op basis van de gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven voor de hulpmiddelenzorg in de periode 2007 tot en met 2010 en de groeipercentages van de uitgaven ten opzichte van het voorgaande jaar, raamt het CVZ de groeipercentages van de uitgaven ten opzichte van het voorgaande jaar voor de periode 2011-2015. Het CVZ verwacht voor 2011 een groei van de uitgaven met circa 5,6% en over de periode 2012 tot 2015 een gemiddelde jaarlijkse groei van 6% oplopend tot 7% (figuur 5.4).

Voor de jaren 2011, 2012 en 2013 zijn er een aantal (voorgenomen) beleidsmaatregelen bekend die mogelijk van invloed zijn op de ontwikkeling van de uitgaven voor hulpmiddelenzorg. De financiële gevolgen van deze maatregelen, voor zover bekend, zijn echter zeer klein.

FIGUUR 5.4 | RAMING GROEIPERCENTAGES UITGAVEN  
MIDDELLANGE TERMIJN HULPMIDDELENZORG



### **Maatregelen per 1 januari 2011**

Per 1 januari 2011 is de aanspraak op de hulpmiddelen voor anticonceptie beperkt tot verzekerden jonger dan 21 jaar. Ook zijn de aanspraken op uitwendige hulpmiddelen bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem (zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden), uitwendige hulpmiddelen bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel (diabeteshulpmiddelen) en uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie (o.a. incontinentiematerialen, stomavoorzieningen en katheters) functiegericht omschreven. Het CVZ schat in dat het beperken van de aanspraak op hulpmiddelen voor anticonceptie en het functiegericht omschrijven van zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden en diabeteshulpmiddelen nauwelijks een effect hebben op de groei van de uitgaven. Het functiegericht omschrijven van hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie heeft mogelijk wel financiële gevolgen, maar deze zijn moeilijk in te schatten.<sup>3</sup> Verder is er in 2011 een start gemaakt met de protocolontwikkeling van wondzorg. De verwachting is dat deze ontwikkeling zal leiden tot een vermindering van de groei van uitgaven voor verbandmiddelen.

### **Maatregelen per 1 januari 2012**

Per 1 januari 2012 worden de aanspraken op hulpmiddelen in verband met beperkingen in het spreken en de hulpmiddelen in verband met stoornissen in de visuele functie functiegericht omschreven. Het functiegericht omschrijven van spraak hulpmiddelen heeft naar verwachting geen gevolgen voor de uitgaven. Door het functiegericht omschrijven van hulpmiddelen in verband met stoornissen in de visuele functie wordt de aanspraak uitgebreid met spraaksoftware voor mobiele telefonie. Het CVZ raamt de financiële gevolgen van deze uitbreiding op € 1,2 tot € 1,7 miljoen per jaar<sup>4</sup>. Verder vervalt per 1 januari 2012 de te verzekeren prestatie 'vervanging van BAHA-hoortoestellen'. Zij zullen vanaf die datum onderdeel uitmaken van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden'. De uitgaven voor de hulpmiddelenzorg dalen hierdoor met ongeveer ongeveer € 1,4 miljoen per jaar.

### **Heroriëntatie hulpmiddelen per 1 januari 2013**

In haar besluit van 1 juni 2011 meldt de minister dat zij het aantal regelingen waarmee verzekerden aanspraak maken

op hulpmiddelenzorg vanuit een zorgperspectief overeenkomstig het advies van het CVZ<sup>5</sup> terug brengt van 3 naar 2 regelingen. Als het besluit van de minister om het aantal loketten voor hulpmiddelen van drie naar twee terug te brengen daadwerkelijk per 2013 wordt ingevoerd, dan heeft dit de volgende consequenties. Hulpmiddelen die te maken hebben met 'zelfredzaamheid in en om de woning' worden onderdeel van de Wmo. Hulpmiddelen voor specifieke beperkingen komen in de Zvw. De hulpmiddelen uit de AWBZ-kortdurende uitleenregeling worden overgeheveld naar de Zvw en Wmo. In zijn advies aan de minister raamt het CVZ de financiële gevolgen van de heroriëntatie van de hulpmiddelenzorg voor de uitgaven voor de hulpmiddelenzorg op een stijging van ongeveer € 1,3 miljoen per jaar.

In de komende uitgaven van de GIPeilingen en op de GIPdatabank zullen wij verder aandacht besteden aan de effecten van de diverse beleidsmaatregelen in de hulpmiddelenzorg.

<sup>3</sup> Pakketadvies 2010, College voor zorgverzekeringen, Diemen, april 2010, nr. 285

<sup>4</sup> Pakketadvies 2011, College voor zorgverzekeringen, Diemen, april 2011, nr. 296

<sup>5</sup> Heroriëntatie hulpmiddelen, College voor zorgverzekeringen, Diemen, juli 2009, nr. 279

# Overzichten

TABEL 6.1 | UNIEKE LEVERINGEN VAN APOTHEKEN EN GESPECIALISEERDE LEVERANCIERS IN 2010

Stofnaam (merknaam)	Aantal gebruikers 1 = 1	Totale kosten 1 = 1 mln euro	Kosten per gebruiker 1 = 1 euro
treprostinil (Remodulin)	32	4,2	129.991
pegvisomant (Somavert)	286	12,2	42.533
bosentan (Tracleer)	742	23,2	31.281
lenalidomide (Revlimid)	855	25,5	29.808
immunoglobuline normaal intravasculair (o.a. Nanogam)	1.044	23,4	22.448
sunitinib (Sutent)	744	13,0	17.498
infliximab (Remicade)	289	4,5	15.513
ustekinumab (Stelara)	403	5,8	14.284
sorafenib (Nexavar)	315	4,5	14.210
interferon beta 1a (o.a. Avonex)	3.350	43,8	13.079
adalimumab (Humira)	14.429	185,5	12.857
interferon beta 1b (Betaferon)	1.350	17,2	12.706
etanercept (Enbrel)	13.214	158,2	11.975
somatropine (Norditropin)	4.926	55,1	11.190
octreotide (Sandostatine)	2.279	22,9	10.062
glatirameer (Copaxone)	1.869	18,4	9.847
emtricitabine en tenofovir en efavirenz (Atripla)	3.808	36,0	9.442
colistine (Colistin)	917	8,5	9.255
temozolomide (Temodal)	1.008	8,9	8.847
pegfilgrastim (Neulasta)	7.678	44,8	5.835
palivizumab (Synagis)	3.169	14,7	4.629
peginterferon alfa 2b (PegIntron)	425	2,0	4.609
peginterferon alfa 2a (Pegasys)	985	4,5	4.562
apomorfine (APO-go)	83	0,4	4.508
teriparatide (Forsteo)	1.272	5,2	4.057
parathyroïdhormoon (Preotact)	259	1,0	3.767
ribavirine (Copegus)	977	3,3	3.365
darbepoëtine alfa (Aranesp)	12.876	35,5	2.755
epoëtine (Eprex)	10.786	24,2	2.248
gosereline (Zoladex)	14.244	22,9	1.605
leuproreline (o.a. Lucrin)	13.282	18,9	1.426
<b>Totaal unieke leveringen</b>		<b>848,0</b>	<b>7.193</b>
<i>Aandeel (in totale kosten) van gespecialiseerde leveranciers</i>		<i>57%</i>	

## Vooraf

In dit hoofdstuk presenteren we een aantal overzichten, veelal een top 25 van de meest gebruikte geneesmiddelen, zowel op basis van het aantal afgeleverde standaarddosering als op basis van het aantal mensen dat het middel het afgelopen jaar heeft gebruikt als op basis van de kosten die hiermee zijn gemoeid. De overzichten worden aangevuld met een selectie van dure geneesmiddelen en een top 10 van de geneesmiddelen waarvoor moest worden bijbetaald. De geneesmiddelen worden gepresenteerd op basis van de stofnaam (werkzame stof), met tussen haakjes de merknaam van het meest voorgeschreven specialité. Alleen geneesmiddelen met een ATC-code op het vijfde niveau worden hierbij meegenomen. De overzichten worden gepresenteerd zonder nader toelichting. De meeste van de hier gepubliceerde overzichten zijn ook te raadplegen via de GIPdatabank (zie: [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl)), waarin we de top 25 nog verder hebben uitgebreid naar een top 100.

## Unieke leveringen

Dure en bijzondere geneesmiddelen (voor meer informatie zie ook [www.fk.cvz.nl](http://www.fk.cvz.nl)) - 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 toege-

nomen van €469 miljoen in 2006 naar €848 miljoen in 2010. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse groei van 16%. Deze unieke leveringen worden steeds vaker door gespecialiseerde leveranciers verstrekt; hun marktaandeel (gemeten in totale kosten) is opgelopen van 46% in 2006 naar 57% in 2010. In Tabel 6.1 laten we zien om welke geneesmiddelen het hier gaat, hoeveel mensen deze geneesmiddelen gebruiken, welke kosten hiermee zijn gemoeid en wat de gemiddelde kosten per gebruiker zijn. De geneesmiddelen zijn gesorteerd op basis van de gemiddelde kosten per gebruiker.

## Top 10 GVS-bijbetalingen

Voor geneesmiddelen die binnen het GVS als onderling vervangbaar zijn 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 worden vergoed. Voor een beperkt aantal middelen is dit niet het geval en is daardoor sprake van bijbetaling door de verzekerde. In 2010 zijn de bijbetalingen gestegen van circa €41,8 miljoen (2009) naar €49,3 miljoen. Dit is een stijging van circa 18%.

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).

TABEL 6.2 | TOP 10 GVS-BIJBETALINGEN IN 2010

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	GVS-bijbetaling 1 = 1 mln euro	Gebruikers 1 = 1
1	methylfenidaat (Concerta)	No6BA04	ADHD	18,3	141.500
2	drospirenon & oestrogeen (Yasmin)	Go3AA12	anticonceptie	5,8	112.800
3	atomoxetine (Strattera)	No6BA09	ADHD	4,6	5.970
4	progestageen & oestrogeen (Nuvaring)	Go2BB01	anticonceptie	3,3	54.500
5	solifenacine (Vesicare)	Go4BD08	urine-incontinentie	2,7	62.700
6	tolterodine (Detrusitol)	Go4BD07	urine-incontinentie	2,3	22.300
7	desogestrel & oestrogeen (Marvelon)	Go3AA09	anticonceptie	1,4	140.500
8	calcipotriol combinatie (Dovobet)	Do5AX52	psoriasis	1,2	50.000
9	tinzaparine (Logiparine)	B01AB10	trombose	1,1	4.790
10	rasagiline (Azilect)	No4BD02	ziekte van Parkinson	0,9	1.210
<b>Totaal top 10</b>				<b>41,7</b>	
<i>Totaal alle GVS-bijbetalingen</i>				<i>49,2</i>	

Na de introductie van de WGP in 1996 zijn de GVS-vergoedingslimieten slechts één keer herijkt. Over het algemeen leverde dit een verlaging van de vergoedingslimieten op, die in nagenoeg alle gevallen ook gevolgd zijn door prijsverlagingen. Op dit moment is de situatie zo dat de 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 bijbetalingbedrag gering: iets minder dan 1,0% van de totale kosten. De bijbetalingen concentreren zich rond een beperkt aantal middelen, zodat voor individuele gebruikers het bijbetalingbedrag fors kan oplopen. In tabel 6.2 staat de top 10 van geneesmiddelen

waarvoor het meest in 2010 moest worden bijbetaald. Deze tien middelen zijn samen verantwoordelijk voor bijna 85% van het totaal aan bijbetalingen.

Deze GVS-bijbetalingen mogen door de zorgverzekeraar niet in het kader van basisverzekering 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 bepaalde zorgverzekeraar hebben laten meewegen of de bijbetalingen voor bepaalde geneesmiddelen via de aanvullende polis alsnog worden vergoed. Voor een aantal middelen geldt dat de betreffende fabrikant, achteraf de patiënt een tegemoetkoming geeft in het bedrag dat is bijbetaald.

### Geneesmiddelengroepen van meer dan €100 miljoen

In tabel 6.3 presenteren we een overzicht van de geneesmiddelengroepen waaraan in 2010 meer dan €100 miljoen is uitgegeven. De geneesmiddelen zijn gegroepeerd op het

TABEL 6.3 | TOTALE KOSTEN MEER DAN €100 MILJOEN IN 2010

Rang	Omschrijving (ATC-groep)	Totale kosten 1 = 1 mln euro	Aantal gebruikers 1 = 1	Kosten per gebruiker 1 = 1 euro
1	Immunosuppressiva (L04)	447,9	118.980	3.764
2	Astma & COPD (R03)	430,8	1.547.000	278
3	Cholesterolverlagers (C10)	295,5	1.679.000	176
4	ACE-remmers & angiotensine II antagonisten (C09)	251,1	1.817.000	138
5	Diabetesmiddelen (A10)	239,6	756.700	317
6	Maagmiddelen (A02)	199,5	2.581.000	77
7	Antivirale middelen (J05)	161,4	89.870	1.796
8	Psycholeptica (N05)	154,4	582.270	265
9	Antitrombotica (B01)	149,4	1.603.000	93
10	Analgetica (N02)	142,3	1.293.000	110
11	Psychoanaleptica (N06)	133,6	1.106.000	121
12	Antibacteriële middelen systemisch (J01)	131,4	3.922.000	34
13	Geslachtshormonen (G03)	122,2	2.024.000	60
14	Oncolytica (L01)	112,6	70.960	1.587
15	Immunostimulantia (L03)	109,7	16.540	6.631
16	Beta-blokkers (C07)	109,6	1.660.000	66
17	Middelen voor oogheelkundig gebruik (S01)	100,5	1.663.000	60

tweede niveau van de ATC-code. Dit niveau verdeelt de geneesmiddelen in zogenoemde therapeutische hoofdgroepen. Het overzicht telt net als vorig jaar 17 hoofdgroepen. Samen zijn deze verantwoordelijk voor ruim 63% van de totale kosten die zijn uitgegeven voor farmaceutische zorg. Naast de totale kosten geven we ook het aantal gebruikers en de gemiddelde kosten per gebruiker weer.

## Top 25 totale kosten

Hieronder (tabel 6.4) presenteren we de top 25 voor geneesmiddelen waaraan we in 2010 het meeste geld hebben uitgegeven. De top 25 kosten wordt gedomineerd door geneesmiddelen gericht op de behandeling van reuma, astma & COPD, maagklachten, middelen voor de preventie van hart en vaatziekten (cholesterolverlagers) en de behandeling van hartfalen en hoge bloeddruk. Deze 25 middelen zijn samen verantwoordelijk voor bijna 32% van de totale kosten.

TABEL 6.4 | TOP 25 TOTALE KOSTEN IN 2010

1 = 1 MILJOEN EURO

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Totale kosten	Mutatie '09-'10
1	adalimumab (Humira)	Lo4AB04	reuma, psoriasis, Crohn	185,5	17,4%
2	etanercept (Enbrel)	Lo4AB01	reuma, psoriasis	158,2	15,3%
3	atorvastatine (Lipitor)	C10AA05	verhoogd cholesterol	144,1	-8,2%
4	salmeterol & anti-astmatica (Seretide)	R03AK06	astma & COPD	132,3	1,1%
5	tiotropium (Spiriva)	R03BB04	COPD	90,4	9,7%
6	formoterol & anti-astmatica (Symbicort, Foster)	R03AK07	astma & COPD	77,2	10,0%
7	esomeprazol (Nexium)	A02BC05	maagzuurklachten	74,9	-0,7%
8	metoprolol (Lopresor)	C07AB02	hartfalen, hypertensie	60,2	-15,7%
9	omeprazol (Losec)	A02BC01	maagzuurklachten	59,4	16,7%
10	somatropine (o.a. Norditropin)	H01AC01	groeistoornis	55,1	-7,2%
11	rosuvastatine (Crestor)	C10AA07	verhoogd cholesterol	50,0	0,2%
12	pegfilgrastim (Neulasta)	Lo3AA13	neutropine bij chemotherapie	44,8	6,3%
13	interferon beta-1a (o.a. Avonex)	Lo3AB07	multiple sclerose	43,8	9,1%
14	insuline, glargine (Lantus)	A10AE04	diabetes	43,1	6,6%
15	pantoprazol (Pantozol)	A02BC02	maagzuurklachten	42,5	-49,8%
16	macrogol, combinaties (o.a. Movicolon)	A06AD65	obstipatie	42,0	6,3%
17	olanzapine (Zyprexa)	No5AH03	psychose	41,5	2,6%
18	insuline, aspart (Novorapid)	A10AB05	diabetes	39,5	7,2%
19	insuline, aspart (Novomix)	A10AD05	diabetes	39,3	-2,5%
20	imatinib (Glivec)	Lo1XE01	leukemie	38,0	-0,5%
21	simvastatine (Zocor)	C10AA01	verhoogd cholesterol	37,7	22,0%
22	emtricitabine en tenofovir en efavirenz (Atripla)	J05AR06	HIV-infectie	36,0	30,1%
23	levonorgestrel & oestrogeen (o.a. Microgynon)	G03AA07	anticonceptie	35,6	3,4%
24	darbepoëtine alfa (Aranesp)	B03XA02	anemie	35,5	-8,4%
25	quetiapine (Seroquel)	No5AH04	psychose	33,8	8,5%
<b>Aandeel top 25 in totale kosten</b>			<b>31,5%</b>	<b>1.640,4</b>	

## 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. Dit jaar is wel de nummer één gewijzigd. Al een aantal jaren stond de pijnstiller en ontstekingsremmer diclo-

fenac op de eerste plaats met ruim 1,5 miljoen gebruikers, maar in 2010 is het aantal gebruikers van de maagzuurremmer omeprazol opgelopen naar ruim 1,6 miljoen. Omeprazol is daarmee in Nederland het meest gebruikte geneesmiddel.

TABEL 6.5 | TOP 25 AANTAL GEBRUIKERS IN 2010

1 = 1

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Gebruikers
1	omeprazol (Losec)	A02BC01	maagzuurklachten	1.604.000
2	diclofenac (o.a. Cataflam)	Mo1AB05	artritis, atrose, pijn	1.527.000
3	oestrogeen met levonorgestrel (o.a. Microgynon)	G03AA07	anticonceptie	1.110.000
4	amoxicilline	J01CA04	infecties	1.066.000
5	metoprolol (Selokeen)	C07AB02	hartfalen, hypertensie	974.270
6	doxycycline (Efracea)	J01AA02	infecties	938.690
7	simvastatine (Zocor)	C10AA01	verhoogd cholesterol	936.890
8	amoxicilline met enzymremmer (Augmentin)	J01CR02	infecties	799.270
9	salbutamol (Ventolin)	R03AC02	astma & COPD	766.780
10	ibuprofen (o.a. Brufen)	Mo1AE01	artritis, atrose, pijn	718.420
11	macrogrol combinatiepreparaten (o.a. Movicolon)	A06AD65	obstipatie	699.320
12	acetylsalicylzuur (Aspirine-protect)	B01AC06	trombose, infarct	631.200
13	pantoprazol (Pantozol)	A02BC02	maagzuurklachten	625.100
14	nitrofurantoïne (Furabid)	J01XE01	urinewegsinfecties	612.240
15	codeïne	R05DA04	hoest	589.650
16	triamcinolon	Do7AB09	eczeem, psoriasis	576.470
17	hydrothiothiazide	C03AA03	hypertensie	573.710
18	hydrocortison met overige middelen (Calmurid)	Do7XA01	exceem, psoriasis	571.880
19	metformine	A10BA02	diabetes	570.720
20	fusidinezuur (Fucidin)	Do6AX01	huidinfecties	543.430
21	desloratadine (o.a. Aeries)	Ro6AX27	allergische rhinitis, urticaria	539.700
22	carbasalaatcalcium (o.a. Ascal-cardio)	B01AC08	hartfalen, trombose	530.390
23	kunsttranen en dergelijke (o.a. Duratears)	S01XA20	droge ogen	509.150
24	hydrocortison	Do7AA02	eczeem	477.310
25	naproxen	Mo1AE02	artritis, artrose, pijn	442.570

## Top 25 voorschriften

Met 6,3 miljoen voorschriften zijn metoprolol, een middel tegen hoge bloeddruk en hartfalen en omeprazol (een middel tegen maagzuurklachten) de meest voorgeschreven geneesmiddelen.

De top 25 middelen zijn samen verantwoordelijk voor 37,6% van het totaal aantal afgeleverde voorschriften. Het leeuwendeel van de voorschriften in deze top 25 betreft generieke geneesmiddelen, namelijk 77,5%.

TABEL 6.6 | TOP 25 AANTAL VOORSCHRIFTEN (UITGIFTES) IN 2010

1 = 1 MILJOEN

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Voorschriften	Mutatie '09-'10
1	omeprazol (Losec)	A02BC01	maagzuurklachten	6,3	24,0%
2	metoprolol (Lopresor)	C07AB02	hartfalen, hypertensie	6,3	13,6%
3	simvastatine (Zocor)	C10AA01	verhoogd cholesterol	5,5	23,4%
4	acetylsalicylzuur (Aspirine-protect)	B01AC06	trombose, infarct	5,5	17,9%
5	metformine	A10BA02	diabetes	4,2	18,4%
6	pantoprazol (Pantozol)	A02BC02	maagzuurklachten	3,5	16,3%
7	furosemide (o.a. Lasix)	C03CA01	oedeem, hypertensie	3,4	11,1%
8	hydrochloorthiazide (Dichlotride)	C03AA03	hypertensie	2,9	6,2%
9	levothyroxine (o.a. Thyrax)	H03AA01	schildklierafwijking	2,9	12,0%
10	diclofenac (o.a. Cataflam)	M01AB05	artritis, artrose, pijn	2,8	2,7%
11	carbasalaatcalcium (o.a. Ascal-cardio)	B01AC08	hartfalen, trombose	2,5	2,2%
12	amlodipine (Norvasc)	C08CA01	angina, hypertensie	2,4	17,1%
13	levonorgestrel & oestrogeen (o.a. Microgynon)	G03AA07	anticonceptie	2,2	2,7%
14	atorvastatine (Lipitor)	C10AA05	verhoogd cholesterol	2,2	2,1%
15	enalapril (Renitec)	C09AA02	hypertensie, hartfalen	1,9	6,6%
16	isosorbidedemonitrat (Mono cedocard)	C01DA14	angina pectoris	1,7	14,2%
17	esomeprazol (Nexium)	A02BC05	maagzuurklachten	1,7	2,2%
18	salbutamol (Ventolin)	R03AC02	astma & COPD	1,7	0,0%
19	perindopril (Coversyl)	C09AA04	hypertensie, hartfalen	1,6	18,7%
20	macrogol, combinaties (o.a. Movicolon)	A06AD65	obstipatie	1,5	9,5%
21	kunsttranen en dergelijke (o.a. Duratears)	S01XA20	droge ogen	1,5	4,6%
22	paroxetine (Seroxat)	N06AB05	depressie, angststoornissen	1,4	-3,9%
23	bisoprolol (Emcor)	C07AB07	hypertensie, hartfalen	1,4	12,1%
24	prednisolon	H02AB06	bijnierschorsinsufficiëntie	1,4	6,6%
25	citalopram (Cipramil)	N06AB04	depressie	1,3	8,3%
<b>Aandeel top 25 in totaal voorschriften</b>			<b>37,6%</b>	<b>69,9</b>	



## Top 25 DDDs

Ten opzichte van vorig jaar is de top 25 in aantal DDDs nauwelijks gewijzigd: deze top 25 wordt gedomineerd door cholesterolverlagers, maagmiddelen en middelen bij hartfalen en hoge bloeddruk.

De top 25-middelen zijn samen verantwoordelijk voor bijna 41% van het totaal aantal voorgeschreven standaard dagdoseringen. 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.

TABEL 6.7 | TOP 25 AANTAL STANDAARD DAGDOSERINGEN (DDDS) IN 2010

1 = 1 MILJOEN

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Aantal DDDs	Mutatie 09-'10	Aandeel generiek
1	levonorgestrel & oestrogeen (o.a. Microgynon)	G03AA07	anticonceptie	372,3	4,7%	56,5%
2	omeprazol (Losec)	A02BC01	maagzuurklachten	308,4	21,1%	94,4%
3	simvastatine (Zocor)	C10AA01	verhoogd cholesterol	264,8	18,1%	98,4%
4	acetylsalicylzuur (Aspirine-protect)	B01AC06	trombose, infarct	189,0	3,8%	98,7%
5	metoprolol (Lopresor)	C07AB02	hartfalen, hypertensie	172,2	2,7%	93,4%
6	IUD & progestagenen (Mirena)	G02BA03	anticonceptie	157,4	-4,2%	-
7	carbasalaatcalcium (o.a. Ascal-cardio)	B01AC08	trombose, infarct	156,8	2,0%	44,1%
8	amlodipine (Norvasc)	Co8CA01	hypertensie, angina pectoris	149,8	5,8%	97,2%
9	enalapril (Renitec)	C09AA02	hypertensie, hartfalen	144,4	-1,4%	99,4%
10	atorvastatine (Lipitor)	C10AA05	verhoogd cholesterol	143,1	-4,0%	-
11	kunsttranen en dergelijke (o.a. Duratears)	S01XA20	droge ogen	140,7	6,6%	4,3%
12	metformine	A10BA02	diabetes	133,1	8,1%	100,0%
13	hydrochloorthiazide	Co3AA03	hypertensie	114,8	-0,5%	100,0%
14	pantoprazol (Pantozol)	A02BC02	maagzuurklachten	106,1	11,1%	93,5%
15	furosemide (o.a. Lasix)	Co3CA01	oedeem, hypertensie	90,5	-1,8%	89,0%
16	levothyroxine (o.a. Thyrax)	Ho3AA01	schildklierafwijking	87,2	6,1%	2,7%
17	perindopril (Coversyl)	C09AA04	hypertensie, hartfalen	83,6	9,4%	91,9%
18	lisinopril (Zestril)	C09AA03	hypertensie, hartfalen	79,7	6,8%	97,4%
19	esomeprazol (Nexium)	A02BC05	maagzuurklachten	75,4	-2,9%	-
20	glimepiride (Amaryl)	A10BB12	diabetes	68,8	-1,2%	97,1%
21	salmeterol & anti-astmatica (Seretide)	Ro3AKo6	astma & COPD	66,6	-0,3%	0,0%
22	nifedipine (Adalat)	Co8CA05	angina pectoris, hypertensie	66,1	0,0%	87,6%
23	valsartan (Diovan)	C09CA03	hypertensie, hartfalen	65,6	10,0%	-
24	rosuvastatine (Crestor)	C10AA07	verhoogd cholesterol	64,7	2,6%	-
25	isosorbidedemonittraat (Mono cedocard)	Co1DA14	angina pectoris	61,1	-0,7%	22,7%
<b>Aandeel top 25 in totaal DDDs</b>				<b>3.362,3</b>		

# 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 in mindering zijn gebracht op de officiële apotheek inkoopprijs.

### 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 toen komen te vervallen. Dit tarief mag bovenop de basisvergoeding in rekening worden gebracht.

#### Tarieven per

01-01-2010

#### Basisprestaties

Standaardaflevering	€ 5,99
Aflevering van verpakkingen in weekdosering	€ 3,29

#### Aanvullende prestaties

Aflevering geneesmiddel voor het eerst voorgeschreven	€ 5,99
Aflevering geneesmiddel 's avonds, op zon- of feestdag	€ 11,97
Aflevering eenvoudige eigen bereiding door apotheker	€ 11,97
Aflevering complexe eigen bereiding door apotheker	€ 89,78

### C. Marge (buiten-WMG-voorschriften)

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

### D. Module tarief apotheekhoudende huisartsen: abonnementshonorarium

Het abonnementshonorarium is een vast bedrag per jaar per ingeschreven verzekerde, dat bij wijze van praktijkkostenvergoeding aan apotheekhoudende huisartsen wordt uitgekeerd voor het afleveren zowel WMG-voorschriften als buiten-WMG-voorschriften, ongeacht het feitelijke aantal afgeleverde voorschriften. Het abonnementshonorarium per verzekerde is per jaar omgerekend naar een gemiddelde vergoeding per voorschrift, door het abonnementshonorarium per verzekerde te delen door het gemiddelde aantal afgeleverde voorschriften per ingeschreven verzekerde.

Dit module tarief is per 1 juli 2008 komen te vervallen (zie: B).

### E. BTW

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

### F. Bijbetaling (WMG- en buiten-WMG-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 bijbetalingbedrag wordt 6% BTW geheven.

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

## Bijlage II. Kostencomponenten

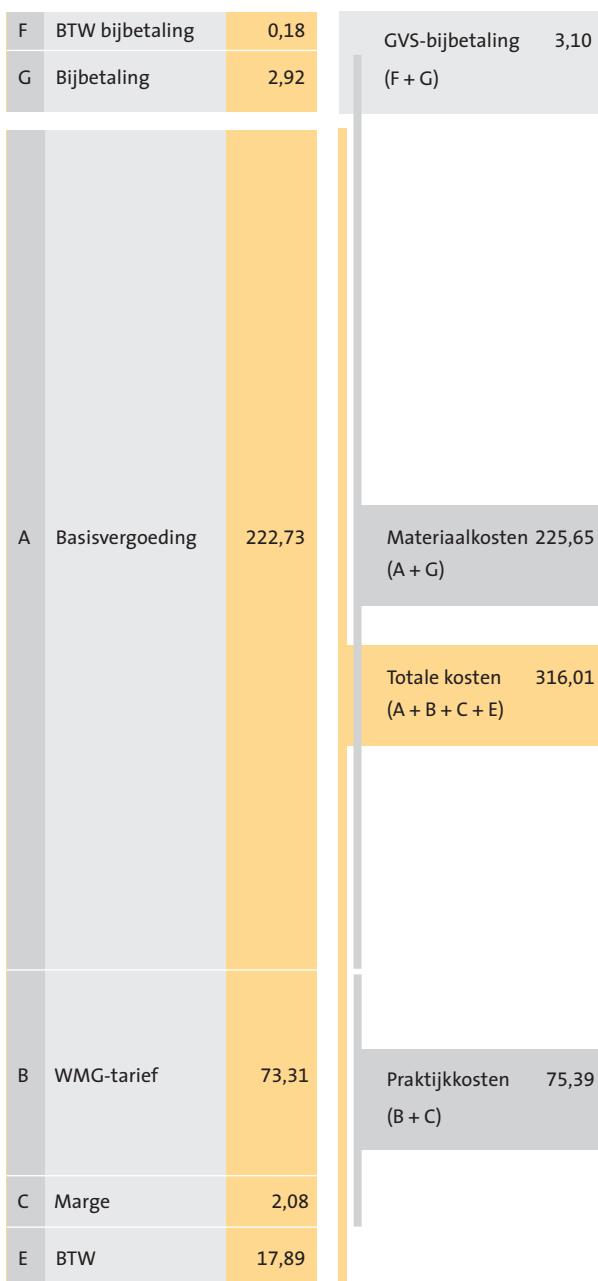
Grofweg splitsen we de totale kosten voor farmaceutische zorg op in twee componenten, te weten (1) de kosten die samenhangen met de prijs van het afgeleverde geneesmiddel en (2) de kosten die samenhangen met het afleveren ervan.

In FIGUUR 7.1 zijn de verschillende kostencomponenten die in de farmaceutische zorg een rol spelen op een iets andere wijze, en in hun onderlinge samenhang weergegeven. De kostencomponenten worden weergegeven in gemiddelde kosten over 2010 per (bij een zorgverzekeraar ingeschreven) verzekerde. We maken daarbij onderscheid in de materiaal-kosten, praktijkkosten, totale kosten en GVS-bijbetaling. Hieronder geven we aan uit welke componenten (zie ook bijlage I) deze gemiddelde kosten per verzekerde zijn opgebouwd:

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

FIGUUR 7.1 | KOSTENCOMPONENTEN FARMACEUTISCHE ZORG  
2010, GEMIDDELD PER VERZEKERDE

1 = 1 EURO



## Bijlage III. Begripsdefinities

### Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP)

Op grond van deze wet kan de overheid voor bepaalde geneesmiddelen (groepen) een maximumprijs vaststellen. De maximumprijs is het gemiddelde van de prijzen die voor deze producten worden gehanteerd in de ons omringende landen (referentielanden voor prijsbepaling: België, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk). Twee keer per jaar (april en oktober) worden de maximumprijzen geactualiseerd en gepubliceerd in de staatscourant.

De WGP is een bijzonder succesvol instrument gebleken om het relatief hoge prijsniveau van geneesmiddelen in Nederland terug te schroeven.

Voor meer informatie over de WGP, ga naar: [www.farmatec.nl](http://www.farmatec.nl).

### 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.

Voor meer informatie over tarieven voor apothekers ga naar: [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

### Clawback

Een door de NZa opgelegde 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 (in 2009 en 2010: 8,53%) is gekoppeld aan een maximum van €6,80 per afgeleverd recept (aftoppingsbedrag). Met ingang van 1 januari 2010 is het clawbackpercentage weer teruggebracht naar 6,82%.

### Preferentiebeleid

Voorkeursbeleid van zorgverzekeraars om voor een groep geneesmiddelen met eenzelfde werkzame stof alleen nog bepaalde variant(en) te vergoeden. Veelal gaat het daarbij om de laagstgeprijsde varianten. Naast een gezamenlijk preferentiebeleid (het betreft drie generiek beschikbare geneesmiddelen: simvastatine, pravastatine en omeprazol)

voeren sinds medio 2008 een groot aantal zorgverzekeraars ook een individueel preferentiebeleid. Om preferent te worden zullen leveranciers hun prijzen moeten verlagen in ruil voor een hoger omzetvolume. Lagere prijzen vertalen zich in lagere kosten voor de zorgverzekeraar en zijn verzekeren en minder kortingen en bonussen voor apothekhoudenden.

In 2010 hebben een aantal zorgverzekeraars, hun preferentiebeleid aangepast. Daarbij worden rechtstreeks afspraken gemaakt tussen de leverancier van het middel en de zorgverzekeraar. Hierbij is dan niet de laagste prijs op zich doorslaggevend maar wordt afgesproken dat de leverancier in ruil voor preferentie een deel van zijn inkomsten uit het betreffende middel (achteraf) rechtstreeks terugbetaalt aan de zorgverzekeraar.

### Transitieakkoord

Akkoord tussen de overheid, de Bogin (koepelorganisatie van generieke geneesmiddelenfabrikanten), Nefarma (koepelorganisatie van fabrikanten van innovatieve geneesmiddelen), de apothekersorganisatie KNMP en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Dit akkoord is deels een vervolg op het in 2004 gesloten geneesmiddelenconvenant. Hierin werd overeengekomen om de prijzen van geneesmiddelen vrijwillig te verlagen om zo de kortingen en bonussen aan apothekhoudenden onder druk te zetten en een bijdrage te leveren aan het terugdringen van de uitgaven voor geneesmiddelen. De rol van het transitieakkoord is nog maar beperkt. Het leeuwendeel van de vrijwillige prijsverlagingen zijn op dit moment veiliggesteld door de WGP en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

## Bijlage IV. Lijst met afkortingen

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

## Bijlage V. Referenties

*GIPeilingen 2009, Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelen-gebruik*, Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Diemen, september 2010, nr. 31

*GIPdatabank* ([www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl)), Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2010

*G-Standaard* ([www.z-index.nl](http://www.z-index.nl)), Z-Index, 's-Gravenhage, 2010

*Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDDs) 2010* ([www.whooc.no/atc\\_ddd\\_index](http://www.whooc.no/atc_ddd_index)), WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, 2009

*Farmacotherapeutisch Kompas 2011* ([www.fk.cvz.nl](http://www.fk.cvz.nl)), Commissie Farmaceutische Hulp (CFH), College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2010

*Compendium dieetproducten en voedingssupplementen 2010* ([www.dieetconsult.nl](http://www.dieetconsult.nl)), Houten, 2010

*Pakketscan coronaire hartziekten, Gevraagde, aangeboden en verzekerde zorg vergeleken*, College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2011

## Bijlage VI. Zorgkantorregio's 2010 in beeld

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



# Colofon

## Uitgave

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

## ISSN

1382-4821

## Informatie

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

## Redactie

Afdeling Verzekering Zakelijk

## Tekst en inhoud

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

## Vormgeving

Afdeling Strategie, Communicatie  
& Bestuursondersteuning (SC&B)

## Foto omslag

Jacqueline de Haas/Hollandse Hoogte

## Druk

De Bondt grafimedia communicatie bv, Barendrecht

## Adres

College voor zorgverzekeringen  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN  
Telefoon (020) 797 85 55  
Telefax (020) 797 85 00  
E-mail [infogip@cvz.nl](mailto:infogip@cvz.nl)  
Website [www.cvz.nl](http://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 2010, Ontwikkelingen in genees- en hulpmiddelen-gebruik* GIP / College voor zorgverzekeringen, Diemen, oktober 2011, nr. 32

## Internet

[www.gipdatatabank.nl](http://www.gipdatatabank.nl)